

**KANSERLİ HASTALARDA HASTALIK ALGISI VE  
ANKSİYETE DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
BELİRLENMESİ**

**Aysel ÖZDEMİR**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı**

**Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ**

**Yüksek Lisans Tezi-2016**

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

**KANSERLİ HASTALARDA HASTALIK ALGISI VE ANKSİYETE DÜZEYİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

**Aysel ÖZDEMİR**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ**

**MALATYA**

**2016**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Aysel ÖZDEMİR'in "Kanserli Hastalarda Hastalık Algısı ve Anksiyeti Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi"** konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27/07/2016

  
Prof. Dr. Behice ERCİ  
İnönü Üniversitesi  
Jüri Başkanı

  
Doç. Dr. Raşan Çevik AKYIL  
Adnan Menderes Üniversitesi  
Üye

  
Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ  
İnönü Üniversitesi  
Tez Danışmanı  
Üye

### ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../2016 tarih ve 2016/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ  
Enstitü Müdürü

# İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Kanserin Tanımı ve Önemi.....	3
2.2. Kanserin Epidemiyolojisi .....	3
2.3. Risk Faktörleri .....	3
2.4. Kanserin Tanısı ve Tedavisi .....	4
2.5. Kansersiz Hasta ve Hastalık Algısı.....	5
2.6. Kanserde Hastalık Algısı ve Hemşirelik.....	7
2.7. Kansersiz Hasta ve Anksiyete.....	7
2.8. Kanserde Anksiyete ve Hemşirelik.....	8
3. MATERYAL VE METOT .....	9
3.1. Araştırmanın Türü.....	9
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	9
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	9
3.4. Verilerin Toplanması .....	10
3.5. Veri Toplama Araçları .....	10
3.5.1. Hasta Tanıtım Anketi (EK-2) .....	10
3.5.2. Durumluluk –Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI) (EK-3).....	10
3.5.3 Hastalık Algısı Ölçeği (EK-4) .....	11
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	13
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	13
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	14
4. BULGULAR.....	15
5. TARTIŞMA .....	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
KAYNAKLAR .....	51
EKLER.....	58
EK-1. Özgeçmiş.....	58

Ek-2. Hasta Tanıtım Anketi .....	59
EK-3. Durumluluk Kaygı Ölçeği (STAI) .....	60
EK-4. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ).....	61
EK-5. TÖTM Çalışma İzni .....	64
EK-6. Etik Kurul İzni.....	65
EK-7. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) İzin Formu.....	66

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez çalışmam süresince katkılarından dolayı Sayın hocam Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ'a,

İstatistiklerin yapılması ve değerlendirilmesinde yardımlarından dolayı Sayın Nazire BULAM'a ve Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ'ye,

Lisans ve lisansüstü eğitimimde bilimsel ve manevi desteğinden dolayı değerli hocam Sayın Neziha KARABULUT'a,

Pek kıymetli hocam Sayın Osman ŐANLIOĐLU'na,

Zamanlarını sabırla bana ayıran hastalarım ve

Her zaman yanımda olan biricik anneme, babama ve eşime, sonsuz teşekkürler...

Aysel ÖZDEMİR

## ÖZET

### Kanserli Hastalarda Hastalık Algısı ve Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

**Amaç:** Bu araştırma kanserli hastalarda hastalık algısı ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla ilişkisel tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** Araştırma Temmuz 2015-Temmuz 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi onkoloji kliniklerinde yatan, 1454 yetişkin hasta oluşturmuştur. Örneklemi; bu hastanede onkoloji kliniklerinde yatan, araştırmaya alım ölçütlerine uyan, evreni bilinen örneklem büyüklüğü formülü kullanılarak belirlenen 304 hasta oluşturmuştur. Hata payını azaltmak amacıyla araştırma 318 hasta ile tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan Hasta Tanıtım Anketi Formu, Durumluluk Kaygı Ölçeği ve Hastalık Algısı Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, Kruskal Wallis, ANOVA ve Korelasyon kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan kanserli hastaların anksiyeteleri hafif olarak bulunmuştur. Hastalık algısı ölçeği hastalık belirtileri alt boyutunun yüzdelerine bakıldığında en sık yorgunluğun görüldüğü tespit edilmiştir. Hastalık algısı alt boyutlarının puan ortalaması; süre (akut/kronik)  $17.00 \pm 6.72$ , sonuçlar  $23.00 \pm 5.45$ , kişisel kontrol  $24.00 \pm 5.57$ , tedavi kontrol  $20.00 \pm 4.63$ , hastalığı anlayabilme  $9.00 \pm 4.19$ , döngüsel süre  $12.00 \pm 2.56$ , duygusal temsiller  $20.00 \pm 7.29$ ; psikolojik faktörler  $17.81 \pm 7.23$ , risk faktörleri  $15.87 \pm 4.35$ , bağışıklık  $6.29 \pm 2.77$ , kaza ve ya şans  $4.66 \pm 1.84$  olarak bulunmuştur. Hastalık belirtileri, sonuçlar, kişisel kontrol, döngüsel süre, duygusal temsiller ve psikolojik faktörler ile durumluluk kaygı ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönde istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Sonuç:** Hastalık algısının hastalık belirtileri, sonuçlar, kişisel kontrol, döngüsel süre, duygusal temsiller ve psikolojik faktörler alt boyutlarının anksiyete düzeyini etkilediği belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda; kanserli hastaların hastalık algılarının ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi ve uygun danışmanlık hizmetinin hemşireler tarafından verilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, Hastalık Algısı, Hemşire, Kanser.

## ABSTRACT

### **Determination of the Relationship between the Perception of the Disease and Level of Anxiety in Patients with Cancer**

**Aim:** The aim of this correlation and descriptive study is to investigation of the relationship between the perception of the disease and level of anxiety in patients with cancer.

**Material and Method:** This study was done between July, 2015 and July 2016. This study universe consisted 1454 patients who were hospitalized and were aged 18 and older in the Inonu University Turgut Ozal Medical Center Oncology Department with a diagnosis of cancer. A total of 318 patients made up the study sample. Tools for data collection were a personal data questionnaire for the patient, a Illness Perception Scale and Strait-Trait Anxiety Inventory. Descriptive data were summarized as absolute numbers and percentage; independent group comparisons used t test, the Kruskal-Wallis, ANOVA, analysis of variance and Pearson's correlation coefficient.

**Results:** This research found that patients anxiety level was low. The average point and standart deviations of timeline subscales of illness perceptions were  $17.00 \pm 6.72$ , consequences were  $23.00 \pm 5.45$ , personal control were  $24.00 \pm 5.57$ , treatment control were  $20.00 \pm 4.63$ , illness coherence were  $9.00 \pm 4.19$ , timeline cyclical were  $12.00 \pm 2.56$ , emotional representations were  $20.00 \pm 7.29$ , psychological attributions were  $17.81 \pm 7.23$ , risk factors were  $15.87 \pm 4.35$ , immunity factors were  $6.29 \pm 2.77$ . A positive relation was detected ( $p < 0.001$ ) between the subcale average points of the factors which compose the subscales of illness perceptions questionnaire: symptoms, consequence, emotional representations, psychological attributions and the average points of anxiety.

**Conclusion:** It's recorded that many sub scales of illness perceptions the anxiety, when they evaluated together. In accordance with these results, patients illness perceptions and anxiety determine.

**Key Words:** Anxiety, Illness Perceptions, Nurse, Cancer.

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>TÖTM</b>	: Turgut Özal Tıp Merkezi
<b>DKÖ</b>	: Durumluluk Kaygı Ölçeği
<b>STAI</b>	: Strait-Trait Anxiety Inventory
<b>HAÖ</b>	: Hastalık Algısı Ölçeği
<b>GLOBACAN</b>	: The Global Cancer Observatory

## TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
<b>Tablo 4.1.</b> Kanser Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	15
<b>Tablo 4.2.</b> Kanser Hastalarının Durumluluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımı.....	16
<b>Tablo 4.3.</b> Hastalık Algısı Ölçeğinin Hastalık Belirtileri Boyutuna Verilen Cevaplara Göre Hastaların Dağılımları.....	17
<b>Tablo 4.4.</b> Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşler ve Hastalık Nedenleri Boyutu Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	18
<b>Tablo 4.5.</b> Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Durumluluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	19
<b>Tablo 4.6.</b> Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Belirtileri Boyutu Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	20
<b>Tablo 4.7.</b> Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Süre (Akut/Kronik) Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	21
<b>Tablo 4.8.</b> Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Sonuçlar Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	23
<b>Tablo 4.9.</b> Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Kişisel Kontrol Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	24
<b>Tablo 4.10.</b> Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Tedavi Kontrolü Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	25
<b>Tablo 4.11.</b> Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Döngüsel Süre Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	26
<b>Tablo 4.12.</b> Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Duygusal Temsil Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	27
<b>Tablo 4.13.</b> Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalığı Anlama Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	28
<b>Tablo 4.14.</b> Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Psikolojik Faktörler Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	29
<b>Tablo 4.15.</b> Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Risk Faktörleri Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	30
<b>Tablo 4.16.</b> Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Bağışıklık Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31

<b>Tablo 4.17.</b> Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Kaza ve ya Şans Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
<b>Tablo 4.18.</b> Hastalık Algısı Ölçeği ile Durumluluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	33

# 1. GİRİŞ

Kanser, erken tanı ve tedavi edilmediğinde büyük oranda ölüme yol açan ciddi bir sağlık sorunudur (1). Gelişmiş ülkelerde ölümlerin %25'ini oluştururken, tüm ölüm nedenleri arasında ikinci sıklıkta görülmektedir (2). The Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) 2012 verilerine göre Dünya'da toplam 14.1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 8.2 milyon kansere bağlı ölüm olmuştur (3). Ülkemizde kanser Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014 yılı verilerine göre ölüm nedenleri arasında 2. sırada yer almaktadır (4).

Kanser hastanın hastalığını nasıl algıladığına ve hastalığın yol açtığı güçlüklerle ilgili olarak, kişinin denge ve uyumu ile ilgili sorunlara neden olabilmektedir (5). Bu nedenle kanserli hastaların hastalığını nasıl algıladığının belirlenmesi yaşanan bu sorunların artmasında veya azalmasında önemli rol oynamaktadır (6).

Hastalık algısı her bireyde farklı yaşanan bir süreçtir. Hastalar kişisel tecrübeleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimlerine göre hastalıklarını anlamaya çalışırlar (7). Hastalık algısı modeline göre bireyler herhangi bir hastalıkla karşılaştıklarında hastalığın fiziksel ve psikososyal sonuçlarına göre öncelikle baş etme yanıtları oluştururlar. Bu yanıtlar ise hastalığa ait inançlar ve duygusal reaksiyonların bir yansımasıdır (8).

Kanserli hastalarla yapılan araştırma sonuçlarına göre hastalık algısı sağlık ile ilgili inançlara ve hastalığın iyi sonuçlarına bağlı bulunmuştur (9, 10, 11).

Downe-Wamboldt ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonucuna göre kanser hastalarının pozitif yöndeki hastalık algılarının kanserin seyriyi olumlu yönde etkilediğini saptamışlardır (12).

Karabulutlu ve arkadaşlarının kanserli hastaların hastalık algıları ile ilgili yaptıkları bir çalışma sonucuna göre hastaların kanserin süresi, seyri ve tedavisini kontrol edebildiği ile ilgili güçlü inançlara sahip olduğunu tespit etmişlerdir (13). Diğer bir çalışmada; kanserli hastaların kanserin negatif sonuçlarına rağmen uzun sürmeyeceği yönünde algılarının olduğu belirlenmiştir (8).

Kanser hastaları gibi özellikli bir hasta grubunda oluşan ve oluşabilecek bozuklukları daha iyi anlamak, kontrol etmek, tedavi etmek ve hemşirelik girişimlerini planlamak açısından hastalık algısının belirlenmesi gereklidir (6).

Kanser hastalarında anksiyete; korku, belirsizlik, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, dayanılmaz ağrılar, terk edilme, ölüm duyguları, düşünceleri ve tedavinin

yan etkileri nedeniyle ortaya çıkabilir ve tanı esnasında ya da tedavi surecinde gorlebilir (14).

Kanserli hastalarla yapılan bir çalışma sonucuna gore kanserli hastaların anksiyete oranının %18.47 ile %49.69 arasında değiştiği belirtilmiştir (15).

Watts ve arkadaşları tarafından prostat kanserli hastalar üzerinde yapılan bir çalışma sonucuna gore anksiyete oranının tedavi öncesi %27.04, tedavi sırasında %15.09, tedavi sonrasında ise %18.49 olduğu saptanmıştır (16).

Anksiyete bozuklukları ve belirtileri genç ve kadın hastalarda daha sık gorlmektedir (17,18). Knobf çalışmasında; genç yaş, dşek ekonomik durum, yanlış kontrol edilen fiziksel semptomlar gibi faktörlerin meme kanserli kadınlarda anksiyeteyi etkilediğini belirtmiştir (19).

Johanes ve arkadaşları prostat kanseri hastalarda anksiyetenin hastalık evresi ile olan ilişkisini araştırmış ve erken evre kanser hastalarında ileri evre hastalara gore dşek anksiyete olduğunu belirlemişlerdir (20). Ülkemizde ise prostat kanseri ile ilgili yapılan bir çalışmada hastalık evresi ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (21).

Kanser hastalara bakım veren hemşirelerin hastaların hastalık algılarını ve anksiyete verilerini değerlendirmeleri ve bu verileri hastaların eğitim ve tedavi planlarına yansıtılmalarının kanserin kontrol altına alınmasında ek faydaları olacağı dşnlmektedir (27).

#### **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma kanserli hastaların hastalık algısı ve anksiyete düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kanserin Tanımı ve Önemi

Kanser, DNA'da meydana gelen değişiklikler sonucu hücrelerin kontrolsüz bir biçimde çoğalmasıyla ortaya çıkan bir hastalıktır (1). Kanser, erken tanı ve tedavi edilmediğinde büyük oranda ölüme yol açar (2). Gelişmiş ülkelerde ölümlerin %25'ini oluştururken, tüm ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalığından sonra ikinci sıklıkta görülmektedir (3).

### 2.2. Kanserin Epidemiyolojisi

GLOBOCAN 2012 verilerine göre yılında Dünya'da toplam 14.1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 8.2 milyon kansere bağlı ölüm olmuştur. Dünya'da en çok tanı konulan kanserler akciğer (%13.0), meme (%11.9) ve kolon (%9.7) iken kanserden ölümlerin ise en çok akciğer (%19.4), karaciğer (%9.1) ve mideden (%8.8) gerçekleştiği belirtilmiştir (22).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 verilerine göre Türkiye'de erkeklerde en sık görülen kanserler akciğer, prostat, mesane ve kolorektal kanserleri iken, kadınlarda en sık görülen kanserler meme, triod, kolorektal ve uterus korusu kanserleridir (22). Ülkemizde kanser Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014 yılı verilerine göre ölüm nedenleri arasında 2. sırada yer almaktadır. 2014 yılı verilerine göre 2014 yılında ölümlerin %31.1'i, 2013 yılında ise %31.3'ü bronş, akciğer, larenks ve soluk borusu kanserinden meydana gelmiştir (4).

### 2.3. Risk Faktörleri

Kanserin genetiği hakkındaki bilgiler artmakta birlikte; mutasyonların, gen alterasyonlarının oluşum mekanizması bilinmemektedir. Ayrıca yapılan epidemiyolojik çalışmalar, kanser gelişimi ile ilgili olan diyet, çevre ve belirli enfeksiyonlar gibi etmenler arasındaki ilişkileri açığa çıkarmıştır. Tütün, benzen ya da iyonize radyasyon gibi çeşitli ajanlardaki özgün genlerin kanser ile sonuçlanacak bir hasara yol açıp açmadığı bilinmemektedir (23).

## 2.4. Kanserin Tanısı ve Tedavisi

Kanser tanısı; tümörün detaylı bir histolojik değerlendirmesine olanak sağlayacak, hastalığın evresi ve yayılma durumu hakkında ipucu verebilecek ve moleküler tanı bilgileri çıkarabilecek uygun doku örneğinin alınmasına bağlıdır (24).

Tümörün tedavi edilebilirliği ise çoğunlukla ağırlığıyla orantılıdır. İdeal olan tümörün semptomlar ortaya çıkmadan önce ya da bir görüntüleme çalışması sonucunda teşhis edilmesidir. Bu durumdaki hastaların oldukça büyük bir kısmı tedavi edilebilir. (25).

Tümör büyüklüğüne ek olarak, hastalığın tedavisindeki diğer önemli belirleyici de hastanın fizyolojik dayanıklılığıdır. Fizyolojik dayanıklılık, hastanın tümör ve tedaviden kaynaklanan fizyolojik baskıyla nasıl başa çıkabileceğinin göstergesidir (23).

Modern kanser tedavisi; semptom tedavisi ve rehabilitasyonu için dahili, cerrahi, radyoloji uzmanlık dalları ve hemşirelik ile ilişkili koordineli bir çalışma gerektirir. (23). Tedavinin ana amacı ilk olarak kanserin yok edilmesidir. Eğer bu öncül hedef başarılamazsa, hastalığın hafifletilmesine, semptomların düzeltilmesine ve yaşam uzatılmaya çalışılırken yaşam kalitesinin denetlenmesine yönelik hedeflere ulaşmaya çalışılır (24).

### a) Cerrahi Tedavi

Kanserde cerrahi girişimler, biyopsiyle tanı koymak, bölgesel lenf düğümlerini ve metastazları değerlendirerek kanseri evrelendirmek, cerrahide kurtarılan organ ve ya vücudu rekonstrükte etmek ve kanser semptomlarında iyilik sağlamak amacıyla yapılmaktadır (23).

Kanser cerrahisinin amacı; tümörün ve tutulmuş olma olasılığı olan komşu dokuların tamamen çıkarılmasıdır. Tümörün çevresindeki normal dokudan gerekli bir sınır bırakarak tümörü ve bölgesel lenf düğümlerini çıkartılır (23).

### b) Radyasyon Tedavisi

Radyasyon tedavisinin amaçları radyasyonun tek seçenek olduğu durumlarda uygun seçeneği sunmak, uygun cerrahi girişim sonrası organı koruyabilmek, cerrahi sonrası hem lokal hem de bölgesel yinleme olasılığını düşürmek ve rezeke edilemeyen birincil veya metastatik tümörler için semptomlarda iyilik sağlamaktır (23).

Radyoterapi iyonize radyasyonun hücre bölünmesi üzerindeki etkisini kullanır. Amaç çevredeki dokuya zarar vermeden tümöre en yüksek doz radyasyonu verebilmektedir (23).

### **c) Kemoterapi Tedavisi**

Bazı kanserlerde küratif bazılarında ise palyatif amaçlı kullanılır. Kemoterapinin etki mekanizması ajana göre değişir. Genelde terapi, kanser hücrelerinin büyümesini ve bölünmesini durdurmaya amaçlamaktadır. Kemoterapi kanser hücrelerinin büyüme hızı ve duyarlılığı ile normal hücrelerin büyüme hızı ve duyarlılığı arasındaki farktan yararlanmaya çalışır (23).

Kemoterapinin yan etkileri; kemik iliği baskılanması, GIS'e ait yan etkiler (iştahsızlık, bulantı, kusma, ishal), stomatit, alopesi, yorgunluk, kserostomi olarak sıralanabilir (25).

### **d) Hormonal Tedavi**

Bazı kanser türleri (meme, prostat, endometriyum gibi) içerdikleri hormon reseptörleri aracılığıyla östrojene veya testesterona duyarlı olabilir. Hormon tedavisi bu hormonların etkilerini durdurarak kanser hücrelerinin çoğalmasını önleyen bir tedavi türüdür (26).

### **e) Hematopoetik Kök Hücre Nakli**

Bazı dokularda bulunan ve gereksinim halinde pek çok hücreyi oluşturarak yaşamın devamını sağlayan, farklı dokulara dönüşebilme potansiyeli olan hücrelere "kök hücre" denir. Hastanın kendisinden veya doku grubu uyumlu kişiden kök hücrelerin toplanıp, hazırlama rejiminden sonra hastaya verilmesine "periferik kök hücre nakli" denir. Kök hücre nakli malign hematolojik hastalıkların ve solid tümörlerin tedavisinde kullanılan yaygın bir yöntemdir (26).

## **2.5. Kanserli Hasta ve Hastalık Algısı**

Hastalık algısı, hastalığın veya semptomlarının birey tarafından yorumlanarak tanımlanmasıdır. Hastalık algısı, hastalığa adaptasyon sürecinin etkilerini konu alan kendini denetleme modelinin bir teorisidir. Bu modele göre bireyler herhangi bir hastalıkla karşılaştıklarında hastalığın fiziksel ve psikososyal sonuçlarına göre öncelikle baş etme yanıtları oluştururlar. Bu yanıtlar ise hastalığa ait inançlar ve duygusal reaksiyonların bir yansımasıdır (8).

Kendini denetleme modeline göre hastalık algısı kavramı beş organize boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; hastalığın süresi, sonuçları ve tedavi edilebilirliğine göre şekillenen hastalık ile ilgili inançlar ve hastalığın belirtileridir (8).

Kanser bireylerin yaşamında çok boyutlu değişiklikler meydana getiren bir olaydır. Kanser yıllarca süren agresif tedavisi, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde

ölümü çağrıştıran, panik ve kaygı uyandıran bir süreç olarak algılanmaktadır (13). Özkan ve arkadaşlarının kanserli hastalarla yaptıkları bir çalışmada; kanserin “çaresizlik ve korku olarak” algılandığını tespit etmişlerdir (27).

Kanser tanısı alan hastalar, tanı konduğu andan itibaren hayatlarındaki en sarsıcı değişimlerden birini yaşamaya başlamaktadırlar (24). Hastalık, bu süreçte basit bir sıkıntıdan, kayıp-yaş yaşantısına kadar uzanan durumlara neden olabilir (28).

Kanserde, hastanın hastalığından ne anladığını, varsa hastalığı ile ilgili inançlarını, korkularını ve hastalığa nasıl bir tepki verdiğini anlamak tedaviye uyumu sağlayabilmek için gereklidir (29). Hastanın kansere karşı geliştirdiği duygusal ve davranışsal tepkisinde şu değişkenler etkilidir:

- a) **Hastalıkla ilgili değişkenler;** hastalığın süresi, evresi, seyri, etkilenen organ, cerrahi müdahalenin tipi, uygulanan diğer tedaviler gibi değişkenler (29).
- b) **Hasta ile ilgili değişkenler;** yaşı, cinsiyeti, mesleği, kişilik özellikleri, daha önceki hastalık deneyimleri, stresle baş etme yöntemleri, hastalığı nasıl algıladığı gibi değişkenler (29).
- c) **Çevresel değişkenler;** hastanın aile içi ilişkileri, sosyal desteğinin varlığı, toplumun hastalık algısı, değer yargıları gibi değişkenler (29).

Kanserli hastaların hastalık algıları ile prospektif çalışmalara göre hastalık algısı işe geri dönme, psikolojik olarak etkilenme ve yaşam kalitesine göre 3 ile 24 ay arasında oluşmaktadır (30-34).

Hastalığına yönelik olumsuz içgörü ve tutum geliştiren hastaların hastalık belirtileri kötüleşerek iyileşme gecikmekte; kişinin benlik saygısı ve özyeterliliğini etkilemektedir. Böylece hastaların tedaviye yönelik motivasyonları azalmaktadır (26). Yapılan çalışmalarda kanserde olumsuz hastalık algısı azaldıkça, hastalık süresi hakkındaki olumsuz inançları azalırken; tedavi kontrolünün artmakta olduğu gösterilmiştir (11).

Kanserli hastaların hastalık algısı hastalığı anlama ile ilişkili bir durumdur. Yapılan bir çalışmada hastaların hastalığı ile bilgilendirilmelerinden dolayı memnuniyetleri arttıkça olumlu hastalık algısının geliştiği tespit edilmiştir (35).

Kanser tanısı alan kişilerin, hastalıkları ile ilgili sahip oldukları algılarının pozitif yönde değiştirilmesiyle, kendi kendilerini yönetebilmeleri, hastalığın oluşturduğu duygusal durumla baş edebilmeleri ve hastalığa eşlik eden günlük stresin üstesinden gelebilmeleri sağlanmalıdır (36).

## **2.6. Kanserde Hastalık Algısı ve Hemşirelik**

Hastalık algısı, kanserde iç içe geçmiş birçok sorunun çözümlenmesinde veya karmaşıklaşmasında önemli rol oynamaktadır. Kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin, hastaların hastalığını nasıl algıladığını anlamaları, varsa hatalı inançlarını değiştirmeleri, hastalığına yönelik daha uygun bir yaşam tarzı ve alışkanlıklar edinmesine yardım etmeleri gerekir (37).

Hastaların algıladıkları semptomların iyileştirilmesine, hastalık süreci hakkında bilgilendirmeye ve mevcut olumsuz hastalık algısının değiştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri planlanarak uygulanmalıdır (13).

Kanser hastalara bakım veren hemşirelerin, kanser gibi özellikli bir hasta gurubunda oluşan ve oluşabilecek bozukluklarını daha iyi anlamak, kontrol ve tedavi etmek açısından hastaların hastalık algısına hakim olmaları, hastalık algısının iyileştirilebilmesi için hastalara her aşamada bilgi vermeleri, hastaları tedavi ve bakım sürecine dahi etmeleri, danışmanlık hizmeti vermeleri, holistik ve hümanistik bakış açısıyla hizmet vermeleri gerekmektedir (13).

## **2.7. Kanserli Hasta ve Anksiyete**

Anksiyete bunaltı, iç sıkıntısı, kaygı ve endişe ile eş anlamlı ve korkuya benzer bir duygu olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete bozukluklarının tam mekanizması bilinmemektedir (38).

Kanser hastalarında anksiyete; korku, belirsizlik, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, dayanılmaz ağrılar, terk edilme, ölüm duyguları, düşünceleri, enfeksiyonlar, metabolik bozukluklar, beyin metastazları ve özellikle uygulanan tedaviler (kemoterapi, radyoterapi, steroidler, antiemetikler vb.) nedeniyle ortaya çıkabilir ve tanı esnasında ve ya tedavi sürecinde görülebilir. Kanser kişinin var oluşu ile ilgili gerçek tehditler içerdiğinden, anksiyetenin kansere karşı orantısız olup olmadığına karar vermek zordur (14).

Kanserli hastalarla yapılan bir çalışma sonucuna göre kanserli hastaların anksiyete oranının %18.47 ile %49.69 arasında değiştiği belirtilmiştir (15).

Watts ve arkadaşları tarafından prostat kanseri hastalar üzerinde yapılan bir meta analiz çalışmasında anksiyete oranının tedavi öncesi %27.04, tedavi sırasında %15.09, tedavi sonrasında ise %18.49 olduğu saptanmıştır (16).

Farklı kanser çeşitlerinde farklı anksiyete düzeyleri görülebilmektedir (14). Clington- Mc Harg ve arkadaşları hematolojik kanseri olan 304 hasta üzerinde yaptığı çalışmada anksiyete düzeyi %15 iken, Winnie ve arkadaşlarının 218 meme kanseri ile yaptığı çalışmada %21.1 olarak bulunmuştur (39, 40).

Anksiyete bozuklukları ve belirtileri genç ve kadın hastalarda daha sık görülmektedir (17, 18).

Johanes ve arkadaşları prostat kanserli hastalarda anksiyetenin hastalık evresi ile olan ilişkisini araştırmış ve erken evre kanser hastalarında ileri evre hastalara göre düşük anksiyete olduğunu belirlemişlerdir (20). Ülkemizde ise prostat kanseri ile yapılan bir çalışmada hastalık evresinin anksiyete ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (21).

Doğar ve arkadaşları kanserli hastalarla olan çalışmalarında anksiyete düzeyi kadınlarda erkeklere göre daha fazla iken, Aydoğan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cinsiyet yönünden anksiyete düzeyi arasında önemli bir fark saptanmamıştır (41,1).

Kanser tanı ve tedavileri, hastaların anksiyete düzeyi ve psikolojik durumu ile etkileşerek hastalığını kabullenmeyi ve hastalıkla mücadeleyi zorlaştırmaktadır.

## **2.8. Kanserde Anksiyete ve Hemşirelik**

Kanser tanısı almak hastanın, bir yandan fiziksel sorunlar ile baş etmeye çalışmasına, diğer yandan geleceğe ilişkin belirsizlik yaşamasına neden olabilmektedir.

Kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin;

- Hastaların anksiyete düzeylerini tanı anından tedavi sürecinin bitimine kadar her aşamada belirlemeleri,
- Etkin tedavinin planlanmasına katılmaları,
- Hastaların anksiyete ile baş edebilmeleri için eğitim vermeleri,
- Anksiyeteye neden olan risk faktörlerini tanımlamaları,
- Verdikleri tüm tedavi ve bakımı açıklamaları,
- Hastaların duygu ve düşüncelerini ifade etmelerine fırsat vermeleri gerekmektedir (42).

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma ilişkisel tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Temmuz 2015- Temmuz 2016 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin onkoloji kliniklerinde (Medikal Onkoloji Kliniği ve Radyasyon Onkolojisi Kliniği) yatan hastalarla yapılmıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü yer olan İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM) Medikal Onkoloji Kliniği 26 yatak; Radyasyon Onkoloji Kliniği 20 yatak kapasitesine sahip olup; yataklar hemen her zaman doludur. Her iki klinikte de 3 öğretim üyesi görev yapmaktadır. Medikal Onkoloji Kliniğinde gündüzde ve gecede 2'şer olmak üzere toplamda 10 hemşire; Radyasyon Onkolojisi Kliniğinde ise gündüzde 3, gecede 1 olmak üzere toplamda 8 hemşire görev yapmaktadır.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesinin onkoloji kliniklerinde yatan, yetişkin 1454 hasta oluşturmuştur.

Örneklemi ise evreni bilinen örneklem formülüyle hesaplanan 304 hasta oluşturmuştur. Ancak hata payını azaltmak amacıyla araştırma 318 hasta ile tamamlanmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

N: Evren

n: Örneklem

t: Tablo değeri

p: Görülme sıklığı

q: Görülmeme sıklığı

d: Standart sapma

### **Araştırmaya Alınma Kriterleri;**

- En az 3 aydır kanser tanısı konmuş olmak,
- Sözel iletişim kurabilmek,
- Tanılanmış psikiyatrik hastalığı bulunmamak.

Örneklem grubunu oluşturan hastalar; evrenden olasılıksız rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri Aralık 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Tanıtım Anketi, Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) kullanılmıştır. Veriler hafta içi iki iş günü (Çarşamba-Cuma) çalışma saatleri içinde onkoloji kliniklerinde yatan hastalara anketi uygulamayı kabul ettikleri zaman dilimi içerisinde hasta odalarında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak, 20-30 dakikada uygulanmıştır. Anketler, araştırmacı tarafından hastaların verdiği cevaplar doğrultusunda doldurulmuştur.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan Hasta Tanıtım Anketi (EK-2), Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) (EK-3) ve Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (EK-4) kullanıldı.

#### **3.5.1. Hasta Tanıtım Anketi (EK-2)**

Araştırmacı tarafından, hazırlanan bu form hastaların tanıtıcı özellikleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, tanı ve hastalık süresi ile ilgili soruları içermekte ve toplam 7 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.5.2. Durumluluk –Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI) (EK-3)**

1964 yılında Speilberger ve Gorsuch tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından 1983 yılında yapılmıştır. Ölçek kısa ifadeler içeren kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Her biri 20'şer adet ifade içeren, sürekli ve durumluk kaygıyı ayrı ayrı ölçen iki alt birimden oluşmaktadır. Durumluluk Kaygı Ölçeği; bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli Kaygı Ölçeği, bireyin içinde bulunduğu durum ve

koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler. Bu araştırmada Durumluluk Kaygı Ölçeği kullanılmıştır. Katılımcılar, Durumluluk Kaygı Ölçeği'nde yer alan her bir ifade için "hiç", "biraz", "çok" ya da "tamamıyla" seçeneklerinden, kendilerine uygun olanları işaretlerler. Ölçeklerde "doğrudan (düz)" ve "tersine çevrilmiş" ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken lağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Durumluluk Kaygı Ölçeği'nde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Puanlamada doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler içeren elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer durumluluk kaygı ölçeği için 50'dir. Ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0.94-0.96 bulunmuştur (43). Bu araştırmada ise 0.90 bulunmuştur.

### **3.5.3 Hastalık Algısı Ölçeği (EK-4)**

Hastalık algısı ölçeği Weinmann ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir (44). Moss- Morris ve arkadaşları tarafından yeniden gözden geçirilmiş ve 2002 yılında revize edilmiştir (45). Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması kanser hastaları için Armay ve arkadaşları tarafından (46); fiziksel hastalıklar için Kocaman ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (27).

Ölçeğin Türk toplumunda yapılan geçerlik güvenilirlik çalışmasında Cronbach's alpha katsayıları, hastalık hakkında görüşler boyutu için 0.69-0.77 arasında; hastalık nedenleri boyutu için 0.25-0.72 arasındadır (27). Bu araştırmada ise hastalık hakkında görüşler boyutunun alpha değeri 0.81-0.97; hastalık nedenleri boyutunun Cronbach's alpha değeri 0.27-0.84 arasındadır.

HAÖ, 70 maddeden oluşmaktadır. HAÖ; hastalık belirtileri, hastalık hakkında görüşler, hastalık nedenleri olmak üzere 3 boyuttan oluşmaktadır (27).

#### **a) Hastalık Belirtileri**

Sık görülen 14 hastalık belirtisini içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı, daha sonra, bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği sorulmaktadır. Kişi her belirti için sorulan iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verir ve ikinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturur (27).

## **b) Hastalık Hakkındaki Görüşleri**

38 maddeden oluşmuş ve beşli likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir (27).

Süre alt boyutu, kişinin hastalığının süresiyle ilgilidir. Buradan alınan yüksek puan bireyin hastalığını kronik olarak düşündüğünü gösterir. 1, 2, 3, 4, 5. ve 18. maddelerden oluşmaktadır. Puanlamada 1, 4 ve 18. maddeler ters çevrilir (27). Bu araştırmadaki Cronbach's alpha katsayısı 0.97 olarak bulunmuştur.

Sonuçlar alt boyutu, kişinin hastalığının şiddetine ve fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine algılarını araştırır. 6, 7, 8, 9, 10, 11. maddelerden oluşur. 8. madde puanlamada tersine çevrilir. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığının çok ciddi negatif sonuçları olduğuna güçlü bir şekilde inandığını gösterir (27). Bu araştırmadaki Cronbach's alpha katsayısı 0.81 olarak bulunmuştur.

Kişisel kontrol alt boyutu, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Hastalığını kontrol edilebileceğine ilişkin pozitif algısını gösterir. 12, 13, 14, 15, 16, 17. maddelerden oluşur. 15. ve 17. Madde puanlamada tersine çevrilir (27). Bu araştırmadaki Cronbach's alpha katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur.

Tedavi kontrolü alt boyutu, kişinin uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. 19, 20, 21, 22, 23. maddelerden oluşur. 19. ve 23. maddeler puanlamada tersine çevrilir (27). Bu araştırmadaki Cronbach's alpha katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur.

Hastalığı anlayabilme alt boyutu, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığını anlayabildiğini gösterir. 24, 25, 26, 27, 28. maddelerden oluşur. 24, 25, 26 ve 27 maddeler puanlamada tersine döndürülecek maddelerdir (27). Bu araştırmadaki Cronbach's alpha katsayısı 0.96 olarak bulunmuştur.

Süre (döngüsel) alt boyutu, kişinin hastalığının zaman içerisindeki farklı yansımalarını araştırır. 29, 30, 31, 32. maddelerden oluşur. Bu boyuttan alınan yüksek puan hastalığının döngüsel olduğunu düşündüğünü gösterir (27). Bu araştırmadaki Cronbach's alpha katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur.

Duygusal temsiller alt boyutu, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır. 33, 34, 35, 36, 37, 38. maddelerden oluşur. 36. madde puanlamada tersine döndürülür. Bu boyuttan alınan yüksek puan hastalığı ile ilgili endişesinin fazla olduğunu gösterir (27). Bu araştırmadaki Cronbach's alpha katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur.

### **c) Hastalık Nedenleri Boyutu**

Hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Beşli likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar;

1. Psikolojik atıflar (Stres ya da endişe, benim tutumum, duygusal durumum, aile problemleri, kişilik özelliklerim, aşırı çalışma)
2. Risk faktörleri (Kalıtsal, diyet-yemek alışkanlıkları, kötü tıbbi bakım, kendi davranışım, yaşlanma, sigara içme, alkol kullanımı, yaşlanma)
3. Bağışıklık (Bir mikrop ya da virüs, çevre kirliliği, vücut direncimin az olması)
4. Kaza veya şans ( Kaza ya da yaralanma, şans ya da kötü talih) (27).

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS 16 (Statistical Package for Social Sciences) for Windows paket programında değerlendirildi. Sayısal verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde, ölçek toplam puanı ile tanıtıcı özelliklerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t-testi, Kruskal Wallis ve ANOVA; DKÖ ve HAÖ ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için Korelasyon analizi yapılmıştır. Yanılgı düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nden yazılı izin (EK-5) ve İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan etik onay alındı (EK-6). HAÖ'yü Türkçeye uyarlayıp, geçerlik ve güvenilirliğini yapan Armay'dan (EK-7) araştırmada kullanılabilmesi için izin alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara araştırmanın amacı, süresi ve kapsamı hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılımın gönüllü olduğu açıklanarak katılımcılardan sözlü onam alındı.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Araştırma kapsamına alınan hastaların olasılıksız rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Bu nedenle sonuçlar araştırma kapsamındaki gruba genellenebilir.

## 4. BULGULAR

Kanser hastalarının hastalık algıları ve anksiyete düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanan araştırmada elde edilen sonuçlar ve istatistiksel analizler tablolar halinde bu bölümde sunulmuştur.

**Tablo 4.1.** Kanser Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	S	%
<b>Yaş</b>		
18-44 yaş	58	18.2
45-71 yaş	202	63.5
72-98 yaş	58	18.3
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	176	55.3
Erkek	142	44.7
<b>Medeni durum</b>		
Evli	274	86.2
Bekar	44	13.8
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Okur yazar	76	23.9
İlkokul	39	12.3
Lise	138	43.4
Üniversite	45	20.4
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	42	13.2
Çalışmıyor	276	86.8
<b>Gelir</b>		
Gelir giderden az	187	58.8
Gelir gidere denk	47	14.8
Gelir giderden fazla	84	26.4
<b>Tanı</b>		
Gis kanserleri	114	35.8
Akciğer ve solunum yolları	72	22.6
Meme kanseri	42	13.2
Baş-boyun kanserleri	20	6.3
Üriner sistem kanserleri	14	4.4
Üreme sistemi kanserleri	23	7.2
Hematolojik kanser	16	5
Cilt kanserleri	17	5.3
<b>Hastalık Süresi</b>		
3-11 ay	143	45
1-4 yıl	105	33
5-8 yıl	46	14.5
9 yıl ve üzeri	24	7.5

Araştırmada hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; % 63.5'inin 45-71 yaş aralığında, % 55.3'ünün kadın, % 86.2'si evli, % 43.4'ünün lise mezunu, % 86.8'inin herhangi bir işte çalışmadığı, % 58.8'inin gelirinin giderine denk, % 35.8'inin gastrointestinal sistem (özefagus, mide, karaciğer, pankreas, safra kesesi, ince bağırsak, kalın bağırsak) kanseri olduğu, % 45'ine 3-11 aydır kanser tanısı konduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2.** Kanser Hastalarının Durumluluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımı

Ölçek	$\bar{X} \pm SS$
Durumluluk Kaygı Ölçeği	36.83 $\pm$ 6.66

Hastaların DKÖ puan ortalamaları 36.83 $\pm$ 6.66 olarak bulunmuştur. DKÖ'den alınan 20-39 puan hastaların hafif kaygı düzeyine sahip olduklarını göstermektedir (Tablo 4.2 ).

**Tablo 4.3.** Hastalık Algısı Ölçeğinin Hastalık Belirtileri Boyutuna Verilen Cevaplara Göre Hastaların Dağılımları

<b>Belirtiler</b>	<b>Hastalığının başlangıcından beri bu belirtiyi yaşadım Evet %</b>	<b>Bu belirti hastalığımla ilgili Evet %</b>
Ağrı	70.8	66.4
Boğazda yanma	30.5	30.8
Bulantı	64.8	63.8
Soluk almada güçlük	40.3	39.9
Kilo kaybı	65.7	65.7
<b>Yorgunluk</b>	<b>88.4</b>	<b>89</b>
Eklem sertliği	41.2	40.3
Gözlerde yanma	30.8	30.2
Hırıltılı solunum	30.8	30.8
Baş ağrıları	48.7	48.1
Mide yakınmaları	55.3	55.3
Uyku güçlükleri	69.8	69.8
Sersemlik hissi	64.5	64.5
Güç kaybı	86.8	86.8
		<b><math>\bar{X}\pm SS</math></b>
<b>Hastalık Belirtileri Puanı</b>		8.11±3.23

Araştırmaya katılan hastaların kanserin başlangıcından beri en sık yaşadığı (% 88.4) ve kanserle ilgili olarak gördüğü belirti yorgunluktur (%89). Hastaların 14 belirtiden kanserle ilgili olarak gördüğü belirti sayısı incelendiğinde  $8.11\pm 3.23$  olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

**Tablo 4.4.** Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşler ve Hastalık Nedenleri Boyutu Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

<b>Hastalık Hakkındaki Görüşler Boyutu Alt Boyutları</b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>
Süre (Akut/ Kronik)	17.00±6.72
Sonuçlar	23.00±5.45
Kişisel Kontrol	24.00±5.57
Tedavi Kontrol	20.00±4.63
Hastalığı Anlayabilme	9.00±4.19
Süre (Döngüsel)	12.00±2.56
Duygusal Temsiller	20.00±7.29
<b>Hastalık Nedenleri Boyutu Alt Boyutları</b>	
Psikolojik Faktörler	17.81±7.23
Risk Faktörleri	15.87±4.35
Bağışıklık	6.29±2.77
Kaza/ Şans	4.66±1.84

Araştırmaya katılan hastaların HAÖ hastalık hakkındaki görüşler boyutunun alt boyutlarının puan ortalamalarına bakıldığında kişisel kontrol alt boyutunun puan ortalamasının 24.00±5.57 olduğu tespit edilmiştir. Bu durum kanserli hastaların kanserin süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısının yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların hastalık nedenleri boyutunun alt boyutlarının puan ortalamalarına bakıldığında ise; psikolojik atıflar alt boyutunun puan ortalaması 17.81±7.23 olarak bulunmuştur. Bu durum kanserli hastaların hastalığın nedenleri olarak psikolojik faktörleri (stres yada endişe, benim tutumum, aile problemleri, kişilik özelliklerim gibi) gördüğünü göstermektedir (Tablo 4.4).

**Tablo 4.5.** Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Durumluluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	S	$\bar{X} \pm S.S$	Test	Anlamlılık		
<b>Yaş</b>						
18-44 arası	58	36.06±6.54	F= .96	p = .38		
45-71 arası	202	36.79±6.68				
72-98 arası	58	37.77±6.69				
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	176	36.93±6.82	t= -.29	p = .77		
Erkek	142	36.71±6.46				
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	274	36.84±6.62	t= .02	p = .98		
Bekar	44	36.81±6.93				
<b>Eğitim Düzeyi</b>						
Okur yazar	76	36.15±6.32	F= 5.55	<b>p = .001***</b>		
İlköğretim	38	33.64±5.65				
Lise	139	38.23±6.82				
Üniversite	45	36.58±6.55				
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	42	36.92±6.19	t= .09	p = .92		
Çalışmıyor	276	36.82±6.47				
<b>Gelir Durumu</b>						
Gelir giderden az	187	36.67±6.91	F= .95	p = .38		
Gelir gidere denk	47	36.08±6.01				
Gelir giderden fazla	84	37.63±6.40				
<b>Tanı</b>						
Gis kanserleri	114	36.36±6.70	KW= 11.32	p = .12		
Akciğer ve solunum	72	36.93±6.70				
Meme kanseri	42	35.47±5.45				
Baş- boyun kanseri	20	39.55±6.80				
Üriner sistem	14	36.21±6.42				
Üreme sistemi	23	37.91±8.25				
Hematolojik	16	34.12±5.34				
Cilt kanserleri	17	39.64±6.68				
<b>Tanı Süresi</b>						
3-11 ay	143	36.43±6.36			KW= 8.03	p = .09
1-4 yıl	105	36.92±7.01				
5-8 yıl	46	36.80±6.25				
9 yıl ve üzeri	24	38.95±7.50				

\*\*\*p≤0.001

Araştırmaya katılan kanserli hastaların tanıtıcı özellikleri ile DKÖ puan ortalamalarına bakıldığında, eğitim düzeyi ile DKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.001).

Kanserli hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, tanı ve tanı süresi ile DKÖ puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 4.5).

**Tablo 4.6.** Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Belirtileri Boyutu Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	S	$\bar{X} \pm S.S$	Test	Anlamlılık		
<b>Yaş</b>						
18-44 arası	58	7.36±3.30	F= .96	p = .38		
45-71 arası	202	8.16±3.16				
72-98 arası	58	8.68±3.34				
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	176	8.58±3.30	t= .59	p = .20		
Erkek	142	7.73±3.14				
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	274	8.18±3.25	t= .90	p = .36		
Bekar	44	7.70±3.13				
<b>Eğitim Düzeyi</b>						
Okur yazar	76	9.50±2.74	F= 10.99	<b>p = .000***</b>		
İlköğretim	38	6.64±3.14				
Lise	139	8.29±3.10				
Üniversite	45	7.00±3.41				
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	42	6.52±3.03	t= -3.48	<b>p = .001***</b>		
Çalışmıyor	276	8.35±3.20				
<b>Gelir Durumu</b>						
Gelir giderden az	187	7.86±3.32	F= 5.84	p = .053		
Gelir gidere denk	47	7.36±3.45				
Gelir giderden fazla	84	7.41±3.41				
<b>Tanı</b>						
Gis kanserleri	114	8.01±2.96	KW= 9.77	p = .20		
Akciğer ve solunum	72	8.62±3.20				
Meme kanseri	42	7.35±3.68				
Baş- boyun kanseri	20	8.20±3.13				
Üriner sistem	14	8.28±3.40				
Üreme sistemi	23	9.21±3.01				
Hematolojik	16	6.43±4.06				
Cilt kanserleri	17	8.35±3.25				
<b>Tanı Süresi</b>						
3-11 ay	143	7.77±3.17			KW= 2.84	p = .41
1-4 yıl	105	8.51±3.08				
5-8 yıl	46	8.28±3.44				
9 yıl ve üzeri	24	8.11±3.23				

\*\*\*p≤0.001

Araştırmaya katılan kanserli hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık belirtileri boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; eğitim düzeyi ve çalışma durumu ile hastalık belirtileri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.001).

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, tanı ve tanı süresi ile hastalık belirtileri puan ortalaması arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.6).

**Tablo 4.7.** Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Süre (Akut/Kronik) Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	S	$\bar{X}\pm S.S$	Test	Anlamlılık
<b>Yaş</b>				
18-44 arası	58	14.20±6.64	F= 1.98	p =.13
45-71 arası	202	15.18±6.55		
72-98 arası	58	16.65±7.27		
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	176	15.30±6.08	t= -.29	p =.93
Erkek	142	15.24±7.21		
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	274	15.58±6.68	t= 2.08	p =.03*
Bekar	44	13.31±6.72		
<b>Eğitim Düzeyi</b>				
Okur yazar	76	17.90±7.12	F= 5.14	p =.002**
İlköğretim	38	13.69±4.89		
Lise	139	16.63±6.94		
Üniversite	45	13.21±6.04		
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	42	15.23±7.28	t= .09	p =.92
Çalışmıyor	276	15.27±6.65		
<b>Gelir Durumu</b>				
Gelir giderden az	187	15.64±6.50	F= 1.85	p =.15
Gelir gidere denk	47	13.55±5.99		
Gelir giderden fazla	84	15.40±7.49		
<b>Tanı</b>				
Gis kanserleri	114	14.92±6.51	KW= 18.14	p =.011*
Akciğer ve solunum	72	16.54±7.01		
Meme kanseri	42	14.23±5.57		
Baş- boyun kanseri	20	11.70±5.88		
Üriner sistem	14	13.57±8.14		
Üreme sistemi	23	18.65±6.07		
Hematolojik	16	16.93±4.04		
Cilt kanserleri	17	14.23±9.39		
<b>Tanı Süresi</b>				
3-11 ay	143	14.30±6.67	KW=3.69	p =.012*
1-4 yıl	105	16.87±6.65		
5-8 yıl	46	15.58±7.12		
9 yıl ve üzeri	24	13.45±5.27		

\* $p<0.05$  \*\* $p<0.01$

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşler boyutu süre (akut/kronik) alt boyutu puan ortalaması karşılaştırıldığında; süre (akut/kronik) alt boyutu ile medeni durum, eğitim düzeyi, tanı ve tanı süresi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Hastaların yaş, cinsiyet, çalışma durumu, gelir durumu ile süre (akut /kronik) alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.7).

**Tablo 4.8.** Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Sonuçlar Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	S	$\bar{X} \pm S.S$	Test	Anlamlılık		
<b>Yaş</b>						
18-44 arası	58	22.77±5.24	F=2.56	<b>p =.04*</b>		
45-71 arası	202	22.23±5.57				
72-98 arası	58	23.46±5.21				
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	176	22.52±5.46	t= -.08	p =.93		
Erkek	142	22.57±5.45				
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	274	22.59±5.30	t=.28	p =.77		
Bekar	44	22.34±6.37				
<b>Eğitim Düzeyi</b>						
Okur yazar	76	23.89±5.26	F=4.41	<b>p =.005**</b>		
İlköğretim	38	21.23±4.64				
Lise	139	22.92±5.52				
Üniversite	45	21.00±5.54				
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	42	21.97±5.02	t= -.74	p =.46		
Çalışmıyor	276	22.64±5.51				
<b>Gelir Durumu</b>						
Gelir giderden az	187	15.40±7.49	F=17.25	p =.52		
Gelir gidere denk	47	15.64±6.50				
Gelir giderden fazla	84	13.55±5.99				
<b>Tanı</b>						
Gis kanserleri	114	22.61±5.60	KW=3.00	<b>p =.005**</b>		
Akciğer ve solunum	72	23.52±4.62				
Meme kanseri	42	20.83±5.43				
Baş- boyun kanseri	20	24.45±6.20				
Üriner sistem	14	22.07±4.84				
Üreme sistemi	23	23.73±4.75				
Hematolojik	16	18.25±5.18				
Cilt kanserleri	17	22.94±6.15				
<b>Tanı Süresi</b>						
3-11 ay	143	21.69±5.36			KW=9.94	<b>p =.041*</b>
1-4 yıl	105	23.20±5.10				
5-8 yıl	46	24.21±5.42				
9 yıl ve üzeri	24	21.66±6.62				

\*p<0.05 \*\*p<0.01

Araştırmaya katılan kanserli hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşler boyutu sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sonuçlar alt boyutu ile yaş, eğitim düzeyi, tanı ve tanı süresi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların sonuçlar alt boyutu ile cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve gelir durumu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 4.8).

**Tablo 4.9.** Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Kişisel Kontrol Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	S	$\bar{X} \pm S.S$	Test	Anlamlılık		
<b>Yaş</b>						
18-44 arası	58	23.41±5.52	F= .90	p =.46		
45-71 arası	202	24.50±5.20				
72-98 arası	58	22.46±6.56				
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	176	24.33±5.08	t= 1.42	p =.25		
Erkek	142	23.61±5.92				
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	274	23.94±5.54	t= .11	p =.90		
Bekar	44	23.84±5.80				
<b>Eğitim Düzeyi</b>						
Okur yazar	76	23.65±6.37	F= .95	p =.96		
İlköğretim	38	24.17±3.76				
Lise	139	23.97±5.76				
Üniversite	45	24.03±5.14				
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	42	24.14±5.19	t= .26	p =.79		
Çalışmıyor	276	23.90±5.63				
<b>Gelir Durumu</b>						
Gelir giderden az	187	24.69±6.18	F= 1.05	p =.34		
Gelir gidere denk	47	23.64±5.35				
Gelir giderden fazla	84	23.74±5.23				
<b>Tanı</b>						
Gis kanserleri	114	24.08±5.46	KW= 12.36	p =.89		
Akciğer ve solunum	72	23.47±5.92				
Meme kanseri	42	24.04±4.62				
Baş- boyun kanseri	20	26.45±5.69				
Üriner sistem	14	23.41±7.28				
Üreme sistemi	23	24.26±4.60				
Hematolojik	16	22.81±3.48				
Cilt kanserleri	17	22.64±7.65				
<b>Tanı Süresi</b>						
3-11 ay	143	23.88±5.20			KW= 4.28	p =.68
1-4 yıl	105	23.60±5.97				
5-8 yıl	46	24.80±5.90				
9 yıl ve üzeri	24	23.95±5.37				

Araştırmaya katılan kanserli hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık hakkında görüşler boyutu kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.9).

**Tablo 4.10.** Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Tedavi Kontrolü Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	S	$\bar{X}\pm S.S$	Test	Anlamlılık		
<b>Yaş</b>						
18-44 arası	58	20.56±3.62	F=.69	p =.59		
45-71 arası	202	19.78±4.48				
72-98 arası	58	18.24±5.69				
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	176	19.78±3.90	t= .46	p =.64		
Erkek	142	19.53±5.16				
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	274	19.65±4.57	t=.08	p =.93		
Bekar	44	19.59±5.08				
<b>Eğitim Düzeyi</b>						
Okur yazar	76	19.30±4.95	F=.60	p =.61		
İlköğretim	38	19.87±3.15				
Lise	139	19.48±5.02				
Üniversite	45	20.26±4.15				
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	42	19.83±4.55	t= .27	p =.78		
Çalışmıyor	276	19.61±4.65				
<b>Gelir Durumu</b>						
Gelir giderden az	187	19.79±5.26	F=.27	p =.62		
Gelir gidere denk	47	19.45±4.49				
Gelir giderden fazla	84	20.14±3.98				
<b>Tanı</b>						
Gis kanserleri	114	19.90±4.61	KW=20.97	<b>p =.004**</b>		
Akciğer ve solunum	72	18.95±4.93				
Meme kanseri	42	22.70±2.84				
Baş- boyun kanseri	20	20.11±2.99				
Üriner sistem	14	18.64±6.54				
Üreme sistemi	23	17.73±4.77				
Hematolojik	16	19.18±2.63				
Cilt kanserleri	17	19.94±6.38				
<b>Tanı Süresi</b>						
3-11 ay	143	19.74±4.74			KW=3.44	p =.32
1-4 yıl	105	19.15±4.58				
5-8 yıl	46	19.93±4.97				
9 yıl ve üzeri	24	20.62±3.42				

\*\*p<0.01

Araştırmaya katılan kanserli hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşler boyutu tedavi kontrol alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tedavi kontrol alt boyutu hastalık tanı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p< 0.01).

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu ve tanı süresi puan ortalamaları ile tedavi kontrolü alt boyutu arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.10).

**Tablo 4.11.** Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Döngüsel Süre Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	S	$\bar{X}\pm S.S$	Test	Anlamlılık		
<b>Yaş</b>						
18-44 arası	58	14.79 $\pm$ 3.30	F=1.04	p =.38		
45-71 arası	202	14.67 $\pm$ 3.27				
72-98 arası	58	14.94 $\pm$ 2.98				
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	176	14.79 $\pm$ 3.06	t= .25	p =.80		
Erkek	142	14.70 $\pm$ 3.35				
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	274	14.62 $\pm$ 3.25	t= -1.72	p =.08		
Bekar	44	15.52 $\pm$ 2.92				
<b>Eğitim Düzeyi</b>						
Okur yazar	76	15.13 $\pm$ 3.63	F=.57	p =.63		
İlköğretim	38	14.74 $\pm$ 2.69				
Lise	139	14.67 $\pm$ 3.30				
Üniversite	45	14.44 $\pm$ 2.83				
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	42	14.52 $\pm$ 2.98	t= -.47	p =.63		
Çalışmıyor	276	14.77 $\pm$ 3.26				
<b>Gelir Durumu</b>						
Gelir giderden az	187	14.26 $\pm$ 3.99	F=1.54	p =.21		
Gelir gidere denk	47	14.99 $\pm$ 3.05				
Gelir giderden fazla	84	14.61 $\pm$ 2.10				
<b>Tanı</b>						
Gis kanserleri	114	14.89 $\pm$ 3.15	KW=9.79	p =.20		
Akciğer ve solunum	72	14.70 $\pm$ 3.46				
Meme kanseri	42	14.45 $\pm$ 2.85				
Baş- boyun kanseri	20	14.90 $\pm$ 4.89				
Üriner sistem	14	14.57 $\pm$ 2.82				
Üreme sistemi	23	14.43 $\pm$ 3.10				
Hematolojik	16	13.75 $\pm$ 1.98				
Cilt kanserleri	17	15.97 $\pm$ 2.56				
<b>Tanı Süresi</b>						
3-11 ay	143	11.60 $\pm$ 2.79			KW=1.17	p =.76
1-4 yıl	105	11.95 $\pm$ 2.18				
5-8 yıl	46	12.00 $\pm$ 2.46				
9 yıl ve üzeri	24	11.29 $\pm$ 2.89				

Araştırmaya katılan kanserli hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşler boyutu döngüsel süre alt boyutu puan ortalamaları

karşılaştırıldığında; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.11).

**Tablo 4.12.** Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Temsil Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	S	$\bar{X}\pm S.S$	Test	Anlamlılık
<b>Yaş</b>				
18-44 arası	58	19.70 $\pm$ 7.03	F= 1.04	p =.38
45-71 arası	202	18.83 $\pm$ 7.49		
72-98 arası	58	19.51 $\pm$ 6.91		
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	176	19.79 $\pm$ 7.19	t= 1.48	p =.13
Erkek	142	18.57 $\pm$ 7.35		
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	274	19.00 $\pm$ 7.26	t= -.68	p =.49
Bekar	44	19.81 $\pm$ 7.54		
<b>Eğitim Düzeyi</b>				
Okur yazar	76	19.96 $\pm$ 7.13	F= .85	p =.46
İlköğretim	38	18.43 $\pm$ 6.56		
Lise	139	19.30 $\pm$ 7.74		
Üniversite	45	18.15 $\pm$ 6.92		
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	42	18.33 $\pm$ 7.47	t= -.74	p =.45
Çalışmıyor	276	19.23 $\pm$ 7.27		
<b>Gelir Durumu</b>				
Gelir giderden az	187	20.19 $\pm$ 7.94	F= 1.23	p =.29
Gelir gidere denk	47	18.75 $\pm$ 7.04		
Gelir giderden fazla	84	18.63 $\pm$ 7.05		
<b>Tanı</b>				
Gis kanserleri	114	13.86 $\pm$ 6.40	KW= 7.98	p =.33
Akciğer ve solunum	72	14.51 $\pm$ 6.52		
Meme kanseri	42	16.95 $\pm$ 5.51		
Baş- boyun kanseri	20	12.05 $\pm$ 8.10		
Üriner sistem	14	15.42 $\pm$ 6.61		
Üreme sistemi	23	16.95 $\pm$ 6.47		
Hematolojik	16	15.31 $\pm$ 4.40		
Cilt kanserleri	17	15.82 $\pm$ 7.59		
<b>Tanı Süresi</b>				
3-11 ay	143	19.16 $\pm$ 7.55	KW=1.56	p =.67
1-4 yıl	105	19.37 $\pm$ 7.53		
5-8 yıl	46	19.30 $\pm$ 6.32		
9 yıl ve üzeri	24	17.41 $\pm$ 5.95		

Araştırmaya katılan kanserli hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşler boyutu duygusal temsil alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.12).

**Tablo 4.13.** Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Hastalığı Anlama Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	S	$\bar{X} \pm S.S$	Test	Anlamlılık		
<b>Yaş</b>						
18-44 arası	58	16.67±6.19	F= 1.53	p =.19		
45-71 arası	202	14.82±6.64				
72-98 arası	58	12.70±5.79				
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	176	15.42±6.38	t= 1.59	p =12		
Erkek	142	14.25±6.58				
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	274	14.77±6.46	t= .004	p =.99		
Bekar	44	14.77±6.85				
<b>Eğitim Düzeyi</b>						
Okur yazar	76	12.48±6.19	F= 6.27	p =.000***		
İlköğretim	38	14.30±5.02				
Lise	139	15.09±6.89				
Üniversite	45	17.06±6.04				
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	42	14.16±6.47	t= -.65	p =.51		
Çalışmıyor	276	14.86±6.52				
<b>Gelir Durumu</b>						
Gelir giderden az	187	13.17±7.13	F= 3.69	p =.026*		
Gelir gidere denk	47	15.21±6.25				
Gelir giderden fazla	84	15.87±5.97				
<b>Tanı</b>						
Gis kanserleri	114	13.86±6.40	KW= 12.89	p =.07		
Akciğer ve solunum	72	14.51±6.52				
Meme kanseri	42	16.95±5.51				
Baş- boyun kanseri	20	12.05±8.10				
Üriner sistem	14	15.42±6.61				
Üreme sistemi	23	16.95±6.47				
Hematolojik	16	15.31±4.40				
Cilt kanserleri	17	15.82±7.59				
<b>Tanı Süresi</b>						
3-11 ay	143	8.69±4.20			KW= 5.30	p =.15
1-4 yıl	105	9.60±4.02				
5-8 yıl	46	9.04±4.53				
9 yıl ve üzeri	24	10.33±4.00				

\*\*\*p<0.001 \*p<0.05

Araştırmaya katılan kanserli hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşler boyutu hastalığı anlama alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastalığı anlama puan ortalaması ile eğitim düzeyi ve gelir durumu arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, tanı ve tanı süresi puan ortalamaları ile hastalığı anlama alt boyutu arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 4.13)

**Tablo 4.14.** Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Psikolojik Faktörler Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	S	$\bar{X} \pm S.S$	Test	Anlamlılık		
<b>Yaş</b>						
18-44 arası	58	15.86±6.22	F=2.97	p =.053		
45-71 arası	202	18.25±7.35				
72-98 arası	58	18.94±7.47				
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	176	19.43±7.28	t= 3.65	<b>p =.000***</b>		
Erkek	142	16.51±6.93				
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	274	17.98±7.22	t= 1.03	p =.30		
Bekar	44	16.77±7.29				
<b>Eğitim Düzeyi</b>						
Okur yazar	76	20.60±7.57	F=6.02	<b>p =.001***</b>		
İlköğretim	38	15.76±5.73				
Lise	139	17.55±7.40				
Üniversite	45	16.35±6.39				
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	42	16.38±6.32	t= -1.38	p =.16		
Çalışmıyor	276	18.03±7.34				
<b>Gelir Durumu</b>						
Gelir giderden az	187	17.40±7.22	F=2.78	p =.06		
Gelir gidere denk	47	16.72±6.05				
Gelir giderden fazla	84	19.35±7.69				
<b>Tanı</b>						
Gis kanserleri	114	26.74±9.62	KW=18.82	p =.09		
Akciğer ve solunum	72	25.59±10.36				
Meme kanseri	42	27.92±9.23				
Baş- boyun kanseri	20	27.85±9.87				
Üriner sistem	14	21.85±10.28				
Üreme sistemi	23	26.69±10.11				
Hematolojik	16	18.93±7.35				
Cilt kanserleri	17	29.05±11.29				
<b>Tanı Süresi</b>						
3-11 ay	143	17.92±7.08			KW=2.21	p =.54
1-4 yıl	105	17.73±7.16				
5-8 yıl	46	18.63±8.14				
9 yıl ve üzeri	24	16.00±6.64				

\*\*\*p≤0.001

Araştırmaya katılan kanserli hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri boyutu psikolojik faktörler alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; psikolojik faktörler ile cinsiyet, eğitim düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların psikolojik faktörler alt boyutu ile yaş, medeni durum, çalışma durumu, gelir, tanı, tanı süresi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 4.14).

**Tablo 4.15.** Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Risk Faktörleri Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	S	$\bar{X}\pm S.S$	Test	Anlamlılık		
<b>Yaş</b>						
18-44 arası	58	14.13±3.60	F= 6.48	p =.06		
45-71 arası	202	16.10±4.28				
72-98 arası	58	16.82±4.86				
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	176	15.20±4.02	t= -2.49	<b>p =.013*</b>		
Erkek	142	16.42±4.54				
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	274	15.99±4.18	t= 1.17	p =.24		
Bekar	44	15.15±5.31				
<b>Eğitim Düzeyi</b>						
Okur yazar	76	16.27±4.65	F= .62	p =.59		
İlköğretim	38	15.76±3.33				
Lise	139	15.96±4.52				
Üniversite	45	15.29±4.21				
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	42	16.33±3.99	t= .72	p =.46		
Çalışmıyor	276	15.80±4.14				
<b>Gelir Durumu</b>						
Gelir giderden az	187	15.96±4.18	F= .17	p =.84		
Gelir gidere denk	47	15.55±3.93				
Gelir giderden fazla	84	15.85±4.95				
<b>Tanı</b>						
Gis kanserleri	114	16.14±4.85	KW= 4.02	p =.40		
Akciğer ve solunum	72	16.40±4.05				
Meme kanseri	42	14.23±3.31				
Baş- boyun kanseri	20	16.55±4.70				
Üriner sistem	14	16.50±5.03				
Üreme sistemi	23	16.34±3.97				
Hematolojik	16	14.87±3.07				
Cilt kanserleri	17	14.94±4.42				
<b>Tanı Süresi</b>						
3-11 ay	143	16.14±4.08			KW= 4.02	p =.59
1-4 yıl	105	15.98±4.41				
5-8 yıl	46	15.47±5.07				
9 yıl ve üzeri	24	14.58±4.06				

\*p<0.05

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri risk faktörleri alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyet ile risk faktörleri alt boyutu arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, tanı ve tanı süresi ile risk faktörleri alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 4.15).

**Tablo 4.16.** Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Bağışıklık Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	S	$\bar{X}\pm S.S$	Test	Anlamlılık
<b>Yaş</b>				
18-44 arası	58	5.72±2.19	F=1.62	p =.19
45-71 arası	202	6.38±2.84		
72-98 arası	58	6.56±2.77		
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	176	6.19±2.39	t= -.62	p =.53
Erkek	142	6.38±3.05		
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	274	6.30±2.78	t= .06	p =.94
Bekar	44	6.27±2.74		
<b>Eğitim Düzeyi</b>				
Okur yazar	76	5.19±2.09	F=1.17	p =.32
İlköğretim	38	4.15±1.46		
Lise	139	4.58±1.74		
Üniversite	45	4.49±1.84		
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	42	6.33±3.04	t= .087	p =.93
Çalışmıyor	276	6.29±2.73		
<b>Gelir Durumu</b>				
Gelir giderden az	187	7.00±2.93	F=2.32	<b>p =.009**</b>
Gelir gidere denk	47	6.44±3.15		
Gelir giderden fazla	84	6.05±2.52		
<b>Tanı</b>				
Gis kanserleri	114	6.00±2.46	KW=19.14	p =.08
Akciğer ve solunum	72	6.97±3.17		
Meme kanseri	42	6.11±1.87		
Baş- boyun kanseri	20	4.60±2.03		
Üriner sistem	14	8.28±2.97		
Üreme sistemi	23	6.08±2.87		
Hematolojik	16	6.00±3.18		
Cilt kanserleri	17	6.76±3.57		
<b>Tanı Süresi</b>				
3-11 ay	143	6.17±2.69	KW=2.04	p =.56
1-4 yıl	105	6.46±2.98		
5-8 yıl	46	6.50±2.76		
9 yıl ve üzeri	24	5.91±2.37		

\*\*p<0.01

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri boyutu bağışıklık alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gelir ile bağışıklık alt boyutu puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, tanı ve tanı süresi ile bağışıklık alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 4.16).

**Tablo 4.17.** Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği Kaza ve ya Şans Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	S	$\bar{X}\pm S.S$	Test	Anlamlılık
<b>Yaş</b>				
18-44 arası	58	4.17±1.61	F=2.87	p = .58
45-71 arası	202	4.71±1.93		
72-98 arası	58	4.94±1.64		
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	176	4.57±1.73	t= -.72	p = .47
Erkek	142	4.72±1.93		
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	274	4.64±1.83	t= -.25	p = .79
Bekar	44	4.72±1.93		
<b>Eğitim Düzeyi</b>				
Okur yazar	76	5.80±2.36	F= 3.46	p = .17
İlköğretim	38	6.66±2.39		
Lise	139	6.44±3.14		
Üniversite	45	6.35±2.58		
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	42	4.19±1.61	t= -1.77	p = .07
Çalışmıyor	276	4.73±1.86		
<b>Gelir Durumu</b>				
Gelir giderden az	187	4.78±2.01	F= 2.41	p = .78
Gelir gidere denk	47	4.67±1.74		
Gelir giderden fazla	84	4.55±1.97		
<b>Tanı</b>				
Gis kanserleri	114	4.71±1.61	KW= 7.94	p = .33
Akciğer ve solunum	72	4.50±2.03		
Meme kanseri	42	4.30±1.53		
Baş- boyun kanseri	20	5.45±2.83		
Üriner sistem	14	4.92±2.05		
Üreme sistemi	23	4.47±1.59		
Hematolojik	16	4.18±1.37		
Cilt kanserleri	17	5.41±2.03		
<b>Tanı Süresi</b>				
3-11 ay	143	4.66±1.76	KW=.29	p = .96
1-4 yıl	105	4.68±1.88		
5-8 yıl	46	4.56±2.10		
9 yıl ve üzeri	24	4.70±1.70		

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri boyutu kaza ve ya şans alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.17).

**Tablo 4.18.** Hastalık Algısı Ölçeği ile Durumluluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	<b>Durumluluk Kaygı Ölçeği</b>	
	<b>r</b>	<b>p</b>
<b>Hastalık Belirtileri</b>	.25***	.000
<b>Hastalık Hakkında Görüşler</b>		
Süre (Akut/ Kronik)	.05	.33
Sonuçlar	.31***	.000
Kişisel Kontrol	.15**	.007
Tedavi Kontrol	.07	.18
Döngüsel Süre	.29***	.000
Duygusal Temsiller	.13*	.014
Hastalığı Anlayabilme	-.07	.16
<b>Hastalık Nedenleri</b>		
Psikolojik Faktörler	.28***	.000
Risk Faktörleri	.08	.13
Bağıklık	.02	.61
Kaza ve ya şans	.058	.30

\*\*\*p<0.001 \*\*p<0.01 \*p<0.05

Hastaların HAÖ alt boyutları ile DKÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Hastaların HAÖ boyutlarından hastalık belirtileri ile DKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli bir ilişki saptanmıştır (p<0.001).

Hastaların HAÖ hastalık hakkındaki görüşler boyutunun alt boyutlarından sonuçlar, kişisel kontrol, döngüsel süre ve duygusal temsiller ile DKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli bir ilişki bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların HAÖ hastalık nedenleri boyutunun alt boyutlarından psikolojik faktörler ile DKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli bir ilişki saptanmıştır (p<0.001) (Tablo 4.18).

## 5. TARTIŞMA

Kanserli hastaların hastalık algısı ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları, literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan kanserli hastaların DKÖ puan ortalaması  $36.83 \pm 6.66$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.2). DKÖ' den alınan 20-39 puan hastaların hafif kaygı düzeyini göstermektedir. Konu ile ilgili yapılmış çalışmalara bakıldığında çalışılan kanserli örneklem grubunun özelliklerine göre anksiyete düzeyinin değişiklik gösterdiği tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kanserli hastaların anksiyete düzeyinin düşük olmasının, bu yörede halen devam etmekte olan geleneksel aile yapısından ve hasta ve ailesine verilen fiziksel ve manevi destekten kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kanserli hastaların hastalık algısı ölçeği hastalık tipi alt boyutu incelendiğinde; hastaların en fazla yorgunluk belirtisi yaşadığı (%88.4) ve yorgunluk yaşayan bireylerin neredeyse tamamının (%89) bu belirtiyi hastalıklarıyla ilişkilendirdiği tespit edildi (Tablo 4.3). Karabulutlu ve Karaman'ın çalışmasında hastaların %80.2' sinin yorgunluk yaşadığı ve %79.2' sinin de bu belirtiyi hastalıklarıyla ilişkilendirdiğini tespit edilmiştir (13). Kayır'ın çalışmasında hastaların %76.1'inin yorgunluk yaşadığı %63.8'inin ise bu belirtiyi hastalıkla ilişkilendirdiği tespit edilmiştir (47). Kayış'ın çalışmasında ise hastaların %76.7' sinin yorgunluk yaşadığı ancak sadece %47.8' inin bu belirtiyi hastalıkla ilişkilendirdiği tespit edilmiştir (48). Yorgunluk kanserin bir belirtisi olduğu gibi aynı zamanda tedavinin de yan etkisi olarak ortaya çıkmakta ve her aşamada görülebilmektedir. Araştırmaya katılan hastaların yaşadığı yorgunluk, literatürdeki çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kanserli hastaların hastalık algısı puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların hastalığına yönelik semptom ortalaması  $8.11 \pm 3.23$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). Keeling ve arkadaşları beyin tümörlü hastalarla yaptığı çalışmasında hastaların hastalığına yönelik  $8.18 \pm 3.90$  semptom algıladıkları, Dempster ve arkadaşları özefagus kanserli hastalarda yaptığı çalışmasında ise hastaların hastalığına yönelik  $7.39 \pm 5.57$  semptom algıladıkları tespit etmişlerdir (11, 49). Araştırmaya katılan hastaların hastalık belirtisi puan ortalamaları normalin üzerinde bulunmuştur. Bu durum kanserin mekanizmasından, tanı ve tedavi sürecinin yan etkilerinden ve hastaların uzun zamandır bu belirtileri yaşamasından kaynaklanmış olabilir.

Hastaların hastalık hakkındaki görüşler boyutu incelendiğinde kişisel kontrol alt boyutunun puan ortalamasının en yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Konu ile ilgili literatür incelendiğinde kanser hastalarında kişisel kontrol puanlarının genel olarak düşük olduğu tespit edilmiş olmasına rağmen (11, 49-52) kişisel kontrol algısının yüksek olduğu çalışmalara da rastlanmıştır (8, 13, 53). Bireyler kendilerine herhangi bir hastalık tanısı konduğu andan itibaren hastalıkları üzerinde kontrol mekanizması kurmaya ve hastalıkları üzerinde kişisel kontrollerini arttırmaya çalışırlar. Aynı zamanda ülkemizde hastalık dönemlerinde hasta bireye hem manevi hem de fiziksel destek artmaktadır. Araştırmanın yapıldığı yöre değişmekle birlikte halen geleneksel aile yapısının devam ettiği bir merkezdir. Bu faktörler kanserli hastaların hastalıkları üzerindeki kontrol algısının artmasına neden olabilir.

Araştırmaya katılan hastaların hastalığı anlayabilme alt boyutunun puan ortalamasının en düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Bu sonuç hastaların hastalıklarıyla ilgili yeterince bilgilendirilmediklerini göstermektedir (7). Konu ile ilgili literatür incelendiğinde kanser hastalarında genel olarak hastalığı anlayabilme puan ortalamasının düşük olduğu tespit edilmiş olmasına rağmen (8, 13, 54) hastalığı anlayabilme puan ortalamasının yüksek olduğu çalışmalara da rastlanmıştır (6, 52). Kanserli hastaların hastalıklarıyla ilgili olarak bilgilendirilmeleri arttıkça tedaviye uyumlarının arttığı ve olumlu hastalık algısının geliştiği bildirilmektedir (56). Bu durumun araştırmaya katılan hastalara kanserle ilgili yeterince bilgi verilmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların hastalık algısı ölçeği hastalık nedenleri boyutunun puan ortalamaları incelendiğinde psikolojik faktörler alt boyutunun puan ortalamasının en yüksek, kaza ve ya şans alt boyutunun puan ortalamasının en düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Hasta birey hastalığın nedenleri ve sonuçları hakkında kendisinin ve çevresinin deneyimlerine göre yorum yapar. Hastalığın algılanmasında hastalıkla ilgili bireysel algılarının yanı sıra kültürel yansımalar da önemlidir. Türk toplumunda hastalık nedenleri kültürün bir parçası olarak stres, sıkıntı ve endişeye bağlanmakta ve kaza ve ya şans faktörünün önemsiz olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri ile DKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim düzeyi ile anksiyete arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5). Hastaların eğitim düzeyine göre anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında; lise ve üniversite mezunu olanların diğer gruplara göre yüksek puan aldığı olduğu görülmüştür. Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI), kanserde

düşük eğitim düzeyinin anksiyete için kesin risk faktörü olduğunu bildirmektedir (57). Literatüre bakıldığında genel olarak düşük eğitim düzeyi ile anksiyete arasında ilişki tespit etmiş çalışmalar mevcutken (58, 59) eğitim düzeyi ile anksiyete arasında ilişki tespit etmemiş çalışmalar (1, 38, 60) da bulunmaktadır. Araştırmanın örneklem grubu daha çok lise ve üniversite mezunu hastalardan oluşmaktadır. Bu grubun kanserin tanı, tedavi ve prognozu hakkında çeşitli kaynaklardan edindikleri bilgilerin anksiyete seviyelerini arttırmış olabileceği düşünülmektedir.

Kanserli hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, tanı ve tanı süresi ile DKÖ puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.5).

Aydoğan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kanser hastalarının %48.6'sı evli, %51.4'ü bekar, kontrol gurubunda ise %91.9'u evli, %8.1'i bekadır. Hasta ve kontrol gurubunda medeni durum ve eğitim düzeyi anksiyete puanı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır (1). Özkan ve arkadaşlarının meme ve gastrointestinal sistem kanserli hastalarla yaptığı çalışmada, çalışma durumu ve medeni durum ile anksiyete arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (29). Sarıtaş Çıtlık ve Büyükbayram'ın kemoterapi alan hastalarda yaptığı çalışmada medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, tanı ve tanı süresine ile anksiyete puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (61). Bektaş ve Akdemir'in yaptıkları çalışmada, tanı süresi ile anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (62). Gülçiğ'in kemoterapi gören hastalarla yaptığı çalışmada, medeni durum, tanı süresi, gelir düzeyi ve çalışma durumu ile anksiyete arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (63). Araştırma sonuçları belirtilen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Kanser tanısının hastaların demografik özelliklerinden bağımsız olarak anksiyeteye neden olmuş olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık belirtileri puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim düzeyi ve çalışma durumu ile hastalık belirtileri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.6).

Hastaların eğitim düzeylerine göre hastalık belirtileri puan ortalamalarına bakıldığında; okuryazar grubun hastalık belirtileri puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kayış'ın çalışmasında ilköğretim mezunlarının hastalık belirtisi puan ortalamalarının yüksek olduğu ancak gruplar arası fark bulunmadığı tespit

edilmiştir (48). Araştırmaya katılan okuryazar grubu hastaların hastalık belirtisi puan ortalaması, kanserin tanı, tedavi ve prognozu ile ilgili yeterli bilgi sahibi olmamalarından kaynaklanmış olabilir.

Hastaların çalışma durumuna göre hastalık belirtileri puan ortalamalarına bakıldığında; çalışmayan grubun hastalık belirtileri puan ortalamasının çalışanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kayış'ın çalışmasında ev hanımlarının hastalık belirtileri puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak gruplar arası fark bulunmadığı tespit edilmiştir (48). Çeşitli kanser türlerinde tedavi olanaklarının iyileşmesiyle birçok hasta tedavi ve bakımdan sonra ya da tedavi esnasında meslek hayatlarına geri dönmek istemektedirler (64). Çalışmayan hastaların kendileriyle meşguliyeti daha fazladır. Hastalıkları üzerinde daha fazla düşünmekte ve hastalığı çeşitli kaynaklardan araştırmakta olduklarından belirtileri daha fazla yaşamaktadırlar.

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, tanı ve tanı süresi ile hastalık belirtileri puan ortalaması arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.6).

Kayır'ın kanserli hastalarla yaptığı çalışmasında yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu ve hastalık belirtileri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (47). Kayış'ın çalışmasında tanı ile anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (48). Kepenek'in sirozlu hastalarla yaptığı çalışmasında cinsiyet, medeni durum ile hastalık belirtileri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (65). Araştırma sonuçları belirtilen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Kanserde hastanın hastalığı ile ilgili olarak gördüğü belirtilerin sayısının hastaların demografik özelliklerinden değil, kanserin kendisinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşler boyutu süre (akut/kronik) alt boyutu puan ortalaması karşılaştırıldığında; süre (akut/kronik) alt boyutu ile medeni durum, eğitim düzeyi, tanı ve tanı süresi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.7).

Hastaların medeni durumuna göre süre (akut /kronik) alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; evli hastaların puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Süre (akut /kronik) alt boyutundan alınan yüksek puan kişinin hastalığını kronik olarak gördüğünü göstermektedir. Kayır'ın kanserli hastalarla yaptığı çalışma sonucunda eşi ölmüş ya da boşanmış hastaların süre (akut /kronik) alt boyutu

puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (47). Karabulutlu ve Karaman'ın çalışmasında ise medeni durum ile süre (akut/kronik) alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmamıştır (13). Kanser sadece kişinin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü değil; aynı zamanda ailenin bütünlüğünü de tehdit eden bir hastalıktır (13). Evli hastalar kendilerinin yanında ailelerini de düşünmekte ve aile içindeki rollerini hem yerine getirme hem de kaybetme korkusu yaşamaktadırlar. Böylece travmalarını daha uzun ve yoğun yaşamaktadırlar. Araştırma sonuçlarında evli hastaların süre (akut /kronik) boyutunun puan ortalamasının yüksek olmasının bu sebeplere bağlanabileceği düşünülmektedir.

Hastaların eğitim durumuna göre süre (akut /kronik) alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; okuryazar grubun puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Kayış'ın kanserli hastalarla yaptığı çalışma sonucunda ilköğretim mezunlarının süre (akut /kronik) alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ancak gruplar arası fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (48). Akgüç'ün tip 2 diyabetli hastalarla yaptığı çalışma sonucunda lisansüstü eğitim mezunlarının süre (akut /kronik) alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ancak gruplar arası fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (66). Süre (akut /kronik) alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında değişiklik gösterdiği ve araştırma sonuçlarının literatürdeki çalışmalardan farklı sonuçlar gösterdiği görülmektedir. Bu durumun okuryazar grubun hastalıkları ile ilgili sadece olumsuz yönleri düşünmelerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların tanılarına göre süre (akut /kronik) alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; üreme sistemine ait kanserlerin süre (akut /kronik) alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kayış'ın çalışmasında over kanserli hastaların süre (akut /kronik) alt boyutu puan ortalamaları düşük bulunmuş ancak gruplar arası istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır (48). Üreme sistemi organlarına (over, endometrium, serviks, vajina, prostat, testis vb.) ait kanser türlerinde hastalar özellikle infertilite, cinsel hayatla ilgili sorunlar, evlilik problemleri, eşleriyle duygusal ilişkilerinin kopması gibi korkular yaşamaktadır (67). Aynı zamanda üreme sistemine ait kronik hastalıklarına olan kültürel bakış açısı da hastaların bakış açılarını etkilediğinden bu gruptaki hastaların süre alt boyutu puan ortalamaları yüksek çıkmış olabilir.

Hastaların yaş, cinsiyet, çalışma durumu, gelir durumu ile süre (akut /kronik) alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur

( $p>0.05$ ) (Tablo 4.7). Kayır'ın çalışmasında kanserli hastaların gelir durumları, cinsiyetleri ile süre (akut /kronik) alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (47). Kayış'ın çalışmasında tanı ile süre (akut /kronik) alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (48). Kepenek'in sirozlu hastalarla yaptığı çalışmasında cinsiyet, çalışma durumu, ekonomik durum ile süre (akut /kronik) alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (65). Araştırma sonuçları belirtilen araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Kanserde hastalık süresinin kronik olarak görülmesinin, hastaların demografik özelliklerinden değil; kanserin kendisinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kanserli hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşler boyutu sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sonuçlar alt boyutu puan ortalaması ile yaş, eğitim düzeyi, tanı ve tanı süresi arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.8). Araştırmaya katılan kanserli hastaların yaşına göre sonuçlar alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; 72-98 yaş aralığının sonuçlar alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Karabulutlu ve Karaman'ın kanserli hastalarla yaptığı çalışmada 41-50 yaş aralığındaki hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir (13). Kayış'ın kanserli hastalarla yaptığı çalışmada ise 40 yaş altının sonuçlar alt boyutunun daha yüksek olduğu ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edilmiştir (48). Sonuçlar alt boyutundan alınan yüksek puan hastanın negatif sonuçlarına inandığını göstermektedir. Bu durumun nedeni olarak toplumumuzda bu yaş grubunda yaşlanma ve ölümün kaçınılmaz algılanması düşünülmektedir.

Hastaların eğitim düzeyine göre sonuçlar alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; okuryazar grubun sonuçlar alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kayış'ın çalışmasında lise mezunu olan kanser hastalarının sonuçlar boyutu daha yüksek çıkmış ancak gruplar arası fark önemli bulunmamıştır (48). Akgüç'ün tip 2 diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada ise okuryazar olmayan grubun sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ancak gruplar arası fark önemli bulunmamıştır (66). Araştırma sonuçlarına bakıldığında okuryazar grubun hastalık belirtileri, süre (akut/kronik), sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları dolayısıyla hastalığa yükledikleri negatif anlam yüksek çıkmıştır. Bu durum okuryazar grubun hastalıkları ile ilgili sadece olumsuz yönleri düşünmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Kanserli hastaların tanılarına göre sonuçlar alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; baş-boyun kanserleri olan gurubun sonuçlar alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Karabulutlu ve Karaman'ın yaptıkları çalışmada baş-boyun kanserli hastaların sonuçlar alt boyutu puan ortalamalarını diğer kanser türlerinden daha düşük bulmuşlar ancak gruplar arası fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (13). Baş-boyun kanserlerinde tanı anında genellikle tümörler beyin dokusuna yayıldığından, cerrahi tedavi mümkün olmamaktadır. Bu gruptaki hastalar sadece tedavisi mümkün olmayan kanser belirtileriyle değil aynı zamanda nüks tehlikesiyle karşı karşıya olduklarından sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları yüksek çıkmış olabilir.

Hastaların tanı sürelerine göre sonuçlar alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; 5-8 yıldır tanı alan hastaların sonuçlar alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Akgüç'ün tip 2 diyabetli hastalarda yaptığı çalışma sonucunda 7-9 yıldır tanı alan hastaların sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek çıkmış ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edilmiştir (66). Karabulutlu ve Karaman'ın kanserli hastalarla yaptığı çalışmada hastalık süresi arttıkça hastalığın negatif sonuçlanacağı algısının arttığını belirtmiştir (13). Araştırmanın sonuçları literatür bilgileriyle uyumludur.

Hastaların sonuçlar alt boyutu ile cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve gelir durumu arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.8). Kayır'ın çalışmasında kanserli hastaların cinsiyeti, medeni durumları, gelir durumları ile Kayış'ın çalışmasında ise çalışma durumları ile sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (47, 48). Araştırma sonuçları belirtilen araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Kanserli hastaların hastalığın negatif sonuçlarına inanmalarının demografik özelliklerden etkilenmediği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kanserli hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık hakkında görüşler boyutu kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında tanıtıcı özellikler ile kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.9).

Kayır'ın çalışmasında medeni durum, gelir durumu, cinsiyet ile Kayış'ın çalışmasında çalışma durumu ile kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (47, 48). Kepenek'in sirozlu hastalarla yaptığı çalışmasında cinsiyet ile kişisel kontrol puan ortalamaları arasındaki fark

istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (65). Araştırma sonuçları belirtilen araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Kanserde hastalık üzerine olan kişisel kontrolün, hastaların demografik özelliklerinden değil; kanserin kendisinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kanserli hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşler boyutu tedavi kontrol alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tedavi kontrol alt boyutu ile tanı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.10). Kanserli hastaların tanılarına göre tedavi kontrol alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; meme kanseri olan grubun tedavi kontrol alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tedavi kontrolünden alınan yüksek puan kişinin uygulanan tedaviyi kontrol edebildiği hakkında pozitif inançlarını göstermektedir. Kayış ve Karabulutlu ve Karaman'ın yaptıkları çalışmalarda meme kanseri hastaların tedavi kontrolü puanı daha yüksek çıkmış ancak gruplar arası fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (48, 13). Araştırmaya katılan meme kanserli hastaların 41 tanesi kadın, 1 tanesi erkek olduğunu göz önünde bulundurulduğunda; meme kadın için meme süt verme fonksiyonu dışında, kadınlık, çekicilik ve cinsellik sembolüdür. Bundan dolayı meme hastalıkları, etkilenen doku-organın boyutlarının ötesinde duygusal ve psikolojik etkilere sahiptir (67). Bu gruptaki hastaların tedavi ile ilgili pozitif inançları bu nedenlerle yüksek çıkmış olabilir.

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu ve tanı süresi puan ortalamaları ile tedavi kontrolü alt boyutu arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.10). Kayır'ın çalışmasında medeni durum, cinsiyet ile Kayış'ın çalışmasında eğitim durumu ve çalışma durumu ile Karabulutlu ve Karaman'ın çalışmasında yaş, cinsiyet, medeni durum ile tedavi kontrolü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (47, 48, 13). Akgüç'ün tip 2 diyabetli hastalarda ve Kepenek'in sirozlu hastalarda yaptığı çalışmalarda tanı süresi ile tedavi kontrolü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (66, 65). Araştırma sonuçları belirtilen sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Kanserde hastalık üzerine olan tedavi kontrolünün, hastaların demografik özelliklerinden değil; kanserin kendisinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kanserli hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşler boyutu döngüsel süre alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.11). Kayır'ın çalışmasında yaş, cinsiyet, medeni durum ile döngüsel süre alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (47). Karabulutlu ve Karaman'ın çalışmasında cinsiyet, yaş, medeni durum, hastalık süresi ile döngüsel süre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (13). Kayır'ın çalışmasında tanı, eğitim düzeyi, çalışma durumu ile döngüsel süre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (47). Akgüç'ün tip 2 diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada yaş, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, tanı süresi ile süre döngüsel süre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (66). Araştırma sonuçları belirtilen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Kanser döngüsel bir hastalık olması ve tedavisinin farklı aşamalardan oluşması kanserin kendi fizyopatolojisi ile ilgili bir durumdur. Bu durumun hastaların demografik özelliklerinden etkilenmeyeceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kanserli hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşler boyutu duygusal temsil alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.12). Karabulutlu ve Karaman'ın çalışmasında medeni durum, hastalık süresi ile duygusal temsil alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (13). Kayır'ın çalışmasında yaş, medeni durum, cinsiyet ile duygusal temsil alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (47). Akgüç'ün tip 2 diyabet hastalarıyla yaptığı çalışmada medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, tanı süresi ile duygusal temsil alt boyutu puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (66). Araştırma sonuçları belirtilen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Kanserde hastaların duygusal temsiller algısının yüksek olması hastalıkla ilgili negatif düşüncelerden kaynaklanmaktadır. Kanser neden olduğu duygusal yıkımın, ölüm korkusunun ve belirsizliğin negatif düşüncelere neden olabileceği bilinmektedir. Bu nedenle kanserin kendisinin negatif düşüncelere yol açtığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kanserli hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık hakkındaki görüşler boyutu hastalığı anlama alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastalığı anlama puan ortalaması ile eğitim düzeyi, gelir durumu

arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). (Tablo 4.13). Kanserli hastaların eğitim düzeylerine göre hastalığı anlama alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; üniversite mezunlarının hastalığı anlama puanının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarına benzer olarak; Kayış'ın çalışmasında üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip hastaların hastalığı anlama puanlarının daha yüksek olduğu ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı görülmüştür (48). Akgüç'ün tip 2 diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada ise lise mezunlarının tedavi kontrolü daha yüksek bulunmuş ancak gruplar arası fark istatistiksel olarak önemli çıkmamıştır (66). Yüksek eğitim düzeyine sahip hastalar hastalıklarının tanı, tedavi ve prognozunu daha iyi anladıkları düşünüldüğünde, araştırma sonuçları beklenen bir durumdur.

Kanserli hastaların gelir düzeylerine göre hastalığı anlama alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; geliri giderinden fazla olanların hastalığı anlama puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonuçları Kayır'ın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir (47). Ekonomik durumu iyi olanların daha kaliteli tedavi ve bilgi alma şansına sahip oldukları düşünülmektedir.

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, tanı ve tanı süresi puan ortalamaları ile hastalığı anlama alt boyutu arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.13). Karabulutlu ve Karaman'ın çalışmasında yaş, medeni durum, tanı ve tanı süresi ile hastalığı anlayabilme puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (13). Kayır'ın çalışmasında yaş, cinsiyet, medeni durum ile hastalığı anlayabilme puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (47). Kayış'ın çalışmasında tanı ile hastalığı anlayabilme puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (48). Akgüç'ün tip 2 diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, tanı süresi ile hastalığı anlayabilme puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (66). Araştırma sonuçları belirtilen araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Kanser hala tıp dünyasında tartışılan, kesin bir tedavisi olmayan, karmaşık tedavi süreçlerini bir arada içeren bir olgudur. Hastaların kansere yükledikleri anlam, daha çok toplumdan, sağlık ekibinden ve hastanın sosyoekonomik imkanlarından etkilenmektedir. Yukarıda bahsedilen demografik etkenlerin bu bakımdan kanserin anlamını etkilemeyeceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kanserli hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri boyutu psikolojik faktörler alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında;

psikolojik faktörler ile cinsiyet, eğitim düzeyi ve tanı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.13). Kanserli hastaların cinsiyetine göre psikolojik faktörler alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; kadınların psikolojik alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kayır'ın kanserli hastalarla, Kepenek'in sirozlu hastalarla yürüttüğü çalışmaların sonuçları da araştırma ile benzerlik göstermektedir ancak her iki çalışmada da gruplar arası fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (47, 65). Literatürde kanserde kadın cinsiyetin psikolojik sorunlar açısından risk faktörü olduğu belirtilmektedir (13). Kadınlar toplumda başkaları tarafından yerine getirilemeyecek birçok rol üstlenmektedirler. Bu durum, kadınların rolleri gereği tedavi sürecini zaman kaybı olarak görme ve rutin işlerine dönmek istemekte olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Kanserli hastaların eğitim düzeylerine göre psikolojik faktörler alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; okuryazar grubun psikolojik faktörler alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kepenek'in sirozlu hastalarda yaptığı çalışmada ilköğretim mezunu olan hastaların psikolojik faktörler alt boyutu puan ortalaması daha yüksek çıkmış ancak gruplar arası fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (65). Araştırmaya katılan okuryazar grubu hastaların hastalık belirtileri, süre (akut/kronik), sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları yüksektir. Bu alt boyutlar, kansere yüklenen anlamın negatif olduğunu göstermektedir. Bu durum okuryazar grubun hastalıkları ile ilgili olarak olumsuz yönleri düşünmekte olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Hastaların psikolojik faktörler alt boyutu ile yaş, medeni durum, çalışma durumu, gelir, tanı, tanı süresi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.14). Kayır'ın çalışmasında yaş ve medeni durum ile psikolojik faktörler puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır (47). Kepenek'in sirozlu hastalarla yaptığı çalışmada; yaş, tanı süresi ile psikolojik faktörler arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (65). Araştırma sonuçları belirtilen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Hastalık nedenleri yaşanan toplumun kültürel değerlerinden, toplumun bireye yüklediği rollerden, cinsiyetten ve bireylerin eğitim düzeyinden etkilenmektedir. Kansere nedeni ne olursa olsun ölümü çağrıştıran bir sorun olduğu için kanserin diğer demografik özelliklerden etkilenmediği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri risk faktörleri alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyet ile risk faktörleri alt boyutu arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.14). Araştırmaya katılan kanserli hastaların cinsiyetlerine göre risk faktörleri alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında ise; erkeklerin risk faktörleri alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kayır'ın kanserli hastalarla, Ciddi'nin kalp yetmezlikli hastalarla yaptığı çalışma sonucu da araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (47, 69). Kepenek'in sirozlu hastalarla yaptığı çalışma sonucunda da erkeklerin risk faktörleri alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek çıkmış ancak gruplar arası fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (65). Literatürde cinsiyetin toplumsal rollerde, öğretilerde, cinsellikte farklı bakış açlarına neden olduğu, genel olarak erkeklerin daha fazla riskli davranışlar üstlendiği bildirilmektedir (47, 69). Araştırmada erkek cinsiyet ile risk faktörleri puan ortalaması arasındaki anlamlı ilişkinin erkeklerin riskli davranışları üstlenme eğiliminden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, tanı ve tanı süresi ile risk faktörleri alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.15). Kayır'ın çalışmasında yaş, medeni durum, gelir durumu ile risk faktörleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (47). Kepenek'in sirozlu hastalarla yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ve gelir durumu ile risk faktörleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (65). Araştırma sonuçları yukarıdaki çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Toplumda cinsiyetlere yüklenen roller ve kültürel temalar riskli davranışlar üstlenmede önemli rol oynamaktadır. Riskli bir davranış sergileyen bireylerin genelde erkekler olduğu ve risk almada sınırlarının olmadığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri boyutu bağışıklık alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gelir ile bağışıklık alt boyutu puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.16). Araştırmaya katılan kanserli hastaların gelirlerine göre bağışıklık alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında; geliri giderinden az olanların bağışıklık alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kayır'ın çalışması da araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (47). Kepenek'in sirozlu hastalarla

yaptığı çalışmada ise gelir durumunu orta olarak niteleyen grubun bağışıklık alt boyutu daha yüksek çıkmış ve gruplar arası fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (65).

Ekonomik durumu iyi olmayan hastaların kötü hijyen, beslenme ve barınma şartlarına sahip olduğu, kaliteli tedavi imkanlarının da bu ölçüde azaldığı düşünüldüğünde; bu grubun hastalık nedenleri olarak bağışıklık alt boyutunu görmeleri beklenen bir durumdur.

Hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, tanı ve tanı süresi ile bağışıklık alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.16). Kayır'ın çalışmada yaş, medeni durum, cinsiyet ile bağışıklık puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (47). Kepenek'in sirozlu hastalarla yaptığı çalışmada, cinsiyet ve çalışma durumu ile bağışıklık alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (65). Ciddi'nin kalp yetmezliği hastalarıyla yaptığı çalışmada cinsiyet ile bağışıklık puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (69). Araştırma sonuçları yukarıdaki çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Gelir durumu tüm hastalıkların oluşum, tanı ve tedavi süreci ile tedaviden sonra sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde kilit olan bir faktördür. Gelir durumu iyi olan hastaların aynı zamanda kaliteli tedavi imkanı da buldukları düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAÖ hastalık nedenleri boyutu kaza ve ya şans alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tanıtıcı özellikler ile kaza ve ya şans alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.17). Kayır'ın çalışmada yaş, medeni durum, ekonomik durum, cinsiyet ile kaza ya da şans alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (47). Kepenek'in sirozlu hastalarla yaptığı çalışmada cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumu ile kaza ve ya şans alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Ciddi'nin kalp yetmezlikli hastalarda yaptığı çalışmada cinsiyet ile kaza ve ya şans alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (69). Hastalığın algılanmasında hastalıkla ilgili bireysel algılarının yanı sıra kültürel yansımalar da önemlidir. Türk toplumunda hastalık nedenleri kültürün bir parçası olarak stres, sıkıntı ve endişeye bağlanmakta ve kaza ya da şans faktörünün önemsiz olduğu düşünülmektedir.

Hastaların hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları ile DKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastalık belirtisi, sonuçlar, kişisel kontrol, döngüsel süre, psikolojik faktörler alt boyutları ile DKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü önemli bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.18). Hastaların hastalık belirtisi ile DKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü önemli bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.18). Dempster ve arkadaşlarının yaptıkları meta analiz çalışma sonucunda, 2013-2015 yılları arasında hastalık algısı ve anksiyete arasında ilişki bakmış 9 çalışmayı incelemişler ve hastalık belirtileri ile anksiyete arasında ilişki tespit etmişlerdir (70). Orbell ve arkadaşlarının kolorektal kanserli hastalarla yaptığı çalışmada hastalık belirtileri ile anksiyete puan ortalaması arasında ilişki bulunmuştur (71). Evans ve arkadaşlarının parkinsonlu hastalarla yaptığı, Hallas ve arkadaşları kalp yetersizliği hastalarıyla yaptığı çalışma sonuçları da araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (72, 73). Araştırmaya katılan kanserli hastaların hastalıkları ile ilgili gördükleri belirtiler arttıkça yaşadıkları anksiyete seviyeleri de artmaktadır. Bu durum kanserli hastaların uzun süredir aynı belirtileri yaşamalarından ve bu belirtileri hastalığın bir parçası olarak görmelerinden kaynaklanabilir.

Hastaların sonuçlar alt boyutu ile DKÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.18). Dempster ve arkadaşlarının meta analiz çalışma sonuçlarına göre, 2013-2015 yılları arasında hastalık algısı ve anksiyete arasında ilişki bakmış 9 çalışmayı incelemişler ve sonuçlar alt boyutu ile anksiyete arasında ilişki tespit etmişlerdir (70). Dempster ve arkadaşlarının özefagus kanserli hastaların sonuçlar alt boyutu ile anksiyete puan ortalaması arasında ilişki tespit etmiştir (74). Evans ve arkadaşlarının parkinsonlu hastalarla yaptığı, Hallas ve arkadaşları kalp yetersizliği hastalarıyla yaptığı, Goldstein ve arkadaşlarının parkinsonlu hastalarla yaptığı çalışma sonuçları da araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (72, 73, 75).

Kanserli hastaların hastalığın negatif sonuçlarına inanmaları anksiyete seviyesini arttıran bir durumdur. Bu durumun kanserin çoğu zaman kişinin var oluşu ile ilgili belirsizliklere neden olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hastaların kişisel kontrol alt boyutu ile DKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü önemli bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.18). Orbell ve arkadaşları kolorektal kanserli hastalarla yaptığı çalışmada kişisel kontrol ile anksiyete puan ortalaması arasında negatif yönlü bir ilişki tespit etmişlerdir (71). Kişisel

kontrol ile anksiyete seviyesi arasında negatif ilişki beklenmesine karşın, bu araştırma kapsamında değerlendirilen hasta grubunda pozitif ilişki tespit edilmiştir. Kansere, belirsizliğin her aşamada yoğun yaşandığı, erken tanı ve tedaviye rağmen nüks tehlikesinin olduğu ve ölümü çağrıştıran kontrol edilmesi zor bir hastalıktır. Kansere hastaların böylesi bir hastalık üzerinde kontrolü sağlamaya çalışmalarının anksiyeteye sebep olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların döngüsel süre alt boyutu ile DKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü önemli bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.18). Evans ve arkadaşları parkinsonlu hastalarla yaptığı ve Hallas ve arkadaşları kalp yetersizliği hastalarla yaptığı çalışma sonuçları araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (72, 73). Genel olarak bir hastalığın akut olması görülebilecek anksiyete düzeyini azaltırken, kronik olması arttırmaktadır. Kansere kronik bir hastalık olmasının yanında dönem dönem tümörü kontrol altına alma periyotlarının, dönem dönem nükslerin görüldüğü bir hastalıktır. Hastaların kanseri farklı döngülerde yaşamaları ve kanserin diğer kronik hastalıklardan farklı doğası nedeniyle; kansere döngüsel bakış açısının anksiyeteyi arttırdığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların psikolojik faktörler alt boyutu ile DKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü önemli bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.18). Orbell ve arkadaşlarının kolorektal kanserli hastalarla yaptığı çalışmada psikolojik faktörler alt boyutu ile anksiyete puan ortalaması arasında araştırma sonuçlarına benzer şekilde ilişki tespit etmişlerdir (71). Psikolojik faktörler; stres ya da endişe, benim tutumum, duygusal durumum, aile problemleri, kişilik özelliklerim ve aşırı çalışma maddelerinden oluşmaktadır. Kansere hastaların hastalıklarının nedeni olarak psikolojik faktörleri görmeleri anksiyete seviyelerini arttıran bir durumdur.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanserli hastalarda hastalık algısı ve anksiyete düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Araştırma kapsamına alınan hastaların kaygı düzeyleri hafif olarak bulunmuştur.

Araştırmaya kapsamına alınan hastaların kanserin başlangıcından beri en sık yaşadığı (%88.4) ve kanserle ilgili olarak gördüğü belirti yorgunluk (%89) olarak bulunmuştur. Hastaların belirti sayısının ortalamasının üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol ve psikolojik faktörler alt boyutu puan ortalamaları yüksek; tedavi kontrol, duygusal temsiller, döngüsel süre, risk faktörleri ve bağışıklık alt boyutu puan ortalamaları düşük; hastalığı anlayabilme ve kaza ya da şans alt boyutu puan ortalamaları düşük seviyede bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların DKÖ puan ortalamaları ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya kapsamına alınan hastaların hastalık belirtileri boyutunun eğitim düzeyi ve çalışma durumunu, Süre (akut/kronik) alt boyutunun medeni durum, eğitim düzeyi, tanı ve tanı süresini, Sonuçlar alt boyutunun yaş, eğitim düzeyi, tanı ve tanı süresini, Tedavi kontrol alt boyutunun tanıyı, Hastalığı anlama alt boyutunun eğitim düzeyi ve gelir durumunu, Psikolojik faktörler alt boyutunun cinsiyet ve eğitim düzeyini, Risk faktörleri alt boyutunun cinsiyeti, Bağışıklık alt boyutunun geliri etkilediği tespit edilmiştir.

Araştırmaya kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özelliklerinin, Kişisel kontrol Döngüsel süre, Duygusal temsil ve Kaza ya da şans alt boyutlarını etkilemediği belirlenmiştir.

Hastaların HAÖ alt boyutları ile DKÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; hastalık belirtileri, sonuçlar, kişisel kontrol, döngüsel süre, duygusal temsiller ve psikolojik faktörler alt boyutlarının anksiyete düzeyini etkilemediği belirlenmiştir.

**Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;**

- ✓ Kanserli hastaların anksiyete düzeylerinin her aşamada değerlendirilmesi,
- ✓ Kanserli hastaların yaşadığı belirtilere yönelik uygun tedavi ve bakımın planlanması,
  - ✓ Kanser ve tedavisi hakkında hastalara her aşamada bilgi verilmesi ve tedavi ve bakıma hastanın da katılımının sağlanması,
  - ✓ Kanserli hastaların hastalık algısının diğer kronik hastalıklardan farklı olduğunun farkına varılması ve uygun yaklaşımın belirlenmesi,
  - ✓ Kanserli hastaların demografik özelliklerinin hastalık algısı ve anksiyete düzeyini etkilediğinin bilinerek, hümanistik ve holistik bakım planlanması,
  - ✓ Kanserli hastalara hastalık algısı ve yönetimi hakkında bilgi verilmesi,
  - ✓ Kanserli hastaların sosyoekonomik destek mekanizmasının artırılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Aydoğan Ü, Doğaner Y.Ç, Borazan E, Kömürcü Ő, Koçak N,  zt rk B,  zet A, Sağlam K. Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının iliŐkisi. *Türk Aile Hekimleri Dergisi* 2012, 16: 55-60.
2. Lepore SJ, Coyne JC. Psychological interventions for distress in cancer patients. *Ann Behav Sci Med Educ* 2006, 32: 85-92.
3. T.C. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kanser Daire BaŐkanlıđı. Yeni Dünya Kanser İstatistikleri.  
<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri> 07.06.2015.
4. T.C. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri.  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855> 07.06.2015.
5. Küçük L. Diyabetin ruhsal boyutu. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2015, 31: 52-6.
6. Yılmaz Karabulutlu E, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011: 4-14.
7. Kocaman N, Kutlu Y,  zkan M,  zkan S. Predictors of psycho social adjustment in people with physical disease. *Clin J Oncol Nurs* 2007, 16: 6-16.
8. Ashley L, Marti J, Jones H, Velikova G, Wright E. Illness perceptions within 6 months of cancer diagnosis are an independent prospective predictor of future health-related quality of life 15 months post-diagnosis. *Psycho-Oncology* 2015, 24: 1463-70.
9. Gray NM, Hall SJ, Browne S, Macleod U, Mitchell E, Lee AJ, Johnston M, Wyke S, Samuel L, Weller D, Campbell NC. Modifiable and fixed factors predicting quality of life in people with colorectal cancer. *Br J Cancer Suppl* 2011, 104: 1697-703.
10. Rozema H, V llink T, Lechner L. The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology* 2009, 18: 849-57.
11. Keeling M, Bambrough J, Simpson J. Depression, anxiety and positive affect in people diagnosed with low-grade tumours: the role of illness perceptions. *Psycho-Oncology* 2013, 22: 1421-7.
12. Downe-Wamboldt B, Butler L, Coulter L. The relationship between meaning of illness, socialsupport, copingstrategies, andquality of life for lung cancer patients and their family members. *Clin J Oncol Nurs* 2006, 29: 111-9.

13. Yılmaz Karabulutlu E, Karaman S. Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2015, 2: 271-84.
14. Soylu C. Bilişsel davranışçı terapi tekniklerinin kanser hastalarında depresyon ve anksiyete üzerindeki etkinliği. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2015, 1: 54-63.
15. Yang YL, Liu L, Wang Y, Wu H, Yang XS, Wang JN, Wang L. The Prevalence of depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* 2013, 13: 393-408.
16. Watts S, Leydon G, Birch B, Prescott P, Lai L, Eardley S, Lewith G. Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open Sport Exerc Med* 2014, 4: 1-10.
17. Spencer R, Nilsoon M, Wright A, Pirl W, Prigerson H. Anxiety disorders in advanced cancer patients. *Cancer* 2010, 116: 1810-9.
18. Voldermaier A, Linden W, Mac Kenzie R, Greig D, Marshall C. Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression only in some types of cancer. *Br J Cancer Suppl* 2011, 105: 1814-7.
19. Knobf MT. Clinical update: psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin Oncol Nurs* 2011, 27: 1-14.
20. Johanes C, Monoarfa RA, Ismail R, Umbas R. Anxiety of early-and late stage prostate cancer patients. *Prostate Int* 2013, 1: 177-82.
21. Kaya MC, Bez Y, Demir A, Bulut M, Topçuoğlu V, Kuşçu MK, Türkeri NL. Anxiety, depression, sexual dysfunction and quality of life in prostate cancer based on stage of disease. *Biol Mood Anxiety Disord* 2013, 3: 7-23.
22. World Health Organization, Cancer Country Profiles. [http://www.who.int/cancer/country-profiles/tur\\_en.pdf](http://www.who.int/cancer/country-profiles/tur_en.pdf) 07.06.2016.
23. Çavuşoğlu H. Onkolojik hastalıklar. İçinde: Cecil Essentials of Medicine Türkçesi, Çavuşoğlu H, Akın S, Alican İ, Dreskeneli GS, (Çeviri editörleri). Cecil Essentials of Medicine, Carpenter CCJ, Griggs RC, Loscalzo J. 8.Baskı, İstanbul, Nobel Kitapevi, 2015: 485-512.
24. Sevimli Ş, Sağlıkker Y. Neoplastik hastalıklar. İçinde: Harrison İç Hastalıkları Prensipleri, Sağlıkker Y, Sarıca Y, İnal TC, Canataroğlu A, Güvenç B, Horoz M, Özkaynak PS, (Çeviri editörleri). Harrison's Principles of Internal Medicine, Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. 18. Baskı, İstanbul, Nobel Kitapevi 2013: 491-531.

25. Yeşilbakan ÖU. Hücresel bozukluklar. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği, Çevik S, Yeşilbakan ÖU, (Çeviri editörleri). Medical Surgical Nursing, Dentlinger N, Ramdın V. 3. Baskı, İstanbul, Nobel Kitapevi 2015: 380-406.
26. Ovayolu Ö. Onkolojik sorunlar ve hemşirelik yönetimi. İçinde: Ovayolu N, Ovayolu Ö (editörler). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar, 1. Baskı. Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi 2015: 460-88.
27. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin kanser hastalarında türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri* 2007, 10: 192-200.
28. VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı. Meme kanserli hastaya psikolojik yaklaşım, 1.Baskı 2005: 165-9.
29. Özkan S, Alçalar N. Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009, 5: 60-4.
30. Millar K, Purushotham AD, Mclatchie E, George D, Murray GD. A 1-year prospective study of individual variation in distress and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *J Psychosom Res* 2005, 58: 335-42.
31. Llewellyn CD, Mcgurck M, Weinman J. The relationship between the patient generated index (pgi) and measures of hr-qol following diagnosis with head and neck cancer: are illness and treatment perceptions determinants of judgment-based outcomes? *J Neuropsychol* 2007, 12: 421-37.
32. Scharloo M, Jong RJB, Langeveld TPM, Velzen-Verkaik E, Akker MMD, Kaptein AA. Illness cognitions in head and neck squamous cell carcinoma: predicting quality of life outcome. *Support Care Cancer* 2010, 18: 1137-45.
33. Mccory NK, Dempster M, Quinn J, Hogg A, Newell A, Moore M, Kelly S, Kirk S. Illness perception clusters at diagnosis predict psychological distress among women with breast cancer at 6 months post diagnosis. *Psycho-Oncology* 2013, 22: 692-8.
34. Bergman M, Schermannplogell AH, Hosseinnia S, Ljungberg B, Adolfson J, Lundstam S. Tumour characteristics and surgical treatment of renal cell carcinoma in Sweden 2005–2010: a population-based study from the national swedish kidney cancer register. *Scand J Urol* 2014, 48: 231-8.

35. Husson O, Thong MSY, Molls F, Oerlemans S, Kaptein AA, Pollfranse LV. Illness perceptions in cancer survivors: what is role of information provision? *Psycho-Oncology* 2013, 22: 490-8.
36. J. Chilcot. The importance of illness perception in end-stage renal disease: associations with psychosocial and clinical outcomes. *Semin Dial* 2012, 25: 59-64.
37. Mete H. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Turkiye Klinikleri Journal Psychiatry Special Topics* 2008, 1: 36-46.
38. Turgut E, Yüksel C, Polat E, Yıldız Y, Berkem H, Özel H, Hengirmen S. Meme yakınması ile başvuran kadınlardaki kaygıyı (anksiyeteyi) etkileyen faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009, 5: 92-7.
39. Clinton-McHarg T, Carey M, Sanson-Fisher R, Tzelepis F, Bryant J, Williamson A. Anxiety and depression among haematological cancer patients attending treatment centres: prevalence and predictors. *J Affect Disord* 2014, 165: 176-81.
40. Winnie KW, Marsh G, Ling WM, Leung FY, Joe CK, Yeung M, George KH. Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *Eur J Oncol Nurs* 2010, 14: 17-22.
41. Dogar IA, Azeem MW, Kiran M, Hussain I, Mehmood K, Hina I. Depression and anxiety in cancer patients in outpatient department of a tertiary care hospital in Pakistan. *J Med Sci* 2009, 25: 734-8.
42. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *Turk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekim Bul* 2013, 12: 219-24.
43. Aydemir Ö, Koroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*, 7. Baskı. Ankara, HYB Basın ve Yayıncılık 2014: 221-7.
44. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Health Psychol Behav Med* 1996, 11: 431-45.
45. Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The revised illness perception. *Psychology and Health* 2002, 17: 1-16.
46. Armay, Z. Hastalık Algısı Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi 2012.

47. Kayır G. Onkoloji Hastalarının Hastalık Algısı ve Stresle Başa Çıkma Biçimlerinin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi 2014.
48. Kayış A. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeylerinin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi 2009.
49. Dempster M, Mccory NK, Brennan E, Donnelly M, Murray LJ, Johnston BT. Do changes in illness perceptions predict changes in psychological distress among oesophageal cancer survivors? *Health Psychol Res* 2010, 16: 500-9.
50. Fischer MJ, Wiesenhaan ME, Heijer AD, Kleijn WC, Nortier JWR, Kaptein AA. From despair to hope: a longitudinal study of illness perceptions and coping in a psycho-educational group intervention for women with breast cancer. *Br J Health Psychol* 2013, 18: 526–45.
51. Iskandarsyah A, Klerk C, Suardi DR, Sadarjoen SS, Passchier J. Consulting a traditional healer and negative illness perceptions are associated with nonadherence to treatment in Indonesian women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 2014, 23: 1118–24.
52. Hopman P, Rijken M. Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristic and coping. *Psycho-Oncology* 2015, 24: 11-8.
53. Richters A, Derks J, Husson O, Van Onna IE, Fossion LM, Kil PJ. Effect of surgical margin status after radical prostatectomy on health-related quality of life and illness perception in patients with prostate cancer. *Urol. Oncol.* 2015, 33: 9-15.
54. Kaptein AA, Yamaoka K, Snoei L, Kobayashi K, Uchida Y, Kloot WA, Tabei T, Kleijn WC, Koster M, Wijnans G, Hayashi F, Ogoshi K, Rabe K. Illness perceptions and quality of life in Japanese and Dutch patients with non-small-cell lung cancer. *Lung Cancer Int* 2011, 72: 384-90.
55. Bahçecioğlu G. Astım Hastalarında Hastalık Algısının Astım Kontrolü Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2013.
56. Husson O, Thong MSY, Molls F, Oerlemans S, Kaptein AA, Pollfranse LV. Illness perceptions in cancer survivors: what is role of information provision? *Psycho-Oncology* 2013, 22: 490-8.

57. National Cancer Institute. Adjustment to Cancer: Anxiety and Distress (PDQ)- Patient Version.  
<http://www.cancer.gov/about-cancer/> 22 Haziran 2016.
58. Marrs JA. Stress, fears, and phobias: the impact of anxiety. *Clin J Oncol Nurs* 2006, 10: 319-22.
59. Alacacıoğlu A. Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Tıbbi uzmanlık tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi 2007.
60. Mohite VR, Hiremath P, Naregal P. A study to assess the level of anxiety among cancer patients at krishna hospital, karad. *Int J Sci Res (Raipur)* 2012, 3: 699-702.
61. Sarıtış Çıtlık S, Büyükbayram Z. Kemoterapi alan hasta ve bakım verenin anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekim Bul* 2016, 15: 141-50.
62. Aydın Bektaş H, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. *Türk Klin Tip Etigi Hukuku Tarihi* 2006, 26: 488-99.
63. Çapar Gülçığ S. Kemoterapi gören kanserli hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi 2010.
64. Bag B. Kanser hastalarında depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi* 2014, 6: 186-98.
65. Kepenek B. Sirozlu Hastalarda Öz Bakım Gücü ile Hastalık Algısı Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi 2014.
66. Akgüç N. Tip 2 Diyabet Hastalarında Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi 2013.
67. Tünel M, Vural A, Evlice YE, Tamam L. Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2012, 21: 189-219.
68. Terzioğlu F, Alan H. Jinekolojik kanser tedavisi sırasında yaşanan psikolojik sorunların kadının cinsel yaşamına etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 18: 140-7.

69. Ciddi S. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin Hastalık Algısına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi 2010.
70. Dempster M, Howell D, Noleen MCK. Illness perceptions and coping in physical health conditions: a meta analysis. *J Psychosom Res* 2015, 79: 506-13.
71. Orbell S, O'Sullivan I, Parker R, Steele B, Campbell C, Weller D. Illness representations and coping following an abnormal colorectal cancer screening result. *J Sport Health Sci* 2008, 67: 1465-74.
72. Evans D, Norman P. Illness representations, coping and psychological adjustment to parkinsons disease. *Health Psychol Open* 2009, 24: 1181-96.
73. Hallas CN, Wray J, Andreou P, Banner NR. Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. *Hurt&Lung* 2011, 40: 111-21.
74. Dempster M, Mccory NK, Brennan E, Donnelly M, Murray L, Johnson BT. Psychological distress among survivors of esophagal cancer: the role of illness cognitions and coping. *Dis. Esophagus* 2012, 25: 222-7.
75. Goldstein LH, Holland L, Soteriou H, Mellers JDC. Illness representations, coping styles and mood in adults with epilepsy. *Epilepsy Res* 2005, 67: 1-11.

## **EKLER**

### **EK-1. Özgeçmiş**

1991 yılında Seydişehir’ de doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Seydişehir’de tamamladı. 2013 yılında Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nden dereceyle mezun oldu. 2014 yılında Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladı. 2014 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programında lisansüstü eğitime başladı. 2015 yılından itibaren İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde çalışmaktadır.

Aysel ÖZDEMİR

## Ek-2. Hasta Tanıtım Anketi

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma kanser hastalarında hastalık algısının anksiyete düzeylerini etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Hastalık algısı ve anksiyete arasındaki ilişki konusunda rehberlik sağlayacağını düşündüğümüz bu çalışmaya katılımınız için teşekkür ederiz. Elde edilecek bilgiler bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli kalacaktır.

**Aysel ÖZDEMİR**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Yüksek Lisans Öğrencisi**

1- Kaç yaşındasınız? .....

2-Cinsiyetiniz nedir?

1) Kadın ( ) 2) Erkek ( )

3-Medeni durumunuz nedir?

1) Evli ( ) 2) Bekar ( )

4-Eğitim düzeyiniz nedir?

1) Okur –yazar ( ) 2) İlköğretim ( ) 3) Lise ( ) 4) Üniversite ( )

5- Çalışma durumunuz nedir?

1) Çalışıyor ( ) 2) Çalışmıyor ( )

6- Gelir durumunuz hakkında ne düşünüyorsunuz?

1) Gelir giderden az ( )

2) Gelir gidere denk ( )

3) Gelir giderden fazla ( )

7-Tanısı ve süresi: **(Hasta dosyasından bakılacaktır.)** .....

### EK-3. Durumluluk Kaygı Ölçeği (STAI)

	Hayır	Biraz	Çok	Tamamiyle
1.Şu anda sakinim.				
2. Kendimi emniyette hissediyorum.				
3. Şu anda sinirlerim gergin.				
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.				
5. Şu anda huzur içindeyim.				
6. Şu anda hiç keyfim yok.				
7.Başıma geleceklerden endişe ediyorum.				
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.				
9. Şu anda kaygılıyım.				
10. Kendimi rahat hissediyorum.				
11. Kendime güvenim var.				
12. Şu anda asabım bozuk.				
13. Çok sinirliyim.				
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.				
15.Kendimi rahatlamış hissediyorum				
16. Şu anda halimden memnunum.				
17. Şu anda endişeliyim				
18.Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum				
19. Şu anda sevinçliyim.				
20. Şu anda keyfim yerinde.				

## EK-4. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

### Hastalığınız Hakkında Sizin Görüşleriniz

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneği yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	<i>Hastalığımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>	<i>Bu belirti hastalığımla ilgili</i>
Ağrı	Evet Hayır -----	-----Evet Hayır
Boğazda yanma	Evet Hayır -----	-----Evet Hayır
Bulantı	Evet Hayır-----	----- Evet Hayır
Soluk almada güçlük	Evet Hayır -----	-----Evet Hayır
Kilo kaybı	Evet Hayır -----	-----Evet Hayır
Yorgunluk	Evet Hayır -----	-----Evet Hayır
Eklem sertliği	Evet Hayır -----	-----Evet Hayır
Gözlerde yanma	Evet Hayır -----	-----Evet Hayır
Hırıltılı soluma	Evet Hayır -----	-----Evet Hayır
Baş ağrıları	Evet Hayır -----	-----Evet Hayır
Mide yakınmaları	Evet Hayır -----	-----Evet Hayır
Uyku güçlükleri	Evet Hayır -----	-----Evet Hayır
Sersemlik hissi	Evet Hayır -----	-----Evet Hayır
Güç kaybı	Evet Hayır -----	-----Evet Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz..

- 1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum 2. Böyle düşünmüyorum 3. Kararsızım  
4. Böyle düşünüyorum 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

<b>HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER</b>					
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bazen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri var					

33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

### Hastalığının Nedenleri

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

- 1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum 2: Böyle düşünmüyorum 3: Kararsızım  
4: Böyle düşünüyorum 5: Kesinlikle böyle düşünüyorum

<b>OLASI NEDENLER</b>					
Stres ya da endişe					
Kalıtısal (irisi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet –yemek alışkanlıkları					
Sans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaslanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

## EK-5. TÖTM Çalışma İzni



Sayı : 46815138-302.99  
Konu : Tez Çalışması

### TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 12/07/2016 tarihli ve 10149 sayılı yazınız,

İlgi sayılı yazınıza istinaden; Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak görev yapan Aysel ÖZDEMİR' in; "**Kanserli Hastalarda Hastalık Algısı ve Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkinin belirlenmesi**" ile ilgili tez çalışması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

**e-imzalıdır**  
Prof.Dr. Emin Tamer ELKIRAN  
Bilim Dalı Başkanı

Tötm  
Telefon No: 3410660 Faks No: 3410036  
E-Posta: tibbionkoloji@inonu.edu.tr İnternet Adresi:  
<https://www.inonu.edu.tr/cms/ichastalikleri>

Bilgi için: Gökçen TOPSAKAL  
Unvan: Sekreter

## EK-6. Etik Kurul İzni

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu)		
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı
01.12.2015	10	2015/10-7
<p><b>Karar No: 2015/10-7:</b> Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu 01.12.2015 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesinde Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ'IN sorumlu araştırmacısı olduğu, Arş. Gör. Aysel ÖZDEMİR'İN "Kanserli Hastalarda Hastalık Algısı ve Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmasının Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığının onayı ile ilgili raportör raporu görüşüldü, çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde çalışmada <u>herhangi bir etik kusur olmadığına</u> oy birliği ile karar verildi.</p>		
Prof.Dr. Nusret AKPOLAT Etik Kurul Başkanı		
Prof.Dr. Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı		Prof.Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi
Prof.Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi		Prof.Dr. N. Tülin POLAT Etik Kurul Üyesi
Prof.Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi		Prof.Dr. İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi KATILMADI

## EK-7. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) İzin Formu

15.10.2015

Re: - AYSEL ZDEM R

Re:

Zeynep Armay <Zeyneparmay@yahoo.com>

11.10.2015 (Paz) 07:23

Kime:AYSEL ZDEM R <aysel.ozdemir@inonu.edu.tr>;

Aysel Hanım,  
Memnuniyetle kullanabilirsiniz.  
Kolaylıklar,

Dr. Zeynep Armay  
Klinik Psikolog/Psikoontolog

[www.zeyneparmay.com](http://www.zeyneparmay.com)  
[mail@zeyneparmay.com](mailto:mail@zeyneparmay.com)

Prof. Orhan Ersek Sokak, Ferah Apt. No: 35 D:2 Nişantaşı

Tel: [0212-2305848](tel:0212-2305848)

11 Eki 2015 tarihinde 15:51 saatinde, AYSEL ZDEM R <[aysel.ozdemir@inonu.edu.tr](mailto:aysel.ozdemir@inonu.edu.tr)> şunları yazdı:

Hocam Merhabalar,

Ben Arş.Gör Aysel Özdemir; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Tezimde sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız "HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİNİ" kullanmak istiyorum...

İzninizle...

İyi Çalışmalar...

<https://outlook.office.com/owa/#/viewmodel=ReadMessageItem&ItemID=AAMkADYxN2lxNjE3LTJlYzctNDUwNC05OTEyLTM5OTNkMGEwODAwOQB...> 1/1