



**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
HSH-2021-0002**

**ERKEK TARIM İŞÇİLERİNİN KOLOREKTAL KANSER  
HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ, SAĞLIK İNANÇ  
DÜZEYLERİ VE KANSER RİSKİNİN BELİRLENMESİ**

**YUSUF GÜVER  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi Nükhet BALLIEL**

**AYDIN - 2021**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Yusuf GÜVER tarafından hazırlanan “Erkek Tarım İşçilerinin Kolorektal Kanser Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, Sağlık İnanç Düzeyleri ve Kanser Riskinin Belirlenmesi” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27/05/2021

Üye (T.D.) :Dr. Öğr. Üyesi Nükhet BALLIEL Aydın Adnan  
Menderes Üniversitesi

Üye :Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ. Aydın Adnan  
Menderes Üniversitesi

Üye :Doç. Dr. Derya ADIBELLİ Akdeniz Üniversitesi

### ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün ..... tarih ve ..... sayılı oturumunda alınan ..... nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

.....  
Prof. Dr. Süleyman AYPAK  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitim sürecimde gerek akademik gerekse de manevi yönden her zaman destek olan, bana her daim yol gösteren, her zaman en mükemmeli hedeflememi sağlayan, bilim insanı olma serüvenimde her zaman kendisini idol olarak göreceğim, halk sağlığı ve hemşireliğine farklı bir perspektiften bakarak bütüncül yaklaşıma sahip olmamı sağlayan, danışmanlığında olduğum için her zaman kendimi özel hissetmemi sağlayan, üstümde çok emeği ve özverisi olan, bana her zaman sabırla ve sevgiyle yaklaşan, akademik camianın değerli ve başarılı bir üyesi çok kıymetli hocam Dr. Öğretim Üyesi Nükhet BALLIEL'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübeleriyle bana her zaman destek veren ve yardımcı olan, bana çok kıymetli katkıları olan çok değerli hocalarım Doç. Dr. Filiz ADANA'ya, Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ'a, Doç. Dr. Belgin YILDIRIM'a ve Arş. Gör. Duygu YEŞİLFİDAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Başarıyı yol arkadaşım yapmamı sağlayan, disiplini hayatıma entegre etmemde katkıları olan, plan ve program çerçevesinde hareket edildiğinde ulaşılamayacak noktanın olmadığını canlı bir örneği olan, beni her zaman destekleyen sevgili babam İsa GÜVER'e; şefkatini ve sevgisini her zaman hissettiğim, aldığım kararlarda hep yanımda olan sevgili annem Gonca GÜVER'e ve bana desteğini ve yardımlarını sürekli sunan sevgili kardeşim Buğra GÜVER'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kolorektal Kanser	5
2.1.1. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi	5
2.1.2 Kolorektal Kanser Etiyolojisi	7
2.1.3. Kolorektal Kanserde Belirtiler	8
2.2. Kolorektal Kanser Taramaları ve Erken Tanının Önemi	9
2.2.1. Kolorektal Kanser Taramalarında Kullanılan Testler ve Yöntemler	10
2.2.1.1 Kolonoskopi	10
2.2.1.2 Gaitada Gizli Kan Testi (GGKT)	10
2.2.1.3. Sigmoidoskopi	11
2.2.1.4. Çift Kontrastlı Baryum Enema (ÇKBE)	11
2.3. Pestisitler	11
2.4. Kolorektal Kanser Taramalarında ve Korunmada Hemşirelerin Rolü	12
2.5. Sağlık İnanç Modeli ve Kolorektal Kanserden Korunma ile İlişkisi	13
2.5.1 Sağlık İnanç Modeline Ait Kavramlar	14
2.5.1.1 Duyarlılık Algısı	14
2.5.1.2 Ciddiyet Algısı	14
2.5.1.3 Yarar Algısı	15
2.5.1.4 Engel Algısı	15
2.5.1.5 Sağlık Motivasyonu Algısı	15

3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Tipi	16
3.2. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer ve Zaman	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	16
3.4. Araştırmaya Katılma Kriterleri	16
3.5. Araştırma Soruları	17
3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	17
3.6.1 Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu	17
3.6.2 Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (KKKYSİMÖ)	18
3.6.3 Kolorektal Kanser Bilgi Düzeyi ile Alakalı 10 Soruluk Yapılandırılmış Form	19
3.6.4 Kolon Kanseri için Harvard Kanser Risk İndeksi	19
3.7 Araştırmanın Ön Uygulaması	20
3.8. Araştırmanın Uygulama Planı	20
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	20
3.10. Verilerin İstatistiksel Analizi	20
3.11. Çalışma Planı	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
6.1. Sonuçlar	61
6.2. Öneriler	62
KAYNAKLAR	63
EKLER	77
EK 1	77
EK 2	86
EK 3	87
EK 4	89
EK 5	90
BİLİMSEL ETİK BEYANI	94
ÖZGEÇMİŞ	95

## SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ÇKBE</b>	: Çift Kontrastlı Baryum Enema
<b>GGKT</b>	: Gaitada Gizli Kan Testi
<b>IARC</b>	: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
<b>KETEM</b>	: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
<b>KKKYSİMÖ</b>	: Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
<b>KRK</b>	: Kolorektal Kanser
<b>SİM</b>	: Sağlık İnanç Modeli
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>NCI</b>	: National Cancer Institute
<b>WHO</b>	: World Health Organization
<b>USPSTF</b>	: Amerika Koruyucu Hizmetler Çalışma Kolu (USPSTF)

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1.</b>	Türkiye’de Pestisitlerin Türlerine Göre Kullanım Miktarları	12
-----------------	---	----

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b>	Basıklık ve Çarpıklık Değerleri	21
<b>Tablo 2.</b>	Tez Çalışma Planı (Kasım 2019- Mart 2021)	22
<b>Tablo 3.</b>	Erkek Tarım İşçilerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	23
<b>Tablo 4.</b>	Erkek Tarım İşçilerinin Kolorektal Kanseri ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı	24
<b>Tablo 5.</b>	Erkek Tarım İşçilerinin Kolon Kanseri için Harvard Kanseri Risk İndeksi Puan Ortalamalarının Dağılımı	26
<b>Tablo 6.</b>	Erkek Tarım İşçilerinin Güven Yarar Sağlık Motivasyonu, Duyarlılık, KRK Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı	28
<b>Tablo 7.</b>	Erkek Tarım İşçilerinin Güven Yarar Sağlık Motivasyonu, Duyarlılık, KRK Bilgi Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi	28
<b>Tablo 8.</b>	Erkek Tarım İşçilerinin Güven Yarar Sağlık Motivasyonu, Duyarlılık, KRK Bilgi Düzeylerinin Kolorektal Kanseri ile İlgili Özelliklerine Göre İncelenmesi	29
<b>Tablo 9.</b>	Erkek Tarım İşçilerinin Harvard Kanseri Risk İndeksi Düzeyine Göre Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi	38
<b>Tablo 10.</b>	Erkek Tarım İşçilerinin Harvard Kanseri Risk İndeksi Düzeyine Göre Kolorektal Kanseri ile İlgili Özelliklerinin İncelenmesi	41
<b>Tablo 11.</b>	Güven Yarar Sağlık Motivasyonu, Duyarlılık ve KRK Bilgi Puanlarının Harvard Risk Düzeyine Göre İncelenmesi	49
<b>Tablo 12.</b>	Erkek Tarım İşçilerinin Bağırsak Kanseri Taramalarında Kullanılan Testleri Bilme Durumu	49
<b>Tablo 13.</b>	Erkek Tarım İşçilerinin Pestisit Kullanım Durumu	50
<b>Tablo 14.</b>	Erkek Tarım İşçilerinin Pestisit Kullanımında Koruyucu Ekipmanları Kullanma Durumu	51
<b>Tablo 15.</b>	Güven Yarar Sağlık Motivasyonu, Duyarlılık ve KRK Bilgi Düzeyi Arasındaki Korelasyon Analizinin İncelenmesi	52



## ÖZET

### ERKEK TARIM İŞÇİLERİNİN KOLOREKTAL KANSER HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ, SAĞLIK İNANÇ DÜZEYLERİ VE KANSER RİSKİNİN BELİRLENMESİ

**Güver Y. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2021.**

**Amaç:** Bu araştırma; Erkek tarım işçilerinin kolorektal kanser hakkındaki bilgi düzeyleri, sağlık inanç düzeyleri ve kanser riskinin belirlenmesini amaçlayan kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırma Kasım 2019-Mart 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın verileri Kasım 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında Aydın ili Efeler ilçesi Işıklı mahallesinde yaşayan 205 erkek tarım işçisinden yüz yüze toplanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmada veri toplama materyali olarak Sosyodemografik Özellikler Formu, Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (KKKYSİMÖ), Kolorektal Kanser Bilgi Düzeyi ile ilgili 10 soruluk Yapılandırılmış Form ve Kolon Kanseri için Harvard Kanser Risk İndeksi kullanılmıştır. Araştırma öncesi Aydın Valiliği'nden kurum izni, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin ve araştırmada kullanılan ölçeklerin ilgili yazarlarından izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan erkek tarım işçilerinden yazılı onam alınmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler S.P.S.S. (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analiz edilmesinde tanımlayıcı istatistiksel hesaplama yöntemler olarak yüzde sayı, standart sapma, ortalama kullanılmıştır. Araştırmadaki değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir. İki bağımsız grup arasındaki niceliksel sürekli verileri karşılaştırmak için t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verileri karşılaştırmak için Tek yönlü Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek için tamamlayıcı post-hoc analizi (Scheffe testi)

uygulanmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Gruplu değişkenlerin karşılaştırılmasında chi square kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmanın bağımlı değişkenleri erkek tarım işçilerinin KKKYSİMÖ puan ortalamaları, Kolorektal Kanseri Bilgi Düzeyi puan ortalamaları ve Harvard Kanseri Risk Düzeyleridir. Bağımsız değişkenler ise erkek tarım işçilerinin sosyodemografik özellikleridir. Erkek tarım işçilerinin %38'i 40-50 yaş, %84,4'ü evli, %20'si lise ve üzeri eğitim durumuna sahip, %55,6'sı pestisit kullanmakta, %35,6'sı pestisit kullanırken koruyucu özel önlem almamakta ve %58'i gelecekte bağırsak kanseri taramalarına katılmayı düşünmemektedir.

Erkek tarım işçilerinin yüzde 63,9'u KKK için Harvard Kanseri Risk İndeksine göre riskli grupta yer almaktadır. Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu puanı  $51,620 \pm 4,856$  (Min=35; Maks=55) ve duyarlılık puanı  $10,581 \pm 4,838$  (Min=6; Maks=30); KKK bilgi düzeyi puanı ise  $8,815 \pm 1,190$  (Min=4; Maks=10) olarak saptanmıştır. Erkek tarım işçilerinin yüzde 56,1'i KKK taraması için nereye başvuracağını ve yüzde 82'si KKK taramasında hangi testlerin yapıldığını bilmediğini ifade etmiştir. Erkek tarım işçilerinin yüzde 21,5'i bağırsak kanseri taramaları ile ilgili herhangi bir sağlık çalışanı tarafından bilgilendirilmediğini belirtmiştir. Erkek tarım işçilerinin gelecekte KKK taramasına katılma düşüncesi ile güven yarar sağlık motivasyonu alt boyut puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Altı ay içinde ve bir yıl içinde bağırsak kanseri taramasına katılmayı düşünenlerin güven yarar sağlık motivasyonu puanları gelecekte taramaya katılmayı düşünmeyenlerin güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından yüksek çıkmıştır ( $p < 0,05$ ).

**Sonuç:** Tarımsal ürünlerin kalitesini ve verimini arttırmak için pestisitleri sık kullanan ve bundan dolayı KKK risk grubunda yer alan erkek tarım işçilerinin KKK sağlık inançları, bilgi ve risk düzeylerini gösteren araştırma sonuçlarının literatürde yer alması yarar sağlayacaktır. Riskli gruplar için KKK'dan koruyucu eğitim programları hazırlanmalı ve bu eğitim programlarının etkililiği değerlendirilmelidir. Ayrıca KKK tarama testlerinin risk grubundaki bireylere uygulanması yaygın hale getirilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** bilgi, kanser riski, KKK, sağlık inanç, tarım işçileri

## **ABSTRACT**

### **DETERMINATION OF MALE AGRICULTURAL WORKERS' KNOWLEDGE LEVELS, HEALTH BELIEF LEVELS AND CANCER RISK ABOUT COLORECTAL CANCER**

**Güver Y. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Public Health Nursing Master's Science Program, Master Thesis, Aydın, 2021.**

**Objective:** This research is a cross-sectional study that aiming to determine the knowledge levels, health belief levels and cancer risk of male agricultural workers about colorectal cancer. The research was conducted between November 2019-March 2021. The data of the study were collected face to face from 205 male agricultural workers living in Işıklı district of Efeler district of Aydın province between November 2020 and January 2021.

**Material and Methods:** Sociodemographic Characteristics Form, Health Belief Model Scale for Protection from Colorectal Cancer, Structured Form with 10 questions About Colorectal Cancer Knowledge Level and Harvard Cancer Risk Index for Colon Cancer were used as data collection tools in the study. Prior to the study, institutional permission from the Aydın Governorship, the ethical approval of the Aydın Adnan Menderes University Faculty of Nursing Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee and the necessary permission from the relevant authors of the scales used in the study were obtained. Written consent was obtained from male agricultural workers participating in the study.

The data obtained in the study were analyzed using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 program. Percentage, number, standard deviation and mean calculations were used as descriptive statistical methods in the evaluation of the data. Kurtosis (Kurtosis) and Skewness (Skewness) values were examined to determine whether the research variables showed normal distribution. The t-test was used to compare the quantitative continuous data between two independent groups, and the One-way Anova test was used to compare the quantitative continuous data between more than two independent groups. After the Anova test, the Scheffe test was used as a complementary post-hoc analysis to determine the

differences. Pearson correlation analysis was applied between the continuous variables of the study. Chi square analysis was used to compare group variables.

**Results:** The dependent variables of the study are the male agricultural workers' mean scores of Health Belief Model Scale for Protection from Colorectal Cancer, the Colorectal Cancer Knowledge Level and the Harvard Cancer Risk Levels. Independent variables are sociodemographic characteristics of male agricultural workers. 38% of male agricultural workers are 40-50 years old, 84,4% are married, 20% have high school and above education, 55,6% use pesticides, 35,6% use pesticides do not take action and 58% do not consider participating in future bowel cancer screening.

63,9 percent of male agricultural workers are in the risky group according to the Harvard Cancer Risk Index for CRC. The trust benefit health motivation score of male agricultural workers was  $51,620 \pm 4,856$  (Min = 35; Max = 55) and the sensitivity sub-dimension score was  $10,581 \pm 4,838$  (Min = 6; Max = 30); CRC knowledge level score was determined as  $8,815 \pm 1,190$  (Min = 4; Max = 10). 56,1 percent of male agricultural workers stated that they did not know where to apply for CRC screening and 82 percent did not know what tests were performed in CRC screening. 21,5 percent of male agricultural workers stated that they were not informed about bowel cancer screening by any healthcare workers. Significant relationship was found between the idea of participating in the future CRC screening of male agricultural workers and the trust benefit health motivation sub-dimension score. Trust benefit health motivation scores of those who thought to participate in bowel cancer screening within six months and one year were higher than those who did not intend to participate in future screening ( $p < 005$ ).

**Conclusion:** It will be beneficial to include the results of the research that showing the CRC health beliefs, information levels about CRC and CRC risk levels of male agricultural workers, who frequently use pesticides to increase the quality and productivity of agricultural products and are in the CRC risk group to the literature. Preventive training programs from CRC should be prepared for risky groups and the effectiveness of these training programs should be evaluated. In addition, the application of CRC screening tests to individuals in the risk group should be made widespread.

**Keywords:** agricultural workers, cancer risk, CRC, health belief, knowledge

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kolorektal kanser (KRK) dünya genelinde önemli mortalite (9/100.000) ve insidans (19.5/100.000) oranlarına sahip, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen hastalıklardan birisidir (Sung ve diğerleri, 2021; Mafiana ve diğerleri, 2018; Pan ve Tsai, 2012; Gray ve diğerleri, 2011). Tüm dünyada hem kadın hem de erkek cinsiyeti için kolorektal kanser insidansının bütün kanser türlerinin insidansları içerisinde 4. sırada ve kolorektal kanser mortalitesinin bütün kanser türlerinin mortalite oranları arasında 3. sırada olduğunu bildirilmiştir. İnsidans verileri incelendiğinde kolorektal kanser insidansının erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğu gözle çarpılmaktadır (Bray ve diğerleri, 2018).

KRK, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) genelinde kanser kaynaklı ölümlerin en yaygın ikinci nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (Siegel ve diğerleri, 2020). Kolorektal kanser ile ilgili bir istatistik çalışmasından, ABD’li erkeklerde kolorektal kanser insidansının ve mortalitesinin kadınlara göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. Yine aynı çalışmada ABD’de kolorektal kanser insidansının 55-74 yaş arası erkeklerde yine aynı yaş grubu kadınlara göre %40-50 daha fazla olduğu belirtilmiştir (Siegel ve diğerleri, 2020). Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesel Ofisi (2012) web sitesinde yayınlanan bilgilere göre Avrupa’da kolorektal kanser hem erkeklerde hem de kadınlarda kanser ölümlerinin ikinci en yaygın nedenidir.

Türkiye kanser istatistikleri incelendiğinde hem erkeklerde hem de kadınlarda en sık görülen 10 kanser türü içerisinde kolorektal kanserlerin 3. sırada olduğu ayrıca kolorektal kanserin erkeklerde görülme oranının kadınlara göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır (Kara ve diğerleri, 2018). Türkiye’de kolorektal kanserin 2016 yılındaki yaşa göre standardize edilmiş kanser hızı erkekler için 25.3/100.000 kadınlar için ise 14.2/100.000’dir (Kara ve Kekinkılıç, 2019). Erkeklerde insidansın daha fazla olmasının nedeni kolorektal kanser risk faktörlerine daha fazla maruz kalma ve cinsiyet hormonları ayrıca bu iki etkenin birbiriyle olan karmaşık ilişkisi ile açıklanmıştır (Murphy ve diğerleri, 2011; Meissner ve diğerleri, 2006).

Bireylerin; kolorektal kanser ile ilgili bilgi eksikliğinin olması, kolorektal kanser koruyucu davranışlarını yeterince gerçekleştirmemesi, kolorektal kanser risk faktörlerini taşıması bu kanser türünün görülme sıklığını arttırmaktadır. Ürdün’de yürütölen kesitsel bir çalışmanın sonuçları hem erkek hem de kadın katılımcıların düşük düzeyde kolorektal kanser bilgi düzeyi ve kolorektal kanser erken tanı testlerini yaptırdığını söylemektedir (Taha ve diğerleri, 2019). ABD’de yürütölen bir çalışmada kolorektal kanser bilgi düzeyinin düşük ve kolorektal kanser taramaları önündeki algılanan engel düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur (James ve diğerleri, 2011). Ülkemizde yaşlı bireylerin kolorektal kanser konusunda istenen seviyede bilgi düzeyine sahip olmadıkları, erken tanı uygulamalarına katılmadıkları ve kolorektal kanser risk faktörlerini taşıdıkları ayrıca bireylerin kolorektal kanser koruyucu faktörlerinden olan sebze türü besinler, meyve türü besinler ve tam tahıllı gıdaları her zaman tüketmedikleri sonucuna ulaşılmıştır (Taşkın ve diğerleri, 2015). Aydın ilinde yürütölen bir çalışmada elli ve üzeri yaşa sahip bireylerde KRK ve tarama yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyinin yetersiz olduğu ve bu taramaların yaptırılmadığı belirtilmiştir (şahin ve diğerleri, 2015). Karabük ilinde gerçekleştirilen bir araştırmada ise katılımcıların sadece yüzde 10’unun kolorektal kanser ve tarama programları hakkında bilgi sahibi olduğu ve kolorektal kanser tarama programlarına katılım oranının düşük olduğu anlaşılmıştır (Taştan ve diğerleri, 2013). Konu ile ilgili literatürdeki diğer çalışmaları da ülkemizde kolorektal kanser ile ilgili bilgi seviyesinin düşük olduğunu, bireylerin büyük çoğunluğunun kolorektal kanser ile tüketilen besinlerin ilişkisi olduğunu bilmediğini ve bireylerin sağlık kurumlarına başvurduklarında kolorektal kanser taramaları hakkında bilgilendirilmediklerini göstermiştir (Altun, 2019; Acar Vaizöğlü ve diğerleri, 2010).

Kanser taramalarına katılımda önemli bir yeri olan sağlık inanç düzeyinin düşük olması kolorektal kanserin erken tanılanmasında engel oluşturmaktadır. Çin’de yürütölen bir çalışmada bireylerin sağlık inanç düzeylerinin düşük olduğu ve kolorektal kanser ile ilgili ilk belirtinin görülmesi ile birlikte hastaneye başvurma süresinin yani hastane öncesi gecikme süresinin sağlık inanç düzeyinden, fiziksel muayene sıklığından, bireyin mesleğinden ve kolorektal kanserin tutulum yaptığı bölgeden etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır (Wu ve diğerleri, 2020). Çin’de yürütölen başka bir çalışmada ise sağlık inanç düzeyi ile kolonoskopi yaptırma durumu arasında ilişki bulunmuştur (He ve diğerleri, 2019). Ülkemizde kolorektal kanser tanısı alan bireylerin çoğu ileri evrededir (Keskinkılıç ve diğerleri, 2016). Literatürdeki çalışmaları incelendiğinde ülkemizde sağlık inanç düzeyi ve tarama testlerini yaptırma oranlarının düşük olduğu; eğitim düzeyi arttıka sağlık inanç düzeyinin arttığı; yaş ve

cinsiyetin sağlık inanç düzeyini etkilediği; sağlık inanç düzeyi ile kolorektal kanser taramalarına katılım arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu ayrıca sağlıklı yaşam biçiminin tarama testlerini ve sağlık inanç düzeyini olumlu etkilediği anlaşılmıştır (Yılmaz ve diğerleri, 2016; Taştan ve diğerleri, 2013; Baysal ve Türkoğlu, 2013). Gaitada gizli kan testi yaptırma durumunun cinsiyet, sağlık inanç düzeyi ve ailede bağırsak kanseri öyküsü ile ilişkili olduğu ise bir başka çalışmada saptanmıştır (Genç, 2019).

Halk sağlığı hemşireliğinin hizmet alanlarından birisi de iş sağlığı hemşireliğidir (Halk Sağlığı Hemşireliği Derneği, 2020). 27910 sayılı resmi gazetede yayınlanan hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarını içeren ilgili yönetmelikte iş sağlığı hemşiresinin görevleri, yetkileri ve sorumlulukları açıklanmıştır. Sağlık Bakanlığı (2011) web sitesinden ulaşılabilen hemşirelik yönetmeliğine göre iş sağlığı hemşiresinin; iş yeri ortamı ile ilgili problemlerin tespit edilmesinde ve önceliği olan hususların belirlenmesinde çalışmaların yürütülmesi, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının sağlanması amacıyla risk faktörlerinin belirlenmesi, işçi ve işçi ailelerinin sağlıklarıyla ilgili yaşadıkları problemleri gidermede onlara rehber olması, işçinin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek tehlikeleri ve riskleri içeren etmenleri belirlemesi, çalışma ortamı kaynaklı gelişen sağlık sorunlarında uygulanacak tedbirler konusunda görüşler sunması ve bu görüşlerin eyleme aktarılmasını sağlaması, meslek hastalıklarının önlenmesi, çalışma bölgesinde sağlığı olumsuz olarak etkileyen etmenleri saptaması ve gereken tedbirleri alması gibi rolleri açıkça belirtilmiştir. T.C. Resmi Gazetede de (2011) yayımlanan hemşirelik yönetmeliğine göre iş sağlığı hemşireliği kapsamında yaygın olarak pestisit kullanan tarım işçileri grubuna gerekli sağlık taramaları yapmak halk sağlığı hemşirelerinin görev ve sorumluluğu kapsamındadır

Tarım işçilerinin kullandıkları pestisitler bu grup için kolorektal kanser görülme sıklığını arttıracak bir risk faktörüdür. Martin çalışmasında pestisit kullanımının kolon kanseri için bir risk faktörü olduğunu ve kolorektal kanser mortalitesi ile pestisit kullanma seviyesi arasında bir ilişki olduğunu bildirmiştir (Martin ve diğerleri, 2018). Tarım işçileri ile yürütülmüş kohort araştırmasında işçilerde pestisit kullanımı ile kolon ve rektal kanserinin gelişmesi arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunduğu belirtilmiştir (Lee ve diğerleri, 2007). ABD’li tarım işçileri ile gerçekleştirilen bir çalışmada pestisit kullanımının kolon kanserini arttırdığı saptanmıştır (Andreotti ve diğerleri, 2010). Birkaç pestisit türünün kolon kanseri riskini arttırdığını destekleyen başka araştırmalar da vardır (Koutros ve arkadaşları, 2009; Kang ve arkadaşları, 2008). Başka bir çalışmada ise bir pestisit türü olan acetochlor isimli

herbisitin uzun süreli kullanımının pestisit kullanıcılarında kolorektal kanser oluşma riskini arttırdığı gözlemlenmiştir (Lerro ve diğerleri, 2015).

Bu çalışmanın amacı, tarımsal faaliyetlerin yoğun yapıldığı Aydın ili Efeler ilçesi Işıklı mahallesindeki erkek tarım işçilerinin kolorektal kanser bilgi, kolorektal kanser sağlık inanç ve kolorektal kanser risk düzeyinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kolorektal Kanser

Kanser, anormal hücre oluşumu ve kontrolsüz hücre bölünmesi ile karakterize bir hastalıktır. Bu tip anormal oluşumların kolon ve rektumda görülmesi kolorektal kanser olarak adlandırılmaktadır (American Cancer Society, 2020). ABD Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute) web sitesinde (NCI, 2020) yer alan bilgilere göre Kolorektal kanser genellikle kolon veya rektum içinde polip adı verilen bir büyüme olarak başlar. Polipleri bulmak ve çıkarmak kolorektal kanseri önleyebilir. Sık görülen ve önemli bir halk sağlığı sorunu olan kolorektal kanserin belirtileri çoğunlukla ileri evrelerde oluşmaktadır. Kolorektal kanser erken evrede tespit edildiğinde tedavinin başarılı sonuçlanma oranı artmaktadır (Şahin ve diğerleri, 2015).

#### 2.1.1. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi

Kolorektal kanserler Dünyada her yıl 320.000 ölümden sorumlu olmakla beraber, tüm kanserlerin yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır ve her yıl 136.000 hastada görülmektedir (Ferlay ve diğerleri, 2015). Sung ve diğerleri (2021) gerçekleştirdikleri kanser istatistik çalışmasında kolorektal kanserin dünya erkek nüfusu arasında en sık görülen 3. kanser türü olduğunu ve kolorektal kanserin dünya kadın nüfusu arasında en çok görülen 2. kanser türü olduğunu bildirmiştir. Mortalitesi hem dünya erkek nüfusu hem de dünya kadın nüfusu için bütün kanser mortaliteleri arasında 3. sıradadır (Sung ve diğerleri, 2021). Dünyadaki yaşa standardize edilmiş insidans oranlarına bakıldığında kolorektal kanserlerin neredeyse dünyanın tamamında insidansının erkekler için kadınlara kıyasla daha fazla olduğu görülmüştür (Bray ve diğerleri, 2018).

Kanser kaynaklı 9.6 milyon ölümün 2018 yılı için yüzde 9.2'si kolorektal kanser sebeplidir. Kolorektal kanser insidansı en yüksek olarak Macaristan, Slovenya, Slovakya, Hollanda ve Norveç gibi bazı Avrupa ülkelerinde, Avustralya, Yeni Zelanda gibi Okyanusya ülkelerinde, Japonya, Güney Kore ve Singapur gibi uzak doğu ülkelerinde görülmektedir. Ayrıca bir Güney Amerika ülkesi olan Uruguay'da da kadınlar ve erkeklerde kolorektal kanser görülme oranları yükselmiştir. Afrika ve Güney Asya'nın çoğu bölgesinde kolorektal

kanser insidansı düşük eğilimdedir. Kolorektal kanser türünün görülme sıklığının toplumların sosyoekonomik, epidemiyolojik ve sağlıklı beslenebilme düzeylerinin göstergesidir (Bray ve diğerleri, 2018; World Cancer Research Fund Internatioanal, 2020).

Kolorektal kanser ABD’de en yaygın ikinci kanser kaynaklı ölüm tipidir ve bütün kanser türleri içerisinde en sık görülen üçüncü kanser türüdür (Siegel ve diğerleri, 2020). ABD 2012-2016 kolorektal kanser insidans verilerine göre insidansın her iki cinsiyet için yüz binde 44.4, erkekler için yüz binde 38.7 ve kadınlar için yüz binde 34’tür. ABD 2013-2017 kolorektal kanser mortalite verilerine göre mortalite her iki cinsiyet için yüz binde 16.6, erkekler için, 13.9 kadınlar için ise 11.7’dir. 2020 yılının sonunda ABD’de 104.610 yeni kolon kanseri vakası ve 43.340 yeni rektal kanser vakası; vakaların yüzde 12’sinin 50 yaşından küçük bireylerde görüleceği; yaklaşık olarak 53.200 bireyin kolorektal kanser nedeniyle vefat edeceği ve bu vefatların 3640’ını 50 yaşından küçük erkek ve kadın bireylerin oluşturacağı tahmin edilmektedir (American Cancer Society, 2020).

İngiltere’de kolorektal kanser dördüncü en yaygın tanı alan kanser türü ve ikinci en yaygın kanser kaynaklı ölümdür. Yeni kanser tanılarının yüzde 11’ini ve kanser kaynaklı ölümlerin yüzde 10’unu oluşturmaktadır. Her yıl 42.300 yeni kolorektal kanser tanısı konulmakta ve her yıl 16300 birey kolorektal kanser kaynaklı yaşamını yitirmektedir. 2017 yılında erkekler ve kadınlarda en çok görülen ve mortaliteye sahip olan üçüncü kanser türü olmuştur. 2017 yılında kadınlar için 18600 yeni tanı konulurken 7500 kolorektal kanser kaynaklı ölüm gerçekleşmiştir. 2017 yılında erkekler için 23500 yeni tanı konulurken 9200 kolorektal kanser kaynaklı ölüm gerçekleşmiştir (Cancer Research UK, 2020).

Dünya Kanser Araştırma Fonu 2018 yılında dünya genelinde her iki cinsiyet için en fazla kolorektal kanserin görüldüğü ülkenin Macaristan olduğunu (yüz binde 51.2), dünyada sadece erkekler için kolorektal kanserin en fazla görüldüğü ülkenin Macaristan olduğunu (yüz binde 70.6), dünya genelinde sadece kadınlar içindeki en yüksek görüldüğü ülkenin Norveç olduğunu (yüz binde 39.3) bildirmiştir (World Cancer Research Fund Internatioanal, 2020).

Hem erkeklerde hem de kadınlarda en sık görülen 10 kanser türü içerisinde kolorektal kanserlerin 3. sırada olduğu ayrıca kolorektal kanserin erkeklerde görülme oranının kadınlara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Kara ve Keskinlikç., 2019). Ülkemizde kolorektal kanserin erkeklerde görülme sıklığı yüz binde 25,3 kadınlarda görülme sıklığı ise yüz binde 14,2’dir (Kara ve Keskinlikç., 2019).

## **2.1.2. Kolorektal Kanser Etiyolojisi**

Kolorektal kanserler sporadik (%70), kalıtsal (%5) ve ailesel (%25) olarak sınıflandırılabilir (Mármol ve diğeri, 2017). Hastalık değiştirilebilir ve değiştirilemez faktörlerle ilişkilidir. Değiştirilebilir faktörler alkol ve sigara tüketimi, obezite, işlenmiş et ve kırmızı et tüketimi gibi kolorektal kanser riskini arttıran faktörler ile birlikte fiziksel aktivite, post-menopozal hormon terapisi, non-steroid anti-enflamatuar ilaç kullanımı, sebze-meyve tüketimi ve aspirin kullanımı gibi kolorektal kanser riskini azaltan faktörlerin bileşkesidir. Değiştirilemez faktörler ise yaş, enflamatuar bağırsak hastalığı, kişinin ailesinde kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsünün olması, genetik risk, kişinin kendisinde adenomatöz polip öyküsünün olması olarak sıralanabilir (Johnson ve diğeri, 2013; Garcia-Albeniz ve diğeri, 2011; Haggard ve Boushey, 2009).

### **2.1.2.1. Değiştirilebilir Faktörler**

#### **2.1.2.1.1 Beslenme ve Obezite**

Yapılan çalışmalar, kırmızı/işlenmiş et tüketiminin fazla olduğu toplumlarda KRK'nin görülme sıklığının arttığını kanıtlamıştır (Ertürk, 2010; Cross ve diğeri, 2010; Chao, Thun ve Connell, 2005). Kalori oranının yüksek olduğu yiyeceklerin tüketildiği toplumlarda da KRK görülme oranının fazla olduğuna literatürde değinilmiştir (Okutur, 2015). Kilo almaya meyilli olan kişilerin de KRK'ya yakalanma oranının oldukça yüksek olduğu bilinmektedir (Karahalios, English ve Simpson, 2015). Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC)'nın çalışmalarında, KRK'lı kişilerin %14'ünde hastalığın gelişme sebebinin obezite olduğuna işaret edilmektedir (Yıldırım, 2018).

#### **2.1.2.1.2 Sigara Kullanımı**

Sigara gibi tütün ve tütün mamüllerinin tüketimi öncelikle akciğer kanseri olmak üzere birçok kansere sebebiyet verdiği gibi KRK'ya yakalanma riskini de arttırmaktadır. Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımının bağırsakta polip oluşumuna sebebiyet verdiği bilinmektedir. Bireyin sigarayı ilk kez kullanım yaşı, sigara kullanım süresi, sigara tüketim miktarı KRK'ya yakalanma riski için önemli unsurlardır. (Giovannucci, 2001; Botteri, Iodice ve Raimondi, 2008). Alkol kullanımı da KRK için risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. KRK'nin erken yaşlarda görülmesinin sorumlusu olarak alkol tüketiminin gösterildiği gibi, distal kolonda da

görülme riskini artırdığı literatürde belirtilmiştir (Zisman ve diğerleri, 2006; Bazensky, Shoobridge-Moran ve Yoder, 2007).

### **2.1.2.1.3 Fiziksel Aktivite**

KRK'ye yakalanma riskini azaltmakta önemli unsurlardan birisi de düzenli fiziksel aktivite yapmaktır. Hem kadın hem de erkek bireylerde fiziksel olarak düzenli egzersiz yapmak, fiziksel aktivite yapmayan bireylere oranla KRK'ya yakalanma riskini büyük ölçüde azaltmaktadır. Günlük en az otuz dakika veya haftada beş gün fiziksel aktivite yapılması önerilmektedir (American Cancer Society, 2011; Chan ve Giovannucci, 2010; Türkiye Cumhuriyeti. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri GM, 2008).

### **2.1.2.2. Değiştirilemez Faktörler**

#### **2.1.2.2.1. Yaş**

KRK için yaş önemli bir etkidir. Hem erkek hem de kadında 50 yaş ve üzerinde KRK riski artmaktadır (Kuşakçioğlu, 2003; Gönen, 2004; Howlader ve diğerleri, 2012)

#### **2.1.2.2.2 Genetik**

Birinci derece akrabalarından en az birinde KRK bulunan bireylerde, birinci derece akrabalarında hiç KRK bulunmayan bireylere göre KRK gelişme riski iki kat daha fazladır. İki'den fazla birinci derece akrabalarında KRK bulunan bireylerde bu risk 3 kattan daha fazladır (Ertürk, 2010).

#### **2.1.2.2.3 İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı**

Yapılan çalışmalarda inflamatuvar bağırsak hastalıklarının (ülseratif kolit ve crohn) KRK'ya yakalanma riskinin onuncu yılda yüzde 2, yirminci yılda yüzde 8 ve otuzuncu yılda yüzde on sekiz olduğu saptanmıştır (Eaden, Abrams ve Mayberry, 2001). Ülseratif kolit ve Crohn hastalığı mevcut olan kişilerde KRK olma riskinin artışında hastalığın zaman dilimi, erken yaşta meydana gelmesi ve hastalığın yayılım oranı büyük etmendir.

### **2.1.3. Kolorektal Kanserde Belirtiler**

KRK yavaş seyreden bir kanser türüdür. Belirtiler, hastalığın ilk evresinde kendini göstermezken ileriki evrede ortaya çıkar (Adelstein ve diğerleri, 2011). KRK'de en çok görülen belirtiler konstipasyon, diyare, kusma, kanlı dışkı, bulantı, karın ağrısı, kilo kaybı ve

rektal kanamadır (Anne ve Clive, 2007). Kilo kaybı ve rektal kanama KRK'ya özgü belirtilerdir (Astin ve diğerleri, 2011). Diğer belirtiler sindirim sistemi hastalıklarının sebepleri arasında da yer alabilir (Adelstein ve diğerleri, 2011; Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018).

## **2.2. Kolorektal Kanseri Taramaları ve Erken Tanının Önemi**

Kanserin erken evrede tespit edildiği ülkelerde, kanser mortalitesi daha düşüktür (Tuncer, 2009). Kanerlerin erken evrede yakalanması ise kanser tarama programları ile mümkündür. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanseri Araştırmaları Kurumu 50 yaş ve üzeri bütün erkek ve kadınların KRK taramalarına katılmaları gerektiğinin önemini vurgulamaktadır (Boyle, 2013).

Kolorektal kanserler prelinik belirti gösterdiklerinden ikincil koruma oldukça önemlidir. KRK hastalarında 5 yıllık sağ kalım oranı erken tanı konan lokalize hastalıkta yüzde doksan; regional tutulumuna sahip hastalıkta yüzde kırk ile yüzde altmış arasında; yaygın metastaz durumlarında ise yüzde 6 dolaylarındadır. (Greenlee ve diğerleri, 2001) Bu veriler sağlıklı insanlara tarama programlarının uygulanmasının oldukça önemli olduğunun işaretidir. Bu nedenle Türkiye'de Sağlık Bakanlığı kolorektal kanseri rutin tarama programı kapsamına almıştır. KRK için risk grupları bu kişilere uygun kolonoskopi ile yıllık izlem sıklığı belirlenmiştir. Ayrıca ailesel geçişli KRK vakalarında genetik testler de önerilmektedir (Pirinçci ve diğerleri, 2015). Ülkemizdeki KRK tarama programı ulusal standartları; iki senede bir kez uygulanan GGKT (GGKT) ve on senede bir yapılan kolonoskop taramasıdır. Hedef grup elli yaşından yetmiş yaşına kadar olan bütün erkek ve kadın bireylerdir. Test ve taramalar, test ve taramaların yapılacağı bölgedeki aile sağlığı merkezleri kayıtları incelenerek bireylerin davet edilmesi şeklinde yapılmaktadır. Yüksek riske sahip bireylerde kırk yaşından itibaren testlerin ve taramaların yapılmasına başlanması önerilmektedir (Borum, 2001).

Türkiye'de taramalar Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri bünyesindeki Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezlerinin (KETEM) görev ve sorumluluğunda sürdürülmektedir. KETEM'ler; sağlık personellerinin ve vatandaşların, kanserler ile ilgili bilgi yüklerinin artmasına ve bilinçlenmelerine yönelik eğitimler düzenlemek, risk gruplarında yer alan bireylere yönelik oluşturulmuş kanser taramaları ile erken dönemde kanseri tanısı konulmasını sağlamak ve kanseri tanısı alan hastalara gerekli

yönlendirmeler ile sağlık sunucularına sevk edilmesini sağlamak, hastaların takip edilip prognoz değerlendirmelerinin yapılması, sosyal, ruhsal ve tıbbi açıdan destek sağlanması yükümlülüklerine sahiptir (thsk.gov.tr). Ulusal KRK tarama çalışmalarının koordinasyonu, kayıt edilmesi, izlemi ve Sağlık Bakanlığına bildiriminde görev alan birimler ise Halk Sağlığı Müdürlükleridir (Pirinçi ve diğerleri, 2015).

## **2.2.1. Kolorektal Kansere Taramalarında Kullanılan Testler ve Yöntemler**

### **2.2.1.1 Kolonoskopi**

KRK taramalarında ve tanı koymada uygulanan en etkili metot kolonoskopidir (Dobrucalı, 2003). Anüsten girilip rektuma kadar ilerleyen kolonoskop cihazı kolonun iç bölgesinin görüntülenmesini sağlar (NCI, 2019). Kolon grafisinde normal dışı semptomlarla karşılaşıldığı zamanlarda, inflamatuvar bağırsak hastalıklarında, hastalık geçmişinde polip veya KRK mevcut olan hastalarda ve kaynağı belirlenemeyen kanamalarda tanı amacıyla uygulanır (Karahasanoğlu, 2001). Kolonoskopi ve ihtiyaç duyulduğunda polipetomi uygulanmasının KRK görülme sıklığını %75-90 oranında azalttığı gözlenmiştir (Bengi ve Soytürk, 2013). Amerika Koruyucu Hizmetler Çalışma Kolu (USPSTF) Rehberleri 50-75 yaş aralığındaki bireylere 10 yılda bir kolonoskopi yaptırmalarını önermektedir (Aydınlı, 2011).

### **2.2.1.2 Gaitada Gizli Kan Testi (GGKT)**

Gaitada gözle fark edilmeyecek kadar az miktarda kanın varlığının belirlemek amacıyla uygulanan bir testtir (Labtests, 2020). Elliden yetmiş yaşına kadar olan her kadın ve erkek bireyde 2 senede bir uygulanır (Pancar, 2020). Dışkıda gizli kan görülmesi, sadece KRK'ya özgü değildir. Diğer kanamalı hastalıklarda da görülebilir (Çelik, 2003). Yüksek risk barındıran bireylerde senede bir defa GGKT yapılması KRK ölüm oranında %31-57 oranında azalma meydana getirir. GGKT'nin geçerliliğini artırmak için art arda 3 defa gaitayı incelemek gereklidir (Remzi ve Öncel, 2006; Yar, 2007). Gaitada, 2 ml kan tespit edilmesi GGKT sonucunu pozitif kılar. Testten istenilen sonucu almak için minimum 3 gün önceden turp, şalgam, kırmızı et, C vitamini, aspirin gibi besinlerin tüketimi kesilmelidir (Mandel ve diğerleri, 1993; Kronbarg ve diğerleri, 1996; Mandel ve diğerleri, 1999). GGKT sonucunun negatif çıkması, olması gereken sonuçtur. Gaitada kana rastlanmadığı anlamına gelir. Testin negatif çıkması, kişinin ileriki yaşamında KRK'ya yakalanmayacağını kesinleştirmiş olmaz (Pancar, 2020)

### **2.2.1.3. Sigmoidoskopi**

Anüsten girilerek kolon ve rektumun alt bölümünün, 60 cm uzunluğunda sigmoidoskop denilen, uç kısmında küçük bir kamerası olan elastik ve ışıklı bir tüp ile tetkik edilme işlemidir. Küçük polipler sigmoidoskopi sayesinde temizlenir. 1 cm'den büyük olan polipler ise sigmoidoskopiden sonra yapılan kolonoskopi ile temizlenir. Sigmoidoskopi, ABD'de KRK için en fazla kullanılan tarama yöntemlerinden biridir (Pancar, 2020). Yapılan her 1000 sigmoidoskopide ortalama 7 KRK ve 60'dan fazla 2 cm'den büyük poliplere rastlanılmaktadır. Sigmoidoskopide değişik kitlelere rastlanıldığı vakit tüm kolonun tetkik edilmesi gerekmektedir (Çelik, 2003; Dobrucalı, 2003; Nar, 2010; Bengi ve Soytürk, 2013).

### **2.2.1.4. Çift Kontrastlı Baryum Enema (ÇKBE)**

Bir röntgen tetkik olarak Çift Kontrastlı Baryum Enema (ÇKBE) bağırsak mukozasının baryumla boyanarak floroskopi ile çok sayıda grafi çekilmesi işlemidir. Kolonoskopi yapılması riskli olan bireylerde kolonoskopiye göre daha az invazif olması nedeniyle tercih edilmektedir (NCI, 2016, Akay ve diğerleri, 2012).

## **2.3. Pestisitler**

Türk Dil Kurumu (TDK, 2021) sözlüğüne göre pestisitler bitki ve hayvanları parazit, böcek, yabancı ot, kemirgen, gibi zararlı canlılardan korumak için kullanılan kimyasal ilaçlar, bir diğer adıyla böcek zehiridir. İlgili sözlüğe TDK websitesinden ulaşılabilir. Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü ise pestisitleri tarımsal ürünlerin üretiminden tüketimine kadar olan süreçlerini sekteye uğratabilecek ve bu ürünlere zarar verebilecek zararlı canlıları önlemek, yok etmek ve kontrol altında tutmak amaçlı kullanılan maddeler olarak tanımlamıştır (Altıkat ve diğerleri, 2009). Dünya genelinde pestisit kullanımının en fazla olduğu ilk üç ülke sırayla Çin, ABD ve Arjantin'dir (Pretty ve Bharucha, 2015). 1990 ve 2011 yılları arasında OECD ve Afrika ülkelerinde en fazla herbisit ve fungusit türü pestisit; Latin Amerika ve Asya ülkelerinde ise en fazla herbisit, insektisit ve fungusit türü pestisit kullanımı gerçekleşmiştir (Pretty ve Bharucha, 2015). Türkiye'de en fazla kullanılan pestisit türleri fungusit, insektisit ve herbisitlerdir (Kaymak ve Serim, 2015).

Tarımsal ilaç kullanımı  
Pesticides use

(Ton - Tonnes)

	İnsektisitler Insecticides	Fungusitler Fungicides	Herbisitler Herbicides	Akarisitler Acaricides	Rodentisitler ve Mollusisitler Rodenticides and Molluscicides	Diğer (*) Other (*)	Toplam Total
2006	7 628	19 900	6 956	902	3	9 987	45 376
2007	21 046	16 707	6 669	966	51	3 277	48 716
2008	9 251	16 707	6 177	737	351	5 613	38 836
2009	9 914	17 863	5 961	1 533	78	2 302	37 651
2010	7 176	17 396	7 452	1 040	147	5 344	38 555
2011	6 120	17 546	7 407	1 062	421	6 978	39 534
2012	7 264	18 124	7 351	859	247	8 766	42 611
2013	7 741	16 248	7 336	858	129	7 128	39 440
2014	7 586	16 674	7 794	1 513	149	6 007	39 723
2015	8 117	15 984	7 825	1 576	197	5 327	39 026
2016	10 425	20 485	10 025	2 025	259	6 835	50 054
2017	11 436	22 006	11 759	2 452	236	6 209	54 098
2018	13 583	23 047	14 794	2 486	309	5 801	60 020
2019	11 609	19 698	12 644	2 124	264	4 958	51 297

Şekil 1. Türkiye’de Pestisitlerin Türlerine Göre Kullanım Miktarları (Ton) (Türkiye İstatistik Kurumu, 2020)

Şekil 1’de de görüldüğü gibi ülkemizde pestisit kullanımı yıllar içinde artmıştır (TÜİK, 2020). İnsektisit kelimesi böcek öldürücü, fungusit kelimesi mantar öldürücü, herbisit kelimesi yabancı ot öldürücü, akarisit kelimesi akar öldürücü, mollusisit kelimesi salyangoz öldürücü, nematosit kelimesi nematod/yuvarlak solucan öldürücü ve rodentisit kelimesi kemirgen öldürücü anlamına gelmektedir (Altıkat ve diğerleri, 2009). Tarımsal ürünleri zararlı canlılara, hastalıklara ve yabancı otlara karşı korumak ve kaliteli mahsul elde etmek için dünya genelinde kullanılan pestisitler insanlar, hayvanlar ve çevre sağlığı açısından sorunlar oluşturmaktadır (Yıldırım, 2008). Özellikle tarım işçileri pestisitlere yoğun olarak maruz kalmakta ve ciddiyetin farkında olmadıkları gibi eğitim eksikliğinden ve kişisel koruyucu ekipman kullanmadıklarından ötürü risk altındadırlar (Groot ve Van’t Hooft ,2016).

#### 2.4. Kolorektal Kanser Taramalarında ve Korunmada Hemşirelerin Rolü

Hemşireler, toplumun sağlığını koruyabilmesi ve sürdürebilmesi aşamasında önemli rollere ve sorumluluklara sahiptir. Bu nedenle risk grubundaki bireylerin hastalık hakkında bilgi sahibi olmaları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmaları için girişimler planlamalı ve uygulamasını yapmalıdır (Çürük ve Yüceler, 2017). Riskli bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandıkları ve günlük hayatta uyguladıkları takdirde hastalık



riskini asgari düzeyde tutabileceklerini eğitimler düzenleyerek topluma aktarmalı ve toplumu bilinçlendirmeli ayrıca bireyleri tarama programlarına katılmaları konusunda cesaretlendirmelidir. (Varricchio, 2014; Yarbrow ve diğerleri, 2011; Kanbur ve Çapık, 2011).

Birinci basamakta çalışan hemşireler, başvuru yapan bireylerden kanser riski yüksek olan bireyleri saptamak için tarama yapmalı, tanılama sürecinde danışmanlık yapmalı ve kanserden korunmaya yönelik eğitimler düzenlemelidir. Hemşirelerin bu şekilde sıralanan görevlerinin ve sorumluluklarının KRK morbidite ve mortalite oranlarını düşürdüğü belirtilmiştir (Koçak, 2018; Çürük, Kaçmaz, 2017; Bayçelebi ve diğerleri, 2015, Eroğlu, Koç, 2014).

### **Bu kapsamda hemşireler;**

·Bireylerin risk değerlendirilmesinin yapılmasının ardından bireyleri, uygulaması gereken KRK tarama testleri hakkında bilgilendirmeli ve taramaya katılması konusunda desteklemelidir.

·Özellikle risk grubundaki bireylere KRK erken tanı ve tarama programları hakkında sağlık eğitimleri planlamalı ve uygulamalıdır.

·KRK tanı ve taramaları hakkındaki güncel bilgileri takip etmelidir.

·KRK'de sekonder korunma yöntemleri ile ilgili araştırmalar yapmalı ve sonuçları uygulamalı olarak dökümanete etmelidir (Çürük ve Yüceler, 2017; Mahon, 2009; Glaus ve Rieger, 2006).

## **2.5. Sağlık İnanç Modeli ve Kolorektal Kanserden Korunma ile İlişkisi**

Modern halk sağlığı görüşüne göre bireyler, hastalanmadan önce kendisine zarar veren davranışlardan uzak durmalı, sağlıklarını geliştirecek davranışlar geliştirmelidir. Hemşireler bu görüşün ışığında topluma olumlu sağlık davranışı kazandırırken Sağlık İnanç Modeli (SİM) gibi çeşitli modelleri kullanır (Gözüm ve Çapık, 2014).

SİM, hastalıklardan korunmak ve tarama programlarına katılım oranlarının yetersizlik nedenlerini açıklamak amacı ile 1950 yılının başlarında Rosentock ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş kanser taramalarını ve diğer koruyucu sağlık davranışlarını inceleyen bir modeldir. SİM ile bireylerin bir hastalığa yakalanmaması ya da hayatını sağlıklı bir birey olarak devam ettirebilmesi amaçlanmıştır. Bu model, sağlığı sürdürebilmenin birey açısından değeri ve bireyin uygulayacağı bir davranışın bir hastalığı önleme, sağlığı iyileştirme veya sürdürmeye yönelik olumlu etkisinin beklentisi üzerine temellenmiştir. Bu model sağlık davranışlarının belli inançlardan etkilenecek oluşturulduğunu savunur. Bireyin sağlığa ilişkin

davranışları yapmaya neyin motive ettiğini veya sağlık davranışlarını yapmamaya neyin engel olduğunu araştırır (Abraham ve Sheeran, 2007). Problem olarak görülen bu engeller tespit edildiğinde, kişiye en uygun sağlık eğitimi ve en iyi sonuç verecek tedavi yöntemi belirlenebilecektir (Gözüm ve Çapık, 2014).

SİM;

- Bireyin hastalıklardan korunmak için uygulayacağı davranışın nasıl şekillendiği ve nelerden etkilendiğinin belirlenmesinde,
- Bireyin sağlık inançları ve sağlık davranışları arasındaki ilişkinin açıklanmasında,
- Sağlık davranışları konusunda bireysel kararlar verilirken, bireysel motivasyonun bu kararları etkileme düzeyinin belirlenmesinde,
- Genel olarak sağlık davranışlarının uygulanmasında etkili olan durumların tanımlanmasında kullanılan bir modeldir. (Türk, 2015; Güney, 2009; Nahvican ve Seçginli, 2003)

Bu modelde sağlığı korumada etkili olan dört kavram bulunmaktadır. Bunlar; duyarlılık, ciddiyet, yarar ve engel kavramlarıdır. 1988 yılında sağlık motivasyonu ve özetkililik kavramları da modele eklenerek modelin bugünkü hali oluşturulmuştur (Özsoy ve diğerleri, 2007).

## **2.5.1 Sağlık İnanç Modeline Ait Kavramlar**

### **2.5.1.1 Duyarlılık Algısı**

Kişinin, hastalığa yakalanmamak, hastalıktan kendisini korumamak veya önlemini almamak gibi sağlığını olumsuz etkileyecek durumlarda göstermiş olduğu tutumdur. Kişi kendini önemseirse, sağlığını tehlikeye atan problemleri dikkate alırsa yaşamış olduğu olumsuzluklar azalmaya başlayacaktır. Duyarlılık algısı sağlığı koruyan davranışların uygulanmasında önemli bir algıdır (Clemen ve diğerleri, 2002; Champion ve Skinner, 2008; Glanz, Rimer ve Viswanath 2008; Glanz vd., 2008; Hayden, 2009)

### **2.5.1.2 Ciddiyet Algısı**

Kişide gelişen hastalık sonrası meydana gelen sonuçlara karşı kişinin sergilediği ciddiyet ve önemseme ile ilgilidir. Algılanan ciddiyet kavramı genellikle kişinin kendi sağlığı ile ilgili bilincine ve bilgisine, kişide gelişen hastalık ile ilgili bilgisine ve tıbbi deneyimine dayanır. Kişinin sahip olduğu bilgi düzeyine göre farklılık gösterebilir. Bu sebeple, kişide hastalığın

getireceği ölüm ve hastalık gibi tıbbi olumsuzluklar, aile hayatı, çalışma hayatı gibi toplumsal ve kişisel sorunlar kişinin verdiği tepkiyi belirler (Hayden, 2009; Glanz ve diğerleri, 2008)

### **2.5.1.3 Yarar Algısı**

Kişiye hastalığı önlemek, hastalığın etkisini azaltmak maksadıyla tavsiye edilir. Koruyucu sağlık davranışını ne kadar faydalı gördüğü (algıladığı) ve davranışa ne kadar inandığı anlamına gelir. Eğer kişi bu davranışın yararına ne kadar fazla inanırsa, tavsiye edilen davranış uygulama olasılığı artar. Kişi davranışları uygulayınca alınan olumlu yanıtlar yarar olarak kabul görülür (Tabak, 2002; Graham, 2002; Clemen ve diğerleri, 2002; Janelu, 2001; Baltaş, 2000; Attira ve diğerleri, 1997; Sarafing, 1990; Pender and Pender, 1987).

### **2.5.1.4 Engel Algısı**

Kişinin koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirmesini ve bağlı kalmasını engelleyen olumsuz davranışlardır. Maliyet, hastalığa yakalanma endişesi, ölüm korkusu, sağlık güvencesinin olmaması, maddi yetersizlik, toplumun bakış açısı, ulaşım gibi birçok sebep kişiye sağlık davranışlarını uygulamasına engel oluşturabilir (Hayden 2009; Clemen et. Al. 2002; Sarafino, 1990; Pender and Pender, 1987; Baltaş,2000; Tabak. 2002)

### **2.5.1.5 Sağlık Motivasyonu Algısı**

Koruyucu sağlık davranışını devam ettirmede ve geliştirmede, davranışın gerçekleştirilmesinde etkili olan kişideki istek ve içten gelme durumudur (Gözüm ve diğerleri, 2004; Nahcivan ve Seçginli, 2003; Champion, 1984)

## 3. GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1 Araştırmanın Tipi

Erkek tarım işçilerinin kolorektal kanser bilgi düzeyi, kolorektal kanser sağlık inanç düzeyi ve kolorektal kanser riski ve ilişkili faktörleri incelemeyi amaçlayan kesitsel tipte bir çalışmadır.

### 3.2 Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer ve Zaman

Bu araştırma Kasım 2019-Mart 2021 tarihleri arasında tamamlanmış, anket uygulaması Kasım 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında Aydın ili Efeler ilçesi Işıklı mahallesinde yaşayan erkek tarım işçileri ile gerçekleştirilmiştir.

### 3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Efeler ilçesi Işıklı mahallesinde yaşayan erkek tarım işçilerinin tamamı evren olarak kabul edilmiştir. Işıklı mahallesine bağlı Kuyulu ASM'den alınan verilere göre Işıklı mahallesinin yaklaşık nüfusu 2800 ve 40-70 yaş arası bireyler toplam nüfusun %22.7'sini oluşturmaktadır. ASM'den alınan verilerde bireylerin meslekleri yer almadığı için 40-70 yaş arası erkek tarım işçilerinin sayısı belirlenememiştir. Örneklem büyüklüğü hesaplaması için evrendeki eleman sayısının bilinmediği durumlardaki örneklem hesaplama formülü kullanılmıştır ( $n=t^2 \times p \times q / d^2$ ). ABD'de yapılan bir çalışmadaki erkeklerin son 1 yıl içerisindeki gaitada gizli kan testi yaptırma sıklığı (%12.4) göz önünde bulundurulmuş ve %5 anlamlılık düzeyinde yapılan hesaplama göre minimum 166 erkek tarım işçisinin örnekleme alınması gerektiği hesaplanmıştır (Joseph ve diğerleri, 2012). Veri toplama için belirlenen zaman aralığında 205 erkek tarım işçisine ulaşılmış ve çalışma 205 erkek tarım işçisi ile tamamlanmıştır.

### 3.4 Araştırmaya Katılma Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Kolorektal kanser tanısı almamış olmak
- Işıklı mahallesinde yaşayan 40-70 yaş arası erkek tarım işçisi olmak

### 3.5 Araştırma Soruları

1. Erkek tarım işçilerinin sosyodemografik özellikleri ile kolorektal kanser bilgi düzeyleri arasında fark var mıdır?
2. Erkek tarım işçilerinin sosyodemografik özellikleri ile kolorektal kanser sağlık inanç düzeyleri arasında fark var mıdır?
3. Erkek tarım işçilerinin sosyodemografik özellikleri ile kolorektal kanser risk düzeyleri arasında fark var mıdır?
4. Erkek tarım işçilerinin kolorektal kanser bilgi düzeyleri, kolorektal kanser sağlık inanç düzeyleri ve kolorektal kanser risk düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

Çalışmanın bağımlı değişkenleri katılımcıların Kolorektal Kanser Sağlık İnançları Ölçeği puan ortalamaları, katılımcıların Kolorektal Kanser Bilgi Düzeyleri Ölçeği puan ortalamaları ve katılımcıların Kolorektal Kanser Risk düzeyleridir. Çalışmanın bağımsız değişkenleri ise erkek tarım işçilerinin sosyodemografik özellikleridir. Bu özellikler; katılımcıların yaşı, katılımcıların eğitim durumu, katılımcıların medeni durumu, katılımcıların sağlık güvencesi durumu, katılımcıların gelir düzeyi, katılımcıların kronik hastalığa sahip olmama durumu, katılımcıların sebze-meyve tüketme sıklığı, katılımcıların sigara-alkol kullanma durumu ve katılımcıların pestisit kullanma sıklığıdır.

### 3.6 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile anket formları aracılığı ile toplanmıştır. Anket formunda literatür taraması ile hazırlanan “Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu”, “Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (KKKYSİMÖ)”, “Kolorektal Kanser Bilgi Düzeyi ile Alakalı 10 Soruluk Yapılandırılmış Form” ve “Kolon Kanseri için Harvard Kanser Risk İndeksi” yer almaktadır (EK-1).

#### 3.6.1 Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu

Araştırmacı tarafından literatür taraması ile hazırlanan formda 34 soru yer almaktadır. Soru formunun ilk 6 sorusu yaş, cinsiyet, gelir durumu, eğitim, medeni durum ve sağlık güvence durumunu sorgulamaktadır. Soru formunda 7. sorudan itibaren kronik hastalık sahip olup olmama durumu, sağlık algılama durumu, bağırsak kanseri belirtilerine sahip olup olmama durumu, bağırsak kanseri riskini azaltan davranışlar, kanser ve bağırsak kanseri taramaları ile ilgili sorular, kanser ve bağırsak kanseri ile ilgili bilgi düzeyini yoklayan sorular, sigara-alkol kullanma durumu ile ilgili sorular, pestisitlerin kullanılma durumu, kullanılma sıklığı ve nasıl

kullanıldığı hakkında sorular bulunmaktadır (İlgaz ve arkadaşları 2015, Gemalmaz ve arkadaşları 2015, Pirinççi ve arkadaşları 2015).

### **3.6.2 Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (KKKYSİMÖ)**

Victoia L. Champion tarafından meme kanseri için geliştirilen sağlık inanç ölçeği Jacobs tarafından birkaç sorusunun ve altı adet alt boyutun tamamındaki “meme kanseri” ifadesinin “kolon kanseri” şeklinde değiştirilmesi ile oluşturulmuştur (Jacobs, 2002). Ölçeğin Türkiye popülasyonu güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını Özsoy ve arkadaşları yapmıştır (Özsoy ve arkadaşları, 2007). Ölçekte 5 alt boyut vardır ve alt boyutların isimleri şu şekildedir:

- Güven-yarar-sağlık motivasyonu
- Duyarlılık
- Engel
- Sağlık motivasyonu
- Ciddiyet

Beşli likert tipteki ölçekte 33 madde vardır. Katılımcılar maddelere “Tamamen katılıyorum” cevabını vererek 5 puan, “Katılıyorum” cevabını vererek 4 puan, “Orta derecede katılıyorum” cevabını vererek 3 puan, “Katılmıyorum” cevabını vererek 2 puan, “Kesinlikle katılmıyorum” cevabını vererek 1 puan almaktadırlar (Yılmaz ve diğerleri, 2016). Ölçekte sadece alt boyutlardan puan alınabilmektedir; ters puanlama ve toplam puan yoktur (Koçak, 2018). Ölçeğin Türkçe versiyonunun sadece güven yarar sağlık motivasyonu ve duyarlılıklarının Alpha değerleri 0.70 üzerindedir. Bundan dolayı bu çalışmada ölçeğin sadece güven yarar sağlık motivasyonu ve duyarlılıkları kullanılarak anket formu hazırlanmıştır. Güven-yarar-sağlık motivasyonu algısı alt boyutu alpha değeri 0.88 olup ölçekten alınabilecek min-max değerler 11-55’dir. Söz konusu alt ölçeğin madde sayısı 11’dir. Duyarlılık alpha değeri 0.76 olup ölçekten alınabilecek min-max değerler 6-30’dur. Söz konusu alt ölçeğin madde sayısı 6’dır. Alt ölçeklerden alınan puanlar arttıkça söz konusu alt ölçekle ilgili inanç düzeyinin arttığına işaret etmektedir (Özsoy ve diğerleri, 2007). Bu araştırmada Güven yarar sağlık motivasyonu alt boyutunun güvenilirliği Cronbach’s Alpha değeri 0,836 olarak yüksek, duyarlılıkunun güvenilirliği Cronbach’s Alpha değeri 0,762 olarak yüksek bulunmuştur.

### **3.6.3 Kolorektal Kanser Bilgi Düzeyi ile Alakalı 10 Soruluk Yapılandırılmış Form**

Katılımcıların kolorektal kanser ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmek için Acar Vaizoğlu ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilmiş 10 soruluk yapılandırılmış form kullanılmıştır. Katılımcılar ölçekteki sorulara verdikleri her “doğru cevap” için “1” puan her “yanlış cevap” için “0” puan almakta; nihayetinde 10 puan üzerinden bir toplam puan alabilmektedirler. Alınan toplam puan yükseldikçe bilgi düzeyinin arttığı anlaşılmaktadır. (Acar Vaizoğlu ve diğerleri, 2010)

### **3.6.4 Kolon Kanseri için Harvard Kanser Risk İndeksi**

Harvard Kanser Risk İndeksi, birçok kanser türü ile ilgili risk düzeyini hesaplama amacıyla 1998 yılında soru formu olarak geliştirilen; 2000 yılında online ortama aktarılan; günümüze değin sürekli güncellenen web sitesinde bulunan bir kanser risk hesaplama programıdır (Açıkgöz ve diğerleri, 2018; Colditz ve diğerleri, 2000; Voelker, 2000). Harvard Halk Sağlığı Fakültesinin web sitesinde bulunan kanser risk hesaplama programı daha sonrasında Siteman Kanser Merkezi bünyesindeki web sitesine taşınmıştır ([siteman.wustl.edu/prevention/ydr/](https://siteman.wustl.edu/prevention/ydr/)). İndeksin kolorektal kanser riskini hesaplayan bölümü toplam 21 sorudan oluşmaktadır. Katılımcı indeksteki 21 soruyu cevapladıktan sonra toplam 7 risk düzeyinden birini almaktadır. 7 risk düzeyi sınıflandırması şu şekildedir.

- Ortalamanın çok çok altında risk düzeyi
- Ortalamanın çok altında risk düzeyi
- Ortalamanın altında risk düzeyi
- Ortalama risk düzeyi
- Ortalamanın üzerinde risk düzeyi
- Ortalamanın çok üzerinde risk düzeyi
- Ortalamanın çok çok üzerinde risk düzeyi

KRK risk düzeyini artıran özelliklere ve tutumlara sahip katılımcının verdiği cevaplar neticesinde risk düzeyi artmakta, tam tersi durumda ise risk düzeyi azalmaktadır. Bu indekste yer alan sorular doğrultusunda katılımcının risk düzeyi hesaplaması <https://siteman.wustl.edu/prevention/ydr/> adresinde yer alan hesaplayıcı kullanılarak yapılmaktadır ([siteman.wustl.edu/prevention/ydr/](https://siteman.wustl.edu/prevention/ydr/)). Literatür taraması sonucu Harvard Kanser

Risk İndeksinin ülkemizden örneklemlerle yürütülen bir tez çalışmasında ve bir makale çalışmasında kullanıldığı görülmüştür (İlgaz, 2015; İlgaz ve Gözüm, 2018; Açıkgoz, Çımrın ve Ergör, 2018).

### **3.7 Araştırmanın Ön Uygulaması**

Araştırmanın verilerini toplamaya başlamadan önce araştırma için belirlenen örneklem grubuna benzer bir grup ile ön uygulama yapılmış ve anket formunda gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra araştırma yürütülmüştür.

### **3.8. Araştırmanın Uygulama Planı**

Araştırma Kasım 2019-Mart 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir ve toplamda 17 ay sürmüştür. Araştırmaya katılan Işıklı mahallesindeki erkek tarım işçilerine anketteki sorular yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Araştırmaya katılan erkek tarım işçilerinden yazılı onam alınmıştır (EK-1). Kasım 2019 ile Aralık 2019 tarihinde etik kurul izninin alınması, literatür taraması ve anket formlarının hazırlanması sürmüştür. Ocak, Şubat aylarında literatür taraması devam etmiştir. Mart, Nisan, Mayıs 2020 tarihlerinde giriş bölümü yazılmıştır. Haziran, Temmuz, Ağustos 2020 tarihlerinde genel bilgiler bölümü yazılmıştır. Eylül, Ekim 2020 tarihlerinde araştırmanın kurum izni için başvuru yapılmış ve Kasım 2020 tarihinde kurum izni çıkmıştır. Kasım 2020, Aralık 2020 ve Ocak 2021 tarihlerinde erkek tarım işçilerinden anket formları aracılığı ile araştırma verileri toplanmıştır. Ocak 2021 tarihinde araştırma verilerinin analizi yapılmıştır ve bulgular bölümü yazılmıştır. Şubat 2021 Mart 2021 tarihinde araştırmanın tartışma, sonuç ve öneriler bölümleri yazılmış tez yazım süreci tamamlanmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma öncesi Aydın Valiliği'nden kurum izni, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik izin (2019/143) alınmıştır (EK-2). Kolorektal Kanser Konusunda Bilgi Düzeyleri Ölçeği ve Harvard Kanser Risk İndeksi için kullanım izni e-posta yolu ile ilgili yazarlardan alınmıştır (EK-3). Katılımcılardan yazılı gönüllü onam formu alınmıştır ve gönüllü olarak araştırmaya katılmaları sağlanmıştır.

### **3.10. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Anket formları aracılığıyla toplanan veriler S.P.S.S. (Statistical Package for Social



Sciences) sürüm 22.0 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. Verileri değerlendirmek için tanımlayıcı istatistiksel metodlar olarak yüzde, sayı, standart sapma, ortalama hesaplamaları kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılım oluşturup oluşturmadıklarını saptamak için Çarpıklık ve Basıklık değerleri incelenmiştir.

**Tablo 1. Basıklık ve Çarpıklık Değerleri**

	<b>Güven yarar sağlık motivasyonu</b>	<b>Duyarlılık</b>	<b>Krk bilgi</b>	<b>Harvard risk düzeyi</b>
Basıklık	1,184	1,115	1,071	-1,058
Çarpıklık	-1,458	1,477	-1,063	-,379

Değişkenlerin ilgili sonuçlarının +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir.

İki bağımsız grup arasındaki nicel sürekli verileri karşılaştırmak için t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasındaki nicel sürekli verileri karşılaştırmak one way anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları saptamak için descriptive post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Gruplu değişkenlerin karşılaştırılmasında chi square analizi kullanılmıştır.

### 3.11. Çalışma Planı

**Tablo 2.** Tez Çalışma Planı (Kasım 2019- Mart 2021)

1. Ay	Kasım 2019	Literatür Taraması Etik Kurul Başvurusu Yapılması
2. Ay	Aralık 2019	Literatür Taraması Etik Kurul İzininin Alınması Anket Formlarının Hazırlanması
3. Ay	Ocak 2020	Literatür Taraması
4. Ay	Şubat 2020	Literatür Taraması
5. Ay	Mart 2020	Giriş Yazımı
6. Ay	Nisan 2020	Giriş Yazımı
7. Ay	Mayıs 2020	Giriş Yazımı
8. Ay	Haziran 2020	Genel Bilgiler Yazımı
9. Ay	Temmuz 2020	Genel Bilgiler Yazımı
10. Ay	Ağustos 2020	Genel Bilgiler Yazımı
11. Ay	Eylül 2020	Kurum İzni İçin Gerekli Başvuruların Yapılması
12. Ay	Ekim 2020	Kurum İzni İçin Gerekli Başvuruların Yapılması
13. Ay	Kasım 2020	Kurum İzininin Alınması Araştırma Verilerinin Toplanması
14. Ay	Aralık 2020	Araştırma Verilerinin Toplanması
15. Ay	Ocak 2021	Araştırma Verilerinin Toplanması Araştırma Verilerinin Analizi Bulgular Yazımı
16. Ay	Şubat 2021	Tartışma Yazımı
17. Ay	Mart 2021	Sonuç ve Öneriler Yazımı

## 4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözülmesi amacıyla katılımcılardan anket formları aracılığıyla elde edilen verilerin analiz edilmesi neticesinde ulaşılan bulgular, bulgulara yönelik açıklamalar ve yorumlar bulunmaktadır.

**Tablo 3. Erkek Tarım İşçilerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı**

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
<b>Yaş</b>		
40-50	78	38,0
51-60	62	30,2
61-70	65	31,7
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	173	84,4
Bekar	32	15,6
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlkokul Ve Altı	141	68,8
Ortaokul	23	11,2
Lise Ve Üzeri	41	20,0
<b>Sağlık Güvencesi</b>		
Var	195	95,1
Yok	10	4,9
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelirim Giderimden Az	68	33,2
Gelirim Giderime Denk	103	50,2
Gelirim Giderimden Fazla	34	16,6
<b>Gelir Düzeyi</b>		
1000 TL'den Az	33	16,1
1000 TL-3000 TL Arası	128	62,4
3001 TL ve Üzeri	44	21,5
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>		
Var	87	42,4
Yok	118	57,6
<b>Sağlık Algısı</b>		
Çok İyi	26	12,7
İyi	87	42,4
Orta Ve Altı	92	44,9

**Tablo 4. Erkek Tarım İşçilerinin Kolorektal Kansere İlgili Özelliklerinin Dağılımı**

<b>Gruplar</b>	<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Dışkılama Alışkanlığı</b>		
Günde Bir ve Birden Fazla	163	79,5
2-3 Günde Bir Kez ve Üzeri	42	20,5
<b>Karın Ağrısı</b>		
Evet	32	15,6
Hayır	173	84,4
<b>Dışkıda Kan Durumu</b>		
Evet	9	4,4
Hayır	196	95,6
<b>Kilo Kaybı Yaşama</b>		
Evet	14	6,8
Hayır	191	93,2
<b>Bulantı Kusma Durumu</b>		
Evet	11	5,4
Hayır	194	94,6
<b>Çevresinde Bağırsak Kanseri Varlığı</b>		
Evet	25	12,2
Hayır	180	87,8
<b>Yakın Akrabada Bağırsak Kanseri Varlığı</b>		
Yok	186	90,7
Var	19	9,3
<b>Bağırsak Kanserinden Nasıl Korunulacağı Bilgisi Varlığı</b>		
Evet	42	20,5
Hayır	163	79,5
<b>Sebze Tüketme Durumu</b>		
Haftalık Dört Kez ve Daha Az	102	49,8
Haftalık Beş Kez ve Üzeri	103	50,2
<b>Meyve Tüketme Durumu</b>		
Haftalık iki Kez ve Daha Az	36	17,6
Haftalık üç-altı Kez	102	49,8
Haftalık yedi Kez ve Daha Fazla	67	32,7
<b>Bağırsak Kanseri Taramalarında Nereye Başvuracağını Bilme Durumu</b>		
Bilmiyorum	115	56,1
Biliyorum	90	43,9
<b>Bağırsak Kanseri Taramaları Konusunda Aile Hekimi veya Sağlık Personelinden Bilgi Alma Durumu</b>		
Evet	44	21,5
Hayır	161	78,5
<b>Bağırsak Kanseri Taramalarında Hangi Doktora Başvuracağını Bilme Durumu</b>		
Bilmiyorum	156	76,1

Biliyorum	49	23,9
<b>Son İki Yıl İçerisinde Kanser Kontrolü Amaçlı Hekime Başvurma Durumu</b>		
Evet	20	9,8
Hayır	185	90,2
<b>Hangi Kanserler Taramalar ile Erken Tanılanabilir?</b>		
Bilmiyorum	127	62,0
Biliyorum	78	38,0
<b>Bağırsak Kanseri Taramalarında Hangi Testlerin Yapılacağını Bilme Durumu</b>		
Bilmiyorum	168	82,0
Biliyorum	37	18,0
<b>Gelecekte Bağırsak Kanseri Taramalarına Katılmayı Düşünme Durumu</b>		
Hayır	119	58,0
Altı Ay İçinde	36	17,6
Bir Yıl İçinde	50	24,4
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>		
Kullanıyorum	95	46,3
Hiç Kullanmadım	47	22,9
Geçmişte Kullanıp Bıraktım	63	30,7
<b>Günlük Kullanılan Sigara Paket Sayısı</b>		
1	70	73,7
2	25	26,3
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>		
Kullanıyorum	97	47,3
Hiç Kullanmadım	50	24,4
Geçmişte Kullanıp Bıraktım	58	28,3
<b>Pestisitlerin Yıllık Kullanıldığı Gün Sayısı</b>		
Kullanmıyor	91	44,4
1-10 Gün	66	32,2
10 Gün Üzeri	48	23,4
<b>Günlük en az otuz dakika ya da haftalık en az üç saat Yürüyüş Yapma Durumu</b>		
Evet	156	76,1
Hayır	49	23,9
<b>Son 10 Yıl İçinde Kolonoskopi Yaptırma Durumu</b>		
Evet	16	7,8
Hayır	186	90,7
Bilmiyorum	3	1,5
<b>Son 1 Yıl İçinde GGKT Yaptırma Durumu</b>		
Evet	22	10,7
Hayır	180	87,8
Bilmiyorum	3	1,5
<b>Son Beş Yıl İçerisinde Flexiblesigmoidoskopi, ÇKBE gibi Kolorektal Kanser ile İlgili Test Yaptırma Durumu</b>		
Evet	5	2,4

Hayır	192	93,7
Bilmiyorum	8	3,9

**Tablo 5. Erkek Tarım İşçilerinin Kolon Kanseri için Harvard Kanser Risk İndeksi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
<b>Harvard Risk İndeksi Düzeyi</b>		
Ortalamanın Altında	49	23,9
Ortalama	25	12,2
Ortalamanın Üzerinde	96	46,8
Ortalamanın Çok Üzerinde	35	17,1

Erkek tarım işçilerinin yaşa göre 78'i (%38,0) 40-50 yaş arasında, 173'ü (%84,4) evli, 32'si (%15,6) bekar, 141'i (%68,8) ilkokul ve altı, 23'ü (%11,2) ortaokul, 41'i (%20,0) lise ve üzeri olarak; sağlık güvencesine göre 195'i (%95,1) sağlık güvencesi var, 10'u (%4,9) sağlık güvencesi yok olarak dağılmaktadır. Gelir durumuna göre 68'i (%33,2) gelirim giderimden az, 103'ü (%50,2) gelirim giderime denk, 34'ü (%16,6) gelirim giderimden fazla olarak; TL cinsinden gelir düzeylerine göre 33'ü (%16,1) 1000 TL'den az, 128'i (%62,4) 1000 TL-3000 TL arası, 44'ü (%21,5) 3001 TL ve üzeri kazancı olduğunu bildirmiştir. Erkek tarım işçilerinin 87'sinin (%42,4) kronik hastalığı bulunduğu, sağlıklarını algılama durumuna göre 26'sı (%12,7) çok iyi, 87'si (%42,4) iyi, 92'si (%44,9) orta ve altı olarak algıladığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan bireylerden dışkılama alışkanlığına göre 163'ü (%79,5) günde bir ve birden fazla kez, 42'si (%20,5) 2-3 günde bir kez ve üzeri olarak; karın ağrısı varlığına göre 32'si (%15,6) karın ağrısı var, 173'ü (%84,4) karın ağrısı yok olarak; dışkıda kan bulunması durumu göre 9'u (%4,4) dışkıda kan var, 196'sı (%95,6) dışkıda kan yok olarak; son 1 yıl ya da 6 ay içerisinde hiçbir çabaları olmadan ağırlıklarının yüzde 10'undan fazla kilo kaybı yaşama durumuna göre 14'ü (%6,8) kilo kaybı var, 191'i (%93,2) kilo kaybı yok olarak; bulantı kusma belirtilerine sahip olma durumuna göre 11'i (%5,4) bulantı kusma var, 194'ü (%94,6) bulantı kusma yok olarak belirtmiştir (Tablo 4).

Katılımcıların çevresinde bağırsak kanseri olan birey varlığına göre 25'i (%12,2) var, 180'i (%87,8) yok olarak; yakın akrabada bağırsak kanseri varlığına göre 186'sı (%90,7) yok, 19'u (%9,3) var olarak dağılmaktadır; bağırsak kanserinden korunma bilgisi varlığına göre 42'si (%20,5) korunma bilgisi var, 163'ü (%79,5) korunma bilgisi yok olarak; sebze tüketme durumuna göre 102'si (%49,8) haftalık dört kez ve daha az, 103'ü (%50,2) haftalık beş kez ve

üzeri tüketiyor olarak; meyve tüketme durumuna göre 36'sı (%17,6) haftalık iki kez ve daha az, 102'si (%49,8) haftalık üç-altı kez, 67'si (%32,7) haftalık yedi kez ve daha fazla olarak; bağırsak kanseri taramalarında nereye başvuracağını bilme durumuna göre 115'i (%56,1) bilmiyorum, 90'ı (%43,9) biliyorum olarak; bağırsak kanseri taramaları konusunda aile hekimi veya sağlık personelinde bilgi alma durumuna göre 44'ü (%21,5) bilgi alıyor, 161'i (%78,5) bilgi almıyor olarak; bağırsak kanseri taramalarında hangi doktora başvuracağını bilme durumuna göre 156'sı (%76,1) bilmiyorum, 49'u (%23,9) biliyorum olarak; son iki yıl içerisinde kanser kontrolü amaçlı hekime başvurma durumuna göre 20'si (%9,8) evet, 185'i (%90,2) hayır olarak; hangi kanserlerin taramalar ile erken tanılanabileceğini bilme durumuna göre 127'si (%62,0) bilmiyor, 78'i (%38,0) biliyor olarak; taramalarda hangi testlerin yapılacağını bilme durumuna göre 168'i (%82,0) bilmiyorum, 37'si (%18,0) biliyorum olarak; gelecekte kanser taramalarına katılmayı düşünme durumuna göre 119'u (%58,0) hayır, 36'sı (%17,6) altı ay içinde düşünüyorum, 50'si (%24,4) bir yıl içinde katılmayı düşünüyorum olarak ifade etmiştir (Tablo 4).

Erkek tarım işçilerinin sigara kullanma durumlarına göre 95'i (%46,3) kullanıyorum, 47'si (%22,9) hiç kullanmadım, 63'ü (%30,7) geçmişte kullanıp bıraktım olarak; günlük kullanılan sigara paket sayısına göre 70'i (%73,7) günlük 1 paket, 25'i (%26,3) günlük 2 paket olarak; alkol kullanma durumuna göre 97'si (%47,3) kullanıyorum, 50'si (%24,4) hiç kullanmadım, 58'i (%28,3) geçmişte kullanıp bıraktım olarak; pestisitleri yıllık kullandığı gün sayısına göre 91'i (%44,4) hiç kullanmıyor, 66'sı (%32,2) toplam 1-10 gün kullanıyor, 48'i (%23,4) toplam 10 gün üzeri kullanıyor olarak; Günlük en az otuz dakika ya da haftalık en az üç saat yürüyüş yapma durumuna göre 156'sı (%76,1) Günlük en az otuz dakika ya da haftalık en az üç saat yürüyüş yapıyor, 49'u (%23,9) Günlük en az otuz dakika ya da haftalık en az üç saat yürüyüş yapmıyor olarak; katılımcıların geçtiğimiz on sene içerisinde kolonoskopi yaptırmaya durumuna göre 16'sı (%7,8) geçtiğimiz on sene içerisinde kolonoskopi yaptırdım, 186'sı (%90,7) geçtiğimiz on sene içerisinde kolonoskopi yaptırmadım, 3'ü (%1,5) bilmiyorum olarak; son 1 yıl içinde GGKT yaptırmaya durumuna göre 22'si (%10,7) son 1 yıl içinde GGKT yaptırdım, 180'i (%87,8) son 1 yıl içinde GGKT yaptırmadım, 3'ü (%1,5) bilmiyorum olarak; Son Beş Yıl İçerisinde Flexiblesigmoidoskopi, ÇKBE gibi Kolorektal Kansere İlgili Test yaptırmaya durumuna göre 5'i (%2,4) yaptırdım, 192'si (%93,7) yaptırmadım, 8'i (%3,9) bilmiyorum olarak dağılmaktadır (Tablo 4).

Erkek tarım işçilerinin Kolon Kanseri için Harvard Kanser Risk İndeksi düzeyine göre 49'u (%23,9) “ortalamanın altında”, 25'i (%12,2) “ortalama”, 96'sı (%46,8) “ortalamanın üzerinde”, 35'i (%17,1) “ortalamanın çok üzerinde” olarak dağılmaktadır (Tablo 5).

**Tablo 6. Erkek Tarım İşçilerinin Güven Yarar Sağlık Motivasyonu, Duyarlılık, KRK Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Güven Yarar Sağlık Motivasyonu	205	51,620	4,856	35,000	55,000
Duyarlılık	205	10,581	4,838	6,000	30,000
KRK Bilgi Puanı	205	8,815	1,190	4,000	10,000

Erkek tarım işçilerinin “Güven yarar sağlık motivasyonu” ortalaması 51,620±4,856 (Min=35; Maks=55), “Duyarlılık” ortalaması 10,581±4,838 (Min=6; Maks=30), “KRK Bilgi” puanı ortalaması 8,815±1,190 (Min=4; Maks=10) olarak saptanmıştır (Tablo 6).

**Tablo 7. Erkek Tarım İşçilerinin Güven Yarar Sağlık Motivasyonu, Duyarlılık, KRK Bilgi Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi**

Demografik Özellikler	n	Güven Yarar Sağlık Motivasyonu	Duyarlılık	Krk Bilgi
<b>Yaş</b>		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
40-50	78	51,936±4,542	9,641±4,811	8,744±1,074
51-60	62	52,677±3,377	11,274±5,351	8,936±1,129
61-70	65	50,231±6,025	11,046±4,207	8,785±1,375
F=		4,440	2,444	0,477
p=		0,013	0,089	0,621
PostHoc=		1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)		
<b>Medeni Durum</b>		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evli	173	51,913±4,513	10,601±4,659	8,809±1,207
Bekar	32	50,031±6,250	10,469±5,792	8,844±1,110
t=		2,029	0,142	-0,150
p=		0,112	0,887	0,881
<b>Eğitim Durumu</b>		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
İlkokul Ve Altı	141	51,887±4,946	10,702±4,647	8,922±1,202
Ortaokul	23	52,261±3,922	9,609±4,261	8,609±1,270
Lise Ve Üzeri	41	50,342±4,902	10,707±5,759	8,561±1,074
F=		1,849	0,520	1,865
p=		0,160	0,595	0,158
<b>Sağlık Güvencesi</b>		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Var	195	51,656±4,789	10,646±4,912	8,831±1,174
Yok	10	50,900±6,280	9,300±2,908	8,500±1,509
t=		0,480	0,858	0,857
p=		0,632	0,392	0,393



<b>Gelir Durumu</b>		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Gelirim Giderimden Az	68	50,632±5,987	11,074±5,050	8,765±1,121
Gelirim Giderime Denk	103	52,126±4,331	10,602±4,831	8,825±1,279
Gelirim Giderimden Fazla	34	52,059±3,464	9,529±4,371	8,882±1,066
F=		2,128	1,159	0,118
p=		0,122	0,316	0,889
<b>Gelir Düzeyi</b>		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
1000 TL Den Az	33	46,939±6,388	10,697±5,022	8,697±1,237
1000 TL-3000 TL Arası	128	53,000±3,678	10,477±4,476	8,820±1,207
3001 TL Ve Üzeri	44	51,114±4,336	10,796±5,745	8,886±1,125
F=		25,775	0,082	0,241
p=		0,000	0,921	0,786
PostHoc=		2 > 1, 3 > 1, 2 > 3 (p<0.05)		
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Var	87	50,816±5,204	10,161±4,769	8,931±1,283
Yok	118	52,212±4,514	10,890±4,885	8,729±1,114
t=		-2,050	-1,067	1,204
p=		0,042	0,287	0,230
<b>Sağlık Algısı</b>		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Çok İyi	26	53,423±3,202	9,269±3,194	8,769±1,070
İyi	87	51,736±4,424	10,241±4,204	8,782±1,205
Orta Ve Altı	92	51,000±5,497	11,272±5,645	8,859±1,219
F=		2,607	2,132	0,114
p=		0,076	0,121	0,892

**Tablo 8. Erkek Tarım İşçilerinin Güven Yarar Sağlık Motivasyonu, Duyarlılık, KRK Bilgi Düzeylerinin Kolorektal Kanser ile İlgili Özelliklerine Göre İncelenmesi**

<b>Kolorektal Kanser ile İlgili Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>Güven Yarar Sağlık Motivasyonu</b>	<b>Duyarlılık</b>	<b>Krk Bilgi</b>
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
<b>Dışkılama Alışkanlığı</b>				
Günde Bir Ve Birden Fazla	163	51,957±4,805	10,552±4,592	8,896±1,126
2-3 Günde Bir Kez Ve Üzeri	42	50,310±4,886	10,691±5,753	8,500±1,384
t=		1,975	-0,165	1,934
p=		0,050	0,869	0,092
<b>Karın Ağrısı</b>				
Evet	32	47,219±6,564	11,188±4,659	8,813±1,306
Hayır	173	52,434±3,992	10,468±4,875	8,815±1,172
t=		-6,048	0,772	-0,011
p=		0,000	0,441	0,991
<b>Dışkıda Kan Durumu</b>				
Evet	9	49,333±7,649	12,222±5,848	8,889±0,928
Hayır	196	51,725±4,692	10,505±4,790	8,811±1,203
t=		-1,448	1,041	0,191
p=		0,379	0,299	0,849
<b>Kilo Kaybı Yaşama</b>				
Evet	14	46,429±6,085	10,857±2,958	8,929±1,439
Hayır	191	52,000±4,545	10,560±4,952	8,806±1,174
t=		-4,319	0,221	0,370
p=		0,005	0,825	0,712
<b>Bulantı Kusma Durumu</b>				
Evet	11	45,273±6,544	11,000±4,583	9,091±1,300
Hayır	194	51,979±4,503	10,557±4,862	8,799±1,185
t=		-4,679	0,295	0,791
p=		0,000	0,768	0,430
<b>Çevrede Bağırsak Kanseri Varlığı</b>				
Evet	25	49,120±6,559	11,520±5,554	9,160±1,068
Hayır	180	51,967±4,484	10,450±4,732	8,767±1,201
t=		-2,792	1,037	1,554

p=		0,045	0,301	0,122
<b>Yakın Akrabada Bağırsak Kanseri Varlığı</b>				
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Yok	186	51,753±4,781	10,280±4,556	8,769±1,197
Var	19	50,316±5,508	13,526±6,467	9,263±1,046
t=		1,230	-2,834	-1,733
p=		0,220	0,045	0,085
<b>Bağırsak Kanserinden Korunma Bilgisi Varlığı</b>				
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	42	52,095±4,903	10,714±4,850	8,905±1,078
Hayır	163	51,497±4,851	10,546±4,849	8,791±1,219
t=		0,711	0,201	0,549
p=		0,478	0,841	0,583
<b>Sebze Tüketme Durumu</b>				
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Haftalık Dört Kez ve Daha Az	102	52,000±4,448	10,392±4,653	8,794±1,129
Haftalık Beş Kez ve Üzeri	103	51,243±5,223	10,767±5,030	8,835±1,253
t=		1,117	-0,554	-0,245
p=		0,265	0,580	0,807
<b>Meyve Tüketme Durumu</b>				
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Haftalık iki Kez ve Daha Az	36	52,167±4,960	10,389±4,550	8,944±0,791
Haftalık üç-altı Kez	102	50,324±5,368	11,049±5,411	8,755±1,353
Haftalık yedi Kez ve Daha Fazla	67	53,299±3,181	9,970±3,977	8,836±1,109
F=		8,440	1,040	0,351
p=		0,000	0,355	0,704
PostHoc=		1 > 2, 3 > 2 (p<0.05)		
<b>Bağırsak Kanseri Taramasında Nereye Başvuracağını Bilme Durumu</b>				
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Bilmiyorum	115	51,878±4,880	10,887±4,735	8,826±1,194
Biliyor	90	51,289±4,833	10,189±4,965	8,800±1,192
t=		0,862	1,025	0,155
p=		0,390	0,306	0,877
<b>Bağırsak Kanseri Taramaları Konusunda Aile Hekimi veya Sağlık Personelinden Bilgi Alma Durumu</b>				
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	44	50,682±5,556	11,341±4,783	9,046±1,077
Hayır	161	51,876±4,632	10,373±4,846	8,752±1,215
t=		-1,449	1,178	1,456
p=		0,196	0,240	0,147
<b>Bağırsak Kanseri Taramalarında Hangi Doktora Başvuracağını Bilme Durumu</b>				
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Bilmiyorum	156	51,449±5,025	10,468±4,609	8,801±1,194
Biliyor	49	52,163±4,274	10,939±5,539	8,857±1,190
t=		-0,898	-0,593	-0,286
p=		0,370	0,554	0,775
<b>Son İki Yıl İçerisinde Kansere Kontrolü Amaçlı Hekime Başvurma Durumu</b>				
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	20	51,650±5,204	11,750±4,303	9,450±0,759
Hayır	185	51,616±4,832	10,454±4,886	8,746±1,209
t=		0,029	1,139	2,547
p=		0,977	0,256	0,001
<b>Hangi Kanserlerin Tarama ile Erken Tanılabileceğini Bilme Durumu</b>				
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Bilmiyorum	127	51,937±4,530	10,709±5,044	8,764±1,192
Biliyor	78	51,103±5,335	10,372±4,504	8,897±1,191
t=		1,196	0,483	-0,780
p=		0,252	0,630	0,436
<b>Bağırsak Kanseri Taramalarında Hangi Testlerin Yapılacağını Bilme Durumu</b>				
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Bilmiyorum	168	51,286±4,951	10,435±4,742	8,738±1,239
Biliyor	37	53,135±4,124	11,243±5,267	9,162±0,866
t=		-2,115	-0,920	-1,976
p=		0,021	0,359	0,016

<b>Gelecekte Bağırsak Kanseri Taramalarına Katılmayı Düşünme Durumu</b>		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Hayır	119	50,807±5,308	10,067±4,588	8,656±1,285
Altı Ay İçinde	36	52,889±3,868	13,083±5,283	9,111±0,919
Bir Yıl İçinde	50	52,640±3,973	10,000±4,607	8,980±1,078
F=		4,124	6,143	2,709
p=		0,018	0,003	0,069
PostHoc=		2 > 1, 3 > 1 (p<0.05)	2 > 1, 2 > 3 (p<0.05)	
<b>Sigara Kullanma</b>		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Kullanıyorum	95	51,968±4,705	10,232±4,264	8,842±1,095
Hiç Kullanmadım	47	50,043±5,603	11,638±5,577	8,702±1,250
Geçmişte Kullanıp Bıraktım	63	52,270±4,270	10,318±5,025	8,857±1,293
F=		3,365	1,471	0,274
p=		0,037	0,232	0,761
PostHoc=		1 > 2, 3 > 2 (p<0.05)		
<b>Günlük Kullanılan Sigara Paket Sayısı</b>		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
1	70	51,471±4,995	10,157±4,200	8,829±1,179
2	25	53,360±3,499	10,440±4,519	8,880±0,833
t=		-1,741	-0,283	-0,201
p=		0,044	0,778	0,814
<b>Alkol Kullanma</b>		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Kullanıyorum	97	52,526±4,311	9,814±4,581	8,845±1,083
Hiç Kullanmadım	50	49,200±5,650	11,480±5,388	8,720±1,341
Geçmişte Kullanıp Bıraktım	58	52,190±4,335	11,086±4,635	8,845±1,240
F=		8,942	2,431	0,207
p=		0,000	0,091	0,813
PostHoc=		1 > 2, 3 > 2 (p<0.05)		
<b>Pestisitlerin Yıllık Kullanıldığı Gün Sayısı</b>		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Kullanmıyor	91	52,330±4,447	11,560±5,427	8,945±0,947
1-10 Gün	66	52,197±4,130	10,242±4,027	8,909±1,237
10 Gün Üzeri	48	49,479±5,896	9,188±4,330	8,438±1,457
F=		6,427	4,142	3,233
p=		0,002	0,017	0,041
PostHoc=		1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)	1 > 3 (p<0.05)	1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)
<b>Günlük en az otuz dakika ya da haftalık en az üç saat Yürüyüş Yapma Durumu</b>		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	156	52,558±4,129	10,404±4,765	8,782±1,160
Hayır	49	48,633±5,762	11,143±5,070	8,918±1,288
t=		5,247	-0,933	-0,699
p=		0,000	0,352	0,486
<b>Son 10 Yıl İçinde Kolonoskopi Yatırma Durumu</b>		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	16	49,500±6,593	12,250±5,040	8,625±1,500
Hayır	186	51,887±4,594	10,393±4,809	8,850±1,143
Bilmiyorum	3	46,333±6,506	13,333±4,509	7,667±2,082
F=		3,678	1,588	1,690
p=		0,027	0,207	0,187
PostHoc=		2 > 3 (p<0.05)		
<b>Son 1 Yıl İçinde GGKT Yaptırma Durumu</b>		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	22	51,546±5,527	12,046±4,776	9,227±1,152
Hayır	180	51,778±4,674	10,333±4,825	8,783±1,178
Bilmiyorum	3	42,667±2,517	14,667±3,055	7,667±1,528
F=		5,422	2,344	2,830
p=		0,005	0,099	0,061
PostHoc=		1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)		
<b>Son Beş Yıl İçerisinde Flexiblesigmoidoskopi, ÇKBE gibi Kolorektal Kansere İlgili Test Yaptırma Durumu</b>		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	5	54,600±0,894	16,600±4,336	9,400±0,548
Hayır	192	51,776±4,777	10,380±4,803	8,818±1,181

Bilmiyorum	8	46,000±4,567	11,625±3,701	8,375±1,598
F=		6,760	4,361	1,153
p=		0,001	0,014	0,318
PostHoc=		1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)	1 > 2 (p<0.05)	

Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir (F=4,440; p=0.013<0.05). Farkın nedeni yaşı 40-50 ve 51-60 olanların güven yarar sağlık motivasyonu puanlarının yaşı 61-70 olanların güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından yüksek olmasıdır (p<0.05) (Tablo 7). Erkek tarım işçilerinin duyarlılık ve KRK bilgi puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05) (Tablo 7). Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu, duyarlılık ve KRK bilgi puanları medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05) (Tablo 7).

Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu, duyarlılık ve KRK bilgi puanları eğitim durumu, sağlık güvencesi ve gelir durumu değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir. (p>0.05) (Tablo 7).

Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu puanı gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir (F=25,775; p=0<0.05). Geliri 1000 -3000 TL arası ve 3001 TL ve üzeri olanların güven yarar sağlık motivasyonu puanlarının geliri 1000 TL'den az olanların güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Geliri 1000 -3000 TL arası olanların güven yarar sağlık motivasyonu puanlarının 3001 TL ve üzeri olanların güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından yüksek bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 7).

Erkek tarım işçilerinin duyarlılık, KRK bilgi puanları gelir ve kronik hastalık varlığı değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05) (Tablo 7). Kronik hastalığı olanların güven yarar sağlık motivasyonu puanları (x=50,816), kronik hastalığı olmayanların güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından (x=52,212) düşük bulunmuştur (t=-2,050; p=0.042<0.05) (Tablo 7).

Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu, duyarlılık ve KRK bilgi puanları sağlık algısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05) (Tablo 7). Dışkılama alışkanlığı günde bir ve birden fazla olanların güven yarar sağlık motivasyonu puanları (x=51,957), dışkılama alışkanlığı 2-3 günde bir kez ve üzeri olanların güven yarar

sağlık motivasyonu puanlarından ( $x=50,310$ ) yüksek bulunmuştur ( $t=1,975$ ;  $p=0.05<0.05$ ) (Tablo 8).

Erkek tarım işçilerinin duyarlılık, KRK bilgi puanları dışkılama alışkanlığı ve karın ağrısı değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8). Karın ağrısı olanların güven yarar sağlık motivasyonu puanları ( $x=47,219$ ), karın ağrısı olmayanların güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından ( $x=52,434$ ) düşük bulunmuştur ( $t=-6,048$ ;  $p=0<0.05$ ) (Tablo 8).

Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu, duyarlılık ve KRK bilgi puanları dışkıda kan durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8). Kilo kaybı yaşayanların güven yarar sağlık motivasyonu puanları ( $x=46,429$ ), kilo kaybı yaşamayanların güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından ( $x=52,000$ ) düşük bulunmuştur ( $t=-4,319$ ;  $p=0.005<0.05$ ) (Tablo 8). Erkek tarım işçilerinin duyarlılık ve KRK bilgi puanları, kilo kaybı yaşama değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

Bulantı kusma yaşayanların güven yarar sağlık motivasyonu puanları ( $x=45,273$ ), bulantı kusma yaşamayanların güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından ( $x=51,979$ ) düşük bulunmuştur ( $t=-4,679$ ;  $p=0<0.05$ ) (Tablo 8). Erkek tarım işçilerinin duyarlılık, KRK bilgi puanları bulantı kusma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

Çevresindeki bireylerde bağırsak kanseri olanların güven yarar sağlık motivasyonu puanları ( $x=49,120$ ), çevresindeki bireylerde bağırsak kanseri olmayanların güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından ( $x=51,967$ ) düşük bulunmuştur ( $t=-2,792$ ;  $p=0.045<0.05$ ) (Tablo 8). Erkek tarım işçilerinin duyarlılık, KRK bilgi puanları çevrede bağırsak kanseri varlığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

Yakın akrabasında bağırsak kanseri olmayanların duyarlılık puanları ( $x=10,280$ ), yakın akrabasında bağırsak kanseri olanların duyarlılık puanlarından ( $x=13,526$ ) düşük bulunmuştur ( $t=-2,834$ ;  $p=0.045<0.05$ ) (Tablo 8).

Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu ve KRK bilgi puanları yakın akrabada bağırsak kanseri varlığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu, duyarlılık ve KRK bilgi puanları bağırsak

kanserinden korunma bilgisinin bulunması ve sebze tüketme durumu değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu puanları meyve tüketme durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=8,440$ ;  $p=0<0.05$ ). Farkın nedeni haftalık yedi kez ve daha fazla meyve tüketenlerin güven yarar sağlık motivasyonu puanlarının haftalık üç-altı kez meyve tüketenlerin güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Haftalık iki kez ve daha az meyve tüketenlerin güven yarar sağlık motivasyonu puanları haftalık üç-altı kez meyve tüketenlerin güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 8).

Erkek tarım işçilerinin duyarlılık ve KRK bilgi puanları meyve tüketme durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu, duyarlılık ve KRK bilgi puanları bağırsak kanseri taramalarında nereye başvuracağını bilme durumu, aile hekimi veya sağlık personelinden bilgi alma durumu ve bağırsak kanseri taramalarında hangi doktora başvuracağını bilme değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

Son iki yıl içerisinde kanser kontrolü amaçlı herhangi bir hekime başvuranların KRK bilgi puanları ( $x=9,450$ ), son iki yıl içerisinde kanser kontrolü amaçlı herhangi bir hekime başvurmayanların KRK bilgi puanlarından ( $x=8,746$ ) yüksek bulunmuştur ( $t=2,547$ ;  $p=0.001<0.05$ ) (Tablo 8). Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu ve duyarlılık puanları son iki yıl içerisinde hekime başvurma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu, duyarlılık ve KRK bilgi puanları hangi kanserlerin taramalar ile erken tanılabileceğini bilme değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8). Taramalarda hangi testlerin yapılacağını bilmeyenlerin güven yarar sağlık motivasyonu puanları ( $x=51,286$ ), hangi testlerin yapılacağını bilenlerin güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından ( $x=53,135$ ) düşük bulunmuştur ( $t=-2,115$ ;  $p=0.021<0.05$ ) (Tablo 8). Taramalarda hangi testlerin yapılacağını bilmeyenlerin KRK bilgi puanları ( $x=8,738$ ), hangi testlerin yapılacağını bilenlerin KRK bilgi puanlarından ( $x=9,162$ ) düşük bulunmuştur ( $t=-1,976$ ;  $p=0.016<0.05$ ) (Tablo 8). Erkek tarım işçilerinin duyarlılık puanları KRK taramalarında hangi testlerin

yapılacağını bilme değişkeni ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki göstermemiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu puanları gelecekte bağırsak kanseri taramasına katılmayı düşünme değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=4,124$ ;  $p=0.018<0.05$ ). Farkın nedeni altı ay içinde ve bir yıl içinde bağırsak kanseri taramasına katılmayı düşünenlerin güven yarar sağlık motivasyonu puanlarının gelecekte taramaya katılmayı düşünmeyenlerin güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ) (Tablo 8).

Erkek tarım işçilerinin duyarlılık puanı gelecekte taramaya katılmayı düşünme değişkeni ile anlamlı düzeyde bir ilişki göstermiştir ( $F=6,143$ ;  $p=0.003<0.05$ ). Buna göre altı ay içinde taramaya katılmayı düşünenlerin ve bir yıl içinde taramaya katılmayı düşünenlerin duyarlılık puan ortalaması gelecekte taramaya katılmayı düşünmeyenlerin puan ortalamasından daha yüksektir ( $p<0.05$ ) (Tablo 8). Erkek tarım işçilerinin KRK bilgi puanları gelecekte bağırsak kanseri taramasına katılmayı düşünme değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu puanları sigara kullanma değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=3,365$ ;  $p=0.037<0.05$ ). Sigara kullananların ve geçmişte kullanıp bırakmış olanların güven yarar sağlık motivasyonu puanlarının hiç sigara kullanmamışların güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından yüksek olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ) (Tablo 8).

Erkek tarım işçilerinin duyarlılık ve KRK bilgi puanları sigara kullanma değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8). Günlük bir paket sigara kullananların güven yarar sağlık motivasyonu puanları ( $x=51,471$ ), günlük iki paket ve üzeri sigara kullananların güven yarar sağlık motivasyonu puanından ( $x=53,360$ ) daha düşük bulunmuştur ( $t=-1,741$ ;  $p=0.044<0.05$ ) (Tablo 8). Erkek tarım işçilerinin duyarlılık ve KRK bilgi puanı günlük içilen sigara sayısına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu puanı alkol kullanma değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=8,942$ ;  $p=0<0.05$ ). Alkol kullananların ve geçmişte alkol kullanıp bırakmış olanların güven yarar sağlık motivasyonu puanının hiç

alkol kullanmamış olanların güven yarar sağlık motivasyonu puanından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ) (Tablo 8). Erkek tarım işçilerinin duyarlılık ve KRK bilgi puanları alkol kullanma değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu puanları pestisitleri yılda kaç gün kullandığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=6,427$ ;  $p=0.002<0.05$ ). Pestisitleri yılın hiçbir günü kullanmayanların güven yarar sağlık motivasyonu puanlarının pestisitleri yılda 10 gün üzeri kullananların güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından yüksek ve pestisitleri 1-10 gün kullananların güven yarar sağlık motivasyonu puanlarının pestisitleri yılda 10 gün üzeri kullananların güven yarar sağlık motivasyonu puanından yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 8).

Erkek tarım işçilerinin duyarlılık puanı pestisitleri yılda kaç gün kullanıldığı ile ilişkilidir ( $F=4,142$ ;  $p=0.017<0.05$ ). Pestisitleri yılın hiçbir günü kullanmıyor olanların duyarlılık puanının pestisitleri yılda 10 gün üzeri kullananların duyarlılık puanından daha yüksektir. ( $p<0.05$ ) (Tablo 8). Erkek tarım işçilerinin KRK bilgi puanları pestisitleri yılda kaç gün kullanıldığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=3,233$ ;  $p=0.041<0.05$ ). Pestisitleri yılın hiçbir günü kullanmıyor olanların KRK bilgi puanlarının pestisitleri yılda 10 gün üzeri kullananların KRK bilgi puanlarından daha yüksek ve pestisitleri yılda 1-10 gün kullananların KRK bilgi puanlarının pestisitleri yılda 10 gün üzeri kullananların KRK bilgi puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 8).

Yürüyüş yapanların güven yarar sağlık motivasyonu puanları ( $x=52,558$ ), yürüyüş yapmayanların güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından ( $x=48,633$ ) yüksek bulunmuştur ( $t=5,247$ ;  $p=0<0.05$ ) (Tablo 8). Erkek tarım işçilerinin duyarlılık, KRK bilgi puanları Günlük en az otuz dakika ya da haftalık en az üç saat yürüyüş yapma ile ilişkili olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu puanları geçtiğimiz on sene içerisinde kolonoskopi yatırma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=3,678$ ;  $p=0.027<0.05$ ). Geçtiğimiz on sene içerisinde kolonoskopi yaptırmamış olanların güven yarar sağlık motivasyonu puanları geçtiğimiz on sene içerisinde kolonoskopi yaptırıp yaptırmadığını bilmeyenlerin güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından yüksektir ( $p<0.05$ ) (Tablo 8). Erkek tarım işçilerinin duyarlılık ve KRK bilgi puanları geçtiğimiz on sene



içerisinde kolonoskopi yaptıırma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu puanları son 1 yıl içinde dışkıda gizli kan değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=5,422$ ;  $p=0.005<0.05$ ). Son 1 yıl içinde GGKT yaptıranların güven yarar sağlık motivasyonu puanları son 1 yıl içinde GGKT yaptıırıp yaptıımadığını bilmeyenlerin güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Son 1 yıl içinde GGKT yaptıırmamış olanların güven yarar sağlık motivasyonu puanlarının son 1 yıl içinde GGKT yaptıırıp yaptıımadığını bilmeyenlerin güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 8). Erkek tarım işçilerinin duyarlılık ve KKK bilgi puanları son 1 yıl içinde GGKT yaptıırma değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu puanları son beş yıl içerisinde Flexiblesigmoidoskopi, KBE gibi kolorektal kanser ile ilgili test yaptıırma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=6,760$ ;  $p=0.001<0.05$ ). son beş yıl içerisinde Flexiblesigmoidoskopi, KBE gibi kolorektal kanser ile ilgili test yaptıırmış olanların güven yarar sağlık motivasyonu puanları son beş yıl içerisinde Flexiblesigmoidoskopi, KBE gibi Kolorektal Kanser ile İlgili Test yaptıırıp yaptıımadığını bilmeyenlerin güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından yüksek saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Son Beş Yıl İçerisinde Flexiblesigmoidoskopi, KBE gibi Kolorektal Kanser ile İlgili Test yaptıırmamış olanların güven yarar sağlık motivasyonu puanları Son Beş Yıl İçerisinde Flexiblesigmoidoskopi, KBE gibi Kolorektal Kanser ile İlgili Test yaptıırıp yaptıımadığını bilmeyenlerin güven yarar sağlık motivasyonu puanlarından yüksek olduğu görölmüştür( $p<0.05$ ) (Tablo 8).

Erkek tarım işçilerinin duyarlılık puanları Son Beş Yıl İçerisinde Flexiblesigmoidoskopi, KBE gibi Kolorektal Kanser ile İlgili Test yaptıırma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=4,361$ ;  $p=0.014<0.05$ ). Son Beş Yıl İçerisinde Flexiblesigmoidoskopi, KBE gibi Kolorektal Kanser ile İlgili Test yaptıırmış olanların duyarlılık puanları Son Beş Yıl İçerisinde Flexiblesigmoidoskopi, KBE gibi Kolorektal Kanser ile İlgili Test yaptıırmamış olanların duyarlılık puanlarından yüksektir ( $p<0.05$ ) (Tablo 8).

Erkek tarım işçilerinin KRK bilgi puanları Son Beş Yıl İçerisinde Flexiblesigmoidoskopi, ÇKBE gibi Kolorektal Kanser ile İlgili Test yaptırma değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 9. Erkek Tarım İşçilerinin Harvard Kanser Risk İndeksi Düzeyine Göre Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi**

		Ortalamanın Altında		Ortalama		Ortalamanın Üzerinde		Ortalamanın Çok Üzerinde		p
		n	%	N	%	n	%	n	%	
Yaş	40-50	24	%49,0	15	%60,0	35	%36,5	4	%11,4	$X^2=19,711$ $p=0,003$
	51-60	12	%24,5	6	%24,0	27	%28,1	17	%48,6	
	61-70	13	%26,5	4	%16,0	34	%35,4	14	%40,0	
Medeni Durum	Evli	40	%81,6	20	%80,0	82	%85,4	31	%88,6	$X^2=1,190$ $p=0,755$
	Bekar	9	%18,4	5	%20,0	14	%14,6	4	%11,4	
Eğitim Durumu	İlkokul Ve Altı	29	%59,2	13	%52,0	71	%74,0	28	%80,0	$X^2=11,830$ $p=0,066$
	Ortaokul	7	%14,3	3	%12,0	12	%12,5	1	%2,9	
	Lise Ve Üzeri	13	%26,5	9	%36,0	13	%13,5	6	%17,1	
Sağlık Güvencesi	Var	48	%98,0	24	%96,0	90	%93,8	33	%94,3	$X^2=1,334$ $p=0,721$
	Yok	1	%2,0	1	%4,0	6	%6,2	2	%5,7	
Gelir Durumu	Gelirim Giderimden Az	14	%28,6	7	%28,0	33	%34,4	14	%40,0	$X^2=7,870$ $p=0,248$
	Gelirim Giderime Denk	23	%46,9	14	%56,0	53	%55,2	13	%37,1	
	Gelirim Giderimden Fazla	12	%24,5	4	%16,0	10	%10,4	8	%22,9	
Gelir Düzeyi	1000 TL Den Az	10	%20,4	1	%4,0	14	%14,6	8	%22,9	$X^2=6,479$ $p=0,372$
	1000 TL-3000 TL Arası	26	%53,1	19	%76,0	63	%65,6	20	%57,1	
	3001 TL Ve Üzeri	13	%26,5	5	%20,0	19	%19,8	7	%20,0	
Kronik Hastalık Varlığı	Var	24	%49,0	6	%24,0	39	%40,6	18	%51,4	$X^2=5,625$ $p=0,131$
	Yok	25	%51,0	19	%76,0	57	%59,4	17	%48,6	
Sağlık Algısı	Çok İyi	6	%12,2	5	%20,0	14	%14,6	1	%2,9	$X^2=9,623$ $p=0,141$
	İyi	27	%55,1	10	%40,0	36	%37,5	14	%40,0	
	Orta Ve Altı	16	%32,7	10	%40,0	46	%47,9	20	%57,1	

Yaş ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=19,711$ ;  $p=0,003<0.05$ ). Harvard Risk Düzeyi Ortalamasının Altında olanların 24'ünün (%49,0) 40-50 yaş aralığında, 12'si (%24,5) 51-60 yaş aralığında, 13'ünün (%26,5) 61-70 yaş

aralığında; Harvard Risk Düzeyi Ortalama olanların 15'i (%60,0) 40-50 yaş aralığında, 6'sının (%24,0) 51-60 yaş aralığında, 4'ünün (%16,0) 61-70 yaş aralığında; Harvard Risk Düzeyi Ortalamanın Üzerinde olanların 35'i (%36,5) 40-50 yaş aralığında, 27'si (%28,1) 51-60 yaş aralığında, 34'ünün (%35,4) 61-70 yaş aralığında; Harvard Risk Düzeyi Ortalamanın Çok Üzerinde olanların 4'ünün (%11,4) 40-50 yaş aralığında, 17'si (%48,6) 51-60 yaş aralığında, 14'ünün (%40,0) 61-70 yaş aralığında olduğu görülmektedir ( $p=0,003$ ) (Tablo 9).

Medeni Durum ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,190$ ;  $p=0,755>0,05$ ). Harvard Risk Düzeyi Ortalamanın Altında olanların 40'ının (%81,6) evli, 9'unun (%18,4) bekar; Harvard Risk Düzeyi Ortalama olanların 20'si (%80,0) evli, 5'i (%20,0) bekar; Harvard Risk Düzeyi Ortalamanın Üzerinde olanların 82'si (%85,4) evli, 14'ünün (%14,6) bekar; Harvard Risk Düzeyi Ortalamanın Çok Üzerinde olanların 31'i (%88,6) evli, 4'ünün (%11,4) bekar olduğu görülmektedir ( $p=0,755$ ) (Tablo 9).

Eğitim Durumu ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=11,830$ ;  $p=0,066>0,05$ ). Harvard Risk Düzeyi Ortalamanın Altında olanların 29'unun (%59,2) ilkokul ve altı, 7'si (%14,3) ortaokul, 13'ünün (%26,5) lise ve üzeri; Harvard Risk Düzeyi Ortalama olanların 13'ünün (%52,0) ilkokul ve altı, 3'ünün (%12,0) ortaokul, 9'unun (%36,0) lise ve üzeri; Harvard Risk Düzeyi Ortalamanın Üzerinde olanların 71'i (%74,0) ilkokul ve altı, 12'si (%12,5) ortaokul, 13'ünün (%13,5) lise ve üzeri; Harvard Risk Düzeyi Ortalamanın Çok Üzerinde olanların 28'i (%80,0) ilkokul ve altı, 1'i (%2,9) ortaokul, 6'sının (%17,1) lise ve üzeri olduğu görülmektedir ( $p=0,066$ ) (Tablo 9).

Sağlık Güvencesi ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,334$ ;  $p=0,721>0,05$ ). Harvard Risk Düzeyi Ortalamanın Altında olanların 48'i (%98,0) sağlık güvencesi var, 1'i (%2,0) sağlık güvencesi yok; Harvard Risk Düzeyi Ortalama olanların 24'ünün (%96,0) sağlık güvencesi var, 1'i (%4,0) sağlık güvencesi yok; Harvard Risk Düzeyi Ortalamanın Üzerinde olanların 90'ının (%93,8) sağlık güvencesi var, 6'sının (%6,2) sağlık güvencesi yok; Harvard Risk Düzeyi Ortalamanın Çok Üzerinde olanların 33'ünün (%94,3) sağlık güvencesi var, 2'si (%5,7) sağlık güvencesi yok olduğu görülmektedir ( $p=0,721$ ) (Tablo 9).

Gelir Durumu ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=7,870$ ;  $p=0,248>0,05$ ). Harvard Risk Düzeyi Ortalamanın Altında olanların 14'ünün (%28,6) gelirim giderimden az, 23'ünün (%46,9) gelirim giderime denk, 12'si (%24,5) gelirim

giderimden fazla; Harvard Risk Düzeyi Ortalama olanların 7'si (%28,0) gelirim giderimden az, 14'ünün (%56,0) gelirim giderime denk, 4'ünün (%16,0) gelirim giderimden fazla; Harvard Risk Düzeyi Ortalamasının Üzerinde olanların 33'ünün (%34,4) gelirim giderimden az, 53'ünün (%55,2) gelirim giderime denk, 10'unun (%10,4) gelirim giderimden fazla; Harvard Risk Düzeyi Ortalamasının Çok Üzerinde olanların 14'ünün (%40,0) gelirim giderimden az, 13'ünün (%37,1) gelirim giderime denk, 8'i (%22,9) gelirim giderimden fazla olduğu görülmektedir (p=0,248) (Tablo 9).

Gelir düzeyi ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=6,479$ ;  $p=0,372>0.05$ ). Harvard Risk Düzeyi Ortalamasının Altında olanların 10'unun (%20,4) 1000 tl den az, 26'sının (%53,1) 1000 tl-3000 tl arası, 13'ünün (%26,5) 3001 tl ve üzeri; Harvard Risk Düzeyi Ortalama olanların 1'i (%4,0) 1000 tl den az, 19'unun (%76,0) 1000 tl-3000 tl arası, 5'i (%20,0) 3001 tl ve üzeri; Harvard Risk Düzeyi Ortalamasının Üzerinde olanların 14'ünün (%14,6) 1000 tl den az, 63'ünün (%65,6) 1000 tl-3000 tl arası, 19'unun (%19,8) 3001 tl ve üzeri; Harvard Risk Düzeyi Ortalamasının Çok Üzerinde olanların 8'i (%22,9) 1000 tl den az, 20'si (%57,1) 1000 tl-3000 tl arası, 7'si (%20,0) 3001 tl ve üzeri olduğu görülmektedir (p=0,372) (Tablo 9).

Kronik Hastalık Varlığı ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=5,625$ ;  $p=0,131>0.05$ ). Harvard Risk Düzeyi Ortalamasının Altında olanların 24'ünün (%49,0) var, 25'i (%51,0) yok; Harvard Risk Düzeyi Ortalama olanların 6'sının (%24,0) var, 19'unun (%76,0) yok; Harvard Risk Düzeyi Ortalamasının Üzerinde olanların 39'unun (%40,6) var, 57'si (%59,4) yok; Harvard Risk Düzeyi Ortalamasının Çok Üzerinde olanların 18'i (%51,4) var, 17'si (%48,6) yok olduğu görülmektedir (p=0,131) (Tablo 9).

Sağlık Algısı ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=9,623$ ;  $p=0,141>0.05$ ). Harvard Risk Düzeyi Ortalamasının Altında olanların 6'sının (%12,2) çok iyi, 27'si (%55,1) iyi, 16'sının (%32,7) orta ve altı; Harvard Risk Düzeyi Ortalama olanların 5'i (%20,0) çok iyi, 10'unun (%40,0) iyi, 10'unun (%40,0) orta ve altı; Harvard Risk Düzeyi Ortalamasının Üzerinde olanların 14'ünün (%14,6) çok iyi, 36'sının (%37,5) iyi, 46'sının (%47,9) orta ve altı; Harvard Risk Düzeyi Ortalamasının Çok Üzerinde olanların 1'i (%2,9) çok iyi, 14'ünün (%40,0) iyi, 20'si (%57,1) orta ve altı olduğu görülmektedir (p=0,141) (Tablo 9).

**Tablo 10. Erkek Tarım İşçilerinin Harvard Kanser Risk İndeksi Düzeyine Göre Kolorektal Kanser ile İlgili Özelliklerinin İncelenmesi**

		Ortalamanın Altında		Ortalama		Ortalamanın Üzerinde		Ortalamanın Çok Üzerinde		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Dışkılama Alışkanlığı	Günde Bir ve Birden Fazla	34	%69,4	23	%92,0	75	%78,1	31	%88,6	$X^2=7,353$ $p=0,061$
	2-3 Günde Bir Kez ve Üzeri	15	%30,6	2	%8,0	21	%21,9	4	%11,4	
Karın Ağrısı	Evet	12	%24,5	1	%4,0	15	%15,6	4	%11,4	$X^2=5,956$ $p=0,114$
	Hayır	37	%75,5	24	%96,0	81	%84,4	31	%88,6	
Dışkıda Kan Durumu	Evet	4	%8,2	0	%0,0	3	%3,1	2	%5,7	$X^2=3,322$ $p=0,345$
	Hayır	45	%91,8	25	%100,0	93	%96,9	33	%94,3	
Kilo Kaybı Yaşama	Evet	3	%6,1	1	%4,0	9	%9,4	1	%2,9	$X^2=2,199$ $p=0,532$
	Hayır	46	%93,9	24	%96,0	87	%90,6	34	%97,1	
Bulantı Kusma Durumu	Evet	8	%16,3	0	%0,0	3	%3,1	0	%0,0	$X^2=15,944$ $p=0,001$
	Hayır	41	%83,7	25	%100,0	93	%96,9	35	%100,0	
Çevresinde Bağırsak Kanseri Varlığı	Evet	9	%18,4	2	%8,0	10	%10,4	4	%11,4	$X^2=2,457$ $p=0,483$
	Hayır	40	%81,6	23	%92,0	86	%89,6	31	%88,6	
Yakın Akrabada Bağırsak Kanseri Varlığı	Yok	45	%91,8	22	%88,0	86	%89,6	33	%94,3	$X^2=0,969$ $p=0,809$
	Var	4	%8,2	3	%12,0	10	%10,4	2	%5,7	
Bağırsak Kanseri Korunma Bilgisi Varlığı	Evet	14	%28,6	5	%20,0	16	%16,7	7	%20,0	$X^2=2,835$ $p=0,418$
	Hayır	35	%71,4	20	%80,0	80	%83,3	28	%80,0	
Sebze Tüketme Durumu	Haftalık Dört Kez ve Daha Az	21	%42,9	9	%36,0	52	%54,2	20	%57,1	$X^2=4,336$ $p=0,227$
	Haftalık Beş Kez ve Üzeri	28	%57,1	16	%64,0	44	%45,8	15	%42,9	
Meyve Tüketme Durumu	Haftalık iki Kez ve Daha Az	5	%10,2	8	%32,0	19	%19,8	4	%11,4	$X^2=18,939$ $p=0,004$
	Haftalık üç-altı Kez	33	%67,3	4	%16,0	46	%47,9	19	%54,3	
	Haftalık yedi Kez ve Daha Fazla	11	%22,4	13	%52,0	31	%32,3	12	%34,3	
Bağırsak Kanseri Taramalarında Nereye Başvuracağını Bilme Durumu	Bilmiyorum	24	%49,0	14	%56,0	55	%57,3	22	%62,9	$X^2=1,713$ $p=0,634$
	Biliyor	25	%51,0	11	%44,0	41	%42,7	13	%37,1	
Bağırsak Kanseri Taramaları Konusunda Aile Hekimi veya Sağlık Personelinden Bilgi Alma Durumu	Evet	18	%36,7	4	%16,0	15	%15,6	7	%20,0	$X^2=9,208$ $p=0,027$
	Hayır	31	%63,3	21	%84,0	81	%84,4	28	%80,0	
Bağırsak Kanseri Taramalarında Hangi Doktora Başvuracağını	Bilmiyorum	43	%87,8	19	%76,0	68	%70,8	26	%74,3	$X^2=5,187$ $p=0,159$
	Biliyor	6	%12,2	6	%24,0	28	%29,2	9	%25,7	

Bilme Durumu										
Son İki Yıl İçerisinde Kanser Kontrolü Amaçlı Hekime Başvurma Durumu	Evet	9	%18,4	3	%12,0	8	%8,3	0	%0,0	$X^2=8,274$ $p=0,041$
	Hayır	40	%81,6	22	%88,0	88	%91,7	35	%100,0	
Hangi Kanserler Taramalar ile Erken Tanılanabilir?	Bilmiyorum	25	%51,0	16	%64,0	59	%61,5	27	%77,1	$X^2=5,965$ $p=0,113$
	Biliyor	24	%49,0	9	%36,0	37	%38,5	8	%22,9	
Bağırsak Kanseri Taramalarında Hangi Testlerin Yapılacağını Bilme Durumu	Bilmiyorum	39	%79,6	20	%80,0	78	%81,2	31	%88,6	$X^2=1,318$ $p=0,725$
	Biliyor	10	%20,4	5	%20,0	18	%18,8	4	%11,4	
Gelecekte Bağırsak Kanseri Taramalarına Katılmayı Düşünme Durumu	Hayır	21	%42,9	12	%48,0	61	%63,5	25	%71,4	$X^2=9,763$ $p=0,135$
	Altı Ay İçinde	12	%24,5	5	%20,0	14	%14,6	5	%14,3	
	Bir Yıl İçinde	16	%32,7	8	%32,0	21	%21,9	5	%14,3	
Sigara Kullanma	Kullanıyorum	15	%30,6	11	%44,0	49	%51,0	20	%57,1	$X^2=30,229$ $p=0,000$
	Hiç Kullanmadım	25	%51,0	5	%20,0	14	%14,6	3	%8,6	
	Geçmişte Kullanıp Bıraktım	9	%18,4	9	%36,0	33	%34,4	12	%34,3	
Günlük Kullanılan Sigara Paket Sayısı	1	13	%86,7	10	%90,9	31	%63,3	16	%80,0	$X^2=6,142$ $p=0,105$
	2	2	%13,3	1	%9,1	18	%36,7	4	%20,0	
Alkol Kullanma	Kullanıyorum	18	%36,7	14	%56,0	42	%43,8	23	%65,7	$X^2=15,566$ $p=0,016$
	Hiç Kullanmadım	20	%40,8	4	%16,0	20	%20,8	6	%17,1	
	Geçmişte Kullanıp Bıraktım	11	%22,4	7	%28,0	34	%35,4	6	%17,1	
Pestisitlerin Yıllık Kullanıldığı Gün Sayısı	Kullanmıyor	22	%44,9	13	%52,0	40	%41,7	16	%45,7	$X^2=5,758$ $p=0,451$
	1-10 Gün	12	%24,5	6	%24,0	38	%39,6	10	%28,6	
	10 Gün Üzeri	15	%30,6	6	%24,0	18	%18,8	9	%25,7	
Günlük en az otuz dakika ya da haftalık en az üç saat Yürüyüş Yapma Durumu	Evet	39	%79,6	23	%92,0	77	%80,2	17	%48,6	$X^2=19,276$ $p=0,000$
	Hayır	10	%20,4	2	%8,0	19	%19,8	18	%51,4	
Son 10 Yıl İçinde Kolonoskopi Yaptırma Durumu	Evet	10	%20,4	0	%0,0	4	%4,2	2	%5,7	$X^2=16,825$ $p=0,010$
	Hayır	38	%77,6	24	%96,0	91	%94,8	33	%94,3	
	Bilmiyorum	1	%2,0	1	%4,0	1	%1,0	0	%0,0	
Son 1 Yıl İçinde GGKT Yaptırma Durumu	Evet	14	%28,6	1	%4,0	6	%6,2	1	%2,9	$X^2=23,243$ $p=0,001$
	Hayır	34	%69,4	24	%96,0	88	%91,7	34	%97,1	
	Bilmiyorum	1	%2,0	0	%0,0	2	%2,1	0	%0,0	
Son Beş Yıl İçerisinde Flexiblesigmoidoskopi, ÇKBE gibi Kolorektal Kanser ile İlgili Test Yaptırma Durumu	Evet	2	%4,1	0	%0,0	3	%3,1	0	%0,0	$X^2=14,877$ $p=0,021$
	Hayır	41	%83,7	25	%100,0	91	%94,8	35	%100,0	
	Bilmiyorum	6	%12,2	0	%0,0	2	%2,1	0	%0,0	

Dışkılama alışkanlığı ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=7,353$ ;  $p=0,061>0,05$ ). Harvard Risk Düzeyi ortalamasının altında olanların 34'ünün (%69,4) günde bir ve birden fazla, 15'inin (%30,6) 2-3 günde bir kez ve üzeri; Harvard Risk

Düzeyi ortalama olanların 23'ünün (%92,0) günde bir ve birden fazla, 2'sinin (%8,0) 2-3 günde bir kez ve üzeri; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın üzerinde olanların 75'inin (%78,1) günde bir ve birden fazla, 21'inin (%21,9) 2-3 günde bir kez ve üzeri; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın çok üzerinde olanların 31'inin (%88,6) günde bir ve birden fazla, 4'ünün (%11,4) 2-3 günde bir kez ve üzeri olduğu görülmüştür ( $p=0,061$ ) (Tablo 10).

Karın ağrısı ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=5,956$ ;  $p=0,114>0.05$ ). “Aralıklarla gelen karın ağrınız oldu mu?” sorusuna katılımcılardan; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın altında olanların 12'si (%24,5) evet, 37'si (%75,5) hayır; Harvard Risk Düzeyi Ortalama olanların 1'i (%4,0) evet, 24'ü (%96,0) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın üzerinde olanların 15'i (%15,6) evet, 81'i (%84,4) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın çok üzerinde olanların 4'ü (%11,4) evet, 31'i (%88,6) hayır cevaplarını vermiştir ( $p=0,114$ ) (Tablo 10) .

Dışkıda kan durumu ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=3,322$ ;  $p=0,345>0.05$ ). “Dışkıınızda kan gördünüz mü?” sorusuna katılımcılardan; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın altında olanların 4'ünün (%8,2) evet, 45'inin (%91,8) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 25'inin (%100,0) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın üzerinde olanların 3'ünün (%3,1) evet, 93'ünün (%96,9) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın çok üzerinde olanların 2'sinin (%5,7) evet, 33'ünün (%94,3) hayır cevaplarını verdiği saptanmıştır ( $p=0,345$ ) (Tablo 10).

Kilo kaybı yaşama ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=2,199$ ;  $p=0,532>0.05$ ). “Son bir yıl ya da 6 ay içinde hiçbir çabanız olmadan ağırlığınızın %10'undan fazla kilo kaybı yaşadınız mı?” sorusuna katılımcılardan; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın altında olanların 3'ünün (%6,1) evet, 46'sının (%93,9) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 1'inin (%4,0) evet, 24'ünün (%96,0) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın üzerinde olanların 9'unun (%9,4) evet, 87'sinin (%90,6) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın çok üzerinde olanların 1'inin (%2,9) evet, 34'ünün (%97,1) hayır cevaplarını verdikleri görülmektedir ( $p=0,532$ ) (Tablo 10).

Bulantı ve kusma şikayeti ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $X^2=15,944$ ;  $p=0,001<0.05$ ). Harvard Risk Düzeyi ortalamanın altında olanların 8'i (%16,3) evet, 41'i (%83,7) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 25'i (%100,0) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın üzerinde olanların 3'ü (%3,1) evet, 93'ü (%96,9)

hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının çok üzerinde olanların 35'i (%100,0) hayır cevabını vermiştir ( $p=0,532$ ) (Tablo 10).

Çevresindeki bireylerde bağırsak kanseri varlığı ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=2,457$ ;  $p=0,483>0.05$ ). Harvard Risk Düzeyi ortalamasının altında olanların 9'unun (%18,4) evet, 40'ının (%81,6) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 2'sinin (%8,0) evet, 23'ünün (%92,0) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının üzerinde olanların 10'unun (%10,4) evet, 86'sının (%89,6) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının çok üzerinde olanların 4'ünün (%11,4) evet, 31'inin (%88,6) hayır cevabını verdikleri saptanmıştır ( $p=0,483$ ) (Tablo 10).

Yakın akrabada bağırsak kanseri varlığı ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,969$ ;  $p=0,809>0.05$ ). Harvard Risk Düzeyi ortalamasının altında olanların 45'i (%91,8) yok, 4'ü (%8,2) var; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 22'si (%88,0) yok, 3'ü (%12,0) var; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının üzerinde olanların 86'sı (%89,6) yok, 10'u (%10,4) var; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının çok üzerinde olanların 33'ü (%94,3) yok, 2'si (%5,7) var cevabını vermiştir ( $p=0,809$ ) (Tablo 10).

Bağırsak kanserinden korunma bilgisi varlığı ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=2,835$ ;  $p=0,418>0.05$ ). “Bağırsak kanserinden nasıl korunulacağı ile ilgili bir bilginiz var mı?” sorusuna katılımcılardan; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının altında olanların 14'ünün (%28,6) evet, 35'inin (%71,4) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 5'inin (%20,0) evet, 20'sinin (%80,0) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının üzerinde olanların 16'sının (%16,7) evet, 80'ünün (%83,3) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının çok üzerinde olanların 7'sinin (%20,0) evet, 28'inin (%80,0) hayır cevabını verdiği görülmüştür ( $p=0,418$ ) (Tablo 10).

Sebze tüketme durumu ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=4,336$ ;  $p=0,227>0.05$ ). Harvard Risk Düzeyi ortalamasının altında olanların 21'inin (%42,9) Haftalık Dört Kez ve Daha Az, 28'inin (%57,1) Haftalık Beş Kez ve Üzeri; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 9'unun (%36,0) Haftalık Dört Kez ve Daha Az, 16'sının (%64,0) Haftalık Beş Kez ve Üzeri; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının üzerinde olanların 52'sinin (%54,2) Haftalık Dört Kez ve Daha Az, 44'ünün (%45,8) Haftalık Beş Kez ve Üzeri; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının çok üzerinde olanların 20'sinin (%57,1) Haftalık



Dört Kez ve Daha Az, 15'inin (%42,9) Haftalık Beş Kez ve Üzeri olduğu saptanmıştır (p=0,227) (Tablo 10).

Meyve tüketme durumu ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=18,939$ ;  $p=0,004<0.05$ ). Harvard Risk Düzeyi ortalamasının altında olanların 5'inin (%10,2) Haftalık iki Kez ve Daha Az, 33'ünün (%67,3) Haftalık üç-altı Kez, 11'inin (%22,4) Haftalık yedi Kez ve Daha Fazla; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 8'inin (%32,0) Haftalık iki Kez ve Daha Az, 4'ünün (%16,0) Haftalık üç-altı Kez, 13'ünün (%52,0) Haftalık yedi Kez ve Daha Fazla; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının üzerinde olanların 19'unun (%19,8) Haftalık iki Kez ve Daha Az, 46'sının (%47,9) Haftalık üç-altı Kez, 31'inin (%32,3) Haftalık yedi Kez ve Daha Fazla; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının çok üzerinde olanların 4'ünün (%11,4) Haftalık iki Kez ve Daha Az, 19'unun (%54,3) Haftalık üç-altı Kez, 12'sinin (%34,3) Haftalık yedi Kez ve Daha Fazla olduğu görülmüştür ( $p=0,004$ ) (Tablo 10).

Bağırsak kanseri taramalarında nereye başvuracağını bilme durumu ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,713$ ;  $p=0,634>0.05$ ). Harvard Risk Düzeyi ortalamasının altında olanların 24'ünün (%49,0) bilmiyorum, 25'inin (%51,0) biliyor; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 14'ünün (%56,0) bilmiyorum, 11'inin (%44,0) biliyor; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının üzerinde olanların 55'inin (%57,3) bilmiyorum, 41'inin (%42,7) biliyor; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının çok üzerinde olanların 22'sinin (%62,9) bilmiyorum, 13'ünün (%37,1) biliyor cevabını verdiği saptanmıştır ( $p=0,634$ ) (Tablo 10).

Bağırsak kanseri taramaları konusunda aile hekimi veya sağlık personelinin bilgi alma durumu ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=9,208$ ;  $p=0,027<0.05$ ). “Bağırsak kanseri taramaları konusunda aile hekiminiz veya sağlık personeli tarafından bilgilendirme aldınız mı?” sorusuna katılımcılardan; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının altında olanların 18'i (%36,7) evet, 31'i (%63,3) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 4'ünün (%16,0) evet, 21'i (%84,0) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının üzerinde olanların 15'i (%15,6) evet, 81'i (%84,4) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının çok üzerinde olanların 7'si (%20,0) evet, 28'i (%80,0) hayır olarak belirtmişlerdir ( $p=0,027$ ) (Tablo 10).

Bağırsak kanseri taramalarında hangi doktora başvuracağını bilme durumu ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=5,187$ ;  $p=0,159>0.05$ ). Harvard Risk

Düzeyi ortalamanın altında olanların 43'ünün (%87,8) bilmiyorum, 6'sının (%12,2) biliyor; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 19'unun (%76,0) bilmiyorum, 6'sının (%24,0) biliyor; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın üzerinde olanların 68'i (%70,8) bilmiyorum, 28'i (%29,2) biliyor; Harvard Risk düzeyi ortalamanın çok üzerinde olanların 26'sının (%74,3) bilmiyorum, 9'unun (%25,7) biliyor olduğu görülmektedir ( $p=0,159$ ) (Tablo 10).

Son iki yıl içerisinde kanser kontrolü amaçlı hekime başvurma durumu ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=8,274$ ;  $p=0,041<0.05$ ). “Son iki yıl içinde kanser kontrolü amaçlı herhangi bir hekime başvurduunuz mu?” sorusuna katılımcılardan; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın altında olanların 9'unun (%18,4) evet, 40'nin (%81,6) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 3'ünün (%12,0) evet, 22'si (%88,0) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın üzerinde olanların 8'inin (%8,3) evet, 88'inin (%91,7) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın çok üzerinde olanların 35'inin (%100,0) hayır dediği saptanmıştır ( $p=0,041$ ) (Tablo 10).

Hangi kanserlerin taramalar ile erken tanılabileceğini bilme durumu ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=5,965$ ;  $p=0,113>0.05$ ). Harvard Risk Düzeyi ortalamanın altında olanların 25'i (%51,0) bilmiyor, 24'ünün (%49,0) biliyor; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 16'sının (%64,0) bilmiyor, 9'unun (%36,0) biliyor; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın üzerinde olanların 59'unun (%61,5) bilmiyor, 37'sinin (%38,5) biliyor; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın çok üzerinde olanların 27'sinin (%77,1) bilmiyor, 8'inin (%22,9) biliyor cevabını verdiği görülmüştür ( $p=0,113$ ) (Tablo 10).

Bağırsak kanseri taramalarında hangi testlerin yapılacağını bilme durumu ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,318$ ;  $p=0,725>0.05$ ). Harvard Risk Düzeyi ortalamanın altında olanların 39'unun (%79,6) bilmiyorum, 10'unun (%20,4) biliyor; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 20'sinin (%80,0) bilmiyorum, 5'inin (%20,0) biliyor; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın üzerinde olanların 78'inin (%81,2) bilmiyorum, 18'inin (%18,8) biliyor; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın çok üzerinde olanların 31'inin (%88,6) bilmiyorum, 4'ünün (%11,4) biliyor olduğu belirlenmiştir ( $p=0,725$ ) (Tablo 10).

Gelecekte bağırsak kanseri taramalarına katılmayı düşünme durumu ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=9,763$ ;  $p=0,135>0.05$ ). Harvard Risk Düzeyi ortalamanın altında olanların 21'inin (%42,9) hayır, 12'sinin (%24,5) altı ay içinde, 16'sının (%32,7) bir yıl içinde; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 12'sinin (%48,0)

hayır, 5'inin (%20,0) altı ay içinde, 8'inin (%32,0) bir yıl içinde; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın üzerinde olanların 61'inin (%63,5) hayır, 14'ünün (%14,6) altı ay içinde, 21'inin (%21,9) bir yıl içinde; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın çok üzerinde olanların 25'inin (%71,4) hayır, 5'inin (%14,3) altı ay içinde, 5'inin (%14,3) bir yıl içinde olduğu saptanmıştır ( $p=0,135$ ) (Tablo 10).

Sigara kullanma ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=30,229$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Harvard Risk Düzeyi ortalamanın altında olanların 15'inin (%30,6) kullanıyorum, 25'inin (%51,0) hiç kullanmadım, 9'unun (%18,4) geçmişte kullanıp bıraktım; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 11'inin (%44,0) kullanıyorum, 5'inin (%20,0) hiç kullanmadım, 9'unun (%36,0) geçmişte kullanıp bıraktım; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın üzerinde olanların 49'unun (%51,0) kullanıyorum, 14'ünün (%14,6) hiç kullanmadım, 33'ünün (%34,4) geçmişte kullanıp bıraktım; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın çok üzerinde olanların 20'sinin (%57,1) kullanıyorum, 3'ünün (%8,6) hiç kullanmadım, 12'sinin (%34,3) geçmişte kullanıp bıraktım cevabını verdiği görülmüştür ( $p=0,000$ ) (Tablo 10).

Günlük kullanılan sigara paketi ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=6,142$ ;  $p=0,105>0.05$ ). Harvard Risk Düzeyi ortalamanın altında olanların 13'ünün (%86,7) 1 paket, 2'sinin (%13,3) 2 paket; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 10'unun (%90,9) 1 paket, 1'inin (%9,1) 2 paket; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın üzerinde olanların 31'inin (%63,3) 1 paket, 18'inin (%36,7) 2 paket; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın çok üzerinde olanların 16'sının (%80,0) 1 paket, 4'ünün (%20,0) 2 paket sigara tüketimi olduğu belirlenmiştir ( $p=0,105$ ) (Tablo 10).

Alkol kullanma ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=15,566$ ;  $p=0,016<0.05$ ). Harvard Risk Düzeyi ortalamanın altında olanların 18'inin (%36,7) kullanıyorum, 20'sinin (%40,8) hiç kullanmadım, 11'inin (%22,4) geçmişte kullanıp bıraktım; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 14'ünün (%56,0) kullanıyorum, 4'ünün (%16,0) hiç kullanmadım, 7'sinin (%28,0) geçmişte kullanıp bıraktım; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın üzerinde olanların 42'sinin (%43,8) kullanıyorum, 20'sinin (%20,8) hiç kullanmadım, 34'ünün (%35,4) geçmişte kullanıp bıraktım; Harvard Risk Düzeyi ortalamanın çok üzerinde olanların 23'ünün (%65,7) kullanıyorum, 6'sının (%17,1) hiç kullanmadım, 6'sının (%17,1) geçmişte kullanıp bıraktım dediği görülmüştür ( $p=0,016$ ) (Tablo 10).

Pestisitlerin yıllık kullanıldığı gün sayısı ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=5,758$ ;  $p=0,451>0.05$ ). Harvard Risk Düzeyi ortalamasının altında olanların 22'sinin (%44,9) kullanmıyor, 12'sinin (%24,5) 1-10 gün, 15'inin (%30,6) 10 gün üzeri; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 13'ünün (%52,0) kullanmıyor, 6'sının (%24,0) 1-10 gün, 6'sının (%24,0) 10 gün üzeri; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının üzerinde olanların 40'ının (%41,7) kullanmıyor, 38'i (%39,6) 1-10 gün, 18'i (%18,8) 10 gün üzeri; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının çok üzerinde olanların 16'sının (%45,7) kullanmıyor, 10'unun (%28,6) 1-10 gün, 9'unun (%25,7) 10 gün üzeri pestisit kullandığı belirlenmiştir ( $p=0,451$ ) (Tablo 10).

Günlük En Az Otuz Dakika ya da Haftalık En Az Üç saat yürüyüş yapma durumu ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=19,276$ ;  $p=0,000<0.05$ ). “Bir Günlük en az otuz dakika ya da haftalık en az üç saat yürüyor musunuz ?” sorusuna katılımcılardan; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının altında olanların 39'unun (%79,6) evet, 10'unun (%20,4) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 23'ünün (%92,0) evet, 2'si (%8,0) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının üzerinde olanların 77'si (%80,2) evet, 19'unun (%19,8) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının çok üzerinde olanların 17'sinin (%48,6) evet, 18'inin (%51,4) hayır cevabını verdiği saptanmıştır ( $p=0,000$ ) (Tablo 10).

Geçtiğimiz on sene içerisinde kolonoskopi yaptırma durumu ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=16,825$ ;  $p=0,010<0.05$ ). “Geçtiğimiz on sene içerisinde kolonoskopi yaptırdınız mı?” sorusuna katılımcılardan; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının altında olanların 10'unun (%20,4) evet, 38'inin (%77,6) hayır, 1'inin (%2,0) bilmiyorum; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 24'ünün (%96,0) hayır, 1'inin (%4,0) bilmiyorum; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının üzerinde olanların 4'ünün (%4,2) evet, 91'inin (%94,8) hayır, 1'inin (%1,0) bilmiyorum; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının çok üzerinde olanların 2'sinin (%5,7) evet, 33'ünün (%94,3) hayır dediği görülmüştür ( $p=0,010$ ) (Tablo 10).

Son bir yıl içinde GGKT yaptırma durumu ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=23,243$ ;  $p=0,001<0.05$ ). “Son bir yıl içinde GGKT yaptırdınız mı?” sorusuna katılımcılardan; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının altında olanların 14'ünün (%28,6) evet, 34'ünün (%69,4) hayır, 1'inin (%2,0) bilmiyorum; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 1'inin (%4,0) evet, 24'ünün (%96,0) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının üzerinde olanların 6'sının (%6,2) evet, 88'inin (%91,7) hayır, 2'sinin (%2,1)

bilmiyorum; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının çok üzerinde olanların 1'inin (%2,9) evet, 34'ünün (%97,1) hayır cevabı verdiği belirlenmiştir (p=0,001) (Tablo 10).

Son 5 yıl içinde flexible sigmoidoskopi, ÇKBE gibi bağırsak kanseri ile ilgili test yaptırmama durumu ile Harvard Risk Düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $X^2=14,877$ ;  $p=0,021<0,05$ ). “Son 5 yıl içinde flexible sigmoidoskopi, ÇKBE gibi bağırsak kanseri ile ilgili test yaptırdınız mı?” sorusuna katılımcılardan; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının altında olanların 2'sinin (%4,1) evet, 41'inin (%83,7) hayır, 6'sının (%12,2) bilmiyorum; Harvard Risk Düzeyi ortalama olanların 25'inin (%100,0) hayır; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının üzerinde olanların 3'ünün (%3,1) evet, 91'inin (%94,8) hayır, 2'sinin (%2,1) bilmiyorum; Harvard Risk Düzeyi ortalamasının çok üzerinde olanların 35'inin (%100,0) hayır dediği saptanmıştır (p=0,021) (Tablo 10).

**Tablo 11. Güven Yarar Sağlık Motivasyonu, Duyarlılık ve KRK Bilgi Puanlarının Harvard Risk Düzeyine Göre İncelenmesi**

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Güven Yarar Sağlık Motivasyonu	Ortalamanın Altında	49	51,469	5,128	0,639	0,590
	Ortalama	25	52,880	4,295		
	Ortalamanın Üzerinde	96	51,458	4,933		
	Ortalamanın Çok Üzerinde	35	51,371	4,691		
Duyarlılık	Ortalamanın Altında	49	10,347	4,617	0,161	0,922
	Ortalama	25	10,160	5,039		
	Ortalamanın Üzerinde	96	10,792	4,708		
	Ortalamanın Çok Üzerinde	35	10,629	5,488		
KRK Bilgi Düzeyi	Ortalamanın Altında	49	8,959	1,060	0,625	0,599
	Ortalama	25	8,920	0,954		
	Ortalamanın Üzerinde	96	8,698	1,266		
	Ortalamanın Çok Üzerinde	35	8,857	1,309		

Erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu, duyarlılık, KRK bilgi puanları Harvard Risk Düzeyi değişkenine göre bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ) (Tablo 11).

**Tablo 12. Erkek Tarım İşçilerinin Bağırsak Knaseri Taramalarında Kullanılan Testleri Bilme Durumu**

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
<b>GGT Test Kullanılır</b>		
Evet	16	7,8

Hayır	21	10,2
Bilmiyor	168	82,0
<b>Kolonoskopi Test Kullanılır</b>		
Evet	16	7,8
Hayır	21	10,2
Bilmiyor	168	82,0
<b>Kan Tahlili Test Kullanılır</b>		
Evet	9	4,4
Hayır	28	13,7
Bilmiyor	168	82,0
<b>Endoskopi Test Kullanılır</b>		
Evet	2	1,0
Hayır	35	17,1
Bilmiyor	168	82,0
<b>Patolojik Test Kullanılır</b>		
Evet	2	1,0
Hayır	35	17,1
Bilmiyor	168	82,0
<b>İdrar Testi Kullanılır</b>		
Evet	3	1,5
Hayır	34	16,6
Bilmiyor	168	82,0

Erkek tarım işçilerinin 16'sının (%7,8) GGT ve kolonoskopinin bağırsak kanseri taramalarında kullanılan bir test olduğunu bildiği görülmüştür. Erkek tarım işçilerinin 168'inin (%82,0) bağırsak kanseri taramalarında kullanılan testlerin ne olduğunu bilmediğini belirtmiştir. Katılımcılardan 9'unun (%4,4) kan tahlilini; 2'sinin (%1,0) endoskopi ve patolojiyi; 3'ünün (%1,5) idrar tahlilini bağırsak kanseri taramalarında kullanılan test olarak bildiği belirlenmiştir (Tablo 12).

**Tablo 13. Erkek Tarım İşçilerinin Pestisit Kullanım Durumu**

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
<b>İnsektisit Pestisit</b>		
Evet	112	54,9
Hayır	1	0,5
Pestisit Kullanmıyor	91	44,6
<b>Herbisit Pestisit</b>		
Evet	95	46,6
Hayır	18	8,8
Pestisit Kullanmıyor	91	44,6
<b>Nematosit Pestisit</b>		
Evet	5	2,5
Hayır	108	52,9

Pestisit Kullanmıyor	91	44,6
<b>Akarasit Pestisit</b>		
Evet	52	25,5
Hayır	61	29,9
Pestisit Kullanmıyor	91	44,6
<b>Fungusit Pestisit</b>		
Evet	63	30,9
Hayır	50	24,5
Pestisit Kullanmıyor	91	44,6
<b>Mollusisit Pestisit</b>		
Evet	11	5,4
Hayır	102	50,0
Pestisit Kullanmıyor	91	44,6
<b>Rodentisit Pestisit</b>		
Evet	18	8,8
Hayır	95	46,6
Pestisit Kullanmıyor	91	44,6

Erkek tarım işçilerinin 112'sinin (%54,9) insektisit, 95'inin (%46,6) herbisit, 5'inin (%2,5) nematosit, 52'sinin (%25,5) akarasit, 63'ünün (%30,9) fungusit, 11'inin (%5,4) mollusisit, 18'inin (%8,8) rodentisit türü pestisit kullandığı görülmüştür. Erkek tarım işçilerinin 91'i (%44,6) pestisit kullanmamaktadır (Tablo 13).

**Tablo 14. Erkek Tarım İşçilerinin Pestisit Kullanımında Koruyucu Ekipmanları Kullanma Durumu**

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
<b>Maske</b>		
Evet	65	31,7
Hayır	49	23,9
Pestisit Kullanmıyor	91	44,4
<b>Bone</b>		
Evet	23	11,2
Hayır	91	44,4
Pestisit Kullanmıyor	91	44,4
<b>Eldiven</b>		
Evet	51	24,9
Hayır	63	30,7
Pestisit Kullanmıyor	91	44,4
<b>Koruyucu giysi</b>		
Evet	13	6,3
Hayır	101	49,3
Pestisit Kullanmıyor	91	44,4
<b>Özel bir önlem almıyorum</b>		

Evet	41	20,0
Hayır	73	35,6
Pestisit Kullanmıyor	91	44,4

Erkek tarım işçilerinin 65'inin (%31,7) maskeyi; 23'ünün (%11,2) boneyi; 51'inin (%24,9) eldiveni; 13'ünün (%6,3) koruyucu giysiyi pestisitlerin zararlarından korunmak için kullanmaktadır. Erkek tarım işçilerinin 41'i (%20,0) pestisit kullanırken özel bir önlem almamaktadır. Erkek tarım işçilerinin 91'i (%44,4) pestisit kullanmamaktadır (Tablo 14).

**Tablo 15. Güven Yarar Sağlık Motivasyonu, Duyarlılık ve KRK Bilgi Düzeyi Arasındaki Korelasyon Analizinin İncelenmesi**

		Güven Yarar Sağlık Motivasyonu	Duyarlılık	KRK Bilgi
<b>Güven Yarar Sağlık Motivasyonu</b>	r	1,000		
	p	0,000 <sup>1</sup>		
<b>Duyarlılık</b>	r	0,013	1,000	
	p	0,849	0,000	
<b>KRK Bilgi Düzeyi</b>	r	0,165 <sup>2</sup>	0,105	1,000
	p	0,018	0,135	0,000

Güven yarar sağlık motivasyonu, duyarlılık, KRK bilgi, arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; KRK bilgi düzeyi ile güven yarar sağlık motivasyonu arasında  $r=0.165$  pozitif ( $p=0,018<0.05$ ) ilişki bulunmuştur. Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo 15).

<sup>1</sup> \*\*<0,01

<sup>2</sup> \*<0,05



## 5. TARTIŞMA

Kolorektal kanser morbidite ve mortalite oranları bakımından hem dünyada hem de ülkemizde ilk sıralarda yer almaktadır (Erçolak, 2016). Bundan dolayı ulusal kanser tarama programlarında KRK taramalarına öncelik verilmektedir. Ulusal kanser tarama standartları kapsamında primer ve sekonder korunma programlarının uygulanması noktasında halk sağlığı hemşirelerinin önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (Koçak, 2018).

Araştırmaya katılan erkek tarım işçilerinin %38'i (n: 78) 40-50 yaş grubunda, %30,2'si (n: 62) 51-60 yaş grubunda ve %31,7'si (n: 65) 61-70 yaş aralığında yer almaktadır. Erkek tarım işçilerinin %84,4'ü (n: 173) evli, %20'si (n: 41) lise ve üzeri eğitim durumuna sahip ve %95,1'i (n: 95) sağlık güvencesine sahiptir.. Gelir düzeylerine göre erkek tarım işçilerinin %50,2'sinin (n: 103) aylık geliri giderine denktir ve %62,4'ünün (n: 128) aylık 1000 -3000 TL arası geliri bulunmaktadır. Erkektarım işçilerinin %57,6'sının (n:118) kronik hastalığa sahip olmadığı görülmüştür.. Araştırmadaki bireylerin %12,7'si (n: 26) genel sağlık durumunu “Çok iyi” olarak işaretlemiştir.

Erkek tarım işçilerinin %79,5'inin (n: 163) günde en az bir kez dışkılama alışkanlığı olduğu, %15,6'sının (n: 32) karın ağrısı şikayetibulunduğu, %4,4'ünün (n: 9) dışkıda kan gördüğü, %6,8'inin (n: 14) kilo kaybı yaşadığı, %5,4'ünün (n: 11) bulantı kusma şikayeti olduğu, %12,2'sinin (n: 25) arkadaş, komşu gibi çevresindeki bireylerin, %9,3'ünün (n: 19) yakın akrabalarının bağırsak kanseri tanısı aldığı, ; %20,5'inin (n: 42) bağırsak kanserinden nasıl korunulacağı ile ilgili bilgisinin olduğu saptanmıştır. Tarım işçilerinin %49,8'i (n: 102) haftada en az dört kez sebze, %17,6'sı (n: 36) haftada en az iki kez meyve tüketmektedir. Erkek tarım işçilerinin %56,1'i (n: 115) bağırsak kanseri taramalarında nereye başvuracağını bilmediğini belirtmiştir.

Araştırmada yer alan işçilerin % 78,5'i (n: 161) bağırsak kanseri taramaları konusunda aile hekimi veya sağlık personeli tarafından hiç bilgilendirilmediğini, %76,1'i (n: 156) bağırsak kanseri taramalarında hangi doktora başvuracağını bilmediğini, %90,2'si (n: 185) son iki yıl içerisinde kanser kontrolü amaçlı herhangi bir hekime başvuru yapmadığını ifade etmiştir. Erkek tarım işçilerinin %62'sinin (n: 127) hangi kanserlerin taramalar ile erken tanılabileceğini ve %82'sinin (n: 168) bağırsak kanseri taramalarında hangi testlerin yapıldığınıbilmediği saptanmıştır. Katılımcıların %58'i (n: 119) gelecekte bağırsak kanseri taramalarına katılmayı düşünmediğini belirtmiştir. Erkek tarım işçilerinin %46,3'ü (n: 95)

sigara, %47,3'ü (n: 97) alkol kullanmaktadır. Erkek tarım işçilerinin %76,1'i (n: 156) günlük en az otuz dakika ya da haftalık en az üç saat yürüyüş yapmaktadır. Erkek tarım işçilerinin %55,4'ü (n: 113) pestisit kullandığını ve %35,6'sı (n: 73) pestisit kullanırken özel bir önlem almadığını ifade etmiştir. Erkek tarım işçilerinin %32,2'si (n: 66) yılda 1-10 gün aralığında, %23,4'ü (n: 48) yılda 10 gün ve üzeri şeklinde pestisit kullanmaktadır. Erkek tarım işçilerinin %7,8'i (n: 16) son on sene içinde kolonoskopi, %10,7'si (n: 22) son bir sene içinde GGKT, %2,4'ü (n: 5) son beş sene içerisinde flexible sigmoidoskopi, ÇKBE gibi bağırsak kanseri ile ilgili test yaptırmıştır.

Erkek tarım işçilerinin %63,9'u (n: 131) Harvard Kanser Risk İndeksine göre ortalamanın üstünde veya çok üstünde risk düzeyine sahiptir.

Sağlık inanç düzeylerine göre puan ortalamalarını incelediğimizde erkek tarım işçilerinin güven yarar sağlık motivasyonu alt boyutu için ortalama 51,620±4,856 ve duyarlılığı için ortalama 10,581±4,838 puan aldığı görülmüştür. KRK bilgi düzeyi için ise 8,815±1,190 puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir.

### **Erkek Tarım İşçilerinin KRK Taramalarına Katılım Düzeylerinin ve İlişkili Faktörlerinin Tartışılması**

Araştırmaya katılan erkek tarım işçilerinin son on sene içerisinde kolonoskopi (%7.8), son bir sene içerisinde GGKT (%10.7), son beş sene içerisinde Flexiblesigmoidoskopi, ÇKBE gibi Kolorektal Kanser ile İlgili Test (%2.4) gibi KRK tarama testlerine katılım oranlarının oldukça düşük olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde KRK taramalarına katılım oranlarının farklı örneklerde de bu çalışmaya benzer şekilde düşük olduğu görülmüştür. Genç ve Baysal'ın (2020) çalışmasında katılımcıların %20.6'sının GGKT yaptırdığı görülmüştür. Çalışmamızdaki katılımcıların %10.7'si GGKT yaptırmıştır. Bu açıdan Genç ve Baysal'ın çalışmasındaki katılımcılara göre çalışmamızda yer alan erkek tarım işçilerinin daha az GGKT tarama testi yaptırdığı söylenebilir. Öztaş ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında katılımcıların %26'sının en az bir KRK tarama testi yaptırdığı, Yılmaz ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında katılımcıların %10.7'sinin son 10 yıl içerisinde en az bir KRK tarama testi yaptırdığı, Menon ve arkadaşlarının (2014) ABD'de yaşayan Asyalı göçmenlerle yürüttükleri çalışmada katılımcıların %8'inin dışkıda kan testi yaptırdığı, Baysal ve Türkoğlu'nun (2013) çalışmasında katılımcıların %8.8'inin herhangi bir KRK tarama testi yaptırdığı; Smith ve arkadaşlarının (2013) ABD vatandaşlarıyla yürüttükleri çalışmada katılımcıların %8.8'inin GGKT yaptırdığı, Güvenç ve arkadaşlarının (2012) yürüttükleri çalışmada katılımcıların %12'sinin GGKT yaptırdığı, Salimzadeh ve arkadaşlarının (2012) 50 yaş üstü İranlılarla yürüttükleri çalışmada katılımcıların %11'inin KRK tarama testi

yaptırdığı, Omran ve Ismail'in (2010) Ürdün'de yürüttükleri çalışmada katılımcıların hiçbirinin KRK tarama testi yaptırmadığı; Vaizoğlu ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında katılımcıların %10'undan daha azının KRK ile ilgili tarama programlarına katıldığı görülmüştür. Menon ve arkadaşlarının (2014) ve Smith ve arkadaşlarının (2013) ABD'de yürüttükleri çalışmalarda GGKT yaptırma oranları bizim çalışmamızdaki orandan daha düşük çıkmıştır. Yılmaz ve arkadaşlarının (2016) çalışmasındaki katılımcıların son 10 yıl içinde KRK tarama testi yaptırma oranı çalışmamızdaki son 10 yıl içerisinde kolonoskopi yaptırma oranına benzer olduğu söylenebilir. Aynı şekilde Baysal ve Tükoğlu'nun (2013) ve Vaizoğlu ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında yer alan katılımcıların KRK tarama testlerine katılım oranları çalışmamızdaki oranlara yakındır. Benzerlikte aynı ülkeden örneklem seçilmesi etkili olabilir. Salimzadeh ve arkadaşlarının (2012) İran'da yürüttükleri çalışmasındaki katılım oranları da bizim çalışmamızdaki oranlara benzerdir. Omran ve Ismail'in (2010) Ürdün'de yürüttükleri çalışma sonuçları, katılımcıların KRK tarama programlarına hiç katılım sağlamamış olmaları yönüyle çalışmamıza benzememektedir. Ülkemizde uygulanan ulusal tarama programlarına rağmen bu denli düşük düzeydeki taramalara katılım oranının KRK bilgi düzeyinin düşük olması ve sağlık inanç düzeyi ile alakalı olduğu belirtilmiştir (Öztaş ve diğerleri, 2018; Yılmaz ve diğerleri, 2016; Karataş ve diğerleri, 2014; Yalçınöz ve Türkoğlu, 2013; Nar ve Esin; 2010). Bu çalışmanın bulguları da literatürdeki bu bilgiyi destekler niteliktedir. Araştırmaya katılan bireylerden son iki yıl içerisinde kanser kontrolü amaçlı herhangi bir hekime başvuranların KRK bilgi düzeyi puanları kanser kontrolü amaçlı herhangi bir hekime başvurmayanların KRK bilgi düzeyi puanlarından yüksek olduğu ayrıca erkek tarım işçilerinin Sağlık İnanç Düzeyi puanları ile KRK tarama testi yaptırmaları arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda güven yarar sağlık motivasyonu alt boyut puanının son on sene içerisinde kolonoskopi yaptırma ve son bir sene içerisinde GGKT yaptırma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Erkek tarım işçilerinin büyük çoğunluğunun KRK taramalarında nereye (%56.1) ve hangi branşın uzman doktoruna başvuracaklarını (%76.1) bilmemeleri; erkek tarım işçilerinin büyük çoğunluğunun aile hekimi veya sağlık personeli tarafından bilgilendirilmemiş olmaları (%78.5), erkek tarım işçilerinin KRK'nın taramalar ile erken evrede tanılabileceğini (%62.0) ve KRK taramalarında hangi testlerin yapıldığını (%82.0) bilmemeleri bu konudaki bilgi eksikliğine işaret etmektedir ve bu durum da KRK taramalarına katılımın az olmasına neden olmaktadır.

### **Erkek Tarım İşçilerinin Gelecekte Kanser Taramalarına Katılım Düşüncelerinin Tartışılması**

Çalışmamıza katılan erkek tarım işçilerinin %58'i gelecekte KRK taramasına katılmayı düşünmemektedir. Erkek tarım işçilerinin %58'inin gelecekte taramalara katılmayı düşünmemeleri endişe vericidir. Baran'ın (2014) örneklemini sadece kadın bireylerin oluşturduğu çalışmasında katılımcıların %93.4 ile büyük çoğunluğu gelecekte KRK taramalarına katılmayı düşünmediklerini belirtmişlerdir. Genç ve Baysal'ın (2020) çalışmasında katılımcıların %60.9'u; Ilgaz'ın (2015) çalışmasında katılımcıların %73.8'i; Almadi'nin (2015) Suudi Arabistan'da yürüttüğü çalışmasında bireylerin %70.7'si gelecekte KRK taramalarına katılmayı düşündüklerini belirtmişlerdir. Bu bulgulara göre araştırma sonuçlarımız Baran (2014)'in çalışması ile benzer, diğerlerinin (Genç ve Baysal (2020), Almadi (2015) ve Ilgaz (2015)) bulgularından farklı olduğu dikkati çekmiştir. Araştırmada yer alan popülasyonların farklı gruplar olması bu sonuçlar üzerinde etkili olabilir.

### **Erkek Tarım İşçilerinin Sağlık İnanç Düzeyleri ve İlişki Faktörlerinin Tartışılması**

Bu çalışmaya katılan erkek tarım işçilerinin duyarlılık puan ortalaması  $10,581 \pm 4,838$  olarak düşük ve güven-yarar-sağlık motivasyonu puan ortalaması ise  $51,620 \pm 4,856$  olarak yüksek bulunmuştur Koçak (2018) çalışmasında güven-yarar-sağlık motivasyonu puan ortalamasını  $49,77 \pm 5,38$  olarak yüksek ve duyarlılık algısı alt boyut puan ortalamasını  $11,29 \pm 3,57$  olarak düşük; Öztaş ve arkadaşları çalışmalarında (2018) güven-yarar-sağlık motivasyonu puan ortalamasını  $48,14 \pm 6,54$  olarak yüksek ve duyarlılık puan ortalamasını  $14,41 \pm 4,28$  olarak düşük; Çetin çalışmasında (2019) güven yarar sağlık motivasyonu puan ortalamasını  $49,48 \pm 5,89$  olarak yüksek ve duyarlılık puan ortalamasını  $10,46 \pm 5,43$  olarak düşük; Koç ve Esin (2014) çalışmalarında güven-yarar-sağlık motivasyonu puan ortalamasını  $48,4 \pm 5,2$  olarak yüksek ve duyarlılık puan ortalamasını  $15,1 \pm 4,3$  olarak düşük; Baysal ve Türkoğlu (2013) güven yarar sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalamasını  $42.3852 \pm 9.02$  olarak yüksek ve duyarlılık puan ortalamasını  $12.6963 \pm 4.35$  olarak düşük bulmuştur. Çalışmamızın sağlık inanç düzeyi ile ilgili alt boyut puan ortalamaları literatürle benzerlik göstermekle birlikte güven yarar sağlık motivasyonu puan ortalamasının diğer çalışmalara kıyasla daha yüksek olduğu ve duyarlılık puan ortalamasının Çetin'in (2019) çalışması ile benzer, diğer çalışma sonuçlarından ise daha düşük olduğu görülmüştür (Çetin, 2019; Koçak, 2018; Öztaş ve diğerleri, 2018; Koç ve Esin, 2014; Baysal ve Türkoğlu, 2013). Çalışmaya katılan erkek tarım işçilerinin gelecekte KRK taramasına katılma düşüncesinin güven yarar sağlık motivasyonu puanından etkilendiği saptanmıştır. Literatür taramasında gelecekte bağırsak kanseri taramasına katılmayı düşünme ile sağlık inanç düzeyinin ilişkisinin bağlantısını sorgulayan çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışmamızın bu iki değişken arasındaki ilişkiyi bulmuş olması güçlü yanıdır. Araştırmaya katılan erkek tarım işçilerinin yaş, gelir

düzeyi, kronik hastalık varlığı, dışkılama alışkanlığı, karın ağrısı, kilo kaybı yaşama, bulantı kusma varlığı, arkadaş-komşu gibi yakın çevredeki bireyler ve yakın akrabada KRK bulunma durumu, meyve tüketme durumu, bağırsak kanseri taramalarında hangi testlerin yapıldığını bilme ve günlük en az otuz dakika ya da haftalık en az üç saat yürüyüş yapma ile sağlık inanç düzeyi arasında ilişki bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda sağlık inanç modeli alt boyut puanı olan güven yarar sağlık motivasyonu puanı ile sigara kullanma durumu, kullanılan paket sayısı ve alkol kullanma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Sağlık inanç düzeyinin yaş değişkeninden etkilenmediği literatürdeki diğer çalışmalarda gözlemlenmiştir (Türk, 2015; Taştan ve diğerleri, 2012; Nar, 2010). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık inanç düzeyinin ilişkili olduğu bilinmektedir. Çalışmamıza paralel olarak Yılmaz ve arkadaşları da (2016) egzersiz yapmanın güven yarar sağlık motivasyonu puanını olumlu yönde arttırdığını bulmuştur, fakat çalışmamızdan farklı olarak duyarlılık algısının alkol kullanma durumu ile ilişkili olduğunu ayrıca sigara içme ile sağlık inanç düzeyinin ilişkili olmadığını bulmuştur. Bu çalışmada hem sigara kullanma durumu hem de alkol kullanma durumu güven yarar sağlık motivasyonu alt boyut puanları ile ilişkili bulunmuştur. Yakın akrabalarında KRK bulunan erkek tarım işçilerinin duyarlılık puanları yakın akrabalarında KRK bulunmayan erkek tarım işçilerinin duyarlılık puanlarından yüksek bulunmuştur ve literatürü desteklemektedir (Türk, 2015; Courtney ve ark, 2011)

Son beş sene içinde Flexiblesigmoidoskopi, ÇKBE gibi kolorektal kanser ile ilgili test yaptıranların sağlık inanç düzeyi duyarlılık ve güven-yarar-sağlık motivasyonu puanları ilgili testleri yaptırmayanların duyarlılık ve güven-yarar-sağlık motivasyonu puanlarından yüksek olduğu görülmüştür. Son bir sene içerisinde GGKT yaptıranların ve son 10 yıl içerisinde kolonoskopi yaptıranların güven-yarar-sağlık motivasyonu puanları ilgili tarama testlerini yaptırmayanların güven-yarar-sağlık motivasyonu puanlarından daha yüksek bulunmuştur Çalışmamıza benzer olarak Yılmaz ve arkadaşları da (2016) duyarlılık puanları yüksek olanların daha fazla skopi yaptırdıklarını ve çalışmamızdan farklı olarak sağlık inanç modeli alt boyut puanlarının GGKT yaptırıp yaptırmama ile ilişkili olmadığını saptamıştır. Öztaş ve diğerleri (2018) duyarlılık puanının kolonoskopi yaptırma üzerine etkisi olmadığını fakat GGKT yaptırma üzerine etkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Türk (2015) çalışmasında GGKT yaptıranların yaptırmayanlara göre duyarlılık puanlarının düşük olduğunu, Genç (2019) ise GGKT yaptıranların duyarlılık puanlarının yaptırmayanlara göre yüksek olduğunu belirtmiştir. Koç ve Esin (2014) ise yürüttükleri çalışmalarında güven-yarar-sağlık motivasyonu puanının kolonoskopi yaptırma üzerine etkili fakat duyarlılık puanının etkisiz olduğunu ifade etmiştir. Azaiza ve Cohen (2008) İsrail’de 50-75 yaş aralığındaki

katılımcılarla yürüttükleri çalışmada duyarlılık ve güven-yarar-sağlık motivasyonu puanlarının KRK taramaları ile pozitif yönlü bir ilişkisi olduğunu bulmuşlardır. Bae ve arkadaşları (2014) Güney Kore’de 50 ve üstü yaşa sahip katılımcılarla yürüttükleri çalışmada duyarlılık ve güven-yarar-sağlık motivasyonu puanları ile KRK tarama testlerini yaptırma ile aralarında ilişki bulmuştur. Ben Natan ve arkadaşları (2019) İsrail’de 50-79 yaş aralığındaki bireylerle yürüttükleri çalışmada katılımcıların duyarlılık, ciddiyet, güven-yarar-sağlık motivasyonu puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki bulmuştur. Dashdebi ve arkadaşları (2016) İran’da 50 ve üstü yaşa sahip katılımcılarla gerçekleştirdikleri çalışmada güven-yarar-sağlık motivasyonu puanı ile KRK tarama programlarına katılım arasında ilişki bulmuştur. Hughes ve arkadaşları (2015) ABD’de 50-75 yaş aralığındaki katılımcılarla yürüttükleri çalışmada güven-yarar-sağlık motivasyonu ve duyarlılık puanları ile KRK tarama testlerini yaptırma arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Lin ve arkadaşları (2019), Khani Jeihooni ve arkadaşları (2017) da güven-yarar-sağlık motivasyonu ve duyarlılık puanları arasında ilişki bulmuştur. Çalışmamızın güven-yarar-sağlık motivasyonu ve duyarlılık puanları ile KRK taramalarına katılım arasında ilişki bulması literatürü destekler niteliktedir.

### **Erkek Tarım İşçilerinin KRK ve KRK Taramaları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve İlişki Faktörlerinin Tartışılması**

Çalışmamıza katılan erkek tarım işçilerinin KRK bilgi düzeyi puanı  $8,815 \pm 1,190$  olarak oldukça yüksek bulunmuştur. Ankara ilinde 50 yaşından büyük katılımcılarla yürütülen aynı bilgi düzeyi ölçeğinin kullanıldığı başka bir çalışmada katılımcıların KRK bilgi düzeyi ortalama puanı  $7.3 \pm 1.9$  olarak bulunmuştur (Acar-Vaizoğlu ve diğerleri, 2009). Ilgaz (2015) tarım işçileri ile yürüttüğü çalışmasında tarım işçilerinin ortalama toplam KRK bilgi düzeyi puanını  $7.66 \pm 1.37$  olarak, Kalkım ve arkadaşları (2014) ise İzmir ilinde yaşlı bireylerle yürüttüğü çalışmasında ortalama toplam KRK bilgi düzeyi puanını  $7.73 \pm 2.03$  olarak bulmuştur. Çalışmamıza katılan erkek tarım işçilerinin ortalama toplam KRK bilgi düzeyi puanının ortalamanın üstünde olmasından dolayı literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışmamıza katılan erkek tarım işçilerinden son iki yıl içerisinde kanser kontrolü amaçlı herhangi bir hekime başvuranların ortalama toplam KRK bilgi düzeyi puanı ( $x=9,450$ ) son iki yıl içerisinde kanser kontrolü amaçlı herhangi bir hekime başvurmayanların ortalama toplam KRK bilgi düzeyi puanından ( $x=8,746$ ) yüksek çıkmıştır. KRK bilgi düzeyinin artması ile tarama amaçlı herhangi bir hekime başvuruların arttığı söylenebilir. Çalışmamıza katılan erkek tarım işçilerinin %7.8’i ( $n=16$ ) GGKT ve kolonoskopinin, %4.4’ü ( $n=9$ ) kan tahlilinin, %1’i ( $n=2$ ) endoskopi ve patolojik testlerin KRK taramalarında kullanılan testler olduğunu ifade etmiştir. Gemalmaz ve arkadaşlarının (2015) birinci basamağa başvuran bireylerle

yürüttükleri çalışmada katılımcıların %5.7'si (n=32) kolonoskopiye ve %2.3'ü (n=13) GGKT'yi KKK taramalarında kullanılan test olarak ifade etmişlerdir. Baysal ve Türkoğlu'nun Erzurum ilinde birinci basamakta 50 yaş üstü katılımcılarla yürüttükleri çalışmada katılımcıların %89.7'si erken tanılama yöntemlerini bilmediği ortaya çıkmıştır. Çalışmamızın sonuçları literatürle benzerdir ve ülkemiz toplumunun KKK tarama testlerini ve yöntemlerini hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı dikkati çekmiştir. Çalışmamızda yer alan katılımcıların KKK bilgi düzeyi puanları ile KKK tarama testlerini yaptırmaları arasında ilişki bulunmamıştır. Taş ve arkadaşları (2019) 50-70 yaş aralığındaki bireylerle gerçekleştirdiği araştırmada KKK bilgi düzeyinin KKK taramalarına katılımı pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşmışlardır. Khani Jeihooni ve arkadaşları (2017) İran'da 50 ve üzeri yaşındaki üzeri bireylerle yürüttükleri çalışmalarında KKK bilgi düzeyinin KKK taramalarına katılımı pozitif yönde etkilediğini bulmuşlardır. Koo ve arkadaşları (2012) 50 ve üstü yaşındaki katılımcılarla gerçekleştirdikleri çok uluslu araştırmada KKK taramaları hakkındaki bilgi düzeyi ile KKK taramalarına katılım arasında ilişki bulunmuştur. Ng ve arkadaşlarının (2007) Singapur'da 50 ve üstü yaşına sahip katılımcılarla gerçekleştirdikleri çalışmada KKK bilgi düzeyi ile KKK tarama testi yaptırma arasında ilişki bulunmuştur. Taheri-Kharameh ve arkadaşlarının (2016) 50 ve üstü yaşındaki bireylerle yürüttükleri çalışmalarında da KKK bilgi düzeyi ile KKK tarama programlarına katılım arasında ilişki bulunmuştur.

### **Erkek Tarım İşçilerinin KKK Risk Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerinin Tartışılması**

Araştırmamıza katılan erkek tarım işçilerinin %63.9'unun (n=131) KKK risk düzeyi ortalamanın üzerinde ve çok üzerindedir. Bu araştırmada kullanılan Harvard kanser risk hesaplayıcısının ülkemizde yürütülen iki farklı çalışmada daha kullanıldığı literatür taraması sonucu görülmüştür (Açıkgöz ve diğerleri, 2018; Ilgaz, 2015). Ilgaz (2015) çalışmasında tarım işçilerinin yüzde seksen dokuzunun ortalamanın üstünde ve çok üstünde KKK risk düzeyine sahip olduğunu bulmuştur. Açıkgöz ve arkadaşları (2018) çalışmalarında olgu grubunda yer alan erkek tarım işçilerinin yüzde altmış sekizinin KKK risk düzeyini orta ve üzerinde; kontrol grubunun ise yüzde altmış beşinin KKK risk düzeyini orta ve üzerinde olarak bulmuştur. Sigara-alkol kullanımının ve fiziksel aktivite eksikliğinin KKK risk faktörü olduğu bilinmektedir. KKK'dan korunmak için posalı besin tüketme, sebze-meyve tüketme ve tarama testlerine katılma önerilmektedir (Öztaş, 2018; Erçolak, 2016). Çalışmamıza katılan erkek tarım işçilerinin meyve tüketme, bağırsak kanseri taramaları konusunda aile hekimi veya sağlık personelinin bilgi alma, son iki yıl içerisinde kanser kontrolü amaçlı herhangi bir hekime başvurma, sigara kullanma, alkol kullanma, günlük en az otuz dakika ya da

haftalık en az üç saat yürüyüş yapma, son on sene içerisinde kolonoskopi yaptırma, son bir sene içerisinde gaitada gizli kan testi yaptırma değişkenleri ile Harvard risk indeksi düzeyi arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan erkek tarım işçilerinin meyve tüketme ve yürüyüş yapma oranları yüksek olmasına rağmen %46,3'ünün sigara-alkol kullandığı, %78,5'inin aile hekimi veya sağlık personelinden bağırsak kanseri taramaları konusunda bilgilendirme almadıkları, %90,2'sinin son iki yıl içerisinde kanser kontrolü amaçlı herhangi bir hekime başvurmadıkları ve büyük bir çoğunluğun KRK tarama testlerine katılmadıkları görülmüştür. Risk grubunda yer alan erkek tarım işçileri için tarama testleri ve kolorektal kanserden korunmaya yönelik farkındalık eğitimleri düzenlenmesi gerektiği düşünülmüştür.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

•Erkek tarım işçilerinin %38'i (n: 78) 40-50 yaş arasında olup, %84,4'ü (n: 173) evli, %20'si (n: 41) lise ve üzeri eğitim durumuna sahip, %62,4'ü (n: 128) 1000 - 3000 TL arası aylık gelire sahip, %95,1'inin (n: 195) sağlık güvencesi var, %79,5'i (n: 163) bağırsak kanserinden nasıl korunulacağını bilmemekte, %56,1'i (n: 115) bağırsak kanseri taramalarında nereye ve % 76,1'i (n: 156) hangi doktora başvuracağını bilmemektedir.; Katılımcıların %78,5'i (n: 161) bağırsak kanseri taramaları konusunda aile hekimi veya herhangi bir sağlık personeli tarafından bilgilendirilmediğini belirtmiş, %82'sinin (n: 168) bağırsak kanseri taramalarında hangi testlerin yapıldığını bilmediği, %58'inin (n: 119) gelecekte bağırsak kanseri taramalarına katılmayı düşünmediği, %55,6'sının (n: 114) pestisit kullandığı fakat %35,6'sının (n: 73) pestisit kullanırken özel bir önlem almadığı %90,7'sinin (n: 186) son on sene içerisinde kolonoskopi ve %87,8'inin (n: 180) son bir sene içerisinde GGKT yaptırmadığı belirlenmiştir.

•Erkek tarım işçilerinin %63,9'u (n: 131) Harvard Kanser Risk İndeksine göre ortalamanın çok üstünde KRK riskine sahiptir. Erkek tarım işçileri güven-yarar-sağlık motivasyonu için  $51,620 \pm 4,856$ , duyarlılık için  $10,581 \pm 4,838$ ; KRK bilgi düzeyi için ise  $8,815 \pm 1,190$  puan ortalamalarına sahiptir.

•Erkek tarım işçilerinin gelecekte KRK taramasına katılma düşüncesi güven-yarar-sağlık motivasyonu puanından etkilenmektedir.

•Erkek tarım işçilerinin yaş, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, dışkılama alışkanlığı, karın ağrısı, kilo kaybı yaşama, bulantı kusma varlığı, arkadaş-komşu gibi yakın çevredeki bireyler ve yakın akrabada KRK bulunma durumu, meyve tüketme durumu, bağırsak kanseri taramalarında hangi testlerin yapıldığını bilme, sigara kullanma durumu ve kullanılan paket sayısı, alkol kullanma durumu ve günlük en az otuz dakika ya da haftalık en az üç saat yürüyüş yapma durumları ile sağlık inanç düzeyi arasında ilişki olduğu saptanmıştır

•Erkek tarım işçilerinden son beş sene içerisinde Flexiblesigmoidoskopi, ÇKBE gibi kolorektal kanser ile ilgili test yaptıranların sağlık inanç düzeyi duyarlılık ve güven yarar sağlık motivasyonu alt boyut puanları, ilgili testleri yaptırmayanların duyarlılık puanlarından yüksek olduğu tespit edilmiştir.

•Erkek tarım işçilerinin meyve tüketme, bağırsak kanseri taramaları konusunda aile hekimi veya sağlık personelinin bilgi alma, son iki yıl içerisinde kanser kontrolü amaçlı herhangi

bir hekime başvurma, sigara kullanma, alkol kullanma, günlük en az otuz dakika ya da haftalık en az üç saat yürüyüş yapma, son on sene içerisinde kolonoskopi yaptırma, son bir sene içerisinde gaitada gizli kan testi yaptırma değişkenleri ile KKK risk düzeyi arasında ilişki olduğu bulunmuştur

## 6.2. neriler

- Yoğun olarak pestisit kullanan tarım işçisi grubunda kolorektal kanser gelişimi ile ilgili girişimsel ve analitik araştırmaların yapılması literatüre katkı sağlayabilir.
- Özellikle risk grubu olan tarım işçilerine halk sağlığı ve hemşireliği faaliyetleri kapsamında rehberler geliştirilerek eğitimler düzenlenebilir ve sahada risk gruplarına ilişkin tarama programları ile Őhneliler tespit edilerek ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilebilir.
- Risk grubundaki bireylerin kolorektal kanser taramalarına ilişkin sağlık inançları belirlenerek geliştirilmesi ya da düzeltilmesi gereken inançlar eğitim ve bilinçlendirme kampanyaları ile değiştirilebilir.
- Halk sağlığı hemşireleri bu bireylerin bilinçlenmesinde kitle iletişim araçlarını kullanmalı ve Tarım İl Müdürlükleri ile işbirliği içinde olmalıdır.

## KAYNAKLAR

Abraham, C., Sheeran, P. (2007). The health belief model. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, et al. (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 97-102). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511543579.022

Acar Vaizoğlu, S., Turhan, T., Temel, F., Bolat, Ö., Baydar, O., Bacanlı, A., Asarcıklı, F., Güler, Ç.. (2010). Birinci basamakta 50 yaş ve üzeri bireylerde kolorektal kanser ile ilişkili olabilecek bazı faktörlerin ve gaitada gizli kan tetkikine uyumun değerlendirilmesi, *Turkish Journal of Geriatrics*, 13(2):79-86.

Açıkgöz, A., Çımrın, D., Ergöir G. (2018). Meme, Prostat, Kolorektal ve Akciğer Kanserlerinde Çevresel Risk Faktörleri ve Risk Düzeylerinin Belirlenmesi: Olgu-Kontrol Çalışması. *Cukurova Medical Journal*, 43: 411-421

Adelstein, BA., Macaskill, P., Chan, S. F., Katelaris, P. H., Irwig, L. (2011). Most Bowel Cancer Symptoms Do Not İndicate Colorectal Cancer and Polyps: A Systematic Review. *BMC gastroenterology*, 11(1), 65,1-10.

Akay, S., Akay, H., Yeşil, M. (2012) Fatal Rectal Perforation Following Double Contrast Barium Enema. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 3, 113-115.

Akınoglu, A., Haznedar, HM. (2004). Gastrointestinal Kanal Kanseri. Sağlık, Y (Eds), *Harrison İç Hastalıkları Prensipleri 15th ed* (581-584). Nobel Tıp Kitapevleri.

Alavanja, M. C., Hoppin, J. A., Kamel, F. (2004). Health effects of chronic pesticide exposure: cancer and neurotoxicity. *Annu. Rev. Public Health*, 25, 155-197.

Almadi, M. A., Mosli, M. H., Bohlega, M. S., et al. (2015). Effect of public knowledge, attitudes, and behavior on willingness to undergo colorectal cancer screening using the health belief model. *Saudi J. Gastroenterol.* 21 (2), 71–77.

Altıkat, A., Turan, T., Torun, FE., Bingül, Z. (2009). Türkiye’de pestisit kullanımı ve çevreye olan etkileri. *Atatürk Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 40(2), 87-92.

Altun, H. (2019). Kolorektal Kanser Tanısı Alan Hastaların Kanseri Taraması Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Bursa.

American Cancer Society (ACS). (2011). Global cancer facts and figures 2011-2013. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-028312.pdf> Erişim tarihi: 10.10.2020.

American Cancer Society (ACS). (2020). Colorectal Cancer Facts & Figures 2020-2022. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2020-2022.pdf> Erişim Tarihi: 09.08.2020.

Andreotti, G., Hou, L., Beane Freeman, L. E., Mahajan, R., Koutros, S., Coble, J., Alavanja, M. (2010). Body mass index, agricultural pesticide use, and cancer incidence in the Agricultural Health Study cohort. *Cancer Causes & Control*, 21(11), 1759–1775

Anne, BB., Clive, A., (2007). Colorectal cancer. Clinical review. *BMJ*, 335: 715-8.

Astin, M., Griffin, T., Neal R. D., Rose, P., Hamilton, W., (2011). The diagnostic value of symptoms for colorectal cancer in primary care: a systematic review. *Br J GenPract*; 61(586): s. 231-43.

Atabilen, B., Akbulut, G. (2019). Kolorektal Kanser Oluşumunda Farklı Mekanizmalar ve Beslenmenin Rolü. *Türkiye Klinikleri. Tıp Bilimleri Dergisi*, 39(1), 89-107.

Aydınlı, S. M. (2011). Kolorektal Kanser Tanısı Alan Hastaların Koruyucu Hekimlik Açısından Durumları ve Tanı Sürecinin Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Azaiza, F., Cohen, M. (2008). Colorectal cancer screening, intentions, and predictors in Jewish and Arab Israelis: a population-based study. *Health Educ. Behav.* 35 (4), 478–493.

Bae, N., Park, S., Lim, S. (2014). Factors associated with adherence to fecal occult blood testing for colorectal cancer screening among adults in the Republic of Korea. *Eur. J. Oncol. Nurs.* 18 (1), 72–77.

Baltaş, Z. Sağlık Psikolojisi. Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. 2000; İstanbul, Remzi Kitapevi.

Baysal, H. Y., Türkoğlu, N. (2013). Birinci basamağa başvuran bireylerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının ve kolorektal kanser ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *International Journal of Human Sciences*, 10(1), 1238-1250.

Bazensky, I., Shoobridge-Moran, C., Yoder, LH. (2007). Colorectal Cancer: An overview of the epidemiology, risk factors, symptoms, and screening guidelines. *Medsurg Nursing*, 16(1):46-51.

Ben Natan, M., Abu Husayn, A., Haj Muhamad, R. (2019). Intention to undergo faecal occult blood testing in an ethnic minority. *Int. J. Nurs. Pract.* 25 (2), e12721.

Bengi, G., Soytürk, M. (2013), Kolorektal Premalign ve Malign Lezyonlarda Endoskopik Tanı ve Tedavi Yöntemleri, Türkiye Klinikleri Medikal Onkoloji Dergisi Kolorektal Kanser Özel Sayı, Cilt 6, Sayı 3, Sayfa 34-39

Botteri, E, Iodice, S, Raimondi, S. (2008). Cigarette smoking and adenomatous polyps: a meta-analysis. *Gastroenterology*, 134:388-395.

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(6), 394-424.

Cancer Research UK. (2020) <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/bowel-cancer#heading-One> erişim tarihi: 20.12.2020

Champion, VL., Skinner, CS. (2008). The Health Belief Model. In: Glanz K., Rimer B.K., Viswanath K.V., eds. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass, Inc. 46-65.

Chan, AT., Giovannucci, EL. (2010) Primary prevention of colorectal cancer. *Gastroenterology*, 138(6):2029-2043.

Chao, A., Thun, M. J., Connell, C. J. (2005). Meat consumption and risk of colorectal cancer. *JAMA*, 293:172-182.

Clemen-Stone, S., Mcguire Sandra, L., Eigsti Diane, G. (2002). *Comprehensive Health Nursing Family Aggregate and Community Practice*. Sixth Edition. By Mostby:386-387 Constanza, M., Stoddard, A., Luckmann, R., White, M., Avrunin

Colditz, G. A., Atwood, K. A., Emmons, K., Monson, R. R., Willett, W. C., Trichopoulos, D., Hunter, D. J. (2000). Harvard report on cancer prevention volume 4: Harvard Cancer Risk Index. *Cancer Causes and Control*. <https://doi.org/10.1023/A:1008984432272>

Cross, A. J., Ferrucci, L. M., Risch, A, Graubard, B. I., Ward, M. H., Park, Y., Hollenbeck, A. R., Schatzkin, A., Sinha, R. (2010). A large prospective study of meat consumption and colorectal cancer risk: an investigation of potential mechanisms underlying this association. *Cancer Res.*, 70 (6):2406-2414.

Çelik, İ. (2003). Kanserde Tarama Testleri: Kime ve Ne Zaman?, *Türkiye Tıp Dergisi*, 10(2): 71-78

Çetin, H. (2019). Erişkin Bireylerin Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Düzeyleri ve Tarama Programına Katılım Durumları. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya..

Çürük, G., Yüceler Kaçmaz, H . (2017). Kolorektal Kanserden Korunma ve Hemşirenin Sorumlulukları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6 (4), 224-233.

Dashdebi, K.G., Noroozi, A., Tahmasebi, R. (2016). Factors predicting fecal occult blood testing among residents of Bushehr, Iran, based on the health belief model. Asian Pac. J. Cancer Prev. 17 (sup3), 17–22.

Delen, N., Durmuşoğlu, E., Güncan, A., Güngör, N., Turgut, C., Burçak, A. (2005, 3-7 Ocak) Türkiye’de Pestisit Kullanımı, Kalıntı ve Organizmalarda Duyarlılık Azalışı Sorunları. Türkiye Ziraat Mühendisliği VI. Teknik Kongresi, Ankara, 629–648.

Dobrucalı, A. (2003). Kolorektal kanserde sınıflama ve etyopatogenez. Kolon, rektum ve anorektal bölge hastalıkları. İstanbul: Tasarım yayıncılık, 1.Baskı, s:395-412.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesel Ofisi, (2012). <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2012/2/early-detection-of-common-cancers/colorectal-cancer> erişim tarihi 20.11.2020.

ERÇOLAK, V. (2016). Kolorektal Kanselerde Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. Klinik Tıp Aile Hekimliği, 8(1), 11-15.

Ertürk, S. (2010). Kolorektal Kanseler: Epidemiyoloji, Etiyolojide Rol Oynayan Etkenler, Tarama ve Kemoprevansiyon. Bölüm 1. İçinde (s: 15-30): Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C (editörler). Kolon ve Rektum Kanseri, İstanbul: Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği.

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. International Journal of Cancer, 136(5), E359–E386 . doi:10.1002/ijc.29210

Garcia-Albeniz, X., Chan, A. T. (2011). Aspirin for the prevention of colorectal cancer. Best practice & research. Clinical gastroenterology, 25(4-5), 461–472. <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2011.10.015>

Gemalmaz, A., Akçan, A., Üner, B. A., Dişçigil, G., Aydın, M., Şahin, N. Ş., Demirağ, S. (2015). Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 19(1), 37-48.

Genç, Z., Baysal, H. Y. (2020). Birinci Basamağa Başvuran Bireylerin Kolorektal Kansere Yönelik Sağlık İnançlarının Gaitada Gizli Kan Testi Yaptırma Durumlarına Etkisi. Sağlık ve Toplum, 30(2), 90 - 97.

Genç, Z. (2019). Birinci Basamağa Başvuran Bireylerin Kolorektal Kansere Yönelik Sağlık İnançlarının Gaitada Gizli Kan Testi Yaptırma Durumlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum.

George, D., Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson

Giovannucci, E. (2001). An updated review of the epidemiological evidence that cigarette smoking increases risk of colorectal cancer. *Cancer Epidemiol Biomark Prev*, 10: 725-731.

Glanz, K., Rimer, B.K., Viswanath, K. (2008). Health behavior and health education theory, research, and practice. (Ed. Orleans, T.). 4 th Edition, Jossey Bass, 45-62

Gönen, Ö. (2004) Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi, Kolorektal Özel Sayısı. Türkiye Klinikleri Journal of Surgery, 9(1):11-14.

Gözüm, S, Çapık, C. (2014). Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber; Sağlık İnanç Modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7, 230-237.

Gray, N. M., Hall S. J., Browne, S., Macleod, U., Mitchell, E., Lee, A. J., Johnston, M., Wyke, S., Samuel, L., Weller, D., et al (2011). Modifiable and fixed factors predicting quality of life in people with colorectal cancer. *British journal of cancer*, 104(11):1697-1703

Groot, M. J., Van't Hooft, K. E. (2016). The Hidden Effects of Dairy Farming on Public and Environmental Health in The Netherlands, India, Ethiopia, and Uganda, Considering The Use of Antibiotics and Other AgroChemicals. *Frontiers in Public Health*, 4, 12.

Grube, A., Donaldson, D., Kiely, T., Wu, L. (2011). Pesticides industry sales and usage. US EPA, Washington, DC. Erişim: [https://swap.stanford.edu/20140417081610/http://www.epa.gov/opp00001/pestsales/07pestsales/market\\_estimates2007.pdf](https://swap.stanford.edu/20140417081610/http://www.epa.gov/opp00001/pestsales/07pestsales/market_estimates2007.pdf) Erişim Tarihi: 05.10.2020.

Güvenç, G., Seven, M., Kılıç, A., Akyüz, A., Akcan, G. (2012). Breast, Cervical and Colorectal Cancer Screening Status of A Group Of Turkish Women, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(9):4273-4279.

Haggar, F. A., Boushey, R. P. (2009). Colorectal cancer epidemiology: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Clin Colon Rectal Surg.*, 22(4):191-197. doi:10.1055/s-0029-1242458

Halk Sağlığı Hemşireliği Derneği, 2020. <http://www.halkhemder.org.tr> erişim tarihi 20.11.2020

Hayden, J. (2009). Health belief model. introduction to health behavior theory. Canada. Jones and Barlett Publishers.

He, L., Gao, S., Tao, S., Li, W., Du, J., Ji, Y., Wang, Y. (2019). Factors Associated With Colonoscopy Compliance Based on Health Belief Model in a Community-Based Colorectal Cancer Screening Program Shanghai, China. *International Quarterly of Community Health Education*, 0272684X19897356.

Honda, K., Gorin, S. (2005). Modeling pathways to effective barriers on colorectal cancer screening among Japanese American. *J Behav Med*, 28:3661-6. <https://dx.doi.org/10.1007/s10865-005-3661-6>

Howlader, N., Noone, A. M., Krapcho, M., et al. (eds) (2012) SEER cancer statistics review, 1975–2009 (Vintage 2009 Populations). National Cancer Institute, Bethesda, MD. [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2009\\_pops09/](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2009_pops09/) Erişim tarihi: 30.09.2020.

Hu, R., Huang, X., Huang, J., Li, Y., Zhang, C., Yin, Y., Cui, F. (2015). Long-and short-term health effects of pesticide exposure: a cohort study from China. *PloS one*, 10(6), e0128766.

Hughes, A. G., Watanabe-Galloway, S., Schnell, P., Soliman, A. S. (2015). Rural–urban differences in colorectal cancer screening barriers in Nebraska. *J. Community Health* 40 (6), 1065–1074.

Ilgaz, A. (2015). Tarımda Çalışan Bireylerin Kolorektal Kanser (KRK) Risk Düzeyleri, KRK Taramalarına Katılım Oranları Ve Taramaya Katılmayı Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.

Jacobs, L. (2002). Health beliefs of first-degree relatives of individuals with colorectal cancer and participation in health maintenance visits: a population-based survey. *Cancer Nurs*, 25(4): 251-65.

James, A. S., Campbell, M. K., Hudson, M. A. (2002). Perceived barriers and benefits to colon cancer screening among African Americans in North Carolina: how does perception relate to screening behavior? *Cancer Epidemiol* 2002; 11(4):529-34.

James, AS., Daley, C. M., Greiner, K. A. (2011). Knowledge and attitudes about colon cancer screening among African Americans. *American journal of health behavior*, 35(4), 393–401. <https://doi.org/10.5993/ajhb.35.4.2>

Jemal, A., Siegel, R., XU, J., Ward, E. (2011). Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*, 61:69–90.



Johnson, C. M., Wei, C., Ensor, J. E., Smolenski, D. J., Amos, C. I., Levin, B., Berry, D. A. (2013). Meta-analyses of colorectal cancer risk factors. *Cancer causes & control : CCC*, 24(6), 1207–1222. <https://doi.org/10.1007/s10552-013-0201-5>

Joseph, D. A., King, J. B., Miller, J. W., Richardson, L. C., Centers for Disease Control. (2012). Prevalence of colorectal cancer screening among adults--Behavioral Risk Factor Surveillance System, United States, 2010. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*.

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

Kang, D., Park, S. K., Beane-Freeman, L., Lynch, C. F., Knott, C. E., Sandler, D. P., Hoppin, J. A., Dosemeci, M., Coble, J., Lubin, J., Blair, A., Alavanja, M. (2008). Cancer incidence among pesticide applicators exposed to trifluralin in the Agricultural Health Study. *Environ Res* 107:271–276

Kang, D., Park, S. K., Beane-Freeman, L., Lynch, C. F., Knott, C. E., Sandler, D. P., Hoppin, J. A., Dosemeci, M., Coble, J., Lubin, J., Blair, A., Alavanja, M. (2008). Cancer incidence among pesticide applicators exposed to trifluralin in the Agricultural Health Study. *Environ Res* 107:271–276

Kara, F., İlter, H., Keskinçılıç, B. (2019). Türkiye kanser istatistikleri 2016. *Halk Sağlığı Genel Müd. Sağlık Bakanlığı*.

Kara, F., İlter, H., Keskinçılıç, B. (2018). Türkiye kanser istatistikleri 2015. *Halk Sağlığı Genel Müd. Sağlık Bakanlığı*.

Karahalios, A., English, D. R., Simpson, J. A. (2015). Weight change and risk of colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol*, 181:832.

Karahasanoglu, T., (2001, 11-12 Ocak), Kolorektal Kanserler: Tanı ve Cerrahi Tedavi, İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu, İstanbul, s. 271-279

Karataş Baran, G., (2014). Elli Yaş ve Üzeri Kadınların Kolorektal Kansere Yönelik Farkındalık Durumları ve Kolorektal Kansere Risk Faktörlerinin İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi*.

Kaymak, S., Özdem, A., Karahan, A., Özercan, B., Aksu, P., Aydar, A., ve Erdoğan, P. (2017). Ülkemizde zirai mücadele girdilerinin değerlendirilmesi. *TC Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı Tarımsal Araştırmalar ve Politikalar Genel Müdürlüğü*, 7.

Kaymak, S., Serim, A. T. (2015). Pestisit Sektöründe Araştırma ve Geliştirme, Meyve Bilimi, 2 (1): 27-34.

Keskinkılıç, B., Gültekin, M., Karaca, A. S., Öztürk, C., Boztaş, G., Karaca, M., Dündar, S. (2016). Türkiye kanser kontrol programı. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın, (987), 18-49.

Khani, Jaihooni., A., Kashfi, S. M., Shokri, A., Kashfi, S. H., Karimi, S. (2017). Investigating factors associated with FOBT screening for colorectal cancer based on the components of health belief model and social support. Asian Pac. J. Cancer Prevention 18 (8), 2163–2169.

Kim, D. J., Rockhill, B., Colditz, G. A. (2004). Validation of the Harvard Cancer Risk Index: a prediction tool for individual cancer risk, Journal of Clinical Epidemiology, 57(4):332-40.

Kim, K. H., Kabir, E., Jahan, S. A. (2017). Exposure to pesticides and the associated human health effects. Science of the Total Environment, 575, 525-535.

Koç, Ş., Esin, M. N. (2014) Screening Behaviors, Health Beliefs, and Related Factors of First-Degree Relatives of Colorectal Cancer Patients With Ongoing Treatment in Turkey. Cancer Nursing, 37(6):51-60

Koçak, A. A. (2018). Öğretmenlerin Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnançları. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Muğla.

Koo, J. H., Leong, R. W. L., Ching, J., et al. (2012). Knowledge of, attitudes toward, and barriers to participation of colorectal cancer screening tests in the Asia-Pacific region: a multicenter study. Gastrointest. Endosc. 76 (1), 126–135.

Koo, J. H., Leong, R. W., Ching, J., Yeoh, K., Wu, D., Murdani, A., et al. (2012). Knowledge of, attitudes toward, and barriers to participation of colorectal cancer screening tests in the Asia-Pacific region: a multicenter study. Gastrointest Endosc., 76:126-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2012.03.168>.

Koutros, S., Lynch, C. F., Ma, X., Lee, W. J., Hoppin, J. A., Christensen, C. H., Andreotti, G., Freeman, L.B., Rusiecki, J. A., Hou, L., Sandler, D. P., Alavanja, M. C. (2009). Heterocyclic aromatic amine pesticide use and human cancer risk: results from the US Agricultural Health Study. Int J Cancer 124:1206–1212

Kronbarg, O., Fenger, C., Olsen, J., Jargensen, O. D., Sondergaard, O. (1996). Randomized study of screening for colorectal cancer with fecal occult-blood test. *Lancet*, 348(9040): 1467-71.

Kuşakçıoğlu, Ö. (2003). *Kolorektal Kanser Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s.1-27.

Lapinsky, E., Man, L.C., MacKenzie, A.R. (2019). Health-Related Quality of Life in Older Adults with Colorectal Cancer. *Current oncology reports*, 21(9), 81.

Lee, W. J., Sandler, D. P., Blair, A., Samanic, C., Cross, A. J., Alavanja, M. C. R. (2007). Pesticide use and colorectal cancer risk in the agricultural health study. *International Journal of Cancer*, 121(2), 339–346.

Lerro, C.C., Koutros, S., Andreotti, G., Hines, C.J., Blair, A., Lubin, J., ... Beane Freeman, L.E. (2015). Use of acetochlor and cancer incidence in the Agricultural Health Study. *International Journal of Cancer*, 137(5), 1167–1175.

Lin, T.Y., Chuang, S.T., Huang, S.F., Hsu, H.P., Lu, L.T., Guo, J.L. (2019). Likelihood of a fecal occult blood test uptake among older adults: comparisons between health professionals and healthcare volunteers based on the health belief model. *BMC Geriatr*. 19 (1), 51.

Lushchak, V.I., Matviishyn, T.M., Husak, V.V., Storey, J.M., Storey, K.B. (2018). Pesticide toxicity: a mechanistic approach. *EXCLI journal*, 17, 1101.

Mandel, J.S., Bond, J.H., Church, T.R., Snover, D.C., Brodley, G.M., Schuman, L.M., Ederer, F. (1993). Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. *N Engl J Med*, 328(19): 1365-71.

Mandel, J.S., Church, T.R., Ederer, F., Bond, J.H. (1999). Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst*, 91(5): 434-7.

Mármol, I., Sánchez-de-Diego, C., Pradilla Dieste, A., Cerrada, E., Rodríguez Yoldi, M.J. (2017). Colorectal Carcinoma: A General Overview and Future Perspectives in Colorectal Cancer. *International journal of molecular sciences*, 18(1), 197. <https://doi.org/10.3390/ijms18010197>

Martin, F.L., Martinez, E.Z., Stopper, H., Garcia, S.B., Uyemura, S.A., Kannen, V. (2018). Increased exposure to pesticides and colon cancer: Early evidence in Brazil. *Chemosphere*, 209, 623–631.

Martinez, M.E., Willett, W.C. (1998). Calcium, vitamin D, and colorectal cancer: a review of the epidemiologic evidence. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 7(2), 163-168.

Meissner, H.I, Breen, N., Klabunde, C.N., Vernon, S.W. (2006). Patterns of colorectal cancer screening uptake among men and women in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 15:389-394.

Menon, U., Szalacha, L., Prabhugate, A., Kue, J. (2014). Correlates of colorectal cancer screening among South Asian immigrants in the United States. *Cancer Nurs*, 37(1): E19-E27. <http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0b013e31828db95e>.

Mostafalou, S., Abdollahi, M. (2017). Pesticides: an update of human exposure and toxicity. *Archives of toxicology*, 91(2), 549-599.

Murphy, G., Devesa, S. S., Cross, A. J., Inskip, P. D., McGlynn, K.A., Cook, M.B. (2011). Sex disparities in colorectal cancer incidence by anatomic subsite, race and age. *Int J Cancer*, 128:1668-1675

Nahcivan, N. Ö., Seçginli, S. (2003). Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7: 33- 38

Nar, Ş. (2010) *Kolorektal Kanserli Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Hastalıkla İlgili İnançları*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

National Cancer Institute (NCI). (2019). <https://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-screening-pdq> erişim tarihi 28.02.2021

National Cancer Institute (NCI) (2016). Tests to Detect Colorectal Cancer and Polyps. <http://www.cancer.gov/cancertopics/types/colorectal/screening-fact-sheet> (Erişim Tarihi: 30.02.2021).

National Cancer Institute [NCI]. (2020). <https://www.cancer.gov/types/colorectal> Erişim tarihi: 08.12.2020

Navarro, I., de la Torre, A., Sanz, P., Arjol, M. A., Fernández, J., Martínez, MA. (2019). Organochlorine pesticides air monitoring near a historical lindane production site in Spain. *Science of the total environment*, 670, 1001-1007.

Ng, E.S.T., Tan, C.H., Teo, D.C.L., Seah, C.Y.E., Phua, K.H. (2007). Knowledge and perceptions regarding colorectal cancer screening among Chinese—a community-based survey in Singapore. *Prev. Med.* 45 (5), 332–335.

Okutur, S.K. (2015). İki Eski Dost: Diyabet ve Kanser. Okmeydanı Tıp Dergisi, 31(Ek sayı):23-32.

Omran, S., Ismail, A.A. (2010). Knowledge and beliefs of Jordanians toward colorectal cancer screening. Cancer Nurs, 33(2):141-8. <https://dx.doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181b823f3>.

Özsoy, S., Ardahan, M., Özmen, D. (2007). Reliability and Validity of the Colorectal Cancer Screening Belief Scale in Turkey. Cancer Nursing, 30(2):139-145.

Öztaş, B., İyigün, E., Taştan, S., Can, M.F., Öztaş, M. (2018). Determination of Cancer Risk Perceptions and Health Beliefs of First-Degree Relatives of Patients Who Were Operated with Colorectal Cancer Diagnosis. Türk Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi, 28(2), 80 - 87. Doi: 10.4274/tjcd.01069

Palüzar, H. (2013). Pestisitlerin Vücut Savunma Sistemi Enzimleri Üzerine Etkilerinin İn Vitro İncelenmesi. Doktora Tezi, Trakya Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Edirne

Pan, L.H., Tsai, Y.F. (2012). Quality of life in colorectal cancer patients with diarrhoea after surgery: a longitudinal study. Journal of clinical nursing, 21(156):2357-2366

Pancar, N. (2020). Pınarhisar'da 50 Yaş ve Üzeri Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlığının Kolorektal Kansere Tarama Davranışlarıyla İlişkisi. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli.

Pender, N.J. (1987). Health promotion in nursing practice. (2nd ed.). Norwalk, CT:Appleton&Lange, 70-82.

Pirinççi, S., Benli, C., Okyay, P. (2015). Üçüncü basamak sağlık merkezine başvuranlarda kolorektal kanser tarama programı farkındalık çalışması. TAF Prev Med Bull, 14(3), 209-214.

Pretty, J., Bharucha, Z.P. (2015). Integrated Pest Management for Sustainable Intensification of Agriculture in Asia and Africa, Insects, 6 (1):152-182.

Qaim, M., De Janvry, A. (2005). Bt cotton and pesticide use in Argentina: economic and environmental effects. Environment and Development Economics, 179-200.

Remzi, F.H., Öncel, M., (2006) Kolon Kanserinde Tarama ve Takip, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, cilt 17, sayı 1, sayfa:50-57

Salimzadeh, H., Delavari, A., Montazeri, A., Mirzazadeh, A. (2012). Knowledge and practice of Iranians toward colorectal cancer, and barriers to screening. Int J Prev Med; 3:29-35

Schreuders, E.H., Ruco, A., Rabeneck, L., Schoen, R.E., Sung, J.J., Young, G.P., Kuipers, E.J. (2015). Colorectal cancer screening: a global overview of existing programmes. *Gut*, 64(10), 1637-1649.

Siegel, R.L., Miller, K.D., Goding Sauer, A., Fedewa, S.A., Butterly, L.F., Anderson, J.C., Jemal, A. (2020). Colorectal cancer statistics, 2020. *CA: a cancer journal for clinicians*, 1-20.

Siegel, R.L., Miller, K.D., Jemal, A. (2020). Cancer statistics, 2020. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 70(1), 7-30.

Siegel, R.L., Miller, K.D., Jemal, A. (2019). Cancer statistics. *CA: a cancer journal for clinicians*, 69(1), 7-34.

Smith, R.A, Brooks, D., Cokkinides, V., Saslow, D., Brawley, O.W. (2013). Cancer Screening in the United States, 2013 : A review of current American Cancer Society guidelines, current issues in cancer screening, and new guidance on cervical cancer screening and lung cancer screening. *CA Cancer J Clin*, 63(2):88–105. <https://dx.doi.org/10.3322/caac.21174>.

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R.L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., Bray, F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021 Feb 4. doi: 10.3322/caac.21660. Epub ahead of print. PMID: 33538338.

Şahin, N.Ş., Üner, B.A., Aydın, M., Akçan, A., Gemalmaz, A., Dişçigil, G., Demirağ, S., Başak, O. (2015). Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 19(1), 37-48.

Şencan, İ., Keskinçilç, B. (2017). Türkiye kanser istatistikleri. Ankara, TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.

T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı. (2020). <https://cevreselgostergeler.csb.gov.tr/tarim-ilaci-pestisit-kullanimi-i-85834> erişim tarihi 20.11.2020

T.C. Resmi Gazete. (2011). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> erişim tarihi 04.04.2021

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2020). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/kalin-bagirsak-kanseri-kolorektal-kanser.html> erişim tarihi 07.12.2020

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık istatistikleri Yıllığı. (2020). “2017 Mortalite” <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 06.12.2020.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/345,hemsirelik-yonetmeligidoc.doc?0> erişim tarihi 20.12.2020

Tabachnick and Fidell, 2013 B.G. Tabachnick, L.S. Fidell Using Multivariate Statistics (sixth ed.)Pearson, Boston (2013)

Taha, H., Al-Jaghbeer, M., Al Sabbagh, M., Al Omari, L., Berggren, V. (2019). Knowledge and Practices of Colorectal Cancer Early Detection Examinations in Jordan: A Cross Sectional Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 20(3), 831-838. doi: 10.31557/APJCP.2019.20.3.831

Taheri-Kharameh, Z., Noorzadeh, F., Sangy, S., Zamanian, H., Shouri-Bidgoli, A.R., Oveisi, H. (2016). Factors associated with adherence to colorectal cancer screening among moderate risk individuals in Iran. *Asian Pac. J. Cancer Prev.* 16 (18), 8371–8375.

Taiwo, A.M. (2019). A review of environmental and health effects of organochlorine pesticide residues in Africa. *Chemosphere*, 220, 1126-1140.

Taş, F., Kocaöz, S., Çirpan, R. (2019). The effect of knowledge and health beliefs about colorectal cancer on screening behaviour. *J Clin Nurs.* 2019 Dec;28(23-24):4471-4477. doi: 10.1111/jocn.15032. Epub 2019 Sep 5. PMID: 31410923.

Taşkın, C., Dağhan, Ş., Kalkım, A. (2015). Yaşlı bireylerin kolorektal kanserin riskleri ve erken tanısına yönelik bilgi düzeylerinin ve bu kanserle ilişkili risklerinin incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 88-93.

Taştan, S., Andsoy, II., Iyigun, E. (2013). Evaluation of the knowledge, behavior and health beliefs of individuals over 50 regarding colorectal cancer screening. *Asian Pac J Cancer Prev*, 14:5157-5163.

Tatlı, Ö., (2006). Ege bölgesine özgü bazı yaş meyve, sebze ve kurutulmuş gıda ürünlerinde pestisit kalıntı düzeylerinin tespiti. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Adana.

TÜİK, 2020. Türkiye’de Pestisit Kullanım Miktarları. <http://www.tuik.gov.tr> (Erişim tarihi: 21.02.2021)

Türk, Seher. (2015). Kolon Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutumların Sağlık İnanç Modeline Temellendirilerek İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri GM Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. (2008). Obezite ve Kansere. Ankara: Klasmat Matbaacılık.

Voelker, R. (2000). Quick uptakes: online risk assessment expands. JAMA, 284(4), 430.

World Cancer Research Fund International. (2020). <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/colorectal-cancer-statistics> 20.2.2020

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(2), 186-195.

Yalçınöz Baysal, H., Türkoğlu, N. (2013). Birinci basamağa başvuran bireylerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının ve kolorektal kanser ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi. International Journal of Human Sciences, 10:1238-1250

Yar, G., (2007), 45 Yaş ve Altı Kolorektal Kansere Retrospektif Değerlendirmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Yıldırım, E. (2008). Tarımsal Zararlılarla Mücadele Yöntemleri ve Kullanılan İlaçlar. Atatürk Üniv. Ziraat Fak. Yayınları, No:219, Erzurum, 350 s

Yılmaz, M., Dereli, F., Yelten, G. (2016). Elli Yaş ve Üzerindeki Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık İnançlarının Kolon Kansere İlişkin Tarama Davranışlarına Etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 13(3), 226 - 234.

Yıldırım, N. / (2018). Obezite ve Kansere. Fırat Tıp Dergisi, 23: (Özel Sayı) 61-67

Zhang, W. (2018). Global pesticide use: Profile, trend, cost/benefit and more. Proceedings of the International Academy of Ecology, Environmental Sciences.8(1):1.

Zisman, A.L., Nickolov, A., Brand, R.E., Gorchow, A., Roy, H.K. (2006). Associations between the age at diagnosis and location of colorectal cancer and the use of alcohol and tobacco: implications for screening. Arch Intern Med, 166(6):629-634.



## EKLER

### Ek 1.Anket Formu

#### ERKEK TARIM İŞÇİLERİNİN KOLOREKTAL KANSER HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ, SAĞLIK İNANÇ DÜZEYLERİ VE KANSER RİSKİNİN BELİRLENMESİ

##### Değerli Katılımcılar;

Bu anket formu soruları erkek tarım işçilerinin bağırsak kanseri hakkında bilgi, risk ve bağırsak kanseri taramalarına inanç düzeylerini belirlemeyi planlamıştır. Bu araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten Yusuf GÜVER'e (Tel: 05079138448) uygulama sırasında veya sonrasında e-posta telefonla sorabilirsiniz. Anketi cevaplama süreniz yaklaşık olarak 30 dakikadır.

Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederim.

Yusuf GÜVER

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

#### A-SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER SORU FORMU

1.)Yaşınız? .....

2.)Medeni durumunuz nedir?

A. Evli ( ) B. Bekar ( )

3.)Eğitim durumunuz nedir?

A. Okur-yazar değil ( ) B. İlkokul ( ) C. Ortaokul ( )

D. Lise( ) E. Üniversite ( )

4.)Sağlık güvenceniz var mı?

A. Var ( ) B. Yok ( )

5.)Gelir durumunuz nedir?

A.Gelirim giderimden az ( ) B.Gelirim giderime denk ( ) C.Gelirim giderimden fazla( )

6.)Geliriniz TL cinsinden nedir?

A. 1000 TL'den az ( ) B.1000 TL-3000 TL arası ( )C.3001 TL ve üzeri ( )

7.)Şeker, tansiyon vb. gibi kronik bir hastalığınız var mı?

A. Var (.....) B. Yok ( )

8.)Sağlığınıza nasıl algılıyorsunuz?

A. Çok iyi ( ) B. İyi ( ) C.Orta ( ) D. Kötü ( ) E. Çok kötü ( )

9.) Dışkılama alışkanlığınız nasıl?

A. Günde 1 kez ( )  
B. 2-3 günde 1 kez ( )  
C. 7 gün ve daha uzun sürede bir kez (Kabızlık) ( )  
D. Günde 3 kez ve daha fazla (ishal) ( )

10.) Aralıklarla gelen karın ağrınız oldu mu?

A. Evet ( ) B. Hayır ( )

11.) Dışkıınızda kan gördünüz mü?

A. Evet ( ) B. Hayır ( )

12.) Son bir sene ya da 6 ay içinde hiçbir çabanız olmadan ağırlığınızın %10'undan fazla kilo kaybı yaşadınız mı?

A. Evet ( ) B. Hayır ( )

13.) Sık sık bulantı, kusma oluyor mu?

A. Evet ( ) B. Hayır ( )

14.) Çevrenizde (arkadaş veya komşu vb.) bağırsak kanseri olan var mı?

A. Evet ( ) B. Hayır ( )

15.) Yakın akrabanızda bağırsak kanseri var ise bu kişi ile yakınlığınız nedir?

A. Anne ( )

B. Baba ( )

C. Kardeş ( )

D. Diğer ( ) → yakınlık derecenizi belirtiniz (.....)

16.) Bağırsak kanserinden nasıl korunulacağı ile ilgili bir bilginiz var mı?

A. Evet ( ) B. Hayır ( )

**16. soruya cevabınız evet ise 17 ve 18. soruları cevaplayınız.**

17.) Bağırsak kanserinden korunmak için neler yapılmalıdır?

A. Sigara, alkol kullanılmamalı  
B. Sebze, meyve tüketilmeli  
C. Fiziksel egzersiz yapılmalı  
D. Kırmızı et tüketiminin fazla olmaması

E. Diğer ( ) → belirtiniz (.....)

18.) Bağırsak kanserinden korunma konusundaki bilgileri nereden öğreniyorsunuz?

A. Çevredekiler ( )

B. İnternet ( )

C. Sağlık personeli ( )

D. Medya ( )

E. Diğer ( ) → belirtiniz (.....)

19.) Sebze tüketiyor musunuz?

A. Haftada 4 Kez ve Daha Az ( ) B. Haftada 5-7 kez ( ) C. Haftada 7 kezden fazla ( )

20.) Meyve tüketiyor musunuz?

A. Haftada 2 Kez ve Daha Az ( ) B. Haftada 3-6 Kez ( ) C. Haftada 7 Kez ve Daha Fazla ( )

21.) Bağırsak kanseri taramalarında nereye başvuracağınızı biliyor musunuz? Biliyorsanız noktalı alanda başvuru merkezinin ismini belirtiniz.

A. Bilmiyorum ( ) B. Biliyorum ( ) → (.....)

22.) Bağırsak kanseri taramaları konusunda aile hekiminiz veya sağlık personeli tarafından bilgilendirme aldınız mı?

A. Evet ( ) B. Hayır ( )

23.) Bağırsak kanseri taramalarında hangi doktora başvuracağınızı biliyor musunuz? Biliyorsanız noktalı alanda belirtiniz.

A. Bilmiyorum ( ) B. Biliyorum ( ) → (.....)

24.) Son iki yıl içinde kanser kontrolü amaçlı herhangi bir hekime başvurduğunuz mu?

A. Evet ( ) B. Hayır ( )

25.) Hangi kanserler tarama ile erken tanınabilir? Biliyorsanız noktalı alanda belirtiniz.

(.....)

26.) Kanser ne tür belirtiler verir?

A. halsizlik ( )

B. ağrı ( )

C. zayıflama ( )

D. vücudun herhangi bir yerinde kitle oluşması ( )

E. kanama ( )

F. öksürük ( )

G. diğ er ( ) → belirtiniz (.....)

27.) Bağırsak kanseri taramalarında hangi testleri yaptıracağınızı biliyor musunuz?  
Biliyorsanız noktalı alanda testlerin isimlerini belirtiniz.

A. Bilmiyorum ( ) B. Biliyorum ( ) → (.....)

28.) Gelecekte bağırsak kanseri taramasına katılmayı düşünüyor musunuz? (Kutucuğu işaretleyiniz)

Hayır

Emin değilim

1 ay içinde

3 ay içinde

6 ay içinde

1 yıl içinde

29.) Sigara kullanma durumunuz nedir?

A. kullanıyorum..... paket/gün ( )

B. hiç kullanmadım ( )

C. geçmişte kullanıp bıraktım ( )

30.) Alkol kullanma durumunuz?

A. Kullanıyorum ( )

B. hiç kullanmadım ( )

C. geçmişte kullanıp bıraktım ( )

31.) Pestisitleri hangi sıklıkta kullanıyorsunuz? (Pestisit: zararlı canlılarla savaşta kullanılan madde)

A. Kullanmıyorum ( )

B. Haftada 1 kez ( )

C. 2 haftada 1 kez ( )

D. Ayda 1 kez ( )

E. Diğ er ( ) sıklığını belirtiniz → (.....)

32.) Pestisitleri yılda toplam kaç gün kullanıyorsunuz?

A. Kullanmıyorum ( )

B. Kullanıyorum ( ) → Toplam.....

33.) Hangi tür pestisitler kullanıyorsunuz? Birden fazla kutucuk işaretlenebilir.

İnektisitler (Böcek ilacı)

Herbisitler (Bitki öldürücü)

Nematositler (Nematod/Yuvarlak solucan öldürücü)

Akarasit (Akar öldürücü)

- Fungusitler (Mantar öldürücü)
- Mollusisitler (Salyangoz öldürücü)
- Rodentisit (Kemirgen öldürücü)

34.) Pestisitleri kullanırken kendinizi koruma amaçlı hangi yöntemi veya yöntemleri kullanıyorsunuz? Birden fazla kutucuk işaretlenebilir.

- Maske  Bone  Eldiven  Koruyucu giysi  Özel bir önlem almıyorum

### KOLOREKTAL KANSERDEN KORUNMAYA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ (KKKYSİMÖ)

		TAMAMEN KATILYORUM	KATILYORUM	ORTA DERECEDE KATILYORUM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
1.	Sağlık sorunlarımı erken saptamak isterim.					
2.	Sağlığımı sürdürme benim için son derece önemlidir.					
3.	Gerekirse, barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptıрма konusunda kendime güvenirim.					
4.	Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırmak, kanseri erken dönemde yakalama fırsatı verir.					
5.	Sağlıklı olmak için yeni bilgiler araştırırım.					
6.	Barsak kanseri olursam, düzenli kontrolleri sürdürebilirim					
7.	Sağlıklı olmak için yapılacakların önemini biliyorum.					
8.	Barsak alışkanlığımdaki (boşaltımındaki) normal ve anormal değişiklikleri fark edebilirim.					

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

### KOLOREKTAL KANSER KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİ ÖLÇEĞİ

		DOĞRU	YANLIŞ
1.	50 yaşından sonra bağırsak kanseri ile ilgili tetkikler düzenli yapılmalıdır.		
2.	Erken teşhis bağırsak kanserinin tedavisini kolaylaştırır.		
3.	Düzenli yapılan tetkiklerle bağırsak kanserinin neredeyse hepsi erken belirlenebilir ya da önlenir.		
4.	Ailesinde bağırsak kanseri olmayanlarda da bağırsak kanseri görülebilir		
5.	Bağırsak kanseri tanısında düzenli olarak yapılacak tetkiklerden birisi dışkı incelenmesidir.		
6.	Dışkıda kan görülmesi ve dışkı alışkanlığında değişiklik olması bağırsak kanserinin en önemli belirtileridir.		
7.	Bağırsak kanserleri ailesel geçiş gösterebilir.		
8.	50 yaşından sonra bağırsak kanseri riski azalır.		
9.	Bağırsak kanseri hiç belirti vermeyebilir.		
10.	Bağırsak kanseri yiyeceklerle ilişkili değildir.		

## HARVARD KANSER RİSK İNDEKSİNE GÖRE RİSK DEĞERLENDİRME FORMU

1.	Yaş	.....
2.	Cinsiyet	<input type="checkbox"/> KADIN <input type="checkbox"/> ERKEK
3.	Boy ve Kilo	Boy ..... cm Kilo ..... kg
4.	Herhangi bir kanser hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR
5.	10 yıl ve daha uzun süredir bağırsak hastalığınız var mı? (Crohn hastalığı, ülseratif kolit)	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR
6.	Kardeşlerinizde ya da anne babanızda bağırsak kanseri olan var mı?	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/> BİLMİYORUM
7.	Hiç diyabetiniz veya yüksek kan şekeri ile ilgili bir probleminiz olduğu söylendi mi?	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR
8.	Bir günde kaç porsiyon alkol tüketirsiniz? (Bir porsiyon bir kutu bira, bir kadeh şarap veya bir kadeh sert likördür)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> yarım <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 veya daha fazla
9.	Günde 3 veya daha fazla porsiyon kepekli tahıl yiyor musunuz? (kepekli tahıl: buğday ekmeği, tam tahıllı makarna, kahverengi pirinç, yulaf ezmesi, tam tahıllı kahvaltı gevreği, kepek veya patlamış mısır) Bir porsiyon bir dilim buğday ekmeğine veya yaklaşık 30 gram kahvaltı gevreğine veya yarım bardak pişmiş tahıla veya makarna veya pirinçe eşittir.	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR
10.	6 veya daha fazla yıl boyunca haftada 2 veya daha fazla kez aspirin aldınız mı?	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR
11.	Bir haftada 3 veya daha fazla porsiyon kırmızı et yiyor musunuz?	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR

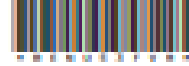
12.	Süt ve süt ürünleri tüketiyor musunuz? Günde kaç porsiyon? (1 porsiyon=1 bardak süt ya da 1 kase yoğurt, 1,5 dilim peynir )	<input type="checkbox"/> 1 porsiyondan az <input type="checkbox"/> 1-2 porsiyon <input type="checkbox"/> 3 porsiyon veya daha fazla
13.	Kalsiyum takviyesi alıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR
14.	Bir haftada 4 veya daha fazla gün multivitamin alıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR
<b>14. soruya cevabınız hayır ise 15. soruyu cevaplayınız.</b>		
15.	12 yıl veya daha uzun süredir düzenli olarak multivitamin kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR
16.	Vitamin D takviyesi ya da kalsiyum+vitamin D takviyesi alıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR
17.	Sigara kullanma durumunuz nedir?	<input type="checkbox"/> Kullanıyorum (.....yaşında başladım, günde.....adet sigara kullanıyorum.) <input type="checkbox"/> Hiç kullanmadım <input type="checkbox"/> Geçmişte kullanıp bıraktım (.....yaşında başlayıp .....yaşında bıraktım, günde ortalama ..... adet sigara kullandım.)
18.	Bir Günlük en az otuz dakika ya da haftalık en az üç saat yürüyor musunuz (ya da başka bir spor yapıyor musunuz)?	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR
19.	Son 10 yıl içinde hiç kolonoskopi yaptırdınız mı?	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/> BİLMİYORUM
20.	Son bir sene içinde GGKT veya fekal immünokimyasal test yaptırdınız mı?	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/> BİLMİYORUM
21.	Son 5 yıl içinde flexible sigmoidoskopi,	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR



	Çift Kontrast Baryum Enema gibi bağırsak kanseri ile ilgili test yaptırdınız mı?	<input type="checkbox"/> BİLMİYORUM
<b>22.</b>	Son 3 yıl içinde dışkı DNA testi yaptınız mı?	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/> BİLMİYORUM

## Ek 2.Etik Kurul İzin Belgesi

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 08/01/2020-E.1645



T.C.  
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 50107718-050.99  
Konu : Çalışmanız Hakkında

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nüket KIRAGÜ  
Öğretim Üyesi

Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 16.12.2019 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan IV nolu karar aşağıda sunulmuştur.  
Bilgilerinizi sunarım.

**e-İmzalıdır**

Prof.Dr. Hilmiye AKSU  
Kurul Başkanı

**KARAR : IV**

**Protokol No** : 2019/143  
**Sorumlu Yürütüleb** : Dr. Öğretim Üyesi Nüket KIRAGÜ  
Hemşirelik Fakültesi  
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Hemşirelik Fakültesi Dr. Öğretim Üyesi Nüket KIRAGÜ' nın "Erkek Tarım İşçilerinin Kolorektal Kanser Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, Sağlık İnanç Düzeyleri ve Kanser Riskinin Belirlenmesi " başlıklı araştırmasının 02.12.2019 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştır. 11.12.2019 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görülmüştür. İstenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde (kurum izni alınması ve dosyaya konulmuş tıbbi belgeleri) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde tabiiat edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGDÖF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalanmasını sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin bildirilmesine ve sorumlu yürütütçülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Aydın Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Merkez Kampüsü Kapıcı Mevkii 09010  
Etiler/AYDIN  
Telefon No: 02562118866 Faks No: 0256 214 66 87  
E-Posta: etikkurul@adu.edu.tr İnternet Adresi: http://etikadonik.adu.edu.tr

Bilgi İçin: Emre Hatice Selma Korkmaz  
Uyvar: Bilgiyaçar İşletmeni

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

Ek 3.Valilik İzin Belgesi

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 09/11/2020-E.58381



T.C.  
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 19504407-300  
Konu : Yusuf Güver

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 06/11/2020 tarih ve 29389 sayılı yazı.

Anabilim Dalınız Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Yusuf GÜVER'in araştırma izni hakkındaki ilgi yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

**e-İmzalıdır**

Prof.Dr. Süleyman AYPAK  
Müdür V.

Ek: 1 sayfa.

Evrakın Doğrulanak İçin: <https://bys.adu.edu.tr/en/View/Dogrula/KYK5T63>

Aydın Menderes Derslikleri 1. Kat Merkez Kampüsü 09100 Efeler/AYDIN

Tel:0256 218 20 00 / 2824 Faks No: 0256 213 36 37

E-Posta: [saglikbilimleri@adu.edu.tr](mailto:saglikbilimleri@adu.edu.tr) İnternet Adresi: [akademik.adu.edu.tr/enstru/saglik/](http://akademik.adu.edu.tr/enstru/saglik/)

Bilgi İçin: Srdar DEMİRTAŞ

Ünvan: Bilgisayar İşletmeni

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

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 06/11/2020-29389

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

YAZI VE KURUL İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜNE

AYDIN

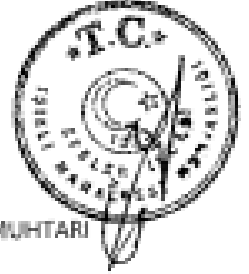
İşıkli mahallesi muhtarlığına Üniversitemizden gelen ADÜ evrak tarihi ve sayısı 27/02/2020-E.3931 olan ve 82493341-605.01 sayılı Yusuf GÜVER'in araştırma izni konulu yazı incelenmiştir. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalı yüksek lisans programı öğrencisi Yusuf GÜVER'in, " Erkek Tanım İşçilerinin Kolorektal Kanser Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, Sağlık İnanc Düzeyleri ve Kanser Riskinin Belirlenmesi " isimli tez çalışması kapsamında İşıkli Mahallesi'nde çalışma yapmasına İşıkli Mahallesi Muhtarı@nca izin verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

03.11.2020


ERCAN ÖZÇİNELİ

İŞIKLI MAHALLE MUHTARI



## Ek 4. Harvard Cancer Risk Index Risk Hesaplayıcı Kullanım İzni

Request: Your Disease Risk Gelen Kutusu x x 🖨 🔗

 **SURG YDR** <ydr@wudosis.wustl.edu> 20 Şub 2020 Per 20:07 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▾

🌐 İngilizce ▾ > Türkçe ▾ [İletiyi çevir](#) [İngilizce için kapat](#) x

Hello.

Thank you for your email about Your Disease Risk.

You can use the Your Disease Risk tool that is on our site ([www.siteman.wustl.edu/ydr](http://www.siteman.wustl.edu/ydr)).

If your plan to develop a stand-alone version of the Your Disease Risk tool that would sit on your own computer or website, we would need to arrange a licensing agreement for that type of use.

Thank you.

Your Disease Risk Team

---

**Comments**

Hi, i want to use live online tool which is at [siteman.wustl.edu/prevention/ydr/](http://siteman.wustl.edu/prevention/ydr/) for my thesis. Can i use it for my research? My research is about to colorectal cancer. I will look for 40 to 70 aged people's colorectal cancer risk status and related factors.

## Ek 5.Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

### **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)**

#### **LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!**

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız.Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz

#### **ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?**

Bu çalışmanın amacı erkek tarım işçilerinin bağırsak kanseri hakkındaki bilgi düzeyleri, sağlık inanç düzeyleri ve kanser risk değerlendirmeleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesidir.

#### **KATILMA KOŞULLARI NEDİR?**

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Erkek Tarım işçisi olmak
- Bağırsak kanseri tanısı almamış olmak
- 40 yaş ve üzeri olmak

#### **NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?**

Işıklı mahallesinde tarım işçisi olarak çalışan erkeklere bağırsak kanseri ile ilgili toplam 46 soru ve bireysel özellikler ile ilgili (yaş, medeni durum vb) 33 soru araştırmacı tarafından sorularak yanıtları yazılı olarak kaydedilecektir. Anketin doldurulması 30 dakikalık süre alacaktır.

#### **SORUMLULUKLARIM NEDİR?**

Araştırma ile ilgili olarak size verilen anket formunu doldurmanız sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

#### **KATILIMCI SAYISI NEDİR?**

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 166'dır.

#### **ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?**

Bu araştırma için öngörülen süre 5 aydır (152 Gün).

## **GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?**

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 30 dakikadır.

## **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?**

Bu çalışma sonucunda bağırsak kanseri konusunda bilgi düzeyi belirlenecek, bağırsak kanserinden korunma ve erken tanılanmasındaki engeller tespit edilecek ve görüş ve bilgiler ortaya konulacak, sonuçta bağırsak kanserinden korunma, erken tanılamaya yönelik birey katılımını artıracak müdahale yöntemlerinin geliştirilmesi, öncelikli strateji ve politikaların belirlenmesi ve insan gücü kaynaklarının etkili ve verimli kullanımı açısından literatüre katkı sağlayacaktır.

## **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?**

Size bu araştırmada anket soruları ve ölçekler uygulanacaktır. Bu uygulamalar ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen etkiler yoktur.

## **ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?**

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler yoktur.

## **HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?**

Araştırmacı kendi isteğinizle çalışmadan çıkmanız, verilen anket formunu doldurmamanız durumunda sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

## **DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?**

Yoktur.

## **HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?**

Araştırmaya bağlı herhangi bir zarar söz konusu değildir. Araştırma anket formları kullanılarak, kişilerin uygun olduğu zamanlarda tamamlanacaktır.

## **ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?**

Uygulama süresi boyunca, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05079138448 no.lu telefonda araştırmacımız Yusuf GÜVER'e ve Nükhet KIRAĞ'a başvurabilirsiniz.

## **ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?**

Yapılacak araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

## **ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?**

Çalışma için herhangi bir kurumdan destek alınmayacaktır

### **ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

### **ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır. Bu çalışmadan hiçbir şekilde adınız anılmayacak, belirtilmeyecektir. Anketleri sadece araştırmacı toplayacak ve güvenli bir biçimde saklayacak, sizin izniniz olmadıkça kimse ile paylaşmayacaktır. Araştırmadan ayrılmanız durumunda araştırmacıya bilgi vermeniz ve anketinizin değerlendirme kapsamına alınmamasını bildirmeniz yeterlidir.

### **KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?**

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmacının izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya 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>GÖNÜLLÜNÜN</b>		<b>İMZASI</b>
<b>ADI &amp; SOYADI</b>		
<b>ADRESİ</b>		
<b>TEL. &amp; FAKS</b>		
<b>TARİH</b>		

<b>VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN</b>		<b>İMZASI</b>
<b>ADI &amp; SOYADI</b>		
<b>ADRESİ</b>		
<b>TEL. &amp; FAKS</b>		
<b>TARİH</b>		

<b>ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ</b>		<b>İMZASI</b>
<b>ADI &amp; SOYADI</b>		
<b>TARİH</b>		

<b>GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK</b>		<b>İMZASI</b>
<b>ADI &amp; SOYADI</b>		
<b>GÖREVİ</b>		
<b>TARİH</b>		

**T.C.**  
**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİLİMSEL ETİK BEYANI**

“Erkek Tarım İşçilerinin Kolorektal Kanser Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, Sağlık İnanç Düzeyleri ve Kanser Riskinin Belirlenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tezindeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

YUSUF GÜVER

03/07/2021

## ÖZGEÇMİŞ

**Soyadı, Adı** : GÜVER Yusuf  
**Uyruk** : T.C.  
**Doğum yeri ve tarihi** : İzmir / 24.08.1995  
**E-mail** : [yusuf.guver07@gmail.com](mailto:yusuf.guver07@gmail.com)  
**Yabancı Dil** : İngilizce

### EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Y. Lisans	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	.....
Lisans	Afyon Kocatepe Üniversitesi	2018

### İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2020	Burdur Devlet Hastanesi	Hemşire

### AKADEMİK YAYINLAR

#### MAKALELER

- Kırağ N, Güver Y. Evaluation of Problem Solving and Aggression Levels Among Nursing Students in a University. Estüdam Halk Sağlığı Dergisi. 2020; 176-187.
- Kırağ N, Güver Y. Türkiye ve Portekiz Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Biçimi Davranışları ve Bağımlılık, Depresyon Düzeyleri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2020; 7(1): 28-36.

- Kırağ N, Güver Y. Hemşirelik Öğrencilerinin İnternet Bağımlılığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Bağımlılık Dergisi. 2019; 20(4): 232-240.
- Kırağ N, Güver Y. Hemşirelik Öğrencilerinin Saldırganlık ve Problem Çözme Beceri Düzeyleri. Erasmus International Academic Research Symposium in Health Sciences Proceeding Book. 2019, 282-298
- Güver Y. Kırağ N. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İnternet Bağımlılık Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. 2. Uluslararası Tarım, Çevre ve Sağlık Kongresi Bildiri Kitabı. 2019, 1610-1620.

## **BİLDİRİLER**

- Kırağ N, Güver Y. Hemşirelik Öğrencilerinin Saldırganlık ve Problem Çözme Beceri Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. Erasmus International Academic Research Symposium in Health Sciences, 05.04.2019-06.04.2019.
- Güver Y, Kırağ N. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İnternet Bağımlılık Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. 2. Uluslararası Tarım, Çevre ve Sağlık Kongresi, 18.10.2019-19.10.2019.