

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI HEMŞİRELİK
PROGRAMI

Samet APAK

ERKEKLERİN KENDİ KENDİNİ TESTİS MUAYENESİNE
YÖNELİK SAĞLIK İNANCI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN

İSTANBUL, Aralık 2021

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI HEMŞİRELİK
PROGRAMI

Samet APAK
174003162

ERKEKLERİN KENDİ KENDİNİ TESTİS MUAYENESİNE
YÖNELİK SAĞLIK İNANCI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN

İSTANBUL, Aralık 2021

ÖZET

ERKEKLERİN KENDİ KENDİNİ TESTİS MUAYENESİNE YÖNELİK SAĞLIK İNANCI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Bu araştırma erkeklerin kendi kendine testis muayenesine yönelik sağlık inancı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini bir devlet hastanesi üroloji servisinde yatan hastalar,örnekleme ise üroloji servisinde 30.11.2020 ile 31.12.2020 tarihleri arasında yatan 18 yaş üstü okuma yazma bilen, araştırmaya katılmaya gönüllü 297 kişi oluşturmuştur. Araştırmanın verileri “Hasta Tanıtım Formu” ve “Champion’un Testis Kanseri Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” kullanılarak toplandı. Araştırmanın verilerinin istatistiksel analizinde tanımlayıcı istatistikler, normal dağılıma uygunluğu Shaphirowilk testi ile test edilmiş, normal dağılıma sahip özelliklerin 2 bağımsız grupta karşılaştırılmasında Student t testi, normal dağılmayan özelliklerin 2 bağımsız grupta karşılaştırılmasında Mann Whitney u testi kullanılmıştır. Ayrıca sayısal verilerin 2’den fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren özellikler için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve LSD çoklu karşılaştırma testleri, normal dağılmayan özelliklerözetkililik için ise Kruskal Wallis testi ve Allpairwise çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler için IBM SPSS version24.0 paket programı kullanılmış ve $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalamasının $35,96\pm8,90$ yıl olduğu, %73,1’inin evli olduğu, %29,3ünün lise mezunu olduğu, %50,8’inin gelirinin gidere denk olduğu, %31’inin idrar yolu nedeniyle hastanede yattığı bulunmuştur. Hastaların ölçek alt boyutlarından Duyarlılık boyutundan $9,13\pm3,48$, Ciddiyet/Önemseme boyutundan

28,57±8,59, Yarar ve sağlık motivasyonu boyutundan 21,82±3,09, Engeller boyutundan 17,02±4,36 puan, öz etkililik boyutundan 7,36±3,21, Sağlık motivasyonu boyutundan 9,71±2,00 puan aldıkları belirlenmiştir.

Bu araştırmada hastaların duyarlılıklarının olumsuz, ciddiye/önemsemelerinin orta düzeyde, yarar ve sağlık motivasyonlarının olumlu, engellerinin ve öz etkililiklerinin düşük, sağlık motivasyonlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Araştırmanın daha fazla örnekleme de tekrar etmesi önerilir.

Anahtar kelimeler:Hemşirelik, Kendi kendine testis muayenesi, Sağlık inanç modeli
Testis tümörü



ABSTRACT

MEN'S SELF TESTICLES DETERMINATION OF HEALTH BELIEFS AND AFFECTING FACTORS REGARDING EXAMINATION

This research was carried out as a descriptive and correlational study in order to determine the health beliefs of men and affecting factors for testicular self-examination.

The population of the study consisted of patients hospitalized in a public hospital urology service, and the sample consisted of 297 people over the age of 18 who were literate and volunteered to participate in the study, who were hospitalized in the urology service between 30.11.2020 and 31.12.2020. The data of the study were collected using the "Patient Description Form" and "Champion's Health Belief Model Scale for Testicular Cancer Screening". In the statistical analysis of the data of the study, descriptive statistics and conformity to normal distribution were tested with the Shapiro-Wilk test, Student's t-test was used to compare features with normal distribution in 2 independent groups, and Mann-Whitney U test was used to compare features that were not normally distributed in 2 independent groups. In addition, when comparing numerical data in more than 2 independent groups, one-way analysis of variance (ANOVA) and LSD multiple comparison tests were used for normally distributed features, and Kruskal-Wallis test and All-pairwise multiple comparison test were used for self-efficacy for non-normally distributed features. IBM SPSS version 24.0 package program was used for statistical analysis and $p < 0.05$ was considered statistically significant.

The mean age of the patients within the scope of the study was 35.96 ± 8.90 years, 73.1% were married, 29.3% were high school graduates, 50.8% had an income equal to their expenses, 31% were due to urinary tract infections. He was found hospitalized. 9.13 ± 3.48 points from Sensitivity dimension, 28.57 ± 8.59 points from Seriousness/Care dimension, 21.82 ± 3.09 points from Benefit and health motivation dimension, 17.02 ± 4.36 points from Barriers dimension, It was determined that they got 7.36 ± 3.21 points from the self-efficacy dimension, 9.71 ± 2.00 points from the health motivation dimension.

In this study, it was found that the patients' sensitivity was negative, their seriousness/caring was moderate, their motivation for benefit and health was positive, their barriers and self-efficacy were low, and their health motivation was moderate. It is recommended to repeat the study in more samples.

Keywords: Nursing, Testicular self-examination, Health belief model Testicular tumor



ÖNSÖZ

Yüksek lisans öğrenim süresince bana rehberlik eden, yüksek lisans tez konum ile ilgili araştırma probleminin seçilmesi, çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlandırılması aşamalarında birlikte çalıştığım ve hiçbir zaman bilimsel desteğini esirgemeyen profesyonel kişiliğini örnek aldığım hocam Sayın Dr.Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN' a

Tez sürecimin her aşamasında hissettiğim, okul yıllarından şu an ki zamana kadar edindiğim mesleki bilgi ve donanımı kazanmamda emeği olan birlikte çalıştığım tüm sağlık mensubu arkadaşlarıma,

Çalışmam süresince bana destek olan değerli hemşire arkadaşlarıma, Tezimin araştırılmasında anketleri cevaplayarak vakit ayıran ve içtenlikle yardımcı olan ve olamayan tüm hastalara,

Yaşamımın her anında varlığını hissettiren, yanımda olan, sevgi ve sabrını esirgemedi bana destek olan aileme çok teşekkür ederim.

Samet APAK

BEYAN

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



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ.....	vi
BEYAN.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Testis, Yapısı ve Testis Kanseri	3
2.2. Testis Kanseri Epidemiyoloji	4
2.3. Risk faktörleri	5
2.4. Testis Kanseri Belirtileri	7
2.5. Testis Kanseri Tanı	8
2.6. Testis Kanseri Evreleri	9
2.7. Testis Kanseri Tedavisi	10

2.8.	Kendi Kendine Testis Muayenesi	11
2.9.	Sağlık İnanç Modeli	13
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1.	Araştırmanın Tipi.....	17
3.2.	Araştırmanın Soruları	17
3.3.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	17
3.4.	Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	17
3.5.	Verilerin Elde Ediliş Yöntemi	17
3.6.	Verilerin Analizi	18
3.7.	Araştırmanın Etik İlkeleri	19
4.	BULGULAR	20
5.	TARTIŞMA	34
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	37
	KAYNAKLAR	38
	EKLER	52
	ÖZGEÇMİŞ.....	60
	TABLolar LİSTESİ	

SAYFA NO

Tablo 1. Hastaların SosyoDemografik Özelliklerinin Dağılımı	20
Tablo 2. Hastaların Testis Kanseri Ve Kendi Kendine Testis Muayenesine Yönelik Sağlık İnançları Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar	21

Tablo 3. Hastaların Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayesine Yönelik Bilgilerinin Dağılımı	21
Tablo 4.Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kendi Kendine Testis Muayenesi Yapma Durumlarına Göre Dağılımı.	23
Tablo 5. Hastaların Yaşı ve Kilosu İle Ölçek Alt Puanları Arasındaki İlişki	24
Tablo 6. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ölçek Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	25
Tablo 7. Hastaların Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayenesine Yönelik Bilgilerine Göre Ölçek Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 8. Hastaların Ölçekten Aldıkları Puana Etki Eden Faktörler.....	32

KISALTMALAR LİSTESİ

CSİM :Champion Sağlık İnanç Modeli **GHT**:Germ

Hücreli Tümör

KKTM : Kendi kendine Testis Muayenesi

SİM : Sağlık İnanç Modeli

TK : Testis Kanseri



1. GİRİŞ

Kanser, 2020'de yaklaşık 10 milyon kişinin ölümüne sebep olması dolayısıyla dünya çapında önde gelen bir ölüm nedenidir (Ferlay et al., 2021). İki bin yirmi yılında 19,3 milyon yeni kanser vakası rapor edilirken 5 yıllık prevalansının yaklaşık 55,5 milyon kişi olduğu bildirilmektedir. Aynı yıl tüm kanser sayıları içerisinde yaklaşık 0,39 yeni vaka oranına sahip olan testis kanseri (TK)'nin ise yeni vaka sayısı 74 458 kişi ve bu kanserden dolayı 9 334 ölüm olayı yaşandığı ve 5 yıllık prevalansının 296 686 kişi ve insidansının 100 000 kişide 7,55 olduğu bildirilmektedir (WEB_1; Sung et al., 2021). Sayısal oranları nispeten düşük olmasına rağmen sağ kalım oranı %95 gibi oldukça yüksektir. Özellikle 15-19 yaş arası erkeklerde lösemiden sonra en sık görülen kanserdir ve 15-35 yaş arası erkeklerde yüksek prevalansı nedeniyle bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (Manecksha ve Fitzpatrick, 2009).

Testis tümörünün yıllık insidans oranları coğrafik, bölgesel, gelişmişlik düzeyi ve etnik kökene göre farklılıklar göstermektedir. Dünyanın diğer yerlerinden farklı olarak yıllık insidansı Kafkasyalı erkeklerde zamanla artan bir eğilimle son 40 yılda iki katına çıkmıştır (Boccellino et al., 2017). Afrika ve Asya kıtalarından elde edilen veriler, her 100.000 erkekte 1 vakadan daha düşük bir insidans gösterirken, İskandinav ülkelerinde 100.000 erkekte 9,4-9,9 olarak gerçekleşmektedir. Etnik kökene göre gerçekleştiği varsayılan bu eğilim, Amerika Birleşik Devletleri'nden alınan verilerle de doğrulanmaktadır. Testis tümörü'nün Afrika kökenli Amerikalılarda insidansı 100.000 erkekte 1,2 iken beyaz erkeklerde daha yüksek bir oranda ve 100.000 erkekte 6,9 olarak gerçekleştiği tespit edilmiştir (Ghazarian et al., 2015; Znaor et al., 2014).

Testis tümörü nadir bir kanser türü olmasına rağmen, onkolojide model tedavi edilebilir bir kanser olarak çok önemli bir yere sahiptir. Hastalığın doğal seyri sonucunda hasta metastaz nedeniyle yaşamını kaybetmektedir (Rusner et al., 2018). Bununla birlikte günümüzde testis tümörü için birincil koruma önlemi olmamakla birlikte cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi gibi multimodal tedavi yöntemleri ile tedavi oranı yüksektir (Rusner et al., 2018). Erken evrede teşhis edilirse testis kanseri tamamen tedavi etmek mümkündür. Erken teşhisten sonra %99 oranında 5 yıl daha yaşama olasılığı bulunmakla

birlikte tedaviden sonra hastaların çoğu eski yaşam kalitesine yakın bir kalitede yaşamını devam ettirmektedir (Smeltzer et al., 2010)

Testis kanserierken dönemde saptanabilmekle birlikte bunun için özelde risk grubunda olan ve tüm erkeklerin belli periyotlardaki kendine testis muayenesi (KKTm) yapmaları gerekmektedir (Altunkurek et al., 2020). Ancak literatürde bulunan az sayıda araştırmalarında gösterdiği gibi bu konuda erkeklerin bilinç ve KKTm yapma düzeyi oldukça düşük seviyelerdedir (Doğan et al., 2016; Wardle et al., 1994).

Avrupa'da 7.304 üniversite öğrencisi ile yapılan bir araştırma, öğrencilerin sadece %3'ünün her ay düzenli olarak KKTm yaptığını ortaya koymuştur (Wardle et al., 1994). İran'da yapılan bir araştırma, öğrencilerin sadece %7,9'unun kendi kendini muayene ettiğini bildirmiştir (Ramim et al., 2014). Roy ve arkadaşının yaptıkları bir çalışmada araştırmaya katılan bireylerin %39'unun testis tümörü için yüksek riskli olduğu ancak bu erkeklerin %17'sinin daha önce KKTm yaptığını söylediği bulunmuştur (Roy et al., 2017)

Ülkemizde de TK ve KKTm ile ilgili araştırmalar oldukça sınırlıdır. Yapılan az sayıda araştırma da üniversite öğrencileri ve gençler düzeyinde yapılmıştır (Ferlay et al., 2015; Web_2). Kuzgunbay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin sadece %2,5'inin daha önce kendi kendine testis muayenesi yaptığını ve sadece %1'inin düzenli olarak (ayda bir) yaptığını bildirmiştir (Ferla et al., 2013).

Testis tümörü erken yaşlarda daha sıklıkla görülmesine rağmen ileri yaşlarda da görülebilmektedir. Tümörün erken evrede saptanabilmesi için kendi kendine testis muayenesi önemli bir yere sahiptir. Sağlık davranışlarını açıklamak için sağlık inanç modeli kullanılmakta, sağlık inanç modeli sağlık sorunları için koruyucu sağlık davranışlarının kazandırılmasının önemli olduğunu vurgulamaktadır (Ramim et al., 2014; Roy et al., 2017). Hemşirelerin erkeklerin testis kanseri hakkında bilgilerinin değerlendirmesi, kendi kendine testis muayesi hakkında farkındalık yaratılması ve muayene yöntemini öğretmeleri önerilmektedir (Doğan et al., 2016). Bu nedenle bu araştırmada erkeklerin kendi kendine testis muayenesi bilgi düzeyi, testis muayenesine yönelik sağlık inancı ve etkileyen faktörleri belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Testis, Yapısı ve Testis Kanseri

Testisler iç genital organlardır ve erkeklerde üreme hücresi olan spermatozoonun üretiminde görev alırlar (Doğan et al., 2016).Skrotum adı verilen, gevşek cilt ve kas dokusuna sahip, bir kese içinde yerleşik bulunan salgı bezleridir. Skrotum içinde yer alan testisler “spermatik kordon” adı verilen ve içinde testise ait damar ve sinirlerin yanında “vasdeferens” denilen meni kanalının bulunduğu bir kordon ile vücuda bağlanır(WEB_3). Testisler elips şeklindedir. Her biri interstisyel doku tarafından desteklenen seminifertübüller içeren bir dizi lobülde oluşur. Seminifertübüller, spermatozoonun olgunlaşma sürecine yardımcı olan Sertoli hücreleri tarafından kaplanmıştır. İnterstisyel dokuda testosteron üretiminden sorumlu olan Leydig hücreleri bulunur(WEB_4).

Testiküler tümörlerin, germ hücreli (seminom, embriyonalkarsinom, yolkstalk, koryokarsinom, teratom, miksgerm hücreli), seks kordstromal hücreli (leydig, sertoli, granüloza, tekoma-fibroma) ve çeşitli (lenfoma, lösemi, sarkom, leomiyom, vasküler, fibroma, nörofibroma) olarak sınıflandırılan farklı histolojik tipleri bulunmaktadır. (Coursey et al., 2015). Tüm testis tümörlerinin %90-95'i Germhücreli tümör (GHT)'lerdir(Coursey et al.,2015).

Germ hücreli tümör genel olarak seminom ve nonseminomatözGHT olarak iki ayrı grupta değerlendirilir (Purdue et al., 2005; Smeltzer et al., 2010). Bu iki farklı tümör tamamen farklı büyüme, yayılma ve tedavi özelliklerine sahiptir. Non-seminoma olarak adlandırılan testis kanserleri, seminoma olarak adlandırılan testis kanserlerine göre, daha hızlı gelişme ve yayılma özelliğine sahiptir.Bazı testis tümörlerinde tümör içinde hem seminoma hem de non-seminoma tipi kanserler aynı anda olabilir. Bu gruptaki hastalar, non-seminoma tipi tümörlerdeki gibi tedavi edilmektedirler(WEB_3).Teşhisi yapılan GHT içerisinde yaklaşık yarısı seminom türü tümörlerdir (Huyghe et al., 2003).

Testis kanseri, normal testis dokusunda bir değişiklik ve kontrolsüz büyüme ile başlar ve bir tümör oluşturur.Germ hücreli tümör, sperm üreten hücrede gelişir ve %95 ile en sık görülen testis kanseri tipidir (WEB_2). Genel olarak tek testiste görülen tümörbilateral olabilir (Ferlay et al., 2010;Ghazarian et al., 2018).Bilateralgörülme oranı yaklaşık %1-2'dir(Park et al., 2018). Testis kanserinin doğal seyri, sonunda ölümle sonuçlanan metastazdır (Montgomery et al., 2005; WEB_5).

2.2. Testis Kanseri Epidemiyoloji

Testis kanseri erkek üreme sisteminin bir parçası olan testislerde gelişen ve nispeten nadir görülen bir kanser türüdür. Genel olarak erkeklerde malign tümörlerin %1'ini ürolojik malignitelerin %5'ini veya başka bir kaynağa göre %13-23'ünü temsil eder (Czene et al., 2002; Ferlay et al., 2010; Hemminki et al., 2002; Litchfield et al., 2017). Ancak 15-45 yaş grubunda en sık görülen neoplazm olduğu bildirilmektedir (Muccivd, 2016; Parkin et al., 2005; Sampson et al., 2015). Malignite, erkek malign neoplazmı, solid malignite veya kanser olarak görülmektedir (Chia et al., 2010; Ferlay et al., 2012; Ferlay et al., 2013; Park et al., 2018; Parkin et al., 2000;). Genç erkeklerde daha yaygın görülmekle birlikte nadiren 15 yaşından önce ve 50 yaşından sonra da görülebilmektedir (Faydalı 2018; Ghazarian et al., 2018; Kuzgunbay 2018). Ayrıca kanser ölümlerinin üçüncü önde gelen nedenidir (McDougal et al., 2015; Rapley et al., 2010).

Amerikan Kanser Derneği'nin yayınladığı 2020 verilerine göre, testis kanseri ergenlik öncesi nadiren görülürken, ergenlik döneminden sonra prevalansı artmaktadır. Genç ve orta yaşlı erkeklerde daha sık görülmekle birlikte hayatın her döneminde ortaya çıkabilir. Şu ana kadar görülen vakaların %6'sı çocuk ve ergenleri, %8'i 55 yaş ve üzeri bireyleri ve kalan %86'lık kısmı da genç ve orta yaşlı kimseleri içermektedir. Testis kanseri vakaları son 40 yılda belirgin bir sebep olmaksızın artmıştır. Testis kanseri yaygın değildir ancak yaklaşık her 250 erkekten 1'i yaşamları boyunca bir noktada testis kanseri geliştirecektir (American Cancer Society, 2021).

Dünya genelinde 2020 yılında 74 458 kişiye TK tanısı konulmuştur. Bu sayı tüm kanser vakaları içerisinde yaklaşık 0,39'u temsil etmektedir. Aynı yıl içerisinde 9 334 ölüm olayı yaşanmıştır. Testis kanserinin 5 yıllık prevalansı 296 686 kişi ve insidansı 100 000 kişide 7,55'dir (Sung et al., 2020; WEB_1). Testis kanserinin yıllık insidansı son yıllarda dünya genelinde ve özellikle gelişmiş Batılı ülkelerde artış gösterme eğilimindedir ve hatta oranın 2 katına çıktığı belirtilmektedir (WEB_6).

Ancak bu artışın nedenleri tam olarak belirlenememiştir (Chenget al., 2018).

Testis kanseri yıllık insidans oranları coğrafik, bölgesel, gelişmişlik düzeyi, etnik kökene, ülkelere göre farklılıklar göstermektedir (Ghazarian et al., 2015; Purdue et al., 2005). Amerika Birleşik Devletleri'nde TK, Afrikalı Amerikalılara göre (100.000 kişi de 1.2 etkilenen kişi) beyaz bireylerde (100.000 kişi de 6.9 etkilenen kişi) daha yaygındır (Ghazarian et al., 2015). Dünyanın diğer yerlerinden farklı olarak yıllık

insidansıKafkasyalı erkeklerde zamanla artan bir eğilimle son 40 yılda iki katına çıktığı bildirilmektedir (Huyghe et al., 2003; Purdue et al., 2005).

Testis kanseri insidansında farklı coğrafi ve zamansal varyasyonların olduğunet olarak açıklanamamaktadır(WEB_7). Testis kanseriinsidansındaki artış esas olarak doğum kohort etkilerinden kaynaklandığı söylenebilir. Bu da bireyin genetik özelliklerinin bir fonksiyonu olduğu anlamına gelmektedir(Ferlay et al., 2008; Hemminki et al.,2002; Montgomery et al., 2005).İki bin on yedi yılı verilerine göre, Türkiye’de yaşlara göre TK insidans hızının değişiklik gösterdiği, insidans hızının en yüksek olduğu yaş aralığının 25- 29 yaş aralığında olduğu bildirilmektedir (Göçgeldi et al., 2010). Ayrıca 10- 14, 15- 19 ve 20- 24 yaş aralıklarında tüm kanser türleri içerisinde TK en çok görülen kanser türü olmuştur (WEB_5).

2.3. Testis Kanseri İçin Risk faktörleri

Testis kanserinin etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte hem genetik hem de kazanılmış bileşenlere sahip olduğuna inanılmaktadır (Motzer et al., 2005; Saera et al., 2006).

Genetik özelliklerin kanser türlerinin gelişimi üzerinde farklı etkileri bulunmakla birlikte, tiroid kanseri ve endokrin bezlerinin tümörlerinden sonra testis kanseri üzerinde en yüksek orana sahip olup, testis tümörlerinin %40'ından fazlasında etkilidir(Czene et al., 2002; Litchfield 2017;Mucci et al., 2016). Buna rağmen, testis tümörü olan erkeklerin %90'ından fazlasının ailesinde hastalık öyküsü yoktur ancak aile öyküsü olanlar için risk önemli ölçüde artmaktadır (Dong et al., 2001; Sampson et al.,2015).

Örneğin, testis tümörü öyküsü olan bir erkeğin erkek kardeşi, genel popülasyondaki erkeklere göre 8- 10 kat daha fazla hastalığa yakalanma riskine sahiptir. Testis tümörü öyküsü olan bir erkeğin erkek çocuğunda da hastalığın görülme riski genel erkek popülasyonuna göre 4- 6 kat daha fazladır(Hemminki et al., 2006; Westergaard 1996).

Monozigotik ve dizigotik ikizlerle ilgili yapılan bir çalışma, paylaşılan genetik ve çevresel faktörlerin testis kanseri gelişimine katkıda bulunduğunu bildirmiştir(Mucci et al., 2016).İnfertil olan erkeklerde ve birinci derece akrabalarında testis kanseri gelişme riski arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir(Anderson et al., 2016). Testis kanseri geçiren erkeklerin diğer testiste kanser geliştirme riski daha yüksek olup, testis kanserli hastaların %5-6'sında diğer testiste germ hücreli neoplazma bulunmaktadır(Anderson et al., 2016). Amerika Birleşik Devletleri'nde 29.000'den fazla erkek birey üzerinde yapılan bir

çalışmada, ilk tanıdan itibaren 15 yıl içinde diğer testiste kanser geliştirme riskinin %2 olduğu bildirilmiştir (De Toni et al.,2019; Gurney et al., 2016).

Testis kanseri için diğer bir risk faktörü çevresel risk faktörleridir. İki bin on altı yılında yapılan bir araştırmada, kalıcı çevresel endokrin bozucu kimyasallara (organoklor vb.) doğum öncesi ve doğum sonrası maruz kalmanın erkek üreme bozuklukları riskini artırdığına dair sınırlı epidemiyolojik kanıt bulunmaktadır (Bonde et al., 2016; Gurney et al., 2016). Böyle bir çevresel neden, düşük insidanslı bir bölgeden yüksek insidanslı bir bölgeye taşınan ikinci nesil beyaz erkeklerin, ikinci bölgedeki erkeklerle aynı testis kanseri riskine sahip olduğunu gösteren verilerle desteklenmektedir (Ferlay et al., 2008). Yüksek insidanslı bölgeye taşınan ikinci nesil erkeklerin bu yeni bölgede doğum öncesi olarak ksenobiyotiklere maruz kaldıkları ve bu nedenle babalarından daha yüksek riske sahip oldukları ve yüksek bölgede doğan diğer erkeklerle aynı riske sahip oldukları belirtilmektedir. Ayrıca doğum öncesi- sonrası diyet veya endokrin bozucu kimyasallara maruz kalma gibi çevresel faktörler ile yaşam tarzı faktörlerinin testis kanseri gelişimini etkilediğini göstermektedir (Giannandrea et al., 2017)

Testis kanseri için diğer bir risk faktörü fiziksel aktivitedir. Artan fiziksel aktivite riski azaltırken hareketsiz bir yaşam tarzı artan risk ile ilişkilidir. Erkek özelliklerinin erken başlaması da risk artışı ile ilişkilidir. Ayrıca Batılı ülkelerdeki daha yüksek testis kanseri oranları, esrar kullanımıyla ilişkilendirilmiştir (Michos et al.,2007;Richiardi et al., 2007).

Testis kanseri gelişimi için epidemiyolojik risk faktörleri arasında; en önemli risk faktörü, kriptorşidizm (testislerden birinin veya her ikisinin skrotumda bulunmadığı bir doğum kusuru) testis kanseri riskini yaklaşık 5 kat artırmaktadır (Albers et al., 2016;McDougal et al., 2015; Rapley et al., 2010;Shankar et al.,2006). Genellikle bir tümörün varlığının kriptorşidizme katkıda bulunduğu belirtilmektedir. Kriptorşidizm bir tümörle birlikte ortaya çıktığında, tümör büyüme eğilimindedir (Forman et al., 1994)

Birinci derece akrabalarda (kardeş, baba), Klinefelter Sendromu, testis tümörü öyküsü,diğer testiste tümör veya testikülerintraepitelyalneoplazi, infertilite, önceki testis kanseriöyküsü,ilk tanıdan sonraki 5 yıl içinde ve çoğu vakada ilk tanıdan sonraki 2 yıl içinde risk görülme oranı yaklaşık %5'tir. Genetik yatkınlıklar, yüksek maternal östrojen seviyelerimaruziyeti, hipospadias, genç yaş, etnik köken,düşük sperm sayısı, inguinalherni, testis travması, prenatal ksenobiyotikmaruziyeti,

endojenhormonsinyallemesinin bozulması, kabakulak orşiti, HIV veya AIDS, testiste mikrolitiazis, boy, akraba evliliği, ikiz olmak ,diğer risk faktörleri arasındadır (Cheng et al., 2018;Forman et al.,1994;Faydalı, 2018; Garner et al., 2005; Michos et al., 2007; Kuzgunbay, 2014; WEB_8).

2.4. Testis Kanseri Belirtileri

Testis kanserinin en sık görülen belirtisi erken dönemde testiste bir yumru, kitle, ağrısız şişlik, ağrısız iltihaplanmadır (Albers et al.,2015; Saera et al., 2006). Birçok hastada skrotumda yaygın ağrı, şişlik, sertlik, ağırlık hissi vardır (Baird et al.,2018; Ferri, 2021).

Hastalarda belirti olarak skrotumda ağrısız şişlik, skrotalşilik ağrı, bazen alt karın bölgesinde, perianal bölgede veya skrotumda hafif veya şiddetli ağrı görülebilmektedir. Skrotal kitle genellikle hassas ve serttir. Hastaların %10'ununda ilk semptom akut ağrı olmakla birlikte hastalığın ilerlemesiyle bel veya göğüs ağrısı, öksürük ve nefes darlığı da görülebilmektedir (Lewis et al., 2014).

Akut testis ağrısı nadiren görülmektedir (Fadichet al.,2018).Hastaların %20-%27'sindetestiste ağrı görülebilmekle birlikte, yaklaşık %11'inde metastazdan ötürü sırt ve yan ağrısı mevcuttur. Bazı durumlarda, testiküler kitle, orşit şeklinde yanlış tanı alabilir(Moul, 2007). Ancak sıklıkla intratümör kanama veya enfarktüs nedeniyle testisin hızlı genişlemesi görülmektedir (Fadichet al.,2018)

Testis kanseri genellikle, hasta veya cinsel partneri tarafından tespit edilebilen, testislerden birinde ağrısız bir düğüm veya iltihaplanma olarak görülmektedir. Bazen testis atrofisi veya testis büyüklüğü olan bir kişi testis kanseri ile enfekte olabilir. Hastaların yaklaşık %30-40'ı alt karın, perineal bölge veya skrotumda belirsiz ağrı ve ağırlıktan şikayet eder. Hastaların %10'unda testis kanseri semptomları çok şiddetlidir. Hastaların %10'unda testis kanserinin klinik belirtileri, hastalığın metastatik evresine ve enfekte bölgelere bağlıdır. Enfekte bölgelere bağlı olarak belirtiler farklıdır (Jeihooni et al.,2021). Bu belirtiler arasında; servikal bir kitle, öksürük veya nefes darlığı, iştahsızlık, bulantı ve kusma, sindirim sisteminde kanama, sırt ağrısı, iskelet ağrısı, sinir sistemindeki değişimler, bacaklarda ağrı veya iki taraflı enfekte olmadır (Kier et al., 2017; Trabert et al., 2015; WEB_9). Bununla birlikte, erkekler genellikle semptomların önemini, utanma, zaman eksikliği, kanser korkusu ve ölüm korkusunun önemini fark

edemedikleri için semptomlar geliştikten sonra ortalama 16 hafta sonra tedavi arama ihtiyacı hissederler (Motzer et al., 2005; Peters et al., 2008; Pınar et al., 2011).

2.5. Testis Kanserinde Tanı

Dünya çapında testis kanseri olan hastaların yaklaşık %50'sine seminom teşhisi konur ve hastaların diğer %50'sine çeşitli tipte seminom dışı veya farklı tümör teşhisi konur. Genel olarak tanı yaşının medyan değeri 30 ve 37'dir (Daugaard et al., 2014; Mortensen, 2014). İlk tanıda, hastaların yaklaşık %70'inde evre I hastalık vardır (lenf nodu tutulumu veya metastaz olmaksızın yükselmemiş, tümör belirteçleri seviyelerinormal) ve hastaların yaklaşık %30'una metastatik hastalık teşhisi konmaktadır. Evre I'de olan hastaların yaklaşık %50'si kemoterapitedavisi görmektedir (Daugaard, 2014; Kier, 2017).

Testis kanserinin erken teşhisi, mortaliteyi azaltmada, sağ kalım oranlarını artırmada ve hastalığın prognozunda önemli bir role sahiptir (Pietrzyk et al., 2020; Siegel, 2012). Erken evrede (Evre I, kanser sadece testislerde) 5 yıllık sağkalım oranı %95-%99'dur (Lechner et al., 2002; WEB_9). Birleşik Krallık'ta 2006 ve 2010 yılları arasında hayatta kalma oranının %100 olduğu bildirilmektedir. Sağkalım oranları, hastalığın Evre III veya IV'ünde teşhis edilen erkekler için önemli ölçüde daha düşüktür. Tüm vücuda yayılacak kadar uzun süre tedavi edilmezse (Evre III ve IV) hastalık ölümcül olabilir (WEB_10). Testis kanserinden ölümlerin ana nedeni, kanserin ileri bir metastatik evrede geç teşhis edilmesinden veya saptanmasından kaynaklanmaktadır (Park et al., 2018; Pietrzyk et al., 2020; Shaw, 2008).

Tanı yöntemleri ultrasonografi, bazı kan testleri ve manyetik rezonans görüntülemidir (WEB_11). Skrotumdapalpe edilen herhangi bir yumrunun doğası genellikle, yumrunun tam yerini, boyutunu ve kistik veya katı, tek tip veya heterojen, keskin sınırlı veya kötü tanımlanmış gibi bazı özelliklerini belirleyebilen skrotalultrason ile değerlendirilir. Hastalığın yaygınlığı, metastazları tespit etmek için kullanılan Bilgisayarlı tomografitaramaları ile değerlendirilir. Testis kanserinin ayırıcı tanısı, inguinalorşiektomiden elde edilen dokunun histolojisinin incelenmesini gerektirmektedir. Kanser hücrelerinin skrotuma yayılma riskini artırdığı için biyopsi yapılmamalıdır (Smith et al., 2018)

Testis kanserinin çoğu, kendi kendine muayene (KKTM) veya hekimler

tarafından yapılan fizik muayene sırasında ele gelen kitleler olarak tespit edilir(Aydın et al., 2018; Baird et al., 2018; Milecki et al., 2021;Shankar et al., 2006).Ancak erkeklerin çoğu, genellikle testis kanserinin semptomları hakkında bilgi eksikliğinden veya onları görmezden gelmekten dolayı bir doktora başvurmada bir gecikme yaşar. Hastalarda testislerde ağırlık, kendini iyi hissetmeme ve ağrı görülebilmektedir. Çoğunlukla testis kanseri olan bu belirtilerin bir düğüm veya yaralanma olduğuna inanılmaktadır. Bu nedenle, ilk tanı eksikliği yaygın olarak görülebilmektedir. Bu gecikme, hastaların %50-%88'inde yan etkilerin ve ölüm oranının oldukça önemli olduğu metastatik faza girmesine neden olmaktadır(Kramer et al., 2006; McClenahan et al., 2007; Ondrusova et al., 2008).

2.6. Testis Kanserinin Evreleri

Testis çıkarıldıktan sonra, nükleer konformasyon gibi bazı morfolojik detayları daha iyi koruduğu için Bouin'in çözümü ile sabitlenmektedir (Bonin et al.,2011). Daha sonra testis tümörü, AJCC Kanseri Evreleme Kılavuzunda yayınlanan Malign Tümör Sınıflandırmasına (TNM) göre bir patolog tarafından evrelendirilir. Testis kanseri, üç aşamadan birinde (alt sınıflandırmaları olan) kategorize edilir. Testisteki tümörün boyutu evreleme açısından önemli değildir. Geniş anlamda, testis kanserinin evrelendirilmesi aşağıdaki gibidir(WEB_12).

Evre I: kanser testiste lokalize kalır.

Evre II: Kanseri, testis ve retroperitoneal ve/veya paraaortik lenf nodlarına (diyaframın altındaki lenf nodları) metastazı içerir.

Evre III: Kanseri, retroperitoneal ve paraaortik lenf nodlarının ötesinde testis ve metastazı içermektedir.

2.7. Testis Kanserinin Tedavisi

Testis kanseri diğer organlara hızla yayılabilen bir kanser türü olmasına rağmen erken teşhis ile başarılı tedavi şansı yüksektir(Kılıç, 2016;Siegel et al., 2021; Uğurlu et al., 2011;Uyar et al., 2019). Erken teşhis ve testis kanserinin metastaz riskinin bilinmesi çok önemlidir (Sayar et al., 2021). Erken tanı konulduğunda hastaların %85-90'ı iyileşmektedir(Uğurlu et al., 2011).Tedaviden sonra hastaların çoğu eski yaşam kalitesine yakın bir kalitede yaşamını devam ettirmektedir (Smeltzer et al., 2010).

Testis kanseri erken teşhisi, daha az toksik ve daha basit tedavi seçeneklerinin kullanılmasına olanak sağlar (Rudberg et al., 2005).Erken teşhis adjuvant tedavinin (radyo

ve kemoterapi) kardiyotoksik ve nörotoksik etkilerini azaltıp, ikincil kanserleri önleyebilir (Rapley et al., 2010).

Testis kanserinin tedavi seçenekleri arasında cerrahi, radyasyon tedavisi, kemoterapi veya kök hücre nakli bulunmaktadır (WEB_8). Hastaların %90'ından fazlası cerrahi, radyoterapi ve kemoterapinin tek başına veya bunların kombinasyonu ile tedavi edilmektedir (Yetisyigit et al., 2014). Kanserın vücuda yayıldığı durumlarda dahi kemoterapi %80'in üzerinde tedavi sağlamaktadır (Feldman et al., 2008). Seminoma tipi tümörler radyasyon tedavisine daha duyarlı tümörlerdir. Bazı testis tümörlerinde tümör içinde hem seminoma hem de non-seminoma tipi kanserler aynı anda olabilir. Bu hastalar, non-seminoma tipi tümörlerdeki gibi tedavi edilmektedirler (WEB_3).

Testis kanserinin metastatik dejenerasyonu nedeniyle ölüm oranı 1970'li yıllardan önceson derece yüksek olup, nüks riskini içeren radyoterapiveretroperitoneal lenf nodudisseksiyonu ile kanser tedavi edilmekteydi (Hanna et al., 2014). Testis kanserinin 1972 yılında yapılan ilk tanımından günümüze kadar hastalığın anlaşılmasında ilerleme yaşanmış ve tedavi seçeneklerinin iyileştirilmiştir (Cheng et al., 2018). Cerrahi ve sisplatin bazlı kemoterapi kombinasyonu ve etkili kemoterapinin geliştirilmesi TK'nın tedavi edilebilirliğini yükseltti (Hanna et al., 2014). Aslında, TK tedavisine cerrahi ve adjuvankemoterapi veya radyoterapiyi içeren mevcut multidisiplineryaklaşım kūr oranını yükseltmiş (Purdue et al., 2005; Huyghe et al., 2003).

Bu bağlamda >%90'lık bir kūr oranı yakalanmıştır (Cheng et al., 2018). Testis kanseri tedavisi kanser tedavileri için bir model olarak kabul edilmektedir (Hanna et al., 2014).

2.8. Kendi Kendine Testis Muayenesi

Günümüzde TK kaçınılmaz ve önleme imkanı olmayan bir hastalıktır (Drevinskaite, 2019; Salehiniya, 2018). Fakat hastalığın erken teşhisi tedavi edilebilirliğini ve hastanın hayatta kalma şansını arttırmaktadır. Erken tanının en önemli yollarından birisi de KKTMT'dir (Altinel et al., 2013; Ceylan et al., 2006; Ugbama et al., 2011; Yıldız et al., 2015). Kendi kendine testis muayenesinin kolay öğrenilmesi ve uygulanması gibi avantajları vardır. Güvenli, ucuz ve invaziv olmayan; herhangi bir özel ekipman gerektirmeyen kanserojen riski olmayan ve çok zaman almayan avantajlı bir işlemdir (Asgar et al., 2014; Casey et al., 2011; Göçgeldi et al., 2010; Yalçınkaya et al., 2008; Yılmaz et al., 2009). Ayrıca ayda bir düzenli olarak KKTMT yapıldığında bireyin

testis dokusunu tanınması ve aradaki farkı erken teşhis etmesi açısından önemlidir (Fung et al., 2018; McGlynn et al., 2012;).

Amerikan Kanser Derneği, özellikle ailelerinde kanser öyküsü olan erkeklerin testislerini aylık olarak muayene etmeleri gerektiğini, Amerikan Üroloji Derneği ise, tüm genç erkeklerin ayda bir KKTM yapılmasını önermektedir(WEB_13;WEB_14;WEB_15).Literatürde de KKTM'nin 15 yaş üstü erkekler tarafından ayda bir kez yapılması önerilmektedir (Rovito et al.,2015). Çünkü her ay düzenli olarak yapıldığında testis dokusundaki farklılıkların erken dönemde saptanmasına yardımcı olur(McCullagh et al., 2005).Ancak ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü KKTM'nin gerekliliği ile ilgili elde yeterli delil olmadığından,asemptomatik ergenlerde ve yetişkinlerde rutin kendi kendine testis muayeneleri de dahil olmak üzere rutin TK taraması yapılmasını önermemektedir(WEB_16). Kendi kendine testis muayenesinin risk ve faydaları tartışmalı olsa da, bu yöntem potansiyel olarak erken evrede TK'yı teşhis etmeye yardımcı olabilir(Swerdlow et al., 1987).

Kendi kendini testis muayenesi yoluylaTK'nınerken bir aşamada kolayca tespit edilebileceğini ve etkin bir şekilde yönetilebileceğini göstermektedir (Ugbama et al., 2011). Kendi kendine testis muayenesi basit bir yöntem olmasına rağmen testis kanserine yakalanma riski taşıyanlarda sanıldığı kadar sık yapılmamaktadır (Akar et al.,2014; Brown et al., 2012; Gocgeldi et al., 2011). Dünya çapında erkekler arasında TK ve KKTM hakkında bilgi ve farkındalık düşüktür (Saab et al., 2016; Vallo et al., 2020).Bu tür yetersiz bilgi ve davranış, testis kanseri semptomlarının tanınmasında gecikmeye, tedavinin etkinliğinin azalmasına ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır (Casey et al., 2010).

Düzenli KKTM yapmanın başka faydaları da olabilir, yani erkekler kendi anatomilerine aşina olabilir, kanser dışındaki anormallikleri nasıl tespit edip izleyecekleri konusunda bilgi sahibi olabilir ve tespit edilen anormalliklere danışmak için sağlık personeli ile çok daha hızlı iletişim kurabilir (Rovito et al.,2018). Teşhis ve tedavideki gecikmelerin nedeni, genç erkeklerin TK'nin tehlikesi hakkında bilgi sahibi olmaması ve erken teşhis için çok önemli olan kendi kendine muayene olmasıdır. Testis kanseri sıklığı artmasına rağmen, birçok çalışmada dünya çapında genç erkekler arasında TK ve KKTM bilgisi ve farkındalığı çok zayıf olduğu bildirilmiştir.Avrupa'da 7.304 üniversite öğrencisi ile yapılan bir araştırma, öğrencilerin sadece %3'ünün her ay düzenli olarak kendi kendini

muayene ettiğini ortaya koymuştur (Wardle et al., 1994). İran'da yapılan bir araştırma, öğrencilerin sadece %7,9'unun kendi kendini muayene ettiğini bildirmiştir (Ramim et al., 2014). Başka bir çalışma, yetişkin erkeklerin %89'unun hiç KKTm yapmadığını ve genç erkeklerin sadece %4'ünün her ay KKTm yapması gerektiğini bildiğini bildirmiştir (Gleason, 2006). Amerika'da yapılan bir çalışmada, 191 genç yetişkin erkek üzerinde yapılan bir araştırma, %64'ünün

KKTm'leri nadiren veya hiç yapmadığını bulmuştur (Atuhaire et al., 2019; Fadich, 2018). Ek olarak, yakın zamanda yapılan bir çalışma, katılımcıların yalnızca %8,8'inin yüksek risk grubundaki erkeklerin (35 yaşın altındaki yetişkin erkekler) KKTm yapması gerektiğini bildiğini bildirmiştir (Göçgeldi et al., 2010).

Ayrıca sağlık veya tıp eğitimi de dahil olmak üzere yüksek eğitim almış erkekler arasında bile bilgi açığı olduğu bildirilmektedir (Pietrzyk et al., 2020). Tüm bunların yanında eğitim ve bilgilendirmeler ile TK'ya karşı duyarlılık ve farkındalığın artması ile birlikte KKTm yapma oranını da arttığı belirtilmektedir (Pouret al., 2016).

Kendi kendini testis muayenesi, duş sırasında veya sonrasında ayna karşısında muayene ve palpasyon yöntemleriyle yaptığı düzenli fizik muayenedir. Kendi kendine testis muayenesi iki elle yapılır; testis poleks, nokta ve orta parmaklar arasına yerleştirilir. Bir yandan testisi stabilize ederken diğer yandan testisi topaklar açısından inceler (Shallwani et al., 2010). Ağrısız sertlik, kitle veya enflamasyondahil her belirti ciddiye alınmalı ve lateral gözlemler gerektirmektedir (Onyiriuka et al., 2013; WEB_17).

- Erkeklerin KKTm yapmamasının olası sebepleri;
- TK'nın şiddetini anlamamak,
- KKTm'nin etkinliğine inanmamak,
- Yeterli zaman bulamamak
- KKTm yaparken kendilerini suçlu veya günahkâr hissetmek
- Yardım arayan erkeklere atfedilen zayıflık damgası
- Farkındalık ve bilgi eksikliği
- Muayenenin önemsenmemesi (Rudberg et al., 2005; Vogel et al., 2011).

2.9. Sağlık İnanç Modeli

Cinsiyete özel sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamında odak noktası tipik olarak kadınların sağlık sorunlarıdır, ancak erkek sağlığı konusu önemli ölçüde dikkat gerektiren bir konudur. Erkeklerin tıbbi yardım aramaya isteksiz oldukları uluslararası

olarak kabul edilmektedir (Richardson et al.,2009). Genellikle semptomlar zayıflatıcı hale gelene kadar erteler (Cronholm et al., 2009). Bu davranış, erkekleri sağlıklarını riske atmaya teşvik eden geleneksel eril toplumsal cinsiyet sosyalleşmesinden ve sosyal normlardan kaynaklanıyor olabilir (De Visser et al., 2009). İnsanların kanserle ilgili bilgi, tutum ve davranışları, yaş, cinsiyet, eğitim ve kanserle ilgili deneyimler gibi kişisel faktörlerle yüksek oranda ilişkilidir (Evans et al., 2010)

İnsanların sağlık davranışları inanç, değer ve tutumlarından etkilenmektedir (Gözümet al.,2014). Özellikle 1950’li yıllardan itibaren yürütülen çalışmalarla insanların sağlık ile ilgili davranışlarını etkileyen inanç ve değerleri üzerine Sağlık inanç modeli (SİM), olarak adlandırılan bir model geliştirilmiş olup, bu model bireylerin neden koruyucu sağlık önlemlerine katılmadığını açıklamak için GodfreyHochbaum, StephenKegels, HowardLeventhal ve IrwinRosenstock'un çalışmalarından ortaya çıkmıştır. Hochbaum'un ilk çalışmaları, insanların neden tüberküloz için tanısal röntgen aradığıyla ilgiliydi. Bin dokuz yüz elli altı yılındaHochbaum, bu konuyla ilgili olarak, algılanan kişisel duyarlılık ve önleyici davranışta bulunmanın algılanan faydaları gibi daha sonra SİM'nin bir parçası olacak faktörlere referanslar içeren bir makale yayınladı. Sağlık inanç modelinin ilk açık formülasyonu, 1966'da Rosenstock tarafından yayınlanan bir makalede ortaya çıktı ve daha sonra 1974'te Marshall Becker tarafından rafine edildi. Bugün, SİM, sağlık psikolojisinde en yaygın olarak kullanılan sosyal biliş modellerinden biridir. Bu makale modeli açıklar, model içindeki çeşitli bileşenleri tanımlar ve SİM'nin sağlık davranışlarını tahmin etmek ve açıklamak için nasıl kullanıldığını özetler. Son olarak, sağlık müdahalelerinin tasarlanmasına yardımcı olmak için SİM'nin kullanıldığı yollar tartışılmaktadır (Lin et al., 2010).

Sağlık inanç modeli istenilen olumlu sağlık davranışının kazanılması, uygulanması, geliştirilmesi ve devamlılığını sağlamak için rehber niteliğinde kullanılmaktadır. Başka bir ifade ile model; önerilen ya da önerilmeyen bir sağlık davranışının o birey tarafından neden uygulandığını, reddedildiğini ya da ertelendiğini açıklamaktadır(Champion, 1984;Champion et al., 1997; Ghaderi et al., 2017)

Sağlık davranışlarının açıklanmasında kullanılan SİM, birey/grupların zihninde hastalıktan kaçınma ya da sağlıklı olmanın onlar açısından neyi ifade ettiğinin tespit edilmesini sağlamaktadır. Bununla birlikte tespit edilen değer bireyin hastalık ya da sağlık kavramına ulaşmadaki etkisini anlamaya çalışmayı hedeflemektedir (Lechner et al., 2002).

Bu modelin, astım, diyabet, osteoporoz, meme kanserinin yanı sıra kadınların pap-smear testi yaptıрма durumları ve ulusal çocuk aşılama programları ile ilgili pek çok çalışmada olumlu davranışın kazandırılması için kullanıldığı belirlenmiştir (Fall et al., 2018; Kurcer et al., 2020; Lewis et al., 2014;).

Champion, tarafından geliştirilen Meme Kanseri ile İlgili İnançları Ölçmek için SİM Ölçeği, aktif görevli Hava Kuvvetleri erkeklerinin TK ve KKTM ile ilgili inançlarını ölçmek için Barnes tarafından modifiye edilmiştir (Barnes, 2000; Champion, 1993;). Testis kanseri ve KKTM için sağlık inançları ölçeği, TK'nin erken teşhisine dayanmaktadır. Bu ölçek yetişkin erkeklerin inanç ve davranışlarını KKTM açısından değerlendirmek için sağlık hizmeti sunucuları tarafından güvenle kullanılabilecek ortak bir kavramsal çerçevedir (Akar and Bebiş, 2014; Hashemian et al., 2013; Pınar et al., 2011).

Orijinal SİM dört kavramdan oluşmakta olup bu kavramlar: algılanan savunmasızlık veya duyarlılık, durumun neden olduğu algılanan kişisel zarar (şiddet veya ciddiyet), bir eylem veya davranışla ilişkili olumlu özellikler (fayda) ve bir eylem veya davranışla ilgili algılanan olumsuz yönlerdir (engel). Ancak daha sonra uyarlanarak altı temel kavramdan oluşturulmuştur (Champion ve Miller 1992; Lin, 2010).

Bu kavramlar şu şekildedir;

Algılanan duyarlılık: Bireyin hastalığa yakalanma ya da hastalıktan kaçınmama gibi sağlığını tehdit eden durumları nasıl algıladığını açıklamaktadır. Bu sayede, algılanan duyarlılığın artması ile birlikte bireyin risk azaltma yönünde davranış gösterme eğilimi de artmaktadır

Algılanan ciddiyet: Bireyin hastalığı ve tedavisi hakkında, durumun ciddiyetini ve ortaya çıkacak sonuçları nasıl algıladığını içermektedir.

Algılanan yarar: Birey tarafından kazanılması istenilen davranışların sonuçlarını nasıl değerlendirdiğiyle ilişkilidir. Eğer bu değer olumlu ise birey davranışı sürdürmeye devam etmektedir.

Algılanan engeller: Birey tarafından olumlu sağlık davranışını sergilemede ya da olumsuz sağlık davranışını sürdürmede ileri sürülen sebeplerden oluşmaktadır.

Eyleme geçiriciler: Bireyde davranışın gerçekleştirilmesini sağlayan iç ya da dış kaynaklı motivasyondur.

Öz etkililik: Bireyin olumlu sağlık davranışı sergilemede ve devam ettirmede kendine olan inancını belirtmektedir(Champion et al., 2008; Gözüm et al., 2014;).

Yapılan literatür taramasında araştırmaların çoğunlukla genç erkekler ile yapıldığı, kendi kendine testis muayenesine yönelik bilgi düzeyini değerlendirdikleri bulunmuştur. Sağlık davranışlarını açıklamak için sağlık inanç modeli kullanılmakta, sağlık inanç modeli sağlık sorunları için koruyucu sağlık davranışlarının kazandırılmasının önemli olduğunu vurgulamaktadır (Altınel and Avcı, 2013; Asgarpour et al., 2016; Jeihooni et al., 2021; Pınar et al., 2011; Pietrzyk et al., 2020; Rosenstock, 1974; Sayar et al., 2021; Üstündağ, 2019; Valloet al., 2020; Yurt et al., 2020).

İnsanların doğru bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanma ve bilinçlenmeleri konusunda hemşireler olmak üzere sağlık bakım ekibinin rolü büyüktür. Kendi kendine testis muayenesinde farkındalık yaratan ve TK'nin erken teşhisine rehberlik edebilen bir sağlığı geliştirme davranışıdır (Asgar et al., 2014; Yılmaz et al., 2009). Hemşireler, kanserin erken belirtilerini ve bu belirtileri tanımlamanın yollarını öğretmede önemli bir rol oynamaktadır. Hemşireler ayrıca hasta tutumlarını ve sağlık davranışlarını araştırabilir ve bu tutumları değiştirmek ve faydalı sağlık davranışlarını artırmak için hemşirelik girişimleri geliştirilebilir (Champion, 1987). Hemşirelerin erkeklerin testis kanseri hakkında bilgilerinin değerlendirmesi, kendi kendine testis muayesi hakkında farkındalık yaratılması ve muayene yöntemini öğretmeleri önerilmektedir (Saab et al., 2016). Bu nedenle bu araştırmada erkeklerin kendi kendine testis muayenesi bilgi düzeyi, testis muayenesine yönelik sağlık inancı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Soruları Araştırma soruları:

- Erkeklerin testis muayenesine yönelik sağlık inancı nasıldır?
- Erkeklerin sağlık inancını etkileyen faktörler nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma 01.11.2020-31.12.2020 tarihleri arasında Hatay Devlet Hastanesinde yapılmıştır

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Hatay Devlet hastanesi üroloji servisine yatan hastalar, örneklemi ise 18 yaş üstü, okuma yazma bilen, araştırmaya katılmaya gönüllü 297 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem birinci tip hata (α) ve örneklem hatası $d=0,05$ olarak belirlenip daha önceki yapılan araştırmaya göre $p=0,26$ olarak bulunup $n=P.Q.Z_{\alpha/2}^2/d^2$ formülüne göre belirlenmiştir (Aspargour et al., 2014). n: Örneklem büyüklüğü

P: Evrendeki X'in gözlenme oranı, Q (1-P): X'in gözlenmeme oranı $d=$

Örneklem hatası

$Z_{\alpha/2}$ sd serbestlik dereceli Z dağılımı kritik değerleridir ($sd=n-1$).

3.5. Verilerin Elde Ediliş Yöntemi

Araştırmanın verileri Hasta Tanıtım Formu ve Champion'un Testis Kanseri Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile toplanmıştır.

Hasta Tanıtım Formu (Ek I): Hasta tanıtım formu araştırmacılar tarafından literatüre göre hazırlanmıştır (Aspargour et al., 2014; Gutema et al.,

2018;UgbomaandAburoma, 2011; Brewer et al., 2011). Formda hastaların tanısı, yaşı, kilosu, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, medeni durumu, sağlık güvencesi varlığı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, ailesinde testis kanseri öyküsü varlığı, testis kanserini bilme durumu, testis kanseri hakkında bilgi aldığı yer, kendi kendine testis muayenesini bilme durumu, kendi kendine testis muayenesi hakkında bilgi aldığı yer, kendi kendine testis muayenesi yapma durumu, kendi kendine testis muayenesi yapmıyorsa nedeni, kendi kendine testis muayenesinin düzenli yapılıp yapılmaması gerektiğini bilme durumu, kendi kendine testis muayenesinin ne zaman yapılması gerektiği, idrar yolları, testisler ve penis ile ilgili sorun yaşama durumu sorularını içeren toplam 19 soru bulunmaktadır.

Araştırmaya başlamadan önce hastalardan gönüllü onam formu alınmıştır (Ek III).

Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayenesine Yönelik Sağlık İnançları

Ölçeği (Ek II): Ölçek Aydın Avcı ve Altınel tarafından 2014 yılında geliştirilmiş olup 35 madde ve duyarlılık (5 madde), ciddiyet/önemseme (10 madde), yarar ve sağlık motivasyonu alt boyutu (6 madde), engeller (9 madde), öz etkililik (4 madde) ve sağlık motivasyonu (3 madde) olmak üzere toplam 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 1’den 5’ e kadar puanlanan likert tiptedir. Ölçeğin toplum puanı bulunmamakta, her alt boyut kendi içinde puanlanmaktadır. Yüksek puanlar duyarlılık, ciddiyet, sağlık motivasyonu, yararlar ve sağlık motivasyonu ve öz etkililik alt boyutları için pozitif bir durumu göstermekte, engeller alt boyutu için negatif bir durumu göstermekte olup engellerin yüksek olarak algılandığını ifade etmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı alt boyutlar için 0,64 ve 0,87 arasında değişmektedir (Avcı et al., 2018). Bu araştırmada ölçeğin iç tutarlılık katsayıları; Öz etkililik alt boyutu için 0,979, Sağlık motivasyonu alt boyutu için 0,734 Duyarlılık alt boyutu için 0,913, Ciddiyet/Önemseme alt boyutu için 0,947, Yarar ve sağlık motivasyonu alt boyutu için 0,806, Engeller alt boyutu için 0,839 olup ölçeğin tamamı için 0,911’dir. Ölçek kullanım izni ölçek sahibinden mail yolu ile alınmıştır (Ek V).

3.6. Verilerin Analizi

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılıma sahip özelliklerin iki bağımsız grupta karşılaştırılmasında Student t testi, ikiden fazla bağımsız grupta karşılaştırılması tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve LSD çoklu karşılaştırma testleri ile incelendi. Normal dağılmayan özelliklerin iki bağımsız grupta karşılaştırılmasında Mann-Whitney u testi ikiden fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis testi ve Allpairwise çoklu karşılaştırma testi

kullanıldı. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearmankorelasyon katsayısı ile test edildi. 0.2 değerinin altında çok zayıf ilişki olduğu, 0.2-0.4 arasına zayıf ilişki, 0.4-0.6 arası orta şiddette ilişki, 0.6-0.8 güçlü ilişki ve 0.8 -1 arasında değer alan katsayılar çok güçlü ilişki olarak değerlendirildi. (Salkind, 2000). Geçerlik ve güvenirliğin test edilmesi amacı ile Cronbach alfa katsayıları hesaplandı. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler için ise sayı ve % değerleri verildi. İstatistiksel analizler için SPSS Windows version23.0 paket programı kullanılmış ve $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Veri toplama işlemi öncesinde, İstanbul Okan Üniversitesi Etik Kurulunun 07.10.2020 tarih ve 126 toplantı sayılı kurul onayı (Ek III) ile genel olarak araştırmanın yürütülmesine dair 17.11.2020 tarihli Hatay İl Sağlık Müdürlüğü Proje Çalışması/ Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyon Kararı (Ek IV) ile araştırmanın Hatay Devlet Hastanesinde yürütülmesine karar verilmiştir. Hastaların sözlü ve/veya yazılı onamları araştırma öncesinde alınmıştır (Ek V). Araştırmada kullanılan ölçek için sahibinden email yolu ile kullanım izni alınmıştır (Ek VII).

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma bulgularına yer verildi.

Tablo 1. Hastaların SosyoDemografik Özelliklerinin Dağılımı (N=297)

Değişkenler		Ort±SS (M)	
Yaş ort±SS (M)		35,96±8,90 (37)	
Kilo ort±SS (M)		84,03±48,03 (80)	
		n	%
Medeni durum	Evli	217	73,1
	Bekar	80	26,9
Eğitim düzeyi	İlkokul	79	26,6
	Ortaokul	74	24,9
	Lise	87	29,3
	Üniversite	52	17,5
	Lisansüstü	5	1,7
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	60	20,2
	Gelir gidere denk	151	50,8
	Gelir giderden fazla	86	29,0
Sağlık güvencesi varlığı	Evet	257	86,5
	Hayır	40	13,5
Sigara kullanımı	Evet	175	58,9
	Hayır	122	41,1
Alkol kullanımı	Evet	142	47,8
	Hayır	155	52,2
Tanı	Varikosel	64	21,5
	Orşit	16	5,4
	Prostat	21	7,1
	Hidrosel	35	11,8
	Böbrek taşı	63	21,2
	İdrar yolu enfeksiyonu	92	31,0
	Testis torsiyonu	6	2,0

SS:standart sapma, M:medyan

Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de yer aldı.

Hastaların yaş ortalamalarının $35,96 \pm 8,90$ yıl, kilo ortalamalarının $84,03 \pm 48,03 \text{ kg/m}^2$ olduğu, %73,1'inin evli, %29,3 ünün lise mezunu, %50,8'inin gelirinin giderine denk olduğu, %86,5 inin sağlık güvencesinin olduğu, %58,9 unun sigara kullandığı, % 47,8'inin alkol kullandığı, %31 inin idrar yolu enfeksiyonu ile hastaneye yattığı bulundu.

Tablo 2. Hastaların Testis Kanseri Ve Kendi Kendine Testis Muayenesine Yönelik Sağlık İnançları Ölçeğine Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar(N=297)

Ölçek ve Alt Boyutları	Ort.±SS (M)	Min-Max
Duyarlılık	9,13±3,48 (10)	5-23
Ciddiyet/Önemseme	28,57±8,59 (29)	10-50
Yarar ve Sağlık Motivasyonu	21,82±3,09 (22)	6-30
Engeller	17,02±4,36 (19)	9-27
Öz etkililik	7,36±3,21 (18)	4-19
Sağlık Motivasyonu	9,71±2,00 (10)	3-15

SS:standart sapma M:Medyan

Tablo 2’de hastaların Testis Kanseri Ve Kendi Kendine Testis Muayenesine Yönelik Sağlık İnançları Ölçeğine alt boyutlarından aldıkları puanlar verildi. Hastaların ölçeğin duyarlılık alt boyut puan ortalamasının $9,13 \pm 3,48$, Ciddiyet/Önemseme alt boyut puan ortalamasının $28,57 \pm 8,59$, yarar ve sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalamasının $21,82 \pm 3,09$, engel alt boyut puan ortalamasının $17,02 \pm 4,36$, öz etkililik puan ortalamasının $7,36 \pm 3,21$, sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalamasının $9,71 \pm 2,00$ olduğu belirlendi.

Tablo 3. Hastaların Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayenesine Yönelik Bilgilerinin Dağılımı

Değişkenler	n	%
Ailede testis kanseri varlığı	Evet	1
	Hayır	296
Testis kanseri bilgisi	Evet	37
	Hayır	260
Testis kanseri bilgi yeri	Medya	7
	Akraba	2

	Sağlık personeli	21	56,8
	Seminer	7	18,9
	Toplam	37	100
KKTM bilgisi	Evet	19	6,4
	Hayır	278	93,6

Tablo 3.Hastaların Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayesine Yönelik Bilgilerinin Dağılımı Devamı

Değişkenler		n	%
KKTM bilgi yeri	Sağlık personeli	13	68,4
	Seminer	6	31,6
	Toplam	19	100
KKTM yapmak	Evet	19	6,4
	Hayır	278	93,6
KKTM yapmama nedeni	Kendi kendine testis muayenesini bilmemek	278	100,0
KKTM düzenli yapılması gerektiğini bilme durumu	Evet	17	5,7
	Hayır	280	94,3
KKTM muayenesini yapılmasını bilme	Testis muayenesini her ay düzenli yaparım	6	31,5
	Muayeneyi duşta ve duştan hemen sonra yaparım	2	10,5
	Testis muayenesini her iki elimi kullanarak üstte diğer parmaklar altta olacak şekilde her iki testisimi sert ve kitle açısından muayene ederim	11	58,0
	Toplam	19	100
	Bilgim yok	278	93,6
İdrar yolları, testis veya penis sorunu	Evet	123	41,4
	Hayır	174	58,6

Bu araştırmaya katılan hastaların %99,7 sinin ailesinde testis kanseri olmadığı, %12,5 inin testis kanseri bilgisine sahip olduğu, testis kanseri hakkında bilgi sahibi olan hastaların %56,8'sinin bilgiyi sağlık personelinden aldığı, %6,4 ünün KKTM bilgisi

olduğu, KKTM bilgisi olan hastaların %68,4'ünün bilgiyi sağlık personelinde aldığı, %6,4'ünün KKTM yaptığı, KKTM yapmayan hastaların ise tamamının kendi kendine testis muayenesini bilmediğı, KKTM muayenesini yapılmasını bilen hastaların %58'inin testis muayenesini her iki eli kullanarak üstte diğer parmaklar altta olacak şekilde her iki testisi sert ve kitle açısından muayene ettiğı ve % 41,4'ünün idrar yolları, testis veya penis sorunu yaşadığı bulundu (Tablo 3).

Tablo 4. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kendi Kendine Testis Muayenesi Yapma Durumlarına Göre Dağılımı (N=297)

Değişkenler		KKTM yapan		KKTM yapmayan		İstatistiksel Analiz
		n	%	n	%	χ^2 ; p
Medeni durum	Evli	14	73,7	203	73,0	$\chi^2=0,01$ p=0,950
	Bekar	5	26,3	75	27,0	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	2	10,5	58	20,9	$\chi^2=2,61$ p=0,271
	Gelir gidere denk	13	68,4	138	49,6	
	Gelir giderden fazla	4	21,1	82	29,5	
Eğitim düzeyi	İlkokul	0	0,0	79	28,4	$\chi^2=63,21$ p=0,001
	Ortaokul	2	10,5	72	25,9	
	Lise	3	21,0	83	29,9	
	Üniversite	9	47,4	43	15,5	
	Lisansüstü	5	26,3	1	0,4	
Sağlık güvencesi varlığı	Evet	19	100,0	238	85,6	$\chi^2=3,16$ p=0,075
	Hayır	0	0,0	40	14,4	
Sigara kullanımı	Evet	9	47,4	166	59,7	$\chi^2=1,12$ p=0,290
	Hayır	10	52,6	112	40,3	
Alkol kullanımı	Evet	11	57,9	131	47,1	$\chi^2=0,83$ p=0,363
	Hayır	8	42,1	147	52,9	

χ^2 : Ki kare test değeri

Tablo 4'de hastaların sosyodemografik özelliklerine göre kendi kendine testis muayenesi yapma durumlarına göre dağılımı gösterildi. Hastaların medeni durum, gelir durumu, sağlık güvencesi varlığı, sigara ve alkol kullanımına göre ile KKTM yapmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05).

Araştırma kapsamındaki hastaların eğitim düzeylerine göre KKTM yapmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı (p=0,001). Üniversite

mezunu (%47,4) ve lisansüstü eğitim mezunu olan (%26,3) hastaların KKTM yapma oranları diğer eğitim seviyesindeki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. Bu sonuçlara göre hastaların eğitim seviyesi yükseldikçe KKTM yapma durumlarının yükseleceği tahmin edildi.

Tablo 5. Hastaların Yaşı ve Kilosu İle ÖlçekAltPuanları Arasındaki İlişki (N=297)

Değişkenler		Kilo	Duyarlılık	Önemseme Ciddiyet	Yarar	Engeller	Öz etkinlik	Sağlık motivasyonu
Yaş	r	0,350**	0,056	0,064	-0,008	-0,030	-0,042	0,007
	p	0,001	0,336	0,274	0,891	0,606	0,472	0,900
Kilo	r	1	0,034	-0,016	-0,023	0,195**	-0,175**	-0,045
	p		0,556	0,789	0,690	0,001	0,003	0,440
Duyarlılık	r		1	0,572**	0,090	0,144*	0,062	-0,150**
	p			0,001	0,123	0,013	0,287	0,010
Önemseme Ciddiyet	r			1	0,241**	0,133*	0,094	-0,024
	p				0,001	0,022	0,105	0,680
Yarar ve Sağlık Motivasyonu	r				1	0,185**	0,250**	0,180**
	p					0,001	0,001	0,002
Engeller	r					1	0,657**	0,109
	p						0,001	0,060
Öz etkililik	r						1	0,124*
	p							0,032
Sağlık Motivasyonu	r							1
	p							

r: Spearmankorelasyon katsayısı, ** Korelasyon katsayısı 0,01 düzeyinde anlamlı * Korelasyon katsayısı 0,05 düzeyinde anlamlı

Tablo 5’de Hastaların yaşı ve kilosu ile ölçek ve alt boyut puanları arasındaki ilişki verildi. Hastaların kilosu ile Engeller alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0,195$, $p=0,001$). Bireylerin kilosu arttıkça engeller alt boyut puanlarının da artması beklenmektedir. Araştırma kapsamındaki hastaların kilosu ile Öz etkililik alt boyut puanı arasında negatif yönde zayıf istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($r= -0,175$, $p=0,003$). Bireylerin kilosu arttıkça Öz etkililik alt boyut puanlarının azalması beklenmektedir. Hastaların yaşı ile ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Araştırmaya katılmaya gönüllü hastaların Duyarlılık alt boyut ile Ciddiyet /Önemseme

alt boyut ve ölçektoplam puan arasında pozitif yönde orta şiddette istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlendi. Engeller alt boyut ile Öz etkililik alt boyut puanı arasında pozitif yönde şiddetli istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.



Tablo 6. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ölçek Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=297)

Değişkenler	Duyarlılık ort±SS (M)	Önemseme Ciddiyet ort±SS (M)	Yarar ort±SS (M)	Engeller ort±SS (M)	Öz Etkililik ort±SS (M)	Sağlık Motivasyonu ort±SS (M)
Medeni durum						
Evli	9,28±3,50 (3,50)	28,68±8,66 (29)	21,58±3,11 (22)	17,01±4,37 (19)	7,31±3,20 (8)	9,63±2,04 (9)
Bekar	8,74±3,42 (3,42)	28,29±8,45 (29)	22,47±2,95 (22)	17,05±4,35 (19)	7,5±3,27 (8)	9,91±1,89 (10)
Test istatistiği ve p	z= -1,18 p=0,237	z= -0,36 p=0,719	z=-2,06 p= 0,039	z=-0,25 p=0,798	z=-0,52 p=0,605	z=-1,09 p=0,275
Gelir düzeyi						
Gelir giderden az	9,32±3,70 (3,70)	^B 29,32±7,97 (30)	22,23±3,19 (22)	17,48±4,83 (19)	7,48±3,56 (8)	9,72±2,05 (10)
Gelir gidere denk	9,32±3,36 (3,36)	^B 29,25±8,72 (30)	21,86±3,29 (22)	16,79±4,46 (19)	7,48±3,32 (8)	9,75±1,95 (10)
Gelir giderden fazla	8,66±3,54 (3,54)	^A 26,86±8,63 (25)	21,47±2,62 (21,5)	17,11±3,81 (19)	7,07±2,73 (8)	9,63±2,08 (9,5)
Test istatistiği ve p	KW=3,44 p=0,179	KW=5,99 p= 0,049	KW=3,45 p=0,178	KW=0,79 p=0,673	KW=0,42 p=0,809	KW=0,28 p=0,867
Eğitim düzeyi						
İlkokul	8,87±3,61 (3,61)	29,77±8,78 (32)	21,35±2,6 (21)	^B 16,04±4,28 (19)	^A 6,49±2, 22 (8)	^A 9,29±2, 05 (9)
Ortaokul	9,49±3,21 (3,21)	28,5±8,66 (26)	21,58±3,56 (22)	^B 18,01±4,5 (19)	^A 7,24±2,88 (8)	^{AB} 9,7±2,03 (9,5)
Lise	9,49±3,47 (3,47)	28,00±8,77 (29)	22,12±2,96 (22)	^B 17,45±4,46 (19)	^A 7,52±2,91 (8)	^{AB} 9,71±1,87 (9)
Üniversite	8,52±3,61 (3,61)	28,25±8,18 (28)	22,25±3,34 (22,5)	^A 16,2±3,92 (17)	^A 7,9±4,34 (8)	^{AB} 10,23±2,00 (11)
Lisansüstü	8,00±4,24 (4,24)	24,00±4,42 (25)	23,2±1,1 (24)	^A 18,8±1,10 (18)	^B 14,4±3,58 (16)	^B 10,8±2,17 (12)
Test istatistiği ve p	KW=4,84 p=0,305	KW=3,80 p=0,434	KW=8,81 p=0,066	KW=14,12 p= 0,007	KW=16,5 p= 0,002	KW=10,6 p= 0,031
Sağlık Güvence Varlığı						
Evet	9,21±3,47 (3,47)	28,54±8,55 (29)	21,76±3,17 (22)	17,15±4,28 (19)	7,54±3,32 (8)	9,7±1,94 (1)
Hayır	8,60±3,54 (3,54)	28,78±8,95 (30)	22,2±2,55 (22)	16,2±4,79 (18)	6,2±2,07 (8)	9,73±2,37 (10)
Test istatistiği ve p	Z=-0,88 p=0,375	Z=-0,14 p=0,890	Z=-0,62 p=0,530	Z=-1,01 p=0,312	Z=-2,29 p= 0,022	Z=-0,47 p=0,634

(^{A,B}) üst indislerinde farklı harfler istatistiksel anlamlılığı göstermektedir. KW değeri Kruskal Wallis ve Z değeri Mann Whitney U testlerinden elde edilmiştir. SS:standart sapma, M:medyan

Tablo 6. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ölçek Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması Devamı (N=297)

Değişkenler	Duyarlılık	Ciddiyet/Önemseme	Yarar ve Sağlık Motivasyonu	Engeller	Öz Etkililik	Sağlık Motivasyonu
	ort±SS (M)	ort±SS (M)	ort±SS (M)	ort±SS (M)	ort±SS (M)	ort±SS (M)
Sigara kullanımı						
Evet	9,23±3,48 (3,48)	27,62±8,68 (26)	21,46±3,15 (21)	16,91±4,24 (19)	7,15±3,08 (8)	9,62±2,03 (9)
Hayır	8,99±3,50 (3,50)	29,93±8,31 (31)	22,34±2,94 (22)	17,17±4,54 (19)	7,66±3,38 (8)	9,83±1,97 (10)
Test istatistiği ve p	Z=-0,60 p=0,547	Z=-2,24 p= 0,025	Z=-2,94 p= 0,003	Z=-0,47 p=0,637	Z=-1,20 p=0,229	Z=-0,94 p=0,346
Alkol kullanımı						
Evet	9,13±3,36 (3,36)	27,01±8,16 (26)	21,8±3,14 (22)	16,7±4,24 (18)	7,32±3,47 (8)	9,61±2,08 (9)
Hayır	9,13±3,60 (3,60)	30,01±8,75 (31)	21,84±3,05 (22)	17,32±4,46 (19)	7,39±2,97 (8)	9,8±1,93 (10)
Test istatistiği ve p	Z=-0,11 p=0,913	Z=-3,30 p= 0,001	Z=-0,40 p=0,686	Z=-1,68 p=0,092	Z=-0,82 p=0,411	Z=-0,55 p=0,584

(^{A,B}) üst indislerinde farklı harfler istatistiksel anlamlılığı göstermektedir. KW değeri Kruskal Wallis ve Z değeri Mann Whitney U testlerinden elde edilmiştir. SS:standart sapma, M:medyan

Tablo 6’da hastaların sosyodemografik özelliklerine göre ölçek alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması verildi. Araştırma kapsamındaki hastaların medeni durumuna göre ölçek alt boyutlarından sadece Yarar ve Sağlık Motivasyonu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı (p<0,05). Bekar hastaların puan ortalamalarının 22,47±2,95, evli hastaların Yarar ve Sağlık Motivasyonu

puan ortalamalarının $21,58 \pm 3,11$ olduğu ve bu farkın bekar hastalardan kaynaklandığı belirlendi. Hastaların medeni durumuna göre ölçeğin diğer alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılmaya gönüllü hastaların gelir düzeyine göre ölçek alt boyutlarından sadece Ciddiyet/Önemseme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Bu farkın geliri giderinden fazla olan erkeklerden kaynaklandığı, Ciddiyet/Önemseme alt boyut puanlarının $26,86 \pm 8,63$ olduğu ve geliri giderine denk ve az olan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi ($p = 0,049$). Hastaların gelir düzeyine göre ölçeğin diğer alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p > 0,05$).

Araştırma kapsamındaki hastaların eğitim düzeyine göre ölçek alt boyutlarından Engeller alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu ($p<0,05$). Üniversite mezunu erkeklerin puanlarının $16,2\pm3,92$ ve lisansüstü mezunu erkeklerin puanlarının $18,8\pm1,10$ olduğu ve diğer eğitim düzeyi mezunu erkeklere göre daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,007$). Hastaların Öz etkililikalt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu ($p<0,05$). Lisansüstü eğitim mezunuerkeklerinpuan ortalamalarının $14,4\pm3,58$ olduğu ve diğer eğitim seviyesine sahip erkeklere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi ($p=0,002$). Araştırmadaki hastaların Sağlık Motivasyonalt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). İlkokul mezunu erkeklerin puan ortalamalarının $9,29\pm2,05$ olduğu ve diğer eğitim grubundaki erkeklerin puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu belirlendi ($p=0,031$). Bununla birlikte hastaların eğitim düzeyine göre hastaların Duyarlılık, Ciddiyet/Önemseme ve Yarar ve Sağlık Motivasyonalt boyutpuanlarıarasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Hastaların sağlık güvencesi varlığına göre ölçek alt boyutlarından sadece ölçek alt boyutlarından sadece Öz etkililikalt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0,05$). Sağlık güvencesi olan erkeklerin puan ortalamalarının $7,54\pm3,32$, sağlık güvencesi olmayan erkeklerin özetkinlik puan ortalamalarına $6,20\pm2,07$ göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulundu ($p=0,022$). Araştırma kapsamındaki hastaların sağlık güvencesi varlığına göre ölçeğin diğer alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Araştırmaya katılmaya gönüllü hastaların sigara kullanımına göre ölçek alt boyutlarından Ciddiyet/Önemseme ve Yarar ve Sağlık Motivasyonalt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Sigara kullanamayan erkeklerinin puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Hastaların sigara kullanımına göre Duyarlılı alt boyut puanları, Engeller alt boyut puanları, Öz etkililik alt boyut puanları, Sağlık Motivasyonu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Araştırma kapsamındaki hastaların alkol kullanma durumuna göre ölçek alt boyutlarından sadece Ciddiyet/Önemseme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0,05$).



Alkol kullanmayan hastaların puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Araştırma kapsamındaki hastaların alkol kullanma durumuna göre ölçeğin diğer alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Tablo 7. Hastaların Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayesine Yönelik Bilgilerine Göre Ölçek Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (N=297)

Değişkenler	Duyarlılık	Önemseme Ciddiyet	Yarar ve Sağlık Motivasyonu	Engeller	Öz Etkililik	Sağlık Motivasyonu
	Ort±SS (M)	Ort±SS (M)	Ort±SS (M)	Ort±SS (M)	Ort±SS (M)	Ort±SS (M)
Testis kanseri bilgisi						
Evet	9,41±3,74 (10)	29,11±7,89 (30)	23,62±3,31 (24)	17,94±4,52 (18)	11,68±4,64 (12)	10,38±2,18 (11)
Hayır	9,09±3,45 (10)	28,50±8,70 (28,5)	21,56±2,98 (22)	16,89±4,33 (19)	6,75±2,4 (8)	9,61±1,96 (9,5)
Test istatistiği ve p	$z=-0,62$ $p=0,534$	$z=-0,30$ $p=0,762$	$z=-4,18$ $p=0,001$	$z=-0,78$ $p=0,435$	$z=-6,35$ $p=0,001$	$z=-2,79$ $p=0,005$
Testis kanseri hakkında bilgi yeri						
Medya	8,00±3,92 (6)	27,00±6,98 (30)	^B 22,43±1,90 (22)	20,00±2,94 (21)	^A 9,00±3,11 (8)	10,29±2,43 (12)
Akraba	10,00±7,07 (10)	22,00±8,49 (22)	^A 18,00±8,49 (18)	12,00±4,24 (12)	^A 4,00±0 (4)	7,50±6,36 (7,5)
Sağlık personeli	10,24±3,37 (10)	30,24±8,20 (31)	^B 23,76±3,97 (24)	17,35±4,86 (18)	^B 11,90±4,91 (14)	10,05±2,29 (10)
Seminer	8,13±3,91 (6)	27,75±6,43 (25)	^B 24,38±2,50 (24)	16,88±3,36 (18)	^B 15,75±2,19 (16)	10,88±1,73 (11,5)
Bilmiyorum	9,10±3,45 (10)	28,56±8,73 (29)	^B 21,60±2,92 (22)	16,96±4,35 (19)	^A 6,71±2,27 (8)	9,64±1,93 (10)
Test istatistiği ve p	KW=3,34 $p=0,500$	KW=2,18 $p=0,700$	KW=19,08 $p=0,001$	KW=9,19 $p=0,056$	KW=55,38 $p=0,001$	KW=6,84 $p=0,144$
KKTM bilgisi						
Evet	9,16±3,66 (10)	28,42±5,65 (28)	24,63±1,98 (24)	17,39±3,35 (18)	15,89±1,37 (16)	10,58±1,80 (11)
Hayır	9,13±3,48 (10)	28,58±8,76 (29)	21,63±3,06 (22)	17,00±4,42 (19)	6,78±2,36 (8)	9,65±2 (10)
Test istatistiği ve p	$z=-0,15$ $p=0,883$	$z=-0,25$ $p=0,799$	$z=-4,65$ $p=0,001$	$z=-0,87$ $p=0,384$	$z=-7,92$ $p=0,001$	$z=-2,16$ $p=0,031$

^(A,B) üst indislerinde farklı harfler istatistiksel anlamlılığı göstermektedir. KW değeri Kruskal Wallis ve Z değeri Mann Whitney U testlerinden elde edilmiştir.

SS:standart sapma, M:medyan

Tablo 7. Hastaların Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayesine Yönelik Bilgilerine Göre Ölçek Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması Devamı (N=297)

Değişkenler	Duyarlılık	Önemseme Ciddiyet	Yarar ve Sağlık Motivasyonu	Engeller	Öz Etkililik	Sağlık Motivasyonu
	Ort±SS (M)	Ort±SS (M)	Ort±SS (M)	Ort±SS (M)	Ort±SS (M)	Ort±SS (M)
KKTM bilgi aldığı yer						
Sağlık personeli	10,54±3,53 (10)	29,85±6,05 (31)	^B 24,23±4,21 (24)	16,92±4,03 (17,5)	^B 14,69±3,50 (16)	9,92±2,75 (11)
Seminer	7,43±3,64 (5)	25,71±3,09 (25)	^B 23,57±1,13 (24)	17,00±3,61 (18)	^B 16,43±1,13 (16)	10,71±1,8 (11)
Bilmiyorum	9,11±3,47 (10)	28,58±8,78 (29)	^A 21,66±3,01 (22)	17,03±4,40 (19)	^A 6,79±2,36 (8)	9,67±1,97 (10)
Test istatistiği ve p	KW=3,59 p=0,167	KW=1,15 p=0,564	KW=17,24 p= 0,001	KW=1,54 p=0,463	KW=55,72 p= 0,001	KW=3,46 p=0,177
KKTM yapma durumu						
Evet	9,16±3,66 (10)	28,42±5,65 (28)	24,63±1,98 (24)	17,39±3,35 (18)	15,89±1,37 (16)	10,58±1,80 (11)
Hayır	9,13±3,48 (10)	28,58±8,76 (29)	21,63±3,06 (22)	17,00±4,42 (19)	6,78±2,36 (8)	9,65±2 (10)
Test istatistiği ve p	z=-0,15 p=0,883	z=-0,25 p=0,799	z=-4,65 p= 0,001	z=-0,87 p=0,384	z=-7,92 p= 0,001	z=-2,16 p= 0,031
KKTM düzenli yapılması gerektiğini bilme durumu						
Evet	9,24±3,83 (10)	28,88±5,68 (30)	24,71±2,08 (24)	17,41±3,45 (18)	15,88±1,45 (16)	10,71±1,79 (11)
Hayır	9,13±3,47 (10)	28,55±8,74 (29)	21,65±3,06 (22)	17,00±4,41 (19)	6,84±2,48 (8)	9,65±2 (10)
Test istatistiği ve p	z=-0,23 p=0,820	z=-0,01 p=0,997	z=-4,40 p= 0,001	z=-0,77 p=0,439	z=-7,46 p= 0,001	z=-2,39 p= 0,017
KKTM muayenesini yapılmasını bilme						
Testis muayenesini her ay düzenli yaparım	11,00±3,79 (10,5)	33,50±4,37 (35)	^B 25,50±2,26 (25)	19,33±2,50 (18)	^A 16,00±0 (16)	11,00±2 (12)
Muayeneyi duşta ve duştan hemen sonra yaparım	7,50±3,54 (7,5)	25,00±4,24 (25)	^B 26,50±3,54 (26,5)	13,50±4,95 (13,5)	^A 17,00±1,41 (17)	9,00±1,41 (9)
Testis muayenesini her iki elimi kullanarak üstte diğer parmaklar altta olacak şekilde her iki testisini sert ve kitle açısından muayene ederim	8,45±3,53 (7)	26,27±4,82 (25)	^B 23,82±1,17 (24)	17,00±2,98 (18)	^B 15,64±1,69 (16)	10,64±1,75 (11)

Bilgi yok	9,13±3,48 (10)	28,58±8,76 (29)	^A 21,63±3,06 (22)	17,00±4,42 (19)	^A 6,78±2,36 (8)	9,65±2 (10)
Test istatistiği ve p	KW=2,59 p=0,459	KW=3,65 p=0,30	KW=22,26 p=0,001	KW=3,75 p=0,290	KW=62,73 p=0,001	KW=7,02 p=0,071

^(A,B) üst indislerinde farklı harfler istatistiksel anlamlılığı göstermektedir. KW değeri Kruskal Wallis ve Z değeri Mann Whitney U testlerinden elde edilmiştir. SS:standart sapma, M:medyan

Tablo 7. Hastaların Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayesine Yönelik Bilgilerine Göre Ölçek Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması Devamı (N=297)

Değişkenler	Duyarlılık	Önemseme Ciddiyet	Yarar ve Sağlık Motivasyonu	Engeller	Öz Etkililik	Sağlık Motivasyonu
	Ort±SS (M)	Ort±SS (M)	Ort±SS (M)	Ort±SS (M)	Ort±SS (M)	Ort±SS (M)
İdrar yolları, testis veya penis sorunu						
Evet	9,60±3,18 (10)	29,68±8,65 (31)	22,30±2,79 (22)	17,07±4,11 (18)	7,58±3,45(8)	10,30±2,02 (10)
Hayır	8,47±3,78 (9)	27,01±8,29 (27)	21,49±3,25 (22)	16,98±4,54 (19)	7,21±3,06(8)	9,29±1,89 (9)
Test istatistiği ve p	z=-3,05 p=0,002	z=-2,72 p=0,006	z=-1,38 p=0,166	z=-0,28 p=0,778	z=-0,77 p=0,444	z=-4,44 p=0,001

^(A,B) üst indislerinde farklı harfler istatistiksel anlamlılığı göstermektedir. KW değeri Kruskal Wallis ve Z değeri Mann Whitney U testlerinden elde edilmiştir.

SS:standart sapma, M:medyan

Tablo 7’de hastaların testis kanseri ve kendi kendine testis muayesine yönelik bilgilerine göre ölçek alt boyut puanlarının karşılaştırılması verildi.

Araştırma kapsamındaki hastaların testis kanserini bilme durumuna ölçek alt boyutlarından Yarar ve Sağlık Motivasyonu alt boyutu, Öz etkililikalt boyutu ve Sağlık Motivasyonu alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Testis kanserini bilen erkeklerin puanları bilmeyen erkeklere göre daha yüksektir. Bununla birlikte hastaların testis kanserini bilme durumuna ölçek alt boyutlarından Duyarlılık alt boyutu, Ciddiyet/Önemseme alt boyutu ve Engeller alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Araştırmaya katılmaya gönüllü hastaların testis kanseri hakkında bilgi aldığı yere göre Yarar ve Sağlık Motivasyonu alt boyutu ve Öz etkililikalt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0,05$). Bu farkın bilgiyi seminerden alan

hastalardan kaynaklandığı, Yarar ve Sağlık Motivasyonu alt boyutundan ve Öz etkililikalt boyutundan aldıkları puanın en yüksek olduğu belirlendi. Hastaların testis kanseri hakkında bilgi aldığı yere göre Duyarlılık alt boyutu, Ciddiyet/Önemseme alt boyutu, Engeller alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$)

Hastaların KKTm bilme durumuna ölçek alt boyutlarından Yarar ve Sağlık Motivasyonu alt boyutu, Öz etkililikalt boyutu ve Sağlık Motivasyonualt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$).Araştırma kapsamında KKTm'yi bilen hastaların Yarar ve Sağlık Motivasyonu alt boyutu, Öz etkililikalt boyutu ve Sağlık Motivasyon alt boyutu puanlarınınbilmeyen hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Bununla birlikte hastaların KKTm bilme durumuna göre Duyarlılık alt boyutu, Ciddiyet/Önemseme alt boyutu, Engeller alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Araştırmada hastaların KKTm bilgi aldığı yere göre Yarar ve Sağlık Motivasyonu alt boyutu ve Öz etkililikalt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0,05$).Kendi kendine testis muayene bilgisini sağlık personelinden alan hastaların Yarar ve Sağlık Motivasyonu alt boyutunun diğer hastalara göre daha yüksek olduğu, kendi kendine testis muayene bilgisini seminerden alan hastaların Öz etkililik alt boyutunun diğer hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Araştırmaya katılmaya gönüllü hastaların KKTm bilgi aldığı yere göre Duyarlılık alt boyutu, Ciddiyet/Önemseme alt boyutu,EngellerveSağlık Motivasyonualt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Araştırma kapsamındaki hastaların KKTm yapma durumuna göre ölçek alt boyutlarından Yarar ve Sağlık Motivasyonu alt boyutu, Öz etkililik alt boyutu ve Sağlık Motivasyonu alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Araştırmadaki KKTm'yi yapan hastaların Yarar ve Sağlık Motivasyonu alt boyutu, Öz etkililik alt boyutu ve Sağlık Motivasyonu alt boyutu puanlarının bilmeyen hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Bununla birlikte hastaların KKTm yapma durumuna göre Duyarlılık alt boyutu, Ciddiyet/Önemseme alt boyutu, Engeller alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Araştırmaya katılmaya gönüllü hastaların KKTm'yi düzenli yapılması gerektiğini bilme durumuna göre ölçek alt boyutlarından Yarar ve Sağlık Motivasyonu alt boyutu, Öz etkililik alt boyutu ve Sağlık Motivasyonu alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0,05$). Araştırmadaki KKTm'yi düzenli yapılması gerektiğini bilen hastaların Yarar ve Sağlık Motivasyonu alt boyutu, Öz

etkililik alt boyutu ve Sağlık Motivasyonu alt boyutu puanlarının bilmeyen hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların KKTm'yi düzenli yapılması gerektiğini bilme durumuna göre Duyarlılık alt boyutu, Ciddiyet/Önemseme alt boyutu, Engeller alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Hastaların KKTm muayenesini yapılmasını bilmedurumuna göre ölçek alt boyutlarından Yarar ve Sağlık Motivasyonu alt boyutu, Öz etkililik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0,05$). Bu farkların KKTm'yi duşta ve duştan hemen sonra yapan hastalardan kaynaklandığı belirlendi.

Araştırmada hastaların KKTm muayenesini yapılmasını bilme durumuna göre Duyarlılık alt boyutu, Ciddiyet/Önemseme alt boyutu, Engeller ve Sağlık Motivasyonu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Araştırmaya katılmaya gönüllü hastaların idrar yolları, testis veya penis sorununa göre ölçek alt boyutlarından Duyarlılık, Ciddiyet/Önemseme ve Sağlık Motivasyonu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Bu sorunları olan hastaların puanları sorunu olmayan hastalara göre daha yüksektir. Hastaların Yararlılık alt boyutu, Engeller ve Özetkililik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Tablo 8. Hastaların Ölçekten Aldıkları Puana Etki Eden Faktörler

Değişkenler	(% 95 Güven Aralığı)					
	Beta	Alt Sınır	Üst Sınır	Std. Hata	t	p
Sabit	77,673	65,802	89,544	6,032	12,878	0,001
Yaş	0,246	0,030	0,462	0,110	2,243	0,026
Kilo	-0,033	-0,069	0,002	0,018	-1,843	0,066
Sigara	4,819	1,039	8,598	1,920	2,509	0,013
Gelir gidere denk	5,288	0,132	10,444	2,620	2,019	0,044
Gelir giderden fazla	1,944	-0,047	3,936	1,012	1,921	0,056

Tablo 8'de hastaların ölçekten aldıkları puana etki eden faktörler gösterildi.

Hastaların ölçekten aldıkları puana etki eden faktörlerin birlikte incelenmesi amacıyla geriye doğru eleme yöntemi kullanılarak lineer regresyon analizi gerçekleştirildi. Analize ölçek puanı bağımlı değişken, birebir değerlendirmelerde ölçek puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı ya da anlamlılığa yakın ($p < 0,10$) etkileri olduğu gözlenen yaş kilo, meslek, tanı, eğitim düzeyi, medeni durum, sağlık güvencesi varlığı, gelir düzeyi, sigara kullanımı ve alkol kullanımı değişkenleri bağımsız değişkenler olarak dahil edildi. Elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde yer alan bağımsız değişkenlerin ölçek puanına ait varyansın %23,2'sini açıkladığı saptandı ($F=3.192$, $p=0.005$, $R^2=0.232$). Modelde yaş değişkeninin ölçek puanlarının değişiminde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu görüldü yaşı bir birim artışının ölçek puanlarında 0,246 birim artışa neden olduğu bulundu ($p=0,026$). Kilo değişkeninin ölçek puanlarının değişiminde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkiye sahip olmadığı ($p=0,066$), geliri giderine denk olan hastaların ölçek puanlarının değişiminde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu saptandı. Geliri giderine denk olan hastaların ölçek puanlarında 5,288 birim artışa neden olduğu belirlendi ($p=0,044$). Geliri giderinden fazla olan erkeklerin ölçek puanlarının değişiminde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu saptandı. Geliri giderine denk olan hastaların ölçek puanlarında 1,944 birim artışa neden olduğu bulundu ($p=0,056$).

5. TARTIŞMA

Testis tümörü nadir bir kanser türü olmasına rağmen tedavi edilebilir bir kanser olması nedeniyle çok önemli bir yere sahiptir. Hastalığın doğal seyri sonucunda hasta metastaz nedeniyle yaşamını kaybetmektedir (Ghazarian et al., 2018) Testis kanseri erken dönemde saptanabilmekle birlikte bunun için özelde risk grubunda olan ve tüm erkeklerin belli periyotlarda kendi kendine testis muayenesi (KKTm) yapmaları gerekmektedir (Altunkörek, 2020).

Hastaların ölçeğin duyarlılık alt boyut puan ortalamasının $9,13 \pm 3,48$ olduğu ve duyarsızlıklarının olumsuz olduğu, ciddiye/önemseme alt boyut puan ortalamasının $28,57 \pm 8,59$ ve ciddiye/önemsemelerinin orta düzeyde olduğu, yarar ve sağlık

motivasyonu alt boyut puan ortalamasının $21,82 \pm 3,09$ olduğu ve yarar ve sağlık motivasyonlarının olumlu, engel alt boyut puan ortalamasının $17,02 \pm 4,36$ olduğu ve engellerin düşük, öz etkililik puan ortalamasının $7,36 \pm 3,21$ olduğu ve öz etkililiklerinin düşük, sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalamasının $9,71 \pm 2,00$ olduğu ve sağlık motivasyonlarının orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşıldı (Tablo 2). Demir ve Türkben'in(2021) üniversite öğrencilerinde testis kanseri ve kendi kendine testis muayenesinin bilgi, tutum ve sağlık inançlarına etkisini araştırdıkları çalışmasında duyarlılık alt boyut puan ortalamasının $11,23 \pm 3,73$, ciddiyet alt boyut puan ortalamasının $28,20 \pm 7,66$, yarar alt boyut puan ortalamasının $21,57 \pm 5,90$ olduğu, engeller alt boyut puan ortalamasının $22,74 \pm 5,16$ olduğu, öz yeterlik alt boyut puan ortalamasının $9,91 \pm 3,13$ ve sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalamasının $8,92 \pm 2,84$ olduğu bulunmuştur (Demir et al., 2021). Üstündağ'ın (2019); sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin TK ve KKTMM bilgi/uygulamaları ile sağlık inançlarını belirlemek amacıyla Champion Sağlık İnanç Modeli'ni kullanılarak yaptığı çalışmada öğrencilerin duyarlılık alt boyut puan ortalamasının $11,35 \pm 4,16$, önemseme/ciddiyet alt boyut puan ortalamasının $20,34 \pm 5,97$, yarar alt boyut puan ortalamasının $9,40 \pm 2,91$, engeller alt boyut puan ortalamasının $13,08 \pm 3,95$, öz-etkililik alt boyut puan ortalamasının $16,52 \pm 5,61$ olduğu belirlenmiştir (Üstündağ, 2019). Yurt ve arkadaşlarının (2020)'de üniversite öğrencilerinin testis kanseri ve kendi kendine testis muayenesine ilişkin bilgi, inanç ve uygulamalarını inceledikleri çalışmalarında Champion Sağlık İnanç Modeli duyarlılık alt boyut puan ortalamasının $12,19 \pm 4,23$, ciddiyet alt boyut puan ortalamasının $20,21 \pm 6,30$, yarar alt boyut puan ortalamasının $9,01 \pm 2,78$, engeller alt boyut puan ortalamasının $12,94 \pm 3,99$ olduğu, öz-etkililik alt boyut puan ortalamasının $16,14 \pm 4,97$ olduğu belirlenmiştir (Yurt et al., 2020). Literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır.. AsgarPour ve arkadaşlarının (2018) üniversite öğrencilerinde kendi kendine testis muayenesi eğitiminin erkeklerinin bilgi, uygulama ve sağlık inançlarına etkisini araştırdıkları çalışmalarında Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılmıştır. Çalışma sonucunda eğitim öncesinde duyarlılık alt boyut puan ortalamasının $11,27 \pm 3,6$, ciddiyet/önemseme alt boyut puan ortalamasının $21,12 \pm 5,9$ olduğu, yarar alt boyut puan ortalamasının $10,68 \pm 2,8$ olduğu, engel alt boyut puan ortalamasının $11,29 \pm 3,6$ olduğu, öz etkililik puan ortalamasının $18,05 \pm 4,9$ olduğu saptanmıştır (Asgar et al., 2016). Bu farklılığın örneklem farkından kaynaklandığı düşünülmektedir Bununla birlikte Jeihooni ve arkadaşlarının (2021) 15-35 yaş arası İranlı erkeklerde sağlık inanç modeline ve sosyal desteğe dayalı

eğitimsel müdahalenin kendi kendine testis muayenesine etkisini araştırdıkları çalışmada müdahale ve kontrol grubunun eğitim öncesi ölçek alt boyut puanlarının duyarlılık alt boyut puan ortalamasının müdahale grubunda $32,10 \pm 4,16$ ve kontrol grubunda $31,58 \pm 4,08$, önemseme alt boyut puan ortalamasının müdahale grubunda $30,25 \pm 4,67$ ve kontrol grubunda $31,53 \pm 4,19$, yarar alt boyut puan ortalamasının müdahale grubunda $22,62 \pm 5,66$ ve kontrol grubunda $23,14 \pm 5,27$ ve yararın yüksek olduğu, engeller alt boyut puan ortalamasının müdahale grubunda $80,22 \pm 4,38$ ve kontrol grubunda $81,13 \pm 4,29$, öz etkililik puan ortalamasının müdahale grubunda $25,73 \pm 4,11$ ve kontrol grubunda $26,18 \pm 4,24$, motivasyon alt boyut puan ortalamasının müdahale grubunda $32,29 \pm 4,52$ ve kontrol grubunda $31,90 \pm 4,68$ olduğu bulunmuştur (Khani et al., 2021).

Hastaların sadece %0,3'ünün ailesinde testis kanseri olduğu bulundu (Tablo 3). Roy ve Casson'ın (2017) Kuzey İrlandalı erkeklerde testis kanseri ve kendi kendine muayeneye yönelik tutumları ile ilgili yaptıkları çalışmada erkeklerin %2'sinin yakınlarında testis kanseri olduğu belirlendi (Roy and Casson, 2017).

Araştırmadaki hastaların sadece %12,5'inin testis kanserini duyduğu saptandı (Tablo 3). Üstündağ'ın (2019) yaptığı çalışmada bireylerin tamamının testis kanseri hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtmiştir (Üstündağ, 2019). Beebe ve arkadaşlarının (2021) Amerikalı erkeklerin testis kanseri bilgisi ve bakış açılarını inceledikleri çalışmalarında erkeklerin %91,2'sinin testis kanseri hakkında bilgisi olduğu saptandı (Beebe et al., 2022). Bu araştırma sonuçları literatürden farklı olup bu farklılığın araştırmaya katılan hastaların demografik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılmaya gönüllü hastaların sadece %6,4'ünün kendi kendine testis muayenesi hakkında bilgi sahibi olduğu ve bilgi sahibi olan hastaların %68,4'ünün bu bilgiyi bilgiyi sağlık personelinin aldığı bulundu (Tablo 3). Beebe ve arkadaşlarının çalışmasında erkeklerin %68,8 kendi kendine testis muayenesi hakkında bilgi sahibi olduğu ve %62'sinin bilgiyi sağlık çalışanından aldığı belirlenmiştir (Beebe et al., 2022). Roy ve Casson'ın (2017) çalışmasında da erkeklerin %17'sinin kendi kendine testis muayenesini duyduğu belirlenmiştir (Roy ve Casson, 2017).

Hastaların %6,4'ünün kendi kendine testis muayenesi yaptığı belirlendi (Tablo

3).Beebe ve arkadaşlarının çalışmasında erkeklerin %66,4'ünün kendi kendine testis muayenesi yaptığı bulundu (Beebe et al.,2022).

Araştırma kapsamındaki hastaların %5,7'sinin (n=17) kendi kendine testis muayenesinin düzenli yapıldığını bildiği ve bilenlerin %31,5'inin (n=6) her ay düzenli testis muayenesi yaptığı saptandı (Tablo 3). Roy ve Casson'in (2017) çalışmasında da bireylerin %10 (n=15) yaptığı bulundu. Araştırma sonucu Roy ve Casson'un araştırma sonucuna benzerdir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada;

- Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının $35,96 \pm 8,90$ yıl olduğu, %73,1'inin evli olduğu, %29,3'ünün lise mezunu olduğu, %50,8'inin gelirinin gidere denk olduğu, %58,9'unun sigara ve %47,8'inin alkol kullandığı, %31'inin idrar yolu nedeniyle hastanede yattığı,
- Hastaların %87,5'inin testis kanserini bilmediği, %6,4'ünün kendi kendine testis muayenesini bildiği, bilgisi olanların %4,4'ünün sağlık bakım ekibi üyesinden bilgi aldığı, %6,4'ünün kendi kendine testis muayenesi yapmadığı, %5,4'ü kendi kendine testis muayenesini düzenli olarak yapması gerektiğini bildiği,

- Araştırma kapsamındaki hastaların hastaların duyarlılıklarının olumsuz, ciddiye/önemsemelerinin orta düzeyde, yarar ve sağlık motivasyonlarının olumlu, engellerinin ve öz etkililiklerinin düşük, sağlık motivasyonlarının orta düzeyde olduğu,
- Hastaların eğitim düzeyine göre kendi kendine testis muayenesi yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$),
- Araştırmadaki hastaların testis kanseri bilgisine göre yarar ve sağlık motivasyonu, öz etkililik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$),
- Araştırmaya katılmaya gönüllü hastaların kendi kendine testis muayenesi bilgi varlığına ve kendi kendine testis muayenesi yapma durumuna ve düzenli yapma bilgisine göre yarar ve sağlık motivasyonu, öz etkililik ve sağlık motivasyonu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$),
- Hastaların yaşlarının, kilolarının ve gelir düzeylerinin sağlık inançlarını etkilediği sonucuna ulaşıldı.

Bu araştırma sonucunda;

- Hastalarda testis kanseri ve kendi kendine testis muayenesi konusunda bilgi eksikliği olduğu için, kendi kendine testis muayenesi ve testis kanseri ile ilgili bilgi düzeylerini arttırmaya yönelik hemşireler tarafından sağlık eğitimlerinin planlanması ve uygulanması,
- Araştırmanın daha fazla örnekleme tekrar etmesi önerilir.

KAYNAKLAR

Albers P, Albrecht W, Algaba F, Bokemeyer C, Cohn-Cedermark G, Fizazi K, et al. *Guidelines on testicular cancer: 2015 update*. Eur Urol. 2015 ve <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2015.07.044>., 68(6): 1054–1068.

American Cancer Society 2021. *Signs and Symptoms of Testicular Cancer*, <https://www.cancer.org/cancer/testicular-cancer/detection-diagnosis-staging/signs-and-symptoms.html>, 03.06.2021.

Anderson, R. E. et al. Cancer risk in first- and second-degree relatives of men with poor semen quality. Fertil. Steril. 106, 731–738 (2016).

Asgar Pour H, Cam R (2014). Evaluation of men's knowledge, attitude and behavior about testicular self-examination and testicular cancer. *Florence Nightingale J Nur*, 22, 33-38.

Asgar Pour, H., Kunter, D., Norouzzadeh, R., & Heidari, M. R. (2016). *The Effect of Testicular Self-Examination Education on Knowledge, Performance, and Health Beliefs of Turkish Men. Journal of Cancer Education*, 33(2), 398- 403. doi:10.1007/s13187016-11.

Atuhaire, C. et al. Knowledge and practice of testicular self-examination among secondary students at Ntare School in Mbarara District, South western Uganda. *Pan Afr. Med. J.* 33, 85 (2019).

Aydın Avci, I., & Altınel, B. (2018). The Validity and Reliability of Health Belief Scale for Testicular Cancer Self-Examination. *American Journal of Men's Health*, 12(3), 531–538.

Altunkurek, S.Z. (2020). Testicular Cancer and the Importance of Early Diagnosis. *Male Reproductive Health*. doi:10.5772/intechopen.89241.

Albers P, Albrecht W, Algaba F, Bokemeyer C, Cohn-Cedermark G, Fizazi K, Horwich A, Laguna MP, Nicolai N, Oldenburg J. Guidelines on testicular cancer. EAU, 2016 ve 1:1-54.

Albers P, Albrecht W, Algaba F, Bokemeyer C, Cohn-Cedermark G, Fizazi K, et al. *Guidelines on testicular cancer: 2015 update*. *Eur Urol*. 2015 ve.2015.07.044., 68(6): 1054–1068.

Altınel B, Aydın Avci I (2013). The knowledge, beliefs and practises of university students on testicular cancer and testicular self-examination. *TAF Prev Med Bull*, 12, 365-70.

Asgar Pour H, Cam R (2014). Evaluation of men's knowledge, attitude and behavior about testicular self-examination and testicular cancer. *Florence Nightingale J Nur*, 22, 33-38.

Akar SZ, Bebis H (2014) Evaluation of the effectiveness of testicular cancer and testicular self-examination training for patient care personnel: intervention study. *Health Educ Res* 9(6):966–976. doi:10.1093/her/cyu055.

- Atuhaire, C. et al. *Knowledge and practice of testicular self-examination among secondary students at Ntare School in Mbarara District, South western Uganda. Pan Afr. Med. J.* 33, 85 (2019).
- American Joint Committee on Cancer. Testis. In: *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York, NY: Springer ve 727-735., 2017.
- Bahrami, A., Ro, J. Y., & Ayala, A. G. (2007). *An overview of testicular germ cell tumors. Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 131, 1267-1280.
- Boccellino M, Vanacore D, Zappavigna S, Cavaliere C, Rossetti S, D'Aniello C, Chieffi P, Amler E, Buonerba C, Di Lorenzo G, Di Franco R, Izzo A, Piscitelli R, Iovane G, Muto P, Botti G, Perdonà S, Caraglia M, Facchini G. (2017). *Testicular cancer from diagnosis to epigenetic factors. Oncotarget*, 8(61), 104654..
- Baird, D.C., Meyers, G.J. ve Hu, J.S. Testicular Cancer: Diagnosis and Treatment. *Am. Fam. Physician* 2018, 97, 261–268.
- Bray F, Ferlay J, Devesa SS, et al. *Interpreting the international trends in testicular seminoma and nonseminoma incidence. Nat Clin Pract Urol* 2006 ve 3:532–543. Bonde, J. P. Et al. *The epidemiologic evidence linking prenatal and postnatal exposure to endocrine disrupting chemicals with male reproductive disorders: a systematic review and meta-analysis. Hum. Reprod. Update* 23, 104–125 (2016).
- Bonin, S, Petrera, F, Rosai, J, Stanta, G (2011). DNA and RNA obtained from Bouin's fixed tissues. *Journal of Clinical Pathology*. 58 (3): 313- 316. doi:10.1136/jcp.2004.016477.
- Brown CG, Patrician PA and Brosch LR (2012) Increasing testicular self-examination in active duty soldiers: *An intervention study. Medsurgical Nursing* 21(2): 97–102. Barnes RJ. (2000). *Beliefs and practices of active duty air force males related to testicular cancer and testicular selfexamination. Masters of Science Thesis.* Washington, DC: Uniformed Services University of Health Sciences.
- Beebe, S., Scimeca, A., Diab, D., Wong, N. C., Posid, T., & Dason, S. (2022). *Testicular Cancer Knowledge and Viewpoints of American Men. Urology Practice*, 9(1), 72-79
- Brewer G, Roy M, Watters J. *Testicular self-examination in an adult community sample. Am J Mens Health*. 2011;5(1):57-64. doi:10.1177/1557988310361520

- Chia, V.M., Quraishi, S.M., Devesa, S.S., Purdue, M.P., Cook, M.B., McGlynn, K.A. *International Trends in the Incidence of Testicular Cancer, 1973–2002*. Cancer Epidemiol. Biomark. Prev. 2010, 19, 1151–1159.
- Coursey Moreno C, Small WC, Camacho JC, et al. *Testicular tumors: what radiologists need to know--differential diagnosis, staging, and management*. Radiographics 2015 ve 35:400-415.
- Czene, K., Lichtenstein, P. & Hemminki, K. *Environmental and heritable causes of cancer among 9.6 million individuals in the Swedish Family-Cancer Database*. Int. J. Cancer 99, 260–266 (2002).
- Cheng, L., Albers, P., Berney, D. M., Feldman, D. R., Daugaard, G., Gilligan, T., & Looijenga, L. H. J. (2018). Testicular cancer. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1): 1-24.
- Czene, K., Lichtenstein, P. & Hemminki, K. Environmental and heritable causes of cancer among 9.6 million individuals in the Swedish Family-Cancer Database. *Int. J. Cancer* 99, 260–266 (2002).
- Ceylan, K., Yılmaz, Y., Yıldız, A., Kuş, A., & Gönülalan, H. (2006). Cryptorchidism: Evaluation of the 164 cases in terms of associated anomalies, complications, treatment modality and age. *Journal of Medical Researches*, 4(3), 24-26.
- Casey RG, Grainger R, Butler MR. Scrotal signs and symptoms in the general population, the value of testis self-examination and the pitfalls of a scrotal screening programme: *Is the twoweek rule relevant?* World J Urol 2011 ve 29(3):387-391.
- Casey RG, Grainger R, Butler MR, McDermott TE, Thornhill JA. *Public awareness of testis cancer and the prevalence of testicular self-examination, changing patterns over 20 years*. Urology 2010 ve 76(4):915-918.
- Cronholm PF, Mao JJ, Nguyen GT, Paris RT. A dilemma in male engagement in preventive services: adolescent males' knowledge and attitudes toward testicular cancer and testicular self-exam. *Am J Mens Health*. 2009 ve 10.1177/1557988308315071, 3(2): 134-40.
- Champion, V. L., ve Skinner, C. S. *The health belief model. Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, San Francisco, 2008 ve 4, 45-65.
- Champion, V. L. (1984). *Instrumentdevelopmentforhealthbelief model constructs*. Advances in nursingscience.

- Champion, V. L., & Scott, C. R. (1997). *Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women*. *Nursing Research*, 46, 331-337.
- Champion, V. L. (1993). *Instrument refinement for breast cancer screening behaviors*. *Nursing research*.
- Champion VL, Miller TK. Variables related to breast self examination. *Psychol Women Quart* 1992 ve 81–96.
- Doğan U, Atay E, Öztürk M, Yurdagül G. *Approaches about with testicular self examination of students*. *Gümüşhane Univ J Health Sci*. 2016 ve 39-45.
- Dong, C. & Hemminki, K. Modification of cancer risks in offspring by sibling and parental cancers from 2,112,616 nuclear families. *Int. J. Cancer* 92, 144–150 (2001).
- De Toni L, Šabovic I, Cosci I, Ghezzi M, Foresta C and Garolla A (2019).
- Daugaard, G. et al. *Surveillance for stage I nonseminoma testicular cancer: ouTKomes and long-term follow-up in a population-based cohort*. *J. Clin. Oncol.* 32, 3817–3823 (2014).
- De Visser R. O., Smith J. A., McDonnell E. J. (2009). “That’s not masculine”: Masculine capital and health-related behaviour. *Journal of Health Psychology*, 14, 1047-1058.
- Demir, B. And Türkben Polat, H. (2021), "*The effect of testicular cancer and testicular self-examination on knowledge, attitude and health beliefs in university students in Turkey*", *Journal of Health Research*, Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print. <https://doi.org/10.1186/s13048-021-00908-8>.
- Evans RE, Simon AE, Wardle J. Public perceptions of the harms and benefits of testicular cancer education: *A qualitative study*. *Cancer Epidemiol* 2010 ve 34(2):212-219.
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon: *International Agency for Research on Cancer* ve 2020, <https://gco.iarc.fr/today>, 08.08.2021.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. *Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012*. *Int J Cancer*. (2015)
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. *GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11. International Agency for Research on Cancer* (2013).
- Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. *Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008*. *Int J Cancer*. 2010 Dec 15 ve 21351-269., 127(12):2893-917.

- Faydalı, S. (2018). *Sağlık eğitimi alan erkek öğrencilerin kendi kendine testis muayenesi yapma durumları ve etkileyen faktörler*. Turk J Clin Lab. 4: 313-320.
- Forman, D. Et al., Aetiology of testicular cancer: association with congenital abnormalities, age at puberty, infertility, and exercise. *United Kingdom Testicular Cancer Study Group*". BMJ. 1994, 308 (6941): 1393- 1399.
- Ferri, F.F. (2021). Ferri's Clinical Advisor 2021, 5 Books in 1. *Elsevier Health Sciences*.
- Fadich, A., Giorgianni, S. J., Rovito, M. J., Pecchia, G. A., Bonhomme, J. J., Adams, W. B., ... & Sparkes, J. S. (2018). USPSTF testicular examination nomination—self examinations and examinations in a clinical setting. *American Journal of Men's Health*, 12(5), 1510-1516.
- Fadich, A. Et al., USPSTF Testicular Examination Nomination-Self-Examinations and Examinations in a Clinical Setting. *Am. J. Mens Health* 2018, 12, 1510–1516.
- Feldman D.R., Bosl, G.J., Sheinfeld, J., Motzer, R.J. (2008). "Medical treatment of advanced testicular cancer". *JAMA*. 299 (6): 672–684. doi:10.1001/jama.299.6.672.
- Fung C, Dinh P Jr, Ardeshtir-Rouhani-Fard S, Schaffer K, Fossa SD, Travis LB. *Toxicities Associated with Cisplatin-Based Chemotherapy and Radiotherapy in Long Term Testicular Cancer Survivors*. *Adv Urol*. 2018 Feb 18 ve 10.1155/2018/8671832., 2018:8671832.
- Fall E, Izaute M, Chakroun-Baggioni N. *How can the health belief model and self-determination theory predict both influenza vaccination and vaccination intention ? A longitudinal study among university students*. *Psychol Health*. 2018 Jun ve doi, 33(6):746-764.
- Ghazarian, A.A., Trabert, B., Devesa, S.S., McGlynn, K.A. (2015), *Recent trends in the incidence of testicular germ cell tumors in the United States*. *Andrology*. 3:13–8, doi: 10.1111/andr.288.
- Ghazarian AA, Rusner C, Trabert B, Braunlin M, McGlynn KA, Stang A. *Testicular cancer among US men aged 50 years and older*. *Cancer Epidemiol*. 2018 ve doi:10.1016/j.canep.2018.05.007., 55:68-72.
- Göçgeldi E, Koçak N. *Evaluation of the education given to the young adult males about testicular self examination*. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2010 ve 270., 52(4):.
- Gurney, J. K., Stanley, J., Shaw, C. & Sarfati, D. *Ethnic patterns of hypospadias in New Zealand do not resemble those observed for cryptorchidism and testicular cancer: evidence of differential aetiology?* *Andrology* 4, 82–86 (2016).

- Giannandrea, F. & Fagnoli, S. *Environmental factors affecting growth and occurrence of testicular cancer in childhood: an overview of the current epidemiological evidence*. Children 4, 1 (2017).
- Garner MJ, Turner MC, Ghadirian P, et al. *Epidemiology of testicular cancer: an overview*. Int J Cancer 2005 ve 116:331–9.
- Gocgeldi E, Kocak N, Ulus S, et al (2011). *Investigation of the frequency of testicular self examination performance in young adult males*. Gulhane Med J, 53,17-25.
- Gleason, A.M. *Racial disparities in testicular cancer: Impact on health promotion*. J Transcult Nurs. 2006 ve <https://doi.org/10.1177/1043.659605281980>., 17(1): 58- 64.
- Gözüm, S. and Capık, C (2014) *A guide in the development of health behaviours: Health belief model (HBM)*. DEUHYO ED 7(3): 230–237.
- Ghaderi N, Ahmadpour M, Saniee N, Karimi F, Ghaderi C, Mirzaei H. *Effect of education based on the Health Belief Model (HBM) on anemia preventive behaviors among iranian girl students*. International Journal of Pediatrics. 2017 ve 5043-52.
- Huyghe E, Matsuda T, Thonneau P. *Increasing incidence of testicular cancer worldwide: a review*. J Urol 2003 ve 170:5–11.
- Hemminki K, Li X. *Cancer risks in Nordic immigrants and their offspring in Sweden*. Eur J Cancer 2002 ve 38:2428–2434.
- Hemminki, K. & Chen, B. *Familial risks in testicular cancer as aetiological clues*. Int. J. Androl 29, 205–210 (2006).
- Hanna N, Einhorn LH. *Testicular cancer: a reflection on 50 years of discovery*. J Clin Oncol. (2014) 32:3085–92. doi: 10.1200/JCO.2014. 56.0896.
- Hashemian M, Shokravi FA, Lamyian M, Hassanpour K, Akaberi A (2013) *Reliability and validity of the champion's health belief model scale for mammography among Iranian women with family history of breast cancer*. Health Education and Health Promotion (Hehp).
- H, Debela Y, Walle B, Reba K, Wondiye H. *Testicular self examination among Bahir Dar University students: application of integrated behavioral model*. BMC Cancer. 2018;18(1):21. Published 2018 Jan 4. doi:10.1186/s12885-017-3935-8
- Jeihooni, A.K., Jormand, H., Ansari, M. Harsini, P. and Rakhshani, T. *The effect of educational intervention based on health belief model and social support on testicular self-examination in sample of Iranian men*. BMC Cancer, 2021. 21(1): 685.

- Kuzgunbay, B. *The status of testicular selfexamination in the early diagnosis of testicular cancer: Conjuncture in the World and in Turkey*. Bulletin of Urooncology. 2014 ve 13:127-29.
- Kier, M. G. et al. *Prognostic factors and treatment results after bleomycin, etoposide, and cisplatin in germ cell cancer: a population-based study*. Eur. Urol. 71, 290–298 (2017).
- Kramer J, Greene M, Vogelzang N, Scardino P, Shipley W, Debruyne F. Hereditary testicular cancer. *Comprehensive Textbook of Genitoruinary Oncology*. 2006 ve 3:558–62.
- KhaniJeihooni, A.,Jormand, H., Ansari, M., AfzaliHarsini, P., &Rakhshani, T. (2021). *Theeffect of educationalinterventionbased on healthbelief model andsocialsupport on testicular self-examination in sample of Iranian men*. BMC cancer, 21(1), 1-10.
- Kılıç, D. (2016) Erkek sağlığı. In: Erci B (ed.) Halk Sağlığı Hemşireliği, ankara: Anadolu Nobel Tıp Kitapevleri, pp. 37- 153.
- Kurcer, M. A., & Erdoğan, Z. (2020). *Sağlık İnanç Modeline Göre Sigara Bırakma Ölçeğinin Geliştirilmesi*. ACU Sağlık Bil Derg, 11(3), 464-470.
- Litchfield, K. et al. *Identification of 19 new risk loci and potential regulatory mechanisms influencing susceptibility to testicular germ cell tumor*. Nat. Genet. 49, 1133–1140 (2017).
- Lewis, L.S., Bucher, L., Dirksen, R.S., McLean Heitkemper, M., Harding, M,M. (2014). *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems*, Canada, Elsevier.
- Lin K, Sharangpani R. Screening for testicular cancer: an evidence review for the U.S. *Preventive Services Task Force*. Ann Intern Med 2010 ve 396–9., 153:.
- Lechner L, Oenema A, de Nooijer J. (2002)*Testicular self-examination (TSE) among Dutch young men aged 15–19: determinants of the intention to practice TSE*. Health Educ Res. 17(1): 73-84.
- Montgomery SM, Granath F, Ehlin A, et al. *Germ-cell testicular cancer in offspring of Finnish immigrants to Sweden*. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2005 ve 14:280–2.
- Mucci, L. A. et al. *Familial risk and heritability of cancer among twins in nordic countries*. JAMA 315, 68–76 (2016).

- McDougal, W.S. Wein, A.J. Kavoussi, L.R. Partin, A.W. Peters, C.A. *Campbell-Walsh Urology 11th Edition Review E-Book ve Elsevier Health Sciences*: Philadelphia, PA, USA, 2015.
- Michos A, Xue F, Michels KB. *Birth weight and the risk of testicular cancer: a metaanalysis*. Int J. Cancer. 2007 ve 10.1002/ijc.22771., 121(5): 1123-31. doi:.
- McDougal, W.S. Wein, A.J. Kavoussi, L.R. Partin, A.W. Peters, C.A. *Campbell-Walsh Urology 11th Edition Review E-Book ve Elsevier Health Sciences*: Philadelphia, PA, USA, 2015.
- Moul, J.W. *Timely diagnosis of testicular cancer*. Urol. Clin North Am., 2007, 34(2): 109- 117.
- Motzer, Robert J., Bosl, George J. (2005). "82. Testicular Cancer". In Kasper, Dennis L. ve Jameson, J. Larry (eds.). *Harrison's Principles of Internal Medicine* (16th ed.). McGraw-Hill. pp. 550- 553.
- Mortensen, M. S. et al. *A nationwide cohort study of stage I seminoma patients followed on a surveillance program*. Eur. Urol. 66, 1172–1178 (2014).
- Milecki, T., Majchrzak, N., Balcerek, A., Rembisz, M., Kasperczak, M., Antczak, A. *Attitudes about Testicular Self-Examination among Polish Males*. Biology 2021, 10, 239, 1-9. <https://doi.org/10.3390/biology10030239>.
- McClenahan C, Shevlin M, Adamson G, Bennett C, O'Neill B. *Testicular selfexamination: a test of the health belief model and the theory of planned behaviour*. Health Educ Res. 2007 ve <https://doi.org/10.1093/her/cyl076>., 22(2):272–84.
- McGlynn, KA, Trabert B. *Adolescent and adult risk factors for testicular cancer*. Nat Rev Urol. 2012 ve <https://doi.org/10.1038/nrurol.2012.61>., 9(6):339–49.
- McCullagh, J., Lewis, G., Warlow, C. (2005). *Promoting awareness and practice of testicular self-examination*. Nursing Standard, 19, 41-49.
- Ondrusova M, Ondrus D. *Epidemiology and treatment delay in testicular cancer patients: a retrospective study*. Int Urol Nephrol. 2008 ve <https://doi.org/10.1007/s11255-007-9245-3>., 40(1):143–8.
- Onyiriuka A, Imoibe F. *Testicular-self examination among Nigerian adolescent secondary school boys: knowledge, attitudes and practices*. J Prev Med Hygiene. 2013 ve 54(3):163–6.
- Purdue MP, Devesa SS, Sigurdson AJ, et al. *International patterns and trends in testis cancer incidence*. Int J Cancer 2005 ve 115:822–7.

- Park, J. S., Kim, J., Elghiaty, A., & Ham, W. S. (2018). *Recent global trends in testicular cancer incidence and mortality*. *Medicine*, 97(37): e12390.
- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, et al (2005). *Global cancer statistics, 2002*. *CA Cancer J Clin*, 55, 74-108.
- Pınar, G., Öksüz, E., Beder, A., ve Elbaş, N. Ö. (2011). *Testis kanseri taramalarında Champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe uyarlamasının güvenilirlik ve geçerliliği*. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 9(2), 89-96.
- Peters JA, Beckjord EB, Banda Ryan DR et al. *Testicular cancer and genetics knowledge among familial testicular cancer family members*. *J Genet Couns* 2008 ve 351–64., 17:.
- Pietrzyk, Ł., Denisow-Pietrzyk, M., Czezelewski, M. et al. *Cancer education matters: a report on testicular cancer knowledge, awareness, and self-examination practice among young Polish men*. *Sci Rep*, 2020, 10, 20684.
- Park, J. S., Kim, J., Elghiaty, A., & Ham, W. S. (2018). *Recent global trends in testicular cancer incidence and mortality*. *Medicine*, 97(37): e12390.
- Purdue MP, Devesa SS, Sigurdson AJ, et al. *International patterns and trends in testis cancer incidence*. *Int J Cancer* 2005 ve 115:822–7.
- Pour HA, Kunter D, Norouzzadeh R, Heidari M. R. (2016) *The Effect of Testicular SelfExamination Education on Knowledge, Performance, and Health Beliefs of Turkish Men*. *Journal Cancer Education*, 10:1-6.
- Ramim T, Mousavi SQ, Rosatmnia L, Bazayr A, Ghanbari V. *Student knowledge of testicular cancer and self-examination in a medical sciences University in Iran*. *Basic Clin Cancer Res*. 2014 ve 6(3):7–11.
- Roy, R. K., & Casson, K. (2017). *Attitudes toward testicular cancer and selfexamination among Northern Irish males*. *American Journal of Men's Health*, 11(2), 253-261.
- Rapley, E.A. ve Nathanson, K.L. *Predisposition alleles for testicular germ cell tumour*. *Curr. Opin. Genet. Dev*. 2010, 20, 225–230.
- Richiardi L, Pettersson A, Akre O. *Genetic and environmental risk factors for testicular cancer*. *Int J Androl*. 2007 ve 10.1111/j.1365-2605.2007.00760.x., 30(4): 230-40. discussion 40-1. doi:.
- Rudberg L, Nilsson S, Wikblad K, Carlsson M. *Barriers identified by Swedish school nurses in giving information about testicular cancer and testicular self-examination to adolescent males*. *J Sch Nurs* 2005 ve 21(1):17-22.

Rapley, E.A. ve Nathanson, K.L. *Predisposition alleles for testicular germ cell tumour*. Curr. Opin. Genet. Dev. 2010, 20, 225–230.

Rovito MJ, Cavayero C, Leone JE, Harlin S. (2015) *Interventions promoting testicular selfexamination (TSE) performance: A systematic review*. American Journal of Men's Health, 9:506-518.

Rovito MJ, Leone JE, Cavayero CT. "Off-Label" Usage of testicular self-examination (TSE): Benefits beyond cancer detection. Am J Mens Health 2018 ve 12(3):505-513.

Rudberg L, Nilsson S, Wikblad K et al. *Testicular cancer and testicular selfexamination: knowledge and attitudes of adolescent Swedish men*. Cancer Nurs 2005 ve 256–62., 28:.

Richardson N., Carroll P. C. (2009). *Getting men's health onto a policy agenda:*

Charting the development of a National Men's Health Policy in Ireland. Journal of Men's Health, 6, 105-113.

Rosenstock LM. *Historical origins of the health belief model*. Health Education Monographs 1974; 2: 328-335.

Smeltzer, C.S., Bare, G.B., Hinkle L.J., Cheever, H.K. *Brunner and suddarth's textbook of medical surgical nursing: in one volume*, China, Wolters Kluwer Health. 2010 Saab MM, Landers M, Hegarty J. *Testicular Cancer Awareness and Screening Practices: A Systematic Review*. Oncol Nurs Forum. 2016;43(1):E8-E23. doi:10.1188/16.ONF.E8-

E23

Sampson, J. N. et al. *Analysis of heritability and shared heritability based on genomewide association studies for thirteen cancer types*. J. Natl Cancer Inst. 107, 279 (2015). Saera JM, Urtasun JA, Beveridge RD, Abad LP, Ortiz AG, Lorenzo JP, et al. *Epidemiological pattern and time trends in testicular germ-cell tumors: a single institution 20-year experience*. Clin Transl Oncol. 2006 ve <https://doi.org/10.1007/s12094->, 8(8):588–93.

Sampson, J. N. et al. *Analysis of heritability and shared heritability based on genomewide association studies for thirteen cancer types*. J. Natl Cancer Inst. 107, 279(2015).

Shankar S, Davies S, Giller R, et al. *In utero exposure to female hormones and germ cell tumors in children*. Cancer 2006 ve 106:1169–77.

Siegel, R. et al. *Cancer treatment and survivorship statistics, 2012*. CA Cancer J. Clin. 62, 220–241 (2012).

Smith ZL, Werntz RP, Eggener SE. *Testicular Cancer: Epidemiology, Diagnosis, and Management*. Med Clin N Am. 2018 ve 264., 102: 251-.

Siegel RC, Miller KD and Jemal A (2015) Cancer statistics, 2015. CA: A Cancer

- Journal for Clinicians* 65(1): 5–29. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25559415>, 06.06.2021.
- Sayar, S., Erdem, M., Göktaş, A., Akalın, A.H., Çoban, A.H., Avcı, K. and İlhan, İ., *Examining Of University Students' Awareness, Beliefs and Practices About Testicular Self Examination*, KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2021, Cilt 2, Sayı. Salehiniya, H. et al. *Testicular cancer in the world: an epidemiological review*. WCRJ 5, e1180 (2018).
- Swerdlow, AJ, SR, Huttly ve doi:10.1038/bjc.1987.20., Smith PG. (1987). "Testicular cancer and antecedent diseases". Br. J. Cancer. 55 (1): 97- 103.
- Saab M, Landers M, Hegarty J. *Testicular cancer awareness and screening practices: A Systematic Review*. Oncol Nurs Forum 2016. 43(1): e8-e23.
- Shallwani K, Ramji R, Saeed Ali T, et al. (2010) *Self examination for breast and testicular cancers: A communitybased intervention study*. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 11(1): 383–386.
- Green, S. B., Salkind, N. J., & Akey, T. M. (2000). *For windows: analyzing and understanding data*. Upper Sadler River, NJ
- Trabert, B., Chen, J., Devesa, S. S., Bray, F. & McGlynn, K. A. *International patterns and trends in testicular cancer incidence, overall and by histologic subtype, 1973–2007*. Andrology 3, 4–12 (2015).
- Uğurlu Z, Akkuzu G, Karahan A, Beder A, Dogan N, Okdem S. and Kav, S. *Testicular cancer awareness and testicular self-examination among university students*. Asian Pac J Cancer Prev. 2011 ve 12(3):695–8.
- Uyar, M., Yıldırım, E. N., Şahin, T. K. (2019). *Evaluation of testicular self-examination technique and testis cancer knowledge levels of final-year medical students*. Bull Urooncol, 18:10-13.
- Ugbama HAA, Aburoma HLS (2011) *Public awareness of testicular cancer and testicular self-examination in academic environments: a lost opportunity*. Clinics (Sao Paulo) 66(7):1125–1128. doi:10.1590/S1807-59322011000700001.
- Ustundag, H. (2019). *Assessment of the Testicular Self-Examination Knowledge and Health Belief Model of Health Sciences Students*, International Journal of Caring Sciences, 12(2): 972-978.
- Vallo, S., Kloft, J., Jones, J., John, P., Khoder, W., Mahmud, W., & Mani, J. (2020).

Evaluation of Testicular Self Examination and Testicular Partner Examination in Medical versus Non-Medical Students. Current Urology, 14(2), 92–97. doi:10.1159/000499253.

Vogel D. L., Heimerdinger-Edwards S. R., Hammer J. H., Hubbard A. (2011). “Boys don’t cry”: *Examination of the links between endorsement of masculine norms, selfstigma, and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds.* Journal of Counseling Ps.

Yetisyigit T, Babacan N, Urun Y, et al (2014). *Predictors of outcome in patients with advanced non-seminomatous germ cell testicular tumors.* Asian Pac J Cancer Prev, 15, 831-5.

Yıldız, T., Yeşildağ, E. (2015). *Fertilitenin korunmasında kendi kendine testis muayenesi: olgu sunumu.* Int J Basic Clin Med, 3(1):43-5.

Yalçinkaya U, Çalışır B, Ugraş N, Filiz G, Erol O. *Testicular tumors: results of a 30year archive study.* Turk Patoloji Derg. 2008 ve 100-6., 24(2):.

Yilmaz E, Koca Kutlu A, Cecen D (2009). *The knowledge and behaviors school of health students related testicular cancer and testicular self examination.* J Firat Health Services, 4, 72-85.

Yurt, S., Sağlam, R. & Kadioğlu, H., (2020). *Knowledge, Beliefs and Practices of University Students Regarding Testicular Cancer and Testicular Self-Examination.*

Clinical And Experimental Health Sciences, vol.10, no.3, 235- 240.

Znaor, A., Lortet-Tieulent, J., Laversanne, M., Jemal, A., & Bray, F. (2015).

International variations and trends in renal cell carcinoma incidence and mortality. European urology, 67(3), 519-530.

Westergaard, T. et al. *Cancer risk in fathers and brothers of testicular cancer patients in Denmark. A population-based study.* Int. J. Cancer 66, 627–631 (1996).

Wardle J, Steptoe A, Burckhardt R, Voge C, Vila J, Zarczynski Z. *Testicular selfexamination: attitudes and practices among young men in Europe.* Prev Med. 1994 ve <https://doi.org/10.1006/pmed.1994.1028>., 23(2):206–10.

WEB_1; The International Agency for Research on Cancer (IARC), The Global Cancer Observatory, GLOBOCAN 2020 database, <https://gco.iarc.fr/>, 07.09.2021.

WEB_2; American Cancer Society. 2021. testicular-cancer, 2021/cancer/testicularcancer.html, 02.02.2021. <https://testicularcancersociety.org/>

WEB_3: <https://www.selcukyucel.com.tr/testis-kanseri.html>, 01.08.2021.

WEB_4; <https://teachmeanatomy.info/pelvis/the-male-reproductive-system/testesepididymis/>, 01.08.2021.

WEB_5; [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye Kanser Istatistikleri 2017.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf)

WEB_6 <https://www.cancer.gov/types/testicular/hp/testicular-screening-pdq>, 02.07.2021.

WEB_7: <http://www.cancer.org/Research/CancerFactsFigures/CancerFacts>

WEB_8; National Cancer Institute (2021). Testicular Cancer Treatment, <https://www.cancer.gov/types/testicular/patient/testicular-treatment-pdq#section/all>, 10.08.2021.

WEB_9; National Health Service. Testicular cancer: causes. <http://www.nhs.uk/conditions/cancer-of-the-testicle/pages/causes.aspx>, 20.05.2021.

WEB_10; Cancer Research UK. <https://www.cancerresearchuk.org/aboutcancer/testicular-cancer>, 01.01.2021.

WEB_11; American Cancer Society. 2021. testicular-cancer, [https://www.cancer.org, 2021/cancer/testicular-cancer.html](https://www.cancer.org,2021/cancer/testicular-cancer.html), 02.02.2021.

WEB_12; EDITION, S., et al. AJCC cancer staging manual. *AJCC cancer staging manual*, 2017. https://toc.library.ethz.ch/objects/pdf03/UMBC_978-3-319-406176_01.pdf

WEB_13; American Society of Clinical Oncology (2018). Testicular Cancer: Signs and Symptoms. Accessed at www.cancer.net/cancer-types/testicular-cancer/symptoms-and-signs on April 27, 2018, Erişim tarihi, 15.08.2021.

WEB_14; American Society of Clinical Oncology. Testicular Cancer: Signs and Symptoms. 09/2016. Accessed at www.cancer.net/cancer-types/testicularcancer/symptoms-and-signs, 10.08.2021.

WEB_15; American Urological Association. (2021). Mens Health Checklist, <https://www.auanet.org/#>, 10.08.2021.

WEB_16; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for testicular cancer: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann.InternalMed.*154,483-486(2011), <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/>.

WEB_17;How to Do a Testicular Self-Exam (Slideshow).

<https://kidshealth.org/en/teens/tse.html>, 05.05.2021.



EKLER

Ek 1. Hasta Tanıtım Formu

1. Tanınız:.....
2. Yaşınız:.....
3. Eğitim düzeyiniz?
a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite e) Lisansüstü
4. Gelir düzeyiniz?
a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla
5. Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar
6. Sağlık güvenceniz var mı? a) Evet b) Hayır
7. Sigara kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
8. Alkol kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
9. Kilonuz.....
10. Ailenizde testis kanseri olan birey var mı? a) Evet b) Hayır
11. Testis kanserini biliyor musunuz? a) Evet b) Hayır
12. Testis kanseri hakkında bilgi aldığınız yer?
a) Medya b) Akraba c) Sağlık personeli
d) Arkadaşlar e) Seminer, konferans f) Diğer.....
13. Kendi kendine testis muayenesini biliyor musunuz? a) Evet b) Hayır
14. Kendi kendine testis muayenesi hakkında bilgi aldığınız yer?
a) Medya b) Akraba c) Sağlık personeli
d) Arkadaşlar e) Seminer, konferans f) Diğer.....
15. Kendi kendine testis muayenesi yapıyor musunuz? a) Evet b) Hayır

Ek 1. Hasta Tanıtım Formu

16. Cevabınız hayır ise nedenini yazınız.
- a) Kendi kendine testis muayenesini bilmemek
 - b) Muayeneden dolayı suçluluk hissetmek
 - c) Muayene yapmayı günah bulmak
 - d) Muayeneyi önemsememek
 - e) Muayene sonucundan kötü bir şey çıkmasından korkmak
 - f) Diğer...
17. Kendi kendine testis muayenesinin düzenli yapılıp yapılmaması gerektiğini biliyor musunuz? a) Evet b) Hayır
18. Kendi kendine testis muayenesinin ne zaman yapılmalıdır?
- a) Testis muayenesini her ay düzenli yaparım
 - b) Muayeneyi duşta ve duştan hemen sonra yaparım
 - c) Testis muayenesini her iki elimi kullanarak, başparmaklar üstte diğer parmaklar altta olacak şekilde her iki testisimi sert ve kitle açısından muayene ederim
19. İdrar yolları, testisler ve penis ile ilgili sorun yaşadınız mı? a) Evet b) Hayır

EK II- Testis Kanseri Ve Kendi Kendine Testis Muayenesine Yönelik Sağlık İnançları Ölçeği

	Kesinlikle katılmıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Katılıyorum
1. Testis kanseri olma ihtimalim çok yüksektir.	0				
2. Önümüzdeki birkaç yıl içinde testis kanseri olma ihtimalim çok yüksektir.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Yaşamımın bir döneminde testis kanseri olacağımı hissediyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Testis kanserinden dolayı ölebileceğimden korkarım.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Kendimi yaşıttım bir erkekle karşılaştırdığımda, testis kanserine yakalanma riskim çok yüksektir.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Testis kanserini düşünmek beni korkutur.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Testis kanserini düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpıyor.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Testis kanseri olursam uzun süre birçok problem yaşayacağım.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Testis kanseri olmak eşimle (ya da birlikte olduğum kişiyle) ilişkiimi tehdit eder.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Testis kanseri olursam bütün hayatım değişecek.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Testis kanseri umutsuz bir hastalıktır.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Testis kanseri olursam mali güvenliğim tehlikeye girecektir.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Testis kanseri olursam gelecekteki iş hayatım tehlikeye girecektir.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Testis kanseri olursam cinsel yaşantım sona erer.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Testis kanseri olursam kısır kalırım (çocuğum olmaz).	☐	☐	☐	☐	☐
16. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmek isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir.	☐	☐	☐	☐	☐

EK II- Testis Kanseri Ve Kendi Kendine Testis Muayenesine Yönelik Sağlık

İnançları Ölçeği Devamı

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
19. Sağlığımı geliştirecek aktiviteleri yapmanın önemli olduğunu düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Her ay KKTM yapmam testis kanserinden ölme ihtimalimi azaltabilir.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Eğer KKTM ile erkenden bir kitle bulursam testis kanserine yönelik tedavim kötü olmayabilir.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Her ay KKTM yapmaktan sıkılıyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
23. KKTM yapmak çok fazla zaman alıyor.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Testis muayenesi yapmak acı vericidir.	☐	☐	☐	☐	☐
25. KKTM yaptığımda ailem benimle dalga geçecek.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Testis muayenesini yapmayı hatırlamak zordur.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Testis muayenesini yapmak için yeterli mahremiyeti sağlayacak yerim yok.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Bir şeyler (kitle) bulmaktan korktuğum için KKTM yapmıyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Bir sağlık profesyoneline testis muayenesi yaptırdıysam kendi kendine muayene yapmama gerek yok.	☐	☐	☐	☐	☐
30. KKTM yapmaktan çok daha önemli problemlerim var.	☐	☐	☐	☐	☐
31. KKTM nin nasıl yapılacağını biliyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
32. KKTM ni doğru bir şekilde yapabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
33. KKTM yaparak testislerimde (hayalarımda) bir kitle bulabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
34. KKTM yaptığımda testislerimde (hayalarımda) bir sorun olduğunu söyleyebilirim	☐	☐	☐	☐	☐
35. Dengeli beslenirim.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Haftada en az 3 kez spor yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Hasta olmasam bile düzenli olarak sağlık kontrollerimi yaptırırım.	☐	☐	☐	☐	☐

Ek III. İstanbul Okan Üniversitesi Etik Kurulu Onayı

OKAN ÜNİVERSİTESİ	
Etik Kurul Kararı	
Toplantı Tarihi: 07.10.2020	
Toplantı Sayısı: 126	
<u>Toplantıya Katılanlar:</u>	
Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Mübariz Hasanov	(Üye)
Prof. Dr. Ali İlker Gümüşeli	(Üye) (Katılmadı)
Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal	(Üye) (Katılmadı)
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Hale Aksuna	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Uğur Tarık Özkut	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 07.10.2020 tarihinde toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 15- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik Bölümü'nden **Samet APAK**'ın **Dr. Öğretim Üyesi İlknur ÇALIŞKAN** danışmanlığında **"Erkeklerin Kendi Kendine Testis Muayenesine Yönelik Sağlık İnancı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi"** başlıklı çalışmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verildi.

Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan

(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Uğur Tarık Özkut

(Üye)

Ek IV. Hatay İl Sağlık Müdürlüğü Proje Çalışması/ Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyon Kararı



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HATAY İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

PROJE ÇALIŞMASI/BİLİMSEL ARAŞTIRMA İNCELEME KOMİSYON KARARI

Araştırma/Tez/Proje Konusu	"Erkeklerin Kendi Kendini Testis Muayenesi Bilgi Düzeyi, Testis Muayenesine Yönelik Sağlık İnancı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi"
Çalışmanın Yapılacağı Hastane/Kurum	Hatay Devlet Hastanesi
Araştırmacının Statüsü	Yüksek Lisans Tezi
Eğitim Kurumu/Üniversitesi	Okan Üniversitesi
Proje Çalışmasını Yürüten Kişi	Samet APAK

KARAR: "02.03.2016 tarih ve E.798 sayılı Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge" gereği, Sağlık Bakanlığı Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'nün Proje Çalışması/Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyonu Müdürlüğümüze intikal eden Klinik/Proje Çalışmalarını değerlendirmek üzere 17/11/2020 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.

Okan Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Samet APAK'ın yüksek lisans tezi için "Erkeklerin kendi kendini testis muayenesi bilgi düzeyi, testis muayenesine yönelik sağlık inancı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi" konulu araştırmasını Müdürlüğümüze Hatay Devlet Hastanesi'nde yürütmesi uygun görülmüştür.

ADRES: Odabaşı Mah. Eski SSK Binası ANTAKYA/HATAY
Tel No : 0 (326) 290 11 41 Dahili:1286 Fax : 0(326) 290 11 30
E-MAIL: hatayism@gmail.com

Bilgi İçin: Merve Gül KALKAR

Ek V. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sizi Dr. Öğretim Üyesi İlknur ÇALIŞKAN danışmanlığında Hemşire Samet APAK tarafından yürütülen “**Erkeklerin Kendi Kendine Testis Muayenesine Yönelik Sağlık İnancı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı erkeklerin kendi kendini testis muayenesi bilgi düzeyi, testis muayenesine yönelik sağlık inancı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Araştırmada sizden tahminen 20-25 dakika kadar süre ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakm hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [] e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Araştırmacının

Katılımcının

Adı-Soyadı:.....

Adı –Soyadı :

İmza :

İmza:

İletişim Bilgileri: e-posta:

İletişim Bilgileri: e-posta

Ek VI. Ölçek Kullanım İzni



ilknur avcı

28.09.2020 Pzt 10:29

Kime: Siz



testis kanseri taramalarında sa...
79 KB

Sayın Çalışkan,

Ölçek çalışmamıza göstermiş olduğunuz ilgiden dolayı teşekkür ediyorum. Ölçeğimizi çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ekte size formu ve değerlendirmesini gönderiyorum.

İyi çalışmalar dilerim

Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI

EK VII. ÖZGEÇMİŞ

