

T.C.

OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

50 YAŞ ÜZERİ ERKEKLERİN PROSTAT KANSERİ  
BİLGİ VE TUTUMLARI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

ELİF YURTSEVER

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. ASİYE GÜL

İSTANBUL, 2018



**T.C.**  
**OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**50 YAŞ ÜZERİ ERKEKLERİN PROSTAT KANSERİ**  
**BİLGİ VE TUTUMLARI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ**  
**DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

**Elif YURTSEVER**

**142038001**

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. Asiye GÜL**

**İSTANBUL, 2018**

# TEZ ONAY SAYFASI

T.C  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
Y Ü K S E K L İ S A N S  
T E Z O N A Y I

## ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Elif Yurtsever  
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik  
Danışman : Doç.Dr. Asiye Gül

Öğrenci No : 142038001  
Tez Savunma Tarihi : 14.05.2018  
Tez Savunma Saati : 13.00

Tez Konusu : "50 Yaş Üzeri Erkeklerin Prostat Kanseri Bilgi ve Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin kabulü 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Birsen Yürügen	Kabul	B. Yürügen
Dr. Öğr. Üyesi İlknur Çalışkan	Kabul	İlknur Çalışkan
Doç.Dr. Asiye Gül (Sağlık Bilimleri Üniversitesi)	Kabul	Asiye Gül

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi K.Derya Beydağ		
Doç. Dr. Sonay Gökteş (Sağlık Bilimleri Üniversitesi)		

## ÖNSÖZ

*“50 yaş üzeri erkeklerin prostat kanseri bilgi ve tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi”*

*konulu yüksek lisans tez çalışmam sırasında*

*Bana rehberlik eden, tez çalışmalarım boyunca ilgi ve desteğini esirgemeyen çok değerli danışmanım*

*Doç. Dr. Asiye GÜL'e,*

*Tez çalışmam sırasında bana desteklerini ve yardımlarını esirgemeyen, öneri ve desteklerinden dolayı üroloji servisi klinik şefi Op. Dr. Ömer SARILAR'a, sağlık bakım hizmetleri müdürümüz Emine KURNAZ'a, Üroloji servis doktorlarından Op. Dr. Faruk ÖZGÖR'e, Dr. Ufuk ÇAĞLAR, Dr. Metin SAVUN'a ve Üroloji servisinde özveriyle çalışan hemşire ve personel arkadaşlarıma*

*Her zaman yanımda olan ve benden hiç desteğini hiç esirgemeyen, bana sabırla tahammül eden arkadaşım Güliz AYKOL ve Hülya ÇAVUŞ'a*

*Okul hayatım ve tez çalışmam aşamasında beni sabırla dinleyen ve her zaman yanımda olan babam Hakkı YURTSEVER, annem Nazife YURTSEVER'e ve kardeşlerime, Sonsuz teşekkürler.*

*Elif Yurtsever*

*İstanbul/2018*

## ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma 50 yaş üzeri erkeklerin prostat kanseri ile ilgili bilgi ve tutumlarıyla, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek amacıyla yapıldı.

**Materyal ve Metot:** Tanımlayıcı ve kesitsel olan araştırmanın evrenini 01.12.2017-01.02.2018 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 50 yaş ve üzeri erkek hastalar oluşturdu. Örneklemeye çalışma kriterlerine uyan 400 hasta alındı. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı ile kurum izinleri alındı. Veriler bireysel bilgileri oluşturan 39 sorudan oluşan bir form ve Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranış Ölçeği II kullanılarak toplandı. İstatistiksel analizde sayı, yüzdellik, ortalamanın yanısıra, Pearson ki-kare testi, Fisher exact test, bağımsız guruplarda t Testi, One- Way Anova ve Kruskal Wallis testi kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının  $58,91 \pm 6,56$ , %40,5'inin ilkokul mezunu, %92,3'ünün evli, %55.5'inin beden kitle indeksi 25-29.9 aralığında, %42'sinin sigara, %14.3'ünün ise alkol kullandığı saptandı. Bireylerin %43 (n=172)'ünün prostat kanseri hakkında bilgisinin olduğu, bilgisi olanların prostat muayenesi ve PSA testi yaptırma oranlarının yüksek olduğu belirlendi. Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranış Ölçeği II toplam puan ortalaması  $126,57 \pm 23,11$ , alt ölçek puan ortalamaları; en yüksek manevi gelişim ( $24,92 \pm 4,98$ ) ve kişiler arası ilişkiler ( $24,51 \pm 4,66$ ), en düşük stres yönetimi ( $18,67 \pm 4,17$ ) ve fiziksel aktivite ( $15,49 \pm 5,23$ ) olduğu belirlendi. Prostat kanseri hakkında bilgisi olanların, daha önce prostat muayenesi yaptıranların, prostat kanseri belirtilerini bilenlerin ve 40-50 yaşlarında PSA baktıranların ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

**Sonuç:** Çalışmanın sonucunda prostat kanseri konusunda bilgisi olanların gerekli taramaları daha fazla yaptırdıkları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına daha fazla uydukları belirlendi. Bireylerin sağlık konularında eğitilmeleri sağlıklı yaşam biçimi geliştirmelerine de katkıda bulunacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Bakım, Hemşirelik, Prostat kanseri, Sağlıklı yaşam biçimi

## ABSTRACT

### EVALUATING THE RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE AND ATTITUDE OF MEN ABOVE 50 YEARS OF AGE TOWARDS PROSTATE CANCER AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOURS.

**Purpose:** In this study, we aimed to evaluate the knowledge and attitude of men above 50 years of age towards prostate cancer and their healthy life style behaviours.

**Material and methods:** Our cross-sectional and descriptive study included patients who were above 50 years of age and have admitted to Saglik Bilimleri University Haseki Training and Research Hospital Urology outpatient clinic with various symptoms, between 01.12.2017-01.02.2018. After inclusion criteria applied, 400 patients were included into the study. Institution's and ethical board committee's approval were obtained before the conduction of the study. Data were collected by using a questionnaire with 39 questions which constituted personal information and Healthy Lifestyle Behaviors Scale II questionnaire. In statistical analysis, numbers, percentage, mean values were used, in addition Pearson chi-square test, Fisher exact test, t-test in independent groups, one-way Anova and Kruskal Wallis test were independent variables.

**Results:** The mean age of participants was  $58,91 \pm 6,56$  years, 40,5% of patients were primary school graduates, 92,3% were married, 55,5% of patients' body mass index was between 25-29.9, 42% were smokers and 14,3% were regularly consuming alcohol. Among patients, 43% (n=172) of them had knowledge about prostate cancer and those who had previous knowledge of prostate cancer had increased tendency to get examined for prostate cancer and undergo PSA testing. The mean result of Healthy Lifestyle Behaviors Scale II questionnaire was  $126,57 \pm 23,11$  points. When subscales were analyzed, the highest points were detected in spiritual development ( $24,92 \pm 4,98$ ) and interpersonal relationships ( $24,51 \pm 4,66$ ), whereas, lowest points were detected in stress management ( $18,67 \pm 4,17$ ) and physical activity ( $15,49 \pm 5,23$ ). Patients who had previous knowledge about prostate cancer, patients who were examined for prostate cancer and patients who had undergone PSA testing between 40-50 years of age had higher scale points.

**Conclusion:** In conclusion, we have detected that patients who had previous knowledge about prostate cancer undergo necessary screening tests more frequently and are more compatible with healthy lifestyle behaviours. Educating individuals in health related subjects will benefit them in developing a healthy lifestyle.

**Keywords:** Care, Nursery, Prostate cancer; Healthy lifestyle





## **BEYAN**

Bu alışmanın, kendi tez alışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

***Elif YURTSEVER***



# İÇİNDEKİLER

## SAYFA NO

TEZ ONAY SAYFASI .....	ii
ÖNSÖZ .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	v
BEYAN .....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ .....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	xiii
KISALTMALAR DİZİNİ .....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Prostat Anatomi ve Fizyolojisi.....	3
2.1.1. Prostat Anatomisi .....	3
2.1.2. Prostat Fizyolojisi .....	8
2.2. Prostat Hastalıkları .....	9
2.2.1. Enflamatuvar Prostat Hastalıkları .....	9
2.2.1.1. Prostatit .....	9
2.2.1.2. Akut Bakteriyel Prostat İltihabı.....	10
2.2.1.3. Kronik Bakteriyel Prostat İltihabı.....	10

2.2.1.4. Kronik Prostatit/ Kronik Pelvik Ağrı Sendromu .....	11
2.2.1.5. Asemptomatik Prostatit .....	11
2.2.2. Bening Prostat Hastalıkları .....	12
2.2.3. Malign Prostat Hastalıkları .....	14
2.3. Prostat Kanseri Bulgular.....	17
2.4. Prostat Kanseri İnsidans .....	18
2.5. Prostat Kanseri Tarama .....	20
2.6. Prostat Kanseri Korunma Yolları .....	21
2.7. Prostat Kanseri Hastada Hemşirelik Bakımı.....	22
2.8. Prostat Kanseri Tedavi .....	23
2.8.1. Açık/ Laparoskopik/Robotik Radikal Prostatektomi.....	23
2.8.2. Lokalize Prostat Kanseri Tedavisinde Radyoterapi.....	24
2.8.3. Eksternal Radyoterapi.....	24
2.8.4. Hormon Tedavisi.....	25
2.8.5. Testosteron Düşürücü Tedaviler.....	25
2.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları .....	25
3. GEREÇ ve YÖNTEM .....	29
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı .....	29
3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular .....	29
3.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	29
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	30

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	30
3.6. Verilerin Toplanması .....	31
3.6.1. Veri Toplama Araçları.....	31
3.6.2. Araştırma Verilerinin Toplanması .....	32
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi .....	32
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu .....	32
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	33
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>34</b>
4.1. Hastaların Bireysel Özellikleri.....	34
4.2. Hastaların Prostat Kanseri Konusunda Bilgi ve Tutumları.....	37
4.3. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	45
4.4. Hastaların Bireysel Özellikleri, Prostat Kanseri Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi.....	49
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>63</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>76</b>
6.1. Sonuçlar .....	76
6.2. Öneriler.....	79
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>80</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>98</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>108</b>

## TABLolar LİSTESİ

**SAYFA NO:**

<b>Tablo 1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı .....</b>	<b>35</b>
<b>Tablo 2. Polikliniğe Başvuru Nedenleri .....</b>	<b>36</b>
<b>Tablo 3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Prostat Kanseri Konusunda Bilgi ve Tutumları.....</b>	<b>37</b>
<b>Tablo 4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Prostat Kanserine İlişkin Bilgilerinin Dağılımı .....</b>	<b>39</b>
<b>Tablo 5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Prostat Kanseri Hakkında Bilgi Durumları ile Bireysel Özelliklerinin ve Tutumlarının Karşılaştırılması.....</b>	<b>42</b>
<b>Tablo 6. Araştırmaya Katılan bireylerin Prostat Muayenesini Utandırıcı Bulma Durumları ile Bazı Bireysel Değişkenlerinin Karşılaştırılması .....</b>	<b>45</b>
<b>Tablo 7. Araştırmaya Katılan bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları.....</b>	<b>46</b>
<b>Tablo 8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine Verilen Puanların Dağılımı .....</b>	<b>47</b>
<b>Tablo 9. Araştırmaya Katılan Bireylerin SYBDÖ Toplam Puan Ortalamasının Sosyodemografik Özellikleri ile Karşılaştırılması .....</b>	<b>50</b>
<b>Tablo 10. Araştırmaya Katılan Bireylerin SYBDÖ Toplam Puan Ortalaması ile Prostat Kanserine Karşı Tutum ve Davranışlarına İlişkin Bilgilerin Karşılaştırılması.....</b>	<b>52</b>
<b>Tablo 11. Bireylerin Yaş Grupları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....</b>	<b>53</b>
<b>Tablo 12. Bireylerin Öğrenim Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....</b>	<b>54</b>
<b>Tablo 13. Bireylerin Medeni Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....</b>	<b>55</b>
<b>Tablo 14. Bireylerin Çalışma Durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....</b>	<b>56</b>
<b>Tablo 15. Bireylerin Gelir Durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....</b>	<b>57</b>
<b>Tablo 16. Bireylerin Sigara Kullanma Durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....</b>	<b>58</b>

<b>Tablo 17. Bireylerin Alkol Kullanma Durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....</b>	<b>59</b>
<b>Tablo 18. Bireylerin Prostat Kanseri Hakkında Bilgi Durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....</b>	<b>59</b>
<b>Tablo 19. Bireylerin Daha Önce Prostat Muayenesi Olma Durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması .....</b>	<b>60</b>
<b>Tablo 20. Bireylerin Prostat Muayenesinin Utandırıcı Olduğunu Düşünme Durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....</b>	<b>61</b>
<b>Tablo 21. Bireylerin Birinci Derece Akrabasinda Prostat Kanseri Olma Durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....</b>	<b>62</b>



## ŞEKİLLER LİSTESİ

**SAYFA NO:**

Şekil 1. Prostat Yapısı .....	4
Şekil 2. Prostat Zonlarının Şematize Edilmesi.....	5
Şekil 3. Prostat Komşulukları.....	6
Şekil 4. Prostat Venleri Yandan Görünüm.....	7



## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>PSA</b>	: Prostatik Spesifik Antijen
<b>BPH</b>	: Bening Prostat Hiperplazisi
<b>ABP</b>	: Akut Bakteriyel Prostatit
<b>KBP</b>	: Kronik Bakteriyel Prostatit
<b>KP</b>	: Kronik Prostatit
<b>KPAS</b>	: Kronik Pelvik Ağrı Sendromu
<b>TUNA</b>	: Transüretral Prostat İğne Ablasyonu
<b>TUMT</b>	: Transüretral Mikrodalga Tedavisi
<b>TURP</b>	: Transüretral Prostatektomi
<b>DHT</b>	: Dihidrotestosteron
<b>İYE</b>	: İdrar Yolu Enfeksiyonu
<b>PLCO</b>	: Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial
<b>ERSPC</b>	: European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer
<b>NSAİ</b>	: Nonsteroid Anti-inflamatuar
<b>PCPT</b>	: Prostate Cancer Prevention Trial
<b>LDR</b>	: Low Dose Rate
<b>HDR</b>	: High Dose Rate
<b>EBRT</b>	: Eksternal Radyoterapi
<b>ADT</b>	: Androjen Deprivasyon Tedavisi
<b>LHRH</b>	: Lütein Hormonu Salgılatan Hormon
<b>CPA</b>	: Siproteron Asetat
<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü



<b>SYBDÖ</b>	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
<b>Ss</b>	: Standart Sapma
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences



## 1. GİRİŞ

Hastalık insidansı ve mortalitesi artış eğiliminde olan prostat kanseri dünyada olduğu kadar ülkemiz için de önemli bir sağlık sorunudur (1). Prostat kanseri akciğer kanserinden sonra ikinci en sık görülen kanserdir (2). Erkeklerde yaşam süresince prostat kanseri gelişme oranı %16, prostat kanserine bağlı ölüm riski ise %2.9'dur (2). İki bin on iki yılında dünya genelinde 1,1 milyon olguya prostat kanseri tanısı koyulmuştur. İngiltere'de 40.000'den fazla yeni tanı konmuş prostat kanserli birey vardır ve her yıl 10.000 ölüm oluşmaktadır (3). Avrupa'da erkek kanserlerinin %11'ini prostat kanseri oluşturmaktadır (4).

Prostat kanserini semptom vermediği evrede yakalayıp, erken tedavi ile yaşam süresini ve kalitesini arttırmak tarama programlarının amacıdır (5). Amerika Birleşik Devletleri'nde prostat kanserinde mortalitenin azalmasını agresif tarama programlarının kullanılmasına bağlanmaktadır (4). Amerikan Kanser Derneği (American Cancer Society) 50 yaş itibari ile PSA taraması yapılabileceği ve ilk PSA değeri 2,5 ng/ml üzerinde ise yıllık takibinin yapılmasını, düşük ise de 2 yılda bir PSA bakılmasını önermektedir (6). Ayrıca, erken tanı için PSA testi ile birlikte parmakla rektal muayenenin yapılması tavsiye edilmektedir (4).

Prostat kanserinin yaş ile kuvvetli ilişkisi olduğu ve ileri yaşta insidansın arttığı bilinmektedir (3). Yaş ile beraber aile öyküsü ve ırk prostat kanseri için az sayıda bilinen risk faktörlerindedir (7). Sigara kullanımının prostat kanseri riskini arttırdığı, egzersizin prostat kanserine karşı koruma sağladığı bildirilmektedir (8). Dünya çapında kanser dağılımındaki farklılıklardan dolayı belirli gıda alışkanlıkları, yaşam tarzı davranışları ve beslenme gibi faktörlerin kanser gelişiminden sorumlu olabileceği öne sürülmüştür (7, 9). Bu nedenle, risk faktörlerinin belirlenmesi, spesifik kanser önleme eylemlerinin oluşturulması için özellikle önemlidir (7).

Belirli yaşam tarzı davranışları (ör. Tütün kullanımı, aşırı enerji ve alkol alımı, fiziksel hareketsizlik, riskli cinsel davranışlar ve yetersiz güneş koruması), çeşitli kanser türlerini geliştirme risk faktörlerini oluşturmaktadır (10). Bireylerin kendi sağlıklarını korumak ve sürdürmek için sağlıklı yaşam bilincine sahip olmaları bir gerekliliktir (11). Sağlığın geliştirilmesi, kişinin sağlığını koruma, iyileştirme ve bunları yaparken kendi sağlığı ile ilgili kararlar verebilmesi olarak tanımlanmıştır. Hastalıkların farkında

olunması, hastalıklara karşı önlemler alınması ve hastalığı önleyici davranışlarda bulunulması bu sürecin temelini oluşturmaktadır (12). Sağlığı koruyucu davranışların uygulanması hastalıklardan korunmanın, erken tanı ve tedavinin sağlanmasının temelini oluşturmaktadır (13).

Sağlık profesyonellerinin erkeklerin sağlık davranışlarını etkileme konusunda potansiyel olarak rol oynayabileceği açıktır. Erkek üreme sağlığının önemli konularından biri olan ve erken tanı ile tedavi edilme oranı çok yüksek olan prostat kanseri bilgi ve tutumlarının ve prostat kanseri taramalarına katılma davranışlarının incelenmesi önemlidir.

### **Amaç**

Araştırma 50 yaş üzeri bireylerin prostat kanseri bilgi tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

## 2. GENEL BİLGİLER

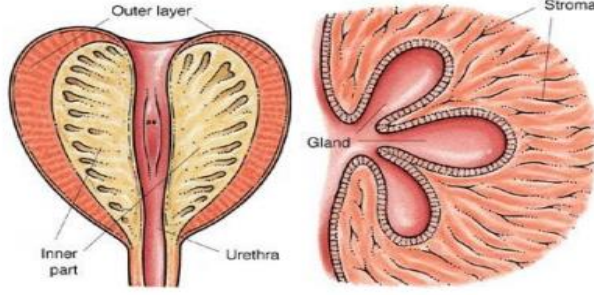
### 2.1. Prostat Anatomi ve Fizyolojisi

Erkek üreme sisteminin bir parçası olan prostat ekzokrin bir bezdir. Prostat Yunanca bir isim olan 'prohistani (kelime anlamı: önünde duran)' sözcüğünden türetilmiştir. Prostat bezi genellikle yaşlılığa bağlı hastalıklar, bening prostat hiperplazisi ve kanseri ile ilişkilidir (14).

#### 2.1.1. Prostat Anatomisi

Prostat bezi proksimal üretradan kaynaklanan uzanımlardan oluşur, posterior ürogenital sinüste epitelyal tomurcukların oluşumu ile başlar (15, 16). Bu işlemin normal olarak gerçekleşmesi için 5 $\alpha$ - dihidrotestosteron varlığı gereklidir. 5 $\alpha$ -redüktaz eksiklikleri dış genital sistemin ciddi anormalliklerinin yanı sıra gelişmemiş veya saptanamayan bir prostata neden olur (15). Prostat bezi gelişimi; gebeliğin üçüncü ayı boyunca (8-12. Haftalarda) yaklaşık 10. haftasında, insan koryonik gonadotropinin uyarımı sonucu salgılanan testosteron tarafından sağlanır (16, 17, 18, 19).

Prostat, kapsül olarak adlandırılan kollajen, elastin ve büyük miktarda düz kastan oluşan fibröz bir doku tabakası ile çevrilidir (20). İnce bir bağ doku tabakası, prostat ve seminal vezikülleri posterior olarak rektumdan ayırır. Prostatın büyüme ve gelişimi cinsel olgunlukta tamamlanır. Prepubertal dönemde, insan prostatının oluşumu nispeten aynı kalır; Bununla birlikte, ergenlik döneminin başlangıcında yetişkin fenotipe morfolojik değişiklikler yapar (15). Bez, yetişkin ağırlığının 25-30 yaşına kadar yaklaşık 20 g'ye ulaşması için sürekli olarak büyür (16). Böylece, genç erişkinde yüksekliği 3 cm, genişliği 4 cm ve kalınlığı 2.5 cm olmak üzere ortalama 18-20 gr ağırlığındadır (21). Prostat yaklaşık %70 glandüler doku ve %30 fibromusküler stromadan oluşur (20). Buna göre santral zon, periferik zon ve transizyonel zon olmak üzere glandüler elemanlar üçe, anterior fibromusküler stroma ve preprostatik sfinkter olmak üzere non glandüler yapılar ikiye ayrılmıştır (Şekil 1) (22). Genç erkeklerde stromal dokunun glandüler dokuya oranı 2:1 olmakla beraber bu durum yaş ve doku büyümesi ile değişir. Stroma düz kas, elastin ve kollojenden oluşur (23).



### Şekil 1: Prostat yapısı: Glandüler ve stromal yapılar.

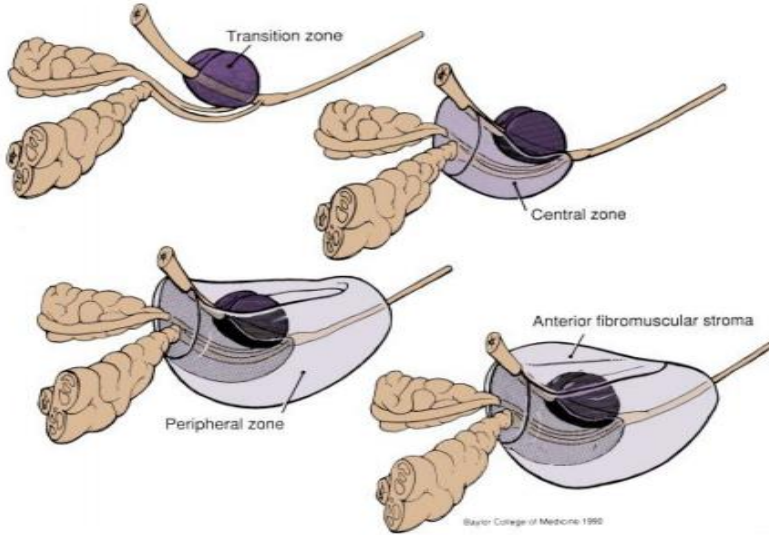
Kaynak 24' ten alınmıştır.

Prostat bezinde üç ayrı bölge bulunur. Bunlar (a) periferik bölge, (b) geçiş bölgesi (transizyonel) ve (c) merkezi (santral) bölge.

**Periferik bölge:** Prostatın yaklaşık %70'ini oluşturan periferik bölge; karsinom, kronik prostatit ve enflamasyon sonrası atrofının en yaygın görüldüğü yerdir. Periferik bölge, dijital rektal muayene ile palpe edilebilen tek bölümdür. Bu bölge aynı zamanda kronik prostatitten daha sık etkilenir (19, 20, 21).

**Merkezi bölge:** Prostat bezinin %25'ini kaplar. Koniktir ve seminal veziküllere bitişik prostatın tabanında yer alır. Bu bölgede çok az sayıda adenokarsinom bulunur ve prostat adenokarsinomlarının %1-5'i bu bölgeden kaynaklanmaktadır. Merkezi bölge aynı zamanda, semen yaratmaya yardımcı olan sıvı salgılayan kanalların yaklaşık 1 /3'ünü de içerir (19, 21).

**Geçiş bölgesi:** Bezin %5 hacmini oluşturur ve üretranın çevresini sarar (16, 20). Geçiş bölgesi, prostatik glandüler dokunun %10'u ve adenokarsinomların %20'sini oluşturur. Bu geçiş bölgesi benign prostatik hiperplazinin ortaya çıktığı yerdir ve adenom önemli bir boyuta ulaştığında mesane çıkım obstrüksiyonuna yol açabilir (20) (Şekil 2).

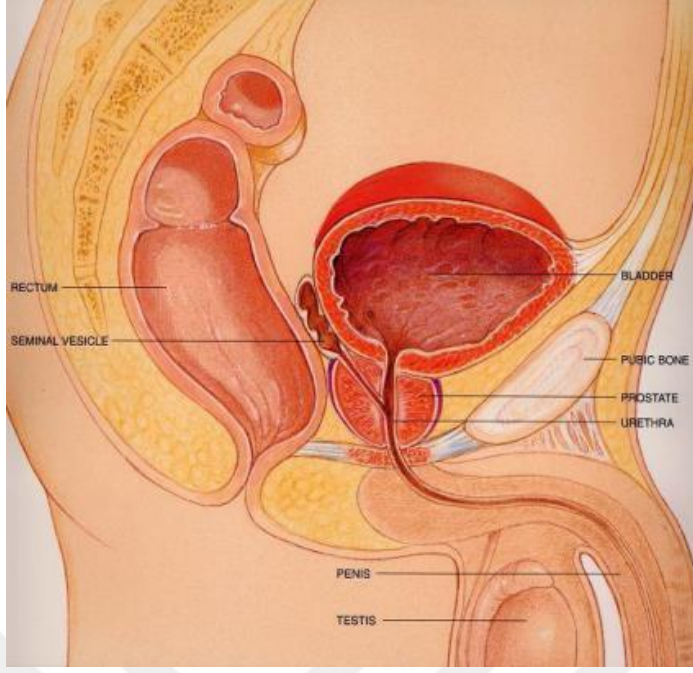


**Şekil 2: Prostat zonlarının şematize edilmesi**

Kaynak 24' ten alınmıştır.

Prostat bezi, pelvik diyafram ve peritoneal boşluk arasındaki subperitoneal bölgede, simfizis pubisin arkasında, mesanenin altında ve rektumun önünde yerleşmiştir. Klasik olarak "ceviz biçimli" olarak tanımlanan prostat bezinin şekli koniktir ve mesaneden çıkarken proksimal üretra etrafını sarar. Prostat bezi erkek üreme sisteminin en büyük aksesuar bezidir (15, 16).

Prostatın iki adet inferolateral, posterior ve anterior yüz olmak üzere dört yüzü vardır. Bunlar. Inferolateral yüzler konveks biçimlidir. Levator ani kaslarının medial kenarları ve endopelvik fasya ile komşudur. Rektumla komşu olan posterior yüzdür ve Denonvilliers' fasya ile rektumdan ayrılır. Prostatın posterosuperiorunda ise seminal veziküller ve vas deferensin ampullası yerleşmiştir. Posterolateralinde damar sinir paketi yer alır. Ereksiyondan sorumlu sinirleri içerir. Sinir koruyucu prostat kanseri tedavisinde korunan sinirler bunlardır. Simfizis pubisin arkasında prostatın anterior yüzü yer alır ve simfizis pubise puboprostatik ligamanlarla bağlıdır (25) (Şekil 3).



**Şekil 3: Prostat komşulukları: Anterior yüzü simfizis pubis, posterior yüz rektum, posterosuperiorunda ise seminal veziküller ve vas deferensin ampullası ile komşudur.**

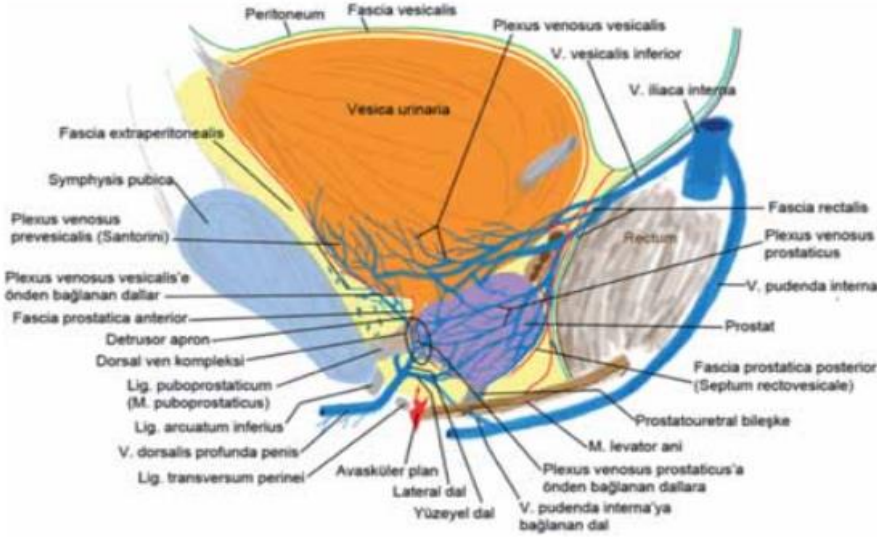
Kaynak 24' ten alınmıştır.

Prostatın taban kısmı mesane komşudur. Preprostatik sfinkter olarak bilinen mesane boynunun sirküler düz kas lifleri, verumontanum seviyesindeki prostata kadar uzanabilir. Prostatın apeksini çizgili üretral sfinkter oluşturur. Prostatın içinden prostatik üretra (3 cm) ve sfinkter mekanizmaları olmayan, vas deferens ve seminal vezikül kanalının birleşmesinden meydana gelen ejakülatuar kanallar geçer. Ortalama 3 cm uzunluğunda olan prostatik üretra, mesane boynundan başlar ve prostat apeksinde bezi terk eder (22, 26).

### **Kan damarları**

*Arterleri ve Venleri:* Prostatın arteriyel beslenmesini esas olarak a.vesicalis inferior yapar (18, 21, 26). İternal pudental arter ve a.rektalis, media arterial beslenmeye yardımcı diğer arterlerdir (27).

Prostat kapsülünün üzerinde zengin bir ağ oluşturan çok sayıda veni bulunmaktadır. Venöz drenaj derin dorsal venle birleşerek internal iliak venlere akar. Çok büyük venöz bir ağ olan santorini ven pleksusu; penisi ve prostatı drene eder. Santorini ven pleksusu vezikal ve pudental venlere ve son olarak internal iliak venlere drene olur (28).



**Şekil 4: Prostat venleri yandan görünüm. Kırmızı: Fascia pelvis visceralis oluşumları, Sarı: fascia extraperitonealis ve yağlı areolar doku, Açık mavi: Fascia rectalis, Yeşil: Peritoneum.**

Kaynak 24' ten alınmıştır.

**Lenfatik Drenaj:** Prostatın lenfatik akımı obturator lenf düğümleri, internal ve eksternal, sakral ve vezikal lenf nodlarıdır (20).

**Sinirleri:** Genel olarak, prostat zengin bir sinir ağına sahip bir organdır. Prostat parasempatik (hipogastrik ve pelvik sinirler vasıtasıyla) ve sempatik innervasyon (periferik hipogastrik gangliyon aracılığıyla) alır (15).

Prostatın otonom innervasyonları, sakral seviyelerden (S2-S4) gelen parasempatik, viseral, efferent ve pregangliyonik liflerin ve torakolumbar seviyelerinden (L1-L2) sempatetik liflerin oluşturduğu pelvik pleksuslardan kaynaklanmaktadır (20). Prostatın sinirleri inferior hipogastrik pleksustan (plexus pelvicus) gelmektedir. Plexus pelvicus, sempatik ve parasempatik efferent lifler ile



afferent liflerden oluşur. T11-L2 spinal segmentlerden kaynaklanan postganglionik sempatik lifler, n. hypogastricus ile plexus pelvici'ne taşınır ve ejakulasyondan sorumludurlar. Ereksiyondan sorumlu parasempatik lifler, S2-4 spinal segmentlerden çıkarak n. splanchnici pelvici (nn. erigentes) adını alırlar ve plexus pelvici'ne katılırlar (22).

Prostatektomi açısından plexus vesicalis, plexus prostaticus ve bunların dalları önemlidir. Bu sinir lifleri ereksiyon, ejakülasyon ve idrar kontinensinden sorumludur. Ereksiyon sırasında corpus cavernosumlarda vasodilatasyon ve artan arteriyel kan akımından parasempatik innervasyon sorumludur. Bu nedenle radikal prostatektomi sırasında korunmaları erektil fonksiyon ve kontinansın devamlılığı açısından önemlidir (29, 30, 31).

### **2.1.2. Prostat Fizyolojisi**

Erkek üreme sisteminin bir parçası olan prostat (veya prostat bezi) ekzokrin bir bezdir. Mesane boynu ve üretranın ilk bölümünü çevreler (16). Testosteron tarafından düzenlenen prostat bezinin başlıca işlevi, seminal sıvının bir bölümünü oluşturan ince, hafifçe alkalın bir sıvıyı salgılamaktır. Semen sıvının %30'u prostat salgısıdır (16).

Prostatta, boşaltım kanalları aracılığı ile üretranın prostatik kısmına açılan ortalama 30-50 sayıda tubüloalveolar yapıda bez bulunur. Prostatik kapsül, fibroelastik bağ dokusu yapısında bol miktarda düz kas lifi içerir. Prostat kapsülünden içeriye giren septumlar ile prostat lobları oluşur. Düz kas lifi içeren elastik stromal bağ dokusu glandüllerin etraflarını sarar ve periferde kapsül ile devam eder. Ejakülasyon sırasında prostat salgısının atılımı bu kasların kontraksiyonları ile sağlanır. Prostatik kas dokusu sempatik sinirlerin kontrolündedir. Sempatik sinirlerin yaralanması (örneğin retroperitoneal lenfadenektomiye bağlı olarak) retrograd boşalmaya neden olur (21, 25).

Prostat salgısı pH'ı 7.5 olup alkalın pH'a sahiptir. Semen sıvısını önce pıhtılaştırıp, daha sonra pıhtılaşmanın erimesini sağlayan (likefasiyon) prostat sekresyonları, basit şekerler (fruktoz ve glikoz gibi), enzimler ve alkalın kimyasallardan oluşan semene süt görünümünü veren bir karışımıdır. Bu alkalı özellik ovumun başarılı bir şekilde döllenmesi için önemlidir. Asidik olan kadın vaginasında spermilerin tahrip olmasını önler. Böylece sperm kadın genital yolunda canlı kalabilmektedir (32).

Prostat sıvısının içinde su, amilaz, kolesterol, tamponlayıcı tuzlar, fosfolipidler, prostatik spesifik antijen (PSA), seminal plazmin, kalsiyum sitrat, fosfat iyonları, spermin (spermilerin motilitesi için), spermidin, prostataglandinler (rahim stimülasyonu için), çinko (prostatın testosteron metabolizmasını etkiler), sitrik asit (tampon), immünoglobulinler, fosfatazlar, proteazlar (spermanın sıvılaştırılması), pıhtılaşma sağlayıcı enzim ve plazminojen maddeleri bulunur. Koitus sonrasında semeni pıhtılaştırıp, spermilerin hareketini kısıtlar ve kadın üreme sisteminde tutunmasını sağlar. Pıhtılaşma sırasında kalsiyum iyonları görev alır. Prostat salgısında bulunan profibrinolizin, ejakülasyondan yaklaşık 15-30 dakika sonra fibrinolizine dönüşür ve pıhtıyı eritir (Likefaksiyon). Böylece spermilere hareketlilik kazandırılır (33).

## **2.2. Prostat Hastalıkları**

Prostat hastalıkları enflamatuvar, bening ve malign olarak sınıflandırılır.

### **2.2.1. Enflamatuvar Prostat Hastalıkları**

#### **2.2.1.1. Prostatit**

Prostatit, prostatın sınırlı infeksiyonu ve inflamasyonu olarak tanımlanır. En sık genç erkeklerde görülse de tüm yaş gruplarında saptanabilmektedir. Prostatit insidansı %2.2 -12 oranında coğrafi bölgelere göre farklılık göstermektedir. Prostat hastalığı olmadığı bilinen bireylerin otopsilerinde %44 oranında prostatit tespit edilmiştir. 50 yaşın üstündeki erkeklerde BPH (Bening prostat hiperplazisi) ve prostat kanserinden sonra en sık rastlanan üçüncü hastalıktır (34). Günümüzde Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından (NIH); Kategori 1: Akut bakteriyel prostatit (ABP), Kategori 2: Kronik bakteriyel prostatit (KBP) , Kategori 3: Kronik prostatit/ Kronik pelvik ağrı sendromu (KP/KPAS) Kategori 4: Genitoüriner sistem semptomları olmaksızın prostat inflamasyonu ile karakterize asemptomatik inflamatuvar prostatit (AIP) olmak üzere 4 gruba ayrılmaktadır (35). Bakteriyel prostatta en yaygın patojen vakaların %50-80'inden sorumlu E.coli'dir. Klepsiella ve Proteus %10-30, enterokoklar ise %5-10, pseudomonas türleri %5'inden sorumludur (36).

### **2.2.1.2. Akut Bakteriyel Prostat İltihabı**

Prostatın akut iltihabı seyrek görülmekle birlikte acil tedavi gerektiren ciddi bir durumdur. Kalın barsak florasında bulunan Gram (-) bakteriler prostattaki bu akut iltihabın ana sorumlularıdır. Akut bakteriyel prostat iltihabında (ABP) ani başlayan yüksek ateş (%60), terleme, halsizlik, bulantı-kusma, dolun ve boşaltıma ait alt üriner sistem semptomları ve perineal ya da suprapubik ağrıdır (%38-81) görülür. Nadiren makroskopik hematüri, artralji, miyalji, epididimit, sistit, bakteriyemi ve özellikle diabetes mellitus, immün yetmezliği olan hastalar ve maligniteli hastalarda septik şok görülebilmektedir. Rektal muayenede prostatta ısı artışı, ödem ve hassasiyet vardır (37).

Tedavi, kültür sonuçları çıkana kadar 24-48 saat ampirik parenteral antibiyotik ile klinik tablonun seyrine göre oral ilaçlar ile 2-4 hafta devam eder. Tedavide kinolonlar, penisilinler, aminoglikozidler, ikinci ve üçüncü kuşak sefalosporinler yer almaktadır. Glob geliştiğinde suprapubik sistostomi tercih edilmelidir. Sepsis riski ve perineal ağrı nedeniyle Foley kateter uygulanmamalıdır. Gerilemeyen vakalarda prostat absesi düşünülmeli, tanı konulduktan sonra transüretal ya da perineal yolla abse boşaltılması yapılmalıdır (38).

### **2.2.1.3. Kronik Bakteriyel Prostat İltihabı**

Prostat iltihabı en az 3 ay devam ederse kronik bakteriyel prostatitin (KBP) tanısı koyulur. İnsidansı %2-5 olarak bildirilmektedir (39).

Akut prostatitin aksine semptomlar daha yavaş gelişir ve dolun ve boşaltıma ait alt üriner sistem semptomları, hematospermi, sırt ağrısı, skrotal ve perineal ağrı görülebilmektedir. Ateş ve titreme genellikle bulunmamaktadır. KBP'in en güncel tedavisi oral antibiyoterapidir. Antibiyotik tedavisi 4-12 hafta sürebilmektedir. Florokinolonlar veya trimetoprim-sulfametoksazol ilk tercih olarak kullanılmaktadır. Semptomların düzelmediği vakalarda uzun süreli antibiyotik uygulaması devam edilir. Mesane boynu sorunları veya üretra darlığı gelişenlerde cerrahi tedavi önerilmektedir (36).

#### **2.2.1.4. Kronik Prostatit (KP)/ Kronik Pelvik Ağrı Sendromu**

Kronik pelvik ağrı sendromu prostat araştırmasında patojen bakteri üremeyen, lökositöz bulunan (Kategori 3 A) ve hem prostatta patojen bakteri üremeyen hem de lökositöz bulunmayan (Kategori 3 B) olmak üzere ikiye ayrılır. Kategori 3 A'da antibiyotik tedavisi gerekir. Tedaviye cevap alındığında tedavi süresi altı hafta uzatılır. Kategori 3 B'de dört haftalık antibiyotik tedavisi verilebilir (36).

Tüm prostatitlerin %90-95'ini oluşturmaktadır. Klinik olarak, sistemik enfeksiyon bulguları ya da tekrarlayan üriner enfeksiyon öyküsü bulunmamaktadır. Ağrı en önemli bulgudur, en sık perine ve suprapubik bölgede (%46), ikinci sıklıkla ise skrotum ve testiste (%39), daha nadir olarak inguinal bölge, penis (%6) ve gluteal bölge (%2) de oluşur. Ağrı, ejakulasyon esnasında veya hemen sonrasında görülebilir. Parmakla rektal muayenede özellik saptanmaz (40).

Kategori III A (inflamatuvar): Prostat masajı sonrası idrar sedimentinde, semende ya da prostat sekresyonunda >10 lökosit bulunmasıdır.

Kategori III B (non-inflamatuvar): Prostat masajı sonrası prostat sekresyonu, sediment ya da semende <10 altında lökosit bulunmasıdır. KPAS'nun tedavisi de olan antibiyoterapi Tip III A'da da kullanılmaktadır ve başarısı %40 olarak bildirilmektedir. Tip III B'de ise standardize edilmiş antibiyotik tedavisi yoktur. Trimetoprim-sulfametoksazol ya da kinolonlar 2-6 hafta süreyle kullanılabilir. Tedavi başarısız olduğunda ikinci grup antibiyotik (doksisisiklin) tercih edilir. Ayrıca alfa blokörler, non-steroidal anti-enflamatuvarlar, steroidler, fizik tedavi, perineal ya da pelvik taban masajı, prostat masajı, minimal invaziv prostat cerrahisi tedavilerinden transüretal prostat iğne ablasyonu ve transüretal mikrodalga tedavileri denenmiştir (41).

#### **2.2.1.5. Asemptomatik Prostatit**

PSA seviyelerinin artması ya da prostat kanseri nedeni ile yapılan tedaviler sonrası histolojik kesitlerde kişide herhangi bir yakınma olmaksızın prostatit saptanmasıdır (42).

### 2.2.2. Bening Prostat Hastalıkları

Bening prostat hiperplazisi (BPH) periüretral alanda stromal ve epitelyal hücrelerin artmasıdır. Yaşlanma ve fonksiyonel bir testis, hiperplazinin gelişmesinde asıl etken olsa da androjenler, östrojenler, stromal-epitelyal etkileşimler, büyüme faktörleri ve nörotransmitterler etkili olabilir (43).

Nokturi, sık tuvalete çıkma, sıkışma hissi, idrar akışında azalma, idrar yapmada zorlanma, damla damla idrar yapma, idrar yaptıktan sonra idrar kesesinin tamamen boşalmamış olduğu hissi başlıca belirtileridir. İlk muayenede PSA, parmakla rektal değerlendirme, tam idrar analizi, uluslararası prostat semptom skoru formunun doldurularak işeme bozukluğu derecesinin değerlendirilmesi, tedavi planlandığında üriner USG (prostat hacmi ve işeme sonrası idrar hacmi), tedavi takibinde üroflowmetri, özel durumlarda ürodinami yapılmalıdır (44).

BPH medikal tedavisinden önce genel önlemler; üriner retansiyona sebep olacak ilaçların kesilmesi, alkol, kafein, baharat ve asitli yiyeceklerin kısıtlanması sayılabilir. Kabız kalınmamaya da özen gösterilmelidir. Hastaların sıvı alımları idrara çıkmanın zor olduğu; gece yatmadan önce veya gündüz dışarı çıkmadan önce kısıtlanabilir. İkili işeme, işedikten sonra penisin içindeki idrarı boşaltacak şekilde sıvazlanması, perineal masaj gibi işeme teknikleri semptomların azaltılmasında faydalı olabilir (45).

Medikal tedavide prostat içindeki kasları gevşeten ve idrarın akımına bir pasaj sağlayan ilaçlar (alfa-bloker ilaçlar) ve prostatın hacminde azalmaya yol açan ilaçlar (5-alfa redüktaz inhibisyonu yapan ilaçlar) kullanılmaktadır. İrritatif semptomların baskın olduğu hastalarda antikolinergik tedaviler kullanılmaktadır. Eretil disfonksiyonu mevcut olan hastalarda PDE-5 inhibitörleri önerilebilir (46).

Mesane boynundaki ve prostat içindeki kasların ve prostatın gevşemesi ve idrar kanalındaki baskının azaltılması için Alfa-blokerler kullanılabilir. 5-alfa redüktaz inhibitörleri ise prostatın büyümesinde etkili olan dihidro testosteron oluşumunu engeller ve prostatın büyümesini engellediği gibi, prostatın hücrelerinde apatozise yol açar. Ancak bu küçültücü etki 40 gram üzerindeki prostat hacimlerinde belirgindir ve en az 6 ay kullanılmalıdır (44).

## **BPH için cerrahi için endikasyonlar;**

- Tekrarlayan veya sürekli üriner retansiyon
- Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu
- Tekrarlayan veya sürekli makroskopik hematüri
- Mesane taşı
- Böbrek yetmezliği
- Medikal tedaviye yanıtızsızlık (Rölatif endikasyon) (47).

## **Tedavi alternatifleri**

- Transüretral Prostatektomi (TUR-P monopolar/bipolar) halen 80-100 cc prostat hacimlerinde altın standart tedavi yöntemidir.
- Transüretral Prostat İnsizyonu (TUIP) 30 cc altında median lobu olmayan prostatlardan uygulanan tedavi yöntemidir.
- Açık Prostatektomi 100 cc üzerinde olan prostatlarda uygulanan cerrahi yöntemidir.
- Transüretral Mikrodalga Tedavisi (TUMT)
- Transüretral Prostat İğne Ablasyonu (TUNA)
- Lazer Tedavileri
- Prostatik Stentler
- Prostatik Üretral Lift
- İntraprostatik Enjeksiyonlar (48).

### 2.2.3. Malign Prostat Hastalıkları

Prostat kanserinin oluşması, iyi huylu prostatik epitelin büyümesi gibi, büyük oranda testosteron ve onun güçlü metabolitleri olan dihidrotestosteron (DHT)'nin etkisi altındadır. Prostat kanseri hadım olmuş kişilerde görülmez (8).

Prostat kanserinin gelişiminde etkili olan sebepler kesin olarak bilinmemesine rağmen, genetik faktörlerin ve çevresel etmenlerin kanserin gelişiminde önemli ölçüde rol oynadığı düşünülmektedir (9, 49). Son yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar, prostat kanserinin bazı risk faktörlerinin ortaya çıkarılmasını sağlamış ve daha anlaşılır hale getirmiştir. Literatürde en çok belirtilen olası etiyolojik faktörler şu şekildedir:

*Yaş:* Prostat kanserinde yaş en önemli bir risk faktörüdür. 85 yaşında, prostat kanseri riski dünya üzerinde %0,5 -20 arasında değişmektedir. Elli yaş üstü erkeklerde insidansı ve mortalitesi artar (50). Prostat kanseri genellikle 40 yaş ve üzeri erkeklerde ortaya çıkan bir hastalık olup hastalığa ilişkin yeni teşhis edilmiş vakaların %75' inden fazlası 65 yaş ve üzerinde yer almaktadır (51). Kırk yaşın altındaki hastalığa nadiren rastlanmaktadır, 50 yaş ve daha aşağısındaki erkeklerde prostat kanseri teşhisi konulan vaka oranı %1' in altındadır (52). Prostat kanserlerinin %95'i 45-89 yaşları arasında görülür. Ortalama tanı yaşı 72'dir (1). Otuz dokuz yaşın altında prostat kanseri gelişme oranı 1/10.000 iken, 40 ile 59 yaşları arasında bu oran 1/103, 60 ile 79 yaşları arası ise 1/8 dir (53).

*Genetik faktörler ve ailesel yatkınlık:* Prostat kanserinin %5'inin kalıtsal olduğuna inanılıyor (8). Epidemiyolojik çalışmalar prostat kanserinin hem ailesel hem genetik komponentinin olduğunu göstermiştir (54). Yapılan meta-analizler, etkilenen akraba sayısı, hastalığa yakalanma yaşı ve yakınlık derecesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (55). Birinci derece akrabasında prostat kanseri olanlarda riski ikiye katlanmıştır. Eğer 2 veya daha fazla 1. derece akrabası prostat kanseri ise risk 5-11 kat artmıştır (27).

Yapılan çalışmalarda prostat kanserini tetikleyebilecek RNasel (HPC1, herediter prostat kanser 1bölgesi), ELAC2 (HPC2 bölgesi) ve MSR1 gibi bazı genler belirlenmiştir. Bunlar prostat kanserinin poligenik bir hastalık olduğunu göstermektedir. Ailesinde meme kanseri olanlarda prostat kanserine yakalanma riski de artmıştır. Prostat kanserinin bir veya birkaç genden meydana gelen değişikliklerle ilgili bazı herediter

formları tanımlanmıştır, ancak bu genetik kısmın küçük bir bölümünü oluşturmaktadır ve bu alandaki gelişmeler arttıkça hastalığa sebep olan tanımlanmış genlerde artacaktır (56).

*Diyet:* Prostat kanseri risk faktörleri arasında beslenme giderek önem kazanmaktadır. Hayvansal yağlardan zengin bir diyet prostat kanseri gelişimine sebep olduğu düşünülmektedir. Prostat kanserinin, yağ içeriği yüksek gıdaların çok fazla tüketildiği toplumlarda daha sık, soya ve benzeri ürünleri sık kullanan toplumlarda ise daha az ortaya çıktığı gözlenmiştir. İsoflavonların hücre proliferasyonu ve transformasyonunda ve anjiogenezis gelişiminde önemli olan tirozin kinazları inhibe ettiği öne sürülmüştür. Selenyum, E vitamini, özellikle domatesin yapısında bol miktarda bulunan antioksidan bir madde olan likopen ve yeşil çay tüketilen toplumlarda prostat kanserine yakalanma ihtimalinin azaldığı öne sürülmüştür (57, 58). Aşırı kalsiyum tüketimi ile prostat kanseri insidansında artış bildirilmiştir. Bunun nedeni serumda kalsiyumun yüksek olmasının 1,25 Dihidroksikolekalsiferol seviyesini düşürmesi ile ileri sürülmektedir. Asya ve Doğu mutfağında kullanılan gıdalardaki fito-östrojen izoflavonları (genistein, daidzein) de dahil olmak üzere östrojenler prostat kanseri üzerinde benzer negatif büyüme etkisine sahiptir (8). Prostat kanserinin diğer muhtemel diyet önleyicileri; D vitamini, antioksidan likopen (pişmiş veya işlenmiş domateslerde bulunur), polifenoller (nar, yaban mersini, yeşil çay, kırmızı şarap), turpgil sebzelerdeki (Brüksel lahanası, brokoli) izotiyosiyanat ve doymamış yağ asitlerinde bulunan omega-3, uskumru ve diğer yağlı balıklardır (8). Tersine, arakidonik ve linolenik asitler ve omega-6 çoklu doymamış yağ asitleri (yüksek yağlı kırmızı ette bulunur), in vivo prostat kanserinin hücre büyümesini teşvik eder (8). Sekiz yılda takip edilen 142.000 erkeği içeren bir pan-Avrupa çalışması, süt protein/kalsiyum alımının yüksek olması prostat kanserini riskini arttırdığını göstermiştir (8).

*Hormonlar:* Günümüzde elde edilen bilgiler doğrultusunda testosteron hormonunun prostat bezindeki hücrelerde aşırı uyarılması sonucunda kansere yol açabileceği söylenmekte, fakat tek etkenin bu hormon olmadığı düşünülmektedir (57).

Normal prostat epitelinin büyümesi ve canlılığını sürdürmesi için androjenler; serumdaki IGF-BP3'ü azaltır. D vitamini; serumdaki IGF-BP3'ü artırır. Serumdaki IGF-1 miktarındaki artışın prostat kanseri riskini arttırdığı bildirilmiştir. IGF-BP3; serumdaki serbest IGF-1 azaltır. Puberteden önce orşiektomi yapılanlar ve konjenital 5-



alfa redüktaz enzim eksikliği olanlarda prostat kanserinin gelişmediği saptanmıştır. Karaciğer sirozuna bağlı olarak gelişen hiperöstrojenemi nedeniyle bu hastalarda prostat kanseri insidansı daha düşüktür. 5-alfa redüktaz inhibitörü kullanımı da prostat kanseri gelişimini azaltmaktadır. Ancak 5-alfa redüktaz inhibitörü kullananlarda gelişen prostat kanserinde tümörün histolojik olarak daha agresif olduğu saptanmıştır. Testosteronun sıçanlarda prostat kanserlerinin oluşumunu teşvik ettiği belirlenmiştir (59).

*Irksal faktörler:* Prostat kanseri insidansı Amerikalı siyah ırkta yüksektir. Yaşam boyu prostat kanseri gelişme oranı ortalama %9,8'dir. Amerikalı beyaz erkeklerde ise %8'dir. Prostat kanseri insidansı dünya geneline göre en düşük Çin ve Japonya'dadır. Amerikada yaşayan Afrika ve Asya kökenlilerde, Afrika ve Asya'da yaşayanlara göre klinik prostat kanseri daha fazladır (göçten sonra hayvansal yağ ile beslenme). Prostat kanser insidansındaki bu farkın nedeni açıklanamamış, ancak beslenme, hormonal durum ve genetik faktörlerin etkili olduğu düşünülmüştür (1).

Coğrafik varyasyon, batı ülkelerinde, özellikle İskandinav ülkelerinde (düşük güneş ışığı ve D vitamini sentezinin dahil olabileceği ülkeler) ve Kuzey Amerika'da hastalık daha yaygındır. Hastalık Asya'da ve Uzak Doğu'da az bulunurken, Asya ve Japonya'daki ABD göçmenlerinin riski 20 kat artmıştır. Bu, batı diyeti gibi çevresel bir etiyolojinin önemli olabileceğini düşündürmektedir (8). Siyah erkekler en büyük risk altındadır. Kafkasyalılar; Asyalılar ve Doğu ırklar Batı'ya göç etmedikçe nadiren prostat kanseri geliştirmektedirler. Dünyada en yüksek insidans, Afrika kökenli Amerikalılar ve Jamaikalılar arasındadır; yerli Afrikalı erkekler hakkında az miktarda veri mevcuttur. Prostat kanseri ölüm riski benzer olmakla birlikte, Afrikalı Avrupalıların beyaz erkeklere kıyasla prostat kanseri gelişme riski 3 kat fazla olduğunu bildirilmektedir (8).

*Diğer faktörler:* Prostat kanserinin gelişmesinde bakteriyel ve viral ajanların etiyolojik rolü olduğu öne sürülmektedir (59). Uzun süreli kronik inflamasyon prostat kanserine neden olabilir. Kronik inflamasyonun en sık nedeni enfeksiyondur. Prostat kanseri ile enfeksiyon ilişkisinde en sık suçlanan gen HPC1'dir. HPC1 mutasyonunda viral, bakteriyel ve mantar enfeksiyon sıklığının arttığı, prostat kanseri sıklığında da artış olduğu gösterilmiştir. Gonore ve HPV ile prostat kanseri arasında anlamlı ilişki saptanırken sifilizde ilişki saptanmamıştır. Ayrıca kimyasal maddelerden kadmiyumlu maddelerle çalışılırken kadmiyum buharının solunması sonucunda prostat kanserine sebep olduğu bildirilmiştir (57).

Sigara içenlerde hastalığa özgü mortalite daha yüksektir. Net olmamakla birlikte vazektomi prostat kanseri riskini artırabilir. Fakat son kılavuzlarda prostat kanseri ile vazektomi arasında ilişki olmadığı söylenmektedir (60).

Vücut kitle indeksiyle prostat kanserinin ilişkili olduğu gösterilmiştir. İnflamatuvar hücrelerden immün yanıt için çeşitli sitokinler salgılanır ki çoğu oksidatif DNA hasarına neden olurlar. Siklooksijenaz-2 (COX-2) akut ve kronik inflamasyon, ağrı ve hücresel tamir mekanizmalarında indüklenebilen bir enzimdir. Çoğu çalışma benign prostat epiteli ile karşılaştırıldığında prostat kanseri ve HGPIN'de COX-2 ekspresyonunun arttığını göstermektedir (61).

Yüksek alkol alımının risk artışı ile ilişkili olduğu görülürken, sigara risk artışında etkili görülmemektedir. Bununla birlikte, sigara kullanımının ölümcül prostat kanseri riskini artırdığı görülmektedir (8).

Egzersiz, prostat kanserine karşı koruma sağladığı görülmektedir. Antioksidan koruma yollarını (yollarını) ve bağışıklık fonksiyonunu uyarırken, serum IGF-1, insülin, leptin ve testosteron seviyesini düşürdüğü bilinmektedir; bu da zararlı reaktif oksijen türlerini azaltmaktadır. Yapılan vaka-kontrol çalışmalarında azalmış prostat kanseri riski ile önemli oranda egzersiz ilişkisi gösterilmiştir: Bunların en büyüğü olan 47 000 erkek, 14 yaşından itibaren izlenilmiş 65 yaş üstü erkeklerin, 3 saat/haftada kuvvetli egzersiz yapması; yüksek dereceli, metastatik ve ölümcül prostat kanseri riskini düşürdüğü belirlenmiştir (8).

### **2.3. Prostat Kanserinde Bulgular**

Prostat kanserlerinin %70'i prostatın periferik zonundan kaynaklandığı için erken evrede çoğunlukla asemptomatiktir (18). Erken evrede semptomlar genellikle eşlik eden benign prostat hiperplazisi (BPH) ya da idrar yolu enfeksiyonuna (İYE) ikincil olarak görülür. En sık görülen semptomlar: acil işeme ihtiyacı (urgency), işeme başlangıcında güçlük, işeme sırasında ağrı, idrar akımında zayıflama, mesaneyi boşaltamama hissi, noktüri, hematüri, pelvik bölgede künt ağrı, ağrılı ejakülasyondur. BPH yada İYE olmadan obstruktif ve irritatif semptomlar veren prostat kanseri; tümörün üretra veya mesane boynuna invazyonunun bir göstergesi olabilir (62). Alt

üriner sistem semptomları (AÜSS) ile başvuran 40 yaş üstü her erkek hasta prostat kanseri açısından değerlendirilmelidir (63).

Semptomatik hale gelen prostat kanseri hemen her zaman ekstraprostatik yayılımın göstergesidir. Semptomlar yayılımın yerine göre değişkenlik gösterir. Tümörün mesane içine yayılımı sonucu üreter orifislerini invaze etmesi böbrek yetmezliği ve buna bağlı semptomlara (oligüri, anüri, üremi, ödem) yol açabilir. Korpus kavernozumlarına invazyon priapisme yol açabilirken, rektum invazyonu rektum kanserine benzer semptomlara (konstipasyon, karın ağrısı, rektal ağrı, rektal kanama) yol açabilir (64). Rejyonel lenf nodlarına metastaz yapması durumunda ise nadiren scrotum ve alt ekstremitelerde ödeme yol açabilir (65).

Prostat kanserinin pelvik organ dışında en sık metastaz yaptığı yer olan iskelet sisteminde yayılımın belirtisi sıklıkla kemik ağrısıdır. En sık sırt ve kalça ağrısıyla belirti verir. İskelet sisteminde %74 vertebra, %70 kosta, %60 pelvik kemik, %40 femur ve omuz metastazı görülür. Kemik metastazı kemik ağrısıyla birlikte fraktürle de belirti verebilir (66). Vertebra metastazı olan hastalarda tümörün epidural alana yayılımı sonucu medulla spinalise bası yaparak nörolojik semptomlara yol açabilirken pelvik pleksusa yayılımı sonucunda ise erektil disfonksiyona yol açabilir (67). Kemik ağrısı ile birlikte AÜSS olan hastalar prostat kanseri açısından mutlaka değerlendirilmelidir.

İleri evre prostat kanserinin uzak organ metastazlarında nadir de olsa hemoptizi, sarılık, cilt lezyonları, retroperitoneal fibrozis görülebilir (68). Dermatomyozit, lökositoklastik vaskülit, granülositoz, kaşeksi gibi paraneoplastik sendromlara yol açabilir (69). Tüm bu semptomlar prostat kanserine özgü olmayıp sıklıkla kanserin ileri evrede olduğunun göstergesidir. Ne yazık ki günümüzde prostat kanserlerinin %40'ı tanı anında prostat dışına yayılım yapmıştır (70).

#### **2.4. Prostat Kanserinde İnsidans**

Tüm dünyada medikal alandaki teknolojik gelişmeler, sağlık kuruluşuna erişimin artması ve tarama için prostata özgü antijen (PSA) testinin kullanımının artması prostat kanseri insidansını da arttırmıştır (71). Prostat kanseri erkeklerdeki en yaygın kanserdir (melanom dışı deri kanseri hariç) ve Amerikalı erkeklerde kanserden ölümlerin ikinci en

sık nedenidir. Afrikalı Amerikalı erkekler, diğer ırksal ya da etnik grubun erkeklerinden iki kat daha fazla prostat kanseri nedeniyle ölmektedir (72).

Prostat kanseri, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki kanserle ilişkili erkek ölümlerinin ikinci önemli nedenidir; 2007'de 218 890 yeni prostat kanseri meydana gelmiş ve 27 050 ölüm gerçekleşmiştir (16).

Adenokarsinom prostatik neoplazmların yaklaşık %95'ini oluşturur, sıklıkla spesifik bir belirtisi yoktur. Bazen BPH'nin obstrüktif semptomlarını taklit etmekle birlikte, prostat kanseri klinik olarak sessizdir. Bu nedenle, hastalara prostat bölgesinin semptomları olmaksızın metastaz gelişmiş prostat kanseri teşhisi konabilir. Sonuç olarak, son yirmi yılda erken teşhis programlarının kullanılarak, hasta taramasının önemi ön plana çıkmıştır. Serum spesifik antijen (PSA) ile yaygın taramanın başlatılmasıyla, saptama sırasındaki evre IV prostat kanseri insidansı önemli ölçüde azalmış, bununla birlikte tespit edilen prostat kanseri sayısı da artmıştır (16).

Prostat kanseri insidansı ırk, diyet alışkanlığı, yaşam tarzı, coğrafya gibi nedenlerden dolayı dünyanın değişik yerlerinde hatta aynı ülkenin farklı bölgelerinde dahi değişiklik göstermektedir. Dünyada doğuya doğru gidildikçe prostat kanseri insidansı azalmaktadır. En az görülme sıklığının Çin Şangay'ında olduğu bildirilmiştir (73). Ülkemizde ise Üroonkoloji derneğinin yaptığı bir çalışmada prostat kanserinin, erkeklerde akciğer kanserinden sonra ikinci en sık görülen kanser olduğu saptanmıştır. İllere göre karşılaştırdığımızda görülme sıklığı en az Edirne, en fazla ise İstanbul ve Ankara olarak tespit edilmiştir (74). Yine ülkemizde İzmir ilinde yapılan diğer bir çalışmada, prostat kanseri en sık görülen beşinci kanser olarak tespit edilmiştir. Bu kanser türleri sırasıyla; akciğer, meme, deri, gastrointestinal sistem ve prostat kanseridir. Aynı çalışmada 1996-1999 yılları arasında insidans 9.1/100.000 olarak bildirilmiştir (26). Prostat kanseri, 50 yaş altında nadiren görülmektedir ve tüm prostat kanseri tanısı alan vakaların ancak %0.1'i bu yaş grubundadır. Buna karşılık PSA gibi tarama yöntemlerinin rutin kullanıma girmesiyle prostat kanserine daha erken yaşlarda tanı konulmaya başlanmıştır. Yaş ilerledikçe prostat kanseri görülme sıklığı da artar. En yüksek insidans 70-74 yaşları arasındadır. Yeni tanı konmuş hastaların %85'i 65 yaş ve üzerindedir. Her ne kadar prostat kanseri gelişmiş ülkelerde daha sık görülse de gelişmekte olan ülkelerde de insidansı artmaktadır. Bu nedenle ülkemizde de prostat kanserinin daha önemli bir sağlık problemi olacağı öngörülmektedir (18).

## 2.5. Prostat Kanserinde Tarama

Prostat kanseri tarama programlarının amacı, hastalığı semptom vermediği evrede tanıyarak, erken tedavi ile doğal seyrini değiştirmektir. Bin dokuz yüz doksanlı yılların başında PSA, parmakla rektal muayene ile birlikte prostat kanseri taramasında kullanılmaya başlanmıştır. Prostat kanserinin tanınmasında tarama programlarının kullanılmasının faydası ise günümüzde halen tartışılmaktadır. Prostat kanserinin sık görüldüğü Amerika Birleşik Devletleri'nde dahi tarama programlarının uygulanmasına dair fikir birliği yoktur (75). Tarama programları ile birçok sessiz seyreden kanser de tanı alır. Önemli kanserlerin yanı sıra önemsiz kanserlerin de tanınma oranı PSA değerlerini 4 ng/ml altına düşürmekle ve biyopsi sayısını arttırmakla daha da fazlalaşmıştır. Önemsiz kanser; histopatolojik olarak kanser olduğu bilinen, fakat hastanın doğal yaşamı üzerine etkisi olmayan kanser demektir. Önemsiz kanser oranları Washington Üniversitesinde %12, Baylor da %25 ve John Hopkins'te %24'tür. Epstein 1994'de biyopsi ile tanı konan ancak tedavi edilmemesi gereken kanserleri tanımlamıştır. Bunlar kanserin Gleason 4 ve 5 olması, sadece bir korun tutulması, tutulan tek korda da 3 mm'den az kanser olması ve PSA dansitesinin 0.15'ten aşağı olması idi. Tarama programlarının uygulanmasını önerenler, gereksiz tedavi yapmamak için bu bilgilerin her biyopsi değerlendirilmesinde kullanılması gerektiğini belirtmektedir. Ancak önemsiz diye adlandırılan kanserlerin doğal seyri tam olarak bilinmemektedir. Amerikan Üroloji Derneği, 40 yaştan sonra rektal muayene ve PSA testi ile yıllık tarama önermektedir. Riskli erkeklerde yani siyah ırk ve prostat kanseri ile ilgili aile öyküsü olan hastalarda ise daha erken yaşta başlanması gerektiğini önermektedir (76).

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ise tarama testi için başlangıç yaşını 40 olarak kabul etmektedir. PSA 1 ng/dL'nin altındaysa 45, tekrar 1 ng/mL'nin altında devam ederse 50 yaşında PSA ve rektal muayene, PSA 1 ng/mL'nin üzerinde ise yıllık PSA ve rektal muayene ile takibi önermektedir. United State Preventive Service Task Force ise PSA taramasını faydalarının fazla olduğunun kanıtlanmaması nedeniyle hiçbir yaş grubunda önermemektedir (77). Avrupa Üroloji Derneği geniş tabanlı taramaların gerekli olmadığını, 40 yaşında bazal bir PSA değeri sonrasında taramanın devam etmesini, ilk PSA <1 ng/ml ise 8 yıl sonra ikinci PSA değerinin bakılması gerektiğini savunmaktadır. Prostat kanseri taraması için yapılan iki

büyük çalışmadan biri olan “Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial” (PLCO) çalışmasında Amerika Birleşik Devletlerindeki 10 merkezde 76,693 olgu 1993-2001 tarihleri arasında randomize edilmiştir. Diğer çalışmada yedi Avrupa ülkesinin katıldığı yaşları 55-69 yıl arasında değişen 89.353 hasta “European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer” (ERSPC) çalışması ile incelenmiştir. Bu iki büyük tarama çalışmasında 7 yıl izlem sonunda PLCO çalışmasında prostat kanseri mortalitesi tarama programları ile değişmez derken, 8,8 yıl izleme sahip ERSPC çalışması ise taramanın prostat kanserinden ölümün rölatif olarak %27 azalacağını rapor etmektedir (78). Ayrıca son zamanlarda prostat kanseri tanısında; yaş, komorbidite, prostat boyutu, aile öyküsü, etnik köken ve önceki biyopsi sonuçları dahil edilerek risk hesaplamaları önerilmektedir. (79).

## **2.6. Prostat Kanserinde Korunma Yolları**

Prostat kanserinden korunmada etiyolojik nedenleri ortadan kaldırmak esas amaç olmalıdır. İnflamasyon ve serbest oksijen radikalleri; prostat kanseri gelişiminde önemli etkenlerdir. Anti-inflamatuar ve anti-oksidan moleküllerin prostat kanserini önleyip önlemediği ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır (19).

Nonsteroid Anti-inflamatuar (NSAİ) ilaçlarla ilgili yapılan çalışmalarda NSAİ ilaçların siklooksijenaz-2 (COX-2) enzim inhibisyonu yaparak prostat kanseri gelişme olasılığını %55-%66 oranında azalttığı gösterilmiştir. Bununla birlikte NSAİ kullanan prostat kanserli hastalarda hastalığın progresyonunun azaldığı bildirilmiştir. Serbest oksijen radikallerinin oluşumunu engelleyerek anti-oksidan etki eden Tokoferol’un (vitamin E); prostat kanseri gelişme olasılığını %32 oranında azalttığı gösterilmiştir. Diğer bir anti-oksidan olan Selenyum’un da prostat kanseri gelişme olasılığını %50-%66 oranında düşürdüğü gösterilmiştir (22).

Prostat kanserini önleme amacıyla 1993 yılında yapılan PCPT (Prostate Cancer Prevention Trial) çalışmasıyla 5 alfa redüktaz inhibitörü olarak etki eden Finasterid’in prostat kanseri gelişme olasılığını %24 oranında azalttığı gösterilmiştir. Bununla birlikte Finasterid kullanan hastalarda yüksek dereceli prostat kanseri görülme oranı %1,3 oranında artmıştır (80). Diğer bir 5 alfa redüktaz inhibitörü olan Dutasterid ile yapılan REDUCE (Reduction by Dutasteride of Prostate Cancer Events) çalışmasında Dutasterid’in prostat kanseri gelişme olasılığını %23 oranında azalttığı gösterilmiştir.

Bununla birlikte yüksek dereceli prostat kanseri görülme oranı artmamıştır. Her ne kadar 5 alfa redüktaz inhibitörlerinin prostat kanseri gelişme olasılığını azalttıkları gösterilse de muhtemel yan etkileri (seksüel disfonksiyon) nedeniyle rutin kullanılmaları önerilmemektedir (81).

## **2.7. Prostat Kanseri Hastada Hemşirelik Bakımı**

Prostat kanseri tanısı alan hastalara uygulanacak tedavi yöntemlerine göre hemşirelik bakımı da değişiklik gösterebilmektedir. Prostat kanseri tanısı alan hasta ameliyat edilecekse operasyon sonrası dönemde hastanın ilk takip ve tedavisi ameliyathane hemşiresi ve üroloji servis hemşiresi tarafından yapılmaktadır. Ameliyat hemşiresi, operasyon sonrasında hastanın tansiyon, nabız, dakikadaki solunum sayısı gibi hayati öneme sahip parametrelerini anestezi ekibi ile birlikte takip eder. Anestezi ekibinden farklı olarak üretral kataterin çalışması, idrar renginin durumu ve dren takibi yapar. Ayrıca hastanın ameliyat masanından, operasyon sonrası dinlenme odasına ve oradan da üroloji servisine transferine eşlik eder. Hastanın servise alınmasını takiben hastanın solunum sistemi fonksiyonları, dolaşım sistemi fonksiyonları ve vücut sıcaklığı servis hemşiresi tarafından değerlendirilir. Ameliyat bölgesindeki dren ve yara yerindeki pansuman kontrol edilerek olası bir komplikasyon açısından hasta değerlendirilir. Hasta servis yatağında geldiğinde hastanın üretral katateri, dreni ve var ise suprapubik kataterini değerlendirilir ve içindeki bulunan mayi miktarı yazılır. Bununla beraber, üroloji hemşiresi hastanın aldığı – çıkardığı izlemine yapar, idrar nitelik ve niceliğini gün boyu izler. Bazı radikal prostat ameliyatlarından sonra ise hastaya nazogastrik sonda uygulaması yapılabilmektedir. Bu durumlarda servis hemşiresi nazogastrik sondanın yerinde olup olmadığını kontrol etmeli, hastanın barsak seslerini dinlemeli ve hastanın ne zaman oral gıda alımına başlayacağı konusunda hekim ile bilgi alışverişinde bulunmalıdır. Yine hekim tarafından ağrı kesici tedavisi düzenlenen hastalara bu tedavilerini saatinde uygulamak, ağrı kesici tedavilerin etkinliğini değerlendirmek, ağrı kesicilerin olası yan etkilerini gözlemek ve hekime bu konuda gerekli uyarı yapmak üroloji servis hemşiresinin görevidir (82). Erken mobilize olma konusunda hastayı motive etmek, hastaya gerekirse yatak içi egzersizler uygulamak da servis hemşiresi tarafından uygulanan, hastanın morbidite ve mortalitesini azaltan yöntemlerdir (83).

Prostan kanser tanısı alan bazı hastalar ise radyoterapi ve androjen blokajı sağlayan kemoterapötiklerle tedavi edilmektedir. Radyoterapi alacak hasta işlem öncesinde radyoterapi hemşiresi tarafından radyoterapinin etki mekanizması ve yan etkileri, işlem sırasında neden odada yalnız kalacağı, radyasyon alan hastanın etrafa radyasyon yaymayacağı hakkında bilgilendirilmelidir. Ayrıca hasta; tedaviye ağır bir kahvaltı yapmadan gelmesi, sıkı giysiler giymemesi, işlem yapılacak bölgeye krem ve ilaç gibi bir ürün kullanmaması yönünde uyarılır. İşlem sonrası hastanın belli bir süre hamile, çocuk ve kronik hastalığı olan kişilerden uzak durması gerektiği açıklanmalıdır. İşlem öncesi hastanın yaşamsal parametrelerini ölçmek, tedavi öncesinde hastanın kan değerlerine incelemek ve doktorun önerdiği antiemetiğin uygulanması, yine hemşirenin görevidir. Ayrıca hemşire; hastaya işlem pozisyonu, tedavi süresince hareketsiz kalması ve nefes alışverişinin önemi konusunda eğitim verir. İşlem sırasında hemşire; hastayı yaşamsal bulguları, bulantı, kusma ve defekasyon yönünden değerlendirir. Hemşire hastanın ağrısı olup olmadığını, varsa şiddetini gözlemler, istem yapılan ağrı kesiciyi uygular. Hastanın dinlenmesi ve yapabileceği aktiviteler yönünden uyarır. Ayrıca hastada gelişebilecek olası cilt lezyonları yine hemşire tarafından değerlendirilir. Hasta taburcu edilmeden önce kendisine ve yakınlarına bilgi vermek yine hemşirenin görevidir (82). Kemoterapi alan prostat kanserli hastalarda da tedavinin başarısı ve olası komplikasyonları hakkında hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmek, hastalarda immun direncin düşmesine bağlı olarak gelişebilecek infeksiyöz komplikasyonları yakından tanımak ve istem yapılan ilaçlarla tedavi etmek, hastaların vücut, kullandıkları giyecek ve tükettikleri yiyeceklerin hijyenini sağlamak hemşirenin görevidir (84).

## **2.8. Prostat Kanserinde Tedavi**

Tedavi, hastanın beklenen ortalama yaşam süresi, semptomları, tedaviden sonra tekrarlama riski, tümörün büyüklüğü, Gleason skoru, PSA düzeyi, olası komplikasyonlar ve hasta tercihi göz önüne alınarak planlanır (72).

### **2.8.1. Açık/Laparoskopik/Robotik Radikal Prostatektomi:**

Radikal prostatektomi, lokalize prostat kanserinin cerrahi tedavisinde uygulanmaktadır. Radikal prostatektominin en önemli avantajı çevre dokuya fazla zarar vermemesi ve organın tamamen çıkartılması nedeni ile tümör evrelemesinin daha kesin yapılabilmesidir. Tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda daha kolay teşhis edilebilmekte



ve ayrıca postoperatif radyoterapi uygulaması ile nüks eden veya nüks etme ihtimali fazla olan hasta grubunda potansiyel olarak şifa sağlamak mümkün olabilmektedir (85).

Radikal prostatektomi için 10 yıllık yaşam beklentisi olan ve ameliya riski olmayan hastadır. Yetmiş beş yaş üstü hastalarda dikkatli karar verilmelidir (86).

Ameliyat sonrası en yaygın temel sorunlar inkontinans ve erektil disfonksiyondur. İnkontinans, cerrahi teknik ve cerraha bağlı olarak değişkenlik gösterir. Eretil disfonksiyon oranları açısından sinir koruyucu cerrahi teknik uygulaması ile potens korunabilmektedir. Oranlar cerraha bağlı özellikler ve bunun yanı sıra yaşa ve preoperatif ereksiyon kapasitesine, sinir koruyucu cerrahinin tek taraflı veya bilateral yapılması gibi faktörlere uygun olarak değişmektedir (87).

Cerrahi yöntem olarak açık retropubik, laparoskopik (ekstraperitoneal, transperitoneal) ve robotik cerrahi uygulanmaktadır. Robotik cerrahi üç boyutlu görüntüsü ile standart laparoskopiyeye göre avantajlıdır (88). Suprapubik veya perineal veya retropubik yaklaşımla prostat, seminal veziküllerin, vas deferensin uçlarının ve çoğunlukla çevresindeki yağ, sinirler ve kan damarlarının çıkarılmasıdır (72).

### **2.8.2. Lokalize Prostat Kanseri Tedavisinde Radyoterapi**

Brakiterapi (Low Dose Rate –LDR-ve High Dose Rate –HDR-): Brakiterapi, radyoaktif kaynağın tümörün yakınındaki dokuya veya boşluğa yerleştirilmesidir.

Low Dose Rate –LDR: Uygulamada hastanın hastanede yatması ve genel anestezi alması gerekir. Derin ven trombozu riski ve uygulayıcı personelin radyasyona maruz kalması tekniğin dezavantajıdır (89, 90).

High Dose Rate –HDR: Hastanın hastanede yatması gerekmez, sağlık personeli radyasyondan daha az etkilenir. Doz hızlı verilir (10-15 dk.). Her tedavide büyük dozlar uygulanır (89, 90).

### **2.8.3. Eksternal Radyoterapi (3 Boyutlu Konformal Radyoterapi -3D-KRT- ve Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi- IMRT)**

Eksternal radyoterapi (EBRT): EBRT, yaşı ne olursa olsun, yoğunluk ayarlı veya görüntü kılavuzluğunda radyoterapi kullanırken doz>72 Gy olduğunda radikal

prostatektomiye benzer şekilde kanser kontrolü ve tedavi ile ilişkili komorbiditesi vardır. Önceden var olan kalp rahatsızlığı olan hastalarda (Androjen Deprivasyon Tedavisi) ADT yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğundan kalp durumu değerlendirilmelidir (91).

#### **2.8.4. Hormon Tedavisi:**

Testis androjen sekresyonunu bastırıcı ya da anti-androjen olarak dolaşımındaki androjenlerin etkisini inhibe edilebilir (Androjen Deprivasyon Tedavisi-ADT-). Bu iki yöntemin kombine edilmesi ile komplet (maksimal veya total) androjen blokajı (MAB)'na ulaşılabilir. Cerrahi kastrasyon hala tüm diğer tedavilere karşı ADT için 'altın standart' olarak kabul edilir. Standart kastrasyon seviyesi  $20 \text{ ng/dL} < (1.7 \text{ nmol/L})$  dir (92).

#### **2.8.5. Testesteron düşürücü tedaviler**

**1-Bilateral orşiektomi:** Kolayca lokal anestezi altında ve 12 saatten az bir sürede, kastrasyon seviyesine ulaşmak için en hızlı yoldur. Geri dönüşümsüz bir yöntemdir.

**2- Östrojen Tedavisi:** Genellikle dietilstilbestrol (DES) formundaki estrogen terapisi, testiküler androjenik aktiviteden sorumlu gonadotropinleri inhibe etmek için uzun zamandan beri kullanılmaktadır ve böylece malignitenin büyümesini destekleyen androjenik hormonu uzaklaştırmaktadır. Bununla birlikte, DES tromboembolizm, pulmoner emboli, miyokard enfarktüsü ve inme riskini önemli ölçüde artırır. Östrojen tedavisinin diğer yan etkileri arasında iktidarsızlık, libido azalması, orgazm sağlamada zorluk, sperm üretiminin azalması ve jinekomasti (erkeklerde memelerin büyümesi) sayılabilir (93).

Daha yeni hormonal tedaviler arasında luteinize edici hormon-salgilayıcı hormon agonistleri (leuprolide [Lupron] ve goserelin [Zoladex]) ve antiandrojen ajanlar flutamid (Eulexin) gibi bulunur. LH-RH, testiküler androjeni baskılamakta, buna karşın flutamid, adrenal androjen baskılanmasına neden olmaktadır (93).

### **2.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları**

Sağlıksız yaşam biçimi davranışları, ABD'de ve dünyada yaşam yıllarına uyarlanmış yetersizlik artışı için önde gelen risk faktörleri arasındadır. Küresel olarak,

bulaşıcı olmayan hastalıklar tüm ölümlerin yaklaşık %63'ünü oluşturmaktadır. 2030 yılına kadar, bulaşıcı olmayan hastalıkların, dünya çapında 52 milyon ölüme sebep olacağı tahmin edilmektedir (94).

İki bin on bir Birleşmiş Milletler Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Genel Kurulu Yüksek Düzey Toplantısının (United Nations High-Level Meeting of the General Assembly on Non-communicable Diseases) ana hedeflerinden biri, "bireylerin ve toplumun, bulaşıcı olmayan hastalıklar, yani tütün kullanımı, sağlıksız diyet, fiziksel hareketsizlik ve alkolün zararlı kullanımı olmak üzere yaygın değiştirilebilir risk faktörlerine maruz kalma düzeyini azaltmak", aynı zamanda bireylerin ve toplumların daha sağlıklı seçimler yapmalarını ve sağlıklarını geliştiren yaşam tarzı davranışlarını takip etme kapasitelerini güçlendirmektir (94).

Avrupa Kanseri ve Beslenme Araştırması (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study) çalışmasında, 35-65 yaş arasındaki 23,153 Alman katılımcı ortalama 7.8 yıl takip edilmiştir. Bu çalışmada dört sağlıklı yaşam davranışına uymanın (sigarayı bırakma, haftada 3.5 saat egzersiz yapma, sağlıklı beslenme (meyve, sebze ve tam tahıllı ekmek alımı ve düşük et tüketimi) ve vücut kitle indeksi 30 kg/m<sup>2</sup> üzerini geçmemesi) kronik hastalıkların önlenmesi üzerinde güçlü bir etkisi olabileceği bildirilmiştir (95).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), bulaşıcı olmayan hastalıklar; kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve kronik solunum yolları hastalıklarını önlemek ve kontrol altına almak için, bu hastalıklarda ortak risk faktörleri; tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız diyetler ve alkolün zararlı kullanımı ile ilgili Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü (Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases) için Küresel Strateji 2008-2013 Eylem Planı yayınlamıştır (94). Tütün kullanımı, düşük kaliteli diyet, fazla enerji ve alkol alımı, fiziksel hareketsizlik, riskli cinsel davranışlar ve korunmasız güneşe maruz kalma, kanserlerin ve diğer kronik hastalıkların önlenemez nedenleridir (10). Kalp hastalığının, inmenin ve tip 2 diyabetin %80'e kadar ve kanserlerin üçte birinden fazlasının, bu dört ortak risk faktörünü ortadan kaldırarak önlenemez olduğu tahmin edilmektedir (94).

Çoğu kardiyovasküler hastalık, kanser ve şeker hastalığı gibi major kronik hastalıklar, mortalitenin büyük bir bölümünü oluşturur (95). ABD'de 2010 yılında beş

önde gelen ölüm nedeni; kalp, kanser, kronik alt solunum yolu hastalıkları, serebrovasküler hastalık (felç) ve beklenmeyen yaralanmalardır. 80 yaşındaki kişiler arasında bu beş hastalık, ölümlerin %66'sını oluşturmaktadır. Önde gelen beş ölüm nedeni için değiştirilebilir yaşam tarzı risk faktörlerinin benzerliği dikkat çekicidir (94). Dünyada 2012 yılında tahmini 14 milyon insan kanser tanısı almış ve 8 milyon kişi hayatını kaybetmiştir. Ancak vakaların üçte birinin kanser hakkındaki çoğu davranışsal olan bilgileri uygulayarak önlenebilir olduğu bildirilmektedir (10, 96).

Kanser ve kalp hastalığı, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ölümlerin yaklaşık%48'ini oluşturan iki kronik hastalıktır. Örneğin, 2010 yılında 576.691 kişi kanserden ve 596.577 kişi de kalp rahatsızlığından hayatını kaybetmiştir. 2014'te Amerika Birleşik Devletleri'nde en sık görülen 10 kanserden etkilenerek 6 876 600 erkek ve 7 607 230 kadın ölümü vardır (10, 96, 97). Kanser, uluslararası alanda giderek büyüyen bir sorundur (10) ve prostat kanseri erkeklerdeki en sık teşhis edilen kanserdir. İnsidansı son 50 yılda iki katına çıkmıştır (98).

Belirli yaşam tarzı davranışları (ör. Tütün kullanımı, aşırı enerji ve alkol alımı, fiziksel hareketsizlik, riskli cinsel davranışlar ve yetersiz güneş koruması), çeşitli kanser türlerini geliştirme risk faktörlerini oluşturmaktadır (10). Sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının uygulanmasının kronik hastalık riskini azalttığına dair güçlü kanıtlar vardır (94). Değiştirilebilir risk davranışlarını değiştirerek hastalık yükü ve sağlık masrafları ciddi bir şekilde azaltılabilir (10).

Sağlığı koruma girişimlerinde somut bilgiler elde edebilmek için, bireylerin sağlık davranışlarının değerlendirilmesi gerekmektedir (99). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II, sağlığın korunmasıyla ilgili çabaların daha doğru ve objektif olarak değerlendirilmesi için 1996 yılında Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ardından Türk popülasyonunda yapılan çalışmalarla bu formun Türkçe validasyonu sağlanmıştır (100, 101). Sağlığın geliştirilmesi, kişinin sağlığını koruma, iyileştirme ve bunları yaparken kendi sağlığı ile ilgili kararlar verebilmesi olarak tanımlanmıştır. Hastalıkların farkında olunması, hastalıklara karşı önlemler alınması ve hastalığı önleyici davranışlarda bulunulması bu sürecin temelini oluşturmaktadır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; kişiler arası ilişkiler, manevi gelişim, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi olmak üzere toplam altı faktör ve 52 maddeden oluşmaktadır. Ölçek oluşturulurken, yaş aralığı 18-92 olan 712 kişi

değerlendirilmiş ölçek güvenilirliği (Cronbach Alpha değeri .94) yeterli bulunmuştur. Ölçeğin puanlaması sonrasında elde edilecek en düşük puanı 52, en yüksek puanı 208'dir. Ölçek sağlık geliştirme yöntemlerinin bulunmasında ve sağlık geliştirme amacıyla planlanacak programların yeterliliğinin değerlendirilmesinde kullanılması uygundur (12). Bottorf ve ark. 1339 yetişkin bireyi inceledikleri çalışmalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ile sağlık kontrolü, sağlık durumu ve bireysel yeterlilik arasında uyumlu bir birliktelik saptamışlardır (102). Haddad ve ark. 2001 yılında yaptıkları çalışmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin altı alt faktörünü incelemişlerdir, Cronbach alpha= 0.89, alt faktörler değerlerini 0.60-0.85 arasında hesaplamışlardır (103).

Sağlık sorumluluğu; kişinin kendi iyilik halini koruması için sorumluluk taşıması, sağlıklı durumunun devam etmesi için gerekli dikkati göstermesi, sağlıklı yaşam ile ilgili bilgi alması ve gerekli durumlarda tıbbi yardıma başvurabilmesidir. Fiziksel aktivite; bireyin kendi yapısı için uygun egzersizleri yapmasını, beslenme kişinin sağlığı için uygun diyeti seçmesini ve buna göre hareket etmesini içerir. Manevi gelişim; bireyin dış dünya ile tam bir uyum halinde hareket etmesini ve bireyin manevi iyilik durumuna yönelik gücün en üst düzeye çıkmasını amaçlar. Kişiler arası ilişkiler ise; olaylar arasında nedensellik kurabilmeyi, bireylerle daha etkin iletişimi, sözel ve duygusal iletişimin en üst seviyeye çıkarılmasını içerir. Son faktör olan stres yönetimi ise bireyin fiziksel ve ruhsal baskısını en aza indirirken, psikolojik ve fiziksel özelliklerini en iyi biçimde yönlendirmesidir (104).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı**

Araştırma, 50 yaş ve üzeri erkeklerin prostat kanseri ile ilgili bilgi ve tutumlarıyla, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel gerçekleştirildi.

#### **3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular**

- 50 yaş üstü bireylerin prostat kanseri konusunda bilgileri var mı?
- Prostat kanseri konusunda bilgi kaynakları neler?
- Prostat kanseri belirtilerini biliyorlar mı?
- Daha önce PSA baktırmışlar mı?
- Daha önce rektal muayene olmuşlar mı?
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları nasıldır?
- Prostat kanseri konusunda bilgisinin olması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi var mı?

#### **3.3. Araştırmanın Değişkenleri**

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine verilen yanıtlar araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturdu.

Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri; yaş, eğitim düzeyi, BKİ, Medeni durumu, çalışma durumu, mesleği, geliri, sağlık güvencesi, sigara ve alkol kullanma, kronik hastalık varlığı gibi parametreler araştırmanın bağımsız değişkenini oluşturdu.

### 3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul Avrupa yakasında bulunan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 01.12.2017-01.02.2018 tarihleri arasında yapıldı.

### 3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi üroloji polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 50 yaş ve üzeri erkek hastalar oluşturdu. İki bin on altı yılı süresince aynı kliniğe başvuran 50 yaş ve üzeri erkek hasta sayısı toplam 32 229 kişidir.

Çalışmanın örnekleminin belirlenmesinde evrendeki birey sayısı bilindiğinde kullanılan formülden yararlanıldı (105). Bu formüle göre örneklem büyüklüğü 380 olarak hesaplandı. Olası kayıplar düşünülerek örnekleme toplam 436 birey alındı. Ancak araştırma süresince 19 hastanın veri toplama formlarını eksik ve yanlış doldurması, 17 hastanın ise form doldurmaya yarıda bırakması sonucu 36 hasta araştırmaya alınmadı. Araştırma toplam 400 hasta ile tamamlandı.

Araştırma örnekleminin belirlenmesinde kullanılan formül:

$$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot pq$$

$$n = 32229 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) / (0,05)^2 \cdot (300-1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) = \mathbf{380}$$

*n: Örnekleme alınacak birey sayısı*

*t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer ( $\alpha = 0.05$  için teorik t değeri 1.96 olarak alınmıştır)*

*p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (0,50 olarak alınmıştır)*

*q: İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı (1-p) (1-0,50= 0,50 olarak alınmıştır)*

*d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma (0,10 olarak alınmıştır)*

Örnekleme seçimine dahil edilme ölçütleri;

- Üroloji polikliniğine herhangi bir nedenle gelen,
- Prostat kanseri tanısı almamış,
- Türkçe okuyup konuşabilen,
- İletişim kurmayı engelleyen herhangi bir sorunu bulunmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmasıdır.

Araştırma dışında tutulma ölçütleri ise;

- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen,
- İletişim kurmayı engelleyen bir sorunu olan,
- Prostat kanseri tanısı almış,
- Okur-yazar olmayan bireylerdir.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

#### **3.6.1. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada, veri toplama aracı olarak sosyo-demografik özellikleri ve prostat kanseri bilgi ve tutumlarını sorgulayan bir anket formu (EK-1) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-2) kullanıldı.

*Anket Formu (Ek-1):*

Bu form, araştırmacılar tarafından literatür bilgisine göre hazırlanmış olup, katılımcıların yaş, aylık gelir, medeni durum vb. sorular ile prostat kanseri bilgi ve tutumlarını belirlemeye yönelik toplam 39 sorudan oluştu.

*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II (Ek-2):*

Ölçekte toplam 52 madde bulunmaktadır. Ölçek Walker ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilmiş, 1996 yılında revize edilmiştir. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması Bahar ve ark. tarafından 2008 yılında yapılmıştır.



Ölçek, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Ölçekte toplam 52 maddeden oluşmuş olup 6 alt faktörü vardır. Alt gruplar; manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olmak üzere 4'lü likert tipinde derecelendirilmiştir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin Alpha güvenirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur (13).

### **3.6.2. Araştırma Verilerinin Toplanması**

Anket formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek üzere araştırmaya alınma kriterlerine uyan 30 hasta üzerinde ön uygulama yapıldı ve form üzerinde birkaç düzeltme yapılarak form son hale getirildi. Ön uygulama sırasında elde edilen veriler çalışmaya dahil edilmedi. Veriler 01.12.2017-01.02.2018 tarihleri arasında toplandı. Veri toplama sürecinde araştırma kapsamına alınan SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji polikliniğine başvuran, 50 yaş ve üzeri erkek hastalar araştırma kapsamına alındı. Anketler yüzyüze görüşme tekniği ile yaklaşık 10-15 dakikada dolduruldu.

### **3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi**

İstatistiksel değerlendirmede SPSS 21 paket programında sayı, yüzdeler, ortalama, standart sapmanın yanısıra Pearson ki kare testi, Fisher Exact test, bağımsız gruplarda T testi, One-Way Anova ve Kruskal Wallis test kullanıldı. Yüzde 95 güven aralığında,  $p < 0.05$  düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### **3.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırma sürecine başlamadan önce Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin kullanılabilmesi için geçerlik-güvenirliğini yapan Bahar ve arkadaşlarından izin (EK-4) alındı.

Araştırmanın verilerinin toplanılmasına başlanmadan önce Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul onayı (EK-5) ile verilerin toplanacağı kurum olan SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden yazılı resmi izin (EK-6) alındı.

Veri toplama aşamasında da araştırmaı kabul eden Üroloji polikliniğine başvuran 50 yaş üzeri erkek hastalar araştırma hakkında bilgilendirilerek araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan aydınlatılmış yazılı onamları ve sözlü onamları (EK-3) alındı. Araştırma süresince Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi İlkelerine uyuldu.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın bir merkezde yapılması sınırlılıklarındandır. Sonuçlar sadece araştırmanın yapıldığı gruba genellenebilir.



## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan bireylerin sosyodemografik özellikleri, prostat kanseri konusunda bilgi, tutum ve davranış özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisine ilişkin bulgulara yer verildi. Bulgular 4 bölümde incelendi:

1. Hastaların bireysel özellikleri
2. Hastaların prostat kanseri konusunda bilgi ve tutumları
3. Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları
4. Hastaların bireysel özellikleri, prostat kanseri konusunda bilgi ve tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi

### 4.1. Hastaların Bireysel Özellikleri

Araştırmaya katılan bireylere ilişkin sosyodemografik özellikler Tablo 1’de gösterildi. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması  $58,91 \pm 6,56$  olup medyan 58 (min-maks: 50-89)’dir. Bireylerin beden kitle indeksine (BKİ) bakıldığında %25,5 (n=102)’inin normal ve %55,5 (n=222)’inin hafif kilolu olduğu belirlendi.

Katılımcıların %41,8 (n=167)’inin ilkokul mezunu, %93,2 (n=369)’sinin evli, %45,7 (n=183)’sinin emekli, %52,8 (n=211)’inin çalışmakta olduğu, %65,8 (n=263)’inin aylık gelirin 2.000 TL ve altında olduğu, %93 (n=372)’ünün İstanbul’da yaşadığı, %91,2 (n=367)’sinin sağlık güvencesinin SGK olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan bireylerin %42 (n=168)’sinin sigara, %14,3 (n=57)’ünün alkol kullandığı, %40,3 (n=161)’ünün kronik bir hastalığı olduğu, kronik hastalığı olanların ise %47,8 (n=77)’inin hipertansiyon, %32,9 (n=53)’ünün diyabetes mellitus olduğu belirlendi (Tablo 1).

**Tablo 1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı**

Özellikler	n	%
<b>Yaş</b> Ort: 58,91±6,56; medyan:58 (min-maks: 50-89)		
50-59 yaş	244	61,0
60-69 yaş	124	31,0
70 yaş ve üzeri	32	8,0
<b>BKi</b>		
Zayıf (18,5 ve altı)	-	-
Normal (18,5-24,9)	102	25,5
Hafif kilolu (25-29,9)	222	55,5
Kilolu (30 ve üzeri)	76	19,0
<b>Eğitim durumu</b>		
İlkokul	167	41,8
Ortaokul	84	21,0
Lise mezunu	106	26,4
Üniversite ve üzeri	43	10,8
<b>Medeni durumu</b>		
Evli	369	93,2
Bekar	18	4,5
Dul	13	3,3
<b>Meslek</b>		
İşçi	106	26,5
Memur	35	8,8
Serbest Meslek	68	17,0
İşsiz	8	2,0
Emekli	183	45,7
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	211	52,8
Çalışmıyor	189	47,2
<b>Gelir durumu</b>		
2000 TL ve altı	263	65,8
2001-4000 TL arası	114	28,5
4001 TL ve üzeri	23	5,8
<b>Yaşadığı yer</b>		
İstanbul	372	93,0
İstanbul dışı	28	7,0
<b>Sağlık güvencesi</b>		
SGK	367	91,7
Yeşil kart	25	6,3
Özel sigorta	2	0,5
Sosyal güvence yok	6	1,5
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
Kullanıyorum	168	42,0
Kullanmıyorum	187	46,8
Bıraktım	45	11,2
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Kullanıyorum	57	14,3
Kullanmıyorum	317	79,2
Bıraktım	26	6,5
<b>Kronik hastalık varlığı</b>		
Yok	239	59,7
Var	161	40,3
<b>Var olan Kronik hastalık (n=161)*</b>		
Hipertansiyon	77	47,8
Diyabetes mellitus	53	32,9
Kalp hastalığı	18	11,2
Diğer	13	8,1

\*Yüzdeler n'e göre alınmıştır

Bireylerin polikliniğe başvuru nedenleri incelendiğinde; böbrek ile ilgili sorunlardan; ağrı (%6,5) (n=26), taş (%16,8) (n=67), kist (%0,8) (n=3), apse (%0,5) (n=2), tümör (%4) (n=16) ve yan ağrısı (%0,8) (n=3) yaşadıkları belirlendi. Sertleşme ile ilgili ise %1 (n=4)'inin cinsellik, %4 (n=16)'ünün sertleşme problemi yaşadığı saptandı. İdrar ve idrar atılımı ile ilgili sorunlardan; idrarda kan (%12,5) (n=50), sık idrara çıkma (%9,3) (n=37), idrar yapmada zorluk (%9,5) (n=38), idrarda yanma (%9,5) (n=38), enfeksiyon (%1) (n=4) ve üretra darlığı (%2,5) (n=10) yaşadıkları belirlendi. Mesane ile ilgili sorunlarla başvurulara bakıldığında ise %2,25 (n=9)'ünün tümör nedeniyle, %3 (n=12)'ünün ise kontrol amaçlı başvurduğu saptandı. Testis ile ilgili sorunlardan ise %1,75 (n=7)'inin ağrı nedeniyle başvurduğu ve prostat ile ilgili sorunlara bağlı başvurularda da %1 (n=4)'inin PSA takibi, %13,5 (n=54)'inin de prostat nedeniyle başvurduğu belirlendi (Tablo 2).

**Tablo 2. Polikliniğe Başvuru Nedenleri**

	n	%
<b>Böbrek ile ilgili sorunlar</b>		
Ağrı	26	6,5
Taş	67	16,8
Kist	3	0,8
Apse	2	0,5
Tümör	16	4,0
Yan Ağrısı	3	0,8
<b>Toplam</b>	117	29,25
<b>Sertleşme ile ilgili sorunlar</b>		
Cinsellik	4	1,0
Sertleşme	16	4,0
<b>Toplam</b>	20	5,0
<b>İdrar ve idrar atımı ile ilgili sorunlar</b>		
İdrarda kan	50	12,5
Sık idrara çıkma	37	9,3
İdrarda yanma	38	9,5
İdrar yapmada zorluk	38	9,5
Enfeksiyon	4	1,0
Üretra darlığı	10	2,5
<b>Toplam</b>	177	44,25
<b>Mesane ile ilgili sorunlar</b>		
Tümör	9	2,25
Kontrol	12	3
<b>Toplam</b>	21	5,25
<b>Testis ile ilgili sorunlar</b>		
Ağrı	7	1,75
<b>Toplam</b>	7	1,75
<b>Prostat ile ilgili sorunlar</b>		
PSA takibi	4	1,0
Prostat	54	13,5
<b>Toplam</b>	58	14,5

## 4.2. Hastaların Prostat Kanseri Konusunda Bilgi ve Tutumları

Araştırmaya katılan bireylerin prostat kanseri konusundaki tutum ve davranış özellikleri Tablo 3’de yer almaktadır.

Bireylerin %43 (n=172)’ünün prostat kanseri hakkında bilgisinin olduğu, bilgi sahibi olanların bilgiyi %64,5 (n=111)’inin çevresinden, %50,6 (n=87)’sının internetten, %18 (n=31)’inin sağlık personelinin, %13,9 (n=24)’unun basın yayın kuruluşlarından öğrenmiş oldukları belirlendi. Grubun %30,8 (n=123)’inin daha önce prostat şikayeti nedeniyle polikliniğe geldikleri ve %25 (n=100)’ünün prostat muayenesini utandırıcı olduğunu düşündükleri, %16,3 (n=65)’ünün birinci derece akrabasında prostat kanseri olduğunu ve %52,5 (n=210)’ünün prostat kanseri belirtilerini bilmediği saptandı. Yüzde 34 (n=136)’ünün daha önce kanda PSA baktırdığı, PSA baktıran bireylerin %15,8 (n=63)’inin yılda bir kez, %6,7 (n=27)’sinin 2-5 yılda bir, %11,5 (n=46)’inin düzensiz olarak PSA baktırdığı saptandı. Bu bireylerin %41,2 (n=56)’sinin 6 ay önce, %26,5 (n=36)’inin 1 yıl önce ve %32,3 (n=44)’ünün ise 2-5 yıl önce PSA baktırmış oldukları belirlendi. Bireylerin %21,5 (n=86)’inin daha önce rektal muayene olduğu, %78,5 (n=134)’inin rektal muayene olmadığı, rektal muayene olanların %24,4 (n=21)’ünün yılda bir kez, %14 (n=12)’ünün 2-5 yılda bir, %61,6 (n=53)’sının ise doktor istemi doğrultusunda rektal muayene oldukları saptandı (Tablo 3).

**Tablo 3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Prostat Kanseri Konusunda Bilgi ve Tutumları**

Tanıtcı Özellikler	n	%
<b>Prostat kanseri hakkında bilgisi olma</b>		
Var	172	43,0
Yok	228	57,0
<b>Bilgi kaynağı<sup>1</sup> (n=172)</b>		
Çevremdekilerden	111	64,5
İnternetten	87	50,6
Sağlık personelinin	31	18,0
TV/radyo/gazete/dergi vb.	24	13,9
<b>Daha önce prostat şikayeti nedeniyle polikliniğe gelme</b>		
Evet	123	30,8
Hayır	277	69,2
<b>Prostat muayenesinin utandırıcı olduğunu düşünme</b>		
Evet	100	25,0
Hayır	300	75,0
<b>Birinci derece akrabada prostat kanseri öyküsü</b>		
Evet	65	16,3
Hayır	335	83,7
<b>Prostat kanseri belirtilerini bilme</b>		

Evet	64	16,0
Hayır	210	52,5
Yeterli değil	126	31,5
<b>Daha önce kanda PSA baktırma durumu (40-50 yaş arasında)</b>		
Evet	136	34,0
Hayır	264	66,0
<b>PSA baktırma sıklığı (n=136)</b>		
Yılda 1	63	15,8
2-5 yılda bir	27	6,7
Düzensiz	46	11,5
<b>En son PSA baktırdığı süre (n=136)</b>		
6 ay önce	56	41,2
1 yıl önce	36	26,5
2-5 yıl önce	44	32,3
<b>Daha önce rektal muayene olma durumu</b>		
Evet	86	21,5
Hayır	134	78,5
<b>Rektal muayene sıklığı (n=86)</b>		
Yılda bir	21	24,4
2-5 yılda bir	12	14,0
Doktor istemine göre	53	61,6

<sup>1</sup>Birden çok yanıt verilmiştir. Yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerden %80 (n=320)'i prostatın yalnızca erkeklerde bulunduğunu %73,5 (n=294)'i prostatın idrar yolu sisteminin bir parçası olduğunu, %67,8 (n=271)'i prostat kanserinin idrar yapma sorunlarına neden olabileceğini, %54 (n=216)'ü prostatın erkek üreme sisteminin bir parçası olduğunu bildirmişlerdir.

Grubun %84 (n=336)'ü prostatta kanser oluşabileceğini, %49 (n=196)'ü prostat kanserinin yaşlı insanlarda görüldüğünü, %31,5 (n=126)'i genetik olarak geçtiğini ve %46,3 (n=185)'ü birinci derece akrabada prostat kanseri olmasının riski arttırdığını belirtmiştir. Risk faktörleri değerlendirildiğinde; %65,8 (n=263)'i ileri yaşta prostat kanseri riskinin artacağını, %52,8 (n=211)'i sigara içmenin, %30 (n=120)'ü aşırı şişmanlığın prostat kanseri riskini arttırdığını, %39,8 (n=159)'i fiziksel hareketin (yürüyüş, yüzme, bisiklete binme vs.) prostat kanseri riskini düşürdüğünü bildirmişlerdir. “Prostat kanseri yaşlı insanlarda görülür” ifadesine %26,8 (n=107)'i “Prostat kanseri genetik olarak geçer” ifadesini %26 (n=104)'sı hayır olarak belirtmişlerdir (Tablo 4).

**Tablo 4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Prostat ve Prostat Kanserine İlişkin Bilgilerinin Dağılımı**

	Evet		Hayır		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Prostat yalnızca erkeklerde bulunur.	320	80,0	18	4,5	62	15,5
Prostat idrar yolu sisteminin bir parçasıdır.	294	73,5	14	3,5	92	23,0
Prostat kanseri idrar yapma sorunlarına neden olabilir.	271	67,8	12	3,0	117	29,3
Prostat erkek üreme sisteminin bir parçasıdır.	216	54,0	27	6,8	157	39,3
Prostat kanseri böbrek yetmezliğine neden olabilir.	119	29,8	42	10,5	239	59,8
Prostat kanseri oluşabilir.	336	84,0	14	3,5	50	12,5
Prostat kanseri yaşlı insanlarda görülür.	196	49,0	107	26,8	97	24,3
Prostat kanseri genetik olarak geçer.	126	31,5	104	26,0	170	42,5
Birinci derece akrabada prostat kanseri olması riski artırır.	185	46,3	51	12,8	164	41,0
Prostat kanseri tedavi edilebilir.	310	77,5	11	2,8	79	19,8
İleri yaşta prostat kanseri riski artar.	263	65,8	28	7,0	109	27,3
Sigara içmek prostat kanseri riskini artırır.	211	52,8	25	6,3	164	41,0
Fiziksel hareket (yürüyüş, yüzme, bisiklete binme vs.) prostat kanseri riskini düşürür.	159	39,8	25	6,3	216	54,0
Aşırı şişmanlık prostat kanseri riskini artırır.	120	30,0	38	9,5	242	60,5

Araştırmaya katılan bireylerin prostat kanseri hakkındaki bilgi durumlarına göre bireysel özellikleri Tablo 5’de karşılaştırıldı. Prostat kanseri hakkında bilgisi olanların %63,4 (n=109)’ünün 50-59 yaş grubunda olduğu belirlendi. Gruplar homojen dağılmakta olup aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı saptandı (p>0,05).

Prostat kanseri hakkında bilgisi olan bireyler eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında; prostat kanseri hakkında bilgisi olanların %25,6 (n=44)’sının ilkokul, %22,7 (n=39)’sinin ortaokul, %34,9 (n=60)’unun lise, %16,9 (n=29)’unun ise üniversite ve daha yüksek eğitim seviyesinde olduğu belirlendi. Prostat kanseri hakkında bilgisi olmayan bireylerin eğitim durumlarına bakıldığında; %53,9 (n=123)’ünün ilkokul, %19,7 (n=45)’sinin ortaokul, %20,2 (n=46)’sinin lise, %6,1 (n=14)’inin ise üniversite ve daha yüksek eğitim seviyesinde olduğu belirlendi (Tablo



5). Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, ilkokul mezunlarının prostat kanseri konusunda bilgisinin daha az olduğu saptandı ( $p<0,05$ ).

Prostat kanseri hakkında bilgisi olan bireyler çalışma durumlarına göre karşılaştırıldığında; prostat kanseri hakkında bilgisi olanların %56,4 (n=97)'ünün çalışmakta olduğu, %43,6 (n=75)'sinin ise çalışmadığı belirlendi. Prostat kanseri hakkında bilgisi olmayan bireylerin de yarısının (%50) (n=114) çalışıp, yarısının (%50) (n=100) çalışmadığı bulundu. Grupların homojen dağıldığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

Prostat kanseri hakkında bilgisi olan bireyler medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında; prostat kanseri hakkında bilgisi olanların %93 (n=160)'ünün evli, %7 (n=12)'sinin ise bekar/dul olduğu belirlendi. Prostat kanseri hakkında bilgisi olmayan bireylerin ise %91,7 (n=209)'sinin evli, %8,3 (n=19)'ünün ise bekar/dul olduğu saptandı. Grupların homojen dağıldığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ( $p>0,05$ ).

Prostat kanseri hakkında bilgisi olan bireyler gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında; prostat kanseri hakkında bilgisi olanların %53,5 (n=92)'inin, bilgisi olmayanların %75 (n=171)'inin gelirinin 2.000 TL' nin altında olduğu belirlendi. Grupların homojen olarak dağılmadığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, geliri 2000 TL ve altında olanların prostat kanseri hakkında bilgisinin daha az olduğu saptandı ( $p<0,05$ ).

Prostat kanseri hakkında bilgisi olanların %43,9 (n=68)'unun, bilgisi olmayanların %47,7 (n=93)'sinin kronik bir hastalığı olduğu saptandı. Grupların homojen dağıldığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ( $p>0,05$ ).

Prostat kanseri hakkında bilgisi olan bireylerin prostat kanseri belirtilerini bilme durumlarına göre karşılaştırıldığında; prostat kanseri hakkında bilgisi olanların %35,5 (n=61)'inin prostat belirtilerini de bildiği, %18,6 (n=32)'sinin belirtileri bilmediği belirlendi. Prostat kanseri hakkında bilgisi olmayan bireylerin %78,1 (n=178)'inin belirtilerini de bilmediği saptandı. Grupların homojen dağılmadığı ve gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, prostat kanseri hakkında bilgisi olan bireylerin, prostat kanseri belirtilerini daha fazla oranda bildiği saptandı ( $p<0,05$ ).

Prostat kanseri hakkında bilgisi olan bireylerin 40-50 yaşlarında PSA baktırma durumlarına göre karşılaştırıldığında; bilgisi olanların %54,7 (n=94)'sinin 40-50 yaşlarında PSA baktırdığı, %45,3 (n=78)'ünün baktırmadığı saptandı. Prostat kanseri hakkında bilgisi olmayan bireylerin 40-50 yaşlarında PSA baktırma durumları incelendiğinde ise; sadece %18,4 (n=42)'ünün 40-50 yaşlarında PSA baktırdığı, %81,6 (n=186)'inin baktırmadığı görülmüştür. Grupların homojen dağılmadığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, prostat kanseri hakkında bilgisi olmayanların 40-50 yaşlarında PSA baktırmama oranlarının daha fazla olduğu saptandı ( $p<0,05$ ).

Prostat kanseri hakkında bilgisi olan bireylerin rektal muayene öykülerine göre karşılaştırıldığında; prostat kanseri hakkında bilgisi olanların %35,5 (n=61)'inin rektal muayene olduğu, %64,5 (n=111)'inin olmadığı, bilgisi olmayan bireylerin ise; %11 (n=25)'inin rektal muayene yaptırmış olduğu, %89 (n=203)'unun ise yaptırmadığı saptandı. Gruplar homojen dağılmadığı ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, prostat kanseri hakkında bilgisi olmayanların rektal muayene yaptırmama oranlarının daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).

Prostat kanseri hakkında bilgisi olan bireylerin rektal muayeneden utanma durumlarına göre karşılaştırıldığında; bilgisi olanların %17,4 (n=30)'ünün rektal muayeneden utandığı, %82,6 (n=142)'sının utanmadığı, prostat kanseri hakkında bilgisi olmayan bireylerin ise %30,7 (n=70)'sinin rektal muayeneden utandığı, %69,3 (n=158)'ünün utanmadığı belirlendi. Grupların homojen dağılmadığı, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, prostat kanseri hakkında bilgisi olmayanların rektal muayeneden utanma oranının daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ).

Prostat kanseri hakkında bilgisi olan bireylerin akrabalarındaki prostat kanseri öyküsü olup olmadığına göre karşılaştırıldığında; prostat kanseri hakkında bilgisi olanların %20,9 (n=36)'unun akrabasında prostat kanseri öyküsü olduğu, %79,1 (n=136)'inin akrabasında prostat CA olmadığı saptandı. Prostat kanseri hakkında bilgisi olmayan bireylerin %12,7 (n=29)'sinin akrabasında prostat kanseri öyküsü olduğu, %87,3 (n=199)'ünün akrabasında olmadığı tespit edilmiştir. Grupların homojen

dağılmadığı ve arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, akrabasında prostat kanseri olanların bilgilerinin daha fazla oranda olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ) (Tablo 5).

**Tablo 5. Araştırmaya katılan bireylerin prostat kanseri hakkında bilgi durumları ile bireysel özelliklerinin ve tutumlarının karşılaştırılması**

	Prostat kanseri hakkında bilgi durumu					
	Bilgisi var		Bilgisi yok		Test	p
Yaş	n	%	n	%		
50-59 yaş	109	63,4	135	59,2	1,307	0,520
60-69 yaş	52	30,2	72	31,6		
70 yaş ve üzeri	11	6,4	21	9,2		
<b>Eğitim durumu</b>						
İlkokul	44	25,6	123	53,9	40,164	0,000*
Ortaokul	39	22,7	45	19,7		
Lise mezunu	60	34,9	46	20,2		
Üniversite ve üzeri	29	16,9	14	6,1		
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışıyor	97	56,4	114	50,0	-	0,225
Çalışmıyor	75	43,6	114	50,0		
<b>Medeni durum</b>						
Evli	160	93,0	209	91,7	-	0,707
Bekar /Dul	12	7,0	19	8,3		
<b>Gelir durumu</b>						
2000 TL altı	92	53,5	171	75,0	22,862	0,000*
2001-4000 TL arası	63	36,6	51	22,4		
4001 TL ve üzeri	17	9,9	6	2,6		
<b>Kronik hastalığı olma</b>						
Var	68	43,9	93	47,7	-	0,518
Yok	87	56,1	102	52,3		
<b>Prostat muayenesi</b>						
Olan	84	48,8	39	17,1	46,359	0,000*
Olmayan	88	51,2	189	82,9		
<b>Prostat CA belirtilerini bilme</b>						
Biliyor	61	35,5	3	1,3	157,440	0,000*
Bilmiyor	32	18,6	178	78,1		
Yetersiz	79	45,9	47	20,6		
<b>40-50 yaşlarında PSA baktırma</b>						
Baktıran	94	54,7	42	18,4	57,348	0,000*
Baktırmayan	78	45,3	186	81,6		
<b>Rektal muayene öyküsü</b>						
Var	61	35,5	25	11,0	34,869	0,000*
Yok	111	64,5	203	89,0		
<b>Rektal muayeneden utanma</b>						
Evet	30	17,4	70	30,7	9,194	0,002*
Hayır	142	82,6	158	69,3		
<b>Akrabada prostat ca öyküsü</b>						
Var	36	20,9	29	12,7	4,857	0,028*
Yok	136	79,1	199	87,3		

*Pearson ki kare testi, Fisher exact test, \**

Araştırmaya katılan bireylerin prostat muayenesini utandırıcı bulma durumlarına göre bireysel özellikleri Tablo 6'da karşılaştırıldı. Prostat muayenesini utandırıcı bulan bireylerin %64 (n=64)'ünün 50-59 yaş grubunda, %32 (n=32)'sinin 60-69 yaş grubunda, prostat muayenesini utandırıcı bulmayan bireylerinin %60 (n=180)'ının 50-59 yaş grubunda, %30,7 (n=92)'sinin 60-69 yaş grubunda olduğu belirlendi. Grupların homojen dağılmadığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Prostat muayenesini utandırıcı bulan bireyler eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında; prostat muayenesini utandırıcı bulanların %43 (n=43)'ünün ilkokul, %21 (n=21)'inin ortaokul, %26 (n=26)'sının lise mezunu, %10 (n=10)'unun ise üniversite ve daha yüksek eğitim seviyesinde olduğu bulundu. Prostat muayenesini utandırıcı bulmayan bireylerin eğitim durumlarına bakıldığında; %41,3 (n=124)'ünün ilkokul, %21 (n=63)'inin ortaokul, %26,7 (n=80)'sinin lise mezunu, %11 (n=33)'inin ise üniversite ve daha yüksek eğitim seviyesinde olduğu saptandı. Grupların homojen dağılmakta olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

Prostat muayenesini utandırıcı bulan bireyler çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında; %66 (n=66)'sının çalışmakta olduğu, %34 (n=34)'ünün çalışmadığı bulundu. Prostat muayenesini utandırıcı bulmayan bireylerin %48,3 (n=145)'ünün çalıştığı, %51,7 (n=155)'sinin çalışmadığı saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ( $p<0,05$ ).

Prostat muayenesini utandırıcı bulan bireylerin %93 (n=93)'ünün, prostat muayenesini utandırıcı bulmayan bireylerin %92 (n=276)'sinin evli olduğu saptandı. Grupların homojen dağıldığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

Prostat muayenesini utandırıcı bulan bireyler gelir durumuna göre karşılaştırıldığında; prostat muayenesini utandırıcı bulan bireylerin %69 (n=69)'unun, prostat muayenesini utandırıcı bulmayan bireylerin %64,7 (n=194)'sinin aylık gelirinin 2.000 TL ve altında olduğu belirlendi. Grupların homojen dağılmakta olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu. ( $p>0,05$ ).

Prostat muayenesini utandırıcı bulan bireylerin kronik hastalığı olma durumuna göre karşılaştırıldığında; prostat muayenesini utandırıcı bulan bireylerin %45 (n=45)'inin, prostat muayenesini utandırıcı bulmayan bireylerin %38,7 (n=116)'sinin kronik bir hastalığı olduğu bulundu. Grupların homojen dağıldığı aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

Prostat muayenesini utandırıcı bulma durumuna göre bireylerin 40-50 yaşlarında PSA baktırma durumu karşılaştırıldığında; prostat muayenesini utandırıcı bulanların %26 (n=26)'sının, prostat muayenesini utandırıcı bulmayan bireylerin %36,7 (n=110)'sinin 40-50 yaşlarında PSA baktırdığı belirlendi. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, prostat muayenesini utandırıcı bulan bireylerin 40-50 yaşlarında PSA testi yaptırma oranı düşük saptandı ( $p<0,05$ ).

Prostat muayenesini utandırıcı bulan bireyler rektal muayene öykülerine göre karşılaştırıldığında; prostat muayenesini utandırıcı bulanlar bireylerden %15 (n=15)'inin, prostat muayenesini utandırıcı bulmayan bireylerin ise %23,7 (n=71)'sinin daha önce rektal muayene olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Prostat muayenesini utandırıcı bulan bireylerin akrabalarında prostat kanseri öyküsü olma durumuna göre karşılaştırıldığında; prostat muayenesini utandırıcı bulan bireylerin %21 (n=21)'inin, prostat muayenesini utandırıcı bulmayan bireylerin ise %14,7 (n=44)'sinin akrabasında prostat kanseri olduğu belirlendi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6. Araştırmaya katılan bireylerin prostat muayenesini utandırıcı bulma durumları ile bazı bireysel değişkenlerin karşılaştırılması**

	Prostat muayenesini utandırıcı bulma					
	Evet		Hayır		Test	p
Yaş	n	%	n	%		
50-59 yaş	64	64,0	180	60,0	2,906	0,234
60-69 yaş	32	32,0	92	30,7		
70 yaş ve üzeri	4	4,0	28	9,3		
<b>Eğitim durumu</b>						
İlkokul	43	43,0	124	41,3	1,955	0,744
Ortaokul	21	21,0	63	21,0		
Lise mezunu	26	26,0	80	26,7		
Üniversite ve üzeri	10	10,0	33	11,0		
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışıyor	66	66,0	145	48,3	9,392	0,002*
Çalışmıyor	34	34,0	155	51,7		
<b>Medeni durum</b>						
Evli	93	93,0	276	92,0	0,105	0,746
Bekar /Dul	7	7,0	24	8,0		
<b>Gelir durumu</b>						
2000 tl altı	69	69,0	194	64,7	0,802	0,670
2001-4000 tl arası	25	25,0	89	29,7		
4001 tl ve üzeri	6	6,0	17	5,7		
<b>Kronik hastalığı olma</b>						
Var	45	45,0	116	38,7	1,251	0,263
Yok	55	55,0	184	61,3		
<b>40-50 yaşlarında PSA baktırma</b>						
Baktıran	26	26,0	110	36,7	3,803	0,051*
Baktırmayan	74	74,0	190	63,3		
<b>Rektal muayene öyküsü</b>						
Var	15	15,0	71	23,7	3,338	0,068
Yok	85	85,0	229	76,3		
<b>Akrabada prostat ca öyküsü</b>						
Var	21	21,0	44	14,7	2,210	0,137
Yok	79	79,0	256	85,3		

*Pearson ki kare testi, Fisherexact test, \*p<0,05*

#### 4.3. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Araştırmaya katılan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması 126,57±23,11 olup ölçekten en düşük 76, en yüksek 202 puan aldıkları belirlendi.

Manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 24,92± 4,98; sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 21,68± 4,93; fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 15,49±

5,23; beslenme alt boyut puan ortalaması  $21,27 \pm 4,31$ ; kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması  $24,51 \pm 4,66$  ve stres yönetimi alt boyut puan ortalaması ise  $18,67 \pm 4,17$  olarak bulundu (Tablo 7).

**Tablo 7. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları**

	$\bar{X}$	Ss	Min.	Maks.
Manevi gelişim	24,92	4,98	11	36
Sağlık sorumluluğu	21,68	4,93	9	36
Fiziksel aktivite	15,49	5,23	8	32
Beslenme	21,27	4,31	12	45
Kişilerarası ilişkiler	24,51	4,66	12	36
Stres yönetimi	18,67	4,17	9	32
<b>Toplam SYBDÖ</b>	<b>126,57</b>	<b>23,11</b>	<b>76</b>	<b>202</b>

Araştırmaya katılan bireylerin SYBDÖ maddelerine vermiş olduğu cevapların dağılımı Tablo 8’de yer almaktadır. Maddelerin puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek “İlahi bir gücün varlığına inanırım” (Madde 48, ort.  $3,33 \pm 0,76$ ), “İnsanları başarıları için takdir ederim” (Madde 7; ort.  $2,99 \pm 0,75$ ), “Kahvaltı yaparım” (Madde 50; ort.  $2,97 \pm 0,89$ ), “Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım” (Madde 12; ort.  $2,92 \pm 0,88$ ), “İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm” (Madde 13, ort.  $2,91 \pm 0,85$ ) ifadelerinin olduğu belirlendi.

En düşük madde puan ortalamalarının ise “Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım” (Madde 28. Ort.  $1,69 \pm 0,80$ ), “Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteleri yaparım” (Madde 22. Ort.  $1,74 \pm 0,82$ ), “Düzenli bir egzersiz programı yaparım” (Madde 4. ort.  $1,83 \pm 0,85$ ), “Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.” (Madde 14. ort.  $1,93 \pm 0,75$ ), “Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)” (Madde 10. ort.  $2,02 \pm 0,94$ ) ifadelerinin olduğu belirlendi (Tablo 8).

**Tablo 8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine Verilen Puanların Dağılımı**

	Hiçbir zaman		Bazen		Sık sık		Her zaman		Ort±ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>SYBDÖ maddeleri</b>									
1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.	30	7,5	237	59,3	90	22,5	43	10,8	2,36±0,77
2. Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	53	13,3	235	58,8	63	15,8	49	12,3	2,27±0,84
3. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.	27	6,8	167	41,8	112	28,0	94	23,5	2,68±0,90
4. Düzenli bir egzersiz programı yaparım.	157	39,3	181	45,3	34	8,5	28	7,0	1,83±0,85
5. Yeterince uyurum.	19	4,8	179	44,8	93	23,3	109	27,3	2,73±0,91
6. Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.	26	6,5	195	48,8	105	26,3	74	18,5	2,56±0,86
7. İnsanları başarıları için takdir ederim.	8	2,0	92	23,0	195	48,8	105	26,3	2,99±0,75
8. Şekeri ve tatluyu kısıtlarım.	56	14,0	188	47,0	84	21,0	72	18,0	2,43±0,94
9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.	70	17,5	198	49,5	77	19,3	55	13,8	2,29±0,91
10. Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).	132	33,0	166	41,5	62	15,5	40	10,0	2,02±0,94
11. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.	56	14,0	213	53,3	71	17,8	60	15,0	2,33±0,89
12. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.	18	4,5	121	30,3	137	34,3	124	31,0	2,92±0,88
13. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.	13	3,3	125	31,3	147	36,8	115	28,8	2,91±0,85
14. Her gün 6-11 öğün ekme, tahıl, pirinç ve makarna yerim.	109	27,3	227	56,8	45	11,3	19	4,8	1,93±0,75
15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.	26	6,5	149	37,3	158	39,5	67	16,8	2,66±0,83
16. Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm.	94	23,5	175	43,8	76	19,0	55	13,8	2,23±0,96
17. Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	28	7,0	220	55,0	91	22,8	61	15,3	2,46±0,83
18. Geleceğe umutla bakarım.	15	3,8	137	34,3	137	34,3	111	27,8	2,86±0,86
19. Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	10	2,5	161	40,3	151	37,8	78	19,5	2,74±0,79
20. Her gün 2-4 öğün meyve yerim.	30	7,5	209	52,3	114	28,5	47	11,8	2,44±0,84
21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	44	11,0	184	46,0	123	30,8	49	12,3	2,44±0,84
22. Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteleri yaparım.	184	46,0	153	38,3	45	11,3	18	4,5	1,74±0,82
23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	31	7,8	220	55,0	96	24,0	53	13,3	2,42±0,81
24. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim.	12	3,0	149	37,3	138	34,5	101	25,3	2,82±0,84
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	12	3,0	121	30,3	161	40,3	106	26,5	2,90±0,82
26. Her gün 3-5 öğün sebze yerim.	41	10,3	246	61,5	77	19,3	36	9,0	2,27±0,76
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.	21	5,3	153	38,3	146	36,5	80	20,0	2,71±0,94



28. Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	193	48,3	155	38,8	34	8,5	18	4,5	1,69±0,80
29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemler kullanırım.	69	17,3	231	57,8	65	16,3	35	8,8	2,16±0,81
30. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	25	6,3	174	43,5	115	28,8	86	21,5	2,65±0,88
31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.	11	2,8	134	33,5	158	39,5	97	24,3	2,85±0,81
32. Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.	24	6,0	207	51,8	110	27,5	58	14,5	2,56±1,34
33. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.	73	18,3	208	52,0	80	20,0	39	9,8	2,21±0,85
34. Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).	97	24,3	179	44,8	65	16,3	59	14,8	2,21±0,97
35. İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	40	10,0	239	59,8	79	19,8	42	10,5	2,30±0,79
36. Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	65	16,3	232	58,0	76	19,0	27	6,8	2,16±0,77
37. Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.	34	8,5	201	50,3	117	29,3	48	12,0	2,44±0,81
38. Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.	56	14,0	238	59,5	71	17,8	35	8,8	2,21±0,78
39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.	52	13,0	172	43,0	124	31,0	52	13,0	2,44±0,87
40. Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.	150	37,5	156	39,0	60	15,0	34	8,5	1,94±0,92
41. Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	143	35,8	173	43,3	53	13,3	31	7,8	1,93±0,89
42. Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	25	6,3	152	38,0	124	31,0	99	24,8	2,74±0,90
43. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	26	6,5	201	50,3	118	29,5	55	13,8	2,50±0,81
44. Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	122	30,5	147	36,8	71	17,8	60	15,0	2,17±1,02
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.	195	48,8	140	35,0	46	11,5	19	4,8	1,72±0,84
46. Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.	177	44,3	146	36,5	52	13,0	25	6,3	1,81±0,88
47. Yorulmaktan kendimi korurum.	51	12,8	218	54,5	84	21,0	47	11,8	2,31±0,84
48. İlahi bir gücün varlığına inanırım.	9	2,3	45	11,3	148	37,0	198	49,5	3,33±0,76
49. Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	17	4,3	139	34,8	153	38,3	91	22,8	2,80±0,83
50. Kahvaltı yaparım.	15	3,8	118	29,5	128	32,0	139	34,8	2,97±0,89
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.	39	9,8	181	45,3	116	29,0	64	16,0	2,51±0,87
52. Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.	12	3,0	150	37,5	118	29,5	120	30,0	2,86±0,88

#### 4.4. Hastaların Bireysel Özellikleri, Prostat Kanseri Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri ile SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 9'da verildi. Araştırmaya katılan bireylerin SYBDÖ toplam puanı ortalaması ile yaş grupları karşılaştırıldığında; SYBDÖ toplam puanı 50-59 yaşta  $124,76 \pm 22,86$ , 60-69 yaşta  $128,90 \pm 22,59$ , 70 yaş ve üzerinde  $131,28 \pm 26,14$  olarak belirlendi. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ).

Araştırmaya katılan bireylerin BKİ ile SYBDÖ toplam puanı ortalamaları karşılaştırıldığında; normal BKİ olan bireylerin SYBDÖ toplam puanı  $128,18 \pm 24,31$ , hafif kilolu olanların  $126,54 \pm 22,20$ , kilolu bireylerin ise  $124,47 \pm 24,05$  olarak bulundu. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ).

Bireylerin SYBDÖ toplam puanı ortalaması ile eğitim durumları karşılaştırıldığında; SYBDÖ toplam puanları ilkokul mezunlarında  $122,75 \pm 22,60$ , ortaokul mezunlarında  $125,77 \pm 25,24$ , lise mezunlarında  $130,36 \pm 21,78$ , üniversite mezunlarında ise  $132,23 \pm 21,56$  olarak belirlendi. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığı Tukey testi ile incelenmiş olup üniversite mezunlarının puanlarının ilkokul mezunlarına göre yüksek olduğu ve farkın bu gruptan kaynaklandığı belirlendi.

Araştırmaya katılan bireylerin SYBDÖ toplam puanı ortalaması ile medeni durumları karşılaştırıldığında; evli olan bireylerin SYBDÖ toplam puanı  $126,12 \pm 22,47$ , bekar/dul olanların ise  $132,13 \pm 29,80$  olarak belirlendi. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ).

Bireylerin SYBDÖ toplam puanı ortalaması ile çalışma durumları karşılaştırıldığında; SYBDÖ toplam puanı çalışan bireylerin  $125,30 \pm 22,69$ , çalışmayanların bireylerin ise  $127,98 \pm 23,55$  olarak saptandı. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ).

Bireylerin SYBDÖ toplam puanı ortalaması ile gelir durumları karşılaştırıldığında; SYBDÖ toplam puanı aylık geliri 2.000 TL ve altı olan bireylerin  $124,23 \pm 23,65$ , geliri 2.001-4.000 TL arasında olanların  $129,26 \pm 20,83$ , geliri 4.001 TL

ve üzeri olanların  $140,04 \pm 22,43$  olarak belirlendi. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p < 0,05$ ) saptandı. Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığı Tukey testi ile incelenmiş olup gelir durumu 4001 TL ve üzeri olanların puanlarının 2000 TL ve altında olanlara göre yüksek olduğu ve farkın bu gruptan kaynaklandığı belirlendi.

SYBDÖ toplam puanı ortalaması ile sigara kullanım durumları karşılaştırıldığında; SYBDÖ toplam puanı sigara kullananların  $123,50 \pm 20,44$ , kullanmayanların  $129,35 \pm 24,79$ , sigarayı bırakanların ise  $126,37 \pm 24,28$  olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ).

SYBDÖ toplam puanı ortalaması ile alkol kullanım durumları karşılaştırıldığında; SYBDÖ toplam puanı alkol kullananların  $124,41 \pm 21,41$ , kullanmayanların  $127,07 \pm 23,18$ , alkölü bırakanların ise  $125,15 \pm 26,28$  olarak saptandı. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ).

Araştırmaya katılan bireylerin SYBDÖ toplam puanı ortalaması ile kronik hastalığı olma durumları karşılaştırıldığında; SYBDÖ toplam puanı kronik hastalığı olanların  $128,71 \pm 24,51$ , kronik hastalığı olmayanların  $121,98 \pm 16,32$  olarak bulundu. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9. Araştırmaya katılan bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalamasının sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırılması**

	$\bar{X}$	Ss	t/F	p
<b>Yaş</b>				
50-59 yaş	124,76	22,86	2,047	0,130
60-69 yaş	128,90	22,59		
70 yaş ve üzeri	131,28	26,14		
<b>Beden Kitle İndeksi (BKİ)</b>				
Normal (18,5-24,9)	128,18	24,31	0,562	0,570
Hafif kilolu (25-29,9)	126,54	22,20		
Kilolu şişman (30 ve üzeri)	124,47	24,05		
<b>Eğitim durumu</b>				
İlkokul	122,75	22,60	2,656	<b>0,032*</b> ( $4 > 1$ )
Ortaokul	125,77	25,24		
Lise	130,36	21,78		
Üniversite	132,23	21,56		
<b>Medeni durum</b>				
Evli	126,12	22,47	-1,080	0,288
Bekar /dul	132,13	29,80		

<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışan	125,30	22,69		
Çalışmayan	127,98	23,55	-1,157	0,248
<b>Gelir durumu</b>				
2000 TL altı	124,23	23,65		
2001-4000 TL arası	129,26	20,83	6,168	<b>0,002*</b> (3>1)
4001 TL ve üzeri	140,04	22,43		
<b>Sigara kullanma</b>				
Kullanan	123,50	20,44		
Kullanmayan	129,35	24,79	2,852	0,059
Bırakan	126,37	24,28		
<b>Alkol kullanma</b>				
Kullanan	124,41	21,41		
Kullanmayan	127,07	23,18	0,367	0,693
Bırakan	125,15	26,28		
<b>Kronik hastalık</b>				
Var	128,71	24,51		
Yok	121,98	16,32	1,871	0,064

*t= Independent t testi, F= Varyans analizi (ANOVA), \*p<0,05*

Prostat kanserine karşı tutum ve davranışlarına ilişkin araştırmaya katılan bireylerin SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 10'da yer almaktadır. Prostat kanseri hakkında bilgisi olan bireylerin SYBDÖ toplam puanı  $134,72 \pm 23,72$ , bilgisi olmayanların  $120,40 \pm 20,64$  olarak belirlendi. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu; prostat kanseri hakkında bilgisi olanların SYBDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ).

SYBDÖ toplam puanı ortalaması ile akrabada prostat kanseri olma durumları karşılaştırıldığında; akrabalarından herhangi birinde prostat kanseri olan bireylerin SYBDÖ toplam puanı  $122,73 \pm 19,77$ , olmayanların  $127,32 \pm 23,66$  olarak belirlendi. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ).

SYBDÖ toplam puanı ortalaması ile prostat kanseri belirtilerini bilme durumları karşılaştırıldığında; prostat kanseri belirtilerini bilen bireylerin SYBDÖ toplam puanı  $138,06 \pm 28,27$ , bilmeyenlerin  $122,00 \pm 21,39$ , bilgisinin yeterli olmadığını bildirenlerin ise  $128,32 \pm 20,75$  olarak belirlendi. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, Yapılan Tukey testi sonucunda da ( $1 > 3 > 2$ ) prostat kanseri bilgisi olanların puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi ( $p < 0,01$ ).

SYBDÖ toplam puanı ortalaması ile 40-50 yaşlarında PSA baktırma durumları karşılaştırıldığında; 40-50 yaşlarında PSA baktıran bireylerin SYBDÖ toplam puanı

135,42±25,12, baktırmayanların 122,04±20,64 olarak belirlendi. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0,05$ ).

SYBDÖ toplam puanı ortalaması ile rektal muayene öyküleri karşılaştırıldığında; rektal muayene olan bireylerin SYBDÖ toplam puanı 136,66±22,40, olmayanların 123,80±22,56 olarak saptandı. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, daha önce rektal muayene yaptıranların ortalama puanlarının yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 10).

**Tablo 10. Araştırmaya katılan bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalaması ile prostat kanserine karşı tutum ve davranışlarına ilişkin bilgilerin karşılaştırılması**

	$\bar{x} \pm ss$	t/KW	p
<b>Prostat kanseri hakkında bilgisi</b>			
Var	134,72±23,72	6,431	0,000 <sup>1</sup>
Yok	120,40±20,64		
<b>Akrabada prostat kanseri olma</b>			
Var	122,73±19,77	-1,464	0,144
Yok	127,32±23,66		
<b>Prostat CA belirtilerini bilme</b>			
Biliyor	138,06±28,27	13,109	0,000 <sup>2</sup> (1>3>2)
Bilmiyor	122,00±21,39		
Yeterli değil	128,32±20,75		
<b>40-50 yaşlarında PSA baktırma</b>			
Baktıran	135,42±25,12	5,332	0,000 <sup>1</sup>
Baktırmayan	122,04±20,64		
<b>Rektal muayene öyküsü</b>			
Var	136,66±22,40	4,689	0,000 <sup>1</sup>
Yok	123,80±22,56		

<sup>1</sup>t= Independent t testi, <sup>2</sup>KW=Kruskal Wallis testi,  $p<0,001$

Araştırmaya katılan bireylerin yaş grupları ile SYBDÖ alt boyut puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 11’de verildi. Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları ile bireylerin yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p>0,05$ ), beslenme alt boyut puan ortalamasının ise 70 yaş ve üzerindeki bireylerde (22,62±6,14), 50-59 yaş grubundan (20,86±4,11) daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. ( $p<0,05$ ). Stres yönetimi alt boyutu incelendiğinde; yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Farkın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında; 70 yaş ve üzerindeki

bireylerin stres yönetimi puanının (19.90±4.18), 50-59 yaştaki (18.20±4.11) bireylerin puanından daha yüksek olduğu ve farkın bu gruptan kaynaklandığı belirlendi (p<0,05) (Tablo 11).

**Tablo 11. Bireylerin yaş grupları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması**

	Değişken	$\bar{X}$	Ss	F	p
Sağlık sorumluluğu	50-59 yaş <sup>1</sup>	21,46	4,83	0,829	0,437
	60-69 yaş <sup>2</sup>	21,89	4,01		
	70 yaş ve üzeri <sup>3</sup>	22,53	4,42		
Fiziksel aktivite	50-59 yaş <sup>1</sup>	15,24	5,13	0,707	0,494
	60-69 yaş <sup>2</sup>	15,88	5,23		
	70 yaş ve üzeri <sup>3</sup>	15,87	5,99		
Beslenme	50-59 yaş <sup>1</sup>	20,86	4,11	3,385	0,035* 3>1
	60-69 yaş <sup>2</sup>	21,72	4,05		
	70 yaş ve üzeri <sup>3</sup>	22,62	6,14		
Manevi gelişim	50-59 yaş <sup>1</sup>	24,70	5,05	0,648	0,524
	60-69 yaş <sup>2</sup>	25,29	4,76		
	70 yaş ve üzeri <sup>3</sup>	25,21	5,35		
Kişilerarası ilişkiler	50-59 yaş <sup>1</sup>	24,28	4,78	,793	0,453
	60-69 yaş <sup>2</sup>	24,79	4,22		
	70 yaş ve üzeri <sup>3</sup>	25,12	5,33		
Stres yönetimi	50-59 yaş <sup>1</sup>	18,20	4,11	4,42	0,013* 3>1
	60-69 yaş <sup>2</sup>	19,29	4,17		
	70 yaş ve üzeri <sup>3</sup>	19,90	4,18		

Araştırmaya katılan bireylerin öğrenim durumları ile SYBDÖ alt boyut puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 12’de verildi. Sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ile bireylerin öğrenim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (p>0,05).

Fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması ile öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında üniversite mezunlarının (17.34±4.93), ilkökul mezunlarına (14.76±5.06) göre fiziksel aktivite puan ortalamasının olarak daha yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

Manevi gelişim alt boyut puan ile öğrenim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Gruplar arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında üniversite (26.95±4.71) ve lise mezunlarının (25.85±4.13) ilkokul mezunlarına (23.75±5.06) göre manevi gelişim puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,05).

Kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ile öğrenim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında lise mezunlarının (25.32±4.21), ilkokul mezunlarına (23.68±4.60) göre kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulundu (p<0,05) (Tablo 12).

**Tablo 12. Bireylerin Öğrenim Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması**

	Değişken	$\bar{X}$	Ss	F	p
Sağlık sorumluluğu	İlkokul	21,48	5,02	0,151	0,963
	Ortaokul	21,88	5,15		
	Lise mezunu	21,83	4,79		
	Üniversite ve üzeri	21,76	4,63		
Fiziksel aktivite	İlkokul <sup>1</sup>	14,76	5,06	2,766	<b>,027*</b> (4>1)
	Ortaokul <sup>2</sup>	15,09	5,60		
	Lise mezunu <sup>3</sup>	16,10	5,14		
	Üniversite ve üzeri <sup>4</sup>	17,34	4,93		
Beslenme	İlkokul <sup>1</sup>	20,95	4,57	1,452	0,216
	Ortaokul <sup>2</sup>	20,86	4,54		
	Lise mezunu <sup>3</sup>	22,12	3,81		
	Üniversite ve üzeri <sup>4</sup>	21,16	3,88		
Manevi gelişim	İlkokul <sup>1</sup>	23,75	5,06	5,268	<b>,000*</b> (4>1) (3>1)
	Ortaokul <sup>2</sup>	24,89	5,45		
	Lise mezunu <sup>3</sup>	25,85	4,13		
	Üniversite ve üzeri <sup>4</sup>	26,95	4,71		
Kişilerarası ilişkiler	İlkokul <sup>1</sup>	23,68	4,60	3,116	<b>0,015*</b> (3>1)
	Ortaokul <sup>2</sup>	24,40	5,03		
	Lise mezunu <sup>3</sup>	25,32	4,21		
	Üniversite ve üzeri <sup>4</sup>	25,51	4,72		
Stres yönetimi	İlkokul <sup>1</sup>	18,12	4,12	1,773	0,133
	Ortaokul <sup>2</sup>	18,63	4,58		
	Lise mezunu <sup>3</sup>	19,13	3,95		
	Üniversite ve üzeri <sup>4</sup>	19,48	3,71		

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumları ile SYBDÖ alt boyut puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 13'de verildi. Sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları ile bireylerin medeni durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (p>0,05).

Fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması ile medeni durumu arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi. Evli olan bireylerin bekar/dul olanlara göre fiziksel aktivite puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptandı ( $p<0,05$ ).

Stres yönetimi alt boyut puan ortalaması ile medeni durumu arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı. Evli olan bireylerin bekar/dul olanlara göre stres yönetimi puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 13).

**Tablo 13. Bireylerin Medeni Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması**

	Değişken	$\bar{X}$	Ss	t	p
Sağlık sorumluluğu	Evli	21,66	4,84	-0,216	,796
	Bekar/Dul	21,90	6,01		
Fiziksel aktivite	Evli	15,26	5,13	-3,055	<b>0,002*</b>
	Bekar/Dul	18,22	5,75		
Beslenme	Evli	21,31	4,26	0,626	0,532
	Bekar/Dul	20,80	4,87		
Manevi gelişim	Evli	24,88	4,88	-0,571	0,568
	Bekar/Dul	25,41	6,17		
Kişilerarası ilişkiler	Evli	24,45	4,57	-0,88	0,376
	Bekar/Dul	25,22	5,69		
Stres yönetimi	Evli	18,54	4,11	-2,251	<b>0,025*</b>
	Bekar/Dul	20,29	4,57		

Araştırmaya katılan bireylerin çalışma durumları ile SYBDÖ alt boyut puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 14’de verildi. Bireylerin çalışma durumları ile alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; bireylerin çalışma durumları ile SYBDÖ’nün beslenme alt boyutu dışında diğer alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ( $p>0,05$ ). Çalışan bireylerin beslenme alt boyut puan ortalaması  $20,87\pm 3,94$ ; çalışmayan bireylerin ise  $21,71\pm 4,65$  olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 14).



**Tablo 14. Bireylerin Çalışma durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması**

	Değişken	$\bar{X}$	Ss	t	P
Sağlık sorumluluğu	Çalışıyor	21,23	4,82	-1,914	0,06
	Çalışmıyor	22,17	5,02		
Fiziksel aktivite	Çalışıyor	15,54	5,18	0,221	0,825
	Çalışmıyor	15,43	5,30		
Beslenme	Çalışıyor	20,87	3,94	-1,968	<b>0,05*</b>
	Çalışmıyor	21,71	4,65		
Manevi gelişim	Çalışıyor	24,94	5,00	0,066	0,947
	Çalışmıyor	24,91	4,98		
Kişilerarası ilişkiler	Çalışıyor	24,22	4,70	-1,292	0,197
	Çalışmıyor	24,83	4,61		
Stres yönetimi	Çalışıyor	18,46	4,14	-1,055	0,292
	Çalışmıyor	18,91	4,20		

Araştırmaya katılan bireylerin gelir durumları ile SYBDÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 15’de verildi. Bireylerin sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyut puan ortalamaları ile çalışma durumları arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması ile gelir durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Farkın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında 4001 TL ve üzeri geliri olan bireylerin ( $18.21\pm 4.90$ ) fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının 2001-4000 TL geliri olan ( $16.28\pm 4.89$ ) ve 2000 TL ve altı geliri olanlardan ( $14.91\pm 5.30$ ) daha yüksek olduğu, 2001-4000 TL geliri olanların da 2000 TL ve altı geliri olanlardan daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).

Manevi gelişim alt boyut puan ortalaması ile gelir durumu incelendiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Farkın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında 4001 TL ve üzeri geliri olan bireylerin manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarının ( $29.13\pm 4.95$ ), 2001-4000 TL arasında ( $25.60\pm 4.33$ ) ve 2000 TL altında geliri olanlardan ( $24.26\pm 5.05$ ) daha yüksek olduğu, 2001-4000 TL geliri olanların da 2000 TL ve altı geliri olanlardan daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ).

Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması ile gelir durumu incelendiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Farkın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamasının 4001 TL ve üzeri geliri olan bireylerin ( $27.56 \pm 4.74$ ), 2001-4000 TL arasında geliri olanlardan ( $24.82 \pm 4.16$ ) ve 2000 TL ve altı geliri olanlardan ( $24.11 \pm 4.77$ ) daha yüksek olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ).

Stres yönetimi alt boyut puan ortalaması ile gelir durumu incelendiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Farkın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında stres yönetimi alt boyut puan ortalamasının 2001-4000 TL geliri olan bireylerin ( $19.37 \pm 3.79$ ) 2000 TL ve altında geliri olanlara ( $18.23 \pm 4.27$ ) göre daha yüksek olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ) (Tablo 15).

**Tablo 15. Bireylerin Gelir durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması**

	Değişken	$\bar{X}$	Ss	F	p	Fark
Sağlık sorumluluğu	2000 TL ve altı <sup>1</sup>	21,68	4,97	0,926	0,397	
	2001-4000 TL <sup>2</sup>	21,42	4,77			
	4001 TL ve üzeri <sup>3</sup>	22,95	5,20			
Fiziksel aktivite	2000 TL ve altı <sup>1</sup>	14,91	5,30	6,153	<b>0,002*</b>	3>2>1
	2001-4000 TL <sup>2</sup>	16,28	4,89			
	4001 TL ve üzeri <sup>3</sup>	18,21	4,90			
Beslenme	2000 TL ve altı <sup>1</sup>	21,02	4,41	1,319	0,269	
	2001-4000 TL <sup>2</sup>	21,71	4,10			
	4001 TL ve üzeri <sup>3</sup>	21,95	4,16			
Manevi gelişim	2000 TL ve altı <sup>1</sup>	24,26	5,05	12,175	<b>0,000*</b>	3>2>1
	2001-4000 TL <sup>2</sup>	25,60	4,33			
	4001 TL ve üzeri <sup>3</sup>	29,13	4,95			
Kişilerarası ilişkiler	2000 TL ve altı <sup>1</sup>	24,11	4,77	6,318	<b>0,002*</b>	3>2 3>1
	2001-4000 TL <sup>2</sup>	24,82	4,16			
	4001 TL ve üzeri <sup>3</sup>	27,56	4,74			
Stres yönetimi	2000 TL ve altı <sup>1</sup>	18,23	4,27	4,700	<b>0,01*</b>	2>1
	2001-4000 TL <sup>2</sup>	19,37	3,79			
	4001 TL ve üzeri <sup>3</sup>	20,21	4,07			

Araştırmaya katılan bireylerin sigara içme durumları ile SYBDÖ alt boyut puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 16’da verildi. Bireylerin sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları ile sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

Fiziksel aktivite ile alt boyut puan ortalamasının sigara kullanmayanlarda ( $16.25\pm 5.52$ ) sigara kullananlardan ( $14.70\pm 4.68$ ); beslenme alt boyut puan ortalamasının sigara kullanmayanlarda ( $21.87\pm 4.35$ ) sigara kullananlardan ( $20.77\pm 4.06$ ); stres yönetimi alt boyut puan ortalamasının sigara kullanmayanlarda ( $19.10\pm 4.25$ ) sigara kullananlardan ( $18.01\pm 4.08$ ) daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 16).

**Tablo 16. Bireylerin Sigara kullanma durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması**

	Değişken	$\bar{X}$	Ss	F	p	Fark
Sağlık sorumluluğu	Kullanıyor <sup>1</sup>	21,31	4,62	1,301	0,273	
	Kullanmıyor <sup>2</sup>	22,10	4,98			
	Bırakan <sup>3</sup>	21,28	5,75			
Fiziksel aktivite	Kullanıyor <sup>1</sup>	14,70	4,68	3,961	0,02*	2>1
	Kullanmıyor <sup>2</sup>	16,25	5,52			
	Bırakan <sup>3</sup>	15,31	5,59			
Beslenme	Kullanıyor <sup>1</sup>	20,77	4,06	3,512	0,031*	2>1
	Kullanmıyor <sup>2</sup>	21,87	4,35			
	Bırakan <sup>3</sup>	20,62	4,82			
Manevi gelişim	Kullanıyor <sup>1</sup>	24,42	4,71	1,496	0,225	
	Kullanmıyor <sup>2</sup>	25,27	5,26			
	Bırakan <sup>3</sup>	25,37	4,71			
Kişilerarası ilişkiler	Kullanıyor <sup>1</sup>	24,28	4,41	0,439	0,645	
	Kullanmıyor <sup>2</sup>	24,74	4,96			
	Bırakan <sup>3</sup>	24,40	4,34			
Stres yönetimi	Kullanıyor <sup>1</sup>	18,01	4,08	3,812	0,023*	2>1
	Kullanmıyor <sup>2</sup>	19,10	4,25			
	Bırakan <sup>3</sup>	19,37	3,90			

Araştırmaya katılan bireylerin alkol kullanma durumları ile SYBDÖ alt boyut puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 17’de verildi. Bireylerin SYBDÖ’nün tüm

alt boyutları ile alkol kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 17. Bireylerin Alkol Kullanma Durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması**

	Değişken	$\bar{X}$	Ss	F	p
Sağlık sorumluluğu	Kullanıyor	21,26	4,79	0,473	0,624
	Kullanmıyor	21,80	4,88		
	Bırakan	21,11	5,94		
Fiziksel aktivite	Kullanıyor	15,66	4,90	0,048	0,953
	Kullanmıyor	15,47	5,23		
	Bırakan	15,30	6,11		
Beslenme	Kullanıyor	20,31	4,23	2,102	0,124
	Kullanmıyor	21,49	4,31		
	Bırakan	20,65	4,25		
Manevi gelişim	Kullanıyor	24,89	4,55	0,073	0,930
	Kullanmıyor	24,96	5,11		
	Bırakan	24,57	4,39		
Kişilerarası ilişkiler	Kullanıyor	23,98	4,27	0,661	0,517
	Kullanmıyor	24,64	4,76		
	Bırakan	24,00	4,36		
Stres yönetimi	Kullanıyor	18,28	4,34	0,762	0,468
	Kullanmıyor	18,68	4,12		
	Bırakan	19,50	4,37		

Araştırmaya katılan bireylerin prostat kanser hakkında bilgi durumları ile SYBDÖ alt boyut puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 18’de verildi. Prostat kanseri hakkında bilgisi olan bireylerin; sağlık sorumluluğu ( $22,99\pm 4,74$ ), fiziksel aktivite ( $17,08\pm 5,51$ ), beslenme ( $22,21\pm 4,13$ ), manevi gelişim ( $26,55\pm 4,82$ ), kişilerarası ilişkiler ( $26,02\pm 4,65$ ) ve stres yönetimi ( $19,84\pm 4,47$ ) alt boyut puan ortalamalarının prostat kanseri hakkında bilgisi olmayanlardan (sırasıyla;  $20,69\pm 4,85$ ;  $14,09\pm 4,68$ ;  $20,56\pm 4,32$ ;  $23,69\pm 4,76$ ;  $23,37\pm 4,34$ ;  $17,79\pm 3,70$ ) daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 18).

**Tablo 18. Bireylerin Prostat Kanseri Hakkında Bilgi Durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması**

	Değişken	$\bar{X}$	Ss	t	P
Sağlık sorumluluğu	Var	22,99	4,74	4,739	<b>0,000*</b>
	Yok	20,69	4,85		
Fiziksel aktivite	Var	17,08	5,51	5,347	<b>0,000*</b>
	Yok	14,09	4,68		

<b>Beslenme</b>	Var	22,21	4,13	3,860	<b>0,000*</b>
	Yok	20,56	4,32		
<b>Manevi gelişim</b>	Var	26,55	4,82	5,916	<b>0,000*</b>
	Yok	23,69	4,76		
<b>Kişilerarası ilişkiler</b>	Var	26,02	4,65	5,854	<b>0,000*</b>
	Yok	23,37	4,34		
<b>Stres yönetimi</b>	Var	19,84	4,47	4,994	<b>0,000*</b>
	Yok	17,79	3,70		

Araştırmaya katılan bireylerin prostat muayenesi olma durumları ile SYBDÖ alt boyut puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 19’da verildi. Daha önce prostat muayenesi olan bireylerin; sağlık sorumluluğu (23.04±4.83), fiziksel aktivite (17.43±5,71), beslenme (22,40±4,14), manevi gelişim (26,85±5,22), kişilerarası ilişkiler (26,0±4,81) ve stres yönetimi (20,37±4,46) alt boyut puan ortalamalarının daha önce prostat muayenesi olmayanlardan (sırasıyla; 21,07±4,86; 14,63±4,77; 20,76±4,30; 24,07±4,63; 23,85±4,45; 17,92±3,81) daha yüksek ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 19).

**Tablo 19. Bireylerin Daha Önce Prostat Muayenesi Olma Durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması**

	<b>Değişken</b>	$\bar{X}$	<b>Ss</b>	<b>t</b>	<b>P</b>
<b>Sağlık sorumluluğu</b>	Evet	23,04	4,83	3,726	<b>0,000*</b>
	Hayır	21,07	4,86		
<b>Fiziksel aktivite</b>	Evet	17,43	5,71	4,759	<b>0,000*</b>
	Hayır	14,63	4,77		
<b>Beslenme</b>	Evet	22,40	4,14	3,553	<b>0,000*</b>
	Hayır	20,76	4,30		
<b>Manevi gelişim</b>	Evet	26,85	5,22	5,320	<b>0,000*</b>
	Hayır	24,07	4,63		
<b>Kişilerarası ilişkiler</b>	Evet	26,00	4,81	4,342	<b>0,000*</b>
	Hayır	23,85	4,45		
<b>Stres yönetimi</b>	Evet	20,37	4,46	5,621	<b>0,000*</b>
	Hayır	17,92	3,81		

Araştırmaya katılan bireylerin prostat muayenesini utandırıcı bulma durumları ile SYBDÖ alt boyut puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 20’de verildi. Sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları ile gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (p>0,05).

Prostat muayenesini utandırıcı bulan bireylerin puan ortalamasının beslenme (20,61±3,19), manevi gelişim (23,72±4,84), kişilerarası ilişkiler (23,64±4,60) ve stres yönetimi (17,91±3,51) alt boyut puan ortalamalarının prostat muayenesini utandırıcı bulmayan bireylerden (sırasıyla; 21,49±4,61; 25,33±4,97; 24,80±4,65; 18,0±4,34) daha düşük olduğu belirlendi. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 20).

**Tablo 20. Bireylerin Prostat muayenesinin utandırıcı olduğunu düşünme Durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması**

	Değişken	$\bar{X}$	Ss	t	P
Sağlık sorumluluğu	Evet	20,90	4,80	-1,836	0,067
	Hayır	1,94	4,96		
Fiziksel aktivite	Evet	14,94	4,59	-1,225	0,221
	Hayır	15,68	5,42		
Beslenme	Evet	20,61	3,19	-1,778	0,035*
	Hayır	21,49	4,61		
Manevi gelişim	Evet	23,72	4,84	-2,820	0,005*
	Hayır	25,33	4,97		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	23,64	4,60	-2,169	0,031*
	Hayır	24,80	4,65		
Stres yönetimi	Evet	17,91	3,51	-2,370	0,019*
	Hayır	18,00	4,34		

Araştırmaya katılan bireylerin birinci derece akrabalarında prostat kanseri olma durumları ile SYBDÖ alt boyut puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 21’de verildi. Sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Birinci derece akrabasında prostat kanseri olan bireylerin fiziksel aktivite (14,23±4,34) ve beslenme (20,29±3,44) alt boyut puan ortalamasının birinci derece akrabasında prostat kanseri olmayanlardan (15,74±5,36 ve 21,46±4,44) daha düşük olduğu belirlendi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 21).

**Tablo 21. Bireylerin Birinci derece akrabasında prostat kanseri olma Durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması**

	Değişken	$\bar{X}$	Ss	t	P
Sağlık sorumluluğu	Evet	21,33	4,35	-0,614	0,540
	Hayır	21,74	5,04		
Fiziksel aktivite	Evet	14,23	4,34	-2,463	<b>0,015*</b>
	Hayır	15,74	5,36		
Beslenme	Evet	20,29	3,44	-2,379	<b>0,019*</b>
	Hayır	21,46	4,44		
Manevi gelişim	Evet	24,66	4,74	-0,469	0,639
	Hayır	24,97	5,03		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	24,24	4,41	-0,502	0,616
	Hayır	24,56	4,71		
Stres yönetimi	Evet	17,96	3,58	-1,497	0,135
	Hayır	18,81	4,27		

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma, elli yaş ve üstü erkeklerin prostat kanseri hakkında bilgi ve tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek amacıyla yapıldı. Araştırmaya toplam 400 erkek alındı. Çalışma sonucunda grubun prostat kanseri konusunda yeterli bilgilerinin olmadığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu saptandı. Elli yaş ve üstü erkeklerin prostat kanseri hakkında bilgi ve tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda dört ana başlık altında tartışıldı. Bunlar;

1. Hastaların bireysel özellikleri
2. Hastaların prostat kanseri konusunda bilgi ve tutumları
3. Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları
4. Hastaların bireysel özellikleri, prostat kanseri konusunda bilgi ve tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi

### 1. Hastaların Bireysel Özellikleri

Araştırma grubunun çoğunluğunun ilköğretim mezunu ve evli, yarısından fazlasının çalıştığı saptandı.

DSÖ'nün verilerine göre dünya genelinde 1980 yılında erkeklerin %5'i, kadınların %8'i obez iken 2008 yılında bu oran erkeklerde %10 kadınlarda %14 olmuştur. Bu çalışmada grubun yarısından fazlasının beden kitle indeksi hesaplandığında hafif kilolu olduğu belirlendi. Yalnız dörtte biri normal kiloya sahipti. Türkiye Beden Algısı Araştırmasında BKİ sınıflamasına göre katılımcıların %3.6'sı zayıf, %39.7'si normal kilolu, %33.3'ü fazla kilolu ve %23.4'ü obez olarak sınıflandırılmıştır (106). Kilosu fazla veya aşırı olanlarda; kan basıncı ve kolesterol seviyesi daha yüksektir. Tip 2 diyabet BKİ yüksek olanlarda daha fazladır (107). Çalışmada kronik bir hastalığı olanların oranı yaklaşık %40'tır ve en fazla görülen kronik hastalık yüksek tansiyon ve diyabettir. Çalışma bulgularının sonucu da literatüre benzerlik göstermektedir. Sağlık bakanlığı, obezite ile etkin bir şekilde mücadele etmek için toplumun bilgi düzeyini arttırarak, bireylerin yeterli ve dengeli beslenmesi ve düzenli bir fiziksel aktivite kazanmasını teşvik etmek için programlar hazırlamıştır. Bu programların uygulanması ile birlikte kilo kontrolü sağlanıp kronik hastalık riski azaltılabilir.



Türkiye’de 15 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin %31.2’si (yaklaşık 16 milyon kişi) sigara içmekte ve böylece sigara içiciliği fazla olan ülkeler arasında yer almaktadır. Sigara içme sıklığı (her gün ve ara sıra kullanan) erkeklerde %47.9 kadınlarda %15.2’dir (108). Çalışmada grubun çoğunluğu alkol kullanmamakta, %42’si ise sigara kullanmaktadır. 1997-2010 yılları arasında erkeklerde %1.33 oranında sigara içiciliği azalmış olsa da (108), ülkemizde sigaraya bağlı ölümlerin, trafik kazasına bağlı ölümlerden yaklaşık 10 kat daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (109). Bu nedenlerle daha etkin kampanyalar yapılarak sigara içme oranlarının düşürülmesi gerekir. DSÖ dünyada 2 milyar kişinin alkol kullandığını, 76,3 milyon kişide alkol kullanım bozukluğu olduğunu bildirmektedir. Alkol, dünyada küresel hastalık yükünü oluşturan risk faktörleri içinde üçüncü sıradadır (107). Türkiye’de kişi başı alkol tüketiminin 3 litrenin altında, dünyada tüketim ortalamasının ise 6 litre olduğu belirtilmektedir (107). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında, grubun %87’si hiç alkol kullanmadığını belirtmiştir. Erkeklerin yüzde 23’ü alkol kullanırken, kadınların yüzde 4’ü alkol kullanmaktadır. Haftada 2-3 kez ve üzeri kullanma, erkeklerde 45-54 yaşta en yüksek (%6), 55-64 yaşta da %5 düzeyindedir (107). Çalışma bulguları da literatüre benzerlik göstermektedir.

Yaşla birlikte ürolojik sorunların gelişme sıklığı da artar (110). Üriner inkontinans ve işeme disfonksiyonu, noktüri, iyi huylu prostat hiperplazisi, prostat kanseri, idrar yolu enfeksiyonu ve geç başlangıçlı hipogonadizm geriatric yaş grubunda en sık görülen ürolojik problemlerdir (111). Çalışmada en fazla idrar ve idrar atımı ile ilgili sorunlar nedeniyle polikliniğe gelmişlerdi. Prostatın üretra kısmına doğru büyümesi, üretranın çapında azalmaya yol açarak idrar ve idrar atımı ile ilgili sorunlara neden olur. İspir yaptığı çalışmada prostata bağlı semptomların yavaş geliştiğini ve ilk prostat hastalığının ortaya çıkışı ile semptomların oluşması arasında uzun bir zaman dilimi olduğunu belirtmiştir (112). Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada prostat kanseri açısından taranan grupta en sık görülen bulguların idrar yaparken zorlanma, sık idrara çıkma, idrar yapma sonrası mesanenin tam olarak boşalmama hissi ve buna bağlı olarak tekrar idrar yapma isteği ve gece idrara kalkma olduğu saptanmıştır (113). Bu çalışmada da literatür ile uyumlu bir şekilde bireylerde en sık olarak idrar ve idrar atılımı ile ilgili sorunlar daha fazla görülmüştür. Hastalarda idrarda kan gelmesi oranının yüksek olmasının en önemli sebebi, hastayı olası bir kanser açısından endişelendirmesi ve hemen hekime ulaşması olabilir. Bu çalışmada, bireylerin önemli

bir kısmında böbrek ile ilgili sorunlar yaşandığı saptandı. Çalışmanın yapıldığı kurumda hasta yükünün önemli bir kısmını, üst üriner sistem taş hastalıklarına sahip bireylerin oluşturması ve bu hastaların periyodik takipleri gereği sık poliklinik başvurusu yapmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

## **2. Hastaların prostat kanseri konusunda bilgi ve tutumları**

Prostat kanseri erkeklerde en sık görülen solid organ tümörü olmakla birlikte, bireylerin eğitim düzeylerinin düşük olması, sağlık politikalarının yeteri kadar bilgilendirici olmaması, bazı bireylerin sağlık güvencelerine sahip olmaması, prostat kanseri hakkında bilgi eksikliği ve prostat muayenesinin utandırıcı olduğunun düşünülmesi gibi sebeplerden dolayı günümüzde bireylerin prostat kanseri hakkındaki bilgileri ve prostat kanseri taramalarına katılımları istenilen düzeylerde olmadığı görülmektedir (114). Bu çalışmada hastaların yarıdan fazlasının prostat kanseri hakkında bilgisinin olmadığı görülmektedir. Yine yaklaşık üçte biri 40-50 yaş arasında PSA baktırmış ve yaklaşık aynı oranda daha önce prostat muayenesi olmuştur. Oliver ve ark. yaptıkları bir çalışmada prostat kanseri hakkında bilgileri fazla olan bireylerin, prostat kanseri taramalarına katılımlarının daha fazla olduğunu saptamışlardır (114). Afrika kökenli amerikalıların katıldığı ve 55 yaş üzerindeki bireylerin incelendiği diğer bir çalışmada ise kansere yönelik bilgi eksikliği, kanserin bireylerin hayatları üzerine olası olumsuz etkilerinden korkmaları, kanser tarama testlerindeki olası yanlış sonuçlar bireylerin prostat kanseri taramalarına katılmamalarının en sık sebepleri olarak gösterilmiştir (115). Weinrich ise prostat kanseri taramalarına katılımlarda en önemli sorunun prostat kanseri ve tarama testleri ile ilgili bilgi eksikliği olduğunu saptamışlardır. Toplam 988 hastanın incelendiği çalışmada, bireylere sadece telefon ile bilgilendirme yapılması halinde bile prostat kanseri tarama testlerine katılımın ciddi oranda arttığını ifade etmişlerdir (116). Ülkemizde ise, Çapık ve ark. yaptıkları çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiş, bireylerin prostat hastalıkları, prostat kanseri ve tarama testlerinin yararlılığıyla ilgili bilgi düzeylerinin artmasıyla beraber prostat kanseri taramalarına katılımlarının arttığı görülmüştür (117). Bireyin konu hakkında bilgisinin artması, kendi sağlığı konusunda daha bilinçli olmasını da etkilemektedir.

Günümüzde ilerleyen teknoloji ve artan bilgi olanakları sayesinde bireyler semptomları ve olası hastalıkları hakkında birden fazla kaynaktan bilgi sağlayabilmektedir. Benzer hastalıklara sahip bireyler, sağlık profesyonelleri, gazete ve

kitap gibi yazılı kaynaklar ve internet üzerindeki bilgilendirme kaynakları en sık kullanılan bilgi kaynakları olarak göze çarpmaktadır (118). Bu çalışmada bilgisi olanların en fazla çevreden ve internetten bilgi sahibi olduğu belirlendi. Gilbert ve arkadaşları prostat kanseri ile ilgili bilgi almak isteyen 1204 hastadan oluşan bir çalışma grubunu, bilgi aldıkları kaynak yönünden incelediklerinde; hekimlerin (%33,1), konu ile ilgili bilgilendirme yapan internet sayfalarının (%18,9) ve prostat hastalıkları hakkında bilgi sağlayan basılı kaynakların (%18,1) olduğu belirlenmiştir (119). Bir başka çalışmada Chen ve ark. tarafından Kanada’da yapılmıştır. Toplam 191 hastayı içeren çalışmada bireylerin önemli bir kısmının tek kaynak yerine birden fazla kaynaktan bilgi almayı tercih ettiği saptanmış olup, bireylerin doktorlarına güven oranlarının %83 olduğu, buna rağmen bireylerin %50’sinden fazlasının ikinci kaynak olarak konu ile ilgili bilgi veren internet sitelerini araştırdıkları gözlenmiştir (120). Struck ve ark. ise internet üzerinden kullanılan facebook, twitter, youtube ve instgramın hastalar üzerinde etkilerini araştıran bir çalışmada, doktorların ve sağlık kuruluşlarının sosyal medyanın halk sağlığı üzerindeki etkisini küçümsememesini ve bireylere daha doğru bilgi verilmesi adına sağlık örgüt ve kuruluşlarının sosyal medyayı daha aktif ve etkili biçimde kullanması gerektiğini önermişlerdir (121). Bu çalışmaların önemli bir kısmının batı toplumunda yapılması, eğitim düzeyinin yüksek oluşu ve bu ülkelerde internete ulaşımın ülkemize göre daha kolay olması gibi etkenler bilgi kaynağı konusunda farkı açıklayabilir. Kültürümüzde geleneksel olarak çevreden bilgi alma doğru olsun veya olmasın hala yaygındır. Bununla beraber prostat kanseri ile ilgili bilgi sahibi olan bireylerin yarısının internet üzerinden bilgi sahibi olması sosyal medya ve internet üzerinden bilgi sunabilecek sitelerin önemini göstermektedir. Diğer bir yandan da bireylerin az bir oranda bilgiyi sağlık personelinin alması, sağlık personelinin aktif rol oynayacağı bilgilendirme programları ve eğitimlerin yapılmasının önemini göstermektedir.

Prostat spesifik antijen (PSA) testi prostat kanseri için her zaman güvenilir bir gösterge olmamakla birlikte hala tanımlamak için kullanılan birincil testlerden biridir. Bu çalışmada yaklaşık grubun üçte biri PSA testi yaptırmıştır. Schulman ve ark. çalışmalarında grubun yarısının prostat kanserini tanımlamak için yapılan basit testleri bilmediklerini, bilenlerin ise %25’i PSA, %15’i dijital rektal muayene (DRM) ve %14’ü idrar testinin tanı için yapıldığını ifade etmişlerdir. Çalışmada rektal muayene yaptıranların oranı düşüktü. Hastalar PSA testinin DRM'den daha az invazif olduğunu

düşünmekte ve bu yüzden DRM'den uzaklaşmaktadır (122). Romero ve ark.'nın 450 hasta ile yaptıkları çalışmada 37 hastanın DRM'yi reddettiği kaydedilmiştir. DRM'yi reddeden hastaların yaklaşık yarısı, DRM'nin utanç sebebi olduğuna inandıklarını bildirmişlerdir. Kültürel mitler DRM'yi cinsel bir deneyim veya eşcinsellik ile ilişkilendirmektedir. Cinsel fonksiyona yönelik korkular (örneğin, DRM'nin iktidarsızlık ve idrar kaçırma gibi sıkıntılara yol açabileceğine dair yanlış inançlar), erkeğin erkeklik hakkındaki inançları hastaları DRM'den önemli ölçüde uzaklaştırmaktadır (123). Ford ve arkadaşları Afrika kökenli Amerikalı bireylerin prostat kanserine yönelik algıların incelendiği çalışmalarında kansere yönelik bilgi eksikliğinin taramalara katılım için önemli bir engel olduğunu saptamışlardır (115). Kilpelainen ve ark. prostat kanseri taraması FİN randomize çalışmasında prostat kanseri ve sosyoekonomik durum ele alınmış ve yüksek eğitim hem kontrol hem de tarama kollarında anlamlı derecede daha düşük prostat kanseri mortalitesi ile ilişkili bulunmuştur (124). İsviçre'den Guessous ve arkadaşlarının prostat kanseri taraması ile ilgili yaptığı bir başka çalışmada ise yüksek eğitim seviyesine sahip erkeklerin PSA ile daha çok tarama yaptırdıkları belirlenmiştir (125).

DRM'nin cinsiyete bağlı kaygıları ve direnci ortaya çıkarabildiği halde, rektumdan muayenenin sadece prostata olan yakınlığı nedeniyle kullanıldığı ve yapılan serum PSA testi kadar önemli bir prosedür olduğu açıklığa kavuşturularak hastalar bilgilendirilmelidir.

Prostat ve prostat kanserine ilişkin semptomların bilinmesi, bu hastalıkların insan vücuduna yapabileceği olası etkiler ve yol açabileceği ek hastalıkların bilinmesi bireylerin konu ile ilgili tarama testlerine katılımlarını artıracaktır (126). Sanchez ve ark. Afrika kökenli Amerikan vatandaşlarında yaptıkları çalışmada prostat hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyi arttıkça bu bireylerin tarama testlerine katılımlarının, prostat hastalıkları oluşması sonrasında tedavi arayışlarının ve tedaviye uyumlarının daha fazla olduklarını saptamışlardır (127). Winterich ve ark. ise tarama yapılan bireylerin prostat anatomisi, prostatın işlevi ve prostat hastalıklarının gelişimine yol açan faktörler ile ilgili çok az bilgiye sahip olduklarını buna rağmen, hastaların önemli bir kısmının prostat kanserinin yol açabileceği işeme semptomları ve seksüel disfonksiyonlarla ilgili bilgi sahibi olduklarını saptamışlardır. Yine aynı grup prostat kanseri ile ilgili olarak hastaların en büyük korkusunun hastalığın rektuma yayılması ve vücuda metastaz

yapması olduğunu belirtmişlerdir (128). Consedine ve ark. 180 bireyde yaptıkları çalışmada ise prostat kanseri ve semptomların, düşük gelirli bireylerde daha az bilindiğini ve hastaların muayene olmaktan çekindiklerini, dolayısıyla tarama testleri için hekime daha az başvurduklarını saptamışlardır (129). Bu çalışmada da bireylerin çoğu; prostatın yalnızca erkeklerde bulunduğunu, prostatın idrar yolu sisteminin bir parçası olduğunu, prostat kanserinin idrar yapma sorunlarına neden olabileceğini, prostatın erkek üreme sisteminin bir parçası olduğunu, prostat kanserinin böbrek yetmezliğine neden olabileceğini ifade etmişlerdir. Bireylerin önemli bir kısmı; prostat kanserinin yaşlı insanlarda görüldüğünü, genetik olarak geçtiğini ve birinci derece akrabada prostat kanseri olmasının riski arttırdığını belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmaya katılan bireylerin yarısı sigara içmenin, daha az oranda ise aşırı şişmanlığın prostat kanseri riskini arttırdığını ve yine az bir oranda fiziksel hareketin prostat kanseri riskini düşürdüğünü ifade etmişlerdir. Sonuçlar bireylerin bu konuda daha fazla eğitime ihtiyaçlarının olduğunu göstermektedir.

### **3. Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları**

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği birçok çalışmada kullanılmıştır. Yapılan çalışmalarda ölçek puan ortalamaları koroner arter hastalarında  $128 \pm 22$  (130), kalp yetmezliği olan hastalarda  $130.43 \pm 24.73$  (131) hipertansiyon hastalarında  $108,52 \pm 5,45$  (132), meme kanserli hastalarda  $154,20 \pm 24,22$  (133), metabolik sendromlu kadınlarda  $130,74 \pm 18,77$  (134) ve sağlıklı bireylerde yapılan birçok çalışmada ise ölçek puan ortalamaları hemşirelik öğrencilerinin  $136.12 \pm 19.16$  (135), tıp fakültesi öğrencilerinin  $134.4 \pm 9.7$  (136), öğretim elemanlarının  $131.10 \pm 19.97$  (137), sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin  $118 \pm 21$  (138) bulunmuştur. . Bu çalışmada ölçek puan ortalaması  $126,57 \pm 23,11$  olup diğer çalışmalara benzer oranlardadır.

Ölçekte en düşük puan ortalamaları fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt gruplarında olduğu saptandı. Fiziksel aktivite; kardiyovasküler hastalık, diyabet, hipertansiyon ve metabolik sendrom gibi yaşla ilişkili kronik hastalıkların insidansında da azalma sağlamaktadır (139). Sedanter yaşam tarzı bireylerde bel çevresi artışı, vücutta yağ dokusunun artışı, kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere birçok hastalıkla ilişkilendirilmiştir (140). Egzersiz ayrıca, anksiyete ve depresyonu azaltır, olumlu düşünmeyi ve stresle başa çıkmayı kolaylaştırır (141). Lin ve ark. tarafından

2011'de yapılan meta-analizde, fiziksel aktivite ile prostat kanseri riski arasında ters bir orantı olduğu ortaya koyulmuştur. Yazarlar, fiziksel aktiviteyi artırmak, erkeklerde genel sağlık durumunda iyileşme sağlar ve potansiyel olarak prostat kanseri riskini azaltır yorumunu yapmışlardır (142). Egzersizin kanser oluşumunu önlemede hangi mekanizmalar üzerinden fayda sağladığı da araştırılmıştır. Egzersizin hormon seviyelerini modüle etme, obeziteyi önleme, bağışıklık fonksiyonunu artırma ve oksidatif stresi azaltma becerileri; kanser riskinin azalmasını sağlayan etmenlerdir. Fiziksel aktivite sadece hastalık oluşma riskini azaltmakla kalmaz tanı almış hastalarda hastalığın ilerleme sürecine de etki eder. Lokalize prostat kanserinin teşhisi sonrası hastalık progresyonu ve prostat kanserine özgü mortalite riskinin de yoğun egzersizle azaltılabileceği gösterilmiştir (143). Akgün Şahin ve Biçer'in hipertansiyonlu hastalarda yaptıkları çalışmada en düşük puanların egzersiz alt grubunda olduğu saptanmıştır (132). Metabolik sendromlu kadınlarda yapılan bir çalışmada da fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanlarının düşük olduğu saptanmıştır. Savaşan ve arkadaşlarının koroner arter hastalarında yaptıkları çalışmada da aynı şekilde iki parametrede düşük puanlar saptanmıştır (130, 134). Yaşlı bireylerde değiştirilebilir davranışsal risk faktörlerinden biri de fiziksel aktivitedir (141). Stres ise, organizmanın dengesini bozan, günümüzde sık karşılaşılan bir kavramdır (104). Düzenli yapılan fiziksel aktivite, bireyin stresle daha kolay başetmesini sağlar (141). Bireylerin fiziksel aktivite için teşvik edilmeleri stres yönetimine de katkı sağlayacaktır.

Kanserin önlenmesinde diyetin rolü kapsamlı olarak incelenmiştir. Obezitenin kanser başlamasını ve nüks riskini artırdığı belirtilmektedir (10). Rosato ve ark. İtalya'da yaptıkları bir çalışmada, çeşitli diyetler ile prostat kanseri riski arasındaki ilişkiyi incelemişler; et ve süt (hayvansal) ürünleriyle birlikte, rafine tahıllar ve şekerden yüksek diyetle beslenen grupta prostat kanseri insidansının arttığını göstermişlerdir (144). Ayrıca, total yağ ve belirli doymuş yağ asitlerinin yüksek alımının, özellikle lokalize hastalığı olan erkeklerde prostat kanseri sağ kalımını kötüleştirdiği gösterilmiştir (145). Likopen bu araştırmalara sıklıkla konu olmuş bir maddedir. Likopen insan vücudunda bulunan en yaygın karotenoiddir ve en güçlü antioksidanlardan biridir. Yüksek oranda likopen içeren domates tüketimi ve prostat kanseri arasındaki bağlantıyı araştıran çalışmaların biri 2004 yılında Obermüller-Jevic ve arkadaşları tarafından yapılmış ve likopenin olumlu etkisinin olduğu bildirilmiştir (146). Prostat kanseri hastalarında soya gıdaları veya izoflavon takviyeleri araştırılmış

ve PSA seviyesinde değişik seviyelerde iyileşmeye neden olduğu göstermiştir (147). Fito östrojen açısından zengin diyetlerin prostat kanseri gelişimi ve progresyon riskini azaltmaya yardımcı olabileceği bildirilmektedir (148). Bireylerin sağlıklı yaşam davranışları geliştirmesi için egzersiz ve diyet konusunda önerilerde bulunulması sağlık profesyonellerinin hedefi olmalıdır.

Bireyin manevi inançlarının; sağlığı, yaşam süresini ve fiziksel hastalıkların iyileşmesini pozitif olarak etkilediği belirtilmektedir (104). Kişiler arası ilişki ise bireyler arasındaki toplumsal etkileşim olarak ifade edilmektedir (TDK). Sağlığın devam etmesinde ve gelişmesinde, amaçlı, etkin, doyumlu ve yararlı eylemler dizisidir (104). Çalışmada en yüksek puanlar manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutundan elde edilmiştir. Yapılan üç çalışmada da bu çalışmaya benzer şekilde manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puanı yüksek saptanmıştır (130, 133, 134). Gürsel ve ekibi de öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimlerini incelemiş, manevi ilişkiler ve kişilerarası ilişkiler alt ölçeklerinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir (137). Çalışmada bu iki parametrede puanların yüksek bulunması sevindiricidir. Çünkü kişilerarası ilişkilerin ve manevi gelişimin sağlığa olumlu yönde bir katkısı olacaktır.

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığı için koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışları uygulamasıdır (104). Çalışmada manevi gelişim ve kişilerarası ilişkilerden sonra en yüksek alt ölçek puanı sağlık sorumluluğundan alındı. Savaşan ve ark. bu çalışmaya benzer şekilde üçüncü en yüksek puanın sağlık sorumluluğu olduğunu bildirmişlerdir (130). Özyazıcıoğlu ve ark. hemşire öğrencilerde sağlık sorumluluğunu ölçek alt grupların arasından en yüksek olduğunu saptamışlardır (149). Bu sonuçlar, sağlık sorumluluğunun her yaşta ve durumda önemli olduğunu göstermektedir.

#### **4. Hastaların bireysel özellikleri, prostat kanseri konusunda bilgi ve tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi**

Sosyoekonomik eşitsizlikler tüm toplumun sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama oranlarının sosyoekonomik eşitsizliklerin görüldüğü toplumlarda daha düşük olduğu bildirilmektedir (150). Çalışmada sosyodemografik özellikler ile eğitim ve gelir durumu dışında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanları arasında bir fark belirlenmedi. Kalp yetersizliği olan hastaların eğitim durumları yükseldikçe buna paralel olarak SYDÖ puanlarının da artığı

tespit edilmiştir (131). Metabolik sendromlu kadınlarda lise ve üstü eğitim durumu olanların, ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre SYDÖ puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (134). Bu çalışmada üniversite mezunu olan bireylerin ilkokul mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede SYDÖ puanları yüksektir. Çalışma bulguları diğer çalışmalara benzerdir. Bireyler ekonomik gelirleri açısından değerlendirildiklerinde ise 4001 TL ve üzerinde ekonomik gelire sahip bireyler, ekonomik gelirleri 2000 TL altında olan bireylere göre yüksek SYDÖ puanları elde etmişlerdir. Koçoğlu ve Akın'ın çalışmasında da geliri yüksek bireylerin SYBDÖ puan ortalamaları yüksektir (150). Gelirin yüksek olmasının, bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Sağlık için bireyde farkındalık yaratarak yeterli bilgi ve becerinin kazandırılması, hastalıklara yol açabilecek yaşam şekillerini değiştirerek olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmesini sağlayabilir (149). Araştırmaya katılan bireylerin prostat kanserine karşı tutum ve davranışları karşılaştırıldığında prostat kanseri hakkında bilgisi olan, daha öncesinde prostat muayenesi yaptıran, prostat kanseri belirtilerini bilen, 40-50 yaşları arasında PSA düzeylerine baktıran ve öncesinde rektal muayene yaptırmış bireylerde SYBDÖ puanı yüksekti. Oliver çalışmasında prostat kanseri konusunda bireyin bilgisinin olmasının, prostat kanseri taramalarına katılımı arttırdığını saptamıştır (114). Tüm faydalarına rağmen özellikle erkeklerde genel olarak taramalara katılım düşüktür (151). Sağlık profesyonellerinin, prostat kanseri konusunda bireyleri bilgilendirmesi ve bilinçlendirmesi bir gerekliliktir ve böylece toplum sağlığına da faydalı olacaktır.

Sağlığı geliştirme modeline göre yaş ilerledikçe, sağlığı geliştirici davranışların da arttığı bildirilmektedir (152). Bu çalışmada bireyler yaş gruplarına göre analiz edildiğinde, 70 yaş ve üzerinde bulunan bireylerin 50-59 yaş aralığında bulunan bireylere göre SYBDÖ beslenme ve stres yönetimi alt grup puanları yüksektir. Perkutan translüminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastalarda SYBDÖ kullanılarak yapılan bir çalışmada da yaşın artmasıyla stres yönetimi puanının arttığı tespit edilmiştir (153). Kuru ve Piyal'in 2012 yılında yaptığı çalışmada ise 20-49 yaş arasındaki bireylerin stres yönetimi ve beslenme puanlarının 70 yaş ve üzerinelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (154). Sağlıklı bir beslenme ve yaşam biçimi sağlık sorunlarını azaltır ve yaşam kalitesini artırır (152). Stresin doğru yönetilmesinin sağlığı koruyucu her tür davranışa uyumu arttıracığı unutulmamalıdır.



Toplumda eğitim seviyesi ve gelir azaldıkça sağlıksız davranışlar da artacaktır (10). Bu çalışmada, üniversite ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olan ve lise mezunu bireylerin fiziksel aktivite ve manevi gelişim puanları, ilkokul mezunu bireylere göre daha yüksekti. Özarslan'ın 2012 yılında kardiyoloji ve kalp damar cerrahisinde yatan 156 bireyi inceledikleri çalışmasında, eğitim düzeyinin artmasıyla beraber, SYBDÖ'nin tüm alt ölçek puanlarının arttığı saptanmıştır (155). Ege ve ark. birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinde eğitim düzeyi arttıkça SYBDÖ'nin tüm alt grup puanlarının anlamlı olarak arttığını tespit etmişlerdir (156). Özkahraman ve ark. hemodiyaliz yapılan 92 kronik böbrek hastasında eğitim düzeyi arttıkça manevi gelişim, stres yönetimi, kişiler arası ilişkiler, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puanlarının da arttığını saptamışlardır (157). Bu çalışmada da diğer çalışma bulgularını destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiştir. Eğitim düzeyinin artması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını da arttıracaktır.

Çalışmada bekar ve dul olan bireylerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek puanları evli olanlardan daha yüksekti. Küçükberber ve ark. kalp hastalıklarında sağlıklı yaşam biçimleri davranışlarını araştırmışlar, 325 hastada yapılan değerlendirmede evli olan bireylerin, bekar olan bireylere göre manevi gelişim, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve beslenme alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (158). Özarslan'ın çalışmasında evli olan bireylerde SYBDÖ alt ölçeklerinin fiziksel aktivite hariç olmak üzere, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres ve kişiler arası ilişkiler puanı, bekar olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (155). Hemodiyaliz alan hastalarda SYBDÖ kullanılarak yapılan 365 gönüllü bireyde bekarların fiziksel aktivite puanları evlilerden daha yüksek; evlilerinde beslenme alt boyut puanları bekarlardan daha yüksek bulunmuştur (159). Değişik çalışmalarda farklı sonuçların elde edilmesi çalışmaya katılan bireylerin farklı özellikleri olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmada, bireylerin çalışma durumlarına göre SYBDÖ alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Küçükberber ve arkadaşları çalışan hastaların, çalışmayan hastalara göre manevi gelişim ve fiziksel aktivite puanlarının daha yüksek puan olduğunu belirlemişlerdir (158). Özarslan'ın çalışmasında ise SYBDÖ alt ölçeklerinden tam gün çalışan bireylerin puanlarının, yarım gün çalışan ve hiç çalışmayan bireylere göre yüksek olduğu belirlenmiştir (155). Bu çalışmadaki

sonuçlar diğer çalışmalar ile benzerlik göstermemektedir. Birey çalışmasa da aktif bir yaşamının olması ölçek puanlarını etkileyebilir.

Bireyin gelir düzeyinin farklı olması sağlıklı yaşam davranışlarına uyumu etkiler (10). Çalışmada manevi gelişim, fiziksel aktivite ve kişiler arası alt ölçek puanlarının 4001 TL ve üzeri ekonomik gelire sahip bireylerde daha iyi olduğu saptandı. Stres yönetimi alt grubu açısından ise 2000-4000 TL arası geliri olan bireylerde, geliri 2000 TL altında olan bireylere göre anlamlı olarak daha iyi stres yönetimi puanları elde edildi. Küçükberber ve ark. kalp hastası bireyleri ekonomik duruma göre iyi, orta, kötü olarak üç sınıfa ayırmışlar ve ekonomik geliri iyi olanlarda SYBDÖ'nin alt ölçeklerinden beslenme hariç olmak üzere en yüksek puanları elde etmişlerdir (158). zarslan'ın çalışmasında da geliri giderinden fazla olan bireylerin SYBDÖ'nin tüm alt ölçek puanlarının fazla olduğu saptanmıştır (155). Gelir durumunun iyi olması birçok parametreleri de etkilemektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; yeterli ve dengeli beslenme, stres yönetimi, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara alkol kullanmama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır (152). İki bin on bir Birleşmiş Milletler Yüksek Düzey Genel Kurul Toplantısının (United Nations High-Level Meeting of the General Assembly) ncelikli amaçlarından biri bulaşıcı olmayan hastalıklar için bireylerin ve toplumun ortak değiştirilebilir risk faktörleri olan; tütün kullanımına, sağlıksız beslenmeye, fiziksel hareketsizliğe ve alkolün zararlı kullanımını karşı maruz kalma düzeyini azaltmaktır (94). Bu çalışmada, sigara kullanmayan bireylerin fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt ölçek puanları sigara kullanan bireylere göre yüksekti. Kuşdemir niversite ğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelediği çalışmasında, sigara içmeyen bireylerin manevi gelişim ve beslenme alt ölçek puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (160). Glcivan ve Topçu meme kanserli bireylerde sigara kullanımının SYBDÖ'nin alt ölçek puanlarını etkilemediğini saptamışlardır (133). Başarır ve Pakyüz'n hemodiyaliz hastalarında yaptıkları çalışmada da sigara içen ve içmeyen hastalar arasında yalnızca fiziksel aktivite alt ölçek puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur (159). Çalışmada alkol kullanımının ise SYBDÖ'nin alt ölçek puanlarını etkilemediği belirlendi. Karalar, kanser tanısı alan bireylerde, Savaşan ve ark. ise koroner arter hastalarında alkol kullanımının SYBDÖ alt ölçek puanlarını etkilemediğini saptanmışlardır (130, 161). Buna karşın, perkutan translüminal koroner anjioplasti uygulanan 100 hastada yapılan

çalışmada alkol kullanmayan bireylerde; sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalamaları, kullanmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (153). Sağlıksız yaşam tarzı davranışları ABD'de ve dünyada yaşa göre ayarlanmış yetersizliklerin artışı için önde gelen risk faktörleri arasındadır (94). Hem alkol hem de sigara beraberinde farklı hastalık risklerini de beraberinde getirmektedir. Toplumun bu konuda daha fazla bilinçlendirilmesi zorunludur.

Prostat kanseri ile ilgili bilgi ve tutum düzeylerinin prostat kanseri taraması ve prostat kanseri taraması ile ilgili bilgi ve farkındalık üzerinde büyük etkisi vardır (126). Bu çalışmada, prostat kanseri hakkında bilgisi olan ve daha önce prostat muayenesi olmuş bireylerde ve SYBDÖ tüm alt ölçek puanlarının yüksek olduğu belirlendi. Özarslan'ın koroner arter hastalarında, hastalık hakkında bilgi sahibi olanların fiziksel aktivite hariç diğer SYBDÖ alt ölçekler puanlarının yüksek olduğunu belirlemişlerdir (155). Diğer bir çalışmada ise Kuru ve arkadaşları 2012 yılında koroner arter hastalığı olan bireylerin hastalık ile ilgili bilgi sahibi olmanın sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçeklerinden anlamlı derecede daha yüksek puan alınmasını sağladığını bulmuşlardır. Çalışmada ayrıca prostat muayenesini utandırıcı bulmayan bireylerin; beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek puanları, prostat muayenesini utandırıcı bulan bireylerden yüksektir (154). Erkeklerin tarama gibi faaliyetlere katılımının düşük olduğu bildirilmektedir (162). En çok bariyer olarak adlandırılan prosedürler dijital rektal muayene, kolonoskopi ve sigmoidoskopi şeklindedir (151). Kadınlarda meme kanserinin tersine, erkeklerde prostat kanseri farkındalığı çok daha düşük bir profile sahiptir. Risk altındaki popülasyonun hastalığın erken tanı ve tedavisinin önemi hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığı görülmektedir. Prostat kanseri ile ilgili kamuoyunda bilinirliği ile ilgili yayınlanmış çalışmaların sonuçları (163, 164) bu görüşü desteklemektedir. Zaman eksikliği, bilgi eksikliği, korku ve tarama prosedürü gibi diğer engeller de daha baskın olarak bulunmuştur. Sağlık taramasına katılmaları için erkekleri motive eden en önemli faktörler; taramanın kolaylaştırılması, bilgi, eşin rolü ve hekimlerin tavsiyeleridir (151).

Sağlık profesyonellerinin, sağlık taramalarının yararlarını ve risklerini açıklamasının yanı sıra bireysel sağlık riskleri hakkında da bilgi vermeleri önemlidir (151). Bilgi düzeylerinin yükseltilmesi, taramanın önündeki engelleri kaldıracak ve bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelmesine katkıda bulunacaktır. Prostat kanserine yönelik bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını inceleyen çalışmalara

yetersizdir. Bu konuda geniş gruplarda daha fazla çalışmanın yapılması prostat kanserini bilgi, tutum ve sağlıklı yaşam davranışlarının değerlendirilmesi yararlı olacaktır.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Elli yaş üzeri bireylerin prostat kanseri ile ilgili bilgi ve tutumları ile, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada elde edilen veriler değerlendirildiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

#### 1. Hastaların bireysel özellikleri

- Bireylerin yaş ortalamasının  $58,91 \pm 6,56$ , %42 (n=168)'sinin sigara, %14,3 (n=57)'ünün alkol kullandığı, %19,3 (n=77)'ünün hipertansiyon, %13,2 (n=53)'sinin diyabetes mellitus, %55,5'inin beden kitle indeksinin 25-29.9 aralığında olduğu %44,25'inin idrar ve idrar atımı ile ilgili sorunlar nedeniyle polikliniğe başvurduğu belirlendi.

#### 2. Hastaların prostat kanseri konusunda bilgi ve tutumları

- Bireylerin %57'sinin prostat kanseri hakkında bilgisinin olmadığı, bilgisi olanların (%43) bilgiyi %64,5 oranında çevreden öğrendiği, %69,2'sinin daha önce prostat muayenesi olmadığı, %34'ünün 40-50 yaşlarında PSA değerine baktırdığı, %15,5'inin 'Prostat yalnızca erkeklerde bulunur' 25'inin prostat muayenesini utandırıcı buldukları, %24,3'ünün 'prostat yaşlı insanlarda görülür', %29,3'ünün 'Prostat kanseri idrar yapma sorunlarına neden olabilir' ifadelerini bilmedikleri belirlendi.
- Eğitim düzeyi ve ekonomik geliri yüksek olan bireylerin prostat kanseri hakkında daha fazla bilgiye sahip oldukları ( $p < 0,05$ ). Prostat kanseri konusunda bilgisi olanların; prostat muayenesi olma, prostat kanseri belirtilerini bilme, 40-50 yaşları arasında PSA düzeylerine baktırma oranlarının daha yüksek olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ).
- Çalışanların prostat muayenesini utandırıcı bulma oranları yüksekti ( $p < 0,05$ ).

### **3. Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları**

- Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması  $126,57 \pm 23,11$  olup ölçekten en düşük 76, en yüksek 202 puan aldıkları, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puanları en yüksek, fiziksel aktivite en düşük belirlendi.

### **4. Hastaların bireysel özellikleri, prostat kanseri konusunda bilgi ve tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi**

- Eğitim ve ekonomik gelir düzeyinin SYBDÖ puanını etkilediğini ( $p < 0,05$ ),
- Prostat kanseri hakkında bilgisi olanların, daha önce prostat muayenesi olanların ve PSA testi yaptıranların, prostat ca belirtilerini bilenlerin, SYBDÖ puanlarının daha yüksek olduğu ( $p < 0,05$ ),
- 70 yaş üzerinde bulunan bireylerin 50-59 yaş aralığında bulunan bireylere göre beslenme ve stres yönetimi açısından puanların yüksek olduğu ( $p < 0,05$ ),
- Üniversite ve üzeri öğrenim düzeyinde olan bireylerin, ilkökul düzeyinde öğrenim almış bireylere göre fiziksel aktivite ve manevi gelişim puanlarının yüksek olduğu ( $p < 0,05$ ),
- Bekar ve dul olanların fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek puanlarının evli olanlara göre daha yüksek olduğu ( $p < 0,05$ ),
- Bireylerin çalışma durumu ile SYBDÖ' alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ( $p > 0,05$ ),
- Gelir durumuna 4001 TL ve üzeri olanlarda manevi gelişim, fiziksel aktivite ve kişiler arası alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu ( $p < 0,05$ ),
- Sigara kullanmayan bireylerin fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetim puanlarının, sigara kullanan bireylere göre yüksek olduğu ( $p < 0,05$ ),
- Alkol kullanma durumunun SYBDÖ alt ölçek ortalama puanlarını etkilemediği ( $p > 0,05$ ),
- Prostat kanseri hakkında bilgi sahibi olan bireylerin SYBDÖ'nün tüm alt ölçek toplam puanlarının yüksek olduğu ( $p < 0,05$ ),

- Bireyler daha önce prostat muayenesi olan bireylerin SYBDÖ'nün tüm alt ölçek puanlarının yüksek olduğu ( $p<0.05$ ),
- Prostat muayenesini utandırıcı bulmayan bireylerin beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek puanlarının yüksek olduğu ( $p<0.05$ ),
- Birinci derecede akrabasında prostat kanseri olan bireylerin fiziksel aktivite beslenme puanlarının düşük olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ).



## 6.2. Öneriler

*Çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda;*

- Prostat kanseri konusunda risk grubunun bilgilendirilmesi ve bu gruptaki erkeklerin taramalara katılımının sağlanması,
- Sağlıklı yaşam davranışları konusunda bireylerin bilgilendirilmesi
- Yaşlanan toplumun daha fazla fiziksel aktivite yapabilmesi için desteklenmesi
- Bireylerin aktif prostat taramalarına katılımını sağlayacak eğitim programları düzenlenmesi,
- Daha büyük gruplarda çalışmaların yapılması önerilmektedir.





## KAYNAKLAR

1. Kahraman F. *40 Yaş Üzeri Bireylerin Prostat Kanseri Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç ve Tutumları* (Tez). Atatürk Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2015.
2. Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer statistics, 2014. *CA: a cancer journal for clinicians*, 2014, 64(1): 9-29.
3. Er V, Lane JA, Martin RM, Persad R, Chinegwundoh F, Njoku V, Sutton E. “Barriers and facilitators to healthy lifestyle and acceptability of a dietary and physical activity intervention among African Caribbean prostate cancer survivors in the UK: a qualitative study”, *BMJ open*, 2017, 7(10): e017217.
4. Üroloji derneği prostat kanseri kılavuzu. [http://www.uroonkoloji.org/files/eau\\_pca.pdf](http://www.uroonkoloji.org/files/eau_pca.pdf)
5. Zorlu F. “Prostat kanseri tarama çalışmaları”, *Üroonkoloji Bülteni*, 2004, 4: 10-12.
6. Wolf A, Wender RC, Etzioni RB, Thompson IM, D'Amico AV, Volk RJ, DeSantis C. “American Cancer Society guideline for the early detection of prostate cancer: update 2010”, *CA: a cancer journal for clinicians*, 2010, 60(2): 70-98.
7. Pacheco SO, Pacheco FJ, Zapata GM, Garcia JM, Previale CA, Cura HE, Craig WJ. “Food habits, lifestyle factors, and risk of prostate cancer in Central Argentina: a case control study involving self-motivated health behavior modifications after diagnosis”, *Nutrients*, 2016, 8(7): 419.
8. Reynard J, Brewster S, Biers S. *Oxford Handbook of Urology*, Oxford Medical Publications, Third edition 2013 Oxford University Press, 2013.
9. Çapık C. *Web destekli eğitim ve danışmanlığın prostat kanseri taramalarına ilişkin sağlık inancı, bilgi düzeyi ve taramalara katılmaya etkisi* (Tez). Atatürk Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2010.

10. Spring B, King AC, Pagoto SL, Van Horn L, Fisher JD. “Fostering multiple healthy lifestyle behaviors for primary prevention of cancer”, *American Psychologist*, 2015, 70(2): 75.
11. Dirimeşe E, Korkmaz FD, Alcan AO. “Koroner arter bypass greft cerrahisi öncesi hastaların yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi”, *Balikesir Saglik Bil Derg*, 2016, 5(2): 56-61.
12. Hui WHC. “The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong”, *Journal of professional nursing*, 2002, 18(2): 101-111.
13. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. “Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II’nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması”, *Cumhuriyet Hem Der*, 2008, 12(1): 1-13.
14. Sharma M, Gupta S, Dhole B, Kumar A. *The Prostate Gland. Basics of Human Andrology* A Textbook. A. Kumar, M. Sharma (eds.) Springer: 17-35.
15. Bhavsar A, Verma S. “Anatomic imaging of the prostate”, *BioMed research international*, 2014.
16. Hammerich K H, Ayala GE, Wheeler TM. (2008). “Anatomy of the prostate gland and surgical pathology of prostate cancer”, In *Prostate Cancer* (pp. 1-14). Cambridge University Press. DOI: 10.1017/CBO9780511551994.003
17. Şentürk AB. *Prostat Embriyolojisi, Fizyolojisi ve Anatomisi*. Derman Tıbbi Yayıncılık, Ankara, 2015. [www.jcam.com.tr/files/KATD-3362.pdf](http://www.jcam.com.tr/files/KATD-3362.pdf)
18. Dinçel Ç. *Üroonkoloji, Prostat Kanseri Epidemiyoloji ve Etyolojisi*, 2. Baskı, Meta Basım, İzmir, 2013.
19. Anafarta K, Arıkan N, Bedük Y. *Temel Üroloji*, 4. Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2011: 1222.
20. <https://emedicine.medscape.com/article/1923122-overview#a2>
21. Standring S. *Gray’s Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice*, Expert Consult, 40 edition. London, Churchill Livingstone, 2008; 1255-6.

22. Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA. *Campbell-Walsh Urology*, Expert Consult Premium Edition: Enhanced Online, 2011.
23. Rassweiler J, Wagner AA, Moazin M, Gözen AS, Teber D, Frede T, Su LM. “Anatomic nerve-sparing laparoscopic radical prostatectomy: comparison of retrograde and antegrade techniques”, *Urology*, 2006, 68(3): 587-591.
24. Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Peters CA. *Campbell- Walsh Urology*, International Edition: Elsevier, 2016.
25. Palmeri ML, Miller ZA, Glass TJ, Garcia-Reyes K, Gupta RT, Rosenzweig SJ, Madden J. “B-mode and acoustic radiation force impulse (ARFI) imaging of prostate zonal anatomy: Comparison with 3t t2-weighted MR imaging”, *Ultrasonic imaging*, 2015, 37(1): 22-41.
26. Ürolojik Cerrahi Derneği Masaüstü Başvuru Kitabı, *Prostat Anatomisi*, Genişletilmiş, 2. Basım, Ankara, 2016, 12(1): 668-669.
27. Altunkol A, Abat D, Yeni E. *Prostatın Cerrahi Hastalıkları*, Derman Tıbbi Yayıncılık, Ankara, 2015.
28. Schünke M, Schulte E, Schumacher U. *Prometheus Anatomi Atlası*, 2. cilt. Çeviri editörü: Yıldırım M, Marur T. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2009: 168-9.
29. Baader B, Herrmann M. “Topography of the pelvic autonomic nervous system and its potential impact on surgical intervention in the pelvis”, *Clinical anatomy*, 2003, 16(2): 119-130.
30. Costello AJ, Brooks M, Cole OJ. “Anatomical studies of the neurovascular bundle and cavernosal nerves”, *BJU international*, 2004, 94(7): 1071-1076.
31. Mauroy B, Demondion X, Drizenko A, Gouillet E, Bonnal JL, Biserte J, Abbou C. “The inferior hypogastric plexus (pelvic plexus): its importance in neural preservation techniques”, *Surgical and Radiologic Anatomy*, 2003, 25(1): 6-15.
32. Ganzer R, Blana A, Gaumann A, Stolzenburg JU, Rabenalt R, Bach T, Denzinger S. “Topographical anatomy of periprostatic and capsular nerves:

- quantification and computerised planimetry”, *European urology*, 2008, 54(2): 353-361.
33. Drake RL, Vogl W, Mitchell AW. *Tıp fakültesi öğrencileri için Gray’s Anatomi*, Çeviri editörü: Yıldırım M. Güneş Kitabevi, İstanbul, 2007, 391-397, 399-405.
  34. Nickel JC, Downey J, Hunter D, Clark J. “Prevalence of prostatitis-like symptoms in a population based study using the national institutes of health chronic prostatitis symptom index”, *The Journal of urology*, 2001, 165(3): 842-845.
  35. Schaeffer AJ. “Chronic prostatitis and the chronic pelvic pain syndrome”, *New England Journal of Medicine*, 2006, 355(16): 1690-1698.
  36. İzol V, Hüseyinov B, Arıdoğan İA. “Prostatit tedavisinde güncel yaklaşımlar”, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2013, 22(1): 130-141.
  37. Yoon BI, Kim S, Han DS, Ha US, Lee SJ, Kim HW, Cho YH. “Acute bacterial prostatitis: how to prevent and manage chronic infection? ”, *Journal of Infection and Chemotherapy*, 2012, 18(4): 444-450.
  38. Brede CM, Shoskes DA. “The etiology and management of acute prostatitis”, *Nat Rev Urol*, 2011, 8(4): 207-212.
  39. Naber KG. “Antimicrobial treatment of bacterial prostatitis”, *European Urology Supplements*, 2003, 2(2): 23-26.
  40. Kiyota H, Onodera S, Ohishi Y, Tsukamoto T, Matsumoto T. “Questionnaire survey of Japanese urologists concerning the diagnosis and treatment of chronic prostatitis and chronic pelvic pain syndrome”, *International journal of urology*, 2003, 10(12): 636-642.
  41. Khan FU, Ihsan AU, Nawaz W. “A novel mouse model of chronic prostatitis/ chronic pelvic pain syndrome induced by immunization of special peptide fragment with aluminum hydroxide adjuvant”, *Immunol Lett*, 187 (2017) 61–67.

42. Shoskes DA, Nickel JC, Dolinga R, Prots D. "Clinical phenotyping of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and correlation with symptom severity", *Urology*, 2009, 73(3): 538-542.
43. Eckhardt MD, van Venrooij GE, Boon TA. "Symptoms, prostate volume, and urodynamic findings in elderly male volunteers without and with LUTS and in patients with LUTS suggestive of benign prostatic hyperplasia", *Urology*, 2001, 58(6): 966-971.
44. Kirby RS, Roehrborn C, Boyle P, Bartsch G, Jardin A, Cary MM, Grossman EB. "Efficacy and tolerability of doxazosin and finasteride, alone or in combination, in treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia: the Prospective European Doxazosin and Combination Therapy (PREDICT) trial", *Urology*, 2003, 61(1): 119-126.
45. Chapple CR, Roehrborn CG. "A shifted paradigm for the further understanding, evaluation, and treatment of lower urinary tract symptoms in men: focus on the bladder", *European urology*, 2006, 49(4): 651-659.
46. Liao CH, Lin VC, Chung SD, Kuo HC. "Therapeutic effect of  $\alpha$ -blockers and antimuscarinics in male lower urinary tract symptoms based on the International Prostate Symptom Score subscore ratio", *International journal of clinical practice*, 2012, 66(2): 139-145.
47. Roehrborn CG. "Focus on lower urinary tract symptoms: Nomenclature, diagnosis, and treatment options: Highlights from the 5th international consultation on benign prostatic hyperplasia June 25–27, 2000, Paris, France", *Reviews in urology*, 2001, 3(3): 139-45.
48. AUA Practice Guidelines Committee. AUA guideline on management of benign prostatic hyperplasia Chapter 1: Diagnosis and treatment recommendations, *J. Urol*, 2003, 170: 530-547.
49. Reiter RE, deKornion JB. Prostat kanserinin epidemiyolojisi, etiyolojisi ve önlenmesi. Çeviri: Anafarta K, Yaman Ö, ed. Campbell Üroloji. 1 Baskı, İstanbul, Güneş Kitapevi, 2005: 3003-4.

50. Tevrüz F. *Prostat kanseri olgularında il-10-592 ve il-10-1082 polimorfizmlerinin araştırılması* (Tez). Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2011.
51. Ünüvar Özkan Y. *Prostat karsinomlarında mikrodamar dansitesi ve proliferasyon hızının gleason skor ve perinöral invazyon ile karşılaştırılması* (Tez). Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü Uzmanlık Tezi; 2005.
52. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, Thun MJ. "Cancer statistics", *CA: a cancer journal for clinicians*, 2008, 58(2):71-96.
53. Bozdoğan G. *PSA yüksekliği olan hastalarda levofloksasin tedavisi sonrası Oluşan PSA değişiminin prostat kanseri tanısındaki prediktif değeri* (Tez). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi; 2008.
54. Bütüner DB. *NKX3.1 transkripsiyon faktörünün hedef genlerinin ve prostat kanseri gelişimindeki etkisinin araştırılması* (Tez). Ege Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi; 2011.
55. Bratt O. "Hereditary prostate cancer: clinical aspects", *The Journal of urology*, 2002, 168(3): 906-913.
56. Yadav, Santosh, Muralidharan Anbalagan, Melody Baddoo, Erik Flemington, Krzysztof Moroz, Kathleen Hering-Smith, and Nick Makridakis. "Landscape of somatic mutations in DNA repair genes in prostate cancer." (2016): 2753-2753.
57. Dalsuna S. *Prostat Kanseri Tedavisinde Konvansiyonel ve Konformal Radyoterapi Tekniklerinin Karşılaştırılması* (Tez). Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Fizik Mühendisliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2007.
58. Lee DK, Chang C. "Endocrine mechanisms of disease: Expression and degradation of androgen receptor: mechanism and clinical implication", *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2003, 88: 4043-54.

59. Presti JR. Neoplasm of the prostate gland. In: Tanagho EA, McAninch JW (Eds.). *-Smith's general urology*. 15th ed. San Francisco, The McGraw-Hill Companies, 2000: 399-421.
60. Cox B, Sneyd MJ, Paul C, Delahunt B, Skegg DC. "Vasectomy and risk of prostate cancer", *Jama*, 2002, 287(23): 3110-3115.
61. Değirmenci M. *Prostat Kanseri Hücre Hattında Oktreotid ve (-)- Gossypol (At-101) Uygulamasının Sitotoksik ve Apoptotik Etkileri* (Tez). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2010.
62. Mottet N, Bellmunt J, Bolla M, Briers E, Cumberbatch MG, De Santis M, Lam TB. "EAU-ESTRO-SIOG guidelines on prostate cancer. Part 1: screening, diagnosis and local treatment with curative intent", *European urology*, 2017, 71(4): 618-629.
63. Johansson JE, Andrén O, Andersson SO, Dickman PW, Holmberg L, Magnuson, A, Adami HO. "Natural history of early, localized prostate cancer", *Jama*, 2004, 291(22): 2713-2719.
64. Klein EA, Kupelian PA, Dreicer R, Peereboom D, Zippe C. "Locally advanced prostate cancer", *Current treatment options in oncology*, 2001, 2(5): 403-411.
65. Nickel JC, Roehrborn CG, O'Leary MP, Bostwick DG, Somerville MC, Rittmaster RS. "The relationship between prostate inflammation and lower urinary tract symptoms: examination of baseline data from the REDUCE trial", *European urology*, 2008, 54(6): 1379-1384.
66. Tazi, H, Manunta A, Rodriguez A, Patard JJ, Lobel B, Guille F. "Spinal cord compression in metastatic prostate cancer", *European urology*, 2003, 44(5): 527-532.
67. Johansson E, Steineck G, Holmberg L, Johansson JE, Nyberg T, Ruutu M, SPCG-4 Investigators. "Long-term quality-of-life outcomes after radical prostatectomy or watchful waiting: the Scandinavian Prostate Cancer Group-4 randomised trial", *The lancet oncology*, 2011, 12(9): 891-899.

68. Paller CJ, Antonarakis ES. “Cabazitaxel: a novel second-line treatment for metastatic castration-resistant prostate cancer”, *Drug design, development and therapy*, 2011, 5: 117.
69. Wang HT, Yao YH, Li BG, Tang Y, Chang JW, Zhang J. “Neuroendocrine Prostate Cancer (NEPC) progressing from conventional prostatic adenocarcinoma: factors associated with time to development of NEPC and survival from NEPC diagnosis—a systematic review and pooled analysis”, *Journal of Clinical Oncology*, 2014, 32(30): 3383-3390.
70. Tward, J. D. (2016). Prostate Cancer Bone Metastasis. In *Metastatic Bone Disease* (pp. 55-64). Springer New York.
71. American Cancer Society; Cancer Facts and Figures 2003. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2003.
72. Cancer of prostate. Handbook for Brunner & Suddarth’s Textbook of Medical-Surgical Nursing (12th edition). H Surrena (Ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2010:184-190.
73. Lunenfeld B. “The ageing male: demographics and challenges”, *World J Urol*, 2012, 20: 11-16.
74. Remzi M, Waldert M, Djavan B, “Prostate cancer in the ageing male”, *J Mens Health Gend*, 2004, 1(1): 47-54.
75. PSA-Based Screening in 2012: The Debate Continues (PLCO and the European Mortality Studies, Professional Organizations Recommendation).
76. Singh H, Canto E, Sheriat SF, Kadmon D, Miles BJ, Wheeler TM, Slavin K. “Improved detection of clinically significant, curable prostate cancer with systematic 12 core biopsy”, *J Urol*, 2004.
77. Önem K, Erol B, Akduman B. “PSA-Based Screening in 2012: The Debate Continues (PLCO and the European Mortality Studies, Professional Organizations Recommendation)”, *Turk Urol Sem*, 2012; 3: 70-4.



78. D'Amico AV, Chen MH, de Castro M, Loffredo M, Lamb DS, Steigler A, Denham JW. "Surrogate endpoints for prostate cancer-specific mortality after radiotherapy and androgen suppression therapy in men with localised or locally advanced prostate cancer: an analysis of two randomised trials", *The Lancet Oncology*, 2012, 13(2): 189-195.
79. Zhu X, Albertsen PC, Andriole GL, Roobol MJ, Schröder FH, Vickers AJ. "Risk-based prostate cancer screening", *European urology*, 2012, 61(4): 652-661.
80. Thompson IM, Ankerst DP, Chi C, Goodman PJ, Tangen CM, Lucia MS, Coltman Jr CA. "Assessing prostate cancer risk: results from the Prostate Cancer Prevention Trial", *Journal of the National Cancer Institute*, 2006, 98(8): 529-534.
81. Andriole G, Bostwick D, Brawley O, Gomella L, Marberger M, Tindall D, Rittmaster R. "Chemoprevention of prostate cancer in men at high risk: rationale and design of the reduction by dutasteride of prostate cancer events (REDUCE) trial", *The Journal of urology*, 2004, 172(4): 1314-1317.
82. Can G. (Editör), *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi*, Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2007.
83. Sabuncu N, Akça Ay F. *Klinik Beceriler: Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakımı Ve Takibi*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2010.
84. Kaptan G. *Teoriden Uygulamaya İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram ve Kuramlar*, İstanbul Tıp Kitapevi, 2012.
85. Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA. "10-Year outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for localized prostate cancer", *N Engl J Med*. 2016; 375: 1415–1424.
86. Giberti C, Chiono L, Gallo F, Schenone M, Gastaldi E. "Radical retropubic prostatectomy versus brachytherapy for low-risk prostatic cancer: a prospective study", *World J Urol*. 2009, 27: 607–612.

87. Bacon C, Giovannucci E, Testa M, Kawachi I. “The impact of cancer treatment on quality of life outcomes for patients with localized prostate cancer”, *J Urol*, 2001, 166: 1804–1810.
88. Kobuke M, Saika T, Nakanishi Y. “Prospective longitudinal comparative study of health-related quality of life in patients treated with radical prostatectomy or permanent brachytherapy for prostate cancer”, *Acta Med Okayama*, 2009, 63: 129–35.
89. Leibell-Philips Textbook of radiation oncology. Third edition. Elsevier Saunders 2010, 245-246.
90. Erickson B, Eifel P, Moughan J. “Patterns of brachytherapy practice of carcinoma of cervix”, *J Clin Oncol Biol Phys*, 2005, 4: 1083-1092.
91. Wei JT, Dunn RL, Litwin MS, Sandler HM, Sanda MG. “Development and validation of the Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC) for comprehensive assessment of health-related quality of life in men with prostate cancer”, *Urology*, 2000, 56: 899–905.
92. Whiting PF, Moore TH, Jameson CM, Davies P, Rowlands MA, Burke M, Donovan JL. “Symptomatic and quality-of-life outcomes after treatment for clinically localised prostate cancer: a systematic review”, *BJU international*, 2016, 118(2): 193-204.
93. Iwamoto RR, Maher KE. “Radiation therapy for prostate cancer”, *In Seminars in oncology nursing*, 2001, 17(2): 90-100, WB Saunders.
94. Kushner RF, Mechanick JI. *The Importance of Healthy Living and Defining Lifestyle Medicine*, In *Lifestyle Medicine*, 2016, 9-15, Springer, Cham.
95. Ford ES, Bergmann MM, Kröger J, Schienkiewitz A, Weikert C, Boeing H. “Healthy living is the best revenge findings from the European prospective investigation into cancer and nutrition–potsdam study”, *Arch Intern Med*, 2009, 169(15): 1355-1362.

96. American Cancer Society; Cancer Facts and Figures 2018. <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8794.00.pdf> Erişim tarihi: 15.04.2018
97. Centers for Disease Control. (2014b). Chronic disease prevention and health promotion. Retrieved from <http://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/>
98. Centers for Disease Control. (2014a). Cancer prevention and control. Retrieved from <http://www.cdc.gov/cancer/>
99. Beşer A, Bahar Z, Büyükkaya D. “Health promoting behaviors and factors related to lifestyle among Turkish workers and occupational health nurses’ responsibilities in their health promoting activities”, *Industrial Health*, 2007, 45(1): 151-159.
100. Öner N. *Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler bir Başvuru Kaynağı*, 3.Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul, 1997.
101. Black C, Ford-Gilboe M. “Adolescent mothers: resilience, family health work and health promoting practices”, *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 48(4): 351-360.
102. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. “The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance”, *Nursing Research*, 1996, 45(1): 30-36.
103. Haddad LG, Al-Ma’aitah RM, Cameron SJ, ArmstrongStassen M. “An Arabic language version of the Health Promotion Lifestyle Profile”, *Public Health Nursing*, 2001, 15(2): 74-81.
104. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. “Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği”, *TJFMPC*, 2012, 6: 13-21.
105. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri*, 6. Basım, Hatiboğlu Basım ve Yayım, Ankara, 2004.

106. “Türkiye beden ağırlığı algısı araştırması”, Ed: Akdağ R. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 894, Anıl Matbaacılık, Ankara, 2012. ISBN No: 978- 975 - 590 - 446 – 7.
107. “Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması”, Ed: Ünal B, Ergör G. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Anıl Matbaacılık, Ankara, 2013. ISBN: 978-975-590-461-0
108. Doğanay S, Sözman K, Kalaça S, Ünal B. “Türkiye’de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor”, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 2012, 10(2): 93-115.
109. Başer S, Hacıoğlu M, Evyapan S, Özkurt S, Kıter G, Zencir M. “Denizli il merkezinde yaşayan erişkinlerin sigara içme özellikleri”, *Toraks Dergisi*, 2007, 8(3): 179-184.
110. Ötünçtemur A, Köklü İ, Dursun M, Özbek E. “Geriatric ve üroloji”, *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 2013, 29(Ek sayı 2):121-126.
111. Akman YR, Başar MM. “Urologic problems in the elderly population”, *Turkish Journal of Geriatrics / Türk Geriatri Dergisi*, 2012, 15(4): 455-462.
112. İspir BE. *Prostat Kanseri Tedavisinde Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi Planlamalarının Kalite Kontrolü ve 3 Boyutlu Konformal Radyoterapi ile Doz Dağılımlarının Karşılaştırılması* (Tez). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Radyoterapi Fizik Programı Yüksek Lisans Tezi; 2010.
113. Akyol İ. *Prostat Kanseri Tanısında Biyopsilerin ve Transüretal Prostat Rezeksiyonunun Yeri* (Tez). Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üroloji Servis Şefliği Uzmanlık Tezi; 2000.
114. Oliver JS. *Prostate cancer screening patterns among African American men in the rural South* (Thesis). Georgia State University Byrdine F. Lewis School of Nursing in the College of Health and Human Sciences, Doctora Thesis; 2008.
115. Ford ME, Vernon SW, Havstad SL, Thomas SA, Davis SD. “Factors influencing behavioral intention regarding prostate cancer screening among older

- AfricanAmerican men”, *Journal of the National Medical Association*, 2006, 98: 505-14.
116. Weinrich SP, Reynolds WA, Jr Tingen MS, Starr CR. “Barriers to prostate cancer screening”, *Cancer Nursing*, 2000, 23: 117-21.
  117. Çapık C, Gözüm S. “The effect of web-assisted education and reminders on health belief, level of knowledge and early diagnosis behaviors regarding prostate cancer screening”, *European Journal of Oncology Nursing*, 2012, 16: 71-7.
  118. Rutten LJF, Arora NK, Bakos AD, Aziz N, Rowland J. “Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980–2003)”, *Patient education and counseling*, 2005, 57(3): 250-261.
  119. Gilbert SM, Sanda MG, Dunn RL. “Satisfaction with information used to choose prostate cancer treatment”, *J Urol*, 2014; 191: 1265–1271.
  120. Chen X, Siu LL. “Impact of the media and the internet on oncology: survey of cancer patients and oncologists in Canada”, *J Clin Oncol*, 2001; 19: 4291–4297.
  121. Struck JP, Salem J, Siegel F, Kramer M, Tsaour I, Heidenreich A, Haferkamp A, Merseburger AS, Borgmann H. “Utilization of Facebook, Twitter, YouTube and Instagram in the prostate cancer community”, *European Urology Supplements*, 2017, 16(3): e1447.
  122. Schulman CC, Kirby R, Fitzpatrick J M. “Awareness of prostate cancer among the general public: findings of an independent international survey”, *European urology*, 2003, 44(3): 294-302.
  123. Romero FR, Santos Romero KRP, Pilati R, Kulysz D, de Oliveira Júnior FC. “Reasons why patients reject digital rectal examination when screening for prostate cancer”, *Archivos espanoles de urologia*, 2008, 61(6): 759-65.
  124. Kilpeläinen TP, Talala K, Raitanen J, Taari K, Kujala P, Tammela TL, Auvinen, A. “Prostate cancer and socioeconomic status in the Finnish randomized study of screening for prostate cancer”, *American journal of epidemiology*, 2016, 1-12.

125. Guessous I, Cullati S, Fedewa SA, Burton-Jeangros C, Courvoisier DS, Manor O, Bouchardy C. "Prostate cancer screening in Switzerland: 20-year trends and socioeconomic disparities", *Preventive medicine*, 2016, 82: 83-91.
126. Wanyagah P. *Prostate cancer awareness, knowledge, perception on self-vulnerability and uptake of screening among men in Nairobi County* (Thesis). Kenyatta university a research thesis, 2013.
127. Sanchez MA, Bowen DJ, Hart A, Spigner C. "Factors influencing prostate cancer screening decisions among African American men", *Ethn Dis*, 2007, 17: 374-380.
128. Winterich JA, Grzywacz JG, Quandt SA, Clark PE, Miller DP, Acuña J, Dignan MB, Arcury TA. "Men's knowledge and beliefs about prostate cancer: education, race, and screening status", *Ethnicity & disease*, 2009; 19(2): 199.
129. Consedine NS, Horton D, Ungar T, Joe AK, Ramirez P, Borrell L. "Fear, knowledge, and efficacy beliefs differentially predict the frequency of digital rectal examination versus prostate specific antigen screening in ethnically diverse samples of older men", *American journal of men's health*, 2007, 1(1): 29-43.
130. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. "Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk", *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2013, 4(1): 1-6.
131. Kılınç G, Yıldız E, Kavak F. "Kalp yetersizliği hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk arasındaki ilişki", *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2016, 7(13): 114-126.
132. Akgün Şahin Z, Biçer ÖGN. "Hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları", *MN Kardiyoloji*, 2015, 22(4): 180-185.
133. Gülcivan G, Topçu B. "Meme kanserli hastaların yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi", *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 2017, 5(2): 63-74.

134. Karakoç Kumsar A, Çınar Pakyüz S. “Metabolik sendromlu kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi”, *Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 2015, 12(1): 19-24.
135. Aksoy T, Uçar H. “Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları”, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 1(2): 53-67.
136. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, Çiftçi Ş. “Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012, 26(3): 151-157.
137. Gürsel N, Özbey S, Güzel P. “Öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi”, *International Journal of Social Science Research*, 2016, 5(2): 10-25.
138. Şen MA, Ceylan A, Kurt ME, Palancı Y, Adın C. “Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler”, *Dicle Tıp Dergisi*, 2017, 44(1): 1-11.
139. Oruç Z, Kaplan MA. “Kanser ve Egzersiz”, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Oncology Special Topics*, 2016, 9(3): 45-50.
140. Ornish D, Weidner G, Fair WR, Marlin R, Pettengill EB, Raisin CJ, Aronson WJ. “Intensive lifestyle changes may affect the progression of prostate cancer”, *The Journal of urology*, 2005, 174(3): 1065-1070.
141. Soyuer F, Soyuer A. “Yaşlılık ve fiziksel aktivite”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2008, 15(3): 219-224.
142. Liu Y, Hu F, Li D. “Does physical activity reduce the risk of prostate cancer? A systematic review and meta-analysis”, *Eur Urol*, 2011; 60(5): 1029-4412.
143. Magbanua MJ, Richman EL, Sosa EV. “Physical activity and prostate gene expression in men with low-risk prostate cancer”, *Cancer Causes Control*, 2014; 25(4): 515-23.

144. Rosato V, Edefonti V, Bravi F. “Nutrient-based dietary patterns and prostate cancer risk: a case–control study from Italy”, *Cancer Causes Control*, 2014, 25(4): 525-32.
145. Epstein MM, Kasperzyk JL, Mucci LA, Giovannucci E, Price A, Wolk A, Andrén, O. “Dietary fatty acid intake and prostate cancer survival in  rebro County, Sweden”, *American journal of epidemiology*, 2012, 176(3): 240-252.
146. Obermüller-Jevic UC, Olano-Martin E, Corbacho AM. “Lycopeneinhibitsthegrowth of normal humanprostateepithelialcells in vitro”, *J Nutr*, 2003; 133(11): 3356-60.
147. Maskarinec G, Morimoto Y, Hebshi S. “Serum prostate-specific antigen but not testosterone levels decrease in a randomized soy intervention among men”, *Eur J ClinNutr*, 2006; 60(12): 1423-9.
148. Dalais FS, Meliala A, Wattanapenpaiboon N. “Effects of a dietrich in phytoestrogens on prostate-specific antigen and sex hormones in men diagnosed with prostate cancer”, *Urology*, 2004, 64(3): 510-15.
149.  zyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. “Determinants of nursing students' healthy life style”, *Journal of Human Sciences*, 2011, 8(2): 328-332.
150. Koçoğlu D, Akın B. “Sosyoekonomik eğitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2009, 2 (4): 145-154.
151. Teo CH, Ng CJ, Booth A, White A. “Barriers and facilitators to health screening in men: A systematic review”, *Social Science & Medicine*, 2016, 165: 168-176.
152. Gönülal A. *Yaşlıların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi; 2005.



153. Yeşil Bayülgen M, Altıok M. “Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler”, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2017, 8(16): 45-54.
154. Kuru N, Piyal B. “Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesine Başvuran Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi”, *TAF Prev Med Bull*, 2012, 11(3): 287-298.
155. Özarslan B. *Diyabetik koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin belirlenmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi; 2013.
156. Ege E, Zincir H, Güneş G, Bilgin N. “Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin incelenmesi”, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 2003, 14(2): 83-92.
157. Özkaraman A, Alparslan GB, Babadağ B, Gökçe S, Gölgeli H, Derin Ö, Bilgin M. “Hemodiyaliz yapılan kronik böbrek hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi/ The evaluation behaviours for healthy life style in hemodialysis patients with chornic kidney disease”, *Osmangazi Journal of Medicine*, 2016, 38.
158. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. “Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi”, *Anadolu Kardiyoojil Dergisi*, 2011, 11: 619-26.
159. Başarır S, Pakyüz Çınar S. “Hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi” *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2015, 10(1): 19-31.
160. Kuşdemir DC. *Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2015.
161. Karalar ÜG. *Kanser tanısı alan erişkin hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve değişkenlerinin tanımlanması* (Tez). İstanbul Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.

162. Teo CH, Ling CJ, Ng CJ. “Improving health screening uptake in men: A systematic review and meta-analysis”, *American journal of preventive medicine*, 2018, 54(1): 133-143.
163. Early Breast Cancer Trialists’ Collaborative Group. Tamoxifen for early breast cancer: an overview of the randomised trials. *Lancet* 1998; 351: 1451–67.
164. Price JH, Colvin TL, Smith D. “Prostate cancer: perceptions of African - American males”, *J. Natl. Med. Assoc*, 1993, 85: 941–947.



## EKLER

### EK-1.

#### ANKET FORMU:

1- Yaşınız: .....

2- Boyunuz: .....

3- Kilonuz: .....

4- Polikliniğe hangi şikayetle başvurduunuz? .....

5 -Eğitim Durumunuz :

Okur yazar  İlkokul  Ortaokul  Lise mezunu  Üniversite ve üzeri

6-Medeni durumunuz :

Evli  Bekar  Dul

7- Mesleğiniz :

İşçi  Memur  Serbest Meslek  İşsiz  Emekli  Diğer: ...

8- Şu an çalışıyor musunuz?

Evet  Hayır

9- Gelir durumunuz?

2000 TL altı  2001-4000 TL arası  4001 TL ve üzeri

10- Adresiniz?

İstanbul  İstanbul dışı (Lütfen yazınız.) .....

11- Sağlık güvenceniz ?

SGK  Yeşil kart  Özel sigorta  Ücretli  Sağlık Güvencem  
Yok

**12- Sigara kullanıyor musunuz?**

- Evet  Hayır  Bıraktım

**13- Alkol kullanıyor musunuz?**

- Evet  Hayır  Bıraktım

**14- Kronik bir hastalığınız var mı?**

- Yüksek Tansiyon  Şeker hastalığı  Kalp hastalığı  Diğer  Yok

**15- Prostat kanseri hakkınızda bilginiz var mı?**

- Evet  Hayır

**16- Cevabınız evet ise Prostat kanserine ilişkin bilgilerinizi nereden öğrendiniz?**

- Çevremdekilerden  İnternette  Sağlık personelinde  
 TV/radyo/gazete/dergi vb.  Diğer (açıklayınız) .....

**17- Daha önce prostat muayenesi oldunuz mu?**

- Evet  Hayır

**18- Prostat muayenesinin utandırıcı olduğunu düşünüyor musunuz?**

- Evet  Hayır

**19- Birinci derece akrabanızda prostat kanseri olan var mı?**

- Evet  Hayır

**20- Prostat kanserinin belirtilerini biliyor musunuz?**

- Evet  Hayır  Yeterli değil

**21- 40-50 yaş arasında kanda PSA(kan örneği alınarak yapılan prostat kanseri testi) baktırdınız mı?**

- Evet  Hayır

**22-** Hangi aralıklarla kanda PSA baktıryorsunuz?( Cevabınız ‘Hiç yaptırmadım ise 24. Soruya geçiniz.)

- Yılda 1       2-5 yılda bir       Düzensiz       Hiç yaptırmadım

**23-** En son ne zaman kanda PSA baktırdınız?

- 6 ay önce       1 yıl önce       2-5 yıl önce

**24-** Daha önce rektal (parmakla prostat muayenesi) muayene oldunuz mu?

- Evet       Hayır

**25-** Cevabınız evet ise kaç yılda bir rektal (parmakla prostat muayenesi) muayene oluyorsunuz?

- Yılda bir       2-5 yılda bir       Doktor istemine göre

Aşağıda prostat kanseri ile ilgili ifadelerden sizin için uygun olanını işaretleyiniz.

	Evet	Hayır	Bilmiyor um
26.Prostat yalnızca erkeklerde bulunur.			
27.Prostat idrar yolu sisteminin bir parçasıdır.			
28.Prostat kanseri idrar yapma sorunlarına neden olabilir.			
29.Prostat erkek üreme sisteminin bir parçasıdır.			
30.Prostat kanseri böbrek yetmezliğine neden olabilir.			
31.Prostatta kanser oluşabilir.			
32.Prostat kanseri yaşlı insanlarda görülür.			
33.Prostat kanseri genetik olarak geçer.			
34.Birinci derece akrabada prostat kanseri olması riski arttırır.			
35.Prostat kanseri tedavi edilebilir.			
36.İleri yaşta prostat kanseri riski artar.			
37.Sigara içmek prostat kanseri riskini arttırır.			
38.Fiziksel hareket (yürüyüş, yüzme, bisiklete binme vs.) prostat kanseri riskini düşürür.			
39. Aşırı şişmanlık prostat kanseri riskini arttırır.			

## EK-2.

### SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II:

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınız için size uygun seçeneği işaretleyiniz.

Alışkanlıklar	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
2. Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4. Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
5. Yeterince uyurum.				
6. Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.				
7. İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8. Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.				
9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10. Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).				
11. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.				
13. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.				
14. Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.				
15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16. Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm.				
17. Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18. Geleceğe umutla bakarım.				
19. Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20. Her gün 2-4 öğün meyve yerim.				
21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda baksana bir sağlık personeline danışırım.				
22. Bos zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				
23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim.				
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26. Her gün 3-5 öğün sebze yerim.				
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				

28. Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.				
32. Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34. Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).				
35. İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36. Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37. Yakın dostlar edinmek için caba harcarım.				
38. Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.				
39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
40. Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41. Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42. Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
43. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
44. Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46. Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47. Yorulmaktan kendimi korurum.				
48. İlahi bir gücün varlığına inanırım.				
49. Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50. Kahvaltı yaparım.				
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52. Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				

KATKILARINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

### **EK-3. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Sayın gönüllü;

Bu çalışma, prostat kanseri ile ilgili bilginiz ve tutumunuz ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelenmek amacıyla yapılacaktır. Akademik amaçlı bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden istenilen bütün sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermenizdir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacak ve güvenli bir şekilde saklanacaktır.

İlginizden ve desteğinizden dolayı teşekkür ederiz.

Yukarıda, araştırma ile ilgili metni okudum. Araştırmaya katılmama hakkı ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğumu biliyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

*Ad- Soyadı:*

*İmza:*

*Şahidin*

*Adı-Soyadı:*

*İmza:*

Elif YURTSEVER

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

[elis\\_fb07@hotmail.com](mailto:elis_fb07@hotmail.com)

[yrtsvrelif07@gmail.com](mailto:yrtsvrelif07@gmail.com)

Danışman

Doç. Dr. ASIYE GÜL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

[asiye.gul@sbu.edu.tr](mailto:asiye.gul@sbu.edu.tr)



## EK-4.

----- Forwarded Message -----  
From: Zuhâl Bahâr <[zbahar@ku.edu.tr](mailto:zbahar@ku.edu.tr)>  
To: asiye gul <[asiyegul2003@yahoo.com](mailto:asiyegul2003@yahoo.com)>  
Sent: Wednesday, October 4, 2017, 9:53:24 AM GMT+3  
Subject: RE: ölçek kullanımı için izin

Sayın GÜL,  
Ölçeğimizi kullanabilirsiniz.  
Kolay gelsin,sevgiler

---

From: asiye gul [mailto:[asiyegul2003@yahoo.com](mailto:asiyegul2003@yahoo.com)]  
Sent: Wednesday, October 4, 2017 6:10 AM  
To: [zbahar@ku.edu.tr](mailto:zbahar@ku.edu.tr)  
Cc: "elif yurtsever" <[elis\\_fb07@hotmail.com](mailto:elis_fb07@hotmail.com)>  
Subject: ölçek kullanımı için izin

Sayın Hocam

Ben Sağlık Bilimleri Üniversitesinde görev yapıyorum. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'yi  
Okan Üniversitesi Yüksek Lisans öğrencisi Elif Yurtsever'in tezinde kullanmak istiyoruz. Geçerlik-güvenirliliğini yaptığınız bu ölçeği kullanabilir miyiz? Çok teşekkür ederiz. Saygılarımla

Doç.Dr.Asiye Gül  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Ebelik bölümü



EK-5.

**OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**Etik Kurul Kararı**

Toplantı Tarihi: 08.11.2017

Toplantı Sayısı: 88

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)


Okan Üniversitesi Etik Kurulu 08.11.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

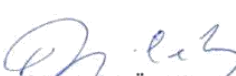
**Karar 12.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik bölümünden **Elif YURTSEVER**'in "**50 Yaş Üzeri Erkeklerin Prostat Kanseri Bilgi ve Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi**" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



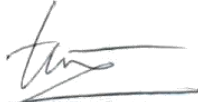
Prof. Dr. Mithat Kıyak  
(Başkan)



Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan  
(Üye)



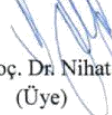
Prof. Dr. Dilek Öztürk  
(Üye)



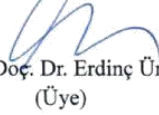
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay  
(Üye)




Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen  
(Üye)



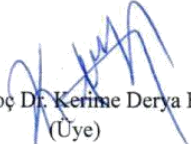
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ  
(Üye)

EK-6.



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 30279032-799  
Konu : Araştırma İzni Elif YURTSEVER

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
(Kamu Hastaneleri Başkanlığı -5)

İlgi : 18/01/2018 tarihli ve 71211201-799-22 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden, Okan Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Elif YURTSEVER'in "50 Yaş Üzeri Prostat Kanseri Bilgi ve Tutumları İle İlgisi Sağlık Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi" adlı tez çalışmasını Hastanemiz bünyesinde yapabilme talebi, Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-izmalıdır.  
Prof. Dr. Gökhan Tolga ADAŞ  
Başhekim

---

Özellik Birimi	Bilgi için: Sanem AÇIKGÖZ
Faks No:	Uyvan: FİRMA
e-Posta: sanem.acikgoz@saglik.gov.tr İnt. Adresi: Haseki Sultan Mah. Haseki Cad. ( Haseki E.A.H. Yeni Poliklinik Binası ) Fatih/İSTANBUL Tel : 0212 529 44 43/44 Dahili:1251	Telefon No:0212-529-44-44/43
Evrakın elektronik imzalı suretine <a href="http://e-belge.saglik.gov.tr">http://e-belge.saglik.gov.tr</a> adresinden e9cf3262-3e87-4837-b5a5-24ebb76481ba kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.	

---

EK-6.



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - (ESKİ)İSTANBUL  
EDARİ HİZMETLER BİRİMİ - 5  
23/03/2018 14:37 - 71211201 - 799 - E 299



Sayı : 71211201-799  
Konu : Araştırma İzni Elif YURTSEVER

OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 15/12/2017 tarihli ve 71211201-63004 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazı ile Üniversiteniz Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Elif YURTSEVER'in "50 Yaş Üzeri Prostat Kanseri Bilgi ve Tutumları İle İlgisi Sağlık Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi" adlı tez çalışmasını yapabilme talebi tarafımıza bildirilmişti.

Söz konusu çalışmanın İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Dt. Şule TUYGUN  
Müdür a.  
Başkan Yardımcısı

EKLER:  
Yazı Örneği (1 adet)

Eğitim Araştırma Geliştirme Birimi  
Zafer Mh. Çınar Sk. No:2 Bahçelievler/İSTANBUL Tel: 0212 987 11 72

İrtibat: Sema MERAL

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e9cf32b2-3e87-4857-b5a5-24ebb76481ba kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

# ÖZGEÇMİŞ

## 1.Kişisel Bilgiler

<b>Adı:</b>	Elif	<b>Soyadı:</b>	Yurtsever
<b>Doğum Yeri:</b>	Gazipaşa	<b>Doğum Tarihi:</b>	08.08.1989
<b>Uyruğu:</b>	T.C	<b>Tel:</b>	
<b>Email:</b>	yrtsvrelif07@gmail.com		

## 2.Öğrenim Durumu:

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Aksaray Üniversitesi	2008-2012
Y. Lisans	Hemşirelik	Okan Üniversitesi	2013-2018

## 3.Deneyimler

Ünvan	Yer	Yıl
Hemşire	S.B.Ü Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2013- Halen

1. İdari Görevler
2. Bilimsel Kuruluşlara Üyelikler
3. Yabancı Dil
4. Bilgisayar
5. Bilimsel Yayınla