

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ GENÇ ERİŞKİN
ERKEKLERİN TESTİS KANSERİNE YÖNELİK
SAĞLIK İNANÇLARININ VE TESTİS KANSERİ
ERKEN TANI VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

Mehmet Ekrem BOZKURT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Fatma ERSİN

ŞANLIURFA

2019

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ GENÇ ERİŞKİN
ERKEKLERİN TESTİS KANSERİNE YÖNELİK
SAĞLIK İNANÇLARININ VE TESTİS KANSERİ
ERKEN TANI VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

Mehmet Ekrem BOZKURT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Fatma ERSİN

ŞANLIURFA

2019

TEZ ONAY

T. C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Mehmet Ekrem BOZKURT'un hazırladığı "Mevsimlik Tarım İşçisi Genç Erişkin Erkeklerin Testis Kanserine Yönelik Sağlık İnançlarının ve Testis Kanseri Erken Tanı ve Davranışlarının İncelenmesi" başlıklı çalışması **24/06/2019** tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında *Yüksek Lisans Tezi* olarak kabul edilmiştir.



BAŞKAN

Doç. Dr. Fatma ERSİN

Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Nihal GÖRDES
AYDOĞDU

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik
Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



Dr. Öğr. Üyesi Mert KARTAL
Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun **27/06/2019** tarih ve **2019/11/18**..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Fuat DİLMEÇ
Enstitü Müdürü



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin sırasında ve tezimin hazırlanması aşamasında her zaman bana yardımcı olan, bilgisi ve deneyimleri ile yoluma ışık tutan, hiçbir zaman hoşgörü ve güler yüzünü eksiltmeyen saygıdeğer hocam Doç. Dr. **Fatma ERSİN**'e, tezimi hazırlarken yardımını esirgemeyen arkadaşım Arş. Gör. **Özlem KAÇKİN**'e ve bu süreçte elinden geldiği kadar bana yardımcı olmaya çalışarak yükümü hafifleten eşim **Melike SUNAY BOZKURT**'a teşekkürlerimi sunarım.

MEHMET EKREM BOZKURT

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	v
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Mevsimlik Tarım İşçiliği	3
2.1.1. Dünyada Mevsimlik Tarım İşçiliği	3
2.1.2. Türkiye'de Mevsimlik Tarım İşçiliği	4
2.2. Tarım İşçiliğinin Sınıflandırılması	5
2.3. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Karşılaştığı Temel Sorunlar	6
2.4. Testis Kanseri	7
2.4.1. Testis Kanserinin Epidemiyolojisi	8
2.4.2. Testis Kanserinde Tanı.....	8
2.4.3. Kendi Kendine Testis Muayenesi (KKTm).....	9
2.5. Sağlık İnanç Modeli	11
2.6. KKTm ile İlgili Yapılan Araştırmalar.....	13
2.7. Kendi Kendine Testis Muayenesinde Hemşirenin Rolü	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Tipi	16
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	16
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	16
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	17
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	17
3.4.2. Testis Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMÖ).....	17
3.5. Verilerin Toplanması.....	18
3.5.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	18

3.5.2 Veri Toplama Aracının Uygulanması	18
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	18
3.7. Verilerin Analizi.....	19
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA	29
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	34
6.1. Sonuçlar.....	34
6.2. Öneriler.....	34
7.KAYNAKLAR	36
8. EKLER:	42
Kurum İzin Belgesi	42
Tanıtıcı Bilgi Formu	43
Testis Taramalarında Championun Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	47
Testis Taramalarında Championun Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Kullanılabilmesi İçin Araştırmacılardan Alınan İzin.....	49
Bilgilendirilmiş Onam Formu	50
Etik Kurul Onayı	52
Tez Çalışması Orijinallik Raporu Ve Beyan Belgesi.....	53
İntihal Formu.....	54
Tez Veri Giriş Formu	55

TABLULAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Genç Erişkin Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	20
Tablo 4.2. Mevsimlik Tarım İşçisi Genç-Erişkin Erkeklerin Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayenesi ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı.....	21
Tablo 4.3. Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	22
Tablo 4.4. Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Kendi Kendine Testis Muayenesi Yapma Durumlarına Göre Dağılımı.....	23
Tablo 4.5. Mevsimlik Tarım İşçisi Genç-Erişkin Erkeklerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinden Aldıkları Puanın Dağılımı	25
Tablo 4.6. Mevsimlik Tarım İşçisi Genç-Erişkin Erkeklerin Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayenesi Durumlarına Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinden Aldıkları Puanın Dağılımı.....	28

KISALTMALAR LİSTESİ

ANA: Amerikan Hemşireler Birliği

KKTM: Kendi Kendine Testis Muayenesi

R-KKTM: Rutin Kendi Kendine Testis Muayenesi

SİM: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

TK: Testis Kanseri

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu



ÖZET

MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ GENÇ ERİŞKİN ERKEKLERİN TESTİS KANSERİNE YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARININ VE TESTİS KANSERİ ERKEN TANI VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Mehmet Ekrem BOZKURT

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Bu çalışma, mevsimlik tarım işçisi genç erişkin erkeklerin testis kanserine yönelik sağlık inançlarının ve testis kanseri erken tanı davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Şanlıurfa ili Nihat Demirelli Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde Kasım 2013 - Nisan 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın örneklemini 300 birey oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında; tanıtıcı bilgi formu ve Testis Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenlerini ölçek puan ortalamaları, testis kanseri erken tanı davranışları, bağımsız değişkenlerini ise sosyo-demografik özellikler, testis kanseri ve kendi kendine testis muayenesi ile ilgili özellikler oluşturmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi ve ki kare testi kullanılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için Harran Üniversitesi Etik Kurulu'ndan, ilgili kurumdan ve çalışmaya katılacak olan bireylerden izin alınmıştır. Mevsimlik Tarım İşçisi bireylerin %15.3'ü testis kanserini duyduğunu, %6.3'ü hayatı boyunca en az bir kez Kendi Kendine Testis Muayenesi yaptığını, %97.2'sinin bilmediği için Kendi Kendine Testis Muayenesini yapmadığını belirtmiştir. Bireylerin sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları puan ortalamalarında en yüksek puanı duyarlılık algısı alt boyutundan (11.42 ± 5.36), en düşük puanı ortalamasını ise yarar algısı alt boyutundan (9.39 ± 2.36) aldıkları görülmüştür. Bireylerin sosyo demografik özelliklerinin Kendi Kendine Testis Muayenesini yapmayı etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$). Medeni durumun yarar algısını, eğitim durumunun yarar ve engel algısını etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$). Sonuç olarak çalışmada Mevsimlik Tarım İşçisi bireylerin testis kanserini Kendi Kendine Testis Muayenesini duyma ve yapma oranlarının istenen düzeyde olmadığı görülmektedir. Bu nedenle Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayenesi konusunda bilgi düzeylerini arttırmak için sağlık eğitimlerinin planlanması,

uygulanması ve sağlık hizmetine ulaşımda zorlandıkları için bireylerin çalıştıkları ortamda bu uygulamaların yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Testis kanseri, kendi kendine testis muayenesi, mevsimlik tarım işçiliği, hemşirelik



ABSTRACT

INVESTIGATION OF HEALTH BELIEFS AND EARLY DETECTION BEHAVIORS OF YOUNG ADULT MALE SEASONAL AGRICULTURAL WORKERS FOR TESTICULAR CANCER

Mehmet Ekrem BOZKURT

Nursing Department, Master Thesis

This study was carried out in a descriptive way with the aim of investigating health beliefs early detection behaviors of young adult seasonal agricultural workers towards testicular cancer. It was conducted at Nihat Demirelli Family Health Center, Şanlıurfa between November 2013 - April 2014. The sample group of the study included 300 individuals. For data collection, a descriptive questionnaire form was used along with the Health Belief Model Scale of Champion for Testicular Cancer Scans. The dependent variables of the study included scale averages and early detection behaviors for testicular cancer while socio-demographic features, testicular cancer and testicular self-examination were among the independent variables. The SPSS 16.0 software package was used data evaluation. The descriptive statistics used in the analysis of data were T test and chi-square test for independent sample groups. Necessary permissions were obtained from the Ethics Committee of Harran University, the associated organizations and the contributing individuals. The results of the study indicate that 15.3% of the seasonal agricultural workers have heard about testicular cancer, 6.3% of them had at least once performed testicular self-examination whereas 97.2% of the individuals stated not having a testicular self-examination due to being uninformed about it. It was observed that the individuals received the highest point from the sensitivity perception sub-dimension among the health belief model scale sub-dimensions point averages (11.42 ± 5.36) while the lowest point being from the benefit perception sub-dimension (9.39 ± 2.36). It was determined that the socio-demographic characteristics of the individuals did not influence performing testicular self-examination ($p>0.05$). It was detected that the marital status influenced the benefit perception whereas the education level effected the benefit and obstacle perceptions ($p<0.05$). As a result, the study revealed that the percentage of the seasonal agricultural

workers' who were informed about and performed testicular self-examination was not at a preferred level. Therefore, health educations should be planned and practiced to increase the awareness for testicular cancer and testicular self-examination and these programs should be implemented in their work environment since the seasonal agricultural workers may have difficulties in accessing health services.

Key Words: Testicular cancer, testicular self-examination, seasonal agricultural labor, nursing



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyadaki iş gücünün hemen hemen yarıya yakını (tahmini 1,3 milyar çalışan) tarımsal faaliyetlerde çalışmaktadır (1). En yoğun kayıt dışı çalışmanın olduğu sektör tarım sektörüdür (2). Tarım sektöründe çalışan Mevsimlik Tarım İşçileri (MTİ) ülkemiz ekonomisi açısından bütün problemlerine rağmen, vazgeçilemez bir çalışma grubudur (3). MTİ'ler çalışma koşullarındaki zorluklar nedeni ile sağlık hizmetlerine ulaşmada sorun yaşamakta ve çeşitli sağlık problemleri ile karşılaşmaktadırlar. Kanserde bu sorunlardan bir tanesidir.

Kanser oluşumu ile MTİ'ler arasında nedensel bir ilişkiyi ortaya koyacak kesin kanıtlar üretilmemesine rağmen bazı pestisit türlerinin kullanımının Non-Hodgkin lenfoması, lösemi, dil ve prostat (4), multipl miyeloma, over, meme ve testis kanserine neden olduğu düşünülmektedir (5).

Testis kanseri günümüzde sıklığı giderek artmakta olan sağlık sorunlarından bir tanesidir. Lösemiden sonra 20–35 yaş grubu erkeklerde malignite olarak ikinci sıradadır (6). Testis kanserinin insidansı ülkeler, ırklar ve sosyoekonomik sınıflar arasında farklılıklar göstermektedir. İskandinav ülkelerinde görülme sıklığı her yıl yüz bin erkekte 6.7, Japonya'da 0.8'dir. Yüksek sosyoekonomik sınıflardaki bireylerde insidans, alt tabakalardakilerden yaklaşık iki kat daha düşüktür (7). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl ortalama 8000 yeni testis kanseri teşhis edilirken, İngiltere'de 2005 yılı sonrası, her yıl ortalama 1400 yeni testis kanseri vakası bildirilmektedir (8). Ülkemizde ise testis kanseri 15-24 yaş grubundaki erkeklerde, %24.8 ile en çok görülen kanser türüdür (9).

Testis kanserinin sebebi tam olarak bilinmemesine rağmen, hem edinsel hem de doğumsal bazı faktörlerin tümör gelişimiyle ilişkisi bulunmaktadır. Bunlardan en güçlü ilişkinin “inmemiş testis” ile olduğu bilinmektedir (10). Testis kanseri oldukça hızlı yayılan bir kanser çeşidi olmasına karşın erken tespit edildiğinde hastalığın prognozu iyi olup I. evrede 5 yıllık yaşam süresi %99'dur (7). Bu sebepten testis kanserinde “erken tanı ve tedavi” oldukça önem taşımaktadır. Testis kanserini erken tespit etmenin en

etkin yollarından biri kendi kendine testis muayenesi (KKTM) yapmaktır (11).

KKTM'nin zaman almaması, invaziv olmaması, kişilerce çabuk öğrenilebilmesi kolayca uygulanabilmesi, özel malzeme ve ekipman gerektirmemesi, ekonomik olması, güvenli olması, düzenli bir şekilde her ay yapıldığı takdirde testis dokusunun tanınmasını ve değişikliklerin erken fark edilmesini sağlaması gibi faydaları bulunmaktadır (12).

Kişilerin inançları sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde etkilidir (13). Sağlık İnanç Modeli (SİM), sağlık davranışının kavramsal çerçevesinin oluşturulmasında son elli yıldır kullanılan modeldir. SİM 1950'li yıllarda, hastalıkların önlenmesi ve erken tanısında yer alan tarama programlarına katılımın düşüklüğünü açıklamak için Rosenstock, Kegeles, Leventhal ve Hochbaum tarafından geliştirilmiştir (14, 15, 16). Modelden, sağlığın sürdürülmesi, bireylerin sağlıkla ilgili davranış değişikliklerinin belirlenmesi ve koruyucu sağlık davranışı ile ilgili araştırma ve müdahalelerde planlanması amacıyla faydalanılmaktadır (14, 15, 17).

Literatürde testis kanserinin yaygınlığı ile ilgili genç ve erişkin erkeklerin yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadıkları, KKTM'yi neredeyse hiç yapmadıkları saptanmıştır (18, 19, 20, 21, 22, 23). Bu nedenle erkeklerin testis kanseri erken tanı davranışını yapması ve sürdürmesi için bilinçlendirilmesi gerekmektedir (20, 24). Bu nedenle sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde bireylerin yaşamlarının her döneminde hemşirelerin önemli katkısı bulunmaktadır. Bu süreçte halk sağlığı hemşireleri sağlığın değerlendirilmesi, eğitim, danışmanlık, erken tanıya yönelik sevk ve tarama çalışmalarında aktif rol üstlenmektedir (11, 13, 22).

Ülkemizde genç erişkin erkeklerin testis kanserine yönelik sağlık inançları ve erken tanı davranışlarına yönelik çalışmalar sınırlı sayıdadır (12, 25). Bu nedenle çalışma, mevsimlik tarım işçisi genç erişkin erkeklerin testis kanserine yönelik sağlık inançlarının ve testis kanseri erken tanı davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Mevsimlik Tarım İşçiliği

2.1.1. Dünyada Mevsimlik Tarım İşçiliği

Bir toplumun sağlık seviyesini, biyolojik faktörler, sağlık, eğitim, fiziksel çevre faktörleri, sosyal çevre faktörleri, sosyal hizmetler, hizmetlerin varlığı, niteliği ve erişilebilirliği başta olmak üzere ulaşım ile gıda politikaları belirler (26).

Yapılan araştırmalara göre sağlık seviyesini belirleyen en önemli etkenler toplumların yaşam biçimi ve insanların mevcut çalışma koşullarıdır (27). İnsanların mevcut çalışma koşullarını ise yaşadığı ülkenin çalışma şartları, kendisinin yaşadığı ortamdaki sosyal ve fiziksel çevre etkilemektedir.

Tarım işçilerinde ise bu durum biraz farklıdır. Tarım işçiliği, sezonluk tarımsal üretim için bir yerden başka bir yere göç eden ve tarım sezonunun bitimi ile birlikte evlerine geri dönen işçiler için kullanılan kavramdır (27). Tarım işçilerinin mevcut çalışma koşulları ülkenin çalışma şartlarından çok işverenin kendi çalışma politikası ile ilgilidir. İşveren çıkarları doğrultusunda şartları oluşturur. Tarım işçileri ise daha çok muhtaç kesim olduğu için (bunun nedeni işçi sayısının çokluğu, eğitim seviyelerinin düşüklüğü ve devlet politikalarının bu konuda işçilerden yana denetimlerinin az olması veya olmaması) bu zor şartları geçinebilmek için kabul etmektedir. Tarım işçiliğinin sezonluk bir iş olması nedeniyle, işçilerin çalıştığı ortam yılda bir kaç kez değişmektedir. Buda işçilerin yaşadığı ortamdaki sosyal ve fiziksel düzeninde değişmesi demektir.

Dünyadaki çalışan insanların (yaklaşık 1.3 milyar çalışan) neredeyse yarısı tarımla ilgili işlerde çalışmakta ve geçimini bu şekilde sağlamaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütü ise tarım sektörünü en tehlikeli çalışma gruplarından birisi olarak göstermekte ve her yıl birçok tarım işçisinin mesleki hastalıklara yakalanarak iş kazasına maruz kaldığını belirtmektedir (28).

Tarımsal üretim seviyesi yüksek olan ülkelerde, yaralanma, kaza, hastalık ve erken ölümler açısından kadınlar, çocuklar, yaşlılar ile mevsimlik tarım işçileri (MTİ) özel risk grubu olarak tanımlanmıştır (29) .

Avrupa’da yapılan araştırmalarda tarım sektörünün; genç işçiler arasındaki ölüme sebebiyet veren iş kazası hızının en yüksek olduğu ve çiftliklerde yaşanan kazaların %30’undan fazlasının çocuk ve ergenlerin geçirdiği kazalardan meydana geldiği rapor edilmiştir (30).

Tarım işçilerinde sağlık açasından bir diğer önemli risk faktöründe pestisit kullanımındır. Pestisit kullanımı sonucunda maruz kalınan kimyasallar işçinin sadece kendisini değil aile bireylerini de etkilemektedir. Tarım işçisi bireylerin çocuklarında ebeveynlerinin pestisit kullanmasından dolayı kimyasallardan etkilendiğini gösteren çalışmalar vardır (31).

Mevsimlik tarım işçileri dünyada, yetersiz yaşam ve barınma koşulları, yetersiz ve dengesiz beslenme, kaza ve kazalara bağlı yaralanmalar, üreme sağlığı sorunları, pestisit kullanımı ve etkilenimi, aşırı sıcak ve soğuğa maruz kalma, hizmete erişmekte yaşanan güçlükler nedeniyle hastalıkların yüksek olduğu ve erken ölümlerin görüldüğu çalışma yaşamının en kötü şartlarına maruz kalmış ve sosyal dışlanmanın bütün boyutlarını yaşamış bir kesim olarak ele alınmıştır. Son zamanlara kadar da bilim insanları, araştırma kurumları ile kamu ve sivil toplum örgütlerince “görölmeyenler ve duyulmayanlar” olarak rapor edilmişlerdir (29).

2.1.2. Türkiye’de Mevsimlik Tarım İşçiliği

Ülkemizdeki tarımsal faaliyetler neticesinde ürünlerin yetiştirilmesinde insan gücü makine gücünden daha fazla tercih edilmektedir. Gelir düzeyi yeterli olmayan aileler, ekim ve hasat dönemlerinde çalışabilmek için tarımsal işgücüne ihtiyaç duyulan bölgelere göç etmektedirler (32, 33).

Oldukça zor şartlar altında yapılmakta olan mevsimlik tarım işçiliğinde, bu kişiler yılın yaklaşık 6-7 ayını evlerinden uzakta geçirmektedirler. Elektriksiz tek odalı ilkel çadır koşullarında barınmaya çalışmakta, yetersiz ve dengesiz beslenme ortamında, kanalizasyon sistemi olmayan kendilerinin yaptıkları derme-çatma tuvaletlerde, sulama kanallarına yakın hijyenik olmayan bir çevrede yaşamaktadırlar. Çalışma şartları da zor olup, sabahın ilk ışıklarıyla beraber çalışmaya başlayıp akşam karanlık çökene kadar

yaklaşık 12-13 saat tarlalarda güneş altında çalışmaktadırlar (34). Tarım sektöründe çalışan sayısı 2017 yılında 178 bin kişi azalmıştır, istihdam edilenlerin %19.5'i tarım sektöründe yer almıştır (35).

Ülkemizde tarım sektöründe istihdam oranı yüksek olmasına karşın gerekli yasal düzenlemeler konusunda her zaman yoksun bir sektör olmuştur. Bu yüzden Türkiye'de, önceki yıllara oranla sağlık ve sosyal sorunlara yönelik olarak yapılan bilimsel çalışmalarda artma yaşanmış, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından, Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Sosyal Hayatlarının İyileştirilmesi Genelgesi (24 Mart 2010) yayınlanmış, ulaşım, barınma, eğitim, ücret ve diğer kamu hizmetlerine erişim konuları değerlendirilmiş; ayrıca tarlalarda yaşam alanları oluşturmaya yönelik altyapı çalışmaları içinde hazırladıkları projelere yönelik illere bütçe aktarımları sağlanmıştır. Bu çalışmalar halen devam etmektedir (36).

Tarım sektöründe gelir dağılımındaki eşitsizlik, hijyenik olmayan çevre koşulları ve barınma problemleri bu insanların sağlıklarını da olumsuz yönde etkilemekte ve hastalıkların görülme sıklıklarını artırmaktadır (37).

Testis kanseri ile ilgili yapılan çalışmalarda düşük sosyoekonomik sınıflardaki bireylerde insidans, sosyo ekonomik düzeyi yüksek olan sınıflardan yaklaşık iki kat daha yüksek bulunmuştur (7). Bu nedenle tarım sektöründe çalışan bireyler testis kanseri açısından risk altında denilebilir. Ayrıca pestisit maruziyeti de riski arttırmaktadır

2.2. Tarım İşçiliğinin Sınıflandırılması

Tarımsal faaliyetlerin üretim kısmından hasat aşamasına kadar nasıl ki farklı aşamalar varsa, bu işi yapan işçiler arasında da farklı çalışma tipleri mevcuttur. Bu farklı çalışma türleri, tarım işçilerinin de farklı bir sınıflandırmaya tabi tutulmasını gerektirmiştir. Literatürde tarım işçileri aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır (38, 39).

Bu sınıflandırmaya göre tarım işçileri:

Çalışma Sürelerine Göre: Sürekli tarım işçileri, geçici tarım işçileri

Yapılan İşin Niteliğine Göre: Uzman işçi, beden işçisi

Cinsiyete Göre: Kadın, erkek, (bu grup kendi içinde çocuk ve yaşlı diye ayrıca sınıflandırılmaktadır)

Alınan Ücrete Göre: Gündelikçi, aylıkçı, mevsimlikçi, yıllıkçı

Yaşadıkları Yere Göre: Yerli tarım işçisi (yöresel), gezici tarım işçisi

İş Alma Şekillerine Göre: Götürü tarım işçileri, yüzdeci tarım işçileri

Uyruğuna Göre Tarım İşçileri: Yerli veya yabancı tarım işçileri şeklinde sınıflandırılmaktadır.

2.3. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Karşılaştığı Temel Sorunlar

Mevsimlik tarım işçilerinin karşılaştığı temel sorunlardan bazıları aşağıda verilmiştir (1).

Ulaşım Sorunları: MTİ'lerin karşılaştığı temel sorunlardan biri ulaşım sorunlarıdır. Evlerinden çalışmak için göç ettiklerinde ve evlerine geri dönerken ulaşım masrafını düşürmek amacıyla minibüslere kapasitesinin üstünde sıkışarak binmektedirler. Özellikle yaz aylarında devrilen minibüs haberleri çok sık duyulmaktadır (1).

İş Bulma Sorunu: MTİ'ler çalışma sürelerinin kısıtlı olması nedeniyle işi nerde ve nasıl bulacaklarını bilememektedirler. Genellikle tarımsal aracı ile görüşerek iş bulmaktadırlar (1).

Barınma ve Yaşam Koşullarından Kaynaklanan Sorunlar: MTİ göç ettikleri bölgelerde ikamet sürelerinin tarımsal faaliyetin türüne göre değişiklik göstermesi nedeniyle geçici barınaklarda yaşamak zorunda kalmaktadırlar. Barınma merkezlerinin belirlenmesi büyük oranda MTİ'in kendi istekleri dışında gerçekleşmektedir (40).

Çalışma Koşullarına İlişkin Sorunlar: MTİ'lere yönelik yasal düzenlemelerin olmaması, bu konuda yöresel, yapılan işin çeşidine (ekim, dikim, hasat, çapa,) ve gelenek/göreneklere göre belirlenmiş çalışma sürelerini ortaya çıkarmaktadır (1).

İş Güvenliği Sorunları: İşçilerin çalıştıkları işte makine kullanmaları ve pestisit kullanımı, fakat kimyasaldan etkilenmemek için yeterli koruyucu ekipmanın olmaması veya bu konudaki bilgisiz tutum ve davranışları onlar için en büyük sorunlardandır (1).

Ücret Sorunları: Tarım işçilerinin çoğu ücretini iş bitiminden sonra almaktadır. Bazen işveren işçilerin paralarını ödeyemeyip geciktirmektedir (1).

Bu sorunlar, tarım işçileri için sağlıklarını tehdit eden sorunlardır ve bunların sonucunda yaşam kaliteleri etkilenmektedir. Yukarıda belirtilen bütün sorunlar MTİ'lerin sağlığını olumsuz yönde etkilemekte, sağlık hizmetine ulaşmada sorun yaşamalarına neden olmaktadır. Bu nedenle genç erişkin erkekler için oldukça önemli ve erken tanısı mümkün olan testis kanserine ilişkin var olan durumun belirlenmesi, uygun hemşirelik girişimlerinin planlanabilmesi ve MTİ'lerin buldukları yerlere bu girişimlerin ulaştırılabilmesi oldukça önemlidir.

2.4. Testis Kanseri

Erkek üreme sisteminin bir parçası olan testisler, erkek cinsine ait olan testesteron hormonu ile üreme hücreleri olan spermilerin üretildiği yerdir. Testislerde bulunan hücrelerin zaman içerisinde mutasyona uğramasıyla, anormalleşmesi sonucunda kontrolsüz olarak büyümesi ve gelişmesi durumunda ise testis kanseri meydana gelir. Erkeklerde ürogenital sistem tümörlerinin %13-23'ünü testis tümörleri oluşturmaktadır (25).

Erkeklerin yaşamları boyunca testis tümörüne yakalanma oranı %0.2 düzeyindedir. Mortalite oranları 1950'li yıllarda %50'ye yakın olmasına rağmen şu anda bu oran %10'un altındadır (41).

Aile hikayesi önemli risk faktörlerinden biridir. Hastanın birinci derece akrabasında öykü olması ile hesaplanan rölatif risk 3-10'dur. Eğer ki erkek kardeş hasta

ise bu risk biraz daha fazladır (24). Bireyin testisinde tümör varsa, diğer testisinde tümör gelişme riski normalden 25 kat yüksektir (42).

"Testis tümörlü hastaların %1-3'ünün birinci derece yakınlarında testis tümörüne rastlanması ve ırksal farklılıklar görülmesi, tümör gelişiminde genetik faktörlerin rol oynayabileceğini düşündürmekle birlikte, herhangi bir herediter kanser sendromu ile ilişki gösterilememiştir " (43).

Testis kanserinin belirtileri skrotumda tek taraflı ağrısız şişme, skrotum üzerinde pigmentasyon, jinekomasti, karın ve kasıklarda ağrıdır (44). Testis kanserinde en çok karşılaşılan belirtiler ise testiste ağrısız kitle veya yaygın büyümedir (45).

2.4.1. Testis Kanserinin Epidemiyolojisi

Testis kanseri, erkeklerde özellikle 15-35 yaş arası grupta sık görülen bir kanserdir. Son 20 yıl içinde %50'ye varan bir artış göstermektedir. İngiltere'de 2005 yılından sonra her yıl ortalama 1400, ABD'de 8000 yeni testis kanseri vakası bildirilmektedir (8). Afrika ve Asya'da insidans 100.000'de 2'nin altındayken Kuzey Amerika ve İskandinav ülkelerinde 100.000'de 5'in üzerine çıkmaktadır (46). Testis kanserinin ülkemizde görülme sıklığı %1.3'tür (12). Kanser sağ testiste %52.3 oranında, sol testiste %47.7 oranında ve her iki testiste de %2-3 oranında görülmektedir (47).

Ülkemizde testis kanserinin görülme sıklığı, 15-24 yaş grubu erkeklerde %24.8 ile ilk sırada gelmektedir. 25-49 yaş arası erkeklerde ise %8.7 ile görülme sıklığı olarak 4. sırada yer alır (9).

Testis kanseri hızlı yayılım göstermekte ancak erken tanı konulduğu zaman hastaların çoğu (%85-90) tam olarak iyileşebilmektedir. Buda testis kanserinde erken tanı ve tedavinin önemini ortaya çıkarmaktadır (25, 48).

2.4.2. Testis Kanserinde Tanı

Testis kanserinde tanı sıklıkla fiziksel muayene ile konulmaktadır. Testis kanseri çoğunlukla ağrısız, tek taraflı skrotum içi kitle olarak karşımıza çıkmaktadır. Eğer

testiste bir kitle şüphesi varsa bu kitlenin benign olduğu ispatlanmadıkça hep malign bir kitleymiş gibi değerlendirilir.

Çoğu hastanın şikayeti, testiste ağrısız büyüme ve şişmedir. Testiste ele gelen sert ve düzensiz yüzeyle bir kitle en önemli bulgu olarak değerlendirilir. Ağrı bazen tek başına bir bulgu olabilir (49).

Başlıca tanı yöntemleri arasında transillüminasyon, bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi söylenebilir (6, 10). Ancak bu yöntemlere gerek kalmadan bireylerin testis dokusunu daha iyi tanımaları, farklılıkları erken dönemde tespit edebilecekleri kendi kendine testis muayenesi oldukça önemlidir.

2.4.3. Kendi Kendine Testis Muayenesi (KKTM)

Testis kanserinin erken evrede saptanması durumunda tamamen tedavi edilebilmesi nedeniyle erken tanı önemlidir. Araştırmalarda erken 5 yıllık yaşam şansı tanı yoluyla %99 olarak rapor edilmiştir (50). Bireylerin farkındalık düzeylerinin yüksek olması ve KKTM yapmaları erken tanı açısından oldukça önemlidir (10). Testis kanserinin önlenemeyeceği bir gerçektir, ancak testis kanserinin erken tanılanması mümkündür. Testis kanserinin erken tanılanmasında en önemli yol düzenli olarak KKTM'si yapmaktır (48). Bireyler tarafından düzenli bir şekilde yapılan KKTM, testis kanserini erken evrede yakalama şansını artırır (11). Yapılan araştırmalarda genç erişkin erkeklerin testis kanserinin sıklığı hakkında bilgilerinin olmadığı ve çoğunun KKTM yapmadıkları görülmüştür (20, 51). Rutin kendi kendine testis muayenesi (R-KKTM) bireyin kendi başına ayda en az bir kez, her iki elini kullanarak, bir eli ile testisi sabitlerken diğer eliyle testisi kitle yönünden araştırmak, testis dokusunu tanımak ve inceleme amacıyla duşta veya duştan sonra ayna karşısında yapılan muayenedir (52). R-KKTM'nin öğrenilmesinin uygulanabilmesinin basit olması, güvenli ve parasız olması, özel malzemeler gerektirmemesi, invaziv bir işlem gerektirmemesi ve zaman almaması en büyük avantajlarıdır ve düzenli bir şekilde her ay yapıldığında testis dokusunun tanınması gibi faydalar sağlamaktadır (20, 24).

Testisler incelenirken bir önceki muayeneye göre özellikle dikkat edilmesi gereken şeyler vardır (44, 53, 54).

Bunlar ;

Testislerin herhangi birinde ele gelen 'kitle',

Testislerin herhangi birinde 'büyüme',

Testisleri içeren kesede 'dolgunluk hissi ve şişkinlik',

Testislerde 'ağrı',

Testislerde 'sıvı birikimi' dir.

Bunlar KKTM yapılarak fark edilebilecek en önemli bulgulardır.

KKTM, uygulanması kolay bir yöntem olmasına rağmen yapılan çalışmalar bireylerin hem testis kanseri hem de KKTM ile ilgili bilgisinin yetersiz olduğunu göstermektedir (18, 20, 55-60).

Her ne kadar ileri evre testis kanserlerinde kemoterapi ve radyoterapi ile başarılı sonuçlar alınmış olsa da testis kanseri erken tanı ile tespit edildiğinde tedavi kolay ve daha az toksiktir. Avrupa Üroloji Birliği (EAU) ise KKTM'yi klinik açıdan risk faktörleri olan erkek bireylerde önerilebilir bulmaktadır (61).

Testis kanserinin taramasında KKTM uygulamasının gerekliliği konusunda tartışmalar da bulunmaktadır. Bireyler tarafından düzenli olarak yapılan KKTM ile onların yaşam süreleri arasındaki ilişkiyi kanıtlayan çalışma olmadığı için ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü ve Kanada Görev Gücü (US Preventive Services Task Force, Canadian Task Force) gibi bazı kuruluşlar hastalar tarafından gereksiz endişe ve korkuya, yersiz doktor ziyaretlerine yol açacağından dolayı düzenli KKTM'yi önermemektedirler (62). Ancak Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association-AMA) ve Amerikan Üroloji Birliği (American Urological Association-AUA) ise testis kanserinin erken tanısı için KKTM ile ilgili olarak halkın bilgilendirilmesi ve eğitilmesini önermektedir. Bunu da hastalığın tespitinde gecikme ile tanı anında ki

linik evre arasında anlamlı ilişki olduğunu belirten birçok çalışmanın kanıtlarına dayandırmaktadırlar (19, 20, 55, 57, 59).

2.5. Sağlık İnanç Modeli

Bireylerin sağlık davranışlarını gerçekleştirmelerinde sağlık inançları oldukça etkilidir.

Sağlık İnanç Modeli (SİM) son yıllarda koruyucu sağlık davranışlarının açıklanmasında sık kullanılmaktadır (63). 1950 yılında Amerika’da bir grup psikolog tarafından hastalıklardan korunma ve tarama programlarına olan katılımın yetersizliğini açıklamak amacıyla geliştirilmiş olan SİM “duyarlılık, önemseme/ciddiyet, yarar ve engel”i içeren dört alandan oluşmaktadır. Sağlık sorunlarına uyarlanmış olan ilk model olup koruyucu ve geliştirici sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini vurgulamıştır (51).

SİM’de ana kavram, koruyucu sağlık davranışlarında belirleyicilerin öngörülmesidir (63). Model, sadece tarama davranışlarını açıklamakla kalmamış, hastaların davranış ve davranış rolleri ile sağlık davranışlarının gerçekleşmesini kolaylaştıran etmenleri de açıklamıştır (64, 63, 65). Bir değer ve beklenti modeli olan SİM, bilişsel değişkenlere odaklıdır. Hastalığın engellenmesi bir değer iken; koruyucu sağlık davranışının gerçekleştirilmesi durumunda ise hastalığı önleyeceğine olan inanç ise beklentidir. Hastalığın şiddetine göre beklenti değişirken, önerilen sağlık davranışının gerçekleştirilmesinde ise hastalığa yakalanma olasılığında düşüş gözlemlenmektedir (63). Modelin altı temel bileşeni vardır. Bunlar (63);

Algılanan duyarlılık: Bireyin kendi sağlığını tehdit eden hastalıklarla ilgili algısıdır.

Algılanan ciddiyet: Tedavinin kabul edilmemesi durumunda ortaya çıkacak sonuçları içerir. Hastalığın sonucunda ortaya çıkacak olası sonuçları (ölüm, sakatlık, ağrı v.b.) değerlendirir.

Algılanan yarar: Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesi sonucunda, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili beklentidir. Bireyler, davranış gerçekleştirmelerinin kendileri için yararlı olacağını ve hastalığın kendilerinde olma risklerinin azalmasını beklemektedirler.

Algılanan engeller: Bireylere önerilen koruyucu sağlık davranışının gerçekleştirilmesini engelleyen, davranışın olası olumsuz yönleridir. Birey kendince, kendisine önerilen davranışın olumlu/olumsuz yanlarını görür.

Algılanan davranış: Eğer ki algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azaltırsa, o zaman davranış gerçekleşir. Yani davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen etmenlerle ilgili algıdır.

Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde en önemli etken, birey tarafından algılanan yarar ile algılanan engel arasındaki farktır (66). Albert Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramında bileşenlerden öz yeterlilik, istenilen sonuçlara ulaşabilmek için davranışın gerçekleştirilebilmesinde; bireyin kararlılığını, iradesini ve kendine olan inancını kapsar. Modele sonradan eklenen öz yeterlilik ise davranış değişikliğinin başlatılmasında ve sürdürülmesinde önemlidir (63).

SİM geliştirilirken hem davranış hakkındaki ipuçları hem de yapılan davranış gerçekleşmesini sağlayan ipuçları tartışılmıştır. Davranış tetikleyen mekanizma olarak ipucu kabul edilmiş ve Hochbaum'da (56), bireyde davranış gerçekleştirebilmek için gereken; algılanan duyarlılık ve algılanan yararın, davranışa sebep veren ipuçları ile artabileceğini söylemiştir (63). Model, davranışın gerçekleşmesinde, hem hastalığın şiddetinin hem de algılanan duyarlılığın, algılanan tehditin önemini belirtmektedir (67).

Sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde SİM oldukça önemlidir. SİM sağlık profesyonellerine, davranışın gerçekleşmesi yönelik ipuçları verir. Riski azaltan davranışlara yönelik engeller konusunda hastalara yardımcı olur (64).

Davranış değişikliğini öngören çalışmada, beklenen yarar beklenen maliyet ile ölçülür. Beklenen maliyet; çaba, zaman, para, uygunsuzluk ve beklenen davranışın istenen sonuca ulaşamaması gibi durumlara denir. SİM'de bu maliyetler, "engel" adı altında toplanmıştır.

Davranışın gerçekleşebilmesi, bireyde koruyucu sağlık davranışın gerçekleştirilmesiyle ilgili algılanan yarar, öz yeterlilik, sağlığı tehdit ile ilişkili algılanan ciddiyet, davranışın gerçekleştirilmesi sonucunda ortaya çıkacak olan iç ve dış ödüller ile ilişkilidir (62). Bireylerin sağlık ve hastalıkla ilgili öznel algıları, hastalıkla ilgili algılanan ciddiyet ve kendilerine yapılan önerileri yararlı bulup bulmama durumları, onların hastalıkla ilgili uygulamalara olan katılımlarını etkiler (68).

Champion, SİM modeline Bandura'nın üzerinde durduğu öz-etkililik/güven alanını eklemiş ve 1999 yılında yenilemiştir (69). Sonrada Barnes (70), Champion'un Sağlık İnanç Modeli'ni (CSİM) testis kanseri taramalarında KKTM'ye yönelik inanç ve uygulamaları belirlemeye yarayan CSİM Ölçeğine (CSİMÖ) uyarlayarak geliştirmiştir. Ölçek, kişilerin testis kanserine ilişkin duyarlılığın, önemseme düzeylerinin yüksek olmasının, onların KKTM yapma ihtimallerini arttırdığını söylemektedir. Ölçeğe göre erkeklerin KKTM'nin yararına ilişkin algıları, KKTM'nin engellerine ilişkin algılarından yüksek olması, onların KKTM uygulama oranlarını arttırmaktadır. Hemşireler, bireylerin yaşamlarının her döneminde sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli katkı sağlamaktadırlar. Hemşireler sağlığın değerlendirilmesi, erken tanıya yönelik eğitim ve danışmanlık, sevk ve tarama çalışmalarında aktif olarak rol üstlenmektedirler (11, 22).

SİM, hemşirelerin sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde, kişilerin davranışlarına ilişkin ipuçlarını görmelerini, riski azaltıcı davranışlara yönelik engelleri anlamaları sağlayacaktır (23).

2.6. KKTM ile İlgili Yapılan Araştırmalar

Lechner ve ark. (50) çalışmasında bireylerin %3'ünün, Khadra ve Oakeshott'un (20) çalışmasında bireylerin %28'inin, Rudberg ve ark. (71) %5.6'sının KKTM'yi duyduğu belirlenmiştir

Türkiye'de Üroonkoloji Derneği tarafından yapılan bir çalışmada, testis kanserini duyanların oranı %11.1'dir. Testis kanseri ve KKTM hakkında bilgi sahibi olma durumu ise %1.4'dür. Ayrıca katılımcıların %1.0'ı KKTM'yi yapmaktadır (58).

Ankara’da yapılan bir çalışmada ise KKTM'yi düzenli yapma oranı %2.5 olarak bulunmuştur (48).

Ülkemizde 275 üniversite öğrencisi ile yapılan bir diğer çalışmada ise KKTM'yi düzenli yapma oranı %4.3 olarak belirtilmiştir (72).

Yaş ortalaması $21,32 \pm 1,82$ olan, hepsi bekar 82 öğrencinin katıldığı bir başka araştırmada ise öğrencilerin daha önce KKTM’yi yapma durumları %6.1, KKTM’yi yapanların ise ayda bir KKTM yapma oranları %40.0 olarak belirtilmiştir (73).

Yapılan bir başka çalışmada katılımcıların %93.8’i KKTM’sini hiç duymadığını ifade etmiştir. Çalışmada bireylerin %3.3’ü KKTM’ni yapmayı bildiğini, %3.3’ü KKTM’sini yaptığını, %47.4’ü testis kanserinin erken tanısında KKTM’nin önemini bildiğini belirtmiştir. Katılımcıların %76.6’sı ise testis kanseri ve KKTM ile ilgili bilgi almak istediğini belirtmiştir (74).

Aydın Sağlık Yüksekokulundaki erkek hemşirelik öğrencilerinin katılımıyla yapılan başka bir araştırmada ise öğrencilerin %80’inin TK kavramını duydukları, TK hakkında %65.6’sının bilgi almadığı, %72.4’ünün KKTM’sini duymadığı, %90.6’sının ise KKTM hakkında eğitim almadıkları belirlenmiştir. KKTM yapmama nedenlerine bakıldığında ise %89.4’ünün KKTM’sini yapmayı bilmediğinden yapmadığı saptanmıştır. KKTM yapılma durumu incelendiğinde ise bireylerin %83.1’i KKTM’nin periyodik olarak yapılmasının gerekli olduğunu belirtmişlerdir. KKTM’nin ne zaman yapıldığı ile ilgili soruya ise %80’i bilmiyorum şeklinde yanıt vermiştir (75).

Günümüzde özellikle kanser gibi hastalıklarda erken tedavinin olumlu sonuçları göz önünde bulundurulduğunda; erken tedavinin ancak farkındalık ile olduğu görülmüştür. 20-35 yaş arası genç erişkin erkeklerde testis kanseri ile ilgili farkındalık oluşturabilmek için onlara gerekli eğitimlerin verilmesi gerekir. KKTM de bilgi verilmesi gereken önemli eğitimlerden biridir.

Tarım işçilerinin işleri gereği sahip oldukları göçebe hayatları, onları birçok konuda mahrum bırakmıştır. Bunlardan en önemlisi sağlıktır. Tarım işçileri sağlıklarına gerektiği ölçüde dikkat edememektedirler. Bunun nedenleri içinde; işleri gereği sağlık kurum ve kuruluşlarına ulaşmada zorluk yaşamaları, eğitim seviyesinin düşük olması,

sosyo-ekonomik durumun kötü olması, önceliklerin farklı olması sayılabilir. Tarım işçilerinin sağlığa ulaşmada yaşadıkları bu engeller, geçirdikleri birçok hastalıkta erken tedavi şansının azalmasına neden olmaktadır.

2.7. Kendi Kendine Testis Muayenesinde Hemşirenin Rolü

Testis kanseri; erken tanısı olan ancak bireyler tarafından çok bilinmeyen kanserlerden bir tanesidir. Erken tanısı mümkün olan ve erken tanıldığında hayatta kalma şansı yüksek olan bu kanserde sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir. Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerde bireyler ile en çok iletişim halinde olan sağlık profesyoneli hemşirelerdir. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmeti veren hemşirelerin öncelikle hizmet verdikleri toplumu tanılamaları oldukça önemlidir. Çünkü toplumu tanılayarak dezavantajlı grupları belirlemeli, gereksinimleri saptamalı bu doğrultuda hizmet sunmalıdır. Şanlıurfa'da MTİ'ler riskli gruplardan bir tanesidir. Çünkü Kasım ve Nisan ayları arasında Şanlıurfa'da yaşamakta, diğer aylarda farklı illerde çalışmaktadır. Bu nedenle hemşireler bu grubun Şanlıurfa'da olduğu tarihlerde kanserde erken tanı, testis kanseri, KKTM konusunda girişimler planlamalı ve uygulamaya geçirmelidir. Bireylere gittikleri illerde sağlık hizmetinden yararlanmaları konusunda rehberlik yapmalıdır. Ayrıca ihtiyaç durumunda telefon aracılığı ile iletişim kurmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, 20-35 yaş arasındaki mevsimlik tarım işçisi genç erişkin erkeklerin testis kanserine yönelik sağlık inançlarının ve testis kanseri erken tanı davranışlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın verileri Şanlıurfa Nihat Demirelli Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı Bölgede Kasım 2013 - Nisan 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Bölge halkının sosyo ekonomik düzeyi düşük olup halkın çoğu mevsimlik tarım işçisi olarak geçimini sağlamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Şanlıurfa Nihat Demirelli Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı bölgede yaşayan 20-35 yaş grupları arasındaki genç erişkin erkekler çalışmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklem seçiminde Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirmekte olan ülkeler için önerdiği 30 küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kümeler için Nihat Demirelli ASM Bölgesi'nde bulunan sokaklardan basit rastgele yöntemle 30 sokak belirlenmiştir. Seçilen her sokakta başlangıç noktası olarak sokak başındaki ilk haneden başlanılmış ve 10 kişiyi tamamlayana kadar sağ taraftan devam edilmiştir. (76). Sonuç olarak her kümeden 10 olmak üzere toplam 300 genç erişkine ulaşılmıştır.

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Çalışmada verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan tanıtıcı bilgi formu ve Champion'un Testis Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMO) kullanılmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan tanıtıcı bilgi formu; sosyo-demografik özellikler, testis kanseri, testis kanseri erken tanı davranışlarına ilişkin bilgiler ve kendi kendine)testis muayenesini (KKTM) içeren toplam 29 sorudan oluşmaktadır (Ek 1). (12, 25, 74, 75)

3.4.2. Testis Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMÖ)

Ölçek Barnes tarafından 2000 yılında geliştirilmiştir (70). Ülkemizde geçerlilik güvenirliliği Pınar ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Ölçek 26 maddeden ve beş alt boyuttan oluşmaktadır “Duyarlılık (5 madde), Önemseme/Ciddiyet (7 madde), Yararlar (3 madde), Engeller (5 madde), Öz-etkililik/Güven (6 madde)”. Ölçeğin alt boyutları iç tutarlılık Cronbach alfa değerleri 0.64-0.92 arasında değişmektedir. Ölçek 1'den 5'e kadar değişen 5'li likert tipi bir ölçektir ve “kesinlikle katılmıyorum”(1), “katılmıyorum”(2), “kararsızım”(3),“katılıyorum”(4), “kesinlikle katılıyorum”(5) şeklinde kullanılmıştır. Ölçekten en az 26 puan ve en fazla 130 puan alınmaktadır. Ölçeğin alt boyutları ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Toplam puanı bulunmamaktadır (27) (Ek 3). Bu çalışmanın chronbach alpha değeri 0.73 - 0.97 arasında değişmektedir.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Tanımlama formunun uygunluğunu belirlemek amacıyla beş uzmandan görüş alınmış ve alınan görüşler ile form yeniden düzenlenmiştir. Ayrıca tanıtıcı bilgi formlarının anlaşılabilirliğini belirlemek için örneklem dışındaki 15 mevsimlik tarım işçisine ön uygulama yapılmıştır. Uygulama sonrasında gerek görülen değişiklikler düzenlenerek tanıtıcı bilgi formuna son hali verilmiştir. Ön uygulama yapılan mevsimlik tarım işçileri örnekleme dahil edilmemiştir.

3.5.2 Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından bireyler evlerinde ziyaret edilmiş, yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Evren belirlendikten sonra örneklem hesaplaması yapılmıştır. Sonraki süreçte araştırmanın gerçekleştirileceği Şanlıurfa Nihat Demirelli ASM Bölgesi'nde tarım işçisi olan genç erişkin erkekler ile yüz yüze görüşülerek veri toplama araçları doldurulmuştur. Her bir görüşme ortalama 25 dakika sürmüştür. Görüşmeler esnasında araştırmacı önce kendisini tanıtmış, çalışmaya katılacak erkek bireylere bu görüşmenin amaçını açıklamıştır. Araştırmacı tarafından bilgilendirilmiş olur formu okunmuş, ardından tanımlayıcı bilgi formu, Champion'un Testis Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Model Ölçeği'ni (CSİMÖ) uygulamıştır. Ayrıca katılımcılar veri toplama formları doldurulduktan sonra testis kanseri erken tanı davranışları konusunda kısaca bilgilendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Bağımlı değişkenleri, Testis Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puan ortalamaları ve KKTM yapma davranışı oluşturmıştır.

Bağımsız Değişkenler: Bağımsız değişkenleri, sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, gelir durumu, medeni durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi, sigara-alkol alışkanlıkları ve düzenli spor yapma durumu) ve mevsimlik tarım işçisi

bireylerin TK ve KKTM ile ilgili özellikleri (ailesinde kanser öyküsü, TK'ni duyma durumu, TK'ni nereden duyduğu, testisleri ile ilgili sorunu olma durumu, vücudundaki değişiklikleri takip etme durumu, KKTM'yi duyma durumu, KKTM'yi nereden duyduğu, hayatı boyunca en az bir kez KKTM yapma durumu, KKTM'yi yapma zamanı, KKTM'yi yapma sıklığı, KKTM'yi yapmama nedeni, TK için muayene ve taramaya gitmeyi isteme durumu, KKTM ile ilgili bilgi almayı isteme durumu, KKTM ile ilgili bilgiyi kimden almak istemesi) oluşturmuştur.

3.7. Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama), iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (bağımsız gruplarda t testi) ve ki kare analizi yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın yapılabilmesi için Harran Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (08.10.2013 tarihli 13/09/18 sayılı karar) ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1’de çalışmaya katılan MTİ erkeklerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. MTİ’lerin yaş ortalaması 27.84 ± 4.37 olup, %57.0’si evli, %42.7’si lise ve üstü öğrenim görmüş, %70.0’i çalışmakta, %49.3’ünün geliri asgari ücret altında ve %45.7’sinin sağlık güvencesi bulunmamaktadır.

Tablo 4.1. Genç Erişkin Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=300)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Yaş		
20-23	58	19.3
24-27	86	28.7
28-31	75	25.0
32-35	81	27.0
Medeni Durum		
Evli	171	57.0
Bekar	129	43.0
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	2	0.7
Okur yazar	12	4.0
İlkokul mezunu	50	16.6
Ortaokul mezunu	108	36.0
Lise ve üstü	128	42.7
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	210	70.0
Çalışmıyor	90	30.0
Gelir Durumu		
Asgari ücret altı	148	49.3
Asgari ücret üstü	152	50.7
Sağlık Güvencesi		
Var	163	54.3
Yok	137	45.7
Toplam	300	100.0

Tablo 4.2’de çalışmaya katılan MTİ erkeklerin TK ve KKTm ile ilgili özelliklerin dağılımı yer almaktadır. MTİ’lerin %16.3’ünün ailesinde kanser tanısı almış birey bulunmaktadır. Araştırma katılan MTİ’lerin %15.3’ü testis kanserini duyduğunu, testis kanserini duyanların %43.5’i medyadan, %21.7’si yakın akrabalarından duyduğunu ifade etmiştir.

Mevsimlik tarım işçisi bireylerin %3.0’ı testisleri ile ilgili bir sorunu olduğunu, %57.0’ı vücudundaki değişiklikleri takip ettiğini, %3.0’ı KKTm’ni duyduğunu,

%55.6'sı arkadaşından duyduğunu, %63.2'si aklına geldikçe, %21.1'i duştan sonra yaptığını belirtmiştir. Katılımcıların %97.2'si bilmediği için KKTM'ni yapmadığını, %69.3'ü bilgi almak istediğini, %74.5'i sağlık personelinde bilgi almak istediğini ifade etmiştir.

Tablo 4.2. Mevsimlik Tarım İşçisi Genç-Erişkin Erkeklerin Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayenesi ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	n	%
Ailenizde Kansere Öyküsü		
Evet	49	16.3
Hayır	251	83.7
Testis Kanserini Duyma Durumu		
Evet	46	15.3
Hayır	254	84.7
Testis Kanserini Nereden Duyduğu (n=46)		
Sağlık personeli	2	4.3
Medya	20	43.5
Arkadaş	6	13.1
Yakın akrabalar	10	21.7
Diğer	8	17.4
Testislerle İlgili Bir Sorun Olma Durumu		
Evet	9	3.0
Hayır	291	97.0
Vücudunuzdaki Değişiklikleri Takip Etme Durumu		
Evet	171	57.0
Hayır	129	43.0
KKTM'yi Duyma Durumu		
Evet	9	3.0
Hayır	291	97.0
KKTM'yi Nereden Duydunuz (n=9)		
Sağlık personeli	1	11.1
Medya	1	11.1
Arkadaş	5	55.6
Yakın akrabalar	2	22.2
Hayatınız Boyunca En Az Bir Kez KKTM Yapma Durumu		
Evet	19	6.3
Hayır	281	93.7
KKTM'yi Yapma Sıklığı (n=19)		
Yılda bir kez	3	15.8
Aklına geldikçe	12	63.1
Diğer	4	21.1
KKTM'nin Yapıldığı Zaman (n=19)		
Duştan önce	2	10.5
Dušta	3	15.8
Duştan sonra	4	21.1
Diğer	10	52.6

Tablo 4.2. (Devam) Mevsimlik Tarım İşçisi Genç-Erişkin Erkeklerin Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayenesi ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	n	%
KKTM'ni Yapmama Nedeni (n=281)		
KKTM'yi bilmemek	273	97.2
Muayeneden dolayı suçluluk hissetmek	1	0.4
Muayene için genç olduğunu düşünmek	4	1.4
Diğer	3	1.0
Testis Kanseri İçin Muayene/Taramaya Gitmeyi Düşünme Durumu		
Evet	152	50.7
Hayır	148	49.3
KKTM İle İlgili Bilgi İsteme Durumu		
Evet	208	69.3
Hayır	92	30.7
KKTM İle İlgili Bilgiyi Kimden Almak İstedığı		
Sağlık personeli	155	74.5
Medya	33	15.9
Arkadaş	15	7.2
Diğer	5	2.4

Tablo 4.3'de mevsimlik tarım işçisi bireylerin sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. MTİ'lerin duyarlılık algısı puan ortalaması 11.42 ± 5.36 , ciddiye algısı puan ortalaması 22.90 ± 6.35 , yarar algısı puan ortalaması 9.39 ± 5.36 , engel algısı puan ortalaması 15.23 ± 4.18 , özetkililik algısı puan ortalaması 13.09 ± 3.49 'dur.

Tablo 4.3. Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek Alt Boyutları	Min	Max	$\bar{x} \pm SS$	Cronbach Alpha (α)
KKTM Duyarlılık Algısı	5	25	11.42 ± 5.36	0.974
KKTM Ciddiyet Algısı	7	35	22.90 ± 6.35	0.883
KKTM Yararlar Algısı	3	14	9.39 ± 2.36	0.733
KKTM Engel Algısı	5	22	15.23 ± 4.18	0.860
KKTM Özetkililik Algısı	6	24	13.09 ± 3.49	0.735
Toplam Puan	26	130	15.39 ± 4.62	0.815

Tablo 4.4'de MTİ'lerin tanımlayıcı özelliklerinin KKTM yapma durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Evli bireylerin %5.8'i, bekar bireylerin ise %7.0'ı KKTM yapmaktadır ve medeni durum ile KKTM yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 0.158$, $p = 0.691$). Katılımcıların aylık gelirlerinin,

KKTM yapma durumlarına etkisi istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ($\chi^2= 0.031$, $p=0.860$). Çalışmaya katılan bireylerin sağlık güvenceleri ile KTMM yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2= 0.024$, $p=0.878$).

Katılımcıların çalışma durumlarının KKTM yapma durumlarına etkisi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($\chi^2= 1.951$, $p=0.163$)

Tablo 4.4. Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Kendi Kendine Testis Muayenesi Yapma Durumlarına Göre Dağılımı

Özellikler		Kendi Kendine Testis Muayenesi Yapma Durumları				İstatistiki Değer	
		Evet		Hayır		χ^2	p
		n	%	n	%		
Medeni Durum	Evli	10	5.8	161	94.2	0.158	0.691
	Bekar	9	7.0	120	93.0		
Gelir Durumu	Asgari ücret altı	9	6.1	139	93.9	0.031	0.860
	Asgari ücret üstü	10	6.6	142	93.4		
Sağlık Güvencesi	Var	10	6.1	153	93.9	0.024	0.878
	Yok	9	6.6	128	93.4		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	16	7.6	194	92.4	1.951	0.163
	Çalışmıyor	3	3.3	87	96.7		

Tablo 4.5’de MTİ bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre sağlık inanç modeli ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı verilmiştir. Katılımcılardan evli olan erkeklerin yarar algısı puan ortalaması 9.70 ± 2.01 , bekarların yarar algısı puan ortalaması 8.97 ± 2.71 bulunmuş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=2.673$ $p=0.008$). Çalışmaya katılan bireylerin medeni durumları ile duyarlılık ($t=0.783$ $p=0.434$), ciddiyet ($t=0.743$ $p=0.458$), engel ($t=-.998$ $p=0.324$) ve özetkililik ($t=1.454$ $p=0.147$) algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

MTİ bireylerin gelir durumu asgari ücret altı olan bireylerin, ciddiyet algısı puan ortalaması ve yarar algısı puan ortalaması sırası ile 22.11 ± 6.73 ve 9.06 ± 2.34 , gelir durumu asgari ücret üstü olan bireylerin ciddiyet algısı puan ortalaması ve yarar algısı puan ortalaması ise 23.67 ± 5.88 ve 9.71 ± 2.35 bulunmuştur. Gelir durumu ile ciddiyet algısı ($t=-2.133$ $p=0.034$) ve yarar algısı ($t=-2.369$ $p=0.018$) puan ortalamaları arasında

anlamli bir fark saptanmifstir. Gelir durumu ile duyarlilik ($t=1.746$ $p=0.082$), engel ($t=0.027$ $p=0.979$), ve ozetkililik ($t=1.812$ $p=0.071$) algilari puan ortalamalari arasinda anlamli bir fark saptanmamifstir.

Katilimcılardan saglik guvencesi var olan bireylerin, ozetkililik algisi puan ortalamasi 12.61 ± 3.36 bulunmufstur. Saglik guvencesi durumu ile ozetkililik algisi puan ortalamasi arasinda anlamli bir fark saptanmifstir ($t=-2.591$ $p=0.010$). Saglik guvencesi bulunma durumu ile duyarlilik ($t=-1.460$ $p=0.145$), ciddiyyet ($t=1.365$ $p=0.173$), yarar ($t=1.246$ $p=0.214$), ve engel ($t=-0.127$ $p=0.899$) algilari puan ortalamalari arasinda anlamli bir fark bulunmamifstir.

Katilimcılardan bir ifte califlanların yarar algisi puan ortalamasi 9.62 ± 2.28 , bir ifte califmayanların yarar algisi puan ortalamasi ise 8.85 ± 2.48 'dir. Calisma durumu ile yarar algisi puan ortalamasi ($t= 2.599$ $p=0.010$) arasinda istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmufstur. Calisma durumları ile duyarlilik ($t=-.098$ $p=0.922$), ciddiyyet ($t=1.556$ $p=0.121$), engel ($t=0.761$ $p=0.447$), ve ozetkililik ($t=0.891$ $p=0.374$) algilari puan ortalamalari arasinda anlamli bir fark saptanmamifstir.

Tablo 4.5. Mevsimlik Tarım İşçisi Genç-Erişkin Erkeklerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinden

Aldıkları Puanın Dağılımı

Özellikler	Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlar				
	Duyarlılık Algısı $\bar{X} \pm SS$	Ciddiyet Algısı $\bar{X} \pm SS$	Yarar Algısı $\bar{X} \pm SS$	Engel Algısı $\bar{X} \pm SS$	Özetkililik Algısı $\bar{X} \pm SS$
Medeni Durum					
Evli	11.62 ± 5.75	23.15 ± 5.28	9.70 ± 2.01	15.02 ± 4.30	13.35 ± 3.60
Bekar	11.14 ± 4.80	22.57 ± 7.55	8.97 ± 2.71	15.51 ± 4.01	12.75 ± 3.31
İstatistiki Değer	t=0.783 p=0.434	t=0.743 p=0.458	t=2.673 p=0.008	t=-.998 p=0.324	t=1.454 p=0.147
Gelir Durumu					
Asgari ücret altı	11.96 ± 5.47	22.11 ± 6.73	9.06 ± 2.34	15.24 ± 3.87	13.46 ± 3.71
Asgari ücret üstü	10.88 ± 5.21	23.67 ± 5.88	9.71 ± 2.35	15.23 ± 4.48	12.73 ± 3.23
İstatistiki Değer	t=1.746 p=0.082	t=-2.133 p=0.034	t=-2.369 p=0.018	t=0.027 p=0.979	t=1.812 p=0.071
Sağlık Güvencesi					
Var	11.00 ± 5.34	23.36 ± 6.60	9.54 ± 2.62	15.20 ± 4.34	12.61 ± 3.36
Yok	11.91 ± 5.36	22.35 ± 6.02	9.21 ± 2.02	15.27 ± 4.00	13.66 ± 3.57
İstatistiki Değer	t=-1.460 p=0.145	t=1.365 p=0.173	t=1.246 p=0.214	t=-0.127 p=0.899	t=-2.591 p=0.010
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	11.40 ± 5.20	23.27 ± 6.04	9.62 ± 2.28	15.35 ± 3.99	13.21 ± 3.50
Çalışmıyor	11.46 ± 5.75	22.03 ± 6.98	8.85 ± 2.48	14.95 ± 4.61	12.82 ± 3.46
İstatistiki Değer	t=-.098 p=0.922	t=1.556 p=0.121	t=2.599 p=0.010	t=0.761 p=0.447	t=0.891 p=0.374

Tablo 4.6’da MTİ bireylerin TK ve KKTM özelliklerine göre sağlık inanç modeli ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı verilmiştir. Katılımcılardan testis kanserini duyan bireylerin duyarlılık, ciddiyet ve özetkililik algısı puan ortalaması sırası ile 13.71 ± 5.52 , 25.67 ± 4.97 ve 16.04 ± 3.75 ; testis kanserini duymayan bireylerin ise duyarlılık, ciddiyet ve özetkililik puan ortalaması sırası ile 11.00 ± 5.23 , 22.40 ± 6.48 ve 12.56 ± 3.17 bulunmuştur. Testis kanserini duyma durumu ile duyarlılık algısı puan ortalaması ($t=3.205$ $p=0.001$), ciddiyet algısı puan ortalaması ($t=4.010$ $p=0.000$) ve özetkililik ($t=5.919$ $p=0.000$) puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Testis kanserini duyma durumu ile yarar ($t=-0.479$ $p=0.632$) ve engel ($t=0.195$ $p=0.845$) algıları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Katılımcılardan testisleri ile ilgili sorunu olan bireylerin duyarlılık, ciddiyet ve özetkililik algıları puan ortalamaları sırası ile 20.00 ± 3.00 , 28.77 ± 3.15 ve 17.66 ± 2.00 ; testisleri ile ilgili sorunu olmayan bireylerin duyarlılık, ciddiyet ve özetkililik algıları puan ortalamaları sırası ile 11.15 ± 5.20 , 22.72 ± 6.34 ve 12.95 ± 3.43 bulunmuştur. Testisleri ile ilgili sorunu olma durumu ile duyarlılık ($t=8.461$ $p=0.000$), ciddiyet ($t=5.431$ $p=0.000$) ve özetkililik ($t=4.089$ $p=0.000$) algıları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Katılımcılardan testisleri ile ilgili sorunu olma durumu ile yarar ($t=-1.616$ $p=0.144$) ve engel ($t=1.122$ $p=0.263$) algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Katılımcılardan TK için muayeneye gitmeyi düşünen bireylerin duyarlılık, ciddiyet, yarar, engel ve özetkililik algıları puan ortalamaları sırası ile 13.01 ± 5.22 , 25.19 ± 6.71 , 10.19 ± 2.61 , 13.61 ± 3.44 ve 13.84 ± 3.94 ; TK için muayeneye gitmeyi düşünmeyen bireylerin ise duyarlılık, ciddiyet, yarar, engel ve özetkililik algıları puan ortalamaları sırası ile 9.78 ± 5.02 , 20.54 ± 4.97 , 8.57 ± 1.75 , 16.89 ± 4.23 ve 12.33 ± 2.77 bulunmuştur. TK için muayeneye gitme durumları ile duyarlılık algısı puan ortalaması ($t=5.457$ $p=0.000$), ciddiyet algısı puan ortalaması ($t=6.824$ $p=0.000$), yarar algısı puan ortalaması ($t=6.309$ $p=0.000$), engel algısı puan ortalaması ($t=-7.344$ $p=0.000$) ve özetkililik algısı puan ortalaması ($t=3.848$ $p=0.000$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Hayatı boyunca en az bir kez testis muayenesi yapan bireylerin ciddiyet ve özetkililik algıları puan ortalamaları sırası ile 27.68 ± 3.54 ve 18.05 ± 4.15 , hayatı boyunca en az bir kez testis muayenesi yapmayan bireylerin ciddiyet ve özetkililik algıları puan ortalamaları sırası ile 22.58 ± 6.37 ve 12.76 ± 3.18 bulunmuştur. Hayatı boyunca en az bir kez testis muayenesi

yapma durumlarına göre bireylerin ciddiye algısı puan ortalaması ($t=5.686$ $p=0.000$) ve özetkililik algısı puan ortalaması ($t=5.442$ $p=0.000$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Katılımcıların hayatları boyunca en az bir kez testis muayenesi yapma durumlarına göre duyarlılık ($t=1.328$ $p=0.185$), yarar ($t=-0.366$ $p=0.718$) ve engel ($t=-1.733$ $p=0.084$) algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır.

MTİ bireylerden KKTM ile ilgili bilgi almak isteyen bireylerin duyarlılık, ciddiye, yarar, engel ve özetkililik algıları puan ortalamaları sırası ile 12.80 ± 5.23 , 24.20 ± 6.33 , 9.83 ± 2.47 , 13.98 ± 3.80 ve 13.78 ± 3.79 , KKTM ile ilgili bilgi almamayan bireylerin duyarlılık, ciddiye, yarar, engel ve özetkililik algıları puan ortalamaları sırası ile 8.28 ± 4.24 , 19.96 ± 5.36 , 8.40 ± 1.74 , 18.06 ± 3.60 ve 11.53 ± 1.95 bulunmuştur. Katılımcıların KKTM ile ilgili bilgi almak isteme durumlarına göre duyarlılık algısı puan ortalaması ($t=7.910$ $p=0.000$), ciddiye algısı puan ortalaması ($t=5.583$ $p=0.000$), yarar algısı puan ortalaması ($t=5.718$ $p=0.000$), engel algısı puan ortalaması ($t=-8.701$ $p=0.000$) ve özetkililik algısı puan ortalaması ($t=6.784$ $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Tablo 4.6. Mevsimlik Tarım İşçisi Genç-Erişkin Erkeklerin Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayenesi Durumlarına Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinden Aldıkları Puanın Dağılımı

Özellikler	Duyarlılık Algısı $\bar{X} \pm SS$	Ciddiyet Algısı $\bar{X} \pm SS$	Yarar Algısı $\bar{X} \pm SS$	Engel Algısı $\bar{X} \pm SS$	Özetkililik Algısı $\bar{X} \pm SS$
TK Duyuma Durumu					
Evet	13.71 ± 5.52	25.67 ± 4.97	9.23 ± 2.60	15.34 ± 3.64	16.04 ± 3.75
Hayır	11.00 ± 5.23	22.40 ± 6.48	9.42 ± 2.32	15.21 ± 3.28	12.56 ± 3.17
İstatistiki Değer	t=3.205 p=0.001	t=4.010 p=0.000	t=-0.479 p=0.632	t=0.195 p=0.845	t=5.919 p=0.000
Testisleri İle İlgili Sorunu Olma Durumu					
Evet	20.00 ± 3.00	28.77 ± 3.15	7.66 ± 3.27	16.77 ± 2.81	17.66 ± 2.00
Hayır	11.15 ± 5.20	22.72 ± 6.34	9.44 ± 2.32	15.18 ± 4.21	12.95 ± 3.43
İstatistiki Değer	t=8.461 p=0.000	t=5.431 p=0.000	t=-1.616 p=0.144	t=1.122 p=0.263	t=4,089 p=0.000
TK İçin Muayene Taramaya Gitme Durumu					
Evet	13.01 ± 5.22	25.19 ± 6.71	10.19 ± 2.61	13.61 ± 3.44	13.84 ± 3.94
Hayır	9.78 ± 5.02	20.54 ± 4.97	8.57 ± 1.75	16.89 ± 4.23	12.33 ± 2.77
İstatistiki Değer	t=5.457 p=0.000	t=6.824 p=0.000	t=6.309 p=0.000	t=-7.344 p=0.000	t=3.848 p=0.000
Hayatınız Boyunca En Az Bir Kez Testis Muayenesi Yapma Durumu					
Evet	13.00 ± 6.25	27.68 ± 3.54	9.15 ± 2.92	13.63 ± 4.32	18.05 ± 4.15
Hayır	11.31 ± 5.29	22.58 ± 6.37	9.40 ± 2.33	15.34 ± 4.16	12.76 ± 3.18
İstatistiki Değer	t=1.328 p=0.185	t=5.686 p=0.000	t=-0.366 p=0.718	t=-1.733 p=0.084	t=5.442 p=0.000
KKTM İle İlgili Bilgi Almak İsteme Durumu					
Evet	12.80 ± 5.23	24.20 ± 6.33	9.83 ± 2.47	13.98 ± 3.80	13.78 ± 3.79
Hayır	8.28 ± 4.24	19.96 ± 5.36	8.40 ± 1.74	18.06 ± 3.60	11.53 ± 1.95
İstatistiki Değer	t=7.910 p=0.000	t=5.583 p=0.000	t=5.718 p=0.000	t=-8.701 p=0.000	t=6.784 p=0.000

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, mevsimlik tarım işçisi genç erişkin erkeklerin testis kanserine yönelik sağlık inançlarının ve testis kanseri erken tanı davranışlarının belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Araştırmaya katılan MTİ'lerden %16.3' ünün ailesinde kanser tanısı almış birey olduğu ve %15.3' ünün testis kanserini duyduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Türkiye'de Üroonkoloji Derneği bünyesinde Kuzgunbay ve ark. (58) çalışmasında, ülkemizde testis kanserinin varlığından haberi olanların oranı %11.1 olarak belirlenmiştir. Avcı ve Altinel'in (74) çalışmasında bireylerin %56.2 testis kanserini daha önce duyduğunu belirtmiştir. Göçgeldi ve Koçak'ın (12) çalışmasında katılımcıların %48.3' ünün (n=159) testis kanserini duymadıkları saptanmıştır. Lechner ve ark. (50) yaptığı çalışmada testis kanserini duyma oranı %26, Rudberg ve ark. (71) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada oran %11.3, Vasudev ve ark. (77) yaptığı çalışmada %91 olarak bildirilmiştir. Sonuçlar testis kanserinin duyulma oranının ülkeler ve bölgeler arasında değiştiğini göstermektedir. Genel olarak 15-35 yaş arası en sık görülen kanser türlerinden biri olan testis kanserinin duyulma oranı oldukça düşüktür. Çalışmadan elde edilen sonuç, genç erişkin bireylerin testis kanseri konusunda farkındalık düzeylerinin düşük olduğunun bir göstergesidir.

Çalışmada MTİ'lerin %3' ünün KKTm'ni duyduğu, %6.3' ünün ise hayatı boyunca en az bir kez KKTm'si yaptığı saptanmıştır. Ayrıca KKTm'yi duyanların yarısından çoğu arkadaşından duyduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.2). Bu çalışmadan elde edilen hem KKTm'sini duyma hem de KKTm'sini yapma oranları yapılan birçok çalışmadan farklı bulunmuştur (20,78). Göçgeldi ve Koçak'ın (12) çalışmasında katılımcıların %20.7'sinin KKTm'yi duyduğu, %8.8'inin hayatı boyunca en az bir kez KKTm yaptıkları, KKTm'yi duyanların %24.1'inin sağlık personelinden, %17.2'sinin TV ve gazeteden, %10.3' ünün arkadaşlarından duyduğu belirtilmiştir. Başka bir çalışmada KKTm'sini duyma oranının %5.6 olduğu görülmüştür (71). Özbaş ve ark. (72) çalışmasında katılımcıların KKTm yapma oranlarının %4.5 olduğu saptanmıştır. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin KKTm'yi duyma oranları %72.4 iken, KKTm yapma oranları %26.2 olarak saptanmıştır. KKTm yapma oranlarının istenen düzeyde olmadığı görülmekte, bunun da bilgi ve farkındalık

düzeyinin düşük olması ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Dünyada ve Türkiye’de yapılan çalışmalarda da bireylerin KKTM’sine ilişkin yeterli bilgisinin ve farkındalığının olmadığı görülmektedir (19, 20, 58). Çalışmadan elde edilen sonuç bireylerin çoğunun KKTM yapmayı bilmemesinden, çalışma koşullarının zor olmasından dolayı önceliklerinin değişmesinden kaynaklanmış olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmada KKTM yapmama nedenleri içinde muayeneden dolayı suçluluk hissetme (%0.4), genç olduğunu düşünme (%1.3), KKTM’yi bilmeme (%97.2) yer almaktadır (Tablo 4.2). Bu çalışmaya benzer olarak yapılan çalışmalarda KKTM’sini yapmama nedenleri incelendiğinde KKTM’nin nasıl yapılacağını bilmedikleri ve kötü sonuçların ortaya çıkabileceğine ilişkin korku yaşadıkları, suç ve utanma gibi duygular yaşadıkları belirlenmiştir (48,78,79). Çalışmada MTİ’lerin neredeyse tamamının bilmediği için KKTM yapmaması önemli düzeyde bilgi eksikliğinin olduğunu bir göstergesidir.

Bu çalışmada MTİ bireylerin neredeyse tamamı KKTM’yi duymadığını (%97.0), yarısından fazlası (%74.5) bu konuda sağlık personelinden bilgi almak istediğini belirtmiştir (Tablo 4.2). Göçgeldi ve Koçak’ın (12) çalışmasında katılımcıları çoğu (%79.3) KKTM’yi duymadığını, %97.0’si bilgi almak istediğini belirtmiştir. Avcı ve Altinel’in (74) çalışmasında katılımcıların %76.6’sının KKTM hakkında bilgi almak istedikleri belirtilmiştir. Cronholm ve ark. (80) çalışmasında bilgi almak isteyenlerin oranı %44.3’tür. Benzer şekilde Ercan’ın (52) ve Yılmaz ve ark. (79) yaptıkları çalışmalarda da bilgi almak isteyenlerin oranı yüksek bulunmuştur. MTİ’lerin çoğunun KKTM hakkında bilgi almak istemesi katılımcıların KKTM’sine ilişkin ciddiye almalarının yüksek olabileceğini, konuyu önemsediklerini, erken tanı davranışlarını yapacaklarını düşündürmektedir.

Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların çoğunun medya ve internetten (%67.1), arkadaşından (%11.2), tıbbi kaynaklardan (%11.2) bilgi aldığı belirtilmiştir (48). Göçgeldi ve Koçak’ın (12) çalışmasında katılımcıların %49.2’si KKTM’ni sağlık personelinin anlatmasını, %47.7’si konferans şeklinde anlatılarak öğretilmesini, %46.8’i film şeklinde gösterilmesini istemişlerdir. Bu çalışmada MTİ’lerin neredeyse hepsinin sağlık personelinden bilgi almak istemesi çalışma

koşullarının zorluğundan dolayı buldukları yerlerde sağlık hizmetlerine ulaşımında yetersizliğin ve sağlık personeline duyulan güvenin bir göstergesi olabilir.

Bu çalışmada MTİ bireylerin sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek puanı duyarlılık algısı alt boyutu puan ortalaması, en düşük puanı ise yarar algısı alt boyutu puan ortalaması oluşturmuştur (Tablo 4.3). Yapılan bir çalışmada bu çalışmaya benzer olarak duyarlılık algısı alt boyutu puan ortalaması en yüksek puanı, ancak engel algısı alt boyutu puan ortalaması en düşük puanı oluşturmuştur (81). Bu çalışmada duyarlılık algısı alt boyutu puan ortalamasının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Yarar algısı puan ortalamasının en düşük puanı oluşturması ise MTİ bireylerin önceliklerinin farklı olduğunu ve bu konuda yeteri kadar bilgi sahibi olmadıklarını düşündürmektedir.

MTİ bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre KKTm yapma durumları incelendiğinde, sosyo demografik özelliklerin KKTm'ni yapmayı etkilemediği görülmektedir (Tablo 4.4). KKTm yapma oranları evli olan, sağlık güvencesi olmayan ve başka bir işte çalışan bireylerde daha yüksek bulunmuştur.

MTİ genç-erişkin erkeklerin medeni durumuna göre TKSİMÖ yarar algısı alt boyutu puan ortalaması incelendiğinde, evli olan bireylerin yarar algısı anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır (Tablo 4.5). Gümüş ve Terzinin (81) çalışmasında evli olan bireylerin duyarlılık, ciddiyet, özetkililik algısı alt boyutu puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuç evli bireylerin KKTm'sini yararlı olarak algıladıklarının ve bu davranışın testis kanseri riskini azalttığını düşündüklerinin bir göstergesi olabilir.

Gelir durumuna göre ciddiyet ve yarar algısı puan ortalamaları asgari ücretin üstünde geliri olan bireylerde anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır (Tablo 4.5). Elde edilen bu sonuç, gelir durumu yüksek olan bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımının daha iyi olduğunu, bu konuda sağlık personeline bilgi aldığını düşündürmektedir.

Çalışmada sağlık güvencesi olmayan MTİ bireylerin özetkililik algısı puan ortalamalarının anlamlı bir şekilde yüksek çıktığı saptanmıştır ($t=-2.591$ $p=0.010$) (Tablo 4.5). Özetkililik algısı bireyin davranışı gerçekleştirmeye olan inancı olarak

değerlendirildiğinde sağlık güvencesi olmayan MTİ bireylerin KKTM'sini gerçekleştirmeye olan inançlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmada testis kanserini duyan, testisleri ile ilgili sorunu olan MTİ bireylerin duyarlılık, ciddiyet ve öz etkililik algılarının anlamlı bir şekilde yüksek çıktığı görülmektedir. Ayrıca TK için muayene-taramaya giden MTİ bireylerinde duyarlılık, ciddiyet, yarar, engel ve özetkililik algılarının anlamlı bir şekilde yüksek çıktığı görülmektedir (Tablo 4.6). Engel algısı dışında diğer ölçek alt boyutlarında anlamlı bir sonuç çıkması beklenen bir sonuçtur. Ancak beklenen engel algısının düşük çıkmasıdır. Bu çalışmada engel algısı yüksek çıkmıştır. Bu durum testis kanseri ile ilgili durumların bireylerin kültürleri gereği mahrem bir konu olarak görüldüğünü düşündürmektedir.

Çalışmada TK için muayene-taramaya gitme durumlarına göre MTİ bireylerde duyarlılık, ciddiyet, yarar ve öz etkililik algılarının anlamlı bir şekilde yüksek, engel algısının anlamlı bir şekilde düşük çıktığı görülmektedir (Tablo 4.6). Muayeneye/taramaya giden bireylerin duyarlılık, ciddiyet, yarar ve öz etkililik algılarının yüksek, engel algısının düşük olması tarama davranışlarının gerçekleştirilmesi aşamasında oldukça önemlidir ve beklenen sonuçlardır.

Hayatında en az bir kez testis muayenesi yapan MTİ bireylerin ciddiyet ve özetkililik algıları anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır (Tablo 4.6). Bu çalışmaya benzer olarak Avcı ve Altınel'in (74) çalışmasında KKTM yapma durumu ile özetkililik algısı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Gümüş ve Terzi'nin (81) çalışmasında KKTM yapma ile engel algısı puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmadan elde edilen sonucun KKTM ile ilgili bilgi almak isteyen MTİ bireylerin duyarlılık, ciddiyet, yarar ve öz etkililik algıları puan ortalamalarının anlamlı bir şekilde yüksek, engel algısı puan ortalamalarının da anlamlı bir şekilde düşük çıkması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü engel algısı azaldıkça davranışın gerçekleşme olasılığı da artmaktadır (63, 66).

Çalışmada KKTM ile ilgili bilgi almak isteyen MTİ bireylerin duyarlılık, ciddiyet, yarar ve öz etkililik algıları puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yüksek, engel algısı puan ortalaması anlamlı bir şekilde düşük çıkmıştır (Tablo 4.6). Bu çalışmadan farklı olarak bir çalışmada KKTM ile ilgili bilgi almak isteme durumları ile duyarlılık,

ciddiyet, yarar, engel ve öz etkililik algıları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (81). Çalışmadan elde edilen sonuç davranışın gerçekleşme olasılığının yüksek olduğunu düşündürmektedir ve beklenen bir sonuçtur.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmada testis kanserini (%15.3), KKTM'ni duyma (%3) oranları ve KKTM yapma (%6.3) oranının istenen düzeyde olmadığı görülmektedir.

KKTM'yi duyanların yarısından fazlasının arkadaşlarından duyduğu saptanmıştır.

MTİ bireylerin yarısından fazlasını testis kanseri için muayeneye, taramaya gitmeyi düşündüğü (%50.7), KKTM ile ilgili bilgi almak istediği (%69.3) ve bilgiyi sağlık personelinin (%74.5) almak istediği görülmektedir.

MTİ'lerin KKTM'si yapmama nedenleri içinde KKTM' yi bilmeme (%97 ve genç oldukları için (%1.4) yapmadıkları ifadeleri çoğunlukta yer almaktadır.

Sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, engel algısı puan ortalamasının istenen düzeyde olmadığı görülmektedir.

MTİ bireylerin birçok özelliklerinin (medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi, çalışma durumu, sigara kullanma, TK duyma durumu, testisler ile ilgili sorunların olması, TK için muayeneye-taramaya gitme, vücudunda değişiklikleri takip etme, KKTM duyma - yapma, eğitim almak isteme) sağlık inançlarını etkilediği görülmektedir.

6.2. Öneriler

MTİ bireylerde TK ve KKTM konusunda bilgi eksikliği mevcut olduğundan, bilgi düzeylerini arttırmak ve bilgiyi uygulamaya geçirebilmek için hemşireler tarafından sağlık eğitimlerinin planlanması, uygulanması ve eğitim programlarına akranların da dahil edilmesi,

MTİ bireylerin KKTM'ni gerçekleştirmesini engelleyen faktörleri belirlemek amacıyla niteliksel hemşirelik çalışmalarının yapılması, nedenlere yönelik girişimsel çalışmaların planlanması,

MTİ bireylerin birçok özelliklerinin sağlık inançlarını etkilediği düşünüldüğünde, daha geniş örnekleme yapılacak çalışmalar ile bireylerin inançlarının belirlenmesi ve bu doğrultuda eğitim programlarının hazırlanması, belirli aralıklarla bu eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması,

MTİ bireylerin buldukları ortamlar sağlık hizmetine ulaşımı zorlaştırdığı için bireylerin çalıştıkları ortamda TK ve KKTM konusunda bilgilendirilmesini sağlayacak gezici sağlık hizmetinin sunulması ve sürekliliğinin sağlanması, bunun için farklı kurumlar ile işbirliği içinde çalışılması önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

1. Görücü İ, ve Akbıyık N. "Türkiye’de Mevsimlik Tarım İşçiliği: Sorunları Ve Çözüm Önerileri " Hikmet Yurdu Yıl: 3, S.5 Ocak-Haziran 2010;189-219
2. Sümer, HH. İş Hukuku, Konya Mimoza Basım Yayım ve Dağıtım Ltd. Şti. 2005.
3. Kaleci H, Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sosyolojik Analizi: Eskişehir Örneği, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Eskişehir, 2007.
4. Blair A, Freeman LB. Epidemiologic studies in agricultural populations: observations and future directions. J Agromedicine. 2009;14(2):125-131.
5. Mc Cauley LA, Anger WK, Keifer M, Langley R, Robson MG, Rohlman D. Studying health outcomes in farmworker populations exposed to pesticides, 2001
6. Gillenwater JY, Howards SS, Grayhack JT, Mitchell M. Testis tumors. In: Gillenwater JY (eds). Adult and Pediatric Urology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 2002;1089-1093.
7. Tanagho EA, McAninch JW. Testis tümörleri. In: Tanagho EA, McAninch JW (eds). Smith Genel Üroloji Türkçe Çevirisi. Onaltıncı Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2004;375-387.
8. Bosl GJ, Bajorin DF, Sheinfeld J, Motzer RJ, Chaganti RSK. Cancer of the Testis. In: DeVita, Hellman, and Rosenberg’s Cancer, Principles & Practice of Oncology. DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. 8th edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a WoltersKluwer Business Inc., 2008; 1463- 85.
9. Türkiye Kanser İstatistikleri 2015 (türkiye birleşik veri tabanı, 2015).
10. Ceylan K, Yılmaz Y, Yıldız A, Kuş A, Gönülalan H. Kriptorşidizm: 164 olgunun; birlikte bulunan anomali, komplikasyon, tedavi modalitesi, hasta yaşı açısından irdelenmesi. Tıp Araştırmaları Dergisi 2006;4:24-26.
11. Erdil F, Elbaş NÖ. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Üroloji Hemşireliği, Ankara: Genişletilmiş 4. Baskı, Aydoğdu Ofset, 200; 411-412.
12. Göçgeldi E, Koçak N. Kendi kendine testis muayenesi konusunda genç erişkin erkeklere verilen eğitimin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2010; 52: 270-275.
13. Ersin F, ve Bahar Z. Sağlığı Geliştirme Modelleri’nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi. DEUHYO ED 2012;5(1):28-38
14. Champion VL, and Skinner C.S. The Health Belief Model. In: Glanz K. Rimer BK, Viswanath KV, eds. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass, Inc, 2014;46-65.
15. Gasalberti D. Early detection of breast cancer by self-examination: The influence of perceived barriers and health conception. Oncology Nursing Forum, 2002; 29(9):1341-1347.

16. Rosenstock IM, Strecher VJ, and Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Education ve Behavior*, 1988;15(2):175-183.
17. Pender N, Murdaugh CL, and Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*, Fifth Edition. Pearson Education, New Jersey, 2006;50-66.
18. Barnes RJ. Beliefs and practices of active duty air force males related to testicular cancer and testicular self examination. Uniformed Services University of Health Sciences. Master of Science Thesis. Washington, USA, 2000.
19. Brenner JS, Hergenroeder AC, Kozinetz CA, Kelder SH. Teaching testicular self-examination: Education and practices in pediatric residents. *Pediatrics* 2003;111:239-244
20. Khadra A, Oakeshott P. Pilot study of testicular cancer awareness and testicular self-examination in men attending two South London general practices. *Family Practice* 2002;19: 294-296.
21. Rew L, Mc, Dougall G, Riesch L, Parker C. Development of the self-efficacy for testicular self-examination scale. *The Journal of Men's Health and Gender* 2005; 2:59-63.
22. Steadman L, Quine L. Encouraging young males to perform testicular self-examination: a simple, but effective, implementation intentions intervention. *British Journal of Health Psychology*, 2004; 9:479-488.
23. Ward KD, Weg VMW, Read MC, Sell MA, Beech BM. Testicular cancer awareness and self-examination among adolescent males in a community-based youth organization. *Preventive Medicine* 2005;41: 386-398.
24. Klein JF, Berry CC, Felice ME. The development of a testicular self-examination instructional booklet for adolescents. *J Adolesc Health Care* 1990; 11:235-239.
25. Pınar, G, Öksüz E, Beder A, Baş N. TK taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının güvenilirlik ve geçerliliği. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2019;(2): 89-96.
26. World Health Organization. *Social determinants of health: the solid facts*. (Eds: Richard Wilkinson, Michael Marmot). 2. edition. International Centre for Health and Society, Denmark, 2003.
27. Berkman LF, Kawachi I. *Social Epidemiology*. Oxford University Press, 2000.
28. Myers ML. Review of occupational hazards associated with aquaculture. *J Agromedicine*. 2010;15 (4):412- 26.
29. Hurst P, Temrine P, Karl M. *Agricultural workers and their contribution to sustainable agriculture and rural development*. International Labour Organization, Food and Agriculture Organization, International Union of Food, Agricultural, Hotel, Restaurant, Catering, Tobacco and Allied Workers' Associations, 2007.
30. European Agency for Safety and Health at Work. *OSH in figures: Young workers Facts and figures*". Institute for Occupational Safety and Health, for the European Agency for Safety and Health at Work, 2006.

31. Chensheng Lu C, Fenske RA, Simcox NJ, Kalman D. Pesticide Exposure of Children in an Agricultural Community: Evidence of House hold Proximity to Farmland and Take Home Exposure Pathways. *Environmental Research*. 2000;84:290-302 .
32. Erk N, Burgut, R, Yıldırım, E., Çukurova Bölgesine Gelen Geçici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Yaşam Koşullarının İyileştirilmesi. TÜBİTAK- TOAG 519 Projesi, Adana, 1986.
33. Gürgen, Y., Tarımsal İşgücünün Sorunları ve Verimliliği Arttıracak Bazı Önlemler , M.P.M. Yayınları, Ankara, 1982.
34. Tülay V., Çukurovada'ki Pamuk işçi Ailelerinin Beslenme Durumları, Master Tezi, ÇÜTF Toplum Hekimliği, Adana, 1979.
35. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24635> (erişim tarihi: 16/11/2017)
36. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye
37. İnandı T. Doğan kent Solaklı ve Yüzbaşı Sağlık Ocakları Bölgesi'ne Gelen Mevsimlik Tarım İşçilerinin Çocuklarında Malnütrisyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler, Uzmanlık tezi, Adana, 1995.
38. Aksöz İ, Zirai Ekonomiye Giriş, Zirai İşletmecilik, Genel Kısım, Atatürk Üniversitesi Yayın no:252/C. Ziraat Fakültesi Yayın No:15, Ders Kitapları Serisi No:10, Atatürk Üniversitesi Basımevi. 2. Baskı, Erzurum, 1972.
39. Çalgüner C, Türkiye'de Ziraat İşçileri, T.C. Ziraat Vekaleti, Ankara Yüksek Ziraat Enstitüsü Çalışmalar: Sayı:32, Yüksek Ziraat Enstitüsü Basımevi Ankara. 1943.
40. YILDIRAK, Nurettin, Bülent GÜLÇUBUK, Sema GÜN, Emine OLAN, Mehmet KILIÇ, Türkiye'de Gezici ve Geçici Kadın Tarım İşçilerinin Çalışma ve Yaşam Koşulları ve Sorunları Tarım-İş Sendikası Yayın No:2003;4
41. Levi F, Lucchini F, Negri E, et al. Cancer mortality in Europe, 1995-1999, and an overview of trends since 1960. *Int J Cancer* 2004;110 (2):155-169.
42. Hoei-Hansen CE, Holm M, Rajpert-De Meyts E, et al. Carcinoma in situ testis, the progenitor of testicular germ cell tumours: a clinical review. *Ann Oncol*. 2005;16(6):863-868
43. Dieckmann KP, Pichmeier U. The prevalence of familial testicular cancer, An analysis of two patient populations and a review of the literature *Cancer* 1997;80 (10):1954-1960
44. Sokoloff MH, Geoffrey F, Wise, J.M. Testicular cancer *Urologic Diseases in America* Chapter, 2009;17: 553-586.
45. Huyghe E, Plante P, Thonneau PF. Testicular cancer variations in time and space in Europe. *EurUrol* 2007;51:621-628.

46. Jacobsen R, Moller H, Thoresen SO, et al. Trends in testicular cancer incidence in the Nordic countries, focusing on the recent decrease in Denmark. *Int J Androl*. 2006 ;29(1):199-204
47. Benedetto P. Chemotherapy of testis cancer. *Cancer Control*, 1999; 6(6): 549-559.
48. Ugurlu Z, Akkuzu G, Karahan A, et al. Testicular cancer awareness and testicular self-examination among university students. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12:695-698.
49. Moul JW, Paulson DF, Dodge RK, et al. Delay in diagnosis and survival in testicular cancer. impact of effective therapy and changes during 18 years. *J Urol*. 1990;143:520-523
50. Lechner L, Oenema A, Nooijer J. Testicular self examination (TSE) among Dutch young men aged 15-19: determinants of the intention to practice TSE. *Health Educ Res*, 2002;17:73-84.
51. Rosenstock LM. Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs* 1974; 2: 328-335.
52. Ercan N. Üniversite Öğrencilerinin Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayenesiyle İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi 2006;79.
53. Stanford Hospital Health Library <http://tcrc.acor.org/tcexam.html>
54. Üroonkoloji Derneği Çok Merkezli Çalışması <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21429771>, (Erişim tarihi: 12.05.2019).
55. Blesch KS. Health Beliefs about testicular cancer and self-examination among professional men. *Oncon Nurs Forum* 1986;13:29-33.
56. Hochbaum GM. Public Participation in Medical Screening Programs: A Sociopsychological Study. PHS publication no. 572. Washington D.C.: Government Printing Office; 1958;36.
57. Katz RC, Meyers K, Walls J. Cancer awareness and self-examination practices in young men and women. *J Behav Med* 1995;18:377-384.
58. Kuzgunbay B, Yaycioglu O, Soyupak B, et al. Public awareness of of Turkish Urooncology Society. *Urol Oncol* 2013;31:386-391.
59. Singer AJ, Tichler T, Orvieto R, et al. Testicular carcinoma: a study of knowledge, awareness, and practice of testicular self-examination in male soldiers and military physicians. *Military Medicine* 1993;158:640-643.
60. Wardle J, Steptoe A, Burckhardt R, et al. Testicular self-examination: Attitudes and practices among young men in Europe. *Prev Med* 1994;23:206-210.
61. Albers P, Albrecht W, Algaba F, et al. Guidelines on testicular cancer. *EAU* 2014;1:1-54.
62. Weinstein ND. Testing Four Competing Theories of Health Protective Behavior. *Health Psychology*. 1993; 12:324- 333

63. Janz NK, Champion VL, Strecher VJ. The Health Belief Model. Eds: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education. 3rd edition. San Fransisco: Jossey- Boss, 2002;45-66.
64. Grubbs LM, Tabano M. Use of Sunscreen in HealthCareProfessionals: The Health Belief Model. Cancer Nursing. 2000; 23: 164-167.
65. Nahcivan ÖN, Seçginli S. Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Tutum ve Davranışlar; Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003;7: 33- 37.
66. Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi. Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. İstanbul, Remzi Kitapevi 2000.
67. Mullen PD, Hersey JC, Iverson DC. (1987). HealthBehaviorModelsCompared. SocialScienceMedicine. 1987; 24: 973-981.
68. Gökdoğan F, Akıncı F. Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algılamaları ile Uygulamaları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;5:10-17.
69. Champion VL. Revisedsusceptibility,benefits, and barriers scale for mammography screening. Research in NursingandHealth 1999; 22: 341-348.
70. Barnes RJ. Beliefsandpracticies of active duty airforce males related to testicular cancer and testicular self examination. Uniformed Services University of HealthSciences.Master of ScienceThesis (2000). Washington, USA
71. Rudberg L, Nilsson S, Wikblad K, Carlsson M. Testicular Cancer and Testicular SelfExamination: Knowledge and Attitudes of Adolescent Swedish Men. Cancer Nurs. 2005;28(4):256-262.
72. Özbaş A, Çavdar İ, Fındık ÜY, Akyüz N. Inadequate knowledge levels of Turkish male university students about testicular self-examination. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2011;(12);919-922.
73. Doğan, U, Atay E. Öztürk M, Yurdagül, G. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Araştırma Makalesi GÜSBD 2016;5(3):39-45
74. Altinel B, Avcı İA. Üniversite Öğrencilerinin Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayenesi Hakkındaki Bilgi, İnanç ve Uygulamaları, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013;12(4):365-370.
75. Hossein A. Pour R, ÇAM Erkeklerin Kendi Kendine Testis Muayenesi ve Testis Kanseri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi F.N. Hem. Dergisi 2014;22(1):33-38.
76. Training formid-level managers: the EPIcoverage survey. Geneva: World Health Organization. (unpublisheddocument WHO/EPI/91.10; available from Vaccines and Biologicals, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland). 1991.
77. Vasudev NS, Joffe JK, Cooke C, Richards F, Jones WG. Delay In The Diagnosis of Testicular Tumors Changes Over The Past 18 Years. Br J Gen Pract, 2004; 54:595-597.

78. Evans, EC, Steptoe, A, Wardle, J. Testicular self examination: Change in rates of practice in European University students, from 13 countries, over a 10-year period. *JMHG*, 2006;3:368-372.
79. Yılmaz, E., Koca Kutlu, A., Çeçen, D. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin TK ve kendi kendine testis muayenesi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;4:72-85.
80. Cronholm PF, Mao JJ, Nguyen GT, Paris RT. A Dilemma in Male Engagement in Preventive Services: Adolescent Males' Knowledge and Attitudes Toward Testicular Cancer and Testicular Self-Exam. *Am J Mens Health*. 2009;3(2): 134-140.
81. Gümüş G, Terzi B. Evaluation of individuals' health beliefs and their association with testicular self-examination: adult sample from Amasya, *Journal of Research in Nursing*, 2018;23(6);505-517.



8. EKLER:

Kurum İzin Belgesi



Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı
Kurumu



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Şanlıurfa Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 60766955/ 13553
Konu : Anket

07.10/2013

HARRAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi:07.10.2013 tarih ve 1256/8284 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden Üniversiteniz Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Fatma ERSİN gözetiminde Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Mehmet Ekrem BOZKURT'un " Mevsimlik Tarım İşçisi Genç Erişkin Erkeklerin Testis Kanseri Yönelik Sağlık İnançlarının ve Testis Kanseri Erken Tanı Davranışlarının İncelenmesi"konulu tez çalışmasını Müdürlüğümüz Nihat Demirelli Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı bölgelerde yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Dr.Osman KOYUNCU
Halk Sağlığı Müdürü

Şanlıurfa Halk Sağlığı Müdürlüğü Toplum Sağlık Hizmetleri Şubesi
Yenişehir Mah. Recep Tayyip ..ERDOĞAN Bulvarı T.Telekom Yanı 63300
Yenişehir/ŞANLIURFA
Tlf: (0 414) 3187234 Faks:(0 414)318 74 02
NOT: Cevabi yazınızda şube kodu ve sayıyı lütfen yazınız.

İrtibat için : S.YAGM: R
hsm63.tsh@saglik.gov.tr

Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız:.....
2. Medeni durumunuz?
 - 1.Evli
 - 2.Bekar
3. Eğitim durumunuz?
 - 1.Okur-yazar değil
 - 2.Okur-yazar
 - 3.İlkokul mezunu
 - 4.Ortaokul mezunu
 - 5.Lise ve üstü
4. Aylık geliriniz.....
5. Aylık gelirinizi nasıl değerlendirirsiniz?
 1. İyi
 2. Orta
 3. Kötü
6. Sağlık güvenceniz?
 1. Var
 2. Yok
7. Mesleğiniz
8. Sigara kullanıyor musunuz?
 - 1.Evet
 - 2.Hayır

Günde kaç tane içiyorsunuz ?.....
9. Alkol kullanıyor musunuz?
 - 1.Evet
 - 2.Hayır
10. Ne kadar sıklıkta kullanıyorsunuz?
 1. Kullanmıyorum
 2. Haftada iki kez kullanıyorum
 3. Ayda birkaç kez kullanıyorum
 4. Diğer

11. Günlük işleriniz dışında düzenli olarak spor-egzersiz yapıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

12. Haftada kaç gün ne kadar süre egzersiz yapıyorsunuz?

.....

13. Ailenizde kanser tanısı alan var mı?

1.Evet 2.Hayır

14. Testis kanserini duydunuz mu?

1.Evet 2.Hayır

15. Testis kanserini nereden duydunuz?

1. Sağlık personeli
2. Medya (TV., gazete, dergi vs..)
3. Arkadaş
4. Yakın akrabalar (anne baba vs...)
5. Diğer.....

16. Ailenizde testis ile ilgili sorunu olan birey var mı?

1.Evet 2.Hayır

17. Testisleriniz ile ilgili bir sorunuz var mı?

1.Evet (.....) 2.Hayır

18. Testis kanserinin belirtileri sizce nelerdir?

Testis Kanserinin Belirtileri	Doğru	Yanlış	Bilmiyor
Testislerde ele gelen kitle			
Testislerde ağrı			
Testislerde şişme			
Kasıklarda ağrı ya da ağrı hissi			
Testislerde kızarıklık			
Kilo kaybı			

19. Vücudunuzdaki değişiklikleri takip eder misiniz?

1.Evet 2.Hayır

20. Testis kanserini kendinizin tespit edebileceği bir yöntem var mı?

1.Evet (.....) 2. Hayır

21. Kendi kendine testis muayenesini (KKTM) duydunuz mu?

1.Evet 2.Hayır

22. Kendi kendine testis muayenesini (KKTM) nereden duydunuz?

1. Sağlık personeli
2. Medya (Tv., gazete, dergi vs..)
3. Arkadaş
4. Yakın akrabalar (anne baba vs...)
5. Diğer.....

23. Hayatınız boyunca en az bir kez testis muayenesi yaptınız mı? (Cevabınız hayır ise 26. soruya geçiniz)

1.Evet 2.Hayır

24. KKTM’ni ne sıklıkla yaparsınız?

1. Yılda bir kez
2. Altı ayda bir kez
3. Üç ayda bir kez
4. Ayda bir kez
5. Aklıma geldikçe
6. Diğer.....

25. KKTM’ni ne zaman yaparsınız?

1. Yatmadan önce
2. Duştan önce
3. Duşta
4. Duştan sonra
5. Diğer.....

26. KKTM yapmıyorsanız bunun nedeni nedir?

1. KKTM’ni bilmemek
2. Muayeneden dolayı suçluluk hissetmek
3. Muayeneyi önemsememek
4. Muayene sırasında kötü bir şeyler çıkmasından korkmak

5. Henüz bu muayene için yaşının genç olduğunu düşünmek

6. Korkup strese girmek

7. Diğer.....

27. Testis kanseri için muayeneye, taramaya gitmeyi düşünürmüsünüz ?

1.Evet 2.Hayır

28. KKTM ile ilgili bilgi almak istermisiniz?

1. Evet 2. Hayır

29. Evet ise kimden bilgi almak istersiniz?

1. Sağlık personeli

2. Medya (gazete, dergi, broşür, tv.....)

3. Arkadaş

4. Diğer.....

Testis Taramalarında Championun Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Aşağıda testis kanseri konusunda çeşitli açıklamalar yer almaktadır. Numaralanmış tüm açıklamalar kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum açıklamalarından oluşmaktadır. Açıklamalardan herhangi biri için bir birey doğru olduğunu düşünürken bir başka birey doğru olmadığına inanabilir. Her açıklamaya vereceğiniz yanıt genellikle inandıklarınızın bir göstergesi olmalıdır. Bu nedenle her bir açıklamaya düşüncelerinizi X işareti koyarak belirtmeniz önem taşımaktadır.

İlginiz İçin Teşekkürler

Mehmet Ekrem Bozkurt

Alt Gruplar	Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Duyarlılık (1-5)	Gelecekte testis kanseri olma ihtimalim çok yüksektir.					
	Gelecekte testis kanseri olacağıma hissediyorum.					
	Gelecek 10 yıl içinde testis kanseri olma ihtimalim yüksektir.					
	Testis kanserine yakalanma ihtimalim yüksektir.					
	Testis kanserine yakalanma ihtimalim erkeklerin ortalama yakalanma ihtimalinden daha yüksektir.					
Önemseme /Ciddiyet (6-12)	Testis kanseri olma düşüncesi beni korkutuyor.					
	Testis kanserini düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpıyor.					
	Testis kanseri hakkında düşünmek beni korkutur.					
	Testis kanseri olursam yaşayacağım sorunlar uzun sürebilir.					
	Testis kanseri olmam kız arkadaşım ya da eşimle olan ilişkiimi tehdit eder.					
	Testis kanseri olursam tüm hayatım değişir.					
	Testis kanseri olursam 5 yıldan fazla yaşamam.					
KKTM Yararları (13-15)	Her ay KKTM yaptığımda testis kanserinden ölme ihtimalim azalabilir.					
	Her ay KKTM yaparak şüpheli kitleyi erken dönemde yakalamam tedavi şansımı artırır.					
	Her ay KKTM yaparsam şüpheli bir kitleyi sağlık personelinden önce bulabilirim.					
KKTM Engelleri (16-20)	KKTM yapmak bana gülünç geliyor.					
	Her ay KKTM yapmak testislerimde bir sorun olduğunu düşündürdüğünden beni endişelendirir.					
	KKTM yapmak bana utanç verici geliyor.					
	KKTM yapmak çok zaman alıyor.					

	KKTM yapmak bana sıkıntılı geliyor.						
Öz etkililik (21-26)	KKTM'nin nasıl yapılacağını biliyorum.						
	KKTM'ni doğru bir şekilde yapabilirim.						
	Testislerimdeki şüpheli bir kitleyi KKTM yaparak bulabilirim.						
	Testiste var olan bir kitleyi KKTM yaparak tek başıma bulabilirim.						
	KKTM yaptığımda normal ve anormal testis dokusunu tanıyabilirim.						
	Aynaya baktığımda testislerimdeki anormal değişikliklerin farkına varabilirim.						



Testis Taramalarında Championun Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Kullanılabilirliği İçin Araştırmacılardan Alınan İzin

Gül Pınar, Ergun Öksüz, Alper Beder, Nalan Özhan Elbaş tarafından yapılan ve Tıp Araştırmaları Dergisi: 20011 : 9 (2) : 89-96 'da yayınlanmış olan "Testis kanseri taramalarında Champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe uyarlamasının güvenilirlik ve geçerliliği" konulu makalede söz edilen ölçeğin kaynak göstermek (atıfta bulunmak) koşuluyla talebiniz üzerine tarafınızca kullanılmasında bir sakınca görmediğimizi belirtiriz.



Prof.Dr.Ergun Öksüz

B.Ü.Tıp F. Aile Hekimliği ABD

Prof.Dr.Nalan Özhan Elbaş

B.Ü.SBF.Hemşirelik Bl.Bşk.



Öğr.Gör.Dr.Alper Beder

B.Ü. SHMYO



Not. Dr.Gül Pınar'a ulaşamadığımızdan onayı alınamamıştır.

Bilgilendirilmiş Onam Formu

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI:

Mevsimlik tarım işçisi genç erişkin testis kanserine yönelik sağlık inançlarının ve testis kanseri erken tanı davranışlarının incelenmesi

GÖRÜŞÜLEN KİŞİNİN ADI: _____

20-35 yaş arasındaki genç-erişkin erkeklerin katıldığı bu çalışma bir tez çalışması olup, araştırmanın adı 'Testis Kanserine Yönelik Sağlık İnançlarının ve Testis Kanseri Erken Tanı Davranışlarının İncelenmesi'dir.

Bu çalışmanın içerik ve amacı: Testis Kanserine Yönelik Sağlık İnançlarının ve Testis Kanseri Erken Tanı Davranışlarının İncelenmesidir.

Araştırmada katılımcılara mevsimlik tarım işçisi 20-35 yaş arasındaki genç-erişkin erkeklerin, sosyodemografik özellikleri soru kağıdı ve Testis Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMÖ) formu uygulanacaktır. Görüşmeler yaklaşık 30 dakika sürecektir. Bu çalışmada görüşülen kişi için ek riskler ve rahatsızlıklar söz konusu değildir. Kan örneği alınmayacaktır.

Çalışmaya katılım benim ve örneğe çıkan genç erkeklerin isteğine bağlıdır. Kişi araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmaya katılmayı reddedebilir ve hiçbir ceza almadan araştırmadan ayrılabilir. Elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu çalışma, Fakülte Etik Kurulu tarafından incelenmiş olup Helsinki Deklarasyonunda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğu onaylanmıştır.

Bu olur formunu imzalamadan önce yukarıdaki bilgileri kendi ana dilimde okudum veya bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı bana açıklandı. Bana aklıma gelen bütün soruları sorma fırsatı tanındı ve sorularıma tatminkar cevaplar aldım.

Çalışmanın yürütülmesinden sorumlu araştırmacılar, almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla veya çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir. Ayrıca, bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir.

Bu formu imzalayarak yasal haklarımın hiçbirinden vazgeçmediğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimin ve bu durumun şimdi ya da gelecekte ihtiyacım olan tıbbi bakımı hiçbir şekilde etkilemeyeceğimin bilincindeyim.

Çalışmanın yürütülmesi, katılımcı olarak haklarım konusunda kafamda sorular belirlediğinde aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır:

Mehmet Ekrem Bozkurt, Tel: 05456739293

Bu çalışmada yer almayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu bildirimli olur sözleşmesinin imzalı bir nüshasını aldım.

_____	_____
Hastanın Adı-İmzası	Tarih
(Veli veya vasisinin)	

_____	_____
Sorumlu Araştırmacının Adı-İmzası	Tarih
Mehmet Ekrem Bozkurt	

_____	_____
Tanığın Adı-İmzası	Tarih

Etik Kurul Onayı



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : B.30.2.HRÜ.0.20.05.00.050.01.04-225
Konu : Proje

25.11/2013

Sayın: Yrd.Doç.Dr. Fatma ERSİN
Harran Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Yürütücüsü olduğunuz "Mevsimsel Tarım İşçisi Genç Erişkin Erkeklerin Testis Kanseri Yönelik Sağlık İnançlarının ve Testis Kanseri Erken Tanı ve Davranışlarının İncelenmesi" başlıklı çalışmaya Etik Kurul Onayı verilmesine ilişkin Etik Kurulumuzun 08.10.2013 tarih ve 09 nolu oturum 18 sayılı kararı yazımız ekinde gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç.Dr. Hakan CAMUZCUOĞLU
Etik Kurul Başkan Vekili

EK: Etik Kurul Kararı (1 Adet)
.../.../2013 Bil.İşt. S.DEMİREL

Tıp Fakültesi Morfoloji Binası Diyarbakır yolu üzeri Yenişehir Kampüsü 63300 ŞANLIURFA
Telefon : (0 414) 318 30 31 – 318 30 00 Fax: (0 414) 318 31 92 e-mail: etik.kurul@yahoo.com

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı

TARİH	: 08.10.2013
OTURUM	: 09
SAAT	: 13:30

13/09/18

Karar: Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Fatma ERSİN'in sorumlu araştırmacı olduğu "Mevsimsel Tarım İşçisi Genç Erişkin Erkeklerin Testis Kanseri Yönelik Sağlık İnançlarının ve Testis Kanseri Erken Tanı ve Davranışlarının İncelenmesi" başlıklı çalışmaya Etik Kurul Onayı verilmesine,

Oybirliğiyle karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR

Doç.Dr. Hakan CAMUZCUOĞLU
Etik Kurul Başkan Vekili

Tez Çalışması Orijinallik Raporu Ve Beyan Belgesi



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU VE BEYAN BELGESİ

Öğrencinin

Numarası : 125322004
Adı, Soyadı : Mehmet Ekrem BOZKURT
Anabilim Dalı (Bölümü) : Hemşirelik
Programı : Yüksek Lisans Doktora
Tezin Adı: Mevsimlik Tarım İşçisi Genç Erişkin Erkeklerin Testis Kanserine Yönelik Sağlık İnançlarının ve Testis Kanseri Erken Tanı ve Davranışlarının İncelenmesi

SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Yukarıda başlığı belirtilen yüksek lisans tez çalışmamın; *kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç* kısımlarından oluşan toplam 36 sayfalık kısmına ilişkin, 09/07/2019 tarihinde şahsım/danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, benzerlik oranı %19'dur.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç
- 4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Yukarıda bilgileri verilen tezin, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından kabul edilen lisansüstü orijinallik raporu alınması uygulama esasları ile belirlenen azami benzerlik oranlarını aşmadığımı ve bütün bilgilerin, akademik kurallara uygun olarak toplanıp sunulduğunu, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı, blok şeklinde alıntılar yapmadığımı ve tüm alıntıların bilimsel atıf kuralları çerçevesinde kaynağını gösterdiğimi, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi ile Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesinin 8. maddesinde yer alan etik ihlallerden her hangi birisinin yer almadığını, etik ihlal tespiti halinde, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunca, diplomamın iptal edilmesini kabul ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim. 09/07/2019

Tezi Hazırlayan Öğrencinin
Adı-Soyadı: Mehmet Ekrem BOZKURT

Yukarıda yer alan raporun ve beyanın doğruluğunu onaylarım. 09/07/2019

Danışmanın
Unvanı-Adı-Soyadı: Doç. Dr. Fatma ERSİN

İmzası:

İmzası:

İmzası:

İntihal Formu

MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ GENÇ ERİŞKİN ERKEKLERİN TESTİS KANSERİNE YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARININ VE TESTİS KANSERİ ERKEN TANI VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

% **19**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **13**

İNTERNET
KAYNAKLARI

% **11**

YAYINLAR

% **10**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

- 1** www.researchgate.net % **1**
İnternet Kaynağı
- 2** gulhanemedj.org % **1**
İnternet Kaynağı
- 3** PINAR, Gül, ÖKSÜZ, Ergun, BEDER, Alper and ELBAŞ ÖZHAN, Nalan. "Testis kanseri taramalarında Champion un sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe uyarlamasının güvenilirlik ve geçerliliği", Tıp Araştırmaları Derneği, 2011. % **1**
Yayın
- 4** Barış Kuzgunbay. "Testis Tümörü Erken Tanısında Kendi Kendine Muayenenin Yeri: Dünyada ve Türkiye'de Durum", Üroonkoloji Bülteni, 2014 % **1**
Yayın

POUR ASGAR, Hossein and ÇAM, Rahşan.

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10276489
Yazar Adı / Soyadı	MEHMET EKREM BOZKURT
T.C.Kimlik No	57055517038
Telefon	5456739293
E-Posta	bozkurt_ekrem@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ GENÇ ERİŞKİN ERKEKLERİN TESTİS KANSERİNE YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARININ VE TESTİS KANSERİ ERKEN TANI VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ
Tezin Tercümesi	INVESTIGATION OF HEALTH BELIEFS AND EARLY DETECTION BEHAVIORS OF YOUNG ADULT MALE SEASONAL AGRICULTURAL WORKERS FOR TESTICULAR CANCER
Konu	Halk Sağlığı = Public Health
Üniversite	Harran Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	55
Tez Danışmanları	DOÇ. DR. FATMA ERSİN
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	

31.07.2019

İmza:.....
