



T.C

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KEMOTERAPİ ALAN KANSER HASTALARINDA  
HEMŞİRELİK BAKIMI MEMNUNİYETİNİN HASTALIK  
ALGISI VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

EBRU KARACA

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

İSTANBUL-2018

## TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi  
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ( )  
Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Tez Sahibi : Ebru KARACA  
Tez Başlığı : Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Hemşirelik Bakımı  
Memnuniyetinin Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi  
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi  
Sınav Tarihi : 26.07.2018

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Danışman

Dr.Öğr.Üyesi Esra  
KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

### Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

### İmza



### Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Selda RIZALAR

İstanbul Medipol Üniversitesi

Doç.Dr. Sonay GÖKTAŞ

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun .31./07./2018. tarih ve .2018.../...30... - 09... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



## BEYAN

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

EBRU KARACA



Tezimi sevgili aileme ithaf ediyorum.



## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca tım bilgi birikimi ile yol gosteren, destek ve emeğini esirgemeyen, sabırla tezin son aőamasına getiren değerli danıőmanım Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROğLU ÇAMDEVİREN'e,

Hayatım boyunca desteklerini, güçlerini, emeklerini eksik etmeyen, , sabırla bu günlere getiren, her zaman yanımda olan ve olmaya devam eden canım aileme,

Çalışmam boyunca bana yardımcı ve destek olan arkadaşlarım ve meslektaşlarıma

TEŞEKKÜR EDERİM.

# İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU.....	İ
BEYAN .....	İİ
İTHAF .....	İİİ
TEŞEKKÜR .....	İV
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	Vİİ
TABLolar LİSTESİ .....	Vİİİ
1- ÖZET.....	1
2- ABSTRACT.....	2
3- GİRİŞ VE AMAÇ .....	3
4- GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Kanser .....	6
4.2.Kanserin Etiyolojisi.....	6
4.2.1. Beslenme .....	6
4.2.2. Kimyasal Maddelere Maruziyet.....	7
4.2.3. Radyasyon .....	7
4.2.4. Virüsler.....	7
4.2.5. Genetik .....	7
4.2.6. Hormonlar .....	8
4.2.7. İmmun Faktörler.....	8
4.3. Kanserde Tedavi Yöntemleri .....	8
4.3.1. Cerrahi Tedavi.....	8
4.3.2. Radyoterapi .....	9
4.3.3. Hormonoterapi .....	9
4.3.4. Kemik İliği Transplantasyonu.....	9
4.3.5. Kemoterapi .....	9

4.3.5.1. Kemoterapi İlaçlarının Yan Etkileri.....	10
4.4. Hemşirelik Bakımı Memnuniyeti ve Kanser.....	15
4.5. Hastalık Algısı ve Kanser.....	16
4.6. Yaşam Kalitesi ve Kanser .....	17
5- METOD VE MATERYAL .....	20
5.1. Araştırmanın Amacı Ve Türü.....	20
5.2. Araştırma Soruları.....	20
5.3. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	20
5.4. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi .....	21
5.5. Veri Toplama Aracı.....	22
5.5.1. Hasta Bilgi Formu .....	22
5.5.2. Hemşirelik Bakımı Memnuniyeti Ölçeği.....	22
5.5.3. Hastalık Algısı Ölçeği .....	22
5.5.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği .....	24
5.6. Uygulama .....	25
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	26
5.8. Araştırmanın Etik Yönü .....	26
5.9. Araştırmanın Sınırlılığı .....	27
6- BULGULAR .....	28
7- TARTIŞMA .....	60
8- SONUÇ .....	77
9- KAYNAKLAR.....	81
10- EKLER.....	99
11- ETİK KURUL ONAYI .....	113
12- ÖZGEÇMİŞ .....	116

## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

SPSS : Statistical Packages for the Social Sciences

IARC : International Agency for Research on Cancer

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

HIV : İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü

KİT : Kemik İliği Transplantasyonu

HLA : Human Lökosit Antijeni

DMSO : Dimetil Sülfoksit

HAÖ : Hastalık Algısı Ölçeği



## TABLolar LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 6.1.Hastaların Sosyodemografik Özellikleri .....	27
Tablo 6.2.Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri .....	29
Tablo 6.3.Hastaların Hemşirelerden Beklentilerine İlişkin Özellikleri .....	31
Tablo 6.4. Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamaları .....	33
Tablo 6.5. Hastaların Sosyodemografik-Hastalık Özellikleri ve Hemşirelerden Beklentilerine Göre Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği Puanları .....	34
Tablo 6.6.Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	37
Tablo 6.7.Hastaların Sosyodemografik-Hastalık Özellikleri ve Hemşirelerden Beklentilerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	38
Tablo 6.8.Yaşam Kalitesi Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	48
Tablo 6.9.Hastaların Sosyodemografik-Hastalık Özellikleri ve Hemşirelerden Beklentilerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puanları.....	50
Tablo 6.10.Hemşirelik Bakımından Memnuniyet ile Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki Korelasyon.....	54
Tablo 6.11.Hemşirelik Bakımından Memnuniyetin Hastalık Algısı Üzerine Etkisi ..	56

## 1- ÖZET

### KEMOTERAPİ ALAN KANSER HASTALARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI MEMNUNİYETİNİN HASTALIK ALGISI VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Bu araştırma, kemoterapi alan kanser hastalarında hemşirelik bakımı memnuniyetinin hastalık algısı ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma vakıf üniversitesi hastanesinde kemoterapi alan 612 kanser hastası ile gerçekleştirildi. (N=612). Veri toplama aracı olarak “Hasta Bilgi Formu”, “Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği”, “Hastalık Algısı Ölçeği” ve “Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanıldı. Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket program ile sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve t-testi, Tek yönlü Anova testi, Scheffe testi, pearson korelasyon ve regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırmada hastaların %47,4’ünün kadın, %75,8’i evli ve %69,6’sının gelir durumunun orta düzeyde olduğu saptandı. Hemşirelik bakımı memnuniyet puan ortalaması  $92,44 \pm 7,72$  olarak, bulundu. Araştırmada hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından olan hastalık tipi sayısı, duygusal temsiller, psikolojik atıflar, risk faktörleri, kaza veya şans ile hemşirelik bakımı memnuniyeti arasında negatif yönde anlamlı ilişki belirlendi. Hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyi arttıkça hastalık tipi sayısı, duygusal temsiller, psikolojik atıflar, risk faktörleri ve kaza veya şans düzeyi azalmaktadır. Hemşirelik bakımı memnuniyet ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Hemşire, hastanın gereksinimlerini yakından takip eden önemli bir sağlık ekibi üyesidir. Hastaların memnuniyetlerinin ve yaşam kalitesinin artırılması için hastaların semptom yönetiminin sağlanması, eğitim ve bilgilendirme yapılması ve desteklenmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Bakım memnuniyeti, hastalık algısı, hemşire, yaşam kalitesi,

## **2-ABSTRACT**

### **THE EFFECTS OF LIFE PATIENTS SATISFACTION WITH NURSING CARE ON PERCEPTION OF ILLNESS AND QUALITY OF LIFE IN CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY**

This is a descriptive, cross sectional and relation seeking study aimed to investigate the effects of patients satisfaction with nursing care on perception of illness and quality of life in care cancer patients receiving chemotherapy. The study was conducted with 612 cancer patients receiving chemotherapy at the foundation university hospital. We used "Patient information form", "Newcastle with Nursing Care Scale", "The Illness Perception Questionnaire" and "Quality of Life Questionnaire". Statistical analysis was number, percentage, average, standard deviation, t-test, Anova test, Scheffe test, Pearson Correlation and Regression with SPSS 22.0 statistical program. In this study, the percentage of patients female, male and middle socioeconomic status were %47,4; %75,8; %69,6 respectively. The mean satisfaction level regarding nursing was found to be  $92,44 \pm 7,72$ . There was a significant negative correlation between disease type, emotional representation, psychological attributions, risk factors, accident or chance from the disease perception scale subscales, and satisfaction with nursing in the study. As the level of satisfaction with nursing increases, the number of disease types decreases, emotional representations, psychological attributions, risk factors and level of accident or chance decrease. A statistically significant results were not found between patient care of nurses and quality of life. The nurse is a member of an important health team who closely follows the needs of the patient. In order to increase patient satisfaction and quality of life, side effects of patients should be controlled, educated and informed and supported.

**Keywords:** Care satisfaction, illness perception, nurse, quality of life, chemotherapy.

### 3-GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, dünyada ve ülkemizde görülme sıklığı oldukça fazla olan, kontrolsüz büyüme ve anormal hücre bölünmesi ile karakterize, bireyi biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkileyen kronik bir hastalıktır (1,2)

Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan Globacan 2012 yılı verilerine göre tüm dünyada oldukça önemli bir sağlık sorunu olan kanser ve buna bağlı ölümler, dünya genelinde ilk sırada yer almakta olup, toplamda 14,1 milyon kanser hastası bulunmaktadır. Bunun sonucunda 8,2 milyon kansere bağlı ölüm gerçekleşmiştir (3).

Türkiye Kanser istatistikleri 2014 yılı verileri incelendiğinde kanser, ülkemizde kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Kanserde bu seyir devam ettiği takdirde 2030 yılında 22 milyon kanser vakasıyla karşılaşacağı tahmin edilmektedir (4). Günümüzde kanser tedavisinde elde edilen önemli ilerlemeler sayesinde birçok tedavi yöntemi gelişmiştir. Kemoterapi, radyoterapi, hormonoterapi, cerrahi tedavi, kemik iliği transplantasyonu bu tedavi yöntemlerinden olup tek başına ya da birkaçı birlikte kullanılabilir (5,6,7,8,9). Bunlardan sıklıkla tercih edilen kemoterapi, tümörün DNA'sını yok ederek ve mekanizmasını değiştirerek tümör hücrelerinin anormal büyüme ve çoğalmalarını durdurmaktadır (9,10). Ancak kemoterapi ile tümör hücrelerinin büyümeleri ve çoğalmaları engellenirken, sağlıklı hücrelerin de zarar görmesiyle istenmeyen fizyolojik ve psikolojik etkiler ortaya çıkabilmektedir (11). Genellikle hastalar kemoterapinin etkilerine bağlı olarak yorgunluk, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, bulantı, ağrı, nefes darlığı, cilt ve tırnak değişiklikleri, kemik iliği baskılanması, ağız yaraları gibi semptomlar yaşamaktadırlar (11,12). Kemoterapi tedavisi alan hastalar tedavinin yol açtığı bu semptomlar nedeniyle psikolojik, sosyal, fiziksel olarak etkilendikleri için normalden daha fazla desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (5,6,7,13,14). Bu anlamda hastaların yaşadığı yan etkilerin ve neden olduğu zorlukların belirlenmesi ve kontrol altına alınması gerekmektedir. Aksi halde hastanın yaşam kalitesi, tedaviye uyumu ve memnuniyeti azalmaktadır (11, 15,16,17)

Hasta memnuniyeti kaliteli sağlık bakımının önemli bir göstergesi olup bakım ile ayrılmaz bir bütündür. Hastanın beklentilerinin karşılanması, verilen bakımı algılamalarına dayanmaktadır (18,19,20). Hastaların verilen bakımı algılamaları ise sosyal durum, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kültürel yapısına bağlı olmasının yanı sıra hemşirelerden aldıkları destek, bilgi, açıklama, saygı ve nezaket, hemşireye ulaşılabilirlik ile ilişkilidir ve memnuniyet açısından önemli bulunmaktadır (21)

Walsh M. ve Walsh A.'nin çalışmasında, hastaların kemoterapiye bağlı yaşadığı yan etkiler kontrol altına alınmadığı takdirde hastanın memnuniyet düzeyinin olumsuz yönde etkilendiği gösterilmektedir (22). Vural'ın 2013 yılında yaptığı çalışmaya göre kemoterapinin etkileri hakkında aldıkları bilgiyi yeterli bulan hastaların %86.8'inin memnuniyet düzeyi ortalamanın üzerinde bulunmuştur (23). Bir başka çalışmada da hemşirenin verdiği kemoterapinin etkilerine yönelik eğitimin hasta memnuniyetini arttırdığı ortaya konulmuştur (24). Güngör'ün 2015 yılında yaptığı bir çalışmada ise, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri arttıkça yaşadıkları semptomların azaldığı ve tedavilerinin kolaylaştığı görülmektedir (14)

Kanser, sağlıklı bir yaşamdan hastalıklı bir duruma hatta ölüme kadar uzanan bir süreç olduğu için hasta, hastalığa ve tedaviye uyum sağlama ihtiyacı duymaktadır (25). Bu süreç boyunca hastalığın bireyde oluşturduğu stres ve baş etme mekanizmaları, hastalığın algılanması ile yakından ilişkilidir. Hastalık algısı her hastada farklı olan, hastaların gereksinim, değer, inanç ve deneyimlerine göre hastalıklarını anlamaya çalıştığı bir kavramdır. Hastanın bilişsel ve psikolojik özellikleri başa çıkma sonuçlarını etkilemektedir (26,27,28). Ayrıca hastalık algısı hastaların yaşadıkları baş etme mekanizmalarını ve psikolojik, fizyolojik, psikososyal yapısını etkilediği gibi yaşam kalitesini, hastalığın gidişini de etkilemektedir (27). Bir çalışmada kanser hastalarının hastalığın başlangıcından beri en fazla yorgunluk yaşadığı ve en çok bu belirtiyi hastalıkları ile ilişkilendirdikleri belirlenmiştir (29). Kanser, ciddi ve kronik bir hastalığın olmanın ötesinde, bireyde korku, umutsuzluk, çaresizlik, terk edilme ve ölüm gibi duyguları çağırıştırabilmektedir (27,30). Bu nedenle kanser hastalarının güçlüklerini belirleme ve yönetmek için hastalık algısının belirlenmesi gereklidir (27). Karabulutlu ve Karaman'ın 2015 yılında yaptığı çalışmalarında, kanser hastalarının algıladıkları

semptomların iyileştirilmesinin, hastalık ve tedavi hakkında bilgilendirilmesinin, olumsuz algıların değiştirilmesinin hastalığa ve tedaviye uyumunu arttırdığını bulmuştur (29). Kanser hastalarının genel sağlık ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir başka çalışmada hastaların sadece %5.9'undan çok iyi ve %31.4'ünden oldukça iyi yanıtı alınmıştır (31). Jinekolojik kanserli hastalarla gerçekleştirilen bir çalışmada ise hastalığın ve tedavi yöntemlerinin, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve çeşitli sorunlara yol açtığı saptanmıştır (32)

Yaşam kalitesi, kişinin yaşamını değerlendirmesine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin tümüdür. Aynı zamanda bireysel iyilik olarak da tanımlanabilmektedir (33). Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin yükseltilmesi, tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu üstlenebilmesi, oldukça önemlidir (34). Ancak kanser hastalarında yaşam kalitesini yükseltmek tedavinin amaçlarından biri olmasına rağmen, uygulanan tedaviler hastanın yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Yaşam kalitesi soyut bir kavram olduğundan dolayı, fiziksel sağlık, ruh sağlığı, çevre etkenleri ve inançlardan etkilenmektedir (35,36). Bu nedenle kemoterapi alan hastaların yaşadığı semptomların değerlendirilip, yönetilebilmesinin yaşam kalitesini olumlu etkilediği düşünülmektedir (37) Yapılan çalışmalarda kemoterapi ve yan etkileri açısından yeteri kadar bilgilendirilmeyen hastaların semptom kontrolünü sağlayamadıkları ve tedavinin neden olduğu yan etkileri daha fazla yaşadıkları ortaya konulmuştur (8,37). Hemşireler hastaların gereksinimlerini yakından takip eden önemli bir sağlık ekibi olarak, hastaya fizyolojik, psikolojik değişimlerle başa çıkma becerisi kazandırarak iş birliğinde bulunma gibi durumlarda destek olup bütüncül bakım vermede önemli bir rol sahibidirler (38,39).

Tüm süreç boyunca hastalar, hemşirelerden aldıkları destek ile olumlu etki görmektedirler (39). Kanser tedavisinin sebep olduğu belirtileri kontrol altına almak hastayı yakından takip eden hemşireler açısından önemli bir sorumluluktur (40,41).

Çalışmamız kemoterapi alan kanser hastalarının hemşirelik bakımı memnuniyetinin hastalık algısı ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **4-GENEL BİLGİLER**

### **4.1.Kanser**

Kanser, bir ya da birçok etiyolojik faktörün etkisiyle meydana gelen genetik ve moleküler değişikliklerin hastalığıdır. Sağlıklı hücrede genetik meydana gelen değişiklikler sonucu DNA'da yanlış genetik kod bulunduran yeni hücre kontrolsüz bir şekilde çoğalmaya başlar. Kontrolsüz büyüme ile oluşan bu hücreler yayıldıkları organ ve dokuları işgal ederek bu bölgelerin görevlerini engellemektedirler (42).

Kanser dünya'da ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Dünya'da 14,1 milyon yeni kanser vakası gelişmiştir. 8,2 milyon ise kansere bağlı ölüm gerçekleşmiştir. 2030 yılında 22 milyon yeni kanser vakasının ortaya çıkacağı, 2008 verilerine göre yeni vakalarda %75 artış olacağı düşünülmektedir. Bir sonraki yıllarda oluşacak olan kanser vakalarının büyük bir kısmının az gelişmiş ülkelerde ortaya çıkması beklenmektedir (3).

Ülkemizde kanser, ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (4). Dünya'da ve Türkiye'de kanserin görülme sıklığı cinsiyete, yaşa, coğrafik bölgeye ve ırka bağlı olarak değişiklik gösterir. Genel kanser insidansı incelendiğinde erkeklere kadınlara oranla kanser görülme sıklığı %25 daha fazladır (3).

### **4.2.Kanserin Etiyolojisi**

Kanser oluşum sürecinde birçok faktör etkilidir. Bu süreçte yaş, bireyin sağlık davranışı (tütün kullanımı, alkol, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite vb.), çevresel faktörler (radyasyon, asbest vb.), genetik yatkınlık kanserin oluşumunda etkilidir (42).

#### **4.2.1.Beslenme**

Beslenme, kanserin gelişim ve oluşumunun önlenmesinde önemli bir faktördür. Yağdan zengin, posadan fakir gıdalarla beslenen bireylerde kolon kanseri gelişme riski fazladır. Posadan zengin gıdalarla beslenme kolon kanseri riskini azaltır. Yağdan zengin beslenme şekli kadınlarda meme, erkeklerde prostat kanseri riskini artırır. Tuzlanmış, tütsülenmiş gıdaların fazla tüketimi özofagus ve mide kanseri

gelişiminde rol oynamaktadır. Vitamin A, C, E' den fakir diyetle beslenme ağız, özofagus, larenks, akciğer, meme, serviks kanserinin oluşmasında etkilidir. Soya, keten tohumu gibi östrojen içeriği fazla olan gıdaların tüketimi meme kanseri riskini azaltırken, meme kanser tanısı almış kadınlar tarafından tüketilmesi nüks etme riskini arttırabilmektedir (42,43).

#### **4.2.2.Kimyasal Maddelere Maruziyet**

Havada, suda, yiyeceklerde, tütün ve alkolde kanser gelişme riskini artıran kimyasal maddeler bulunmaktadır. Bu maddelere uzun süre maruz kalma kanser gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Tütün, insanlarda ağız, geniz, yemek borusu, akciğer, miyeloid lösemi gibi kanserleri tetikleyen önemli bir etkidir. Alkol tüketimi ağız, yemek borusu, karaciğer, kolon, kadınlarda meme kanserinin gelişmesinde rol oynamaktadır (42,43).

#### **4.2.3.Radyasyon**

Güneş ışığına yüksek oranda maruziyet cilt kanserine neden olmaktadır. Aynı zamanda radyasyona uzun süre maruziyette kanser riskini artırabilmektedir. Radyoaktif maddelere maruz kalan kişilerde lösemi, meme, akciğer kanseri riski mevcuttur (42,43).

#### **4.2.4.Virüsler**

Bazı virüsler kanser riskini oluşturabilmektedir. Epstein-Barr virüsü lenfoma ile ilişkilidir. Herpes simpleks virüsü servikal ve penil kanserlere neden olmaktadır. Cytomegalo virüsü kolon kanserinin, İnsan Bağışıklık Yetersizliği Virüsü lenfomanın, Helicobacter pylori gastrik lenfomanın oluşmasında etkili olabilir (42,44). Hepatit B virüsünün karaciğer kanserine yatkınlığı artırdığını göstermektedir (45).

#### **4.2.5.Genetik**

Meme, kolon, jinekolojik kanserler gibi bazı kanser türlerinde genetik yatkınlık ön plandadır. BRCA1 ve BRCA2 genlerinde oluşan kırıklar meme ve jinekolojik kanserin, MSH2'de olan değişiklikler kolon kanserinin oluşmasında etkili olabilir (42).



#### **4.2.6.Hormonlar**

Vücut dengesini bozan hormonal ajan tüketimi kanser oluşmasında etkili olabilir. Uzun süreli ve kontrolsüz hormon kullanımı uterus, over, serviks, vajina ve meme kanserine neden olabilir (42).

#### **4.2.7.İmmun Faktörler**

İmmun sistem kötü huylu tümörlerin gelişimini önceden algılayabilir. Kontrolsüz büyüyen hücreyi büyümeye başlamadan algılayıp onu tahrip eder (46). Stres, iş kaybı, ölüm, kronik hastalık immün sistemin çalışmasını engelleyebilmektedir. İmmun sistem yetersizliği olan kişilerde kanser oluşma riski fazladır (42).

#### **4.3.Kanserde Tedavi Yöntemleri**

Kanser tedavisinde amaç hastalığın ortadan kaldırılmasını sağlamak ve yaşam süresini uzatmaktır. Kanserli bireylerde tedavinin kararı verilirken tümörün tipi, yerleşimi, hastalığın yayılımı, hastanın yaşı ve genel durumu gibi birçok faktör göz önünde bulundurulur (42).

Kanser tedavisinde;

- Cerrahi tedavi
- Radyoterapi
- Hormonoterapi
- Kemik iliği transplantasyonu (KİT)
- Kemoterapi gibi yöntemler kullanılmaktadır.

##### **4.3.1.Cerrahi Tedavi**

Cerrahi tedavi, kanserli dokunun vücuttan çıkarılması işlemidir. Bu tedavi yöntemi, birincil, adjuvan, kurtarma ve palyatif tedavi olarak farklı amaçlarda uygulanabilmektedir. Birincil tedavide amaç, negatif cerrahi sınırı ile kitleyi çıkartmaktır. Adjuvan tedavi; kanserin tekrarlama riskini azaltmak için dokuların çıkarılması, kurtarma tedavisi; kemoterapi uygulandıktan sonra lokal tekrarlama riskini azaltmak için geniş cerrahi yaklaşımıdır. Palyatif tedavi, kansere bağlı komplikasyonları azaltmak için yapılmaktadır. Bunlara ek olarak tümöre yönelik

defektleri düzeltmek için yapılan rekonstrüktif tedavi yöntemi bulunmaktadır. Aynı zamanda kanser dönüşme riskini azaltmak için lezyonların çıkarılmasını içeren koruyucu tedavi vardır (42).

#### **4.3.2.Radyoterapi**

Radyoterapi, iyi huylu ve kötü huylu hastalıkların tedavisinde iyonizan radyasyonun kullanıldığı bir tedavi şeklidir. Amaç, sağlıklı dokulara minimal zarar ile tümör hacmini hassas bir şekilde ışınlayarak ortadan kaldırmaktır. Uygulanacak radyasyonun türü tümörün büyüklüğüne, kanserin türüne, hastanın genel sağlık durumu ve tıbbi öyküsüne göre belirlenmektedir (42).

#### **4.3.3.Hormonoterapi**

Meme, endometriyum, prostat gibi kanser birtakım kanser hücreleri, içerdikleri hormon reseptörleri aracılığı ile östrojene, testesterona duyarlıdırlar. Hormonoterapide amaç, farklı ilaçlar kullanılarak bu kanser türlerinin hormona duyarlılığını ortadan kaldırmaktır (42).

#### **4.3.4.Kemik İliği Transplantasyonu (KİT)**

Kemik iliği transplantasyonu, akut miyeloid lösemi, lenfositik lösemi, multiple myelom, non- hodgkin lenfoma, hodgkin lenfoma dahil malign hastalıklarda uygulanan tedavi yöntemidir (42). Kemik iliği transplantasyonu, hastanın kendisinden veya doku grubu uyumlu kişiden kök hücrelerin toplanarak, hazırlama rejiminin ardından hastaya verilmesine denilmektedir (47).

#### **4.3.5.Kemoterapi**

Kemoterapi, tümörün hücresel fonksiyonlarını, çoğalmasını engellemeyi hedef alan kemoterapötik ilaçlar kullanılarak yapılan bir tedavi şeklidir. Kanseri tedavi etmek, yayılmasını önlemek, kanserin gelişimi yavaşlatmak, metastatik hücreleri ortadan kaldırmak, kanserin ortaya çıkardığı semptomları azaltmak amacıyla kemoterapi uygulanmaktadır (48). Tüm kanser hücrelerini yok etmek için kemoterapi birden fazla kez uygulanabilir. Bu hastanın tedaviye verdiği cevaba göre değişmektedir. Uygulanan tedavi protokolünün tamamlandığı her uygulamaya kür denilmektedir. Kürler, 15 gün, 21 gün, 28 günde bir vb. uygulanabilmektedir. Kemoterapi ajanları

bir veya kombine olarak uygulanabilir. Kemoterapötik ajanlar yalnız kanserli hücreleri değil aynı zamanda oral mukoza, kemik iliği, saç gibi normal hücreleri de etkilemektedir. Bunun sonucunda hastalarda yorgunluk, enfeksiyon, alopesi, diyare vb. gibi komplikasyonlar görülmektedir. Bu komplikasyonların sıklığı, şiddeti hastadan hastaya değişmektedir (42). Kemoterapide kullanılan ilaçlar ‘kemoterapötik’, ‘antineoplastik’, ‘sitotoksik ajan’, ‘antikanser’ ilaçlar olarak da bilinmektedir. Kemoterapi uygulaması dört grupta sınıflandırılmaktadır. Bunlar; adjuvan kemoterapi, neoadjuvan kemoterapi, konkomitan kemoterapi, kombine kemoterapi’dir.

- **Adjuvan Kemoterapi:** Cerrahi sonrası uygulanan uygulamadır. İşlem sonrası kalan hücreleri yok etmek amaçlanmaktadır. Akciğeri meme ca sonrası uygulanabilmektedir.
- **Neoadjuvan Kemoterapi:** Önce kemoterapi, sonrasında cerrahi ya da radyoterapi uygulanması yapılmasıdır. Amaç cerrahi ya da radyoterapi öncesinde tümör boyutunu küçültmektir. Lokal ileri derece meme ca ‘da uygulanabilmektedir.
- **Konkomitan Kemoterapi:** radyoterapi ile birlikte eş zamanlı olarak kemoterapi uygulanmasıdır. Özefagus kanserinde uygulanabilmektedir.
- **Kombine Kemoterapi:** İleri evre veya metastatik tümörlerde birden fazla ilaç ile yapılan uygulamadır (48).

#### 4.3.5.1. Kemoterapi İlaçlarının Yan Etkileri

**Anemi:** Hemogloblin düzeyinin 12 gr/dl’nin altına düşmesi sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Anemi kanser hastalarında tümörün ve uygulanan tedavinin türüne göre değişmektedir (48).

**Trombositopeni:** Trombosit sayısının 75.000/mm<sup>3</sup> altına düşmesi durumudur. Kanser tedavisinde kemoterapötik ajanlar kemik iliğinin baskılanmasına neden olarak trombositopeni olmasına neden olur. Trombositopeni kanamaya neden olduğundan oldukça önemli bir faktördür. Bu nedenle kanamayı gösteren tüm belirti

bulgular (baş ağrısı, konfüzyon, hipotansiyon, hematüri, peteşi vb.) yakından takip edilmedir (48).

**Nötropeni:** Nötropeni, mutlak nötrofil sayısının  $1500/\text{mm}^3$  veya altında olması durumudur. Nötrofiller immünolojik savunmada önemli bir faktördür. Korumada görevli olan lökositlerin %50-70'ini oluşturmaktadırlar. Hastalar nötropenik dönemde morbidite ve mortalite açısından yakından takip edilmelidir. Enfeksiyon açısından izlenmeli, hızlı bir şekilde tedavi edilmelidir. Vücut sıcaklığı  $38\text{ C}'$ nin üzerine yükselmesi durumunda enfeksiyon kaynağını belirlemek için tüm enfeksiyon kaynaklarından kültür gönderilmeli, fiziksel değerlendirilmesi yapılarak diğer gerekli işlemler yapılmalıdır. Üreyen mikroorganizmalarda etkili antibiyotik tedavisine isteme göre hızlıca başlanarak, hasta değerlendirilmelidir (46).

**Bulantı-Kusma:** Bulantı-kusma kemoterapi alan hastalarda sıklıkla karşılaşılan bir problemdir. Kemoterapi ilaçlarının dozu, veriliş yolu, hızı, kür sayısı vb. bulantı ve kusmayı etkileyen faktörlerdir. Bulantı-kusması olan hasta sıvı-elektrolit dengesizliği, anokresi, malnutrisyon, dehidratasyon vb. açısından takip edilmelidir. Bulantı-kusmanın takibinde, tedavisinde etkili bir hemşirelik bakımı gerekmektedir. (42). Bu durumun etkili yönetilmesinde olumlu deneyimler, hastaların baş edebilmesini de olumlu yönde etkilemektedir (37,49).

Yapılan bir araştırmada bulantı ve kusmanın hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ortaya konulmuştur (50). Hindistan ve ark. yaptığı çalışmada bulantı-kusmanın kemoterapi nedeniyle literatür ile uyumlu olarak sık yaşadığı semptomlar arasında yer aldığı belirlenmiştir (51).

**Tat Almada Değişiklik:** Kemoterapötik ilaçların etkisi ile tat reseptörlerinde oluşan atrofi ve dejenerasyona bağlı ortaya çıkan bir durumdur. Tat reseptörlerinin işlevlerindeki bu bozukluk hastanın aldığı besinlerin tadını değişik algılamasına neden olur. Böyle bir durumda hastada değişiklikler değerlendirilerek beslenmesi düzenlenmektedir (42).

**İştahsızlık:** Kemoterapi alan kanser hastalarında sık görülen sıkıntılardan biri de iştahsızlıktır. Kanser hastalarında kilo kaybı ve beslenme bozuklukları iştahsızlıktan kaynaklanmaktadır. İştahsızlığın birçok nedeni bulunmaktadır. Kemoterapinin gis

üzerine olumsuz etkileri (mukozit, bulantı-kusma vb.), yorgunluk, ağrı gibi sorunlar iştahsızlığa yol açmaktadır (15,41,52). Yeterli ve dengeli beslenme kemoterapinin yan etkileriyle başa çıkmada etkiliyken, kemoterapi nedeniyle zarar görmüş doku ve hücrelerin iyileşmesini hızlandırmaktadır (46).

**Mukozit:** Mukozit, mukoz membranların ülserasyonu, enfeksiyonu olarak söylenebilir. Mukozit oral mukozadan başlayıp, anüse kadar gastrointestinal mukozanın tümünde görülebilir (53,54). Mukozit, hastanın yemek yemesini, sıvı alımını, yutkunma ve konuşmasını engelleyerek, ağızda kuruluk, ağrı, yanma, ülserasyon, iştahsızlık, gibi farklı semptomlara yol açarak yaşam kalitesini etkilemektedir (55,56).

**Diyare:** Kemoterapi sonucunda ortaya çıkan ince bağırsakta emilim bozukluğu sonucu ortaya çıkan bir etkidir. Kemoterapinin türüne, dozuna göre diyarenin şiddeti de değişmektedir (53).

**Konstipasyon:** Konstipasyon, kemoterapiye bağlı olarak veya analjezik, diüretik vb. ilaçların etkisiyle ortaya çıkabilmektedir (53,57). Kanser hastalarının büyük bir kısmı konstipasyon deneyimlemektedir. Bu problem aynı zamanda emosyonel ve fiziksel sıkıntıya yol açmaktadır. İleri yaşta olma, yetersiz sıvı alımı, iştahsızlık gibi sorunlar konstipasyon nedenleri arasındadır. Konstipasyon da hastanın diyeti düzenlenmeli, gerekli tedaviler uygulanmalıdır (42).

**Ekstravazasyon:** Ekstravazasyon, damar için uygulanan ilacın damar dışına çıkarak doku içine sızması sonucu ortaya çıkan doku yaralanmasıdır. Kemoterapi sırasında hastalarda görülen komplikasyonlardan biridir (42). Ekstravazasyon önlemek için uygun damar yolu seçilerek, tedavi sırasında belirti bulgular yönünden yakından takip edilmelidir. Ekstravazasyon, klinik olarak lokal ağrı, yanma hissi, şişlik, kızarıklık şeklinde gözlemlenmektedir. Birkaç saat sonra eritem ve ödem artmaktadır. 1-3 hafta içinde ciltte ülserasyon, nekroz gelişebilmektedir. Bu nedenle kemoterapi uygulayan hemşireler hastayı yakından takip etmelidir (58,59).

**Alopesi:** Alopesi, geçici veya kısmi saç kaybıdır. Kemoterapötik ajanlar alopesiye neden olmaktadır. Alopesi, saç dışında kaşta pubiste de görülebilmektedir. Tedavi sonrasında saçlar bir ya da iki ay sonra tekrar uzamaya başlar. Alopesi geçici bir

durumdur. Ancak hastaları olumsuz yönde etkilediği için önemle üzerinde durulmalıdır (60).

**Cilt ve Tırnak Problemleri:** Kanser hastalarında kemoterapi nedeniyle olan kaşeksi, malnutrisyon, anemi gibi sebeplerden dolayı cilt bütünlüğü bozulmaktadır. Aynı zamanda kemoterapi nedeniyle tırnak oluşturan hücrelerde hasar meydana gelmektedir. Cildin nemlendirilmesi, kuruma ve çatlama sebebiyle oluşabilecek enfeksiyonları önlemede önemlidir (60).

**Psikolojik Problemler:** Kanser tedavisi uzun süreli bir tedavi olduğundan dolayı hastayı fiziksel, psikolojik, sosyal yönden etkilemektedir. Anksiyete, korku, depresyon vb. gibi yan etkileri mevcuttur. Bunlar hastanın günlük yaşamını etkilemektedir (61,62). Kutlu ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında depresyonun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini vurgulamışlardır. Kanser tedavisinde hastaların arkadaş, aile ortamında değişiklik olması nedeniyle, birçok sorun yaşamaktadırlar. Bu dönemde hastaların en çok ihtiyaç duyduğu sosyal destektir (31). Hastalarda yaşanan psikiyatrik, psikolojik sorunlar yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (63). Kanser hastalarında ölüm korkusu, stres, uygulanan tedavi anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır (64). Kanser hastalarında psikolojik sorunlarına yönelik, bilgi verme, emosyonel destek sağlama, sosyal destek sağlama hemşirelik açısından yapılan bir girişim olmakla birlikte, hastalarda olumlu bir etkiye sahiptir (65,66).

**Uyku Sorunları:** Kanser hastalarında uyku sorunu rahatsızlık verici bir sorundur. Uyku kalitesinin bozulması hastayı olumsuz yönde etkilemektedir. Uyku sorunu yaşayan hastada yorgunluk, dikkatte azalma, ağrıya duyarlılığın artması, halüsinasyonlar vb. sorunlar gözlemlenmektedir (67,68). Kalender yaptığı çalışmada uykunun kanser hastalarında görülen, göz ardı edilen ve çeşitli durumlardan etkilendiğini ortaya koymuştur (69).

**Nefes Darlığı:** Kanser hastalarında tedavi nedeniyle dispne şikayetleri görülebilmektedir. Dispne subjektif bir olgudur. Hemşirelik açısından hasta dispne açısından değerlendirilip uygun girişimler yapılmalıdır. Dispnesi olan hastaya yapılabilecek girişimler; diyafragmatik solunum, yatağın başını yükseltme, ailenin

bakıma katılması, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken dinlenme dönemleri belirlenerek iş planlama vb.'dir (70,71).

**Cinsel Sorunlar:** Kanser hastalarında cinsel sorunlar değişkenlik göstermektedir. Cinsel işlev bozuklukları kemoterapötik ilacın dozuna, türüne, tedavinin süresine, bireyin yaşamına göre değişiklik göstermektedir. Takahashi ve Kai'nin meme kanserli hastalarda yaptıkları çalışmalarında cinselliğin etkilendiğini ve bu durumun fizikseli psikolojik yönden de etkilediğini belirtmişlerdir (72).

**Nörolojik Sorunlar:** Kemoterapide uygulanan ilaçların sinir sistemine etkisinden dolayı nörolojik sorunlar gözlemlenebilmektedir. Hemşireler hastaları nörolojik açıdan değerlendirmelidirler (73). Nörolojik sorunlardan olan nöropatik ağrı nörotoksositeye bağlı bir sorundur. Farmakolojik (antikonvülsanlar, vb.), non farmakolojik (egzersiz, masaj, gevşeme egzersizleri vb.) yöntemler nöropatik ağrıda kullanılmaktadır. Bunun yanı sıra hastaya verilen eğitim, çevresel düzenleme, yaralanmalardan koruma hemşirelik girişimlerini kapsamaktadır (58,60).

Çapar'ın yaptığı bir çalışmada akciğer kanserli hastaların %70'inin ağrısının olduğunu belirlemiştir (7). Greenwald ve ark.'larının yaptığı çalışmada akciğer kanserli hastalarda ağrının diğer semptomlara göre daha fazla görüldüğünü belirtmişlerdir (74).

**Üriner Sistem Sorunları:** Üriner sistemde kemoterapinin neden olduğu hastalarda sıklıkça karşılan, genellikle de trombositopeniye bağlı gelişen hemorajik sistit gözlemlenebilmektedir. Hastanın laboratuvar takibi önemlidir. Hastanın sıvı alımı artırılıp, idrarını tutmaması gerektiği bilgisi, idrar renginin gözlemlenmesi gerektiği bilgisi hastayla paylaşılmalıdır. Kemoterapinin türüne göre idrar rengi değişmektedir. Tedavi planlaması bu ve bunun gibi faktörler göz önüne alınarak planlanmalıdır (75,76).

#### **4.4.Hemşirelik Bakım Memnuniyeti ve Kanser**

Hasta memnuniyeti kaliteli bir bakımda önemli bir rol oynamaktadır. Verilen hemşirelik bakımının göstergesi hemşirelik memnuniyetidir. Hastalar tüm tedavileri boyunca en sık hemşirelerle vakit geçirmektedirler. Hastaların, hemşirelerden aldıkları destek, hemşireye ulaşabilmeleri, sorularına açık ve net cevap verilmesi memnuniyetin göstergelerindedir (22,77,78,79). Hastaların memnuniyetlerini birçok faktör etkilemektedir. Bu faktörler; hasta ile etkileşim, bilgilendirme, beslenme hizmetleri, fiziksel hizmetler, fiziksel ve çevresel koşullar, güven vb.' dir (79). Ayrıca hemşirelik bakımında yapılan uygulamalar hastanın memnuniyetini etkilemektedir. Henderson hemşireliğin amacını kişinin başarısız kaldığı durumlarda desteklemek, bağımsız hale gelmesini sağlamak olarak tanımlamıştır. Bunun çerçevesinde hemşire hasta için güvenli çevre sağlamada, solunum, yeme-içme boşaltım vb. ihtiyaçlarını karşılamada aktif bir rol oynamaktadır. Hastanın tüm bunlarda hemşireye güven duyması, bakıma katılması, bakımından memnun olması, memnuniyetin artmasıyla ilişkilidir (80,81).

Literatüre göre memnuniyet, hastanın yaşam şeklinden, deneyimlerinden, beklentilerinden, kişisel değerlerinden, gösterilen ilgiden, bilgilendirilmeden, güven duygusundan, hemşirelerin profesyonel yeterliliğinden ve bunların yanında verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılayıp algılamasına bağlıdır (82,83).

Aksal ve Bilginin yaptığı çalışma bakımın sürekliliği, güven ortamı, hasta yakınları ile iletişim, hemşirelik hizmetinden memnun olduklarını belirtirken; servis tanıtımı, ilgi, bilgilendirme, hemşirelerin yaptığı uygulamalardan memnun olmadıkları belirtmiştir (82). Hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi, hastalar tarafından belirlenen kalite düzeyini belirleyerek, beklentilere yönelik düzenleme ile hemşirelik bakım kalitesi yükseltmede etkili olmaktadır (87). Hastanede hemşirelik bakımının kalitesini değerlendirmek amacı ile 1995 yılında Thomas ve arkadaşları İngiltere'de bir hastanede dahili ve cerrahi kliniklerde 150 hastada, hastaların hemşirelik bakımını algılamalarını değerlendirmek için bir memnuniyet ölçeğini geliştirmişlerdir (85).



#### 4.5.Hastalık Algısı ve Kanser

Hastalık deneyimi kişiden kişiye değişmektedir. Hastalık algısı yaklaşımı psikolojik alanda geniş değişiklikler çerçevesinde değerlendirilerek daha iyi anlaşılmaktadır (50).

Hastalık algısı kişilerin hastalık süreci boyunca yaşamış oldukları deneyimler, baş etme mekanizmaları ve psikopatoloji üzerinde etkisi olan bir kavramdır. Kişinin olayları algılaması yalnızca psikolojik, fizyolojik iyilik haline değil yaşam kalitesine, hastalığın gidişinde de etkilidir. Bunlar göz önüne alındığında kanser hastalarında oluşabilecek olan psikiyatrik bozuklukları anlamak, kontrol etmek ve tedavi etmek için hastalık algısının anlaşılması gerekmektedir. Kişisel olarak hastalık algısını ölçmek ona yol göstermede yardımcı olmaktadır (27). Balkanlı ve ark. hastalık algısını kanser hastalarında iyi anlamak ve belirlemek gerektiğini, bu durumun hastanın yaşam kalitesine, hastalığın gidişatına etkisi olduğunu belirlemişlerdir (86). Kanser hastalarında kanser deneyiminin tanımı, anlaşılması (hastalık algısı), tedaviye uyumda önemlidir. Bireyin psikolojik yapısı, yaşanan olayların bilişsel özellikleri, tehdidin derecesi, başa çıkma kaynaklarını etkilemektedir. Kişi hastalığı sınıflandırmaya, nedeni, gidişi, tedavisinin etkisi, sonlanımı ile ilgili durumlar ortaya koyabilmektedirler. Leventhal hastalığa uyumda 4 önemli faktör sıralamıştır. Bunlar, hastalığın bilişsel modeli, hastalığa ve tedaviye verilen duygusal tepki, hastalık algısının belirlediği başa çıkma tepkisi, kişinin kendi başa çıkma kaynakları ile ilgili algısıdır. Kişinin benlik saygısının yüksek olması, yaşama dair bir amacının olması, anksiyetenin az olması kontrol duygusunun fazla olmasıyla alakalıdır. Hastalık tehdit olarak algılandığı zaman kontrol edebilme duygusu daha baskın hale gelir. İç kontrol duygusuna sahip kişiler, risk faktörlerinin azaltarak etkin baş etme yollarını kullanabilirler (87). Hastalığın aniden başlaması veya yavaş başlaması, belirti süreci, bireyin hastalığa karşı verdiği tepkiyi etkilemektedir. Fiziksel hastalığa psikolojik cevapla ilgili ilk stresör, hastalığın teşhisidir. Hastalık hazırlanmaya fırsat vermeden ortaya çıkar ve kişi yaşam değişiklikleriyle baş etmede zorlanır. Bazen de görmezden gelir. Hastanın hastalık hakkındaki bilgisini bir etkileyen faktördür. Hastanın hastalık hakkında bilgisinin olması baş etmesini kolaylaştırdığından dolayı hastalık

hakkındaki tepkiyi olumlu etkilemektedir. Bilginin yetersiz olması anksiyete düzeyini artırarak, uyumu güçleştirir (88).

Hastalık algısı ile hastalıkların ciddi sonuçlarıyla artan bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur. Yapılan çalışmalarda negatif hastalık algısı olan kişilerde bir patoloji olmamasına rağmen, bu durum hastayı daha az rahatlattığı gösterilmiştir. Çalışmalar, hastalıkları hakkında negatif algı geliştiren hastalarda başlangıçtaki durumun tıbbi ciddiyetinden bağımsız olarak, gelecekteki yetersizlikleriyle daha yavaş iyileşmeleriyle alakalı olduğunu göstermiştir (89). Kanserin kronik olması, tedavi sürecinin uzun olması hastanın tedaviye uyumunu yani hastalık algısını etkileyebilir. Kayış'ın yaptığı çalışmada, yaş ile doğru orantılı olarak artan hastalığı kronik olarak algılamaları hastalık algısını olumsuz bir şekilde etkilemiştir (90).

#### **4.6.Yaşam kalitesi ve Kanser**

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşam kalitesi fiziksel, sosyal, emosyonel durumun varlığı olarak ele alınmaktadır (91). Yaşam kalitesi, algılanan sağlık ve mutluluk ile ilişkili bir kavram olup kişinin hayatında mutlu olma düzeyi, genel olarak iyi olma durumunu göstermektedir (92). Yaşam kalitesi değişken bir yapıya sahiptir. Kişinin stres, kaygı gibi olumsuz durumlardan uzak durması, bunlarla baş etmeyi öğrenmesi, yaşam kalitesinin tedavisinde rol oynamaktadır (54). Kanser ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki 4 temel faktör vardır; fiziksel faktörler, psikolojik faktörler, sosyal faktörler, çevresel faktörler (93). Aynı zamanda depresyon ve kaygın gibi faktörlerle ilişkilidir. Tedavi sürecinde kaygı ve depresyon yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (31). Kanser hastaları ve bakım vericileri birçok yönden etkileyerek yaşam kalitesini değiştirir. Yapılan bir çalışmada hastanın hastalığının evresi ilerledikçe yaşam kalitesinin de olumsuz anlamda etkilendiği ortaya konulmuştur. Kanserli hastaya yaklaşımda hastanın bilgilendirilmesi önemli bir unsurdur (94). Kanser kronik bir hastalıktır. Kanser tanısı alan bireyler yaşamının geri kalanında bu durum ile baş etmek durumundadırlar. Ancak bu durumu etkileyen birçok faktör olabilir. Eyigör ve arkadaşları kanser hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada ağrının yaşam kalitesini düşürdüğünün tespit etmişlerdir (95). Yine yapılan bir çalışmada, Fleer ve arkadaşları testis kanserli hastalarda testis kanseri

yaşayanlar ile yaşamayanların yaşam kalitelerinin benzer olduğunu ortaya koymuşlardır (96).

Kanserli hastalarda uyku yaşam kalitesinin etkileyen faktörler arasındadır. Hastanın uyku kalitesinin bozulması motivasyonun, duygu ve düşüncenin bozulmasına neden olur. Kişide çökkünlük, yorgunluk, ağrıya duyarlılığın artması, halüsinasyon, iştahsızlık gibi durumlar ortaya çıkar. Bunlar göz önüne alındığında uyku yaşam kalitesini etkileyen bir unsurdur (97). Tüm bu durumlar kanserin hastalıktan ayrı olarak yaşamı tümüyle etkileyen bir faktör olduğunu ve yaşam kalitesinin bu durumun tedavisi kadar önemli olduğu göstermektedir. Sonuç olarak yaşam kalitesini birçok unsur olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Yorgunluk, kişinin gelecek kaygısı, temel ihtiyaçları karşılamada güçlükler, sosyal destekte yetersizlik, cinsel fonksiyonlarda bozulma vb. yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilerken; aile desteği, ekonomik durum, çevrenin konforu, sosyal yaşantı, sağlık personellerine güven gibi unsurlarda olumlu yönde etkilemektedir (98). Akça'nın meme kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, meme kanserine yönelik uygulanan tedavi yönteminin yaşam kalitesini, cinsel yaşamı ve sosyal yaşamı etkilediğini belirlemiştir (99). Kemoterapiye bağlı olarak ortaya çıkan yorgunluk ve kemoterapinin vaginal kuruluk vb. yan etkileri hastaların cinsel aktivitelerinin etkileyebilir. Schover, meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmasında, memede doku kaybı, ağrı, beden imajında değişiklik ve bunlar gibi birçok faktörün cinsel istekte azalmaya neden olduğunu belirtmiştir (100). Kanserli hastaların neden olduğu komplikasyonlar ve bu komplikasyonlarda kullanılan tedavi yöntemleri yaşam kalitesini olumsuz etkilediği söylenilmektedir (101,102). Tedavi sırasında oluşabilecek anormallik, nüks ihtimali, sık sık yapılan kontroller yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (102,103). Bunların yanı sıra kanser ile birlikte başka bir hastalığın varlığı yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (104). Yaşam kalitesinin kanser hastalarında değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Yaşam kalitesi ölçeklerinde, yaşam kalitesinin subjektif ve objektif unsurlarından bahsedilmektedir. Fiziksel iyilik hali yaşam kalitesinin objektif göstergesidir. Bu göstergede; beslenme, giyinme, merdiven çıkma gibi fiziksel etkinlikler, sağlık, hastalık inancı bulunmaktadır (97). Yaşam kalitesinin subjektif göstergesi, kişinin kendi iç hali, önceki yaşamı, çevre ile ilişkileri hakkında bilgilendirir. Psikolojik

iyilik hali, sosyal ve bireysel iyilik hali subjektif göstergenin içerisinde yer alır. Yaşam kalitesinin belirlenmesinde birçok ölçek kullanılmaktadır. Bu çalışmada hastalık algılarını değerlendiren ölçekler arasında yer alan EORTC QLQ C-30 ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek hastalığın etkilerine ek olarak beklenti, kişisel tatminin de dahil edildiği etkin bir araç olarak bilinmektedir (103).



## **5-MATERYAL VE METOD**

### **5.1.Araştırmanın Amacı ve Türü**

Bu araştırma, kemoterapi tedavisi gören kanser hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin hastalık algısı ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

### **5.2.Araştırma Soruları**

1. Kemoterapi alan kanser hastalarının sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin hemşirelik bakımı memnuniyetine etkisi nedir?
2. Kemoterapi alan kanser hastalarının sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin hastalık algısına etkisi nedir?
3. Kemoterapi alan kanser hastalarının sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin yaşam kalitesine etkisi nedir?
4. Kemoterapi alan kanser hastalarının hemşirelik bakım memnuniyeti hastalık algısı düzeylerini etkiler mi?
5. Kemoterapi alan kanser hastalarının hemşirelik bakım memnuniyeti yaşam kalitesi düzeyini etkiler mi?

### **5.3.Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Bu araştırma, Ağustos 2016- Şubat 2017 tarihleri arasında, Medipol Mega Hastaneler Kompleksi Günöbirlik Kemoterapi Ünitesi, Hematoloji Polikliniği, Hematoloji yatan hasta katı, Erişkin Kemik İliği Ünitesi, Onkoloji Polikliniği, Onkoloji yatan hasta katında bulunan kemoterapi almış kanser hastaları ile yapılmıştır. Bu hastanede 75 yataklı kemoterapi ünitesi ile, 7 yataklı hematoloji yatan hasta bölümü, 14 yataklı erişkin kemik iliği nakil ünitesi, 7 yataklı onkoloji yatan hasta bölümü bulunmaktadır. Hematoloji yatan hasta katında 7 hemşire, erişkin kemik iliği nakil ünitesinde 10 hemşire, onkoloji yatan hasta katında 7 hemşire çalışmaktadır.

#### 5.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir vakıf üniversitesine ait hastanede 5800 kemoterapi alan hasta oluşturmaktadır.

$$N = N t^2 p q / d^2 (N-1) + T^2 pq$$

N : Hedef kitledeki birey sayısı

n: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme sıklığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen  $\pm$  örnekleme hatasıdır

Örnekleme formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında,  $\pm$  % 5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü  $n = 5800 (1,96)^2 (0,5) (0,5) / (0,5)^2 (5800-1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5) = 361$  olarak hesaplanmıştır.

Örnekleme hacmi büyüdükçe örnekten elde edilen bulguların evren için geçerliliğinin arttığı kabul edilir (105,106). Araştırmada 612 hasta ile hesaplamaya göre evreni temsil edecek daha fazla örnekleme ulaşılmıştır.

#### Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Kemoterapi alan kanser hastası olmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- 18 yaş ve üzeri olmak,
- Bilinci açık ve iletişim engeli bulunmamak,
- Tanısının kanser olduğunu bilmesi.

## **5.5. Veri Toplama Aracı**

Veri toplama aracı dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde “Hasta Bilgi Formu”, ikinci bölümde “Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği”, üçüncü bölümde “Hastalık Algısı Ölçeği”, dördüncü bölümde “Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılmıştır.

### **5.5.1. Hasta Bilgi Formu (Ek-1)**

Hasta bilgi formu, hastaların yaşını, cinsiyetini, medeni durumunu, eğitim durumunu, mesleğini, çalışma durumunu, sağlık güvencesi, gelir durumunu, hastalığın tanısını, hastalığın süresini, kaçınıcı tedaviyi aldığını, hemşirelerden tedavi ve bakıma ilişkin beklentisini gibi sosyodemografik ve hastalığa ilişkin bilgileri sorgulayan toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

### **5.5.2. Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (Ek-2)**

Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği, 1996 yılında Thomas ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (85). Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Uzun tarafından yapılmış olup, cronbach alfa katsayısı 0.94 bulunmuştur. (84) Bu araştırmada ise cronbach alfa katsayısı 0,945 olarak bulunmuştur. HBMÖ, 19 maddeden oluşan 5 puanlı likert türü bir ölçektir. Ölçeğin puanlamasında; 1-Hiç Memnun Değildim, 2-Nadiren Memnundum, 3-Memnundum, 4-Çok Memnundum, 5-Tamamen Memnundum ifadeleri bulunmaktadır. Puan değerlendirilmesi, ölçekteki tüm puanların toplanıp 100’e dönüştürülerek 0-100 puan üzerinden yapılmaktadır. Toplam puanın 100 olması hemşirelik bakımının tüm boyutlarından memnun olduğunu gösterir (84,85).

### **5.5.3. Hastalık Algısı Ölçeği (Ek-3)**

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (The Illness Perception Questionnaire (IPQ) 1996 yılında Weinman ve ark. tarafından geliştirilmiştir (107). Moss Morris ve ark. tarafından 2002 yılında revize edilmiştir (108). Ölçeğin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması Armay ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. (27) Armay’ın yaptığı çalışmada birinci bölümün (hastalık tipi sayısı) iç tutarlılığı 0,84 olduğu, ikinci bölümün (hastalık hakkındaki görüşler) iç tutarlılığı 0,65-0,93 arasında

değiştigi, üçüncü bölümün (hastalık nedenleri) iç tutarlılığı 0,41-0,78 arasında değiştiği bulunmuştur. Çalışmamızda ise iç tutarlılık katsayıları sırasıyla; hastalık tipi sayısı 0,775, süre akut kronik 0,802, sonuçlar 0,799, kişisel kontrol 0,853, tedavi kontrolü 0,841, hastalığı anlayabilme 0,845, süre döngüsel 0,766, duygusal temsiller 0,811, psikolojik atıflar 0,843, risk faktörleri 0,795, bağımsızlık 0,899, kaza veya şans 0,845 olarak bulundu.

Hastalık algısı ölçeği üç boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki üç boyut; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri, hastalık nedenleri boyutlarıdır.

Hastalık Tipi Boyutu: Hastalık Tipi Boyutu iki bölümden oluşmaktadır. Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrıları, mide yakınmaları, uyku güçlükleri, sersemlik hissi, güç kaybı) içerir. Hastalara önce “hastalığın başlangıcından bu yana bu belirtileri yaşıyıp yaşamadığı”, daha sonrasında “bu belirtileri hastalığıyla ilgili olup olmadığı” sorulur. Bu boyutta her iki bölümde “evet” ve “hayır” cevabı istenmektedir. İkinci sorudaki evet cevaplarının toplamı hastalık boyutunun değerlendirilmesini oluşturmaktadır.

Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu: Bu boyut otuz sekiz maddeden oluşmakta, 5 puanlı likert tipi ölçüm (1-Kesinlikle böyle düşünmüyorum, 2-Böyle düşünmüyorum, 3-Kararsızım, 4-Böyle düşünüyorum, 5-Kesinlikle böyle düşünüyorum) ile değerlendirilmektedir.

Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar; süre (akut/kronik) (1,2,3,4,5), sonuçlar (6,7,8,9,10,11), kişisel kontrol (12,13,14,15,16,17,18), tedavi kontrolü (19,20,21,22,23), hastalığı anlayabilme (24,25,26,27,28), süre (döngüsel) (29,30,31,32) ve duygusal temsiller (33,34,35,36,37,38).

Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanır. Süre (akut/kronik) alt boyutunda yüksek puan, durumun kronik olduğunu gösterir. Süre (döngüsel) alt boyutunda yüksek puan durumun sıklık-döngüsel doğası olduğunu gösterir. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Sonuçlar alt boyutunda yüksek puan, hastalığın negatif



sonuçları olduğunu gösterir. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Kişisel ve tedavi kontrol alt boyutlarında yüksek puan, kişinin hastalığı ve tedaviyi kontrol edebildiği hakkında pozitif inançlara sahip olduğunu gösterir. Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır. Hastalığı anlayabilme alt boyutunda yüksek puan durumun kişisel anlaşılabilirliğini gösterir. Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili endişelerini araştırır. Duygusal temsiller alt boyutunda yüksek puan, hastalıkla provoke olan negatif duyguların arttığını gösterir.

Süre; hastanın hastalığın süresiyle ilgili algısını değerlendirip, akut, kronik ve döngüsel olarak gruplandırır. Sonuçlar; hastanın hastalığının şiddetine, fiziksel, psikolojik, sosyal işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını değerlendirir. Kişisel kontrol; hastanın hastalığının süresi, seyri, tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırmaktadır. Tedavi kontrolü; hastanın, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırmaktadır. Hastalığı anlayabilme; hastanın hastalığını ne kadar anlayabildiğini, kavrayabildiğini araştırır. Duygusal temsiller; hastanın hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır.

Hastalık Nedenleri Boyutu: Bu boyut, hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri inceleyen 18 maddeden oluşur. Beşli likert tipi ölçümle değerlendirilir. Bu boyutta hastanın hastalığının olası nedenleri ile ilgili düşünceleri araştırılır. Dört alt ölçek içermektedir. Bunlar; psikolojik atıflar (ör. endişe/stres, aile problemleri, bireysel özellikler), risk etkenleri (ör. kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (ör. mikrop/virüs, vücut direncimin azalması), kaza ya da şansır (ör. yaralanma, kötü talih vb.). Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için hastanın hastalığının en önemli gördüğü üç etkeni yazması istenmektedir (29).

#### **5.5.4.EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-4)**

EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği, kanser hastalarının yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla 1987 yılında Avrupa kanser tedavi ve araştırma organizasyonu tarafından geliştirilmiştir. 1993 yılında revize edilmiştir (109). Yaşam kalitesi ölçeği, Güzelant ve arkadaşları tarafından ülkemizde Türkçe geçerlik ve

güvenilirliği yapılmıştır (110). Ayrıca bu ölçekte Beşer tarafından iç geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olup, ölçeğin iç tutarlılığı 0,9014 olarak bulunmuştur (113). Çalışmamızda iç tutarlılık katsayıları sırasıyla; genel iyilik hali 0,785, fonksiyonel güçlükler 0,771, fiziksel fonksiyonlar 0,806, rol fonksiyonları 0,744, emosyonel fonksiyonlar 0,863, bilişsel fonksiyonlar 0,844, sosyal fonksiyonlar 0,885, yorgunluk 0,833, bulantı ve kusma 0,746, ağrı 0,804, solunum güçlüğü 0,764, uyuma güçlüğü 0,811, iştah kaybı 0,739, konstipasyon 0,777, diyare 0,809, ekonomik güçlük 0,822 olarak bulundu.

Yaşam kalitesi ölçeği genel iyilik hali, fonksiyonel güçlükler ve semptom kontrolü olmak üzere üç alt başlık ve 30 soru içermektedir. Fonksiyonel skalalar; fiziksel, rol, kognitif, emosyonel ve sosyal fonksiyonları içermektedir. Semptom skalalarında ise halsizlik, ağrı ve bulantı-kusma değerlendirilmektedir. Ayrıca dispne, insomnia, iştah kaybı, konstipasyon, diyare ve maddi zorluk durumu birer soru ile ölçülmektedir. Yaşam Kalitesi Ölçeği, genel iyilik hali, fonksiyonel durumu, semptomlar olarak üç alt başlık altında 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte ilk 28 madde dörtlü likert tipi ölçek olup, bu maddeler 1-Hiç, 2-Biraz, 3-Oldukça, 4-Çok puanlamalarla değerlendirilmektedir. Ölçeğin 29. Maddesinde geçen haftaki genel sağlığı, 30. maddesinde geçen haftaki genel yaşam kalitesi, 1-Çok kötü ve 7- Mükemmel olarak gösterilen cetvel üzerinden işaretlemeler istenmektedir. Değerlendirmede, ilk 28 soru fonksiyonel ve semptomlara ait sorular olup, puanların yüksek olması yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Son iki sorudan alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek, alınan düşük puanlar yaşam kalitesinin düşük olduğunu gösterir (12)

## **5.6.Uygulama**

Araştırmanın uygulaması, ekte sunulan formlar ile Ağustos 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında Medipol Mega Hastaneler Kompleksi'nde Onkoloji Polikliniği, Hematoloji Polikliniği, Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ve Kemik İliği Nakil Ünitesi'nde kemoterapi alan kanser hastaları üzerinde gerçekleştirildi. Veriler, araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklandıktan sonra hastaların yazılı onamları (Ek-5) alınarak, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin toplanması her bir hasta ile ortalama 15-20 dakika görüşüldü.

## 5.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanıldı. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanıldı.

Ölçekler arasındaki korelasyon ilişkileri aşağıdaki kriterlere göre değerlendirildi;  
(111)

r ilişki

0,00-0,25 çok zayıf

0,26-0,49 zayıf

0,50-0,69 orta

0,70-0,89 yüksek

0,90-1,00 çok yüksek

Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon ve regresyon analizi uygulandı. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

## 5.8.Araştırmanın Etik Yönü ve Sınırlılıkları

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan etik kurul izni (Bölüm 11) (Karar No: 355 Tarih:

22/06/2016), Medipol Mega Hastaneler Kompleksi Başhekimliği ve Hemşirelik Direktörlüğü'nden kurum izni alındı. (EK-6)

Çalışma, araştırmaya gönüllü olan hastalara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra yazılı onamları (Ek-5) alınarak yürütüldü. Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği, Hastalık Algısı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği için de ölçek yazarlarından izin alındı. (Ek-2, Ek-3, Ek-4)

### **5.9. Araştırmanın Sınırlılığı**

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların, farklı kanser tanısı konulmuş olup, farklı kür ve tedavi almış olmalarının farklı tepkilere yol açması, araştırmanın tek merkezde yürütülmesi araştırmanın sınırlılığıdır.

## 6-BULGULAR

**Tablo 6.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri**

Sosyodemografik Özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Yaş ortalaması (43,0914±14,454)	25 yaş ve altı	60	9,8
	26-35 yaş	161	26,3
	36-45 yaş	155	25,3
	46-55 yaş	105	17,2
	56-65 yaş	78	12,7
	65 yaş üzeri	53	8,7
Cinsiyet	Kadın	290	47,4
	Erkek	322	52,6
Medeni Durum	Evli	464	75,8
	Bekar	148	24,2
Eğitim Durumu	Okuma Yazma Bilmiyor	99	16,2
	İlkokul	223	36,4
	Ortaokul	161	26,3
	Lise	111	18,1
	Üniversite	18	2,9
Meslek	Memur	23	3,8
	İşçi	44	7,2
	Serbest meslek	195	31,9
	Evhamımı	241	39,4
	Emekli	86	14,1
	Öğrenci	23	3,8
Çalışma Durumu	Çalışıyor	245	40,0
	Çalışmıyor	367	60,0
Sağlık Güvencesi	Var	597	97,5
	Yok	15	2,5
Gelir Durumu	İyi	127	20,8
	Orta	426	69,6
	Kötü	59	9,6

Tablo 6.1’de hastaların sosyodemografik özelliklerine ait bulgular verilmiştir.

Hastaların yaş ortalaması  $43,0914 \pm 14,454$  olup, %26,3'ünün 26-35, %25,3'ünün 36-45 yaş aralığında olduğu bulundu. Hastaların %52,6'sı erkek ve çoğunluğu (%75,8) evliydi. Eğitim açısından incelendiğinde %36,4'ü ilkokul, %26,3'ü ortaokul, %18,1'i lise mezunu olarak bulundu. Hastaların %40'ının çalıştığı ve %31,9'unun serbest meslek, %39,4'ünün ev hanımı %14,1'inin emekli, %7,2'sinin işçi %3,8'nün öğrenci, %3,8'nün memur, olduğu saptandı. Hastaların büyük çoğunluğunun (%97,5) sağlık güvencesi olup, gelir durumları açısından %69,6'sının orta, %20,8'inin iyi, %9,6'sının kötü olduğu belirlendi.



**Tablo 6.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri**

<b>Hastalık Özellikleri</b>		<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Tanı</b>	Hematolojik Kanserler	484	79,2
	Meme Kanseri	29	4,7
	Akciğer Kanseri	30	4,9
	Sindirim Sistemi Kanserleri	29	4,7
	Ürolojik Kanserler	31	5,1
	Diğer	9	1,5
<b>Hastalığın Süresi</b>	1 yıl	191	31,2
	2 yıl	252	41,2
	3 yıl	105	17,2
	4 yıl ve üzeri	64	10,4
<b>Hastalık Evresi</b>	1	144	23,5
	2	280	45,8
	3	152	24,8
	4	36	5,9
<b>Kür Sayısı</b>	1-3	364	59,5
	4-6	169	27,6
	7 ve üzeri	79	12,9
<b>Başka Hastalık Varlığı</b>	Var	92	15,0
	Yok	520	85,0

Tablo 6.2’de hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine ait bulgular verildi.

Hastaların, %79,2'si hematolojik kanser (mds, multiple myelom, lösemi, lenfoma), %5,1'i ürolojik kanser (testis tümörü, prostat kanseri, böbrek kanseri, mesane kanseri), %4,9'u akciğer kanseri, %4,7'si meme kanseri, %4,7'si sindirim sistemi kanseri (karaciğer kanseri, bağırsak kanseri, pankreas kanseri, mide kanseri, geniz (yutak) kanseri), tanısına sahip olduğu ve %1,5'inin diğer kanserler (cilt kanseri, beyin tümörü, over kanseri) grubunda yer aldığı belirlendi.

Hastalık süresine göre hastaların %41,2'sinin 2 yıldır, %31,2'sinin 1 yıldır, %17,2'si 3 yıldır, %10,4'i 4 yıl ve daha fazla süredir, hastalık evresine göre ise hastaların , %45,8'inin 2. evre, 24,8'inin 3. evre, %23,5'inin 1. evre, %%5,9'unun 4. evre kanser hastası olduğu saptandı. Hastaların yarısından fazlasının (%59,5) 1-3, %27,6'sının 4-6, %12,9'unun 7 ve üzeri sayıda kür aldığı bulundu. Hastaların büyük çoğunluğunun (%85) başka bir hastalığının olmadığı saptandı.



**Tablo 6.3. Hastaların Hemşirelerden Beklentilerine İlişkin Özellikler**

<b>Hastaların Hemşirelerden Beklentilerine İlişkin Özellikler</b>		<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Hemşirelerden Beklenti Durumu</b>	Var	325	53,1
	Yok	287	46,9
<b>Hemşirelerden Beklentiler*</b>	İşini sevmesi	144	44,3
	Güler yüzlü olması	141	43,4
	Nezaketli olması	106	32,6
	Anlayışlı olması	137	42,2
	Şefkatli Olsun	105	32,3
	Samimi Olsun	8	2,5
	Güven verici olması	13	2,5
	Titiz Olsun	5	1,5
	Mahremiyete özen göstermesi	116	35,7
	Tıbbi sorunlarına hızlı çözüm bulması	3	0,9
	Bilgi vermesi	119	36,6
<b>Bakımın Hastanın Görüşlerini Etkilemesi</b>	Etkiliyor	310	50,7
	Etkilemiyor	302	49,3
<b>Hemşirelik Bakımının Hastayı Etkileme Şekli*</b>	Hastalığa objektif bakış sağlaması	3	1,0
	Kendini iyi hissetme	163	52,6
	Memnun Olma	158	51,0
	Motivasyonun artması	157	50,7
	Bilginin artması	118	38,1
	Gücün artması	13	4,2
	Mutlu Olma	127	41,0

**Tablo 6.3. Hastaların Hemşirelerden Beklentilerine İlişkin Özellikler (Devamı)**

<b>Hastaların Hemşirelerden Beklentilerine İlişkin Özellikleri</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	
<b>Hastanın kendisini hemşirenin yerine koyma durumunda göstereceği yaklaşım*</b>	Tüm hastalara aynı ilgiyi gösterme	134	39,5
	Sabırlı olma	133	39,2
	Empati yapma	140	41,3
	Anlayışlı Olma	146	43,1
	Rahatlatmaya çalışma	134	39,5
	Moral Verme	152	44,8
	Güler yüzlü olma	70	20,6
	Şefkatli olma	133	39,2
	Daha hızlı olma	3	0,9

\*Birden fazla yanıt verilen sorular

Tablo 6.3’de hastaların hemşirelerden beklentilerine ilişkin özelliklerine ait bulgular verilmiştir.

Hastalardan hemşirelerden beklentisi olanlarda beklentilerin hemşirelerin işlerini sevmesi (%44,3), güler yüzlü olması (%43,4), anlayışlı olması (%42,2), bilgi vermesi (%36,6), mahremiyete özen göstermesi (%35,7), nezaketli olması (%32,6), şefkatli olması (%32,3), samimi olması (%2,5), güven verici olması (%2,5), titiz olması (%1,5), tıbbi sorunlarına hızlı çözüm bulması (%0,9), yönünde olduğu belirlendi.

Hastaların yarısının (%50,7) kendilerine verilen hemşirelik bakımının yaşam kalitesi ve hastalık hakkındaki görüşlerini etkilediğini ifade ettiği saptandı. Bu hastaların %52,6’sının kendilerine verilen hemşirelik bakımının ile kendini iyi hissettiğini,

%51'inin memnun olduğunu, %50,7'sinin motivasyonun arttığını, %41'inin mutlu olduğunu, %38,1'inin bilgisinin arttığını, %4,2'sinin gücünün arttığını, %1'inin hastalığa objektif bakış sağladığını belirttiği bulundu.

Hastanın kendisini hemşirenin yerine koyma durumunda göstereceği yaklaşım değerlendirildiğinde, hastaların %44,8'i hastaya moral vereceğini, %43,1'i anlayışlı olacağını, %41,3'ü empati yapacağını, %39,5'i tüm hastalara aynı ilgiyi göstereceğini, %39,5'i hastayı rahatlatmaya çalışacağını, %39,2'si sabırlı olacağını, %39,2'si şefkatli olacağını, %20,6'sı güler yüzlü olacağını, %0,9'u daha hızlı olacağını ifade etti.

**Tablo 6.4. Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalaması**

<b>Ölçek</b>	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Hemşirelik Bakımından Memnuniyet	612	92,446	7,725	52,630	100,000

Tablo 6.4'de hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeği puan ortalaması verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet ortalaması (92,446±7,725) olarak bulundu.

**Tablo 6.5. Hastaların Sosyodemografik-Hastalık Özellikleri ve Hemşirelerden Beklentilerine Göre Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği Puanları**

	Özellikler	Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Puanı (Ort±SS)
Yaş	25 yaş ve altı	92,53±7,83
	26-35 yaş	92,69±7,35
	36-45 yaş	91,96±7,54
	46-55 yaş	92,65±7,93
	56-65 yaş	93,85±6,48
	65 yaş üzeri	90,57±10,08
		F=1,315 p=0,256
Cinsiyet	Kadın	92,40±8,18
	Erkek	92,48±7,30
		t=-0,130 p=0,896
Medeni Durum	Evli	92,38±7,62
	Bekar	92,66±8,06
		t=-0,387 p=0,699
Eğitim Durumu	Okuma yazma bilmeyen	90,05±8,26
	İlkokul	93,89±6,75
	Ortaokul	91,11±7,90
	Lise	93,17±8,30
	Üniversite	95,15±5,99
		F=6,558 p=0,000
Meslek	Memur	89,52±8,68
	İşçi	89,74±7,61
	Serbest meslek	93,06±7,38
	Ev hanımı	92,59±7,97
	Emekli	92,93±7,38
	Öğrenci	92,08±7,57
		F=2,098 p=0,064
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	90,99±8,26
	Çalışmıyorum	93,41±7,20
		t=-3,839 p=0,000
Sağlık Güvencesi	Var	92,45±7,73
	Yok	92,28±7,70
		t=0,084 p=0,933
Gelir Durumu	İyi	92,25±8,57
	Orta	92,62±7,28
	Kötü	91,58±8,92
		F=0,525 p=0,592
Hastalığın Süresi	1 yıl	92,16±8,31
	2 yıl	92,74±7,52
	3 yıl	92,89±6,64
	4 ve üzeri	91,38±8,40
		F=0,731 p=0,533

**Tablo 6.5. Hastaların Sosyodemografik-Hastalık Özellikleri ve Hemşirelerden Beklentilerine Göre Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği Puanları (Devamı)**

	Özellikler	Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Puanı (Ort±SS)
<b>Hastalık Evresi</b>	1	93,10±7,19
	2	91,92±8,23
	3	92,66±7,43
	4	92,98±6,95
		F=0,864 p=0,459
<b>Kür Sayısı</b>	1-3	92,81±7,54
	4-6	91,60±8,18
	7 ve üzeri	92,57±7,51
		F=1,421 p=0,242
<b>Başka Hastalık Varlığı</b>	Var	91,00±9,17
	Yok	92,70±7,42
		t=-1,958 p=0,094
<b>Hemşirelerden Beklenti Durumu</b>	Var	92,41±7,16
	Yok	92,49±8,33
		t=0,128 p=0,898
<b>Bakımın Hastanın Görüşlerini Etkilemesi</b>	Etkiliyor	92,68±7,20
	Etkilemiyor	92,21±8,24
		t=0,746 p=0,456

Tablo 6.5’de hastaların sosyodemografik-hastalık özellikleri ve hemşirelerden beklentilerine göre hemşirelik bakımından memnuniyet puanları verilmiştir.

Hastaların yaşa, cinsiyete, medeni duruma, meslek durumuna, sağlık güvencesi ve gelir durumuna göre hemşirelik bakımından memnuniyet puanları değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların eğitim durumuna göre hemşirelik bakımından memnuniyet puanları değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Üniversite mezunu olan hastaların puanları ( $95,15\pm5,99$ ) en yüksek puan, okuma yazma bilmeyen hastaların puanları ( $90,05\pm8,26$ ) en düşük puan olarak belirlendi.

Hastaların çalışma durumuna göre hemşirelik bakımından memnuniyet puanları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Çalışmayan hastaların ( $93,41\pm7,20$ ), çalışan hastalardan ( $90,99\pm8,26$ ) daha yüksek puan elde ettiği saptandı.

Hastaların hastalığın süresine, hastalığın evresine, kür sayısına, başka hastalık varlığı durumuna, hemşirelerden beklentisi olma durumuna, hastanın verilen hemşirelik bakımının yaşam kalitesi ve hastalık hakkındaki görüşlerini etkilediğini düşünme durumuna ve hastanın kendisini hemşirenin yerine koyma durumunda göstereceği yaklaşım durumuna göre hemşirelik bakımından memnuniyetten elde ettikleri puanlar değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.6. Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları**

Alt Boyutlar	Bölümler	N	Ort.	Ss	Min.	Max.
<b>Hastalık Tipi Sayısı</b>	Hastalık Tipi Sayısı	612	8,101	2,717	0,000	14,000
<b>Hastalık Hakkındaki Görüşler</b>	Süre Akut Kronik	612	17,729	5,727	6,000	30,000
	Sonuçlar	612	21,389	4,356	8,000	30,000
	Kişisel Kontrol	612	18,394	4,046	6,000	30,000
	Tedavi Kontrolü	612	17,913	3,453	5,000	25,000
	Hastalığı Anlayabilme	612	18,021	4,385	5,000	25,000
	Süre Döngüsel	612	13,315	2,881	4,000	20,000
	Duygusal Temsiller	612	18,668	4,756	6,000	30,000
<b>Hastalık Nedeni</b>	Psikolojik Atıflar	612	17,989	4,404	6,000	30,000
	Risk Faktörleri	612	17,126	4,111	7,000	30,000
	Bağışıklık	612	9,574	2,278	3,000	15,000
	Kaza veya Şans	612	4,904	1,643	2,000	9,000

Tablo 6.6’da hastalık algısı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların hastalık tipi sayısı alt boyutu puan ortalaması (8,101±2,717), hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun süre akut kronik bölümü puan ortalaması (17,729±5,727), sonuçlar ortalaması bölümü puan ortalaması (21,389±4,356), kişisel kontrol bölümü puan ortalaması (18,394±4,046), tedavi kontrolü bölümü puan ortalaması (17,913±3,453), hastalığı anlayabilme bölümü puan ortalaması (18,021±4,385), süre döngüsel bölümü puan ortalaması (13,315±2,881), duygusal temsiller bölümü puan ortalaması (18,668±4,756), hastalık nedeni alt boyutunun psikolojik atıflar bölümü puan ortalaması (17,989±4,404), risk faktörleri bölümü puan ortalaması (17,126±4,111), bağışıklık bölümü puan

ortalaması  $(9,574 \pm 2,278)$  ve kaza veya şans bölümü puan ortalaması  $(4,904 \pm 1,643)$  olarak bulundu.





**Tablo 6.7. Hastaların Sosyodemografik-Hastalık Özellikleri ve Hemşirelerden Beklentilerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puanları**

Özellikler	Hastalık Tipi Sayısı	Hastalık Hakkındaki Görüşler							Hastalık Nedeni			
		Süre Akut Kronik	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlayabilme	Süre Döngüsel	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atflar	Risk Faktörleri	Bağıışıklık	Kaza Veya Şans
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Yaş</b>												
25 yaş ve altı	8,08±2,70	16,63±5,82	21,05±4,40	17,82±3,33	18,65±2,97	17,65±4,27	12,85±2,65	18,73±5,16	17,33±4,44	16,37±3,66	9,90±2,30	5,00±1,74
26-35 yaş	8,34±2,58	17,44±6,10	21,40±4,07	18,44±4,30	17,93±3,58	18,72±4,27	13,34±2,56	18,35±4,79	17,88±4,00	16,49±3,79	9,46±2,37	4,99±1,47
36-45 yaş	8,37±2,61	17,85±5,74	21,46±4,73	18,29±4,02	17,88±3,35	18,15±4,34	13,80±2,97	19,02±4,59	18,23±4,35	17,26±3,99	9,81±2,04	4,80±1,61
46-55 yaş	7,77±2,81	17,59±5,50	21,51±4,29	18,56±3,91	18,00±3,56	17,75±4,34	13,28±3,12	18,58±5,20	18,14±4,74	16,90±4,83	9,45±2,20	4,81±1,81
56-65 yaş	7,58±2,94	18,06±5,87	20,96±4,27	18,65±4,31	17,81±3,61	18,09±4,34	12,92±2,91	18,77±4,38	17,91±4,56	18,28±4,07	9,36±2,39	5,04±1,75
65 yaş üzeri	8,02±2,86	19,26±4,38	21,91±4,37	18,49±4,03	17,13±3,39	16,38±4,82	13,02±3,14	18,55±4,42	18,15±4,89	18,28±3,93	9,42±2,61	4,83±1,68
	F=1,471 p=0,197	F=1,366 p=0,235	F=0,396 p=0,852	F=0,374 p=0,867	F=1,121 p=0,348	F=2,535 p=0,028	F=1,605 p=0,157	F=0,331 p=0,894	F=0,422 p=0,833	F=3,416 p=0,005	F=0,922 p=0,466	F=0,442 p=0,819
<b>Cinsiyet</b>												
Kadın	8,07±2,69	17,44±5,70	21,11±4,18	18,74±3,70	17,78±3,21	18,16±4,35	13,18±2,72	18,56±4,82	17,57±4,37	15,81±3,58	9,56±2,27	4,94±1,70
Erkek	8,13±2,74	17,99±5,75	21,64±4,50	18,08±4,32	18,03±3,66	17,90±4,42	13,44±3,02	18,76±4,70	18,37±4,40	18,31±4,20	9,58±2,29	4,87±1,59
	t=-0,279 p=0,780	t=-1,178 p=0,239	t=-1,503 p=0,133	t=2,022 p=0,044	t=-0,911 p=0,362	t=0,735 p=0,462	t=-1,109 p=0,268	t=-0,524 p=0,600	t=-2,263 p=0,024	t=-7,901 p=0,000	t=-0,118 p=0,906	t=0,589 p=0,556
<b>Medeni Durum</b>												
Evli	8,05±2,71	17,74±5,69	21,42±4,39	18,46±4,15	17,86±3,47	18,14±4,40	13,41±2,93	18,66±4,68	17,99±4,49	17,02±4,05	9,52±2,31	4,83±1,63
Bekar	8,26±2,75	17,68±5,88	21,28±4,27	18,18±3,71	18,09±3,40	17,64±4,34	13,01±2,70	18,70±4,99	17,98±4,13	17,45±4,29	9,76±2,18	5,13±1,68
	t=-0,834 p=0,405	t=0,113 p=0,910	t=0,337 p=0,736	t=0,753 p=0,452	t=-0,733 p=0,464	t=1,231 p=0,219	t=1,465 p=0,143	t=-0,081 p=0,935	t=0,028 p=0,978	t=-1,111 p=0,267	t=-1,124 p=0,262	t=-1,916 p=0,056

**Tablo 6.7. Hastaların Sosyodemografik-Hastalık Özellikleri ve Hemşirelerden Beklentilerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puanları (Devamı)**

Özellikler	Hastalık Tipi Sayısı	Hastalık Hakkındaki Görüşler							Hastalık Nedeni			
		Süre Akut Kronik	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlayabilme	Süre Döngüsel	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Faktörleri	Bağıışıklık	Kaza Veya Şans
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Eğitim Durumu</b>												
Okuma yazma bilmeyen	7,48±2,53	17,97±5,19	21,54±3,85	18,58±4,02	17,62±3,54	16,96±4,28	12,94±3,07	18,66±4,47	16,73±5,42	16,60±5,15	9,12±2,66	4,42±1,73
İlkokul	8,37±2,71	17,57±5,73	21,13±4,53	18,44±4,01	17,71±3,24	18,62±4,19	13,55±2,68	18,58±4,53	18,74±3,58	17,70±3,60	9,64±2,11	5,11±1,65
Ortaokul	7,88±2,58	17,84±6,00	21,53±4,15	18,44±4,04	17,96±3,63	18,07±4,41	13,40±3,18	19,10±5,04	17,88±4,38	16,60±3,90	9,56±2,37	5,02±1,59
Lise	8,43±3,07	17,86±5,97	21,46±4,87	18,13±4,15	18,24±3,58	17,87±4,58	13,13±2,78	18,23±5,13	17,86±4,83	16,96±4,19	9,96±2,14	4,78±1,57
Üniversite	8,11±2,19	16,56±4,73	22,17±3,37	18,06±4,41	19,56±2,83	16,89±4,91	12,94±1,76	18,67±4,21	17,39±3,43	18,61±4,06	9,00±1,68	4,67±1,53
	F=2,544	F=0,304	F=0,422	F=0,214	F=1,657	F=2,873	F=1,009	F=0,580	F=3,831	F=2,846	F=2,104	F=3,500
	<b>p=0,039</b>	p=0,875	p=0,793	p=0,930	p=0,158	<b>p=0,022</b>	p=0,402	p=0,677	<b>p=0,004</b>	<b>p=0,023</b>	p=0,079	<b>p=0,008</b>
<b>Meslek</b>												
Memur	8,00±2,41	16,09±5,76	21,39±4,03	18,78±4,09	19,35±3,10	18,09±4,83	13,17±2,06	18,00±5,20	16,87±5,70	16,57±5,55	9,78±2,02	4,30±1,92
İşçi	8,00±2,65	16,77±5,53	21,52±4,90	18,27±3,16	18,20±2,45	17,84±3,33	13,91±2,99	19,70±4,40	18,89±4,36	17,86±3,68	9,41±2,57	5,02±1,23
Serbest Meslek	8,13±2,82	18,04±5,66	21,79±4,51	18,05±4,33	18,03±3,81	17,78±4,45	13,49±2,87	18,92±4,81	18,57±4,24	17,98±4,13	9,76±2,03	4,86±1,60
Ev Hanımı	8,10±2,71	17,74±5,80	21,02±4,22	18,75±3,84	17,69±3,23	18,37±4,39	13,27±2,81	18,44±4,85	17,56±4,28	15,79±3,55	9,50±2,32	4,97±1,68
Emekli	8,22±2,73	18,26±5,76	21,49±4,03	18,38±4,37	17,47±3,70	17,90±4,56	13,14±3,14	18,28±4,16	17,97±4,53	18,87±4,33	9,57±2,64	4,93±1,71
Öğrenci	7,74±2,40	16,52±5,69	21,17±4,92	17,43±3,86	18,96±3,13	17,13±4,51	11,96±2,98	19,09±5,66	17,00±4,82	16,52±3,45	8,91±2,04	4,87±1,79
	F=0,137	F=1,086	F=0,710	F=0,964	F=1,815	F=0,648	F=1,640	F=0,877	F=2,037	F=11,220	F=0,781	F=0,760
	p=0,984	p=0,367	p=0,616	p=0,439	p=0,108	p=0,663	p=0,147	p=0,496	p=0,072	<b>p=0,000</b>	p=0,563	p=0,579
<b>Çalışma Durumu</b>												
Çalışıyorum	7,76±2,56	17,47±5,24	21,51±4,35	18,60±3,92	17,96±3,29	17,69±4,25	12,98±3,17	18,47±4,86	16,96±5,09	16,73±4,81	9,14±2,52	4,61±1,69
Çalışmıyorum	8,33±2,79	17,90±6,03	21,31±4,37	18,26±4,13	17,88±3,56	18,24±4,47	13,54±2,65	18,80±4,69	18,68±3,74	17,39±3,55	9,86±2,06	5,10±1,58
	t=-2,557	t=-0,901	t=0,544	t=1,010	t=0,292	t=-1,530	t=-2,364	t=-0,845	t=-4,809	t=-1,968	t=-3,902	t=-3,671
	<b>p=0,011</b>	p=0,355	p=0,587	p=0,313	p=0,771	p=0,127	<b>p=0,023</b>	p=0,398	<b>p=0,000</b>	p=0,064	<b>p=0,000</b>	<b>p=0,000</b>

**Tablo 6.7. Hastaların Sosyodemografik-Hastalık Özellikleri ve Hemşirelerden Beklentilerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puanları (Devamı)**

Özellikler	Hastalık Tipi Sayısı	Hastalık Hakkındaki Görüşler							Hastalık Nedeni				
		Süre Akut Kronik	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlayabilme	Süre Döngüsel	Duyusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Faktörleri	Bağıışıklık	Kaza Veya Şans	
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Sağlık Güvencesi</b>													
Var	8,13±2,72	17,74±5,74	21,42±4,32	18,35±4,03	17,92±3,47	18,00±4,40	13,32±2,86	18,66±4,75	18,00±4,40	17,14±4,12	9,59±2,27	4,90±1,65	
Yok	7,13±2,47	17,40±5,34	20,13±5,74	20,00±4,38	17,53±2,56	18,73±4,01	13,07±3,59	19,13±5,15	17,40±4,69	16,47±3,98	8,93±2,60	4,87±1,60	
	t=1,398 p=0,163	t=0,225 p=0,822	t=1,130 p=0,259	t=-1,559 p=0,120	t=0,431 p=0,666	t=-0,637 p=0,525	t=0,338 p=0,735	t=-0,383 p=0,702	t=0,524 p=0,601	t=0,628 p=0,530	t=1,102 p=0,271	t=0,088 p=0,930	
<b>Gelir Durumu</b>													
İyi	7,87±2,80	17,42±5,59	21,15±4,47	18,32±4,18	17,46±3,64	17,71±4,80	13,42±2,71	18,97±4,64	18,06±4,48	16,94±3,91	9,64±2,39	4,81±1,71	
Orta	8,09±2,71	17,83±5,77	21,38±4,28	18,39±4,01	18,02±3,40	18,19±4,25	13,15±2,97	18,36±4,73	17,93±4,35	17,14±4,17	9,51±2,29	4,84±1,60	
Kötü	8,71±2,51	17,66±5,76	21,98±4,64	18,58±4,07	18,15±3,39	17,49±4,37	14,31±2,37	20,22±4,95	18,27±4,66	17,44±4,17	9,92±1,91	5,59±1,64	
	F=1,978 p=0,139	F=0,259 p=0,772	F=0,741 p=0,477	F=0,080 p=0,924	F=1,444 p=0,237	F=1,061 p=0,347	F=4,327 <b>p=0,014</b>	F=4,314 <b>p=0,014</b>	F=0,174 p=0,841	F=0,297 p=0,743	F=0,895 p=0,409	F=5,855 <b>p=0,003</b>	
<b>Hastalığın Süresi</b>													
1 yıl	7,84±2,84	17,29±5,48	21,54±4,40	18,81±3,98	18,39±3,53	18,05±4,30	13,58±2,84	18,81±5,39	17,97±4,78	17,52±4,53	9,84±2,42	4,70±1,62	
2 yıl	8,20±2,57	17,67±5,68	21,43±4,41	18,12±3,94	17,70±3,48	17,90±4,51	13,31±2,92	18,97±4,44	17,93±4,06	16,84±3,80	9,53±2,22	5,02±1,60	
3 yıl	8,29±2,50	18,29±6,12	21,08±4,18	18,27±4,48	17,68±3,40	18,61±4,26	13,09±2,90	17,93±4,55	18,18±4,45	17,20±3,98	9,49±2,27	5,11±1,60	
4 ve üzeri	8,17±3,22	18,36±5,95	21,28±4,35	18,47±3,87	17,72±3,13	17,45±4,33	12,94±2,83	18,28±4,17	17,94±4,56	16,95±4,19	9,09±2,01	4,72±1,90	
	F=0,867 p=0,458	F=0,968 p=0,408	F=0,281 p=0,839	F=1,103 p=0,347	F=1,792 p=0,148	F=1,054 p=0,368	F=1,111 p=0,344	F=1,367 p=0,252	F=0,084 p=0,969	F=1,032 p=0,378	F=1,931 p=0,123	F=2,214 p=0,085	
<b>Hastalık Evresi</b>													
1	8,25±2,53	18,21±5,88	21,33±4,24	18,33±3,94	18,00±3,65	18,27±4,57	13,58±2,87	19,03±4,88	18,17±4,10	17,72±4,00	9,62±2,40	4,90±1,58	
2	7,80±2,73	17,01±5,45	21,29±4,53	18,64±3,97	18,37±3,25	17,86±4,40	13,26±2,93	18,20±4,77	17,76±4,45	16,84±4,27	9,68±2,22	4,86±1,60	
3	8,55±2,71	18,53±6,04	21,70±4,29	17,84±4,26	17,14±3,58	18,30±4,29	13,13±2,84	19,05±4,63	18,22±4,50	17,24±3,65	9,45±2,23	4,97±1,76	
4	7,94±3,17	18,06±5,42	21,08±3,83	19,08±3,97	17,25±3,13	17,08±3,84	13,47±2,74	19,31±4,50	18,06±4,94	16,53±4,90	9,06±2,38	4,97±1,76	
	F=2,685 <b>p=0,046</b>	F=2,866 <b>p=0,036</b>	F=0,383 p=0,765	F=1,653 p=0,176	F=4,709 <b>p=0,003</b>	F=1,039 p=0,375	F=0,694 p=0,556	F=1,734 p=0,159	F=0,458 p=0,711	F=1,753 p=0,155	F=0,990 p=0,397	F=0,187 p=0,905	

**Tablo 6.7. Hastaların Sosyodemografik-Hastalık Özellikleri ve Hemşirelerden Beklentilerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puanları (Devamı)**

Özellikler	Hastalık Tipi Sayısı	Hastalık Hakkındaki Görüşler							Hastalık Nedeni			
		Süre Akut Kronik	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlayabilme	Süre Döngüsel	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Faktörleri	Bağışıklık	Kaza Veya Şans
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Kür Sayısı</b>												
1-3	7,99±2,77	17,54±5,84	21,51±4,36	18,56±4,11	18,08±3,52	18,29±4,41	13,41±2,95	18,50±4,80	17,98±4,38	16,94±4,22	9,72±2,34	4,90±1,61
4-6	8,02±2,50	17,47±5,66	21,10±4,44	18,11±4,07	17,91±3,33	18,07±4,36	13,46±2,61	18,95±4,92	17,85±4,42	17,39±3,87	9,41±2,20	4,95±1,67
7 ve üzeri	8,77±2,85	19,13±5,20	21,43±4,20	18,22±3,70	17,16±3,35	16,68±4,14	12,57±3,05	18,84±4,21	18,34±4,53	17,43±4,10	9,25±2,12	4,81±1,75
	F=2,790 p=0,062	F=2,726 p=0,066	F=0,522 p=0,593	F=0,804 p=0,448	F=2,275 p=0,104	F=4,424 <b>p=0,012</b>	F=3,078 <b>p=0,047</b>	F=0,578 p=0,561	F=0,343 p=0,710	F=0,952 p=0,387	F=1,922 p=0,147	F=0,186 p=0,831
<b>Başka Hastalık Varlığı</b>												
Var	7,66±2,91	17,13±5,66	22,03±4,37	18,88±3,91	18,13±3,07	17,71±3,97	12,55±3,17	19,18±4,62	17,02±5,36	16,95±4,93	8,91±2,72	4,65±1,71
Yok	8,18±2,68	17,83±5,74	21,28±4,35	18,31±4,07	17,88±3,52	18,08±4,46	13,45±2,81	18,58±4,78	18,16±4,20	17,16±3,95	9,69±2,17	4,95±1,63
	t=-1,681 p=0,093	t=-1,087 0,277	t=1,539 p=0,124	t=1,252 p=0,211	t=0,654 p=0,514	t=-0,747 p=0,456	t=-2,763 <b>p=0,006</b>	t=1,130 p=0,259	t=-2,292 p=0,056	t=-0,456 p=0,697	t=-3,037 <b>p=0,011</b>	t=-1,594 p=0,111
<b>Hemşirelerden Beklenti Durumu</b>												
Var	8,05±2,74	17,60±5,96	21,42±4,32	18,51±4,10	17,96±3,46	18,16±4,40	13,35±3,01	18,49±4,93	17,96±4,55	17,06±4,37	9,56±2,31	4,87±1,70
Yok	8,16±2,69	17,88±5,46	21,36±4,40	18,26±3,98	17,86±3,45	17,86±4,36	13,27±2,73	18,87±4,55	18,02±4,24	17,20±3,80	9,59±2,25	4,94±1,58
	t=0,475 p=0,635	t=0,606 p=0,545	t=-0,160 p=0,873	t=-0,781 p=0,435	t=-0,378 p=0,705	t=-0,851 p=0,395	t=-0,351 p=0,725	t=0,974 p=0,330	t=0,189 p=0,850	t=0,392 p=0,695	t=0,156 p=0,876	t=0,575 p=0,566

**Tablo 6.7. Hastaların Sosyodemografik-Hastalık Özellikleri ve Hemşirelerden Beklentilerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puanları (Devamı)**

Özellikler	Hastalık Tipi Sayısı	Hastalık Hakkındaki Görüşler							Hastalık Nedeni			
		Süre Akut Kronik	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlayabilme	Süre Döngüsel	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Faktörleri	Bağıışıklık	Kaza Veya Şans
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Bakımın Hastanın Görüşlerini Etkilemesi</b>												
Etkiliyor	8,18±2,83	17,76±5,92	21,50±4,31	18,63±4,08	18,01±3,45	18,12±4,36	13,46±2,94	18,51±4,77	17,96±4,51	17,10±4,37	9,56±2,25	4,95±1,66
Etkilemiyor	8,02±2,60	17,69±5,54	21,28±4,41	18,15±4,00	17,81±3,45	17,92±4,41	13,17±2,82	18,83±4,75	18,02±4,30	17,15±3,83	9,58±2,31	4,86±1,63
	t=-0,702 p=0,483	t=0,156 p=0,876	t=0,620 p=0,535	t=1,479 p=0,140	t=0,722 p=0,471	t=0,579 p=0,563	t=1,270 p=0,205	t=-0,853 p=0,394	t=-0,173 p=0,862	t=-0,138 p=0,891	t=-0,099 p=0,921	t=0,634 p=0,526

Tablo 6.7’de hastaların sosyodemografik-hastalık özellikleri ve hemşirelerden beklentilerine göre hastalık algısı ölçeği alt boyutları puanları verilmiştir.

Hastaların yaşa göre hastalık algısı alt boyutlarından elde ettikleri puanlar değerlendirildiğinde, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun hastalığı anlayabilme bölümünde ve hastalık nedeni alt boyutunun risk faktörleri bölümünde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Hastalığı anlayabilme bölümünde en yüksek puan ( $18,72\pm 4,27$ ) 26-35 yaş aralığındaki hastalara, en düşük puan ise ( $16,38\pm 4,82$ ) 65 yaş üzeri hastalara ait bulundu. Risk faktörleri bölümünde ise en yüksek puan olarak 56-65 ve 65 yaş üzeri grubun aynı puanlara sahip olduğu ( $18,28\pm 4,07$ ,  $18,28\pm 3,93$ ), en düşük puanın ( $16,37\pm 3,66$ ) 25 yaş ve altı grupta yer alan hastaların elde ettiği belirlendi. Hastaların yaşa göre hastalık algısı alt boyutlarından elde ettikleri puanlar değerlendirildiğinde; hastalık tipi sayısı alt boyutunda, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun süre akut kronik, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre döngüsel, duygusal temsiller bölümünde, hastalık nedeni alt boyutunun ise psikolojik atıflar, bağışıklık, kaza veya şans bölümlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların cinsiyetine göre hastalık alt algısı boyutlarından, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun kişisel kontrol bölümünde, hastalık nedeni alt boyutunun psikolojik atıflar ve risk faktörleri bölümünde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Kişisel kontrol bölümünde kadınların ( $18,74\pm 3,70$ ), erkeklerden ( $18,08\pm 4,32$ ) daha yüksek puan aldığı belirlendi. Psikolojik atıflar ve risk faktörleri bölümünde ise erkeklerin ( $18,37\pm 4,40$  ve  $18,31\pm 4,20$ ) kadınlardan ( $17,57\pm 4,37$  ve  $15,81\pm 3,58$ ) daha yüksek puana sahip olduğu bulundu. Hastaların cinsiyetine göre hastalık algısı alt boyutlarından; hastalık tipi sayısı alt boyutunda, hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutunun süre akut kronik, sonuçlar, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre döngüsel, duygusal temsiller bölümünde, hastalık nedeni alt boyutundan ise bağışıklık ve kaza veya şans bölümlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların medeni duruma göre hastalık algısı alt boyutlarının hiçbirinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların eğitim durumuna göre hastalık algısı alt boyutlarından, hastalık tipi sayısı alt boyutunda, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun hastalığı anlayabilme bölümünde, hastalık nedeni alt boyutunun psikolojik atıflar, risk faktörleri ve kaza veya şans bölümünde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Hastalık tipi sayısı alt boyutunda, eğitim durumu lise olanların puanı ( $8,43\pm 3,07$ ) en yüksek puan, okuma yazma bilmeyenlerin puanı ( $7,48\pm 2,53$ ) en düşük puan olarak belirlendi. Hastalığı anlayabilme bölümünde, ilkökul mezunlarının puanı ( $18,62\pm 4,19$ ) en yüksek puan, üniversite mezunlarının puanı ( $16,89\pm 4,91$ ) en düşük puan olarak bulundu. Psikolojik atıflar bölümünde, ilkökul mezunlarının puanı ( $18,74\pm 3,58$ ) en yüksek puan, okuma yazma bilmeyenlerin puanı ( $16,73\pm 5,42$ ) en düşük puan olarak saptandı. Risk faktörleri bölümünde, üniversite mezunlarının puanı ( $18,61\pm 4,06$ ) en yüksek puan, okuma yazma bilmeyen ve ortaokul mezunlarının puanı ( $16,60\pm 5,15$ ,  $16,60\pm 3,90$ ) en düşük puan olarak belirlendi. Kaza veya şans bölümünde, ilkökul mezunlarının puanı ( $5,11\pm 1,65$ ) en yüksek puan, okuma yazma bilmeyenlerin puanı ( $4,42\pm 1,73$ ) en düşük puan olarak bulundu. Hastaların eğitim durumuna göre hastalık algısı alt boyutlarından; hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun süre akut kronik, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre döngüsel, duygusal temsiller, hastalık nedeni alt boyutunun bağışıklık bölümünde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. ( $p>0,05$ )

Hastaların mesleklerine göre hastalık algısı alt boyutlarından, hastalık nedeni alt boyutunun risk faktörleri bölümünde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Risk faktörleri bölümünde en yüksek puanın ( $18,87\pm 4,33$ ) emekli, en düşük puanın ( $15,79\pm 3,55$ ) ev hanımı hastalara ait olduğu belirlendi. Hastaların mesleklerine göre hastalık algısı alt boyutlarından; hastalık tipi sayısı alt boyutunda, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunda, hastalık nedeni alt boyutunun psikolojik atıflar, bağışıklık, kaza veya şans bölümlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların çalışma durumuna göre hastalık algısı alt boyutlarından, hastalık tipi sayısı alt boyutunda, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun süre döngüsel

bölümünde, hastalık nedeni alt boyutunun psikolojik atıflar, bağışıklık ve kaza veya şans bölümlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Hastalık tipi sayısı alt boyutunda, süre döngüsel, psikolojik atıflar, bağışıklık ve kaza veya şans bölümlerinde çalışmayan hastaların puanları ( $8,33\pm 2,79$ ,  $13,54\pm 2,65$ ,  $18,68\pm 3,74$ ,  $9,86\pm 2,06$ ,  $5,10\pm 1,58$ ), çalışan hastaların puanlarından ( $7,76\pm 2,56$ ,  $12,98\pm 3,17$ ,  $16,96\pm 5,09$ ,  $9,14\pm 2,25$ ,  $4,61\pm 1,69$ ) yüksek olduğu belirlendi. Hastaların çalışma durumuna göre hastalık algısı alt boyutlarından; hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun süre akut kronik, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, duygusal temsiller, hastalık nedeni alt boyutunun risk faktörleri bölümünde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların sağlık güvencesi olma durumuna göre hastalık algısı alt boyutlarının hiçbirinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. ( $p>0,05$ )

Hastaların gelir durumuna göre hastalık algısı alt boyutlarından, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun süre döngüsel, duygusal temsiller bölümlerinde, hastalık nedeni alt boyutunun kaza veya şans bölümlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Süre döngüsel ve duygusal temsiller bölümlerinde gelir durumu kötü olan hastaların puanlarının ( $14,31\pm 2,37$ ,  $20,22\pm 4,95$ ), gelir durumu orta olan hastaların puanlarından ( $13,15\pm 2,97$ ,  $18,36\pm 4,73$ ) yüksek olduğu belirlendi. Kaza veya şans bölümünde gelir durumu kötü olan hastaların puanları ( $5,59\pm 1,64$ ), gelir durumu iyi olanların puanlarından ( $4,81\pm 1,71$ ) yüksek bulundu. Hastaların gelir durumuna göre hastalık algısı alt boyutlarından; hastalık tipi sayısı alt boyutunda, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun süre akut kronik, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme bölümlerinde, hastalık nedeni alt boyutunun psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık bölümlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. ( $p>0,05$ )

Hastalığın süresine göre hastalık algısı alt boyutlarının hiçbirinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. ( $p>0,05$ )



Hastalık evresine göre hastalık algısı alt boyutlarından, hastalık tipi sayısı alt boyutunda, hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutunun süre akut kronik ve tedavi kontrolü bölümünde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Hastalık tipi sayısı alt boyutunda hastalık evresi 3 olan hastaların puanları ( $8,55\pm 2,71$ ) en yüksek puan, hastalık evresi 2 olan hastaların puanları ( $7,80\pm 2,73$ ) en düşük puan olarak belirlendi. Süre akut kronik bölümünde hastalık evresi 3 olan hastaların puanları ( $18,53\pm 6,04$ ) en yüksek puan, hastalık evresi 2 olan hastaların puanları ( $17,01\pm 5,45$ ) en düşük puan olarak bulundu. Tedavi kontrolü bölümünde, hastalık evresi 2 olan hastaların puanları ( $18,37\pm 3,25$ ) en yüksek puan, hastalık evresi 3 olan hastaların puanları ( $17,14\pm 3,58$ ) en düşük puan olarak saptandı. Hastaların hastalık evresine göre hastalık algısı alt boyutlarından; hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun sonuçlar, kişisel kontrol, hastalığı anlayabilme, süre döngüsel, duygusal temsiller bölümlerinde, hastalık nedeni alt boyutunun hiçbir bölümünde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların kür sayısına göre hastalık algısı alt boyutlarından, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun hastalığı anlayabilme ve süre döngüsel bölümlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Hastalığı anlayabilme bölümünde en yüksek puan ( $18,29\pm 4,41$ ) kür sayısı 1-3 olan, en düşük puan ( $16,68\pm 4,14$ ) ise kür sayısı 7 ve üzeri olan hastalara aitti. Bu bölümde kür sayısı arttıkça hastalığı anlayabilme puanı azalmaktaydı. Süre döngüsel bölümünde ise en yüksek puan ( $13,46\pm 2,61$ ) kür sayısı 4-6 olan, en düşük puan ( $12,57\pm 3,05$ ) ise kür sayısı 7 ve üzeri olan hastalara aitti. Hastaların kür sayısına göre hastalık algısı alt boyutlarından; hastalık tipi sayısı alt boyutunda, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun süre akut kronik, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, duygusal temsiller, hastalık nedeni alt boyutunun hiçbir bölümünde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların başka hastalık varlığına göre hastalık algısı alt boyutlarından, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun süre döngüsel bölümünde, hastalık nedeni alt boyutunun bağışıklık bölümünde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Süre döngüsel ve bağışıklık bölümlerinde başka hastalığı olmayanların puanları ( $13,45\pm 2,81$ ,  $9,69\pm 2,17$ ) başka hastalığı olanlardan

(12,55±3,17, 8,91±2,72) yüksek bulundu. Hastaların başka hastalık varlığına göre hastalık algısı alt boyutlarından; hastalık tipi sayısı alt boyutunda, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun süre akut kronik, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, duygusal temsiller, hastalık nedeni alt boyutunun psikolojik atıflar, risk faktörleri ve kaza veya şans bölümünde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların hemşirelerden beklentisi olma durumuna ve hastanın verilen hemşirelik bakımının yaşam kalitesi ve hastalık hakkındaki görüşlerini etkilediğini düşünme durumuna göre hastalık algısı alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).



**Tablo 6.8. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları**

Alt Boyutlar	Bölümler	N	Ort	Ss	Min.	Max.
<b>Genel İyilik Hali</b>	Genel İyilik Hali	612	49,796	17,199	0,000	100,000
<b>Fonksiyonel Güçlükler</b>	Fonksiyonel Güçlükler	612	75,105	13,076	4,440	100,000
	Fiziksel Fonksiyonlar	612	68,039	16,551	6,670	100,000
	Rol Fonksiyonları	612	80,801	22,310	0,000	100,000
	Emosyonel Fonksiyonlar	612	81,972	18,672	0,000	100,000
	Bilişsel Fonksiyonlar	612	90,033	17,467	0,000	100,000
	Sosyal Fonksiyonlar	612	58,415	19,530	0,000	100,000
<b>Semptomlar</b>	Yorgunluk	612	39,325	22,635	0,000	100,000
	Bulantı Ve Kusma	612	33,878	22,376	0,000	100,000
	Ağrı	612	30,501	21,852	0,000	100,000
	Solunum Güçlüğü	612	18,083	25,512	0,000	100,000
	Uyuma Güçlüğü	612	26,689	29,535	0,000	100,000
	İştah Kaybı	612	33,333	25,372	0,000	100,000
	Konstipasyon	612	25,817	28,379	0,000	100,000
	Diyare	612	19,444	27,661	0,000	100,000
	Ekonomik Güçlük	612	45,752	23,398	0,000	100,000

Tablo 6.8’de yaşam kalitesi puan ortalamaları verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların genel iyilik hali ortalaması (49,796±17,199), fonksiyonel güçlükler ortalaması (75,105±13,076), fiziksel fonksiyonlar ortalaması (68,039±16,551), rol fonksiyonları ortalaması (80,801±22,310), emosyonel fonksiyonlar ortalaması (81,972±18,672), bilişsel fonksiyonlar ortalaması (90,033±17,467), sosyal fonksiyonlar ortalaması (58,415±19,530), semptomlar ortalaması (31,586±13,509), yorgunluk ortalaması (39,325±22,635), bulantı ve

kusma ortalaması (33,878±22,376), ağrı ortalaması (30,501±21,852), solunum güçlüğü ortalaması (18,083±25,512), uyuma güçlüğü ortalaması (26,689±29,535), iştah kaybı ortalaması (33,333±25,372), konstipasyon ortalaması (25,817±28,379), diyare ortalaması (19,444±27,661), ekonomik güçlük ortalaması (45,752±23,398) olarak bulundu.



**Tablo 6.9. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puanları**

Özellikler	Genel İyilik Hali	Fonksiyonel Güçlükler	Semptomlar
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Yaş</b>			
25 yaş ve altı	44,31±14,76	75,52±10,71	28,50±11,01
26-35 yaş	50,78±17,33	76,45±12,11	31,12±13,75
36-45 yaş	51,77±15,52	76,39±11,93	30,55±11,63
46-55 yaş	49,84±18,05	73,57±14,44	32,82±14,10
56-65 yaş	49,57±20,05	75,07±14,66	32,18±15,76
65 yaş üzeri	47,48±17,03	69,90±15,11	36,19±14,81
	F=1,947 p=0,085	F=2,661 p=0,022	F=2,304 p=0,043
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	49,40±17,87	74,18±13,46	32,25±13,23
Erkek	50,16±16,59	75,94±12,69	30,99±13,75
	t=-0,545 p=0,586	t=-1,671 p=0,095	t=1,147 p=0,252
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	50,56±17,16	75,62±13,09	31,66±13,61
Bekar	47,41±17,17	73,48±12,94	31,34±13,22
	t=1,943 p=0,053	t=1,736 p=0,083	t=0,253 p=0,800
<b>Eğitim Durumu</b>			
Okuma Yazma Bilmiyor	52,44±19,75	72,70±16,41	33,75±15,74
İlkokul	49,29±15,29	75,62±12,64	30,44±12,75
Ortaokul	50,88±17,14	77,57±10,59	30,82±12,55
Lise	47,45±18,86	72,87±13,66	33,13±14,64
Üniversite	46,30±12,53	73,70±10,68	31,34±8,51
	F=1,502 p=0,200	F=3,258 p=0,012	F=1,535 p=0,190
<b>Meslek</b>			
Memur	51,45±20,97	74,98±14,31	31,22±16,28
İşçi	48,67±17,79	75,15±11,03	30,77±12,90
Serbest meslek	51,79±15,82	77,25±11,49	29,45±13,03
Ev hanımı	50,17±17,15	74,83±12,90	32,23±12,60
Emekli	46,41±19,11	72,14±16,33	35,18±16,30
Öğrenci	42,03±13,41	70,92±14,21	31,44±11,26
	F=2,256 p=0,048	F=2,458 p=0,032	F=2,360 p=0,039
<b>Çalışma Durumu</b>			
Çalışıyor	51,22±17,54	74,76±13,56	32,76±14,20
Çalışmıyor	48,84±16,93	75,34±12,76	30,80±12,99
	t=1,682 p=0,093	t=-0,538 p=0,591	t=1,756 p=0,080
<b>Sağlık Güvencesi</b>			
Var	49,76±17,28	75,05±13,11	31,68±13,57
Yok	51,11±14,04	77,33±11,91	27,86±10,39
	t=-0,300 p=0,765	t=-0,668 p=0,504	t=1,081 p=0,280
<b>Gelir Durumu</b>			
İyi	48,69±18,44	72,42±14,08	32,93±14,19
Orta	50,18±17,23	76,07±12,68	31,13±13,37
Kötü	49,44±14,09	73,90±12,96	31,99±13,03
	F=0,380 p=0,684	F=4,129 p=0,017	F=0,896 p=0,409

**Tablo 6.9. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puanları (Devamı)**

Özellikler	Genel İyilik Hali	Fonksiyonel Güçlükler	Semptomlar
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Hastalığın Süresi</b>			
1 yıl	51,40±18,08	74,66±13,32	31,67±14,34
2 yıl	48,61±17,44	76,06±11,82	30,40±12,12
3 yıl	50,40±15,00	75,15±12,78	33,36±12,22
4 ve üzeri	48,70±16,88	72,60±16,92	33,09±17,47
	F=1,080 p=0,357	F=1,303 p=0,273	F=1,518 p=0,209
<b>Hastalık Evresi</b>			
1	49,02±15,60	76,06±12,33	30,59±13,34
2	50,68±17,56	75,66±12,96	31,37±12,87
3	48,90±17,93	74,56±13,42	31,85±14,56
4	49,77±17,65	69,26±14,31	36,11±14,09
	F=0,483 p=0,694	F=2,940 <b>p=0,033</b>	F=1,654 p=0,176
<b>Kür Sayısı</b>			
1-3	50,23±17,40	76,04±12,48	30,54±13,17
4-6	50,25±16,17	75,91±12,26	31,59±13,30
7 ve üzeri	46,84±18,31	69,09±15,78	36,38±14,59
	F=1,345 p=0,261	F=9,897 <b>p=0,000</b>	F=6,169 <b>p=0,002</b>

Tablo 6.9’da hastaların sosyodemografik-hastalık özellikleri ve hemşirelerden beklentilerine göre yaşam kalitesi alt boyutları puanları verilmiştir.

Hastaların yaşa göre yaşam kalitesi alt boyutlarından elde ettikleri puanlar değerlendirildiğinde, fonksiyonel güçlükler ve semptomlar boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Fonksiyonel güçlükler boyutunda en yüksek puanın ( $76,39\pm 11,93$ ) 26-35 yaş arası hastalarda, en düşük puanın ( $69,90\pm 15,11$ ) 65 yaş üzeri hastalarda olduğu belirlendi. Hastaların yaşa göre yaşam kalitesi alt boyutlarından genel iyilik hali alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların cinsiyete, medeni durumuna, çalışma durumuna ve sağlık güvencesi olma durumuna göre yaşam kalitesi alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların eğitim durumuna göre yaşam kalitesi alt boyutlarından sadece fonksiyonel güçlükler alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Fonksiyonel

güçlükler alt boyutunda ortaokul mezunu hastaların puanları (77,57±10,59) en yüksek puan, okuma yazma bilmeyen hastaların puanları (72,70±16,41) en düşük puan olarak belirlendi. Hastaların eğitim durumuna göre yaşam kalitesi alt boyutlarından genel iyilik hali ve semptomlar alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların meslek durumuna göre yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Genel iyilik hali alt boyutunda, memur olan hastaların puanlarının 51,45±20,97 olduğu, işçi olan hastaların puanlarının 48,97±17,79 olduğu, serbest meslek sahibi olan hastaların puanlarının 51,79±15,82 olduğu, ev hanımı olan hastaların puanlarının 50,17±17,15 olduğu, emekli olan hastaların puanlarının 46,41±19,11 olduğu, öğrenci olan hastaların puanlarının 42,03±13,41 olduğu saptandı. Fonksiyonel güçlükler alt boyutunda memur olan hastalar 74,98±14,31, işçi olan hastalar 75,15±11,03, serbest meslek sahibi olan hastalar 77,25±11,49, ev hanımı olan hastalar 74,83±12,90, emekli olan hastalar 72,14±16,33, öğrenci olan hastalar 70,92±14,21 puana sahipti. Semptomlar alt boyutunda, memur olan hastaların 31,22±16,28, işçi olan hastaların 30,77±12,90, serbest meslek sahibi olan hastaların 29,45±13,03, ev hanımı olan hastaların 32,23±12,60, emekli olan hastaların 35,18±16,30, öğrenci olan hastaların 31,44±11,26 puana sahip olduğu bulundu.

Hastaların gelir durumuna göre yaşam kalitesi alt boyutlarından fonksiyonel güçlükler alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Gelir durumu orta olan hastaların puanları (76,07±12,68), gelir durumu iyi olan hastaların puanlarından (72,42±14,08) yüksek olduğu belirlendi. Hastaların gelir durumuna göre yaşam kalitesi alt boyutlarından genel iyilik hali ve semptomlar alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların hastalığın süresine göre yaşam kalitesi boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların hastalık evresine göre yaşam kalitesi alt boyutlarından fonksiyonel güçlükler alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Hastalık evresi 1 olan hastaların puanları (76,06±12,33) en yüksek puan, hastalık evresi 4 olan

hastaların puanları (69,26±14,31) en düşük puan olmak üzere hastalık evresi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının azaldığı belirlendi. Hastaların hastalık evresine göre yaşam kalitesi alt boyutlarından genel iyilik hali ve semptomlar alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların kür sayısına göre yaşam kalitesi alt boyutlarından elde ettikleri puanlar değerlendirildiğinde, fonksiyonel güçlükler ve semptomlar alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Kür sayısı arttıkça Fonksiyonel güçlükler alt boyutunda yaşam kalitesi puanının azaldığı, Semptomlar alt boyutunda ise yaşam kalitesi puanlarının arttığı bulundu. Hastaların kür sayısına göre yaşam kalitesi alt boyutlarından genel iyilik hali alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların başka hastalığı olma durumuna göre yaşam kalitesi alt boyutlarından, sadece fonksiyonel güçlükler boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Başka hastalığı olanların puanları (75,55±12,85), başka hastalığı olmayanların puanlarından (72,58±14,12) daha yüksek bulundu. Hastaların başka hastalığı olma durumuna göre yaşam kalitesi alt boyutlarından genel iyilik hali ve semptomlar alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerden beklenti durumuna, hastanın verilen hemşirelik bakımının yaşam kalitesi ve hastalık hakkındaki görüşlerini etkilediğini düşünme durumuna göre yaşam kalitesi boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ )



**Tablo 6.10. Hemşirelik Bakımından Memnuniyet ile Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki Korelasyon**

Ölçek	Alt Boyutları		Hemşirelik Bakımından Memnuniyet
<b>HASTALIK ALGISI</b>	<b>Hastalık Tipi Sayısı</b>	r	<b>-0,105</b>
		p	<b>0,009</b>
	<b>Süre Akut Kronik</b>	r	-0,039
		p	0,332
	<b>Sonuçlar</b>	r	0,023
		p	0,571
	<b>Kişisel Kontrol</b>	r	0,007
		p	0,863
	<b>Tedavi Kontrolü</b>	r	0,009
		p	0,823
	<b>Hastalığı Anlayabilme</b>	r	-0,014
		p	0,735
	<b>Süre Döngüsel</b>	r	0,007
		p	0,865
	<b>Duygusal Temsiller</b>	r	<b>-0,105</b>
		p	<b>0,010</b>
<b>Psikolojik Atıflar</b>	r	<b>-0,132</b>	
	p	<b>0,001</b>	
<b>Risk Faktörleri</b>	r	<b>0,109</b>	
	p	<b>0,007</b>	
<b>Bağışıklık</b>	r	0,047	
	p	0,250	
<b>Kaza Veya Şans</b>	r	<b>-0,140</b>	
	p	<b>0,001</b>	
<b>YAŞAM KALİTESİ</b>	<b>Genel İyilik Hali</b>	r	0,022
		p	0,595
	<b>Fonksiyonel Güçlükler</b>	r	-0,014
		p	0,733
	<b>Semptomlar</b>	r	-0,040
		p	0,329

Tablo 6.10’da hemşirelik bakımından memnuniyet ile hastalık algısı ve yaşam kalitesi arasındaki korelasyon verilmiştir.

Hemşirelik Bakımından Memnuniyet İle Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesi Arasında ilişkisini belirlemek üzere yapılan analiz sonucunda;

- Hastalık Tipi Sayısı ve hemşirelik bakımından memnuniyet arasında çok zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=-0.105$ ;  $p=0,009<0.05$ ).
- Duygusal Temsiller ve hemşirelik bakımından memnuniyet arasında çok zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=-0.105$ ;  $p=0,010<0.05$ ).
- Psikolojik Atıflar ve hemşirelik bakımından memnuniyet arasında çok zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=-0.132$ ;  $p=0,001<0.05$ ).
- Risk Faktörleri ve hemşirelik bakımından memnuniyet arasında çok zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=-0.109$ ;  $p=0,007<0.05$ ).
- Kaza Veya Şans ve hemşirelik bakımından memnuniyet arasında çok zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=-0.140$ ;  $p=0,001<0.05$ ).
- Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

Korelasyon analizi ile elde edilen bulgulara göre hemşirelik bakımından memnuniyet ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmadığı saptanmıştır( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.11. Hemşirelik Bakımından Memnuniyetin Hastalık Algısı Üzerine Etkisi**

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	$\beta$	t	p	F	Model (p)	R <sup>2</sup>
Hastalık Tipi Sayısı	Sabit	4,683	3,565	0,000	6,819	0,009	0,009
	Hemşirelik Bakımından Memnuniyet	-0,037	2,611	0,009			
Duygusal Temsiller	Sabit	12,720	5,531	0,000	6,738	0,010	0,009
	Hemşirelik Bakımından Memnuniyet	-0,064	2,596	0,010			
Psikolojik Atıflar	Sabit	11,014	5,189	0,000	10,874	0,001	0,016
	Hemşirelik Bakımından Memnuniyet	-0,075	3,298	0,001			
Risk Faktörleri	Sabit	11,771	5,924	0,000	7,313	0,007	0,010
	Hemşirelik Bakımından Memnuniyet	-0,058	2,704	0,007			
Kaza veya Şans	Sabit	2,151	2,719	0,007	12,198	0,001	0,018
	Hemşirelik Bakımından Memnuniyet	-0,030	3,493	0,001			

Tablo 6.11’de hemşirelik bakımından memnuniyetin hastalık algısı üzerine etkisi verilmiştir.

Hemşirelik bakımından memnuniyet ile hastalık algısı alt boyutlarından olan hastalık tipi sayısı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $F=6,819$ ;  $p=0,009<0.05$ ). Hastalık tipi sayısı düzeyinin belirleyicisi olarak hemşirelik bakımından memnuniyet değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görüldü ( $R^2=0,009$ ). Hastaların

hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyi arttıkça hastalık tipi sayısı düzeyi azaltmaktadır ( $\beta=-0,037$ ).

Hemşirelik bakımından memnuniyet ile hastalık algısının bölümü olan duygusal temsiller arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $F=6,738$ ;  $p=0,010<0.05$ ). Duygusal temsiller düzeyinin belirleyicisi olarak hemşirelik bakımından memnuniyet değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görüldü ( $R^2=0,009$ ). Hastaların hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyi arttıkça duygusal temsiller düzeyi azaltmaktadır ( $\beta=-0,064$ ).

Hemşirelik bakımından memnuniyet ve hastalık algısı bölümlerinden olan psikolojik atıflar ile arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $F=10,874$ ;  $p=0,001<0.05$ ). Psikolojik atıflar düzeyinin belirleyicisi olarak hemşirelik bakımından memnuniyet değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görüldü ( $R^2=0,016$ ). Hastaların hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyi arttıkça psikolojik atıflar düzeyi azaltmaktadır ( $\beta=-0,075$ ).

Hemşirelik bakımından memnuniyet ile hastalık algısı bölümlerinden olan risk faktörleri ile arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $F=7,313$ ;  $p=0,007<0.05$ ). Risk faktörleri düzeyinin belirleyicisi olarak hemşirelik bakımından memnuniyet değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görüldü ( $R^2=0,010$ ). Hastaların hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyi arttıkça risk faktörleri düzeyini azaltmaktadır ( $\beta=-0,058$ ).

Hemşirelik bakımından memnuniyet ile hastalık algısı bölümlerinden olan kaza veya şans ile arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $F=12,198$ ;  $p=0,001<0.05$ ). Kaza veya şans düzeyinin belirleyicisi olarak hemşirelik bakımından memnuniyet değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görüldü ( $R^2=0,018$ ). Hastaların hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyi arttıkça kaza veya şans düzeyini azaltmaktadır ( $\beta=-0,030$ ).

## 7-TARTIŞMA

Kemoterapi alan kanser hastalarının hemşirelik bakımı memnuniyetinin hastalık algısı ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızda elde edilen sonuçlar literatür bilgileri ile aşağıdaki başlıklar altında tartışıldı.

### 7.1. Hastaların Sosyodemografik-Hastalık Özellikleri ve Hemşirelerden Beklentilerine Ait Bulguların Tartışılması

Globacan 2012 yılı verileri incelendiğinde 75 yaş öncesinde kansere yakalanma riski %18,5 olarak belirlenmiş olup erkek ve kadınlarda en sık oluşan kanser türlerinin görülme olasılığı yaşa bağlı olarak artmaktadır (3).

Kemoterapi alan kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada yaş ortalaması  $45,53 \pm 12,48$  olarak saptanmıştır (112). Aslan ve arkadaşlarının kemoterapi alan kanser hastalarında yaptığı çalışmada ise yaş ortalaması  $46,49 \pm 15,53$  olarak bulunmuştur (11). Yapılan bir başka çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun 40-60 yaş arası olduğu belirtilmiştir. (13). Beşer ve Öz'ün çalışmasında hastaların büyük bir kısmının 18-30 yaş arasında olduğu saptanmıştır (113). Bizim çalışmamız verilerinde ise hastaların yaş ortalaması  $43,0914 \pm 14,454$  olup, çoğunluğunun 26-35 ile 36-45 yaş aralığında yer aldığı saptandı. Sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunu erkek hastalar oluşturdu. Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre erkeklerde kanser görülme oranı kadınlardaki kanser görülme oranından fazladır (114). Amerikan Kanser Derneği'nin verilerine göre ülkemizde erkeklerde kanser görülme sıklığı kadınlardan fazladır (115). Hindistan ve arkadaşlarının yaptığı hematolojik maligniteli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomların incelediği çalışmada hastaların %65,9'unun erkek olduğu saptanmıştır (51). Bu sonuçların aksine kadın kanser hastalarının yüksek oranda olduğu çalışmalar da bulunmaktadır (12,29). Çalışma sonuçlarımız literatürün bir kısmı ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun (%75,8) evli olduğu saptandı. Sarıtaş ve arkadaşlarının kanser hastalarında yaptığı çalışmada büyük çoğunluğunun (%86,2) Kutlu ve arkadaşlarının kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada %84,3'ünün evli olduğu bulunmuştur. (31,112). Abegaz ve arkadaşlarının kanser hastalarında yaptıkları çalışma ile Nair ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da kanserli hastalarda evli olanların daha fazla olduğu belirlenmiştir (116,117). Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların eğitim durumu incelendiğinde %36,4'ü ilkokul, %26,3'ü ortaokul, %18,1'i lise mezunu olarak bulundu. Literatürde hastaların büyük bir kısmının ilkokul mezunu olduğu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (16,118). Pazarcıkçı'nın kemoterapi alan kanser hastalarında uyku kalitesini değerlendirdiği çalışmasında hastaların büyük bir çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğunu belirtmiştir (119).

Çalışkan ve arkadaşlarının yaptığı kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirildiği çalışmasında yine hastaların %60,8'inin ilköğretim mezunu olduğu bulunmuştur. (120). Literatürün aksine lise ve üniversite mezunu hasta sayısı fazla olan araştırmalarda bulunmaktadır (121,122). Çalışmamızda hastaların eğitim verileri literatür ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların %40'ının çalıştığı ve %39,4'ünün ev hanımı %31,9'unun serbest meslek, olduğu saptandı. TÜİK 2017 yılı verilerine göre kadınların işgücüne katılım oranı %32,5 iken erkeklerde bu oran %72 dir. (123). Kadınların iş gücüne katılım oranı ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Bu oranlar incelendiğinde Hindistan'da %28,5, Meksika'da %47, Fransa'da %67,9, İngiltere'de %73 iken İsveç'de %80,2 olarak belirtilmiştir (124). Ateş ve Olgun'un kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesi çalışmasında ev hanımlarının çoğunlukta olduğu bulunmuştur (125). Bektaş ve Akdemir'in kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirildiği çalışmada hastaların %38,3'ünün ev hanımı ve %30,8'inin serbest meslek sahibi oldukları bulunmuş olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir (125). Araştırmamızın aksine memur oranının yüksek oranda olduğu ev hanımlarının düşük oranda olduğunu gösteren çalışmalarda bulunmaktadır. Hindistan ve arkadaşlarının hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomları incelediği çalışmada %31,7'sinin memur, % %26,8'sinin ev hanımı olduğu

saptanmıştır. (51) Tang ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise %45,9 oran ile emeklilerin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (127). Araştırma sonuçlarımız literatür ile uyumludur.

Hastaların büyük çoğunluğunun (%97,5) sağlık güvencesi olup, gelir durumları açısından %69,6'sının orta, %20,8'inin iyi, %9,6'sının kötü olduğu belirlendi. Karabulutlu ve arkadaşlarının kanser hastalarında yaptıkları çalışmada hastaların %51'inin ekonomik durumlarının orta olduğu bulunmuştur (29). Altıparmak ve arkadaşlarının kemoterapi alan akciğer kanserli hastalarda yapılan çalışmalarında hastaların büyük kısmının (%85,7) sağlık güvencesi olduğu, yarısından fazlasının (%56,6) gelir durumunun yeterli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (34). Başkale ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların neredeyse tamamının (%98,3) sosyal güvencesi olduğu, %60,8'inin gelirin gidere denk olduğu bulunmuştur (128). Arslan ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların yine tamamına yakınının (%94,1) sağlık güvencesinin olduğu belirtilmiştir (97). Literatürde kanser hastalarında çoğunluğun sosyal güvencesi olduğu, ekonomik düzeyin orta ya da gelirin gidere denk olduğunu gösteren başka çalışmalar da bulunmaktadır (13,51,129)

DSÖ verilerine göre erkeklerde en çok görülen kanser trakea, bronş, akciğer, prostat ve kolorektal iken kadınlarda meme, tiroid, kolorektal kanserlerdir (3). Çalışkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastalarının çoğunluğuna mide ve meme kanseri tanısı konulduğu görülmüştür (120). Yapılan başka bir çalışmada kemoterapi alan kanser hastalarının %23,4'ünün akciğer kanseri olduğu belirtilmiştir. (130). Literatürde yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde hastaların büyük bir kısmına akciğer, jinekolojik, meme, vb. tanılar konulduğu görülmektedir (14,131). Literatürün aksine, araştırmamızda hastaların çoğunluğunu (%79,2) hematolojik kanser hastalarının oluşturduğu görülmektedir.

Hastalık süresine göre sonuçlarımız incelendiğinde hastaların %41,2'sinin 2 yıldır, %31,2'sinin 1 yıldır, %17,2'si 3 yıldır, %10,4'i 4 yıl ve daha fazla süredir kanser hastası olduğu saptandı. Gültekin ve arkadaşlarının akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri çalışmasında hastaların yarısından fazlasının 0-9 ay kadar süredir kanser tanısı aldığı bilinmektedir (94). Benzer şekilde Temiz'in kemoterapi uygulanan kanserli hastalarda yaşam kalitesinin ve sağlık

bakım gereksinimlerinin değerlendirdiği çalışmada yine hastaların büyük çoğunluğunun 7-12 ay tanı aldığı, başka bir çalışmalar incelendiğinde de 0-9 ay ile 6-12 ay ve 1-2 yıl hastalık tanısı olduğu belirlenmiştir (14,129,132). Çalışmamız verileri literatür ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda, hastalık evresine göre hastaların %45,8'inin 2. evre, %24,8'inin 3. evre, %23,5'inin 1. evre , %5,9'unun 4. evre kanser hastası olduğu saptandı. Meme kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada hastaların yarısına yakınının (%41,5) 2. Evre kanser hastası olduğu görülmüştür (127). Güngörmüş ve Erdem'in yaptığı çalışmada hastaların %42,1'inin 4. Evrede olduğu saptanmıştır (133). Kanser hastalarında yapılan bazı çalışmalarda hastaların 4. Evrede olduğunu belirtmişlerdir (130,131). Hindistan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hastaların %41,1'inin 1. Evrede olduğu bulunmuştur (136). Araştırmamız literatür ile paralellik göstermemektedir.

Hastaların yarısından fazlasının (%59,5) 1-3, %27,6'sının 4-6, %12,9'unun 7 ve üzeri sayıda kr aldığı bulundu. Yazgan'ın kemoterapi alan kanser hastalarında yaptığı çalışmada 2 ve 3 kr alan hastaların daha fazla olduğu bilinmektedir (137). Yapılan başka bir çalışmada ise hastaların çoğunluğunun (%58,8) 21-30 arası kemoterapi kr aldıkları görülmüştür (125). apar'ın kemoterapi alan kanser hastalarında yaptığı çalışmada 0-6 kr kemoterapi alan hastaların çoğunlukta olduğu bilinmektedir. (134)

Çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunun (%85) başka bir hastalığının olmadığı saptandı. Gl'n kemoterapi alan kanser hastalarında depresyon ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında hastaların büyük çoğunluğunun (%86) başka bir hastalığı olmadığı belirtilmiştir (131). Literatürde, yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde kanser dışında kronik bir hastalığı olmayan hastaların çoğunlukta olduğu görülmektedir (5,34,125,138).

Araştırmamız verileri incelendiğinde hastaların yarısından fazlasının (%53,1) hemşirelerden beklentisi olduğu ve bu beklentilerin hemşirelerin işlerini sevmesi, güler yüzlü olması, nezaketli olması, samimi olması, tıbbi sorunlara hızlı çözüm bulması, güven verici olması, titiz olması, mahremiyete zen göstermesi, bilgi



vermesi gibi durumların olduğu belirlendi. Sonuçlarımıza benzer olarak, Sutherland ve ark yaptıkları çalışmada kanser tanısı konmuş hastaların bilgi almak ile ilgili ihtiyaçlarının olduğu belirtilmiştir. Karşılammamış destekleyici bakım gereksinimlerinin en fazla tedavi, yan etkiler, tetkik ve testler hakkında bilgi almakla ilgili olduğu belirlenmiştir (139). Gültekin ve arkadaşlarının akciğer kanserli hastalarda yaptığı çalışmada hastaların hemşirelerden ağrı ve huzursuzluğun giderilmesi yönünde bir beklenti içerisinde olduğu saptanmıştır (94).

Çalışmamızda hastaların yarısının (%50,7) kendilerine verilen hemşirelik bakımının yaşam kalitesi ve hastalık hakkındaki görüşlerini etkilediğini ifade ettiği saptandı. Bu hastaların yarısının kendilerine verilen hemşirelik bakımının ile kendini iyi hissettiğini, memnun olduğunu, motivasyonun arttığını, mutlu olduğunu, bilgisinin arttığını, gücünün arttığını belirttiği bulundu. Arpacı'nın yaptığı bir çalışmada güler yüzlü ve samimi yaklaşımın memnuniyeti etkilediği belirtilmiştir (140). Aksaraylı'nın çalışmasında hemşirelerin güven sağlama ve empati yeteneklerinin memnuniyette etkin birer belirleyici oldukları saptanmıştır. Yurt ile Uz'un yaptığı araştırmalarda yine hemşirelerin empati kurma özelliklerine hastaların daha çok önem verdikleri belirtilmiştir (137,142,143). Güngör'ün çalışmasında da hastaların tamamı hemşirelik bakımına güvendiklerini belirtmişlerdir (14). Yapılan bir çalışmada hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeğine göre hastaların büyük çoğunluğunun hemşirelerin kendilerine karşı bir birey olarak davranış tarzlarından (%51,7), yardımseverliğinden (%52,5) ve mahremiyetlerine saygı göstermesinden (%54,2) memnun olduğu görülmektedir (144). Bu konu ile ilgili Önsüz ve arkadaşları'nın çalışmasında da hastaların, hemşirelerin bilgi-beceri, nezaket-güler yüzlülük, hastaya olan yaklaşımları ve bilgilendirmeleri konularında memnun oldukları belirtilmektedir (145).

Hastanın kendisini hemşirenin yerine koyma durumunda göstereceği yaklaşım değerlendirildiğinde, hastalarda moral verme, anlayışlı olma, empati yapma, rahatlatmaya çalışma, sabırlı olma gibi eylemlerde bulunabileceklerini belirttiler.

Literatür verileri araştırma verilerimiz ile karşılaştırıldığında hastaların hemşilerden memnuniyetleri, beklentileri paralel ilerlemektedir. Aynı zamanda hastaların

hemşirelerden beklentileri ile kendilerini hemşirenin yerine koyma durumunda gösterecekleri yaklaşımda aynı paralelliği göstermektedir.

## **7.2. Hastaların Sosyodemografik-Hastalık Özellikleri ve Hemşirelerden Beklentilerine Göre Hemşirelik Bakımından Memnuniyetinin Tartışılması**

Araştırmaya katılan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet ortalaması  $92,446 \pm 7,725$  olarak bulundu. Araştırmamıza paralel olarak Vural'ın yaptığı çalışmada da hastaların büyük çoğunluğunun (%80) hemşirelik bakımından memnuniyeti ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir (23). Memnuniyetin yüksek olduğuna dikkat çeken başka çalışmalar da bulunmaktadır. (146,147,148,149,150). Bunların aksine Iskandarsyah ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların memnuniyet durumlarının düşük olduğu belirlenmiştir (151).

Araştırmamızda eğitim düzeyi ve çalışma durumu ile memnuniyet arasında ilişki bulundu ve üniversite mezunu hastaların memnuniyet düzeyinin en yüksek olduğu belirlendi. Ancak çalışmamız aksine yapılan birçok çalışmada eğitim düzeyi arttıkça hastaların beklentileri artmakta ve memnuniyet düzeyi düşmekte olduğu belirtilmektedir (84,146,152,153). Yılmaz'ın çalışmasından ise, çalışmamıza benzer olarak eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha fazla memnun oldukları bildirilmiştir (154,155,156).

Çalışmamızda çalışmayan hastaların memnuniyet düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Çalışmamıza benzer olarak bazı araştırmalarda da çalışmayan hastaların memnuniyeti yüksek saptanmıştır (23,157). Aksine Aksakal'ın çalışmasında çalışmayan hastaların memnuniyet puanları düşük bulunmuştur (146). İstatistiksel anlamda çalışma durumu ile memnuniyet arasında anlamlı ilişki bulunmayan çalışmalar da bulunmaktadır (158,159). Sonuçlarımız literatürün bir kısmı ile uyum göstermektedir.

### 7.3. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Tartışılması

Hastalık algısı ölçeğinin hastalık tipi sayısı alt boyutu hastalık belirtilerinin varlığını ya da yokluğunu göstermektedir (29). Çalışmamızda hastalık algısı ölçeğinin hastalık tipi alt boyutundan aldığı puan ortalaması  $8,101 \pm 2,717$ 'dir. Literatürde kanser hastalarında uygulanan tedaviler etkili bir yöntem olmakla birlikte, bu tedavilerin bulantı, kusma, diyare, kilo kaybı, yorgunluk, baş ağrısı gibi yan etkileri bulunduğu bildirilmektedir (11,12,26). Kemoterapi alan hastaların yan etki yaşadıklarını bildirmesi tedavinin etkilerinden dolayı olağan bir durumdur. Hastaların hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutundaki bölümleri incelendiğinde sonuçlar bölümünün ortalama puanı diğer bölümlere göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Kayır'ın yaptığı çalışmada hastalar hastalıklarının ciddi bir hastalık olmakla birlikte, maddi ve manevi zorluklar ortaya çıkardığını ve hastalık ile ilgili damgalamaya neden olduğunu ortaya koymuştur (26). Karabulutlu ve Karamanın kanser hastalarında hastalık algısını değerlendirdikleri çalışmalarında hastalık hakkındaki alt boyutlarda kişisel kontrol bölümünün en yüksek puan aldığı saptanmıştır (29). Hastaların yaşadıkları yan etkilerden dolayı hastalar fiziksel, sosyal olarak oldukça etkilenmiş olabilirler. Bu nedenle en çok etkilenen alan sonuçlar bölümü olabilir.

Çalışmamızda hastalar hastalık algısı nedeni alt boyutunda psikolojik atıflar ve risk faktörleri bölümlerinde en yüksek puanları almışlardır. Karadağ ve ark. yaptıkları çalışmada hastaların en çok risk faktörleri ve psikolojik atıflar nedeniyle hastalıklarının ortaya çıktıklarını düşünmektedirler (160). Kanser hastalarında yapılan başka bir çalışma incelendiğinde benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür (29). Yine çalışmamıza paralel olarak Karabulutlu ve Okanlı'nın yaptığı çalışmada, hastalar en çok risk faktörleri ve psikolojik atıflardan en yüksek puanı almıştır. Hastalık nedenleri incelendiğinde psikolojik atıflar bölümünde yer alan stres ve endişe Türk toplumunda hastalıkların yansıması olabilmektedir (161). Yaptığımız çalışma sonucuna göre kanserin kronik ve ciddi bir hastalık olması psikolojik atıflar ve risk etkenleri bölümünde yer alan stres, endişe, genetik yatkınlık gibi faktörler hastalığa yakalanmada hastaların düşündüğü önemli bir etken olabilmektedir.

Hastaların yaşa göre hastalık algısı alt boyutlarından elde ettikleri puanlar değerlendirildiğinde hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutunun hastalığı anlayabilme bölümünde ve hastalık nedeni alt boyutunun risk faktörleri bölümünde anlamlı fark bulundu. 26-35 yaş arası hastalar hastalığı anlayabilme bölümünde en yüksek puanı almış olup, hastalığı daha iyi kavradıkları saptanmıştır. Karabulutlu ve Karaman'ın çalışmasında yaşın hastalığı anlayabilme bölümünü etkilediği, 18-30 yaş arasında olanların hastalığı anlayabilme algısı ortalama puanları en düşük olduğu saptanmıştır (29). Kayış'ın kanser hastalarında yaptığı çalışmada ise yaşın hastalık algısını etkilediği, ancak süre, kişisel ve tedavi kontrolü ile bir ilişkisi olduğu belirlenmiştir (90).

Çalışmamızda 56 yaş ve üzeri hastalar diğer yaşa gruplarına göre hastalıklarının nedeninin daha çok sigara, alkol, yaşlanma gibi unsurların sebep olduğunu ifade ettiler. İlerleyen yaşla birlikte kronik hastalıkların artması, yeti yitimi ve fizyolojik gerilemelerin ortaya çıkması hastaları bu düşünceye yönlendirmiş olabilir.

Hastaların cinsiyeti ile kişisel kontrol, psikolojik atıf ve risk faktörleri bölümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Kadın hastaların kişisel kontrol puanı erkek hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Bu bağlamda kadın hastaların hastalık ile ilgili kontrol algısı erkek hastalardan daha fazladır. Aynı zamanda kadın hastaların erkek hastalara oranla daha yüksek kontrol algısının olması Kayış ile Yorulmaz ve ark. yaptığı çalışmalar ile paralellik göstermektedir (90,162). Erkek hastaların psikolojik atıf ve risk faktörlerinden aldıkları puan kadınların aldığı puandan daha yüksektir. Bu anlamda kanserin oluşumunun stres, endişe, kalıtsal, sigara, yaşlanma kaynaklı olduğu düşüncesi erkek hastalarda kadın hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksektir. Yıldız çalışmasında hastalık algısı ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (163). Hastanın hastalığa yüklediği yorum, algı ve değerlendirme, ortaya koyduğu tepkileri belirleyebilmektedir (27). Bu nedenle her bireyin hastalığa farklı anlam yüklemesi hastalık nedenini her bireyde farklı algılanmasına neden olabilir.

Hastalar eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde hastalık tipi sayısı, hastalığı anlayabilme, psikolojik atıflar, risk faktörleri ve kaza veya şans bölümlerinde anlamlı fark bulundu. Okuma yazma bilmeyenlerin belirtileri daha az yaşadıkları, okuma

yazma bilen kesimin belirtileri yani yan etkileri daha fazla yaşadığı saptandı. Okuma yazma bilmeyen hastalar hastalık ve tedavi süreci ile ilgili bilgi eksikliği daha az farkındalığa sahip olabilmekle birlikte kendilerini ifade etmekte zorlanmalarına sebep olabilir. Bu neden bu hastalar hastalık belirtilerini daha az yaşadıklarını belirtmiş olabilirler. Ancak literatürde bir çalışmada eğitim seviyesi artıkça kişinin farkındalığının artması sonucu hastalığıyla ilgili belirtilere daha fazla odaklanacağı belirtilmektedir (162).

Çalışmada üniversite mezunu hastaların hastalığı anlayabilme ortalama puanı en düşük olarak bulundu. Üniversite mezunu hastaların hastalığı anlama ve kavraması diğer hastalara göre daha düşüktür. Yapılan bir çalışmada eğitim düzeyindeki düşmenin hastalık belirtilerini algılayabilme, hastalığı anlayabilme ve hastalığın döngüsel seyrine anlam verebilme yükselmektedir. Bunun nedeninin hastanın sorgusuz sualsiz olan olanları kabul etmesi, kadere bağlanasından kaynaklanan rastlantısal bir durum olduğu belirtilmektedir. Eğitim seviyesindeki yükselme, hastalığın gidişatı ile ilgili mantıksal bir çerçevede, neden-sonuç ilişkisi ile hastalığa karşı duygusal tepkinin yükselmemesine neden olabilir (90).

Çalışmamızda ilkokul mezunu hastalar hastalıklarının nedenlerini daha çok endişe, stres, aile problemleri ile kaza veya şansa bağlarken, üniversite mezunu hastalar hastalıklarının nedenlerini kalıtsal, sigara, alkol ve yaşlanma gibi risk faktörlerine bağlamaktadırlar. Yorulmaz ve ark. yaptıkları çalışmada ilköğretim mezunu hastaların duyuşal açıdan daha fazla etkilendiklerini bu sebeple hastalıklarının nedenlerini kalıtsal, yaşlanma ve virüs gibi faktörlere bağladıkları belirtilmiştir (162). Yapılan bazı çalışmalarda ise hastalığın nedeni olarak stres ve endişenin daha etkili bir faktör olup, eğitim durumuna göre hastalığın nedeninin bir farklılık göstermediği bulunmuştur (26,90).

Hastaların mesleklerine göre hastalık nedeni alt boyutu olan risk faktörleri bölümünde anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, emekli hastaların puanları diğer gruplardan daha yüksek olarak saptanmıştır. Emekli hastaların yaşlarının ilerlemiş olması sebebiyle hastalıklarının sebeplerini yaşlanma ve genetik olduğunu düşünmelerine sebep olmuş olabilir. Oktay çalışmasında hastaların yaşlanmayı hastalık sebebi olarak gördüklerini ve yaşları ilerledikçe daha fazla sağlık

problemleri olacaklarını belirtmektedir (164). Yıldız'ın çalışmasında ise meslek ile hastalık nedeni arasında bir ilişki bulunmamıştır (163).

Hastaların çalışma durumları göre hastalık tipi sayısı alt boyutunda, süre döngüsel, psikolojik atıf, risk faktörleri ve kaza veya şans bölümlerinde anlamlı ilişki saptandı ve bu bölümlerde çalışmayan hastaların puan ortalamaları çalışan hastalara göre daha yüksek bulundu. Ekenler yaptıkları çalışmada çalışmayan hastaların daha fazla hastalık semptomuna sahip olduğunu, hastalığın döngüsel olduğunu bulmuştur. Çalışmamız bu verilerle paralellik göstermektedir (165). Başka bir çalışmada çalışmayan hastaların çalışan hastalara göre hastalık tipi sayısı, kişisel kontrol, duygusal temsiller, psikolojik atıflar bölümlerinde anlamlı düzeyde yüksek puan aldıkları (162). Yıldız çalışmasında çalışma durumu ile hastalık tipi sayısı, süre döngüsel, psikolojik atıf, risk faktörü ve kaza veya şans bölümlerinde bir ilişki saptanamamıştır (163).

Hastalar gelir durumuna göre incelendiğinde gelir durumu ile süre döngüsel, duygusal temsiller ve kaza veya şans bölümlerinde anlamlı ilişki saptandı. Hastaların gelir durumu kötüleştikçe hastalığın süre döngüsel olduğu, hastalıkla ilgili olumsuz düşüncelerin arttığı ve hastalığın nedenini kaza veya şansın sebep olduğu belirlenmiştir. Literatürde yapılan bir çalışmada gelir durumu kötü olan hastaların duygusal temsillerden aldığı puan gelir durumu orta olan hastalardan ve gelir durumu iyi olan hastaların duygusal temsillerden aldığı puan gelir durumu orta olan hastalardan yüksek bulundu (163).

Başka bir çalışmada hastaların sosyoekonomik durumu kötüleştikçe hastaların duygusal açıdan daha çok etkilendikleri hastalıklarının stres, endişe gibi psikolojik atıflara bağladığı saptandı (162).

Hastalık evresi ile hastalık tipi sayısı alt boyutu ile süre akut kronik ve tedavi kontrolü bölümlerinde anlamlı fark bulundu. Hastalık evresi 3 olan hastalar semptomları daha fazla yaşadıklarını ve diğer gruplara göre hastalığın kronik gidişli olduğunu belirtmişlerdir. Hastalık evresi 3 olan hastalar hastalıklarının tedavi ile kontrol altına alabileceklerine diğer gruplara göre daha az inanmaktadırlar. Sadırlı çalışmasında kanserin evresinin semptomları belirleyici kriter olduğunu belirtmiştir.

Aynı zamanda hastalığın kronikleşmesi, geleceğe dair kaygı ve endişe gibi durumların olmasına bağlı olarak semptomları yaşayabileceğini de söylemektedir. Yine bu çalışma da 3. Evrede olan kanserli hastaların fiziksel ve psikolojik semptomları daha çok yaşadıkları saptandı (15). Hastaların hastalık evresinin artmasına bağlı olarak, hastalıklarını tedavi etkinliğine dair inançlarının azalması tedavi kontrolü puanının düşüklüğünü açıklayabilir.

Hastalar kür sayısına göre incelendiğinde hastalığı anlayabilme ve süre döngüsel bölümleri ile anlamlı ilişki bulundu. Hastaların kür sayısı arttıkça hastalığı anlama ve kavrayabilmesi azalmakta ve hastalık belirtilerinin zaman içerisinde farklılıklar gösterebileceği, hastalığın iyi kötü zamanları olabileceği ile ilgili inançları azalmaktadır. Kür sayısının artması hastalarda kanser ve tedavi süreci ile ilgili belirsizliğine yol açabilir. Bu nedenle kür sayısı artan hastaların tedaviye bağlı tolerasyonu azalıp hastalığı anlayıp kavrayabilmesi azalıyor olabilir.

Hastalarda başka hastalık varlığı ile süre döngüsel ve bağışıklık bölümlerinde anlamlı ilişki bulundu. Karaman ve Karabulutlu'nun yaptığı çalışma başka hastalık varlığı ile süre akut kronik, kişisel kontrol ve tedavi kontrolü arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (29). Bağçıvan ve arkadaşlarının çalışmasına başka hastalık varlığının hastalık algısı alt boyutları ile anlamlı farklılık saptanmamıştır (166).

#### **7.4. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri Göre Yaşam Kalitesi Tartışılması**

Araştırmaya katılan hastaların genel iyilik hali ortalaması 49,796 olarak bulundu. Pınar ve ark. yaptığı çalışmada genel iyilik hali 51,54 bulunmuş olup çalışmamızla paralellik göstermektedir (167). Kav ve ark. kanser hastalarında yaptığı diğer bir çalışmada hastaların genel iyilik hali 46,4 olduğu tespit edilmiştir (168). Çalışmamız sonuçlarının literatürde bulunan sonuçlarla yakın değerler olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda fonksiyonel güçlükler alt boyutu ele alındığında bilişsel fonksiyonlar ortalaması 90,033 olarak hesaplanmıştır. Bu bağlamda en yüksek puan ortalamasına sahip olup yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Jinekolojik kanserli hastalarda

yapılan Pinar ve ark. çalışmasında bilişsel fonksiyonlar ortalaması 66,3 olarak hesaplanıp fonksiyonel güçlükler alt boyutunda en yüksek değeri alarak çalışmamızla paralellik göstermektedir (167).

Semptomlar alt boyutunda en yüksek puan ortalaması 45,752 ile ekonomik güçlük olduğu gözlenmiştir. Ekonomik güçlük artış gösterdikçe yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Çalışkan ve ark. kanser hastalarında yaptığı çalışmada semptom ölçeği bölümünde en yüksek puan ortalaması ekonomik güçlük bölümünde olması çalışmamızla benzerlik göstermektedir (120).

Hastaların yaşa göre yaşam kalitesi boyutları incelendiğinde fonksiyonel güçlükler ve semptomlar boyutlarında anlamlı ilişki bulundu. 65 yaş üzeri hastaların fonksiyonel durumu diğer yaş gruplarına göre daha iyidir. Altıparmak çalışmasında 60 yaş üzeri hastalarda emosyonel fonksiyon ve sosyal fonksiyonun daha iyi olduğu belirlenmiştir (34). Literatürde sağlıklı bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin yaştan negatif etkilendiği belirlenirken kanserli hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda yaşlı bireylerin gençlere göre kanseri daha kolay kabullendikleri bu nedenle de emosyonel ve sosyal yönden gençlere göre daha iyi oldukları belirlenmiştir (169,170,171,172,173).

Hastalarda yaş arttıkça semptomlar boyutundan aldığı puan artarak yaşam kalitesi azalmaktadır. Bir çalışmada 70 yaş ve üzerindeki hastaların 40 yaş ve altı hastalara göre kanser semptomlarından daha fazla etkilendikleri bildirilmiştir (174). Göl ve Aşlar'ın yaptığı çalışma sonucunda yaşlanma ile birlikte artabilen sorunların etkili olabileceği düşünülmektedir (131). Kızılcı'nın kemoterapi alan kanser hastalarının yaşam kalitesini belirlemek üzere yaptığı çalışmasında, yaşın yaşam kalitesinin fonksiyonel alan ve semptomlar üzerinde etkili olmadığı, ancak 65 yaş ve üzerindeki hastaların iştah kaybı ve uyuma güçlüğü yaşadıkları saptanmıştır (41). Misher & Sorenson'un çalışmasında, farklı olarak, kanser tanısı ile izlenen genç kadınların ileri yaş grubuna göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu, özellikle duygusal ve rol fonksiyonlarında sorun yaşadıkları saptanmıştır (175). Çalışkan'nın çalışmasında ise yaş, cinsiyet ve medeni durumun hastaların yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur (120).



Ateş ve Olgun'un çalışması incelendiğinde hastaların yaşlarına göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde yaşam kailtesi genel ve tum alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte 71-80 yaş arasındakilerin yaşam kailtesi genel ve tüm alt boyut puanlarının diğer yaş gruplarına göre düşük olduğu belirlenmiştir (125).

Hastaların eğitim durumuna göre yaşam kalitesi alt boyutları incelendiğinde fonksiyonel güçlükler alt boyutuyla anlamlı ilişki bulundu. Eğitim durumu ortaokul olan hastaların fonksiyonel güçlüklerden aldığı puan diğer eğitim gruplarına göre yüksektir. Altıparmak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim durumu ile genel iyilik hali arasında ilişki saptandı. Bu ilişkiye göre eğitim durumu ilköğretim ve üzeri olanların genel sağlık durumu, ilköğretim altında olanlara göre daha iyidir (34). Yapılan başka bir çalışmada ise hastaların eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum ve sosyal guvence durumuna göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde yaşam kalitesi tum alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (125). Tahmasebi ve ark.'nın eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (176). Buna benzer olarak bazı çalışmalarda yaşam kalitesinin eğitimden etkilenmediği belirtilmiştir (177,178). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Can ve arkadaşları (2009), Gürel (2007) ve Kızılcı (1999) üniversite mezunu hastaların yaşam kalitesini diğer hastalardan daha yüksek olduğunu belirtmektedir (41,178,179).

Çalışmamızda hastaların mesleklerine göre yaşam kalitesi alt boyutlarının tümünde anlamlı ilişki bulundu. Genel iyilik hali boyutunda memur ve serbest meslek sahibi olanlar, fonksiyonel güçlükler boyutunda serbest meslek sahibi olanlar ve semptomlar alt boyutunda ise emekli olanların en yüksek puana sahip olduğu bulundu. Yapılan bir çalışmada ev hanımlarının fiziksel ve sosyal iyilik halinin, işçi ve memur olanlardan daha kötü olduğu saptandı. Mesleği memur olan hastaların ise psikolojik iyilik halinin ve yaşam kalitesinin diğer meslek gruplarından daha kötü olduğu saptandı. (180). Hastaların gelir durumlarına göre yaşam kalitesi alt boyutlarından fonksiyonel güçlükler alt boyutunda anlamlı ilişki bulundu. Gelir durumu orta olanların fonksiyonel güçlükler puanı en yüksektir. Yapılan bir çalışmada gelir algısı yeterli olanların genel sağlık durumu ve rol fonksiyonu gelir

algısı yetersiz olanlara göre daha iyidir (34). Yapılan başka bir çalışmada da ekonomik durumları iyi olan hastaların çevresel ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının orta ve kötü düzeyde olan hastalara göre, başka bir çalışmada ekonomik durumu iyi düzeyde olan hastaların sosyal yaşam ve aile durumu yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamasının önemli düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (181,182). Aşilar ve Göl'ün yaptığı çalışma sonucunda ise geliri giderinden az olduğunu belirten hastaların ekonomik durumu uzun süren tedavi sürecinin de etkisi ile daha da kötüleşmiş olabileceği düşünülmektedir (131).

Hastaların hastalık evresi ile yaşam kalitesi boyutlarından fonksiyonel güçlükler alt boyutunda anlamlı ilişki bulundu. Yapılan bir çalışmada hastaların hastalık evreleri fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik hallerini etkilemezken yaşam kalitelerini etkilediği saptandı (180). Kang ve arkadaşları ise hastalık evresinin yaşam kalitesini etkilemediğini belirtmiştir (183).

Hastaların kür sayısına göre fonksiyonel güçlükler ve semptomlar boyutlarında anlamlı ilişki bulundu. Sebahat ve Olgun'un yaptığı çalışmada alınan kur sayısı ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamakla birlikte kur sayısı arttıkça yaşam kalitesi puanlarında sayısal olarak artma gözlenmiştir. Alınan kur sayısı arttıkça, tedaviye uyuma paralel olarak yaşam kalitesinde iyileşme olduğu soylenebilir (125). Bir diğer çalışma da kur sayısı ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı fark olduğu; 0-4 kur kemoterapi alan bireylerin yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu, kur sayısı arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (184).

Hastaların başka hastalık varlığı durumu yaşam kalitesi alt boyutlarına göre incelendiğinde fonksiyonel güçlükler alt boyutunda anlamlı ilişki bulundu. Ayrıca, tedaviye henüz devam edenlerin, başka sağlık sorunu olanların ve hastalıkları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıklarını söyleyenlerin genel iyilik halinin düştüğü saptanmıştır (108). Ateş'in çalışmasında ilave hastalığı olanların yaşam kalitesi genel ve alt boyutlarından aldıkları puanların olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenirken; benzer şekilde diyabet ve artrit gibi ilave sağlık sorunu olan kanser hastalarının olmayanlara göre yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu rapor edilmektedir (125). Kızılcı ise yaptığı çalışmada başka sağlık sorunu olan kanser

hastalarının genel iyilik hali ve yaşam kalitelerinin düşük olduğunu belirtmektedir (41).

### **7.5. Hemşirelik Bakımından Memnuniyet ile Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Tartışılması**

Hemşirelik bakımından memnuniyet ile hastalık algısı ve yaşam kalitesi arasında hastalık algısının alt boyutlarından hastalık tipi sayısı, duygusal temsiller, psikolojik atıflar, risk faktörleri, kaza veya şans ile hemşirelik bakımı memnuniyeti arasında çok zayıf, negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Hemşirelik bakımından memnuniyet ile yaşam kalitesi arasında ise ilişki bulunmadığı saptanmıştır.

Hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi arttıkça hastalık tipi sayısı (hastanın algıladığı semptomlar) azalmakta, duygusal temsiller düzeyi (hastalıkla ilgili olumsuz düşünce ve endişe), psikolojik atıflar (hastalığa neden olduğu düşünülen stres, aile problemleri, endişe), risk faktörleri (hastalığa neden olduğu düşünülen kalıtsal, sigara, alkol, yaşlanma), kaza veya şans (hastalığa neden olduğu düşünülen kötü talih veya yaralanma) azalmaktadır.

Kemoterapi tedavisi alan kanser hastaları tedaviden dolayı istenmeyen yan etkilerle karşılaşmakta ve bu nedenle normalden daha fazla hemşirelik bakımına ihtiyaç duymaktadırlar (5,6,7). Hastaların karşılaştığı yan etkiler kontrol altına alınmadığı takdirde hastanın yaşam kalitesi, tedaviye uyumu ve memnuniyeti azalmaktadır (11, 15,16). Hasta memnuniyeti kaliteli sağlık bakımının önemli bir göstergesi olup bakım ile ayrılmaz bir bütün olarak görülmektedir. Bu nedenle hastaların bakıma ve desteğe ilişkin ihtiyaçların karşılanması verilen bakımı algılamalarına dayanmaktadır (18,19,20). Ayrıca kanser sürekli bakım ve tedavi gerektiren kronik bir hastalık olduğu için hastalar sağlık profesyonelleri ile sürekli etkileşim içindedir. Bu nedenle özellikle hemşire hastalık ve tedavi sürecinde önemli rol oynamaktadır. (5,6).

Yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olan bireylere verilen bakım ile hastalıklarını algılama durumlarının değerlendirilmesi ve hastaların olumlu düşüncelerin desteklenmesi, hastalığın yönetimine katkı sağlamaktadır (186). Çalışmamızdan elde edilen veriler de artan memnuniyetin hastalıkla ilgili olumsuz düşüncelerini,

hastalığa neden olan risk faktörlerini ve semptomlarını zayıf da olsa azalttığını göstermektedir. Hastaların bilgilendirilmesi, hastalık algıları göz önünde bulundurularak bakım standartı oluşturulması bakım kalitesini yükseltebilmektedir (187). Tekin'in yaptığı çalışmada hastalıkla ilgili iç kontrol algısının ve tedavinin etkinliği ile ilgili inancının artması bakımın kalitesini yükselttiği görülmüştür (188). Hemşirelerin bakım uygulamaları, tanı-tedavi süreçleri ile ilgili endişeleri ve bilmedikleri konular hakkında bilgilendirilmesinin hasta memnuniyetinin sağlanmasında önemli bir etken olduğu bilinmektedir (144).

Meme kanseri hastalarında yapılan bir çalışmada hastalarda alınan bilginin türü ve zamanlamasından memnun olan hastaların kişisel kontrole dair daha güçlü inançları olduğu, sağlık durumları hakkında daha az kaygıları, hastalıklarına dair daha iyi bir anlayışı olduğu ve duygusal açıdan daha az etkilendiği belirtilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada yaşam kalitesi ile memnuniyet arasında bir ilişki bulunmuş olup, bilginin türü ve zamanlamasından memnun olan hastalarda daha iyi psikolojik sağlığa sahip olduğunu göstermektedir (151,189). Bu çalışmada bilgilendirmeyle ilgili memnuniyetin hastayı duygusal açıdan daha az etkilediğini göz önüne alırsak bizim çalışmamızda da buna benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmamız verileri zayıf ilişkili de olsa yüksek memnuniyetin duygusal temsiller düzeyini azalttığını göstermektedir.

Hasta memnuniyeti hastanın hastanede yattığı süre boyunca hemşirelik bakımından beklentisi ve verilen bakıma ilişkin algısı arasındaki dengeyi göstermektedir (149). Son yıllarda sağlık bakımının kalitesini değerlendirmede hastanın algısının önemli olduğu vurgulanmaktadır (190). Bu bilgilere paralel olarak çalışmamızda memnuniyetin hastalık algısını etkilediği saptandı. Yapılan bir çalışmada dahili kliniklerde yatan hastaların daha çok kronik ve birden fazla sağlık sorununun olması ve buna bağlı olarak tekrarlayan şekilde kliniğe yatışlarının yapılması memnuniyet düzeyini düşürebildiği belirtilmiştir (191).

Hemşirelik bakımında amaçlardan biri de hastanın yaşam kalitesini artırmaktır. Hastalara verilen bakım memnuniyetin göstergesi olabileceği gibi hastalık ile ilişkili algısını ve yaşam kalitesini etkileyebilen bir durumdur. Hastalara verilen bakım hastanın beklentilerinin karşılamasını etkileyebilmektedir. Her hastanın beklentisi

birbirinden farklı olduğu için hastaların ihtiyaçlarının karşılanması, yaşam kalitesini açısından bakımın kalitesinin göstergesi olarak dşnlebilir (149). Yapılan bir çalışmada hastaların bireyselleştirildike, hemşirelik bakımı memnuniyetinin arttığı saptanırken bireyselleştirilmiş bakım ile sağlığa ilişkin yaşam kalitesi arasında oldukça zayıf bir ilişki bulunmuştur (192). Yapılan bir başka çalışmada bilginin içeriği ile ilgili memnuniyetin hastaların hastalık algısı ve yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır (151). Bizim araştırmamızda da memnuniyetin hastalık algısı ile zayıf da olsa bir ilişki bulundu. Ancak memnuniyet ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamadı. Ayrıca hastaların, hastalıklarının tedavi süresi, kür sayısı ve kemoterapiden dolayı yaşadıkları semptomlar nedeni ile yoğun dönemlerinde olmalarının etkilerinden ve daha fazla olarak hematolojik hastalara ulaşılabilmesinden dolayı araştırmamızda memnuniyet ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamamış olabilir.

## 8-SONUÇ

Kemoterapi alan kanser hastalarının hemşirelik bakımı memnuniyetinin hastalık algısı ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi ile ilgili çalışma sonuçları özetlenmiştir.

- Hastaların %26,3'ü 26-35, %25,3'ü 36-45 yaş aralığında ve yaş ortalaması  $74,0914 \pm 14,454$ 'tür.
- Hastaların %52,6'sı erkek, %75,8'i evli, %36,4'ü ilkokul, %39,4'ü ev hanımı, %79,2'si hematolojik kanser, %4,7'si meme kanseri, %4,9'u akciğer kanseri, %5,1'i ürolojik kanser tanısına sahip olup, %41,2'si 2 yıldır kanser hastası olduğu, %45,8'i 2. evrede olduğu bulundu.
- Hastaların eğitim durumu ve çalışma durumuna göre hemşirelik bakımından memnuniyet puanları değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p < 0.05$ ). Üniversite mezunu olan hastalar ile çalışmayan hastaların memnuniyetleri diğer eğitim grubu ve çalışan hastalara göre daha yüksek geldi.
- Hastaların yaşa göre hastalık algısı alt boyutlarından elde ettikleri puanlar değerlendirildiğinde, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun hastalığı anlayabilme bölümünde ve hastalık nedeni alt boyutunun risk faktörleri bölümünde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p < 0.05$ ). 26-35 yaş arasındaki hastaların hastalıklarını anladıkları ile ilişkili inancı diğer yaşlara göre daha fazladır. 56 yaş ve üzerindeki hastaların hastalıklarının nedenlerinin yaşlanma, sigara olmasına ilişkin inancı diğer yaştaki hastalara göre daha fazla bulundu.
- Hastaların cinsiyetine göre hastalık alt algısı boyutlarından, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun kişisel kontrol bölümünde, hastalık nedeni alt boyutunun psikolojik atıflar ve risk faktörleri bölümünde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p < 0.05$ ). Kadın hastaların hastalığı kontrol edebildiği hakkındaki pozitif inancı erkeklerden daha fazladır. Erkek hastaların hastalıklarının nedenlerinin stres, endişe, sigara, alkol, yaşlanma olduğu hakkındaki inancı kadınlardan daha fazladır.

- Hastaların eğitim durumuna göre hastalık algısı alt boyutlarından, hastalık tipi sayısı alt boyutunda, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun hastalığı anlayabilme bölümünde, hastalık nedeni alt boyutunun psikolojik atıflar, risk faktörleri ve kaza veya şans bölümünde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Lise mezunu hastaların hastalık belirtilerinin daha çok yaşadıkları, üniversite mezunu hastaların hastalığı anladığı ile ilgili inancı diğer eğitim grubundaki hastalara göre daha düşük olduğu bulundu. Diğer gruplardan daha fazla olarak ilkokul mezunu hastaların hastalıklarının nedenlerini stres, endişe ile kaza veya şans olduğu belirlendi. Üniversite mezunu olan hastaların diğer gruplardan fazla olarak hastalıklarının nedenlerinin sigara, alkol, yaşlanma olduğunu belirlendi.
- Hastaların mesleklerine göre hastalık algısı alt boyutlarından, hastalık nedeni alt boyutunun risk faktörleri bölümünde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Emekli olan hastaların diğer gruplardan daha fazla olarak hastalıklarının nedenlerinin sigara, alkol ve yaşlanmaya bağlı olduğu belirlendi.
- Hastaların çalışma durumuna göre hastalık algısı alt boyutlarından, hastalık tipi sayısı alt boyutunda, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun süre döngüsel bölümünde, hastalık nedeni alt boyutunun psikolojik atıflar, bağışıklık ve kaza veya şans bölümlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Çalışmayan hastaların hastalıkla ilgili semptomları daha fazla yaşadıkları, hastalıklarının iyi kötü zamanları olabileceği ile ilgili inancının daha fazla olduğu bulundu. Daha çok çalışan hastalar hastalıklarının nedenlerini stres ve endişeye bağlamış olup, çalışmayan hastaların çalışanlara göre hastalık nedenlerinin bağışıklık ile kaza veya şans olması ile ilgili inancının yüksek olduğu belirlendi.
- Hastaların gelir durumuna göre hastalık algısı alt boyutlarından, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun süre döngüsel, duygusal temsiller bölümlerinde, hastalık nedeni alt boyutunun kaza veya şans bölümlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Hastaların gelir durumu kötüleştikçe, hastalığın iyi kötü zamanları olması ile ilişkili

ianançlar ile hastalıkla ilgili olumsuz düşüncelerin arttığı ve hastalığın nedeninin kaza veya şans olduğu belirlendi.

- Hastalık evresine göre hastalık algısı alt boyutlarından, hastalık tipi sayısı alt boyutunda, hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutunun süre akut kronik ve tedavi kontrolü bölümünde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Hastalık evresi3 olan hastaların semptomşarı daha fazla yaladıkları, diğer gruplara göre daha fazla olarak hastalığın kronik gidişli olduğu belirlendi.
- Hastaların kür sayısına göre hastalık algısı alt boyutlarından, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun hastalığı anlayabilme ve süre döngüsel bölümlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Hastaların kür sayısı arttıkça hastalığı anlayabilme ve kavrayabilmesi azalmakta ve hastalığın belirtilerinin zaman içerisinde farklılıklar gösterebileceği bulundu.
- Hastaların başka hastalık varlığına göre hastalık algısı alt boyutlarından, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun süre döngüsel bölümünde, hastalık nedeni alt boyutunun bağışıklık bölümünde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Başka hastalığı olmayan hastaların hastalığın zaman içerisinde farklılıklar gösterebileceğine dair inancı daha fazla olup, hastalıklarının nedeninin bağışıklık olduğunu bulundu.
- Hastaların yaşa göre yaşam kalitesi alt boyutlarından elde ettikleri puanlar değerlendirildiğinde, fonksiyonel güçlükler ve semptomlar boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). 65 yaş üzeri hastaların fonksiyonel durumu diğer yaş gruplarına göre daha iyidir. 70 yaş üzeri hastaların 40 yaş altındaki hastalara göre kanser semptomlarından daha fazla etkilendiler.
- Hastaların eğitim durumuna göre yaşam kalitesi alt boyutlarından sadece fonksiyonel güçlükler alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Eğitim durumu ortaokul olan hastaların fonksiyonel durumdan aldıkları puan diğer eğitim gruplarına göre yüksek olup, yaşam kalitelerinin düşük olduğu bulundu.
- Hastaların meslek durumuna göre yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Genel iyilik hali memur,



serbest meslek sahibi olanlarda fazla olup, yaşam kaliteleri fazladır.. emekli olanların semptomları daha fazla yaşadığı bulundu.

- Hastaların gelir durumuna göre yaşam kalitesi alt boyutlarından fonksiyonel güçlükler alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). gelir durumu orta olan hastaların fonksiyonel güçlükleri puanı fazla gelip, yaşam kalitelerinin daha fazla olduğu bulundu.
- Hastaların hastalık evresine göre yaşam kalitesi alt boyutlarından fonksiyonel güçlükler alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Hastalık evresi 1 olanların fonksiyonel güçlüklerle bağlı yaşam kalitesi düşük geldi.
- Hastaların kür sayısına göre yaşam kalitesi alt boyutlarından elde ettikleri puanlar değerlendirildiğinde, fonksiyonel güçlükler ve semptomlar alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Kür sayısı arttıkça fonksiyonel güçlüklerle bağlı yaşam kalitesi artmakta olup, somtomlara bağlı yaşam kalitesi düşük olarak bulundu.
- Hastaların başka hastalığı olma durumuna göre yaşam kalitesi alt boyutlarından, sadece fonksiyonel güçlükler boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Başka hastalığı olmayan hastaların fonksiyonel güçlüklerle bağlı yaşam kalitesi daha yüksektir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda sonraki çalışmalara yön göstermesi açısından aşağıdakiler önerilmektedir:

- Hemşireler kemoterapi alan hastaların hastalık süreciyle baş edebilmeleri ve ortaya çıkan semptomların yönetimi için hastalara eğitim ve bakımı içeren gerekli hemşirelik girişimlerini uygulamalıdır.
- Hastaların hemşirelik bakım memnuniyeti değerlendirilerek, bakımın değerlendirme sonuçlarına göre düzenlenmesi sağlanmalıdır.
- Kemoterapi alan hastaların hem hastalık algısı hem de yaşam kalitesi belli aralıklarla değerlendirilmeli, hastalar gereksinimleri doğrultusunda desteklenmelidir.
- Kemoterapi alan kanser hastalarında hemşirelik bakımı memnuniyeti, hastalık algısı ve yaşam kalitesi ile ilgili girişimsel çalışmalar yapılmalıdır.

## 9-KAYNAKLAR

- 1) Yeter K. Kemoterapi Alan Hastalara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2006
- 2) National Cancer Institute at the National Institutes of Health, Understanding Cancer,<https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>, 2018
- 3) Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; <http://globocan.iarc.fr>, 2013
- 4) Gültekin M, Boztaş G. Türkiye kanser istatistikleri. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 43. 2014
- 5) Alamiş B, Meme kanseri tanılı hastalarda hastalık algısı, anksiyete, depresyon ve eş uyumu ilişkisi: kontrollü bir çalışma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Işık Üniversitesi, 2017
- 6) Kütük B, Kemoterapi uygulanan kanserli hastalarda öz bakımın değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü., 2016
- 7) Çapar SG, Kemoterapi gören kanserli hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, Trakya üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü hemşirelik ana bilim dalı yüksek lisans programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2010
- 8) Eti Aslan F, Olgun N, Uzun Ö, Uslu Y. Onkoloji. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım., Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2014
- 9) Kapucu, S. Akdemir N. Ev ziyaretinin kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve özbakım güçlerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 4.1:9-22, 2007
- 10) Thampson SD, Nugges SMJ, Walczak RJ  
(1996) When Ovarian Cancers Strikes. Nursing 26(10):36-37
- 11) Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A, Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10 (1), 18–24, 2006.

- 12) Akin, S, Durna, Z, A comparative descriptive study examining the perceptions of cancer patients, family caregivers, and nurses on patient symptom severity in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 30-37, 2013
- 13) Pekmezci H, kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi, karadeniz teknik üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü yüksek lisans tezi, Trabzon, 2013
- 14) Güngör A, kanser hastalarındaki bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelik uygulamalarının etkinliğinin incelenmesi, İzmir kâtip çelebi üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, yüksek lisans tezi, 2015 – İzmir
- 15) Sadırlı S.K, Ünsar S. Kanserli hastalarda Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ): Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*;4(1):79-95. 2009
- 16) Akdemir N, Bektaş H.A, kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi, *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2006, 26
- 17) Ateşci, F.Ç., Oğuzhanoglu, N.K., Baltarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O., Karagöz, N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14: 145-152. 2003.
- 18) Kıdak, L.B. Aksaraylı, M. Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Uygulaması, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 10(3):87-122, 2008
- 19) Vouri H, Patient satisfaction- Does it matter? *Quality Assurance in Health Care* 3:189-9. 1991
- 20) Ludwing H, Beymer P, Ryan CJ, Johnson NJ, et al. Using patient perceptions to improve quality care. *Journal Nursing Care Quality*. 7:42-51. 1993
- 21) Köşgeroğlu ve ark, Kemoterapi hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 6:75-83. 2005
- 22) Walsh M, Walsh A. Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Journal of Advanced Nursing* 29(2):307-315. 1999
- 23) Vural G, Vural Ö, Kemoterapi Alan Jinekolojik Kanserli Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyetlerinin Belirlenmesi, *DEUHYO ED*,6 (1), 17-25, 2013

- 24) Mun YL, Ping CM, Fai WK, Alexander M, Ki, TY, Jing CS. An Evaluation Of The Quality Of A Chemotherapy Administration Service Established by nurses In An oncology Day Care Centre, *European Journal Of Oncology Nursing*, 5 (4), 244- 253. 2001.
- 25) Altınbaş M, Gönül AS, *Psikoonkoloji. Hematoloji-Onkoloji*, 3(3);210-21,
- 26) Kayır G, *Onkoloji Hastalarının Hastalık Algısı ve Stresle Başa Çıkma Biçimleri*, İstanbul Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014
- 27) Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeği'nin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri* (10): 192-200, 2007
- 28) Kocaman N, Kutlu Y, Özkan M, Özkan S. Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. *J Clin Nurs*. 16:6–16. <https://doi.org/10.1111/j.13652702.2006.01809.x>. 2007
- 29) Karabulutlu EY, Karaman S, Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi, *HSP* 2(3):271-284, <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/98011>, 2015
- 30) Elbi H, Kanser ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 5:5-10, 2001
- 31) Kutlu R, Çivi S, Börüban M.C, Demir A, Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, *Selçuk Üniv Tıp Dergisi*;27(3):149-153, 2011
- 32) Reis, N, Coşkun A. Beji NK. Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 9(2).2006.
- 33) Lazovich D, Robien K, Cutler G, Virnig B, Sweeney C. Quality of life in a prospective cohort of elderly women with and without cancer. *Cancer*;115(18 Suppl):4283-97, 2009
- 34) Altıparmak S., Fadiloğlu, Ç, Gürsoy ŞT, & Altıparmak O, Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi*, 50(2). 2011
- 35) Karamanoğlu A, Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999

- 36) Öksüz E, Malhan S, Başkent Üniversitesi sağlığa bağlı yaşam kalitesi kalitemetri. s. 1-45, Ankara, 2005
- 37) Aslan Ö, Kanserli hastalarda kemoterapiye bağlı semptomların değerlendirilmesi ve bu semptomların kontrolünde hemşirelik eğitiminin rolü. Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2003
- 38) Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche İlaç Sanayii A.Ş., İstanbul.1993
- 39) Babadağlı, B., Erim, S.E., Erdoğan, S. Hekimlerin ve Hemşirelerin Hastayla İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:1,(3). 2006
- 40) Arslan, S. Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 6(3) 2003
- 41) Kızılcı S, Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1999, 3 (2) 1999
- 42) Enç N, İç Hastalıkları Hemşireliği, İstanbulNobel Tıp Kitabevleri, 2014
- 43) Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara, 2017
- 44) İDANER C, Kanserde erken yakalama. Türkiye’de Kanser Kontrolü, Ankara, 2009
- 45) YARDIM N, MOLLAHALİLOĞLU S, BAŞARA BB, Türkiye’de kanser durumu ve uluslararası göstergeler ile uyumun değerlendirilmesi. Ankara, 2009
- 46) Can G. Antineoplastik İlaçların Yan Etkileri ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*; 2 (2):8-15, 2005
- 47) Koç H, Demirel T, Kemik iliği ve hematopoietik kök hücre transplantasyonu. Uysal A (Ed). *Klinik Hematoloji*, Ankara: A.Ü.T.F. Anıtip A.Ş, 43–54, 1997
- 48) Kaplan G, Dedeli Ö, Temel İç Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2012
- 49) Erdoğan GY, Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Semptomların Değerlendirilmesi ve Semptom Yönetiminde Eğitimin Rolü. Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2011

- 50) Yen SH, Ak AS, Hasnah H, The socioeconomic impacts of breast cancer patients in Penang, 29. 111-36: Kajian Malaysia, 2011
- 51) Hindistan S, Çilingir D, Nural N, Gürsoy A.A, Hematolojik Kanserli Hastaların Kemoterapiye Bağlı Yaşadıkları Semptomlara Yönelik Uygulamaları, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi;1(3), 2012
- 52) ŞENDİR M, Mide Kanserinde Beslenme. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(2): 76-84, 2006
- 53) SORRELL DC, Chemotherapy toxicities and management. Cancer Nursing Principles and Practice, Ed.: S. L. Groenwald United State of America: Jones and Bartlett Publishers, p. : 413-457, 2005
- 54) ÇAVUŞOĞLU H, Oral mukozit yönetiminde kanıta dayalı hemşirelik. Türkiye Klinikleri, 27(3): 398-406, 2007
- 55) Stonea R, Fliednerb MC, Smiet ACM, Management of oral mucositis in patients with cancer. European Journal of Oncology Nursing 9: 24-32, 2005
- 56) Goldberg SL, Chiang L, Selina N, Patient perceptions about chemotherapy-induced oral mucositis: implications for primary/secondary prophylaxis strategies. Support Care Cancer 12: 526-530, 2004
- 57) MANDEL NM, Kemoterapiye Bağlı Geç Yan etkiler. İçinde: Kanser Hastasına Yaklaşım Tanı, Tedavi, Takipte Sorunlar, Ed.: , N. M. Mandel, H. Onat. Nobel Tıp Kitabevleri, s. 441-446, 2012
- 58) Wickham R, Sauerland C, Vesicant extravasation part II: Evidence-based management and continuing controversies. Oncology Nursing Forum 33: 1143-1150, 2006
- 59) Keskin G, Ekstravazasyonda hemşirelik bakımı. XIII. TPOG Pediatrik Kanser Kongresi, Hemşirelik Programı, Kapadokya, Mayıs 2004, 182- 183, 2004
- 60) Can G, Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi Konsensus. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul;13-298, 2007
- 61) Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R, Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi 23: 132-139, 2008).

- 62) Uçan Ö, Ovayolu N, Torun S, Karadaş Z, Kemoterapi alan hastaların sık karşılaştıkları yan etkiler ve yaptıkları girişimler. Sağlık ve Toplum 16: 46-53, 2006
- 63) Cicero V, Coco LG, Gullo S, Lo Verso G. The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. PsychoOncology: 18: 1045–1052, 2009
- 64) MATSUSHITA T, MATSUSHIMA E, MARUYAMA M, Anxiety and depression of patients with digestive cancer. Psychiatry And Clinical Neurosciences, 59:576–583, 2005
- 65) Karakaş SA, Kanser Hastalarının Hastalığı Değerlendirme Biçimlerinin Anksiyete Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2007
- 66) Rustoen T, Begnum S, Quality of life in women with breast cancer. Cancer Nursing 23: 416- 421, 2000
- 67) Oflaz F, Onkoloji kliniğinde yatan kanser hastalarının psikiyatrik semptom düzeyleri ve destek gereksinimlerinin saptanması. Hemşirelikte Araştırma Dergisi 4: 65-72, 2000
- 68) Lafçı D, Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2009
- 69) Kalender Ş, Kanser Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015
- 70) Akyolcu N, Kanserli Hastaların Yaşadıkları Distresin Hastalar ve Hemşireler Tarafından Algılanması, İ.Ü. F.N.H.Y. Hemşirelik Dergisi, 12(47), 2001
- 71) Chiu TY, Hu WY, Lue BH, Dyspnea and its correlates in Taiwanese patients with terminal cancer. Journal of Pain And Symptom Management 28: 123-1329, 2004
- 72) Takahashi M&Kai I. Sexuality after breast cancer treatment :changes and coping strategies among Japanese survivors. Soc Sci Med; 61:1278-90.(PMID:15970237, 2005
- 73) Yarbrow CH, Frogge HM, Goodman M, Groenwald SL, Cancer Nursing Principles and Practice. Jones and Barlett Publishers, London; 352-486, 2006

- 74) Greenwald H P, Bonica J J, Bergner M. The Prevalence of Four Cancers, *Cancer* 60: 2563-2569, 1987
- 75) Şira SF, Kemoterapi Alan Onkoloji Hastalarında Semptomların Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007
- 76) MANDEL NM, Kemoterapiye Bağlı Geç Yan etkiler. İçinde: Kanser Hastasına Yaklaşım Tanı, Tedavi, Takipte Sorunlar, Ed.: , N. M. Mandel, H. Onat. Nobel Tıp Kitabevleri, s. 441-446, 2012
- 77) Forbes ML, Brown HN, Developing an instrument for measuring patient satisfaction. *AORN Journal* 61(4):737-43, 1995
- 78) Larrabe JH, Bolden LV, Defining patient-perceived quality of nursing care. *J Nurs Care Qual*, 16 (1): 34-60, 2001
- 79) Üstünoldu E, İstanbul İlinde Bazı Özel Yataklı Tedavi Kuruluşlarında Rekabet Stratejileri Ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2002
- 80) Görgeç, Ö.: Cumhuriyet Üniversite Sağlık Hizmetleri Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Çocuk Servisinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımına Yönelik Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Sivas, 2000
- 81) Sitzia J, Wood, Ni, Patient Satisfaction With Cancer Chemotherapy Nursing: A Review Of The Literature, *J. Nurs.Stut.* 35:1- 12, 1995
- 82) Aksal T, Bilgili N, Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi; Jinekoloji Servisi Örneği, *Erciyes Med J*, 30:242-249, 2008
- 83) Hall JA, Dorman MC, Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain on analysis of overall satisfaction levels. *Soc. Sci. Med.* 27:637644, 1988
- 84) Uzun Ö, Hemşirelik Bakım Kalitesi İle İlgili Newcastle Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenilirliğin Saptanması, *Türk Hemşireler Dergisi*, 54(2):16-24, 2003



- 85) Thomas LH, McColl E, Priest J, Bond S, Boys RJ, Obtaining patients views of nursing care to inform the development of a patient satisfaction scale. *International Journal for Quality in Health Care*, 7(2):153-63, 1995
- 86) Balkanlı A, Bakar M, Sonyürek N, Öksüzoğlu B, Zengin N, Gündüz Kemoterapi Ünitesi'ne Gelen Kanser Hastalarında Hastalık Algısı Ölçeğinin Uygulanması, 18. Ulusal Kanser Kongresi Bildiri Kitabı, 2009
- 87) Stuard GW, Sundeen SJ, Principles And Practice Of Psychiatric Nursing. FourthmEd., Mosby Year Book, St. Louis, 1991
- 88) Brickhead LM, Psychiatric Mental Health Nursing. J.B. Lippincott Comp., Philadelphia, 1989
- 89) Acehan O, Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi. Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Adana, 2010
- 90) Kayış A, Kanser Hastalarında Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2009
- 91) World Health Organisation: Handbook of Basic Documents, Geneva, Palais des Nations: WHO, 1952
- 92) Eser S, Saatlı G, Baydur H, Fidaner C, Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21 (1), 37-48, 2010
- 93) Gelin D, Ulus B, Hastanede Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörler, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 31-35, 2015
- 94) Gültekin Z, Pınar G, Pınar T, Kızıltan G, Doğan N, Algier L ve ark. Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Derg*;18(2):99-106, 2008
- 95) Eyigör S, Karapolat H, Korkmaz O, Eyigör C, Uslu R, Durmaz B ve ark. Frequency of fibromyalgia syndrome and effects of the pain distribution on the quality of life in hospitalized cancer patients. *Rheumatism*; 22:126-31, 2007

- 96) Flear J, Hoekstra H, Sleijfer D, Tuinman M, Klip E. Quality of life of testicular cancer survivors and the relationship with sociodemographics, cancer related variables, and life events. *Support Care Cancer*;14:251-9, 2006
- 97) Arslan S, Fadiloğlu Ç. Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg*;2:16-27, 2009
- 98) Yüce D, Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Belirleyicileri, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2012
- 99) Akça M, Meme Kanseri Nedeni ile Cerrahi Tedavi Yapılmış Hastalarda Tedavinin Yaşam Kalitesi, Psikolojik, Sosyal ve Cinsel Yaşam Üzerine Olan Etkileri, Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin, 20117
- 100) Schover LR, The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. *Cancer Journal for Clinicians*, 41:2;112-120, 1991).100
- 101) Saegrov, S, Health, quality of life and cancer. *Int Nurs Rev*, 52 (3), 233-240, 2005
- 102) Rustoen, T, Moum T, Wiklund, I, Hanestad BR, Quality of life in newly diagnosed cancer patients. *J Adv Nurs*, 29 (2), 490-498, 1999
- 103) Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Camilo ME, Does nutrition influence quality of life in cancer patients undergoing radiotherapy? *Radiother Oncol*, 67 (2), 213-220, 2003
- 104) PINAR G, Algier K. Çolak M. Ayhan A. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 18.3. 2008
- 105) Salant P, Dillman I, Don A, How to Conduct Your Own Survey, John Wiley & Sons, Inc. New York, s. 55. 1994
- 106) İslamoğlu AH, Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Beta Basım, İstanbul, s.150, 2003
- 107) Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R., Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology Health*, 11,431-445
- 108) Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, ve ark. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health*, 17:1-16.

- 109) Aaronson, N.K, Ahmedzai, S, Bergman, B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85: 365-76
- 110) Guzelant A, Goksel T, Ozkok S, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2004 May; 13(2): 135-44
- 111) Kalaycı Ş, SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri, Asil Yayın, s.116, Ankara, 2006
- 112) Saritas SC, Özdemir A, Identification of the correlation between illness perception and anxiety level in cancer patients. *Perspectives in psychiatric care*, 2018
- 113) Beser NG, Öz N. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003;7: 47-58
- 114) Stewart, B. W. K. P, Christopher P. Wild. "World cancer report 2014." *Health* 2017
- 115) Jemal A, Vineis P, Bray F, Torre L, Forman D (Editörler). *Kanser Atlası. İkinci Baskı*. Atlanta, GA: Amerikan Kanser Derneği; 2014
- 116) Abegaz TM, Ayele AA, Gebresillassie BM, Health Related Quality of Life of Cancer Patients in Ethiopia. *Journal of oncology* 2018
- 117) Nair SC, Jaafar H. Jaloudi M. Qawasmeh K. Almarar A. Ibrahim H. Supportive care needs of multicultural patients with cancer in the United Arab Emirates. *ecancermedalscience* 12, 2018
- 118) TOPTAS T. Yıldız I. Yıldız M. Varol U. Bayoğlu IV. Özgüroğlu M. Quality-of-Life in Turkish Cancer Patients: The Impact of Sociodemographic Characteristics, Medical History, and Management. *International Journal of Hematology and Oncology*, 27.4: 023-029. 2014
- 119) Pazarcıkcı F, Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi." Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 5.1: 11-21, 2017

- 120) ÇALIŞKAN T, Duran S, Karadaş A, Tekir Ö. Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 17.1. 2015
- 121) BOZDOĞAN YEŞİLOT, Saliha; ÖZ, Fatma. Kanser Hastalarının Hemşirenin Varlığını Algılamaları. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği, 8.3. 2017
- 122) Alacacioglu A, Öztop I, Yılmaz U, The Effect of Anxiety and Depression on Quality of Life in Turkish Non Small Lung Cancer Patients/Türk Küçük Hücre Disi Akciger Kanser Hastalarında Anksiyete ve Depresyonun Yaşam Kalitesine Etkisi. Turk Toraks Dergisi, 13(2), 50. 2012
- 123) Bülteni, TÜİK Haber. İstatistiklerle Kadın 2016, Sayı: 24643, Mart 2017
- 124) Asian Development Bank. Women in the workforce: An unmet potential in Asia and Pacific. Asian Development Bank, 2015
- 125) Olgun N, Ateş S, kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1(1):67-80, 2014
- 126) Akdemir N, Bektaş HA, kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi, Türkiye Klinikleri J Med Sci 26, 2006
- 127) Tang L, et al. Emotional distress and dysfunctional illness perception are associated with low mental and physical quality of life in Chinese breast cancer patients. Health and quality of life outcomes 15.1: 231, 2017
- 128) Başkale HA, Serçekuş P, Günüşen NP, Kanser Hastalarının Bilgi kaynakları, Bilgi Gereksinimleri ve Sağlık Personelinden Beklentilerinin İncelenmesi. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği 6.2. 2015).
- 129) Pekçetin S, Bumin G. Güngöre T. Tunç S. Kemoterapi alan jinekolojik kanserli hastalarda algılanan aktivite performansının toplumsal katılım ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisi. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. 1:31-40.2013.
- 130) ÇAĞATAY DENİZ, Murat. Ayaktan kemoterapi alan hastalar ve yakınlarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. 2011

- 131) Göl N.D, AŞILAR RH, kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesinin belirlenmesi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 6: 29-39. 2017
- 132) Temiz G, kemoterapi uygulanan kanserli hastalarda yaşam kalitesinin ve sağlık bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2016
- 133) Güngörmüş Z, Erdem ÖB, Kanser hastalarında yaşam kalitesi ve oral mukozit. 2014. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 5 • Sayı: 1 • Ocak 2014
- 134) ÇAPAR, Gülçığ. Kemoterapi gören kanserli hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesis Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2010
- 135) Öztürk E, Radyoterapi Alan Baş ve Boyun Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2011
- 136) Hindistan S. Pekmezci H. Nural N. Güner SG. Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2015
- 137) Yazgan EÖ, kemoterapi alan kanser hastalarında dini inanç ve maneviyatın depresyon düzeyi ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014
- 138) Ovayolu Ö, Seviğ Ü. Ovayolu N. Kemoterapi alan meme kanserli kadınlara uygulanan aromaterapinin semptomlara ve yaşam kalitesine etkisi, 13. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Bildiri Kitabı, 2011
- 139) Sutherland G, Hill D, Morand M, Pruden M, McLachlan S.A. Assessing the unmet supportive care needs of newly diagnosed patients with cancer. European Journal of Cancer Care;18(6):577-84, 2009
- 140) Arpacı V. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Gebe Memnuniyeti, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi. Adana, 1999

- 141) Aksaraylı M, Devebakan N, Sağlık hizmetlerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde servqual skorlarının kullanımı, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1: 40-42. 2003
- 142) Yurt AS, Hemşirelik hizmetlerinin hasta doyumuna üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1999
- 143) Uz MH, Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirme Tecrübeleri, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Yeri. Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1995
- 144) Şendir M, et al. Ortopedi ve travmatoloji hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin deneyim ve memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2012, 20.1: 35-42
- 145) Önsüz MF, Topuzoğlu A. Cöbek UC. Ertürk S. Yılmaz F. Birol S. İstanbul'da bir Tıp Fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi. Marmara Medical Journal, 21(1): 33-49. 2008
- 146) Aksakal T, Bilgili N, Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi; Jinekoloji Servisi Örneği, Erciyes Medical Journal/Erciyes Tıp Dergisi 30.4. 2008
- 147) Findik UY, Unsar S, Sut N, Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics, Nursing & health sciences 12.2: 162-169. 2010
- 148) Bayram Z, Durna Z, Akin S, Quality of life during chemotherapy and satisfaction with nursing care in Turkish breast cancer patients, European Journal of Cancer Care 23.5 : 675-684. 2014
- 149) Akhtari-Zavare M, Abdullah MY. Hassan STS. Said SB. Kamali M. Patient satisfaction: evaluating nursing care for patients hospitalized with cancer in Tehran teaching hospitals, Iran. Global journal of health Science 2.1 : 117. 2010
- 150) Liu Y, Wang G, Inpatient satisfaction with nursing care and factors influencing satisfaction in a teaching hospital in china. Journal Of Nursing Care Quality. 22 (3), 266– 271. 2007

- 151) Iskandarsyah A, de Klerk C. Suardi DR. Soemitro MP. Sadarjoen SS. Passchier J. Satisfaction with information and its association with illness perception and quality of life in Indonesian breast cancer patients, *Supportive Care in Cancer* 21.11 : 2999-3007. 2013
- 152) Tan M, Şahin ZA, Kemoterapi Alan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnun Olma Durumlarının İncelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 12(3). 2009
- 153) Aslan S, ve ark. Hastaların Sağlık Hizmetlerinden ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyetlerinin Belirlenmesi, *TAF Prev Med Bull*; 11(6): 717-724, 2012
- 154) Yılmaz M, Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2:6973. 2001
- 155) Bal R, Eskisehir İlinde Sosyal Sigortalar Kurumu, Devlet ve Üniversite Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi Çerçevesinde Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Ölçülmesi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2001*
- 156) Yılmaz M, Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi, *Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi. Ankara, 2000*
- 157) Uzun G, Mastektomi ameliyatı olan hastalarda postoperatif dönemde hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti ve bireyin sosyodemografik özellikleri ile ilişkisinin değerlendirilmesi, *Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2009*
- 158) Tekin F, Ortopedik cerrahi hastalarının bireyselleştirilmiş bakımı algılama ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi, *Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2011*
- 159) Pehlivan S, Ovayolu N, Uçan Ö, ve ark. Hemodiyaliz Hastalarının Verilen Bakımdan Memnun Olma Durumları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*; 2(4): s.50-56. 2007

- 160) Karadağ M, Çalışkan N, Sarıtaş S, Kronik Bel Ağrısı Olan Hastaların Kullandığı Oldukları Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerinin ve Hastalık Algılarının İncelenmesi, Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing 3.2. 2016
- 161) Karabulutlu E, Okanlı A, Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14( 4): 26-27, 2011
- 162) Yorulmaz H, Tatar A. Saltukoğlu G. Soylu G. Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi, FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi 2 : 367-387. 2013
- 163) Yıldız N, hematolojik maligniteli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörler, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015
- 164) Oktay A, hemodiyaliz hastalarında hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa, 2011
- 165) Ekenler Ş, Kronik obstrüktif akciğer hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörler, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2017
- 166) Bağcıvan G, Tanrıver E, Kılıç B, Kronik Kalp Damar Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının İncelenmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 21(2), 89-96, 2018
- 167) Pinar G. Algier L. Colak M. Ayhan A. Quality of life in patients with gynecologic cancer, International Journal of Hematology and Oncology 27.4: 141-149. 2008
- 168) Kav S, Yuce S, Bakar M, Algier L, Ozyılkan O. Palliative care needs of the patients with advanced cancer in Turkey. 20th MASCC International Symposium Supportive Care in Cancer Online Symposium Book. P240; June 28-30, St. Gallen, Switzerland, 2007
- 169) Pandey M. Sarita G. Devi N. Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. World J of Surgical Oncology;4: 68-74. 2006



- 170) Lerner D, Levine S, Malspeis S. Job Strain and Health-Related Quality of Life in a National Sample. *Am J Public Health* ;84:1580-1585. 1994
- 171) Lerner D, Levine S, Malspeis S. Job Strain and Health-Related Quality of Life in a National Sample. *Am J Public Health* ;84:1580-1585. 1994
- 172) Altıparmak S, Eser E. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Yaşam Kalitesi. *Aile ve Toplum Dergisi* ;3:29-33. 2007
- 173) Alacacıoğlu A, Yavuzşen T, Diriöz, M. ve ark. Changes in Anxiety Levels Patients with Cancer Receiving Chemotherapy. *International Journal of Hematology and Oncology*;2:17-19. 2007
- 174) Yan H, Sellick K, Quality of Life of Chinese Patients Newly Diagnosed with Gastrointestinal Cancer: A Longitudinal Study, *International Journal of Nursing Studies*, 41(3): 309-319. 2004
- 175) Mishel M, Sorenson DS. Coping with uncertainty in gynecological cancer: A test of the mediating functions of mastery and coping. *Nurs Res* 40: 167-171, 1991
- 176) Tahmasebi M, Yarandi F, Eftekhar Z, et al. Quality of life in gynecologic cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 8:591-592, 2007
- 177) Lıs CG, Cambron JA, Grutsch JF, Granıck J, Grupda D, Self reported quality of life in users and nonusers of dietary supplements in cancer. *Supportive Care in Cancer*, 14:193-199. 2006
- 178) Yıldız İ, Kanser hastalarında tamamlayıcı-alternatif tıp kullanımı. Uzmanlık Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç hastalıkları Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006
- 179) Gürel DK, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Devlet Hastanesi Erişkin Onkoloji Hematoloji Kliniklerinde kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi., Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2007
- 180) Üstündağ S, Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Semptom Yönetiminde Kullandıkları Tamamlayıcı Tedavi Yaklaşımlarının Yaşam

Kalitesine Etkisi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013

- 181) Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D, Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 21(1): 13-31. 2005
- 182) Selvi ÖZ, Kemoterapi Alan Hematolojik Malignansili Hastalarda Yaşam Kalitesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006
- 183) Kang E, Yang EJ, Kim SM, Chung Y, Han SA, KU DH, NOM AJ, Yang JH, Kim SW, Complementary and alternative medicine use and assessment of quality of life in korean breast cancer patients: a descriptive study. Support care cancer, 20:461-473, 2012
- 184) Yeter K, Koşgeroğlu N. Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. İzmir. 2007
- 185) Mellon S, Northouse LL, Weiss LK. A Population-Based Study of the Quality of Life of Cancer Survivors and Their Family Caregivers. Cancer Nurs;29(2):120-131. 2006
- 186) Touwen B, Schuurmans M, Monninkhof EM, et al. Patient and disease characteristics associated with activation for self-management in patients with diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure and chronic renal disease: a cross-sectional survey study. PLoS One;10(5):e0126400. 2015
- 187) Çoban Gİ, Hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi,16.63: 165-171. 2008
- 188) Tekin H, Polat Ü, Kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algısı ve bakımlarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi, 28(1). 2018

- 189) Llewellyn CD. Horne R. McGurk M. Weinman J. Development and preliminary validation of a new measure to assess satisfaction with information among head and neck cancer patients: the satisfaction with cancer information profile (SCIP). *Head & neck*, 28.6: 540-548. 2006
- 190) Andaleeb S. Service quality perceptions and patients satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine*; 52: 1359-1370. 2001
- 191) Cerit B, Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyi, *Journak Of Hacettepe University Faculty Of Nursing*, 3(1), 27-36. 2016
- 192) Acaroğlu R, Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(59), 61-67. 2007

## 10-EKLER

EK-1 Hasta Bilgi Formu

EK-2 Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Ölçeği

EK-3 Hastalık Algısı Ölçeği

EK-4 Yaşam Kalitesi Ölçeği

EK-5 Katılımcı Onay Formu

EK-6 Kurum İzni

EK-7 Ölçek İzinleri



Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak olup sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Katılımınızda gönüllük esastır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı Ebru KARACA

## EK-1

### HASTA BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:  Kadın  Erkek
3. Medeni durumunuz:  Evli  Bekar
4. Eğitim Durumunuz:  
 İlkokul-Okuryazar  Ortaokul  Lise  Üniversite  Yüksek Lisans/Doktora
5. Mesleğiniz:  Memur  İşçi  Serbest Meslek  Ev Hanımı  Emekli  Öğrenci  Diğer
6. Çalışma Durumunuz:  Çalışmıyorum  Çalışıyorum
7. Sağlık güvenceniz:  Var  Yok
8. Sizce gelir durumunuz:  İyi  Orta  Kötü
9. Hastalığınızın tanısı nedir ? : .....
10. Hastalığın süresi : .....
11. Hastalığın evresi : .....
12. Kaçınıcı tedavinizi alıyorsunuz? .....
13. Herhangi bir ek hastalığınız var mı ? .....
14. Hemşirelerden tedavi ve bakımınıza ilişkin beklentiniz nedir ?  
.....  
.....
15. Sizce hemşirelerden aldığımız hizmet yaşam kalitenizi ve hastalığınız hakkındaki görüşlerinizi etkiliyor mu ?  
 Evet  Hayır
16. 15. Soruya cevabınız evet ise nasıl etkilediğini açıklar mısınız ?  
.....  
.....
17. Siz hemşire olsaydınız hastalara yaklaşımınız nasıl olurdu ?

## HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

Sayın Katilmer: aşağıdaki sorular hastanede kaldığınız süre içinde aldığınız hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinizi öğrenmemize yardımcı olacaktır. Her soru için lütfen tek bir rakama daire içine alarak, her cümle ile ilgili memnuniyet derecenizi belirtiniz. Hastanede/ serviste yattığınız zaman dikkate alarak aşağıdaki konularda neler düşündüğünüzü belirtiniz.

	Hizmetin uygun değildir	Memnuniyetim orta düzeyde memnuniyetim	Çok memnuniyetim	Tamamen memnuniyetim	
1. Hemşirelerin size ayırdığı zamanın miktarından	1	2	3	4	5
2. Hemşirelerin işlerindeki becerikliliğinden	1	2	3	4	5
3. Her an sizinle ilgilenecek bir hemşirenin yakınızda bulunmasından	1	2	3	4	5
4. Hemşirelerin sizin bakımınıza ilgili sahip olduğu bilgi düzeyinden	1	2	3	4	5
5. Çağrıldığınızda hemşirelerin hemen gelmelerinden	1	2	3	4	5
6. Hemşirelerin sizi kendi evinizdeymiş gibi hissettirmelerinden	1	2	3	4	5
7. Hemşirelerin size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi vermelerinden	1	2	3	4	5
8. Hemşirelerin iyi olup olmadığının yeterli sıklıkla kontrol etme durumundan	1	2	3	4	5
9. Hemşirelerin size yardımcı olmalarından	1	2	3	4	5
10. Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	1	2	3	4	5
11. Hemşirelerin akıllıca ya da akademyenlikle rahatlatma biçiminden	1	2	3	4	5
12. Hemşirelerin işlerini yapma konusundaki tutumlarından	1	2	3	4	5
13. Hemşirelerin durumunuz ve tedavinizle ilgili olarak size verdikleri bilginin yeterliliği	1	2	3	4	5
14. Hemşirelerin size önemli bir insan gibi davranmalarından	1	2	3	4	5
15. Hemşirelerin endişe ve korkularınızın dinleme biçiminden	1	2	3	4	5
16. Serviste size tutulan serbestliğin miktarından	1	2	3	4	5
17. Hemşirelerin sizin bakımınıza ve tedavinize ilgili isteklerinize gönüllü yanıt vermelerinden	1	2	3	4	5
18. Hemşirelerin mahremiyetinize gösterdikleri saygıdan	1	2	3	4	5
19. Hemşirelerin sizin bakımınıza ve tedavinize ilgili gereksinimlerinizin farkında olmalarından	1	2	3	4	5

## HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

İsim:

Tarih:

### HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

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

	<i>Hastalığınızın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>		<i>Bu belirti hastalığınızla ilgili</i>	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
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 solunum	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

Ŗu anki hastalığınızla ilgili g6r6Ŗlerinizi 6đrenmek istiyoruz. Her bir c6mleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili d6Ŗ6ncenizi uygun kutuya (X) iŖareti koyunuz..

1. Kesinlikle b6yle d6Ŗ6nm6yorum

4. B6yle d6Ŗ6nm6yorum

2. B6yle d6Ŗ6nm6yorum

5. Kesinlikle b6yle d6Ŗ6nm6yorum

3. Kararsızım

HASTALIK HAKKINDAKİ G6R6ŖLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa s6recek					
2. Hastalığım muhtemeln ge6ici olmaktan 6ok kalıcı					

3. Bu hastalık uzun s6recek					
4. Bu hastalık 6abuk ge6ecek					
5. YaŖamımın geri kalan s6resini bu hastalıkla ge6ireceğimi d6Ŗ6nm6yorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaŖamımın 6zerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaŖamımı 6ok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakıŖ a6ıllarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonu6ları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek i6in yapabileceğim 6ok Ŗey var					
13. Yaptığım Ŗeyler hastalığımın iyiye ya da k6t6ye gidiŖinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hi6bir Ŗey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme g6c6m var					
17. Yaptıkları 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 günden 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 oluyor					
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					

## HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

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

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtıl (ırsı)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişteki 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					
Yaşlanma					
Alkol					

Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastahğinıza neden olduğumu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.



## EK-4



### EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

Siz ve sağlığınız hakkında bazı Őeylerle ilgilieniyoruz. Lutfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların "doğru" veya "yanlığ" yanıtı yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

Lutfen ad ve soyadınızın başharflerini yazınız:

|| | | | |

Doğum guntünüz (Gün, Ay, Yıl):

|| | | | | | | | | | |

Bugünkü tarih (Gün, Ay, Yıl):

31 || | | | | | | | | | |

		Hiç	Biraz	Olduğuğa	Çok
1.	Ağır bir alyıveriğ torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken guctluk çeker misiniz?	1	2	3	4
2.	Uzun bir yürütüğü yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3.	Evin dışında kısa bir yürütüğü yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4.	Güntün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geğirmeye ihtiyağınız oluyor mu?	1	2	3	4
5.	Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyağınız oluyor mu?	1	2	3	4
<b>Geçtiğimiz hafta zarfında:</b>		<b>Hiç</b>	<b>Biraz</b>	<b>Olduğuğa</b>	<b>Çok</b>
6.	İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7.	Boğ zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8.	Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9.	Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10.	Dinlenme ihtiyağınız oldu mu?	1	2	3	4
11.	Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12.	Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13.	İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14.	Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15.	Kustunuz mu?	1	2	3	4

Lutfen arka sayfaya geçiniz

Geçtiğimiz hafta zarfında:		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
16.	Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17.	İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18.	Yorulduunuz mu?	1	2	3	4
19.	Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20.	Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21.	Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22.	Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23.	Kendinizi kuzgu hissettiniz mi?	1	2	3	4
24.	Buzalma girdiniz mi?	1	2	3	4
25.	Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>akile</u> yaşantınıza engel oluyordu mu?	1	2	3	4
27.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluyordu mu?	1	2	3	4
28.	Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa dönüşenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen haftaki sağlığını genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Çok kötü

Mükemmel

## EK-5

### KATILIMCI ONAY FORMU

#### Sayın KATILIMCI,

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, kemoterapi alan kanser hastalarının hemşirelik bakımı memnuniyetinin yaşam kalitesi ve hastalık algısına etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmada hasta bilgi formu, hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeği, yaşam kalitesi ölçeği ve hastalık algısı ölçeği tarafınızdan tamamlanacaktır.

Araştırmanın sizin için beklenen yararları sağlık çalışanlarına bilgi sağlamadır.

Bu araştırma ile ilgili olarak doğru bilgi vermek sizin sorumluluğunuzdur. Araştırma sizin için herhangi bir risk taşımamaktadır. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi çalışmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, için **05350418541 no.lu telefondan Ebru KARACA'ya** başvurabilirsiniz.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

#### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu çalışmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Araştırmaya katıldığınız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Gönüllünün

Adı / Soyadı

Telefon no

İmzası

Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı / Soyadı

İmzası

Tarih

Gerekiyorsa Yasal Temsilcinin

Adı / Soyadı

İmzası

Tarih

EK-6



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

E-İmzalıdır

Sayı : 31034136-302.08.01-E.1295  
Konu : Ebru KARACA  
Araştırma İzni

28/07/2016

**MEDİPOL MEGA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE**

Enstitümüzün Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ebru KARACA'nın, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "*Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Hemşirelik Bakım Memnuniyetinin Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi*" isimli tez çalışması kapsamındaki çalışmalarını 01 Ağustos 2016 - 01 Şubat 2017 tarihleri arasında Hastanemiz Onkoloji Polikliniği, Hematoloji Polikliniği, Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ve Kemik İliği Nakli Ünitesi'nde yapmaları konusunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ  
Müdür

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Nesrin EMEKLİ tarafından 28.07.2016 tarihinde e-İmzalanmıştır. Evrakın <https://ebyz.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 017BF9E2XE kodu ile doğrulayabilirsiniz.

**İstanbul Medipol Üniversitesi**

Kavacak Mah. Ekinçiler Cad.No:19 Kavacak Karesi 34810  
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44  
İnternet: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)  
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto: bilgi@medipol.edu.tr)

98

0

111



## EK-7

Merhaba Ebru,  
Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeğini tez çalışmada kullanabilirsin.  
Ölçek ve ilgili değerlendirme önerileri ile birlikte puan aralığını farklı değerlendiren bir makale de ektedir.  
Çalışmada başarı dilekleriyle,  
İyi günler dilerim.

Prof. Dr. Özge UZUN  
Necdet Doğanata Yerleşkesi, Sağlık Bil.Fak.  
Zbeyde Hanım Mah. Başpehlivan Karaali Cd. No:379  
Örnekköy/Karşıyaka, 35570/İZMİR  
Tel:0 232 372 3535-3006 ya da 3008  
E-Mail:ozge.uzun@izmir.edu.tr

**Kimden:** Ebru KARACA [ekaraca@st.medipol.edu.tr]

**Gönderildi:** 23 Haziran 2016 Perşembe 05:40

**Kime:** Ozge Uzun

**Konu:** ÖLÇEK İZNI

Sayın Nalan GÖRDELES BEŞER,  
Ben İstanbul Medipol Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Ebru KARACA. Aaronson ve arkadaşları tarafından geliştirilen, siz ve Fatma OZ tarafından geçerlilik güvenirliğini yaptığınız EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğini tez çalışmada izninizle kullanmak istiyorum. Sizin için uygunsa uyarlanmış halini malime atarım memnun olurum. Cevabınızı bekliyorum. Saygılarımla

nalan beser <nalanbeser@hotmail.com>

Alıcı: bana

5.07.2016

Merhaba Ebru hanım,  
Geç yanıt verdiğim için çok özür dilerim. Ölçekle ilgili dokümanlarım okulda olduğu sana yanıt veremedim. Eski emailleirimden şimdi buldum. Sana gönderiyorum. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğini tezinde kullanabilirsin. Araştırmalarında başarılar dilerim. ölçek ve değerlendirmesi ektedir.  
Yrd.Doç.Dr. Nalan GÖRDELES BEŞER

Zeynep Armay <info@zeyneparmay.com>

Alıcı: bana

Memnuniyetle, ölcegi orijinal sitesinde bulabilirsiniz.  
Kolaylıklar,

Dr. Zeynep Armay  
Klinik Psikolog/Psiko-onkolog

[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

## 11-ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.9278  
Konu : Etik Kurulu Kararı

23/06/2016

### Sayın Ebru Karaca

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Hemşirelik Bakımı Memnuniyetinin Yaşam Kalitesi ve Hastalık Algısına Etkisi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

EK:  
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doc. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 23.06.2016 tarihinde e-İmzalanmıştır.  
Evrakımız <http://eys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 26D900CAX1 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacak Mah. Ekinçiler Cad.No:19 Kavacak Karesi 34810  
Beşiktaş/İSTANBUL

Tel: 444 85 44  
İnternet: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)  
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto: bilgi@medipol.edu.tr)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	21.06.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	21.06.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	<b>Karar No: 355</b>		<b>Tarih: 22/06/2016</b>			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma



İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Hemşirelik Bakımı Memnuniyetinin Yaşam Kalitesi ve Hastalık Algısına Etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Ebru Karaca			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Yüksek Lisans Öğrencisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

## 12-ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	EBRU	<b>Soyadı</b>	KARACA
<b>Doğum Yeri</b>	BAKIRKÖY	<b>Doğum Tarihi</b>	16.11.1993
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>TC Kimlik No</b>	
<b>E-mail</b>	<a href="mailto:ekaraca@st.medipol.edu.tr">ekaraca@st.medipol.edu.tr</a>	<b>Tel</b>	

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Lisans</b>	İstanbul Medipol Üniversitesi	2015
<b>Lise</b>	Bayrampaşa Sağımalcılar Lisesi	2011

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl-Yıl)</b>
1.Hemşirelik	Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2018-
2.Hemşirelik	Medipol Mega Üniversite Hastanesi	2015-2018

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama*</b>	<b>Konuşma*</b>	<b>Yazma*</b>
İNGİLİZCE	ORTA	ORTA	ORTA

### Bilgisayar Bilgisi

<b>Program</b>	<b>Kullanma Becerisi</b>
SPSS	Orta
Microsoft Office Programları	İyi