

# Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller

## Knowledge of, attitudes toward, and barriers to participation of colorectal cancer screening in Aydın central region

Nur Şeyda Şahin<sup>1</sup>, Bayram Ali Üner<sup>2</sup>, Mehmet Aydın<sup>3</sup>, Ayşen Akçan<sup>4</sup>, Ayfer Gemalmaz<sup>5</sup>, Güzel Dişçigil<sup>5</sup>, Serpil Demirağ<sup>5</sup>, Okay Başak<sup>5</sup>

### Özet

**Amaç:** Tüm kanserler içinde üçüncü sıklıkta görülen ve kanserden ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan kolorektal kanser (KRK), tarama programları ile erken tanınabilmekte ve önlenabilmektedir. Toplumun kolorektal kansere ilişkin farkındalığı artırılmadıkça erken tanı ve tarama programlarının başarılı olması olası değildir. Çalışmamızda Aydın merkez ilçede, tarama testi yaptıranın KRK ve tarama testlerine ilişkin bilgi, tutum ve engellerle ilişkisini araştırdık.

**Yöntem:** Aydın merkez ilçede bulunan sekiz aile sağlığı merkezine 2012 Mart ayı boyunca başvuran kişilerden rastgele seçilen 50 yaş ve üzerindeki 562 katılımcıya yüz yüze standart bir anket uygulaması yapıldı. Çalışma yapılan sağlık merkezleri bölgede bulunan 24 aile sağlığı merkezi (ASM) arasından rastgele yöntemle belirlendi. Veri toplama aracı olarak tarama yaptırmama durumunu, KRK ve tarama testlerine ilişkin bilgi, tutum ve engelleri ve tarama yaptırmama isteğini sorgulayan sorular içeren bir soru formu kullanıldı.

**Bulgular:** Yaş ortalaması 59,8±7,4 (50-80 yaş arası) olan katılımcıların 376'sı erkekti (%66,9). Yüz kırk altı katılımcı (%25,8) KRK konusunda bilgi sahibi olduğunu, 68 katılımcı (%12,1) ise kolorektal kanserin erken tanınabileceğini belirtmişti. Katılımcılardan 32'si (%5,7) kolonoskopi ve 13'ü (%2,3) gaytada gizli kanı (GGK) bir tarama yöntemi olarak bilmekteydi. Toplam 66 katılımcı (%11,9) daha önce KRK taraması yaptırmıştı (GGK %7,7; sigmoidoskopi %3,6 ve kolonoskopi %5,4). Katılımcıların yalnızca %25,9'u (145 kişi) tarama için hekim tavsiyesi almış ve bunların %67,3'ü (105 kişi) tavsiyeye uymuştu. İleri yaşta (p=0,009); sağlık güvencesi olanlar (p=0,009), herhangi bir kanser tanısı (p<0,001) ve kanserli bir yakını olanlar (p=0,01) ve tarama yaptırmama yönünde hekim tavsiyesi alanlar (p<0,001) daha çok tarama yaptırmıştı. Genel bilginin tarama testlerini yaptırmama üzerindeki etkisi yokken (p>0,05), bir yöntem olarak kolonoskopiye bilinenler daha fazla tarama yaptırmışlardı (p<0,01). Katılımcıların %39,3'ü (221 kişi) tarama yaptırmama gereksinimi olduğunu düşünmekle birlikte, daha fazla katılımcı tarama yaptırmak istemekteydi (371 kişi; %66,0). Bilgisizlik (182 kişi; %32,4), kendini risk altında görmeme (164 kişi; %29,2) en sık bildirilen tarama yaptırmama nedenleriydi.

**Sonuç:** Sonuçlarımız bölgemiz aile sağlığı merkezlerine başvuranların kolorektal kanserle ilgili bilgi yetersizliğinin bulunduğunu, 50 yaşın üzerinde önerilen taramaların yeterince bilinmediğini ve yapılmadığını göstermektedir. Hekimler tarama yönünde yeterince tavsiyede bulunmamaktadır; oysa yapılan tavsiyeye uyulmaktadır. Genel bilginin davranışlara etkisi yok görünmektedir; ancak daha özgül bilgiler davranış olumlu yönde geliştirmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Kolorektal kanser tarama; bilgi, tutum; engeller.

### Summary

**Objective:** Colorectal cancer (CRC), which ranks third in cancer morbidity and second in cancer deaths worldwide, can be detected early and prevented with mass screening programs. Improving community awareness of CRC is crucial for the success of these programs. This study investigated the association of screening test participation with knowledge of, attitudes toward, and barriers to CRC and screening tests in Aydın central region.

**Methods:** In a one-month period in 2012 (March) person-to-person interviews by using a standardized survey instrument were conducted with 562 subjects aged 50 years and older who were randomly recruited from eight family medicine centers (FHCs) in Aydın central region. Eight family health centers were randomly determined among 24 FHCs in the region. The study questionnaire included items questioning the screening participation status, knowledge of, attitudes toward, and barriers to CRC and screening tests, and intent to participate.

**Results:** The mean age of the participants was 59.8±7.4 years (range, 50–80 years), and 66.9% (376 participants) were male. One hundred forty six participants (25.8%) had knowledge about CRC and 68 participants (12.1%) knew that CRC could be diagnosed early. Of the participants, 32 (5.7%) knew colonoscopy and 13 (2.3%) fecal occult blood testing (FOBT) as a screening method. A total of 66 (11.9%) of participants had undergone previous CRC testing (FOBT 7.7%; sigmoidoscopy 3.6% and colonoscopy 5.4%). Only 25.9% (145 subjects) of the respondents received physician recommendations to undergo CRC testing and 67.3% (105 subjects) of them obeyed the recommendation. Age (p=0.009), health insurance (p=0.009), being diagnosed with any kind of cancer (p<0.001), having a relative with any kind of cancer (p=0.01) and receiving physician recommendation of screening tests (p<0.001) were correlated with screening test participation. While having general knowledge of CRC had no effect on the screening participation (p>0.05), those participants knowing colonoscopy as a screening test underwent more screening (p<0.01). Although 39.3% (221 respondents) perceived need for screening, most respondents responded (66.0%; 371 subjects) positively to undergo future CRC testing. The most frequently reported barriers to getting CRC screening tests were not knowing CRC and screening tests (182 subjects, 32.4%) and not seeing themselves at high risk (164 subjects, 29.2%).

**Conclusion:** Our results demonstrate that people applying to regional FHCs lack of knowledge of CRC and screening tests recommended for those older than 50 years are neither sufficiently known nor used. Physicians do not sufficiently recommend for the screening tests, whereas the recommendations are practiced well. General knowledge of CRC don't seem to affect behaviours, however more specific knowledge effects them positively.

**Key words:** colorectal cancers creening; knowledge, attitude; barriers

- 1) Süloğlu Entegre Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği, Uz. Dr., Edirne.
- 2) Taşova İlçe Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği, Uz. Dr., Amasya.
- 3) Tut Entegre Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği, Uz. Dr., Adıyaman.
- 4) Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Araş. Gör. Dr., Aydın.
- 5) Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Aydın.

## Giriş

Kolorektal kanser (KRK) dünya çapında en sık görülen malignitelerden biridir; tüm kanserler içinde üçüncü sıradadır.<sup>[1]</sup> Dünya çapında yılda neden olduğu 600 bin ölüm ile kanser ölümleri içinde üçüncü sıklıktadır.<sup>[2,3]</sup> Ülkemizde ise 2007-2008 verilerine göre kadınlarda %7,8 ile üçüncü, erkeklerde %7,5 ile dördüncü sıklıkta görülmektedir.<sup>[4]</sup>

KRK belirtileri genellikle ileri evrelerde ortaya çıkmaktadır. Sık görülmekte, tanı konabilmekte ve erken evrelerde saptanması durumunda başarılı tedavi olasılığı artmaktadır. Bu özellikleriyle temel bir halk sağlığı sorunu olan KRK, taramaya en uygun hastalıklardan biridir.<sup>[5]</sup> Kolorektal kanserden korumanın yanı sıra KRK taraması, erken tanı ve tedavi sağlayarak mortaliteyi azaltmanın en maliyet etkili yoludur.<sup>[6]</sup>

Çok sayıda tarama testi bulunmasına karşın taramaya uyumun düşüklüğü nedeniyle erken tanı oldukça sınırlıdır.<sup>[2]</sup> Tarama yaptırmaya oranları birçok ülkede düşüktür. Çin’de yapılan bir çalışmada GGK testi ve kolonoskopi yaptırmaya oranları sırasıyla %17,5 ve %2,8 bulunmuştur.<sup>[7]</sup> On dört Asya-Pasifik ülkesinde 50 yaş üstündeki bireylerde yapılan bir çalışmada KRK tarama testi yaptırmaya oranı %27 bulunmuştur.<sup>[8]</sup> Birleşik Amerika’da bu oranlar oldukça yüksektir; tüm tarama oranları yaklaşık %55’tir.<sup>[9]</sup>

Sağlık çalışanları hastalarına kanser taraması tavsiye etmekle birlikte, bireylerin kanser taraması yaptırmaya kararı özeldir. Kararları büyük ölçüde, hem hastalık hem de tarama işlemleri ile ilgili bilgi, tutum ve kaygılarına bağlıdır.<sup>[1]</sup> Literatürde bireylerin KRK ve tarama yöntemlerine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını, davranışları belirleyen etkenleri ve tarama yaptırmaya önündeki engelleri araştıran birçok çalışma yer almaktadır.<sup>[2,5,8,11]</sup>

Ülke gerçekleri ile uyumlu bilimsel tarama standartlarının belirlenmesi önemlidir. İngiltere’de ulusal düzeyde KRK tarama programı, GGK testi ile 2006 yılında başlatılmıştır.<sup>[10]</sup> Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından ilk kez 2009 yılında yayınlanan Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları, 2012 yılı Aralık ayında güncellenmiştir.<sup>[12]</sup> Program 50-70 yaş arası tüm erkek ve kadınların iki yılda bir gaytada gizli kan testi ve 10 yılda bir kolonoskopi ile taranmasını öngörmektedir. Böylece kolorektal patolojileri henüz malignite öncesi ya da erken malignite evresinde saptayarak, invaziv kanser sıklığını ve buna bağlı morbidite ve mortaliteyi düşürme hedeflenmiştir.

Bu hedefin gerçekleşmesi toplumda kanser farkındalığının ve bilincinin oluşturulması, halkın erken tanının önemi ve KRK tarama yöntemleri konusunda bilgilendirilmesi ile olasıdır. Bu konudaki temel görev, birinci basamak sağlık sisteminde çalışan aile hekimlerine düşmektedir. Ancak ülkemizde KRK tarama yaptırmaya oranlarına ilişkin çalışmalar yetersiz olduğu gibi, aile hekimlerinin hizmet sunduğu bireylerin kanserlere ilişkin bilgi, tutum ve davranışları ile tarama yaptırmaya belirleyicileri ve önündeki engeller de yeterince araştırılmış değildir.

Bu çalışmanın amacı, kendi hizmet sunum bölgesinde yaşayan ve aile sağlığı merkezlerinden sağlık hizmeti alan halkın kolorektal kanser ve taramaları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarıyla davranışları belirleyen etkenleri ve taramaya önündeki engelleri belirlemektir.

## Gereç ve yöntem

Tanımlayıcı kesitsel desendeki bu çalışmanın bir ay içinde Aydın merkez ilçede bulunan aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalar evreninde yapılması planlandı. Bir ay içinde aile sağlığı merkezlerine başvuracak 50 yaş üzerindeki kişi sayısı öngörülemeyen için örneklem büyüklüğü evreni bilinemeyen örnekleme hesabıyla yapıldı. Buna göre, örneklem büyüklüğü 0,05 standart hata, 0,05 örnekleme hatası ve 0,3 gözlenme oranı dikkate alınarak en az 323 olarak belirlendi. Bölgede bulunan 24 ASM arasından rastgele örnekleme ile belirlenen sekiz ASM (altısı kentsel ve ikisi kırsal bölgede) çalışma kapsamına alındı. Araştırmacılar 2012 yılı Mart ayı içerisinde bu aile sağlığı merkezlerine başvuran 50 yaş ve üstündeki tüm kadın ve erkekleri çalışmamıza katılmaları için davet etti. Bir ay boyunca ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 562 kişi ile bekleme salonlarında yüz yüze görüşülerek anket uygulaması yapıldı. Aile hekimi ile görüşme sırası gelenler dışında çalışmaya katılmayı kabul etmeyen olmadı. Anket uygulamadan önce katılımcılara sözlü bilgilendirme yapıldı ve sözlü onam alındı.

Çalışmada yapılandırılmış bir anket formu kullanıldı. Çalışmanın amaçlarına uygun olarak ve literatürde yer alan benzer çalışmalar<sup>6,7,8,11</sup> dikkate alınarak araştırma ekibi tarafından hazırlanan anket formu, katılımcıların sosyodemografik verilerini, KRK ve tarama yöntemleri konusundaki bazı bilgilerini, KRK algılarını, KRK taraması yaptırmaya davranışlarını ve yaptırmaya istekleriyle davranışlara etki eden etkenleri ve taramaya önündeki engel

leri sorgulayan açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşmaktaydı. Katılımcıların olabildiğince nesnel ve gerçeği yansıtan yanıtlar vermesini sağlamak için KRK ile ilgili bazı bilgiler genel kanser sorularına verilen yanıtlardan elde edildi. Katılımcıların gelir düzeyini belirlemede olabildiğince nesnel ölçütler kullanıldı. Katılımcılar 2012 yılı resmi verileriyle dört kişilik bir aile için belirlenen açlık ve yoksulluk sınırları ile düşük, orta ve yüksek gelir düzeylerine ayrıldı. Meslek kategorizasyonunda tüm mesleklerin emeklileri ayrı bir grup olarak alındı.

Anket formu çalışma öncesinde, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine gelen 30 hasta üzerinde uygulanarak anlaşılabilirlik ve uygulanabilirlik yönünden test edildi ve sonrasında yapılan düzeltmelerle son şeklini aldı. Anket uygulamasını, öncesinde yüz yüze anket uygulamasına ve geliştirilen anket formuna ilişkin eğitim alan Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencileri yaptı (NŞŞ, BAÜ, MA, AA). Çalışma için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan ve Aydın İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden gerekli izinler alındı.

### İstatistiksel değerlendirme

Doldurulan anket formlarından elde edilen bilgiler, oluşturulan bir veri tabanına aktarıldı ve SPSS 18.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Ve-rilerin analizinde ortalama, standart sapma, dağılım aralığı ve yüzdeler gibi tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Kategorik değişkenler ve çıktılar arasındaki bağıntı ki-kare testi ve Fisher's Exact test ile değerlendirildi. Sürekli değişkenler arasındaki farkları değerlendirmek için student t testi kullanıldı. Pearson korelasyon testi ile sürekli değişkenler ve Kendall's tau (rank-correlation coefficient) testi ile ordinal değişkenler arasındaki ilişkiler değerlendirildi.

## Bulgular

### Demografik veriler

Çalışmaya katılan 562 kişinin 186'sı (%33,1) kadın ve 376'sı (%66,9) erkekti. Yaş ortalaması 59,8±7,4 (50-80 yaş arası) olan katılımcıların yaşları, cinsiyete göre farklılık göstermemekteydi (K: 60,2±7,4; E: 59,6±7,4; p>0,05). Yaş bakımından meslek grupları arasında da anlamlı bir fark yoktu (p>0,05). Katılımcıların %83,6'sı (470 kişi) evli; %26,7'si (148 kişi) ev hanımı ve %35,8'i (201 kişi) ilköğretim mezunuydu. Yüzde 50,5'inin (284 kişi) aile geliri 900-3000 TL arasında ve %65,7'si (369 kişi) kentsel bölgede oturmaktaydı. Katılımcıların

eğitim düzeyi arttıkça gelir düzeyi de artmaktaydı ( $\tau=0,472$ ;  $p<0,001$ ). Kadınlara göre erkekler ve kırsal bölgede yaşayanlara göre kentsel bölgede yaşayanlar daha çok eğitimliydi (sırasıyla  $\chi^2=54,722$ ;  $p<0,001$  ve  $\chi^2=61,281$ ;  $p<0,001$ ). Büyük çoğunluğunun (499 kişi, %88,8) bir sosyal güvencesi vardı. Katılımcıların bazı demografik ve sosyoekonomik

**Tablo 1. Katılımcıların demografik ve sosyoekonomik özellikleri**

Özellik		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	186	33,1
	Erkek	376	66,9
	<b>Toplam</b>	<b>562</b>	<b>100</b>
Yaş (yıl)	59,8±7,4 (50 – 80 yaş arası); Kadın: 60,2±7,4; Erkek: 59,6±7,4; p>0,05		
Medeni durum	Evli	470	83,6
	Bekar	44	7,8
	Diğer	48	8,6
	<b>Toplam</b>	<b>562</b>	<b>100</b>
Eğitim durumu	Okuryazar değil	27	4,8
	Okuryazar	144	25,6
	İlköğretim	201	35,8
	Lise ve yüksek okul	125	22,2
	Üniversite	65	11,6
<b>Toplam</b>	<b>562</b>	<b>100</b>	
Meslek	Emekli	121	21,9
	Ev hanımı	148	26,7
	Serbest çalışan	97	17,5
	Memur	96	17,3
	İşçi	50	9,0
	Sağlık çalışanı	21	3,8
	Diğer	21	3,8
	<b>Toplam</b>	<b>554</b>	<b>100</b>
Aylık aile geliri	900 TL'den az	246	43,8
	900 – 3000 TL	284	50,5
	3001 – 9000 TL	30	5,3
	9000 TL'den fazla	2	0,4
	<b>Toplam</b>	<b>562</b>	<b>100</b>
Yerleşim yeri	Kentsel bölge	369	65,7
	Kırsal bölge	193	34,3
	<b>Toplam</b>	<b>562</b>	<b>100</b>
Sosyal güvence	Var	499	88,8
	Yeşil kart	58	10,3
	Yok	5	0,9
	<b>Toplam</b>	<b>562</b>	<b>100</b>
TL=Türk lirası			

özellikleri **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

### KRK ve tarama testlerine ilişkin bilgi düzeyleri

#### KRK hakkında bilgi düzeyleri

Katılımcıların %26,0'sının (146 kişi) KRK konusunda bilgileri vardı (Soru: Hangi kanser türlerini biliyorsunuz?). Kolorektal kanseri bilme oranları yaşla bir değişiklik göstermemekteydi ( $p>0,05$ ). Kadınlara (33 kadın, %17,7) göre erkeklerin daha çoğu (113 erkek, %30,1) bilgi sahibiydiler ( $\chi^2=9,431$ ;  $p=0,002$ ). Eğitim ve gelir düzeyi arttıkça bilgi sahibi olma oranları artmaktaydı (sırasıyla  $\chi^2 = 51,240$ ;  $p<0,001$  ve  $\chi^2 = 40,636$ ;  $p<0,001$ ). Sağlık çalışanlarının KRK'yi bilme oranı diğer mesleklere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksekti ( $\chi^2 = 46,614$ ;  $p<0,001$ ). Sağlık çalışanları dışarıda bırakıldığında, KRK konusunda ev hanımları en az, memur ve emekliler ise en fazla bilgiye sahiptiler ( $\chi^2 = 15,136$ ;  $p=0,004$ ). Kırsal bölgelerde yaşayanların bilme oranı kentlerde yaşayanlara göre daha düşüktü ( $\chi^2 = 36,595$ ;  $p<0,001$ ).

#### Erken tanınmasına ilişkin bilgi düzeyleri

Kolorektal kanserin erken tanınabileceğini bilen katılımcı sayısı 68 (%12,1) idi (Soru: Hangi kanserler tarama ile erken tanınabilir?). Erken tanınabileceğini bilme konusunda kadınlarla erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ve yaşla bir değişiklik göstermemekteydi ( $p>0,05$ ). Eğitim ve gelir düzeyi arttıkça kolorektal kanserin erken tanınabileceğini bilme oranları artmaktaydı (sırasıyla  $\chi^2 = 47,616$ ;  $p<0,001$  ve  $\chi^2 = 42,498$ ;  $p<0,001$ ). Kırsal bölgelerde yaşayanların bilme oranları kentlerde yaşayanlardan ( $\chi^2 = 7,952$ ;  $p=0,005$ ), işçilerle ev hanımlarının oranları ise diğer mesleklerden ( $\chi^2 = 50,396$ ;  $p<0,001$ ) anlam-

lı ölçüde daha düşüktü.

#### Erken kanser belirtilerine ilişkin bilgi düzeyleri

(Soru: Kanser ne tür belirtiler verir?) Katılımcılar en sıklıkla halsizliğin (172 kişi; %30,6) ve ağrının (156 kişi; 27,8) genel olarak kanserin erken belirtisi olduğunu ifade etmişti. Katılımcıların ifade ettikleri erken kanser belirtileri ve sıklıkları **Tablo 2**'de verilmiştir. Kadınlara göre erkeklerin daha çoğu herhangi bir bölgeden kanama ve öksürüğün kanserin erken belirtisi olduğunu bildirmişti (sırasıyla  $\chi^2 = 10,826$ ;  $p=0,001$  ve  $\chi^2 = 37,762$ ;  $p<0,001$ ). Diğer erken kanser belirtilerini bilme bakımından kadınlarla erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ).

#### KRK tarama yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyleri

Bildikleri KRK tarama yöntemleri sorulan katılımcıların 32'si (%5,7) kolonoskopi ve 13'ü (%2,3) gaytada gizli kanın KRK taramasında kullanılan yöntemler olduğunu ifade etti. Sigmoidoskopinin bir tarama yöntemi olduğunu belirten çıkmadı. Herhangi bir KRK tarama yöntemini bilme oranı %6,2 (35 kişi) idi. Tarama yöntemlerini bilme yaşla bir değişiklik göstermemekteydi ( $p>0,05$ ). Kadınlara göre erkeklerin GGK testinin tarama yöntemi olduğunu bilme oranı daha yüksekti ( $\chi^2 = 3,879$ ;  $p=0,050$ ). Katılımcıların KRK tarama yöntemlerini bilme durumlarının cinsiyet, eğitim, meslek, gelir ve yerleşim yerlerine göre dağılımı **Tablo 3**'te verilmiştir. Eğitim ve gelir düzeyi arttıkça kolonoskopi ve GGK tarama yöntemlerini bilme oranları anlamlı ölçüde artmaktaydı (sırasıyla  $\chi^2 = 40,952$ ;  $\chi^2 = 34,570$ ;  $\chi^2 = 33,483$ ;  $\chi^2 = 33,754$ ;  $p<0,001$ ). Kent- sel bölgelerde yaşayanların kolonoskopiye bilme oranları kırsal bölgelerde yaşayanlara göre anlamlı ölçüde daha yüksekti ( $\chi^2=5,272$ ;  $p=0,022$ ). Tarama

**Tablo 2.** Katılımcıların ifade ettikleri erken kanser belirtileri ve sıklıkları\*

Belirtiler	Kadın, s=186		Erkek, s=376		Toplam, s=562		İstatistiksel değerlendirme
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Halsizlik	62	33,3	110	29,0	172	30,6	$p>0,05$
Ağrı	58	31,2	98	25,9	156	27,8	$p>0,05$
Zayıflama	32	17,2	92	24,3	124	22,1	$p>0,05$
Kitle	41	22,0	82	21,6	123	21,9	$p>0,05$
Kanama	13	7,0	65	17,2	78	13,9	$\chi^2 = 10,826$ ; $p=0,001^*$
Öksürük	2	1,1	76	20,1	78	13,9	$\chi^2 = 37,762$ ; $p<0,001^*$
İştahsızlık	21	11,3	39	10,3	60	10,7	$p>0,05$
Diğer	13	7,0	25	6,9	38	6,8	$p>0,05$

\* Pearson ki-kare testi;

\*\* Hiç belirti bilemeyenler olduğu gibi birden fazla belirti bildirenler de olmuştur.



yöntemlerini bilme bakımından meslekler arasında anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ).

### KRK taraması yaptırma davranışları

Katılımcıların %7,7'si (43 kişi) son bir yıl içinde GGK testi, %3,6'sı (20 kişi) son beş yıl içinde sigmoidoskopi ve %5,4'ü (30 kişi) ise son 10 yıl içinde kolonoskopi yaptırmışlardı. Bunlardan herhangi birini yaptıran katılımcı sayısı 66 (%11,9), herhangi ikisini yaptıran 15 (%2,7) ve üçünü birden yaptıran sayısı ise yalnızca altı (%1,1) idi. Herhangi bir tarama yaptırmayan katılımcı sayısı ise 496 (%88,1) idi.

Herhangi bir KRK tarama testini yaptırmış olanlar ( $62,0\pm 7,7$ ) hiç tarama yaptırmamış olanlara ( $59,5\pm 7,3$ ) göre daha yaşlıydı ( $t=2,626$ ;  $p=0,009$ ). Sağlık güvencesi olanlar olmayanlara göre daha çok yaptırmıştı ( $\chi^2=9,484$ ;  $p=0,009$ ). Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi ve yerleşim yeri bakımından herhangi bir KRK taraması yaptırma oranları farklılık göstermemekteydi ( $p>0,05$ ).

Tarama testleri tek tek değerlendirildiğinde her üç tarama testi için kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ). Sigmoidoskopi ( $t=4,061$ ;  $p<0,001$ ) ve kolonoskopi ( $t=2,941$ ;  $p=0,003$ ) yaptıranlar daha ileri yaştaydı. Katılımcıların KRK taraması yaptırma durumlarının cinsiyet, eğitim, meslek, gelir ve yerleşim yerlerine göre dağılımı **Tablo 3**'te gösterilmiştir.

### Hekim tavsiyesi

Son iki yıl içinde kontrol amaçlı olarak herhangi bir hekime başvuran katılımcı sayısı 136 (%24,1) idi. Kontrol amaçlı olarak hekime başvurma oranı kadınlarda (%33,3; 62 kadın) erkeklerden (%19,5; 74 erkek) daha yüksekti ( $\chi^2=15,872$ ;  $p<0,001$ ).

Doktorundan herhangi bir kanser taraması konusunda tavsiye alan katılımcı sayısı 145 (%25,9) iken, bunların %67,3'ü (105/145) bu tavsiyeye uymuştu. Kadınlar doktorlarından erkeklere göre daha çok kanser taraması yaptırma tavsiyesi almış (sırasıyla %34,4 ve %21,4;  $\chi^2=13,397$ ;  $p=0,001$ ) ve bu tavsiyeye daha çok uymuşlardı (sırasıyla %82,4 ve %55,7;  $\chi^2=12,401$ ;  $p<0,001$ ). Doktorundan tavsiye alma bakımından eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi ve yerleşim yerine göre katılımcılar arasında anlamlı bir fark gözlenmedi ( $p>0,05$ ). Okuryazar olmayanlar ve üniversite mezunları, 3000 TL'nin üzerinde geliri olanlar ve kentsel bölgede yaşayanlar hekimin tavsiyesine daha çok uymuşlardı (sırasıyla  $\chi^2=17,993$  ve  $p<0,001$ ;  $\chi^2=6,536$  ve  $p=0,038$ ;  $\chi^2=8,751$ ;

$p=0,003$ ). Tavsiye alan sağlık çalışanlarının tamamı bu tavsiyeye uyarken, tavsiyeye en az uyan meslek grubu serbest çalışanlardı ( $\chi^2=13,027$ ;  $p=0,043$ ). Doktorundan herhangi bir kanser taraması yaptırma tavsiyesi alanların %22,8'i (33/145), doktor tavsiyesi almayanların %7,1'i (24/338) herhangi bir KRK tarama testi yaptırmıştı. Doktor önerisi alanlarla almayanlar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $\chi^2=23,901$ ;  $p<0,001$ ).

Herhangi bir kanser tanısı almış olan katılımcı sayısı 23 (%4,1) ve ailesinde herhangi bir kanser tanısı almış biri olan katılımcı sayısı ise 196 (%34,8) idi. Herhangi bir kanser tanısı alanların GGK ( $\chi^2=25,048$ ;  $p<0,001$ ), sigmoidoskopi ( $\chi^2=21,658$ ;  $p<0,001$ ) ve kolonoskopi ( $\chi^2=54,311$ ;  $p<0,001$ ) yaptırma oranları anlamlı ölçüde daha yüksekti. Ailesinde herhangi bir kanser tanısı almış biri varsa, sigmoidoskopi ( $\chi^2=17,167$ ;  $p<0,001$ ) ve kolonoskopi ( $\chi^2=9,212$ ;  $p=0,010$ ) yaptırma oranları anlamlı ölçüde daha yüksekti.

### Bilmenin davranış üzerine etkisi

KRK konusunda bilgisi olanlarla olmayanların GGK, sigmoidoskopi ve kolonoskopi yaptırma oranları arasında anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ). Kolonoskopiyi yöntem olarak bilenlerin GGK ( $\chi^2=9,649$ ;  $p=0,002$ ), sigmoidoskopi ( $\chi^2=7,856$ ;  $p=0,005$ ) ve kolonoskopi ( $\chi^2=18,264$ ;  $p<0,001$ ) yaptırma oranları anlamlı ölçüde daha yüksekti. GGK testini yöntem olarak bilenlerin yalnızca GGK yaptırma oranları anlamlı ölçüde daha yüksek bulundu ( $\chi^2=4,452$ ;  $p=0,035$ ).

### Tutumlar (algılar)

Katılımcıların algıları tüm kanserlerle ilgili olarak sorgulandı. Kanser taramalarının sağlığı geliştireceğine inanan katılımcı sayısı 409 (%72,8) idi. Katılımcıların 221 (%39,3) risk altında olduğunu ve tarama yaptırması gerektiğini, 371 (%66,0) ise tarama yaptırmak istediğini belirtti.

Kanser taraması yaptırma gereksinimi olduğunu düşünenler ( $t=3,239$ ;  $p=0,001$ ), kanser taramalarının sağlığı geliştireceğine inananlar ( $t=3,323$ ;  $p=0,001$ ) ve tarama yaptırmak isteyenler ( $t=3,341$ ;  $p=0,001$ ) daha gençti. Kanser taraması yaptırma gereksinimi olduğunu düşünme, eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde okuryazar olmayanlarda (%66,7) en yüksek ve ilköğretim mezunlarında (%36,6) en düşüktü ( $\chi^2=16,498$ ;  $p=0,002$ ). Mesleklere göre ise en çok gereksinimi olduğunu düşünenler serbest çalışanlar (%59,6) ve en az gereksinimi olduğunu

düşünenler işçiler (%19,0) idi ( $\chi^2=25,599$ ;  $p<0,001$ ). Bunun dışında cinsiyet, gelir düzeyi ve yerleşim yerine göre anlamlı bir farklılık yoktu ( $p>0,05$ ). Kanser taramalarının sağlığı geliştireceğine inanma ve tarama yaptırmayı isteme bakımından da cinsiyet, eğitim, meslek, gelir ve yerleşim yerlerine göre anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

### Tarama yaptırmamanın önündeki engeller

KRK taraması yaptıran 66 katılımcıdan 45'i (%68,2) doktor tavsiyesi, 12'si (%18,2) kendi isteği ve ikisi (%3,0) ailesinin ya da arkadaşlarının tavsiyesi ile tarama yaptırmışlardı; yedi katılımcı (%10,6) herhangi bir neden belirtmemişti. Tarama yaptırmayan 496 katılımcının nedenleri ise çeşit-

**Tablo 3. Katılımcıların KRK tarama yöntemlerini bilme ve tarama yaptıрма durumlarının cinsiyet, yerleşim, eğitim, gelir ve mesleklerine göre dağılımı**

	Değişkenler		GGK*		Sigmoidoskopi		Kolonoskopi	
			Bilen	Yaptıran	Bilen	Yaptıran	Bilen	Yaptıran
Cinsiyet	Kadın	186 (33,1)	1 (0,5)	14 (7,6)	-	8 (4,3)	9 (4,8)	7 (3,8)
	Erkek	376 (66,9)	12 (3,2)	29 (7,7)	-	12 (3,2)	23 (6,1)	23 (6,1)
	Toplam	562 (100)	13 (2,3)	43 (7,7)		20 (3,6)	32 (5,7)	30 (5,4)
	$\chi^2$ ; p*		3,835; 0,050	>0,05	-	>0,05	>0,05	>0,05
Yerleşim	Kentsel	369 (65,7)	10 (2,7)	32 (8,7)	-	11 (3,0)	27 (7,3)	23 (6,2)
	Kırsal	193 (34,3)	3 (1,6)	11 (5,7)	-	9 (4,7)	5 (2,6)	7 (3,6)
	$\chi^2$ ; p		>0,05	>0,05		>0,05	5,272; 0,022	>0,05
Eğitim	Okuryazar değil	27 (4,8)	0	0 (0)	-	4 (14,8)	0 (0)	2 (7,4)
	Okuryazar	144 (25,6)	0	9 (6,3)	-	6 (4,2)	3 (2,1)	8 (5,6)
	İlköğretim	201 (35,8)	2 (1,0)	13 (6,4)	-	4 (2,0)	5 (2,5)	9 (4,5)
	Lise ve yüksek okul	125 (22,2)	3 (2,4)	16 (12,8)	-	6 (4,8)	10 (8,0)	5 (4,0)
	Üniversite	65 (11,6)	8 (12,3)	5 (7,7)	-	1 (1,5)	14 (21,5)	6 (9,2)
	$\chi^2$ ; p		34,570; <0,001	>0,05		12,306; 0,015	40,952; <0,001	>0,05
Gelir	900 TL altı	246 (43,8)	0 (0)	12 (4,9)	-	10 (4,1)	4 (1,6)	14 (5,7)
	900 – 3000	284 (50,5)	8 (2,8)	25 (8,8)	-	5 (1,8)	20 (7,0)	14 (4,9)
	3001-9000	30 (5,3)	5 (16,7)	6 (20,0)	-	5 (16,7)	8 (26,7)	2 (6,7)
	9000 TL üstü	2 (0,4)	0 (0)	0 (0)	-	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	$\chi^2$ ; p		33,754; <0,001	9,840; 0,021		17,534; 0,001	33,483; <0,001	>0,05
Meslek**	Emekli	120 (21,7)	3 (2,5)	7 (5,8)	-	3 (2,5)	9 (7,4)	9 (7,5)
	Ev hanımı	147 (26,6)	1 (0,7)	8 (5,4)	-	(2,7)	8 (5,4)	3 (2,0)
	Serbest çalışan	97 (17,6)	5 (5,2)	5 (5,2)	-	6 (6,2)	8 (8,2)	9 (9,3)
	Memur	96 (17,4)	(1,0)	17 (17,7)	-	4 (4,2)	2 (2,1)	4 (4,2)
	İşçi	50 (9,1)	0	1 (2,0)	-	3 (6,0)	0 (0)	5 (10,0)
	Sağlık çalışanı	21 (3,8)	7 (53,8)	4 (19,0)	-	0 (0)	1 (4,8)	0 (0)
	Diğer	21 (3,8)	0 (0)	1 (4,8)	-	1 (6,3)	2 (12,5)	1 (6,3)
	$\chi^2$ ; p		>0,05	21,331; <0,001		>0,05	>0,05	>0,05
** Meslek bilgileri eksiktir (s=552).			GGK=Gaytada gizli kan					

liydi. En sık tarama yaptırmama nedenleri bilgisizlik (182 kişi, %32,4) ve kendini risk altında görmeme (164 kişi, %29,2) idi. Katılımcıların KRK taraması yaptırmama ya da yaptırmama nedenleri **Tablo 4**'te gösterilmiştir.

## Tartışma

Tarama, kolorektal kanserden korumanın yanı sıra erken tanı ve tedavi sağlayarak mortaliteyi azaltmanın en maliyet etkili yoludur.<sup>[6]</sup> Erken saptama KRK mortalitesini %18-33 arasında azaltmaktadır.<sup>[13]</sup> Tüm KRK kılavuzları 50 yaş üstündeki bireylerin taranmasını tavsiye etmektedir. Bir-iki yılda bir GGK, beş yılda bir sigmoidoskopi (ya da çift kontrastlı baryumlu grafi) ve 10 yılda bir kolonoskopi en sıklıkla önerilen tarama yöntemleridir.<sup>[14-18]</sup> Ülkemizde Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları'nın 2012 yılı güncellemesinde iki yılda bir GGK ve 10 yılda bir kolonoskopi önerilmekle birlikte, henüz ülke çapında uygulanan bir tarama programı yoktur.<sup>[12]</sup> Durum saptamasına yönelik olarak elde edilen bilgiler, ülkemizde tarama programlarının oluşturulmasına ve KRK taramalarının yaygınlaştırılmasına katkıda bulunacaktır. Çalışma sonuçlarımızın bu açıdan değerli olduğunu düşünmekteyiz.

## Bilgi yetersizliği

Çalışma sonuçlarına göre katılımcıların ancak dörtte biri bir kanser çeşidi olarak KRK'yi bilmiştir. KRK'nin erken tanınabileceğini bilme oranı daha düşüktür. Soruların açık uçlu ve kanser türlerinin adlarının verilmemiş olması, doğrudan hatırlama zorluğu nedeniyle bu oranı düşürmüş olabilir. Erkeklerin daha çoğu bilgiye sahiptir. KRK'yi ve

erken tanınabileceğini bilme oranları eğitim ve gelir düzeyiyle artmaktadır. Eğitim arttıkça gelir düzeyinin de artıyor olması, esas belirleyici faktörün eğitim olduğunu düşündürmektedir. Ev hanımlarının ve kırsal bölgede yaşayanların daha az bilgiye sahip olması tarama stratejileri bakımından önem taşımaktadır.

Genel olarak kanserin erken belirtileri sorusuna en sıklıkla halsizlik ve ağrı gibi genel belirtiler ifade edilmiştir. Kolorektal kanserin en önemli iki erken belirtisinden biri olan bağırsak alışkanlıklarında değişiklik olmasını hiç bilen çıkmamıştır. Kanser türleri, erken tanınabilirlik ve erken belirtilerine ilişkin bilgiler, hatırlatma yan tutuculuğunu önlemek açısından genel kanserlere göre oluşturulmuş sorularla elde edilmiştir. Ancak bu durum özellikle erken belirtiler bakımından kolorektal kansere özgü sonuçlar elde etmemiz açısından bir kısıtlılık da oluşturmuştur. KRK tarama yöntemleri konusundaki bilgi düzeyleri ise iyice düşmektedir (%6,2). Eğitim ve gelir düzeyi burada da bilmeyi artıran faktörlerdir. Tüm bilme düzeylerinde yaş belirleyici bir faktör olarak görünmemektedir.

Koo ve ark'nın Avusturalya'da yaptıkları bir çalışmada, en sık ifade edilen KRK belirtileri dışkıda kan (%55) ve bağırsak alışkanlıklarında değişiklik (%48) olarak saptanmıştır. Katılımcıların %31'inin hiçbir yöntem bilemediğini, %87'sinin en azından bir tarama yöntemi duyduklarını saptamışlardır.<sup>[19]</sup> Bizim verilerimiz literatürde yer alan bu sonuçlara göre oldukça düşüktür. Bu durum, çalışmamızda yer alan soruların özelliği dikkate alındığında, farklı çalışmalarda kullanılan soruların farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

**Tablo 4. Katılımcıların KRK taraması yaptırmama ve yaptırmama nedenleri (s=562)\***

Tarama yaptırmama nedenleri**			Tarama yaptırmama nedenleri**		
Nedenler	Sayı	Yüzde	Nedenler	Sayı	Yüzde
Doktor önerisi	45	68,2	Bilgisizlik	182	32,4
Kendi isteği	12	18,2	Kendini risk altında görmeme	164	29,2
Aile-arkadaş isteği	2	3,0	Sonuçtan korkma	75	15,2
Neden belirtmeyen	7	10,6	Zaman yetersizliği	66	13,3
			Uygulamanın vereceği rahatsızlık	32	6,5
			Parasal olanaksızlık	31	6,3
			Sağlık hizmetlerine ulaşım güçlüğü	28	5,6
			Tarama testlerinin güvenilir olmaması	2	0,4

\* Herhangi bir KRK tarama testi yaptıran katılımcı sayısı = 66; Hiçbir KRK tarama testi yaptırmayan katılımcı sayısı = 496

\* Hiç neden bildirmeyen ya da birden fazla neden bildirenler bulunmaktadır

## Tarama yaptırmada sorunlar ve etki eden etkenler

Çalışmamızda saptanan, önerilen süreler içinde KRK taramaları yaptırmaya oranları da oldukça düşüktür. Herhangi bir KRK tarama testi yaptıranların oranı %11,9'dır. Farklı etnik/ırk gruplarından birinci basamak hastalarıyla yapılan bir çalışmada, KRK tarama tercihleri %37 ile kolonoskopi, %31 ile GGK ve %9 ile sigmoidoskopi olmuştur.<sup>[20]</sup> 14 Asya-Pasifik ülkesinde 50 yaş üstündeki bireylerde yapılan bir çalışmada KRK tarama testi yaptırmaya oranı %27 bulunmuştur. Filipinler (%69), Avustralya (%48) ve Japonya (%38) en yüksek, Hindistan (%1,5), Malezya (%3) ve Endonezya (%3) ise en düşük yaptırmaya oranlarına sahiptir.<sup>[8]</sup>

Tarama yaptırmaya davranışını olumlu yönde etkileyen en önemli etken, hekimlerin risk altındaki hastalarına tarama yaptırmalarını tavsiye etmeleri gibi görünmektedir. Tavsiye alanların çoğunluğunun bu tavsiyeye uyması, hasta davranışını etkilemede hekimlerin rolünün önemini göstermektedir. Öte yandan hekimlerin risk altındaki hastalarına kanser taraması tavsiyesinde bulunma oranlarının düşüklüğü dikkat çekicidir. Çalışmamıza katılan her dört kişiden üçü doktorlarının kanser taraması hakkında kendilerine öneride bulunmadığını belirtmiştir. Oysa tarama yaptıran her üç kişiden ikisi bunu doktor önerisiyle yapmışlardır.

Yapılan bazı çalışmalarda bireylerin kanser taraması yaptırmamasının, doktorların bu konudaki eğilimlerinin az olmasından kaynaklandığı ortaya çıkmıştır. Bir çalışmada doktorların ebeveynlerinin bile tarama yaptırmaya oranlarının düşük olduğu bulunmuştur.<sup>[9,21]</sup> Asya-Pasifik bölgesinde yapılan çok merkezli bir çalışmanın sonuçlarına göre, KRK tarama yaptırmaya oranlarının düşük ya da yüksek olduğu tüm ülkelerde hekimin tavsiyede bulunması ve kişilerin tarama testlerine ilişkin bilgi düzeyleri, KRK tarama testi yaptırmada anlamlı iki belirleyicidir.<sup>[8]</sup> Bir başka çalışmada asemptomatiklerde KRK taramalarına katılım %25, yapılan hekim tavsiyesi ise %22 olarak bulunmuştur.<sup>[19]</sup> KRK taramasının az yapıldığı ülkelerde halkın KRK yakınmalarına, risk etkenlerine ve tarama testlerine ilişkin bilgi düzeyi daha düşüktür ve hekimler daha az tavsiyede bulunmaktadırlar.<sup>[8]</sup> Gelişmiş ülkelerde ise durum oldukça farklıdır. Amerika Virjinya'da yapılan bir çalışmada hekimlerinden KRK yaptırmaya tavsiyesi almamış olanların oranı yalnızca %1,6'dır.<sup>[22]</sup>

Tarama kararları kadın ve erkek tarafından ortaklaşa verilebilmektedir. Çünkü sonuçları bir diğ-

rinin iyilik durumunu etkileyecektir. Dolayısıyla erkek ve kadınların, davranışlarına etki eden inanış ve tutumlarının bilinmesi önemlidir. Sach ve Whynes kadın ve erkeklerin kanser ve taramaya ilişkin inanışlarını araştırdıkları çalışmalarında, kadınların algıladıkları kanser riskinin ve duydukları kaygının, erkeklerden daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Buna karşın erkekler KRK taramasına daha çok ilgi göstermişlerdir.<sup>[10]</sup> Bir başka çalışmada ise kadınların taramaya daha çok katıldığı ve bunun kanser bilgi düzeyiyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Sonuçta yazarlar, geleneksel olarak erkeklerin koruyucu hekimliğe kadınlardan daha az ilgi duyduğunu düşünmektedirler ve kişisel deneyimin tek başına tutumları açıklayamayacağı sonucuna varmışlardır.<sup>[23]</sup>

Bizim çalışmamızda ise cinsiyet tarama yaptırmaya davranışı üzerinde etkili görünmemektedir. Kendini risk altında görme ve tarama yaptırmaya isteme bakımından da cinsiyetin etkisi bulunmamaktadır. Ancak koruyucu hekimliğe ilgi kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Kadınlar doktorlarından daha çok tarama tavsiyesi almıştır ve tavsiye alan kadınlar bu tavsiyeye erkeklerden daha çok uymaktadırlar. Dolayısıyla cinsiyete bağlı eşitsizlikler dikkate alınmalıdır. Yapılan bir çalışmada, kadınlarda KRK tarama oranlarının meme ve serviks kanseri taramalarının gerisinde olduğu ve ayrıca kadınların erkeklerden daha az taranmakta oldukları bulunmuştur.<sup>[24]</sup>

Çalışmamızda sigmoidoskopi ve kolonoskopi yaptırmaya oranları yaşla birlikte artmaktadır. Kendini risk altında görme yaşla birlikte değişmezken, taramanın önemi ve tarama yaptırmaya isteğinin yaşla birlikte artması bunun nedenlerinden biri olabilir. Kolonoskopi yaptırmaya eğitim ve gelir düzeyine göre değişiklik göstermemektedir. Eğitim (sigmoidoskopi) ve gelir (sigmoidoskopi ve GGK) düzeyleri arttıkça gözlenen davranış değişiklikleri pek özgül görünmemektedir. Kendini risk altında görme ve tarama yaptırmaya isteği bakımından eğitim ve gelir düzeyi etkili değildir.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre, mesleğin tarama davranışı üzerine etkisi sınırlıdır. Doktor tavsiyesi alma bakımından meslekler arasında fark bulunmamıştır. Tavsiyeye en az uyan serbest çalışanlar olurken sağlık çalışanları daha çok uymuşlardır. Kendini risk altında görme ve tarama yaptırmaya isteği de meslekler göre değişiklik göstermemektedir. Tarama yaptırmaya davranışları, kendini risk altında görme ve tarama yaptırmaya isteği yerleşim yerine göre de değişiklik göstermemektedir.



KRK konusunda bilgisi olanların davranışları bilgisi olmayanlara göre farklı değildir. Dolayısıyla bilmek yapmayı gerektirmiyor gibi görünmektedir. Ancak özellikle kolonoskopiye bir yöntem olarak bilenlerin tüm yöntemleri yaptırma oranları daha yüksek bulunmuştur. Bu da genel bilgilendirmeden çok, daha özgül ve somut bilgilerin verilmesinin önemini gösterebilir.

Çalışma sonuçlarımız bölge halkının kanser taraması konusundaki tutumlarının genelde olumlu yönde olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcıların ancak yarıya yakını kendisinin kanser riski altında olduğunu ve dolayısıyla tarama yaptırması gerektiğini düşünürken, yakın gelecekte tarama yaptırmak isteyen sayısı çok daha fazladır. Asya-Pasifik çalışmasında, tarama yaptırma gereksinimi olduğunu düşünme ve tarama yaptırmayı isteme, çoğu ülkede birbiriyle ilişkili bulunmuştur; ancak finansal ve erişim engelleri bunu bozmaktadır.<sup>[8]</sup> Koo ve ark, Avustralya'da yaptıkları bir çalışmada, risk altında olduğunu söyleyenlerin, tarama yaptırmak isteyenlerin ve asemptomatiklere tarama yapılması gerektiğini düşünenlerin oranını sırasıyla %16, %84 ve %77 olarak saptamışlardır.<sup>[19]</sup>

Tarama yaptırma davranışına kanser deneyimi yaşamamanın etkisi dikkate alındığında, daha önce herhangi bir kanser tanısı almış ve ailesinde kanser hastası olanların KRK taramalarını yaptırma oranları daha yüksektir. Kendisinde ya da ailesinde gerçekleşmiş bir kanser olgusunun etkileri, kanser risk algısını artırmaktadır.

### Tarama yaptırmanın önündeki engeller

Çalışmamızın sonuçlarına göre kişileri tarama yaptırmaya yönelten en önemli iki etken hekim önerisi ve kişinin kendi isteğidir. Aile ya da arkadaş isteği/zorlamasının etkisi önemszenmeyecek kadar düşüktür. Tarama yaptırmanın önündeki en büyük engeller ise bilgi yokluğu/eksikliği ve kendini risk altında görmemesidir. Tehlikenin farkında olmama oranı %60'ı geçmektedir. Parasal olanaksızlık ve sağlık hizmetlerine ulaşım güçlüğüne çok düşük oranlarda belirtilmesi, sorunun daha çok bilgilendirme ve bilmenin davranışa yansımaları boyutunda olduğunu düşündürmektedir.

Kırsal kesimde KRK taramasının önündeki engellerin ve etnik farklılıkların araştırıldığı bir çalışmada, tarama yaptırmayla en güçlü ilişkinin hekim tavsiyesi olduğu saptanmıştır. Tarama yaptırma

davranışı ve karşılaşılan engeller farklı etnik/ırksal gruplara göre değişmektedir.<sup>[11]</sup> Bir başka çalışmada, en sık tarama yaptırmama nedenlerinin uygulamadan korkma (%10,1), bilgisizlik (%7,9) ve sonuçtan korkma (%5,4) olduğu bulunmuştur.<sup>[10]</sup> Hsia ve ark ise, maliyetlerin taramanın önündeki en önemli engel ve sağlık güvencesi, demografik özellikler ve kronik hastalık durumları dahil diğer faktörlerden bağımsız en önemli belirleyici olduğunu ileri sürmüşlerdir.<sup>[25]</sup>

Yapılan bir literatür taramasında, KRK tarama davranışlarının en sık bildirilen belirleyicileri ileri yaş, erkek cinsiyet, evli olma, yüksek eğitim, yüksek gelir, sigara, kronik hastalık varlığı, KRK aile öyküsü, düzenli bakım aldığı yer, hekim tavsiyesi, diğer koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sağlık güvence kapsamı olarak belirlenmiştir.<sup>[6]</sup> Test yaptırma oranlarının düşük olduğu ülkelerde, test uygulamasına erişimin önündeki algılanan engellerin az olması ve KRK ciddiliği algısının yüksek olması, birbirinden bağımsız belirleyicilerdir.<sup>[8]</sup>

Hekimin tavsiye etmemesi ve taramanın gerekli olduğunu bilmeme en önemli iki bariyer olarak saptanmıştır. Engeller yanıt verenin tarama programlarına uyuyor, hiç tarama yaptırmamış ya da fazla tarama yaptırıyor olma durumuna ve tarama yöntemine göre değişmektedir.<sup>[26]</sup> Bir başka çalışmada korku, bağırsakların hazırlanması gerekliliği ve farkında olmama ya da bilgi eksikliği en çok belirtilen engeller olarak bulunmuştur.<sup>[22]</sup>

### Çalışmanın kısıtlılıkları

Çalışmada kullanılan bilgi edinme formundaki bilgi düzeyini ölçme sorularının açık uçlu olması ve katılımcılara yanıt şıklarının verilmemesi, hatırlama zorluklarına yol açsa da gerçek durumu ölçme bakımından çalışmanın gücünü artırmıştır. Çalışmaya yalnızca KRK bakımından ortalama risk altında görülen ve tarama yapılması önerilen 50 yaş üstü kadın ve erkekler alınmıştır. Daha genç yaştakilerin de bilgi düzeyi ve tutumunun bilinmesi tarama zamanı geldiğinde hazırlıklı olunması bakımından çalışma sonuçlarının değerini artırabilirdi. Çalışma birinci basamakta aile sağlığı merkezlerine başvuran kişiler üzerinde yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı 2012 yılı sağlık hizmeti kullanım verilerine göre tüm hasta temaslarının %37,8'i birinci basamakta yapılmaktadır.<sup>[27]</sup> Bir üniversite hastanesine başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların son bir yıl içinde en az bir kez aile hekimine başvuru oranı %79,5 olarak saptanmıştır.<sup>[28]</sup>

Bu durum dikkate alındığında sonuçlarımızın toplumun tamamını yansıtmaya gücü zayıflamaktadır.

## Sonuç

Bölge halkının kolorektal kanser, erken tanınabileceği ve tarama yöntemleri konusundaki bilgi düzeyleri düşük bulunmuştur. Erkek olma ve eğitim düzeyinin yüksekliği bilme oranları üzerinde olumlu etkiye sahipken, ev hanımı olma ve kırsal bölgede yaşama bilmeyi olumsuz etkilemektedir.

Tarama yaptırmama oranları çok düşüktür. Ancak bölge halkının çoğunluğu tarama yaptırmak istemektedir. Eğitim ve gelir düzeyi davranış üzerinde etkili görünmemektedir. Sağlık çalışanları dahil memurlar dışında mesleğin tarama davranışı üzerinde etkisi yok gibi görünmektedir. Genel bilginin davranışlara

etkisi yoktur. Tarama yöntemleri gibi daha özgül bilgiler davranışı olumlu yönde geliştirmektedir. Kanser tanısı alma ve ailesinde kanserli olma da davranışları olumlu yönde geliştirmektedir.

Hekimler tarama yönünde yeterince tavsiyede bulunmamaktadır. Oysa tavsiyeye uyulma durumu iyidir. Kadınlar daha çok tavsiye almakta ve daha çok tavsiyeye uymaktadır.

Tarama yaptırmamanın en büyük nedeni tehlikenin farkında olmamaktır. Katılımcıların çoğunluğu bilgi eksikliği göstermektedir ya da kendini risk altında görmemektedir.

Sonuç olarak bölge halkı kolorektal kanserleri bilmiyor ve tarama yaptırmamıştır; ancak yaptırmak istemektedir.

# Knowledge of, attitudes toward, and barriers to participation of colorectal cancer screening in Aydın central region

**Objective:** Colorectal cancer (CRC), which ranks third in cancer morbidity and second in cancer deaths worldwide, can be detected early and prevented with mass screening programs. Improving community awareness of CRC is crucial for the success of these programs. This study investigated the association of screening test participation with knowledge of, attitudes toward, and barriers to CRC and screening tests in Aydın central region.

**Methods:** In a one-month period in 2012 (March) person-to-person interviews by using a standardized survey instrument were conducted with 562 subjects aged 50 years and older who were randomly recruited from eight family health centers (FHCs) in Aydın central region. Eight family health centers were randomly determined among 24 FHCs in the region. The study questionnaire included items questioning the screening participation status, knowledge of, attitudes toward, and barriers to CRC and screening tests, and intent to participate.

**Results:** The mean age of the participants was 59.8±7.4 years (range, 50–80 years), and 66.9% were male. One hundred forty six participants (25.8%) had knowledge about CRC and 68 participants (12.1%) knew that CRC could be diagnosed early. Women, those less educated and having less income, housewives and those living in rural areas had less knowledge about CRC ( $p<0.05$ ). Of the participants, 32 (5.7%) knew colonoscopy and 13 (2.3%) fecal occult blood testing (FOBT) as a screening method. Women (FOBT) and those participants less educated and having less income (FOBT and colonoscopy) knew the screening tests less than men and those with high income ( $p<0.05$ ). A total of 66 (11.9%) of participants had undergone previous CRC testing (FOBT, 7.7%; sigmoidoscopy, 3.6% and colonoscopy, 5.4%). Only 25.9% (145 subjects) of the respondents received physician recommendations to undergo CRC testing and 67.3% (105 subjects) of them obeyed the recommendation. Women both received more recommendation from their physicians ( $p=0.001$ ) and obeyed them more than men ( $p=0.001$ ). Age ( $p=0.009$ ), health insurance ( $p=0.009$ ), being diagnosed with any kind of cancer ( $p<0.001$ ), having a relative with any kind of cancer ( $p=0.021$ ) and receiving physician recommendation of screening tests ( $p<0.001$ ) were correlated with screening test participation. While having general knowledge of CRC had no effect on the screening participation, those participants knowing colonoscopy as a screening test underwent more screening with FOBT ( $p=0.002$ ), sigmoidoscopy ( $p=0.005$ ) and colonoscopy ( $p<0.001$ ). Although 39.3% (221 respondents) perceived need for screening, most respondents responded (66.0%; 371 subjects) positively to undergo future CRC testing. The most frequently reported barriers to getting CRC screening tests were not knowing CRC and screening tests (182 subjects, 32.4%) and not seeing themselves at high risk (164 subjects, 29.2%).

**Conclusion:** Our results demonstrate that people applying to our regional FHCs lack of knowledge of CRC and screening tests recommended for those older than 50 years are neither sufficiently known nor used. Physicians do not sufficiently recommend for the screening tests, whereas the recommendations are practiced well. General knowledge of CRC don't seem to affect behaviours, however more specific knowledge affects them positively.

## Kaynaklar

1. Potter JD, Hunter D. Colorectal Cancer: Epidemiology. In: Potter JD, Lindor NM, editors. Genetics of Colorectal Cancer. 1st ed, LLC USA, Springer, 2009;5-25.
2. Kiviniemi MT, Bennett A, Zaiter M, Marshall JR. Individual-level factors in colorectal cancer screening: a review of the literature on the relation of individual-level health behavior constructs and screening behavior. *Psychooncology* 2011;20(10):1023-33.
3. Bretthauer M. Colorectal cancer screening. *J Intern Med* 2011 Aug; 270(2):87-98. *Epub* 2011 Jun 9.
4. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Değerlendirme Raporları. Kolorektal Kanser Taramaları, Tarama Programları. [www.kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/kolorektal.pdf](http://www.kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/kolorektal.pdf) adresinden 31.10.2013 tarihinde erişilmiştir.
5. Inadomi JM, Vijan S, Janz JK, et al. Adherence to colorectal cancer screening. *Arch Intern Med* 2012;172(7):575-82.
6. Beydoun HA, Beydoun MA. Predictors of CRC screening behaviors among average-risk older adults in the United States. *Cancer Causes Control* 2008; 19: 339-59.
7. Deng SX, Gao J, An W, et al. Colorectal cancer screening behavior and willingness: an out patient survey in China. *World J Gastroenterol* 2011;17(26):3133-9.
8. Koo JH, Leong RWL, Ching J, et al. Knowledge of, attitudes towards, and barriers to participation of colorectal screening tests in the Asia-Pacific region: a multicenter study. *Gastrointest Endosc* 2012;76:126-35.
9. Steinwachs D, Allen JD, Barlow WE, et al. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: Enhancing use and quality of colorectal cancers creening. *Ann Intern Med* 2010;152: 663-7.
10. Sach TH, Whyne DK. Men and women: beliefs about cancer and about screening. *BMC Public Health* 2009;9:431.
11. Wilkins T, Gillies RA, Harbuck S, Garren J, Looney SW, Schade PR. Racial disparities and barriers to colorectal cancer screening in rural areas. *J Am Board Fam Med* 2012;25:308-17.
12. Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları 2012. <http://thsk.gov.tr/tr/index.php/kanser-nedir/423-kolorektal-kanser-taslak/> adresinden 11.03.2014 tarihinde erişilmiştir.
13. Winawer S, Fletcher R, Rex D, et al. Gastrointestinal Consortium Panel. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale update based on new evidence. *Gastroenterology* 2003;124:544-60.
14. Hawk ET, Levin B. Colorectal cancer prevention. *J Clin Oncol* 2005; 23(2):378-91.
15. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2005. *CA Cancer J Clin* 2005; 55(1):31-44.
16. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *CA Cancer J Clin* 2008;58:130-60.
17. Smith RA, Cokkinides V, Brawley OW. Cancer screening in the U.S 2009: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin* 2009 Jan-Feb;59(1):27-41.
18. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008 Nov 4;149(9):627-37. *Epub* 2008 Oct 6. Summary for patients. *Ann Intern Med* 2008 Nov 4;149(9): 1-44.
19. Koo JH, Arasaratnam MM, Liu K, et al. Knowledge, perception and practices of colorectal cancer screening in an ethnically diverse population. *Cancer Epidemiology* 2010;34:604-10.
20. Hawley ST, Volk RJ, Krishnamurthy P, Jibaja-Weiss M, Vernon SW, Kneuper S. Preferences for colorectal cancer screening among racially/ethnically diverse primary care patients. *Med Care* 2008 Sep;46(9 Suppl 1):S10-6.
21. Altun E, Burhanoğlu S, Erkek AB, Kuzu MA. Kolo-rektal kanserlerin erken teşhisinde kullanılan tarama testlerine doktorların yaklaşımı. *Güncel Gastroenteroloji* 2002;6(1):25-8.
22. Jones RM, Devers KJ, Kuzel AJ, Wolf SH. Patient-Reported Barriers to Colorectal Cancer Screening: A Mixed-Methods Analysis. *Am J Prev Med* 2010 May; 38(5): 508-16.
23. Evans REC, Brotherstone H, Miles A, Wardle J. Gender differences in early detection of cancer. *Journal of Men's Health and Gender* 2005; 2(2):209-17.
24. Chu LL, Weinstein S, Yee J. Colorectal cancer screening in women: an under utilized life saver. *AJR* 2011;196:303-10.
25. Hsia J, Kemper E, Kiefe C, et al. The importance of health insurance as a determinant of cancer screening: evidence from the Women's Health Initiative. *Prev Med* 2000;31(3):261-70.
26. Jones RM, Woolf SH, Cunningham TD, et al. The Relative Importance of Patient-Reported Barriersto Colorectal Cancer Screening. *Am J PrevMed* 2010 May; 38(5):499-507.
27. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. [http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/saglik\\_istatistikleri\\_2012.pdf](http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/saglik_istatistikleri_2012.pdf) adresinden 28.10.2013 tarihinde erişilmiştir.
28. Bireye Yönelik Bakımın Koordinasyonu ve Sistem Uzmanlarına Başvuran Hastaların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri. Uzmanlık Tezi. Dr. Nazım Uzunca. Tez danışmanı: Prof. Dr. Okay Başak. Aydın 2013.

Geliş tarihi: 21.10.2014

Kabul tarihi: 19.01.2015

Çevrimiçi yayın tarihi: 20.03.2015

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Prof. Dr. Okay Başak

e-posta: okaybasak@yahoo.com