



## Evaluation of health beliefs and knowledge levels on protection from colorectal cancer in individuals

## Bireylerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının ve bilgi düzeylerinin belirlenmesi<sup>1</sup>

Hasret Yalçınöz Baysal<sup>2</sup>  
Nihan Türkoğlu<sup>3</sup>

### Abstract

This study was performed to determine the health beliefs about protection from colorectal cancer and reveal the knowledge levels regarding CRC screening tests in individuals above 50 years of age. The population of our descriptive study consisted of individuals above 50 years of age, total of 136 individuals were included who were registered at the Filiz Dolunay Family Health Center in Erzurum District Center. A structured questionnaire including demographic characteristics and Champion's Health Belief Model Scale was applied to determine health beliefs. Statistical analysis was performed on computer by using t-test. The data were expressed by mean and percentage values. In conclusion, in the present study, the Turkish population exhibited low levels of knowledge and inadequate participation for CRC screening, while requiring an improvement with regard to common health beliefs.

**Keywords:** Colorectal Cancer Screening, Health Belief, Knowledge Level

[\(Extended English abstract is at the end of this document\)](#)

### Özet

Bu çalışma 50 yaş üstü bireylerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarını ve kolorektal kanser taramalarıyla ilgili bilgi durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı olarak planlanan araştırma, Erzurum il merkezinde bulunan Filiz Dolunay Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 50 yaş üstü, 136 bireyle yapılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan bireylerin kişisel özellikleri ve kolorektal kanserle ilgili bilgi durumlarını sorgulayan tanıtıcı özellikler formu ve Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler bilgisayar ortamında yüzde, ortalama ve t testi yapılarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada ülkemizdeki bireylerin CRC hakkındaki bilgi düzeylerinin, sağlık inançlarının ve taramalara katılım oranının düşük olduğu sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolorektal Kanseri Taramaları, Sağlık İnançları, Bilgi Düzeyleri

<sup>1</sup> This article was poster presented at the 5th Turkish Geriatrics Congress, April 1-4, 2012, Antalya, Turkey

<sup>2</sup> Araş. Gör. Atatürk University, Health Science Faculty, Public Health Nursing, [h.yalcinoz@hotmail.com](mailto:h.yalcinoz@hotmail.com)

<sup>3</sup> Araş. Gör. Atatürk University, Health Science Faculty, Public Health Nursing, [nihan-25-kilic@hotmail.com](mailto:nihan-25-kilic@hotmail.com)

## Giriş

Kolorektal kanser (CRC) erkek ve kadınlarda en sık görülen üçüncü kanser tipidir ve Amerika'daki kansere bağlı ölüm sebeplerinden ikincisidir. DSÖ'ne göre her yıl 945 bin kişi kolorektal kansere yakalanmakta ve 492 bin kişi yaşamını yitirmektedir (CDC 2008). Türkiye'de ise kadın ve erkeklerde görülen kanser türleri içinde 6. ve kanserden kaynaklanan ölümler arasında 3. sıradadır (Sağlık Bakanlığı 2005). Kolorektal kanser erken dönemde teşhis edildiğinde tedavi edilebilir bir hastalık olup tarama yöntemi olarak kolonoskopi, flexible sigmoidoskopi ve fekal kan testi önerilmektedir (Karahasanoğlu 2001). Tarama programları sayesinde kolorektal kanserin erken teşhis ve tedavisi sağlanarak kolorektal kanser mortalitesi azaltılabilir (Rawl ve ark. 2008). Kolorektal kanserde tarama programları batı toplumlarında yaygın olarak kullanılmasına karşın Türkiye'de katılım oranı düşüktür.

Kolorektal kanserde yaş, genetik yatkınlık ve yaşam biçimiyle ilgili risk faktörleri etkili olmaktadır. Yaşla birlikte risk artmakta özellikle 40 yaşından sonra her yıl ikiye katlanmaktadır En sık hastalık görülme yaşı 60-65'tir (Karahasanoğlu 2001).

Sağlık İnanç Modeli davranış bilimleri kuramının sağlık alanına uyarlanması ile geliştirilen en eski modellerden biridir ve günümüzde sağlık davranışları uygulamalarında sıklıkla kullanılan bir modeldir (Campbell 2003, Özsoy 2007, Baysal ve Gözüm 2011, Çapık ve Gözüm 2011). Sağlık İnanç Modeli, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini açıklar. Model kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamaktadır. Modeldeki inanç ve davranışlarla ilgili kavramlar; duyarlılık, ciddiyet/önemseme, motivasyon, yarar ve engel algılarıdır (Jacobs 2002). Yapılan çalışmalarda sağlık inançlarının CRC taramalarına katılımında etkili olduğu saptanmıştır (Rawl et al 2000, Rawl et al 2001, Jacobs 2002). Rawl et al (2001) yaptığı çalışmada yüksek yarar ve düşük engellerin kolonoskopi yaptırmada önemli bir şekilde etkili olduğunu bulmuştur. Jacobs'un (2002) kolorektal kanserli bireylerin 1. derece yakınlarında sağlık inançlarının taramalara katılımını değerlendirdiği çalışmasında; bireylerin eğitim durumunun, sağlık inançlarından ise engel ve ciddiyet algısının sağlık taramalarına katılımlarında etkili olduğu bulunmuştur.

Nar'ın (2010) Sağlık İnanç Modeli'ni temel alarak kolorektal kanserli hastaların birinci derece akrabaları üzerinde yaptığı çalışmasında, kolorektal kanser açısından genetik riski bulunan bireylerin tarama davranışlarının ve bu davranışları sergilemelerini destekleyen sağlık inanç düzeylerinin yetersiz olduğu bulunmuştur.

CRC mortalite ve morbitidesindeki en yaygın faktörler bilinç eksikliği, koruyucu sağlık uygulamaları, tarama testleri ve risk faktörleriyle ilgili yanlışlıklardır (Levin et al 2003; Seeff et al., 2004). Ülkemizde bireylerin CRC ile ilgili bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Kolorektal kanser erken dönemde teşhis edildiğinde tedavi edilebilir bir hastalık olmasına rağmen ülkemizde kolonoskopi, flexible sigmoidoskopi ve fekal kan testi gibi taramaları yaptırma oranı, batı toplumlarına göre düşüktür. Türkiye’de kadınlar ve erkekler arasında kolorektal kanser taramalarını yaptırma ve farkındalıkla ilgili çok az sayıda çalışma yapılmıştır. Bir çalışma taramaya katılma oranının yüzde 40 olduğunu bildirmiştir (Halil 1999).

Bireylerin yeterli farkındalığa sahip olması ve kolorektal kanser hakkındaki sağlık inançlarının bilinmesi risk, engel ve yarar gibi sağlık algılarının değişmesine yardım ederek taramaya katılımı arttırılabilir. Ayrıca toplumun kolorektal kanser konusundaki bilgi düzeyinin belirlenmesi ve bilgi düzeylerinin arttırılması ile taramalara katılım sağlanabilir ve kanserin topluma getirdiği yük azaltılabilir.

Bu araştırma 50 yaş üstü bireylerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarını ve kolorektal kanser taramalarıyla ilgili bilgi durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### **Materyal Metod**

Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmanın evrenini, Erzurum il merkezinde bulunan Filiz Dolunay Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 50 yaş üstü bireyler oluşturmuştur. Örneklemini ise araştırmacıların veri topladığı Ekim –Aralık 2011 tarihleri arasında bu merkeze başvuran, iletişim problemi olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden rastlantısal yöntemle örnekleme alınan 136 birey oluşturmuştur. Araştırmada kullanılacak verileri elde etmede kişisel özellikleriyle bilgi durumlarını belirlemeye yönelik tanımlayıcı form ve sağlık inançlarını belirlemeye yönelik Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılmıştır.

### **Tanımlayıcı Form**

Tanımlayıcı form 20 sorudan oluşmaktadır. İlk 11 soru bireylerin kişisel özelliklerini (yaş, cinsiyet, boy-kilo, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, gelir, ailede kanser bulunma durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu) belirlemeye yöneliktir. Diğer sorularda ise bireylerin kolorektal kansere yönelik bilgi durumları (erken tanıya yönelik yöntemleri bilme durumu, tarama yaptırma durumu, tarama yaptırmaya başlama zamanı ve kolorektal kanser belirtilerini bilme durumu, egzersiz yapma, beslenme, sigara ve alkol kullanma durumu) sorgulandı.

### **Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği**

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Victoria Champion tarafından meme kanserine yönelik geliştirilmiştir (Champion, Scot 1997). Jacobs Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin birkaç sorusunu ve altı boyutunun her birinde yer alan "meme kanseri" kelimesini "kolon kanseri" olarak değiştirerek bu ölçeği kolorektal kansere uyarlamıştır (Jacobs 2002). Ölçeğin Türk dili için geçerlik güvenirlik çalışması 2007 yılında Özsoy ve ark. tarafından yapılmıştır (Özsoy ve ark 2007). Ölçeğin Cronbach's Alpha değerlendirmelerinde alt gruplarının alpha değerleri .54 ile .88 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada kullanılan Türkçe form; toplam 33 maddeden oluşmakta ve ölçeğin alt boyutları birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin güven-yarar algısı, duyarlılık algısı, engel algısı, sağlık motivasyonu algısı ve motivasyon algısı olmak üzere 5 alt boyutu vardır. Ölçek 1'den 5'e kadar puanlanan likert tipi bir araçtır. Ölçekte, "kesinlikle katılmıyorum" yanıtı 1 puan, "katılmıyorum" 2 puan, "kararsızım" 3 puan, "katılıyorum" 4 puan ve "kesinlikle katılıyorum" 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınacak min-max değerler; yarar için 11-55, duyarlılık için 6-30, engel için 6-30, motivasyon için 5-25, ciddiyet için 5-25, arasındadır. Puanların yükselmesi, duyarlılık ve önemsemenin arttığını, yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir (Özsoy ve ark 2007).

Verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında ortalama, yüzde ve t testi kullanılarak yapılmıştır. Çalışmaya katılan bireylere çalışmanın amacı açıklanmış, gönüllülerden veri toplanmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için, Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır.

### **Bulgular**

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Tablo incelendiğinde; katılımcıların %54.1'inin 65 yaş ve altında, % 52.6'sının BKİ 25'in üzerinde (kilolu), %55.9'unun erkek, %82.4'ünün evli, %55.2'sinin ilkökul mezunu, %43.4'ünün ev hanımı, %61.6'sının gelir durumunun giderlerinden az olduğu ve %61.8'inin kronik hastalığının olduğu, %69.1'inin ailesinde kanser öyküsünün olmadığı saptanmıştır (Tablo 1).

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.

**Tablo 1.** Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Yaş Grupları</b> (62.42±7.87) (min:50-max:80 yaş)		
65 yaş ve altı	73	54.1
65 yaş ve üzeri	62	45.9
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	60	44.1
Erkek	76	55.9
<b>Meslek</b>		
Ev hanımı	59	43.4
Memur	8	5.9
İşçi	6	4.4
Emekli	49	36.0
Serbest	14	10.3
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuma yazma bilmeyen	32	23.5
İlköğretim	75	55.2
Lise	25	18.4
Üniversite	4	2.9
<b>Sosyal güvence</b>		
Var	131	96.3
Yok	5	3.7
<b>Geliri algılama durumu</b>		
Gelirim giderimden az	39	61.6
Gelirim giderime eşit	87	38.4
Gelirim giderimden fazla	10	7.4
<b>Medeni durum</b>		
Evli	112	82.4
Bekar	4	2.9
Boşanmış/dul	20	14.7
<b>Kronik hastalık varlığı</b>		
Var	84	61.8
Yok	52	38.2
<b>Ailede kanser Öyküsü</b>		
Var	42	30.9
Yok	94	69.1
<b>BKİ</b>		
Zayıf	8	5.9
Normal	32	23.7
Kilolu	71	52.6
Şişman	24	17.8
<b>Toplam</b>	136	100.0

Katılımcıların kolorektal kanser ile ilgili bilgi durumları ve kanserden korunmaya yönelik sağlık davranışlarının dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur.

**Tablo 2.** Katılımcıların Kolorektal Kansere İlgili Bilgi Durumları Ve Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık Davranışları

Özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Ailede kanser öyküsü</b>		
Var	42	30.9
Yok	94	69.1
<b>Erken tanılamada yöntem varlığını bilme durumu</b>		
Bilen	14	10.3
Bilmeyen	122	89.7
<b>Tarama yaptırma durumu</b>		
Yaptıran	12	8.8
Yaptırmayan	124	91.2
<b>Taramaya başlama yaşını bilme durumu</b>		
Bilen	8	5.9
Bilmeyen	128	94.1
<b>Belirtileri bilme durumu</b>		
Bilen	28	20.6
Bilmeyen	108	79.4
<b>Egzersiz yapma durumu</b>		
Yapan	48	35.3
Yapmayan	88	64.7
<b>Beslenme durumu</b>		
Hayvansal yağ ve et ağırlıklı	95	69.9
Sebze ve meyve ağırlıklı	41	30.1
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
Evet	22	16.2
Hayır	114	83.8
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Evet	4	2.9
Hayır	132	97.1
<b>Toplam</b>	136	100.0

Katılımcıların kolorektal kanser ile ilgili bilgi durumları ve kanserden korunmaya yönelik sağlık davranışları incelendiğinde %89.7'sinin erken tanılama yöntemlerini bilmediği, %91.2'sinin tarama yaptırmadığı, %94.1'inin taramaya başlama yaşını bilmediği, %79.4'ünün kanser belirtilerini bilmediği, %64.7'sinin egzersiz yapmadığı, %69.9'unun hayvansal yağ ve et ağırlıklı beslendiği, %83.8'inin sigara ve %97.1'inin alkol kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Katılımcıların kolorektal kanserden korunmaya yönelik sahip oldukları sağlık inançlarının puan ortalaması Tablo 3'te sunulmuştur.

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.

**Tablo 3.** Katılımcıların Sağlık İnançları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sağlık İnançları	Min	Max	Ort.± sd
Yarar	11	55	42.3852±9.02
Duyarlılık	6	30	12.6963±4.35
Engel	6	30	15.6963±4.30
Motivasyon	5	25	15.1111±3.23
Ciddiyet	5	25	16.5259±4.00

Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin alt boyutlarından Güven-yarar puan ortalaması 42.3±9.0, Duyarlılık 12.6±4.3, Engel 15.6± 4.3, Motivasyon 15.1±3.2, Ciddiyet 16.5±4.0 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

**Tablo 4.** Katılımcıların Kolorektal Kanser İle İlgili Bilgi Durumlarına Göre KKSİM Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

KKSİM	Yarar	Duyarlılık	Engel	Motivasyon	Ciddiyet
<b>Erken Tanılama Yöntemini Bilme Durumu</b>					
Bilen	46.61±6.53	15.07±5.17	12.15±2.40	15.84±3.18	15.46±4.09
Bilmeyen	41.93±9.15 t:1.793 p:0.03	12.44±4.19 t:2.102 p:0.04	16.07±4.30 t:3.225 p:0.002	15.03±3.23 t:0.862 p:0.390	16.63±4.0 t:1.007 p:0.316

Araştırmada katılımcıların erken tanılamaya yönelik bilgi durumlarına göre KKSİM puan ortalamaları incelendiğinde; yarar ve duyarlılık alt boyutundan erken tanılama yöntemini bilen katılımcıların puan ortalamaları bilmeyenlere göre daha yüksek, engel alt boyutundan ise bilmeyen katılımcıların bilenlere göre daha yüksek bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

## Tartışma ve Sonuç

Çalışmada katılımcıların kolorektal kanserden korunmaya yönelik erken tanı yöntemlerini bilme durumları sorgulandığında; %89.7'sinin erken tanılama yöntemlerini bilmediği ve %91.2'sinin tarama yaptırmadığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar katılımcıların yaklaşık %90'ının CRC taramaları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığını ve tarama oranının ne derece düşük olduğunu göstermektedir. Türkiye'de kadınlar ve erkekler arasında kolorektal kanser taramalarını yaptırma ve farkındalıkla ilgili çok az sayıda çalışma yapılmıştır. Bir çalışma taramaya katılma oranının % 40 olduğunu bildirmiştir (Halil 1999). Nitekim Nar (2010)'ın çalışmasında da bireylerin %62'sinin CRC'den korunmaya yönelik bilgisinin olmadığı ve %74'ünün de CRC'den korunmaya yönelik herhangi bir tarama

yaptırmadığı bulunmuştur. Araştırma sonuçları bu çalışmayla benzer olmakla birlikte bizim çalışmamızda durum daha da üzücüdür.

Katılımcıların CRC ile ilgili bilgi durumlarının belirlenmesine yönelik CRC'den korunmada yaptırılması gereken taramaların kaç yaşında başlanması gerektiği sorgulandığında, tarama zamanını bilenlerin oranı sadece %5.9'dur. CRC'nin belirtilerini tam olarak bilenlerin oranı ise %20.6'dır. Kanserden korunmaya yönelik sağlık davranışları sorgulandığında katılımcıların %64.7'sinin egzersiz yapmadığı, %69.9'unun hayvansal yağ ve et ağırlıklı beslendiği, %83.8'inin sigara ve %97.1'inin alkol kullanmadığı ve %52.6'sının kilolu olduğu belirlenmiştir.

CRC'de yaşam biçimi ile ilgili bazı risk faktörleri; beslenme alışkanlıkları (kırmızı et, tereyağı gibi hayvansal gıda ağırlıklı beslenme, lifli gıdalardan az beslenme), egzersiz yapmama, sigara ve alkol kullanma gibi durumlardır (Price 2002). Çalışma bulgularımızda katılımcıların yarısından fazlası egzersiz yapmayarak hareketsiz bir yaşam sürmekte, normal kilonun üstünde ve çoğunluğu hayvansal ağırlıklı gıdalarla beslenmektedir. Sigara ve alkol kullanma oranları ise oldukça düşük bulunmuştur. Ülkemizde bireylerin CRC ile ilgili bilgi durumlarını belirlemeye yönelik çalışmaya rastlanmamakla birlikte bu konuda ilk çalışma olması bakımından önemlidir. Çalışma sonuçları bireylerin CRC ile ilgili bilgi durumlarının düşük olduğunu göstermiştir. Nitekim yurtdışında yapılan çalışmalarda da bireylerin CRC ile ilgili bilgi durumlarının yetersiz olduğu bulunmuştur (Green and Kelly 2004, Mccaffery et al 2003).

Green and Kelly (2004)'nin Afrika kökenli Amerikan kadın ve erkekler üzerinde yaptığı çalışmasında CRC ile ilgili bilgi, algı ve tarama davranışlarını incelediği çalışmasında, bireylerin CRC bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu bulmuştur<sup>19</sup>. Bu nedenle bireylerin CRC tarama programlarına katılımını sağlamak, sağlık algılarını etkilemek ve farkındalıklarını arttırmak için sağlık eğitime ihtiyacı vardır (Özsoy 2007).

Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin alt boyutlarından Güven-yarar puan ortalaması  $42.3 \pm 9.0$ , Duyarlılık  $12.6 \pm 4.3$ , Engel  $15.6 \pm 4.3$ , Motivasyon  $15.1 \pm 3.2$ , Ciddiyet  $16.5 \pm 4.0$  olarak bulunmuştur

Güven –yarar puanı en yüksek puana yakın bir değer bulunmuştur. Nar (2010)'ın kolorektal kanser tanısı konmuş bireylerin birinci derece akrabalarının hastalıkla ilgili sağlık inançlarını incelediği çalışmasında, “Güven-yarar” puan ortalaması  $48.9 \pm 5.1$  olarak bulunmuştur. Ülkemizde bu konuyla ilgili yapılan başka çalışmaya rastlanmamış olmakla birlikte çalışma sonuçları paralellik göstermektedir.

Duyarlılık puanı, ortalamanın altında düşük bulunmuştur. Nar (2010)'ın çalışmasında “duyarlılık” puanı  $15.1 \pm 4.3$  olarak bulunmuştur. Nar (2010)'ın çalışmasında duyarlılık algısının daha yüksek



olmasının nedeni kolorektal kanser tanısı konmuş bireylerin birinci derece akrabalarının bu hastalığa karşı kendilerini daha yakın hissetmeleri olabilir.

Engel puanı, ortalamaya yakın bir değer olarak bulunmuştur. Engel puanının yüksek olması engel algısı için engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir. Nar (2010)'ın çalışmasında “engel” algısı puanı  $15.2 \pm 3.8$  olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Motivasyon puanı, ortalamanın üzerinde yüksek bulunmuştur. Sağlık motivasyonu puanı yüksek olan bireylerin koruyucu davranışı sergilemedeki isteği yüksektir. Nar (2010)'ın çalışmasında “sağlık motivasyonu” puanı  $15.8 \pm 2.8$  olarak bulunmuştur<sup>13</sup> ve çalışma sonucumuzla yakın bir benzerlik göstermektedir.

Ciddiyet puanı, ortalamanın üzerinde yüksek bulunmuştur. Ciddiyet algısının yüksek olması durumun bir tehdit olarak algılandığını, hastalığın ve sonuçlarının önemsendiğini ifade etmektedir. Nar (2010)'ın çalışmasında “ciddiyet” puanı  $16.5 \pm 4.3$  olarak bulunmuştur ve çalışma sonucumuzla yakın bir benzerlik göstermektedir.

Sağlık İnanç Modeli teorisine göre kolorektal kanseri ciddi bir hastalık olarak algılayan (ciddiyet algısı) bir bireyin tarama testlerini yaptırması ya da yaptıрма eğiliminde olması beklenir. Aynı zamanda tarama davranışlarının sağlığı için yararını algılayan (yarar algısı), bu taramaları yaptırmaktan alıkoyan nedenlerin farkında olan ve bu engellerin üstesinden gelebilen bireylerin (engel algısı); gaitada gizli kan testi, kolonoskopi gibi taramaları yaptırması beklenir (Rawl ve ark. 2000).

Yapılan çalışmalarda sağlık inançlarının CRC taramalarına katılımı etkili olduğu bulunmuştur. Rawl et al (2001), yüksek yarar ve düşük engellerin kolonoskopi yaptırmada önemli bir şekilde etkili olduğunu bulmuştur. Rawl et al'un (2000) başka bir çalışmasında taramalara katılımı tarama tavsiyelerinin yetersizliği ve sağlık inançlarında yarar ve engel algısı etkili bulunmuştur. Jacops (2002)'un çalışmasında engel (OR: 2.39) ve ciddiyet algısı (OR:0.41) taramalara katılımı önemli bulunmuştur. Çalışmamızda katılımcıların sadece % 8.8'i CRC taramalarını yaptırmıştır. Bu bilgilere göre katılımcıların sağlık inançlarının yetersiz olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların yaklaşık %90'ının CRC taramaları ile ilgili yeterli bilgiye sahip değildir. CRC taramalarıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olan bireylerin sağlık inançlarından yarar ve duyarlılık algılarının bu konuda yeterli bilgiye sahip olmayan bireylerden yüksek, engel algılarının ise düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Mandel et al. (2000)'un çalışmasında farkındalık eksikliği ve tarama testinin etkinliği hakkındaki belirsizliğin taramaya katılımı engel oluşturduğu bulunmuştur. Omran and İsmail (2010)'ın çalışmasında CRC ve CRC taramalarıyla ilgili bilgiye sahip olan bireylerin duyarlılık, ciddiyet, engel ve sağlık motivasyonu sağlık inançlarının, bu konularda bilgisi olmayan

bireylerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumda katılımcıların sağlık inançlarının yetersiz olduğu söylenebilir. Giphsh et al (2004) 50 yaş ve üzeri bireylerde kolonoskopi ile ilgili sağlık inançlarını değerlendirdiği çalışmasında, insanların bu tür koruyucu davranışları sergilemeleri için sağlık eğitimine ihtiyacı olduğu sonucuna varmıştır.

Bu çalışmada örneklem grubundaki bireylerin CRC hakkındaki bilgi düzeylerinin, sağlık inançlarının ve taramalara katılım oranının düşük olduğu sonucuna varılmıştır. CRC de bireylerin koruyucu sağlık uygulamalarını, sağlık algılarını etkilemek ve farkındalığını arttırmak için sağlık eğitimlerinin uygulanması tavsiye edilmektedir (Özsoy 2007). Bireylerin yeterli farkındalığa sahip olması, kolorektal kanser hakkındaki sağlık inançlarının bilinmesi risk, engel ve yarar gibi sağlık algılarının değişmesine yardım ederek taramaya katılımı artırılabilir. Toplumun CRC konusundaki bilgi düzeyinin artırılması ile taramalara katılım sağlanabilir. Böylece erken teşhis ve tedavi sağlanarak CRC'den kaynaklanan ölüm oranları azaltılabilir. Halk sağlığı hemşireleri 50 yaş ve üzerindeki bireyleri kolorektal kansere ve tarama yöntemlerine ilişkin bilgilendirmeli, olumsuz sağlık inançlarını değiştirmeli ve motivasyon düzeylerini arttırmaya yönelik girişimsel çalışmalar planlanıp uygulamalıdır.

## Kaynaklar

**Baysal, H.Y. &Gözüm, S. (2011).** Effects of Health Beliefs about Mammography and Breast Cancer and Telephone Reminders on Re-screening in Turkey. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 12, 1445-1450.

**Campbell, C. (2003).** Health education behavior models and theories- a review of the literature-part I; Available at: <http://msucare.com/health/health/appa1.htm>. Accessed December 8, 2011.

**Champion, V.L. & Scott, C. (1997).** Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nurs Res*. 46:331Y337.

**Colorectal Cancer (2008).** Centers For Disease Control and Prevention.

**Çapık, C. & Gözüm, S. (2012).** The effect of web-assited education and reminders on health belief, level of knowledge and early diagnosis behaviors regarding prostate cancer screening. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(1):71-77

**Gipsh, K., Sullivan, J.M. & Dietz, E.O. (2004).** Health belief assessment regarding screening colonoscopy. *Gastroenterol Nurs*. 27(6):262-26

**Green, P.M. & Kelly, B.A. (2004).** Colorectal Cancer Knowledge Perceptions and Behaviors in African Americans. *Cancer Nursing* 27(3),206-215.

**Halil, D., Yasin, S., Adem, A., et al. (1999).** Age and sex distribution of colorectal cancer carcinoma in the southeast of Turkey. *Turk J Gastroenterol*. 10(2):196-201.

**Health Belief Model.** [http://hsc.usf.edu/~kmbrown/Health\\_Belief\\_Model\\_Overview.htm](http://hsc.usf.edu/~kmbrown/Health_Belief_Model_Overview.htm)  
Ulaşım tarihi: 15 Mart 2011

**Jacobs, L.(2002).** Health beliefs of first-degree relatives of individuals with colorectal cancer and participation in health maintenance visits: a opulation-based survey. *Cancer Nurs*.25(4):251-265.

**Karahasanoglu, T. (2001).** Kolorektal Kanseler: Tanı ve Cerrahi Tedavi. *Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu Kitabı*. İstanbul, 271-279

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.

**Levin, B., Brooks, D., Smith, R.A., & Stone, M. (2003).** Emerging technologies in screening for colorectal cancer: CT colonography, immunochemical fecal occult blood tests, and stool screening using molecular markers. *C.A.A Cancer Journal for Clinicians*,55(1), 44-55.

**Mandel, J.S., Church, T.R., Bond, J.H., Ederer, F., Geisser, M.S., Mongin, S.J., et al.(2000).** The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *New England Journal of Medicine*, 343(22), 1603-1607.

**McCaffery, K., Wardle, J. & Waller J. (2003).** Knowledge, attitudes and behavioral intentions in relation to the early detection of colorectal cancer in the United Kingdom. *Preventive Medicine*. 36, 525-535

**Nar, Ş. (2010).** Kolorektal kanserli hastaların birinci derece akrabalarının hastalıkla ilgili inançları, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

**Omran, S. & Ismail, A.A. (2010).** Knowledge and Beliefs of Jordanians Toward Colorectal Cancer Screening. *Cancer Nursing*, 333(2), 141-147.

**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

**Price, S.A. (2002).** Primary and Secondary Prevention of Colorectal Cancer. *Gastroenterology Nursing*, 26(2):73-81

**Rawl, M.S. Champion, C.L.,Scott, L.L.,Zhou, H.,Monahan, P., Ding, Y., Lochrer, P. & Skinner, C.S.(2008).** A Randomized Trial of Two Print Interventions to Increase Colon Cancer Screening Among First- Degree Relatives. *Patient Education and Counseling*, 71:215-227

**Rawl, S., Champion, V.L., Menon, U., Lochrer, P., Vance, G.H. & Skinner, C.S. (2001).**Validation of scales to measure benefits of and barriers to colorectal cancer screening. *J Psychosoc Oncol*. 19(3/4):47-63.

**Rawl, S.M., Menon, U. & Champion, V.L.** Colorectal cancer screening beliefs focus groups with first-degree relatives. *Cancer Pract*. 2000;8(1):32-37.

**Seeff, L. C, Nadel, M. R., Klabunde, C. N., Thompson, B. S., Shapiro, J. A., Vernon, S. W., et al. (2004).** Patterns and predictors of colorectal cancer test use in the adult U.S. population. *Cancer*, 700(10), 2093-2103.

**TC Sağlık Bakanlığı, Kadınlarda en çok görülen on kanser türü, 2005.** Kanserle Savaş Daire Başkanlığı. Sağlık İstatistikleri 2005. <http://www.saglik.gov.tr>. Ulaşım tarihi: 01.06. 2011

### Extended English Abstract

Colorectal cancer (CRC) is the third most common type of malignancy in both women and men, while it is also known to be the second most common cause of cancer-related mortality. According to the WHO, colorectal cancer is detected in 945.000 people each year and 492.000 people die from it. In Turkey, it is the 6th most common type of cancer seen both in women and men, while being the 3rd most frequent cause of cancer-related mortality. The mortality of colorectal cancer can be reduced by performing screening programs that enable early diagnosis and treatment. Although screening programs of colorectal cancer are used commonly in some countries, the participation in our country remains to be low.

The risk factors of colorectal cancer are age, genetic predisposition, and life style. The risk augments with increasing age and doubles up each year after 40 years of age. It is most frequently seen in the 60-65 years age group.

The Health Belief Model is one of the oldest models based on application of behavioral sciences to medical field and today it is often used in health behavior practices. The Health Belief

Model explains the relationship between the beliefs and behaviors of an individual, as well as evaluating the impact of individual motivation on health behaviors at decision making level. It defines which factors are involved in the motivation of a person to take or not to take a health-related action, while particularly defining the components involved in the development of health behaviors. The Health Belief Model includes the following concepts to evaluate health-related beliefs and behaviors: perceived susceptibility, perceived severity, health motivation (cues to action), perceived benefits, and perceived barriers.

Studies show that health beliefs are influential in CRC screening participation. Rawl et al. (2001) found that high scores of perceived benefits and low scores of perceived barriers were considerably important in making a colonoscopy decision. Jacobs evaluated the impact of health beliefs of first degree relatives of colorectal cancer patients over screening participation and found that educational status, as well as perceived barriers and perceived severity of the individuals, were influential in screening participation.

Nar (2010) studied first degree relatives of patients with colorectal cancer based on the Health Belief Model and found that their behaviors toward screening and their health beliefs promoting these behaviors were inadequate in individuals with genetic predisposition for colorectal cancer.

The most common factors of CRC mortality and morbidity are misinformation about protective health programs, screening tests, and risk factors, as well as lack of adequate awareness. To our knowledge, there is no study aiming to determine the knowledge levels of CRC among individuals in Turkey.

If we could raise the awareness level of individuals and reveal their health beliefs on colorectal cancer, then participation in screening procedures may be raised by changing health-related perceptions regarding risks, barriers, and benefits. Furthermore, determining the public knowledge level on colorectal cancer and performing educational programs to increase the degree of awareness may increase participation rate and reduce the burden of colorectal cancer on public health.

This study was performed to determine the health beliefs about protection from colorectal cancer and reveal the knowledge levels regarding CRC screening tests in individuals above 50 years of age.

The population of our descriptive study consisted of individuals above 50 years of age who were registered at the Filiz Dolunay Family Health Center in Erzurum District Center. A total of 136 individuals were included in our study in a randomized fashion who applied between October 2011 – December 2011, had no communicative problem, and gave consent to participate. A form of descriptive survey was used to collect personal characteristics and knowledge levels, whereas Health Belief Model Scale for Protection from Colorectal Cancer was applied to determine health beliefs.

Statistical analysis was performed on computer by using t-test. The data were expressed by mean and percentage values. The participants were informed about the target of the study and attention was paid to include voluntary and willing individuals. Our study was approved by the Provincial Health Directorate of Erzurum.

As 54.1% were  $\leq$  65 years, 52.6% had a BMI value above 25 (overweight), 55.9% were male, 82.4% were married, 55.2% were primary school graduates, 43.4% were housewives, 61.6% had an income less than their expenses, 61.8% had a chronic disease, and 69.1% had no familial history of cancer. The results regarding the knowledge levels on colorectal cancer and health behaviour toward protection from cancer were as follows: 89.7% had no knowledge of early diagnostic methods, 91.2% did not prefer to undergo screening tests, 94.1% did not know the age to start having screening tests, 79.4% did not know the signs of cancer, 64.7% did not exercise, 69.9% claimed following diets rich of animal fat and meat, while 83.8% and 97.1% did not use cigarette and alcohol, respectively. Health Belief Model Scale for Protection from Colorectal Cancer

(HBMSPCC) produced the following average results for the subdimensions: perceived benefits  $42.3\pm 9.0$ , perceived susceptibility  $12.6\pm 4.3$ , perceived barriers  $15.6\pm 4.3$ , health motivation  $15.1\pm 3.2$ , perceived severity  $16.5\pm 4.0$ . The review of the average scores of HBMSPCC revealed that the participants aware of early diagnostic methods had higher average scores of perceived benefits and susceptibility than those of not knowing these methods, whereas scores for perceived barriers were higher in participants aware of early diagnostic methods than in those who did not; the difference was statistically significant.

In conclusion, in the present study, the Turkish population exhibited low levels of knowledge and inadequate participation for CRC screening, while requiring an improvement with regard to common health beliefs. In CRC, health programs are recommended to improve the health-related perceptions of individuals and raise awareness. Raising an adequate degree of awareness and knowing health beliefs for colorectal cancer may help to elevate the participation rate in screening programs by playing a crucial role in changing public perceptions with regard to risks, barriers, and benefits. Raising the knowledge level of public may increase the participation rate. Thus, CRC-related mortality rate may be reduced with early diagnosis and treatment. Public health nurses should inform people aged above 50 years about colorectal cancer and screening methods in order to improve current health beliefs.