

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

**MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ BİREYLERİN  
PROSTAT KANSERİ TARAMALARINA İLİŞKİN  
SAĞLIK İNANÇLARININ TARAMA  
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Fırat AK**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Fatma ERSİN**

**ŞANLIURFA  
2019**

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

**MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ BİREYLERİN  
PROSTAT KANSERİ TARAMALARINA İLİŞKİN  
SAĞLIK İNANÇLARININ TARAMA  
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Fırat AK**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Fatma ERSİN**


**Bu tez, Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından  
17108 proje numarası ile desteklenmiştir.**

**ŞANLIURFA  
2019**

**T.C.**  
**HARRAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

**JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI**

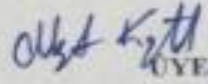
Fırat AK'ın hazırladığı "Mevsimlik Tarım işçisi Bireylerin Prostat Kanseri Taramalarına İlişkin Sağlık İnançlarının Tarama Davranışlarına Etkisi" başlıklı çalışması 24/06/2016 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında *Yüksek Lisans Tezi* olarak kabul edilmiştir.

  
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

  
ÜYE

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 2019/11/19..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

  
Prof. Dr. Fuat DİLMEÇ  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜRLER

Eğitim sürecim içerisinde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, her konuda desteklerini gördüğüm, hoşgörü ortamı içerisinde geniş tecrübeleriyle bana yön veren, kendine güvenen bir birey olarak yetişmemde büyük rol oynayan danışman hocam **Doç. Dr. Fatma ERSİN**' e ve hayatımın her döneminde desteklerini ve sevgilerini benden esirgemeyen; başarı ya da başarısızlığımda hep yanımda olan; kendileriyle gurur ve onur duyduğum çok değerli **aileme** ve **Nesrin DOĞAN**' a teşekkürü borç bilirim.



**Fırat AK**

**2019**

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜRLER.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1. Prostat Anatomisi .....	4
2.2. Prostat Kanseri .....	6
2.3. Prostat Kanserinin Sıklığı.....	7
2.4. Risk Faktörleri .....	9
2.5. Prostat Kanserinde Klinik Belirti ve Bulgular .....	11
2.6. Prostat Kanserinde Tanı ve Tanısal Araçlar .....	12
2.6.1. Parmakla Rektal Muayene .....	12
2.6.2. Prostat Spesifik Antijeni (PSA) .....	12
2.6.3. Transrektal Ultrasonografi .....	14
2.6.4. Radyolojik İncelemeler .....	15
2.6.5. Diğer Tümör Belirleyicileri.....	15
2.7. Tedavi .....	16
2.8. Prostat Kanserinde Korunma.....	16
2.9. Prostat Kanseri Taramaları .....	17
2.11. Prostat Kanserinden Korunmada Hemşirenin Rolü .....	21
<b>3. MATERYAL VE METOD.....</b>	<b>22</b>

3.1. Araştırmanın Türü .....	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	22
3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	22
3.4.1. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	22
3.5. Verilerin Toplanması.....	23
3.5.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması.....	23
3.5.2. Anket Formu .....	23
3.5.3. Prostat Kanseri Taramaları Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (PKTSİMÖ) .....	23
3.5.4. Veri Toplama Aracının Uygulanması .....	24
3.6. Verilerin Analizi.....	24
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu .....	24
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>25</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>38</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>43</b>
6.1. Sonuçlar.....	43
6.2. Öneriler.....	43
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>44</b>
<b>EK I : ANKET FORMU.....</b>	<b>53</b>
<b>EK II : PROSTAT KANSERİ TARAMALARI SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ (PKT-SİMÖ).....</b>	<b>57</b>
<b>EK III : BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU.....</b>	<b>60</b>
<b>EK IV : HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL KARARI.....</b>	<b>62</b>
<b>EK V : İNTİHAL RAPORU.....</b>	<b>63</b>
<b>EK VI : TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU VE BEYAN BELGESİ.....</b>	<b>64</b>
<b>EK VII : TEZ VERİ GİRİŞ FORMU.....</b>	<b>65</b>

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 3.5.</b> Prostat Sağlık İnanç Ölçeğinin Cronbach Alfa Katsayısı.....	<b>24</b>
<b>Tablo 4.1.</b> Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=300).....	<b>25</b>
<b>Tablo 4.2.</b> Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Prostat Kanseri ile İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımı (n=300).....	<b>27</b>
<b>Tablo 4.3.</b> Mevsimlik Tarım İşçiliği ile İlgili ve Diğer Özelliklerinin Dağılımı (n=300).....	<b>30</b>
<b>Tablo 4.4.</b> Prostat Kanseri Taramaları Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (PKT-SİMÖ) Puan Ortalamaları.....	<b>32</b>
<b>Tablo 4.5.</b> Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin PKT-SİMÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Prostat Kanseri Tarama Davranışlarının Göre Dağılımı.....	<b>33</b>
<b>Tablo 4.6.</b> Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Bazı Özelliklerinin Prostat Kanseri Tarama Davranışlarına Göre Dağılımı.....	<b>35</b>

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1.1. Prostat ve Çevre Organlar.....	4
Şekil 2.1.2. Prostatın Lobları .....	5
Şekil 2.2.1. Prostat Kanseri Evreleri.....	7
Şekil 2.3.1. Erkeklerde En Fazla Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları( Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2015) ( Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide) .....	9





## SİMGELER VE KISALTMALAR

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri  
**BT** : Bilgisayarlı Tomografi  
**BPH** : Benign Prostat Hiperplazisi  
**DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü  
**DRE** : Direkt Rektal Muayene  
**MRI** : Manyetik Rezonans Görüntüleme  
**MTİ** : Mevsimlik Tarım İşçileri  
**Pca** : Prostat Kanseri  
**PKTSİMÖ** : Prostat Kanseri Taramaları Sağlık İnanç Modeli Ölçeği  
**PM** : Prostat Muayenesi  
**PRM** : Parmakla Rektal Muayene  
**PSA** : Prostata Spesifik Antijen  
**PSAD** : Prostata Spesifik Antijen Dansitesi  
**SİM** : Sağlık İnanç Modeli  
**TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması  
**TRUS** : Transrektal Ultrasonografi  
**TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu

## ÖZET

# MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ BİREYLERİN PROSTAT KANSERİ TARAMALARINA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARININ TARAMA DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Fırat AK

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Çalışma, mevsimlik tarım işçisi bireylerin prostat kanseri taramalarına ilişkin sağlık inançlarının tarama davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte Ekim 2017- Haziran 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini Dünya Sağlık Örgütü'nün 30 küme örneklem tekniği kullanılarak 300 kişi oluşturmuştur. Araştırmada veriler, Anket Formu ve Prostat Kanseri Taramaları Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırma için Harran Üniversitesi Etik Kurulundan ve çalışmaya katılmış olan bireylerden izin alınmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistikler, ki kare testi, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi yapılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %57.7'sinin prostat spesifik antijen ölçtürmediği, %94.0'nın rektal tuşe yaptırmadığı, %87.3'ünün kolonoskopi yaptırmadığı saptanmıştır. Prostat kanseri taramaları sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı, ciddiyet algısı ve sağlık motivasyon algısı puan ortalamaları ile prostat spesifik antijen ölçtürme arasında, prostat kanseri taramaları sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, sağlık motivasyon algısı ve yarar algısı puan ortalamaları ile rektal tuşe yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Sonuç olarak mevsimlik tarım işçisi bireylerin sağlık inançlarının prostat kanseri tarama davranışlarını etkilediği saptanmıştır. Bu nedenle prostat kanseri taramalarına yönelik duyarlılık, ciddiyet, sağlık motivasyonu, yarar algısı puan ortalamalarını

arttıracak ve engel algısı puan ortalamasını azaltacak girişimsel hemşirelik çalışmalarının yapılması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Mevsimlik tarım işçisi, sağlık inançları, prostat kanseri taramaları, hemşirelik.



## **ABSTRACT**

### **THE EFFECT ON SCREENING BEHAVIORS OF HEALTH BELIEFS RELATED TO PROSTAT CANCER SCREENING OF SEASONAL AGRICULTURAL WORKERS INDIVIDUALS**

**Firat AK**

**Nursing Department, Master's Thesis**

The study was conducted from October 2017 to June 2018 in order to determine the effect of prostat cancer related health beliefs of individuals on screening behaviors of seasonal agricultural workers. 300 participants were included to the study by using 30 cluster sample techniques of the world health organization. Questionnaire form and health believe model of prostat cancer screening scale were used to obtain data. The study was approved by the local Ethic Committee of Harran University and from all participants. Chi-square test, independent sample t test, Mann Whitney U test was used to analyze data. Prostate specific antigen was not measured from 57.7% of participants, rectal examination was not performed to 94.0% of participants and colonoscopy was not performed to 87.3% of participants. There was a difference between measurement of prostate specific antigen and susceptibility perception, severity perception and health motivation perception of health believe model of prostat cancer screening with statistical significant ( $p<0.05$ ). There was a difference between rectal examination and susceptibility perception, severity perception, health motivation perception and benefit perception of health believe model of prostat cancer screening with statistical significant ( $p<0.05$ ).

In conclusion, we demonstrated that health beliefs of seasonal agricultural workers affected their behavior on prostat cancer screening. As a result, we suggest interventional nurse working program that increases susceptibility, severity, health

motivation and benefit perception score of prostat cancer screening and decreases barrier perception score.

**Keywords:** Agricultural worker, health beliefs, prostat cancer screening, nursing



# 1. GİRİŞ

Dünyadaki insan popülasyonu gittikçe yaşlanan bir toplum haline gelmektedir. Yaşlanan toplumların bir sonucu olarak prostat kanseri insidans hızı yıllar içinde artmaktadır (1).

Prostat kanseri, görülme sıklığı bakımından dünyada dördüncü sıradadır (2). Erkeklerde akciğer kanserinden sonra en yoğun görülen kanser türü olup, 2018 yılındaki kanser istatistik verilerine göre tüm kanser vakalarının %9.5'ini, kansere bağlı ölümlerin ise %4.8'ini kapsamaktadır (3). Bu vakaların %70'i gelişmiş ülkelerde görülmektedir. Erkek ölüm nedenleri arasında yaklaşık 307.000 ölümün prostat kanserinden kaynaklandığı ve ölüm nedenleri arasında altıncı sırada yer aldığı belirtilmektedir (1). Avrupa'da erkekler arasında ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (4). Amerika Birleşik Devletlerinde ise erkeklerin ölüm nedenleri arasında ikinci sırada gelmektedir (2).

Prostat kanseri ülkemizde erkeklerde en sık görülen %13.1 ile ikinci kanser türüdür. İnsidans hızı bakımından 2015 yılında bir azalma söz konusudur (5). Türkiye'de 2015 yılı prostat kanseri insidans hızı 100.000'de 33.1'dir. Türkiye nüfusu, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2015 verilerine göre yaşlanmakta olan bir nüfusa doğru yöneldiği için prostat kanseri daha çok önem taşımaktadır (5).

Prostat kanseri yaşamı tehdit edecek ciddi bir hastalık olabilir fakat prostat kanseri tanısı konulmuş birçok insan yaşamını sürdürebilir. Prostat kanserinin tüm evreleri düşünüldüğünde hayatını sürdürebilme oranı 5 yıla kadar %100, 10 yıla kadar %99 ve 15 yıla kadar ise bu oran %94'tür (6).

Prostat kanserinde, erken tanının konulmasında prostat spesifik antijen seviyesi testi (PSA) ve parmakla rektal muayene (PRM) yaptırma oldukça önemlidir (7). Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda, prostat kanseri taramalarında kanserin tüm evrelerinde PSA testi yaptırmanın faydalı olduğu kanıtlanmıştır (8, 9). Erken dönemde kanser tanısı konulmuş hastalar daha iyi tedavi basamaklarına sahiptirler. DRE'nin ilk tarama testi olarak faydalı olduğuna dair herhangi bir kanıt mevcut değildir. Fakat yüksek PSA seviyesinde DRE'nin başvurulacak ikinci faydalı test olduğu belirtilmektedir (10).

Koruyucu sağlık davranışlarını benimseyen birçok model mevcuttur. Prostat kanserinde de koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde sağlık inanç modeli oldukça önemlidir (11, 12). Sağlık İnanç Modeli, bireylerin tutum, değer ve inançlarından sağlık davranışlarının etkilendiğini savunur. Sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde karşılaşılan engeller azaltılırsa modele göre davranışın gerçekleşme olasılığında artış söz konusu olacaktır (13). Yapılan çalışmalarda kişilerin prostat kanseri taramalarına katılmasında yarar algısının (14, 15), duyarlılık algısının (16, 17, 18, 19, 20, 21), engel algısının (16, 22, 23, 24), ciddiye alma algısının (25, 26) ve sağlık motivasyonunun (27,28) etkili olduğu belirtilmektedir.

Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde bireylerin çalıştıkları işlerde yaşanan zorluklar en önemli faktörlerden biridir. Bu konu ile ilgili olarak tarımsal üretim odak noktası olan mevsimlik tarım işçileri (MTİ), sağlığı geliştirme davranışlarının kazandırılması gereken önemli bir grup olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü dünya genelinde yaklaşık olarak 1.1 milyar tarım işgücünün 450 milyonunu MTİ' ler oluşturmaktadır. Türkiye'de ise tarım sektörünün iş alanı içindeki payı Türkiye İstatistik Kurumu istatistiklerine göre %22.1'dir (29).

MTİ'ler dünyada, barınma koşulları ve yaşam koşullarının yetersizliği, kaza ve yaralanmalar, hizmete uzaklık veya erişememe, pestisit etkilenimi nedeniyle hastalıkların yüksek olduğu, erken ölümlerin sayıca fazla olduğu, sosyal dışlanmanın bütün boyutlarını barındıran ve çalışma yaşamının en kötü olanaklarına maruz kalarak yaşayan bir grup olarak ele alınmaktadır (30). Bu aşamada sağlık profesyonellerine özellikle de hemşirelere MTİ bireylerin prostat kanseri taramalarına yönelik yanlış algılarını düzeltmeleri, tarama programlarına katılımları konusunda önemli görevler düşmektedir (31).

Türkiye'de prostat kanserinin erken tanısına yönelik çalışmalar bulunmakla birlikte sınırlı sayıdadır (32). Bunun yanında MTİ'lerin sağlık inançları, bu inançların prostat kanseri tarama davranışlarına etkisine yönelik yapılmış çalışmalara ulaşılamamıştır. Bu nedenle erkek üreme sağlığının önemli konularından biri olan ve erken tanı ile tedavi edilme oranı çok yüksek olan prostat kanseri ile ilgili tutumların ve prostat kanseri taramalarına katılma davranışlarının incelenmesi önemlidir (33, 34). Bu

aşamada yapılacak taramalar ile MTİ bireylerin prostat kanseri taramalarına ilişkin sağlık inançları ve davranışları belirlenebilir.

Bu nedenle bu çalışma; 50 yaş üzeri mevsimlik tarım işçisi bireylerin prostat kanseri taramalarına ilişkin sağlık inançlarının tarama davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.





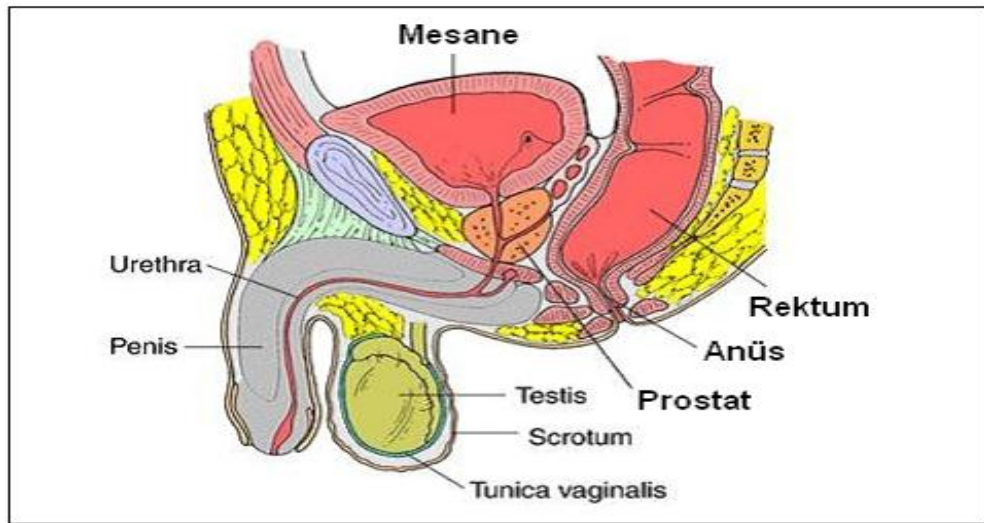
## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Prostat Anatomisi

Prostat, erkeklerde üreme sisteminin en büyük bezidir. Yaklaşık 2 cm kalınlığında, 4 cm genişliğinde ve 3 cm yüksekliğinde, ortalama 20 gr ağırlığındadır ve iri bir kestane büyüklüğündedir (35). Büyüklüğü bireyler arasında farklılık göstermektedir (36). Pelvis boşluğunda yer alan prostat, mesanenin aşağısında, symphysis pubica'nın arkasında ve rectum'un önünde yer almaktadır (35).

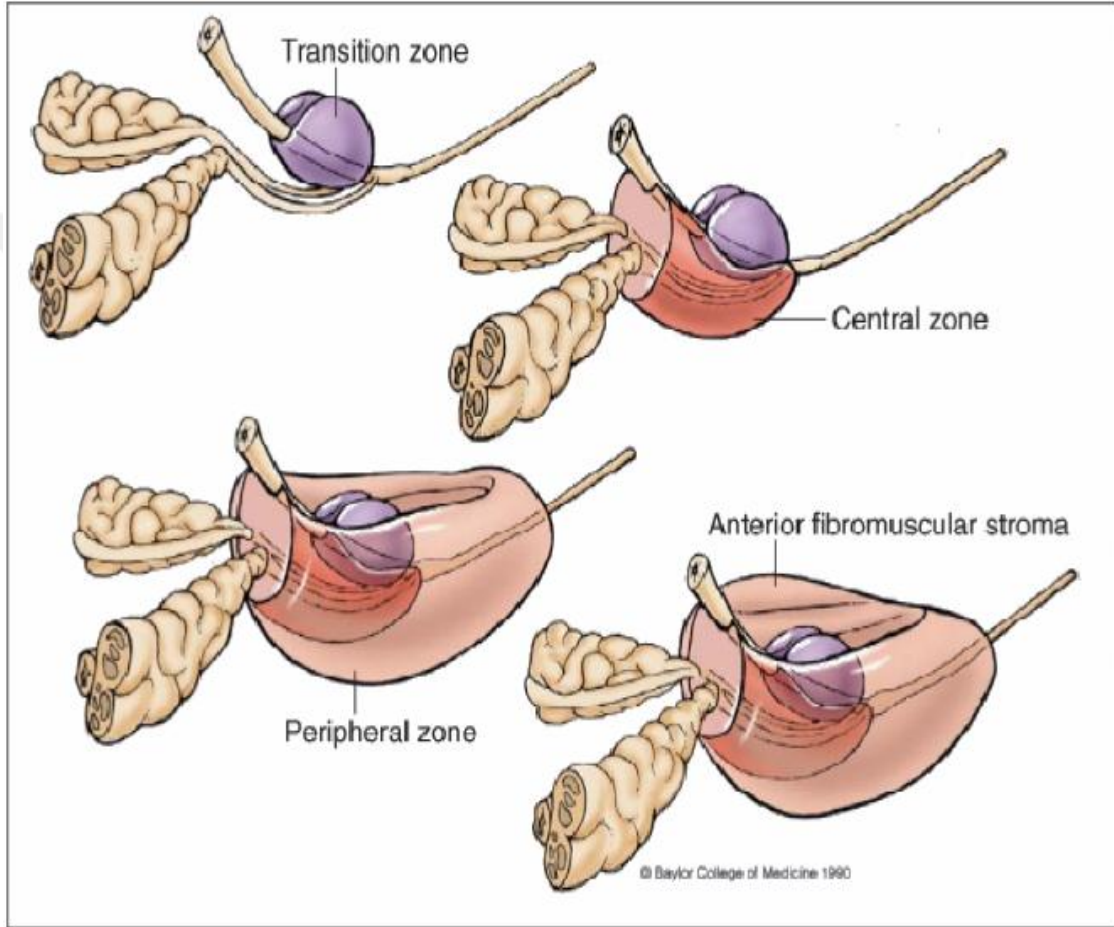
Prostat salgısı puberteden başlayarak üretraya doğru boşalır. Bu salgı ejakülataın %50'sinden fazlasını oluşturmaktadır (37). Prostat salgısı içinde barındırdığı sperm adındaki bir maddeden kaynaklanan spesifik, keskin bir koku içerir. Bazik reaksiyon gösterir. Vajinadaki asit ise spermin ortamını nötralize ederek, spermin uygun ortamda daha uzun süre ve daha canlı kalmasını sağlar (35). PSA, prostata spesifik olan bir enzimdir. Prostatta yapılmakta ve oradan da kana geçmektedir (37).

Prostat bezinin fonksiyonuna ve büyümesine etki eden en önemli hormon testosterondur. Testosteron en çok testislerde, kısmen de böbrek üstü bezlerinde meydana gelir. Testosteron tarafından uyarım olmadığı zaman, prostat bezi yeterli bir şekilde büyüme ve gelişme göstermez bu nedenle salgı da oluşturmaz. Prostat ve çevre organları şekil 2.1.1'de görülmektedir.



Şekil 2.1.1. Prostat ve Çevre Organlar

Prostat bünyesinde 5 lob barındırır. Bunlar; sol lateral, sağ lateral, median, anterior ve posterior'dur (37). Dönmez ve Yenilmez'in çalışmasına göre McNeal prostatı anterior fibromusküler stroma, periferik zon, transizyonel zon, preprostatik sfinkter ve santral zon olarak ayırmıştır. Şekil 2.1.2'de bu bölümlendirme görülebilir (38).



**Şekil 2.1.2.** Prostatın Lobları

**Periferik Zon:** Prostatın en büyük bölümü olup Glandülyapıları içermektedir. Prostat karsinomu genellikle periferik zonda oluştuğu bilinmektedir (39).

**Santral Zon:** Glandüler yapıdan oluşan, veru montanumun arka kısmında yer alan, üretrayı çevreleyen bir şekilde yer almıştır (39).

**Transisyonel Zon:** Fonksiyonel önemi çok olmasına rağmen tüm prostatın %5'inden azını oluşturur. Üretranın hemen çevresinde, proksimal ve distal üretranın

birleşiminde yer alan küçük bir grup glandüler elemandan meydana gelir. Kökenini Bening Prostat Hiperplazisin (BPH) den alan zon olarak adlandırılır (39).

**Preprostatik Sfinkter:** Prostatik üretranın tümünü çevreleyen düz kaslardan oluşmaktadır. Retrograd ejakülasyonu önlemenin yanı sıra glandüler elemanlar içermezler (39).

**Anterior Fibromüsküler Stroma:** Tüm prostat dokusunun %30'undan meydana gelir. Glandüler yapı barındırmazlar. Kökenini detrisör kasından alır. Müsküler ve fibröz dokudan oluşur. Prostatın ön yüzünün tümünü çevreler (39).

## 2.2. Prostat Kanseri

Prostat kanseri, prostat bezinin hacimsel olarak büyümesidir. Prostat bezindeki hücre harabiyeti ve hücre çoğalması arasındaki dengenin bozulması durumudur (40). Erkek üreme sisteminin önemli bir parçası olan prostat, en çok ileri yaş erkeklerde görülen, tümör özelliği kazanan hücrelerin kontrolsüz bir biçimde çoğalmasıyla görülen malign değişikliklerdir (41).

Günümüzde sıklığı giderek artmasına rağmen tanı ve tedavisindeki yeni gelişmeler sayesinde lokalize olarak yakalandığında dahi prostat kanseri tam olarak tedavi edilebilen bir hastalıktır (42).

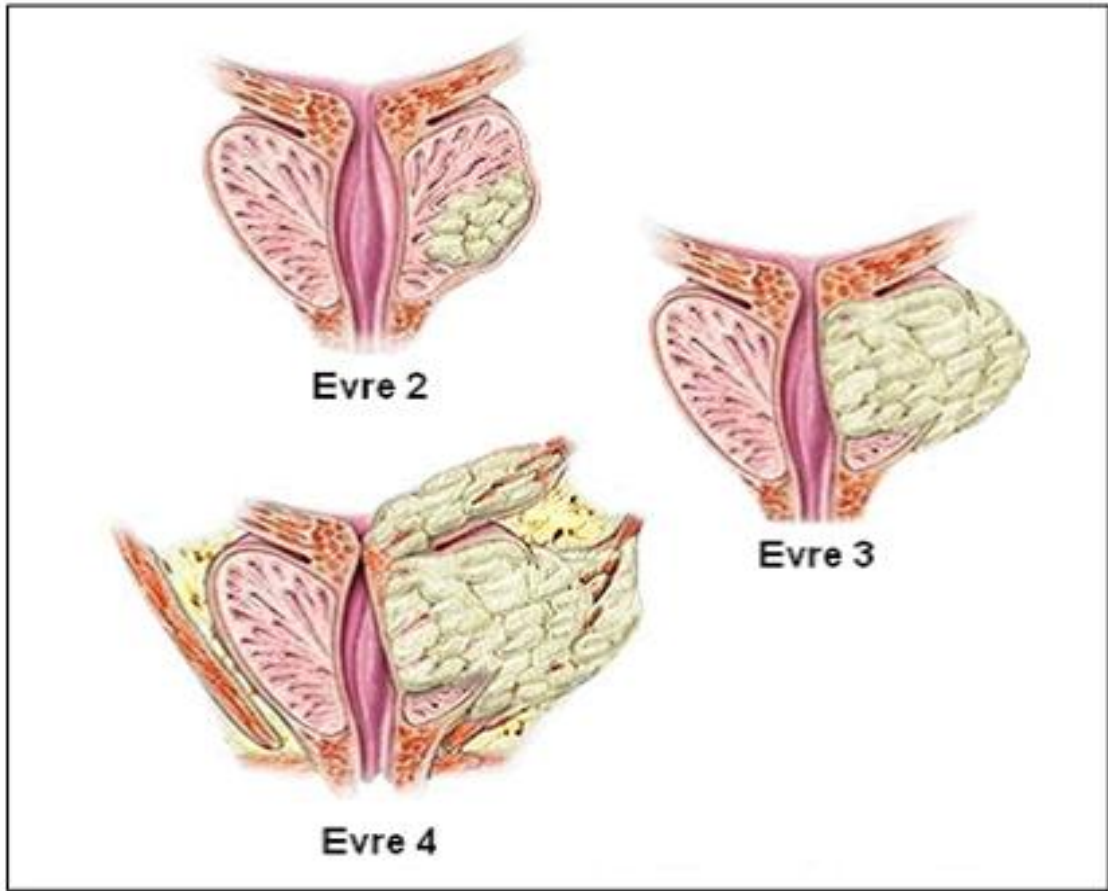
Prostat kanseri tanısında, prostat kanseri insidansında önemli bir artış olmasının nedeni PSA'nın yaygın olarak kullanılmaya başlanmasıdır. PSA testinin yaygın kullanımıyla metastatik hastalık insidansında azalma görülürken bölgesel-lokal hastalık insidansında artış meydana gelmektedir (43).

Prostat kanseri genellikle yavaş ilerleyen bir hastalıktır. Tümör bölgesel bir şekilde büyümeye başlar ve sonrasında prostat kesesini geçerek çevredeki dokulara yayılmaya başlar. Lenflerde yayılımın başlamasıyla beraber öncelikle kemiklere daha sonra da pelvis, femur ve kafatasına yayılmaya başlar. Kan yoluyla akciğerlere ve beraberinde ise karaciğere yayılım gösterir (44, 45).

Kanserin doğal seyri tam olarak bilinmemektedir. Prostat kanserinde rol alan etmenlerin bazıları; genetik, hormonal, çevresel ve diyetetik etkilerdir. Yapılan araştırmalara göre kanserlerin tümü küçük hacimlerde başlayıp ve gittikçe büyüme

sağlarlar. Sonuç olarak, küçük hacimli kanserler metastatik hareketler yaparak düzensiz bir biçimde büyürler (44). Bu durum şekil 2.2.1’de gösterilmiştir.

Prostat kanseri ölümlerinin kemik metastazları görülme sıklığı %85’tir. Kanser üretraya, mesaneye, seminal veziküllere ve periprostatik dokulara yayılabilir. Yayılım esnasında en kötü prognozu veren ise seminal veziküllerdir. Sebebi hastaların %50’ sinde uzak dokulara metastaz yapmasıdır (44).



Şekil 2.2.1. Prostat Kanseri Evreleri

### 2.3. Prostat Kanserinin Sıklığı

Prostat kanserinin sıklığı yaşla orantılı bir şekilde artmaktadır. Prostat kanserine 40 yaşın altındaki bireylere nadiren tanı konulmaktadır. Latent dönem prostat kanserinin görülme sıklığının en fazla olduğu dönemdir (46).

Günümüzde prostat kanseri ile ilgili çalışmaların yapılması ve bu çalışmalar sonucunda yeni gelişmelerin olmasına rağmen özellikle 50 yaş ve üzeri erkek bireylerde hastalık insan sağlığını önemli derecede tehdit etmektedir (42). Yapılan çalışmalara göre prostat kanseri Afrika, Kuzey Amerika ve Avrupa'nın birçok bölgesinde erkeklerde en fazla görülen kanser türü olarak bilinmektedir. Prostat kanseri, akciğer kanserinden sonra kanser kaynaklı ölümlerde ikinci sırada yer almaktadır (40, 47).

Prostat kanseri sıklığı dünyada erkek bireylerde en çok görülen kanser türleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Bu sıklık coğrafik bölgeler açısından bölgeden bölgeye farklılık göstermektedir (48, 49). Avustralya'nın ulusal kaynaklarında, erkekler arasında en fazla insan sağlığını tehdit eden kanser türü olarak ikinci sırada yer almaktadır. PSA testinin uygulamalarda kullanılmasıyla beraber, birçok ülkede görüldüğü gibi Avustralya'da da teşhis oranları hızlı bir ivme kazanmıştır. Sadece 2004 yılında, önceki yıllara göre %16.2 yeni vakada artış görülmüştür. Avustralya'da bu hastalığın görülme oranı 100.000'de 144.2 olarak saptanmıştır. Standardize edilmiş yaş gruplarına göre ise bu oran 100.000'de 24.6'dır (50).

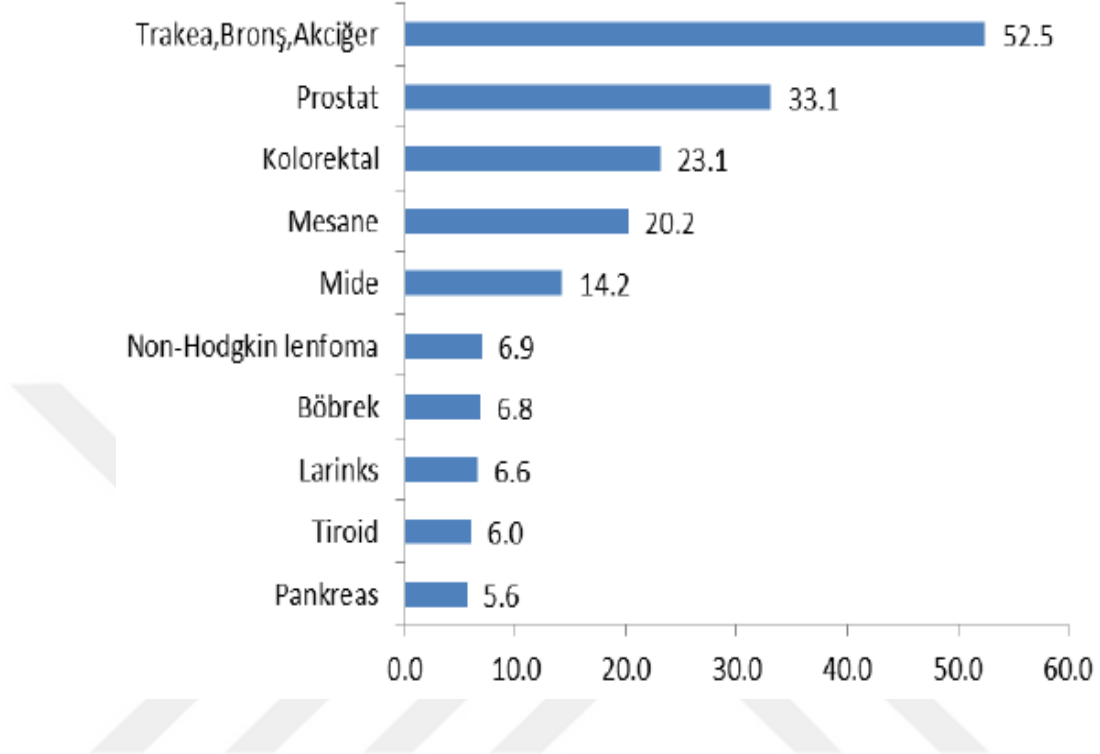
Amerika'da prostat kanseri kanserlerle ilgili ölümlerde en yoğun olarak görülen ikinci nedendir. Amerika'da 2009 yılında 192.280 yeni prostat kanseri vakası teşhis edilmiş ve 27.360 vaka bu hastalık nedeninden dolayı hayatını kaybetmiştir. Standardize edilmiş yaş gruplarına göre prostat kanserinin görülme oranı 100.000'de 159.3'tür. Siyahi ırklarda ise bu oran 100.00'de 239.8 olarak bulunmuştur (51).

İrlanda da prostat kanseri incelendiğinde, birçok ülkede olduğu gibi kişinin ölümüne neden olan kanser türleri içerisinde ikinci sırada yer alır. Ülkede prostat kanserinin görülme oranı 2006 yılında 100.000'de 96.2 olarak bulunmuştur. Standardize edilmiş yaş gruplarına göre ise bu oran 100.000'de 92.1'dir (52).

İngiltere'de de kanser kaynaklı ölümlerde, akciğer kanserinin ardından en fazla görülen ölüm sebebi arasında ikinci sırada yer almaktadır. Yılda yaklaşık olarak 10.200 erkeğe prostat kanseri tanısı konulmaktadır. Bu ülkede prostat kanserinin görülme oranı 100.000'de 97.1'dir. Standardize edilmiş yaş gruplarına göre ise bu oran 100.000'de 24.6'olarak belirlenmiştir (53).

Prostat kanseri Türkiye'de Avrupa ülkelerinde olduğu gibi, erkekler arasında en fazla görülen ikinci kanser türü olarak bilinmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın

2015 verilerine göre prostat kanserinin görülme oranı 100.000’de 33.1 olarak belirlenmiştir (5). Bu durum Şekil 2.3.1’de belirtilmiştir.



**Şekil 2.3.1.** Erkeklerde En Fazla Görülen 10 Kanserın Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2015) ( Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide)

#### 2.4. Risk Faktörleri

Prostat kanserinde yüksek insidans olmasına rağmen, kanserin meydana gelmesinde testosteronun varlığı dışında nasıl ve niçin geliştiğine dair herhangi bir veriye rastlanılmamıştır. Puberteden önce kısırlaştırılan kişiler hiperplazi veya kanser riski altında değildir (54). Olası etiyolojik faktörler:

**Yaş:** Prostat kanserinin görülme sıklığı yaşla birlikte artış gösterir. 50 ve üstü yaşlarda insidans ve prevalans oranı hızlı bir şekilde artış göstermektedir (55).

**Genetik:** Yapılan birçok çalışmada, akrabalarında prostat kanseri görülen bireylerin diğer bireylere göre yüksek bir prevalans ve insidansa sahip olduğu bildirilmiştir (38). Risk grupları içerisinde bireyin babası, büyük babaları veya erkek kardeşlerinin prostat kanserine yakalanmış olması bireyde yüksek riskin var olduğunu

düşündürmektedir (56). Ailenin erkek bireylerinde prostat kanseri var olması durumu prostat kanserine yakalanma riskini 5 - 11 kat artırmaktadır. Prostat kanserinin %9'u otozomal dominant bir genle taşınır (38).

**Hormonlar:** Birçok çalışma, erkek hormonlarının prostat kanserinde etkili olduğunu düşündürmektedir. Kastrasyon işlemi yapılan kişilerde prostat kanseri oluşmamaktadır. Çoğu hormonlara karşı prostat kanseri hücreleri hassastır ve erkeğe özgü hormonların var olduğu bir ortamda prostat kanseri hücreleri hızlı bir şekilde çoğalır. Kastrasyon işlemi kanser büyümesinin olağan bir biçimde gerilemesine neden olur. Testosteron hormonu sıçanlarda prostat kanserlerinin geliştiğini belirlemiştir (44).

**Diyet ve Çevre:** Beslenme ve birçok çevresel faktörün prostat kanseri yayılma hızı üzerine etkisinin olduğu açık bir şekilde belirtilmemiştir. Hayvansal yağlı gıdalarla beslenme prostat kanseri riski artırırken, sebze ve meyve gibi besinlerle beslenme ise yaşlanma riskini azaltmakta dolayısıyla prostat kanseri daha ileri yaşlarda ortaya çıkmaktadır (38). Hücre kültürlerinde yapılan bir çalışmada, prostat kanseri hücrelerinin büyümesinde omega - 6 yağ asitleri pozitif yönde, omega - 3 yağ asitlerinin ise negatif yönde etkili olduğu belirlenmiştir. Kandaki A vitamini düzeyinde azalmanın olması prostat kanseri için bir risk faktörü oluşturabilir. Kadmiyumun ise prostat kanseri riskini arttırdığı belirlenmiştir. Kadmiyum alkali pillerde, kaynak endüstrisinde kullanılmasıyla beraber özellikle sigara dumanında bulunmakla kanseri tetikleyen en önemli etmenlerden biri haline gelmiştir (56).

**İrk:** Dünya genelinde, ülke ve ırklar arasında insidans hız oranları ciddi farklılıklar gösterebilmektedir. Örneğin Kuzey Amerika ülkelerinde ve Avrupa'da prostat kanseri oranları yüksek, Güney Amerika ve Uzak Doğu ülkelerinde ise bu durum düşük bir insidansa sahiptir. Prostat kanseri Amerikadaki ırklar arasında değişkenlik gösterebilir, siyahi ırklarda beyazlara göre %50 daha fazla görülebilmektedir (38, 46).

**Diğer Faktörler:** Prostat kanserinin oluşmasında bakteriyel ve viral etkenlerin etiyolojik rolünün olduğu öne sürülmektedir (38).

## 2.5. Prostat Kanserinde Klinik Belirti ve Bulgular

Prostat kanserinde ilk olarak görülen belirtiler, tümör hücresinin çevredeki organlara metastaz yapması sonucunda halsizlik, kilo kaybının görülmesi, karnın alt ekstremitelerinde, bacak ve bel bölgelerinde ağrının meydana gelmesidir. Öteki belirti ise hastalarda prostat kanseri hücresinin her iki böbrekte bulunan üreterleri tıkaması sonucu oluşan böbrek yetmezliğinin görülmesidir (57).

Literatürde Prostat Kanserinin Sık Görülen Belirtileri Şu Şeklidir:

- Sık sık idrara çıkma (özellikle gecelerde),
- İdrar yollarında yanma,
- Çok az idrar yapma yada hiç yapamama,
- İdrar yollarında veya idrar yapma esnasında ağrının olması,
- İstemsiz bir şekilde idrar kaçırma durumunun olması (inkontinans),
- Cinsel ilişki sırasında ağrılı orgazm,
- Ereksiyonun olmaması durumu,
- Seminal veziküle bağlı olarak meydana gelen hematospermi,
- Tümör hücresinin mesaneye veya üretraya ilerlemesi durumunda görülen hematüri,
- Lenf yayılımı sonucunda ekstremitelere ödemin görülmesi,
- İdrar tutulmasına bağlı mesane şişkinliğinin görülmesi,
- Alt ekstremitelere güçsüzlük ya da parestezinin olması,
- Kemiklerde metastaz nedeniyle ağrı veya kırıkların görülmesi,
- Tümör hücresine bağlı olarak kilo kaybı ve iştahsızlık durumu görülebilir (58, 59, 44).



## **2.6. Prostat Kanserinde Tanı ve Tanısal Araçlar**

Prostat kanserinde verilecek erken tanı, hastalığın gidişatını büyük derecede değiştirebilmektedir (60).

Prostat kanserinde primer tanısal araçlar Parmakla Rektal Muayene (PRM) ve Prostat Spesifik Antijen (PSA) dir. Parmakla rektal incelemede kuşkulu bir durum varsa ve PSA değeri yüksek ise, Transrektal Ultrasonografi (TRUS) ile prostattan biyopsi alınır. En sık kullanılan teknik, otomatik bir düzenekte biyopsi almaktır (54).

Bu nedenle hemşireler; mevsimlik tarım işçisi bireyleri erken tanı davranışlarını yapmaları konusunda bilgilendirmeli, akrabalarında prostat kanseri öyküsü olan bireyleri risk grubu olarak değerlendirmelidirler (61).

### **2.6.1. Parmakla Rektal Muayene**

Prostat kanserinde PRM, tanı yöntemleri içinde en eski yöntem olarak bilinir. PRM' de prostat hücrelerinin sert ve düzensiz bir şekilde avuca gelmesi prostat kanserini düşündürmektedir. Prostat kanseri olasılığından dolayı, PRM sonucunu patolojinin belirlediği erkeklerde serum PSA değerleri nasıl çıkarsa çıksın biyopsi alınması gerekir. Yapılan PRM sonucunda kanserlerin % 23- % 24'ü atlanmaktadır. PRM' nin kişilere ait bir değerlendirme olması durumu, duyarlılığının yalancı negatiflik sebebi ile azalmanın görülmesi sonucu PRM yalnız başına tanısal yöntem amaçlı kullanılmaz. Ancak PSA ve TRUS'la beraber kullandıklarında güvenilirliği artmaktadır (42).

PRM, prostat volümünün değerlendirilmesinde güvenilir bir teknik olmamakla birlikte, prostat kanserini ve nörolojik sorunları ekarte etmek için hala önemlidir (62).

### **2.6.2. Prostat Spesifik Antijeni (PSA)**

Tümör belirteçlerinden en önemlisi PSA'dır. Ancak özgüllüğü ve duyarlılığı açısından zayıflık gösterir (63). PSA, prostat hücrelerinin sitoplazmalarında salgılanan 33.000 molekül ağırlığında bir glikoproteindir (58, 63).

PSA'nın fizyolojik görevinden biri seminal plazmanın sıvılaştırılmasına sebebiyet verir. PSA'nın prostat sıvısındaki yoğunluğu, serum düzeyindeki

yoğunluğundan 1 milyon daha fazladır (64). Az miktarda kana karışır ve bir laboratuvar testi ile düzeyi tespit edilebilir. PSA kansere özgü değildir, organa özgüdür. Normal düzeyi yetişkin erkeklerde 0-4 ng/ml arasında olmaktadır (58).

PSA değerlerinin takibi ve PSA kinetikleri klinisyenlere hangi zaman biyopsi alması gerektiği ve en önemlisi ise prostat kanserini ölümcül olduğu hastaları tanıyarak tedavinin kişiselleştirilmesi açısından yardımcı olabilecektir. Ancak rutin uygulamada PSA kinetikleri üzerinde de fikir birliği yoktur. PSA testi kolay uygulanabilir, ucuz ve her yerde yapılabilir bir testtir (65).

PSA değeri yaş gruplarına göre değişkenlik gösterir. Yaşın artmasına bağlı olarak referans değerlerinde artış meydana gelir. PSA'nın yaş gruplarına ait bazı referans değerleri şu şekilde belirtilmiştir. 50-59 yaş gruplarında PSA değeri 3.5 ng/ml, 60-69 yaş grupları için 4.5 ng/ml ve 70-79 yaş grubu bireyler için ise PSA değeri 6.5 ng/ml olarak gösterilmiştir (44). PSA değeri, kişide prostat kanseri görülme bile yaş gruplarına bağlı olarak yükselebilmektedir. Bunun temel sebebi bezin doğal bir şekilde büyüme göstermesidir (44, 66). PSA, prostat kanserine özgü çok yüksek bir aralığa sahip olsa bile, PSA testi malign ve benign tümörlerini birbirinden ayırmadığı için taramalarda PRM yapılmadığı zaman PSA testi yalnız olarak kullanılmamaktadır (67). Hastalıkta kesin tanı için öteki yöntemler ile beraber kullanılmalıdır (44).

Yaş ile beraber prostattaki Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) dokusunda artışla birlikte volümde artış olduğundan dolayı PSA'nın normal referans değeri yanlış sonuçlara sebebiyet verebilmektedir. Bu nedenden dolayı serum PSA değerinde yaş gruplarına özgü değişimler dikkate alındığında, prostat kanseri teşhisinde yaşlı bireylerde özgünlüğü, erişkinlerde ise hassasiyeti arttırmada çok daha etkili bir metod olan "yaş ile ilişkili PSA" ileri sürülmüştür. Prostat kanserinde kandaki PSA değeri çoğunlukla yüksektir. İntrakapsüler kanserin 1 gramı PSA değerini yaklaşık 3.5 ng/ml yükseltir. BPH'nin 1 gramı PSA düzeyini yaklaşık olarak 0.3 ng/ml arttırdığı bilinmektedir (68).

PSA değerini yükselten sebepler aşağıda belirtilmiştir:

- BPH: PSA yüksekliğinin en sık görülen nedenidir.
- Prostatit: Prostat iltihabı sonucunda kan dolaşımına PSA geçer.

- PSA, prostatın normal hücrelerinde üretildiği gibi kanserli hücrelerinde de üretilmektedir. Kanser hücrelerinin anormal çoğalması sonucunda serum PSA seviyesinde artış olur.
- Ejakülasyon: Yaş ilerledikçe (50-80 yaşları arasında) ejakülasyondan 1 saat sonra PSA'nın % 40 arttığı belirtilmektedir. PSA testi yapılacaksa seksüel aktivitenin testten en az 2 saat öncesine kadar yapılmaması gerekir.
- PSA değerini yükselten nedenlerin bireylere halk sağlığı hemşireleri tarafından anlatılması gerekmektedir. Çünkü PSA testi yaptıracak olan bireyler bu faktörleri bilerek ve bu faktörlere dikkat ederek sağlık kuluşuna gitmelidir (58).

Eşik değer konusunda alınan herhangi bir görüş birliği olmamasının yanında, genel olarak kabul edilen ortak yaklaşım, bulgularda belirlenen değer eğer 0.15'in üzerinde ise prostat kanserinin varlığına işaret eder, bulgularda belirlenen değer 0.15'in altında ise iyi huylu prostat kanserine işaret eder. PSA yoğunluğu için eşik değer 0.15 olarak alındığı zaman, PSA'nın yaklaşık 4-10 ng/ml olarak bulunduğu olgularda prostat kanseri belirleme değeri artar (68, 69).

PSA değerine göre prostat kanseri risk oranlarında artış göstermiştir. PSA değeri 0-1 ng/ml olanlarda risk oranı %3-5, 2-2.5 ng/ml olanlarda risk oranı %10-14, 2.5-4 ng/ml olanlarda risk oranı %22-30 ve 4-10 ng/ml olanlarda ise risk oranı %41 olarak belirtilmiştir (70).

### **2.6.3. Transrektal Ultrasonografi**

Transrektal Ultrasonografi (TRUS), prostat bezinin incelenmesinde kullanılan altın yöntemlerden biridir. TRUS, hacim ölçümlerinde ve ultrasonla birlikte biyopsi alınımında da başarı sağladığı kabul edilmektedir. TRUS, prostat kanseri tanısında duyarlılığı ve özgüllüğü düşük bulmaktadır. Prostat kanseri TRUS'da sıklıkla hipoeoik lezyon şeklini verir (71).

#### 2.6.4. Radyolojik İncelemeler

**Kemik Sintigrafisi:** Prostat kanseri en çok kemiğe metastaz yapar. İlerlemiş vakaların %75-%85' inde kemik metastazı saptanmaktadır (72).

Kemik sintigrafisinde açıklaması yapılamayan izole lezyonların ayrıntılı şekilde araştırılması gerekir. Bunun için ince kesitli Bilgisayarlı Tomografi (BT) veya lokalize Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) yararlı olabilir. Aksi halde bir kemik biyopsisi gerekli olabilir (44).

**Bilgisayarlı Tomografi:** Yalnızca yaygın lenf nodülü metastazından kuşkulandığında prostat kanserini evrelendirmek için BT kullanılır. Hastalarda PSA (> 20 ng/ml) ve Gleason skoru yüksekliği (>7) saptanmadıkça, BT taraması nodüllerin değerlendirilmesi için kullanılan bir yöntem değildir. Ancak cerrahi girişim veya radyoterapi sonrası adenopati değerlendirilmesi açısından yararlı olabilir (58,44).

**Manyetik Rezonans Görüntüleme:** Maliyetinin yüksekliği, uygulama süresinin uzunluğu ve testlerin tekrarlanma gerekliliği MR kullanımını kısıtlar. Evrelendirme doğruluk derecesi %83-%89, sensitivitesi %88-%90 arasında değişir. Sinir koruyucu cerrahi girişim düşünülen genç hastalarda, nörovasküler demetin koronal görüntüsünü tanımlamak açısından MR yararlı olur (58).

**Pelvik Lenfadenektomi:** Prostat kanserinde lenf nodülleri tutulumunu saptamanın en doğru sonuç veren yöntemi hala pelvik lenfadenektomidir. Amaç, prostatın primer ve sekonder lenfatik drenaj alanlarından örnekler alınarak metastazların varlığını belirlemektir.

Pelvik lenfadenektomiye cerrahi yaklaşım, laparoskopinin keşfiyle birlikte belirgin değişikliklere uğramıştır. Laparoskopik lenf nodülü diseksiyonu, açık insizyondan kaçınma ve yalnızca nodül diseksiyonu gerektiren hastalara cerrahi olanağı sunduğu için gittikçe popüler olmaktadır (44, 58).

#### 2.6.5. Diğer Tümör Belirleyicileri

Prostat kanserinde tümör gradı ve prognozu tahmin etme açısından DNA ploidisinin de yararlı olduğu bildirilmektedir. Ploidinin tümör grade'i üzerine, değerlendirme farklılıklarından kaynaklanan hataları en aza indirme gibi avantajları

vardır (73). Patoloji örneklerinde veya idrarda genetik değişikliklerin saptanması ve kanserin kimyasal bileşeninin görüntülenmesi gibi klinik kullanıma açık olmayan, hala araştırma safhasında olan birkaç deneysel teknik mevcuttur (44, 58).

Kanserin tanılanma safhasında tümör hacminin de prognostik önemi söz konusudur. Tümörün ekstrakapsüler uzantı ve yayılmaların tümör hacmi ile doğrudan orantılı bir şekilde olduğu belirlenmiştir. Buradaki asıl sorun, tedaviden önce tümör hacmini doğru olarak saptamak için kullanılan tekniklerin yetersiz kalmasıdır. TRUS, bu durumlarda en çok kullanılan yöntemdir. Ayrıca hipoekoik olmayan tümörlerde TRUS ortalama %40 hata payına sahiptir (73).

## **2.7. Tedavi**

Prostat kanserinde tanısında belirtilen histolojik durumlara göre hastalara farklı tedavi seçenekleri sunulmaktadır (74). Prostat kanserinin küratif tedavisinde tedavi yöntemleri olarak, radikal prostatektomi, radyoterapi, gözlem (düşük risk grubundaki hastalar), hormon terapisi seçeneklerinden biri veya birkaçı birlikte ya da ardışık olarak uygulanmaktadır. Hastalığın erken safhalarında, tedavide sıklıkla radikal prostatektomi veya radyasyon ile tedavi uygulanmaktadır (75, 76).

Prostat kanseri tedavi yöntemi seçiminde amaç en az komplikasyon ile kanser kontrolünü sağlamaktır (77). Ancak bu tedavi yöntemlerinden hangisinin seçileceğinin kararında birçok etmen göz önünde bulundurulmaktadır. Hastada beklenen yaşam süresi, uygulanacak tedavinin yan etkileri, yaşam kalitesi, tümörün özellikleri, doktorun tecrübesi ve hastanın tercihi tedavi seçiminde yol gösterecektir. Bu faktörlerin içerisinde en önemlileri hastanın yaşı ve evresidir (59, 78).

## **2.8. Prostat Kanserinde Korunma**

Prostat kanserine neden olan faktörlerin tam olarak bilinmemesinden dolayı, hastalığı önlemek için özel öneriler bulunmamaktadır. Ancak yapılan araştırmalarla prostat kanseri için koruyucu faktörler incelenmiştir (45).

Likopen ve selenyum içeren gıdalar prostat kanserine karşı koruyucu etkiye sahiptir. Kalsiyum içeren gıdalar ise muhtemelen prostat kanserine sebep olmaktadır.

Soya ve soya ürünleri, E vitamini ve alfa-tokoperol bu hastalığa karşı koruyucu iken; süt ve ürünleri, işlenmiş etler ise zararlıdır. Fazla şişmanlık ve sigaranın yanı sıra fazla alkol alınması da bütün kanser çeşitlerinde olduğu gibi prostat kanserinde de riski arttıran faktörlerdendir (49, 58).

Yapılan laboratuvar ve epidemiyolojik çalışmalar D vitamininin prostat kanserinin kontrolünde kısmen rol oynayabileceğini ortaya koymuştur. Prostat kanseri insidansı ile güneş ışınları ile temas arasında ters orantı bulunmaktadır. E vitamini antioksidan özelliğinden dolayı bazı koruyucu etkilere sahiptir. Epidemiyolojik çalışmalar, antioksidan özelliği olan selenyumun da prostat kanserinde koruyucu bir etkiye sahip olabileceğini göstermiştir (49). Bu nedenle hemşireler prostat kanserinden korunmada nelere dikkat edilmesi gerektiği konusunda bireyleri bilgilendirmelidirler. Ayrıca korunmada taramaların önemine de değinmeleri gerekmektedir.

## **2.9. Prostat Kanseri Taramaları**

Prostat kanseri taramalarında kullanılacak olan ideal bir tarama tetkikinin minimal invazif, kolay bulunabilen ve uygulanabilen, doğru sonuç veren ve hastalığın mortalite sonuçlarını etkilemesi beklenmektedir (79, 80).

Günümüzde prostat kanseri taramalarında on yıl veya daha fazla yaşam beklentisi olan 50 yaş ve üzeri erkekler için Amerika Üroloji Derneğinin önerisi, yıllık PRM ve PSA takibidir. Ayrıca Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüsü 40 yaş üzeri erkeklerin 48 yaşına kadar bir defa PSA tetkiki ile değerlendirilmelerini önermektedir (81).

Bu nedenle bireylerin prostat kanseri taramalarına katılmalarını sağlayacak girişimlerin planlanması gerekmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında bu davranışların gerçekleştirilmesinde modeller oldukça önemlidir.

## **2.10. Sağlık İnanç Modeli**

Sağlık inanç modeli, sağlıkla ilgili davranışları anlamada ve tahmin etmede kullanılabilecek davranış bilimlerinden adapte edilen ilk modeldir (58, 82).

Bu model bireyin davranış ve inançları arasında ilişki olduğunu belirtmektedir. Sağlık inanç modeli; sağlık davranışlarındaki sebebin bulunmasında en sık kullanılan kavramlardan biridir. Sağlık inancı, bireylerin sağlık davranışını özümseme, davranışa katılımını ve uygulamadaki hızını etkilemektedir (85).

Sağlık İnanç Modeli, 1950 yılında ABD’ de Hochbaum, Kegeles ve Leventhal tarafından geliştirilmiştir (84). Bu model birçok tipte sağlık davranışını inceleyen çalışmalarda kullanılmıştır (86).

Sağlık inanç modelinin özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- Kişinin hastalığa kişisel duyarlılığı olduğuna,
- Kişinin yaşamının bazı dönemlerinde en azından orta derecede ciddi bir hastalığı olabileceğine,
- Kişinin duruma karşı duyarlılığını, ya da hasta olmuşsa hastalığın ciddiyetini azaltmada bazı eylemleri yapmasına ve mali yük, rahatsızlık, ağrı, sıkıntı gibi engelleri ortadan kaldırması gerektiğine inanması gerekir (87).

Bir hastalığı erken tanımlamada bu inançlar gereklidir. Semptomların olmadığı durumda da hastalığın var olabileceği inancı bireyleri eyleme yönlendirir. Bir durumun ciddi olarak algılanması fiziksel etkilerinin yanı sıra (görüntünün değişmesi) sosyal etkiler ile de bağlantılıdır. Hastalığın sosyal yaşama, aile ilişkilerine etkisi, iş yaşamını engellemesi, hastalığın ciddi olarak algılanmasını etkiler. Duyarlılığın ve ciddiyetin algılanması da koruyucu sağlık davranışı oluşma olasılığını artırır (87, 88).

Sağlık İnanç Modeli, kişilerin tutum, değer ve inançların sağlık davranışlarından etkilendiğini savunur (13). Conner ve Norman’ın (89), belirttiğine göre sağlık inanç modeli elemanlarının neler olması gerektiği hakkında 46 kalitatif çalışma yapılmış; duyarlılık, engel, yarar ve ciddiyet algısının sağlık inanç modelinin en önemli elemanları olduğunu saptamıştır. Sağlık inanç modeli kanser taramaları, diyet, sigara içme, egzersiz ve daha birçok alanda sağlık davranışlarını incelemek amacıyla kullanılmaktadır (89, 90, 91). Uygulamada prostat kanseri taramalarına yönelik temel bileşenleri ölçebilmek için Çapık ve Gözüm (92), prostat kanseri taramalarında sağlık inanç modeli ölçeğini geliştirmişlerdir. Modele ait bileşenler aşağıda açıklanmıştır.

**Duyarlılık Algısı:** Sağlık durumuyla ilgili oluşabilecek tehlikeli bir durumu bireyin algılamasıdır. Demografik, psiko-sosyal, sosyo-ekonomik ve hastalıkla ilgili faktörler algıda etkin role sahiptir (93). Prostat kanserinde sağlık inancını konu alan pek çok çalışmada; taramalara katılım için duyarlılık algısının etkin role sahip olduğu belirlenmiştir (19, 20, 21).

Aydın (16), Elik (17), Kılıç ve Erci'nin (18) çalışmalarında duyarlılık algısında anlamlı değişimler oluştuğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmaya benzer şekilde; Odendia ve ark. (19), Weller ve ark. (20), Myers ve ark. (21) çalışmalarında da taramalara katılmada duyarlılık algısının etkili olduğunu saptamışlardır.

**Ciddiyet-Önemseme Algısı:** Tehdit eden durumun kişi için meydana getirdiği endişeler ve zararlı sonuçların algılanması durumudur. Hastalığın ciddiyetinin algılanması: Aşılama ve kanser gibi durumlara yönelik tarama programlarına katılma ile doğrudan ilişkilidir (93).

Archer ve Hayter (25), ciddiyet algısının bireyleri prostat kanseri taramalarına yönlendiren etkenlerden biri olabileceğini belirtmiştir. Cantor ve ark. (26) çalışmalarında, prostat kanseri taramalarına katılımı algılanan riskin doğrudan ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

**Yarar Algısı:** Bireyin hastalık düzeyini düşürmek veya bireyi hastalıktan korumak için sunulan koruyucu davranışın kendisinde oluşturabileceği yarara inanması durumudur (93). Prostat kanseri taramalarına katılımı yarar algısı önemli bir bileşendir. Livingston ve ark. (94), erkeklerin taramaların yararına olan inancının katılımı 2.1 kat arttırdığını saptamışlardır.

Tingen ve ark. (95) yaptığı çalışmada, erken tedaviye başlamanın önemli olduğu düşüncesinin insanların taramalara katılmasını etkileyen bir yarar algısı olduğu belirtilmiştir.

Ford ve ark. (15) çalışmalarında, taramaya yönelik bilişsel düzeyde taramalara katılımı yarar algısının etkili bir faktör olduğunu belirtmiştir.

**Engel Algısı:** Koruyucu davranışın oluşmasında bireysel ve toplumsal düzeyde çeşitli engellerin algılanmasıdır. Engel algısı, koruyucu davranışların gösterilmesinde, erken tanıyla beraber tarama programlarına katılma ile doğru orantılıdır. Ford ve ark.



(15), prostat kanseri taramalarında engel algısına neden olabilecek; bilgi eksikliği, sağlık güvencesinin yokluğu ve çalışma saatleri dışında tarama merkezlerinin uygun olmaması gibi birçok etmen olduğunu bildirmektedir.

Whaley (96), kesitsel olarak yaptığı çalışmasında algılanan engellerin prostat kanseri taramalarına katılıma ilişkisini incelemiş; algılanan engellerin artmasının katılımı önemli ölçüde azalttığını saptamıştır. Tarama ya da muayenenin utandırıcı olması ve tarama için ne gerektiğinin bilinmemesi özellikle belirtilen engeller arasında gösterilmiştir. Bilgi eksikliği, sağlık güvencesinin olmayışı, bir aile doktorunun olmaması ise katılımı engelleyen diğer faktörler olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada, sağlık profesyonellerinin bu prostat kanseri taramalarına katılımına ilişkin engellere yönelik bilgilendirmede rol almasının taramaya katılımı, dolayısı ile mortaliteyi azaltacağı belirtilmiştir.

Talcott ve ark. (97) çalışmalarında ise, Afrika kökenli Amerikalıların tanı hizmetlerine katılımlarını engelleyen faktörler; hekime güvensizlik ve sosyo-ekonomik durumdan kaynaklanan sağlık hizmetlerine ulaşım veya sürekli bir tedavi alabilme zorluğu olarak belirtilmiştir.

Çapık ve Gözüm'ün (98) prostat taramalarına katılım engellerini araştırdıkları çalışmasında, bireylerin prostat kanseri, taramalar ve tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirilmelerinin taramaya katılımında engel algılarını azalttığını saptamışlardır.

**Sağlık Motivasyonu:** Sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinde davranışların gelişmesi için istek ve niyet durumudur (93). George ve Fleming (28), prostat kanseri taramalarında bireylerin erken tanıya başvurmalarının birbiriyle ilişkili birçok motive edici faktörden kaynaklandığını belirtmektedirler. Motivasyon düzeyinin yüksek olması prostat kanseri taramalarına katılımı arttırmaktadır.

Kırsal alanda yaşayan bireyler için motivasyon düzeyinin yüksek olmasının taramaya katılmada önemli bir faktör olarak belirlenmiştir. Motivasyonu yüksek olan kişilerin taramaya 1.3 kat daha fazla katıldıkları saptanmıştır (50).

Oliver'in (24) doktora çalışmasında, motivasyon düzeyinin yüksek olduğu bireyler taramaya 1.3 kez daha fazla katıldıklarını belirtmişlerdir. Ford ve ark.'nın (15) çalışmalarında, taramalara katılımında motivasyon düzeyinin etkili olduğunu belirtmişlerdir. George ve Fleming'in (99) çalışmasında ise, prostat kanseri

taramalarında bireylerin erken tanıya başvurmasına birçok motive edici faktörün neden olabileceğini belirtmektedirler.

### **2.11. Prostat Kanserinden Korunmada Hemşirenin Rolü**

Prostat kanserinin erken tanısı ve tedavisi aşamalarında hemşirelerin birçok görev ve sorumlulukları bulunmaktadır:

- Prostat kanserinde tanı, tedavi ve taramalar ile ilgili birey ve çevresine eğitim vermek ve eğitime katılmalarına olanak sağlamak,
- Prostat kanserini tetikleyen çevresel etmenlerin (hava kirliliği, atık sular ve mikroorganizmalar vb. gibi) kontrol altına alınması ve çevreden uzaklaştırılması hususunda bireyleri bilinçlendirmek,
- Prostat kanserinde beslenmenin önemli bir etken olduğu; düzenli ve dengeli beslenmenin prostat kanserini pozitif yönde etkilediği bilincini uyandırmak ve bireyleri teşvik etmek,
- Kanserden korunma konusunda birey ve çevresini bilinçlendirmek,
- Günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan, uyku ve dinlenmeyi engelleyen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılmasını sağlamak,
- Prostat kanserini pozitif yönde etkileyen ve bireyin sağlıklı düşünebilmesini sağlayan en önemli faktörlerden biri psikolojik destektir. Birey ve çevresine psikolojik desteğin sağlanmasıyla kanseri negatif yönde etkileyen stres vb gibi ruhsal gerilim durumlarını ortadan kaldırmak,
- Kanserojen ve kanserojen olduğu düşünülen etmenleri ortadan kaldırarak sağlıklı bir çevre oluşturmaktır.

### **3. MATERYAL VE METOD**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Şanlıurfa İl Merkezi'nde muhtar bildirimlerine göre mevsimlik tarım işçilerinin yoğun yaşadığı 32 mahallede 112.705 tarım işçisinin olduğu belirlenmiştir (59). Mevsimlik tarım işçilerinin en yoğun yaşadığı ilçe Eyyübiye ilçesidir. İlçenin Yenice, Hayati Harrani, Hacı Bayram, Selçuklu, Osmanlı, Muradiye, Onikiler, Yakubiye, Topdağı mahalleleri en fazla tarım işgücünün yaşadığı yerleşim birimleridir. Araştırma Selçuklu ve Yakubiye mahallerinde Ekim 2017 - Haziran 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Tarım işçilerinin yoğun olduğu Selçuklu ve Yakubiye mahallelerinde yaşayan 50 yaş ve üzeri mevsimlik tarım işçisi bireyler araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklem seçiminde Dünya Sağlık Örgütü'nün 30 küme örneklem tekniği kullanılmıştır (100). Sokaklar küme olarak kabul edilmiş, basit rastgele yöntemle 30 sokak belirlenmiştir. Her kümede 10 kişiye, toplamda ise 300 kişiye ulaşılmıştır. Kümeler için başlangıç noktaları belirtilen mahallelerdeki sokaklardan basit rastgele yöntemle seçilmiştir.

#### **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

##### **3.4.1. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler**

Çalışmanın bağımlı değişkenleri çalışmaya katılacak olan erkeklerin prostat kanseri tarama davranışlarıdır (PSA ölçtürme, rektal tuşe yaptırma). Bağımsız değişkenleri ise sosyo-demografik özellikler (yaş, medeni durum, gelir durumu, öğrenim durumu, sosyal güvence, aile tipi, çocuk sayısı ve evde konuşulan dil), prostat

kanseri ile ilgili özellikler (aile ve çevrede prostat CA öyküsü, prostatla ilgili yakınma, prostat ile ilgili sorun yaşayıp-yaşamama, soruna yönelik uygulama, prostat muayenesi olma durumu, muayene olma nedenleri ya da olmama nedenleri, PSA ölçtürme, taramalara katılma durumu, bilgi alma durumu ve bilgi kaynakları), mevsimlik tarım işçiliğine yönelik özellikler (tarlada kalma süresi, kaç yıl çalışıldığı) ve sağlık inançlarıdır.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

#### **3.5.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması**

Hazırlanan anket formunun uygunluğunu belirlemek amacıyla beş uzmandan görüş alınmış ve alınan görüşler doğrultusunda form yeniden yapılandırılmıştır. Ayrıca anket formlarının anlaşılabilirliğini belirlemek için örneklem dışındaki 10 bireye ön uygulama yapılmıştır. Uygulama sonrasında gerekli görülen değişiklikler yapılarak anket formuna son hali verilmiştir.

#### **3.5.2. Anket Formu**

Araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu; sosyo-demografik özellikleri, mevsimlik tarım işçiliğine yönelik özellikleri ve prostat kanserine yönelik özellikleri içeren 24 sorudan oluşmaktadır (EK-I), (33, 34, 98, 105)

#### **3.5.3. Prostat Kanseri Taramaları Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (PKTSİMÖ)**

PKT-SİMÖ, 2009 yılında Çapık ve Gözüm (92) tarafından sağlık inanç modeli temel alınarak geliştirilmiştir. Ölçek, duyarlılık algısı (5 madde), ciddiyet algısı (4 madde), sağlık motivasyonu algısı (12 madde), engel algısı (16 madde) ve yarar algısı (7 madde) olmak üzere beş alt boyuttan ve toplam 41 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 1'den 5'e kadar puanlanan likert tipi bir araçtır. "Kesinlikle katılmıyorum" yanıtı 1 puan, "katılmıyorum" 2 puan, "kararsızım" 3 puan, "katılıyorum" 4 puan ve "kesinlikle katılıyorum" 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Puanların yükselmesi duyarlılık, ciddiyet, motivasyon ve yarar alt boyutları için olumlu bir durumu belirtirken; engel algısı için, engellerin yüksek algılandığını ve olumsuz bir durumu belirtmektedir.

Ölçeğin toplam bir puanı yoktur. Her bir alt boyutun kendi toplam puanı kullanılmaktadır. Ölçeği puanlarken hiçbir madde ters çevrilmemektedir, (EK-II) (96).

Çapık ve Gözüm'ün (92) çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı alt boyutlarda; duyarlılık algısı boyutu 0.90, ciddiye algısı boyutu 0.89, sağlık motivasyonu boyutu 0.96, engel algısı boyutu 0.94, yarar algısı boyutu 0.91 olarak bulunurken bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı Tablo 3.5'te verilmiştir (92).

**Tablo 3.5. Prostat Sağlık İnanç Ölçeğinin Cronbach Alfa Katsayısı**

Ölçekler	Cronbach Alfa Katsayısı	Madde Sayısı
Duyarlılık algısı boyutu	0.88	5
Ciddiyet algısı boyutu	0.94	4
Sağlık motivasyonu boyutu	0.79	4
Engel algısı boyutu	0.92	13
Yarar algısı boyutu	0.88	7

#### **3.5.4. Veri Toplama Aracının Uygulanması**

Veri toplama araçları araştırmacı tarafından bireyler evlerinde ziyaret edilerek, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Görüşme öncesinde bireylere çalışmanın amacı açıklanmış, görüşmeler ortalama 20-30 dk sürmüştür.

#### **3.6. Verilerin Analizi**

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama), ki kare testi, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi yapılmıştır.

#### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Çalışmanın yapılabilmesi için Harran Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (18.08.2017 / E.29249) (EK-III) ve çalışmaya katılmış olan bireylerden izin alınmıştır.

## 4. BULGULAR

Mevsimlik tarım işçisi bireylerin prostat kanseri taramalarına ilişkin sağlık inançlarının tarama davranışlarına etkisini belirlemek için gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Bireylerin %63.3’ünün 50-69 yaş arasında olduğu, %71.3’ünün evli olduğu, %78.3’ünün gelirinin giderinden az olduğu, %67.7’sinin okur-yazar olmadığı, %77.3’ünün sosyal güvencesinin olmadığı, %76.0’nın ailedeki birey sayısının 6 ve üzerinde olduğu, %34.4’ünün sağlığını kötü olarak değerlendirdiği, %68.7’sinin aile tipinin geniş aile olduğu ve %39.3’ünün ise evde kürtçe konuştuğu saptanmıştır.

**Tablo 4.1. Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=300)**

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Yaş</b>		
50-69	190	63.3
70 ve üstü	110	36.7
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	86	28.7
Evli	214	71.3
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir Giderinden Az	235	78.3
Gelir Giderine Eşit	48	16.0
Gelir Giderinden Fazla	17	5.7
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Okur-Yazar Değil	203	67.7
Okur-Yazar	61	20.3
İlköğretim	27	9.0
Lise ve üstü	9	3.0
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 4.1. (Devamı) Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=300)**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Sosyal Güvencesi</b>		
Var	68	22.7
Yok	232	77.3
<b>Ailedeki Birey Sayısı</b>		
1-5	72	24.0
6 ve üzeri	228	76.0
<b>Sağlık Değerlendirmesi</b>		
Çok İyi	6	2.0
İyi	66	22.0
Orta	97	32.3
Kötü	103	34.4
Çok Kötü	28	9.3
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek Aile	78	26.0
Geniş Aile	206	68.7
Parçalanmış Aile	16	5.3
<b>Evde Konuşulan Dil</b>		
Türkçe	80	26.7
Kürtçe	118	39.3
Arapça	100	33.3
Diğer	2	0.7
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

Mevsimlik tarım işçisi bireylerin prostat kanseri ile ilgili bazı özellikleri Tablo 4.2’de verilmiştir. Bireylerin %72.0’nın ailesinde prostat kanseri öyküsünün olmadığı, %55.7’sinin çevresinde prostat kanseri tanısı konulan kişilerin olmadığı, %86.3’ünün prostatla ilgili herhangi bir yakınmasının olmadığı, %86.0’nın daha önceden prostatla

ilgili herhangi bir sorun yaşamadığı, %72.7'sinin prostat muayenesini yaptırmadığı, %9.0'nın prostat muayenesi yaptırmaya sebep olan nedenin prostatla ilgili endişeler ve yakınmaların olduğu saptanmıştır. Ayrıca %29.4'ünün prostat muayenesi yaptırmama nedeninin yeterli zamanın olmadığından kaynaklı olduğu, %80.7'sinin gelecekte prostat kanseri ile ilgili taramalara katılmayı düşündüğü, %57.7'sinin PSA ölçtürmediği, %94.0'ünün rektal tuşe yaptırmadığı, %87.3'ünün kolonoskopi yaptırmadığı, %57.0'sinin prostat kanseri ve taramaları ile ilgili daha önce bilgi aldığı ve %37.0'sinin ise prostat kanseri ile ilgili bilgi kaynağının sağlık profesyonelleri olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.2. Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Prostat Kanseri ile İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımı (n=300)**

<b>Prostat Kanseri ile İlgili Özellikler</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Ailenizde prostat kanseri olma durumu</b>		
Var	84	28.0
Yok	216	72.0
<b>Çevrenizde prostat kanseri tanısı konulan kişilerin olma durumu</b>		
Var	133	44.3
Yok	167	55.7
<b>Prostatla ilgili herhangi bir yakınma olma durumu</b>		
Evet	41	13.7
Hayır	259	86.3
<b>Daha önceden prostatla ilgili bir sorun yaşadığında sorunu çözmek için bir uygulama yapma durumu</b>		
Sorun yaşamadım	258	86.0
Sorun yaşadım ama bir uygulama yapmadım	24	8.0
Sorun yaşadım farklı uygulamalar yaptım	18	6.0
<b>Prostat muayenesi olma durumu</b>		
Evet	82	27.3
Hayır	218	72.7



**Tablo 4.2. (Devamı) Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Prostat Kanseri ile İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımı (n=300)**

<b>Prostat Kanseri ile İlgili Özellikler</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Muayene olma nedenleri (n=82)</b>		
Prostatla ilgili endişeler ve yakınmalar	27	32.5
Aile ve arkadaşlar	25	31.3
Sağlık profesyonelleri	17	20.5
Yazılı veya görsel kitle iletişim araçları	12	14.5
Diğer	1	1.2
<b>Prostat muayenesi yaptırmama nedenleri (n=218)</b>		
Utandırıcı buluyorum	42	19.5
Zamanım yok	88	40.2
Maddi durum yetersizliği	37	17.1
Daha önemli işlerim var	51	23.2
<b>Gelecekte prostat kanseri ile ilgili taramalara katılmayı düşünme durumu</b>		
Evet	242	80.7
Hayır	58	19.3
<b>PSA ( Prostata yönelik kan testi) ölçtürme durumu</b>		
Evet	127	42.3
Hayır	173	57.7
<b>Bugüne kadar rektal tuşe yaptırma durumu</b>		
Evet	18	6.0
Hayır	282	94.0

**Tablo 4.2. (Devamı) Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Prostat Kanseri ile İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımı (n=300)**

<b>Prostat Kanseri ile İlgili Özellikler</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Kolonoskopi çekirme durumu</b>		
Evet	38	12.7
Hayır	262	87.3
<b>Prostat kanseri ve taramaları ile ilgili daha önce bilgi alma durumu</b>		
Evet	171	57.0
Hayır	129	43.0
<b>Prostat kanseri ile ilgili bilgi kaynakları (n=171)</b>		
Aile ve çevredekiler	36	21.0
Sağlık profesyonelleri	109	63.1
Yazılı ve görsel kitle iletişim araçları	19	11.4
Diğer	7	4.5

Mevsimlik tarım işçisi bireylerin mevsimlik tarım işçiliği ve diğer özelliklerinin dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir. Bireylerin %29.7'sinin 6 yılın üzerinde mevsimlik tarım işçisi olarak çalıştığı, %69.3'ünün tarlada kalma süresinin 4 ay ve üzeri olduğu, %46.0'sinin çalıştığı yerde pestisidin (tarım ilacı) az kullandığı, %97.3'ünün tarlada çalışırken sağlık hizmetlerine nadiren erişebildiği, %60.3'ünün evinin tarım alanına yakın olduğu, %59.3'ünün tarlada çadır içinde barındığı, %62.3'ünün tarlada yaşarken hiç doktor veya hemşirenin gelmediği, tarlaya gelen doktor veya hemşirelerden %22.0'sinin muayene için geldiği saptanmıştır. Ayrıca mevsimlik tarım işçisi bireylerin %74.7'sinin sigara kullandığı, %98.3'ünün alkol kullanmadığı, %42.3'ünün ara sıra egzersiz yaptığı ve %77.7'sinin ise düzenli ve dengeli beslenmediği saptanmıştır.

**Tablo 4.3. Mevsimlik Tarım İşçiliği ile İlgili Diğer Özelliklerin Dağılımı (n=300)**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Mevsimlik tarım işçisi olarak çalışma süresi</b>		
1 yıldan az	44	14.7
1-3 yıl	81	27.0
4-6 yıl	86	28.7
6 yıl üzeri	89	29.7
<b>Tarlada kalma süresi</b>		
1-3 ay	92	30.7
4 ve üzeri ay	208	69.3
<b>Çalıştığımız yerde pestisit (tarım ilacı) kullanım sıklığı</b>		
Hiç kullanılmıyor	92	30.7
Az kullanılıyor	138	46.0
Çok fazla kullanılıyor	70	23.3
<b>Tarlada çalışırken sağlık hizmetlerine erişebilme durumu</b>		
Genellikle	8	2.7
Nadiren	292	97.3
<b>Eviniz tarım alanına yakın olma durumu</b>		
Evet	181	60.3
Hayır	119	39.7
<b>Tarlada barınma durumu</b>		
Baraka	81	27.0
Çadır	178	59.3
Ev	41	13.7

**Tablo 4.3. (Devamı) Mevsimlik Tarım İşçiliği ile İlgili Diğer Özelliklerin Dağılımı (n=300)**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Tarlada yaşarken doktor/hemşire gelme durumu</b>		
Evet	113	37.7
Hayır	187	62.3
<b>Tarlada yaşarken doktor/hemşireni n gelme nedeni (n=113)</b>		
Aşı	11	11.8
Muayene	50	43.1
Kontrol	28	24.2
Sağlık eğitimi	24	20.9
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
Evet	224	74.7
Hayır	76	25.3
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Evet	5	1.7
Hayır	295	98.3
<b>Egzersiz yapma durumu</b>		
Hiç yapmıyorum	117	39.0
Haftada enaz 1-2 gün	35	11.7
Haftada 3-4 gün ve üstü	21	7.0
Ara sıra egzersiz yaparım	127	42.3

**Tablo 4.3. (Devamı) Mevsimlik Tarım İşçiliği ile İlgili Diğer Özelliklerin Dağılımı (n=300)**

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Düzenli ve dengeli beslendiğini düşünme durumu</b>		
Evet	67	22.3
Hayır	233	77.7

MTİ bireylerin prostat kanseri taramaları sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamaları Tablo 4.4'te verilmiştir. Araştırmada en yüksek puanı engel algısı ( $44.35 \pm 8.77$ ) alırken, en düşük puanı ise ciddiyet algısı ( $12.99 \pm 3.58$ ) almıştır.

**Tablo 4.4. Prostat Kanseri Taramaları Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (PKT-SİMÖ) Puan Ortalamaları**

Ölçek Alt Boyutları	$\bar{x} \pm Ss$	Min-Max Puanlar
Duyarlılık Algısı	$13.59 \pm 4.45$	5.00 – 49.00
Ciddiyet Algısı	$12.99 \pm 3.58$	5.00 – 20.00
Sağlık Motivasyonu Algısı	$38.04 \pm 5.82$	21.00 – 51.00
Engel Algısı	$44.35 \pm 8.77$	24.00 – 69.00
Yarar Algısı	$30.20 \pm 2.84$	17.00 – 35.00

Araştırmaya katılan MTİ bireylerin prostat kanseri taramaları sağlık inanç modeli ölçeği (PKT-SİMÖ) alt boyutlarının puan ortalamalarının prostat kanseri tarama davranışlarına göre dağılımı Tablo 4.5'te verilmiştir. Mevsimlik tarım işçisi bireylerin prostat kanseri taramaları sağlık inanç modeli (PKT-SİMÖ) ölçeği duyarlılık algısı alt boyutu ( $t= 5.774$   $p= 0.000$ ), ciddiye algısı alt boyutu ( $t= 3.696$   $p= 0.000$ ), sağlık motivasyonu algısı alt boyutu ( $t= -3.092$   $p= 0.002$ ) puan ortalamaları ile PSA ölçtürme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Bireylerin prostat kanseri taramaları sağlık inanç modeli ölçeği (PKT-SİMÖ) duyarlılık algısı alt boyutu ( $MU= 699.000$   $p=0.000$ ), ciddiye algısı alt boyutu ( $MU= 1.783.000$   $p=0.034$ ), sağlık motivasyonu algısı alt boyutu alt boyutu ( $MU= 915.000$   $p= 0.000$ ), yarar algısı alt boyutu ( $MU= 1.812$   $p= 0.040$ ) puan ortalamaları ile rektal tuşe yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

**Tablo 4.5. Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin PKT-SİMÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Prostat Kanseri Tarama Davranışlarının Göre Dağılımı**

Ölçek Alt Boyutları	Tarama Davranışları			
	PSA Ölçtürme		Rektal Tuşe Yaptırma	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Duyarlılık Algısı	15.26 ± 4.46	12.37 ± 4.03	18.50 ± 3.26	13.28 ± 4.33
<b>İstatistiki Değer</b>	<b>t= 5.774 p= 0.000</b>		<b>MU= 699.000 p= 0.000</b>	
Ciddiyet Algısı	13.87 ± 3.61	12.35 ± 3.43	13.27 ± 4.21	12.86 ± 3.54
<b>İstatistiki Değer</b>	<b>t= 3.696 p= 0.000</b>		<b>MU= 1.783.000 p= 0.034</b>	
Sağlık Motivasyonu Algısı	36.78 ± 6.85	38.97 ± 4.75	32.56 ± 2.81	38.39 ± 5.79
<b>İstatistiki Değer</b>	<b>t= -3.092 p= 0.002</b>		<b>MU= 915.000 p= 0.000</b>	
Engel Algısı	43.60 ± 8.17	44.91 ± 9.17	44.39 ± 7.82	44.35 ± 8.84
<b>İstatistiki Değer</b>	t= -1.278 p= 0.202		MU= 2.510 p= 0.936	
Yarar Algısı	30.54 ± 2.53	29.95 ± 3.03	31.44 ± 2.31	30.12 ± 2.85
<b>İstatistiki Değer</b>	t= 1.784 p= 0.075		<b>MU= 1.812 p= 0.040</b>	

Araştırmaya katılan MTİ bireylerin bazı özelliklerinin prostat kanseri tarama davranışlarına göre dağılımı Tablo 4.6'da verilmiştir. Bireylerin **yaşına göre** PSA ölçtürme ( $\chi^2=16.333$   $p= .000$ ) ve rektal tuşe yaptırma ( $\chi^2=5.205$   $p= .023$ ) arasında anlamlı bir fark saptanmış olup, **eğitim durumuna göre** PSA ölçtürme ( $\chi^2=4.573$   $p= .206$ ) ve rektal tuşe yaptırma ( $\chi^2=5.250$   $p= .154$ ) arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. **Medeni duruma göre** rektal tuşe yaptırma ( $\chi^2=3.514$   $p= .041$ ), **gelir durumuna göre** PSA ölçtürme ( $\chi^2=12.615$   $p= .002$ ) ve rektal tuşe yaptırma ( $\chi^2=10.061$   $p= .007$ ), **sosyal güvence durumuna göre** PSA ölçtürme ( $\chi^2=15.733$   $p= .000$ ) arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. **Ailesinde prostat kanseri öyküsü olma durumuna göre** PSA ölçtürme ( $\chi^2=26.661$   $p= .000$ ) ve rektal tuşe yaptırma ( $\chi^2=11.642$   $p= .001$ ) arasında, **prostat muayenesi olma durumu göre** PSA ölçtürme ( $\chi^2=143.252$   $p= .000$ ) ve rektal tuşe yaptırma ( $\chi^2=9.152$   $p= .002$ ) arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır.

**Tablo 4.6. Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Bazı Özelliklerinin Prostat Kanseri Tarama Davranışlarına Göre Dağılımı**

Özellikler	Tarama Davranışları							
	PSA Ölçtürme				Rektal Tuşe Yaptırma			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Yaş</b>								
50-69	65	50.4	125	73.1	9	39.1	181	65.3
70 ve üstü	64	49.6	46	26.9	14	60.9	96	34.7
<b>İstatistiki Değer</b>		$\chi^2= 16.333$	$p= .000$			$\chi^2= 5.205$	$p= .023^*$	
<b>Öğrenim Durumu</b>								
Okuryazar değil	86	66.7	117	68.4	20	87.0	183	66.1
Okur yazar	29	22.5	32	18.7	1	4.3	60	21.7
İlköğretim	13	10.1	14	8.2	1	4.3	26	9.4
Lise ve üstü	1	0.8	8	4.7	1	4.3	8	2.9
<b>İstatistiki Değer</b>		$\chi^2= 4.573$	$p= .206$			$\chi^2= 5.250$	$p= .154$	
<b>Medeni Durum</b>								
Evli	42	32.6	44	25.7	11	47.8	75	27.1
Bekar	87	67.4	127	74.3	12	52.2	202	72.9
<b>İstatistiki Değer</b>		$\chi^2= 1.676$	$p= .195$			$\chi^2= 3.514$	$p= .041^*$	

\*Yates Düzeltmeli Ki Kare



**Tablo 4.6. (Devamı) Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Bazı Özelliklerinin Prostat Kanseri Tarama Davranışlarına Göre Dağılımı**

<b>Gelir Durumu</b>								
Gelir giderden az	94	72.9	141	82.5	12	52.2	223	80.5
Gelir gidere eşit	31	24.0	17	9.9	8	34.8	40	14.4
Gelir giderden fazla	4	3.1	13	7.6	3	13.0	14	5.1
<b>İstatistiki Değer</b>		<b><math>\chi^2= 12.615</math></b>	<b>p= .002</b>			<b><math>\chi^2= 10.061</math></b>	<b>p= .007</b>	
<b>Sosyal Güvence</b>								
Var	15	11.6	53	31.0	4	17.4	64	23.1
Yok	114	88.4	118	69.0	19	82.6	213	76.9
<b>İstatistiki Değer</b>		<b><math>\chi^2= 15.733</math></b>	<b>p= .000</b>			<b><math>\chi^2= .137</math></b>	<b>p= .712*</b>	
<b>Ailede Prostat Kanseri Öyküsü</b>								
Var	56	43.4	28	16.4	14	60.9	70	25.3
Yok	73	56.6	143	83.6	9	39.1	207	74.7
<b>İstatistiki Değer</b>		<b><math>\chi^2= 26.661</math></b>	<b>p= .000</b>			<b><math>\chi^2= 11.642</math></b>	<b>p= .001*</b>	
<b>Prostat Muayenesi Olma Durumu</b>								
Evet	81	62.8	1	0.6	13	56.5	69	24.9
Hayır	48	37.2	170	99.4	10	43.5	208	75.1
<b>İstatistiki Değer</b>		<b><math>\chi^2= 143.252</math></b>	<b>p= .000</b>			<b><math>\chi^2= 9.152</math></b>	<b>p= .002*</b>	

\*Yates Düzeltmeli Ki Kare

**Tablo 4.6. (Devamı) Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Bazı Özelliklerinin Prostat Kanseri Tarama Davranışlarına Göre Dağılımı**

<b>Tarlada Kalma Süresi (Ay)</b>									
1-3	36	27.9	56	32.7	4	17.4	88	31.8	
4 ve üstü	93	72.1	115	67.3	19	82.6	189	68.2	
<b>İstatistiki Değer</b>		$\chi^2 = .811$	$p = .368$			$\chi^2 = 1.444$	$p = .230$		

\*Yates Düzeltmeli Ki Kare

## 5. TARTIŞMA

Çalışmada, PKTSİMÖ alt boyutlarından ‘ciddiyet algısı’ ( $12.99 \pm 3.58$ ) ve ‘duyarlılık algısı’ ( $13.59 \pm 4.45$ ) düşük puan ortalamalarını alırken, ‘engel algısı’ ( $44.35 \pm 8.77$ ) ve ‘sağlık motivasyonu algısı’nın ( $38.04 \pm 5.82$ ) ise yüksek puan ortalamalarını aldığı saptanmıştır (Tablo 4.4). Ghodsbin ve arkadaşlarının çalışmasında, PKTSİMÖ alt boyutlarından ‘engel algısı’ ve ‘sağlık motivasyonu algısı’ yüksek puan ortalamalarını alırken, ‘duyarlılık algısı’ ve ‘ciddiyet algısı’ ise düşük puan ortalamalarını almıştır (101). Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda ise; Çapık’ın (58) web destekli doktora tez çalışmasında, PKTSİMÖ alt boyutlarından ‘engel algısı’ ( $35.1 \pm 9.8$ ) ve ‘sağlık motivasyonu algısı’ ( $34.5 \pm 9.5$ ) yüksek puan ortalamalarını alırken, ‘duyarlılık algısı’ ( $15.2 \pm 3.9$ ) ve ‘ciddiyet algısı’ ( $13.1 \pm 3.6$ ) ise düşük puan ortalamasını aldığı görülmüştür (58). Bu çalışmaya benzer olarak Kahraman’ın (102) çalışmasında, PKTSİMÖ alt boyutlarından ‘engel algısı’ ( $37.43 \pm 9.96$ ) ve ‘sağlık motivasyonu algısı’ ( $32.33 \pm 7.41$ ) yüksek puan ortalamalarını aldığı, ‘duyarlılık algısı’ ( $12.13 \pm 4.10$ ) ve ‘ciddiyet algısının’ ( $12.10 \pm 4.16$ ) ise düşük puan ortalamalarını aldığı belirtilmektedir.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; MTİ bireylerin prostat kanseri taramalarına katılmada hastalık ile ilgili sorunlara yatkın olmadıkları (duyarlılık algısı), prostatla ilgili sorunları ise ciddi ve tehdit edici (ciddiyet algısı) bulmadıkları söylenebilir. Bunun nedeni ise MTİ bireylerin ailesinde prostat kanseri öyküsü olanların ve prostat muayenesi yaptıranların sayısının az olması ile açıklanabilir.

Çalışmada, araştırmaya katılan MTİ bireylerin PSA ölçtürme durumunun prostat kanseri taramaları sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı, ciddiyet algısı ve sağlık motivasyon algısı alt boyutları puanları arasında anlamlı farklılıkların ( $p < 0.05$ ) olduğu saptanmıştır. **Rektal Tuşe** yaptırma durumunun prostat kanseri taramaları sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, sağlık motivasyonu algısı ve yarar algısı alt boyutları puanları arasında anlamlı farklılıkların ( $p < 0.05$ ) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Yapılan bir çalışmada, prostat kanseri bakımından risk altında olduğunu düşünmenin PSA testine katılımı etkili olduğunu belirtilmiştir (103). Bu çalışmanın aksine Hevey ve ark. (104) ise, sağlık inançlarının PSA testine katılımı etkili olmadığını belirtmişlerdir. Kahraman’ın (102) çalışmasında da sağlık inançları ile PSA

ölçtürme durumu arasında bir fark olmadığı belirtilmektedir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar MTİ bireylerin erken tanı davranışlarını gerçekleştirmede prostat kanserini önemsediklerinin, bu davranışların yararlarına inandıklarının bir göstergesi olabilir.

Çalışmada MTİ bireylerin %80.7'sinin gelecekte prostat taramalarına katılmak istemeleri duyarlı olduklarını düşündürmektedir. Odedina ve ark. (21) prostat kanseri taramalarına katılımı etkileyen bireysel faktörleri incelemiş; bireylerin prostat kanserine katılmaya yönelik tutumlarının olumlu olduğunu, prostat kanseri taramalarına katılarak hastalığı önemli ölçüde kontrol edebileceklerine inandıklarını belirtmişlerdir.

Bu çalışmada, bireylerin prostat kanseri taramalarına katılmalarında engel algısının oldukça önemli olduğu görülmektedir (Tablo 4.5). Ayrıca çalışmada katılımcılar prostat muayenesi yaptırmama nedenlerini sırasıyla zamanın olmaması, daha önemli işlerinin olması, utandırıcı bulmaları, maddi durumun yetersizliği olarak ifade etmişlerdir. Kahraman'ın (102) çalışmasında prostat muayenesini utandırıcı bulanların ciddiye algısı ve engel algısı yüksek olarak saptanmıştır. Nagler ve ark. (110) çalışmalarında, prostat muayenesi yapılış yönteminin taramaya katılmak için bir engel oluşturduğunu belirtmiştir. Reynolsise (113) prostat muayenesinin kültürel olarak sıkıntı verici olabileceğinden taramalara katılmayı engelleyebileceğini belirtmektedir. Winterich ve ark. (31) erkeklerin prostat muayenesini utandırıcı bulduklarını ve bu nedenle muayeneden hoşlanmadıklarını bildirmekte dirler. Çapık'ın (105) çalışmasında ise bireylerin taramaları utandırıcı bulmasının taramalara katılımı etkilemediği belirtilmiş ve bu bulgu muayeneyi utandırıcı bulmanın taramalara katılımı tek başına etkileyecek bir faktör olmadığını göstererek ifade etmiştir. Weinrich ve ark. (106) prostat kanseri taramalarına katılımı engelleyen bireysel faktörleri inceledikleri çalışmalarında, katılımı etkileyen en önemli faktörün zaman problemi olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada bireylerin prostat muayenesini utandırıcı bulmaları, zaman yetersizliği, taramaların nasıl yapıldığını bilmemeleri, önemsememeleri, muayenenin rektal yoldan yapılıyor olmasının verdiği kaygı, muayene ve PSA düzeyinin ölçümü prosedürü hakkında bilgi sahibi olmaması taramalara katılımında etkili bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır ve beklenen bir sonuçtur.

MTİ bireylerin yaşlarına göre prostat kanseri tarama davranışları incelendiğinde; **yaşa göre** PSA ölçtürme ve rektal tuşe yaptıрма arasında anlamlı bir fark saptanmıştır

( $p < 0.05$ ). Yaş arttıkça rektal tuşe yaptırma oranlarında artış olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Yapılan çalışmalarda yaş faktörünün taramalara katılmada etkili olduğu saptanmıştır (107,108). Tingen ve ark. (14) yaptığı çalışmada, prostat kanseri taramalarına katılmada yaşın önemli bir faktör olduğu; 60-70 yaşları arasındaki bireylerin 50-59 yaşında olanlara göre anlamlı olarak taramalara daha çok katıldıkları belirlenmiştir. Oliver (24) sağlık inanç modelini temel alarak yaptığı çalışmada, ileri yaşın bireylerin prostat kanseri taramalarına katılmasını etkilediğini belirtmiştir. Perkins ve ark. (109) erkeklerin prostat kanseri taramalarına katılmalarını etkileyen faktörleri incelemiş; yaşın yüksek olmasının katılımda önemli bir faktör olduğu saptanmıştır. Çapık'ın (58) çalışmasında ise yaşın taramalara katılımda etkili olmadığı belirtilmiştir. Yaşın artması ile birlikte bireylerin tarama davranışlarından rektal tuşe yaptırma oranlarının artması bireylerin sağlıklı olma çabalarının arttığının bir göstergesi olabilir.

Bu çalışmada MTİ bireylerin **öğrenim durumlarının** prostat kanseri tarama davranışlarını etkilemediği görülmektedir ( $p > 0.05$ ), (Tablo 4.6). Bu çalışmaya benzer olarak Oliver'in (24) çalışmasında sağlık inanç modeli temel alınarak bireyler karşılaştırılmış eğitim düzeyinin katılımı etkilemediği bildirilmiştir. Tingen ve ark.'nın (14) çalışmasında, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin tarama davranışlarına daha az katıldıkları belirtilmiştir. Çapık'ın (105) çalışmasında da öğrenim düzeylerinin davranışı etkilediği belirtilmektedir. Bu durum bireylerin çoğunun öğrenim durumunun düşük olmasından kaynaklanmış olabilir.

MTİ bireylerin **medeni durumları** incelendiğinde; evli olan bireylerde rektal tuşe yaptırma oranlarının yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Ayrıca bireylerin **medeni durumlarına göre** rektal tuşe yaptırma davranışları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Tingen ve ark. (14) çalışmalarında, medeni durum ile taramalara katılma arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Nivens ve ark. (107) çalışmalarında medeni durum taramalara katılmada etkili iken, başka bir çalışmada medeni durumunun taramalara katılımda etkili olmadığı belirtilmiştir (108). Bu durum bireylerin sosyal destek sistemlerinin iyi olması, eşlerin birbirinin sağlığını önemsemesi, aileyi sahiplenme duygusu ve sağlıklı bir aile ortamı oluşturması isteğinden kaynaklı olabilir.

MTİ bireylerin **gelir durumlarına göre** prostat kanseri tarama davranışları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.6). Tinggen ve ark.'nın (14) çalışmalarında, gelir durumu ile taramalara katılma arasında anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir. Oliver'in (24) çalışmasında da gelir durumunun prostat kanseri taramalarına katılmayı etkilemediği bildirilmiştir. Ancak bu çalışmada gelir durumu arttıkça prostat kanseri tarama davranışlarını gerçekleştirme oranlarında azalma görülmektedir. Bu sonuç, MTİ bireylerin gelir durumu arttıkça sağlıkla ilgili davranışları önemsemediklerini düşündürmektedir. Ayrıca sosyal güvencesi olmayan bireylerin oranının yüksek olması, PSA ölçümlerinin ücretli olmasından da kaynaklanmış olabilir.

MTİ bireylerin **sosyal güvence durumlarına göre** prostat kanseri tarama davranışlarından olan PSA ölçtürme arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Çalışmada sosyal güvencesi olmayan mevsimlik tarım işçilerinin daha çok PSA ölçtürdüğü görülmektedir (Tablo 4.6). Bu çalışmanın aksine Ford ve ark. (15) 55 yaşın üzerindeki Afrika asıllı Amerika vatandaşı bireylerin prostat kanserine ilişkin algılarını inceledikleri sağlık inanç modeli temelli çalışmalarında; sağlık güvencesinin yokluğunun tarama davranışlarını gerçekleştirmede önemli bir engel olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmadan elde edilen bu sonuç mevsimlik tarım işçilerinin çoğunun prostat kanseri ve taramalarına ilişkin daha önce bilgi almış olduklarını düşündürmektedir.

Yapılan çalışmada mevsimlik tarım işçisi bireylerin **ailede prostat kanseri öyküsünün olma durumlarının** prostat kanseri tarama davranışlarını anlamlı bir şekilde etkilediği saptanmıştır ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.6). Kahraman'ın (102) çalışmasında araştırmaya katılan bireylerin çoğu, ailesinde veya akrabalarında prostat kanseri tanısı konmuş bireyin bulunmadığını belirtmişlerdir. Nagler ve ark. (110) çalışmasında, akrabalarında prostat kanseri teşhisi konulan bireylerin daha fazla taramaya katıldıkları belirtilmektedir. Jacobsen ve ark. (111) çalışmalarında, aile öyküsü pozitif ve negatif olan bireyler karşılaştırılmış; aile öyküsü pozitif olan bireylerin taramalara daha fazla katıldığı saptanmıştır. Weinrich (112) ise ailesinde prostat kanseri öyküsü olan erkeklerin şaşırtıcı bir şekilde daha az prostat kanseri taramalarına katıldığını saptamıştır. Bu çalışmadan farklı olarak Çapık'ın (105) çalışmasında ise ailesinde prostat hastalığı olmasının bireylerin taramalara katılımını etkilemediği görülmektedir.

Çalışmadan elde edilen bu sonuç, ailede prostat kanseri öyküsünün olmasının bireylerin farkındalığını arttırdığını düşündürmektedir.

Mevsimlik tarım işçisi bireylerin **tarlada kalma süresinin** prostat kanseri tarama davranışlarını etkilemediği saptanmıştır ( $p > 0,05$ ), (Tablo 4.6). Bu durum mevsimlik tarım işçisi bireylerin sağlık kuruluşlarının çalışma alanına olan uzaklığından ve yoğun çalışmalarından dolayı yeterli zaman bulamamalarından kaynaklanmış olabilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

MTİ bireylerin prostat kanserine ilişkin sağlık inançlarının tarama davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Çalışmada, PKT-SİMÖ duyarlılık, ciddiye ve engel algısı puan ortalamasının istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir.
- PSA ölçtürmenin PKT-SİMÖ duyarlılık algısı, ciddiye algısı ve sağlık motivasyon algısından etkilendiği,
- **Rektal Tuşe** yaptırmanın PKT-SİMÖ duyarlılık algısı, ciddiye algısı, sağlık motivasyon algısı ve yarar algısından etkilendiği,
- Yaşın PSA ölçtürme ve rektal tuşe yaptırma; gelir durumunun PSA ölçtürme, rektal tuşe yaptırma; sosyal güvencenin PSA ölçtürme; ailede prostat kanseri öyküsünün olması, prostat muayenesi olma durumunun PSA ölçtürme ve rektal tuşe yaptırmaı etkilediği görülmüştür.

### 6.2. Öneriler

- MTİ' lerin sağlık inançlarının prostat kanseri tarama davranışlarını etkilediği gözönüne alındığında sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık, ciddiye, sağlık motivasyonu ve yarar algısını arttıracak ve kültürel özellikleri de dikkate alınarak girişimsel hemşirelik çalışmalarının yapılması,
- Engel algısını azaltmaya yönelik, engelleri belirleyecek niteliksel çalışmaların yapılması, elde edilen sonuçlar doğrultusunda girişimsel çalışmaların gerçekleştirilmesi,
- Mevsimlik tarım işçisi bireylerin yaşam koşullarının düzeltilmesi ve tarlaya daha sık doktor/hemşirenin gidebilmesini sağlamak için işçilerin bulunduğu illerdeki belediyeler, sağlık müdürlükleri ile işbirliğine geçip eğitimlerin düzenlenmesi, erken tanı davranışlarını gerçekleştirebilecekleri imkanlar sunulması (ulaşım kolaylığı, sağlık personeli ile işbirliği, ücretsiz sağlık hizmeti vs...) önerilmektedir.



## KAYNAKLAR

1. Akca O. Trus Biyopsideki Perinöral İnvazyonun Tümör Pozitif Korlar ve Bu Korlardaki Tümör Yüzdesi ile İlişkisinin Araştırılması, T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 1. Üroloji Kliniği, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2008.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence And Mortality Worldwide: IARC CancerBase No.11. [Internet]. Lyon, France: International Agency For Research On Cancer; 2013. Web: <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/prostate-new.asp> [Erişim: 19.07.2018]
3. National Cancer Institute: Statistics.2018. at < <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html> >
4. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso JWW S, Coebergh H. Comber D. Forman F. Bray. Cancer Incidence And Mortality Patterns In Europe: Estimates For 40 Countries In 2012. European Journal of Cancer 2013; 49: 1374–1403.
5. TÜİK. “Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2015”. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855> [Erişim Tarihi: 16.12.2018]
6. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2015. Atlanta, Unite States; <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures2015/> [Erişim: 14 Haziran 2018]
7. Carter HB, Partin W. Prostat Kanserinin Tanısı Ve Evrelendirilmesi. In:Anafarta, K. Yaman, Ö (Eds.). Campbell Üroloji. Güneş Kitapevi, İstanbul, 2005; pp. 3003-3304.
8. Aus G, Bergdahl S, Lodding P et al: Prostate Cancer Screening Decreases the Absolute Risk of Being Diagnosed With Advanced Prostate Cancer Results From a Prospective, Population Based Randomized Controlled Trial. Eur Urol 2007; 51: 659.
9. Schröder FH, Hugosson J, Carlsson S et al: Screening For Prostate Cancer Decreases The Risk Of Developing Metastatic Disease: Findings From The European Randomized Study Of Screening For Prostate Cancer (ERSPC). Eur Urol 2012; 62: 745
10. Carter HB, Albertsen PC, Barry MJ, Etzioni R, Freedland SJ, Greene KI, Holmberg L, Kantoff P, Konety BR, Murad MH, Penson DF, Zietman AL. Early Detection Of Prostate Cancer: American Urological Association Education And Research, AUA GUIDELINE, 2013 Web: <https://www.auanet.org/common/pdf/education/clinical-guidance/Prostate-Cancer-Detection.pdf> [Erişim: 14.08.2018].

11. Janz NK, Marshall HB. The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education & Behavior* 1984; 11(1):1-47.
12. Victor S, Rosenstock I. "The Health Belief Model." Pp. 113-117 in *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, Edited By Andrew Baum, Stanton Newman, John Weinman, Robert West, and Chris McManus. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 1997
13. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara, İmaj İç ve Dış Tic. A.Ş, 2004
14. Tingen MS, Weinrich SP, Heydt DD, Boyd MD, Weinrich MC. Perceived Benefits: a Predictor of Participation in Prostate Cancer Screening. *Cancer Nurs* 1998; 21(5): 349-57.
15. Ford ME, Vernon SW, Havstad SL, Thomas SA, Davis SD. Factors Influencing Behavioral Intention Regarding Prostate Cancer Screening Among Older African-American Men. *J Natl Med Assoc* 2006; 98(4): 505-14.
16. Kılıç D ve Erci B. Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği, Osteoporoz Öz-Etkililik/Yeterlik Ölçeği ve Osteoporoz Bilgi Testi'nin Geçerlilik ve Güvenirliliği, Atatürk Üniv. Hemş. Y.O. Dergisi 2004; 7(2): 89-102
17. Aydın İ. Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik İki Farklı Eğitimin, Öğretmenlerin Meme Kanseri Taramalarındaki İnanç ve Davranışlarına Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Doktora Tezi, Erzurum, 2004.
18. Elik Z. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamaları Üzerine Etkisi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli, 2006.
19. Weller D, Pinnock C, Silagy C, Hiller JE, Marshall VR. Prostate Cancer Testing in SAmen: Influence of Sociodemographic Factors, Health Beliefs and LUTS. *Aust N Z J Public Health* 1998; 22(3): 400-2.
20. Myers RE, Hyslop T, Jennings-Dozier K, et al. Intention To Be Tested For Prostate Cancer Risk Among African-American Men. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2000; 9(12): 1323-8.
21. Odedina FT, Campbell ES, LaRose-Pierre M, Scrivens J, Hill A. Personal factors affecting African-American Men's Prostate Cancer Screening Behavior. *J Natl Med Assoc* 2008; 100(6): 724-33.
22. Whaley QM. The Relationship Between Perceived Barriers And Prostate Cancer Screening Practices Among African-American Men. The Florida State University College Of Nursing, Florida, 2006.

23. Baysal HY. Meme Kanseri Ve Mamografiye İlişkin Sağlık İnançları İle Telefonla Hatırlatmanın Tekrar Mamograf Çektirmeye Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Doktora Tezi, Erzurum, 2008.
24. Oliver JS. Prostate Cancer Screening Patterns Among African American Men In The Rural South. Byrdine F. Lewis School of Nursing in the Collage of Health and Human Sciences Doctora Thesis, Atlanta, 2007.
25. Archer J, Hayter M. Screening Men For Prostate Cancer in General Practice: Experiences of Men Receiving An Equivocal PSA (Prostate Specific Antigen) Test Result. Prim Heal Car Res Dev 2006; 7(2): 124-34
26. Cantor SB, Volk RJ, Cass AR, Gilani J, Spann SJ. Psychological Benefits of Prostate Cancer Screening: The Role Of Reassurance. Health Expect 2002; 5(2): 104-13.
27. George A, Fleming P. Factors Affecting Men's Help-Seeking In The Early Detection Of Prostate Cancer: İmplications For Health Promotion. Jmhg 2004; 1(4): 345-52.
28. Li Y, Doukas DJ. Health Motivation And Emotional Vigilance In Genetic Testing For Prostate Cancer Risk. Clin Genet 2004; 66(6): 512-6.
29. Şimşek Z. Mevsimlik Tarım İşçilerinin ve Ailelerinin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırması 2011. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu ve Harran Üniversitesi işbirliğiyle. Şanlıurfa, 2012.
30. Hurst P, Temrine P, Karl M. Agricultural Workers And Their Contribution To Sustainable Agriculture And Rural Development. 2007, International Labour Organization, Food and Agriculture Organization, International Union of Food, Agricultural, Hotel, Restaurant, Catering, Tobacco and Allied Workers' Associations. Spanish, 2007
31. Winterich JA, Grzywacz JG, Quandt SA, Clark PE, Miller DP, Acuña J, Dignan MB, Arcury TA. Men's Knowledge and Beliefs About Prostate Cancer: Education, Race And Screening Status. Ethn Dis 2009; 19(2): 199-203.
32. Pınar T. Prostat karsinomunda PSA'nın yeri: Prostat Kanseri Erken Tanısında Prostat Spesifik Antijenin Yeri. Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Gaziantep, 1998.
33. Çapık C. Prostat Kanseri Taramalarına Katılımda Engel Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2001;16 (2):185-191
34. Çapık C. Prostat Kanseri Taramalarına İlişkin Bilgi Düzeyine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. Turkish Journal of Urology 2012; 38(4): 185-89.
35. Arıncı K, Elhan A. Ürogenital Sistem. Anatomi. Güneş Kitabevi; Ankara, 2001: 334-6.

36. Hatipoğlu T. Üreme Sistemi. Anatomi ve Fizyoloji. Hatioğlu Basın ve Yayım San. Tic. Ltd. Őti. Ankara, 2003 : 235-6.
37. Tanagho EA, Mcaninch JW. Prostat Neoplazileri. In: Kazancı G, ed. Smith Genel Üroloji. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Őti. İstanbul, 1999 ; 392-434.
38. Dönmez T, Yenilmez A. Prostat Kanseri. Hekimler İçin Üroloji El Kitabı. T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2007 ; 138: 145-55.
39. Yüksel A. Serum Prostat Spesifik Antijen (PSA) Düzeyi 2,5-10 Ng/Ml Arasındaki Erkeklerde İki Kadeh Testinin Prostat Biyopsisi Sonrası Asemptomatik Prostat İnflamasyonu Varlığı Ve Derecesiyle İlişkisinin Araştırılması. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005.
40. Gronberg H. Prostate Cancer Epidemiology. Lancet 2003; 361:859-64.
41. Őıđva DÖ. Prostat Kanseri Hücre Hatlarında Paklitaksel İle Bitkisel Etken Maddelerin ve Endemik Bitki Ekstrelerinin Sinerjistik Etkisinin Hücre Döngüsü ve Apoptoz Sinyal İletim Yolakları Üzerine Etkisinin Araştırılması. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir: 2012.
42. Özorak A. Prostat Biyopsilerinde 6-10-12 Kadran Biyopsilerin Prostat Kanseri Saptama Oranları ve Prostat Kanseri Saptanması İçin Optimal Alınması Gereken Parça Sayısının Araştırılması. Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Isparta, 2007.
43. Makarov DV, Carter HB. The Discovery Of Prostate Specific Antigen As a Biomarker For The Aarly Detection Of Adenocarcinoma Of The Prostate. Journal of Urology 2006; 176: 2383-2385.
44. Tanagho EA, Mcaninch JW. Prostat Neoplazileri. In: Kazancı G, ed. Smith Genel Üroloji. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Őti. İstanbul, 1999 ; 392-434.
45. Held-Warmkessel J. Prostate Cancer. In: Yarbo CH, Frogge MH, Goodman M, editors. Cancer Nursing Principles and Practice. 6 ed. Jones and Bartlett Publishers. London, 2005.
46. Baykara M. Prostat Kanseri. Web: [http://www.akdeniz.edu.tr/tip/web/eng/ders\\_form/UROLOJI/pkanser.htm](http://www.akdeniz.edu.tr/tip/web/eng/ders_form/UROLOJI/pkanser.htm). [Erişim: 18 Ekim 2018].
47. Nahleh ZA. Hormonal Therapy For Male Breast Cancer: A Different Approach For A Different Disease. Cancer Treatment Reviews 2006; 32:101-105.
48. Reiter RE, deKornion JB. Prostat Kanserinin Epidemiyolojisi, Etiyolojisi Ve Önlenmesi. In: Anafarta K, Yaman Ö, ed. Campbell Üroloji. Güneş Kitapevi, İstanbul, 2005 : 3003-4.
49. World Cancer Research Fund and American Institue for Cancer Research. Cancers. Food, Nutrition, Physical Activity, and Prevention of Cancer: a Global Perspective.

- World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Washington 2007: 310-2.
50. The Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Cancer in Australia: an overview 2006. Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, 2007.
  51. National Cancer Institute. SEER Stat Fact Sheets. Web: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html>. [Erişim: 14 Mayıs 2009].
  52. Queen's University Belfast. Prostate. [http://www.qub.ac.uk/researchcentres/nicr/Data/OnlineStatistics/Prostate/#prostate\\_igraph](http://www.qub.ac.uk/researchcentres/nicr/Data/OnlineStatistics/Prostate/#prostate_igraph). Erişim: 16 Ekim 2018].
  53. Cancer Research UK. Key Facts On Prostate Cancer. <http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/types/prostate/> [Erişim: 100 Eylül 2018].
  54. Weiss RE, Fair W. Prostat Hastalıkları Ve Tedavisi. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 1999.
  55. Krebsgesellschaft Nordrhein Westfalen. Prostat Kanseri Hastalar İçin Bir Kılavuz. [http://www.krebsgesellschaft-nrw.de/c\\_service/b\\_herunterladen/Prostata.pdf](http://www.krebsgesellschaft-nrw.de/c_service/b_herunterladen/Prostata.pdf). [Erişim: 15 Ekim 2018].
  56. Nelson WG, Carter HB, DeWeese TL, Eisenberger MA. Prostate Cancer. Abeloff's Clinical Oncology, 4th ed. Churchill Livingstone Elsevier, Oxford, 2008.
  57. Yazıcı A. Prostat Kanseri Tedavisinde Konformal ve Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi Tekniklerinin Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi, Nükleer Bilimler Enstitüsü, Medikal Fizik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.
  58. Çapık C, Web Destekli Eğitim ve Danışmanlığın Prostat Kanseri Taramalarına İlişkin Sağlık İnancı, Bilgi Düzeyi ve Taramalara Katılmaya Etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum, 2010.
  59. Centers For Disease Control and Prevention (CDC). Informed Decision Making: How To Make A Personal Health Care Choice. <http://www.cdc.gov/cancer/prostate/decisionguidespotlight.htm>. [Erişim: 12 Ekim 2018].
  60. Gerber GS, Chodak GW. Routine Screening For Cancer Of Prostate. Journal of the National Cancer Institute, 1991; 83: 329-335.
  61. Stephenson RA, Smart CR, Mineau GP. The Fall In Incidence Of Prostate Carcinoma. Cancer 1995; 77: 1342-1348.
  62. Kijvikai K. Parmakla Rektal Muayene: Benign Prostat Hiperplazisi Olan Erkeklerde Tedaviyi Belirlemede En İyi Araç. Current Opinion in Urology 2009. [Türkiyeklinikleri.com](http://Türkiyeklinikleri.com). Erişim Tarihi:09.08.2018
  63. Gülkesen KH, Köksal İT , Özdem S , Saka O. Prediction Of Prostate Cancer Using Decision Tree Algorithm. Turkish Journal of Medical Sciences 2010; 40: 681-686.

64. Catalona WJ, Smith D. Comparison Of Digital Rectal Examination And Serum Prostate Spesific Antigen İn The Early Detection Of Prostate Cancer; Results Of a Multicenter Clinical Trial Of 6630 Men. *Journal of Urology* 1994; 151: 1283-1290.
65. Özkan B, Öbek C. Prostat Spesifik Antijen-2 8. *Turkiye Klinikleri Journal Urology-Special Topics* 2008; 1:7-13.
66. Karazanashvili G, Abrahamsson P. Prostate Specific Antigen And Human Glandular Kallikrein 2 İn Early Detection Of Prostate Cancer. *Journal of Urology* 2003; 169: 445-457.
67. Bostwick DG, Burke HB, Djakiew D, Euling S, Ho SM, Landolph J, Morrison H, Sonawane B, Shifflett T, Waters DJ, Timms B. Human Prostate Cancer Risk Factors. *Cancer* 2004; 101: 2371-2490.
68. Özarı M. Prostat Kanserinin Etyolojisinde Hiperkolesteroleminin Yeri ve Prostatın Farklı Kadranlarına Uygulanan Periprostatik Sinir Blokajının Ağrı Skorlarına Etkisi. Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Denizli, 2008.
69. Yun TJ, Lee HJ, Kim SH, Lee SE, Cho JY, Seong CK. Does The İntrarectal İnstillation Of Lidocaine Gel Before Periprostatic Neurovascular Bundle Block During Transrectal Ultrasound Guided Prostate Biopsies İmprove Analgesic Efficacy? A Prospective, Randomized Trial. *Journal of Urology* 2007; 178:103-106.
70. Zisman A, Beldegrun AS, Figlin RA. Üriner Sistem Kanseri. In: Casciato AO, Lowitz BB. (ed) *Klinik Onkoloji El Kitabı*, Palme Yayıncılık, Ankara, 2004.
71. Presti JR. Neoplasm Of The Prostate Gland. In: Tanagho EA, McAninch JW (Eds.). *Smith's General Urology*. The McGraw-Hill Companies, 15th ed. San Francisco, 2000; 399-421.
72. Dönmez T, Yenilmez A. Prostat Kanseri. *Osmangazi Üniversitesi, Hekimler İçin Üroloji El Kitabı*, Eskişehir, 2007; 138: 145-55.
73. Akyol İ. Prostat Kanseri Tanısında Biyopsilerin ve Transüretal Prostat Rezeksiyonunun Yeri. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üroloji Servis Şefliği, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2000.
74. Klotz L. Intraoperative Cavernous Nerve Stimulation During Nerve Sparing Radical Prostatectomy: How And When?. *Current Opinion in Urology* 2000; 10: 239-43.
75. Intensity Modulated Radiation Therapy. <http://www.radiologyinfo.org/en/info.cfm?pg=imrt>. [Erişim Tarihi: 20.09.2018].
76. Ly VD, Tri do RS, Robert GP. Postoperative Radiotherapy for Carcinoma of the Prostate: Impact on Both Local Control and Distant Disease-Free Survival. *American Journal Clinical Oncology* 2002; 25:1-8.

77. Brown JE, Neville-Webbe H, Coleman RE. The Role Of Bisphosphonates İn Breast And Prostate Cancers. *Endocrine-Related Cancer* 2004; 11: 207-24.
78. Coşkun N. Prostat Bezine İmplant Edilmiş Altın Çekirdeklerini ve Elektronik Portal Görüntüleme Cihazı Kullanarak Prostat Kanseri Hastalarının Yeniden Pozisyonlandırılması. Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2008.
79. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, Kwiatkowski M, Lujan M, Lilja H, Zappa M, Denis LJ, Recker F, Berenguer A, Määttänen L, Bangma CH, Aus G, Villers A, Rebillard X, van der Kwast T, Blijenberg BG, Moss SM, de Koning HJ, Auvinen A. ERSPC Investigators Screening and Prostate-Cancer Mortality İn A Randomized European Study. *New England Journal of Medicine* 2009; 360: 1320-8.
80. Kilpeläinen TP, Auvinen A, Määttänen L, Kujala P, Ruutu M, Stenman UH, Tammela TL. Results Of The Three Rounds Of The Finnish Prostate Cancer Screening Trial The İncidence Of Advanced Cancer İs Decreased By Screening. *International Journal of Cancer* 2010; 127: 1699-705.
81. American Urological Association: Early Detection Of Prostate Cancer And Use Of Transrectal Ultrasound, in AUA (ed): American Urologic Association 1992 Policy Statement Book, pp4,20. Baltimore, MD, American Urologic Association, 1992.
82. Pierce R, Chadiha LA, Vargas A, Mosley M. Prostate Cancer And Psychosocial Concerns İn African American Men: Literature Synthesis And Recommendations. *Health and Social Work Publisher* 2003; 28:302-11.
83. Erkin Ö. Sağlık Çalışanlarının Grip Aşısı Olma Durumları ve Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2010.
84. Aydoğdu NG, Bahar Z. Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2011; 4: 34-40.
85. Kılıç D. Premenopozal Dönemdeki Kadınlara Verilen Eğitimin Osteoporozla İlişkin Sağlık İnaçları ve Bilgi Düzeylerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Programı, Doktora Tezi, Erzurum, 2003.
86. Health Belief Model, <http://www.jblearning.com/samples/0763743836/chapter%204.pdf>.

[Erişim Tarihi: 15.10.2018].



87. Özmen D. Sağlık İnanç Modeli Yaklaşımı İle Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutumlara Yönelik Ölçek Çalışması. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir, 2004.
88. Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi, Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. 1. baskı. Remzi Kitapevi, İstanbul, 2004: 18-20.
89. Conner M, Norman P. Predicting Health Behaviour. McGraw-Hill Education, Brkshire, 2005.
90. Jane O. Health Psychology: A Text Book. McGrawHill Education, Berkshire, 2004.
91. Dianne B. Teory and Practice. Open Univerity Press, Buckingham, 2006.
92. Çapık C, Gözüm S. Development And Validation Of Health Beliefs Model Scale For Prostate Cancer Screening. 1st International Congress on Nursing Education, Research & Practice, 15-18 October Thessaloniki, 2009.
93. Bahagian-Pendidikan-Kesihatan. Health Belief model. <http://www.infosihat.gov.my/artikelHP/bahanrujukan/HETheory/Health%20Belief%20Model.pdf>. [Erişim: 14 Ekim 2018].
94. Livingston P, Cohen P, Frydenberg M, et al. Knowledge, Attitudes And Experience Associated With Testing For Prostate Cancer: A Comparison Between Male Doctors And Men İn The Community. Intern Med J 2002; 32(5): 215-23.
95. Tingen MS, Weinrich SP, Boyd MD, Weinrich MC. Prostate Cancer Screening: Predictors Of Participation. Journal of American Academy of Nurse Practitioners 1997; 9: 557-67.
96. Whaley QM. The Relationship Between Perceived Barriers And Prostate Cancer Screening Practices Among African-American Men. <http://diginole.lib.fsu.edu/etd/1131/> Erişim tarihi: 17.06.2017.
97. Talcott JA, Spain P, Clark JA, Carpenter WR, Do YK, Hamilton RJ, Galanko JA, Jackman A, Godley PA. Hidden Barriers Between Knowledge And Behavior The North Carolina Prostate Cancer Screening and Treatment Experience. Cancer 2007; 109: 1599-609.
98. Çapık C, Gözüm S. The Effect Of Web-Assisted Education And Reminders On Health Belief, Level Of Knowledge And Early Diagnosis Behaviors Regarding Prostate Cancer Screening. European Journal of Oncology Nursing 2012; 16: 71-7.
99. George A, Fleming P. Factors Affecting Men's Help-Seeking İn The Early Detection Of Prostate Cancer: Implications For Health Promotion. Jmhg 2004; 1(4): 345-52.
100. Training Formid-Level Managers: The EPI Coverage Survey. Geneva: World Health Organization, 1991 (unpublisheddocument WHO/EPI/91.10; Available From



Vaccines And Biologicals, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).

101. Ghodsbin F, Zare M, Jahanbin I, Ariafar A, Keshvarzi S. A Survey Of The Knowledge And Beliefs Of Retired Men About Prostate Cancer Screening Based On Health Belief Model. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery* 2014, 10: 2-4.
102. Kahraman F. T.C.Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015.
103. Bloom JR, Stewart SL, Oakley-Girvans I, Banks PJ, Chang S. Family History, Perceived Risk, And Prostate Cancer Screening Among African American men. *Cancer Ep Bio Prev* 2006; 15(11): 2167-73.
104. Hevey D, Pertl M, Thomas K, Maher L, Chuinneagain SN, Craig A. The Relationship Between Prostate Cancer Knowledge And Beliefs And Intentions To Attend PSA Screening Among At-Risk Men. *Patient Educ Couns* 2009; 74(2): 244-9.
105. Çapık C. Prostat Kanseri Taramalara Katılımda Engel Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2013; 16: 185-191.
106. Weinrich SP, Reynolds WA, Jr Tingen MS, Starr CR. Barriers To Prostate Cancer Screening. *Cancer Nursing* 2000; 23: 117-21.
107. Nivens AS, Herman J, Pweinrich S, Weinrich MC. Cues To Participation In Prostate Cancer Screening: A Theory For Practice. *Oncology Nursing Forum* 2001; 28: 1449-56.
108. Lee DJ, Consedine NS, Spencer BA. Barriers And Facilitators To Digital Rectal Examination Screening Among African-American and African-Caribbean men. *Urology* 2011; 77: 891-8.
109. Perkins JJ, Sanson-Fisher RW, Clarke SJ, Youman P. An Exploration Of Screening Practices For Prostate Cancer And The Associated Community Expenditure. *Br J Urol* 1998; 82(4): 524-9.
110. Nagler HM, Gerber EW, Homel P, Wagner JR, Norton J, Lebovitch S, Phillips JL. Digital Rectal Examinationis Barrier To Population-Based Prostate Cancer Screening. *Urology* 2005; 65: 1137-40.
111. Jacobsen PB, Lamonde LA, Honour M, Kash K, Hudson PB, Pow-Sang J. Relation Of Family History Of Prostate Cancer To Perceived Vulnerability And Screening Behavior. *Psychooncology* 2004; 13(2): 80-5.
112. Weinrich SP. Prostate Cancer Screening In High-Risk Men: African American Hereditary Prostate Cancer Study Network. *Cancer* 2006; 106(4): 796-803.
113. Reynolds D. Prostate Cancer Screening In African American Men: Barriers And Methods For Improvement. *American Journal Mens Health* 2008; 2: 172-7.

## EK I : ANKET FORMU

### ANKET FORMU

#### 1. Yaşınız

1. 50-69 yaş arası
2. 70 ve üstü

#### 2. Medeni durumunuz nedir?

1. Bekar
2. Evli
3. Dul

#### 3. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Geliri giderinden az
2. Geliri giderini karşılıyor
3. Geliri giderinden fazla

#### 4. Öğrenim durumunuz nedir?

1. Okur-yazar değil
2. Okur-yazar
3. İlköğretim
4. Lise
5. Üniversite ve üstü

#### 5. Sağlık/sosyal güvenceniz var mı?

1. Var
2. Yok

#### 6. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Çok İyi
2. İyi
3. Orta
4. Kötü
5. Çok Kötü

#### 7. Aile tipiniz nedir?

1. Çekirdek aile
2. Geniş aile
3. Parçalanmış aile

**8. Ailedeki birey sayısı: .....**

**9. Evde konuşulan dil?**

1. Türkçe
2. Arapça
3. Kürtçe
4. Diğer (belirtiniz.....)

**10. Ailenizde prostat kanseri öyküsü var mı?**

1. Var
2. Yok

**11. Çevrenizde prostat kanseri tanısı konulan kişiler var mı?**

- a. Var
- b. Yok

**12. Prostatla ilgili herhangi bir yakınmanız oldu mu?**

- a. Evet  
(Nedir?.....)
- b. Hayır

**13. Daha önce prostat ile ilgili bir sorun yaşadığınızda sorunu çözmek için bir uygulama yaptınız mı? (Sağlık Personeline veya çevrenizdekilere sorarak ya da kitle iletişim araçlarını kullanarak)**

1. Sorun yaşamadım
2. Sorun yaşadım fakat bir uygulama yapmadım.
3. Sorun yaşadım ve şu uygulamaları yaptım  
(Belirtiniz.....)

**14. Prostat muayenesi oldunuz mu?**

- a. Evet
- b. Hayır (Cevap hayır ise 18. soruya geçiniz)

**15. Muayene olmanıza sebep olan faktörler nelerdir?**

- a. Prostatla ilgili endişeler veya yakınmalar
- b. Aile veya Arkadaşlar
- c. Sağlık Profesyonelleri
- d. Yazılı veya görsel kitle iletişim araçları
- e. Diğer (belirtiniz.....)

**16. Prostat muayenesi yaptırmama nedeniniz nedir?**

- a. Utandırıcı buluyorum
- b. Zamanım yok
- c. Maddi yönden sıkıntılarım var
- d. Daha önemli işlerim var
- e. Diğer (belirtiniz.....).

**17. Gelecekte prostat kanseri ile ilgili taramalara katılmayı düşünüyor musunuz?**

- a. Evet
- b. Hayır

**18. PSA ( Prostata yönelik kan testi) ölçtürdünüz mü?**

- a. Evet
- b. Hayır

**19. Bugüne kadar rektal tuşe yaptırdınız mı?**

- a. Evet
- b. Hayır

**20. Kolonoskopi çektirdiniz mi?**

- a. Evet
- b. Hayır

**21. Prostat kanseri ve taramaları ile ilgili daha önce bilgi aldınız mı?**

- a. Evet
- b. Hayır

**22. Prostat kanseri ile ilgili bilgi kaynaklarınız nelerdir/kimdir?**

- a. Aile veya çevredekiler
- b. Sağlık profesyonelleri
- c. Yazılı veya görsel kitle iletişim araçları
- d. Diğer.....

**23. Kaç yıldır mevsimlik tarım işçisi olarak çalışıyorsunuz?**

- e. 1 yıldan az
- f. 1-3 yıl
- g. 4-6 yıl
- h. 6 yıl üzeri

- 24. Tarlada kalma süreniz nedir? .....** (gün/ay)
- 25. Çalıştığınız yerde pestisid (tarım ilacı) kullanımı sıklığı nedir?**
1. Hiç kullanılmıyor
  2. Az kullanılıyor
  3. Çok fazla kullanılıyor
- 26. Tarlada çalışırken sağlık hizmetlerine erişebiliyor musunuz?**
1. Genellikle
  2. Bazen
  3. Nadiren
- 27. Eviniz tarım alanına yakın mı?**
1. Evet
  2. Hayır
- 28. Tarlada nerede yaşıyorsunuz?**
1. Baraka
  2. Çadır
  3. Ev
  4. Diğer.....
- 29. Tarlada yaşarken hiç doktor/hemşire geldi mi?**
1. Evet
  2. Hayır
- 30. Tarlada yaşarken doktor/hemşire neden geldi?**
1. Aşı
  2. Muayene
  3. Kontrol
  4. Sağlık Eğitimi
  5. Diğer.....
- 31. Sigara kullanıyor musunuz?**
1. Evet
  2. Hayır
  3. Bıraktım
- 32. Alkol kullanıyor musunuz?**
1. Evet
  2. Hayır
  3. Bıraktım
- 33. Egzersiz yapma durumunuz nedir?**
1. Hiç yapmıyorum
  2. Haftada en az 1-2 gün
  3. Haftada 3-4 gün ve üstü
  4. Ara sıra egzersiz yaparım
- 34. Düzenli beslendiğinizi düşünüyor musunuz?**
1. Evet
  2. Hayır

**EK II : PROSTAT KANSERİ TARAMALARI SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ  
(PKT-SİMÖ)**

<b>PROSTAT KANSERİ TARAMALARI SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ</b>					
Soruları okuyarak yan taraftaki ifadelerden size uygun olanı işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Prostat kanseri olma ihtimalim çok yüksektir.					
2. Önümüzdeki birkaç yıl içinde prostat kanseri olma ihtimalim yüksektir.					
3. Yaşamımın bir döneminde prostat kanseri olacağımı hissediyorum.					
4. Prostat kanserinden dolayı ölebileceğimden korkarım.					
5. Kendimi yaşıttım bir erkekle karşılaştığımda, prostat kanserine yakalanma riskim çok yüksektir.					
6. Prostat kanserini düşünmek beni korkutur.					
7. Prostat kanseri olursam uzun süre birçok problem yaşayacağım.					
8. Prostat kanseri olmak eşimle (ya da kız arkadaşım, birlikte olduğum kişiyle) ilişki mi olumsuz etkiler.					
9. Prostat kanseri olursam bütün hayatım olumsuz yönde değişecek.					
10. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.					
11. Sağlığımı geliştirecek aktiviteleri yapmanın önemli olduğunu düşünürüm.					
12. Dengeli beslenirim.					
13. Haftada en az 3 defa spor yaparım.					
14. Hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli yaptırırım.					
15. Prostat kanseri taramalarına (Rektal muayene ve kan örneği alınarak yapılan kan testi, PSA ölçtürme) katılmayı planlamak benim için kolay bir şeydir.					
16. Prostat kanseri taramalarına katılmak sağlıklı olmamda bana yardımcı olacak.					
17. Önümüzdeki 6 ay içinde prostat kanseri için kan testi (PSA) yaptırmak istiyorum.					

18. Önümüzdeki 6 ay içinde prostat muayenesine gitmek istiyorum					
19. Eğer prostat kanseri isem, bunu mümkün olduğunca çabuk öğrenmek istiyorum.					
20. Nasıl yapıldığını bilmediğim için prostat kanseri taramalarından korkarım.					
21. Prostat kanseri taramaları için nereye, nasıl gidileceğini bilmiyorum.					
22. Prostat taramalarına katılmak çok zaman alıcıdır.					
23. Prostat kanseri taramalarına gitmeyi hatırlayamam.					
24. Prostat taramalarına katılmaktan daha önemli problemlerim var.					
25. Prostat kanseri taramalarının sağlık güvencesi kapsamında olup olmadığını bilmiyorum.					
26. Prostat kanseri taramaları için hangi daldaki doktora gideceğimi bilmiyorum.					
27. Bir şeylerin ters gittiğini hissettiğim için prostat kanseri taramalarına gitmekten korkuyorum.					
28. Eğer prostat kanseri taramaları sonrası prostat kanseri çıkarsa, tedavisi için yapılacak bir şey yok.					
29. Hiçbir problem yaşamadığım için prostat kanseri taramaları benim için gerekli değildir.					
30. Prostat kanseri taramalarının sonucunun kötü çıkmasından korkuyorum.					
31. Prostat muayenesi çok sıkıntı vericidir.					
32. Prostat muayenesi çok acı vericidir.					
33. Prostat muayenesi yapan doktorlar kaba davranıyor.					
34. Prostat kanseri tedavisinden sonra cinsel yetenek azalır.					
35. Prostat kanseri taramalarını yaptıırırsam kendi adıma iyi bir şey yapmış olacağım.					
36. Prostat kanseri taramalarına katılırsam ve hiçbir şey bulunmazsa prostat kanseri ile ilgili fazla endişelenmem gerekmez.					
37. Prostat kanseri taramalarına katılmak kanserin erken bulunmasına yardım edecektir.					
38. Prostat kanseri erken teşhis edilip tedaviye başlanırsa uzun yaşama şansım vardır.					

39. Prostat kanseri taramasında bir şey çıkmazsa sağlıklı olduğumu öğreneceğim					
40. Prostat kanseri erken teşhis edilirse kanserin büyümesi tedaviyle durdurulabilir.					
41. Prostat kanseri taraması olursam sağlığım hakkında gerçekleri öğrenmiş olacağım.					





### **EK III : BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

**Çalışmanın Başlığı:** Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Prostat Kanseri Taramalarına İlişkin Sağlık İnançlarının Tarama Davranışlarına Etkisi

**Görüşülen Kişinin Adı:** \_\_\_\_\_

Bu çalışma bir tez çalışması olup, mevsimlik tarım işçisi bireylerin prostat kanseri taramalarına ilişkin sağlık inançlarının tarama davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Araştırmada katılımcılara anket formu, prostat kanseri taramaları sağlık inanç modeli ölçeği kullanılacaktır. Bu araştırmada katılımcı için ek riskler söz konusu değildir. Katılımcıdan kan örneği alınmayacaktır. Katılımcıya araştırma amaçlı tedavi uygulanmayacak ve tanısal bir işlem yapılmayacaktır. Bu çalışmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

Çalışmaya katılım araştırmacının ve katılımcının isteğine bağlıdır. Katılımcı araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmaya katılmayı reddedebilir ve hiçbir ceza almadan araştırmadan ayrılabilir. Araştırmanın sonucu bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımcıya ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu çalışmanın Fakülte Etik Kurulu tarafından incelenerek 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:

Fatma ERSİN, Tel: 05056706650

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

Doç. Dr. Fatma ERSİN

Tanığın Adı-İmzası Tarih

## EK IV : HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL KARARI

Evrak Tarih ve Sayısı: 18/08/2017-E.29249

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı	
TARİH	: 03.08.2017
OTURUM	: 08
SAAT	: 14.00

17/08/06	<p>Karar: Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN'in yürütücüsü olduğu "Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Prostat Kanseri Taramalarına İlişkin Sağlık İnançlarının Tarama Davranışlarına Etkisi" başlıklı çalışmaya Etik Kurulu Onayı verilmesine.</p> <p>Oybirliğiyle karar verilmiştir.</p> <p>ASLI GİBİDİR Yrd. Doç. Dr. İbrahim ÇELİK Etik Kurul Raportörü</p>
----------	--

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

## EK V : İNTİHAL RAPORU

### MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ BİREYLERİN PROSTAT KANSERİ TARAMALARINA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARININ TARAMA DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

#### ORJINALLIK RAPORU

%**9**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**5**

İNTERNET  
KAYNAKLARI

%**2**

YAYINLAR

%**8**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

**1**

Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

%**2**

**2**

Submitted to Eastern Mediterranean University

Öğrenci Ödevi

%**1**

**3**

[www.guvenlitarim.gov.tr](http://www.guvenlitarim.gov.tr)

İnternet Kaynağı

%**1**

**4**

[halksagligiokulu.org](http://halksagligiokulu.org)

İnternet Kaynağı

%**1**

**5**

[www.j-humansciences.com](http://www.j-humansciences.com)

İnternet Kaynağı

<%**1**

**6**

[www.phdernegi.org](http://www.phdernegi.org)

İnternet Kaynağı

<%**1**

**7**

[abstractpicker.com](http://abstractpicker.com)

İnternet Kaynağı

<%**1**


**8**

Submitted to Celal Bayar Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<%**1**

## EK VI : TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU VE BEYAN BELGESİ

	T.C. HARRAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
---	---

**TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU VE BEYAN BELGESİ**

<b>Öğrencinin</b>	
Numarası	: 155322004
Adı, Soyadı	: Fırat AK
Anabilim Dalı (Bölümü)	: Hemşirelik
Programı	: <input checked="" type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora
Tezin Adı: Mevsimlik Tarım İşçisi Bireylerin Prostat Kanseri Taramalarına İlişkin Sağlık İnançlarının Tarama Davranışlarına Etkisi	

**SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

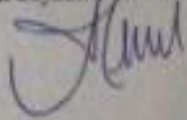
Yukarıda başlığı belirtilen yüksek lisans tez çalışmamın; kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 76 sayfalık kısmına ilişkin, 29/05/2019 tarihinde şahsen/ danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, benzerlik oranı %9 'dur.

Uygulanan filtrelemeler:


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

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

Gereğini saygılarımla arz ederim. 29/05/2019

**Tezi Hazırlayan Öğrencinin**  
Adı-Soyadı: Fırat AK  
İmzası 

Yukarıda yer alan raporun ve beyanın doğruluğunu onaylarım. 29/05/2019

**Danışmanın**  
Unvanı-Adı-Soyadı: Doç. Dr. Fatma Ersin  
İmzası 

## EK VII: TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

T.C.  
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
ULUSAL TEZ MERKEZİ

### TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10261165
Yazar Adı / Soyadı	FIRAT AK
T.C. Kimlik No	37180440398
Telefon	5447287888
E-Posta	firat_a91@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ BİREYLERİN PROSTAT KANSERİ TARAMALARINA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARININ TARAMA DAVRANIŞLARINA ETKİSİ
Tezin Tercümesi	THE EFFECT ON SCREENING BEHAVIORS OF HEALTH BELIEFS RELATED TO PROSTAT CANCER SCREENING OF SEASONAL AGRICULTURAL WORKERS INDIVIDUALS
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	76
Tez Danışmanı	DOÇ. DR. FATMA ERSİN
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	

30.06.2019

İmza:

