TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KIRK YAŞ VE ÜZERİ ERKEKLERİN PROSTAT KANSERİ TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİ İLE SAĞLIK OKURYAZARLIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

ALİ TAYHAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
DOÇ. DR. DİLEK ÖZMEN

MANİSA 2016

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KIRK YAŞ VE ÜZERİ ERKEKLERİN PROSTAT KANSERİ TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİ İLE SAĞLIK OKURYAZARLIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

ALİ TAYHAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
DOÇ. DR. DİLEK ÖZMEN

MANİSA 2016

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ALİ TAYHAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Doç. Dr. Dilek ÖZMEN	(Tez Danışmanı)
Doç. Dr. Medine YILMAZ	(Jüri Üyesi)
Yrd. Doç. Dr. Aynur ÇETİNKAYA	(Jüri Üyesi)

MANİSA-2016

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Ali TAYHAN
İmza

TEŞEKKÜR

Tezimin ve akademik hayatımın tüm aşamaları boyunca beni bilgileriyle yönlendiren, eleştiri ve fikirleriyle bana rehberlik eden, katkılarını ve desteklerini esirgemeyen sevgili hocam ve danışmanım Doç. Dr. Dilek ÖZMEN'e

Mesleki bilgi ve deneyimleri ile yüksek lisans eğitimimde emeği bulunan Prof. Dr. Erol ÖZMEN ve Yrd. Doç. Dr. Aynur ÇETİNKAYA'ya

Çalışma arkadaşlarım Fatma UYAR ve Damla ŞAHİN BÜYÜK'e

Tez çalışmam süresince bana vermiş olduğu destekten dolayı sevgili eşim Esra TAYHAN'a teşekkür ederim.

Ali TAYHAN

İÇİNDEKİLER

BEYAN i

TEŞEKKÜR ii

İÇİNDEKİLER iii

KISALTMALAR DİZİNİ vi

TABLOLAR DİZİNİ vii

ŞEKİL DİZİNİ viii

ÖZET 1

ABSTRACT 3

1. GİRİŞ VE AMAÇ 5

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 5

1.2. Araştırmanın Amacı 7

1.3. Araştırma soruları 7

2. GENEL BİLGİLER 7

2.1. Kanser 8

2.2. Prostat Kanseri ve Epidemiyolojisi 8

2.2.1. Prostat Kanserinde Risk Faktörleri 10

2.2.2. Prostat Kanseri Belirtileri 13

2.2.3. Prostat Kanseri Evreleri 14

2.2.4. Prostat Kanserinde Erken Tanı ve Yöntemleri 17

2.2.4.1. Parmakla Rektal Muayene 21

2.2.4.2. Prostat Spesifik Antijen 21

2.2.4.3. Transrektal Ultrasonografi 22

2.2.5. Prostat Kanseri Taramalarına Katılımı Etkileyen Faktörlere Yönelik Literatür Taraması 22

2.3.1. Okuryazarlık Kavramı 24

2.3.2. Sağlık Okuryazarlığı 25

2.3.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri 25

2.3.4. Birey ve Toplum Açısından Sağlık Okuryazarlığının Önemi 27

2.3.5. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler 30

2.3.6. Sağlık Okuryazarlığı Boyutları 32

2.3.7. Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirilmede Kullanılan Araçlar 33

2.3.8. Sağlık Okuryazarlığını İyileştirme Çabaları 36

3. GEREÇ VE YÖNTEM 39

3.1. Araştırmanın Tipi 39

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 39

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 39

3.4. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri 42

3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları 42

3.6. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi 44

3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi 44

3.8. Araştırmanın Etik Yönü 44

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 45

3.10. Süre ve Olanaklar 46

4. BULGULAR 47

5. TARTIŞMA 56

5.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ile PKTYBS Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki 56

5.2. Katılımcıların Prostat Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları İle PKTYBS Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki 59

5.3. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri İle SOÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki 60

5.4. Katılımcıların Kırk Yaş ve Üzeri Erkeklerin PKTYBS Puanları ile SOÖ Puanları Arasındaki İlişki 63

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 64

6.1. Sonuç 64

6.2. Öneriler 64

7. KAYNAKLAR 66

8. EKLER 80

EK-1. Sosyo-demografik Bilgi Formu 80

EK-2. Prostat Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi Skalası 82

EK-3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 83

EK-4. PKTYBS İzin Yazısı 85

EK-5. Sağlık Okuryazarlığı İzin yazısı 86

EK-6. T.C.Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul Onayı..87

EK-7. T.C. Manisa Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Yazısı 88

9. ÖZGEÇMİŞ 90

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACP: American Collage Of Physicians

ACS: American Cancer Society

AJCC: American Joint Commitee On Cancer

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

AUA: American Urologic Association

ÇAA: Çeyrekler Arası Aralık

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EFT: Ev Halkı Tespit Fişi

ERSPC: The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer

GLOBOCAN: Dünya Kanser Veri Tabanı

HALS: Health Activities Literacy Scale

MNSA: Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması

NSAİD: Nonsteroidal antiinflammatory drug

NWS: Newest Vital Sign

PKTYBS: Prostat Kanseri Taramasına Yönelik Bilgi Skalası

PLCO: Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial

PRM: Parmakla Rektal Muayene

PSA: Prostat Spesifik Antijen

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TOFHLA: Test Of Functional Health Literacy in Adults

TRUS: Transrektal Ultrason

TTOD: Türkiye Tıbbı Onkoloji Derneği

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

USPSTF: United state Preventive Medicine Task Force

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Whitemore-Jewett Sistemi 14

Tablo 2. TNM Evreleme Sistemi 16

Tablo 3. Araştırmaya Alınan Bireylerin Aile Sağlığı Merkezlerine Göre Dağılımı .. 41

Tablo 4. Araştırmanın Planı ve Takvimi 46

Tablo 5. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı 47

Tablo 6. Katılımcıların Prostat Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları 48

Tablo 7. Katılımcıların SOÖ ve PKTYBS Puan Ortalamaları 49

Tablo 8. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri İle PKTYBS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 50

Tablo 9. Katılımcıların Prostat Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları ile PKTYBS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 52

Tablo 10. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikler İle SOÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 53

Tablo 11. PKTYBS İle SOÖ Puanları Arasındaki İlişki 54

Tablo 12. PKTYBS ve SOÖ Puanlarının Basit Doğrusal Regresyon Modeli 55

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri 26

Şekil 2. Sağlık Okuryazarlığının Birey ve Toplum Üzerinde Etki Alanları 29

Şekil 3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler 32

Başlık: Kırk Yaş ve Üzeri Erkeklerin Prostat Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi Düzeyleri İle Sağlık Okuryazarlıkları Arasındaki İlişki

Öğrencinin adı: Ali TAYHAN

Danışman: Doç. Dr. Dilek ÖZMEN

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Hemşireliği

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada, kırk yaş ve üzeri erkeklerin prostat kanseri taramasına yönelik bilgi düzeyleri ile sağlık okuryazarlıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel tipte olan araştırmanın evreni Manisa il merkezinde bulunan üç Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) kayıtlı 40-70 yaş grubundaki erkeklerden oluştu (N=16417). Araştırmanın örneklemini ise bu üç ASM bölgesindeki 501 erkek oluşturdu (n=501). Araştırmanın örneklemi belirlenirken Epı Info 2000 programında, Türkiye'de erkek cinsiyetine özgü prostat kanserinin beklenen prevalansı %21 alınarak, 0,05 sapma payı ve %99 güven aralığında ulaşılması gereken en küçük örneklem sayısı hesaplandı. Araştırmada veri toplamada "Sosyo-demografik Bilgi Formu", "Prostat Kanseri Taramasına Yönelik Bilgi Skalası" ve "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 15,0 (Statistical Package For Social Science) istatistik analiz programı ile yapıldı.

Bulgular: Araştırma grubundaki erkekler 40-70 yaş aralığında olup yaş ortalamaları 52,04±8,40'dir. Katılımcıların %74,1'i orta seviyede gelire sahip, %27,7'si lise mezunu, %92,6'sının sosyal güvencesi bulunmakta ve %26,9'u emeklidir. Araştırmaya katılan erkeklerin Prostat Kanseri Taramasına Yönelik Bilgi Skala (PKTYBS) puan ortalamasının 3,85±2,05 puan ile "yetersiz" düzeyde olduğu ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçek (SOÖ) puan ortalamasının (80,87±16,03) "az zorluk çekiyorum" düzeyinde olduğu belirlendi. Katılımcıların PKTYBS puanı ile SOÖ

puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu saptandı (r=0,693, p=0,00). Erkeklerin PKTYBS puan ortalamalarındaki değişikliğin %48'inin SOÖ puan ortalaması ile açıklandığı saptandı (r=0,693 R^2=0,48 p<0,001).

Sonuçlar: Çalışma sonucunda, erkeklerin prostat kanseri taramalarına yönelik bilgi düzeylerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinden etkilendiği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, Tarama testleri, Sağlık okuryazarlığı

Title: Relationship Between Knowledge Level of Men over Forty Years Old on Medical Screening for Prostate Cancer And Healthcare Literacy of Them

Student name: Ali TAYHAN

Supervısor: Assoc. Prof. Dilek ÖZMEN

Department: Public Health Nursing

ABSTRACT

Object: It's aimed to examine relationship between knowledge level of men over forty years old on medical screening of prostate cancer and healthcare literacy of them in this study.

Materials an Methods: Universe of the research is consisted from men aged from 40 to 70 years old who are registered to 3rd Family Health Center (FHC) where in Manisa city center (N=16417). The sample of the study is consisted from 501 men in these three region (n=501). In determining sample of the study, the minimum number of sample is calculated that should be 5 % deviation and 99 % confidence range by getting expected prevalence of prostate cancer specific to male gender in Turkey in Epi Info 2000 program. "Socio-Demographical Information Form", "Knowledge Scale Directed to Screening of Prostate Cancer" and "Scale for Health Literacy" are used for data collection. Analyzes of research is performed by SPSS 15,0 (Statistical Package for Social Science) statistical analyze program.

Findings: Men in the study group are in 40-70 age range and the average age is 52,04 ± 8,40, 74,1 % of participants have middle income level, 27,7 % of them graduated from high school, 92,6 % of them have social security and 26,9 % of them are retired. Average score for Knowledge Scale for Screening Prostate Cancer (KSSPC) is determined as inadequate level with 3,85±2,05 point and Healthcare Literacy Scale (HLS) is determined on "having little difficulty" with 80,87 ± 16,03 average point. A positive middle level relation is determined between KSSPC score and HLS score of participants (r=0,693, p=0,00). Difference on average point of

KSSPC of men is explained by 48 % average point of HLS (r=0,693 R^2=0,48 p<0,001).

Results: As a result of the study it's determined that knowledge level on screening of prostat cancer of men is effected by level of healthcare literacy.

Key Words: Prostate cancer, Screening Tests, Healthcare Literacy

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Prostat kanseri erkekler arasında oldukça yaygın görülen ve akciğer kanserinden sonra Dünya genelinde en sık ölüme neden olan kanserdir (Jemal ve ark. 2011). Prostat kanserinin görülme sıklığı ülkelere, ırklara ve yaşa göre farklılık göstermektedir. Dünya'da prostat kanserinin erkek nüfusuna özgü 5 yıllık prevelansı %25,2 olarak rapor edilmiştir (Globocan 2012, http://globocan.iarc.fr , Erişim tarihi: 25.03.2016). Ülkemizde bu kanser türü, erkekler arasında en çok ölüme neden olan kanser türleri arasında ikinci sırada yer almakta olup, görülme sıklığı yüz binde 36,9'dur (Sağlık Bakanlığı, http://kanser.gov.tr, Erişim tarihi: 01.04.2016). TC. Sağlık Bakanlığı ve Dünya Kanser Veri Tabanı (GLOBOCAN)'nın son yayınlamış olduğu rapora göre ise, erkek nüfusuna özgü kanser türünde Türkiye'de 5 yıllık prostat kanseri prevelansı %21,0 olarak bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, http://kanser.gov.tr, Erişim tarihi: 01.04.2016; Globocan 2012, http://globocan.iarc.fr, Erişim tarihi: 25.03.2016).

Son yıllarda yapılan çalışma sonuçlarında prostat kanserinin insidansında, hastalık yükünde ve öldürücülüğünde hızlı bir artış olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu durum prostat kanserinin hem Dünya hem de Türkiye için bir halk sağlığı problemi olduğunu göstermektedir (Hatipoğlu 2007). Ancak prostat kanseri tanısında meydana gelen bu artışın nedenleri arasında yeni tanı yöntemlerinin kullanılması da gösterilmektedir (Globocan 2012, http://globocan.iarc.fr, Erişim tarihi: 25.03.2016). Erken tanı ve tarama prostat kanseri için yaşamsal önem taşımaktadır. Bu kanser türünün ilk evrelerinde kişinin tümörü fark etmesi oldukça zor olduğundan kanser çoğu kez ileri evrelerde fark edilmektedir. Erken evrede yakalanan prostat kanserinin daha kolay tedavi edilmesi erken teşhisin önemini artırmaktadır (Laibach-Kühner 2003).

Prostat kanserinin erken evrede yakalanmasını sağlayacak tarama yöntemleri, Prostat Spesifik Antijen testi (PSA) ve Parmakla Rektal Muayene (PRM) yöntemlerinin birlikte kullanılması ile olmaktadır. Bu iki tarama yönteminin

kullanılması sonucu meydana gelebilecek prostat kanseri şüphesinde, kesin tanı Transrektal Ultrason (TRUS) eşliğinde yapılan prostat biopsisi ile konulmaktadır (Dillioğlu ve Çevik 2007; Arlen ve ark. 2008; Borley ve Feneley 2009; Xu ve ark. 2015; Türk Kanser Derneği, http://www.turkkanserdernegi.org, Erişim tarihi: 15.06.2016). Bireyin bu tarama yöntemleri hakkında bilgi sahibi olması, tarama programlarının yarar ve zararlarına yönelik karar verebilmesine yardımcı olmakta, taramaya katılımlarını etkilemektedir (Radosevich ve ark. 2004).

Hasta ve sağlıklı birey sağlık sisteminin ana etkenini oluşturmakta olup, bireylerin hastalıklarına yönelik aldıkları kararlar, verilen sağlık hizmetinin etkinliğini ve kalitesini olumlu yönde arttırmaktadır. Bireyler tarafından alınan kararlar çoğu kez sağlık ile ilgili becerilerinin, kapasitelerinin ve bilgilerinin neticesinde meydana gelmektedir. Bilimsel kaynaklar bu durumu "sağlık okuryazarlığı" şeklinde adlandırmaktadır (World Health Organization 2009, http://www.who. int / healthpromotion/ conferences/7gchp / Track1 Inner, Erişim tarihi: 20.03.2016).

Sağlık okuryazarlığı kişilerin sağlık alanında, verilen karmaşık bilgileri okuyup anlayabilmelerini ve buna ek olarak mantıklı şekilde eleştirel yaklaşımlar ile kendileri hakkında en doğru kararı vermelerini ve bu kararı uygulaya bilmelerini sağlamaktadır (Balçık ve ark. 2014). Sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde olan hastalarda tanı koyma çoğu kez ileri evrede yapılabilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması diğer hastalıklar gibi kanserin de erken evrede saptanma olanağını azaltmaktadır. Kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyesinin artması ile prostat kanseri taramasına yönelik bilgi seviyesinin de artacağı varsayılmaktadır.

Literatürde prostat kanseri taramalarına yönelik çalışmalar yer almaktadır. Ancak yapılan literatür taramasında prostat kanseri taramasına yönelik bilgi düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle bu çalışmanın sağlık okuryazarlığı ile prostat kanseri taramalarına yönelik bilgi düzeyi arasındaki ilişkiyi ortaya koymada literatüre katkı sağlamasının yanı sıra, prostat kanseri taramalarına katılımı artırmaya yönelik yapılacak sağlık hizmetlerinin planlamasında da yararlı olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada kırk yaş ve üzeri erkeklerin prostat kanseri taramasına yönelik bilgi düzeyleri ile sağlık okuryazarlıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırma soruları

Araştırmada genel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Kırk yaş ve üzeri erkeklerin prostat kanseri taramalarına yönelik bilgileri ne düzeydedir?
2. Kırk yaş ve üzeri erkeklerin sağlık okuryazarlıkları ne düzeydedir?
3. Kırk yaş ve üzeri erkeklerin prostat kanseri taramasına yönelik bilgi düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki vardır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser, DNA moleküllerinde değişim meydana gelmiş hücrelerin, bulunduğu bölgede veya daha uzak noktalarda kontrolsüz olarak çoğalmaları sonucunda oluşan malign hastalıklar grubudur. Kanser hücrelerinde çoğalma esnasında yapısal farklılıklar ortaya çıktığı gibi işlevsel açıdan da farklılıklar meydana gelebilmektedir. Normal seyrinin dışında artış gösteren hücreler bulundukları yerdeki doku ve organları işgal ederek bazen uzaktaki organlara da yayılım gösterirler ve bu organların kendi fonksiyonlarını yerine getirmelerine engel olurlar. Kanser hücreleri köken aldıkları doku ve organlara göre adlandırılırlar. Belirti, bulgu ve sağaltımları da kanserin cinsine göre değişmektedir (American Cancer Societ 2016, http://www.cancer.org, Erişim tarihi: 20.04.2016; Berkarda 2002; Kutluk ve Kars 1994).

Kanser genel anlamda yaş, cinsiyet veya bir organa özgü hastalık olmamakla birlikte, coğrafi bölge, ırk, yaş ve meslek gibi faktörler bireylerin bazı kanser türlerine yatkınlık göstermesine neden olmaktadır. Geçmişte hızla ölüme götüren, lokalize bir hastalık olarak görülen kanser, son zamanlarda kronik hastalıklar gibi kontrol edilebilecek uzun seyirli bir hastalık olarak görülmektedir. Yapılan araştırmaların çoğu hastalığın önlenebilmesi ile ilgilidir (Türk Tıbbi Onkoloji Derneği, http://kanser.org, Erişim tarihi: 28.01.2016; Barcley 1987).

2.2. Prostat Kanseri ve Epidemiyolojisi

Prostat dokusu fetal hayatın yaklaşık üçüncü ayından başlayarak proksimal üretranın uzanımlarından meydana gelmektedir (Alkbay 2014). Prostat, erkek üreme sisteminin en büyük bezi olup erkek üretrasının başlangıç kısmında bulunmaktadır (Kosova ve Arı 2011). Glandüler yapıda olan bu organ ortalama 2,5 cm uzunluğunda 20 gr. kadar ağırlıkta ve koni şeklinde bir görüntüye sahiptir. Prostat dokusu puberte ile 30 yaş aralığında esas büyüklüğüne ulaşmakta, 45 yaş üstünde ise prostat dokusunda atrofi veya hipertrofi gelişebilmektedir (Karadakovan ve Kaymakçı 2014). Prostatın arka yüzü rektum ile komşuluk yaptığından rektal tuşe ile prostatın klinik muayenesi mümkün olmaktadır (Bjartell 2007; Özbaş ve Çavdar 2016).

Prostat kanseri; günümüzde erkekler arasında en sık görülen, yaşın ilerlemesi ile birlikte artış gösteren kanser türlerindendir. Literatüre bakıldığında Avrupa'da kanser nedenli ölümlerde erkekler arasında ikinci sırada yer aldığı, akciğer ve kolon kanserinden daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Özbaş ve Çavdar 2016). Dünya nüfusu incelendiğinde her iki cinste görülen kanser sıralamasında prostat kanseri dördüncü sıradadır (Globocan 2012, http://globocan.iarc.fr/, Erişim tarihi: 25.01.2016). Prostat kanseri gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde orta yaş üzeri erkekler arasında en yaygın tanılanan kanser türüdür. Bir erkekte prostat kanserinin yaşa göre risk dağılımına bakıldığında; 0-39 yaş aralığında prostat kanseri görülme olasılığı %0,01, 40-59 yaş aralığın da %2,58, 60-79 yaş aralığın da %14,7 ve hayat boyu bir erkekte klinik önemi olan prostat kanserinin meydana gelme olasılığı %17,8 gibi yüksek oranlara çıkmaktadır (Cancer Research Uk, http://www. Cancerresearchuk. org, Erişim tarihi: 23.01.2016; Jemal ve ark. 2005). Dünya genelinde 2012 yılı Globocan verilerine göre genel olarak kanser tanısı konmuş olan erkeklerin %15'ini prostat kanseri olan kişiler oluşturmakta ve bu kişilerin %70'inin geri kalmış bölgelerde yaşadığı rapor edilmektedir. Dünya çapında 2012 yılı içinde 1,1 milyon erkeğe prostat kanseri tanısı konulmuştur (Globocan 2012, http://globocan.iarc.fr/, Erişim tarihi: 25.01.2016).

Prostat kanseri görülme sıklığı Dünya genelinde 25 kata kadar farklılıklar gösterebilmektedir. Ülkeler arasında prostat kanseri görülme sıklığında farklılıklar söz konusudur. Avustralya/Yeni Zelanda 111,6/100 000, Kuzey Amerika'da 97,2/100 000, Karayipler'de 79,8/100 000, Güney Afrika 61,8/100 000, Güney Amerika'da 60,1/100 000'dir. Prostat kanseri insidans oranının nispeten daha düşük olduğu ülkeler; Doğu Asya'da 10,5/100 000, Güney ve Orta Asya'da 4,5/100 000'tir. Bu duruma neden olabilecek en büyük etkenler arasında Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde, PSA testi ve biyopsi uygulamasının yaygın olarak kullanılmasıdır. Globocan 2012, http://globocan.iarc.fr, Erişim tarihi: 25.01.2016).

Avrupa kanser verilerine bakıldığında prostat kanserinin neden olduğu ölümlerin sayısı yaklaşık olarak 92 300 kişidir. Dünya genelinde bakıldığında ise prostat kanserinden ölümler yaklaşık olarak 307 000 kişidir. (Cancer Research Uk, http://www.cancerresearchuk.org, Erişim tarihi: 29.01.2016). Avrupa genelinde

prostat kanserinden ölümler ele alındığında prostat kanserinde 5 yıllık sağ kalım süresi 1999-2001 yılarında %73,4 iken 2005-2007 yıllarında sağ kalım oranı %83,4'e yükselmiştir. Yapılan araştırmaların bulguları ışığında bu kanser türünün birçok ülkenin bütçesini zorladığı ortaya çıkmaktadır. Avrupa ülkeleri prostat kanseri maliyeti yönünden ele alındığında 8,43 milyon Euro değerinde harcama yapıldığı tahmin edilmektedir (Luengo ve ark. 2013).

Prostat kanseri Türkiye'de erkekler arasında en yaygın karşılaşılan kanser arasında ikinci sırada yer almaktadır. Yaşa göre standardize edilmiş hızı 39,2/100 000'dir (Sağlık Bakanlığı 2015). TC Sağlık Bakanlığı verilerine göre prostat kanseri 2002 yılında 11,5/100 000, 2006 yılında 28,9/100 000, 2009 yılında ise 36,1/100 000'e ulaşmıştır (Sağlık Bakanlığı, http://kanser.gov.tr, Erişim tarihi: 01.04.2015).

2.2.1. Prostat Kanserinde Risk Faktörleri

Prostat kanserine yönelik yapılan birçok araştırmada, bu kanser türü için birden çok etkenin risk oluşturduğu belirtilmektedir. Risk durumları arasında ön plana çıkan etkenler; yaş, ırk, hormonlar, genetik yapı, endüstriyel etkenler, beslenme, enfeksiyonlar, egzersiz, sigara ve alkol kullanımı gibi durumlardır (Umul ve Semerci 2008).

1-Yaş; prostat kanseri için en önde gelen risk durumunu oluşturmakta olup yaşın ilerlemesi ile bu kanser türünün görülme sıklığında artış söz konusu olmaktadır. Yaş ile birlikte artış gösteren kanserler arasında en güçlü ilişkiye sahip olan kanser türüdür. 40 yaşından önce nadir görülmesine rağmen 40 yaş sonrasında görülme sıklığında artış söz konusudur. Hem insidans hem de mortalite rakamları 50 yaş üzerinde hızlı artış göstermektedir. Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalarda prostat kanseri insidansının en yüksek olduğu yaş, 60 yaş sonrası olarak gözlenmektedir (Öztürk ve Kahraman 2008; Özbaş ve Çavdar 2016). 65-69 yaşları arasında insidans 1 000/100 000'e, 80-84 yaşları arasında 3 000/100 000'e kadar yükselmektedir. Hastalık, yaşlı erkeklerde daha sık görülmesine rağmen genç erkeklerde daha agrasif olarak seyir etmektedir (Kanan 2015).

2-Aile Öyküsü; aile de prostat kanseri olan bir üyenin bulunması, hastalığın ortaya çıkmasına neden olan en büyük risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Birinci

derecede akrabalardan birinde prostat kanseri varlığı kişinin prostat kanserine yakalanma riskini 3-4 kat artırmaktadır. Birinci derece iki akrabanın prostat kanseri olması, riski 5-6 kat, üç akrabada prostat kanseri varlığında ise bu risk 11 kata kadar yükselmektedir (Bruner ve ark. 2003). Bu durumu somut kanıt olarak Carter ve arkadaşlarının 691 prostat kanserli hasta üzerinde yapmış oldukları çalışmada, birinci derece akrabada prostat kanseri varlığı prostat kanseri gelişme riskini arttırdığı sonucunu ortaya çıkartmıştır (Carter ve ark. 1993).

3-Irk; prostat kanserinin görülmesi ve bu kanserden ölüm oranlarının siyah ırkta beyaz ırka göre daha yüksek olması ırkın etyolojik bir etken olduğunu göstermektedir (Castro ve Eeles 2012). Birden fazla merkezde yapılan çalışmada 50 yaş altında 12000 den fazla olgu ele alınmış olup prostat kanseri görülme yaşının siyah ırkta %8,3 iken beyaz ırkta bu oranın %3,3 olduğu saptanmıştır (Parker ve ark 2011). Afrika kökenli Amerikalılarda yapılan araştırma sonuçlarına göre PSA düzeyinin daha kötü olduğu ve tanı konulduğunda çoğu zaman hastalık evresinin daha ileri aşamalarda olduğu ortaya çıkartılmıştır. Bu kanserinin tüm evreleri için 5 yıllık sağ kalım oranı siyah ırkta % 62, beyaz ırkta ise bu oranın %72 olduğu görülmektedir (Cross ve ark. 2002).

4-Hormonlar; çeşitli seks hormonlarının serum düzeyleri ile prostat kanserinin meydana gelmesi arasındaki ilişki günümüzde tam olarak bilinememektedir. Ancak androjen varlığında prostat kanseri hücrelerinin hızla büyüdüğü buna karşılık tıbbi ve cerrahi tedavi uygulandığında bu büyümenin gerilediği gözlenmektedir (Bednarz ve ark.2010). Prostat kanseri ile hormonlar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir metanaliz çalışmasında, 3 886 erkek ve 6 438 kontrolü içeren 18 prospektif çalışma sonucunda, tanı öncesinde alınan testesteron, dehidrotestesteron ve diğer androjen türevlerinin serum konsantrasyonlarının prostat kanseri ile ilişkili olduğu bulunamamıştır. Bu duruma ek olarak östrojen serum düzeyi ile de bir ilişki ortaya çıkmamıştır (Roddam ve ark. 2008).

Yapılan bir çalışmada "yüksek insülin benzeri büyüme faktörü-1" olan erkeklerde orta düzeyde prostat kanseri risk varlığı bulunmuştur (Albanes ve ark. 2009). Yapılan başka bir çalışmada yüksek serum insülin düzeyleri ile bel kalça oranı ve prostat kanseri riski arasında güçlü ilişki varlığından söz edilmektedir. Çin de

yapılan çalışmada, yukarıda bahsedilen iki etkenin bir erkekte yüksek olması prostat kanseri riskini 8,55 kat arttırdığı saptanmıştır (Albanes ve ark. 2009).

5-Genetik; prostat kanseri ile genetik yapı arasında güçlü bağ bulunduğunun kanıtı olsa da hastalığın ortaya çıkmasına neden olan spesifik genler konusunda kesin deli yoktur (Dönmezer ve ark. 2013). Genetik etkenler üzerinde yapılan çalışmalarda 8-10-13-16-17 ve 18 numaralı kromozomlarda genetik yapı kaybının bulunması prostat kanserli hastalarda dikkati çekmektedir. Bu genlerdeki kayıpların tümör supresör genlere ait olduğu düşünülmektedir (Özcan 2000).

6-Endüstri; atom enerjisi, kauçuk, ilaç ve gübre sanayisinde çalışan erkeklerde prostat kanseri görülme sıklığı bu tür sanayi kuruluşlarında çalışmayan erkeklere göre daha yüksektir. Bu kanser türünün oluşmasına yol açan kimyasal maddeler tam olarak bilinmemekle birlikte prostat kanseri olan hastalarda kadmiyum değerleri oldukça yüksek bulunmakta ve bu durum kadmiyum ile prostat kanseri arasında bir ilişki olacağını düşündürmektedir (Özcan 2000; Balbay 2008).

7-Beslenme; yapılan çalışmalarda, hayvansal yağ ve kırmızı et yönünden zengin diyet ile beslenen erkeklerde prostat kanseri gelişme riskinin arttığı ileri sürülmektedir (Özbaş ve Çavdar 2016). Hayvansal yağlar prostat kanseri gelişme riskini birkaç yolla arttırabilmektedir. Birincisi aşırı yağlı diyetlerin androjen düzeylerinde artış sağlayabileceği ile ilişkilidir. Yağ oranı düşük diyet ile beslenenlerde testosteron düzeyinin daha az olduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Ancak testosteronun yüksekliği ile prostat kanseri arasında doğrudan ilişki olduğunu kanıtlayan bir çalışma mevcut değildir (Rosenthal ve ark. 1998; T.C. Sağlık Bakanlığı, http://kanser.gov.tr, Erişim tarihi: 01.05.2016). İkinci görüş ise yağların serbest radikal kaynağı olabileceği yönündedir (Kolonel ve ark. 1999). Üçüncü görüş ise proenflamatuar yağ asidi metabolitlerinin karsinojenik etkiye sahip olabileceğidir (Ghosh ve Myers 1999; Balbay 2008). Giovannucci ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmada diyetlerinde yüksek yağ tüketimi olan kişilerin ileri evrede prostat kanseri olma riski artış göstermektedir (Giovannucci ve ark. 1993). Yine çalışma sonuçlarında domates, greyfurt, karpuz gibi sebze ve meyvelerin yapılarında bulundurdukları likopen, selenyum, E ve D vitaminlerinin prostat kanseri riskini düşürdüğü belirtilmiştir (Ahn ve ark. 2008; Amerikan Kanser Birliği,

http://www.cancer.org, Erişim tarihi:16.05.2016). Yüksek yağlı diyet dışında kalsiyum yönünden zengin beslenme ile prostat kanseri arasında ilişkiyi gösteren epidemiyolojik çalışmalarda vardır (Umul ve Semerci 2008). Yapılan meta-analiz sonucunda hazır gıdalar ile yüksek miktarda kalsiyum alımında prostat kanseri riski düşük miktarda kalsiyum alanlara oranla yüksek bulunmuştur (Gao ve ark. 2005).

8-Enfeksiyonlar; enfeksiyon ve kronik enflamasyon, sifiliz ya da gonore hastalığı bulunan prostatitli erkeklerde prostat kanseri riski orta düzeyde artış göstermektedir. Yapılan çalışmalarda prostatit ile prostat kanseri arasındaki neden ve etki ilişkisi kesin olarak kanıtlanamamıştır (Dennis ve ark. 2002; Amerikan Kanser Birliği, http://www.cancer.org, Erişim tarihi:17.05.2016).

9-Nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAİD) kullanımı; aspirin ve türevlerinde etken madde olarak bulunan NSAID nonsteroidal anti-enflamatuar etki göstermektedir. ABD'de yaklaşık 70 000 erkek üzerinde yapılan araştırmada uzun süre düzenli olarak NSAID ya da aspirin kullanımının prostat kanseri riskini dikkat çekici oranda azalttığı ve koruyucu etki yaptığı ortaya çıkmıştır. Benzer etki kolorektal kanserlerde de görülmüştür (Salinas ve ark. 2010).

10-Vazektomi; vazektomi işleminin prostat kanseri riskini arttırdığı yönünde görüşler bulunsa da kesin bir delil bulunmamaktadır. Diğer taraftan ejekülasyon sıklığının yirmili yaşlarda haftada 5 ve üzeri olmasının prostat kanseri riskini önemli derecede düşürdüğü görülmüştür (Amerikan Kanser Birliği, http://www.cancer.org, Erişim tarihi: 17.05.2016).

2.2.2. Prostat Kanseri Belirtileri

Prostat kanseri birçok kanser türüne göre yavaş bir ilerleme göstermektedir. Bu durum kişilerin kanser belirtilerini geç fark etmesine neden olmaktadır. Kanser hücrelerinin iki katına ulaşma süreleri yaklaşık olarak 4 yıldır. Hastalığın periferik zondan ve multifokal küçük bölgeler halinde meydana gelmesinden kaynaklı, erken dönemde prostat kanseri çoğu kez asemptomatiktir. Belirtiler sıklıkla lokal ilerlemiş veya metastatik hastalık evresinde kendini göstermektedir (Koşar 2007). Prostat kanseri için sıkça görülen belirtiler şunlardır;

- İdrar yapmaya başlamada gecikme ve idrar yapmanın bitiminde idrarın damla damla akmaya devam etmesi,
- Hiç idrar yapamama,
- Zayıf veya kesik kesik idrar yapma,
- İdrar yaparken yanma veya ağrı,
- Üriner, fekal inkontinans,
- Cinsel ilişki sırasında ağrılı ejekülasyon,
- Erektil fonksiyon bozukluğu,
- Hematospermi,
- Hematuri,
- Glob vezikal,
- Alt ekstremitelerde pareztezi veya güçsüzlük (Spinal kord basısı),
- Kemik ağrıları, patolojik kırıklar (Arıncı ve Elhan 2001; Türk Kanser Derneği 2016, http://www.turkkanserdernegi.org, Erişim tarihi: 19.05.2016).

2.2.3. Prostat Kanseri Evreleri

Prostat kanserinin evresinin doğru belirlenmesi en uygun tedavi yönteminin kullanılması açısından önemlidir. Doğru evreleme prognoza yön veren kilit etkendir. Evrelemede yapılan hata eksik veya gereksiz tedavi uygulanmasına ve hastalığın seyrinin kötü yönde etkilenmesine neden olur (Carolyn ve ark. 2012). Prostat kanserinin evrelemesinde de kullanılan sistemler Whitemore-Jewett ve TNM sistemleri olmasına rağmen zaman içinde Whitemore-Jewett sistemi yerini TNM sistemine bırakmıştır (Kanan 2015).

Whitemore-Jewett Evreleme Sistemi: Prostat kanserinin evrelemesi için Whitemore tarafından 1956 yılında geliştirilen ve sonrasında Jewett tarafından güncellenen bir sistemdir. Bu sistemin değerlendirme şekli aşağıdaki tabloda verilmiştir (Kanan 2015).

Tablo 1. Whitemore-Jewett Sistemi

A1≤3	Karsinom odağı ve selim hastalık için rezeke edilen dokunun ≤ %5'inde kanser varlığı söz konusu olup Gleason toplamı ≤7

A2>3	Karsinom odağı ve selim hastalık için rezeke edilen dokunun %5'inde kanser varlığı söz konusu olup Gleason toplamı 7
B1	Palpabl nodül ≤1,5 cm, prostat ile sınırlı
B2	Palpabl edilen nodül >1,5 cm, prostat ile sınırlı
C1	Palpabl ekstra kapsüler yayılım
C2	Palpabl seminal vezikül tutulumu
D0	Negatif kemik taramasına rağmen yüksek PAP (Prostatik Asit Fosfataz) ile klinik düzeyde lokalize hastalık
D1	Pelvik lenf nodlarında metastaz
D2	Kemik metastaz
D3	Hormona dirençli hastalık

Kaynak: American Joint Committee on Cancer, https://cancerstaging.org, Erişim tarihi: 15.03.2016; Altınova S, Çağlayan A, Balbay D.M Prostat Kanserinin Evrelendirilmesi, İçinde; Dinçel D. Üroonkoloji, İzmir; 2007, s:77-83.

TNM Evreleme Sistemi: Günümüzde evreleme sistemlerinde en yaygın olarak kullanılan American Joint Commitee on Cacer (AJCC)'nin hazırlamış olduğu TNM evreleme sistemidir. TNM; T-tümör, N-lenf nodu ve M-metastazın kısaltılmış simgeleridir. Kanser evresini belirlemek için üç faktöre bakılmaktadır. Bunların ilki tümörün nerede ve ne büyüklükte olduğudur (T). İkincisi Lenf nodlarında tümör yayılımının değerlendirilmesidir(N). Son olarakta kanser hücresinin, bedenin diğer kısımlarına yayılım gösterip göstermediğidir (M). Bu sonuçlar birleştirilerek kanser evresi belirlenmektedir. Yukarda belirtilen faktörler ışığında 1 den 4'e kadar derecelendirme yapılmakta olup Romen rakamları ile yazılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, http://kanser.gov.tr, Erişim tarihi: 11.02.2016; Amerikan Kanser Birliği, http://www.cancer.org, Erişim tarihi: 01.06.2016).

TNM evrelendirme sistemi prostat dokusunun adenokarsinomları için yapılmaktadır. Bu kanser türünde evrelendirme klinik ve patolojik olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Klinik evrelendirmede klinik bulgular incelenirken, patolojik evreleme radikal prostektomi ve pelvik lenfadenektomi spesiminlerinin patolojik incelenmesi ile yapılmaktadır (Andreoiu ve Cheng 2010). Patolojik evreleme tümörün volümünü, cerrahi sınırını, ekstra kapsüler yayılımını ve seminal vaziküllerin ne durumda olduğunu inceleyerek, klinik evreleme yöntemine göre daha anlaşılır biçimde ortaya çıkardığı için prognozun belirlenmesinde büyük yarar sağlamaktadır (Edge ve ark.2010). TNM evrelendirme sisteminin değerlendirme

şekli Tablo 2‘de verilmiştir (American Joint Committee on Cancer, https: //cancerstaging.org, Erişim tarihi: 15.03.2016).

Tablo 2. TNM Evreleme Sistemi

Primer Tümör (T)
Klinik

TX	Primer tümör değerlendirilemiyor
T0	Primer tümöre dair kanıt bulunmamakta
T1	Klinik belirtisi yok, palpe edilemeyen ve görüntülemeyle gösterilemeyen tümör
T1a	Tümör insidental olarak rezeksiyon dokusunun %5 veya daha azında tespit edilmiş
T1b	Tümör insidental olarak rezeksiyon dokusunun %5'inden fazlasında tespit edilmiş
T1c	Tümör iğne biyopsisi ile tespit edilmiş
T2	Tümör prostat dokusu ile sınırlı*
T2a	Tümör bir lobun yarısı veya daha azmi tutmuş
T2b	Tümör bir lobun %50'sinden daha fazlasını tutmuş ancak iki lob tutulumu yok
T2c	Tümör iki lobtada mevcut
T3	Tümör prostat kapsülüne ulaşmış**
T3a	Ekstrakapsüler tutulum mevcut (bir veya iki taraflı)
T3b	Tümör seminal vezikül(ler)e invazyon göstermiş
T4	Tümör fiske veya seminal veziküller dışında kalan dokulara invazyon göstermiş
Patolojik (pT)* **	
pT2	Organa sınırlı
pT2a	Tek taraflı, bir tarafın yarısı veya daha azı
pT2b	Tek taraflı, bir tarafın yarısından daha fazlası ancak iki taraflı değil
pT2c	İki taraflı hastalık
pT3	Prostat dışı uzanım
pT3a	Prostat dışı uzanım veya mesane boynunda mikroskobik tutulum****
pT3b	Seminal vezikül tutulumu
Bölgesel Lenf Nodları (N)	
Klinik	
NX	Bölgesel lenf nodu değerlendirilmemiş
N0	Bölgesel lenf nodu tutulumu yok
N1	Bölgesel lenf nodu tutulumu var
Patolojik	
pNX	Bölgesel lenf nodu örneklemesi yok
pN0	Bölgesel lenf nodu tutulumu yok
pN 1	Bölgesel lenf nodu tutulumu var
Metastaz (M)***	
M0	Uzak metastaz yok
M1	Uzak metastaz var
M1a	Bölgesel olmayan lenf nod(ları)
M1b	Kemik(ler)
M1c	Kemik metastazı olsun veya olmasın diğer bölge(ler)

*Tümör iğne biyopsisi ile bir veya iki lobda tespit edilmiş ancak palpe edilemiyor. Görüntülemede güvenilir şekilde gösterilemiyor ise T1c olarak sınıflandırılır.
**Tümör prostat apeksine invazedir veya prostat kapsülünü tutmuş (kapsülü aşmamış) ise T3 değil T2 olarak sınıflandırılır.
***Patolojik evrelemede T1 hastalık mevcut değildir.
****Cerrahi sınır pozitifliği R1 belirteciyle tanımlanmalıdır (mikroskopik rezidüel hastalık).
*****Birden fazla metastaz bölgesi varlığında en ileri kategori kullanılır. M1c en ileri kategoridir.
Kaynak: American Joint Committee on Cancer, https://cancerstaging.org, Erişim tarihi: 15.03.2016.

2.2.4. Prostat Kanserinde Erken Tanı ve Yöntemleri

Tarama, hastalık yönünden risk altında olan kişilerin asemptomatik evrede incelenmesi işlemidir. Birçok kez bilimsel bir araştırma amacı ile araştırmacı kişi veya kurum tarafından başlatılmaktadır. World Health Organization (WHO) bir hastalığa yönelik tarama programının başlatılabilmesi için kriter belirlemiştir (Wilson ve 1968).

Tarama Programı Başlatma Kriterleri:

1. Hastalık önemli bir sağlık problemi olmalıdır.
2. Tanı konulmuş olan hastalar arasında kimlerin tedaviye gerek duyduğu kimlerin gerek duymadığı iyi belirlenmelidir.
3. Hastalığın tanısı ve tedavisi için ihtiyaç duyulan yöntemlerin mevcut olması gerekir.
4. Hastalığın erken belirti veya gizli evresinin olması gerekir.
5. Taramaya yönelik kullanılan tekniklerin etkili olması gerekir.
6. Taramaya yönelik yapılan testlerin toplumda kabul görmesi gerekir.
7. Hastalığın latent evreden klinik evreye geçişi ve doğal seyri iyi bilinmelidir.
8. Lokalize hastalıkta etkili tedavi yöntemlerinin olması gereklidir.
9. Tarama yöntemlerinin maliyeti ekonomik olmalıdır.
10. Sunulan programın süreğen olması ve bir defalık olmaması gerekir.

    Prostat kanseri tarama programının ise bu kirterlere ek olarak iki amacı daha bulunmaktadır (Karadağ ve Sofikerim 2013).

11. Prostat kanseri nedenli ölümleri en az düzeye çekmektir. Burada söz edilen asıl amaç erken evrelerde daha çok prostat kanseri vakası saptamak değil, bu kanserden kaynaklı ölümleri en aza indirmektir.
12. Kişinin yaşam kalitesini arttırmak ve yaşam süresini en üst seviyeye ulaştırmaktır.

Prostat kanserine yönelik tarama yapılması konusunda tam bir fikir birliği mevcut olamamakla birlikte taramanın faydalı olabileceğini öne süren kişi veya kurumlar tarama ile tespit edilmiş prostat tümörlerinin daha erken evrede, hacimde

ve çoğunlukla da metastaz meydana gelmeden yakalanabileceğini ifade etmektedirler. Bu durumda olan tümörler, klinikte saptanan tümörlere göre daha başarılı şekilde tedavi edilmekte ve hastanın hayatta kalma şansı artmaktadır (Catalona ve ark. 1993; American Joint Committee on Cancer, https://cancerstaging.org, Erişim tarihi: 12.04.2016; Amerikan Kanser Birliği, http://www.cancer.org, Erişim tarihi: 12.04.2016).

Prostat Spesifik Antijeni 1980' li yılların ortasından itibaren tanı ve tarama için kullanılmaya başlanmıştır. Bu durum prostat kanseri için evre kaymasına yol açmış ve hastalığın erken evrelerde saptanmasını sağlamıştır. Fakat ilginç olarak, 1980'lerin ortasından günümüze kadar taramanın etkili biçimde hastalığa özgü ve genel sağ kalımı belirgin derecede arttırdığına yönelik kesin bilimsel deliller mevcut değildir (Oliver ve ark. 2001; Karadağ ve Sofikerim 2013).

Dünya genelinde önde gelen sağlık kurum ve kuruluşlarının prostat kanseri tarama programlarına yönelik politikaları şu şekildedir;

United State Preventive Medicine Task Force (USPSTF): PSA tabanlı tarama programlarının yüksek oranda hatalı pozitif sonuç vermesi ve buna bağlı olarak kişiye gereksiz birçok işlem yapılması nedeniyle taramayı önermemektedir (US Preventive Services Task Force, http://www.Uspreventiveservicestaskforce.org Erişim tarihi: 05.03.2016).

American Urologic Association (AUA): 40-54 yaş aralığında olan ve ailesinde prostat kanseri bulunmayan kişilerde PSA testi yapılmamalı, 55-69 yaş arasında olan kişilere bilgilendirme yapılarak tarama işlemi yapılmalı, 70 yaş ve üzeri olup 10 yıldan az yaşam beklentisi olan kişilerin taranmaması yönünde önerisi bulunmaktadır (Alan ve Partin 2013; American Ürologic Association, https://www.auanet.org, Erişim tarihi:19.04.2016).

American Collage of Phisicians (ACP): 50-69 yaşları arasında olan ve yaşam beklentisi 10 yıldan daha fazla olan kişiler bilgilendirilerek tarama yapılmalıdır şeklinde öneri sunmaktadır (American College of Physicians, https://www.acponline.org, Erişim tarihi: 28.04.2016).

American Cancer Society (ACS): 50 yaşından itibaren PSA tarama testi yapılması gerektiğini, risk taşıyan kişilerin ise daha erken yaşlardan itibaren testi yaptırmasını önermektedir (American Cancer Society, http://www.cancer.org, Erişim tarihi: 02.5.2016).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK): 50 yaşından sonra tüm erkeklere yılda bir kez PSA ve PRM uygulanmasını önerilmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı, http://kanser.gov.tr, Erişim tarihi: 24.04.2016).

Türk Tıbbi Onkoloji Derneği (TTOD): 50 yaşın üstünde olan ve 10 yıllık hayat beklentisi olan erkeklere PSA tarama testi yapılmalı, yüksek riskli kişilerde bu tarama testleri 45 yaşından itibaren başlatılmalıdır. Riskin yüksek olduğu kişilerde ilk tarama testleri 40 yaşında yapılmaya başlanıp, sonuçlar normal gelirse 45 yaşından sonra her yıl taramaya devam edilmeli, kişilere testlerin tartışmalı noktaları anlatılmalı, ayrıca testleri yaptırmaları önerilmelidir (Türk Tıbbi Onkoloji Derneği, https://kanser.org, Erişim tarihi: 22.04.2016).

Prostat kanserine yönelik yapılan bazı kohort çalışmalarının sonuçlarına göre tarama programlarının etkinliği şöyledir: The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) Avrupa ülkelerinde 55 ve 69 yaşlarındaki 162 243 erkeğin katıldığı araştırmanın 2014 yılında yayınlanan sonuçlarına göre, 13 yıllık takip sonucunda PSA tabanlı taramanın ölüm oranını %20 oranında azalttığı bildirilmiştir (The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer, http://www.erspc.org, Erişim tarihi: 01.03.2016).

Yine ERSPC çalışmasının 20 000 erkek üzerinde yapmış olduğu Gothenburg bölümünde 14 yıllık takip süresinde PSA tabanlı taramanın prostat kanserine bağlı ölümleri %50 oranında azaldığı ortaya konulmuştur **(**Hugosson ve ark. 2010). ERSPC çalışması PSA tabanlı taramanın etkinliğini gösteren az sayıda çalışmalar arasındadır. Yine Avrupa toplumlarının incelendiği farklı çalışmalarda PSA tabanlı taramaların ölüm oranlarını azaltmadığına yönelik sonuçlarda bulunmaktadır **(**Hugosson ve ark. 2010).

ABD de yapılan Prostat, Akciğer, Korektal ve Over Kanser Tarama Çalışması olan (PLCO)'nun 10 yıllık araştırma süreci sonrasında ortaya koymuş olduğu rapora

göre 76 693 erkek randomize edilerek iki gruba ayrılmış, grubun biri her yıl PSA ve PRM ile taranırken diğer gruba herhangi bir tarama yapılmamıştır. 10 yılın sonunda tarama yapılan grup ile tarama yapılmayan grup arasında prostat kanserine bağlı ölüm oranlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Gerald ve ark. 2012).

Mosconi ve arkadaşlarının (2016) İtalya'da yaptıkları bir çalışmada, halktan belli kriterlere göre seçilmiş jüri üyelerine PSA tabanlı tarama hakkında tarafsız biçimde bilgilendirme yapılmış ve daha önceden yapılmış olan uzun süreli kohort çalışmalarının sonuçları da jüri üyelerine sunulmuştur. Jüri üyelerinden bu bilgiler ışığında PSA tabanlı taramanın yapılıp yapılmaması yönünde görüşler bildirmeleri istenmiştir. Jüri üyeleri yüksek maliyetli olması ve yüksek oranda hatalı sonuç vermesi nedeniyle 55-69 yaşlarındaki asemptomatik erkeklere PSA tarama testinin yapılmaması yönünde görüş bildirmişlerdir (Mosconi ve ark. 2016).

2.2.4.1. Parmakla Rektal Muayene

Erken dönemde, prostat kanseri için kişide fizik muayene belirtileri bulunuyorsa PRM tanı ve evrelemede kullanılabilir. Muayenede endürasyon veya asimetrik sertliğin hissedilmesi, prostat kanserinin belirtisi olabilir ancak bu durum granülamatöz prostatit gibi inflamatuar hastalıklarda da ortaya çıkmaktadır (Özcan 2000).

PRM yalnız kullanılırsa, PSA ve Transrektal Ultrasonografi ile birlikte yapılan muayeneye göre %24 ile %45 oranında prostat kanserini yakalamada yetersiz kalabilmektedir. Yapılan araştırmalarda parmakla rektal muayene ile belirlenen prostat kanserlerinin yarısından fazlası patolojik evrede yakalanmaktadır. PRM'nin pozitif olmasının prediktif değerleri olan PSA, yaş ve ırktan etkilenmektedir. PRM anormal sonuç alınan kişilerde, PSA'dan bağımsız olarak prostat biopsisi de yapılır (Altınova 2007).

2.2.4.2. Prostat Spesifik Antijen

Serum PSA ölçümü, prostat kanserinin tespitinde çığır açmakla birlikte en çok kullanılan ve en çok tartışılan tümör belirleyicisi durumundadır. Tanı konulmasında PRM'den daha etkili olduğu bilinmektedir (Çam 2013).

PSA'nın ve PRM'nin pozitif prediktif değeri sırasıyla %42 ve %31'dir. Prostat kanserinin saptanmasında ikisinin birlikte uygulanması durumunda ise bu oranı %60'a yükselmektedir (Tefik ve Esen 2008).

Kişide PSA ve PRM'nin birlikte uygulanması ile oluşacak klinik kuşkuda biopsi uygulanarak kesin tanı konulabilmektedir. PSA değerine göre kanser tanısı koyabilmek için daha güvenilir sonuçların elde edilmesi gereklidir. Bu nedenle PSA değerlerinin güvenirliğini arttırmak için birçok strateji geliştirilmiş olup bunlar; PSA hızı, PSA dansitesi, yaşa özel düzenlenmiş PSA aralığı ve PSA çeşitlerini içermektedir (Stuchbery ve ark. 2016; American Cancer Society, http://www.cancer.org, Erişim tarihi: 10.05.2016).

Amerikan Kanser Birliği serum PSA değerinin ırka, yaşa ve bunların dışında başka durumlardan da etkilenebileceğini beyan etmekle birlikte normal şartlar altında bakılan serum PSA değerinin 4-10ng/ml arasında bulunması durumunda prostat kanseri ihtimali %25; 10 ng/ml üzerinde olması halinde ise %50 olarak bildirmektedir (American Cancer Society, http://www.cancer.org, Erişim tarih: 19.04.2016).

2.2.4.3. Transrektal Ultrasonografi

Prostat kanserinin kesin tanısını koymak için yeterli bir görüntüleme sistemi olmamakla birlikte kanserden şüphelenilen durumlarda biopsi alımını kolaylaştıran bir yöntemdir. Geçmiş yıllarda bölgesel evrelemede kullanılmış ancak güvenilir sonuç vermediği ortaya çıkmıştır (Yılmaz ve Dillioğlugil 2013). Günümüz şartlarında TRUS'un prostat kanserini tanılama duyarlılığı %40 ve özgüllüğü %50 oranındadır (Türkbey ve ark. 2009). TRUS, PSA ve PRM ile birlikte kullanıldığında daha güvenilir sonuçlar alınabilmektedir (Ukimura 2010).

2.2.5. Prostat Kanseri Taramalarına Katılımı Etkileyen Faktörlere Yönelik Literatür Taraması

Prostat kanseri taramalarına katılım erkekler arasına oldukça düşüktür. Birçok araştırmacı bu durumun kaynağını ortaya çıkartmak amacıyla belli kriterlere göre araştırma yapmaktadır (Hevey ve ark. 2009).

Çapık'ın bir aile sağlığı merkezinde 60 yaş üzeri 211 erkek ile yapmış olduğu çalışma sonucunda; "okuma yazma bilmeyen, sağlık güvencesi olmayan, ilçe veya köyde yaşayan, daha önce prostat sorunu yaşamayan" bireylerin tarama testlerine katılmadaki engel algıları daha yüksek bulunmuştur (Çapık 2013).

Oliver ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada da prostat kanseri taramalarına katılımı etkileyen faktörler araştırılmıştır. Bu araştırma ABD'nin kırsal bölgelerinde yaşayan 94 erkek üzerinde yapılmış olup, çalışmaya katılan kişilerin yarar algısına göre "%77,4'ü prostat kanseri taramasına katıldığımda kendimi iyi hissediyorum, %60,3'ü prostat kanseri taramasına katıldığımda prostat kanserinden endişe etmiyorum ve %86,0'ı ise prostat kanseri taramasının erken tanı sağlayacağına inanıyorum" şeklinde ifadeleri seçmişlerdir. Yine bu çalışma da erkeklerin prostat kanseri taramasına yönelik engel algılarına göre; "%68,7'si prostat kanseri taramasından korkuyorum çünkü ne yapılacağını bilmiyorum, %74,2'si prostat kanseri taramasına katılmak benim için utanç verici (PRM için), %87,1'i prostat kanseri taraması fazla zaman alır, %66,0'ı prostat kanseri taraması acı veren bir işlem" şeklinde ifadeleri seçmişlerdir. Çalışmada ayrıca prostat kanseri taramasına katılımı etkileyen etmenler arasında birinci sırada sağlık çalışanları, ikinci sırada ise aile üyelerinin etken olduğu saptanmıştır (Oliver ve ark. 2011).

Lee ve arkadaşlarının prostat kanseri taramasına yönelik engel algılarını inceledikleri bir çalışmada eğitim düzeyinin artışı ile taramalara yönelik engel algısının azaldığı ortaya çıkmıştır (Lee ve ark. 2011).

Carter ve arkadaşlarının ABD'de kırsal alanda yaşayan Afrikalı Amerikan erkekler ile yapmış oldukları çalışmada, prostat kanseri ile ilgili eğitimin tarama yaptırma durumu üzerine etkisini incelemişlerdir. Bu çalışma sonucunda prostat kanseri taramasına yönelik ana engel korku duygusu olarak bulunmuştur (Carter ve ark. 2010).

Jones ve arkadaşlarının Afrikalı Amerikan erkeklerle yapmış oldukları niteliksel bir çalışmada erkekler ile prostat kanseri taraması yaptırıp yaptırmadıkları konusunda görüşmeler yapılmış ve bu görüşme sonrasında aile ve arkadaş desteğinin önemli bir etken olduğu ortaya çıkmıştır (Jones ve ark. 2010).

Friedman ve arkadaşları tarafından yapılan pilot bir çalışmada 25 Afrikalı Amerikan erkek ile bireysel görüşme yapılmış, görüşme sonrasında korku, rahatsızlık hissi, utanç, sosyal destek yetersizliği ve düşük gelir durumu taramaya katılımı engelleyen faktörler olarak bildirilmiştir (Friedman 2009).

Rai ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada kişilerin prostat kanseri taramasına katılmasını olumlu yönde etkileyen faktörler; prostat kanseri tanısı almış arkadaş varlığı, erken tanının yararlı olacağı düşüncesi, medya kaynakları, ailede prostat kanseri öyküsü veya kişide üriner şikayet varlığı olarak değerlendirilmiştir (Rai 2007).

Ford ve arkadaşlarının prostat kanseri taraması ile ilgili davranışları etkileyen faktörleri belirlemek için yapmış oldukları çalışmada; taramaya katılım için motivasyon, kuşaklar arasında sağlık bilgisinin aktarımı, taramaya yönelik bilgi düzeyi gibi faktörler tarama programlarına katılımı olumlu yönde etkilemektedir (Ford ve ark. 2006).

Weinrich'in, aile üyelerinde prostat kanseri öyküsü olan kişileri incelediği bir çalışmada ailesinde prostat öyküsü olan kişilerin taramaya daha az katıldıklarını saptamış buna karşı sağlık durumunun kötü olduğunu düşünen erkeklerin ise taramaya daha fazla katıldıklarını belirlemiştir (Weinrich 2006).

2.3.1. Okuryazarlık Kavramı

Okuryazarlık kavramı, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO)'nun yapmış olduğu tanıma göre; farklı türlerdeki yazılı metinleri, kayıtları kullanarak anlama, tanılama, yorum yapma, bir araya getirme, iletişim kurma ve hesap yapabilme yeteneğidir (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, http://unesco.org.tr, Erişim tarihi: 20.05.2016).

Okuryazarlık; kişiyi, aileyi, toplumu güçlendirir ve yaşam standartlarını yükseltir. "Çarpan etkisi" ile okuryazarlık, yoksulluğun en az seviyeye indirilmesine, çocuk ölüm oranlarının azaltılmasına, nüfus artışının kontrol altında tutulmasına, sağlık problemlerinin azaltılmasına, cinsiyet eşitliğinin, sürdürülebilir kalkınmanın, barış ve demokrasinin sağlanmasına yardımcı olur (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, http://unesco.org.tr, Erişim tarihi: 26.04.2016).

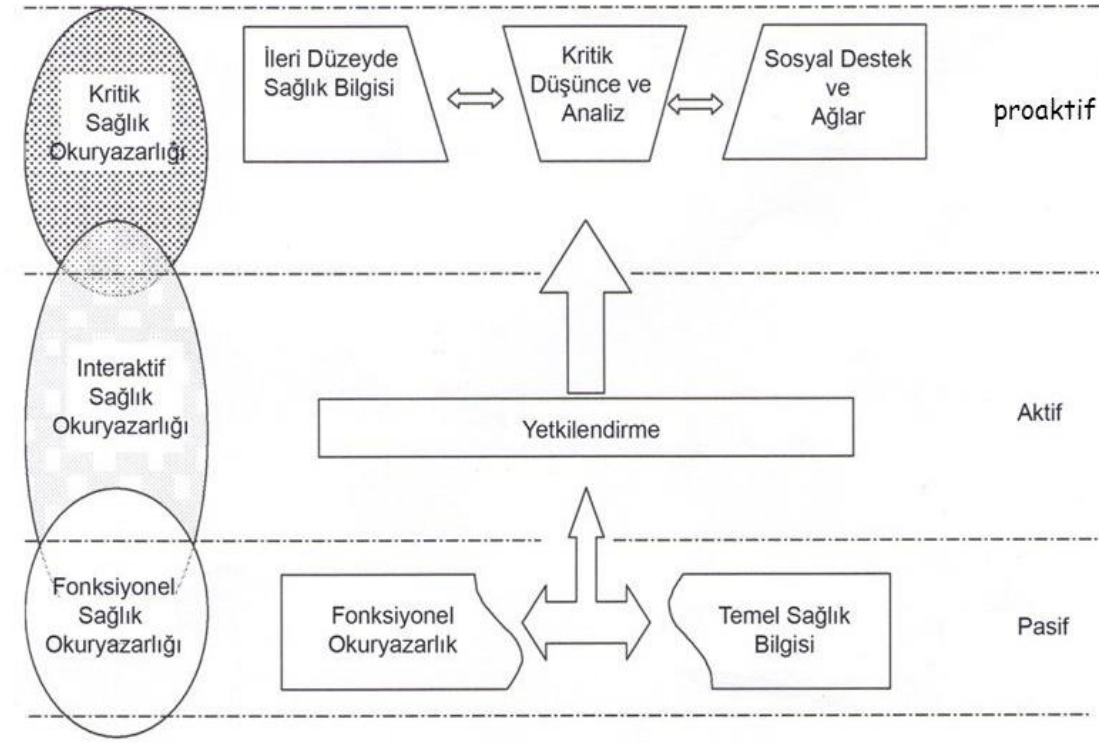
2.3.2. Sağlık Okuryazarlığı

DSÖ'nün yapmış olduğu tanıma göre "sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık ile ilişkili olup, insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmek ve karar verebilmek, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmek, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılama ve anlama konularındaki istekleri ve kapasiteleridir" (WHO 2013).

2.3.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Sağlık okuryazarlığı alanında çalışma yapan araştırmacılar farklı kriterleri baz alarak, sağlık okuryazarlığı düzeylerini ortaya koymak için çeşitli sınıflandırmalar yapmışlardır (Sqrensen ve ark. 2012).

Yapılan bu sınıflandırmalardan günümüzde en popüler olanı sağlık okuryazarlığını fonksiyonel, iletişimsel (interaktif) ve eleştirel olmak üzere 3 sınıfta ele alan modeldir. Bu sınıflandırma modelinin temelini Nutbeam oluşturmuştur (Nutbeam 2000; Sqrensen ve ark. 2012).



Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Kaynak: Tanrıöver D,Yıldırım H H, Demiray Ready F N, Çakır B, Akalın H E.Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Ankara; 2014,s:15.

Temel\fonksiyonel sağlık okuryazarlığı: Temel okuma, yazma ve okuryazarlık becerilerini içermektedir. Geleneksel olarak yapılan sağlık eğitim girişimlerinin beklenen sonuçları olan sağlık durumu ve sağlık sistemi hakkındaki bilgiyi içerir. Sağlık yönünden risk oluşturan durumlara dair bilgilerin iletişimine ve sağlık sisteminin nasıl kullanılacağına yönelik geleneksel sağlık eğitiminin sonucunu ortaya koyar. Böylesi bir tutum bireylerin kurallar ile belirlenmiş bir çerçevede sağlık bilgisi ve sağlık hizmetlerine ilişkin sınırlandırılmış amaçlara sahip olmalarına neden olmaktadır (Smith ve Kirsten 2010). Bu düzeyde, birey kendi durumu hakkında temel bilgi kaynaklarına erişmede ve kendi durumunu yönetmede zorluk çekmektedir. Mevcut sağlık sisteminden gereği kadar faydalanamamaktadır (European Health Forum Gastein 2004). Bu durum düşük eğitim düzeyine sahip, yaşlı ve etnik azınlıklarda daha yaygın olarak görülmektedir (Quaglio ve ark.2016).

İletişimsel\interaktif sağlık okuryazarlığı: Farklı iletişim şekillerinden farklı anlamlar türetmek, değişen durumlarda daha güncel bilgiye başvurmak için kullanılan iletişim ve sosyal becerileri içerir. İnteraktif sağlık okuryazarlığı, sağlık

eğitimlerinin son 20 yıldan günümüze kadar geliştirmiş olduğu yaklaşımların sonuçlarını yansıtır. Sağlık aktivitelerine katılımı, sağlık alanında yapılan bilgilendirmeleri anlayabilmeyi ve değişen şartlar altında kişinin sağlık bilgilerini uygulayabilmesini gerektirir (Nutbeam 2000). Bu düzeyde birey verilen eğitim doğrultusunda bilgiye dayalı bağımsız biçimde hareket edebilmektedir (Smith ve Kirsten 2010).

Eleştirel sağlık okuryazarlığı: İleri seviyede bilişsel beceri, sosyal beceri ve eleştirel düşünebilme yeteneklerine sahip olmayı gerektirir. Bu şekilde birey sahip olduğu sağlık bilgisini eleştirel düzeyde değerlendirmekte, kapasitesini geliştirmekte, sağlığın sosyal, politik, ekonomik yönlerini anlayabilmekte ve yorumlayabilmektedir (Sykes ve ark. 2013). Bu düzeyde kişi bireysel hareketten daha çok sosyal ve politik hareketleri desteklemeye yönelmektedir (Nutbeam 2000).

2.3.4. Birey ve Toplum Açısından Sağlık Okuryazarlığının Önemi

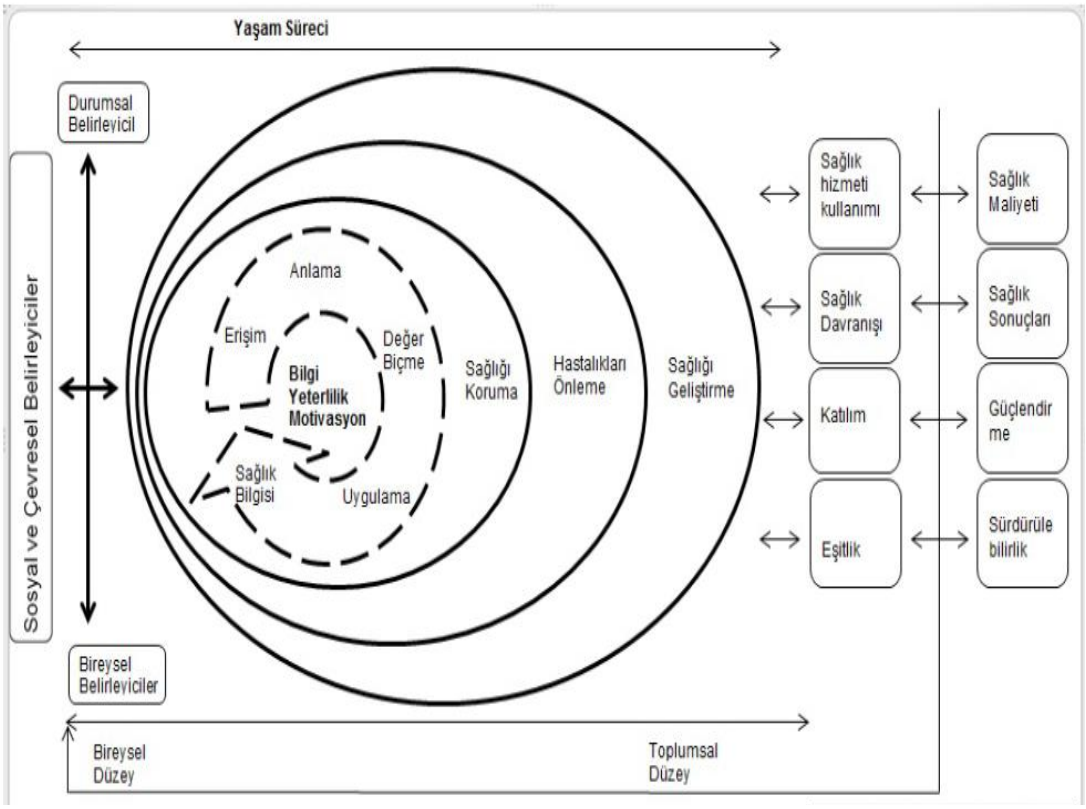
Birey ve toplum açısından sağlık okuryazarlığı, sağlığın geliştirilmesi, korunması, hastalıkların önüne geçilmesi bunlara ek olarak erken tanı, sağlık hizmeti ve sağlık bakımı ile ilgili politikaların belirlenmesinde önemli bir yere sahiptir. Zira sağlık hizmetlerinin verileceği toplumun sağlık bilgisi, sağlık hizmetinin verilme şeklini belirlemede önemli bir yer arz etmektedir (Institute of Medicine 2004).

Bu duruma ek olarak son yıllarda koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana çıkması, sağlık hizmetlerine başvuran kişilerin büyük oranda sağlık okuryazarlıklarının düşük olması, hasta merkezli sağlık hizmeti sisteminin uygulanmaya çalışılması, sağlıkla ilgili teknik bilgi ve terimlerin fazlalığı, sağlık bilgisinin toplumla yeterince paylaşılamaması nedeniyle sağlık alanında yapılan harcamaların artışı gibi durumlar sağlık okuryazarlığının önem kazanmasına neden olmuştur (Kanj ve Mitic 2009). Yukarıda belirtilen duruma kanıt olarak, yapılan saha çalışmalarında sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerin genel sağlık düzeyi daha düşüktür. Bu kişiler diğerlerine göre daha fazla hastalanmakta ve hastaneye yatarak daha çok tedavi görmekte üstelik görmüş oldukları tedavilerde de yeterli başarı elde edilememektedir (Heide 2013).

Sağlık okur-yazarlığı kavramı, akut gelişen durumlar haricinde kronik seyirli hastalıklarda da uygulama alanı bulmaktadır. Kronik hastalıklardan korunmak için bu hastalıkların ortaya çıkmasına neden olan etmenlerin değiştirilebilir olanlarına müdahale edilebilir. Yapılması ön görülen bu müdahaleler çoğu zaman bireyin sağlık davranışlarında yapmaları gereken değişikliklerdir (Yılmaz 2015). Örneğin düzenli şekilde fiziksel aktivite yapmayan, sağlıksız beslenen ya da sigara, alkol gibi zararlı alışkanlıkları olan kişilerin bu tür davranışları değiştirmeleri beklenmektedir. Kişilerde bu gibi değişiklikleri sağlamak amacıyla eğitim ve bilgilendirme çalışmaları yapılır, fakat bu çalışmaların etkisi kişinin sağlık okuryazarlığı düzeyine göre değişiklik gösterir (Bilir 2014).

ABD'de yapılan bir araştırma sonucunda 2003-2006 yılları arsında sağlık için yapılan harcamanın 106 milyar dolardan 236 milyar dolara yükseldiği ortaya çıkmıştır. ABD'de sağlık kurum ve kuruluşları bu duruma önlem almak amacıyla toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin en kısa sürede yükseltilmesi gerektiğini vurgulamışlardır (Parker ve ark. 2008).

Sonuç olarak, toplum ve bireyin sağlık alanında yeterli bilgiye sahip olmaması daha fazla sağlık harcamasına yol açmaktadır. Birey bazında bakıldığında hem maddi kayıp meydana gelmekte hem de yaşam kalitesi azalmakta ve bağımlılık artmaktadır. Kanada'da yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyinin istenilen seviyede olamamasından kaynaklı olarak sağlık alanında yapılan harcamaların 8 milyar dolar daha fazla olduğu ve bu rakamın toplam sağlık harcamalarının %4'üne karşılık geldiği bildirilmektedir (Gillis ve Quigley 2004).



Şekil 2. Sağlık Okuryazarlığının Birey ve Toplum Üzerinde Etki Alanları

Kaynak: Tanrıöver D, Yıldırım H H, Demiray Ready F N, Çakır B, Akalın H E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Ankara; 2014, s: 20.

DSÖ tarafından sağlığı geliştirme eylemlerinin planlanma aşamasında oldukça etkili olan sağlık okuryazarlığının toplumlar açısından önemini gösteren 6 genel tema bulunmaktadır. (WHO 2009 http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf, Erişim tarihi: 21.04.2016).

Etkilediği insan sayısı: Sağlık okuryazarlık seviyesinin ilginç bir biçimde gelişmekte olan toplumlarda olduğu kadar gelişmiş toplumlarda da düşük olduğu gözlenmektedir. Fonksiyonel düzeyde sağlık okuryazarlık durumunun yetersizlik oranları devletlere göre %7 ile %47 arasında değişiklik göstermektedir (Yılmazel ve Çetinkaya 2016). Ülke nüfusuna bakıldığında kadınların yetersiz sağlık okuryazarlığından daha fazla zarar gördüğü ve Dünya çapında kadın nüfusunun üçte ikisinin temel düzeyde sağlık okuryazarlığı becerisi yönünden yetersiz olduğu gözlenmektedir (Nutbeam 2001).

Olumsuz sağlık sonuçları: Düşük seviyede olan sağlık okuryazarlığı ile artan ölüm oranları arasında doğrudan bir bağlantı söz konusudur. Sağlık okuryazarlık seviyesi düşük olan kişiler kendi sağlık durumları ile ilgili doğru kararları almada, bilgi edinebilmede, sağlık hizmetlerinden yaralanmada ve hastalık yönetimi gibi konularda zorluk yaşamaktadırlar (Nielsen-Bohlman ve ark. 2004).

Baker ve arkadaşları (2007) altı yıl süren kohort çalışması sonucunda düşük sağlık okuryazarlık seviyesinde olan kişilerin kötü sağlık sonuçlarına bağlı olarak mortalite riskinin %50 ile %80 arasında artış gösterdiğini saptamıştır (Baker ve ark. 2007).

Kronik hastalık oranlarında artış: Dünya genelinde hastalık yükünün %47'sini meydana getiren kronik hastalıkların öz yönetiminde sağlık okuryazarlığı önemli rol üstlenmektedir (Poureslami ve ark. 2016).

Sağlık hizmetlerinin maliyetleri: Düşük seviyede sağlık okuryazarlığı toplumların sağlık bakım hizmetlerine ayırmış olduğu bütçelere yıllık %3 ile %5 oranında ek yük getirmektedir (Poureslami ve ark. 2016).

Sağlık bilgisine yönelik talepler: Sağlık bilgisine gereksinim duyan kitlenin okuma becerileri ile sağlık alanında bilgi veren materyallerin okunma düzeyi arasında uyumsuzluk söz konusudur. Sağlık alanında kullanılan terimlerin ve mesleki dilin kullanılması sağlıkla ilgili bilgi edinilmesini gereksiz yere zorlaştırmaktadır. (Yılmazel ve Çetinkaya 2016).

Eşitlikçilik\Adalet: Yetersiz sağlık okuryazarlığı, kişinin sağlığını iyi bir şekilde yönetememesine, sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük çekmesine neden olmaktadır. Sağlık bilgisine ulaşmakta ve bu bilgiyi kullanmada diğerlerine göre daha çok zorlanmasına yol açmaktadır. Bu durumun önüne geçilmesi sağlıkta eşitliğin sağlanmasını kolaylaştırır (World Health Organization 2009, http://www.who. int / healthpromotion/ conferences/7gchp / Track1_Inner. pdf, Erişim tarihi: 21.04.2016).

2.3.5. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

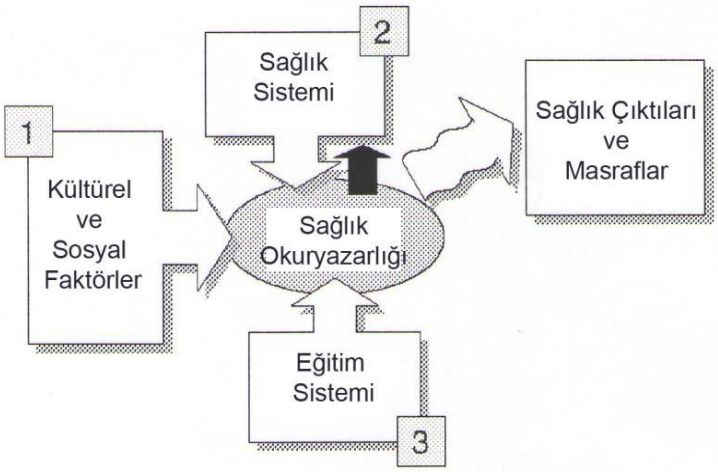
Sağlık okuryazarlığını daha iyi anlayabilmek için sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık okuryazarlığı sonuçları arasındaki ilişkinin iyi incelenmesi gerekmektedir.

Bu ilişki ağı içerisinde, sağlık okuryazarlığı genel anlamda demografik yapıdan, kültürel ve psikososyal etkenlerden, genel okuryazarlık düzeyinden, kişisel özelliklerden, geçirilmiş hastalık deneyimlerinden ve sağlık sistemi ile ilgili durumlardan etkilenmektedir (Sqrensen ve ark. 2012).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen sosyo-demografik özellikler kişinin yaşı, ırkı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitimi, gelir ve çalışma durumudur. Yapılan çalışma sonuçlarına göre ileri yaşta olmak, siyah ırktan olmak, kadın olmak, bekar olmak, düşük eğitim düzeyinde olmak ve düşük gelire sahip olmak sağlık okuryazarlığı yönünden olumsuz sonuçları ortaya çıkarmaktadır (Morris ve Maclean 2013).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen bir diğer faktör de kişilerin içinde bulundukları kültürel yapının özellikleridir. Bu özellikler; bulunduğu toplumdan farklı olarak başka bir etnik grubun üyesi olmak, farklı bir topluma göç gelmek veya içinde bulunduğu toplum ile aynı dili yeteri kadar kullanamamak gibi durumlar sağlık ile ilgili bilgileri okumayı, yazmayı ve anlamayı oldukça güç hale getirmektedir (Chiarelli 2006).

Yapılan araştırmalar, kişinin genel okuryazarlık durumunun sağlık okuryazarlığını ileri düzeyde etkilediğini ortaya koymaktadır. Fakat kişinin yüksek okuryazarlık düzeyinde olması sağlık okuryazarlığı düzeyinin de yüksek olması anlamına gelmemektedir. Araştırma sonuçları çarpıcı biçimde genel okuryazarlık durumu düşük olan bireylerin, birçok sağlık bilgisini anlamakta zorluk çekmesine rağmen genel okuryazarlık durumu daha yüksek olan bireylerden daha fazla sağlık okuryazarlığına sahip olabileceklerini ortaya koymaktadır (http://www.safetyandquality.gov, Erişim tarihi: 19.04.2016).



Şekil 3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Kaynak: Tanrıöver D, Yıldırım H H, Demiray Ready F N, Çakır B, Akalın H E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Ankara; 2014,s:19.

Sağlık okuryazarlığını etkileyen bir diğer faktör ise sağlık sistemidir. Bireyin sağlık hizmetlerine ulaşabilme ve kullanabilme düzeyi, sağlık hizmeti veren yapıların karmaşıklığı, sağlık güvencesinin kapsamı ayrıca hasta hekim arasındaki ilişki durumu sağlık okuryazarlığını etkileyen temel yapılardandır (Kanj ve Mitic 2009).

2.3.6. Sağlık Okuryazarlığı Boyutları

Sağlık okuryazarlığı alanında yapılan çalışmalar sonucunda sağlı okuryazarlığının boyutları dört temel becerinin üzerine yerleştirilmiştir. Bunlar; ”tıbbi terimleri okuyabilme, dinlediğini anlayabilme, analitik düşünme ve kararlar alma” becerileridir (U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. http:// www.healthypeople.gov/ Erişim tarihi: 29.03.2016; Berkman ve ark. 2004). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün yapmış olduğu tanıma göre sağlık okuryazarlığının boyutları bireylerin sosyal becerileri üzerine geliştirilmelidir (Ishikawa ve ark. 2008).

Bireylerin sağlık okuryazarlığının boyutlarını yeteri kadar kullanamamalarından kaynaklı olarak ortaya çıkan bazı yetersizlikler şöyledir;

- Kişinin koruyucu yönde verilen sağlık hizmetlerinden yeteri kadar yararlanamaması
- Hastalıkların erken belirtilerinde sağlık hizmeti arayışında gecikme yaşaması
- Kişinin kendi sağlık durumunu anlamada güçlük çekmesi
- Kişinin kendisine verilen tıbbi talimat ve önerilere uymada güçlük çekmesi
- Kişinin kendi gereksinimleri ve bakımında yetersizlik yaşaması
- Toplum boyutunda, sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların artması
- Ölüm oranlarında artış (Freedman ve ark.2009).

2.3.7. Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirilmede Kullanılan Araçlar

Toplumların sağlık okuryazarlık durumunu belirleyebilmek ve duruma göre yeni politikalar belirlemek amacıyla farklı ölçekler geliştirilmiştir. Geliştirilen ölçekler yapı, ölçüm, kapsam ve gelişim şekli bakımından birbirlerinden ayrılmaktadır. Ölçeklerde, bahsedilen farklılıklar dikkate alındığında "kelime tanıma, fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, okuduğunu anlam ve informal testler "olmak üzere dört temel düzeyde değerlendirilmektedir (Balçık ve ark. 2014).

Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (YİSOT)

Parker ve arkadaşlarının (1995) geliştirmiş olduğu (The Test of Functional Health Literacy in Adults) ölçek yetişkinlerin sözel ve sayısal anlama yetenekleri üzerinden hazırlanmıştır. Testin birinci kısmında "tanı yöntemleri ve reçete talimatlarına "yönelik sorular bulunmaktadır. Testin diğer kısmında ise "sağlık muayenesi, günlük yaşamdan senaryo ve sağlık ile ilgili terimler" yer almaktadır. Bu testin puan skalası 0-100 arasındadır (Bernhardt ve Cameron 2003). YİSOT sağlık okuryazarlığı durumunu belirlemede sıkça kullanılan bir ölçek olmasına karşın

ölçeğin tamamlanma süresi ortalama 22-23 dakikadır. Ölçeğin fazla zaman alması nedeniyle kısa versiyonu da geliştirilmiştir. Ölçekten alınan puana göre ölçeği cevaplayan kişi üç kategoriden birisine girmektedir. Bu kategoriler "yetersiz seviyede sağlık okuryazarlığı (0-50) puan, düşük seviyede sağlık okuryazarlığı (60-74) puan, yeterli seviyede sağlık okuryazarlığı (74-100) puandır (Weiss ve ark. 2005). Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı (YİSOT) olarak adlandırılmış, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Üçpunar (2014) tarafından yapılmıştır (Yılmaz ve Tiraki 2016).

Short-Test Of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)

TOFHLA'ın uzun olması ve katılımcının fazla zamanını alması nedeniyle kısa şekli olan S-TOFHLA geliştirilmiştir. S-TOFHLA tam şekli olan TOFHLA gibi iki kısımdan meydana gelmekte olup 36 adet okuma, anlama ve boşluk doldurmaya yönelik kısımlardan meydana gelmektedir (Bernhardt ve Cameron 2003; Baker ve ark. 2007). Ölçeğin her maddesi 0 veya 1 puan almaktadır. Ölçek tam ve doğru biçimde tamamlandığında 36 puan alınmaktadır. Alınan puana göre sağlık okuryazarlığı seviyeleri "(0-16) yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığı, (17-22) düşük seviyede sağlık okuryazarlığı, (23-36) yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı" olarak kabul edilmektedir. Testin ortalama tamamlanma süresi 7-10 dakikadır (Baker ve ark. 1999).

Tıpta Yetişkin Sağlık Okuryazarlığının Hızlı Tahmini

Davis ve arkadaşları (1991) tarafından geliştirilen ölçek, telefuzda zorluk derecesine göre tıbbi terimlerin tek heceli kolay olanlarından çok heceli ve nispeten daha zor telaffuz edilenlere doğru sıralanmış 66 kelimeden oluşmaktadır. Ölçeğin uzun versiyonu 125 kelimeden oluşmaktadır. Katılımcının kelime listesini baştan sona doğru okuduğu sırada araştırmacı doğru şekilde okunan kelimeler için "1 puan" vermektedir (Christina 2005). Katılımcının aldığı puan dört kategoride değerlendirilmektedir;"0-18 puan arası 3. dereceye eşit, 19-44 puan arası 4.-6. dereceye eşit, 45-60 puan arası 7.-8. dereceye 61-66 puan arası 9. dereceye denk gelmektedir". Bu sistemde derece artışı sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseldiğini göstermektedir (Pelikan ve ark. 2012). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği

Özdemir ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır (Yılmaz ve Tiraki 2016; Özdemir ve ark. 2010).

En Yeni Hayati İşaret Testi

Weiss ve arkadaşlarının (2005) geliştirdiği (New Vital Sign Test) test İspanyolca ve İngilizce olarak kullanılmakta olup, Ülkemizde geçerlik-güvenirliği Özdemir ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır. En Yeni Hayati İşaret Testi oldukça basit olarak uygulanmaktadır. Katılımcı kişiye bir dondurma kutusunun etiketi verilerek etiketteki bilgileri okuyup anlama durumu ölçülmektedir. Katılımcıya etiketteki bilgiler ile ilgili olan altı soru yöneltilmektedir. Her doğru cevaptan bir puan alınmaktadır. Dört sorudan daha az doğru yanıt "düşük sağlık okuryazarlığı", 5-6 soruya doğru yanıt "düşük sağlık okuryazarlığı ihtimali az" olarak değerlendirilir (Weiss ve ark. 2005).

Health Activities Literacy Scale (HALS)

HALS testi sağlıkla ilişkili beş bölümden meydana gelmektedir. Testi meydana getiren bölümler; "sağlığı geliştirme, sağlığı koruma, hastalık önleme, sağlık bakımı ve maliyeti ile sistem yönlendirmesidir". Bu ölçme testi 5'li Likert yapıda olup 0-500 puan arasında değerlendirilmektedir. HALS'ın daha geniş kapsamlı değerlendirmeye olanak vermesi diğer, sağlık okuryazarlık ölçeklerine göre daha anlamlı sonuçlar vermektedir ancak ölçeğin uzun olması araştırmacılar tarafından kullanılmasındaki engeldir (Welch ve ark. 2011).

Bu ölçme araçlarının yanı sıra Morris ve arkadaşlarının (2013) oluşturduğu tek maddelik, İshikawa (2008) ile birlikte oluşturdukları üç maddelik, sağlık okuryazarlığı ölçekleri klinik alanlarda kullanılan araçlardandır (Peiravian ve ark. 2014). Kronik hastalıklara yönelik kullanılan "Literacy Assessment in Diabetes-LAD diyabette okuryazarlık değerlendirme ve Diabetes Numeracy Test-DNT diyabet sayısal testi" gibi sağlık okuryazarlığını değerlendirmede kullanılan testlerde bulunmaktadır (Sayah ve ark. 2012).

2.3.8. Sağlık Okuryazarlığını İyileştirme Çabaları

Toplumsal düzeyde önem arz eden sağlık okuryazarlığının istenilen düzeylere yükseltilmesinde sadece bireysel veya sağlık sektörünün çabaları yetersiz kalacaktır. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi "eğitim sektörü, sivil toplum kuruluşları, akademik çevre, medya ve iletişim sektörü, iş dünyası" gibi değişik unsurların ortak çalışması ile sağlanabilir (Bilir 2014). Sektörler arası iş birliğinin sağlanmasında politika yapıcılar ve sağlık çalışanları yol gösterici olarak bu birlikteliğin temelini oluşturmalıdır (Balçık ve ark. 2014). Sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesinde halkla ilişkiler stratejilerinin dikkatli kullanılması gerekmektedir. Politika yapıcılar, alanlarında uzman gruplar, sivil toplum kuruluşları birlikte medyanın da sağlığa ilişkin belli bir eğitimden geçmesi şartı ile toplum bilinçlendirilebilir. Bu şekilde sağlık alanında karar verme, uygulayabilme, temel düzeyde istatistiki bilgi ve eleştirel düşünme becerileri için bir alt yapı oluşturulabilir. Sağlık okuryazarlığının topluma kazandırılmasında her topluma uygun yöntemler seçilmeli ve doğru stratejiler kullanılmalıdır (Sezgin 2013). Hayat boyu öğrenme politikasının uygulandığı toplumlarda sağlık okuryazarlığı düzeylerinin diğer toplumlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Okul eğitimi dışında, aile üyeleri ve arkadaş grupları arasında da eğitimin devam ettirilmesi, farklı sosyal çevre ve medya organlarının desteği ile eğitim fırsatlarının değerlendirilebileceği gibi sosyal öğrenme yöntemleri de sağlık okur-yazarlığına olumlu katkı sağlayacaktır. Farklı zamanlarda yapılan araştırmalar ile toplumun sağlık düzeyi belirlenerek uygulanan yöntemlerin etkinliği değerlendirilmelidir (Dewalt ve Pignone 2005).

DSÖ sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmek ve sağlık bilincini geliştirmek için şu önerileri yapmaktadır:

- **Çocukluğun erken döneminden başlayarak sağlık okuryazarlığı eğitimi verilmeye başlanmalıdır:** Sağlıkla ilgili temel seviyede bilgiler erken yaşlardan itibaren verilmelidir. Çocuğun bakımı, beslenmesi, oyunu veya başka günlük aktiviteler esnasında sağlık ile ilgili bilgiler çocuğa verilmelidir.
- **Sağlığın geliştirilmesi kavramı okul eğitimi sırasında verilmelidir:** Okulda verilen eğitimin içinde sağlığı etkileyen bireysel ve çevresel etkenler üzerinde

daha uzun durulmalı, çocuğun bu konuları irdelemesine fırsat verilmelidir. Avrupa'da böyle bir program uygulanan okul öğrencilerinin sağlık etkinliklerinde liderlik yapmaya başladıkları ortaya çıkmıştır.

- **Yetişkinlik dönemi eğitimlerinde olası engellerle baş etme yolları geliştirilmelidir:** Yetişkin eğitimi çocukların eğitiminden farklı olmakla birlikte daha zordur. Her şeyden önce yetişkin eğitiminde istek yaratmak, uygun eğitim zamanı ve ortamı sağlamak gerekmektedir. Eğitim verilecek yetişkine yönelik uygun yöntem ve yaklaşım geliştirilmelidir. Kişinin sosyokültürel özellikleri göz önünde bulundurularak anlaşılır sade bir dil kullanılmalıdır. Aile içinde yetişkin bireyin eğitilmesi zincirleme etki yaratarak diğer aile üyelerinin de eğitimine aktarılmasını sağlayabilir.
- **Kişilerin özelliklerine ve yeteneklerine uygun çok yönlü programlar yapılmalıdır:** Eğitimin planlandığı grupların kendi içinde benzerlik sağlanması verilecek eğitimin etkinliğini arttıracaktır. Grup içinde farklı eğitim seviyelerinin bulunması ya da farklı kültürel yapıya ait kişilerin bulunması eğitimi olumsuz etkileyecektir. Yetişkin eğitiminde görsel ve işitsel araç kullanımı yararlı olmaktadır.
- **Katılımcı eğitim metotları kullanılmalıdır:** Yetişkin eğitimi ve çocuk eğitiminin her ikisinde de eğitim tek taraflı olmamalı, eğitilen kişiler süreç içerisinde doğrudan yer almalıdır.
- **Sağlıklı olmak ve iyilik hali için yeni yöntemler geliştirilmelidir:** Sağlık, iyilik anlayışı ve eğitim açısından sürekli yeni bilgilere açık olunmalı, yeni bilgilerin geliştirilmesi için çaba sarf edilmelidir (World Health Organization, Regional Office for Europe 2013; Bilir 2014; World Health Organization 2009, http://www.who. İnt, Erişim tarihi: 21.05.2016).

ABD Ulusal eylem planında, Dünya Sağlık Örgütü'nün önerilerinden başka sağlık okuryazarlığı seviyesini geliştirmeye yönelik 7 madde yer almaktadır (U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health, http:// www.healthypeople.gov, Erişim tarihi: 29.03.2016):

- Güvenilir ve doğru sağlık bilgisi, ulaşılabilir olmalıdır.
- Sağlık bilgisi, iletişim, doğru karar verebilme ve sağlık hizmetlerine ulaşabilmede, bireye yardımcı olacak biçimde sağlık sisteminin değişimi desteklenmelidir.
- Temel eğitim seviyesinden başlayarak üniversite eğitimini de kapsayacak şekilde belli ölçüde sağlık bilgisi içeren dersler müfredata eklenmelidir.
- Toplum içinde yer alan farklı kültür ve etnik kökenli vatandaşlar için sağlıkla ilgili özel eğitim programları yapılmalıdır.
- Tüm sektörler ile ortaklıklar kurulmalı rehberlik yapılarak sağlık politikaları değiştirilmelidir.
- Sağlı okuryazarlığının uygulamasına yönelik araştırmalar desteklenmelidir.
- Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik kanıt temelli araştırmalar desteklenmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Manisa Büyükşehir Belediyesine bağlı iki ilçe (Şehzadeler ve Yunusemre) bulunmaktadır. Bu araştırma 30 Kasım 2015-30 Mayıs 2016 tarihleri arasında Manisa il merkezinde bulunan Şehzadeler ilçesi 1 nolu, 7 nolu ve 5 nolu Aile Sağlığı Merkezlerinin (ASM) hizmet bölgelerinde yürütüldü. Araştırmanın yürütülmesi için Şehzadeler ilçesinin seçilmesinde Manisa Celal Bayar Üniversitesi ve Manisa Valiliği arasında imzalanan "Manisa Şehzadeler İlçesi Halk Sağlığı Alanında Eğitim ve Araştırma Bölgesi İş Birliği Protokolü" ve bölgede farklı sosyo-ekonomik özelliklere sahip bireylerin yaşıyor olması etkili oldu.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Manisa-Şehzadeler ilçesinde bulunan 3 ASM'nin hizmet bölgesindeki 40-70 yaş grubundaki erkeklerden oluştu (N=16417). Araştırmanın örneklemi için belirlenen ASM'ler ise, Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması (MNSA) 1999 sonuçları ve Manisa İl Sağlık Müdürlüğünün verilerine göre Şehzadeler ilçesinde yer alan sosyo-ekonomik düzeyleri iyi, orta ve kötü olarak belirlenen ASM arasından kura ile belirlendi. Kurada çıkan Aile Sağlığı Merkezlerinden 1 Nolu ASM sosyoekonomik düzeyi iyi, 7 Nolu ASM sosyoekonomik düzeyi orta ve 5 Nolu ASM ise sosyoekonomik durumu kötü olan ASM'dir. Daha sonra belirlenen 3 ASM hizmet bölgesindeki mahalle nüfuslarından örnekleme alınacak birey sayısını belirlemede orantılı küme örnekleme yöntemi kullanılarak 40-70 yaş grubundan örnekleme girecek erkek sayısı belirlendi (Tablo 3). ABD Önleyici Hizmet Görev Gücü (USPSTF)'ün; 70 yaş ve üzeri erkekler için artan risk ve azalan faydadan dolayı tarama yapılmaması yönündeki önerisi dikkate alınarak, 70 yaş üstü bireylerin araştırmaya dahil edilmemesine karar verildi. (US Preventive Services Task Force,

http://www.Uspreventiveservicestaskforce.org, Erişim tarihi: 05.04.2016). Epı Info 2000 programında Türkiye'de erkek cinsiyetine özgü prostat kanserinin beklenen prevalansı %21 alınarak, 0,05 sapma payı ve %99 güven aralığında desen etkisi 1,45 alınarak ulaşılması gereken en küçük örneklem sayısı 445 olarak hesaplandı (Globocan 2012, http://globocan.iarc.fr/, Erişim tarihi: 25.01.2016). Hesaplanan bu sayının en küçük örneklem büyüklüğü olması nedeniyle araştırmada 501 kişiye ulaşılarak veri toplandı (n= 501).

Küme örnekleme yöntemi için küme başını belirlemede her ASM'de belirlenmiş mahallelere ait Ev Halkı Tespit Fişlerinin (ETF) arasından rastgele belirlenen ETF'nin seçilmesi ile küme başı olacak hane belirlendi. Her küme 5 haneden oluştu. Her kümede küme başı olarak belirlenen evin ön kapısına soldan en yakın 5. eve geçilerek ve 5 hane tamamlandı, 5 hane tamamlanmadan sokak bittiğinde sola dönülerek, yine 5 evden biri alınarak örnekleme devam edildi. Kümedeki evlerde 40-70 yaşları arasında erkek bulunmuyorsa veya çalışmaya katılmayı reddediyorsa, örnekleme aynı şekilde devam edilerek 4 ev atlanarak 5. eve gidildi.

Apartmanlarda ise hangi daire ile görüşüleceğini belirlemek için bir kağıt paranın son iki rakamına göre örneğe alınacak daire saptandı.

- Seri numarasının son iki rakamı 30, apartmanda 20 daire varsa 30-20=10. daire ile,
- Seri numarasının son iki rakamı 13, apartmanda 10 daire varsa 13-10=3. daire ile,
- Seri numarasının son iki rakamı 33, apartmanda 5 daire varsa 33-(5×6)=3.daire ile görüşüldü.

Birbirini izleyen apartmanlarda ise, o küme içerisinde ilk saptanan daire numarasından bir rakam arttırılarak bir sonraki apartman da gidilecek olan daire numarası belirlendi. Örneğin; kümedeki ilk apartmanda 7 nolu daire ile görüşüldüyse o kümedeki ikinci apartmanda 8 nolu üçüncü apartmanda ise 9 nolu daire ile görüşüldü (Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 1999, 2005). Araştırmaya dahil olma kriterleri aşağıdaki şekilde belirlendi.

- 40-70 yaş aralığında olmak
- Erkek olmak
- Okuryazar olmak
- Belirlenmiş olan ASM bölgelerinde yaşıyor olmak
- Zihinsel engeli olmamak
- Araştırmaya katılmak için gönüllü olmak.

Tablo 3. Araştırmaya Alınan Bireylerin Aile Sağlığı Merkezlerine Göre Dağılımı

Şehzadeler 1 Nolu ASM Hizmet Alanındaki Mahalleler	**Tabaka ağırlığı**	**Küme sayısı**	**Örnekleme giren erkek sayısı**
2. Anafartalar Mah.	0,0652	6	29
Çarşı Mah.	0,0233	2	10
Nişancı paşa Mah.	0,0466	4	20
Sakarya Mah.	0,0606	6	27
Şehitler Mah.	0,0932	8	40
Utku Mah.	0,0442	4	20
TOPLAM	**0,3333**	**30**	**146**
Şehzadeler 7 Nolu ASM Hizmet Alanındaki Mahalleler	**Tabaka ağırlığı**	**Küme sayısı**	**Örnekleme giren erkek sayısı**
Arda Mah.	0,0629	6	28
Dinçer Mah.	0,0419	4	20
Peker Mah.	0,0978	9	44
Yarhasanlar Mah.	0,1235	11	55
TOPLAM	**0,3263**	**30**	**147**
Şehzadeler 5 Nolu ASM Hizmet Alanındaki Mahalleler	**Tabaka ağırlığı**	**Küme sayısı**	**Örnekleme giren erkek sayısı**
Alaybey Mah.	0,1002	9	45
Bayındırlık Mah.	0,0233	2	10
Dilşeker Mah.	0,0606	6	27
Ege Mah.	0,0536	5	25
Gediz Mah.	0,0116	1	5
Göktaşlı Mah.	0,0372	4	16
İshakçelebi Mah.	0,0209	2	10
Kocatepe Mah.	0,0326	3	14
TOPLAM	**0,3403**	**32**	**152**
TOPLAM	**1**	**92**	**445**

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Prostat Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi Skalası puan ortalaması ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamasıdır.

Bağımsız Değişkenler: Yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, en uzun yaşanılan yer, sosyal güvence, meslek, sağlık kuruluşuna başvurma durumu, gelecekte prostat muayenesi veya taramasına katılmayı düşünme durumu, prostat kanseri, erken teşhis yöntemlerinin bilinme durumu, prostat kanseri erken teşhisine yönelik bilgi kaynakları, daha önce prostat muayenesi olma durumu, muayene olmayı etkileyen faktörler, ailede veya yakın akrabada prostat kanseri teşhisi alan birey varlığı ve prostat kanseri tedavisinde erken teşhisin önemlilik durumu.

3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama için "Sosyo-demografik Bilgi Formu", "Prostat Kanseri Taramasına Yönelik Bilgi Skalası" ve "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" kullanıldı.

Sosyo-demografik Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan form 2 bölüm ve 15 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölüm, bireylerin yaş, eğitim seviyesi ve medeni durum vb. demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşurken, ikinci bölümde ise taramaya katılım durumu, geçmişte prostat kanseri teşhisi konan akraba varlığı, prostat kanseri ile ilgili bilgileri öğrenme kaynağı vb. gibi sorular yer aldı (Ek 1).

Prostat Kanseri Taramasına Yönelik Bilgi Skalası (PKTYBS): Weinrich ve arkadaşları tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Çapık ve Gözüm tarafından 2009 yılında yapılmıştır (Weinrich ve ark. 2004; Çapık ve Gözüm 2011). Bilgi testi 12 sorudan oluşmaktadır. Teste "Evet ", "Hayır " ve "Bilmiyorum" şeklinde yanıt verilmektedir. Puanlamada, sekiz sorunun (1, 2, 4, 5, 6, 7, 11 ve 12. sorular) yanıtı pozitif uçlu ("evet-doğru" şeklinde işaretlenmiş olanlar doğru olarak kabul edilmektedir.), dört sorunun (3, 8, 9 ve 10. sorular) yanıtı ise negatif uçludur ("yanlış-hayır" şeklinde işaretlenmiş olanlar doğru olarak kabul edilmektedir). "Bilmiyorum" şeklinde verilen yanıtlar yanlış cevap olarak

değerlendirmeye alınır. Test tek boyut şeklinde değerlendirilmekte olup sorulara verilen doğru cevapların sayısı toplam puanı oluşturmaktadır. Bu şekilde testten alınacak puanlar 0-12 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın yükselmesi bilgi düzeyinin arttığı anlamına gelmektedir. Ayrıca Weinrich ve arkadaşları (2004), Çapık ve Gözüm (2009); 7 ve daha az puan alan bireylerin "düşük düzeyde bilgili", 8-10 arasında puan alanların "orta düzeyde bilgili" ve 11-12 puan alanların "yüksek düzeyde bilgili" olarak da değerlendirilebileceklerini belirtmektedirler. Çapık ve Gözüm tarafından Bilgi testinin KR-20 katsayısı 0,69 bulunmuştur (Çapık ve Gözüm 2011). Bu çalışmada ise Bilgi testinin KR-20 katsayısı 0,70 olarak hesaplandı (Ek 2).

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ): Sqrensen (2012) tarafından geliştirilen SOÖ 47 maddeden meydana gelmektedir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projes'inde (The European Health Literacy Survey, HLS-EU) (2009-2012) kullanılan ölçek; 47 soru, 3 sağlık sürecini (hastalıklardan korunma, sağlığın daha iyiye götürülmesi, sağlıkta hizmet sunumu) 4 bilgi işleme sürecini (erişme, anlama, değer biçme, uygulama) kapsamaktadır. Ölçek, Sqrensen ve arkadaşları (2014) tarafından tekrar düzenlenerek 25 maddeden oluşan "Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği" geliştirilmiştir. 25 maddeden oluşan ölçeğin erişim (5-25), anlama (7-35), değer biçme/değerlendirme (8-40) ve uygulama (5-25) olmak üzere dört alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Çimen (2015) tarafından yapılmıştır. Ölçek maddeleri katılımcılar tarafından "5: hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım/hiç yeteneğim yok/olanaksız" şeklinde 5'li Likert yapıda yanıtlanır. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği için belirlenen Cronbach Alfa katsayısı değeri 0,90 dır (Ek 3). Dört alt boyuta sahip ölçeğin bu çalışmada Cronbach Alfa katsayısı 0.90 olarak saptandı. Ölçekten en az 25 ve en çok 125 puan alınmaktadır. Değerlendirmede ölçekten alınan puanın artması sağlık okuryazarlık düzeyinin de artması anlamına gelmektedir (Toci 2013). Ayrıca ölçekten alınacak minimum puanın 25, maksimum puanın 125 olduğu göz önüne alınarak ölçekten alınacak puan ortalamasının 5'li Likertte karşılığı olan ifadeler (5: hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: hiç yeteneğim yok) katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerini göstermektedir (Çimen 2015).

3.6. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından, hafta sonu da dahil olmak üzere gündüz saatleri içerisinde, araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan bireyler ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Her bir görüşme yaklaşık olarak 20-35 dakika sürdü. Görüşmeye başlayıp daha sonra devam etmek istemeyen ve veri toplama araçlarında çok fazla ifadeyi yanıtlamamış olan 80 kişinin veri toplama formları araştırma dışında bırakıldı.

3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 15,0 (Statistical Package For Social Science) kullanılarak değerlendirildi. Sosyo-demografik özellikler ve prostat kanserine yönelik bilgi tutum ve davranışları belirlemek için sıklık, yüzde, ortalama ve standart sapma hesaplandı. PKTYBS ve SOÖ puanlarının normal dağılıma uygunluğu Skewness (±1,96), Kurtosis (±1,96) değerlerine bakılarak ve aynı zamanda Merkezi Limit Teoremine göre (Ana kütlenin dağılımına bakılmaksızın, n≥30 için örneklem ortalaması yaklaşık olarak normal dağılım gösterir.) değerlendirilerek normal dağıldığı kabul edildi (Levine ve ark. 2001). Ölçek puanları ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için; Independent Samples t testi, One-way Anova, Posthoc Tukey HSD, Pearson korelasyon analizleri, Basit doğrusal regresyon analizleri yapıldı. Yapılan testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan ve Manisa İli Halk Sağlığı Müdürlüğü Etik Kurulu'ndan onay ve ilgili Kurumlardan izinler alındı. Araştırmada kullanılan Prostat Kanseri Taramasına Yönelik Bilgi Skalası (PKTYBS) için Cantürk Çapık'tan; Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ) için Zuhal Çimen'den mail yolu ile kullanım izni alındı (EK.4, EK.5). Veri toplama işlemine başlanmadan önce de katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izin alındı.

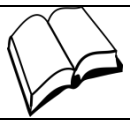
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Veriler araştırmanın yapıldığı Manisa Şehzadeler İlçesinde bulunan 1 Nolu ASM, 5 Nolu ASM ve 7 Nolu ASM'lerin hizmet verdiği mahallelerde ikamet eden erkek bireylerden toplanmış olup verilerin genellenebilirliği bu bölge ile sınırlıdır. Eğitim seviyesi düşük bireylerin araştırmaya başladıktan sonra veri toplama araçlarını doldurmaktan vazgeçmeleri ve okuryazar olmayan erkeklerin araştırma dışında bırakılması da araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır.

3.10. Süre ve Olanaklar

Araştırma süreci Tablo 4'te gösterildi.

Tablo 4. Araştırmanın Planı ve Takvimi

Tarihler						
Yapılan Çalışma	**Eylül 2015**	**Ekim 2015**	**Kasım 2015**	**Ocak Haziran 2016**	**Haziran Temmuz 2016**	**Temmuz Aralık 2016**
Literatür İncelemesi						
Araştırma Konusunun Belirlenmesi						
Tez Önerisinin Hazırlanması						
Soru Formlarının Hazırlanması						
Etik Kurul Onayının Hazırlanması						
Araştırma Verilerinin Toplanması						
Verilerin Analizi						
Tez Raporunun Yazımı						

4. BULGULAR

Araştırma grubunu oluşturan kırk yaş ve üzeri erkeklerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 5'te gösterildi.

Tablo 5. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=501)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Yaş grubu (52,04±8,40, Min. 40, Mak. 70)		
52 yaş ve altı	283	56,5
53 yaş ve üzeri	218	43,5
Medeni durum		
Bekâr	59	11,8
Evli	442	88,2
En uzun süre yaşanılan yer		
Köy	112	22,4
İlçe	133	26,5
İl	256	51,1
Gelir durumu		
İyi	86	17,2
Orta	371	74,1
Kötü	44	8,8
Eğitim durumu		
Okuryazar	37	7,4
İlkokul	108	21,6
Ortaokul	113	22,6
Lise	139	27,7
Üniversite	104	20,8
Sosyal güvence		
Var	464	92,6
Yok	37	7,4
Meslek		
Memur	117	23,4
İşçi	103	20,6
Serbest meslek	119	23,8
Emekli	135	26,9
İşsiz	27	5,4
TOPLAM	**501**	**100.0**

Araştırma grubundaki erkekler 40-70 yaş aralığında olup yaş ortalamaları 52,04±8,40 tır. Katılımcıların %56,5'i 52 yaş ve altında, % 88,2'si evli, % 51,1 il merkezinde yaşamakta, %74,1'i orta seviyede gelire sahip, %27,7'si lise mezunu, % 92,6'sının sosyal güvencesi bulunmakta, %26,9'u emeklidir (Tablo 5).

Tablo 6. Katılımcıların Prostat Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları (n=501)

Prostat Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları	n	%
Sağlık kuruluşuna başvurma nedeni		
Sadece hastalandığımda	400	79,8
Hastalanmasam bile rutin olarak	101	20,2
Gelecekte prostat muayenesine veya taramasına katılmayı düşünme durumu		
Evet	125	25,0
Kararsız	203	40,5
Hayır	173	34,5
Prostat kanseri, erken teşhis yöntemlerinin bilinme durumu		
Evet	54	10,8
Hayır	447	89,2
Prostat kanseri için belirtilen erken teşhis yöntemleri*		
PSA	20	37
PRM	34	63
Prostat kanseri erken teşhisine yönelik bilgi kaynakları *		
Çevremden	6	11,1
İnternetten	11	20,4
Sağlık personelinden	33	61,1
TV, radio, gazete, dergi	4	7,4
Daha önce prostat muayenesi olma durumu		
Evet	64	12,8
Hayır	437	87,2
Muayene olmayı etkileyen faktör**		
Ailem	5	8,2
Arkadaşlar	4	6,6
Sağlık personeli	21	34,4
Broşür ve yazılı materyaller	4	6,6
Prostat ile ilgili olduğunu düşündüğü şikayetler	27	44,3
Ailede veya yakın akrabada prostat kanseri teşhisi alan birey varlığı		
Evet	92	18,4
Hayır	409	81,6
Ailede prostat kanseri tanısı alan kişiler***		
Dede	12	12,8
Baba	40	40,4
Amca, dayı	35	37,2
Kardeş	4	4,3
Kendisi	3	5,3
Prostat kanseri tedavisinde erken teşhisin önemi konusundaki düşünce		
Evet önemli	442	88,2
Hayır önemli değil	5	1,0
Fikri yok	54	10,8
TOPLAM	**501**	**100,0**

*Veriler 54 kişi üzerinden değerlendirilmiştir.
**Veriler 61 kişi üzerinden değerlendirilmiştir.
***Veriler 94 kişi üzerinden değerlendirilmiştir.

Araştırma grubunu oluşturan erkeklerin prostat kanseri ve taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarına ilişkin bulgular Tablo 6'da gösterilmiştir. Katılımcıların %79,8'i bir sağlık kuruluşuna sadece hastalandığında başvurduğunu

ve %40,5'i gelecekte prostat muayenesine veya taramasına katılım konusunda fikrinin olmadığını ifade etti. Katılımcıların %89,2'si prostat kanseri erken teşhis yöntemlerini bilmemekte idi. Prostat kanseri erken teşhis yöntemlerini bilenlerin %63'ü erken teşhis yöntemi olarak Parmakla Rektal Muayene (PRM)'yi bildiğini ifade etmekte, bu kişilerin %61,1'i prostat kanseri erken teşhisine yönelik bilgileri sağlık personelinden aldığını bildirdi. Katılımcıların %87,2'si daha önce prostat muayenesi olmadığını, muayene olanların ise %44,3'ü prostat ile ilgili şikayetlerden dolayı muayene olduğunu belirtti. Bireylerin %81,6'sı aile ve akrabasında prostat kanseri teşhisi alan kişi bulunmadığını ifade etmekte olup, ailesinde prostat kanseri teşhisi alan birey olanların ise %40,2'sinin babası prostat kanseri tanısı almıştı ve katılımcıların %88,2'si prostat kanseri tedavisinde erken teşhisin önemli olduğu düşüncesindeydi (Tablo 6).

Tablo 7. Katılımcıların SOÖ ve PKTYBS Puan Ortalamaları (n=501)

	$\overline{X}$±SS	Min	Maks	Alınabilecek Min-Maks
SOÖ Toplam ve Alt Boyutları				
Erişim	17,44±4,25	5,00	25,00	5,00-25,00
Anlama	21,64±5,27	8,00	34,00	8,00-40,00
Değerlendirme	26,03±5,61	11,00	40,00	11,00-55,00
Uygulama	15,73±4,12	6,00	25,00	6,00-30,00
TOPLAM	80,87±16,03	40,00	119,00	25,00-125,00
PKTYBS	3,85±2,05	0,00	10,00	0,00-12,00

Araştırmaya katılan erkeklerin SOÖ alt boyutları olan Erişim (17,44±4,25); Anlama (21,64±5,27); Değerlendirme (26,03±5,61); Uygulama (15,73±4,12) ve Toplam ölçek puanı ortalamaları (80,87±16,03) olarak saptandı. Katılımcıların PKTYBS puan ortalamaları (3,85±2,05) olarak saptandı (Tablo 7).

Tablo 8. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri İle PKTYBS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=501)

PKTYBS	n	$\overline{X}$±SS
Yaş (52,04±8,40, Min.40, Mak.70)		
52 yaş ve altı	283	4,06±1,99
53 yaş ve üzeri	218	3,59±2,12
Test\anlamlılık		t=2,490 **p=0,01**
Medeni durum		
Evli	442	3,91±2,03
Bekar	59	3,40±2,25
Test\anlamlılık		t=-1,643 p=0,08
En uzun yaşanılan yer		
Köy (a)	112	3,33±1,92
İlçe (b)	133	3,84±1,90
İl (c)	256	4,08±2,16
Test\anlamlılık		F=5,123 **p=0,01**
Posthoc		a<c
Gelir durumu		
İyi (a)	86	4,11±1,75
Orta (b)	371	3,99±2,03
Kötü (c)	44	2,20±2,16
Test\anlamlılık		F =16,485 **p=0,00**
Posthoc		c<a
Eğitim durumu		
İlkokul ve altı eğitim	258	3,27±1,91
Lise ve üzeri eğitim	243	4,47±2,04
Test\anlamlılık		t=-6,736 **p=0,00**
Sosyal güvence		
Var	464	3,94±2,03
Yok	37	2,70±2,10
Test\anlamlılık		t=3,464 **p=0,001**
Meslek		
Memur (a)	117	4,52±2,07
İşçi (b)	103	3,71±1,87
Serbest meslek (c)	119	3,68±1,96
Emekli (d)	132	3,87±2,09
İşsiz (e)	30	2,26±1,96
Test\anlamlılık		F=8,329 **p=0,00**
Posthoc		e<a

Araştırma grubunu oluşturan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile PKTYBS puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 52 yaş ve altı olanların, en uzun süre il merkezinde yaşayanların, gelir durumunu iyi olarak ifade edenlerin, eğitim durumu lise ve üzeri olanların, sosyal güvencesi bulunanların ve mesleği memur olanların puan ortalamaları diğer değişkenlere göre daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Katılımcıların medeni durumları ile PKTYBS puan ortalamaları incelendiğinde; evli ve bekar olanların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Katılımcıların Prostat Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları ile PKTYBS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=501)

PKTYBS	n	$\bar{X}$±SS
Bir sağlık kuruluşuna başvurma durumu		
Sadece hastalandığında	400	3,61±1,95
Rutin olarak	101	4,81±2,21
Test\anlamlılık		t=-4,971 **p=0,000**
Gelecekte prostat muayenesine veya taramasına katılmayı düşünme		
Evet (a)	125	4,56±1,86
Kararsız (b)	203	3,71±2,01
Hayır (c)	173	3,50±2,14
Test\anlamlılık		F=10,578 **p=0,00**
Posthoc		c<a
Prostat kanseri, erken teşhis yöntemlerinin bilinme durumu		
Evet	54	5,05±2,12
Hayır	447	3,70±2,01
Test\anlamlılık		t=-4,427 **p=0,00**
Daha önce prostat muayenesi olma durumu		
Evet	64	4,34±1,92
Hayır	437	3,78±2,07
Test\anlamlılık		t=-2,152 **p=0,041**
Ailede prostat kanseri tanısı alan kişiler		
Evet	92	4,90±1,88
Hayır	409	3,61±2,03
Test\anlamlılık		t=-5,810 **p=0,00**

Katılımcıların prostat kanseri ve taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışları ile PKTYBS puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 9'da gösterildi.

Katılımcıların prostat kanseri ve taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışları ile PKTYBS puan ortalamaları incelendiğinde; sağlık kuruluşuna rutin olarak başvuranların, prostat kanseri erken teşhis yöntemlerini bildiğini ifade edenlerin, daha önce prostat muayenesi olmuş olanların ve aile bireyleri arasında prostat kanseri öyküsü olanların, PKTYBS puan ortalamaları diğer değişkenlere göre daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikler İle SOÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=501)

SOÖ	n	$\bar{X}$±SS
Yaş (52,04±8,40, Min.40, Mak.70)		
52 yaş ve altı	283	83,51±15,65
53 yaş ve üzeri	218	77,45±15,91
Test\anlamlılık		t=4,261 **p=0,00**
Medeni durum		
Evli	442	81,41±15,77
Bekar	59	76,88±17,47
Test\anlamlılık		t=-2,045 **p=0,041**
En uzun yaşanılan yer		
Köy (a)	112	76,56±16,17
İlçe (b)	133	82,81±13,75
İl (c)	256	81,75±16,03
Test\anlamlılık		F=5,514 **p=0,004**
Posthoc		a<c
Gelir durumu		
İyi (a)	86	86,39±14,47
Orta (b)	371	81,37±15,04
Kötü (c)	44	65,88±18,30
Test\anlamlılık		F=27,055 **p=0,00**
Posthoc		a>c
Eğitim durumu		
İlkokul ve altı eğitim	258	74,83±14,83
Lise ve üzeri eğitim	243	87,29±14,73
Test\anlamlılık		t= -9,428 **p=0,00**
Sosyal güvence		
Var	464	81,83±15,37
Yok	37	68,83±19,21
Test\anlamlılık		t=4,015 **p=0,00**
Meslek		
Memur (a)	117	89,76±14,36
İşçi (b)	103	80,00±14,01
Serbest meslek (c)	119	79,38±13,74
Emekli (d)	132	78,47±15,92
İşsiz (e)	30	65,73±20,18
Test\anlamlılık		F=19,175 **p=0,00**
Posthoc		a> e

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile SOÖ'nden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 10'dadır (Tablo 10).

Katılımcıların SOÖ puan ortalamaları ile sosyo demogrofik özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde; 52 yaş ve altı olanların, medeni durumu evli olanların, en uzun süre il ve ilçelerde yaşayanların, gelir durumlarını iyi olarak ifade edenlerin, lise ve üzeri eğitim almış olanların, sosyal güvencesi bulunanların ve mesleği memur olanların, SOÖ puan ortalamaları diğer değişkenlere göre daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. PKTYBS İle SOÖ Puanları Arasındaki İlişki

		PKTYBS	
SOÖ Alt Boyutları ve Toplam	Erişim	r*=0,575	p=0,000
	Anlama	r*=0,575	p=0,000
	Değerlendirme	r*=0,627	p=0,000
	Uygulama	r*=0,496	p=0,000
	Toplam	r*=0,693	p=0,000

*****Pearson korelasyon testi r ve p değerleri

Katılımcıların Prostat Kanserine Yönelik Bilgi Düzeyi Skala puanları ile SOÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 11'de gösterildi.

Kırk yaş ve üzeri erkeklerin PKTYBS puanı ile SOÖ puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı (r=0,693, p=0,000). Kırk yaş ve üzeri erkeklerin PKTYBS puanı ile SOÖ Erişim, Anlama ve Değerlendirme alt boyut puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde ilişki bulunmakta olup Uygulama alt boyutu puanları ile PKTYBS puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönde ilişki bulundu. PKTYBS puanları ile; Erişim alt boyutu puanları arasındaki korelasyon katsayısı r=0,575, p=0,00, Anlama alt boyutu puanları arasındaki korelasyon katsayısı r=0,575, p=0,00, Değerlendirme alt boyutu puanları arasındaki korelasyon katsayısı r=0,627, p=0,00, Uygulama alt boyutu puanları arasındaki korelasyon katsayısı r=0,496, p=0,00 dır.

Tablo 12. PKTYBS ve SOÖ Puanlarının Basit Doğrusal Regresyon Modeli

	SOÖ Puan Ortalaması			
PKTYBS Puan Ortalaması	Regresyon Kat Sayısı	Standart Hata	t	p
	0,089	0,004	21,466	0,00
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	S.D	Kareler Ortalaması	
Regresyon	1023,723	1	1023,723	
Artık (Residual)	1108,641	499	2,222	
Toplam	2132,363	500		
		F=460,778	**p=0,00**	

Kırk yaş ve üzeri erkeklerde PKTYBS puanlarındaki değişikliğin % 48'i SOÖ puanları ile açıklanmakta, geri kalan %52'lik kısım için diğer değişkenlerin dikkate alınması gerekmektedir ($r=0,693$ $R^2=0,48$ $p<0,00$) (Tablo 12).

5. TARTIŞMA

Kırk yaş ve üzeri erkeklerin prostat kanseri taramalarına yönelik bilgi düzeyleri ile sağlık okuryazarlıkları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada erkeklerin prostat kanseri taramalarına yönelik bilgi düzeyleri ile sağlık okuryazarlıkları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı.

Dört başlık altında ele alınacak tartışmanın birinci bölümünde katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile PKTYBS puan ortalamaları; ikinci bölümünde prostat kanseri ve taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışları ile PKTYBS puan ortalamaları; üçüncü bölümünde sosyo-demografik özellikleri ile SOÖ puan ortalamaları, dördüncü bölümünde ise PKTYBS puanları ile SOÖ puanları arasındaki ilişki yer almaktadır.

5.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ile PKTYBS Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Bu çalışmada, kırk yaş ve üzeri erkeklerin PKTYBS' den aldıkları toplam puan ortalamaları 3,85±2,05 olarak saptandı. Çalışmada elde edilen puan ortalaması Çapık (2010) tarafından Erzurum ilinde yapılan, web destekli eğitim ve danışmanlığın, prostat kanseri taramalarına ilişkin sağlık inancı, bilgi düzeyi ve taramalara katılmaya etkisinin incelendiği çalışmanın ön test sonucu ile benzerlik göstermektedir**.** Her iki çalışmanın bulgularında da katılımcılar, ölçekten alınabilecek puanın yarısından daha az puan almışlardır.

Çalışmaya katılanlardan 52 yaş ve altında olanların PKTYBS puan ortalamaları, 53 yaş ve üzerinde olanların puan ortalamalarına göre daha yüksek bulundu($p<0,05$). Agho ve Lewis (2001) tarafından Amerika'da Afrika kökenli erkekler üzerinde yapılan, prostat kanseri bilgisinin gerçek ve algılanan düzeylerinin incelendiği çalışmada da yaş ilerledikçe kişilerin prostat kanseri ve taramalarına yönelik bilgilerinin azaldığı bulunmuş olup bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Çapık'ın (2012) Kars ilinde yapmış olduğu prostat kanseri taramalarına ilişkin bilgi düzeyine etki eden faktörlerin incelendiği çalışma sonuçlarında ise erkeklerin yaşları

ile prostat kanseri taramasına yönelik bilgi düzeyleri arsında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmada yaşın ilerlemesi ile prostat kanseri bilgi düzeylerinde meydana gelen azalmanın nedeni; bireylerin yaşlandıkça çevrelerine uyum sağlamakta zorluk, öğrenme yetilerinde azalma ve öğrendiklerini hatırlamakta güçlük çekmeleri ile ilişkilendirilebilir (Çamur ve Acar Vaizoğlu 2012).

Çalışmada erkeklerin medeni durumları ile prostat kanseri taramasına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Bu sonuç Çapık (2012) tarafından yapılan çalışma sonuçları ile örtüşmektedir. Smith ve arkadaşlarının (1997) Afrika kökenli Amerikan erkeklerde prostat kanseri ve taramalarına yönelik bilgi düzeylerini etkileyen faktörleri incelendiği çalışmada ise, evli erkeklerin bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan erkeklerin, en uzun süre yaşadıkları yerleşim birimi ile PKTYBS puan ortalamaları değerlendirildiğinde; il merkezlerinde yaşayanların puan ortalamaları köyde yaşayanlara göre daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Amerika'da Afrika kökenli erkeklerde Oliver ve arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları çalışma sonucunda, kasabalarda yaşayan erkeklerin prostat kanseri ve taramalarına yönelik bilgi düzeylerinin il merkezlerinde yaşayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Daha küçük yerleşim yerlerinde yaşayan erkeklerin bir sağlık kurumuna ulaşma olanağının şehir merkezlerinde yaşayanlara göre daha az olmasının bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların PKTYBS puanları ile gelir durumları arasındaki ilişki ele alındığında, gelir durumunu iyi olarak ifade edenlerin ölçekten aldıkları puan ortalamaları gelir durumlarını orta ve kötü olarak ifade edenlere göre daha yüksek olarak saptandı ($p<0,05$). Çalışma sonuçları, Danie Woods ve arkadaşlarının (2006) Afrika kökenli Amerikan ($n=276$) erkeklerde prostat kanseri taramalarına yönelik ekolojik belirleyicileri inceledikleri kohort çalışmasında bulunan sonuçlar ile benzerlik göstermektedir. DSÖ'nün 2008 yılında yayınlamış olduğu raporda sosyo-ekonomik faktörler ile sağlık bilgisi ve sağlık düzeyi arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu bilgisi yer almaktadır (WHO 2008).

Eğitim düzeyleri, lise ve üzeri olan erkeklerin PKTYBS puan ortalamaları ilkokul ve altında eğitim almış olanlara göre daha yüksek olarak bulundu ($p<0,05$). Winterich ve arkadaşlarının (2009) 40-65 yaşlarında siyahi ve beyaz Amerikan erkeklerden oluşan 65 birey ile yapılan çalışma sonuçlarında, bireylerin eğitim düzeylerinin artması ile prostat kanseri ve taramalarına yönelik bilgi düzeylerinin arttığı rapor edilmektedir. Çapık'ın (2012) yapmış olduğu çalışmada lise ve üzeri eğitim düzeyinde olanların prostat kanseri taramalarına yönelik bilgi düzeylerinin anlamlı şekilde diğerlerinden daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu çalışma sonuçları doğrultusunda kişilerin, eğitim düzeyleri arttıkça bilgiye ulaşmalarının daha kolay olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada, sağlık güvence durumu ile PKTYBS puan ortalamaları incelendiğinde; sağlık güvencesine sahip olan bireylerin almış oldukları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olarak saptandı ($p<0,05$). Prostat kanseri ve taramalarına ilişkin bilgi düzeyini inceleyen diğer araştırmalara bakıldığında; Agho ve Levis'in (2001) Amerika'da Afrika kökenli erkeklerde yapmış olduğu çalışmanın, Casey ve arkadaşlarının (2012), İrlandalı erkekler ile yapmış oldukları çalışmanın sonuçlarının da bu çalışma bulgusu ile benzer olduğu görülmüştür. Bu durum sosyo-ekonomik durumu iyi olmayan kişilerin maddi kısıtlılıklar nedeniyle daha az sağlık kuruluşlarına gittikleri ve daha az sağlık çalışanları ile karşılaşmalarından kaynaklanabilir. Oliver ve arkadaşları Amerika'da 94 Afrika kökenli Amerikan erkek üzerinde yapmış oldukları çalışmada sağlık çalışanlarının, prostat kanseri taramalarına katılımı etkileyen en büyük etken olduğunu rapor etmektedirler (Oliver ve ark. 2001).

Katılımcıların meslekleri ile PKTYBS puan ortalaması değerlendirildiğinde; en yüksek ölçek puan ortalamasına sahip meslek grubu memurlardır. Herhangi bir işe sahip olmayanların, PKTYBS puan ortalamaları en düşük olarak saptandı ($p<0,05$). Bu durumda gelir durumu, sosyal güvence, eğitim durumu gibi karıştırıcı faktörlerin etkisi söz konusu olabilir.

5.2. Katılımcıların Prostat Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları İle PKTYBS Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Çalışmaya katılanların sağlık kuruluşlarına başvurma durumları ile PKYBS puan ortalaması karşılaştırıldığında; sağlık kuruluşlarına rutin şekilde başvuranların puanları, sadece hastalandığında sağlık kuruluşlarına başvuranların puanlarına göre daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Beklendik bir durum olan bu sonuç rutin olarak sağlık kuruluşlarına başvuran bireylerin sağlık hizmetlerinden daha etkili yararlandığını ve sağlık bilgisine daha kolay ulaştığını ortaya koyabilir.

Katılımcıların gelecekte prostat muayenesine veya taramasına katılım konusundaki düşünceleri ile PKTYBS puan ortalaması incelendiğinde; taramalara katılmayı düşünenlerin puanları daha yüksek olarak saptandı ($p<0,05$). Taramalara katılım konusunda kararsız olanlar ile taramalara katılmayı düşünmediğini ifade edenler değerlendirildiğinde ise, taramalara katılım konusunda kararsız olanların puanları taramaya katılmayı düşünmediğini söyleyenlere göre daha yüksek olarak bulundu ($p<0,05$). Bu sonuçlar Çapık ve Gözüm (2011) tarafından yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada, prostat kanseri erken teşhis ve tarama yöntemlerini bilinme durumu ile PKTYBS puan ortalaması karşılaştırıldığında; bu kanser türüne yönelik herhangi bir yöntemi bildiğini ifade edenlerin PKTYBS puanları bilmeyenlere göre daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Mofolo ve arkadaşlarının (2015) Güney Afrika'da bir hastanede ürüloji polikliniğine başvuran erkekler üzerinde yapmış oldukları çalışmada; daha önce prostat kanseri tarama yöntemlerini duymuş olan bireylerin, prostat kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi düzeylerinin, hiç duymamış olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bulunan sonuçlar kişilerin prostat kanseri tarama yöntemlerinden herhangi birini duymuş olmalarının onların bilgi düzeylerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Çalışmada katılımcılar arasında daha önce prostat muayenesi olanların ve aile öyküsü pozitif olanların PKTYBS puanları, daha önce muayene olmayanlara ve ailesinde prostat kanseri hikayesi olmayanlara göre daha yüksek olarak bulundu

(p<0,05). Magnus (2004), Smith ve arkadaşları (1997) ailesinde prostat kanseri öyküsü olanların prostat kanseri ve taramalarına yönelik bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptadığı çalışma sonuçları ile bu çalışmanın bulguları benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar ailesinde prostat kanseri öyküsü olan bireylerin olmayanlara göre, bu hastalığa yönelik farkındalıklarının olmasından kaynaklanabilir.

5.3. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri İle SOÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Bu çalışmada, kırk yaş ve üzeri erkeklerin SOÖ puan ortalamaları 80,87±16,03 olarak saptandı. Ölçekten alınacak minimum puan 25, maksimum puanın 125 olduğu göz önüne alınacak olursa; katılımcıların okuryazarlık açısından "az zorluk çekiyorum" düzeyinde oldukları saptanmıştır. Bu sonuçlar Çimen'in (2015) kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısını incelediği çalışma sonuçları ile uyumluluk göstermektedir. Ülkemizde 4979 katılımcı ile yapılmış olan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması sonuçlarında katılımcıların %64,6'sının yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu ortaya konulmuştur (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması 2014). Bu iki çalışmanın verileri ışığında ülkemizde sağlık okuryazarlığı düzeyinin istenilen düzeyde olmadığını söylemek mümkündür. Avrupa'da Sorensen ve arkadaşları (2015) tarafından 8 Avrupa ülkesinde (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya, İspanya) her ülkeden 1000 kişi olmak üzere toplamda 8000 kişi üzerinde anket uygulanarak yapılan sağlık okuryazarlığı çalışma sonuçları ile ülkemizde yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde Ülkemizde sağlık okuryazarlığı düzeyinin Türkiye'de Avrupa ortalamasının altında olduğu görülmektedir (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması 2014).

Çalışmaya katılan 52 yaş ve altında olan erkeklerin SOÖ puan ortalamaları 53 yaş ve üzeri olanlara göre daha yüksek olduğu saptandı (p<0,05). Çalışmada ortaya çıkan sonuçlar Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (2014), ABD'de (2003) yürütülen Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması, Yılmazel'in (2014) Çorum ilinde ilköğretim öğretmenlerinde sağlık okuryazarlığı ve hipertansiyon farkındalığı arasındaki ilişkiyi incelediği çalışma, Çimen'in (2015) kronik hastalığı olan yaşlı

bireylerde yapmış oldukları sağlık okuryazarlığı çalışması, Dilli (2016) tarafından, evli kadınların servikal kansere ilişkin bilgi düzeyleri ile öz yeterlilik ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar ışığında, yaşlılık döneminde bilişsel yetilerde azalma ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin de azaldığı söylenebilir (Çimen 2015).

Araştırmada SOÖ puan ortalamaları ile katılımcıların medeni durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, evli olanların bekar olanlara göre daha yüksek SOÖ puanına sahip oldukları gözlendi ($p<0,05$). Aleksandra ve arkadaşları (2009) tarafından temel sağlık hizmeti sunan bir kurumda 120 hasta ile gerçekleştirilen çalışma sonucunda sağlık okuryazarlığı düzeyinin kişilerin medeni durumları ile ilişkili olduğu, evli olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin en uzun süre yaşadıkları yer ile SOÖ puan ortalamaları incelendiğinde il merkezinde yaşayanların ilçe ve köylerde yaşayanlara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları bulundu ($p<0,05$). Bu durum il merkezlerinde yaşayan kişilerin eğitim seviyelerinin yüksek olmasından ve sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilme imkanlarından kaynaklı olabilir. Çimen (2015), Dişsiz ve Yılmaz'ın (2016) çalışmalarında da, kırsal alanda ve kasabada yaşayan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri il merkezinde yaşayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olarak bulunmuştur.

Katılımcıların gelir durumlarına göre SOÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatiksel olarak farklı bulundu ($p<0,05$). Gelir durumunu iyi veya orta olarak ifade edenlerin ölçek puan ortalamaları, gelir durumunu kötü olarak ifade edenlere göre daha yüksekti. Pink (2008), Sorensen ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları çalışmada ekonomik durumu iyi olan bireylerin sağlık okuryazarlığı puanları daha yüksek bulunmuştur. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında da kişilerin ekonomik durumları kötüleştikçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığı ifade edilmiştir (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması 2014).

Eğitim durumu ile katılımcıların SOÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında lise ve üzeri eğitim düzeyinde olanların ilkokul ve altında eğitim düzeyinde olanlara

göre puan ortalamaları daha yüksekti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Bu sonuçlar eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin bilgiye ulaşabilme ve kullanabilme yeteneklerinin arttığını düşündürmektedir. Çalışma sonuçları Dilli (2016), Yılmazel ve Çetinkaya (2016), Berkman ve arkadaşlarının (2011) Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Birleşik Krallık, Avustralya, Yeni Zelanda ve Avrupa ülkelerinde 1980 yılından itibaren yapılmış olan 3015 makeleyi inceleyerek hazırladıkları metadolojik çalışma sonuçları, Dişsiz ve Yılmaz (2016) tarafından yapılan, tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve kanser hastalarında sağlık okuryazarlığının incelendiği çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada, bireylerin sosyal güvence durumu ile SOÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında sosyal güvenceleri bulunan kişilerin puan ortalamaları sosyal güvencesi bulunmayanlara göre daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0,05$). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışma sonuçlarında sosyal güvencesi bulunmayan kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz düzeyde olduğu ve bu kişilerin sağlık bilgisi yönünden riskli gruplar içerisinde bulunduğu rapor edilmektedir (Sqrensen 2015).

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinden meslek durumu ile SOÖ puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek puan ortalaması memur olarak çalışanlara ait olup en düşük puan ortalaması ise herhangi bir işte çalışmayanlara aittir. İstatistiksel olarak fark memur olarak çalışanlar ile bir işi olmayanlar arasında bulundu ($p<0,05$). Bu çalışma sonuçları ile Çimen (2015) tarafından yapılan çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Bu durum memur olarak çalışanların diğer katılımcılara göre yüksek düzeyde eğitim almalarından ve ülke şartları göz önüne alındığında orta düzeyde gelire sahip olmalarından kaynaklı olabilir. Çalışmada yapılan analizler sonucunda memurların; eğitim düzeyi ve ekonomik durumları diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olarak bulundu.

5.4. Katılımcıların PKTYBS Puanları ile SOÖ Puanları Arasındaki İlişki

Çalışmada PKTYBS puanları ile SOÖ puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki olduğu saptandı (r=0,693, p=0,00). Aynı zamanda araştırma grubundaki erkeklerin PKTYBS puanlarındaki değişimde SOÖ puanlarındaki değişimin etkisinin (%48) olduğu bulundu. Benzer bir çalışma olarak, Kim ve arkadaşları (2001) Amerika da 30 birey üzerinde Tıpta Yetişkin Sağlık Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Ölçeği'ni kullanılarak yaptıkları çalışmada, düşük sosyo-ekonomik duruma sahip erkeklerde, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile prostat kanserine yönelik bilgi düzeyi arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin varlığından söz etmektedirler (r=0,65, p=0,00). Kim ve arkadaşlarının (2001) bulmuş oldukları sonuçlar ile bu çalışmada bulunan sonuçlar örtüşmektedir. Bulunan bu sonuçları destekler nitelikte olarak; düşük seviyede sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin pap smear yaptırması, mamografi çektirmesi veya prostat muayenesi gibi tarama ve önleme müdahaleleri ile ilgilenme olasılıkları daha azdır. Ancak bu kişilerin ileri evrede meme ve prostat kanseri ile karşılaşma olasılıkları daha fazla olmaktadır (Schillinger ve ark. 2002; Safeer ve Keenan 2005). Yapılan çalışmalarda ortaya çıkan sonuçlar; sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlığı etkileyen risk faktörlerinden ve hastalıklardan korunma arasında ilişki bulunduğunu ortaya koymaktadır (Pelikan ve ark. 2012; Yılmaz ve ark. 2009; Baker ve ark. 2004). Akut ve kronik olan birçok hastalığın önlenmesi veya erken tanısının sağlanabilmesi için sağlık okuryazarlığı toplum ve birey için oldukça önem taşımaktadır (Yılmazel ve Çetinkaya 2016).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Sonuç olarak, araştırmanın başlangıcında oluşturulan sorular aşağıdaki şekilde yanıtlanmıştır.

Kırk yaş ve üzeri erkeklerin,

- PKTYBS puan ortalamalarının 3,85±2,05 ile "yetersiz" düzeyde olduğu,
- SOÖ puan ortalamalarının 80,87±16,03 ile "az zorluk çekiyorum" düzeyinde olduğu,
- Ayrıca PKTYBS puan ortalamaları ile SOÖ puan ortalamaları arasında ise orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı (r=0,663, p=0,00).

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

- ✓ Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM) sürekli ve ücretsiz olarak prostat kanseri taramaları yönelik bilgilendirmelerin yapılması,
- ✓ Her düzeyde sağlık hizmeti sunan birimlerde prostat kanseri yönünden riskli grupların belirlenmesine yönelik çalışmaların yapılmasına,
- ✓ Prostat kanseri ve taramalarına yönelik etkin bilgilendirme amacıyla medya başta olmak üzere, tüm sektörler ile işbirliği içinde olunması,
- ✓ Ülke genelinde sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırabilmek için, doğru sağlık bilgisine ulaşma ve bu bilgiyi kullanmayı sağlayacak projelerin planlanması,

- ✓ Milli Eğitim Bakanlığı'nın desteği alınarak eğitim sisteminin tüm kademelerinde sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik eğitimlerin planlaması,
- ✓ İleri yaşta olan, ekonomik durumu iyi olmayan, düşük eğitim düzeyinde olan ve kırsalda yaşayan bireyler için, prostat kanseri taramalarına ve sağlık okuryazarlığına yönelik destekleyici projelerin planlanması,
- ✓ Sağlık eğitim materyallerinin hazırlanmasında sağlık okuryazarlığının dikkate alınması,
- ✓ Farklı popülasyonlarda benzer araştırmaların tekrarlanması önerilebilinir.

7. KAYNAKLAR

Agho AO, Lewis MA. Correlates of actual and perceived knowledge of prostate cancer among African Americans. Cancer Nurs. 2001; 24: 165-71.

Ahn J, Peters U, Albanes D. Serum vitamin D concentration and prostat cancer risk:a nestedd case- control study. J NatlCancer Inst. 2008; 100: 796-804.

Alan W. Partin. Early Detection of Prostate Cancer Continues to Support Rational, Limited Screening. Journal of Urology. 2013; 190(2): 427– 428.

Albanes D, Weinstein SJ, Wright ME. Serum insulin, glucose, indices of insulin resistance, and risk of prostate cancer. JNatl Cancer Inst. 2009; 101: 1272-1279.

Aleksandra JV, Bjegovic-Mikanovich V, Marinkovich J. Functional Health Literacy among Primary Health-Care Patients: data from Belgrade pilot study. Journal of Public Health. Oxford Journals. 2009; 19: 1-6.

Alkbay N. Prostat Biyopsisi Uygulanacak Hastalarda Bilgilendirmenin Ağrı ve Anksiyete Düzeyine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman Doç.Dr. Ayfer Özbaş).

Altınova S, Çağlayan A, Balbay DM. Prostat Kanserinin Evrelendirilmesi, İçinde; Dinçel D. Üroonkoloji, Meta Basım Matbaacılık, İzmir; 2007, s; 77-83.

Andreoiu M, Cheng L, Multifocal prostate cancer: biologic, prognostic and therapeutic implications. Human pathology. 2010; 41(6): 781-93.

Arıncı K, Elhan A. Ürogenital sistem. Anatomi.Güneş Kitabevi, Ankara; 2001, s: 334-6.

Arlen PM, Bianco F, Dahut WL, D'Amico A, Figg WD, Freedland SJ. Prostate Specific Antigen Working Group guidelines on prostate specific antigen doubling time. J Urol. 2008; 179: 2181-5.

Baker D, Wolf M, Feinglass J, Thompson J, Gazmararian J, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. Arch Intern Med. 2007; 167(14): 1503-1509.

Baker DW, Gazmararian JA,Williams MV. Health literacy and use of outpatient physician services by meicare managed care enrollees. JGenİntern Med. 2004: 19; 215-20.

Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. Patient Educ Couns. 1999; 38(1): 33-42.

Balbay D. Prostat. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara; 2008, s: 100-145.

Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık Okur-Yazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014; 13(4): 321-326.

Barcley V. Kanser hemşireliğinde Temel Kavramlar. Çev. Ed. Platin N. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu. Ankara; 1987, s: 10-28.

Bednarz N, Eltze E, Semjonow A, Rink M, Andreas A, Mulder L, Hannemann J, Fisch M, Pantel K, Weier HU, Bielawski KP, Brandt B. BRCA1 loss preexisting in small subpopulations of prostate cancer is associated with advanced disease and metastatic spread to lymph nodes and peripheral blood. Clin Cancer Res. 2010; 16(13): 3340-3348.

Berkarda B. Kanserin Biyolojisi. içinde: Berkarda B, Hatemi H. Medikal Onkoloji. Tavaslı Matbaacılık. 2002; 9-13.

Berkman ND, Dewalt DA, Pignone MP, Sheridan SL, Lohr KN, Lux L. Literacy and health outcomes. Evid RepTechnol Assess. 2004; 87: 1-8.

Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halperin, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med. 2011; 155(2): 97-107.

Bernhardt JM, Cameron KA. Accessing, Understanding and Applying Health Communication Messages: The Challenge of Health Literacy. içinde: Thompson T

L. Handbook of Health Communication. Lawrence Erlbaum Associates. London; 2003, s: 583-605.

Bilir N. Sağlık Okuryazarlığı. Turk J Public Health. 2014; 12(1): 61-68.

Bjartell A. PSA and Prostate Cancer Screening: The Challenge of the New Millennium. European Association of Urology. 2007: 52(5); 1284-1286.

Borley N, Feneley MR. Prostate cancer: diagnosis and staging. Asian J Androl. 2009; 11(1): 74–80.

Brewer NT, Tzeng JP, Lillie SE, Edwards AS, Peppercorn JM, Rimer BK. Health Literacy and Cancer Risk Perception: Implications for Genomic Risk Communication. Med Decis Making 2009; 29: 157-166.

Brown ML, Potosky AL, Thompson GB, Kessler LG. The knowledge and use of screening tests for colorectal and prostate cancer: data from the 1987 National Health Interview Survey. Preventive Medicine. 1990; 19: 562-74.

Bruner DW, Moore D, Parlantini A. Relative risk of prostate cancer for men with affected reatioves: systematic review and meatanalysis. Int J Cancer. 2003; 107: 797-803.

Capık 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. Eur J Oncol Nurs. 2012; 16: 71-7.

Carter BS, Bova GS, Beaty TH. Hereditary prostate cancer: epidemiologic and clinical features. J Urol. 1993; 150(3): 797-802.

Carter VL, Tippett F, Anderson DL, Tameru B. Increasing prostate cancer screening among African American men. Journal of Health Care for the Poor and Underserved. 2010; 21: 91-106.

Casey RG, Rea DJ, McDermott T, Grainger R, Butler M, Thornhill JA. Prostate cancer knowledge in Irish men. J Cancer Educ. 2012; 27: 120-31.

Castro E, Eeles R. The role of BRCA1 and BRCA2 in prostate cancer. Asian J Androl. 2012; 14(3): 409-414.

Catalona WJ, Smith DS, Ratliff TL, Basler JW. Detection Of Organ-Confined Prostate Cancer İs İncreased Through Prostate Specific Antigen Based Screening. JAMA 1993; 270: 948-954.

Chiarelli L. The Impact of Low Health Literacy on Chronic Disease Prevention and Control. Canadian Public Health Association Publication; 2006.

Christina Z. Understanding Health Literacy: An Expanded Model. Health Promotion International. 2005; 20(2): 195-203.

Cross CK, Shultz D, Malkowicz SB. İmpact of race on prostate specific antigen outcome after radical prostatectomy for clinically localized adeno carcinoma of the prostate. J Clin oncol. 2002; 20: 2863-2868.

Çam K. Prostat Kanserinde Serum ve İdrar Belirteçleri. Kanser Gündemi. 2013; 1(2): 46-51.

Çamur D, Acar Vaizoğlu S. Sağlıklı Yaşlanma İçin Çevre İçinde; Aslan D, Ertem M. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Hasuder. 2012; Yayın No: 2012-1.

Çapık C, Gözüm S. Turkish adaptation of the knowledge about prostate cancer screening questionnaire. Turkish Journal of Geriatrics. 2011;14:253-8.

Çapık C. Prostat kanseri taramalarına ilişkin bilgi düzeyine etki eden faktörlerin incelenmesi. Turkish Journal of Urology. 2012; 38(4): 185-9.

Çapık C. Prostat Kanseri Taramalarına Katılımda Engel Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 2013; 16 (2): 185-191.

Çapık C. Web Destekli Eğitim ve Danışmanlığın Prostat Kanseri Taramalarına İlişkin Sağlık İnancı, Bilgi Düzeyi ve Taramalara Katılmaya Etkisi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dotora Tezi, 2010, Erzzurum, (Danışman; Prof. Dr. Sebahat Gözüm).

Çimen Z. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2015, İzmir (Prof. Dr. Ayla Bayık Temel).

Davis, T.C, Crouch M, Long SW, Jackson RH, Bates P, George RB, Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. Family Medicine. 1991; 23(6): 433-5.

Dennis LK, Lynch CF, Torner JC. Epidemiologic association between prosatitis and prostate cancer. Urology. 2002; 60: 78-83.

DeWalt DA, Pignone MP. Reading is fundamental. The relationship between literacy and health. Arch Intern Med. 2005; 165: 1943-1944.

Dilli Z. Evli Kadınların (18-65 Yaş Arası) Servikal Kansere İlişkin Bilgi Düzeyi İle Öz-Etkililik Ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İzmir (Doç.Dr. Medine Yılmaz).

Dillioğlu Ö, Çevik İ. Üroonkoloji. Ertem Basım Yayın, Ankara; 2007: 610-630.

Dişsiz G, Yılmaz M. Complementary and alternative therapies and health literacy in cancer patients. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2016; 23: 34-39.

Dönmezer S, Başok EK, Erol A. Prostat Kanserinde Epidemiyoloji, Etyoloji ve Risk Faktörleri. Kanser Gündemi. 2013; 1(2): 9-15.

Edge SB, Compton CC, Fritz AG,Greene FL, Trotti A. American Jiont Committe on Cancer Staging manual. Seventh ed.Springer New York; 2010.

Ergüney S, AJCC Kanser Evreleme Atlası, Nobel Tıp Kitabevleri,İstanbul; 2013, s: 535-545.

European Health Forum Gastein. Improving Health Literacy in the European Union: Towards a Europe of Informed and Active Citizens Report of the Special Interest Session at the European Health Forum, Gastein, 2004.

Ford ME. Factors influencing behavioral intention regarding prostate cancer screening among older African-American men. Journal of the National Medical Association. 2006; 98 (4): 505-514.

Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. Am J Prev Med. 2009; 36(5): 446–451.

Friedman DB, Corwin SJ, Dominick GM, Rose ID. African American men's understanding and perceptions about prostate cancer: Why multiple dimensions of health literacy are important in cancer communication. Journal Community Health. 2009; 34: 449-460.

Gao X, La Valley MP, Tucker KL. Prospective studies of dairy product and calcıum intakes and Prostate cancer risk :a meta analysis. J Natl Cancer İnst. 2005; 97: 1768-1777.

Gerald L, Andriole E, Crawford D, Prorok RL and for the PLCO Project Team. Prostate Cancer Screening in the Randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: Mortality Results after 13 Years of Follow-up. J Natl Cancer Inst 2012;104:1–8.

Ghosh J, Myers CE.Central role of arachidonate 5-lipoxygenase inthe regulation of the celi grovvth and apoptozis in human prostate cancer cells. Adv Exp Med Biol. 1999; 469: 577-582.

Gillis D, Quigley A. Taking Off the Blindfold: Seeing How Literacy Affects Health: A Report of the Health Literacy in Rural Nova Scotia Research Project 2004.St. Francis Xavier University, Antigonish; 2004, s: 3-11.

Giovannucci E, Rimm EB, Colditz GA. A prospective study of dietary fat and risk of prostate cancer. J NatlCancer Inst. 1993; 85: 1571-1579.

Hatipoğlu AA. Kanserde erken tanı ve tarama problemleri. In: Tuncer AM ed. Türkiye'de Kanser Kontrolü. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi, Ankara; 2007: 381-388.

Heide V. BioMed Central Ltd. 2013.

Hemminki K, Ji Försti A. Concordance of survival in family members with prostate cancer.JClin Oncol. 2008; 26: 1705-1709.

Hevey D, Pertl M, Thomas K, Maher L, Craig A. The relationship between prostate cancer knowledge and beliefs and intentions toattend PSA screening among at risk men. Patient Education and Counseling. 2009: 74; 244-249.

Hugosson J, Carlsson S, Aus G. Mortality results from the Göteborg randomised population based prostate-cancer screening trial. Lancet Oncol. 2010; 11: 725-732.

Institute of Medicine. Health literacy: A prescription to end confusion. The National Academies Press. Washington D.C; 2004, s: 31.

Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health-care process. Health Expect. 2008; 11: 113-122.

Jemal A, Brawley O, Ward E, Siegel R. Cancer Statistics. C A Cancer J Clin. 2011; 61: 212-236.

Jemal A, Murray T, Ward E, Samuels A, Tiwari R C, Ghafoor A. Cancer statistics, 2005. CA Cancer J Clin. 2005; 55: 10-30.

Jones RA, Steeves R, Williams I. Family and friend interactions among African American men deciding whether or not to have prostate cancer screening. Urologic Nursing. 2010; 30(3): 189–193.

Kanan N, prostat Kanseri. İçinde: Can G. Onkoloji Hemşireliği. Nobel Tıp Kitap Evi, İstanbul; 2015, s:743-755.

Kanj M, Mitic W. Consultants to the Eastern Mediterranean Region, World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examplesin the Eastern Mediterranean RegionIndividual Empowerment Conference Working Document, 2009; 16: 1-46.

Karadağ MA, Sofikerim M. Prostat Kanseri Erken Tanı, Tarama Kime Nasıl. Kanser Gündemi. 2013; 1(2): 20-22.

Karadakovan A, Kaymakçı Ş. Üriner Sistemin Hastalıkları. İçinde: Karadokovan A, Eti Aslan F, Eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3. Baskı, Akademisyen Tıp Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., Ankara; 2014, s: 859-917.

Kim SP, Knight SJ, Tomori C, Colella KM, Schoor RA, Shih L, Kuzel TM, Nadler RB, Bennett CL. Health literacy and shared decision making for prostate cancer patients with low socioeconomic status. Cancer Invest. 2001; 19(7): 684-91.

Kolonel LN, Nomura AN, Cooney RV. Dietary fat and prostate cancer:Current status. J Natl Cancer Inst. 1999; 91: 414-428.

Kosova F, Arı Z. Prostat Kanseri ve Apoptozis İlişkisi. Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi, 2011; 2 (1): 124-131.

Koşar A. Prostat Kanserinde Sempto Patoloji ve Bulgular. İçinde: Dinçel D. Üroonkoloji. Meta Basım Matbaacılık, İzmir; 2007, s; 27-30.

Kutluk T, Kars A. Kanser Konusunda Genel Bilgiler. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları. Ankara; 1994, s: 25-38.

Laibach-Kühner P. Prostat Kanseri, Eine informationsbroschüre zum thema prostatakrebs in Türkischer srache. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum; 2003: 9-11.

Lee DJ, Consedine NS, Spencer BA. Barriers and facilitators to digital rectal examination screening among African-American and African-Caribbean men. Urology 2011; 77(4): 891-898.

Luengo FR, Leal J, Gri A, Sullivan R. Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. Lancet Oncol. 2013; 14: 1165-1174.

Levine DM, Ramsey PP, Smidt RK. Applied statistics for engineers and scientists: using Microsoft Excel and Minitab. Pearson (2001).

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 1999. Emek Matbaacılık San.ve Tic. Ltd. Şti..Manisa;2001.

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 2005.Yedikardeşler Form&Ofset. Manisa;2007.

Magnus M. Prostate cancer knowledge among multiethnic blackmen. J Natl Med Assoc. 2004; 96: 650-656.

Mofolo N, Betshu O, Kenna O, Koroma S, Lebeko T, Claassen TM, Joubert G. Knowledge of prostate cancer among males attending a urology clinic, a South African stud. Springer Plus. 2015; 4: 67-77.

Morris NS, MacLean CD, Littenberg B. Change in Health Literacy Over 2 Years in Older Adults with Diabetes. The Diabetes Educator. 2013; 39(5): 638-646.

Mosconi P, Colombo C, Satolli R, Carzaniga S, Steering Committee and the Scientific Committee Involving a Citizens' Jury in Decisions on Individual Screening for Prostate Cancer. PLoS ONE. 2016; 11(1): 1-13.

Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA(Eds). Health Literacy: A Prescriptionto End Confusion, National Academies Press, Washington; 2004, s: 31-55.

Nutbeam D, Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies Into The 21st Century. Health Promotion International. 2000; 15(3): 9-11.

Oliver JS, Grindel GC, DeCoster J, Ford CD, Martin MY. Benefits, Barriers, Sources of Influence, and Prostate Cancer Screening Among Rural Men. Public Health Nursing. 2011; 28(6): 515–522.

Oliver SE, May MT, Gunnell D. İnternational trens in prostate cancer mortality in PSA-ERA. İnt J Cancer. 2001; 92: 893-898.

Özbaş A, Çavdar İ. Üriner Sistem Cerahisinde Bakım. İçinde: Eti Aslan F, eds. Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte, Akademisyen Tıp Kitapevi Yayın ve Pazarlama A.Ş, Ankara; 2016, s; 813-871.

Özcan F. Ürolojik ve Erkek Genital Kanserleri İçinde; Topuz E, Aydıner A, Nafiz Karadeniz A, eds, Klinik Onkoloji, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları, İstanbul; 2000, s: 140-156.

Özdemir H, Alper Z, Üncü Y ve Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Health education research. 2010; 3(25): 464-477.

Öztürk M, Karaman İ. Prostat Kanserine Giriş. İçinde: M Derya Balbay. Prostat. Önçü Basımevi, Ankara; 2008, s: 201-209.

Parker PM, Rice KR, Sterbis JR. Prostate cancer in men less than the age of 50: a comparıson of race and outcomes. Urology. 2011; 78: 110-115.

Parker RM, Wolf MS, Kirsch I. Preparing for an Epidemic of Limited Health Literacy: Weatheringthe Perfect Storm Journal of general internal medicine. 2008; 23: 1273-1276.

Peiravian F, Rasekh HR, Hashemi HJ, Mohammadi N, Jafari N and Fardi K. Drug Literacy in Iran: The Experience of Using "The Single Item Health Literacy Screening (SILS) Tool". Iranian Journal of Pharmaceutical Research. 2014; 13: 217-224.

Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. Comperative Report on Health Literacy in eight EU Member States, The European Health Literacy Project, 2009- 2012, Maastricht, HLS-EU Consortium; 2012, s: 31-33.

Pink B. Health Literacy in Austuralia. Canberre Time. 2008; 1: 9-13.

Polat K, Tüzel E, Aktepe F, Akdoğan B, Güler C, Uzun İ. Türkiye'de otopsi serisinde latent prostat kanseri ve yüksek dereceli prostatik intraepitelyal neoplazi sıklığının araştırılması. Türk Üroloji Dergisi. 2009; 35(2) :96-100.

Poureslami I, Nimmon L, Rootman I, Mark J. Health literacy and chronic disease management:drawing from expert knowledge to set an agenda. Health Promotion International. 2016; 11: 1–12.

Quaglio G, Sqrensen K, Rübig P, Bertinato L, Brand H, Karapiperis T, Dinca I, Peetso T, Kadenbach K, Dario C. Accelerating the health literacy agenda in Europe. Health Promotion International Oxford Journel. 2016: 21; 1-7.

Radosevich DM, Partin MR, Nugent S, Nelson D, Flood AB, Holtzman J. Measuring patient knowledge of the risks and benefits of prostate cancer screening. Patient Educ Couns 2004; 54: 143-52.

Rai T, Clements A, Bukach C, Shine B, Austoker J, Watson E. What influences men's decision to have a prostate-specific antigen test? A qualitative study. Famly Pract. 2007; 24(4): 365-71.

Roddam AW, Allen NE. Endogenous sex hormones and prostate cancer: a collaboravite analysis of 18 prospective studies. J Natl Cancerınst. 2008; 100: 170-183.

Rosenthal MA, Taneja S, Bosland MJ. Phytoestrojens and prostate cancen:Possible preventive role. Med J. 1998; 168: 467-471.

Safeer RS, Keenan J. Health Literacy: The gap between physicians and patients. Am Fam Physician 2005; 72: 463–468.

Salinas CA, Kwon EM, Fitz Greald LM. Use of aspirin and other nonsteroidal antiinflammatory medications in relation to prostate cancer risk. Am J Epidemiol. 2010; 172: 578-590.

Sayah FA. Williams B. Johnson JA. Measuring Health Literacy in Individuals With Diabetes: A Systematic Review and Evaluation of Available Measures. Health Education & Behavior. 2012; 20(10): 1-14.

Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D,Daher C, et al. Association of healthliteracy with diabetes outcomes. JAMA. 2002; 288(4): 475-482.

Sezgin D. Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi. 2013; 3: 73-92.

Smith GE, DeHaven MJ, Grundig JP, Wilson GR. African American males and prostate cancer: assessing knowledge levels in the community. J Natl Med Assoc. 1997; 89: 387-91.

Smith S, Kirsten MC. Health Literacy: a brief literature review. Produced for the NSW Clinical Excellence Commission, Australia. Health Literacy Brief March. 2010; 1: 1-30.

Sqrensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, fullam J, Kondilis B, Agrafiotis'in haberi D, Uiters E, Şahin M, Mensing M, Tchamov K, Marka H. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey. Eur J Public Health. 2015; 25(6): 1053-8.

Sqrensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonsk, Z, Brand H. Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. BMC Public Health. 2012; 12(80): 1-13.

Stuchbery R, Macintyre G, Cmero M, Harewood LM, Peters JS, Costello AJ, Hovens CM, Corcoran NM. Reduction in expression of the benign AR transcriptome is a hallmark of localised prostate cancer progression. Oncotarget. 2016; 22: 1-9.

Sykes S, Wills J, Rowland G, Popple K. Understanding Critical Health Literacy: A Concept Analysis. BMC Public Health. 2013; 13(150): 1-10.

Tanrıöver D,Yıldırım HH, Demiray Ready FN, Çakır B, Akalın HE.Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık Sen Yayınları. Altan Özyurt Matbaacılık, Ankara, 2014.

Tefik T, Esen T. Prostat Spesifik Antijeni. Klinik Gelişim. 2008; 21(3): 113-119.

Türkbey B, Albert PS, Kurdziel K, Choyke PL. Imaging localized prostate cancer:current approaches and new developments. AJR American Journal of roentgenology. 2009; 192(6): 1471-1480.

Ukimura O. Evolutıon of precıse and multımodal MRI and TRUS in detectıon and management of early prostate cancer. Expert reviewof medical devices. 2010; 7(4): 541-554.

Umul M, Semerci B. Prostat Kanserinden Korunma içinde; Balbay D. Prostat, Güneş Tıp Kitap Evleri, Ankara; 2008, s:209-213.

Üçpunar E. Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı uyarlama çalışması. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara (Prof.Dr. Birgül Piyal).

Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health promoting behaviour in a national sample of British adults. J Epidemiol Community Health 2007; 61: 1086-1090.

Weinrich S, Holdford D, Boyd M, Creanga D, Cover K, Johnson A, Frank-Stromborg M, Weinrich M. Prostate cancer education in AfricanAmerican churches. Public Health Nurs 1998; 15(3): 188-95.

Weinrich SP, Seger R, Miller BL. Knowledge of the limitations associated with prostate cancer screening among low-income men. Cancer Nurs. 2004; 27(6): 442-53.

Weinrich SP. Prostate cancer screening in high-risk men: African American Hereditary Prostate Cancer Study Network. Cancer. 2006; 106(4): 796-803.

Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, De Walt DA, Pignone MP, Mockbee J, Hale FA. Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. Ann Fam Med. 2005; 3 : 514-522.

Welch VL, VanGeest JB, Caskey R. Time, costs, and clinical utilization of screening for health literacy: A case study using the Newest Vital Sign (NVS) Instrument. J Am Board Fam Med. 2011; 24: 281-289.

WHO. Closing the Gap in a Generation. World Health Organization, 2008, Geneva.

Wilson JM, Junger YG. Principles And Practices Of Screening For Disease. Public Health Papers 34; Genoa, WHO 1968.

Winterich JA, Grzywacz JG, Quandt SA, Clark PE, Miller DP, Acuna J, et al. Men's knowledge and beliefs about prostate cancer: education, race, and screening status. Ethn Dis. 2009; 19: 199-203.

Woods DV. Montgomery SB, Herring RP, Gardner RW, Stokols D. Social ecological predictors of prostate-specific antigen blood test and digital rectal examination in black American men. National Medical Association. 2006; 98(4): 492–504.

Xu G, Yao M, Wu J, Guo L, Feng L, Wang S, Zhao L, Wu R. Diagnostic Value of Different Systematic Prostate Biopsy Methods in the Detection of Prostate Cancer with Ultrasonographic Hypoechoic Lesions A Comparative Study.Urol Int. 2015; 95(2): 183-8.

Yılmaz E. Hastaların Güçlendirilmesi ve Sağlık Okuryazarlığı. İçinde: Keser A, Yıldırım F Sağlık Okuryuazarlığı, Ankara; 2015, s: 29-38.

Yılmaz F, Çolak YM, Ersoy K. Sağlık okuryazarlığının ve hasta hekim iletişimi üzerine etkilerinin değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum. 2009: (1); 22-30.

Yılmaz H, Dillioğlugil Ö. Prostat Kanserinde Evrelendirme ve Evrelendirme Tanı Araçları. Kanser Gündemi. 2013; 1(2): 23-38.

Yılmaz M, Triaki Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?. DEUHFED. 2016; 9(4): 142-147.

Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016; 15(1): 69-74.

Yılmazel G. Çorum İl Merkezndeki İlkögretm Ögretmenlerinde Saglık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalıgı ve Kontrolü Arasındaki İlişki, Doktora Tezi, 2014, Kayseri (Prof. Dr. Fevziye Çetnkaya).

8. EKLER

EK-1. Sosyo-demografik Bilgi Formu

Değerli katılımcılar,

Bu bilgi formu, Kırk yaş ve üzeri erkeklerin prostat kanseri taramalarına yönelik bilgi düzeyleri ile sağlık okuryazarlıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Soruların boş bırakılmaması sonuçların sonuçların güvenirliği açısından önemlidir. Elde edilen veriler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sürecindeki katılımınız için teşekkür ederim.

Ali TAYHAN

1. Yaşınız:……..

2. Medeni durumunuz

a) Bekâr **b)** Evli

3. Sizce gelir durumunuz :

a) İyi **b)** Orta **c)** Kötü

4. En uzun yaşadığınız yer:

a) Köy **b)** İlçe **c)** İl

5. Eğitim Durumunuz:

a) Okuryazar **b)** İlkokul **c)** Ortaokul **d)** Lise **e)** Üniversite

6. Sosyal güvenceniz varmı?

a) Evet **b)** Hayır

7. Mesleğiniz:

a) Memur **b)**İşçi **c)** Serbest meslek **d)** Emekli **e)** İşsiz

8. Bir sağlık kuruluşuna ne sıklıkla gidersiniz?

a)Sadece hastalandığımda

b)Hasta olmasam bile rutin olarak muayenelere giderim

9. Gelecekte prostat muayenesi veya taramasına katılmayı düşünüyor musunuz?

a) Hayır **b)** Emin değilim **c)** 1ay içinde

d) 3 ay içinde **e)** 6ay içinde **f)** 1 yıl içinde

10. Prostat kanseri için erken teşhis yöntemlerini biliyor musunuz? Biliyorsanız yazınız.

a)Hayır (**12. Soruya geçiniz**) **b)**Evet ……

11. Prostat kanseri erken teşhisine ilişkin bilgilerinizi nereden öğrendiniz?

a)Çevremdekilerden **b)**İnternetten

c)Sağlık personelinden(doktor, hemşire vb.) **d)**TV/radyo/gazete/dergi vb.

e)Diğer…… **f)**Bilgim yok

12. Daha önce prostat muayenesi oldunuz mu?

a) Hayır Olmadım (**14. soruya geçiniz**)

b) Evet Oldum (Ne zaman?)

13. Muayene olmanızı etkileyen faktör ne oldu?

a)Ailem

b)Arkadaşlar

c)Sağlık personeli

d)Broşür veya yazlı diğer materyaller

e)Prostat ile alakalı olduğunu düşündüğüm şikâyetlerim

f)Başka….

14. Ailenizde, akrabalarınızda veya çevrenizde prostat kanseri teşhisi alan birey oldu mu?

a)Hayır **b)**Evet(Kim/kimler?)……..

15. Prostat kanserinin tedavisinde erken teşhis sizce önemlimidir?

a)Evet önemli **b)**Hayır önemli değil **c)**Fikrim

EK-2. Prostat Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi Skalası

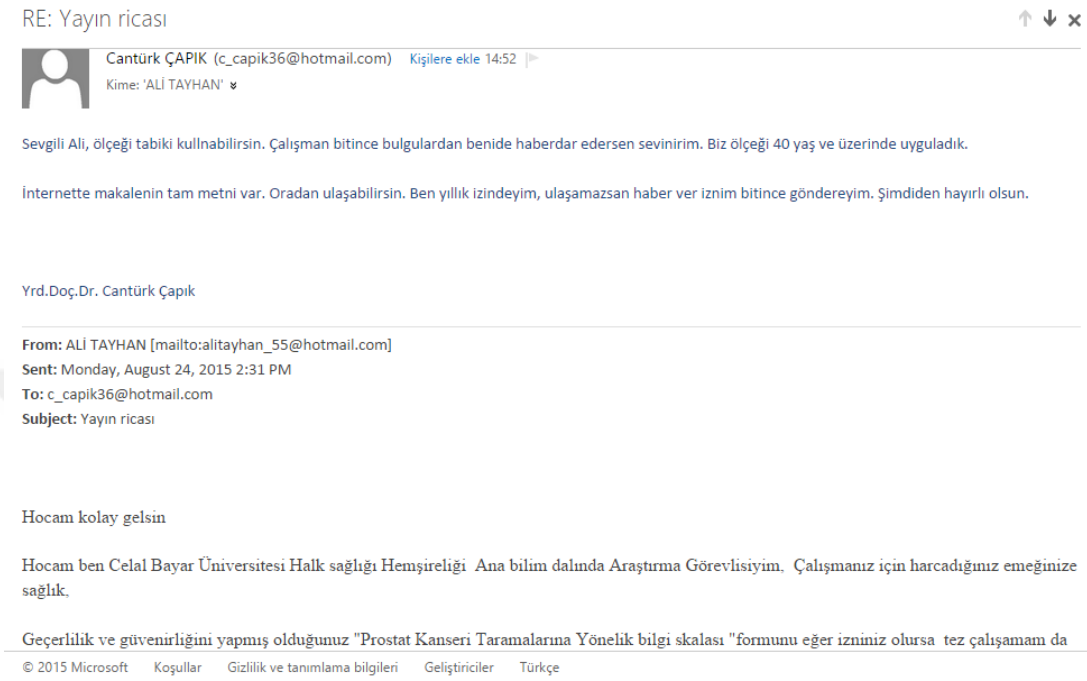
	DOĞRU	YANLIŞ	BİLMİYORUM
1. Akrabalarında prostat kanseri olanların, prostat kanserine yakalanma riski daha fazladır.			
2. Prostat kanseri olan birisinde herhangi bir belirti veya bulgu olmayabilir.			
3. Genç erkekler yaşlı erkeklere göre daha fazla prostat kanseri olur.			
4. Beldeki sık tekrarlayan ağrılar prostat kanserinin bir işareti olabilir.			
5. 80 yaşın üzerindeki çoğu yaşlı erkeğin prostat kanseri taramasına katılmasına gerek yoktur.			
6. Prostat kanseri için bazı tedavi yöntemleri erkeklerin idrar kontrollerini zorlaştırır.			
7. Prostat kanserinde uygulanan bazı tedavi yöntemleri erkeklerin cinsel yeteneklerinde sorunlara neden olabilir.			
8. Prostat kanseri için bazı tedavi yöntemleri erkeklerin bir daha araba kullanmalarını engelleyebilir.			
9. Doktorlar bazı erkeklerin prostat kanserinden ölebileceğini, bazılarının ise etkilenmediğini söylemektedirler.			
10. Anormal bir prostata özgü kan testi (PSA) sonucu kesinlikle prostat kanseri olduğumu gösterir.			
11. PSA (prostata özgü kan testi) sonuçları normal olduğu halde prostat kanseri var olabilir.			
12. Bazı erkeklerde prostat kanseri yavaş ilerleyebilir.			

EK-3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

	Hiç zorluk çekmiyorum	Az zorluk çekiyorum	Biraz zorluk çekiyorum	Çok zorluk çekiyorum	Yapamayacak durumdayım
1.Hastalıklar hakkında bilgiyi bulabiliyor musunuz?					
2.Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?					
3.Sigara içme, şişmanlık gibi riskler hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
4.Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgi bulabiliyor musunuz?					
5.Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgi elde edebiliyor musunuz?					
6.İlaç kutularında bulunan prospektüslerin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
7.Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?					
8.Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlıkla ilgili tehlikeler hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?					
9.Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
10.Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
11.Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?					
12.Ev, okul, işyeri, ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?					
13.Doktorunuzla ya da eczanızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?					
14.Tedavi seçeneklerinin tehlikelerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
15.Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?					
16.Tehlikeli davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?					
17.Diğer insanların yaptığı tehlikeli davranışlardan ders alabiliyor					

musunuz?					
18.Sağlık yetkilileri, arkadaşlar, aile ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz tehlikelerle ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?					
19.Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?					
20.Besinler ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin tehlikelerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
21.Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
22.Aşı yaptırma, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personelinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
23.Eğer isterseniz tehlikeli alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?					
24.Sağlıklı ürünlere ulaşabiliyor musunuz?					
25.Sağlık ile ilgili bilgileri yararınız için kullanabiliyor musunuz?					

EK-4. PKTYBS İzin Yazısı



RE: Yayın ricası

Cantürk ÇAPIK (c_capik36@hotmail.com) Kişilere ekle 14:52

Kime: 'ALİ TAYHAN'

Sevgili Ali, ölçeği tabiki kullnabilirsin. Çalışman bitince bulgulardan benide haberdar edersen sevinirim. Biz ölçeği 40 yaş ve üzerinde uyguladık.

İnternette makalenin tam metni var. Oradan ulaşabilirsin. Ben yıllık izindeyim, ulaşamazsan haber ver iznim bitince göndereyim. Şimdiden hayırlı olsun.

Yrd.Doç.Dr. Cantürk Çapık

From: ALİ TAYHAN [mailto:alitayhan_55@hotmail.com]
Sent: Monday, August 24, 2015 2:31 PM
To: c_capik36@hotmail.com
Subject: Yayın ricası

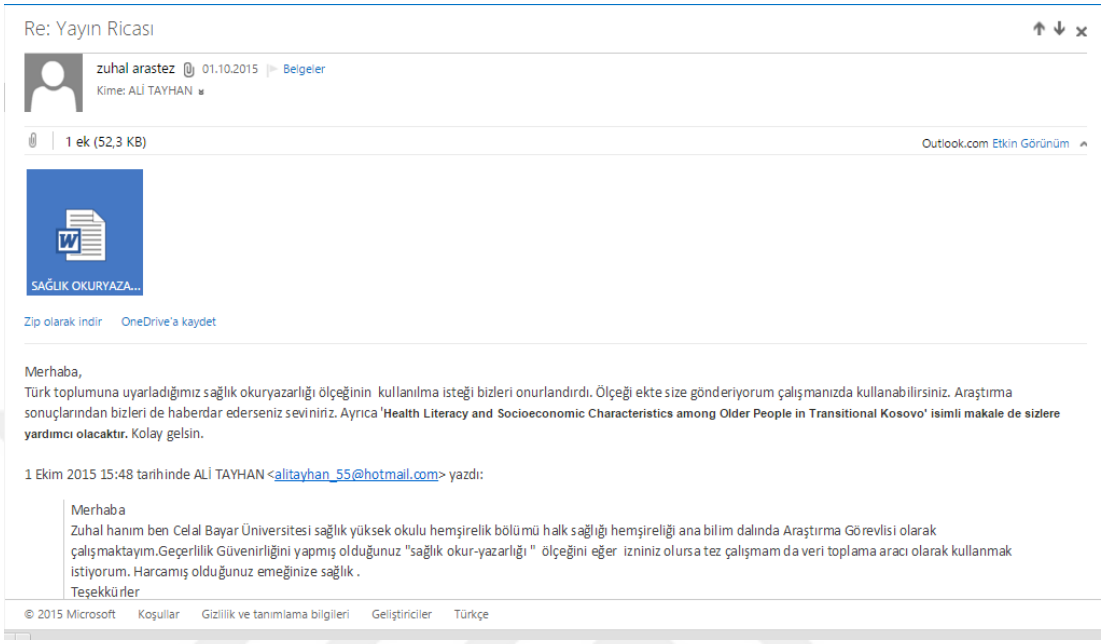
Hocam kolay gelsin

Hocam ben Celal Bayar Üniversitesi Halk sağlığı Hemşireliği Ana bilim dalında Araştırma Görevlisiyim, Çalışmanız için harcadığınız emeğinize sağlık,

Geçerlilik ve güvenirliğini yapmış olduğunuz "Prostat Kanseri Taramalarına Yönelik bilgi skalası "formunu eğer izniniz olursa tez çalışamam da

© 2015 Microsoft Koşullar Gizlilik ve tanımlama bilgileri Geliştiriciler Türkçe

EK-5. Sağlık Okuryazarlığı İzin yazısı



Re: Yayın Ricası

zuhal arastez 01.10.2015 Belgeler
Kime: ALİ TAYHAN

1 ek (52,3 KB) Outlook.com Etkin Görünüm

SAĞLIK OKURYAZA...

Zip olarak indir OneDrive'a kaydet

Merhaba,
Türk toplumuna uyarladığımız sağlık okuryazarlığı ölçeğinin kullanılma isteği bizleri onurlandırdı. Ölçeği ekte size gönderiyorum çalışmanızda kullanabilirsiniz. Araştırma sonuçlarından bizleri de haberdar ederseniz seviniriz. Ayrıca **'Health Literacy and Socioeconomic Characteristics among Older People in Transitional Kosovo' isimli makale de sizlere yardımcı olacaktır.** Kolay gelsin.

1 Ekim 2015 15:48 tarihinde ALİ TAYHAN <alitayhan_55@hotmail.com> yazdı:

> Merhaba
> Zuhal hanım ben Celal Bayar Üniversitesi sağlık yüksek okulu hemşirelik bölümü halk sağlığı hemşireliği ana bilim dalında Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktayım.Geçerlilik Güvenirliğini yapmış olduğunuz "sağlık okur-yazarlığı " ölçeğini eğer izniniz olursa tez çalışmam da veri toplama aracı olarak kullanmak istiyorum. Harcamış olduğunuz emeğinize sağlık .
> Teşekkürler

© 2015 Microsoft Koşullar Gizlilik ve tanımlama bilgileri Geliştiriciler Türkçe

EK-6. T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul Onayı

T.C.
Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu
Karar Formu

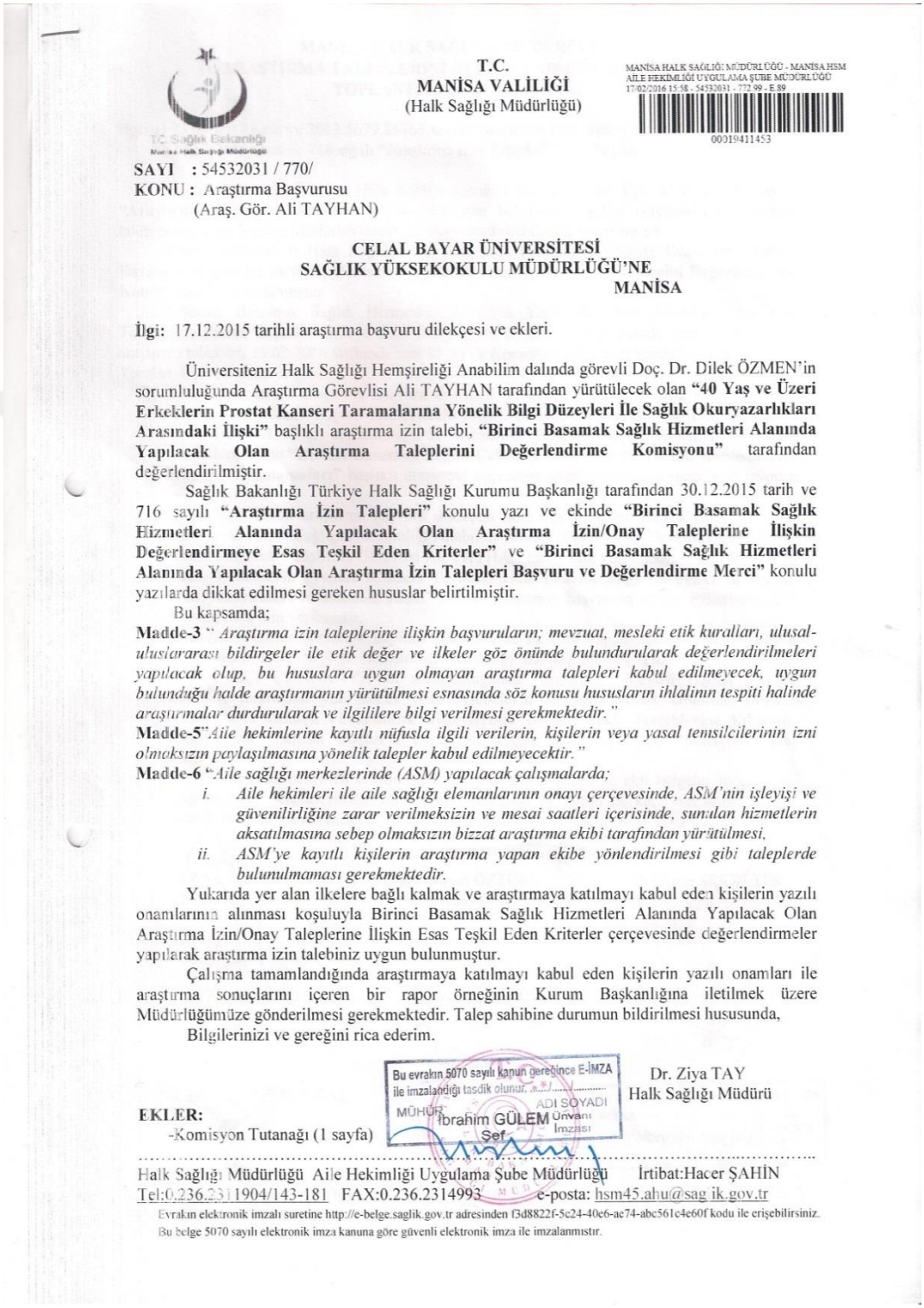
KARAR TARİH / NO	**09/ 12/ 2015 / 20478486 -** 410		
ARAŞTIRMANIN ADI	40 Yaş ve Üzeri Erkeklerin Prostat Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi Düzeyleri ile Sağlık Okuryazarlıkları Arasındaki İlişki		
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Dilek ÖZMEN - CBÜ. SYO. Halk Sağlığı Hemşireliği ABD		
ARAŞTIRMA EKİBİ	Ar.Gör. Ali Tayhan		
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	**UZMANLIK TEZİ** ☐	**YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ** ☒	**AKADEMİK AMAÇLI** ☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	23 / 11 / 2015 / Tarih ve364 sayılı; araştırma dosyası		
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan **UYGUN** olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir		

Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD		☐	☐	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD		☐	☐
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD		☐	☒	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD		☐	☒
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD		☐	☐	Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD		☐	☒
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD		☐	☐	Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD		☐	☐
Doç. Dr. Murat TAŞ BESYO		☐	☐	Prof. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD		☐	☐
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbı Etik AD		☐	☐	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		☐	☐
Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD		☐	☐	Doç. Dr. Kamil VURAL Farmakoloji		☐	☒
Yrd. Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM - Çocuk Hematolojisi		☐	☐	Yrd. Doç. Dr. Tarık ULUÇAY Adli Tıp AD		☐	☐
Sivil Üye		☐	☐			☐	☐

Etik Kurulumuzun kararı yukarda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Peyker TEMİZ
Başkan

EK-7. T.C. Manisa Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.
MANİSA VALİLİĞİ
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

MANİSA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - MANİSA HSM
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
17/02/2016 15:58 - 54532031 - 772.99 - E.89
00019411453

SAYI : 54532031 / 770/
KONU : Araştırma Başvurusu
(Araş. Gör. Ali TAYHAN)

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE
MANİSA

İlgi: 17.12.2015 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ve ekleri.

Üniversiteniz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalında görevli Doç. Dr. Dilek ÖZMEN'in sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Ali TAYHAN tarafından yürütülecek olan **"40 Yaş ve Üzeri Erkeklerin Prostat Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi Düzeyleri İle Sağlık Okuryazarlıkları Arasındaki İlişki"** başlıklı araştırma izin talebi, **"Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu"** tarafından değerlendirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı tarafından 30.12.2015 tarih ve 716 sayılı **"Araştırma İzin Talepleri"** konulu yazı ve ekinde **"Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler"** ve **"Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin Talepleri Başvuru ve Değerlendirme Merci"** konulu yazılarda dikkat edilmesi gereken hususlar belirtilmiştir.

Bu kapsamda;

Madde-3 " *Araştırma izin taleplerine ilişkin başvuruların; mevzuat, mesleki etik kuralları, ulusal-uluslararası bildirgeler ile etik değer ve ilkeler göz önünde bulundurularak değerlendirilmeleri yapılacak olup, bu hususlara uygun olmayan araştırma talepleri kabul edilmeyecek, uygun bulunduğu halde araştırmanın yürütülmesi esnasında söz konusu hususların ihlalinin tespiti halinde araştırmalar durdurularak ve ilgililere bilgi verilmesi gerekmektedir."*

Madde-5"*Aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verilerin, kişilerin veya yasal temsilcilerinin izni olmaksızın paylaşılmasına yönelik talepler kabul edilmeyecektir."*

Madde-6 "*Aile sağlığı merkezlerinde (ASM) yapılacak çalışmalarda;*

i. *Aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde, ASM'nin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmeksizin ve mesai saatleri içerisinde, sunulan hizmetlerin aksatılmasına sebep olmaksızın bizzat araştırma ekibi tarafından yürütülmesi,*
ii. *ASM'ye kayıtlı kişilerin araştırma yapan ekibe yönlendirilmesi gibi taleplerde bulunulmaması gerekmektedir.*

Yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerin yazılı onamlarının alınması koşuluyla Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Esas Teşkil Eden Kriterler çerçevesinde değerlendirmeler yapılarak araştırma izin talebiniz uygun bulunmuştur.

Çalışma tamamlandığında araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerin yazılı onamları ile araştırma sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurum Başkanlığına iletilmek üzere Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Bu evrakın 5070 sayılı kanun gereğince E-İMZA ile imzalandığı tasdik olunur. ../../....
MÜHÜR ADI SOYADI İbrahim GÜLEM Ünvanı Şef İmzası

Dr. Ziya TAY
Halk Sağlığı Müdürü

EKLER:
-Komisyon Tutanağı (1 sayfa)

Halk Sağlığı Müdürlüğü Aile Hekimliği Uygulama Şube Müdürlüğü İrtibat:Hacer ŞAHİN
Tel:0.236.2311904/143-181 FAX:0.236.2314993 e-posta: hsm45.ahu@sag ik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden f3d8822f-5c24-40e6-ae74-abc561c4e60f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7. T.C. Manisa Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Yazısı(Devamı)

MANİSA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ
İL ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
TOPLANTI KARAR TUTANAĞI

İlgi: a) 23.08.2013 tarih ve 2013.5679.86761 sayılı "Araştırma Başvuruları" konulu yazı.
b) 30.12.2015 tarih ve 716 sayılı "Araştırma İzin Talepleri" konulu yazı.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'nın ilgi (a) ve (b)'de kayıtlı **"Araştırma Talepleri"** konulu yazı ve eklerinde belirtilen koşullar çerçevesinde araştırma taleplerinin Halk Sağlığı Müdürlüklerince de değerlendirilebileceği belirtilmiştir.

Buna istinaden, İl Halk Sağlığı Müdürlüğümüz bünyesinde Makam Oluru ile **"Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu"** oluşturulmuştur.

"Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler" çerçevesinde, başvurusu yapılan araştırma talepleri, 15.02.2016 tarihinde saat 15:00'de Komisyonumuzca değerlendirilmiştir.

Yapılan değerlendirmeye göre;

1. 17.12.2015 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ile başvuru yapan Manisa Celal BAYAR Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünde görevli Yrd. Doç. Dr. Seval CAMBAZ ULAŞ'ın sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Seçil KÖKEN tarafından yürütülecek olan **"Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Annelik Hüznü Konusundaki Bilgi ve Uygulamaları"** başlıklı araştırma başvurusu uygun bulunmuş olup, Komisyonca izin verilmiştir.
2. 25.12.2015 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ile başvuru yapan Manisa Celal BAYAR Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalında görevli Doç. Dr. Dilek ÖZMEN'in sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Ali TAYHAN tarafından yürütülecek olan **"40 Yaş ve Üzeri Erkeklerin Prostat Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi Düzeyleri İle Sağlık Okuryazarlıkları Arasındaki İlişki"** başlıklı araştırma başvurusu uygun bulunmuş olup, Komisyonca izin verilmiştir.
3. 28.01.2016 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ile başvuru yapan Manisa Celal BAYAR Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalında görevli Yrd. Doç. Dr. Aynur ÇAKMAKÇI ÇETİNKAYA'nın sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Damla ŞAHİN BÜYÜK tarafından yürütülecek olan **"Gebelerin Doğuma Hazır Olusluk, Doğum Korkusu ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisinin İncelenmesi"** başlıklı araştırma başvurusu uygun bulunmuş olup, Komisyonca izin verilmiştir.

Yukarıda belirtilen araştırmalara ait başvuru formları ve ekli belgeler incelenmiş, araştırmaların gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. İş bu tutanak imza altına alınmıştır.

Dr.Ziya TAY Başkan	Dr.Osman ÖZTÜRK Başkan Yard.	Dr.Özgür SEKRETER Üye
Uz. Dr.Gonca ATASOYLU Üye	Süleyman SAVAŞ Üye	Dr.Tolga OVAYURT Üye
Uz. Ebe Ayşenur TUNCAL Üye		

Bu evrakın 5070 sayılı kanun gereğince E-İMZA ile imzalandığı tasdik olunur ...../...../.....
MÜHÜR İbrahim GÜLEM Şef
ADI SOYADI Ünvanı İmzası

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden f3d8822f-5c24-40e6-ae74-abc561c4e60f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı	**Ali**	**Soyadı**	**Tayhan**
Doğum Yeri	**19 Mayıs**	**Doğum Tarihi**	**14.04.1989**
Uyruğu	**Türkiye**	**Tel**	**0554 296 57 27**
E-mail			

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Yüksek Lisans		
Lisans	**Uşak Üniversitesi**	**2012**
Lise	**19 Mayıs Anadolu Lisesi**	**2006**

İş Deneyimi

Görev	**Kurum**	**Süre**
Araş.Gör.	**Manisa Celal Bayar Üniversitesi**	**3 yıl**

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama**	**Konuşma**	**Yazma**
İngilizce	**Orta**	**orta**	**orta**

Yabancı Dil Sınav Notu								
YDS	**ÜDS**	**IELTS**	**TOEFL IBT**	**TOEFL PBT**	**TOEFL CBT**	**FCE**	**CAE**	**CPE**
	72,5							

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	**68**		
(Diğer)			

BİLGİSAYAR BİLGİSİ

Program	**Kullanım Becerisi**
	Orta düzeyde