



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

MESANE, PROSTAT, TESTİS KANSERLİ ERKEK HASTALARDA
HASTALIK ALGISI, BEDEN ALGISI, BENLİK SAYGISININ
BELİRLENMESİ

SELİN GÜMÜŞTAŞ

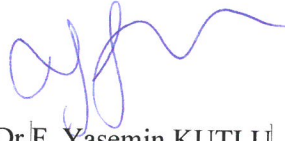
PROF. DR. F. YASEMİN KUTLU

RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2019

Bu çalışma 16.04.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

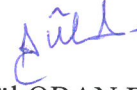
TEZ JÜRİSİ



Prof. Dr. F. Yasemin KUTLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Dr. Öğr. Üyesi Gül OBAN DİKEÇ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

[.....]

[.....]

BEYAN

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

Selin Gümüştas(İmza)



İTHAF

Babama ithaf ediyorum...

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında benimle bilgi ve deneyimini paylaşan, benden yardım ve desteğini esirgemeyen, bana rehberlik eden Tez Danışmanım Prof. Dr. Yasemin Kutlu'ya, ilgi ve yardımlarıyla tezime katkıda bulunan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri Prof. Dr. Sevim Buzlu, Doç. Dr. Leyla Küçük, Doç. Dr. Hülya Bilgin'e

Tez sürecinde benden yardımlarını esirgemeyen dostlarım Lütfiye Kaşka'ya, Araş. Gör. Nicole Esmeray'a

Tez sürecimde beni destekleyen eşim Çağdaş Özdemir'e, kardeşim Ekin Deniz Gümüştaş'a, manevi kardeşim Aslı Arıcan'a

Her zaman koşulsuz sevgi, ilgi, şefkat ve destek gösteren annem Gülcihan Çabuk Gümüştaş'a ve babam Musa Gümüştaş'a

Varlığıyla bana güç veren canım kızım Doğa Özdemir'e

Araştırma verilerinin toplanmasında katkı sağlayan tüm hastalara teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	İX
ÖZET	X
ABSTRACT.....	Xİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Mesane Kanseri.....	4
2.2. Prostat Kanseri	5
2.3. Testis Kanseri	6
2.4. Mesane, Prostat, Testis Kanserine Özgü Psikososyal Sorunlar	7
2.4.1. Beden Algısı	8
2.4.2. Benlik Saygısı	9
2.4.3. Hastalık Algısı	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
3.1. Araştırmanın Şekli	14
3.2. Araştırmanın Değişkenleri	14
3.3. Araştırma Soruları.....	14
3.4. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	14
3.5. Araştırmanın Evreni.....	14
3.6. Araştırma Süreci	15
3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	15
3.7.1. Hasta Bilgi Formu.....	15
3.7.2. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği	15

3.7.3. Beden Algısı Ölçeği.....	16
3.7.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	16
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	17
3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi	17
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	18
4. BULGULAR.....	19
5. TARTIşMA	27
6. SONUÇLAR.....	38
7.ÖNERİLER.....	40
KAYNAKLAR	41
FORMLAR	53
ETİK KURUL KARARI	62
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	68
ÖZGEÇMİş	69

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4-1: Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı.....	19
Tablo 4-2: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı.....	20
Tablo 4-3: Hastalık Algısı Nedenlerine Göre Dağılım.....	21
Tablo 4-4: Hastaların KHAÖ, BAÖ, RBSÖ Puan Ortalamaları.....	22
Tablo 4-5: Hastaların Bireysel Özellikleriyle KHAÖ, BAÖ, RBSÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	23
Tablo 4-6: Hastaların Hastalık Özellikleriyle KHAÖ, BAÖ, RBSÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	24
Tablo 4-7: KHAÖ, BAÖ, RBSÖ Ölçek Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	26

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

- TUR:** Transuretral Rezeksiyon
PSA: Prostat Spesifik Antijeni
ABD: Amerika Birleşik Devletleri
KHAÖ: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği
IPQ: Illness Perception Questionnaire
ARGE: Araştırma-Geliştirme
SPSS: Statistical Package for Social Sciences
IBS: İrritabl Bağırsak Sendromu
KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
DM: Diyabetes Mellitus
MS: Multipl Skleroz

ÖZET

Gümüştaş, S. (2019). Mesane, prostat, testis kanserli erkek hastalarda hastalık algısı, beden algısı, benlik saygısının belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans. İstanbul.

Bu araştırma, mesane, prostat ve testis kanserli erkek hastalarda hastalık algısı, beden algısı ve benlik saygısı düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma tipinde gerçekleştirildi. Araştırmanın Evrenini İzmir’de bir Üniversitenin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, Üroloji Poliklinikleri, Tıbbi Onkoloji Polikliniği, Radyasyon Onkolojisi Polikliniğine başvuran mesane, prostat, testis kanseri tanısı almış, 18 yaş üstü, 96 erkek hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen anket formu, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, Beden Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile toplandı. İstatistiksel analiz için SPSS (Statistical Package for Social Sciences-Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı) 20,0 paket programı kullanıldı. Araştırmaya katılan hastaların Kısa hastalık algısı ölçeği toplam puan ortalaması $41,0 \pm 7,7$, Beden algısı ölçeğinin ortalama toplam puanı $125,5 \pm 25,8$, Rosenberg benlik saygısı ölçeğinin toplam puanı $1,7 \pm 1,4$ olarak saptandı. Hastaların ölçek ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında sadece Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği toplam puanıyla Beden Algısı Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönlü ($r:0,002$), zayıf istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlendi. Sonuç olarak; mesane, prostat, testis kanserli erkek hastaların beden algısı, olumsuz olarak etkilenmektedir. Bu nedenle bu hastalarda hastalık algısı, beden algısı ve benlik saygısı düzeyleri belirli aralıklarla değerlendirilmeli, riskli gruplara daha fazla dikkat edilmelidir. Ayrıca, alışmayan erkek hastaların hastalık algısı açısından daha fazla desteğe ihtiyaç duyduğu göz önüne alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: hastalık algısı, beden algısı, benlik saygısı, erkek hasta, kanser

ABSTRACT

Gumustas, S. (2019). Determination of illness perception, body image, self-esteem levels in male patients with bladder, prostate, testicular cancer. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Psychiatric Nursing. Doktora Tezi. İstanbul.

This research was carried out in descriptive and relational research type in order to determine the perception of disease, body perception and self-esteem levels and related factors in male patients with bladder, prostate and testicular cancer. The population of the study consisted of 96 male patients over 18 years of age who were diagnosed as bladder, prostate and testicular cancer who applied to Radiology Oncology outpatient clinic. The data of the study were collected by the researcher, a questionnaire developed in accordance with the literature, Brief Illness Perception Questionnaire, Body Image Scale, Rosenberg Self Esteem Scale. For statistical analysis SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 package program was used. The mean total score of the patients was 41.0 ± 7.7 , the mean total score of the body perception was 125.5 ± 25.8 , and the total score of the Rosenberg Self Esteem Scale was 1.7 ± 1.4 . When the relationship between the mean scores of the patients, only Rosenberg Self Esteem Scale total score and the Body Image Scale total score were positive ($r:0.002$), a weak statistically significant relationship was determined. As a result; bladder, prostate, testicular cancer, male patients body perception is adversely affected. Therefore, in these patients, the perception of disease, body perception and self esteem levels should be evaluated at regular intervals and more attention should be paid to risky groups. It should also be considered that male patient who do not work need more support in terms of disease perception.

Key Words: illness, body image, self esteem, male patient, cancer

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hastalık, biyolojik, ruhsal, sosyal boyutlarıyla kişinin yaşamını etkileyen önemli bir varoluşsal krizdir. Kişilerin fizyolojik ve psikolojik bütünlüğünü tehdit eden, bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilere sebep olan çok boyutlu bir durumdur (Biol, 2004; Kocaman, 2005; Okanlı ve ark., 2006).

Tam olarak tedavi edilemeyen ve iyileşme göstermeyen uzamış durumlar ise kronik hastalık olarak tanımlanmaktadır. Dünyada ölümlerin ve sakatlıkların en önemli sebeplerinden olan kronik hastalıklar, 2008 yılında meydana gelen ölümlerin yaklaşık üçte ikisini oluşturmuş; 57 milyon ölümden 36 milyonu kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet ve kronik akciğer hastalıklarının dahil olduğu bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmıştır.

Yine dünyada her yıl 10 milyonun üzerinde kişi kanser tanısı almaktadır. Ülkemizde de kansere bağlı ölümler ilk sıralarda yer almaktadır. Ölüm nedeni istatistikleri incelendiğinde; kanser tüm ölümlerin yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır. Kanser, 2015 yılı içerisinde 49,946 erkek, 27,022 kadının ölümüne neden olmuştur. 2014 yılı kanser istatistiklerine göre ülkemizde 96,213 erkeğin ve 67,203 kadının kansere yakalandığı tahmin edilmektedir (Türkiye Kanser İstatistikleri 2017; Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, 2013).

Kanser, psikosozal sorunların en fazla gözlemlendiği durumlardan biridir. Uzun dönemde görülen psikosozal etkiler yorgunluk, uyku bozukluğu, cinsel işlev bozuklukları, bilişsel ve işlevsel alanda sınırlılık yaşanması, psikolojik sıkıntı ve psikiyatrik bozukluklar sayılabilir (Bağ, 2013; Barber, 2012; Özyurt, 2007).

Birey kanser tanısı aldığı anda ölüm düşüncesiyle yüzleşerek, ölümlülüğünün farkına varır ve hastalığın olası sebeplerini, varolan alışkanlıklarını, hastalığın neden başına geldiğini, yaşamında inandığı ve oluşturduğu değerlerini, ilkelerini, gelecekle ilgili hedeflerini sorgulamaya başlamaktadır. Bu sorgulama hastalığı anlamlandırma sürecini başlatarak bireyin deneyimlerini kullanarak gelecek yaşantısını şekillendirecek tercihler yapmasına yol açabilecektir (Hallaç&Öz,2011).

Yapılan çalışmalarda, kanser hastalığına atfedilen anlamın ve algının farklı toplumlarda değişiklik gösterdiği, hastaların sosyodemografik, kültürel ve hastalık

özelliklerinin hastalık algısında belirleyici olduğu belirtilmiştir. Hastanın kanserine karşı tutumu, kanserin olduğu organ, hastanın kansere karşı olan davranışı, içinde yaşadığı toplumun kültürel, sosyal yapısı, kişinin eğitim seviyesi ve ekonomik durumu ile yakından ilgilidir (Karabulutlu&Karaman, 2015).

Literatürde kanser türlerinin tüm yaş gruplarındaki oranı incelendiğinde kadınlarda meme kanseri (%24,9), erkeklerde ise trakea/bronş/akciğer kanserleri (%21,1) ilk sırada yer almaktadır. Yine tüm yaş gruplarında erkeklerde ikinci sırada görülen kanser türü %12,7 ile prostat; dördüncü sırada ise %7,7 ile mesane kanseridir Testis kanserleri ise 15-24 yaş grubunda %24,8 ile birinci sırada yer almaktadır (Türkiye Kanser İstatistikleri 2017).

Kanser türleri içinde cinsiyete özgü kanserler daha öznel bir anlama sahiptir ve birey için daha fazla güçlüğü neden olabilir. Erkeklere özgü oluşan ürolojik kanserler cinselliği sembolize eden organlara, beden algısına ve benlik saygısına karşı tehdit oluşturur ve hastalığın algılanmasını olumsuz olarak etkiler. Özellikle, cerrahi müdahaleler, hormon tedavileri, kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri (ereksiyon problemleri, inkontinans, infertilite, empotans, idrar fonksiyonlarında bozulma vb.) erkek hastalar için kaygı uyandıran durumlardır. İleri yaşta olsa bile bir erkek için, bu değişimlere ek olarak beden görünümünün değişmesi (vücut kıllarının dökülmesi, kilo değişimleri vb..) cinsel aktiviteye yönelik ilgisizlik, orgazma ulaşmada yetersizlik, kendilik değeri kaybı, korku, kaygı, depresyon, yorgunluk belirtilerini yaşamak aile içi ve sosyal rollerine ilişkin değişimlere yol açmaktadır. Erkeklik algısı, üreme fonksiyonunda bozulma, cinselliğin olumsuz etkilenmesi beden algısının olumsuz değişimi hastaları olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalar kendilerini karşı cins tarafından çekici bulunmayacaklarını, kocalık ya da ebeveynlik rollerini yerine getiremeyeceklerini düşünerek kaygılanabilmekte ve benlik saygıları da azalmaktadır. (Açıkgöz,2007; Akechi ve ark., 2001; Algier&Kav,2008; Drummond& Gough 2018; Elbi,2008; Ferreira ve ark., 2017; Hallaç & Öz,2011; Karabulutlu& Tan,2005;Kiss&Meryn,2001; Mercedante ve ark.,2010; Jakobsson ve ark.;2001; Johnson,2004; Reis ve ark.,2010; Yang ve ark.,2016; Wittmann ve ark.,2009). Literatür incelendiğinde mesane, prostat, testis kanserli erkek hastalarda hastalık algısı, beden imajı, benlik saygısını belirlemeye yönelik çalışmalar sınırlıdır (Drummond & Gough, 2018).

Bu çalışma, mesane, prostat veya testis kanserli erkek hastalarda hastalık algısı, beden algısı ve benlik saygısı düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Prostat, mesane ve testis kanserli erkek hastaların hastalık algıları, beden imajı düzeyleri ve benlik saygısı düzeyleri ve hastaların sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi, ihtiyaçların tespit edilmesi hemşirelik bakımının geliştirilmesi açısından önemlidir.



2. GENEL BİLGİLER

Ülkemizde kanser, önemli bir sağlık sorunudur. Türk toplumunda, genitorüiner kanserlerin yerleşimleri, görülme sıklığı olarak prostat, mesane, testis, böbrek, üreter ve böbrek pelvisidir. Erkek kanser hastaları baz alındığında sıralama prostat, mesane, böbrek, testis, üreter ve böbrek pelvisi şeklindedir (Aydın,2007).

2.1. Mesane Kanseri

Mesane kanserleri en sık görülen tümörlerdendir. İstatistiklere göre erkeklerde, sırasıyla prostat, akciğer ve kolon kanserinden sonra 4. sıklıkta görülmektedir. Tüm kanserlerin %10 unu oluşturmaktadır (Türkiye Kanser İstatistikleri 2017). Erkeklerde kadınlardan 2,5 kat daha fazla görülmektedir. Her yaşta görülebilmesine rağmen orta ve ileri yaşta görülme sıklığı fazladır. Genç insanlarda yüzeysel tümörlere daha fazla rastalandığı için prognoz çok daha iyidir. Tedavi edilmeyen invaziv mesane kanserlerinin %85'lik kısmı iki yıl içinde ölmektedir. Sistektomi sonrası 10 yıl içinde sağ-kalım %50-66 dolayındadır (Stein&Skinner,2006; Queck ve ark.,2005).

Bulgular mesane kanserinin oluşumunda en önemli risk faktörünün sigara olduğunu göstermektedir. Tütün kullanma mesane kanseri gelişme riskini 2-3 kat arttırmaktadır. Mesleki faktörler de mesane kanseri gelişmesinde önemlidir ve mesane kanserlerinin %5-25'inin iş yerlerindeki karsinojenlere maruz kalma sonucu geliştiği öngörülmektedir. Aile öyküsü ve genetik yatkınlık da risk faktörlerindedir. Mesane kanserli hastaların birinci derece yakınlarında kansere yakalanma riski, ailesinde mesane kanseri olmayanlara oranla iki kat daha fazladır. Kronik irritasyon ve enfeksiyon, mesane kanseri gelişme riskini yükseltir. Kronik foley sondalı hastalar, 10-20 kat daha fazla mesane kanseri gelişme riskine sahiptir (Hanno ve ark, 2009; Negri,2002; Olfert ve ark.,2006).

Mesane kanserinin tedavisinde belirli aralıklarla tekrarlanan TUR-tümör girişimleri uygulanır. Kasa invaze olmuş ya da diğer doku ve organlara yayılmış mesane kanserinin tedavisinde ise radikal sistektomi, parsiyel sistektomi, radyasyon tedavisi, TUR veya TUR, kemoterapi ve radyasyon tedavisi bir protokol çerçevesinde kombine tedavi olarak uygulanır (Hanno, Malkowicz, & Wein, 2009).

2.2. Prostat Kanseri

Dünyada her yıl 1.100.000'den fazla yeni olgu sayısı ve 300.000 ölüm sayısı ile erkeklerdeki en yaygın olan kanser türüdür. Akciğer kanserinden sonra ikinci ölüm sebebidir. Gelişmiş ülkelerde insidansı hızlı şekilde artmaktadır. Son 20 yılda hastalık ile ilgili bilinç önemli derecede artmış, bu da erken tanıda önemli rol oynamıştır. Prostat kanseri ağrısız olmasından ötürü erken evrelerde belirti vermeyen, uzun süreli gecikmelerde mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalıktır (Malkowicz ve ark.,2009; Hanno ve ark, 2007).

Prostat kanseri 50 yaş üzerinde en az %30'a ulaşabilmekte, 80'li yaşlarda %70'i aşmaktadır. Afrika kökenli Amerikalılarda daha erken yaşlarda görüllebilmektedir (Malkowicz ve ark, 2009; Ocak ve ark.,2007; <http://kanser.gov.tr/Dosya/afis/ProstatKanseri.pdf>, Erişim Tarihi: Mayıs 2017 ; Türkiye Kanser İstatistikleri 2017). Kuzey ülkelerinde hastalık daha sık görülmekte olup bu durumun düşük D vitamini düzeyiyle ilgili olduğu sanılmaktadır. (Malkowicz ve ark,2009). Genellikle 60 yaş üzerinde teşhis konmaktadır. Yüksek prevalansından dolayı 1990'ların başında prostat spesifik antijenin (PSA) tümör belirleyici olarak kullanılmaya başlaması, erken evrede tanılanmasına olanak sağlayarak mortalitenin düşmesini sağlamıştır. Erken evre prostat kanserinde 10 yıllık sağkalım oranı %98'lere ulaşmıştır. Prostat kanserinin kesin nedenleri bilinmemekle birlikte birinci derece akrabalarında prostat kanseri olan kişilerde, hastalık görülme riski 2 kat artar. Birinci derece akrabalarda 3 adet prostat kanseri varsa risk 9 katına çıkmaktadır. (Hanno ve ark, 2007). Yaş ilerledikçe risk artar. Doymuş yağdan ve kırmızı etten zengin, sebze ve meyveden fakir diyet prostat kanseri riskini arttırabilir (Ocak ve ark.,2007; Tarone ve ark.,2000 <http://kanser.gov.tr/Dosya/afis/ProstatKanseri.pdf>, Erişim Tarihi: Mayıs 2017; Türkiye Kanser İstatistikleri 2017).

Prostat kanserinin kesin nedeni bilinmemekle birlikte genetik ve çevresel faktörlerin hastalığın gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir (Özdemir, 2013). Prostat kanseri ile ilişkili olabilecek 9'dan fazla gen tanımlanmış olup genetik ilişkinin %5-10 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Ailesinde prostat kanseri öyküsü olan hastaların bir kısmında 1. kromozom, 17. Kromozom ve X kromozomunda genetik değişiklikler gözlenmiştir. Ayrıca İsveç ve Amerikada prostat kanseri görülme riski yüksek olan ailelerde HPC1 geni saptanmış olup, bu geni taşıyan ailelerde prostat

kanserinin daha erken yaşlarda görüldüğü, 5'den fazla aile bireyini etkilediği belirlenmiştir. (Lescp,1996; Özdemir, 2013; www.cancer.org,2018: Erişim Tarihi: Temmuz 2018)

Afrika'da ve Asya'da yaşayan erkeklerin prostat kanseri insidansının ABD'de yaşayan Afrikalı ve Asyalı erkeklerinkinden daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu fark diyet ve çevresel faktörlerin etkisini göstermektedir. (Carter ve ark,1993). Diyetle hayvansal gıdaların yüksek oranda bulunması prostat kanseri riskinin artmasına sebep olmaktadır. Selenyum ve E vitamini, soya ürünleri, likopen gibi karotenoidlerin alımı prostat kanseri riskini azaltabilmektedir (Malkowicz ve ark.,2009; Özdemir,2013).

Enfeksiyon, hormonal bozukluklar, idrar reflüsü gibi sebeplerle prostatın kronik inflamasyonu prostat kanserine sebep olabilmektedir (Malkowicz ve ark.,2009; Klein& Silverman,2008; Özdemir,2013).

Prostat kanserinin uygun tedavisi için fikir birliği oluşturulamamıştır. Prostat kanserinin seyrinin yavaş olması, hastaların ileri yaşlarda olmaları, yeni tanısı olan hastalarda bekle gör (surveillance, gözlem, pasif izlem) ya da aktif izlem (aktif surveillance) seçeneklerinin kullanılmasına neden olmuştur (Koppie ve ark, 2000). Radikal prostatektomi 100 yılı aşkın süredir uygulanan cerrahi tedavi yöntemidir. Radikal prostatektomi, prostatin, her iki seminal vezikül ile pelvik lenf nodu diseksiyonunu içermektedir. Genç hastalar ve yaşlı olup bu tedaviyi isteyen hastalar için standart tedavidir (Malkowicz ve ark.,2013).

2.3. Testis Kanseri

Testis kanseri ülkemizde erkeklerde görülen kanserlerin %1,3' ünü oluşturmaktadır. Nadir görülmekle beraber, 15-23 yaş arası erkeklerde en sık görülen malign tümördür. Testiküler tümörlere çok sık rastlanmamakla birlikte, ürolojik kanserlerin en iyi tedavi edilebilen bölümünü oluşturmaktadırlar. Her yıl 8250 yeni testis kanseri vakasının tanı alması beklenmektedir (Hanno ve ark, 2007).

Mortalite oranı, 15 yıl öncesine göre, platin türevli kemoterapötiklerin kullanıma girmesi ile 10 kat oranında azalmıştır. Erken tanı ile 5 yıllık yaşam şansı %99'a ulaşmıştır (Bahrami ve ark., 2007; Aydın,2007).

Bir erkekte ömrü boyunca testiküler kanser görülme riski 500’de birdir. Zenci Amerikalılarda, beyazlara oranla 1/3-1/4 oranında daha fazladır. Yüksek sosyoekonomik sınıfta hastalığın daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Ülkemizde de benzer bir çalışma hastalığın lise ve daha üstü eğitim alan kişilerde daha sık görüldüğü sonucunu ortaya koymuştur (Balcı & Dinçel,2013; Pukkala & Weiderpass,2002; Sanchez-Ortiz & Vaughn,2009).

Testis kanserinin kesin sebebi bilinmemekle birlikte, inmemiş testisi olan hastalarda testis tümör riski 5-15 kat artmaktadır. Testis kanseri tanısı almış hastaların %7-12’sinde inmemiş testis öyküsü bulunmaktadır. Yine birinci derece akrabalarda testis tümörü bulunması risk faktörlerindedir. Testis kanseri sıklıkla 20-34 yaş arası genç erkeklerde görülmektedir (Hanno ve ark, 2007). Ayrıca testis tümörlü hastanın karşı testisinde de tümör gelişme riski normalden 25 kat daha fazladır (Balcı & Dinçel,2013; Dieckmann ve ark.,2004; Hanno ve ark., 2007).

Testis kanserini, testislerin düzenli muayenesiyle erken evrede yakalamak mümkün olmaktadır. 15-35 yaşlar arasındaki erkeklerin her ay kendi kendine testis muayenesi yapmaları, uyarı ve işaretleri saptamaları çok önemlidir (Altinel & Avcı, 2013; Göçgeldi & Koçak,2010).

Hastalar utanma, kanser korkusu, cinsel güç kaybı korkusu, testis gibi eksternal seksüelorganın kaybedilecek olunması gibi nedenlerle tanı sürecini geciktirebilmektedir. Ayrıca diğer kanser hastalarına oranla tedaviyi reddetme daha sık görülmektedir (Köse, Kaygısız, & Dinçel, 2013, Moul, 2007).

Testis kanserinin tedavisinde, seminom, adjuvan radyoterapi, adjuvan kemoterapi, yakın izlem yöntemleri tümörün derecesine göre değerlendirilerek uygulanır. Testis tümörleri tedavi edilebilir kanserler olup iyileşme oranları %85- 90 düzeylerindedir. Testis tümörlerinde radikal inguinal orşiektomi uygulaması temel tedavi yaklaşımıdır (Giannarini, 2010).

2.4. Mesane, Prostat, Testis Kanserine Özgü Psikososyal Sorunlar

Kanser hastalarında duygusal, davranışsal ve bilişsel belirtiler değerlendirilmelidir. Erkeklere özgü olan ürolojik kanserler, cinselliği sembolize eden organlara, beden algısına ve benlik saygısına karşı tehdit oluşturur ve beden algısı ile benlik saygısı hastanın hastalık algısı ile ilişkili olabilir.

2.4.1 Beden Algısı

Beden algısı, bedene ait tüm duyumların bireyin zihninde oluşturduğu tablo olarak tanımlanır. Bireyin aynaya ve kendisine baktığında zihninde kendini algılamasıdır. Görünümüne yönelik düşünce, varsayımları, anıları, genellemeleri, bilinç ve bilinçdışı duygu, düşünce ve algıları beden algısını oluşturur (Erkan&Pek,1993).

Beden algısı, doğumdan sonraki süreçte görsel algılama ile başlar ve zamanla şekillenir. Doğumdan sonra birey anne ve babadan ayrı olduğunu algılar, organları üzerinde denetim kurmaya başlar (Mutlu, 2006).

Olumlu beden algısı, kişinin görünümünden hoşnutluk duyması, bedeni ile ilgili olumlu duygular hissetmesidir. Bireyin, fiziksel görünümün karakteriyle ilişkisinin olmadığını düşünmesi, bedeninin içinde rahat ve güvende hissetmesi, olumlu beden algısına sahip olduğuna işaret etmektedir. Olumsuz beden algısı, bireyin vücuduna veya vücudundaki belirli organ ve bölgelerine yönelik çarpıtılmış algısı bulunduğunu göstermektedir. Bireyin bedeninden utanması bedeninin içinde rahat hissetmemesi olumsuz beden algısına sahip olduğunu işaret etmektedir (Erkan&Pek,1993).

Vücut bölümlerinin fonksiyonunda, görünüşündeki değişiklikler beden algısını etkilemektedir. Literatürde, beden algısı hakkında yapılan çalışmalar meme kanserine atıfta bulunularak kadınlar üzerine odaklanmıştır. Günümüzde, erkek bedeni ve beden algısına dair çalışmalar giderek daha fazla yer alırken, kanser hastası erkek bireylerde beden algısı yeterince yer almamıştır. Drummond & Gough, (2018)'un yaptığı çalışmada testis, prostat, meme, kolorektal, baş-boyun kanserleri gibi kanser türlerinin erkek hastaların beden algısını olumsuz yönde etkileyebildiği belirtilmiştir (Drummond & Gough, 2018).

Beden algısı değişen hastaların hemşirelik bakımı ise hastalık süresince hastanın değişen beden algısına uyumunu kapsamalıdır. Hemşireler, hasta ile sürekli iletişimde olarak hastanın organ kaybına karşı tutumlarını, hastalık sürecini ve hastanın ihtiyaçlarını değerlendirerek, hastaların hastalığı kabullenmesinde önemli bir rol üstlenmelidir. Hastalık sürecinde beden algısı bozulan hasta, psikolojik durumu, daha önce kullandığı başa çıkma becerileri, ailesi ve sağlık ekibinin desteğiyle yeni beden algısını oluşturmakta ve yeni duruma uyum sağlamaktadır (Erkal & Pek, 1993; Gören, 2016).

Hemşireler beden algısı değişen hastaya bakım verirken hastanın bozulan beden algısına ilişkin duygusal, sözel ve sözel olmayan işaretlerin farkında olmalı, hastanın baş etme yollarını öğrenmeli ve baş etme yollarını geliştirerek beden algısı değişimlerini kabullenmesinde hastaya destek olmalıdır (Erkal & Pek, 1993; Ünal,2014).

Hemşireler ayrıca, beden algısı bozulmuş hastanın kendine ilişkin düşünce ve duygularını ifade etmesine yardımcı olmalıdır. Hastanın beden imgesindeki değişimlerle ilgili algıları belirlenmelidir. Hasta ve yakınları hastalığın prognozuna göre fiziksel ve duygusal değişimlere karşı hazırlanmalıdır. Benzer deneyim yaşayan hastaların duygularını birbirleriyle paylaşmaları için fırsat yaratılmalıdır. Hasta yakınları, hastanın olumlu yönlerini belirleme ve bunu hastayla paylaşma konusunda desteklenmelidir (Ünal, 2014).

2.4.2 Benlik Saygısı

Bireyin bedenini, yaşamını, geleceğini tehdit eden fiziksel hastalık, organ kayıpları gibi etmenler bireyin beden algısını, özgüvenini zedeleyerek özgürlüğünü kısıtlamakta böylece benlik saygısını da tehdit etmektedir (Erkan&Pek,1993; Gündoğan,2006).

Benlik saygısı bireyin kendini değerlendirmesi sonucu kendisini nasıl tanımladığıdır. Benlik saygısı duygusal, bilişsel, toplumsal ve bedensel öğelerden meydana gelmektedir. Kendini değerli hissetmek, yeteneklerini, bilgi ve becerilerini ortaya koyabilmek, beğenilir olmak, kabul görmek, sevilme, bedensel özelliklerini benimsemek benlik saygısını oluşturan ve geliştiren etkenlerdir. Benlik saygısının düzeyi, kişinin düşünce ve davranışlarını, diğer insanlarla olan etkileşimlerini yaşamıyla ilgili yaptığı seçimlerin, sevgi verme ve alma yeteneğini ve değiştirilmesi gerekenleri değiştirmek için harekete geçme gücünü etkilemektedir (Aydın ve Güloğlu, 2001; Yörükoğlu,2002).

Bireyin benlik algısı yaşam boyu devam etmekte, bireyin kendisini tanımasıyla gelişmektedir. Bireyin düşünce ve duygularıyla ilişki kurmasıyla, kendisinde meydana gelen duygusal ve bilişsel süreçlere yönelik anlayışla, kendini tanıma süreci gerçekleşmektedir.

Rosenberg, (1979) benlik saygısını, benliğin pozitif veya negatif olarak değerlendirilmesi olarak tanımlamıştır. Kendisi ile ilgili inançlarına ilişkin olarak,

kendileriyle ilgili olumlu düşüncelere sahip bireyler kendilerine güvenli ve saygılı olmakta, dolayısıyla insanlara da saygı duymaktadırlar. Benlik algısı olumlu olan bireylerin yaşam doyumları yüksek olmaktadır. Yüksek benlik saygısına sahip olan bireyler karşılaştıkları zor yaşam olayları karşısında etkili çözümler geliştirebilmekte ve ruhsal sorunlarla karşılaşma olasılıkları azalmaktadır. Benlik saygısı düşük olan bireyler çeşitli ruhsal sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedirler (Hiçdurmaz&Öz, 2011).

Benlik saygısı ve benlik kavramındaki artışın ruhsal sağlıkta artışa ve psikopatolojik semptomlarda azalmaya sebep olduğunu ortaya çıkaran araştırmalar mevcuttur (Yuang,2000; Fan&Fu,2001; Garaigordobil ve ark.,2008). Benlik saygısı ile fiziksel sağlık arasında da ilişki bulunmaktadır. Hastalığın türü ve şiddetiyle ilgili olmaksızın, sağlık problemleri düşük benlik saygısı ile ilişkilidir (Öz,2004).

Hastalığın yaratmış olduğu yetiyitimi, ağrılar, korkular, gücünü yitirme, başkalarına bağımlı olma ve ekonomik yitimler, bireyin benlik saygısının düşmesine sebep olmaktadır. Hasta bazı şeyleri gerçekleştiremeyeceğini, yapamayacağını düşünmeye başlamaktadır. Böylece hastada engellenme, anksiyete, depresyon, öfke gibi sonuçlar görülebilmektedir. Benlik saygısının düşmesiyle hasta hiçbir işe yaramadığını, toplumdan dışlandığını düşünebilmektedir (Özmen ve ark.,1997).

Benlik saygısı değişkendir, çevresel olaylar, çevreden alınan tepkiler, hastalık gibi bütünlüğü bozan durumlar benlik saygısını etkilemektedir. Miyokart infarktüsü, kanser, amputasyon, kronik hastalıklar ve cilt hastalıkları gibi hastalıklar, bireyin kendisiyle ilgili düşüncelerinin değişimine neden olarak benlik saygısını olumsuz etkilemektedir. Benlik saygısını tehdit eden bu hastalıklarla baş edememesi, hastalığı yaşamına dahil etmesini zorlaştırmaktadır (Büyükşahin,2007).

Benlik saygısı bozulmuş olan hastaya bakım verirken hemşireler hastanın duygularını ifade etmesi için destekleyici ortam yaratmalıdır. Hastanın kendi değer yargılarına yönelik ifadeleri değerlendirilerek kendine olan güveni belirlenmelidir. Hastanın güçlü yönlerinin ortaya çıkarılmasına destek olunmalı, olumsuz düşüncelerini ifade etmesine yardım edilmeli ve bu olumsuz algıların incelenmesi sağlanmalıdır. Hastanın kendini suçlamaya yönelik eğilimleri, olumsuz ifadeleri saptanmalı, daha önce elde ettiği başarıları keşfetmesi desteklenmelidir. Hastanın otonomisini arttıracak girişimlerde bulunulmalıdır. Hastanın otonomisini arttıracak aktivite ve çevresel imkanlar yaratılmalıdır. Hastanın amaçlara ulaşma sürecinde desteklenmesi ve yeni

mücadele yolları denemesi için cesaretlendirilmesi gerekmektedir (Erkal & Pek, 1993; Ünal, 2014).

2.4.3. Hastalık Algısı

Hastalık tanısı alan bireyler, kişisel yaşantısı, inançları ve değerleri doğrultusunda hastalığı anlamlandırmaya çalışırlar. Hastalık hakkında inançlar geliştirerek hastalığı algırlar. Her hasta, hastalığının belirtileri, süresi ve sonuçlarıyla ilgili düşünceleri ışığında bilişsel modeller oluşturur. Modellerin oluşmasında hastalığa ait tıbbi bilgiler veya aynı hastalık belirtilerini yaşayan yakınlarının deneyimleri doğrudan etki gösterir. Bu modeller tedaviye yönelik inançları da kapsamaktadır. Hastalar inançları doğrultusunda, hastalığın ortaya çıkış sebepleri ve/veya yaşadıkları belirtiler hakkında yanlış yorumlamalar yapabilmektedirler. Hastalık yönetimi bu anlamda olumsuz etkilenebilmektedir. Hastaların hastalık algıları, kişiler üzerinde, hastalıkla alakalı gerçeklerden çok daha fazla etkili olabilmektedir (Acehan,2010; Leventhal ve ark.,1989; Karabulutlu&Karaman,2015; Kocaman,2003; Janz, 1984; Petrie, Weinman,2006).

Hastalık temsilleri üç temel bilgi kaynağı tarafından yönlendirilmektedir. Bunlardan ilki bireyin sosyal iletişiminden ve kültürel değerlerinden edindiği kişisel bilgilerdir. İkincisi, sosyal ortamdaki önemli kişilerden veya yetkili kaynaklardan elde edilen bilgilerdir. (bir hekim ya da ebeveyn). Üçüncüsü hastalıkla ilgili kişisel tecrübelerine dayanan somatik veya semptomatik kaynaklı bilgilerdir. Bütün bu kaynaklardan gelen bilgiler, somut ve soyut bilgi kaynakları arasında bağlantılar kurarak hastalığın temsilini oluşturmaktadır (Diefenbach& Leventhal, 1996).

Leventhal ve arkadaşları (1989), bilişsel faktörlerin hastalıkla başa çıkma davranışları üzerine etkilerini açıklayan 'Sağduyu Modeli'ni geliştirmişlerdir. Sağduyu modeli, hastanın hastalığıyla ilgili bilgilerinin işlenmesi sürecinde rol oynayan faktörleri, bu bilgilerin hastalığı algılayış biçimlerini oluşturmak için bilişsel süreçlerle bütünleşmesini ve hastalığı algılayışlarının başa çıkma davranışlarını ve sonuçlarını nasıl yönlendirdiğini açıklar. Sağduyu modeli bireylerin sorunu anlamak ve yönetmek için, somut ve soyut bilgi kaynaklarına dayanarak, hastalıklarının zihinsel temsillerini oluşturduklarını varsaymaktadır (Bishop&Converse 1986).

Sağduyu modeline göre kişilerin hastalıklarıyla ilgili bilgileri ise beş ayrı boyutta değerlendirilmektedir; neden, sonuç, kimlik, zaman çizelgesi, tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirliktir. Neden sonuç boyutu, hastalığın sebebine ait inançları temsil etmektedir. Hastalığın ortaya çıkışından sorumlu tutulan sebepler değerlendirilerek, hastalığa ait bedensel öğeler inşa edilir. Sonuç boyutu, hastalığın kişinin yaşamına olan etkilerini, genel yaşam kalitesini, işlevsel kapasitesine olan etkileri içerir. Kimlik boyutu, hastalığın belirtilerine ve hastalığa ait inançlarla ilgilidir, kimlik boyutu, hastaların söylemleriyle ölçülebilir. Zaman çizelgesi boyutu, hastalığın gidişatıyla ilgili inançları içerir. Tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik, hastalığın kontrolü ve iyileşmeye yönelik inançları içerir (Hagger&Orbell,2003; Moss-Morris ve ark.,2002; Cherrington ve ark.,2004).

Sağduyu modeli bireyin hastalık hakkındaki bilgi işleme sürecini kontrol etmektedir. Tedavi sırasında yapılan uygulamaların, hastalığı yönetiminin hastalık algısına olan etkisini açıklamaktadır. Bu model bireyin, belirtilerini anlamlandırmaya çalışmasını, tıbbi ya da profesyoneller tarafından desteklenme ihtiyacı olup olmadığını belirlemektedir. Bireyin hastalık algısı, problemi ya da tehlikeyi tanımlar ve başa çıkma ile ilgili hedefleri belirler. Başa çıkma, hedeflerle ulaşıp ulaşılamayacağı ile ilgili değer biçer. Bundan dolayı başa çıkma, hastalık algısı ile iyi olma durumu arasında bir arabulucu görevi görmektedir. Hastalığı algılayış biçimi hastanın davranışlarını, dolayısıyla tedaviye uyumunu ve yanıtını doğrudan etkilemektedir (Kaptein ve ark.,2006; Kocaman ve ark.,2007).

Hastalık algısı, bireylerin tedaviye bağlılık ve başa çıkma yöntemleri geliştirmelerinde önemli rol oynamaktadır. Yapılan çalışmalarda negatif hastalık görüşü olan hastaların daha kötü hastalık sonuçlarına sahip olacağına işaret etmektedir. Hastalık algısını olumlu yönde etkilemek adına hastalığa uyumu arttırmak gerektiği vurgulanmaktadır (Donkin ve ark.,2006; Petrie&Weinman,2006).

Hastalar, hastalıklarının kişisel değerlendirmesini yaparak içinde buldukları durumu algılamaktadırlar. Hastaların beklentilerinin, planlarının anlaşılması hatalı inançlarının tespit edilerek değiştirilmesi, hastalığa uygun yaşam alışkanlıklarının geliştirilmesinin desteklenmesi büyük önem taşımaktadır (Kayır,2014; Mete,2008).

Hastalık algısı, hastalığın sonucuna ilişkin inançları da içermektedir. Hastaların inançları, sağlık personeline göre farklı olabilmektedir. Sağlık personeli genellikle

hastaların durumlarıyla ilgili fikirlerini sormamakta ve düşüncelerinin farkında olmamaktadırlar. Hastalar, aynı hastalık ya da yaralanmaya sahip olsalar da hastalık algıları birbirinden oldukça farklı olabilmektedir. Son dönemde hastalık algısının tıbbi durumlara etkisini araştıran çalışmalara göre hastaların hastalıklarıyla ilgili algılarının, davranışlarını önemli ölçüde etkilediği ortaya konmuştur (Keith ve ark.;2007; Petrie ve ark., 2007).

Sonuç olarak; erkeklere özgü ürolojik kanserler, bireyin hastalık algısını etkileyerek beden algısının bozulmasına ve benlik saygısında azalmaya neden olur. Bu durum, bireyin tedaviye uyumunu, tedavinin başarısını ve hastalığın gidişatını etkileyen önemli bir faktördür. Hemşireler hastaya, hastalığı hakkında bilgi vermeli, hastalıktan ne anladığını, hastalıkla ilgili inançlarını, korkularını araştırmalı, hastalığa tepkilerini değerlendirmeli, beden algısı ve benlik saygısını belirlemelidir. Hastaların hastalık algılarını belirleyerek, hastalıklarına ilişkin gerçekdışı inançları saptayarak hastalığın neden olduğu psikososyal sorunlarla başetme gücünü arttırmak, destek olmak, terapötik ortamı oluşturmak, psikiyatri hemşiresinin özellikle konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresinin (KLPH) sorumluluk alanında yer almaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, mesane, prostat veya testis kanserli erkek hastalarda hastalık algısı, beden algısı ve benlik saygısı düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma tipinde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, mesane, prostat veya testis kanseri tanısı; bağımlı değişkenleri hastalık algısı, beden algısı ve benlik saygısı düzeyleridir.

3.3. Araştırma Soruları

Çalışmanın araştırma soruları aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

- 1- Mesane, prostat veya testis kanseri tanılı hastaların hastalık algısı nedir?
- 2- Mesane, prostat veya testis kanseri tanılı hastaların beden algısı düzeyi nedir?
- 3- Mesane, prostat veya testis kanseri tanılı hastaların benlik saygısı düzeyi nedir?
- 4- Mesane, prostat veya testis kanseri tanılı hastaların hastalık algısı, beden algısı ve benlik saygısı düzeyleri arasında ilişki nasıldır?

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Haziran 2018- Ağustos 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırma verileri, İzmir'de bir Üniversitenin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, Üroloji Poliklinikleri, Tıbbi Onkoloji Polikliniği, Radyasyon Onkolojisi Polikliniğinde Ağustos 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında toplandı.

3.5. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın Evrenini İzmir'de bir Üniversitenin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, Üroloji Poliklinikleri, Tıbbi Onkoloji Polikliniği, Radyasyon Onkolojisi Polikliniğine bir yıl içinde başvuran mesane, prostat, testis kanseri tanısı olan

hastalar oluşturdu. Örneklem sayısı G-Power (v3.1.7) analizi kullanılarak %95 güvenlik aralığında 96 olarak hesaplandı. (N=96)

Araştırmaya alınma kriterleri;

Son bir yıl içinde mesane, prostat, veya testis kanser tanılı hastalar,

18 yaş üstü erkek hastalar

İletişim engeli bulunmayan hastalar

Araştırmaya katılmaya istekli hastalar olarak belirlendi.

3.6. Araştırma Süreci

Katılımcılar ile görüşmeler, hafta içi çalışma saatlerinde yapıldı. Görüşme yapılacak kişilere araştırmanın amacı ve yapılacak uygulamalar açıklanarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalatıldı. Veri toplama süresi her birey için yaklaşık 20-30 dakika oldu.

3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen anket formu, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, Beden Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile toplandı.

3.7.1. Hasta Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda (Dayanç,2017; Karakaya, 2014; Özdemir, 2018) geliştirilmiş olup bireysel ve hastalık özelliklerini içeren 16 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

3.7.2. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği

Kısa Hastalık Algısı Ölçeği-Brief Illness Perception Questionnaire (KHAÖ/IPQ-B): Broadbent ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen ölçek, açık uçlu cevap ögesi içeren, 0 ile 10 arasında puanlanan, 8 alt boyuttan oluşan bir ölçektir. 1. alt boyut sonuçlar (Hastalığınız hayatınızı ne kadar etkilemekte?); 2. alt boyut süre (hastalığınızın ne kadar süreceğini düşünüyorsunuz?); 3. alt boyut kişisel kontrol (hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu hissediyorsunuz?); 4. alt boyut tedavi kontrolü (tedavinizin hastalığınıza ne ölçüde yardımcı olabileceğini düşünüyorsunuz?); 5. alt boyut hastalık anlaşılabilirliği (hastalığınıza bağlı şikayetleri hangi ölçüde yaşıyorsunuz?);

6. alt boyut endişe (hastalığınız için ne kadar endişelisiniz?); 7. alt boyut uyum (hastalığınızın ne olduğunu ne kadar iyi anladınız?) ve 8. alt boyut duygusal temsil (hastalığınız duygusal olarak sizi ne kadar etkilemekte?) algısıdır. İstatistiksel analizlerde 3., 4., ve 7. alt boyutlara verilen 0-10 arası puan artışı olumlu tepkiyi göstermekte, 1., 2., 5., 6. ve 8. alt boyutlara verilen 0-10 arası puan artışı olumsuz tepkiyi göstermektedir. 1., 2., 5., 6. ve 8. alt boyutlar tersine döndürülerek hesaplanmaktadır. Ölçek alt boyutlarından ve toplamdan alınan yüksek puanlar hastalık algısında olumsuz tepkileri göstermektedir. Ölçeğin dokuzuncu maddesiyle hastaya, hastalığının nedeni olarak inandığı faktörler sorulmaktadır. Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe versiyonu <http://www.uib.no/ipq/pdf/B-IPQ-Turkish.pdf> web sayfasından elde edilmiştir. (Ek-2) Türkçe ölçeğin güvenirlik katsayısı $\alpha=0,91$ olarak bulunmuştur. Mevcut çalışmada cronbach alpha katsayısı $\alpha= 0.40$ bulundu.

3.7.3. Beden Algısı Ölçeği

Secord ve Jourard tarafından (1953) geliştirilen beden algısı ölçeği, kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek 5 dereceli Likert tipi cevaplanan 40 maddeden oluşmaktadır. Her madde bir organ veya vücudun bir bölümünü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) tanımlamaktadır. Bütün maddeler 1- 5 arasında derecelendirilmiş olup 1 “hiç beğenmiyorum” , 2 “pek beğenmiyorum”, 3 “karasızım”, 4 “oldukça beğeniyorum” ve 5 “çok beğeniyorum” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmekte olup yüksek puanlar değerlendirmenin olumlu yönde artışına işaret etmektedir. Ölçeğin kesme puanı 135 olup, 135 altında puana sahip olanlar beden algısı düşük grup olarak tanımlanmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Hovardalıoğlu (1992) tarafından yapılmıştır. Türkçe ölçeğin test tekrar test güvenirlik katsayısı $\alpha=0,91$ olarak bulunmuştur (Hovardalıoğlu, 1992). (Ek-3) Mevcut çalışmada cronbach alpha katsayısı $\alpha= 0,95$ bulundu.

3.7.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Rosenberg tarafından (1965) geliştirilen ölçek, çoktan seçmeli sorulardan yapılmış 12 alt kategoriden oluşan, 63 maddeli bir öz bildirim testidir. Alt kategorileri: Benlik saygısı, kendilik kavramı, insanlara güven duyma, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit

hissetme, tartışmalara katılabilme derecesi, ana-baba ilgisi, babayla ilişki ve psikik izolasyondur. Rosenberg alt ölçeklerin araştırmalarda parça parça kullanılabilceğini belirtmiştir. Çalışmamızda benlik saygısını ölçen benlik saygısı alt ölçeği kullanılmıştır. Sorular Guttman değerlendirme yöntemiyle puanlanmaktadır. 1., 2. ve 3. sorular , 4. ve 5. soru, 9. ve 10. sorular birlikte değerlendirilmektedir. İlk üç sorudan herhangi ikisinden puan alıyorsa (2/3) bu kümeden bir puan almış olur. 4. ve 5. sorudan herhangi birinde puan alan şıklardan birini işaretlemişse yine bu kümeden de bir puan alır. 9. ve 10. sorular da 4. ve 5. gibi değerlendirilir. 6., 7. ve 8. soruların herbiri kendi başlarına puan alır. Testi dolduran kişi tüm sorulardan puan aldığı zaman maksimum puanı 6 olmaktadır. Puanlama sonucunda 0-1 yüksek, 2-4 puan orta ve 5-6 puan düşük benlik saygısı düzeyi olarak saptanır. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır. Türkçe ölçeğin güvenirlik katsayısı $\alpha=0,71$ olarak bulunmuştur Bu araştırmada, ölçeğin sadece benlik saygısı alt testi kullanılmıştır. (Ek-4). Mevcut çalışmada cronbach alpha katsayısı $\alpha= 0,80$ bulundu.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için TC. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Rektörlüğü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 31829978-050.01.04-E.1800034223sayılı, 25.04.2018 tarihli-172 sayılı karar numarası ile izin alınmıştır. Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi ARGE biriminden 47104536-799 sayılı Tez İzini alınmıştır. (Ek-7.) Çalışmaya katılmaya istekli hastalara Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu doldurulmuştur (Ek-5).Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, Vücut Algısı Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin çalışmada kullanılabilmesi için de izin alınmıştır (Ek-8, Ek-9, Ek-10, Ek-11).

3.9. Verilerin istatistiksel analizi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin, SPSS (Statistical Package for Social Sciences-Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı) 20,0 paket programı kullanılarak istatistiksel çözümlenmeleri yapılmıştır. Ölçek analizlerinde parametrik testlerden bağımlı gruplarda T testi, ANOVA ve nonparametrik testlerden ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Ölçekler arasında cronbach alpha katsayısı düşük çıkmıştır. Bu durum araştırmanın sonuçlarını etkilemiş olabilir. Araştırma tek hastanede yapıldığı için genellenemez. Araştırma sonuçları örneklem sayısıyla sınırlıdır.



4. BULGULAR

Mesane, prostat veya testis kanserli erkek hastalarda hastalık algısı, beden algısı ve benlik saygısı düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma tipinde gerçekleştirilen çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Hastaların bireysel özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de gösterildi.

Tablo-4.1 Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (N=96)

	Ort± SD	Min- Max
Yaş	57,7± 11,0	29-76
		n (%)
Eğitim Durumu	Okuryazar değil ve okuryazar	33 (34,4)
	İlkokul mezunu	35 (36,5)
	Lise ve üzeri mezunu	28 (29,2)
Medeni Durum	Evli	76 (79,2)
	Bekar	6 (6,3)
	Dul	14 (14,6)
Çocuk Sayısı	Çocuk Yok	6 (6,3)
	1 çocuğu var	17 (17,7)
	2 ve üzeri çocuğu var	73 (76,0)
Çalışma Durumu	Çalışıyor	26 (27,1)
	Çalışmıyor	10 (10,4)
	Emekli	60 (62,5)
Gelir Durumu	İyi	16 (16,7)
	Orta	66 (68,8)
	Kötü	14 (14,6)

Buna göre, araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $57,7 \pm 11$ (29-76) olup % 51'i (n=49) 60 yaş ve üstü; %36,5'i (n=35) ilkokul mezunu; %79,2'u (n=76) evli; %76'sı (n=73) 2 ve üzeri çocuk sahibi; %62,5'i (n=60) emekli; %96,9'unun (n=93) sağlık güvencesi mevcut; %68,8'inin (n=66) gelir durumu orta seviyededir.

Hastaların hastalık özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2'de gösterildi.

Tablo- 4.2 Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı (N=96)

		n (%)
Hastalık Tanısı	Mesane Kanseri	40 (41,7)
	Prostat Kanseri	45 (46,9)
	Testis Kanseri	11 (11,5)
Tanı Aldıktan Sonra Geçen Süre	6 ay ve altı	63 (65,6)
	7 ay ve üzeri	33 (34,4)
Tedavi Şekli	Cerrahi	67 (69,8)
	Cerrahi ve Ek Tedavi	29 (30,2)
Hastanın bilgi aldığı kişi	Hekim	81 (84,4)
	Hekim ve Hemşire	15 (15,6)

Buna göre, hastaların %41,7'si (n=40) mesane kanseri, %46,9'u (n=45) prostat kanseri, %11,5'i (n=11) testis kanseridir.

Hastaların hastalık süresi $5,4 \pm 3,45$ (1-12) ay olup hastaların %65,6'sının (n=63) 6 ay ve öncesi tanısı belirlenmiş; %69,8'i (n=67) yalnızca cerrahi tedavi %30,2'si (n=29) cerrahi ve ek tedavi (kemoterapi, radyoterapi, ilaç tedavisi) almıştır. Hastaların %100 ü (n=96) hastalık hakkında bilgilendirilmiş olup, %84,4 (n=81)'i hastalık hakkında hekimden tarafından, %15,6'sı hem hekim hem hemşire tarafından bilgilendirilmiştir. Yine hastaların %56,2'sinin (n=54) ek bir fiziksel hastalığı (diyabet, tansiyon vs.) vardır.

Kısa hastalık algısı ölçeğinde hastalığa sebep olan faktörler Tablo 4.3'de gösterilmiştir.

Tablo-4.3 Hastalık Algısı Nedenlerine Göre Dağılım (N=96)

	Mesane	Prostat	Testis
	Kanserli Hastalar	Kanserli Hastalar	Kanserli Hastalar
	n (%)	n (%)	n (%)
Stres- Endişe- Üzüntü	8 (20)	10 (22,2)	3 (27,3)
Kalıtsal	-	2 (4,4)	3 (27,3)
Mikroplar	1 (2,5)	2 (4,4)	2 (18,2)
Şanssızlık	-	1 (2,2)	1 (9,1)
Sağlığıma Dikkat Etmemek	1 (2,5)	2 (4,4)	1 (9,1)
Çevre Kirliliği	1 (2,5)	2 (4,4)	-
Aşırı Çalışma	3 (7,5)	-	-
Kişilik Özelliklerim	2 (5,0)	-	1 (9,1)
Yaşlanma	4 (10,0)	12 (26,7)	-
Sigara	10 (25,0)	5 (11,1)	-
Aile Problemleri	1 (2,5)	-	-
Kaza-Yaralanma	-	1 (2,2)	-
Vücut Direncimin Azalması	1 (2,5)	1 (2,2)	-
Soğukta Kalmak	1 (2,5)	-	-
İdrar Tutnak	2 (5,0)	1 (2,2)	-
Fakirlik	1 (2,5)	-	-
Kader	-	1 (2,2)	-
Ayakta İdrar Yapma	-	3 (6,7)	-
Uzun Süre Oturmak	-	1 (2,2)	-
Alkol	-	1 (2,2)	-
Ek Hastalık	-	-	-
Çocukken Kötü Beslenme	-	-	-

Kısa hastalık algısı ölçeğinde hastalığa sebep olan faktörler incelendiğinde mesane kanseri olan hastaların %25'i (n= 10) sigaranın; prostat kanseri teşhisi olan hastaların % 26,7'si (n= 12) yaşlanmanın; testis kanserli hastaların % 27,3'ü (n=3) stres-endişe-üzüntünün yine % 27,3'ü (n=3) kalıtımın etkili faktör olduğunu belirtmişlerdir.

Hastaların KHAÖ, BAÖ, RBSÖ Puan Ortalamaları Tablo 4.4'te gösterildi.

Tablo 4-4. Hastaların KHAÖ, BAÖ, RBSÖ Puan Ortalamaları (N=96)

ÖLÇEK		Ort±SD	Min-Max
KHAÖ		41,0± 7,7	23-68
	Hastalıktan Etkilenme Düzeyi	7,65± 1,86	1-10
	Hastalık Süresi	6,16± 2,67	1-10
	Hastalık Üzerinde Kontrol	5,54± 2,21	2-10
KHAÖ	Tedavi Yararı	7,93± 2,10	2-10
Alt			
Ölçekler	Şikâyetlerin Derecesi	7,14± 1,82	2-10
	Endişe Düzeyi	7,02± 2,39	1-10
	Hastalığı Anlama Düzeyi	7,41± 2,39	1-10
	Duygusal Etkilenme	6,94± 2,00	2-10
BAÖ		125,5± 25,8	40-191
RBSÖ		1,7±1,4	0-5

Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması 41,0±7,7 (23-68); Beden Algısı Ölçeği puan ortalaması 125,5±25,8 (40-191); Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puan ortalaması 1,7±1,4 (0-5) olarak belirlendi.

Hastaların bireysel özellikleriyle ölçek ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5'de gösterildi.

Tablo-4.5. Hastaların Bireysel Özellikleriyle KAÖ, BAÖ, RBSÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	KHAÖ		BAÖ		RBSÖ	
	Ort ± SD	Test	Ort ± SD	Test	Ort ± SD	Test
Yaş						
59 yaş ve altı	40,9± 7,6	t=-0,133	132,4±27,9	t=2,238	1,6±1,4	t=-0,543
60yaş ve üstü	41,1± 7,8	df=94	120,8±22,6	df=94	1,8±1,5	df=94
		p= 0,895		p= 0,028		p= 0,589
Eğitim Durumu						
Okuryazar değil ve okur yazar	40,2± 5,7	x ² =1,005	121,8±25,3	x ² =2,589	1,5± 1,4	x ² =1,156
İlköğretim	41,9± 8,0	p=0,605	127,5± 21,3	p=0,273	1,7± 1,2	p=0,561
Lise ve üzeri	40,8± 9,4		130,7± 31,2		1,9± 1,7	
Medeni durum						
Evli	41,1± 8,1	x ² = 1,506	126,5±24,0	x ² = 5,592	1,6± 1,4	x ² =1,357
Bekar	44,3±6,9	p=0,471	143,5±36,1	p=0,061	1,7±1,9	p=0,507
Dul	39,1±5,2		119,0±29,3		2,1±1,6	
Çocuk sayısı						
Hiç çocuk yok	48,7±11,4	x ² =5,577	148,5±22,3	x ² =9,340	1,0±0,9	x ² =2,986
1 çocuk	38,5±8,6	p=0,062	137,7±23,7	p=0,009	1,4±1,5	p=0,225
2 ve üzeri	40,9±6,8		122,1±25,1		1,8±1,4	
Çalışma durumu						
Çalışıyor	41,7±8,5	x ² =6,788	137,0±25,0	x ² =5,453	1,5±1,5	x ² =0,695
Çalışmıyor	45,8±5,1	p=0,034	111,2±44,9	p=0,065	2,1±1,9	p=0,706
Emekli	39,9±7,4		124,5±20,3		1,7±1,3	
Sağlık güvencesi						
Yok	45,7±8,0	MU=89,500	143,0±17,3	MU=78,000	1,3±2,3	MU=107,500
Var	40,8±7,7	p=0,292	126,0±26,0	p=0,195	1,7±1,4	p=0,520
Gelir durumu						
Gelir giderden fazla	41,8±8,4	x ² =0,598	135,3±17,6	x ² =2,093	1,2±1,0	x ² =2,913
Gelir gidere denk	40,7±7,7	p=0,741	126,8±24,4	p=0,351	1,7±1,5	p=0,233
Gelir giderden az	41,4±7,4		115,2±36,1		2,1±1,6	

Hastaların çalışma durumuna göre kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir fark belirlenirken ($\chi^2=6,788$; $p<0,05$); yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, sağlık güvencesi, gelir durumuna göre kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanları arasında anlamlı fark belirlenmedi.

Hastaların yaşı ($t=2,238$; $p<0,05$) ve çocuk sayısına ($\chi^2=9,340$; $p<0,05$) göre Beden Algısı Ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark belirlenirken; hastaların eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir durumuna göre Beden Algısı Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmedi ($p>0,05$).

Hastaların; yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir durumuna göre Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği toplam puanları arasında anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$).

Hastaların hastalık özellikleriyle ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6' da gösterilmiştir.

Tablo-4.6 Hastaların Hastalık Özellikleriyle KHAÖ, BAÖ, RBSÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	KHAÖ		BAÖ		RBSÖ	
	Ort \pm SD	Test	Ort \pm SD	Test	Ort \pm SD	Test
Hastalık tanısı						
Mesane ca	40,4 \pm 6,1	$\chi^2=0,181$	123,1 \pm 27,3	$\chi^2=11,613$	1,9 \pm 1,6	$\chi^2=1,632$
Prostat ca	41,2 \pm 8,1	$p=0,913$	123,5 \pm 22,8	$p=0,003$	1,6 \pm 1,2	$p=0,442$
Testis ca	42,3 \pm 11,2		151,2 \pm 19,7		1,4 \pm 1,6	
Tanı koyulduktan sonra geçen süre						
		$t= -1,839$		$t= 1,095$		$t=-0,696$
6 ay ve altı	39,8 \pm 6,2	$df=46,435$	128,6 \pm 24,4	$df=94$	1,6 \pm 1,5	$df=94$
7 ay ve üzeri	43,2 \pm 9,6	$p= 0,072$	122,5 \pm 28,4	$p= 0,277$	1,8 \pm 1,4	$p= 0,488$

Tablo-4.6'nın devamı

	KHAÖ		BAÖ		RBSÖ	
	Ort ± SD	Test	Ort ± SD	Test	Ort ± SD	Test
Tedavi						
Cerrahi	40,1±6,6	MU=783,500	128,4±25,1	MU=840,500	1,5±1,3	MU=806,500
Cerrahi ve ek tedavi	42,9±9,7	p=0,133	122,2±27,3	p=0,296	2,0±1,6	p=0,176
Hastanın Bilgi Aldığı Kişi						
Hekim	41,0±8,0	MU=566,500	130,5±22,9	MU=280,00	1,6±1,4	MU=527,500
Hekim ve hemşire	41,1±6,2	p=0,679	104,7±30,5	p=0,001	2,0±1,6	p=0,407
Ek fiziksel hastalık var mı?						
Yok	42,4±8,4	t= 1,559 df=94	134,0±26,3	t= 2,573 df=94	1,3±1,5	t= -2,265 df=94
Var	39,9±7,0	p= 0,122	120,7±24,1	p= 0,012	2,0±1,4	p= 0,026

Hastaların hastalık özelliklerine göre KHAÖ, BAÖ, RBSÖ toplam puanları karşılaştırıldığında sadece hastalık tanısı ($\chi^2=11,613$; $p<0,05$), hastanın bilgi aldığı kişi (MU=280,00; $p<0,05$) ve ek fiziksel hastalık varlığına ($t= 2,573$; $p<0,05$) göre BAÖ toplam puanları ($p<0,05$) arasında anlamlı bir fark belirlendi.

Ölçekler arasındaki ilişki Tablo 4.7'de gösterildi.

Tablo-4.7 KHAÖ, BAÖ, RBSÖ Ölçek Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=96)

Ölçekler	KHAÖ	BAÖ	RBSÖ
KHAÖ			
BAÖ	0,124		
RBSÖ		0,24*	

**Pearson korelasyon test *p<0,01*

Hastaların KHAÖ, BAÖ, RBSÖ Ölçek Ortalamaları Arasındaki İlişkiye bakıldığında sadece Rosenberg benlik saygısı ölçeği toplam puanıyla beden algısı ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönlü (r:0,24), zayıf bir ilişki belirlendi.

5. TARTIŞMA

Mesane, prostat veya testis kanserli erkek hastalarda hastalık algısı, beden algısı ve benlik saygısı düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulgular iki bölümde tartışılmıştır. Birinci bölümde araştırmaya katılan hastaların bireysel özellikleri ile ilgili bulgular, ikinci bölümde araştırmaya katılan hastaların KHAÖ, BAÖ, RBSÖ puanları ve karşılaştırmaları ile ilgili bulgular tartışılmıştır.

Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması $57,7 \pm 11$ (29-76) olup %49'u (n=47) 59 yaş ve üstü, % 51'i (n=49) 60 yaş ve üstüdür.

Tanılara göre incelendiğinde; mesane kanseri tanılı hastaların yaş ortalaması $58,0 \pm 8,51$ (42-76) olup literatürde erkeklerin genelde 50-70 yaş aralığında mesane kanseri tanısı aldığı; (Ferlay ve ark.,2015, Rushton ve ark.,2011; Yüksel,2018) prostat kanseri tanılı hastaların yaş ortalaması $62,8 \pm 6,35$ (44-75) olup literatürde 0-39 yaş arası erkeklerde prostat kanseri görülme riski %2,58 iken bu riskin 40-59 yaş aralığında %2,58, 60-79 yaş aralığında ise %14,7'ye yükseldiği (Jemal ve ark.,2005; Polat ve ark.,2009); testis kanseri tanısı almış hastaların yaş ortalaması $35,2 \pm 4,0$ (29-41) olup literatürde testis kanserinin 15-35 yaş arası erkeklerde en sık görülen malign tümör olduğu görülmüştür.(Walsh ve ark., 2002).

Türkiye kanser istatistiklerine baktığımızda 50-69 yaş gruplarındaki erkeklerde en sık görülen kanserlerin içinde %11,2 ile prostat kanserinin ikinci sırada; %8,2 ile mesane kanserinin üçüncü sırada olduğu belirlenmiştir. 70 ve üzeri yaş gruplarındaki erkeklerde en sık görülen kanserler ise yine ikinci sırada % 18,8 ile prostat kanseri, üçüncü sırada %9,4 ile mesane kanseridir. Testis kanseri ise %6,2 ile 25-49 yaş gruplarındaki erkeklerde en sık görülen dördüncü kanser türüdür (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2014). Literatürdeki çalışma sonuçları, mevcut çalışmamıza benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların %62,5'inin (n=60) emekli olduğu görülmüştür. Hastaların büyük çoğunluğunun emekli olması, prostat ve mesane kanserinin daha çok ileri yaşta görüldüğü sonucunu desteklemektedir. Benzer şekilde Karakuş'un (2016)

kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada hastaların %60,9'unun emekli ve çalışmadığı belirlenmiştir.

Literatürde mesane, prostat, testis kanserli erkek hastalarda hastalık algısı, beden algısı ve benlik saygısı düzeylerini inceleyen, araştırmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle, araştırmadan elde edilen bulgular, benzer hastalıklar üzerinde yapılan araştırma sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızda kısa hastalık algısı ölçeği toplam puan ortalaması $41,0 \pm 7,7$ (23-68) olarak belirlendi. Çalışmamızda yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, gibi sosyodemografik özelliklerin kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($p > 0,05$).

Bayad'ın (2017) preoperatif cerrahi hastalarında yaptığı, Özen'in (2013) ve Milani ve arkadaşlarının (2012) multipl sklerozlu hastalarla yaptıkları çalışmada hastalık algısı ve yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuçlar, bizim çalışmamızın sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak Milani ve arkadaşlarının (2012) multipl sklerozlu hastalar üzerinde yaptığı çalışmada hastaların eğitim düzeyi arttıkça hastalık algısının arttığı saptanmıştır.

Çalışmamızda çalışma durumu ile kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p = 0,034$, $p < 0,05$). Çalışan hastaların KHAÖ ortalama toplam puanı çalışmayanlara ve emeklilere göre daha yüksektir. Çalışan hastaların hastalık algılarının değerlendirilmesi önemlidir. Hastalık belirtileri, çalışan hastaların rollerini gerçekleştirmede güçlük yaratacağından hastalığın, yaşamlarını emekli ve çalışmayanlara göre daha fazla etkilediği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda hastalık ile ilgili tanı, tanı koyulduktan sonra geçen süre, tedavi şekli, hastanın bilgi aldığı kişi, ek hastalık özellikleri ile kısa hastalık algısı ölçeği ortalama toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Bayad'ın (2017) çalışmasında kısa hastalık algısı ölçek toplam puanı ile ek hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$).

Hastalık algı ölçeğinden en yüksek puan "tedavi yararı algısı" ($7,93 \pm 2,10$)'nda en düşük puan "hastalık üzerinde kontrol algısı" ($5,54 \pm 2,21$)'nda saptanmıştır. Bu

durum mesane, prostat, testis kanserli hastaların aldıkları tedavinin yararına inandıklarını ancak hastalıklarını kontrol etmelerinin güç oldabildiğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda hastalıktan etkilenme düzeyinin yüksek olduğu görüldü. Bu sonuç, hastaların hastalıklarından olumsuz olarak etkilendiğini göstermektedir. Literatürde farklı hasta grupları ile yapılan çalışma sonuçlarının da mevcut çalışma ile benzer olduğu görülmüştür. Pesut ve arkadaşlarının (2014) tüberküloz tanılı hastalarda yaptığı çalışmada; Bayad'ın (2017) preoperatif cerrahi hastalarında yaptığı çalışmada; Gucht'un (2015), irritabl bağırsak sendromu (IBS) tanılı hastalar ile yaptığı çalışmada hastalıktan etkilenme düzeyi puanının yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer yandan Weldam ve arkadaşlarının (2014) KOAH'lı hastalarla yaptığı çalışmada, Var& Rajeswaran'ın (2012) travmatik beyin hasarı olan hastalarla, Korkmaz'ın (2017) hiperlipidemi hastalarıyla yaptığı çalışmada ise hastalıktan etkilenme düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda hastalar hastalıklarının uzun süreceğini düşünmekte olup hastalık süresi ile ilgili algıları olumsuz yöndedir. Literatür incelendiğinde Chilcot ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada hemodiyaliz hastalarının hastalık süresi algılarının yüksek olduğu saptanmıştır. Gündüz'ün (2014) yaptığı çalışmada DM'li hastaların hastalık süresi algılarının yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Özen (2013)'in MS tanılı hastalarla yaptığı çalışmada, Bahçecioğlu'nun (2013) astımlı hastalarla yaptığı çalışmada, Korkmaz'ın (2017)' de hiperlipidemi hastalarında yaptığı çalışmada hastaların hastalık süresi algılarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Pesut ve arkadaşlarının (2014) tüberkülozlu hastalarda yaptığı çalışmada, Var& Rajeswaran'ın (2012) travmatik beyin hasarı olan hastalarla yaptığı çalışmada ve Bayad'ın (2017) preoperatif cerrahi hastalarla yaptığı çalışmada hastaların hastalık süresi algılarının düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar kronik hastalığa sahip hastaların hastalıklarının uzun süreceği ile ilgili düşünceleri olduğunu göstermekte olup çoğu kronik hastalıkta, hastalıkla ilgili olumsuz algı saptanmıştır.

Çalışmamızda, hastaların hastalıklarının kontrol altına alınacağına yönelik inançları olumlu yöndedir. Literatür incelendiğinde çalışmamıza benzer olarak Gündüz'ün (2014) Diyabetes mellitus (DM) hastalarla yaptığı çalışmada, Özen'in (2013) multiple skleroz (MS) tanılı hastalarla yaptığı çalışmada, Bahçecioğlu'nun (2013) de astımlı hastalarla yaptığı çalışmada hastalık kontrol algısının yüksek olduğu

saptanmıştır. Korkmaz'ın (2017) hiperlipidemi hastalarıyla yaptığı çalışmada, Karabulutlu ve Okanlı'nın (2011) hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada, Weldam ve arkadaşlarının (2014) KOAH tanılı hastalarla yaptığı çalışmada hastalık kontrolü algısının yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak Bayad'ın (2017) preoperatif cerrahi hastalarla, Var & Rajeswaran'ın (2012) travmatik beyin hasarı olan hastalarla yaptığı çalışmalarda hastaların hastalık kontrol algılarının düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar incelendiğinde kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığı kontrol etmekte daha olumlu algıya sahip oldukları söylenebilir.

Çalışmamızda, hastaların tedavileri hakkında olumlu inançlara sahip olduğu belirlendi. Çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde Weldam ve arkadaşlarının (2014) KOAH tanılı hastalarla yaptığı çalışmada, Gündüz'ün (2014) tip 2 DM tanılı hastalarla yaptığı çalışmada tedavi inancı puanının yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Korkmaz'ın (2017) hiperlipidemi hastalarla yaptığı çalışmada, Özen'in (2013) MS tanılı hastalarla yaptığı çalışmada, Bayad'ın (2017) preoperatif cerrahi hastalarla yaptığı çalışmada, Pesut ve arkadaşlarının (2014) tüberküloz tanılı hastalarla yaptığı çalışmada tedavi inancı yüksek olarak saptanmıştır. Ancak çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak Bahçecioğlu'nun (2013) astım hastalarıyla yaptığı çalışmada, Gucht'un (2015) IBS'li hastalarla yaptığı çalışmada, Var & Rajeswaran'ın (2012) travmatik beyin hasarı olan hastalarla yaptıkları çalışmalarda tedavi inancı düşük olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar kronik hastalığa sahip hastaların tedavi inancının sıklıkla daha yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir. Kanserin tedavi oranları yüksek olduğu ve yaşam süresi uzadığı için diğer kronik hastalıklardaki hastalık algısına benzer sonuçlar bulunmuş olabilir.

Çalışmamızda, hastaların hastalıklarıyla ilgili şikayetlerinden oldukça olumsuz etkilendiği belirlendi. Bayad'ın (2017) preoperatif cerrahi hastalarla yaptığı çalışmada, Gucht'un (2015) IBS'li hastalarla yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza paralel olarak hastaların hastalıkla ilgili şikayet derecesi puanları yüksek olarak saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak Weldam ve arkadaşlarının (2014) KOAH tanılı hastalarla yaptıkları çalışmada, Korkmaz'ın (2017) hiperlipidemi hastalarıyla yaptığı çalışmada, Pesut ve arkadaşlarının (2014) tüberkülozlu hastalarla yaptıkları çalışmada, Var & Rajeswaran'ın (2012) travmatik beyin hasarı olan hastalarla

yaptıkları çalışmada hastaların şikayet derecesi puanının düşük olduğu saptanmıştır. Mesane, prostat, testis kanseri tanısı almış hastaların hastalık şikayetlerinin yüksek olduğu ve yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Çalışmamızda, hastalığın hastalarda oldukça endişe yarattığı saptandı. Literatür incelendiğinde çalışmamıza paralel olarak Gucht (2015)'un IBS'li hastalarla yaptığı çalışmada, Pesut ve arkadaşları (2014)'nın tüberküloz tanılı hastalarla yaptığı çalışmada hastalık hakkında endişe düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak Bayad'ın (2017) preoperatif cerrahi hastalarla yaptığı çalışmada, Korkmaz'ın (2017) hiperlipidemi hastalarıyla yaptığı çalışmada, Weldam ve arkadaşlarının (2014) KOAH'lı hastalarla yaptığı çalışmada, Var& Rajeswaran'ın (2012) travmatik beyin hasarı olan hastalarla yaptıkları çalışmada hastalık hakkında endişe düzeyi puanları düşük olarak saptanmıştır. Hastaların tedavinin yararına inanç düzeylerinin ve hastalık üzerinde kontrol algısı düzeylerinin yüksek olmasına rağmen endişelerinin de yüksek olması sağlık ve bilinmeyen durumlar karşısında her bireyin endişe yaşadığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda hastaların, hastalık seyrini iyi anladıkları belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde Özen'in (2013) MS tanılı hastalarla yaptığı çalışmada, Bayad'ın (2017) preoperatif cerrahi hastalarla yaptığı çalışmada, Korkmaz'ın (2017) hiperlipidemi hastalarında yaptığı çalışmada, Weldam ve arkadaşlarının (2014) KOAH tanılı hastalarla yaptıkları çalışmada, Pesut ve arkadaşlarının (2014) tüberkülozlu hastalarla yaptığı, Var& Rajeswaran'ın (2012) travmatik beyin hasarı olan hastalarla yaptıkları çalışmada hastalığı anlama algısının yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak Gündüz'ün (2014) tip 2 DM tanılı hastalarla yaptığı çalışmada hastalığı anlama algısının düşük olarak saptandığı görülmüştür. Cherrington ve arkadaşlarının (2006) , Ciddi'nin (2010) kalp hastalarıyla yaptıkları çalışmalarda da hastalığı anlama algısı puanı düşük olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu hastalıkları hakkında bilgilendirilmiş olmaları hastalıklarını iyi anladıklarını düşündürmüştür.

Çalışmamızda hastaların hastalıklarıyla ilgili olumsuz yönde duygusal değişimler yaşadıkları belirlendi. Literatür incelendiğinde Gündüz'ün (2014) ve Abubakari ve arkadaşlarının (2012) tip 2 DM tanılı hastalarla yaptığı çalışmalarda duygusal olarak etkilenme algısı puanının yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Özen'in

(2013) MS tanılı hastalarla yaptığı çalışmada, Bahçecioğlu'nun (2013) astımlı hastalarla yaptığı çalışmada, Pesut ve arkadaşlarının (2014) tüberkülozlu hastalarla yaptığı çalışmada duygusal etkilenme düzeyi puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmaların sonuçları bizim çalışmamızın sonuçlarına paralellik göstermektedir. Çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak Bayad'ın (2017) preoperatif cerrahi hastalarıyla, Korkmaz'ın (2017) hiperlipidemi hastalarıyla yaptığı çalışmada, Weldam ve arkadaşlarının (2014) KOAH tanılı hastalarla yaptığı çalışmada duygusal etkilenme düzeyi puanı düşük olarak saptanmıştır. Çalışmamızda hastaların hastalıktan etkilenme düzeyinin, hastalıkla ilgili şikayet düzeyinin ve hastalıkla ilgili endişe düzeyinin yüksek olması, hastaları duygusal olarak olumsuz yönde etkilediği ve duygusal etkilenme düzeyi puanının yüksek olmasına yol açtığını düşündürmüştür.

Çalışmamızda hastalık nedenleri incelendiğinde, mesane kanseri tanısı almış olan hastalar, hastalık için en yüksek risk faktörü olarak “sigara”, “stres-endişe-üzüntü”, “yaşlanma” faktörlerini belirttiler. Çalışmamızda mesane kanseri tanısı almış hastaların %5'i (n=2) idrar tutmayı da hastalık faktörü olarak görmektedir. Mesane kanserinin en büyük etkeninin sigara olması, hastaların çoğunlukla hastalık sebebi hakkında doğru bilgiye ulaşmış oldukları şeklinde yorumlanabilir.

Prostat kanseri tanısı almış olan hastalar, hastalık sebebi için en yüksek risk faktörü olarak “yaşlanma”, “stres-endişe-üzüntü” ve “sigara” faktörlerini belirttiler. Çalışmamızda prostat kanseri tanısı almış hastaların %6,7'si (n=3) “ayakta işemek” faktörünü hastalık sebebi olarak görmektedir. Prostat kanseri etkenlerinin ileri yaş ve sigara olması, hastaların çoğunlukla hastalık sebepleri hakkında doğru bilgiye ulaşmış olduklarını düşündürmüştür.

Testis kanseri tanısı almış olan hastalar hastalık sebebi için en yüksek risk faktörü olarak “stres-endişe-üzüntü”, “kalıtsal”, “mikroplar” faktörlerini belirttiler. Testis kanserinin en büyük etkeninin kalıtsal faktörler olması hastaların çoğunlukla hastalık sebepleri hakkında doğru bilgiye ulaşmış olduklarını düşündürmüştür.

Literatür incelendiğinde Cherrington ve arkadaşlarının (2006) kalp hastalarıyla yaptığı çalışmada hastalar risk faktörü olarak “bağışıklık sistemi”ni; Özen (2013) multipl sklerozlu hastalarla yaptığı çalışmada stres-endişe, aile problemleri gibi psikolojik etkenlerin; Bahçecioğlu'nun (2013) astımlı hastalarla; Acehan (2010)'ın hipertansiyon tanılı hastalar ile yaptığı çalışmada da stres-endişe faktörünün; Gündüz ve

Abubakari'nin (2012) tip 2 diyabet hastaları ile yaptığı çalışmada kalıtsal sebepler ve diyet alışkanlıklarının; Jopson ve Morris-Morris (2003)'in MS hastalarında yaptığı çalışmada mikroplar ve stresin; Bayad (2017)'in preoperatif cerrahi hastaları üzerinde yaptığı çalışmada aşırı çalışma, sağlığa dikkat etmeme ve şanssızlığın; Korkmaz'ın (2017) hiperlipidemi hastalarıyla yaptığı çalışmada yeme bozukluğu-obezite, stres-endişe ve kalıtsal nedenlerin en önemli hastalık sebebi olduğu belirlenmiştir. Hastalıklar farklı nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Bu bulgular hastaların hastalıkların oluşum nedenleri ile ilgili yeterli düzeyde bilgi sahibi olduklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda hastaların olumsuz beden algısına sahip olduğu belirlendi. Çalışmamızda beden algısı toplam puanı ile hastaların eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir durumu, tanı koyulduktan sonra geçen süre, tedavi şekli karşılaştırıldığında ise anlamlı bir fark bulunmadı.

Çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak Keskin'in (2018) estetik operasyon geçirmiş bireylerle yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça beden algısının arttığı saptanmıştır. Karakuş'un (2016) kronik hastalarla yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyinin artmasının beden algısını arttırdığı saptanmıştır, Yine, Karakuş (2016)'un çalışmasında bekar hastaların beden algısının evli hastalara göre anlamlı ölçüde en düşük olduğu saptanmıştır. Hamurcu'nun (2014) obez bireylere yaptığı çalışmada da evli olanların bekarlara oranla beden algısı düzeyi daha yüksek olarak bulunmuştur. Yılmaz (2008), baş-boyun kanseri tanısı ile ameliyat olan hastalarla yaptığı çalışmada evli olmayan hastaların ameliyat sonrası beden algısı puanının evli olan hastalara göre daha düşük olduğunu belirlemiştir. Merdinoğlu'nun (2017) kadın ve erkek bireylerle yaptığı çalışmada, gelir düzeyinin artmasının kişilerin beden algısı ve benlik saygısını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Bu sonuçtan farklı olarak Dayanç (2017) kemoterapiye bağlı alopesi yaşayan hastalarla yaptığı çalışmada en düşük gelir düzeyine sahip olan grubun en düşük beden algısı puanı aldığını ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamıştır.

Dayanç (2017), kemoterapiye bağlı alopesi yaşayan hastalarla yaptığı çalışmada sosyal güvence ile beden algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmiştir.

Güler'in (2017) meme koruyucu cerrahi geçiren ve mastektomi geçiren kadınlarla yaptığı çalışmada hastaların kemoterapi alma değişkeni, medeni durum

değişkeni, eğitim düzeyi değişkeni, tanı süresi değişkeni gibi demografik ve klinik değişkenleri bakımından beden algısı puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Dayanç (2017) kemoterapiye bağlı alopesi gelişen hastalarla yaptığı çalışmada çalışanlar ve çalışmayanlar arasında beden algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığını belirtmiştir. Farklı olarak Yılmaz (2008) baş-boyun kanseri tanısı ile ameliyat olan hastalarla yaptığı çalışmada çalışan hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası ve topluma katıldıktan sonraki beden algısı düzeylerinin çalışmayan hastalara oranla daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Dayanç (2017) kemoterapiye bağlı alopesi gelişen hastalarla yaptığı çalışmada eğitim durumu ile beden algısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığını belirtmiştir. Aynı çalışmada Dayanç, bekar hastaların evlilerden daha yüksek beden algısı puanı aldığını ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamıştır.

Çalışmamızda tedavi şeklinin beden algısını etkilemediği görüldü. Çalışmamızın sonuçlarına paralel olarak İpar Eroğlu'nun (2017) mastektomili kadınlarla yaptığı çalışmada tedavi şeklinin (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi) beden algısı ve benlik saygısını etkilemediği saptanmıştır. Karakaya'nın (2014) meme, tiroid, kolorektal ve over kanseri nedeniyle cerrahi uygulanmış kadın hastalarla yaptığı çalışmada kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavisinin beden imajını olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastalar arasında stoma açılmış hasta olmaması bu sonuca ulaşıldığını düşündürmüştür.

Beden algısı toplam puanı ile hastaların yaşı ($p<0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Hastaların yaşı ilerledikçe beden algısı puan ortalaması düşmüştür. Çalışmamızın sonuçlarına benzer olarak Yılmaz (2008) da baş-boyun kanseri tanısı ile ameliyat olan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların yaşı ilerledikçe beden algısı puan ortalamasının anlamlı derecede düştüğünü saptamıştır. Bilgin (1996) de baş -boyun kanseri tanısı almış hastalarla yaptığı çalışmasında, 31-40 yaş grubunun ameliyat öncesi ve sonrası beden algısı puanlarını 51-60 yaş grubuna göre daha yüksek bulmuştur. Çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak, Karakuş (2016) yaptığı çalışmada beden algısı ve yaş ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Uzun (2018) tetrapleji, hemipleji hastalarda yaptığı çalışmada beden algısı ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığını belirtmiştir.

Yaşlılık dönemi kişilerin yaşanan fiziksel ve zihinsel değişimlere uyum sağlamakta zorlandığı bir dönemdir. Kişi bedenine ve kendisine yabancılaştığını hissedebilir. Çalışmamızda yaş arttıkça beden algısının olumsuz yönde etkilenmesi bu şekilde yorumlanabilir.

Çalışmamızda çocuk sayısı, hastalık tanısı, hastanın bilgi aldığı kişi, ek fiziksel hastalık varlığı ile beden algısı arasında anlamlı bir fark bulundu. İki çocuk ve üzeri çocuk sahibi olanların beden algısı puanları daha düşük düzeyde bulundu. Dayanç (2017) kemoterapiye bağlı alopesi gelişen hastalarda çocuk sahibi olma durumu ile beden algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadığını belirtmiştir. Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Yılmaz (2008) baş-boyun kanseri tanılı hastalarla yaptığı çalışmada, geniş aileye sahip hastaların ameliyat sonrası topluma katıldıktan sonraki beden algısının, çekirdek aileye sahip olan hastalardan anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda hastalık tanıları ile beden algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görüldü. Testis kanseri tanılı hastaların beden algısı ortalama puanları diğer tanılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Testis kanseri tanılı hastaların yaş ortalamasının diğer tanılara göre daha düşük olması, bu sonucu elde etmiş olduğumuzu düşündürdü.

Çalışmamızda sadece hekimden bilgi alanların, hekim ve hemşireden bilgi alanlardan daha olumlu beden algısı olduğu belirlendi. Yılmaz (2008) baş-boyun kanseri tanısı ile ameliyat olan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların bilgi alma durumu ile beden algısı puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını saptamıştır. Bilgin'in (1996) baş-boyun kanserli hastalarla yaptığı çalışmasında hastaların bilgi alma durumlarıyla ameliyat öncesi ve sonrası puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar hemşirelerin hastayı bilgilendirirken terapötik tekniklerin kullanma yetkinliğinin artırılması gerekliliğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda ek fiziksel hastalığı olanların beden algısı puanlarının ek fiziksel hastalığı olmayanlara göre daha düşük düzeyde olduğu görüldü. Bulgumuza benzer şekilde Dayanç (2017) kemoterapiye bağlı alopesi yaşayan hastalarla yaptığı çalışmada ek fiziksel hastalığı olmayan hastaların beden algısının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Kurt ve arkadaşları (2013) romatoid artritli hastalarda ek hastalığı olmayanların beden algısının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Pınar (2002) obez bireylerde yaptığı çalışmada başka hastalığı olmayanların beden imajının daha yüksek

olduğunu bulmuştur. Kanser hastalığının yanında ek hastalık belirtileri hastalıkla başetmeyi zorlaştıracağı için beden algısı puanını etkilediği düşünülmüştür.

Rosenberg benlik saygısı ölçeğinin toplam puanı $1,7\pm 1,4$ (0-5) olarak saptanmıştır. Çalışmamızda hastaların benlik saygısı ile yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, sağlık güvencesi, çalışma durumu, gelir durumu, hastalık tanısı, tanı koyulduktan sonra geçen süre, tedavi şekli, hastanın bilgi aldığı kişi, ek fiziksel hastalık varlığı değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışma sonuçlarımıza paralel şekilde Ferreira ve arkadaşları (2017) kolorektal kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada analiz edilen değişkenler arasında (cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu) benlik saygısı düzeyi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Pınarlıgil (2008) hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada yaş grupları ile benlik saygısı düzeyi arasında anlamlı düzeyde farklılaşma gözlenmediğini belirtmiştir. Ancak gelir durumu yükseldikçe benlik saygısı puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığını belirtmiştir. Aynı çalışmada eğitim düzeyi ile benlik saygısı arasında anlamlı düzeyde fark bulunmadığı belirlenmiştir.

Dayanç (2017) çalışmasında medeni duruma ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığını belirtmiştir. Aynı çalışmada hastaların gelir durumu ile benlik saygısı puanları arasında yine hastaların çocuk sahibi olma durumu ile benlik saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadığı belirtilmiştir.

Bulgularımızdan farklı şekilde Dayanç (2017) kemoterapiye bağlı alopesi gelişen hastalarla yaptığı çalışmada çalışanların çalışmayanlara göre daha yüksek benlik saygısı puanı elde ettiğini saptamıştır.

Uzun (2018) tetrapleji ve hemipleji hastalarıyla yaptığı çalışmada 19-25 yaş arası hastalardan benlik saygısı ortalamalarının 40-46 yaş arası hastalardan anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptayarak benlik saygısının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterdiğini bulmuştur.

Dayanç'ın (2017) kemoterapiye bağlı alopesi gelişen hastalarla yaptığı çalışmada ek hastalığın beden algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuç bizim çalışmamızın sonuçlarına paralellik göstermektedir.

Bulgumuzdan farklı olarak Karakaya'nın (2014) meme, tiroid, kolorektal ve over kanseri nedeni ile cerrahi girişim uygulanmış kadın hastalarla yaptığı çalışmada ek hastalığı olmayanların beden algısının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmayan hastalar çalışanlara göre kendilerini daha değersiz hissedebilmektedir şeklinde yorumlanabilir. Bu nedenle çalışmayan hastaların benlik saygılarını artırmaya yönelik hemşirelik girişimleri planlanabilir.

Çalışmamızda tanı koyulduktan sonra geçen süre ile benlik saygısı puanını arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Yücel (2010) akciğer kanserli hastalarla yaptığı çalışmada hastalık süresi 6 ay ve üzeri olanların benlik saygısının en düşük olduğunu saptamıştır. Henoch ve arkadaşları (2007) akciğer kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların benlik saygılarının altı ve dokuzuncu aylarda olumsuz yönde etkilendiğini ortaya koymuştur.

Çalışmamızda hastaların beden algısı arttıkça benlik saygılarının da arttığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Dayanç (2017), Oktan ve Şahin (2010), Gören (2016), Hamurcu (2014), Çırak (2014), Kurt (2013), Üstündağ ve arkadaşları (2007), Dayanç (2017) çalışmalarında beden algısı arttıkça benlik saygısının arttığı sonucuna ulaşmışlardır.

6.SONUÇLAR

- Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $57,7 \pm 11$ (29-76) olup % 51'i (n=49) 60 yaş ve üstü; %36,5'i (n=35) ilkokul mezunu; %79,2'u (n=76) evli; %76'sı (n=73) 2 ve üzeri çocuk sahibi; %62,5'i (n=60) emekli; %96,9'unun (n=93) sağlık güvencesi mevcut; %68,8'inin (n=66) gelir durumu orta seviyededir.
- Hastaların %41,7'si (n=40) mesane kanseri, %46,9'u (n=45) prostat kanseri, %11,5'i (n=11) testis kanseridir. Hastaların hastalık süresi $5,4 \pm 3,45$ (1-12) ay olup hastaların %65,6'sının (n=63) 6 ay ve öncesi tanısı belirlenmiş; %69,8'i (n=67) yalnızca cerrahi tedavi %30,2'si (n=29) cerrahi ve ek tedavi (kemoterapi, radyoterapi, ilaç tedavisi) almıştır. Hastaların %100 ü (n=96) hastalık hakkında bilgilendirilmiş olup, %84,4 (n=81)'i hastalık hakkında hekimden tarafından, %15,6'sı hem hekim hem hemşire tarafından bilgilendirilmiştir. Yine hastaların %56,2'sinin (n=54) ek bir fiziksel hastalığı (diyabet, tansiyon vs.) vardır.
- Kısa hastalık algısı ölçeğinde hastalığa sebep olan faktörler incelendiğinde mesane kanseri olan hastaların %25'i (n= 10) sigaranın; Prostat kanseri teşhisi olan hastaların % 26,7'si (n= 12) yaşlanmanın; testis kanserli hastaların % 27,3'ü (n=3) stres-endişe-üzüntünün yine % 27,3'ü (n=3) kalıtımın etkili faktör olduğunu belirtmişlerdir.
- Kısa hastalık algısı ölçeği toplam puan ortalaması $41,0 \pm 7,7$ (min.23-max 68); Beden algısı ölçeğinin ortalama toplam puanı $125,5 \pm 25,8$ (min.40-max.191); Rosenberg benlik saygısı ölçeğinin toplam puanı $1,7 \pm 1,4$ (min 10-max30) olarak belirlendi.
- Hastaların çalışma durumuna göre kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir fark belirlenirken ($\chi^2=6,788$; $p<0,05$); yaş, ($p>0,05$), eğitim durumu, ($p>0,05$), medeni durum, ($p>0,05$), çocuk sayısı, ($p>0,05$), sağlık güvencesi, ($p>0,05$), gelir durumuna göre ($p>0,05$) arasında kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmedi.
- Hastaların yaşı ($t=2,238$; $p<0,05$) ve çocuk sayısına ($\chi^2=9,340$; $p<0,05$) göre Hastaların Beden Algısı Ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark belirlenirken ile hastaların eğitim durumu, ($p>0,05$), medeni durumu, ($p>0,05$), çalışma durumu, ($p>0,05$), sağlık güvencesi, ($p>0,05$), gelir durumuna

göre ($p>0,05$) Beden Algısı Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki fark belirlenmedi ($p>0,05$).

- Hastaların yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir durumuna göre Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği toplam puanları arasında anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$).
- Hastaların hastalık özelliklerine göre KHAÖ, BAÖ, RBSÖ toplam puanları karşılaştırıldığında sadece hastalık tanısı ($\chi^2=11,613$; $p<0,05$), hastanın bilgi aldığı kişi (MU=280,00; $p<0,05$) ve ek fiziksel hastalık varlığına ($t= 2,573$; $p<0,05$) göre BAÖ toplam puanları ($p<0,05$) arasında anlamlı bir fark belirlendi.
- Hastaların KHAÖ, BAÖ, RBSÖ Ölçek Ortalamaları Arasındaki İlişkiye bakıldığında sadece Rosenberg benlik saygısı ölçeği toplam puanıyla beden algısı ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönlü ($r:0,002$), kuvvetli bir ilişki belirlendi.

7.ÖNERİLER

- Kadınlar ve ergenlere yönelik çok sayıda beden algısı ve benlik saygısı ile ilgili çalışma olmasına rağmen, erkeklere yönelik yapılmış sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu konuda çalışma yapılması;
- Kanserli hastalarda hastalık algısı, beden algısı ve benlik saygısı düzeyleri belirli aralıklarla değerlendirilmeli, riskli gruplara daha fazla dikkat edilmesi;
- Kanser tüm yaş gruplarında yaşamı tehdit eden beden algısı ve benlik saygısını etkileyen bir hastalıktır. Beden algısı ve benlik saygısını etkileyebileceği için kanserli hastalara her aşamada danışmanlık verilmeli hastaların psikososyal desteğinin artırılması;
- Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilerek hastalık algılarına göre hemşirelik bakımı ve girişimlerinin bireyselleştirilmesi;
- Kanserli hastaların hastalıklarına yönelik yaşadığı fiziksel ve duygusal etkilerle baş etmeye yönelik faaliyetlerin düzenlenmesi, bu konuda konsültasyon-liyezon psikiyatri hemşirelerinden destek alınması;
- Hastalık algısı, beden algısı ve benlik saygısını değerlendiren daha büyük örneklem grubuyla benzer çalışmalar yapılması öz bildirim ölçeklerinin yanında gözlem ve görüşme tekniklerinin kullanılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Abubakari AR, Jones MC, Lauder W, Kirk A, Devendra D, Anderson J.(2012). Psychometric properties of the Revised Illness Perception Questionnaire: Factor structure and reliability among African-origin populations with type 2 diabetes, *International Journal of Nursing Studies*, 49(6):672–81.
- Acehan, O. (2010). Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerine Etkisi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD, Adana, Doktora Tezi.
- Akechi, T., Nakano, T., Hitoshi, O., Ueda,S., Akizuki, N., Eisyo, N.,ve ark. (2001). Psychiatric Disorders in Cancer Patients: Descriptive Analysis of 1721 Psychiatric Referrals at two Japanese Cancer Center Hospitals. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, (31) , 188-194.
- Açıkgöz, F. (2007). Düzce ilindeki kanserli hastaların cinsel yaşantılarındaki değişikliklerin ve bilgi gereksinimlerinin saptanması, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Bolu
- Algier, L., Kav, S.(2008). Nurses' approach to sexuality-related issues in patient receiving cancer treatments, *Turkish Journal of Cancer*, 38:135-141.
- Altinel, B., & Avcı, İ. A. (2013). Üniversite Öğrencilerinin Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayenesi Hakkındaki Bilgi, İnanç ve Uygulamaları . *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12 (4), 365-370.
- Altunay, A.,Öz.F. (2006). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Benlik Kavramı , *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(1):46–59
- Aydın,G., Güloğlu,B.(2001), Coopersimith Özsaygı Envanterinin Faktör Yapısı. *Eğitim ve Bilim Dergisi*, Ankara, 26: 122,66-71.
- Aydın, S.(2007). Türkiye’de Üriner Sistem Kanserlerinin Görülme Sıklığı, *Türk Üroloji Dergisi*: 33(4): 392-397.
- Bahçecioğlu, G. (2013). Astım Hastalarında Hastalık Algısının Astım Kontrolü Üzerine Etkisinin Belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

- Bahrami A, Ro JY, Ayala AG. (2007). An Overview of Testicular Germ Cell Tumors. *Archives of Pathology&Laboratory Medicine*; 131(8): 1267-1280.
- Bağ,B. (2013).Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 5(1):109-126.
- Balcı, U., & Dinçel, Ç. (2013). Testis Kanserlerinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi. Ç. Dinçel (Dü.) içinde, *Üroonkoloji* (s. 727-734). İzmir: Meta Basım Matbaacılık.
- Barber, F.D. (2012). Social support and physical activity engagement by cancer survivors. *Clinical Journal of Oncology Nursing*; 16:E84-98.
- Bayad, A. (2017). Preoperatif Cerrahi Hastalarında Hastalık Algısı Ve Anksiyete Düzeyinin Saptanması. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Yüksek Lisans Tezi.
- Bilgin H. (1996). Baş-Boyun Kanseri Tanısı Konarak Ameliyat Edilecek Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Beden İmajı, Benlik Saygısı ve Depresyon Durumları ile Bakımda Hemşirelerin Karşılaşabileceği Güçlükler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Biröl, L. (2004). Hemşirelik Süreci. Etki Matbaacılık Yayıncılık, İzmir.
- Bishop, G.D.,Converse, S.A. (1986). Illness representations: A prototype approach. *Health Psychology*, 5, 95–114.
- Burger, J.M.(2006). Kişilik. Kaknüs Yayınları. İstanbul. Çev: İnan Deniz Erguvan Sarioğlu. 1.Basım,43-180
- Büyüksahin Çevik G. (2007) Lise 3. Sınıf Öğrencilerinin Arkadaşlık İlişkileri ve Benlik Saygılarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- Carter, B., Bova, G., T.H.Beaty, G.D. Steinberg, B.Childs, W.B.Isaacs, et al. (1993). Hereditary Prostate Cancer: Epidemiologic and Clinical Features. *The Journal of Urology*, 150 (3), 797-802.

- Cash, T.F., Santos, M.T., Williams, E.F.(2005), Coping with body image threats and challenges: Validation of the body image coping strategies Inventory, *Journal of Psychosomatic Research*, 58:191-199.
- Cherrington, C., Moser, D., Lennie, T., & Kennedy, C. (2004). Inness representation after acute myocardial infarction: impact on in-hospital recovery. *American Journal of Critical Care*, 13 (2), 136-145.
- Cherrington CC, Lawson TN, Clark KB. (2006), Illness representation of patients with systolic heart failure, *Prog Cardiovascular Nursing*, 21(4):190–5.
- Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. (2010), Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients, *Journal of Psychosomatic Research*; 68(2):203–12.
- Ciddi, S. (2010), Enstitüsü Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin Hastalık Algısına Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Cüceloğlu D.(1993). Yeniden İnsan İnsana, Remzi Kitabevi, İstanbul. 5. Basım.
- Çırak R.(2014). Adölesan Gebelerde Beden İmajı Algısının Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Dayanç, İ. (2017). Kemoterapiye Bağlı Alopesi Gelişen Hastaların Beden İmajı Ve Benlik Saygısının Belirlenmesi İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi İstanbul.
- De Gucht V. (2015). Illness perceptions mediate the relationship between bowel symptom severity and health-related quality of life in IBS patients, *Quality of Life Research*, 7;24(8):1845–56
- Dieckmann KP, Pichlmeier U.(2004). Clinical Epidemiology of Testicular Germ Cell Tumors. *World Journal of Urology*, 22(1): 2-14.
- Donkin,L., Ellis,C.J., Powell,R., Broadbent,E., Gamble,G., Petrie, K.J.(2006). Illness perceptions predict reassurance following a negative exercise stress testing resul, *Psycholgy & Health*, 21(4):421–30.

- Diefenbach, M.A., Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5, 11–38.
- Drummond, M., & Gough, B. (2018). Men, Body Image and Cancer. *Body Image Care for Cancer Patients, Principles and Practices*. içinde Michelle Cororve Fingeret, Irene Teo: Oxford.
- Elbi, H. (2008). Kanser ve Psikiyatrik Sorunlar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı* , 36-46.
- Erkal, S., Pek, H.(1993). Beden İmajında Değişimler ve Hemşirenin Rolü, *Hemşirelik Bülteni*,7:3.
- Eroğlu, S.İ(2017). Mastektomili Kadınların Beden Algısı Ve Benlik Saygısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Fan, F., Fu J(2001). Self-concept and mental health of college students. *Chinese Mental Health Journal*; 15: 16-11.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M et al.(2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN, *International Journal of Cancer*,136(5): 359-86.
- Ferreira, E.C., Barbosa, M.H., Sonobe, H.M., Barichello, E. (2017). Self-esteem and health-related quality of life in ostomized patients. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(2):271-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0161>
- Fingeret, M.c., Teo, I., Epner, D.E.(2014). Managing Body Image Difficulties of Adult Cancer Patients, Lessons from Available Research. *Cancer*, 120(5): 633–641
- Garaigordobil M, Perez JI, Mozaz M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms, *Psicothema*; 20 (1): 114-123.
- Giannarini, G., Dieckmann, K., Albers, P., Heidenreich, A., & G.Pizzocaro. (2010). Organ-Sparing Surgery for Adult Testicular Tumours: A Systematic Review of the Literature. *European Urology*, 57 (5), 780-90.

- Göçgeldi E, Koçak N.(2010). Kendi Kendine Testis Muayenesi Konusunda Genç Erişkin Erkeklerle Verilen Eğitimin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*.52: 270-275.
- Gören ŞY.(2016). Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Hastalarında Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Beden İmajı ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi. *MAKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2); 61-73.
- Güler, C. (2017). Meme Kanseri Nedeni İle Meme Koruyucu Cerrahi Geçiren Ve Mastektomi Geçiren Kadınların, Beden Algısı Ve Cinsel Doyum Düzeylerinin Karşılaştırılması, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Gündoğan, F. (2006). Sirozlu Hastaların Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
- Gündüz F.(2014). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Hagger MS, Orbell S.(2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations, *Psychology and Health*, 18(2):141–84.
- Hallaç, S., Öz, F. (2011). Genital Kanser Tanı Sürecinde Varoluşsal Kaygı, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4):595-610.
- Hamurcu, P. (2014). Obez Bireylerde Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Hanno, P. M., Malkowicz, S., & Wein, A. J. (2009). *Üroloji El Kitabı*. (Ö. Adsan, Çev.) Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Henoch I, Bergman B, Gustafsson M, Johansson F, Danielson E. (2007). The Impact of Symptoms, Coping capacity and Social Support on Quality of Life Experience Over Time in Patients with Lung Cancer, *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(4); 370-379.
- Hiçdurmaz, D., Öz, F. (2011). Benliğin Bilişsel Yaklaşımla Güçlendirilmesi, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 68-78.

- Jakobsson, L., Loven, L., Hallberg, R.I.(2001). Sexual Problems In Men With Prostate Cancer In Comparison With Men With Benign Prostatic Hyperplasia And Men From The General Population, *Journal Of Clinical Nursing*, 10(4):573-82.
- Jemal A, Murray T, Ward E, Samuels A, Tiwari RC, Ghafoor A, et al.(2005). Cancer statistics, 2005. *CA a Cancer Journal for Clinicians*, 55:10-30.
- Jopson NM, Moss-Morris R.(2003). The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis, *Journal of Psychosomatic Research*, 54(6):503–4.
- Johnson, B.K.(2004). Prostate cancer and sexuality: Implications for nursing, *Geriatric Nursing*; 25:341-47
- Karabulutlu E., Karaman, S.(2015). Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2:3.
- Karabulutlu E, Tan M.(2005). Social Support and Hopelessness in Turkish Patients With Cancer, *Cancer Nursing*; Vol.28, No.3.
- Karabulutlu YE OA.(2011). Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilim Dergisi*.14(4):25–31.
- Karakaya, B. (2014). Meme, Troid, Kolorektal ve Over Kanseri Nedeniyle Cerrahi Uygulanmış Kadın Hastalarda Depresyon Anksiyete ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Konya.
- Karakuş, G.(2016). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Beden Algısı Ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tez Danışmanı, Uzmanlık Tezi, Malatya.
- Kaptein, A.A., Helder, D.I., Scharloo, M., Van Kempen G.M.J W.J ve ark. Illness perceptions and coping explain well-being in patients with huntintong's disease. *Psychologic Health*, 2006;21(4):431–6.
- Kayır, G. (2014). Onkoloji Hastalarının Hastalık Algısı ve Stresle Başa Çıkma Biçimleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

- Keskin, B. (2018). Programı Estetik Operasyon Geçirmiş Bireylerde Beden Algısı Ve Sosyal Kaygı Arasındaki İlişki. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Kiss, A., Meryn, S..(2001). Effect of sex and gender on psychosocial aspects of prostate and breast cancer. *BMJ*, 323(7320):1055-1058.
- Klein, E. A., & Silverman, R. (2008). Inflammation, infection, and prostate cancer, *Current Opinion in Urology*, 18 (3).
- Kocaman N.(2005). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir?, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 8:107-18.
- Kocaman, N., (2003). Fiziksel Hastalığa Uyum Güçlüğü Yaşayan Hastalarda Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Modeli Geliştirme Çalışması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD, Doktora Tezi, İstanbul.
- Kocaman, N., Özkan, M., Armay, Z., Özkan, S., (2007). Hastalık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenirliği, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:271
- Korkmaz, B. (2017). Hiperlipidemi Hastalarında Hastalık Algı Düzeyinin Değerlendirilmesi. Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, TıptaUzmanlık Tezi, İzmir.
- Koppie, T., Grossfeld, G., Miller, D., Yu, J., Stier, D., Broering, J., et al. (20000). Patterns of Treatment of Patients with Prostate Cancer Initially Managed with Surveillance: Results from the CaPSURE Database. *The Journal of Urology*, 164 (1), 81-88.
- Koşar, A., & Ergün, O. E. (2013). Prostat Kanserinde Klinik Semptomlar ve Bulgular. *Üroonkoloji* (s. 25-26), içinde İzmir: Meta Basım Matbbacılık Hizmetleri.
- Köse, O., Kaygısız, M., & Dinçel, Ç. (2013). Testis Tümörlerinde Klinik Bulgular ve Ayırıcı Tanı. Ç. Dinçel (Dü.) içinde, *Üroonkoloji*. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri.
- Kurt, E., Özdilli, K., & Yorulmaz, H. (2013). Body Image and Self-Esteem in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Noro psikiyatri arsivi*, 50(3), 202-208.

- Leventhal H, Leventhal E.A, Contrada R.J. (1989). Selfregulation, health and behaviour: A perceptualcognitvie approach, *Psychology and Health*, 13:717-734
- Leventhal,H., Cameron,L.D,(2003). The Common-sense model of selfregulation of health and illness behaviour, *Psychology Press*, 42–65.
- Malkowicz, S., J.Vaughn, D., & Wein, A. J. (2009). Erişkin Genitoüriner Kanseri-Prostat ve Mesane . *Üroloji El Kitabı* , 523-540. (H. Sağlam, Çev., & Ç. E. Adsan, Derleyici) Güneş Tıp Kitabevleri.
- Mercadante, S., Vitrano, V., Catania, V.(2010). Sexual issues in early and late stage cancer. A review, *Support Care Cancer*, 18:659-665.
- Merdinoğlu, A. (2017). Aerobik Egzersize Bağlı Yetişkin Kadın Ve Erkek Bireylerde Beden Algısı Ve Özgüven Değerlerinin Araştırılması, Muğla Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Muğla.
- Mete, H. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri* , 11(EK.13) 3-18.
- Milani MJ, Ashktorab T, Saeedi ZA MH (2012). The efeect of illness perception on physical health-related quality of life promotion in multiple sclerosis (MS) patients attending peer support groups. *JPS*. 3(2):31–7.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D. and Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1–16.
- Moul, J. (2007). Timely diagnose of testicular cancer. *Urologic Clinics of North America*, 34 (2), 109-117.
- Mutlu, S. (2006). Kalıcı Abdominal Stomalı Hastalarda Beden İmajı Değişiminin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Yüksek Lisans Teziİstanbul: MÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü* .
- Negri E.LCV.(2002). Epidemiology and prevention of bladder cancer, *European Journal of Cancer Preention*, 10:7-14.
- Ocak I, Bernardo M, Metzger G, Barrett T, Pinto P, S. Albert P and L. Choyke P. (2007). Dynamic Contrast-Enhanced MRI of Prostate Cancer at 3 Tesla MRI: A Study of Pharmacokinetic Parameters, *AJR*, 189:849.

- Okanlı, A., Özer, N., Akyl, R. Ç., Koçkar, Ç., (2006). Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9:4.
- Okanlı, A, Yılmaz Karabulutlu, E . (2011). Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (4), 25-31. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/ataunihem/issue/2655/34257>
- Oktan V., Şahin M. (2010) Kız Ergenlerde Beden İmajı ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7:12-17.
- Olfert SM, Felknor SA, Delclos GL. (2006). An updated review of the literature: risk factors for bladder cancer with focus on occupational exposures, *Southern Medical Journal*, 99(11):1256-63.
- Öz F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ., Ankara, 83-111.
- Özdemir, A. (2018), Yanıklı Hastalarda Yoganın Benlik Saygısı ve Beden Algısına Etkisi, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Malatya.
- Özdemir, G. (2013). Prostat Kanseri Epidemiyolojisi, Etyolojisi ve Korunma. *Üroonkoloji* . (Ç. Dinçel, Dü.) Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri.
- Özen Ş. (2013). Multipl Sklerozlu Hastalarda Hastalık Algısının Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Özmen, E., Aydemir, Ö., Bayraktar, E.,(1997). Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar, *Hekimler Yayın Birliği*, Ankara.
- Özyurt BE.(2007). Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. *Kriz Dergisi*, 15:1-15.
- Petrie ,K.J. Jago,L.A., Devcich, D.A(2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions, *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2):163–7.
- Petrie J.K, Weinman .(2006). Why illness perceptions matter, *Clinical Medicine*, 6(6):536–539.

- Pesut DP, Bursuc BN, Bulajic M V, Solovic I, Kruczak K, Duarte R, et al.(2014). Illness perception in tuberculosis by implementation of the Brief Illness Perception Questionnaire – a TBNET study, *Springerplus*, 3(1):664.
- Pınar R.(2002). Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1); 30- 41.
- Pınarlıgil, N.B. (2005). Dezavantajlı Gruplarda Sosyal Karşılaştırma Diyaliz Hastalarının Sosyal Karşılaştırma Süreç Ve Eğilimlerinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, İzmir.
- Polat. K, Tüzel E.,Aktepe F.,Akdoğan B.,Güler C, Uzun İ.,(2009). Türkiye’de otopsi serisinde latent prostat kanseri ve yüksek dereceli prostatik intraepitelyal neoplazi sıklığının araştırılması Investigation of the incidence of latent prostate cancer and high-grade prostatic intraepithelial neoplasia in an autopsy series of Turkish males, *Turkish Journal of Urology*, 35(2):96-100.
- Potur DC. (2003). İlk gebelikte beden imajının algılama durumunun değerlendirilmesi. M. Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Reis, N., Beji, N.K., Coskun.(2010). A quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data, *European Journal of Oncology Nursing: the Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 14:137-146.
- Rogers, C.R (1951). “Client-Centered Therapy”. *Boston: Houghton Mifflin Company*.
- Rushton L, Bagga S, Bevan R, Brown T, Cherrie J, Holmes P et al.(2011). The British occupational cancer burden study, *Occupational & Environmental Medicine*, 68(Suppl 1), A58-A58.
- Sanchez-Ortiz, R. F., & Vaughn, D. J. (2009). Böbrek, Testis ve Penis Kanseri, *Üroloji El Kitabı* (s. 603-615). içinde Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. (2007) Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease, *Annual Review of Psychology*; 58:565-592.
- Stein JP, Skinner DG.(2006). Radical cystectomy for invasive bladder cancer: long-term results of a Standard procedure, *World Journal of Urology*, 24 (3): 296-304

- Tarone, R., Chu, K., & Brawley, O. (2000). Implications of Stage Specific Survival Rates in Assessing Recent Declines in Prostate Cancer Mortality Rates. *Epidemiology*, 11 (2), 167-170.
- TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Ankara Erişim 22.03.2018, <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2017). Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara. Erişim 22.03.2018, http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR.pdf
- Uçar, T., Uzun, Ö.(2008). Meme Kanseri Kadınlarında Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı Ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 4.3.
- Ünal, N. (2014). Planlı ve Plansız Ortopedi Ameliyatlarının Hastaların Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Durumluluk Kaygıları Üzerine Etkisi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Üstündağ H, Demir N, Zengin N, Gül A. (2007). Stomalı Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science*, 27; 522-527.
- Uzun, M. (2018). Tetrapleji, Hemipleji Hastalarında Benlik Saygısı Ve Benlik Saygısına Beden İmajının Etkisi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Var F, Rajeswaran J.(2012). Perception of illness in patients with traumatic brain injury. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(3):223.
- Weldam SW, Lammers J-WJ, Heijmans MJ, Schuurmans MJ.(2014). Perceived quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients: a cross-sectional study in primary care on the role of illness perceptions, *BMC Family Practice*, 3;15(1):140.
- White,C.(2000). Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model, *Psychooncology*, 9(3):183-92.
- Wittmann,D., Northouse, L., Foley, S., Gilbert, S., Wood, D.P. Jr., Balon, R.,Montie,J.E.(2009). The psychosocial aspects of sexual recovery after prostate cancer treatment, *International Journal of Impotence Research*, 21:99-106.

- www.cancer.org*. (2018). 09 18, 2018 tarihinde American Cancer Society.Cancer Facts and Figures : <https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/about/key-statistics.html> adresinden alındı
- Yang,Y.L, Liu,L., Li,M.Y., Shi,M., Wang, L. (2016). Psychological Disorders and Psychosocial Resources of Patients with Newly Diagnosed Bladder and Kidney Cancer: A Cross-Sectional Study, *PloS one*, 18;11(5)
- Yılmaz, B. (2008). Baş-Boyun Kanseri Tanısı İle Ameliyat Olan Hastaların Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Beden İmajı Ve Benlik Saygısı Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tezi Hemşirelik Esasları Anabilimdalı, Yüksek Lisans, İstanbul.
- Yörükoğlu A.(2002). Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunları,: Özgür Yayınları 11.Basım, İstanbul.
- Yuang, X. (2000). Correlation between self-esteem and mental health of secondary normal school students, *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 8: 102-103.
- Yücel SD.(2010). Akciğer Kanseri Hastalarda Öz-Bakım Gücü ve Benlik Saygısı İle Aralarındaki İlişkinin Belirlenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Yüksel, Ö. (2018). Üroloji Kliniği Mesane Kanseri Nüksü Takibinde Yeni Bir İdrar Biyomarkerının Etkinliğinin İdrar Sitolojisi İle Karşılaştırılması, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.

FORMLAR

HASTA BİLGİ FORMU (Ek-1)

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
 Kadın Erkek Diğer.....
3. Eğitim Durumunuz:
 Okur –yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise
 Lisans Lisansüstü
4. Mesleğiniz :
5. Medeni durumunuz:
 Evli Bekar Dul
6. Varsa çocuk sayısı? :
7. Çalışma durumunuz:
 Çalışıyor Çalışmıyor Emekli
8. Şu anda evde kim(ler)le yaşıyorsunuz?;
 Yalnız Eş ile Eş ve çocuklarla Çocuk(lar)la
 Eşim-çocuklarım ve bir yakınum Diğer (belirtiniz):.....
9. Sağlık güvenceniz:
 Var Yok
10. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
 İyi Orta Kötü
11. Hastalık tanısı:
12. Hastalık tanısı konulduktan sonra geçen süre:.....
13. Hastalığımız hakkında bilgilendirildiniz mi?;
 Evet Hayır
14. Hastalığımız hakkında bilgiyi kimden aldınız?;
 Doktor Hemşire Aile Diğer
15. Başka fiziksel bir hastalığımız var mı?;
 Evet Hayır
 Eğer cevabımız Evet ise hastalığımızın adını yazınız:.....
16. Sağlık güvenceniz:
 SSK Bağ-Kur Emekli Sandığı Sosyal Güvencem Yok Diğer.....

KISA HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ (Ek-2)

Aşağıdaki sorular için, sizin görüşlerinize en fazla uyan numarayı lütfen çember içine alın:

Hastalığımız hayatımızı ne kadar etkilemekte?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç yaşamımı etkilemiyor						ciddi ölçüde etkiliyor				
Hastalığımızın ne kadar süreceğini düşünüyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
çok kısa süre						ömür boyu				
Hastalığımız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu hissediyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kesinlikle hiçbir kontrolüm yok						Tamamen kontrolüm altında				
Tedavinizin hastalığımıza ne ölçüde yardımcı olabileceğini düşünüyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç yardımcı değil						oldukça yardımcı				
Hastalığımıza bağlı şikayetleri hangi ölçüde yaşıyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiçbir şikayetim olmuyor						çok ciddi şikayetlerim oluyor				
Hastalığımız için ne kadar endişelisiniz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç endişeli değilim						çok endişeliyim				
Hastalığımızın ne olduğunu ne kadar iyi anladınız?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç anlamadım						çok net anladım				
Hastalığımız duygusal olarak sizi ne kadar etkilemekte? (ör: Sizi sinirli, ürkek, üzüntülü veya çökkün yapıyor mu?)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
duygusal olarak hiç etkilemiyor						duygusal olarak çok etkiliyor				

Lütfen **hastalığımıza** sebep olduğuna inandığımız en önemli üç faktörü (olayı) önem sırasına göre yazınız. Aşağıdaki listeden seçebilirsiniz ya da seçeneklerin dışında sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz. **Benim için en önemli sebepler :**

1.
2.
3.

- Stres-endişe üzüntü
- Kalıtsal(ırsi)
- Mikroplar
- Kötü beslenme
- Şanssızlık
- Kendimi kötü hissetmem
- Sağlığima dikkat etmemem
- Çevre kirliliği
- Aşırı çalışma
- Kişilik özelliklerim
- Yaşlanma
- Alkol-Sigara
- Aile problemleri
- Ek hastalık
- Kaza ya da yaralanma
- Vücut direncimin azalması

BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ (Ek-3)

		(5) Çok beğeniyorum	(4) Oldukça beğeniyorum	(3) Kararsızım	(2) Pek beğenmiyorum	(1) Hiç beğenmiyorum
1	Saçlarım					
2	Yüzümün rengi					
3	İştahım					
4	Ellerim					
5	Vücudumun kıl dağılımı					
6	Burnum					
7	Fiziksel gücüm					
8	İdrar dışkı düzenim					
9	Kas kuvvetim					
10	Belim					
11	Enerji düzeyim					
12	Sırtım					
13	Kulaklarım					
14	Yaşım					
15	Çenem					
16	Vücut yapım					
17	Profilim					
18	Boyum					
19	Duygularımın keskinliği					
20	Ağrıya dayanıklılığım					
21	Omuzlarımın genişliği					
22	Kollarım					
23	Göğüslerim					
24	Gözlerimin şekli					
25	Sindirim sistemim					
26	Kalçalarım					
27	Hastalığa direncim					
28	Bacaklarım					
29	Dişlerimin şekli					
30	Cinsel gücüm					
31	Ayaklarım					
32	Uyku düzenim					
33	Sesim					
34	Sağlığım					
35	Cinsel faaliyetlerim					
36	Dizlerim					
37	Vücudumun duruş şekli					
38	Yüzümün şekli					
39	Kilom					
40	Cinsel organlarım					

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ (Ek-4)**ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ**

Aşağıdaki cümleleri okuyarak sizin için en uygun olan şıkkı işaretleyiniz.

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
4. Bende diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
5. Kendimde gurur duyacak bir şey bulamıyorum.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
7. Genel olarak kendimden memnunum.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
9. Bazen kesinlikle kendimin işe yaramadığını düşünüyorum.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Ek-5)

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!...]

Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

1.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

Araştırmanın Adı: Mesane, Prostat, Testis Kanserli Erkek Hastalarda Hastalık Algısı, Beden Algısı, Benlik Saygısının Belirlenmesi

Araştırmanın İçeriği: Bu araştırma; mesane, prostat, testis kanseri tanısı almış erkek hastaların, hastalık algısı, beden algısı ve benlik saygısı düzeyleri ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılacaktır.

Araştırmanın Amacı: Sık görülen genitoüriner sistem kanserleri hastalar için zorlu psikososyal değişimler oluşturan bir deneyimdir. Prostat, mesane ve testis kanserli erkek hastaların hastalık algıları, beden imajı düzeyleri ve benlik saygısı düzeyleri ve hastaların sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi, ihtiyaçların tespit edilemesi hemşirelik bakımının geliştirilmesi açısından önemlidir.

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 15-20 dakika

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: -

Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi: Araştırma kapsamında herhangi bir girişimsel uygulama bulunmamaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, araştırmacının size vereceği anket formunu doldurmanız istenmektedir. Anket sorularını kendi kendinize okuyup yanıtlayabileceğiniz gibi, arzu ederseniz sorular size araştırmacı tarafından okunup, yanıtlanmanıza yardımcı olacaktır.

2.ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR):

Bu araştırmada sizin için beklenen yarar(lar) , mesane, prostat, testis kanseri tanısı almış erkek hastaların sosyo-demografik özelliklerinin, hastalığı algılama biçimine, beden algıları ve benlik saygıları üzerine etkilerini anlamamıza yardımcı olacaktır. Araştırma sonuçları, hemşireler olarak hastalara ve ailelere hastalık sürecinde daha etkin bakım verebilmemiz için önemlidir. Sizlerin deneyimleri, aynı tanıyı almış diğer hastalar ile çalışırken yol gösterici olacaktır.

3.GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:

Araştırmada veriler anket formu doldurularak toplanacaktır. Araştırma sürecinde size rahatsızlık verecek herhangi bir girişim uygulanmayacaktır.

4.GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:

Araştırma sonuçları başka hastaların yararına kullanılabilir. Hemşirelik bakım ve hizmetlerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

5.GEBELİK

Araştırmaya erkek hastalar dahil edilecektir.

6.ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME

Araştırma kapsamında girişim ya da tedavi uygulaması bulunmamaktadır.

7.ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI

Anket sorularının veri analizini etkileyecek ölçüde yanıtız bırakılması durumunda araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

8.ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

9.ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

10.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için ya da araştırma dışı bir ilaç almak durumunda kaldığınızda aşağıdaki hemşire ile irtibat kurabilirsiniz.

Hemşire-Yüksek Lisans Öğrencisi Selin Gümüştaş 0506 3801324

11.ZARARLARIN KARŞILANMASI:-

12.GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA:

- a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- c. Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

13.GİZLİLİK:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, uygulanan yöntemin ya da ilacın kullanımının onaylanması için verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

14.ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu** kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma yeterli cevaplar aldım.

Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı

Adı- Soyadı: Selin Gümüştaş

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

ETİK KURUL KARARI (EK-6)



T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 31829978-050.01.04-E.1800034223
Konu : Girişimsel Olmayan Klinik
Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

10/05/2018

Sayın Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh
Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Mesane, Prostat, Testis Kanserli Erkek Hastalarda Hastalık Algısı, Beden Algısı, Benlik Saygısının Belirlenmesi adlı araştırma başvuru dosyanız kurulumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. **İnceleme sonucunda araştırmanın yapılacağı kurumdan/ klinikten izin alınması koşulu çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına** kurulumuzun 25.04.2018 tarihli ve 172 sayılı karar numarası ile toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir. Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır
Doç. Dr. Orhan GÖKALP
Etik Kurul Başkanı

Ek: 172 kararın İngilizce hali

[Belge Doğrulamak İçin: http://ybs.ikc.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index](http://ybs.ikc.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index) adresinden F3AFFMU kodu girerek belgeyi doğrulayabilirsiniz.

Adres : İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Çiğli Ana
Yerleşkesi 35620 Çiğli/İzmir - TÜRKİYE

Bilgi İçin İrtibat : Bülent Maral - Memur
Telefon : (0 232) 3293535
Belgegeçer No : (0 232) 3860888
İnternet Adresi : www.ikc.edu.tr

e-posta : bulent.maral@ikc.edu.tr



1800034223 numaralı belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince Orhan Gökalp tarafından 10.05.2018 tarihinde güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

İZİNLER

(Ek-7)



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

İZMİR KATIP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - İZMİR KATIP ÇELEBİ
ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

06/06/2018 16.02 - 47104536 - 799 - E.23881



Sayı : 47104536-799
Konu : Tez İzni (Selin Gümüştas)

DAĞITIM YERLERİNE

Hastanemiz Ortopedi Kliniğinde görev yapan, Hemşire Selin GÜMÜŞTAŞ' ın "Mesane, Prostat, Testis Kanseri Erkek Hastalarda Hastalık Algısı, Benlik Saygısının Belirlenmesi" konulu bilimsel araştırma başvurusu incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinde yürütülmesi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr.Hilmi GÜNGÖR
Başhekim Yardımcısı

EKLER:

Selin Gümüştas Tez İzni

Dağıtım:

Dağıtım:

İzmir K.Ç.Ü. Atatürk E.A.H. Tıbbi Onkoloji Kliniği İdari Sorumlusu
İzmir K.Ç.Ü. Atatürk E.A.H. Üroloji Kliniği Program Yöneticisi
İzmir K.Ç.Ü. Atatürk E.A.H. Tıbbi Onkoloji Kliniği Program Yöneticisi
İzmir K.Ç.Ü. Atatürk E.A.H. Üroloji Kliniği İdari Sorumlusu
İzmir K.Ç.Ü. Atatürk E.A.H. Radyasyon Onkolojisi Birim Sorumlusu

Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim -ARGE
Birimi
Faks No:

e-Posta:arife.sakur@saglik.gov.tr İnt.Adresi: arife_sakur@mynet.com

Bilgi için:Arife SAKUR

Unvan:TIBBİ TEKNOLOG

Telefon No:23224343/2873

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4cdf099e-e643-424f-b92d-9cc435182e04 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

(Ek-8)

Selin Gümüştas <selin.gumustas@gmail.com> Sat, Sep 29, 2018, 10:47 PM ☆ ↩ ⋮
to e.broadbent ▾

Dear Broadbent,

I am completing a master's thesis at Istanbul University, Florence Nightingale School of Nursing, Department of Psychiatric Nursing. The thesis title is: Determination of illness perception, body image, self-esteem levels in male patients with bladder, prostate, testicular cancer.

I would like your permission to use the The Brief Illness Perception Questionnaire Turkish Version instrument in my research study. I would like to use and print your survey under the following conditions:

- I will use the surveys only for my research study and will not sell or use it with any compensated or curriculum development activities.
- I will include the copyright statement on all copies of the instrument.
- I will send a copy of my completed research study to your attention upon completion of the study.

If these are acceptable terms and conditions, please indicate so by replying to me through e-mail: selin.gumustas@gmail.com

I would be grateful if you help.

Kind regards,

Selin Gümüştas Özdemir

Istanbul University , Florence Nightingale School of Nursing

Department of Psychiatric Nursing

34381/Istanbul/ TURKEY

Elizabeth Broadbent <lizbroadbent@me.com> Sep 30, 2018, 2:38 AM ☆ ↩ ⋮
to me ▾

Yes you may use it for your thesis

Regards

Liz

...

(Ek-9)**Ölçek izini hakkında**

Inbox x

**Selin Gümüştas** <selin.gumustas@gmail.com>

Oct 2, 2018, 1:48 PM



to selimh ▾

Sayın Hovardaoğlu,

İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım.

Prof. Dr.Fatma Yasemin KUTLU danışmanlığında, “Mesane, Prostat, Testis Kanseri Erkek Hastalarda, Hastalık Algısı, Beden Algısı ve Benlik Saygısının Belirlenmesi” konulu tez çalışmamda “Vücut Algısı Ölçeği”nin kullanabilmek için izninizi rica etmekteyim.

Saygılarımla,

Selin Gümüştas Özdemir

I.Selim.Hovardaoglu@ankara.edu.tr

Oct 3, 2018, 8:50 AM



to me ▾



Turkish ▾



English ▾

[Translate message](#)[Turn off for: Turkish](#) x

Merhaba, ölçeği kullanabilirsiniz, saygılarımla,



(Ek-10)

Selin Gümüştas <selin.gumustas@gmail.com> Wed, Oct 3, 2018, 2:57 PM ☆ ↩ ⋮
to Türkiye ▾

Sayın Çuhadaroğlu,

İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım.

Prof. Dr.Fatma Yasemin KUTLU danışmanlığında, “Mesane, Prostat, Testis Kanseri Erkek Hastalarda, Hastalık Algısı, Beden Algısı ve Benlik Saygısının Belirlenmesi” konulu tez çalışmamda “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği”ni kullanabilmek için izninizi rica etmekteyim.

Saygılarımla,

Selin Gümüştas Özdemir

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Dern... Mon, Oct 8, 2018, 10:03 AM ☆ ↩ ⋮
to me ▾

🌐 Turkish ▾ > English ▾ [Translate message](#) [Turn off for: Turkish](#) ×

Ölçeği'n kullanım hakları Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği'ne verilmiştir. Ölçeği ve değerlendirme formunu Dernek'e 50 TL bağış karşılığında alabilirsiniz'. Hesap numarası ektedir.teşekkürler

Selin Gümüştas <selin.gumustas@gmail.com>, 3 Eki 2018 Çar, 14:57 tarihinde şunu yazdı:

...



(Ek-11)

Selin Gümüştaş <selin.gumustas@gmail.co...> Mon, Oct 8, 2018, 10:24 AM ☆ ↩ ⋮
to cogepder ▾

Bağışı gerçekleştirdim. Dekontu ekte gönderiyorum. Çok teşekkür ederim. İyi çalışmalar dilerim



Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Dern... Mon, Oct 8, 2018, 10:30 AM ★ ↩ ⋮
to me ▾

🌐 Turkish ▾ > English ▾ Translate message

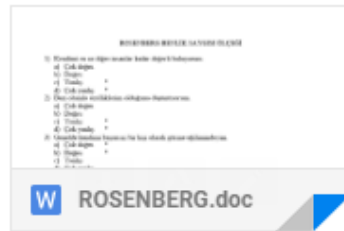
Turn off for: Turkish ✕

ektedir teşekkürler

Selin Gümüştaş <selin.gumustas@gmail.com>, 8 Eki 2018 Pzt, 10:24 tarihinde şunu yazdı:



3 Attachments



İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

Mesane, Prostat, Testis Kanserli Erkek Hastalarda Hastalık Algısı, Beden Algısı, Benlik Saygısının Belirlenmesi

ORJİNALLIK RAPORU

%7 BENZERLİK ENDEKSİ	%6 İNTERNET KAYNAKLARI	%3 YAYINLAR	%2 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------	-------------------------------

BİRCİL KAYNAKLAR

1	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1
2	www.phdemegi.org İnternet Kaynağı	<%1
3	www.hacettepehemsirelikdergisi.org İnternet Kaynağı	<%1
4	kongre.saykad.net İnternet Kaynağı	<%1
5	adikarsiv.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	bakirkoytip.org İnternet Kaynağı	<%1
7	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1
8	kanser.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Selin	Soyadı	Gümüştaş
Doğ.Yeri	Bornova	Doğ.Tar.	16.12.1987
Uyruğu	T.C	TC Kim No	35686237808
Email	selin.gumustas@gmail.com	Tel	05063801324

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Lisans	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü	2009
Lise	Bornova Mustafa Kemal Lisesi	2004

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2014-...
2.	Hemşire	Bakırköy Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	2010-2013

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	YDS Puanı
İngilizce	İyi	Orta	İyi	57.500	68,750

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	74.120	74.958	67.937

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	Çok İyi
SPSS	İyi

Yayımları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

- Türkmen, S.N, Yorulmaz M., Koza E., Gumustas S., Internalized stigmatization and social functioning in psychiatric patients, Journal of Turgut Ozal Medical Center, 2018, Vol. 25 Issue 1, p12-17. &p.
- RUSİHAK Ruh Sağlığı Alanından Sivil İzleme Sistemi Yaratma Projesi Sempozyumu “Kapalı Kurum Yerine Toplum Temelli Hizmet-Türkiye’den Olumlu Örnekler” 27 Haziran 2014, Sunucu Katılımcısı Moderatör:Hakan Ataman
- Kognitif Davranışçı Terapiler Derneği 3. Ulusal Kongresi “Zor Vakalar Yeni Yaklaşımlar”, Panel8: Psikiyatri Hemşireliğinde Kognitif Davranışçı Terapi Sunumu Sunucu Katılımcısı Moderatör: Uzm.Dr Ömer Şenormancı-Kasım 2013
- CBT İstanbul 2012-2013 Kognitif Terapi Eğitim Sertifikası. Eğitimci ABPP,ACT Dr. Emel Stroup
- Sağlık Bakanlığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Ankara Eğitim Sertifikası -2012
- RUSİHAK(Ruh Sağlığı Alanında İnsan Hakları Girişimi)- Sabancı Vakfı Hasta Konseyi Projesi Eğitimi-2012
- RUSİHAK Hasta Konseyi Projesi Sunumu “Bireysel Bakım Planı Oluşturma” Sunumu, Sunucu katılımcısı -2012

Özel İlgi Alanları (Hobileri):Resim, bateri, astroloji