

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KOLOREKTAL KANSERLİ BİREYLERDE HASTALIK ALGISI VE  
TANI GECİKMESİNE YOL AÇAN BİREYSEL FAKTÖRLERİN  
İNCELENMESİ**

**HAZIRLAYAN**

**ÜMRAN EGE TANRIKULU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA - 2020**

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KOLOREKTAL KANSERLİ BİREYLERDE HASTALIK ALGISI VE  
TANI GECİKMESİNE YOL AÇAN BİREYSEL FAKTÖRLERİN  
İNCELENMESİ**

**HAZIRLAYAN**

**ÜMRAN EGE TANRIKULU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**PROF. DR. SULTAN KAV**

**ANKARA - 2020**

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Ümran Ege Tanrikulu tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 09 / 06 / 2020

**Tez Adı:** Kolorektal Kanserli Bireylerde Hastalık Algısı ve Tanı Gecikmesine Yol Açan Bireysel Faktörlerin İncelenmesi

<b>Tez Jüri Üyeleri ( Unvanı, Adı - Soyadı, Kurumu )</b>	<b>İmza</b>
Prof.Dr. Sultan KAV - Başkent Üniversitesi	.....
Dr.Öğr. Üyesi Banu ÇEVİK - Başkent Üniversitesi	.....
Dr.Öğr.Üyesi Gülay TURGAY - Başkent Üniversitesi	.....
Doç.Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN - Ankara Üniversitesi	.....
Dr. Öğr.Üyesi Neşe UYSAL- Amasya Üniversitesi	.....

**ONAY**

Prof.Dr. F. Belgin ATAÇ

Enstitüsü Müdürü

.....

Tarih: ... / ... / .....

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**YÜKSEK LİSANS /DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU**

Tarih: 01 / 06 / 2020

Öğrencinin Adı, Soyadı: Ümran EGE TANRIKULU .

Öğrencinin Numarası:... **21810335**.....

Anabilim Dalı: **Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı**... ..

Programı: **Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı (Onkoloji Hemşireliği)**... ..

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı:...Prof.Dr. Sultan KAV...

Tez Başlığı: **Kolorektal Kanserli Bireylerde Hastalık Algısı ve Tanı Gecikmesine Yol Açan Bireysel Faktörlerin İncelenmesi** .

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam ..48.. sayfalık kısmına ilişkin, 31 / 05 / 2020.. tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Prof.Dr.Sultan KAV adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 16 .'dır. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası: Ümran EGE TANRIKULU .

**ONAY**

Tarih: 01 / 06 / 2020 .

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

Prof.Dr.Sultan KAV

## TEŞEKKÜRLER

Lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince tez danışmanlığımı üstlenerek bana yol gösteren, sabır, özveri titizlikle bu tez çalışmasının planlanmasında, yürütülmesinde, benimle akademik deneyimlerini ve bilgi birimini paylaşan, yardımını, hoş görüsünü ve her anlamda desteğini esirgemeyen, her zaman rol model olarak gördüğüm değerli hocam Sayın Prof. Dr. Sultan KAV'a

Uzman görüşü ile katkıda bulunan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Banu ÇEVİK, Sayın Prof. Dr. Özden ALTUNDAĞ, Sayın Prof. Dr. Zafer AKÇALI, Sayın Doç. Dr. Arzu OĞUZ ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Samed RAHATLI'ya

Araştırmamın veri toplama sürecinde danışmanlık aldığım, Sayın Prof. Dr. Mehtap AKÇİL OK'a

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım, Sayın Prof. Dr. Azize KARAHAN, Sayın Prof. Dr. Hatice Nalan ÖZHAN ELBAŞ, Sayın Prof. Dr. Hayriye ÜNLÜ, Sayın Prof. Dr. Lale TAŞKIN, Sayın Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Fatma Şeyda ÖKDEM ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sevcan AVCI IŞIK'a

Yüksek lisans eğitimim boyunca manevi desteklerini esirgemeyen, devamlılığını sağlayabilmem için gerekli izinleri veren, her zaman hoşgörü ile yaklaşan, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Sayın Doç. Dr. Ziyafet UĞURLU, Blok Sorumlu Hemşiresi Hacer ARI ve Poliklinik Sorumlu Hemşiresi Elif ÇELEBİ'ye

Kısa Hastalık Algısı Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanmış halini kullanmama izin veren, Sayın Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN, Sayın Araştırma Görevlisi Tuğba KARATAŞ ve Sayın Araştırma Görevlisi Şükrü ÖZEN'e

Yüksek lisans eğitimime yüreklendirip, bu yolda ilerlemem için beni destekleyen, lisans eğitimim boyunca katkılarından dolayı Sayın Öğr. Gör. Aysel ABBASOĞLU'na

Araştırmanın uygulama sürecinde, hastalara ulaşım ve iletişimimi sağlamamda destek veren, Sayın Tuğba KAYAR, Sayın Ezgihan BEKİROĞLU, Sayın Hemşire Hatice ÖZENÇAKIR, Sayın Hemşire Cemile ÜNKAZAN, Sayın Hemşire Ummuhan TURKAY, Sayın Hemşire Yeliz TEMELCİ ve tüm onkoloji poliklinik hemşirelerine,

Araştırmama doğru, samimi bilgi vererek gönüllü olarak katılan tüm HASTA, onları destekleyen HASTA YAKINLARINA ve tüm sağlık çalışanlarına,

Tüm hayatım boyunca, eğitim hayatım süresince, zor zamanlarımda sonsuz hoşgörü ve sabır ile destek sağlayan ailem, eşim M. İlker TANRIKULU ve yakında dünyaya gelecek, beni bu süreçte hiç yormayan kızım Eda Ege TANRIKULU'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

**EGE TANRIKULU Ümran. Kolorektal Kanserli Bireylerde Hastalık Algısı ve Tanı Gecikmesine Yol Açan Bireysel Faktörlerin İncelenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı, 2020.**

Bu çalışma; kolorektal kanserli hastalarda ilk belirtiler ile tıbbi yardım arama arasında geçen süreyi, gecikmeye neden olan faktörleri ve hastalık algısını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde tıbbi onkoloji polikliniğine 25 Kasım 2019 ile 15 Mart 2020 tarihleri arasında başvuran ve kolorektal kanser tanısı ile izlenen 114 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın verileri anket formu ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Hastaların ilk kolorektal kanser semptomlarını yaşamalarından sağlık kuruluşuna başvuru arasında geçen sürenin 1 aydan az olması normal, 1 aydan fazla olması gecikme, 1-3 ay arası olması uzun süreli gecikme ve 6 aydan fazla olması ise çok ciddi gecikme olarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra ki kare testi, tek yönlü varyans analizi ve korelasyon testleri kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların kolorektal kansere yönelik şikâyetleri başladıktan sonra sağlık kurumuna başvuru süreleri ortalaması  $7,27 \pm 11,02$  ay (min:1 Max: 62,5 ay) olup, %60,6'sında bir ay üzerinde gecikme ve %31,6'sında ise çok ciddi gecikme saptanmıştır. Hastaların çoğunluğu (%76,3) kolorektal kanser belirti ve bulgularını bilmediğini; %16,7'si kolorektal kansere yönelik bir tarama testi yaptırdığını ifade etmiştir. Kolorektal kanser tanısı öncesi bireylerin, %89,9'unun belirti ve bulgular yaşadığı; en sık yaşanan belirti ve bulguların; barsak alışkanlığında değişim (%20,3), rektal kanama (%14,1) ve karın ağrısı (%10,3) olduğu belirlenmiştir. Bireylerin sağlık kurumuna başvurusunu etkileyen faktörler değerlendirildiğinde, %60'ı herhangi bir faktör olmadığını, %17'si ise semptomları geçici ya da önemli görmedikleri için başvurmadıklarını belirtmiştir. Gecikme süresi ile eğitim düzeyi ve bağırsak alışkanlığında değişim yaklaşımı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p < 0,05$ ).

Kısa hastalık algısı ölçeği toplam puan ortalaması  $21,74 \pm 11,36$  (min: 0 - max: 56) olarak bulunmuştur. Hastaların, hastalık algısı ile gecikme ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hastalar, hastalıklarına neden olduğuna inandıkları en önemli üç faktörü stres (%32,8), beslenme (%24,9) ve üzüntü (%13,6) şeklinde ifade etmişlerdir.

Çalışmaya katılan hastaların kolorektal kanser belirtisi olabilecek yakınmaları olmasına rağmen kolorektal kanser belirtileri konusunda farkındalıklarının oldukça düşük olması nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurma sürelerinde önemli gecikme olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** kolorektal kanser, tanıda gecikme, hastalık algısı, bireysel faktörler, hemşirelik

Bu araştırma için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Onay: 20.11.2019 Proje No: KA19/352) tarafından onay alınmıştır.



## ABSTRACT

**EGE TANRIKULU Ümran. Investigation of Individual Factors Leading to Delay in Diagnosis in Patients with Colorectal Cancer and Their Illness Perceptions. Başkent University Graduate School of Health Sciences Nursing Master Program, 2020.**

The purpose of this study was to determine the time elapsed between the first symptoms and seeking medical help, factors contributing to the delay and disease perception in patients with colorectal cancer. The study was conducted at the medical oncology outpatient clinic of Başkent University Hospital in Ankara between 25 November 2019 and 15 March 2020 and included 114 patients who were diagnosed with colorectal cancer.

The data were obtained by using the questionnaire form and the brief illness perception questionnaire. The elapsed time between patients' first symptoms and seeking medical health was classified into "normal" when it was less than 1 month, "delay" when it was between 1 and 3 months, "long-term delay" when it was more than 3 months, and "very serious delay" when it was more than 6 months. The mean elapsed time between patients' first symptoms and seeking medical health was  $7,27 \pm 11,02$  month (min:1 max:62,5 month), 60.6% of patients were delayed over a month and there is a serious delay in 31,6% of them. Most of the patients (76.3%) stated that they did not know the signs and symptoms of colorectal cancer and 16.7% stated that they had a screening test. It was determined that 89.9% of patients experienced symptoms and signs before colorectal cancer diagnosis. The most common complaints were changes in bowel habits (20.3%), rectal bleeding (14.1%) and abdominal pain (10.3%). When the factors contributing to the delay were evaluated, 60% of them did not stated any reason, 17% stated perceiving the symptoms as temporary or insignificant. A significant relationship was found between the delay in diagnosis and level of education and the change in bowel habit ( $p < 0.05$ ).

The mean score of brief illness perception was found to be  $21.74 \pm 11.36$  (min: 0 - max: 56). When the relationship between patients' perception of disease and delay in diagnosis is examined, no statistically significant relationship was found. It was found that the three most important factors that they believed to cause illness were stress (32.8%), nutrition (24.9%) and sadness (13.6%).

Although the individuals participating in the study have symptoms that may be a symptom of colorectal cancer; it has been determined that there was considerable delay in the time to seeking medical help due to lack of awareness about the symptoms of colorectal cancer.

Keywords: colorectal cancer, delayed diagnosis, disease perception, individual factors, nursing

This study was approved by Başkent University, Medicine and Health Sciences Review Committee and Clinical Researches Ethics Committee (Approved:20.11.2019 Project No: KA19/352).

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER.....	i
ÖZET .....	iii
ABSTRACT .....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ .....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ .....	xi
1.GİRİŞ.....	1
1.1 Araştırmanın Amacı .....	3
1.2 Araştırmanın Soruları .....	3
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1 Kolorektal Kanserlerin Gelişim Süreci.....	4
2.3 Kolorektal kanserlerde Etiyoloji ve Risk Faktörleri .....	6
2.4 Kolorektal Kanser Tarama ve Erken Tanı .....	12
2.5 Kolorektal Kanserlerde Evreleme .....	12
2.6 Kolorektal Kanserlerde Tanı ve Tedavide Gecikmeye Neden Olan Faktörler..	14
2.7 Hastalık Algısı .....	16
3.GEREÇ VE YÖNTEM .....	18
3.1 Araştırmanın Tipi .....	18
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	18
3.3 Araştırma Zamanı .....	18
3.4 Araştırmanın Evreni.....	18
3.5 Araştırmanın Örneklemi.....	19
3.6 Veri Toplama Araçları .....	19
3.7 Veri Toplama Formlarının Hazırlanması .....	19
3.7.1 Anket formu : .....	19
3.7.2 Kısa hastalık algısı ölçeği :.....	20

3.8 Araştırmanın Uygulama Basamakları.....	22
3.9 Verilerin Değerlendirmesi.....	22
3.10 Çalışmanın Araştırma-Etik Kurul ve Hastalardan Onay ve İzin Alma Süreci	23
3.11 Araştırmanın Sınırlılıkları .....	23
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>24</b>
4.1 Hastaların Tanıtıcı ve Klinik Özellikleri .....	25
4.2 Hastaların Kolorektal Kanser Belirtileri ve Tarama Programına Yönelik Bilgi Durumu.....	28
4.3 Hastaların Kolorektal Kanser Tanısı Öncesi Yaşadıkları Belirti – Bulgular ve Şikâyetlerine Yönelik Algıları.....	29
4.4 Kolorektal Kansere Yönelik Şikâyetleri Başladıktan sonra Sağlık Kurumuna Başvuru Süreleri ve Etkileyen Faktörler .....	33
4.5 Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları .....	34
4.6 Hastaların Şikâyetler Başladıktan Sonra Sağlık Kuruluşuna Başvuru Süresi ile Sosyodemografik, Klinik Özellikleri ve Hastalık Algısı İlişkisi.....	36
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>41</b>
5.1 Hastaların Tanıtıcı ve Klinik Özellikleri .....	41
5.2 Hastaların Kolorektal Kanser Belirtileri ve Tarama Programına Yönelik Bilgi Durumu.....	42
5.3 Hastaların Kolorektal Kanser Tanısı Öncesi Belirti ve Bulgu Yaşama Durumu ve Algıları.....	42
5.4 Kolorektal Kansere Yönelik Şikâyetleri Başladıktan Sonra Sağlık Kurumuna Başvuru Süreleri .....	43
5.5 Bireylerin Şikâyetler Başladıktan Sonra Sağlık Kuruluşuna Başvuru Süresi ile Hastalık Algısı İlişkisi .....	44
<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>45</b>
6.1 Sonuçlar .....	45
6.2 Öneriler .....	47
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>48</b>

## **EKLER**

**EK 1: Bilgilendirme ve Onay Formu**

**EK 2: Anket Formu**

**EK 3: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği**

**EK 4: Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Başkent Üniversitesi Etik Kurulu Onayı**

**Ek 5: Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakóltesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Anket Uygulama Onayı**

**Ek 6: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Kullanma İzni**

## TABLolar LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 4.1.1 Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	25
Tablo 4.1.2 Hastaların Klinik Özelliklerinin Dağılımı.....	26
Tablo 4.2.1 Hastaların Kolorektal Kanser Belirtileri ve Tarama Programına Yönelik Bilgi Durumu.....	28
Tablo 4.3.1 Hastaların Kolorektal Kanser Tanısı Öncesi Belirti ve Bulgu Dağılımı.....	29
Tablo 4.3.2 KKK Tanı Öncesi Bağırsak Alışkanlıklarında Değişimin Bristol Gaita Skalasına Göre Dağılımı .....	30
Tablo 4.3.3 Hastaların Kolorektal Kanser Belirti ve Bulgularına Yönelik Algıları.....	31
Tablo 4.3.4 Şikâyetlerine Yönelik Sağlık Kurumuna Başvuru Öncesi Herhangi bir Geleneksel – Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yapma Durumu.....	32
Tablo 4.4.1 Kolorektal Kansere Yönelik Şikâyetleri Başladıktan sonra Sağlık Kurumuna Başvuru Süreleri .....	33
Tablo 4.5.1 Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları.....	34
Tablo 4.5.2 Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	34
Tablo 4.5.3 Bireylerin Hastalığına Neden Olduğuna İnanırları En Önemli Üç Faktöre İlişkin İfadeler .....	35
Tablo 4.6.1 Sosyodemografik Özelliklere Göre Şikâyetler Başladıktan Sonra Sağlık Kuruluşuna Başvuru Süresi.....	36
Tablo 4.6.2 Bazı Klinik özelliklere göre Şikâyetler Başladıktan Sonra sağlık Kuruluşuna Başvuru Süresi.....	37
Tablo 4.6.3 Bireylerin Şikâyetler Başladıktan Sonra Sağlık Kuruluşuna Başvuruya Kadar Geçen Süre ile Hastalık Algısı Puan Ortalaması Dağılımı .....	38
Tablo 4.6.4 Bireylerin Sağlık Kuruluşuna Başvuru Süresine göre Hastalık Algısı Ölçeği Sorularının Puan Ortalaması .....	39
Tablo 4.6.5 Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Puanı ile Sağlık Kurumuna Başvuru Süresi Arasındaki İlişki .....	40

## SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

APC	adenomatöz polipozis koli
BKİ	beden kitle indeksi
CFTR	kistik fibroz transmembran iletkenlik regülatörü
FAP	ailesel adenomatöz polipoz
HAA	heterosiklik aromatik amin
HNPCC	aalıtsal non-polipozis kolorektal kanser
IARC	International Agency for Research on Cancer - Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
KRK	kolorektal kanser

# 1.GİRİŞ

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) 2018 verilerine göre, kolorektal kanserler kadın ve erkekte akciğer kanseri ve meme kanserini takiben üçüncü sırada görülmekte, kanser nedenli ölümler arasında ise akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır [1]. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan Türkiye Kanser İstatistikleri 2015 yılı verilerine göre, en sık görülen ilk 10 kanserin yaşa göre standardize edilmiş hızları içerisinde, kadınlarda meme kanseri ve tiroid kanseri, erkeklerde akciğer kanseri ve prostat kanserini takiben kolorektal kanser (KRK) üçüncü sırada yer almaktadır. Erkeklerde yüz binde 23.1 ve kadınlarda ise yüz binde 14.4 sıklığında görülmektedir [2]. Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda kolorektal kanserler dünya ve Türkiye için önemli bir sorundur. Tüm kanserlerde olduğu gibi; kolorektal kanserlerde de sağkalım çoğunlukla tanı sırasındaki evreye bağlıdır. Tanı anındaki hastalık evresi sağkalımın önemli bir belirleyicisi olarak kabul edilmiştir [3].

Kolorektal kanserlerin erken tanısı için tarama programları yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından, kolorektal kanser tarama programı ulusal standartlarında; 50 yaştan itibaren 70 yaşına kadar 2 yılda bir gaitada gizli kan testi (GGK) ve 10 yılda bir kolonoskopi yapılması önerilmektedir. Ancak birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip, ülseratif kolit, Crohn Hastalığı ya da kalıtsal polipozis veya polipozis dışı sendrom öyküsü olan bireylerde 50 yaşında başlayan tarama programı 40 yaşına indirgenmiştir. Gaitada gizli kan testi pozitif saptanması durumunda, ileri tetkik kolonoskopi planlaması yapılması gerekmektedir [4]. Kolorektal kanserlerde tarama yöntemlerinin etkililiğinin araştırılmasını içeren meta-analiz çalışmasına göre; gaitada gizli kan testinin kolorektal kanser ile ilişkili mortaliteyi % 14, kolonoskopinin ise mortaliteyi % 94.6 azalttığı ve en etkili yöntem olduğu rapor edilmiştir [5]. Ancak tarama programlarının etkin yürütülmesinde çeşitli sorunlar olduğu ve bireylerin çoğunlukla klinik semptomların başlamasından sonra sağlık kuruluşuna başvurdukları belirtilmektedir [3, 5].

Semptom başlangıcından başvuruya kadar geçen süre erken evrede tanı olasılığını ve prognozu olumlu ya da olumsuz şekilde etkilemektedir. Kolorektal kanserli hastalarda geç dönem tanı konulmasına neden olan faktörlerin incelendiği kesitsel çalışmada; gecikme aşamaları; hasta, hekim ve sistem kaynaklı değerlendirilmiştir [6]. Kanser semptomları, daha yaygın olarak, birçok diğer hastalıklarda da gözlemlenebilmektedir. Kanser tanısında



gecikmeyi azaltmak için, hastanın zaman ve yardım arama kararının arkasındaki nedenleri anlamak önemlidir. Yardım aramak için geçen süreyi doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen çeşitli faktörler tanımlanmıştır, bunlar; kişisel faktörler (yaş, cinsiyet), sistem faktörleri (erişim, hasta-hekim iletişimi), psikolojik faktörler (endişe, korku), sosyal faktörler (çalışan/bakımverici olarak rekabet eden öncelikler) ve davranışsal faktörler (kendi kendine ilaç, dikkatli bekleme) şeklindedir [7].

Kolorektal kanser semptomlarının bireyler tarafından farklı değerlendirilmesinden dolayı bireylerin tanı ve tedavi arayışlarında gecikme gözlemlenebilmektedir [8, 9]. Bağırsak alışkanlıklarında değişme gibi uyarıcı semptomların bireyler tarafından göz ardı edilebildiği ve kolorektal kanser belirti-bulguları konusunda farkındalığın yetersiz olduğu belirtilmektedir [10]. İlk semptomun başlangıcı ile başvuru arasında geçen süre İspanya da yapılan çalışmada [11] 3.4 ay; Yeni Zelanda da yapılan bir çalışmada [12] ise bireylerin yarısından fazlasında 6 ay ve üzerinde bir gecikme rapor edilmiştir.

Hastalık algısı kavramı, bir kişinin hastalığı nasıl algıladığı ve hasta olma durumunun bilişsel görünümüdür. Hastalık deneyimi her kişiye göre farklı yaşanır ve bu farkı yaratan birçok faktör vardır. Hastalar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında hastalığı açıklamaya çalışırlar. Hastanın birey olarak hastalığına ilişkin yorumu, algısı ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri, baş etme biçimini ve yaşam kalitesini belirleyici bir unsurdur [13]. Hastalık algısı kavramı, kanser ve diğer kronik hastalıkları anlama ve yönetmede belirgin bir faktördür. Hastalık algısı, hastalığa duygusal tepki, tedaviye uyum ve fonksiyonel sağlık durumuna doğrudan etki eder. Bu açıdan hastaların hastalık algıları hastalık sonuçlarını etkileyebilir [13]. Thong ve arkadaşlarının [14] Evre I-III kolorektal kanser tanımlı hastaların, hastalık algıları ile mortalite arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasında olumsuz hastalık algıları, yüksek mortalite ile ilişkili bulunmuştur. Hastalık algısı, sağlık sonuçlarını etkileyen semptomlara ve tedaviye yönelik kişisel yönetim davranışlarını takip eder [15].

Tarama programı kolorektal kanserde erken evre tespiti için etkilidir. Bunun yanı sıra belirtilere yönelik hasta farkındalığının artırılması ve yanlış algılamalarının tespit edilmesi tarama gibi önemlidir. Erken evre tüm kanserlerde olduğu gibi kolorektal kanserlerde de sağ kalım, yaşam kalitesi ve sağlık giderleri azaltma üzerinde olumlu etkiye sahiptir [14].

Kanser kontrolünde; hemşire kanseri önleme, kanser tarama ve tanılama programlarında danışmanlık yapma, kanserli bireye bakım verme, birey, aile ve topluma

sağlık eğitimi yapma ve araştırma yapma rollerine sahiptir [16]. Hemşire, kolorektal kanser tanılı hastaların tanı gecikmesine neden olan faktörlerin farkında olup, danışmanlık ve eğitim rollerini bu bilgi doğrultusunda gerçekleştirmelidir. Gecikme nedenlerinin belirlenmesi, erken tanı ve tedavi oranının artmasına yönelik eğitime katkıda bulunacaktır. Hemşire, kolorektal kanser gibi kronik hastalığa sahip bireylerin hastalık algılarını belirleyip, farkındalığı arttırarak, erken evrede kolorektal kanser tespitinde etkin rol alabilmektedir.

### **1.1 Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı, kolorektal kanserli hastalarda ilk belirtiler ile tıbbi yardım arama arasında geçen süreyi, gecikmeye neden olan faktörleri ve hastalık algısını belirlemektir.

### **1.2 Araştırmanın Soruları**

1. Kolorektal kanserli bireyler yaşadıkları ilk semptom/belirtileri nasıl tanımlamaktadır?
2. Bireylerin yaşadıkları ilk semptom ile sağlık kurumuna başvuru arasındaki süre nedir ve tanıda gecikme nasıldır?
3. Bireylerde tanı gecikmesine yol açan bireysel faktörler nelerdir?
4. Bireylerin hastalık algısı nasıldır?
5. Bireylerin hastalık algısı ile tanıda gecikme arasında ilişki nasıldır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Kolorektal Kanserlerin Gelişim Süreci

Kanser, vücudun bazı hücrelerinin durmadan bölünmesi ve çevre dokulara yayılmasıdır. Normalde insan hücreleri, vücudun ihtiyaç duyduğu yeni hücreler için büyür ve bölünür. Hücreler yaşlandıkça veya hasar gördüğünde yeni hücreler bunların yerlerini alırlar. Kanser durumunda, bu süreç bozulur ve eski ve hasarlı hücreler ölmeleri yerine hayatta kalır ve ihtiyaç duyulmamasına rağmen yeni hücreler oluşur [17]. Kanser hücreleri tarafından sergilenen genel hücresel büyüme kontrolünün kaybı, çoklu hücresel regülasyon sistemlerinde birikmiş anormalliklerin sonucudur ve kanser hücrelerini normal hücrelerden ayırmaktadır. Kanser, vücuttaki farklı hücre türlerinin herhangi birinin anormal çoğalmasından kaynaklanabilmektedir. Bu nedenle, progresyonu ve tedaviye yanıtı önemli ölçüde değişebilen yüzden fazla farklı kanser türü tanımlanmıştır [18].

Kolorektal kanserler kolon mukozasını döşeyen epitel hücrelerinden köken alırlar. Bu hücreler besinlerle alınan kimyasallar, bakteriler ve bunların ürettiği kimyasal faktörler gibi toksik ve karsinojenik etkenlerle temas halindedir. Kolorektal karsinom patogenezinde dengesiz beslenmeye bağlı koruyucu maddelerin eksikliği ve karsinojenik etkenlerin kolon mukozasında yarattığı hasar rol oynamaktadır. Karsinojenik etkenlerin kolon mukoza epitel hücrelerinde rejenerasyon direncini azalttığı, mukus kaybına neden olduğu ve bunun genetik – somatik mutasyonlarla kalıcı hale gelmesi ile karsinogenezin başladığı bildirilmiştir [19].

Spesifik genlerdeki mutasyonlar, diğer kanser türlerinde olduğu gibi kolorektal kanserin başlamasına neden olabilir. Bu mutasyonlar onkogenlerde, tümör baskılayıcı genlerde ve DNA onarım mekanizmalarına bağlı genlerde görülebilir [20,21]. Mutasyonun kökenine bağlı olarak, kolorektal karsinomlar sporadik, kalıtsal ve ailesel olarak sınıflandırılabilir.

Yaşam sırasında ortaya çıkan nokta mutasyonları kalıtsal sendromlarla ilişkili değildir ve sadece bireysel hücreleri ve onların soyundan gelenleri etkiler. Nokta mutasyonlarından türetilen kanserlere sporadik kanserler denir ve tüm kolorektal kanserlerin % 70'ini oluşturur. Sporadik kanserin moleküler patogenezi heterojendir, çünkü mutasyonlar farklı genleri hedefleyebilir. Bununla birlikte, kolorektal kanser vakalarının yaklaşık % 70'i, daha sonra bir adenom oluşumu ile başlayıp karsinom durumunda biten spesifik bir morfolojik sekansa çevrilen belirli bir mutasyon dizisini takip eder. İlk mutasyon, bir tümör baskılayıcı gen olan adenomatöz polipozis koli (APC) meydana gelir ve polip olarak da

adlandırılan malign olmayan adenomların oluşumunu tetikler. Bu adenomların yaklaşık % 15'inin on yıllık bir süre içinde karsinom durumuna yükselmesi beklenmektedir [22].

Kalıtsal kanserler tüm kolorektal kanser vakalarının sadece %5'ini oluşturur. Bu kanserlere, mutasyona uğramış genin alellerinden birini etkileyen kalıtsal mutasyonlar neden olur, yani diğer aleldeki bir nokta mutasyonu, tümör hücrelerinin ve daha sonra karsinomun ortaya çıkmasını tetikleyecektir. Kalıtsal kanserlerin daha doğru bir sınıflandırmasını oluşturmak için polipoz ve polipoz olmayan formlar olmak üzere iki grup oluşturulmuştur. Polipoz varyantı esas olarak kolonda potansiyel olarak birden fazla malign polip oluşumu ile karakterize edilen ailesel adenomatöz polipoz (FAP) içerir. Aksine, kalıtsal polipozis olmayan kolorektal kanser (HNPCC), DNA onarım mekanizmalarındaki mutasyonlarla ilişkilidir. Kalıtsal polipozis olmayan kolorektal kanserlerin ana nedeni, MSH2, MLH1, MLH6, PMS1 ve PMS2 gibi DNA onarım proteinlerini kodlayan alellerin birinde kalıtsal mutasyonların neden olduğu Lynch sendromudur. Lynch sendromu tüm kolorektal kanser vakalarının %2 - %3'ünde bulunabilir ve bu nedenle Kalıtsal polipozis olmayan kolorektal kanserler grubunda en sık görülen sendromdur [23]. Ailesel kolorektal kanserler tüm vakaların yaklaşık % 25'ini oluşturur ve kalıtsal mutasyonlardan kaynaklanır [22]. Kolon veya rektum dokusu duvarlarında polip adı verilen tümöre yol açabilen bir yapı gelişebilir. Bu tümöral polipler, malign veya benign olabilir. Benign polipler zaman içinde adenomatoz poliplere dönüşebilir. Ancak tüm kolorektal kanserlerin yaklaşık % 85' i adenomatoz poliplerden gelişir. Kolon kanseri ve rektal kanser birlikte kolorektal kanser olarak adlandırılır [24]. Kolorektal kanser tümörleri genellikle yavaş gelişme eğilimindedir. Özellikle çekum ve sağ kolon yerleşimli olanlarda daha net ayırt edilebilir [25].

## **2.2 Kolorektal Kanser Semptomları**

Kolorektal kanser semptomları tümörün lümenine yakınlığı ve komşu dokulara invazyonu ile ilişkilidir. Tipik belirtiler; abdominal ağrı, gaita özelliğinin değişmesi, anoreksi, diyare, kabızlık, yorgunluk, gaita ile mukus gelmesi, bulantı veya kusma, tıkanma bulguları, gözle görülür rektal kanama, rektal ağrı ve tenesmustur. Bağırsak alışkanlığındaki değişiklik; ishal, kabızlık ve gaita özelliğindeki farklılaşma olarak literatürde bilinmektedir [19]. Aynı zamanda, bağırsak boş olsa da tuvalete gitme isteği, şişkinlik durumlarında söz konusu olabilmektedir [26,27].

Tümörün anatomik olarak pozisyonuna bağlı belirtilerde farklılık gözlenebilmektedir. Bağırsak alışkanlığındaki değişimler sağ taraf kolona göre sol kolonda daha belirgindir. Proksimal kolonda fekal içeriğin sıvı olması ve proksimal kolonun yapısı nedeniyle kolik ağrılar ve obstrüktif durumlar daha az görülür. Hemotokezya daha çok sağ kolonda ve rektosigmoid kolonda gözlemlenir. Demir eksikliği anemisi sağ kolonda daha yaygındır. Çekum ve çıkan kolon tümörleri dört kat daha fazla kan kaybına neden olmaktadır. Karın ağrısı tüm kolon bölgeleri için ortak semptomdur. Peritonite yol açan tıkanıklıklar, intestinal perforasyon ya da peritoneal invazyona sebep olabilir. Rektal kanserlerde tenezm, rektal ağrı ve dışkıda değişiklik ön plandadır [28].

### 2.3 Kolorektal kanserlerde Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Kolorektal kanser gelişimini çevresel veya genetik etkenler etkileyebilir [29]. Kalıtsal özellik ön planda olmakla birlikte çoğunluğu sporadiktir [30]. Kolorektal kanserde risk faktörlerinin bilinmesi, önleme ve erken tanı için önemlidir. Risk faktörlerini, taramayı etkileyen ve etkilemeyen risk faktörleri olarak iki ayrı grupta ele almak mümkündür [30, 31, 32].

**Tablo 2.4.1: Kolorektal kanserlerde taramayı etkileyebilecek, etkilemeyen risk faktörleri**

<b>Taramayı Etkileyebilecek Risk Faktörleri</b>	<b>Taramayı Etkilemeyen Risk Faktörleri</b>
Hereditör Kolorektal Kansere Sendromları	Obezite
Adenomlar	Diabetes Mellitus ve İnsülin Direnci
İrk ve Cinsiyet	Kırmızı ve İşlenmiş Et Tüketimi
İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı	Sigara
Abdominal Radyasyon	Alkol
Kistik Fibrozis	Androjen Yoksunluk Tedavisi
Akromegali	Kolesistektomi
Renal Transplantasyon	Diğer

#### *Hereditör Kolorektal Kansere Sendromları*

Genetik sendromlardan, kolorektal kansere neden olan kalıtsal nonpolipozis kolorektal kanser (HNPCC)(Lynch Sendromu) ve adenomatöz polipozis (FAP)(Family adenomatöz polipozis) en sık görülenlerdir [32,33]. Her ikisi kolorektal kanserlerin %5'inin oluştururken, ağırlığını Lynch sendromu oluşturur [30,34]. HNPCC ve FAP otozomal dominanttır [32].

HNPCC kolon dışı tümörlerle görülüp görülmemeye durumuna göre iki gruba ayrılır. Lynch I; kolonun proksimalinde ve genç bireylerde görülür. Sağ kolonda ve genellikle bir çok kolon kanseri görülür. Neşe hanım bu cümle çıkarılabilir. Lynch II; kolon dışı malignite görülür. En çok, ince bağırsak, over, mide, pankreas, üreter ve böbrek gibi organ malignitelerinde söz konusudur [32]. Lynch sendromu tanımlanmasında 'International Collaborative Group on Hereditary Nonpolyposis Colorectal Carcinoma (ICG-HNPCC)' kriterleri kullanılır;

- ✓ Ailede biri 1. derecede olmak üzere iki ya da üç bireyde histopatolojik olarak tanı almış kolorektal kanser olması
- ✓ Kolorektal karsinomun en az iki jenerasyonda ortaya çıkması
- ✓ En az bir vakanın 50 yaş altında tanı alması
- ✓ Kolorektal kansere neden olabilecek FAP sendromlarının olmaması [19, 35].

FAP, genetik bir pankolonik adenomatöz polipozistir. FAP'lı hastalarda, mide, duodenum, periampüller bölümde polipler ve epidermoid kist, dermoid kist, osteoma ve beyin tümörleri de eşlik edebilir. Mide poliplerine oranla duodenum poliplerinin malignleşme riski yüksektir [32]. Genç yaşlarda görülme sıklığı fazladır ve total kolektomi kesin çözümdür [19].

HNPCC ve FAP dışında, muir-torre sendromu, gardner sendromu, turcot sendromu, peutz-jeghers sendromu ve cowden sendromu da kolorektal kanserlerle genetik ilişkili olan sendromlardır.

### *Adenomlar*

Polipler; kolonun iç duvarının kolon lümenine doğru uzantı şeklinde büyümesidir. Farklı tipleri mevcuttur. Bu büyümeler malign içerikli değildir fakat bazı kanser tiplerinin başlangıç marjinleri poliplerden olabilir[36]. Bu tip polipler adenom ile isimlendirilir. Farklı bir ifade ile adenomlar; benign glandüler neoplazilerdir. Makroskopik olarak; pediküllü, sesil ve deprese olarak yapılarına göre de; tubüler, villöz ve tubüllovillöz olarak üçe ayrılırlar [19, 32]. Küçük (1 cm den küçük) adenomların çoğu tubüler büyüme paternine sahiptir. Daha büyük adenomlar villöz bir büyüme paternine sahip olabilir [36]. Malignite olmaları, boyut, histolojik yapı ve epitel displazi derecesine bağlıdır. Patolojik tanı, düşük ve yüksek dereceli displazi, karsinoma insitu, intramukozal karsinom ve invaziv karsinom olabilir [19]. Adenomlara sahip bireylerde kolorektal kanser riski yüksektir [30, 31]. Erkeklerde daha sık ve ileri yaşlarda insidansı yüksektir [19, 32].

### *Irk ve Cinsiyet*

Kolon kanseri mortalitesi erkeklerde kadınlardan %25 daha yüksektir. Hem kolonik adenomlar hem de kolorektal kanser kadınlarda ( özellikle postmenapozal kadınlarda) daha proksimal yayılıma sahip görünmektedir [30, 37].

Doğu Avrupa kökenli Yahudiler (Aşkenazi Yahudileri) dünyadaki herhangi bir etnik grubun en yüksek kolorektal kanser risklerinden birine sahiptir [36]. Bu etnik grupta herediter APC gen mutasyonu risk artışına sebep olur [37].

Afrikalı Amerikalılar, ABD'deki tüm ırksal grupların en yüksek kolorektal kanser insidansı ve mortalite oranlarına sahiptir [36]. Kolorektal kanser mortalitesi siyah ırkta beyazlardan %20 daha yüksektir. Afrikan Amerikalılarda DNA yanlış eşleşmesi tamir geninde mutasyonlar daha yaygındır ve bu fark bu nedenle açıklanabilmektedir. Aynı zamanda, asemptomatik dönemde yapılan kolonoskopi taramalarında, büyük poliplerin siyahlarda beyazlara oranla daha fazla tespit edilmesi durumu desteklemektedir [31].

### *İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı*

Son yıllarda inflamatuvar bağırsak hastalıkları olan ülseratif kolit ya da crohn hastalığı ile kolorektal kanser arasında ilişki gündeme gelmiştir. Ülseratif kolit veya crohn hastalığına sahip bireylerde kolorektal kanser görülme riski daha yüksektir [38, 39]. Ülseratif kolit hastasında kolorektal kanser ilk olarak 1925 Crohn ve Rosenberg tarafından tanımlanmıştır [39]. Ülseratif kolit hastaları için, kolorektal kanser riski, 10 yılda %2, 20 yılda %8 ve 30 yılda %18 olarak tahmin edilmektedir [40].

İnflamatuvar bir hastalığın, uzun vadede düşük dereceli displazi ve yüksek dereceli displazi sebebiyle maligniteye neden olabileceği saptanmıştır. Hastalığın inflamatuvar evrede kontrol altına alınması riski azaltmaktadır. Aktivite ile risk doğru orantılıdır. Son olarak hastalık tutulum yerinin uzunluğu, inflamasyon bulgularının şiddet ve süresi malignite ile direk ilişkili olarak belirlenmiştir [38].

Kronik inflamasyon zemininde kolorektal kanser gelişimi, inflamasyondan rejenerasyon basamakları ile oluşur. Rejenerasyon aktivitesi zamanla hiperplastik doku gelişimine doğru ilerleyerek neoplastik doku ile sonuçlanır. Erken dönemde benign olan inflamatuvar polip izlenebilsede zamanla adenom ya da düşük/yüksek displazi ile devamında kolorektal kanser olarak gelişimini tamamlayabilir [38].

### *Abdominal Radyasyon*

Abdominal bölgeye uygulanan radyasyon, kolorektal kanser riskinde artışa neden olmaktadır. Çocukluk çağı malignansilerde, yetişkin dönemde sonradan oluşanlarda önemli bir faktördür. Kolorektal kanserlerde abdominal radyasyona maruz kalan bireyler için risk genel popülasyondan 4,2 kat daha fazladır. Radyasyon dozu da riskini arttırmada önemli bir etkidir. Dozda her 10Gy artış için %70 oran söz konusudur. Çocukluk çağında malignansisi nedeniyle, abdominal radyasyona maruz kalanlarda 5-10 yıl sonra kolorektal kanser geliştiği gözlemlenmiştir. Bu nedenle abdominal bölgeye 30Gy veya daha fazla radyasyon alanlara, 10 yıl sonra veya 35 yaşından itibaren her 5 yılda bir kolonoskopi taraması önerilmektedir [30,31,37]. Prostat kanseri için uygulanan radyoterapi sonucunda rektal kanserlerde artma görülmüştür [37].

### *Kistik Fibrozis*

Kistik fibroz, beyaz popülasyonlarda 2500 canlı doğumda yaklaşık 1 insidansa sahip, kistik fibroz transmembran iletkenlik regülatörünü (CFTR) kodlayan genin her iki kopyasındaki mutasyonların neden olduğu otozomal resesif genetik bir hastalıktır. 2025 yılına kadar, gelişmiş ülkelerde yetişkinliğe ulaşan kistik fibrozlu hasta sayısının % 70 oranında artması beklenmektedir, bu nedenle eşlik eden bozuklukların teşhisi bu hastalar için yeni klinik ihtiyaçlar yaratması göz önünde bulundurularak Yamada ve arkadaşlarının kistik fibrozis hastalarında kolorektal kanser gelişme riskine yönelik yaptıkları çalışma sonucunda, gastrointestinal kanser riski, kistik fibrozlu hastalarda genel popülasyona göre anlamlı olarak daha yüksek tespit etmişlerdir. Aynı zamanda, akciğer transplantasyonu sonrası iki ila beş kat daha yüksek bulmuşlardır [31,41].

### *Akromegali*

Akromegali aşırı büyüme hormonu salınımı sonucu ortaya çıkan klinik sendromdur. Akromegali hastalarında kardiyovasküler hastalık, kolon kanseri, tiroid kanseri ve diğer tümörlerde risk artışı görülmektedir. Akromegali hastalarında adenomatöz polip riski %22, divertikül riski %39'dur. Adenomatöz polip riski ile doğru orantılı olarak kolorektal kanser riski de 2 -14 kat artmaktadır [31,42]. Akromegali konsensüs grubu kılavuzunda tanı anında premalign kolonik polipleri erken saptamak için kolonoskopi önerilmektedir [30, 37].

### *Renal Transplantasyon*

Renal transplantasyon sonrası, greft rejeksiyonunu önlemek için sürekli verilen immunsupresif tedavi nedeniyle, bu hastaların enfeksiyonlara eğilimlerinin artması yanında,



uzun süreli immunsupresif kullanımı malignite riskini arttırmaktadır [43]. Dolayısıyla kolorektal kanser riski daha yüksek beklenir. Bazı kurumlarca bu durum göz edilerek, 5 yılda veya 40 yaşından başlamak üzere tarama yapılmaktadır [37].

### *Obezite*

Amerikan Kanser Derneğine verilerine göre, her yıl 1,5 milyon yeni kanser vakası görülmektedir ve bunların beşte biri obezite ile ilişkilendirilmiştir. ABD’de yapılan bir popülasyon çalışmasına göre, obezite kolorektal kanser riskini ve tüm kanserlere bağlı mortaliteyi arttırmaktadır [44]. 2008’de yayımlanan ve prospektif gözlemsel çalışmaları içeren geniş bir metaanalizde vücut kitle indeksi (VKİ) artışı ile kanser gelişimi arasındaki ilişki, cinsiyet ve etnik kökene göre relatif risk dikkate alınarak incelenmiştir. Vücut kitle indeksinde 5 kg/ m<sup>2</sup>’lik artış kolorektal kanser riskinde de artışa neden olmaktadır. Ayrıca kolon kanseri ile beden kitle indeksi artışı arasında erkeklerde, kadınlara göre daha kuvvetli bir birliktelik olduğu görülmüştür [45]. Bel-kalça oranı yüksek ve düşük hasta gruplarını karşılaştıran bir çalışmada, bel-kalça oranı yüksek hastalarda kolorektal kanser 2,1 kat arttığı, beden kitle indeksi yüksek hastalarda ise kolorektal kanser 1,7 arttığı olarak bulunmuştur [46].

### *Diabetes Mellitus ve İnsülin Direnci*

Diabetes Mellitus ve kanserin ortak patogenetik mekanizmalar gösterdiği literatürde belirtilmiştir. Diyabetli hastalarda kansere yakalanma riski diyabet semptomları göstermeyenlere göre daha yüksektir. Diabetes mellitus ile ilişkili kanserler arasında kolorektal kanserlerde yer almaktadır [47]. Kohort çalışmaları içeren birçok meta-analizde Tip 2 Diabetes mellitus’lu hastalarda riskin arttığı saptanmıştır. Riskin yanında, Diabetes mellitus’lu hastalarda kolorektal kansere bağlı mortalite daha yüksek ve hastalığız-sağkalımın daha kısa olduğu belirlenmiştir. Diabetes mellitus’a bağlı risk artışı cinsiyet, fiziksel aktivite gibi diğer faktörlerden bağımsız görünmektedir. Ancak çalışmalarda, ailede kanser öyküsü, NSAİ (nonsteroid antiinflamatuvar ilaç) kullanımı, diyet gibi faktörler tamamen dışlanamamıştır. Diyabetik hastalarda kolorektal kanser riskinin artışını açıklayan olası nedenler hiperinsülinemi ve IGF-1’in mitojenik etkisi, diyabetik hastalarda sık gözlenen yavaşlamış bağırsak peristaltizmi ve konstipasyona sekonder uzamış bağırsak transit zamanına bağlı olarak bağırsak mukozasına daha fazla karsinojen ve toksin maruziyetidir [48,49,50].

### *Kırmızı ve İşlenmiş Et Tüketimi*

Dünya Kanser Araştırma Fonu tarafından yayınlanan, Sürekli Güncelleme Projesi kapsamında prospektif kohort çalışmaları gözden geçirildiğinde, kırmızı et ve işlenmiş etin yüksek miktarda alınması kolorektal kanser riskinde artışa neden olduğu şeklindedir [51].

Kırmızı ve işlenmiş et ürünlerinin tüketiminin artması ile diyet yağ içeriğinin artması doğru orantılıdır. Diyetteki yağ, bağırsaklarda tümör gelişimini uyaran sekonder yağ asitlerinin sekresyonunu uyarabilmektedir. Aynı şekilde kırmızı ve işlenmiş et protein içeriği yüksektir ve proteinler bağırsakta fermentasyon sonucu oluşan ve mukoza açısından toksik etki oluşturan amonyak ve hidrojen sülfid üretimini artmasına neden olmaktadır. Proteine benzer şekilde, demir-porfirin pigmenti bağırsakta sitotoksikite ve kolon yüzey epiteline zarar vermektedir [52].

Kırmızı ve işlenmiş et tüketimi kadar, pişirme- hazırlanış formuda riski arttırmaktadır. Yüksek protein içeriğine sahip besin, yüksek sıcaklıkta pişirme işlemine maruz kalması durumunda karsinojenik özellikte olan heterosiklik aromatik amin (HAA) oluşumuna neden olmakla birlikte risk teşkil etmektedir [52].

### *Sigara*

Diğer kanser türlerinde olduğu gibi, kolorektal kanserlerde de sigara kullanımı riski arttırmaktadır [53]. Hannan ve arkadaşlarının çalışmasına göre; yaşam boyu sigara içenlerde kolorektal kanser riskinin daha yüksek bulunmuş olup, bırakmayla riskin azaldığını saptamışlardır [54].

### *Alkol*

Genel popülasyonda yapılan çalışmalarda- meta analizler, kolorektal kanserler ile alkol tüketimi arasında pozitif ilişki olduğu yönündedir. Bu artış riskinin, alkollü içecek türleri, cinsiyet veya kolon – rektum bölgesine göre değiştiğine dair çok az kanıt vardır. Dasthi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre; özellikle günde 28 gramdan fazla alkol tüketiminin kolorektal kanser riskinde artış ile ilişkili olduğunu saptamışlardır [55].

### *Androjen Yoksunluk Tedavisi*

Androjenin kolorektal karsinogenezis için koruyucu görülmesinin yanında tersi durumda diyabet ve obezite gibi faktörleri de tetiklemesi ile birlikte riski arttırdığı düşünülmektedir [37]. Yunxia Lu ve arkadaşlarının 1961 ile 1980 yılları arasını kapsayan kohort çalışmasına göre; kolorektal kanser adenokarsinom, bilateral orşiektomiye takiben

1.30, prostatektomi sonrası 1.22 ve östrojen dışında tedavi görenlerde 1.37 oranında artış olduğu saptanmıştır [56].

### *Kolesistektomi*

Artmış safra salgısının kolelitiazis ve kolorektal kanser ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Chien-Hua Chen ve arkadaşlarının çalışması sonucuna göre; kolesistektomi sonrası ilk 6 ay içinde kolesistektomi ve kolorektal kanser riski arasında pozitif ilişki saptanmış fakat önceden var olabilen kolorektal kanser durumu dışlanamamıştır [57].

## **2.4 Kolorektal Kanser Tarama ve Erken Tanı**

Tarama; herhangi bir semptomu olmayan bireylere uygulanan basit test ve muayenelerdir [58]. Amaç, erken aşamada kanser durumunun belirlenip, mortalite ve morbiliteyi en aza indirmektir [59]. Asemptomatik dönem, taramanın odak noktasıdır. Tarama kapsamındaki tetkikler için belirli bir maliyete ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle önceliklerin ve önemlilikler gözetilerek sağlık sistemleri planlama yapmaktadır. Kolorektal kanserler kanser sıralamasında yeri ve erken evre tespitinin sağkalım oranında olumlu geri dönüşleri sebebiyle birçok toplum gibi ülkemizde de tarama programına sahiptir.

Kolorektal kansere yönelik tarama testleri; gaitada gizli kan testi, peroksidaz-guaiac tabanlı gaitada gizli kan testi, gaitada gizli kan taramasında immünokimyasal testler, fekal DNA testi, çift kontrast baryumlu enema ve kolonoskopidir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından ilk kez 2009 yılında kolorektal kanser tarama programı başlatılıp, 2012 de şartları güncellenmiştir. Bu kapsamda, program 50-70 yaş arası tüm erkek ve kadınların iki yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmasını ve 10 yılda bir kolonoskopi ile taranmasını öngörmektedir [60,61,62].

## **2.5 Kolorektal Kanserlerde Evreleme**

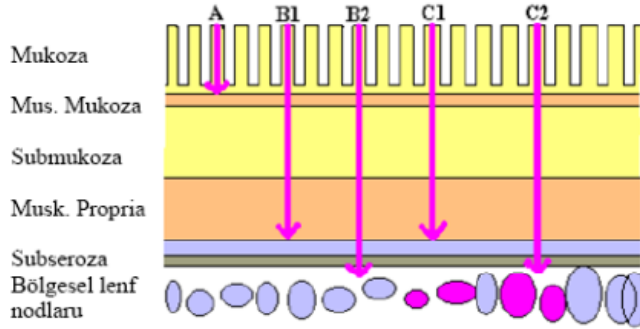
Prognoz ve tedavinin planın yapılabilmesi için, tümörün sınırlarının belirlenmesi tümörün histoloji gibi ön plandadır. Kolorektal karsinomaların evrelemesinde; Dukes sistemi, Astler-Coller sistemi ve TNM sistemi kullanılmaktadır. Dukes sistemi halen kullanılmaktadır. Astler-Coller sistemi Dukes sistemine benzemektedir. Dukes ve Astler-Coller sistemi arasındaki en önemli fark derinlikleri farklı olan tümörlerde lenf düğümü tutulumunu da değerlendirmesidir [30,63].

Tablo 2.6.1 : Modifiye Dukes (Astler-Coller) Sınıflaması

### Modifiye Dukes (Astler-Coller) Sınıflaması

Dukes A	Tümör mukozaya sınırlıdır
Dukes B1	Muskularis propria tutulmuştur
Dukes B2	Seroza veya perirektal yağ dokusu tutulmuştur
Dukes C1	B1+lenf bezi tutulumu
Dukes C2	B2+lenf bezi tutulumu
Dukes D	Uzak metastaz

(B3 ve C3: komşu organ ya da yapılara perforasyon ya da invazyon)

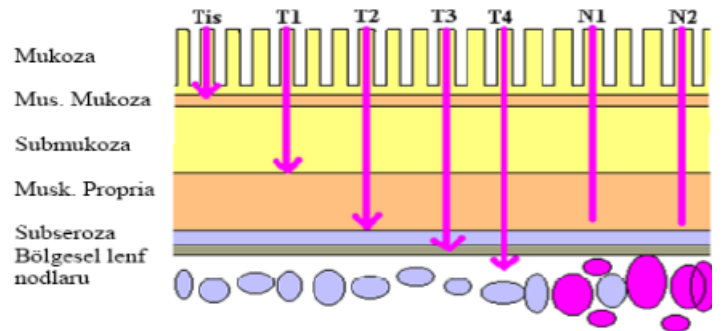


### Astler-Coller Evrelemesi

American Joint Committee on Cancer (AJCC) tarafından kabul edilen TNM evreleme sistemi en sık kullanılan evreleme sistemidir [64].

T	N	M	Evre
Tis	N0	M0	0
T1,T2	N0	M0	1
T3	N0	M0	2A
T4a	N0	M0	2B
T4b	N0	M0	2C
T1-2	N1/N1c	M0	3A
T1	N2a	M0	3A
T3-T4a	N1/N1c	M0	3B
T2-T3	N2a	M0	3B
T1-T2	N2b	M0	3B
T4a	N2a	M0	3C
T3-T4a	N2b	M0	3C
T4b	N1-N2	M0	3C
Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1a	4A
Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1b	4B
Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1c	4C

### TNM Evrelemesi



### Primer Tümör (T)

T	T Kriteri
TX	Primer tümörü bilinmeyen
T0	Primer tümörü yönünde bulgu yok
Tis	Karsinoma in situ
T1	Tümör submukozaya invaze
T2	Tümör muskularis propria'ya invaze
T3	Tümör muskularis propria'yı perikolorektal dokuya kadar invaze ediyor
T4	Tümör komşu organ ya da yapılara invazyon göstermekte ve/veya visseral peritonu invaze
T4a	Tümör visseral peritonu invaze etmekte olup, barsağın perforasyonu vardır
T4b	Tümör komşu organ ya da yapılara invazyon göstermekte

### Bölgesel Lenf Bezi Tutulumu (N)

N	N Kriteri
NX	Bölgesel lenf bezleri değerlendirilememekte
N0	Lenf bezi metastazı yok
N1	1-3 bölgesel lenf nodu pozitif (lenf nodlarında tümör $\geq 0.2$ mm ölçülür) veya tüm lenf nodları negatif olup tümör depositi mevcuttur
N1a	1 lenf nodu pozitif
N1b	2-3 lenf nodu pozitif
N1c	Tüm lenf nodları negatif olup şu yerlerde tümör depositleri mevcuttur; Subseroza, Mezenter, Nonperitoneal perikolik veya perirektal / mesorektal dokular
N2	4 ve daha fazla bölgesel lenf nodu pozitifdir
N2a	4-6 bölgesel lenf nodu pozitif
N2b	7 ve daha fazla bölgesel lenf nodu pozitifdir

### Uzak Metastaz (M)

M	M Kriteri
M0	Uzak metastaz yok
M1	Bir veya daha fazla uzak bölgeye / organlara metastaz veya peritoneal metastaz
M1a	Peritoneal metastaz olmaksızın bir bölgeye veya organa metastaz saptanır
M1b	Peritoneal metastaz olmaksızın iki veya daha fazla bölgeye veya organa metastaz saptanır
M1c	Tek başına veya diğer organ metastazı ile birlikte olan peritoneal metastaz

## 2.6 Kolorektal Kanselerde Tanı ve Tedavide Gecikmeye Neden Olan Faktörler

Kolorektal kanserler, kanserler arasındaki sıralaması ve erken dönemde tedavi başarısı açısından, ülkelerin sağlık sistemi yönetiminde kanserin neden olduğu sosyal ve ekonomik yükü azaltma mücadelesinde kritik öneme sahiptir [6]. Yapılan çalışmalar kolorektal kanserlerle hastalarda tanısal gecikme ile mortalite arasındaki ilişki incelenmiş ve tanı sürecinde gecikme yüksek mortaliteye neden olduğunu göstermiştir [11].

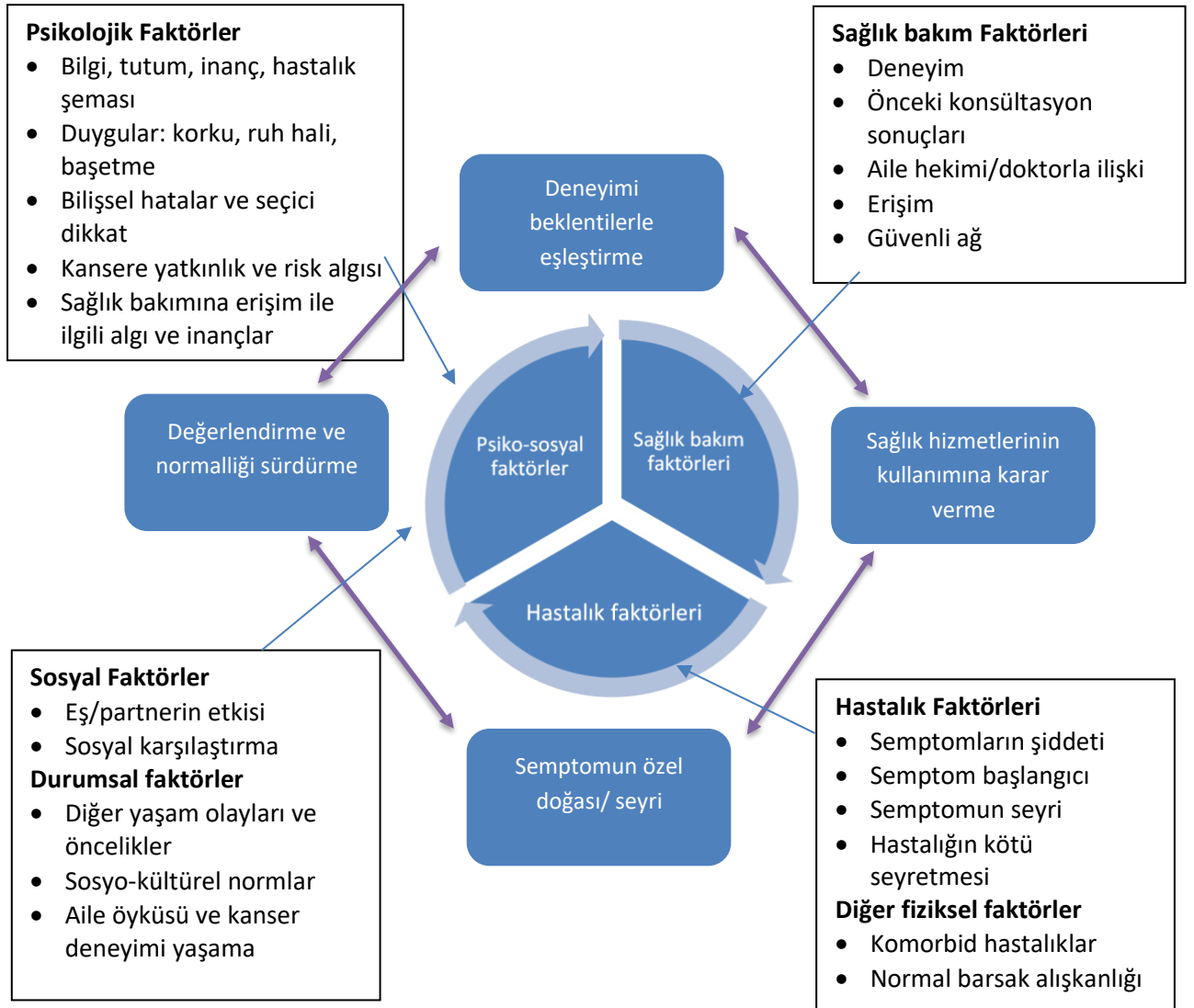
Kolorektal kanserlerde mortalite büyük oranda tanı sırasındaki durumla ilişkilidir. Tanı ve tedavi süreçleri, semptom süresi ve evreyi doğrudan etkileyerek, sağkalımın belirleyicileri olarak kabul edilmiştir. Semptom başlangıcı ile tanı veya tedavi arasındaki zaman aralığının, hasta, hekim ve sağlık sistemi ile ilgisi olup olmadığı yeterince anlaşılmamıştır [3].

Semptom başlangıcından tanıya kadar geçen süredeki gecikmeler, tedaviye başlamadaki gecikmelerden daha büyük oranda süreci etkilemektedir. Tanıda gecikmelerin sınırlanabilmesi, erken evre oranını artırır, prognozu olumlu yönde etkiler ve psikolojik yansımaları minimize etmede avantaj sağlayabilir [3].

Çoğu kanserlerde olduğu gibi kolorektal kanserler de semptomatiktir. Hastalar bu semptomlar üzerine sağlık arayışına yönebilirler fakat bu belirtilerin malign olmayan durumlarda da gözlenmesi söz konusu olduğu için ciddi olarak algılanmayabilir [7]. Tanıda gecikmeyi azaltmak için, tıbbi yardım arama kararının zamanlama ve nedenleri dahil olmak üzere hasta faktörlerini anlamak önemlidir. Sağlık kuruluşuna başvuruya kadar geçen süreyi doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen çok çeşitli faktörler tanımlanmıştır. Bu faktörler; hasta faktörleri (örneğin yaş, cinsiyet), sistem faktörleri (örneğin erişim, hasta-doktor iletişimi), psikolojik faktörler (örn. kaygı, korku), sosyal faktörler (örneğin işçi / bakıcı olarak rekabet eden öncelikler) ve davranışsal faktörler (örn. kendi kendine ilaç tedavisi gibi) şeklinde sınıflandırılmıştır (Şekil 1) [65]. Gecikmeyi çerçeveleyebilmek adına ilk modeli Safer ve arkadaşları [66] öne sürmüş olup, Andersen ve arkadaşları [67] geliştirmiştir. Model, temel üç aşamayı içermiştir. Birinci aşama değerlendirme gecikmesi, kişinin semptomu hastalık belirtisi olarak değerlendirmek için geçirdiği zaman, ikinci aşama, kişinin ilk hastalık belirtisinden profesyonel tıbbi bakım aramaya karar verene kadar geçen süre ve tanıda gecikme aşaması, başvurudan tanı sürecine kadar geçen süre olarak tanımlanmaktadır.

Kolorektal kanser tanı veya erken tedaviye kadar geçen süre konusunda çalışmalar olsa da, ilgili literatür hastaların semptomu tanıyıp, tıbbi yardım arama arasında geçen süreyi inceleme konusunda yeterli değildir. Çalışmaların birçoğu kolorektal kanserlerde asemptomatik dönemdeki taramaya yöneliktir [68].

Tıbbi yardım için sağlık kuruluşuna başvurma kararında kişilerin içinde yaşadıkları çevrenin kültürü, sağlık ve hastalık kavramına atfedilen değerler, bilgisi, algı ve inançları belirleyici rol oynamaktadır. Bunların yanı sıra, bireyin deneyimlediği belirtilerin yaşadığı toplumdaki yaygınlığı ve görülme sıklığı, toplumdaki alışılmışlık derecesi, hastalığın olası sonucu ile ilgili tahminler ve sonuçta ortaya çıkabileceklerin ürkütücülüğü de tıbbi yardım arama kararı vermeyi etkileyebilmektedir [65].



**Kolorektal kanser semptomları olan kişilerde semptom değerlendirmesini ve tıbbi yardım aramayı etkileyen faktörler [65]**

## 2.7 Hastalık Algısı

Bireylerin sağlık ve hastalık kavramlarını ve aralarındaki ilişkiyi yorumlamaları hastalıkların önlenmesi, sağlığın sürdürülüp geliştirilmesi ve tedavi-rehabilitasyona uyumu olumlu ya da olumsuz şekilde etkilemektedir [69]. Hastalık algısı, bireyin bilişsel (yani inançlar, fikirler, düşünceler) ve duygusal olarak hastalık durumunu algılaması, yorumlamasıdır [70]. Bilişsel ve duygusal tutum bireysel farklılık içermesinden kaynaklı, hastalık algısındaki değişim bireyin tedaviye uyum, baş etme gibi faktörleri doğrudan

etkilemektedir. Geçmiş yaşam deneyimleri, hastalık durumları, edindiği bilgi, aynı tanı, tedaviye olan tepkileri değiştirmektedir [71].

Hastalık algısı, Leventhal ve arkadaşları tarafından geliştirilen ‘Kendini Düzenleme Modeli’ ile açıklanmaktadır [72]. Bireylerin hastalık tehditlerini nasıl algıladığı ya da yorumladığı, neden meydana geldiği, ne kadar süreceği ve tedavi ya da kontrol edilebilirliğine ilişkin inançlarını aynı zamanda hastalıkla mücadele çabalarına verilen duygusal yanıtları ve sağlıkla ilgili sonuçları kapsamaktadır. Bu modelde, hastalıkta bilişsellik (sağlığı tehdit eden şeyin objektif yorumu/hastalığı nedeni ya da sonuçlarıyla ilgili kişinin düşünceleri) ve duygu ifadesi (sağlığı tehdit eden şeye karşı verilen duygusal tepki, öfke/korku vb.) olarak paralel iki düzenleyici faktörün olduğu; bu iki sürecin paralel ve sürekli birbirleriyle etkileşim halinde olduğu belirtilmektedir. Kendini düzenleme modeline göre hastalığı algılamanın hastalık temsilleri, başa çıkma ve değerlendirme olmak üzere üç aşaması bulunmaktadır. İlk aşama olan hastalık temsilleri, sağlığa yönelik (vücut duyularına ve semptomlara dayalı) bir tehdidin algılanmasından oluşur. Semptomlarla ilgili bu algılar, medya, sağlık uzmanlarıyla karşılıklı etkileşim ve hastalıkla ilgili geçmiş deneyimler gibi bilgiler kullanılarak oluşturulmaktadır. Hastalık temsillerinin kimlik, neden, süre, sonuçlar, kontrol/tedavi olmak üzere beş boyutu vardır. Kişiler bir hastalık tehdidiyle karşılaştıkları zaman, hastalıkla ilgili bilgiyi bu boyutlara göre değerlendirirler.

Bireylerin hastalık algısı, kanser hastalığını erken dönemde farketme, sonraki süreçte etkin başa çıkma ve hastalık sonuçlarını yönetmede etkili olabilir [73]. Toplumlar arasında kanser, farklı bir önem ve yere sahiptir. Kanser kendi anlamının ötesinde, içerdiği riskten daha fazla korkutan, toplum içindeki yerinden, bağlantılarından kopartan bir yük taşır. Kanser, ciddi ve kronik bir hastalık olmasının yanında, korku, belirsizlik, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, dayanılmaz ağrılar, terk edilme ve ölüm duyguları, düşüncelerini çağrıştırır. İnsanın yaşama gelme nedenini, inançları sorgulamaya iter [74]. Hastalık algısı, kanser hastalarında psikolojik sıkıntıların önemli nedenleri arasında yer almaktadır [75].



## **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1 Araştırmanın Tipi**

Araştırma kolorektal kanserli bireylerde hastalık algısı ve tanı gecikmesine yol açan bireysel faktörlerin incelenmesi amaçlı tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

Bu çalışmanın amacı, kolorektal kanserli hastalarda ilk belirtiler ile tıbbi yardım arama arasında geçen süreyi, gecikmeye neden olan faktörleri ve hastalık algısını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### **3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde yürütülmüştür.

Ankara Başkent Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği araştırma süresi kapsamında 21 Ocak tarihine kadar poliklinik binasında yer almakta olup, 19 koltuk, 3 yatak kapasitesine sahiptir. Poliklinikte hasta koltuklarının yer aldığı geniş salon ve 3 tedavi odası bulunmaktadır. Tedavi odalarının yanında birimde 'Kanser Kayıt Birimi'ne ait ayrı bir oda ve kan alma birimine ait başka bir oda da yer almaktadır. Poliklinik 21 Ocak itibariyle 5 katlı onkoloji binasına taşınmıştır. Giriş katta kan alma bölümü, 3. kat doktor muayene odası, 4. kat 32 koltuklu, 3 yataklı gündüz ayaktan tedavi ünitesi, 5. Kat 10 koltuklu tedavi ünitesi, kemoterapi ilaç hazırlama ve kanser kayıt birimi odasını içermektedir. Poliklinikte 4 uzman doktor, 7 hemşire, 3 sekreter, 2 temizlik personeli görev yapmaktadır. Poliklinikte günlük ortalama 50 hasta kabulü yapılmaktadır. İntravenöz tedavi alacak hastalar tedavi ünitesine kabul edilmekte, hastaların ilaç hazırlıkları kemoterapi ilaç hazırlama ünitesi tarafından sağlanmaktadır. Poliklinik hizmeti randevu sistemi ile yürütülmektedir.

### **3.3 Araştırma Zamanı**

Araştırma, Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniğinde, yüz yüze bire bir görüşme ile 25 Kasım 2019 ile 15 Mart 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

### **3.4 Araştırmanın Evreni**

Araştırma evrenini, Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniğine başvuran, kolorektal kanser tanısı ile takipli tüm hastalar oluşturmuştur.

### 3.5 Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleminin, Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniğine 25 Kasım 2019 ile 15 Mart 2020 tarihleri arasında başvuran kolorektal kanser tanısı olan ve aşağıda belirtilen özelliklere uygun bireyler oluşturmuştur.

Araştırma Kapsamına Alınacak Hastalar için Özellikler;

- Biyopsi ile doğrulanmış, kolorektal kanser tanısı olan
- Kolorektal kanser tanısı olduğunu bilen
- Okuma yazma bilen
- Mental rahatsızlığı olmayan
- İletişim kurabilen
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan

Örneklem seçiminde süre esas alınmış olup, 25 Kasım 2019 ile 15 Mart 2020 tarihleri arasında yukarıda belirtilen özelliklere uygun 120 hastaya ulaşılmıştır. Ulaşılabilen hastalardan 6'sı çalışmayı kabul etmemiştir. Kabul etmeme nedenleri, hastaların halsizlik gibi fiziksel durum, hastane çevresi park ve buna bağlı zaman problemi ve hasta yakınlarının endişeleri kaynaklı sıralanmaktadır. Çalışma toplam 114 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

### 3.6 Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler aşağıda yer alan anket ve formlar aracılığı ile toplanmıştır.

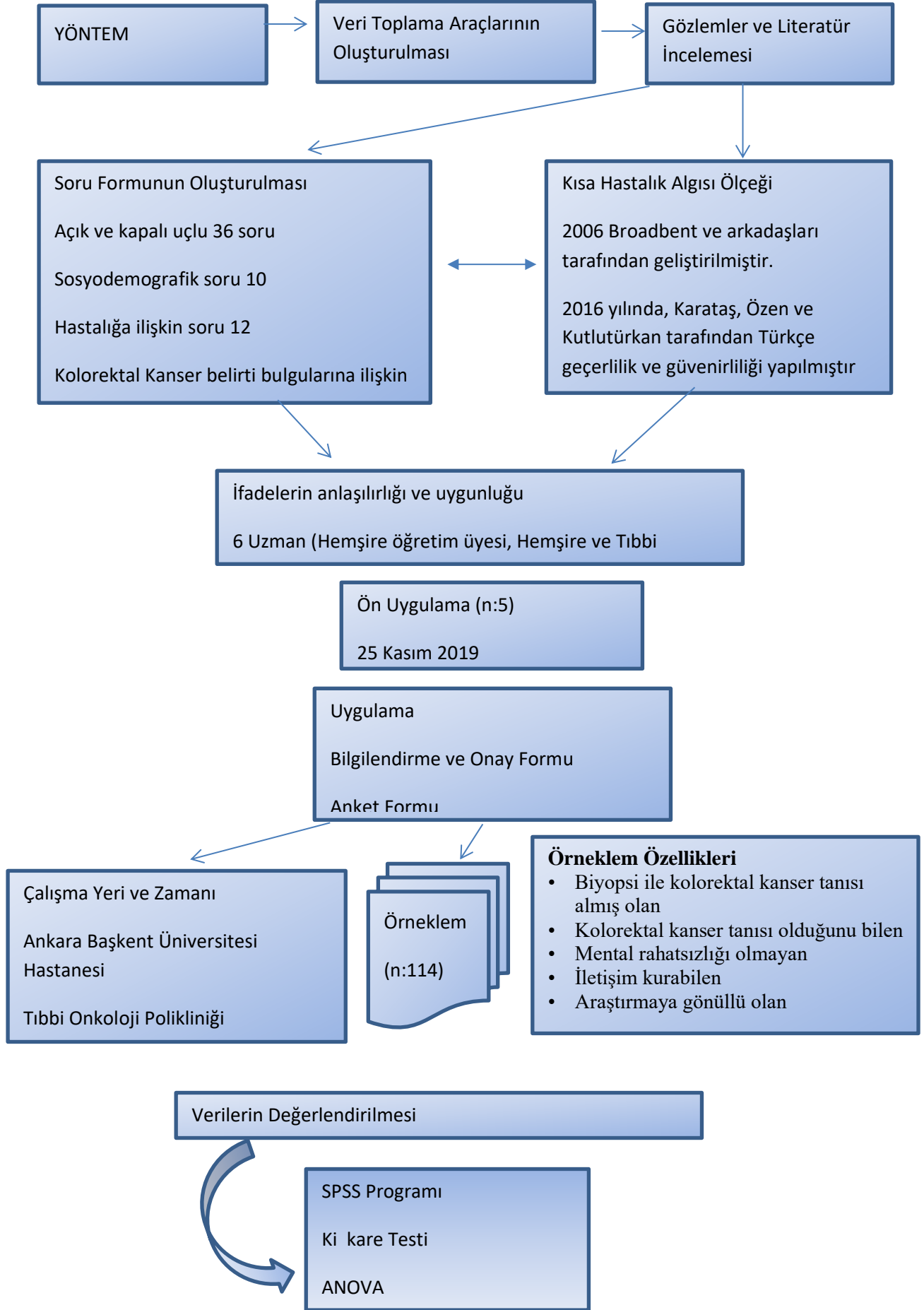
- Bilgilendirme ve Onay Formu (Ek-1)
- Anket Formu (Ek-2)
- Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (Ek-3)

### 3.7 Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

**3.7.1 Anket Formu (Ek-2):** Verilerin toplanmasında literatürden [2,5,6,8,10,11,12] yararlanılarak hazırlanan anket formunda sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni hali, eğitim durumu, meslek ve çalışma durumu, sağlık güvencesi, ekonomik durumu...), hastalığa ilişkin klinik özellikleri (kolorektal tanı kodu, ilk tanı tarihi, tanı evresi, var olan diğer hastalıkları, ailede ve çevrede kanser öyküsü...) kolorektal kanser belirtilerine ilişkin bilgi durumu ve bilgiyi edinme kaynakları, kolorektal kansere yönelik yaşanan belirti ve bulgular, barsak alışkanlıklarında değişimi değerlendirmek için Bristol gaita skalası, bu belirti ve bulgulara yönelik öncelikleri ve algılamaları, sağlık kurumuna başvuru süreleri,

etkileyen faktörlere yönelik açık ve kapalı uçlu soruların yer aldığı toplam 36 sorudan oluşmaktadır.

**3.7.2 Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (Ek-3):** Broadbent ve arkadaş tarafından 2006 yılında geliştirilmiştir [76]. Ölçeğin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Karataş, Özen ve Kutlutürkan tarafından yapılmıştır ve Cronbach alfa katsayısı 0.85' dir [77]. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmış hali yedi madde ve nedensel faktörlerin sorgulandığı ilave bir maddeden oluşmaktadır. Hastalığın nedensel faktörlerinin sorgulandığı 8. Madde dışında kalan diğer 7 madde, 0-10 arasında likert tipi bir puanlama cetveline sahiptir. Ölçek, bilişsel hastalık temsilleri ve duygusal hastalık temsilleri olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bilişsel hastalık temsillerini 2 (kişisel kontrol), 3 (tedavi kontrolü), ve 6 (hastalık anlaşılabilirliği), maddeler oluşturmaktadır. Duygusal hastalık temsillerini ise 1 (sonuçlar), 4 (hastalık kimliği), 5 (endişe), ve 7 (duygudurum). Maddeler oluşturmaktadır. Bu maddelerin yanı sıra, hastalığa neden olduğu düşünülen en önemli üç nedenin açık uçlu olarak sorulduğu en son bölüm yer almaktadır. Ölçeği değerlendirirken tüm ölçek puanının hesaplanması, hastalığın ne kadar tehdit edici ya da kişinin rahat olduğunu göstermektedir. Ölçek skorunun hesaplanması için 2,3 ve 6. maddeler ters çevrilir ve 1,4,5,7' ye eklenir. Yüksek skor, hastalığın hastaları daha fazla tehdit ettiğini göstermektedir [77]. Bu çalışmada ölçek geneli için Cronbach alpha katsayısı 0,60 olarak saptanmış olup, bu değer kabul edilebilir ancak düşük güvenilirlikte olduğu görülmüştür [78].



### 3.8 Araştırmanın Uygulama Basamakları

Araştırma kolorektal kanser tanısı almış, Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi Onkoloji polikliniğine kontrol ya da tedavi amaçlı başvurdukları zaman uygulanmıştır. Örneklem kriterlerine uygun olarak 18 yaş üstü, okuryazar ve iletişimde engeli olmayan, tanısını bilen ve araştırmayı kabul eden hastalar ile görüşme sağlanmıştır. Araştırmanın uygulama basamakları aşağıdaki şekildedir.

1. Hastane bilgisayar sisteminden günlük onkoloji polikliniğe başvuran hasta listeleri çıkarılmıştır. Her bir hastanın anamnezleri ve biyopsi raporları incelenerek kolorektal kanser tanısı olan vakalar listelenmiştir.
2. Günlük kolorektal kanser tanısı belirlenen hastaların tanılarını bilip bilmeme durumu hastaların doktorları ile görüşülerek öğrenilmiştir. Hastanın kolorektal kanser tanısını bilmemesi, kısa hastalık algısı ölçeğini doğru değerlendirme sağlamayacağından araştırma dışında tutulmuştur.
3. Yeni tanı almış ve ilk kez onkoloji polikliniğe başvuran hastalar ile görüşme, hastaların hazır oluşluğu hekim ile değerlendirilerek, planlama yapılmıştır.
4. Çalışmaya uygun hastalara, çalışmanın amacının, kolorektal kanser tanısı almadan ilk şikâyetlerinden hastaneye başvuru süresine kadar yaşadıklarına dair bilgi toplamak amaçlı olduğu şeklinde açıklanıp, ortalama 15-20 dakika süreceği bilgisi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden ile görüşme başlatılmıştır.
5. Bütün hastalarda soru formu birbirine bir hasta ile birlikte doldurulmuştur. Görüşmeler, hasta ve hasta yakınları ile birlikte, poliklinikte uygun olan boş bir oda da yalnız şekilde, ortalama 15-20 dakika kadar sürmüştür.
6. Hastalar ile doldurulan formlarda, hastaların doğum tarihi, tanı kodu, tanı evresi ve ilk tanı tarihi bilgileri hastane bilgisayar sisteminden alınarak formlar tamamlanmıştır.

### 3.9 Verilerin Değerlendirmesi

Elde edilen verilerin analizi, bilgisayarda Statistical Package for Social Science (SPSS 22.0) programında yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler bağımsız değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi, tanı evresi, kronik hastalık, ailede kolorektal kanser öyküsü durumu, kolorektal belirtini bilme, alternatif tedavi uygulama, bağırsak alışkanlığında değişim, rektal kanama) ile bağımlı değişkenler (kolorektal kanser belirti ve bulguları başlangıcından sağlık kurumuna başvuru arasındaki süre ve hastalık algısı ölçeği puanı) arasındaki farklar iki grup arasındaki ilişkiyi belirlemek

için ki kare testi ile; ikiden fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren özellikler için Tek Yönlü Varyans Analiz testi (ANOVA) ve korelesyon testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Hastaların ilk şüpheli semptomlarını yaşamalarından sağlık kuruluşuna başvuru arasında geçen sürenin 1 aydan az olması normal, 1 aydan fazla olması gecikme, 1-3 ay arası olması uzun süreli gecikme ve 6 aydan fazla olması ise çok ciddi gecikme olarak sınıflandırılmıştır [79]. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. Açık uçlu sorular gruplandırılarak değerlendirilmiştir. Çalışmada  $p < 0.05$  olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecek şekilde değerlendirilmiştir.

### **3.10 Çalışmanın Araştırma-Etik Kurul ve Hastalardan Onay ve İzin Alma Süreci**

Çalışmanın planlanması aşamasında Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Başkent Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (Proje No: KA19/352) çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için onay alınmıştır (Ek-4). Başkent Üniversitesi Başhekimliği ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nden araştırmanın yapılması için izin alınmıştır (Ek-5). Çalışmaya alınması planlanan bireylere, konu hakkında ve isimlerinin gizli kalacağı ile ilgili yazılı ve sözlü bilgi verilerek, gönüllülük esasına göre yazılı onayı alınmıştır ( Ek-1).

Kısa hastalık algısı ölçeği kullanımı için izin Karataş, Özen ve Kutlutürkan tarafından alınmıştır (Ek-6).

### **3.11 Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmada kapsamına alınan bireylerin ilk tanı tarihleri ile uygulama zamanı arasında geçen süreye bağlı olarak bireylerin deneyimlerini hatırlaması ile ilgili sorunlarla karşılaşmıştır. Verilerin doğrulaması için hasta yakınlarından destek alınmıştır. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yüksek olmasına rağmen bu grupta cronbach alfa değeri 0,60 olduğu görülmüştür. Ayrıca ölçeğin ikinci maddesinde yer alan 'Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu düşünüyorsunuz?' sorusuna ilişkin bazı hastalar yanıt vermede zorlandıklarını ifade etmiştir. Polikliniğin taşınma süreci ve coronavirus pandemisi nedeniyle hasta başvurularının azalması örneklem sayısını olumsuz etkilemiştir. Çalışma Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi ile sınırlı kalmıştır ve bulgular örneklem dışında genellenemez.

## 4.BULGULAR

Kolorektal kanserli bireylerde hastalık algısı ve tanı gecikmesine yol açan bireysel faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte araştırmanın bulguları bu bölümde yer almaktadır.

Araştırma kapsamında elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında özetlenmiştir:

1. Hastaların Tanıtıcı ve Klinik Özellikleri
2. Hastaların Kolorektal Kanser Belirtileri ve Tarama Programına Yönelik Bilgi Durumu
3. Hastaların Kolorektal Kanser Tanısı öncesi Yaşadıkları Belirti – Bulgular ve Şikâyetlerine Yönelik Algıları
4. Kolorektal Kansere Yönelik Şikâyetleri Başladıktan sonra Sağlık Kurumuna Başvuru Süreleri ve Etkileyen Faktörler
5. Kısa Hastalık Algısı Anketi Puan Ortalamaları
6. Hastaların Şikâyetler Başladıktan Sonra Sağlık Kuruluşuna Başvuru Süresi ile Sosyodemografik, Klinik Özellikler ve Hastalık Algısı arasındaki ilişki

#### 4.1 Hastaların Tanıtıcı ve Klinik Özellikleri

Tablo 4.1.1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

<b>Demografik Özellikler</b>		
	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Yaş</b> (Ort: 65,69 $\pm$ 11,12; min:36 Max: 86)		
31-50	13	11,4
51-70	60	52,6
71 ve üzeri	41	36,0
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	55	48,2
Erkek	59	51,8
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	87	76,3
Bekâr	27	23,7
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlkokul	31	27,2
Ortaokul	10	8,8
Lise	20	17,5
Lisans/Üniversite	50	43,9
Yüksek Lisans/Doktora	3	2,6
<b>Meslek</b>		
Memur	42	36,8
İşçi	32	28,1
Serbest Meslek	18	15,8
Ev Hanımı	22	19,3
<b>Aylık Gelir Durumu</b>		
İyi	37	32,5
Orta	68	59,6
Kötü	9	7,9
<b>Çalışma Durumu</b>		
Emekli Olan	78	68,4
Emekli Olmayan	36	31,6

Kolorektal kanserli bireylerde hastalık algısı ve tanı gecikmesine yol açan bireysel faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmaya toplam 114 hasta katılım sağlamıştır. Katılım sağlayan hastaların sosyo-demografik özellikleri tablo 4.1.1’de verilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 65,69  $\pm$ 11,12 olup 36 ile 86 yaş aralığında dağılım göstermektedir. Hastaların %51,8’i erkek, %76,3’ü evlidir. Hastaların %43,9 üniversite mezunu, %36,8’i memurdur ve %68,4’ü emeklidir. Hastaların ifadelerine göre gelir durumu orta (%59,6) ve iyi (%32,5) düzeydedir.



**Tablo 4.1.2: Hastaların Klinik Özelliklerinin Dağılımı**

	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Kolorektal Kansere Tanı Süresi (Ay)</b> (Ort:25,58 ±31,74; min:0 Max: 238)		
0-16	62	54,4
17-42	29	25,4
43 ay ve üzeri	23	20,2
<b>Kolorektal Kansere Tanı Kodu</b>		
Kolon	82	71,9
Rektum	21	18,4
Rektosigmoid Bileşke	11	9,7
<b>Kolorektal Kansere Tanı Evresi</b>		
I-II	40	35,1
III	50	43,8
IV	24	21,1
<b>Beden Kitle İndeksi</b> (Ort:27,33 ±4,08; min:16,94 Max: 37,53)		
Zayıf (BKİ 18,5 kg/ m <sup>2</sup> altında)	2	1,8
Normal (BKİ 18,5-24,9 kg/ m <sup>2</sup> arasında)	31	27,5
Kilolu (BKİ 25-29,9 kg/ m <sup>2</sup> üstünde)	80	70,7
<b>Ailede Kolorektal Kansere Öyküsü</b>		
Var	32	28,1
Yok	82	71,9
<b>Kolorektal Kansere Öyküsünden Kaybedilen Yakın</b>		
Var	23	20,2
Yok	91	79,8
<b>Bağırsak ile İlgili Tanı Alınan Hastalık</b>		
Var	5	4,4
Yok	109	95,6
<b>Eşlik Eden Kronik Hastalık Durumu</b>		
Var	80	70,2
Yok	34	29,8
<b>Eşlik Eden Kronik Hastalıklar (n=80)*</b>		
Hipertansiyon	52	33,7
Kardiyovasküler Hastalık	27	17,6
Diabetes Mellitus	17	10,9
Primer başka bölgede kansere öyküsü	15	9,7
Tiroid	12	7,7
Romatizmal Hastalık	9	5,8
KOAH (Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı)	6	3,8
Psikiyatrik Hastalık	4	2,5
Diğer**	13	8,3

\* Birden fazla yanıt verilmiştir.

\*\*Diğer: Sedef, Gut, Siroz, Osteoporoz, Astım, Benign Prostat Hiperplazisi (BPH), Polikistik Böbrek Hastalığı (Renal tx), Hepatit, Cushing Sendromu

Çalışmaya katılan hastaların klinik özellikleri tablo 4.1.2’de sunulmaktadır. Hastaların kolorektal kanser öyküsü ortalama  $25,58 \pm 31,74$  ay olup, %54,4’ü 0-16 ay arasındadır. Kolorektal tanı bölgeleri %71,9 ile en fazla kolon bölgesindedir ve ilk tanı aldıklarında kolorektal kanser evresi % 43,8’inde evre III’dür. Beden kitle indeksi  $18,5 \text{ kg/ m}^2$  altında ise zayıf,  $18,5-24,9 \text{ kg/ m}^2$  arasına normal,  $25-29,9 \text{ kg/ m}^2$  üstünde kilolu olarak değerlendirildiğinde, hastaların %70,2’si kiloludur.

Hastaların kolorektal kanser tanısının yanında eşlik eden kronik hastalıkları incelendiğinde; çalışmaya katılan hastaların %70,2’sinde eşlik eden kronik hastalık vardır. Kronik hastalığa sahip hastaların kronik hastalıkları hipertansiyon (%33,7), kardiyovasküler hastalıklar (%17,6), diyabet (%10,9) ve primer başka bölgede kanser öyküsü %9,7’dir. Hastaların %95,6’da kolorektal kanser tanısı almadan önce bağırsaklar ile ilgili hastalık tanısı almamıştır.

Hastaların aile öyküleri değerlendirildiğinde; %28,1’nin ailesinde kolorektal kanser öyküsü olduğu ve %20,2’si kolorektal kanser nedeniyle yakınlarını kaybetmiştir.

## 4.2 Hastaların Kolorektal Kanser Belirtileri ve Tarama Programına Yönelik Bilgi

### Durumu

Tablo 4.2.1: Hastaların Kolorektal Kanser Belirtileri ve Tarama Programına Yönelik Bilgi Durumu

	Sayı	Yüzde
<b>Kolorektal Kanser Belirtisi olan Şikâyetleri Bilme Durumu</b>		
Biliyor	27	23,7
Bilmiyor	87	76,3
<b>Hastalar Tarafından Bilenen Kolorektal Kanser Belirti ve Bulguları (n=27)*</b>		
Rektal Kanama	17	37,8
Bağırsak Alışkanlığında Değişim	14	31,1
Karın Ağrısı	5	11,1
Kilo Kaybı	3	6,7
Ele Gelen Kitle	2	4,4
İştahsızlık	2	4,4
Yorgunluk	2	4,4
<b>Sağlık Personeli Tarafından KRK Belirti ve Tarama Programına Yönelik Bilgi Verilme Durumu</b>		
Verildi	12	10,5
Verilmedi	102	89,5
<b>Belirti ve Tarama Programına Yönelik Bilgi Veren Sağlık Personeli (n=12)</b>		
Doktor	10	83,4
Diğer (Sağlık Kurumu Afiş)	2	16,6
<b>Belirti ve Tarama Programına Yönelik Bilgi Verilen Kurum (n=12)</b>		
Aile Sağlığı Merkezi	7	58,3
Üniversite Hastanesi	2	16,7
Özel Tıp Merkezi	2	16,7
Devlet Hastanesi	1	8,3
<b>Kolorektal Kanser Tanısı Almadan Önce Tarama Yaptırma Durumu</b>		
Yaptıran	19	16,7
Yaptırmayan	95	83,3
<b>Kolorektal Kansere Yönelik Yaptırılan Tarama Testi (n=19)</b>		
Kolonoskopi	14	73,7
Gaita Gizli Kan (GGK)	5	26,3

\* Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların kolorektal kanser tarama programına yönelik bilgi durumu Tablo 4.2.1 'de verilmiştir. Hastaların dörtte üçünün (%76,3) kolorektal kanser belirti ve bulgularını bilmediğini ve %89,5'unun ise bir sağlık çalışanı tarafından belirti, bulgular ve tarama programları hakkında bilgi almadıklarını belirttikleri görülmektedir. Bilgi alan hastaların

(n=12) büyük kısmı (%83,4) hekimden, sağlık kurumu olarak ise %58,3 aile sağlığı merkezlerinden bilgi edindiklerini belirtmiştir.

Kolorektal kanser belirti ve bulgularını bildiğini belirten hastaların (n= 27), %37,8'si rektal kanamayı, % 31,1'i bağırsak alışkanlığında değişimi ve %11,1'i de karın ağrısını kolorektal kanser belirtileri olarak ifade etmiştir.

Kolorektal kansere yönelik tanı öncesi tarama amaçlı test yaptırma durumu incelendiğinde; %83,3'ünün herhangi bir test yaptırmadığı; tarama yaptıran 19 hastanın %73,7' si kolonoskopi, %26,3'ü gaitada gizli kan testi yaptırdığı saptanmıştır.

#### 4.3 Hastaların Kolorektal Kanseri Tanısı Öncesi Yaşadıkları Belirti – Bulgular ve Şikâyetlerine Yönelik Algıları

**Tablo 4.3.1: Hastaların Kolorektal Kanseri Tanısı Öncesi Belirti ve Bulgu Dağılımı**

<b>Kolorektal Tanısı öncesi Belirti ve Bulgu Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Var	102	89,5
Yok	12	10,5
<b>Kolorektal Kanseri Belirti ve Bulguları*</b>		
Bağırsak alışkanlığında değişim	59	20,3
Rektal kanama	41	14,1
Yorgunluk	35	12,1
Geçmeyen karın ağrısı, kramplar- Mide/yan ağrısı	30	10,3
Kilo Kaybı	24	8,3
İştahsızlık	19	6,6
Kötü kokulu gaz, gaz sancısı, fazla gaz olması	13	4,5
Karın bölgesinde şişkinlik	10	3,5
Bulantı-Kusma	9	3,2
Ateş, üşüme, titreme, terleme	9	3,2
Rektal akıntı veya dışkıyla gelen mukus, rektal ağrı ve kaşıntı	6	2,1
Bayılma, baygınlık hissi, göz kararması, algılamada azalma	5	1,7
Ele gelen kitle	5	1,7
Cilt renginde değişim (sararma, solgunluk)	4	1,5
Uyku düzensizliği	3	1,0
Nefes alamama, Çarpıntı	3	1,0
Fıskırır tarzda dışkılama, ani sıkışma hissi	3	1,0
İdrar yapamama	2	0,7
Sırt ve omuz ağrısı	2	0,7
Ellerde karıncalanma, uyuşma – Bacaklarda kasılma	2	0,7
Kasık bölgesinde şişlik	1	0,3
Hiç defekasyon çıkışının olmaması	1	0,3
Düşme (Fiziksel Düşme)	1	0,3
Ağız kokusu	1	0,3
Yara iyileşmesinde gecikme	1	0,3
Dışarıdan bağırsak seslerinin duyulması	1	0,3

\* Birden fazla cevap verilmiştir.

**Tablo 4.3.2: KKK Tanı Öncesi Bağırsak Alışkanlıklarında Değişimin Bristol Gaita Skalasına Göre Dağılımı (n=59)**

<b>Bristol Gaita Skalası</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Tip1: Keçi pisliği tarzında, topak topak ve parça parça sert dışkı	24	40,7
Tip2: Daha büyük ve birleşik toplama	14	23,7
Tip3: Daha az kalın, daha yumuşak kıvamlı, yüzeyinde derin olmayan çatlakların olduğu dışkı	1	1,7
Tip4: Yılan veya sosis gibi pürüzsüz, kaygan yüzeyli ve yumuşak kıvamlı dışkı	4	6,8
Tip5: Kenar verecek kıvamda parça parça dışkı	1	1,7
Tip6: Yumuşak kıvamlı, su içeriği daha fazla, parça parça dışkı	6	10,2
Tip7: Sert ya da yumuşak, katı dışkı içeriği hiç olmayan sulu dışkı	9	15,3

Kolorektal kanser tanısı öncesi hastalarda görülen belirti ve bulguları tablo 4.3.2’de yer almaktadır. Hastaların %10,5’inin herhangi bir şikâyeti olmadığını belirtmiştir. Şikâyeti olan 102 hasta birden çok belirti ve bulguları yaşadıklarını belirtmiştir. Açık uçlu soruya verilen cevaplar gruplandığında en sık yaşanan belirtilerin %20,3 bağırsak alışkanlığında değişim, %14,1 rektal kanama ve %10,3 karın ağrısı olduğu saptanmıştır.

Bağırsak alışkanlığında değişim yaşadığını belirten hastalara bu değişimi bristol gaita skalasına göre değerlendirilmesi istenmiş olup elde edilen bulgular Tablo 4.2.5’de yer almaktadır. Bristol gaita skalasına göre %40,7’si dışkı biçimi Tip 1 (Keçi pisliği tarzında, topak topak ve parça parça sert dışkı), %23,7’si dışkı biçimi Tip 2 (Daha büyük ve birleşik toplama) olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.3.3: Hastaların Kolorektal Kanser Belirti ve Bulgularına Yönelik Algıları**

	Sayı	Yüzde
<b>Hastaların Yaşadıkları Belirti ve Bulgulardan <u>En Önemli</u> Algıladıkları</b>		
Rektal Kanama	28	24,6
Karın Ağrısı, Şişkinliği	23	20,2
Bağırsak Alışkanlığında Değişim	17	14,9
Ateş	5	4,4
Gaz Sancısı, Sıkıntısı	5	4,4
Yorgunluk, bayılma Hissi	5	2,6
Kilo Kaybı	2	1,8
Bulantı-Kusma	2	1,8
İdrar Yapamama	2	1,8
Uyku Değişiklikleri (Uyku hali/Uykusuzluk)	2	1,8
Ağız Kokusu	1	0,9
Çarpıntı	1	0,9
Düşme	1	0,9
Ellerde Uyuşma, Karıncalanma	1	0,9
Kasıkta Şişkinlik	1	0,9
Makatta Ağrı	1	0,9
Nefes Alamama	1	0,9
Şikâyeti olmayan/önemli görmeyen	16	14,0
<b>Kolorektal Kansere Yönelik Şikâyetlerinin Nedenini Nasıl Algıladıkları*</b>		
Var olan hastalık/durum kaynaklı	30	25,4
Basur/Hemoroide kaynaklı	19	16,1
Beslenme şekli/yedikleri kaynaklı	19	16,1
Her hangi bir durum kaynaklı	13	11,0
Enfeksiyonel bir durum kaynaklı	10	8,5
Ciddi bir durum/bağırsakta tümör/kanser kaynaklı	7	5,9
Stres/Psikolojik sıkıntı kaynaklı	6	5,1
Gaz/adet sancısı kaynaklı	5	4,2
Kullanılan ilaçlar kaynaklı	5	4,2
Geçici olağan bir durum	4	3,4

\* Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların kolorektal kanser tanısı öncesi yaşadıkları belirti ve bulgulardan en önemli gördükleri, %24,6 oranında rektal kanama, %20,2 oranında karın ağrısı, şişkinliği ve % 14 oranında bağırsak alışkanlığındaki değişimdir. Hastalar şikâyetlerinin nedenini %25,4 var olan hastalık/durumuna bağlı, %16,1 hemoroid kaynaklı ya da beslenme sebepli olduğunu şeklinde yorumlamıştır (Tablo 4.3.3).

**Tablo 4.3.4: Şikâyetlerine Yönelik Sağlık Kurumuna Başvuru Öncesi Herhangi bir Geleneksel – Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yapma Durumu**

<b>Şikâyetlerinize yönelik sağlık kurumuna başvuru öncesi herhangi bir alternatif tedavi - uygulama yaptınız mı?*</b>	Sayı	Yüzde
Evet	34	29,8
Hayır	80	70,2
<b>Yapılan Uygulamalar</b>		
İlaç kullanımı	17	42,5
Beslenme değişikliği	15	37,5
Sıcak uygulama	5	12,5
Egzersiz	2	5
El ile müdahale (kabızlığa yönelik)	1	2,5
<b>İlk şikâyetlerinize yönelik yaptığımız alternatif tedavi - uygulama önerisi / bilgisini nereden edindiniz? (n=34)</b>		
Akraba-Arkadaş	17	50,0
Hastanın önceden kazanılmış deneyimleri	8	23,5
Sağlık Çalışanları	4	11,8
Eczacı	3	8,8
İnternet	1	2,9
Yazılı Medya (gazete-dergi) / TV	1	2,9
<b>Yaptığımız uygulamanın şikâyetleriniz üzerindeki etkisi (n=34)</b>		
Değişiklik yaratmamıştır	8	23,5
Şikâyetlerimi azaltmıştır	26	76,5

Hastaların yaklaşık üçte biri (% 29,8) şikâyetlerine yönelik sağlık kurumuna başvuru öncesi, geleneksel-tamamlayıcı tıp uygulama yaptığını belirtmiştir. Yapılan geleneksel-tamamlayıcı tıp uygulamaların % 42,5'i ilaç kullanımı (laksatif, parasetamol, mide koruyucu), %37,5'i beslenme değişikliği (kayısı, bitkisel çay tüketimi artırma...) şeklindedir. Yarısının (%50) akraba ve arkadaşlarından, dörtte birinin ise kendi kararı ile yaptığını ifade ettikleri ve %76,5'inin bu uygulamaların şikâyetlerde azalma sağladığını belirttikleri görülmektedir.(Tablo 4.3.4).

#### 4.4 Kolorektal Kansere Yönelik Şikâyetleri Başladıktan sonra Sağlık Kurumuna Başvuru Süreleri ve Etkileyen Faktörler

Tablo 4.4.1: Kolorektal Kansere Yönelik Şikâyetleri Başladıktan sonra Sağlık Kurumuna Başvuru Süreleri

<b>Kolorektal Kansere Yönelik Şikâyetleri Başladıktan sonra Sağlık Kurumuna Başvuru Süreleri (Ort: 7,27 ±11,02; min:1 Max: 62,5 ay)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Şikâyeti olmayan/Asemptomatik	12	10,5
Normal (1 aydan az)	33	28,9
Gecikme (1-3 ay arası)	20	17,6
Uzun Süreli Gecikme (3-6 ay arası)	13	11,4
Çok Ciddi Gecikme (6 aydan fazla)	36	31,6
<b>Kolorektal Kansere Yönelik Şikâyetleri Başladıktan Sonra Sağlık Kurumuna Başvuruyu Etkileyen Faktörler*</b>		
Etkileyen faktör yok	70	60,3
Herhangi bir sorun olarak görmeme, önemsememe, normal/geçici bir durum olarak değerlendirme	20	17,2
Doktor/hastalık tanısı alma korkusu	9	7,8
Aile içi süreçler, öncelikler kaynaklı	5	4,3
Var olan diğer hastalık ve bu hastalıklara bağlı şikâyetlerin ön planda olması, kullandığı ilaçların etkisi olduğunun düşünülmesi	3	2,6
İş durumu kaynaklı	3	2,6
Fiziksel kısıtlaması olması	2	1,7
Hastaneden randevu alma ya da ulaşım sıkıntısı	2	1,7
Hastane/hastanede yapılan tetkiklerden çekinme	1	0,9
Etkileyen faktörü hatırlayamaması	1	0,9
<b>Hastanın Kolorektal Kansere Tanısına Yönelik İlk Başvurduğu Bölüm</b>		
Acil poliklinik	26	22,8
Dâhiliye	22	19,3
Gastroenteroloji	22	19,3
Genel Cerrahi	21	18,4
Aile hekimliği	11	9,6
Üroloji	4	3,5
Kardiyoloji	3	2,6
Diğer (Diş hekimi, Nöroloji, Kadın hastalıkları..)	5	4,4
<b>Şikâyetleri bir sağlık personeline ifade etmekte zorlanma</b>		
Evet	5	4,4
Hayır	109	95,6
<b>Şikâyetleri bir sağlık personeline ifade etmekte zorlanma nedenleri (n=5)</b>		
Utanma	3	60
Heyecan	1	20
Tarif/ifade etmede zorlanma	1	20

\* Birden fazla cevap verilmiştir.



Kolorektal kanser belirti ve bulgularının başlangıcından sağlık kurumuna başvuru arasında geçen süre ay olarak değerlendirildiğinde ortalama  $7,27 \pm 11,02$ 'dir. Hastaların %60,6'ı kolorektal kanser belirti ve bulgularının başlamasından bir ay geçtikten sonra sağlık kurumuna başvuru yapmıştır. Başvuruda gecikme olarak 1-3 ay gecikme, 3-6 ay uzun süreli gecikme ve 6 aydan fazla çok ciddi gecikme olarak değerlendirildiğinde, hastaların %60,6'sında bir ay üzerinde gecikme ve %31,6'sında ise çok ciddi gecikme saptanmıştır. Şikâyet başlangıcından sağlık kuruma başvuru sürecini etkileyen faktörler değerlendirildiğinde, hastaların %60,3'ü herhangi bir faktör olmadığını, %17,2'si ise şikâyetlerinin geçici/normal ya da kendilerince sorun olarak görmedikleri için başvuru yapmadıklarını belirtmiştir. Hastalar %22,8 acil polikliniğine, %19,3 gastroenteroloji, %19,3 dâhiliye bölümlerine başvuru yapmışlardır.

Hastaların %95,6'sı sağlık personeline şikâyetlerini ifade etmekte zorlanmadıklarını belirtmişlerdir. İfade etmekte zorlandığını belirten 5 hastanın 3'ü utanma olarak belirtmiştir (Tablo 4.4.1).

#### 4.5 Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları

**Tablo 4.5.1 Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları**

<b>Ölçek Maddeleri</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Min-max</b>
1- Hastalığınız yaşamınızı ne kadar etkiliyor	4.02 ± 3.42	0-10
2- Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu düşünüyorsunuz?	3.73 ± 3.25	0-10
3- Tedavinizin hastalığınıza ne kadar iyi geleceğini düşünüyorsunuz	1.28 ± 1.84	0-7
4- Hastalığınız ile ilgili ne kadar belirti yaşıyorsunuz?	3.15 ± 3.36	0-10
5- Hastalığınız hakkında ne kadar endişe duyuyorsunuz?	3.85 ± 3.47	0-10
6- Hastalığınızı ne kadar iyi anladığınızı düşünüyorsunuz?	1.38 ± 2.07	0-10
7- Hastalığınız sizi duygusal olarak ne kadar etkiliyor?	4.31 ± 3.23	0-10
<b>Toplam</b>	<b>21.74 ± 11.36</b>	<b>0 -56</b>

**Tablo 4.5.2: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları**

<b>Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlar</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Min-max</b>
<b>Bilişsel</b>		
Kişisel kontrol (2.Madde )	3.73 ± 3.25	0-10
Tedavi kontrolü (3. Madde)	1.28 ± 1.84	0-7
Hastalık Anlaşılabilirliği (6. Madde)	1.38 ± 2.07	0-10
<b>Duygusal</b>		
Sonuçlar (1.madde)	4.02 ± 3.42	0-10
Hastalık Kimliği (4. Madde)	3.15 ± 3.36	0-10
Endişe (5. Madde)	3.85 ± 3.47	0-10
Duygu Durum (7. Madde )	4.31 ± 3.23	0-10
<b>Toplam</b>	<b>21.74 ± 11.36</b>	<b>0 -56</b>

Çalışmaya katılan hastaların kısa hastalık algısı ölçeği puanları tablo 4.5.1’de verilmiştir. Hastaların toplam ölçek puan ortalaması  $21.74 \pm 11.36$  (min: 0 - max: 56) olarak bulunmuştur.

Kısa hastalık algısı ölçeği alt boyut puan ortalamaları tablo 4.5.2’da sunulmaktadır. Bilişsel boyutta, kişisel kontrol puan ortalaması  $3.73 \pm 3.25$  (min:0-max:10), duygusal boyutta duygu durumu puan ortalaması  $4.31 \pm 3.23$  (min:0-max:10) olarak bulunmuştur. Hastalık algısı ölçeği alt boyut toplam puan ortalaması  $21.74 \pm 11.36$  (min:0-max:56) olarak saptanmıştır.

**Tablo 4.5.3: Bireylerin Hastalığına Neden Olduğuna İnanırları En Önemli Üç Faktöre İlişkin İfadeler**

	İlk sırada		İkinci ve üçüncü sırada		Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
<b>Hastalığınıza neden olduğuna inandığınız en önemli üç faktör (n=102)</b>						
Stress	45	44,1	13	17,4	58	32,8
Beslenme	24	23,5	20	26,7	44	24,9
Üzüntü	10	10,1	14	18,7	24	13,6
Genetik	10	10,1	5	6,7	15	8,5
Sigara	3	2,94	5	6,7	8	4,5
Spor/egzersiz yapmamak/hareketsizlik	2	1,96	5	6,7	7	4,1
İhmal	2	1,96	4	5,4	6	3,4
Kader	1	0,44	4	5,4	5	3,1
Çevresel faktörler	-	-	4	5,4	4	2,2
Kullandığı ilaçlar	2	1,96	-	-	2	0,7
Diğer ( <i>Yaşlılık, enfeksiyon, hemoroid, kabızlık</i> )	3	2,94	1	0,9	4	2,2
Toplam	102	100,0	75	100,0	177	100,0

Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinin son maddesinde yer alan ‘hastalığınıza neden olduğuna inandığınız en önemli üç faktörü sırasıyla yazınız’ sorusuna verilen cevaplar gruplanmış olup dağılımı Tablo 4.5.3’ de verilmiştir. Hastalıklarına neden olduğuna inandırları en önemli üç faktör olarak ilk sırada stres (% 44,1), beslenme (%23,5), üzüntü (%10,1) ve genetik (%10,1) şeklinde sıralanmıştır. İkinci ve üçüncü sırada ise en fazla beslenme, üzüntü ve stres şeklinde belirtildiği görülmektedir.

#### 4.6 Hastaların Şikâyetler Başladıktan Sonra Sağlık Kuruluşuna Başvuru Süresi ile Sosyodemografik, Klinik Özellikleri ve Hastalık Algısı İlişkisi

**Tablo 4.6.1: Sosyodemografik Özelliklere Göre Şikâyetler Başladıktan Sonra Sağlık Kuruluşuna Başvuru Süresi**

		Sağlık Kuruluşuna Başvuruya Kadar Geçen Süre		Toplam Sayı (%)
		Normal Sayı (%)	Gecikme Sayı (%)	
Yaş	31-50	4 (8,9)	9 (13,0)	13 (11,4)
	51-70	22 (48,9)	38 (55,1)	60 (52,6)
	71 ve üzeri	19 (42,2)	22 (31,9)	41 (36,0)
Toplam		45 (100)	69 (100)	114 (100,0)
Test		$*\chi^2= 1,420$ sd=2 p=0.492 p > 0.05		
Cinsiyet	Kadın	18 (40,0)	37 (53,6)	55 (55,0)
	Erkek	27 (60,0)	32 (46,4)	57 (59,0)
Toplam		45 (100)	69 (100)	114 (100,0)
Test		$*\chi^2= 2,024$ sd=1 p=0.155 p > 0.05		
Medeni Durum	Evli	38 (84,4)	49 (71,0)	87 (76,3)
	Bekar	7 (15,6)	20 (29,0)	27 (23,7)
Toplam		45 (100)	69 (100)	114 (100,0)
Test		$*\chi^2= 2,718$ sd=1 p=0.099 p > 0.05		
Eğitim Durumu	İlkokul	10 (22,2)	21 (30,4)	31 (27,2)
	Orta/Lise	7 (15,6)	23 (33,3)	30 (26,3)
	Üniversite ve üzeri	28 (62,2)	25 (36,2)	53 (46,5)
Toplam		45 (100)	69 (100)	114 (100,0)
Test		$*\chi^2= 7,904$ sd=2 p=0.019 p < 0.05		

\*  $\chi^2$ : Ki-Kare

Tablo 4.6.1’de hastaların sosyodemografik özelliklerine göre şikâyetlerinin başlamasından sağlık kuruluşuna başvuru arasındaki süre ilişkisi verilmiştir. Başvuruda gecikme ile yaş, cinsiyet ve medeni durum arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (p > 0.05). Eğitim durumu ile başvuru süresi arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Üniversite mezunlarının %62,2’sinin sağlık kurumuna başvuruda gecikme yaşamadıkları görülmüştür.

**Tablo 4.6.2: Bazı Klinik özelliklere göre Şikâyetler Başladıktan Sonra sağlık Kuruluşuna Başvuru Süresi**

		Şikâyetler başladıktan sağlık kuruluşuna başvuruya kadar geçen süre		Toplam Sayı (%)
		Normal Sayı (%)	Gecikme Sayı (%)	
Tanı Evresi	I-II	18 (40,0)	22 (31,9)	40 (35,1)
	III	21 (46,7)	29 (42,0)	50 (43,9)
	IV	6 (13,3)	18 (26,1)	24 (21,0)
Toplam		45	69	114 (100,0)
Test		$\chi^2 = 2,749$ sd=2 p=0.253 p > 0.05		
Kronik Hastalık	Var	30 (66,7)	50 (72,5)	80 (70,2)
	Yok	15 (33,3)	19 (27,5)	34 (29,8)
Toplam		45	69	114 (100,0)
Test		$\chi^2 = 0,437$ sd=1 p=0.508 p > 0.05		
Ailede KRK Öyküsü	Var	12 (26,7)	20 (29,0)	32 (28,1)
	Yok	33 (73,3)	49 (71,0)	82 (71,9)
Toplam		45	69	114 (100,0)
Test		$\chi^2 = 0,073$ sd=1 p=0.788 p > 0.05		
KRK Belirtilerini Bilme	Evet	14 (31,1)	13 (18,8)	27 (23,7)
	Hayır	31 (68,9)	56 (81,2)	87 (76,3)
Toplam		45	69	114 (100,0)
Test		$\chi^2 = 2,269$ sd=1 p=0.132 p > 0.05		
KRK Tarama Testi Yaptırma	Evet	10 (22,2)	9 (13,0)	19 (16,7)
	Hayır	35 (77,8)	60 (87,0)	95 (83,3)
Toplam		45	69	114 (100,0)
Test		$\chi^2 = 1,652$ sd=1 p=0.199 p > 0.05		
Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama	Evet	12 (26,7)	22 (31,9)	34 (29,8)
	Hayır	33 (73,3)	47 (68,1)	80 (70,2)
Toplam		45	69	114 (100,0)
Test		$\chi^2 = 0,354$ sd=1 p=0.552 p > 0.05		
Dışkılama alışkanlığında değişim	Evet	16 (35,6)	43 (62,3)	59 (51,8)
	Hayır	29 (65,4)	26 (37,7)	55 (48,2)
Toplam		45	69	114 (100,0)
Test		$\chi^2 = 7,813$ sd=1 p=0.005 p < 0.05		
Dışkıda Kan	Evet	13 (28,9)	28 (40,6)	41 (36,0)
	Hayır	32 (71,1)	41 (59,4)	73 (64,0)
Toplam		45	69	114 (100,0)
Test		$\chi^2 = 1,616$ sd=1 p=0.204 p > 0.05		

Hastaların kolorektal kanser şikâyetleri başlamasından sağlık kuruluşuna başvuruya kadar geçen süre ile klinik özellikler arasındaki ilişki tablo 4.6.2’de sunulmaktadır. Hastaların ilk tanı aşamasındaki tanı evresi, kronik hastalık durumları, ailede kolorektal kanser öyküsü olması, kolorektal kanser belirti ve bulgularını bilme durumu, tarama testi yaptırma, şikâyetlerine yönelik geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama ya da rektal kanaması olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Bağırsak alışkanlığında değişim ile sağlık kurumuna başvuru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p< 0.05$ ). Bağırsak alışkanlığında değişim olan hastaların %62,3’ünde başvuruda gecikme olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.6.3: Bireylerin Şikâyetler Başladıktan Sonra Sağlık Kuruluşuna Başvuruya Kadar Geçen Süre ile Hastalık Algısı Puan Ortalaması Dağılımı**

Sağlık Kuruluşuna Başvuru Süresi	Sayı	Kısa Hastalık Algısı Anketi Puan Ortalaması	
		Ort $\pm$ SS	Min-max
Aseptomatik	12	20,41 $\pm$ 11,14	0-36
Normal (Bir aydan az)	33	21,69 $\pm$ 12,6	2-56
Gecikme (Bir – Üç ay arası)	20	20,0 $\pm$ 11,01	6-40
Uzun Süreli Gecikme (3-6 ay)	13	26,38 $\pm$ 11,7	12-52
Çok Ciddi Gecikme (> 6 ay)	36	21,5 $\pm$ 10,8	0-41
Test	F= 0,863	p=0,463	p> 0.05

Çalışmaya katılan hastaların kolorektal kanser şikâyetleri ile kısa hastalık algısı ölçeği puan ortalamaları tablo 4.6.3’de verilmiştir. Aseptomatik olan grupta hastalık algısı puan ortalaması en düşük, uzun süreli gecikme olan grubun hastalık algısı puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Sağlık kurumuna başvuru süresi ile kısa hastalık algısı ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunamamıştır ( $p> 0.05$ ).

Tablo 4.6.4: Bireylerin Sağlık Kuruluşuna Başvuru Süresine göre Hastalık Algısı Ölçeği Sorularının Puan Ortalaması

Sağlık Kuruluşuna Başvuru Süresi	Sayı	Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Madde Puan Ortalaması						
		Hastalığımız yaşamınızı ne kadar etkiliyor? <i>Sonuçlar</i>	Hastalığımız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu düşünüyorsunuz? <i>Kişisel Kontrol</i>	Tedavinizin hastalığınıza ne kadar iyi geleceğini düşünüyorsunuz? <i>Tedavi Kontrolü</i>	Hastalığımız ile ilgili ne kadar belirti yaşıyorsunuz? <i>Hastalık Kimliği</i>	Hastalığımız hakkında ne kadar endişe duyuyorsunuz? <i>Endişe</i>	Hastalığımızı ne kadar iyi anladığımızı düşünüyorsunuz? <i>Hastalık Anlaşılabilirliği</i>	Hastalığımız sizi duygusal olarak ne kadar etkiliyor? <i>Duygu Durumu</i>
		Ort ± SS Min-max	Ort ± SS Min-max	Ort ± SS Min-max	Ort ± SS Min-max	Ort ± SS Min-max	Ort ± SS Min-max	Ort ± SS Min-max
Normal, Asemptomatik (1 aydan az)	33	4,06 ± 3,22 0-10	3,84 ± 3,19 0-10	1,63 ± 2,08 0-6	2,21 ± 3,13 0-10	3,81 ± 3,01 0-9	2,18 ± 2,44 0-10	3,93 ± 3,36 0-10
Gecikme (1-3 ay arası)	20	3,35 ± 3,42 0-10	3,55 ± 3,10 0-10	1,75 ± 2,14 0-7	3,15 ± 3,37 0-10	3,60 ± 3,61 0-10	0,45 ± 0,94 0-3	4,15 ± 2,90 0-8
Uzun Süreli Gecikme (3-6 ay arası)	13	6,00 ± 3,41 0-10	3,61 ± 3,30 0-10	0,23 ± 0,83 0-3	5,15 ± 2,82 0-10	5,38 ± 3,75 0-10	1,84 ± 2,96 0-10	4,15 ± 3,23 0-10
Çok Ciddi Gecikme (> 6 ay)	36	3,69 ± 3,47 0-10	4,02 ± 3,33 0-10	0,91 ± 1,51 0-5	3,55 ± 3,56 0-10	3,66 ± 3,67 0-10	1,02 ± 1,59 0-6	4,63 ± 3,37 0-10
Test		F=1,863 p=0,141 p > 0.05	F=0,114 p=0,952 p > 0.05	F=2,825 p=0,043 <b>p &lt; 0.05</b>	F=2,631 p=0,054 <b>p &lt; 0.05</b>	F=0,902 p=0,443 p > 0.05	F=3,716 p=0,14 p > 0.05	F=0,279 p=0,840 p > 0.05

Tablo 4.6.4’de Bireylerin şikâyetleri başladıktan sonra sağlık kuruluşuna başvuru süresine göre hastalık algısı ölçeği sorularının puan ortalaması verilmiştir. Tedavi kontrolü’ nü gösteren ‘Tedavinin hastalıklarına ne kadar iyi geleceği’ ve ‘hastalık kimliği: hastalıkları ile ilgili ne kadar belirti yaşadıkları’ alt boyutları ortalamaları ile sağlık kurumuna başvuru süresi arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.6.5: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Puanı ile Sağlık Kurumuna Başvuru Süresi Arasındaki İlişki**

<b>Değişkenler</b>	<b>Korelasyon Katsayısı (r)</b>	<b>p</b>
Kısa Hastalık Algısı Anketi Puanı	0,022	0,816
Sağlık Kurumuna Başvuru Süresi		

Kısa Hastalık Algısı Anketi Puanı ile Sağlık Kurumuna Başvuru Süresi arasındaki ilişki incelendiğinde korelasyon katsayısı pozitif yönde olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

## 5.TARTIŞMA

Kolorektal kanserli bireylerde hastalık algısı ve tanı gecikmesine yol açan bireysel faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular mevcut literatür ışığında tartışılmıştır.

### 5.1 Hastaların Tanıtıcı ve Klinik Özellikleri

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 65,69 olup yaş aralığı 31 ile 86 arasında dağılım göstermektedir. Hastaların çoğunluğu evli ve emeklidir. Hastaların yarısı üniversite mezunu ve gelir durumu orta düzeydedir (Tablo 4.1.1). Hastaların sosyodemografik özellikleri ile şikayetler başladıktan sonra sağlık kuruluşuna başvuruya kadar geçen süre incelendiğinde, eğitim durumu dışında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo4.6.1). Eğitim durumu yüksek olan hastaların, semptomları tanıma yeteneği, tıbbi arama gerekliliği hissetme ve erken başvuruya öncelik vermesi şeklinde yorumlanabilir. Macleod ve arkadaşlarının çalışmasında da düşük eğitim düzeyi ile gecikme arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur [80]. Wu ve arkadaşlarının çalışmasında [81] hastane öncesi gecikme ile hastaların eğitim düzeyi ve mesleği arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir. Pedersen ve arkadaşlarının [82] çalışmasında ise sosyodemografik faktörlerin gecikme ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır.

Hastaların kolorektal kanser öyküsü ortalama 25,58 aydır. Yarısından fazlası 0-16 ay önce tanı almıştır. En sık görülen tanı bölgesi kolon ve hastaların yarısında kolorektal kanser evresi evre III' dür. Kolorektal kanser evresi ile gecikme arasında doğru orantılı bir ilişki olabileceği düşünülmüştür. Ortiz-Ortiz ve arkadaşlarının [6] çalışmasında ileri evre tanı ile tanıda gecikme arasında anlamlı ilişki bulunmuş, %64 oranında kolorektal kanserlerin geç evrede tanı konulabildiği saptanmıştır. Wu ve arkadaşlarının çalışmasında [81] da tanı evresi ve fiziki muayene sıklığı arasında anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. Çalışmamızda ise, kolorektal kanser tanısında gecikme süresi ile tanı evresi arasında istatistiksel anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Ailede kolorektal kanser öyküsü olan kişi sayısı azdır fakat bu nedenle kaybedilen yakın oranı yüksektir. Hastaların ailelerinde kolorektal kanser öykü olması belirti bulguları bilme ve erken başvuru oranında artış olması gerekliliğini düşündürmektedir. Ancak bu çalışmada, ailede öykü varlığı ile kolorektal kanser belirti ve bulgularını bilme durumları arasında ilişki olmadığı ve aynı şekilde her iki durumun da tanıda gecikme üzerinde anlamlı farklılık yaratmadığı saptanmamıştır. Hastaların çoğunluğunun kronik hastalığa sahip olmasının yaş ortalaması yüksek bir grup olması ile doğru orantılı olduğu düşünülmektedir. Kronik hastalığa sahip olan bireylerin sağlık



personeli ile karşılaşma, bilgi edinme ve kolorektal kansere yönelik farkındalıklarını arttırabileceği tahmin edilmiştir. Ancak bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde gecikme süresinin daha fazla olduğu belirlenmiştir.

## **5.2 Hastaların Kolorektal Kanser Belirtileri ve Tarama Programına Yönelik Bilgi**

### **Durumu**

Çalışmaya katılan hastaların dörtte üçü (%76,3) kolorektal kanser belirti ve tarama programına yönelik bilgileri olmadığını belirtmiştir (Tablo4.2.1). Kronik hastalık tanısı olan hasta sayısında yüksekliğe karşın sağlık personeli tarafından konuya ilişkin bilgilendirme %10,5 gibi çok düşük düzeydedir (Tablo4.2.1). Bu bilgiler ışığında beklenildiği gibi kolorektal kanser tanı öncesi tarama yaptıran hasta sayısı da düşüktür. Kolorektal kansere yönelik tarama testi yaptırama durumu ile tanı gecikme arasında ilişki beklenmesine karşın anlamlı bir fark saptanamamıştır. Li ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanser tarama testi yaptıranların erken evrede tespiti ile tanı gecikme olmamasının, kolorektal kanserlerde sağ kalım üzerinde olumlu sonuçları olduğunu tespit edilmiştir [83].

## **5.3 Hastaların Kolorektal Kanser Tanısı Öncesi Belirti ve Bulgu Yaşama Durumu ve**

### **Algıları**

Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun tanı öncesi kolorektal kansere yönelik belirti ve bulguları mevcuttur. Hastaların birçok belirti ve bulguyu yaşamakta oldukları saptanmıştır. En sık ifade edilen şikâyetler sırasıyla bağırsak alışkanlığındaki değişim, rektal kanama ve karın ağrısı, şişkinliğidir. Wu ve arkadaşlarının [81] çalışmasında ise sırasıyla rektal kanama, bağırsak alışkanlığında değişim ve karın ağrısı gelmektedir. Şikâyetlerden bireyleri primer olarak hastaneye başvuru ihtiyacı doğuran, kendileri için en önemli belirti, bulgu sorgulandığında rektal kanama, karın ağrısı ve bağırsak alışkanlığında değişim olarak sıklık ile önemli gördükleri belirtilerin örtüşmekte olduğu görülmüştür. Hastalar bu şikâyetlerini sağlık kurumuna başvurmadan önce en çok var olan hastalıklarının belirtilerine veya hastalıkları için kullandıkları ilaçlara bağlı olarak yaşadıklarını düşündükleri, rektal kanama gibi şikâyetlerinin ise hemoroid kaynaklı olduğunu ya da beslenme düzenlerinde değişimlerden kaynaklandığı şeklinde yorumladıkları görülmüştür. Hastaların şikâyetlerini yorumlamaları endişe duymamalarına ve yardım aramada gecikmede etken olduğu saptanmıştır [84]. Pedersen ve arkadaşlarının [82] çalışmasında da rektal kanama ile hasta kaynaklı gecikme arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuş olup hastaların rektal kanamayı ciddi olarak algılaması ve hastaların endişesinin başvuru süresini

etkilendiğini rapor etmişlerdir. Çalışmamızda ise bağırsak alışkanlığındaki değişim ile tanıda gecikme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, rektal kanama ile bulunmamıştır. Pedersen ve arkadaşlarının çalışmasındaki primer engel endişe iken, çalışmamızda belirtinin başka bir durum kaynaklı olduğu düşünülerek göz önünde bulundurulmamasıdır.

#### **5.4 Kolorektal Kansere Yönelik Şikâyetleri Başladıktan Sonra Sağlık Kurumuna**

##### **Başvuru Süreleri**

Tanıda gecikme çeşitli çalışmalarda ay, hafta ya da gün olarak değerlendirmeye alınmıştır. Zarcos-Pedrinaci ve arkadaşları [10] tanıda gecikmeyi hastanın ilk semptomu gözlemlemesi ile bunu hekime iletmesi arasında geçen sürenin 180 günü aşması olarak değerlendirmiştir. Langenbach ve arkadaşlarının [85] çalışmasında, hastaların semptomları nedeniyle doktora gitmeleri ortalama 106 gün olarak belirlenmiştir. Wu ve arkadaşlarının [81] çalışmasına göre ise hastanın ilk şüpheli semptomdan ilk kez tıbbi yardım isteği ve kanser teşhisi konulduğu zamana kadar geçen sürenin 3 ayı geçmesi durumunda gecikme olarak değerlendirilmiştir. Gözüm ve arkadaşlarının meme kanseri üzerine yaptıkları çalışma şikâyet ile sağlık kurumuna başvuru arasındaki sürenin, 1 aydan az olması durumun da normal, 1 ve 3 ay arası gecikme, 3 ve 6 ay arası uzun süreli gecikme ve 6 aydan fazla olması durumunda çok ciddi gecikme olarak kategorize edilmiştir [79]. Çalışmada sağlık kurumuna başvuru süreleri kategorize edilerek değerlendirilmiştir. Kolorektal kansere yönelik şikâyetleri başladıktan sonra sağlık kurumuna başvuru süresi ortalama 28,43 hafta/7,27 aydır (Tablo 4.4.1). Wu ve arkadaşlarının çalışmasına [81] göre hastane öncesi gecikme 18,29 haftadır. Çalışmada gecikme olarak baktığımızda (1 aydan fazla) %60,6 oranında çok ciddi boyutta olduğu görülmektedir. Hastalara sağlık kurumuna başvurularında engelleri olup olmadıkları sorusuna %60,3'ü etkileyen faktör olmadığı ya da %17,2'si şikâyetleri geçici-önemli görmediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.4.1). Erken evrede tespit edildiğinde tedavi ve kontrolün sağlanabildiği bir sağlık sorunu olan kolorektal kanserin, belirti ve bulgularının önemsiz ya da geçici görülmesi ele alınması gerekli bir durumdur. Derinlemesine görüşmeler ile daha kapsamlı görüş elde edileceği düşünülmektedir.

## 5.5 Bireylerin Şikâyetler Başladıktan Sonra Sağlık Kuruluşuna Başvuru Süresi ile

### Hastalık Algısı İlişkisi

Çalışmada kısa hastalık algısı anketi toplam puanı  $21.74 \pm 11.36$  (min: 0 - max: 56), ölçek alt boyutları, bilişsel boyutta, kişisel kontrol puan ortalaması  $3.73 \pm 3.25$  (min:0-max:10), duygusal boyutta duygu durumu puan ortalaması  $4.31 \pm 3.23$  (min:0-max:10) olarak saptanmıştır (Tablo 4.5.2). Bu çalışmada kısa hastalık algı ölçeğinin güvenilirliği düşük olarak bulunmuştur. Kısa hastalık algısı anketi kanserli hastalar olmak üzere birçok kronik hastalık için yaygın kullanılan ve çeşitli dillerde geçerlilik güvenilirliği yapılmış bir değerlendirme aracıdır. Ölçeğin daha çok kesitsel ve tanımlayıcı çalışmalarda tek ölçüm için kullanıldığı ve gelecekte yapılacak araştırmalarda uzunlamasına tekrarlı ölçümler şeklinde kullanılması önerilmektedir [86].

Sağlık kurumuna başvuru süresi ile hastalık algısı ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Wu ve arkadaşlarının [81] hastane öncesi gecikme ile sağlık inanç düzeyi arasında ilişkiyi incelediği çalışmada, anlamlı negatif korelasyon olduğu saptanmıştır. Sağlık inanç düzeyi yüksek olduğunda gecikmede azalma olduğu sonucuna varılmıştır.

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1 Sonuçlar

Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde kolorektal kanserli bireylerde hastalık algısı ve tanı gecikmesine yol açan bireysel faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- 1- Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 65,69'dur. Çoğunluğu 51-70 yaş aralığındadır. %51,8'i erkek ve çoğunluğu evlidir. Hastaların %68,4'ü emekli ve gelir durumu büyük oranda orta düzeydedir. %36,8'si memur, ağırlıkta üniversite mezunudur. Kolorektal kanser belirtisi ile sağlık kurumuna başvuru süresi gecikmede eğitim düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ).
- 2- Hastaların kolorektal kanser öyküsü ortalama 25,58 ay, yarısından fazlası 0-16 ay arasındadır. Büyük oranda hastaların kanser bölgeleri kolonda olup ilk tanı evresi III'dür. Tanı evresi ile tanıda gecikme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).
- 3- Hastaların kolorektal kanser tanısının yanında %70,2'sinde kronik hastalık mevcuttur. En çok görülen kronik hastalık hipertansiyondur. %9,7 oranında primer başka bölgede kanser öyküsü olan hasta olduğu bulunmuştur. Hastaların %28,1'inin ailesinde kolorektal kanser öyküsü mevcuttur. Kronik hastalık olması durumu ve ailede kanser öyküsü ile tanıda gecikme arasında ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).
- 4- Hastaların çoğunluğu kolorektal kanser belirti ve bulgularını bilmediklerini (%76,3) ve sağlık çalışanları- kurumdan bilgi almadıklarını (%89,5) belirtmiştir. Kolorektal kanser belirti ve bulgularını bilen hastalar en çok rektal kanama ve bağırsak alışkanlıklarında değişimi bildikleri saptanmıştır. Hastaların kolorektal kanser tanısı almadan önce %83,3'ü tarama amaçlı test yaptırmamıştır. Tarama testi yaptıran hastaların %12,3'ü kolonoskopi, %4,4'ü gaitada gizli kan yaptırmıştır. Belirti-bulgu bilme durumu ve tarama testi yaptırma ile tanıda gecikme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).
- 5- Hastaların kolorektal kanser tanısı öncesi %89,5'inin şikâyeti olduğu ve en sık görülen belirti ve bulgular %20,3 bağırsak alışkanlığında değişim, %14,1 rektal kanama ve %10,3 karın ağrısı olduğu saptanmıştır. Hastaların şikâyetlerinin en önemli olarak gördükleri ve hastaneye başvuruya temel teşkil ettiği belirti ve bulgulardan %24,6 oranında rektal kanama, %20,2 oranında karın ağrısı, şişkinliği

ve % 14 oranında bağırsak alışkanlığındaki değişim olarak saptanmıştır. Hastalar şikâyetlerinin nedenini var olan hastalık/durumuna bağlı, hemoroid kaynaklı ya da beslenme sebebi olduğu şeklinde yorumlamışlardır. Şikâyetleri algılamalarından dolayı hastaların %43'ünün belirti ve bulguların başlangıcından bir yıldan fazla süre sonra başvuru yaptıkları belirlenmiştir. Hastaların %60,3'ü hastaneye başvurularını engelleyen herhangi bir faktör belirtmemişlerdir. Bağırsak alışkanlığında değişim ile tanıda gecikme arasında ilişki saptanırken ( $p<0.05$ ), rektal kanama da ilişki bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

- 6- Hastaların çoğunluğu sağlık personeline şikâyetlerini ifade etmekte zorluk yaşamadıkları tespit edilmiştir. Zorluk yaşadığını belirten 5 hastanın üçü utanma şeklinde belirtmiştir.
- 7- Hastaların %70,2'si kolorektal belirti ve bulgularına yönelik herhangi bir geleneksel-tamamlayıcı tıp uygulama yapmamış olduğu görülmüştür. Yapılan uygulamaların başında ilaç kullanımı ve beslenme değişiklikleri geldiği, uygulamalar primer olarak akraba ve arkadaş çevresinden öğrenilmiş olduğu ve şikâyetler üzerinde azalmaya neden olduğu saptanmıştır. Geleneksel-tamamlayıcı tıp uygulamaları yapma durumu ile tanıda gecikme arasında istatistiksel ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).
- 8- Kısa hastalık algısı anketi toplam puan ortalaması  $21.74 \pm 11.36$  (min: 0 - max: 56) olarak bulunmuştur. Ölçeğin bu örneklem için alfa güvenilirlik katsayı 0,60 olarak elde edilmiştir. Bu hasta grubu için hastalık algısı ölçeğinin geçerlilik güvenilirliği düşüktür. Kısa hastalık algısı anketi puanı ile tanı gecikmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.
- 9- Hastalıklarına neden olduğuna inandıkları en önemli üç faktör olarak ilk sırada stres, beslenme, üzüntü ve genetik şeklinde sıralanmıştır.

## 6.2 Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Kolorektal kanser belirti ve bulgularına yönelik eğitim planlanması, kanser erken teşhisi ve taramada hemşirelerin aktif rol almaları
- Kolorektal kanser tarama konusunda bireylerin farkındalığının artırılması
- Kısa hastalık algısı anketinin semptomların başlangıcından itibaren tekrarlı ölçümlerle uzunlamasına çalışma dizaynında kullanılarak değerlendirme yapılması
- Tanıda gecikmeyi etkileyen faktörlere ilişkin nitel çalışmalar yapılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Colorectal cancer Source: Globocan 2018. (n.d.). Retrieved August 15,2019, from [https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10\\_8\\_9-Colorectum-fact-sheet.pdf](https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10_8_9-Colorectum-fact-sheet.pdf)
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü. (2015). Türkiye Kanser İstatistikleri [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2015.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf)
3. Esteva M. , Leiva A. , Ramos M. , Pita-Fernández S. , González-Luján L. , Casamitjana M. , Sánchez M. A , Pértega-Díaz S. , Ruiz A. , Gonzalez-Santamaría P. , Martín-Rabadán M. , Costa-Alcaraz A. M , Espí A. , Macià F. , Segura J. M, Lafita S. , Arnal-Monreal F. , Amengual I. , Boscá-Watts M. M, Hospital A. , Manzano H. , Magallón R. and on behalf of the DECCIRE GROUP. (2013). Factors related with symptom duration until diagnosis and treatment of symptomatic colorectal cancer. BMC cancer 13:87
4. Kolorektal kanser Tarama Programı Ulusal Standartları. (b.t.). 15 Ağustos 2019, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/484-kolorektal-kanser-tarama-programi-ulusal-standartlari.html>
5. Zhang J. , Cheng Z. , Ma Y. , He C., Lu Y., Zhao Y., Chang X., Zhang Y., Bai Y., Cheng N., (2017). Effectiveness of Screening Modalities in Colorectal Cancer: A Network Meta-Analysis. Clinical Colorectal Cancer, Vol. 16, 252-263
6. Ortiz-Ortiz J. K. , Rios-Motta R. , Marin-Centeno. , Cruz-Correa M. , Ortiz A. P. (2016). Factors associated with late stage at diagnosis among Puerto Rico's government health plan colorectal cancer patients: a cross-sectional study. BMC Health Services Research 16:344
7. Walter F. , Webster A. , Scott S. , Emery J., (2012). The Andersen Model of Total Patient Delay: a systematic review of its application in cancer diagnosis. J Health Serv Res Policy, Vol. 17, 110-118

8. Kummer S. , Wlater F. M., Chilcot J. , Emery J. , Sutton S. , Scott S. E. , (2018), Do Cognitive Heuristics Underpin Symptom Appraisal for Symptom of Cancer? : A Secondary Qualitative Analysis Across seven Cancers, *Psycho-Oncology*, 28 : 1041-1047
9. Jensen LF, Hvidberg L, Pedersen AF, Vedsted P. Symptom attributions in patients with colorectal cancer. *BMC Fam Pract*. 2015 Sep 3;16:115. doi: 10.1186/s12875-015-0315-9.
10. Zarcos-Pedrinaci I, Téllez T, Rivas-Ruiz F, Padilla-Ruiz MDC, Alcaide J, Rueda A, Baré ML, Suárez-Varela MMM, Briones E, Sarasqueta C, Fernández-Larrea N, Escobar A, Quintana JM, Redondo M (2018). Factors Associated with Prolonged Patient-Attributable Delay in the Diagnosis of Colorectal Cancer. *Cancer Res Treat*. 50(4):1270-1280.
11. Pita-Fernández S, González-Sáez L, López-Calviño B, Seoane-Pillado T, Rodríguez-Camacho E, Pazos-Sierra A, González-Santamaría P, Pértega-Díaz S (2016). Effect of diagnostic delay on survival in patients with colorectal cancer: a retrospective cohort study. *BMC Cancer*. 22;16:664.
12. Windner Z, Crengle S, de Graaf B, Samaranayaka A, Derrett S (2018). New Zealanders' experiences and pathways to a diagnosis of bowel cancer: a cross-sectional descriptive study of a younger cohort. *N Z Med J*. 5;131(1483):30-39.
13. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. The Turkish Reliability and Validity Study in Cancer Patients of Illness Perception Questionnaire. *Klin Psikiyatri* 2007;10:192-200
14. Thong MS, Kaptein AA, Vissers PA, Vreugdenhil G, van de Poll-Franse LV (2016). Illness perceptions are associated with mortality among 1552 colorectal cancer survivors: A study from the population-based PROFILES registry. *J Cancer Surviv* 10:898-905.



15. Pruitt, S. L., Harzke, A. J., Davidson, N. O., & Schootman, M. (2013). Do diagnostic and treatment delays for colorectal cancer increase risk of death?. *Cancer causes & control*, 24(5), 961–977. doi:10.1007/s10552-013-0172-6
16. Çürük GNİ, Yüceler Kaçmaz H (2017), Kolorektal Kanserden Korunma ve Hemşirenin Sorumlulukları, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(4): 224-233
17. What Is Cancer?. (b.t.). (29 Şubat 2020), <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
18. Özşener G. , (2019), Kolorektal Kansere Hastalarında Endoglin Düzeyleri ile Enflamatuvar Mikroçevre İlişkisinin Araştırılması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
19. Ercan G. (2018), Hasta ve Sağlık Çalışanlarının Kolonoskopinin Gerekli Olduğu Durumlar ve Kolorektal Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Saptanması, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği
20. Fearon E.R., Vogelstein B. , (1990), A Genetic Model for Colorectal Tumorigenesis, *Cell Press*, Vol. 61, 759-767
21. Ay E. N. , (2019), Kolorektal Kanselerde Triptofan Metabolizması ve FOXP3 Arasında İmmün Sisteme Yönelik Bağlantının Araştırılması, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
22. Mármol I, Sánchez-de-Diego C, Dieste AP, Cerrada E, Yoldi MJR. , (2017), Colorectal carcinoma: A general overview and future perspectives in colorectal cancer, *Int J Mol Sci*. 18, 197

23. Umar A., Boland C.R., Terdiman J.P., Syngal S., de la Chapelle A., Rüschoff J., Fishel R., Lindor N.M., Burgart L.J., Hamelin R. , (2004) , Revised bethesda guidelines for hereditary nonpolyposis colorectal cancer (lynch syndrome) and microsatellite instability. J. Natl. Cancer Inst. , 96:261–268.
24. Özyurt R. (2019), Ksenograft Kolorektal Kanserde Notch, IL-1 ve Leptin (NILCO) İnhibisyonunu Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
25. Şahin A. C. (2018), Kolorektal Kanserde NOSIP, MMP-2 ve TIMP-2 Gen İfadelenmesinin Araştırılması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
26. Darbuka E. , (2018), Kolorektal Kanserli Hastalarda TCEAL7 Geninin Araştırılması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
27. Güner Oytun M. (2018), Metastatik Kolorektal Kanserli Hastalarda Primer Tümör Lokalizasyonun Tedavi Yanıtına ve Sağkalıma Etkisi: Retrospektif Analiz
28. Aslan Sırakaya H. , (2018), Metastatik Kolorektal Kanserli Hastalarda VEGF-A, PDGF-BB ve c-MET Biyobelirteçlerinin Prognoz Üzerine Etkisinin Belirlenmesi, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıklar Kliniği
29. Monjur A. , (2020), Colon Cancer: A Clinician’s Perspective in 2019, Gastroenterol Res.;13(1):1-10
30. Türkay K. (2018), Kolorektal Kanserli Hastalarda Sağ Kalımı Etkileyen Faktörler, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
31. Güven V. (2019), 50-70 Yaş Bireylerin Kolorektal Kansere Taraması Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

32. Karabay U. (2019), Kolorektal Kanselerde Çıkarılan Kolon Uzunluğunun Lenf Nodu Sayısı ile İlişkisi, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi
33. Kurt M., (2019), Fusobacterium nucleatum'a Karşı Oluşan Antikorların Kolorektal Kanserin Serolojik Tanısında Değerinin Araştırılması, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
34. Gheybı A. (2019), Kolorektal Kanserli Hastalarda Tümör Süpresor Genlerinin, Genetik Varyasyonlarının İncelenmesi, Yayınlanmamış Doktora Tez, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
35. Vasen H. F. A. , Mecklin, J. -P. , Meera Khan, P. , Lynch, H. T. , (1991), The International Collaborative Group on Hereditary Non- Polyposis Colorectal Cancer (ICG-HNPCC), Diseases of the Colon & Rectum, Volume 43, Issue 5; p 424-425
36. Understanding Your Pathology Report: Colon Polyps (Sessile or Traditional Serrated Adenomas) (b.t), 5 Mart 2020, <https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/tests/understanding-your-pathology-report/colon-pathology/colon-polyps-sessile-or-traditional-serrated-adenomas.html>
37. Erçolak V. (2016), Kolorektal Kanselerde Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri, Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi, Cilt:8;11-15
38. Harmancı Ö. Dağlı Ü. (2013), İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Kolorektal Kanser, Güncel Gastroenteroloji, 321-325
39. Özer B. (2011), İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Kolorektal Kanser ve Displazi, Güncel Gastroenteroloji, 235-240
40. Lakatos L. P. Lakatos L. (2008), Risk for colorectal cancer in ulcerative colitis: Changes, causes and management strategies, World Journal of Gastroenterology ISSN 1007-9327

41. Yamada A, Komaki Y, Komaki F, Micic D, Zullo S, Sakuraba A. (2018), Risk of gastrointestinal cancers in patients with cystic fibrosis: a systematic review and meta-analysis, *Lancet Oncology* ;19(6):758-67.
42. Uçan B. Demirci T. (2019), Akromegali, *Sağlık Bilimleri ve Tıp Dergisi*; 2(2): 62-67
43. Ünal A. Ünal D. Aybal A. Karaca H. Sipahioğlu M. H. Tokgös B. Oymak O. Utaş C. (2008), Böbrek Naklinden Sonra Malignite Gelişimi: Tek Merkez Deneyimi, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*;17(3) 113-118
44. Balkan F. Usluoğulları A. C. (2015), Metabolik Sendromda Kanser Riski Artar mı?, *Tıp Araştırmaları Dergisi*; 13(3):147-150
45. Yıldırım N. (2018), Obezite ve Kanser, *Fırat Tıp Dergisi*;23, 61-67
46. Arslan E. Özçelik F. Demişbaş Ş. (2013), Obezite ile İlişkili Kanser Türleri, *Anatol J Clin Investig*;7(3):176-184
47. Çavdaroğlu, S., Gökçeoğlu Kayalı, D. ve Aktaş, R. G. (2019). Link between diabetes and cancer / Diyabet ve kanser arasındaki ilişki. Maltepe Üniversitesi Uluslararası Öğrenci Kongresi. s. 60-61.
48. Okutur K. S. (2015), İki Eski Dost: Diyabet ve Kanser, *Okmeydanı Tıp Dergisi*; 23-32
49. Erarslan E. Yüksel İ. Haznedaroğlu S. (2012), Kolorektal karsinogenez ve metabolik sendrom ilişkisi, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*; 34: 380-385
50. Qiang J. Sutradhar R. Giannakeas V. Bhatia D. Singh S. Lipscombe L. L. (2020), Impact of diabetes on colorectal cancer stage and mortality risk: a population-based cohort study, *Diabetologia*

51. (Colorectal cancer Project. (b.t.). 25 Mart 2020, <https://www.wcrf.org/int/search?keys=colorectal+cancer+red+meat&=Search>)
52. Atabilen B. , Akbulut G. , (2019), Kolorektal Kanser Oluşumunda Farklı Mekanizmalar ve Beslenmenin Rolü, Türkiye Klinikleri Med Sci. ; 39(1):89-107
53. Limsui D., Vierkant R. A. , Tillmans L.S. , Wang A. H., Weisenberger D. J. , Laird P. W., Lynch C. F. , Anderson K. E. , French A. J. , Haile R. W. , Harnack L. J, Potter J. D. , Slager S. L. , Smyrk T. C. , Thibodeau S. N , Cerhan J. R. , Limburg P. J. , (2010), Cigarette Smoking and Colorectal Cancer Risk by Molecularly Defined Subtypes, J Natl Cancer Inst. 21; 102(14): 1012–1022.
54. Hannan L. M. , Jacobs E. J. , Thun M. J. (2009), The Association between Cigarette Smoking and Risk of Colorectal Cancer in a Large Prospective Cohort from the United States, Cancer Epidemiol Biomarkers Prev; 18(12)
55. Dashti S. G. , Buchanan D. D. , Jayasekara H. , Ouakrim D. A. , Clendenning M, Rosty C. , Winship I. M. , Macrae F. A. , Giles G. G. , Parry S. , Casey G. , Haile W. R. , Gallinger S. , Marchand L. L. , Thibodeau S. N. , Lindor N. M. , P. A. Newcomb, Potter J. D. , Baron J. A. , Hopper J. L. , Jenkins M. A. , Win A. K. (2017), Alcohol Consumption and the Risk of Colorectal Cancer for Mismatch Repair Gene Mutation Carriers, Cancer Epidemiol Biomarkers Prev; 26(3)
56. Lu Y. , Ljung R. , Martling A. , Lindblad M. , (2015), Risk of Colorectal Cancer by Subsite in a Swedish Prostate Cancer Cohort, Cancer Control ; 22(2):263-70
57. Chen C.H. , Lin C. L. , Kao C. H. , (2020), The Effect of Cholecystectomy on the Risk of Colorectal Cancer in Patients with Gallbladder Stones, Cancers (Basel); 12(3)
58. Yakan G. , (2018), Adıyaman İli Gölbaşı İlçesinde Yaşayan Bireylerde Kolorektal Kanser Taraması Tutumlarının Belirlenmesi ve Gaitada Gizli Kan Taraması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

59. Şahin S. ,(2015), Kanserde Erken Tanı ve Tarama Programları, Ege Tıp Dergisi;54/41-45
60. Şahin Ş. N. , Üner B. A. , Aydın M. ,Akçan A. , Gemalmaz A. , Dişçigil G. ,Demirağ S. , Başak O. , (2015), Aydın Merkez İlçede Kolorektal Kansere Taramasına İlişkin Bilgi, Tutum ve Engeller, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi;19(1):37-48
61. Özkan F. Ö. , Kaya Ü. , Güner A. , Cevizci S. , Özkul F. , Sezer C. , Reis E. , (2012), Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Kolorektal Kansere Hastalarının Demografik Dağılımı ve Hastalık Özellikleri, Pamukkale Tıp Dergisi;5(3):132-135
62. Bayçelebi G., Aydın F. , Gkösmanoğlu F. , Tat T. S. , Varım C. (2015), Trabzon’da Kansere Tarama Testleri Farkındalığı, J hum rhythm ;1(3):90-94
63. Aydın Buyruk B. (2010), Cerrahi Tedavi Sonrası Adjuvan Kemoterapi Alan ve Almayan Evre II Kolon Kansere Hastaların Klinik ve Patolojik Özelliklerinin ve Sağkalımlarının Karşılaştırılması, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
64. Compton CC, Byrd DR, Garcia-Aguilar J, Kurtzman SH, Olawaiye A, Washington MK, eds., AJCC Cancer Staging Atlas (Çeviri Editörü: Ergüney S) AJCC Kansere Evreleme Atlası. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi 2013
65. Hall N. , Birt L. , Banks J. , Emery J. , Mills K. , Johnson M. , Rubin G. P. , Hamilton W. , Walter F. M. , (2015), Symptom appraisal and healthcareseeking-for symptoms suggestive of colorectal cancer: a qualitative study, BMJ Open ;5:e008448
66. Safer MA, Tharps QJ, Jackson TC, Leventhal H. Determinants of three stages of delay in seeking care at a medical clinic. Med Care 1979;17:11–29
67. Andersen B. , Cacioppo J. , (1995), Delay in seeking a cancer diagnosis: Delay stages and psychophysiological comparison processes, British Journal of Social Psychology, 34, 33-52

68. Mitchell E. , Macdonald S. , Campbell N. C. , Welter D. , Macleod U. , (2008), Influences on pre-hospital delay in the diagnosis of colorectal cancer: a systematic review, *British Journal of Cancer* 98, 60 – 70
69. Yılmaz Karabulutlu E. , Karaman S. , (2015), Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi, *HSP*;2(3):271-284
70. Tang, L., Kurt, F., Leonhart, R. Pang, Y., Jinjiang, L., Song, L., ...Schaefer, R. (2017), Emotional distress and dysfunctional illness perception are associated with low mental and physical quality of life in Chinese breast cancer patients, *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1),231
71. Petrie K. J. , Cameron L. D. , Ellis C. J. , Buick D, Weinman J. , (2002), Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial, *Psychosomatic Medicine*; 64(4), 580-586
72. Leventhal H, Leventhal EA & Contrada RJ (1998) Selfregulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach, *Psychology and Health*, 13 (4):717-733
73. Richardson E. M. , Schüz N. , Sanderson K. , Scott J. L. , Schüz B. , (2016), Illness representations, coping, and illness outcomes in people with cancer: a systematic review and meta-analysis, *Psycho-Oncology* ;26:724–737
74. Armay Z. , Özkan M. , Kocaman N. , Özkan S. (2007), Hastalık Algısı Ölçeği'nin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması, *Klinik Psikiyatri*;10:192-200
75. Yeşil Çinkır H. , Elboğa G. , (2020), The Illness Perception and its Association with Distress in Cancer Patients Receiving Chemotherapy, *Turk J Oncol*;35(1):1–7
76. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 2006;60:631 7.

77. Karataş T, Özen Ş, Kutlutürkan S. Factor structure and psychometric properties of the brief illness perception questionnaire in Turkish cancer patients. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2017;4:77-83.
78. Kılıç S. , (2016), Cronbach'ın Alfa Güvenirlik Katsayısı, *Journal of Mood Disorders*, (6);1
79. Gözüm S. , Tuzcu A. , (2018), Elapsed Time Between the First Symptoms of Breast Cancer and Medical Help-Seeking Behavior and the Affecting Factors, *Cancer Nursing*, Vol. 41, No. 3
80. Macleod U. , Mitchell E.D. , Burgess C. , Macdonald S. , Ramirez A.J. , (2009), Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancers, *Br J Cancer*;101 Suppl 2:S92-S101.
81. Wu X. D. , Zeng, Y. Y. ,Wu, X. J. , Qin, H. Y. , (2020), The Prevalence and Correlates of Prehospital Delay and Health Belief in Chinese Patients With Colorectal Cancer, *Gastroenterology Nursing*;(43); 187-195
82. Pedersen A. F. , Hansen R. P. , Vedsted P., (2013), Patient Delay in Colorectal Cancer Patients: Associations with Rectal Bleeding and Thoughts about Cancer, *Plos One*; 8(7): e69700
83. Li X. , Zhou Y. , Luo Z. , Gu Y. , Chen Y. , Yang C. , Wang J. , Shaotan X. , Sun Q. , Qian M. , Zhao G. , (2019), The impact of screening on the survival of colorectal cancer in Shanghai, China: a population based study, . *BMC Public Health* ;19:1016
84. Del Giudice M.E. , Vella E.T. , Hey A. , Simunovic M. , Harris W. , Levitt C. , (2014) Systematic review of clinical features of suspected colorectal cancer in primary care, *Can Fam Physician* ;60:e405-15.
85. Langenbach M. R. , Sauerland S. , Kröbel K. W. , Zirngibl H. , (2010), Why so late?!—delay in treatment of colorectal cancer is socially determined, *Langenbecks Arch Surg* 395:1017–1024



86. Broadbent E, Wilkes C, Koschwanez H, Weinman J, Norton S, Petrie KJ. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychol Health*. 2015;30(11):1361-1385

## EK 1: BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU



### KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

## BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

### LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa hekiminize sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce hekiminiz size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, hekimleriniz sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

### 1. ARAŞTIRMANIN ADI

Kolorektal Kanserli Bireylerde Hastalık Algısı ve Tanı Gecikmesine Yol Açan Bireysel Faktörlerin İncelenmesi

### 2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam gönüllü sayısı 100'dür.

### **3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ**

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen toplam süre **30 dakikadır.**

- 1- Soru formu 20 dakika
- 2- Kısa Hastalık Ölçeği 10 dakika

### **4. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu araştırmanın amacı; hastalığınıza ilişkin ilk belirtilerden itibaren hastaneye başvurunuza kadar geçen sürenin belirlenip, etkileyen faktörleri anlayabilmektir.

### **5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI**

Bu araştırmaya dâhil edilebilmeniz için gereken koşullar şunlardır:

- 1-18 yaş ve üstü olmanız (üst yaş sınırı yoktur)
- 2-Okuryazar olmanız
- 3- İletişim kurmaya engel bir durumunuzun olmaması
- 4-Tanılanmış herhangi bir psikiyatrik hastalığınızın olmaması
- 5-Biyopsi ile kolorektal kanser tanısı almış olmanız

### **6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

Araştırma; Başkent Üniversitesi Hastanesi onkoloji polikliniğine başvurduğunuz süre içerisinde, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilecektir. Görüşme sırasında; soru formu ve kısa hastalık ölçeği uygulanacaktır.

### **7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI**

ARAŞTIRMA SORULARINI CEVAPLAMAK DIŞINDA HERHANGİ BİR SORUMLULUĞUNUZ BULUNMAMAKTADIR.

### **8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR**

Araştırmamız yalnızca bilimsel amaçlı olup sizin doğrudan yarar görmeyiz ya da hastalığınıza ilişkin değişim beklenmemektedir. Ancak, bu araştırmadan elde edilen sonuçlar henüz tanı almamış bireyler için erken tanı alma engelleri azaltma konusunda yarar sağlayacaktır.

### **9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER**

Araştırmadan kaynaklanacak herhangi bir risk bulunmamaktadır. Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

### **10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU**

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeyiz söz konusu olursa, tedavi için gereken masraflar Başkent Üniversitesi tarafından karşılanacaktır.

## **11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ**

Uygulama süresince, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili hekime ulaşabilirsiniz.

**İstediginizde Günün 24 Saati Ulaşılabilir Araştırmacının Adres ve Telefonları:**

## **12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER**

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

## **13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM**

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi'dir.

## **14. GÖNÜLLÜYE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI**

Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

## **15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ**

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili tıbbi bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabileceksiniz.

## **16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI**

Araştırma programını aksatmanız, araştırmaya bağlı veya araştırmadan bağımsız gelebilecek istenmeyen bir etkiye maruz kalmanız vb. nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi araştırmadan çıkarabilir.

Ancak araştırma dışı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

## **17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŞINDAKİ DİĞER TEDAVİLER**

Araştırmadan herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

## 18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; araştırmada yer almayı reddetmeniz veya katıldıktan sonra vazgeçmeniz halinde de kararınız size uygulanan tedavide herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır.

Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılacaktır.

## 19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŞILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni tıbbi bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz.

### *(Katılımcının/Hastanın/Anne-Baba/Yasal Temsilcinin Beyanı)*

Sayın Ümran Ege Tanrıkulu tarafından Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Kliniği'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (gönüllü) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğime inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca, tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim anlatıldı.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersen, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

### **ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

<b>GÖNÜLLÜ</b>		<b>İMZASI</b>
<b>İSİM SOYİSİM</b>		
<b>ADRES</b>		
<b>TELEFON</b>		
<b>TARİH</b>		

<b>VASİ (Varsa)</b>		<b>İMZASI</b>
<b>İSİM SOYİSİM</b>		
<b>ADRES</b>		
<b>TELEFON</b>		
<b>TARİH</b>		

<b>ARAŞTIRMACI</b>		<b>İMZASI</b>
<b>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</b>		
<b>ADRES</b>		
<b>TELEFON</b>		
<b>TARİH</b>		

<b>ONAM ALMA İŞİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİ</b>		<b>İMZASI</b>
<b>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</b>		
<b>ADRES</b>		
<b>TELEFON</b>		
<b>TARİH</b>		

## EK 2: ANKET FORMU

### Kolorektal Kanserli Bireylerde Hastalık Algısı ve Tanı Gecikmesine Yol Açan Bireysel Faktörlerin İncelenmesi

#### Soru Formu

- 1- Adınız – Soyadınız:
- 2- Doğum Tarihiniz:
- 3- Boy.....cm **Kilo**..... kg
- 4- Tanı kodu: ( ) C 18 Kolon ( ) C 19.9 Rektosigmoid Bileşke ( ) C 20 Rektum
- 5- Tanı Evresi: ( ) I–II ( ) III ( ) IV
- 6- İlk Tanı Tarihi : .....
- 7- Cinsiyet : ( ) Kadın ( ) Erkek
- 8- Medeni Haliniz : ( ) Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış
- 9- Eğitim Durumunuz:  
( ) Okur – yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise  
( ) Lisans / Üniversite ( ) Yüksek Lisans / Doktora  
( ) Diğer .....
- 10- Çalışma durumunuz ve işinizin özelliği (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz):  
( ) Emekli oldum ( ) İşsizim  
( ) Masabaşı / genelde oturarak çalışıyorum  
( ) Çoğunlukla ayakta / hareket halinde çalışıyorum  
( ) Diğer .....
- 11- Mesleğiniz:  
( ) Memur ( ) İşçi ( ) Serbest Meslek ( ) Çiftçi ( ) Diğer....
- 12- Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?  
( ) İyi ( ) Orta ( ) Kötü
- 13- Sağlık Güvenceniz var mı?  
( ) Evet ( ) Hayır

**14- Tanı konulmuş / herhangi bir kronik hastalığınız var mı?**

- Hayır  
 Evet ise tablodan uygun olanları işaretleyiniz.

Hastalık	Süre (yıl)
<input type="checkbox"/> Kardiyovasküler Hastalıklar (Koroner Arter Hastalığı vb.)	
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (Şeker Hastalığı)	
<input type="checkbox"/> Hipertansiyon	
<input type="checkbox"/> Psikiyatrik Hastalıklar (Depresyon vb.)	
<input type="checkbox"/> KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)	
<input type="checkbox"/> Diğer:.....	

**15- Ailenizde kolorektal kanseri olan var mı?**

- Evet (Yakınlık derecesini ve tanı anındaki yaşını belirtiniz)

.....

- Hayır

**16- Ailenizde veya çevrenizde başka kanser öyküsü olan varsa yakınlık derecesini ve kanser türünü belirtiniz.**

- Birinci Derece Yakını

Anne.....

Baba.....

Kardeş.....

İkinci Derece Yakını:.....

Komşu, yakın arkadaş.....

**17- Ailenizde kolorektal kanseri nedeniyle kaybettiğiniz yakınınız var mı?**

- Evet (Yakınlık derecesini belirtiniz:.....)

- Hayır

**18- Bağırsak ile ilgili tanı aldığınız bir hastalığınız var mı?**

- Evet

- Hayır ( 18. soruyu geçiniz )

- Bilmiyorum ( 18. soruyu geçiniz )

**19- Hastalığınız aşağıdakilerden hangisidir?**

- Ülseratif Kolit  Crohn Hastalığı  Spastik Kolon  Polip – Adenom

Diğer:.....

**20- Kolorektal kanser belirtisi olabilecek şikâyetler hakkında bilginiz var mı?**

- Hayır

Evet (Lütfen belirtiniz:.....)

.....



**21- Daha önce herhangi bir sebeple sağlık kuruluşuna başvurduğunuzda, sağlık personeli tarafından, kolorektal kanser belirtileri ve tarama testleri konusunda bilgi verildi mi?**

- Evet  Hayır (23. soruya geçiniz)

**22- Bir önceki soruya yanıtınız evet ise hangi sağlık kuruluşunda bilgi verildi?**

- ASM (Aile sağlığı merkezi)  
 Devlet hastanesi  
 Üniversite hastanesi  
 Özel tıp merkezi  
 KETEM (Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi)

**23- Bir önceki soruya yanıtınız evet ise hangi sağlık personeli tarafından bilgi verildi?**

- Doktor  
 Hemşire  
 Tıbbi Sekreter  
 Danışma  
 Diğer:.....








**24- Daha önce kolorektal kansere yönelik tarama testi yaptırdınız mı?**

- Evet (Lütfen belirtiniz.....)  
 Hayır

**25- İlk kolorektal kanser tanısı aldığınızda herhangi bir şikâyetiniz var mıydı?**

- Evet  Hayır

**26- Aşağıdaki belirti-bulgulardan kolorektal kanser tanısı öncesi sizde mevcut olanlar hangileriydi? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)**

Belirtiler	Evet (+) Hayır (-)
Dışkılama alışkanlığının değişmesi ( kabızlık / İshal )*	
 Tip 1: Keçi pisiği tarzında, topak topak ve parça parça sert dışkı	
 Tip 2: Daha büyük ve birleşik topaklanma	
 Tip 3: Daha az kalın, daha yumuşak kıvamlı, yüzeyinde derin olmayan çatlakların olduğu dışkı	
 Tip 4: Yılan veya sosis gibi pürüzsüz, kaygan yüzeyle ve yumuşak kıvamlı dışkı	
 Tip 5: Kenar verecek kıvamda parça parça dışkı	
 Tip 6: Yumuşak kıvamlı, su içeriği daha fazla, parça parça dışkı	
 Tip 7: Sert ya da yumuşak, katı dışkı içeriği hiç olmayan sulu dışkı	
<i>*Bristol Dışkı Skalasına göre seçiniz</i>	
Fıskırır tarzda dışkılama	
Dışkılamada kan	
Rectal akıntı veya dışkıyla gelen mukus	
Ele gelen kitle	
Kötü kokulu gaz	
Geçmeyen karın ağrısı/krampları	
İştahsızlık	
Bulantı-Kusma	
Yorgunluk	
Kilo kaybı (.....kg )	
Diğer (açıklayınız):.....	

**27- Yaşadığınız bu belirti/semptomlardan hangisini en önemli olarak algıladınız/ yorumladınız?**

.....  
...

**28- Şikâyetleriniz başladığında ne düşündünüz?**

.....  
.....  
.....

**29- Hastalığımıza ilişkin ilk şikâyetleriniz başladıktan ne kadar süre sonra sağlık kurumuna başvuru yaptınız?**

.....

**30- Şikâyetleriniz başladıktan sonra sağlık kurumuna başvuru sürenizi neler etkiledi?**

.....  
.....

**31- İlk hangi bölüme başvurduunuz?**

- Acil  
 Aile Hekimliği  
 Dâhiliye  
 Genel Cerrahi  
 Gastroenteroloji  
 Diğer.....

**32- Şikâyetlerinizi bir sağlık personeline ifade etmekte zorlandınız mı?**

- Evet  Hayır, ( 34. soruyu geçiniz )

**33- Şikâyetlerinizi bir sağlık personeline ifade etmekte zorlanma nedenleriniz nelerdir? ( Size uygun olan seçenekleri işaretleyebilirsiniz)**

- Utanma  
 Sağlık personeline meşgul etme kaygısı  
 Korku  
 Umursanmama hissi  
 Diğer .....

**34- İlk şikâyetlerinize yönelik sağlık kurumuna başvuru öncesi herhangi bir alternatif tedavi - uygulama yaptınız mı?**

- Evet (Açıklayınız: .....)  
 Hayır

**35- İlk şikâyetlerinize yönelik yaptığımız alternatif tedavi - uygulama önerisi / bilgisini nereden edindiniz?**

- Sağlık Çalışanları  
 Akraba-Arkadaş  
 Yazılı Medya (gazete-dergi)  
 TV  
 İnternet  
 Diğer

**36- Yaptığınız uygulamanın şikâyetleriniz üzerindeki etkisi nasıl olmuştur?**

- Değişiklik yaratmamıştır.  
 Şikâyetlerimi arttırmıştır.  
 Şikâyetlerimi azaltmıştır.

**Katılımınız için Teşekkür ederiz.**

### EK 3: KISA HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

#### Kısa Hastalık Algısı Anketi

Aşağıda yer alan soruların her biri için, size en uygun olan cevabı lütfen daire içine alınız:

1- Hastalığınız yaşamınızı ne kadar etkiliyor?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç etkilemiyor Çok fazla etkiliyor
2- Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu düşünüyorsunuz?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç kontrolüm yok Çok fazla kontrolüm var
3- Tedavinizin hastalığınıza ne kadar iyi geleceğini düşünüyorsunuz?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç iyi gelmeyecek Çok iyi gelecek
4- Hastalığınız ile ilgili ne kadar belirti yaşıyorsunuz?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Belirti hiç yok Belirti çok fazla
5- Hastalığınız hakkında ne kadar endişe duyuyorsunuz?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç endişe duymuyorum Çok fazla endişe duyuyorum
6- Hastalığınızı ne kadar iyi anladığınızı düşünüyorsunuz?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç anlamıyorum Çok iyi anlıyorum
7- Hastalığınız sizi duygusal olarak ne kadar etkiliyor? (Örneğin; hastalığınız sizi üzüyor, korkutuyor, sinirlendiriyor ya da bunaltıyor mu?)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Duygusal olarak hiç etkilemiyor Duygusal olarak çok fazla etkiliyor
8- Lütfen hastalığınıza neden olduğuna inandığınız en önemli üç faktörü sırasıyla yazınız.
<i>Benim için en önemli nedenler:</i>
1.....
2.....
3.....

# EK 4: BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP VE SAĞLIK BİLİMLERİ ARAŞTIRMA KURULU VE BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL ONAYI



1993

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu



**Sayı** : 94603339-604.01.02/  
**Konu** : Proje Onayı

40992

20/11/2019

## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ümran Ege Tanrıkulu tarafından yürütülecek olan KA19/352 nolu "Kolonorektal kanserli bireylerde hastalık algısı ve tanı gecikmesine yol açan bireysel faktörlerin incelenmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 20/11/2019 tarih ve 20/112 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

**e-imzalıdır**

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ  
Kurul Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

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

Taşkent Caddesi (Eski 1. Cadde) 77. Sokak (Eski 16. Sokak) No:11 06490 Bahçelievler / Ankara  
Birim Telefon No: 0 312 212 90 65 Faks No: 0 312 221 37 59  
E-Posta: [arastirma@baskent.edu.tr](mailto:arastirma@baskent.edu.tr) İnternet Adresi: [www.baskent.edu.tr](http://www.baskent.edu.tr)

Bilgi İçin: Liliifer TAŞBİLEK  
Unvan: Sekreter  
Telefon No: 2129065-2228





**BAŞKENT** 25.  
**ÜNİVERSİTESİ** Yıl

**GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI**

PROJE NO	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
KA19/352	19/112	20/11/2019

Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ümran Ege Tanırkulu tarafından yürütülecek olan KA19/352 nolu “Kolorektal kanserli bireylerde hastalık algısı ve tanı gecikmesine yol açan bireysel faktörlerin incelenmesi” başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ

Prof. Dr. Mehtap AKÇİL OK

Prof. Dr. H. Seyra ERBEK

Dr. Öğr. Üyesi Rifat V. YILDIRIM

*Katılımcı*

Prof. Dr. A. Füsün ÖNER EYÜBOĞLU

Prof. Dr. Neslihan ARHUN

Doç. Dr. Taner SEZER

**ASLI GIBİDİR**



**EK 5: ANKARA BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ TIP FAKÜLTESİ  
TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI ANKET UYGULAMA ONAYI**



1993

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**

Tıp Fakültesi

Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı



TS-EN-ISO 9001  
KALİTE SİSTEM BELGESİ



**Sayı** : 50547713-730.08.03/ 41388  
**Konu** : Ümran Ege Tanrıkulu'nun Anket  
Uygulama İzni Hk.

23/11/2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

**İlgi** : 22/11/2019 tarih ve 41204 sayılı yazınız.

Belirtilen anket uygulamasının Tıbbi Onkoloji bölümü hastalarında yapılması uygundur

**e-imzalıdır**

Prof. Dr. Özden ALTUNDAĞ  
Öğretim Üyesi

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

53.Sokak No:48 Baheçelievler/ANKARA  
Birim Telefon No: 0 312 212 29 12 / 5209  
E-Posta: tip@baskent.edu.tr

Faks No: 0 312 215 25 09  
İnternet Adresi: www.baskent-ank.edu.tr

Bilgi için: Özden ALTUNDAĞ  
Unvan: Öğretim Üyesi  
Telefon No: 2122912/5209



## EK 6: KISA HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ KULLANMA İZİNİ

28.10.2019 Pzt 16:52

Kime: sevinç kutlutürkan

Bilgi: Siz

Sayın Doç Dr Sevinç Kutlutürkan,

Yüksek Lisans öğrencisi Ümran Ege Tanrikulu nun tez çalışması için değerlendirmek üzere Kanser hastalarında Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Kısa Hastalık Algısı ölçeğinin kullanımı konusunda izinlerinizi rica ediyoruz. Ölçeğin Türkçe formunu paylaşabilirseniz çok seviniriz. Saygılarımızla

Gönderen: **sevinç kutlutürkan**

Date: 30 Eki 2019 Çar, 14:26

Sayın Prof.Dr Sultan Kav

Yüksek Lisans öğrenciniz Ümran Ege Tanrikulu'nun tez çalışmasında Kanser hastalarında Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Kısa Hastalık Algısı ölçeğinin kullanımının çalışmanıza yön verici olacağını düşünüyoruz. Ölçeğin Türkçe formu ve değerlendirmesi ekte yer almaktadır. İyi çalışmalar  
Doç.Dr.Sevinç Kutlutürkan