



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

ONKOLOJİK CERRAHİ TEDAVİ UYGULANAN HASTALARA BAKIM
VEREN YAKINLARININ KANSERE İLİŞKİN TUTUMLARI

KÜBRA ŞENGÖR

DANIŞMAN
PROF.DR. AYFER ÖZBAŞ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM
DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI

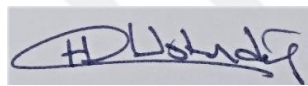
Bu çalışma 08.01.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

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



Prof. Dr. Nevin KANAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Dr. Öğr. Üyesi Fatma Hülya ÜSTÜNDAĞ
İstanbul Bilgi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri 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.



Kübra ŞENGÖR

İTHAF

Sevgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim değerli aileme, sevgili eşime ve biricik kızıma ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince değerli katkılarıyla bana her zaman rehberlik eden, bilgi ve deneyimini benimle paylaşan danışman hocam **Sayın Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ'a**

Destek ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen, yanlarında çalışmaktan onur duyduğum Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı **Sayın Prof. Dr. Nevin KANAN** olmak üzere tüm İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki diğer öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerine,

Çalışmaya katılarak değerli katkılarını esirgemeyen hasta yakınlarına,

Sevgi ve destekleriyle bana güç veren değerli eşime, sevgili annem ve babama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	ii
BEYAN.....	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanser İstatistikleri	3
2.1.1. Dünyada Kanser İstatistikleri.....	3
2.1.2. Türkiye’de Kanser İstatistikleri	4
2.2. Kanser Etiyolojisi.....	6
2.3. Kanserde Erken Tanı.....	9
2.4. Kanserde Tedavi Yaklaşımları.....	10
2.4.1. Cerrahi Tedavi.....	11
2.4.2. Radyoterapi	12
2.4.3. Kemoterapi.....	12
2.4.4. Diğer Tedavi Yöntemleri	13
2.5. Bakım Veren Hasta Yakınlarının Kansere İlişkin Tutumları	13
2.5.1. Bakım Kavramı	13
2.5.2. Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolü	14
2.5.3. Tutum Kavramı ve Bileşenleri	16
2.5.4. Kanser Hastalarının Yakınlarının Kansere İlişkin Tutumlarını İnceleyen Araştırmalar	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	22
3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular.....	22

3.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman	22
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	22
3.5. Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri	23
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.7. Veri Toplama Yöntemi	23
3.7.1. Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) Anketi-Toplum Versiyonu	23
3.8. Verilerin Toplanması	24
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri	25
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIşMA	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
KAYNAKLAR	48
FORMLAR	57
ETİK KURUL KARARI	64
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	65
ÖZGEÇMİş	66

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Uluslararası Kansere Ajansı 2018 Verilerine göre Dünya’da, Türkiye’de ve bazı ülkelerde kanser hastalığı insidansı (100.000 Kişide).	3
Tablo 2-2: Uluslararası Kansere Ajansı verilerine göre Dünya’da ve Türkiye’de en sık görülen kanser türlerinin sıralaması.....	4
Tablo 4-1: Bakım veren hasta yakınlarının tanıtıcı (sosyodemografik) özellikleri (N=239)	27
Tablo 4-2:Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı N=239	28
Tablo 4-3: Hasta yakınlarının kansere ilişkin tutumlarının dağılımı N=239.....	30
Tablo 4-4: Hasta yakınlarının Kansere İlişkin Tutumları Ölçme anketine verdikleri yanıtların dağılımı N=239.....	31
Tablo 4-5:Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) anketi toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına ilişkin bulgular (N=239)	33
Tablo 4-6:Hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) anketi toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları.....	34
Tablo 4-7:Hastaların Klinik özelliklerine göre yakınlarının Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) anketi toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları	36
Tablo 4-8:Hasta yakınlarına uygulanan Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) anket puanının hasta yakınlarının yaşı ve hastalık süresiyle olan ilişkisi	37

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 2-1: Uluslararası Kanser Ajansı verilerine göre Türkiye’de 2018 yılında erkeklerde yaşa bakılmaksızın kanser türüne göre kanser tanısı koyulma oranları..... 5
- Şekil 2-2: Uluslararası Kanser Ajansı verilerine göre Türkiye’de 2018 yılında kadınlarda yaşa bakılmaksızın kanser türüne göre kanser tanısı koyulma oranları..... 5
- Şekil 2-3: Yıllara göre erkek ve kadınlarda yaşa standardize kanser görülme insidansı (100.000 Kişide) 6
- Şekil 2-4: Dünya Sağlık Örgütü Kapsamlı Kanser Kontrolü Planı Bileşenleri..... 10



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
IARC	Uluslararası Kansere Araştırmaları Ajansı
ACS	Amerikan Kansere Derneği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
HPV	Human Papilloma Virüsü
HCV	Hepatit C Virüsü
HBV	Hepatit B Virüsü
DNA	Deoksiribo Nükleik Asit
RT	Radyoterapi
KT	Kemoterapi
HKHN	Hematopoetik Kök Hücre Nakli
TAT	Tamamlayıcı Alternatif Tedaviler
KİTÖ	Kansere İlişkin Tutumları Ölçme

ÖZET

Şengör, K. (2018). Onkolojik Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Kansere İlişkin Tutumları. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma, onkolojik cerrahi tedavi uygulanan hastalara bakım veren yakınlarının kansere ilişkin tutumlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

Araştırmanın çalışma evrenini; İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi servislerinde onkolojik cerrahi tedavi uygulanan hastalara bakım veren yakınları oluşturdu. Araştırmanın örnekleme, evreni bilinen örneklem formülü kullanılarak en az 219 olarak belirlendi ve çalışma 239 hasta yakını ile gerçekleştirildi. Araştırmada veri toplama aracı olarak ilk bölümde araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen Tanıtıcı Bilgiler formu ve ikinci bölümde Yılmaz ve arkadaşları (2017) tarafından Türk dili için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi (KİTÖ) kullanıldı. Verilerin istatistiksel analizi; One Way ANOVA, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi ile yapıldı. Hasta yakınlarının yaş ortalamasının $42,9 \pm 16$ olduğu, çoğunluğunun kadın (%64,4) ve evli (%71,5) olduğu, eğitim durumları genel olarak her grupta benzer oranlarda olmakla birlikte, ekonomik durumlarının genel olarak iyi (%49,8) ve orta (%41,8) düzeyde olduğu, bakım verilen hastaların tanılarının çoğunluğunun kolorektal kanser (%36,4), meme kanseri (%25,1) ve mide kanseri (%23) olduğu, hastaların çoğunluğunun (%87,3) kanser tanısını bildiği, katılımcıların tamamına yakınının (%91,2) kansere ilişkin tutumunun olumlu olduğu, bununla birlikte hasta yakınlarının %8,4'ünün kanser hastalarıyla birlikte olmaktan rahatsızlık duyduğu, %10'unun kendilerine kanser tanısı koyulduğunda tanıyı iş arkadaşlarından ve komşularından gizleyeceklerini, eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların eğitim düzeyi yüksek olan katılımcılara ve evli hasta yakınlarının bekar hasta yakınlarına oranla tutumlarının daha olumsuz olduğu ve hasta yakınlarının kansere ilişkin olumsuz tutumlarının, hastanın yaşı ile pozitif korelasyon gösterdiği ve hasta yaşı arttıkça hasta yakınlarının kansere yönelik olumsuz tutumlarının arttığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Kanser Tutumları, Onkolojik Cerrahi Tedavi, Hasta Yakını, Bakım Verme

ABSTRACT

Şengör, K. (2018). The Attitudes of Caregivers of Patients Recieves Surgical Oncological Treatment Toward Cancer, İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Surgical Nursing. Postgraduate Thesis. İstanbul.

This study was carried out as a descriptive study in order to examine the attitudes of caregivers toward cancer, whose patients undergo oncologic surgery. Targeted population of the study was caregivers of oncologic surgical treatment patients at İstanbul University İstanbul Faculty of Medicine Hospital General Surgery services. Minimum sample size of the study was determined as 219 using known span sample formula and carried out with 239 patients. Introductory Form and Questionnaire for Measuring Attitudes Toward Cancer were used as data collection tools where the former one was developed and used in the first part in accordance with the literature by the researcher and latter one was conducted by Yılmaz and colleagues (2017) which was for validity and reliability study of the Turkish version used in the second part. Statistical analysis of data was performed with One Way ANOVA, Kruskal Wallis and Mann Whitney U tests.

Average age of caregivers of patients was $42,9 \pm 16$ years, their educational status were similar in each group, majority of them were women (64,4%) and married (71,5%), in addition to being good (49,8%) and intermediate (41,8%) in economic status, patients diagnosis who received care were colorectal cancer (36,4%), breast cancer (25,1%) and gastric cancer (23%). The majority of the patients (87,3%) were aware of diagnosis of cancer, almost all of the participants (91,2%) were positive about the cancer, however 8,4% were uncomfortable with staying cancer patients. 10% concealed the diagnosis of cancer from colleagues and neighbors. It is concluded that participants with low education level had more negative attitudes compared to the participants with high educational level, married participants compared to single participants were more pessimistic and negative attitudes of the participants towards to cancer increased as the patient's age increased.

Key Words: Cancer, Cancer Attitude, Surgical Oncologic Treatment, Cancer Caregiver, Care

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser dünyada olduğu gibi ülkemizde de mortalite ve morbiditesi yüksek olan hastalıklar sıralamasında ikinci sırada yer almaktadır. Kanser genç-yaşlı, zengin-fakir, erkek-kadın farketmeksizin tüm insanları etkileyen evrensel bir sağlık sorunudur. 2018 yılında kanser nedeniyle 9,6 milyon insanın yaşamının son bulacağı öngörülmekte ve bu ölümlerin yaklaşık %70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde olması beklenmektedir. Görülme sıklığı her geçen gün artmakta olan kanser, hasta, aile ve toplum üzerinde sosyoekonomik yüke neden olmaktadır. 2010 yılında kanserlerin toplam yıllık ekonomik maliyeti yaklaşık 1,16 trilyon ABD doları olarak tahmin edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kanserden ölümlerin yaklaşık üçte biri, yüksek vücut kitle indeksi, düşük meyve ve sebze tüketimi, fiziksel aktivite eksikliği, tütün ve alkol kullanımını gibi belli başlı beş davranışsal riskten kaynaklanmakta ve kanser olgularının % 30-50'si önlenmektedir. Tütün kullanımı kanserin en önlenbilir risk faktörleri arasında yer almaktadır. Ayrıca çoğu kanser erken teşhis edilebilir, tedavi edilebilir ve iyileştirilebilir. Bu nedenle dünya geneli sağlık otoriteleri kanserden korunma ve erken tanı üzerine odaklanmışlardır (Dünya Sağlık Örgütü 2018).

Toplumlarda kansere bağlı ölümlerin görülme oranının yüksek olması kanserin tedavi edilemez ölümcül bir hastalık olarak yorumlanmasına neden olmaktadır. Toplum davranışlarını anlamaya çalışan sağlık psikolojisi, toplumların hastalık ve sağlık algısını saptamaya, hastalıklara ilişkin duygu, tutum ve davranışlarının sağlığa olan etkisini açıklamaya çalışmaktadır. Toplumun kansere yönelik tutumlarının incelendiği çalışmalarda kanser algısının ve kansere ilişkin tutumlarının olumsuz olduğu görülmüştür (Cho ve ark. 2013; Yılmaz ve ark. 2017). Kansere ilişkin tutumları inceleyen çalışmalar, kanserin nedenleri, önlenbilirliği ve tedavi edilebilirliği hakkında değişen inançları ortaya koymaktadır (Doan ve ark. 1993). Ayrıca kansere ilişkin tutumların incelendiği araştırmalarda kanser kavramına ve kanser tanısı koyulan hasta ve yakınlarına yönelik damgalama (stigmatizasyon) bulgusuna ulaşılmıştır. Damgalama negatif tutumları, duyguları ve bunların yanısıra kansere yakalanmış bireylerden kaçınmayı kapsamaktadır (Mosher ve Danoff-Burg 2007). Farklı sistemlerin kanserlerine ilişkin cerrahi tedavi sonrası hastalarda beden imajında değişim yaşanabilir ve hastalar toplum tarafından damgalamaya (stigmatizasyon) maruz kalabilirler. Özellikle Asya'da yaşayan

kadınlarda meme kanseri cerrahisi sonrası damgalama rapor edildiği görülmüştür (Tripathi ve ark. 2017).

İnsanlarda kanser tanısının koyulması belirsizlik, ağrı ve acı içinde ölümü düşündüren, suçluluk, terk edilme, karmaşa, panik ve kaygı uyandıran bir süreçtir. Hastanın yaşamının bütün yönlerini etkileyen ve aile hastalığı olarak kabul edilen kanser hastalığı, hasta yakınlarını, ailesini ve bakım verenlerini de hasta kadar etkilemektedir. Kanser birey ve aile üzerinde oluşturduğu olumsuz etkiler hastanın ve ailenin yaşam kalitesini düşürebilmektedir (Loughery ve Woodgate 2015). Bu nedenle tedavi sürecinin merkezini oluşturan hastaya bakım verirken hasta, ailesi ve yakınları ile bir bütün olarak ele alınmalıdır. Ayrıca hasta yakınlarının hastalık sürecinde benimsedikleri tutum ve davranışları hastanın kanserle başetme sürecini olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Hasta ve yakınlarının kansere yönelik olumsuz algıları ve tutumları eğitim, bilgilendirme ve danışmanlık yöntemleri ile değiştirilebilir (Nekolaichuk 1999; Chen 2003).

Toplumda kanser tarama ve önleme etkinliklerini artırmak ve kanseri ilerlemeden erken tanılamak amaçlanıyorsa toplumun kansere ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak için gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Kanserle etkin mücadele için öncelikle toplumda var olan bilgi, tutum ve davranışlar belirlenmeli ve daha sonra toplumun kanser farkındalığını ve bilinçlilik düzeyini artırmak için eğitimler verilmelidir. Halkın ve sağlık çalışanlarının kansere ilişkin inanç ve tutumlarının daha iyi anlaşılması, hasta bakım kalitesine ilişkin konularda, halk eğitiminde ve kanser kontrolüne ilişkin politikalar geliştirilmesinde de önem taşımaktadır (Doan ve ark. 1993).

Yapılan literatür taraması sonucunda; toplumun kanser tedavisi devam eden ya da kanser tedavisi tamamlanmış olan hastalara ilişkin tutumlarını inceleyen (Korkmaz 2010; Yılmaz ve ark. 2017) ve kanser tanısı koyulan hastaların yakınlarında kansere yönelik tutum ve davranışlarında değişiklik olup olmadığını inceleyen araştırmaların (Aydemir Dede 2014) kısıtlı olduğu ayrıca toplumun kanser türlerine göre tutumlarında değişiklik olup olmadığını inceleyen araştırmaların olmadığı görülmüştür. Tüm bu bilgiler ışığında çalışma onkolojik cerrahi tedavi uygulanan hastalara bakım veren yakınlarının kansere ilişkin tutumlarını incelemek amacıyla planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

Çağdaş tıbbın belirli bir zaman dilimi ya da her hangi bir bölge ile sınırlandıramadığı kanser, evrensel bir sağlık sorunudur. Kanser; birçok ülkede ve Türkiye’de kalp damar hastalıklarından sonra ölüme yol açan hastalıklar arasında ikinci sırada yer almaktadır (Dünya Sağlık Örgütü 2018). Kanser sadece bireyi değil aynı zamanda bireyin yakınlarını ve ailesini de fizyolojik, duygusal, sosyal ve ekonomik açıdan etkiler. Bu nedenle de kanser tanısı koyulan birey tanı, tarama, tedavi ve palyatif bakım sürecinde ailesi ve yakınları ile birlikte ele alınmalıdır.

2.1. Kanser İstatistikleri

2.1.1. Dünyada Kanser İstatistikleri

Küresel olarak, yaklaşık 6 ölümden birinin nedeni olan kanser hastalığının, 2018 yılında 9,6 milyon ölüme neden olduğu ve yine 2018 yılında 18 milyon kişiye kanser tanısı koyulduğu öngörülmektedir (DSÖ 2018; IARC 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kansere yakalanan kişilerin sayısının 2020 yılına kadar %50 artacağını öngörmektedir. Dünya genelinde yayınlanan kanser istatistiklerinin zamana bağlı olarak artış göstermesinin nedenleri gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki dünya nüfusunun giderek yaşlanması, tütün kullanımının dünya genelinde artması, sağlıksız beslenme ve sedanter yaşama alışkanlıklarının yaygınlaşması olarak sıralanmıştır (DSÖ 2018).

Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) 2018 verilerine göre, dünya genelinde 100 000 kişide 218 erkekte ve 183 kadında kanser hastalığı bulunmaktadır. Bu sayı ABD’de sırasıyla 393 ve 321, Türkiye’de ise 284 ve 182 olarak belirlenmiştir (**Tablo 2-1**).

Tablo 2-1: Uluslararası Kanser Ajansı 2018 Verilerine göre Dünya’da, Türkiye’de ve bazı ülkelerde kanser hastalığı insidansı (100.000 Kişide).

	Erkek	Kadın
Dünya	218	183
ABD	393	321
Avustralya	571	362
Türkiye	284	182

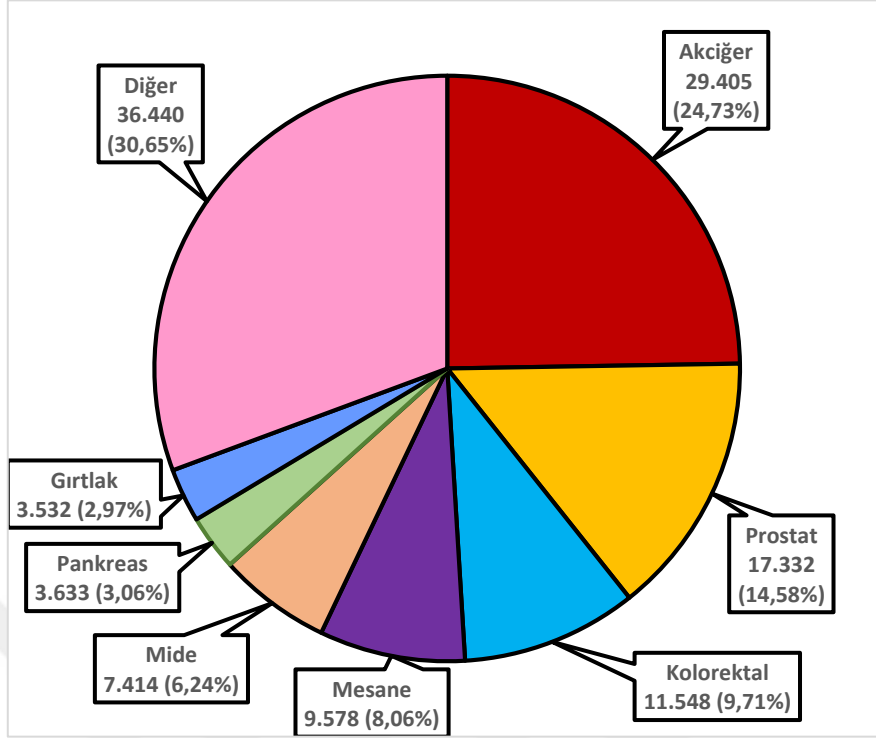
Dünyada erkeklerde en sık görülen kanser çeşitleri akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri iken; kadınlarda meme, kolorektal, akciğer, serviks ve tiroid kanseridir. Türkiye’de ise erkeklerde en sık görülen kanser çeşitleri akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide kanserleri iken; kadınlarda bu sıralama meme, tiroid, kolorektal, uterus korpusu ve akciğer kanseri şeklindedir (**Tablo 2-2**).

Tablo 2-2: Uluslararası Kanser Ajansı verilerine göre Dünya’da ve Türkiye’de en sık görülen kanser türlerinin sıralaması.

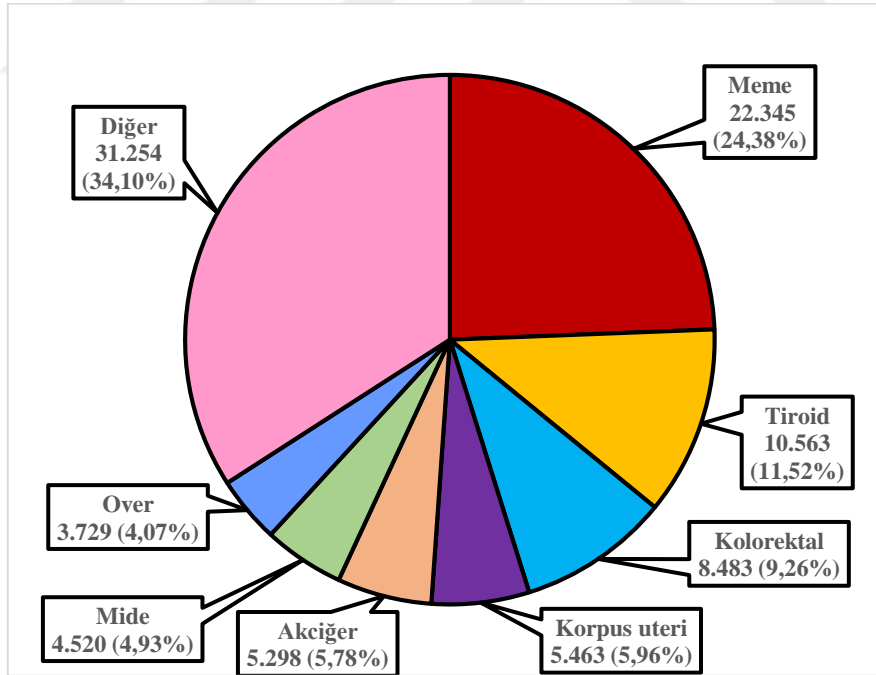
	Erkek	Kadın
Dünya	Akciğer	Meme
	Prostat	Kolorektal
	Kolorektal	Akciğer
	Mide	Serviks
	Karaciğer	Tiroid
Türkiye	Trakea, Bronş, Akciğer	Meme
	Prostat	Tiroid
	Kolorektal	Kolorektal
	Mesane	Uterus Korpusu
	Mide	Trakea, Bronş, Akciğer

2.1.2. Türkiye’de Kanser İstatistikleri

Görülme sıklığı ve mortalite oranları nedeniyle evrensel ve toplumsal bir sağlık sorunu olan kanserin 2018 yılında dünya geneli yeni olgu sayısı 18 milyon iken bu değer 2040 yılında 29,5 milyon olacağı tahmin edilmektedir (IARC 2018). Ülkemizde de kanserin görülme sıklığı, kanser türüne ve cinsiyete bakılmaksızın dünya istatistiklerine paralel olarak artmaktadır . Uluslararası Kanser Ajansı 2018 yılı kanser istatistiklerine göre ülkemizde yaklaşık 119 bin erkeğe ve 92 bin kadına kanser tanısı koyulduğu tahmin edilmektedir (**Şekil 2-1** ve **Şekil 2-2**). Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanser İstatistikleri 2015 raporuna göre Türkiye’de 2014 yılında yaklaşık olarak 76 bin erkek, 40 bin kadın toplamda ise 116 bin kişinin kanser nedeni ile öldüğü bildirilmektedir.

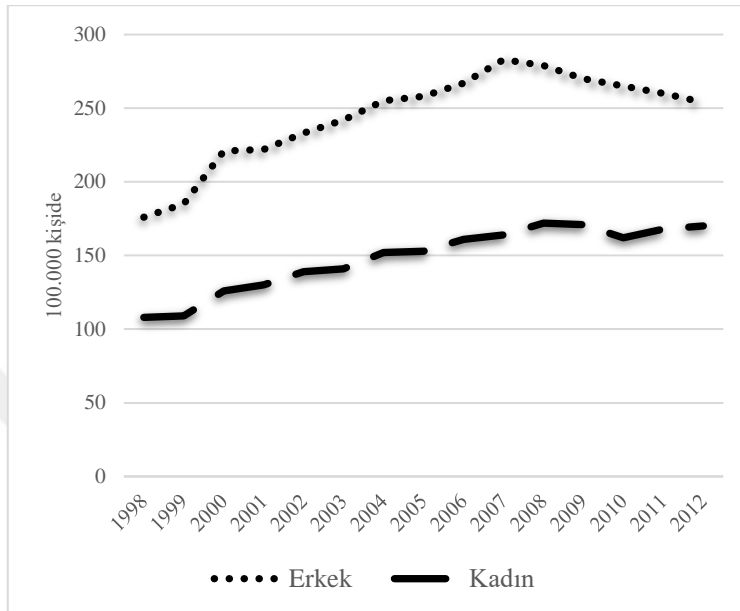


Şekil 2-1: Uluslararası Kanser Ajansı verilerine göre Türkiye’de 2018 yılında erkeklerde yaşa bakılmaksızın kanser türüne göre kanser tanısı koyulma oranları



Şekil 2-2: Uluslararası Kanser Ajansı verilerine göre Türkiye’de 2018 yılında kadınlarda yaşa bakılmaksızın kanser türüne göre kanser tanısı koyulma oranları

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü' nün yıllara göre yayınladığı Türkiye Kanser İstatistikleri raporları incelendiğinde ülkemizdeki kanser görülme sıklığının ve kansere bağlı mortalite oranlarının arttığı görülmektedir (IARC 2018) (Şekil 2-3).



Şekil 2-3: Yıllara göre erkek ve kadınlarda yaşa standardize kanser görülme insidansı (100.000 Kişide)

Ülkemizde kanser görülme sıklığı, Amerika gibi gelişmiş ülkelerin kanser görülme sıklığından düşük olmasına karşın dünya ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir. Ülkemizde en sık görülen kanser türleri dünyada görülen kanser türleri ile benzerlik göstermektedir ve dünyada olduğu gibi ülkemizde de erkeklerde en sık görülen kanser türü akciğer kanseri iken, kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir. Erkeklerde akciğer kanserinin en sık görülen kanser türü olmasının nedeni tütün ve tütün ürünleri kullanımı ile ilişkilendirilmekte ve tütün kullanımına atfedilen olgu sayısı 15.567 olarak öngörülmektedir. Kadınlarda ise kanser tanısı koyulan her 4 kadından birine meme kanseri tanısı koyulmaktadır. Kolorektal kanserler hem kadınlarda hem de erkeklerde üçüncü sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu 2015).

2.2. Kanser Etiyolojisi

Günümüzde kanserin etiyolojisi ile ilgili yapılan birçok araştırma göstermektedir ki insanların inandığının aksine kanser tanısı koyulmanın sadece bireyin genleri ya da kaderinin bir sonucu değildir. Kanser gelişimi bireyin genleri, çevresi ve yaşama alışkanlıkları gibi pek çok faktörle ilişkilidir. Bu nedenle kanser önleme çalışmaları daha

çok bireylerin kontrol edilebilir riskleri üzerine odaklanır. İngiltere Kanser Araştırmaları verilerine göre kanser tanısı koyulan 10 olgudan yaklaşık 4'ünün büyük ölçüde tütün ve alkol kullanımından kaçınma, sağlıklı beden ağırlığının sürdürmek için dengeli, yeterli beslenme ve fiziksel hareketi artırma gibi basit yaşam tarzı değişiklikleri ile önlenebileceği tahmin edilmektedir (Cancer Research UK 2018).

Kanser gelişim nedenlerinden en önemlisi olan sigara tüketimi, aynı zamanda kanserin önlenebilir en önemli nedenleri arasında yer alır. Sigara kullanımı ile kanser gelişimi arasındaki ilişki bilimsel araştırmalarda açıkça ortaya konmuştur. Dünya Sağlık Örgütü, var olan eğilimlerin devam etmesi durumunda, tütün tüketimine bağlı olarak 21. yüzyılda milyarlarca ölüm olacağını öngörmektedir (DSÖ 2018). İngiltere'de her 4 kanser hastasından biri sigara kullanımına bağlı yaşamını yitirirken, kanser tanısı koyulan 20 olgudan 3'üne kanser tanısı tütün kullandığı için koyulmuştur (Brown 2018).

Tütün tüketimine bağlı 15 farklı kanser çeşidi görülebilir. Bunların en sık görüleni akciğer kanseri olup, sinüs, ağız boşluğu, gırtlak, yutak, özofagus, karaciğer, mide, pankreas, böbrek, kolorektal kanser, mesane, serviks ve lösemi olarak sıralanabilir. Sigara kullanımı ve kanser gelişimi arasındaki ilişkinin incelendiği bazı çalışmaların sonuçlarına göre sigaranın günlük tüketim miktarının yanı sıra 10 ve daha fazla yıl sigara tüketimi kanser gelişim riskini daha çok artırmaktadır (IARC 2012; Cancer Research UK 2018).

İnsanlarda kanser gelişim riskini artıran nedenlerden biri de alkol tüketimidir. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı 1988'den beri alkolü yüksek riskli kanserojen maddeler arasında değerlendirmiştir. Alkol tüketimine bağlı olarak farinks, larenks, meme, özofagus, ağız boşluğu, karaciğer ve mesane kanseri gibi 7 farklı kanser gelişebilir. Brown ve arkadaşları tarafından 2018'de yayınlanan bir çalışmada, çok fazla alkol tüketiminin İngiltere'de her yıl 11.900 olguda kanser tanısı koyulmasına neden olduğu saptanmıştır.

Alkol tüketimi ve kanser gelişimi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar tüketilen alkolün türü ve miktarının etkisini açıklamaya çalışmışlardır. Alkol vücuda alındığında asetaldehit adı verilen başka bir kimyasal maddeye dönüştürülür ve bu madde insan DNA'sında geri dönüşsüz zarara neden olur ve onarımı engeller. Yapılan bazı çalışmalar alkol tüketimi sonrası tükrükte bulunan asetaldehit seviyesinin arttığını ve yüksek DNA hasarı oluştuğunu kaydetmişlerdir (Balbo 2012). Bu durum alkol tüketimi ile ağız, larenk, farenks kanserlerinin gelişimi arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Ayrıca

alkol tüketimi sonucunda östrojen gibi hormonların düzeylerinde görülen artışa bağlı olarak özellikle kadınlarda meme kanseri gibi kanserlerin gelişim riski artmaktadır (Hormones 2011).

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı ve Dünya Kanser Araştırmaları Fonu gibi uluslararası kuruluşların kanser nedeni olarak kabul ettikleri obezite ve fiziksel inaktivite önlenebilir diğer kanser nedenleri olarak değerlendirilmektedir. Obezite, meme, kolon, serviks, özofagus, pankreas, böbrek, karaciğer, üst mide, safra kesesi, yumurtalık, tiroid vb. kanserinin görülmesine neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün, kanseri önlemek için geliştirdiği öneriler; fiziksel aktivitenin artırılması, obezite kontrolü, aşırı yağlı diyet tüketimini azaltma, günde en az 5 porsiyon meyve ve sebze tüketimi, posa içeren gıdaların alımını artırma ve tuz tüketimini azaltma olarak sıralanabilir.

20. yüzyılda hayvanlar üzerinde yapılan deneyler sonucunda bazı enfeksiyon ajanlarının da kansere yol açtığı saptanmıştır. Virüsler, hücrelerin büyümesini kontrol eden genleri etkileyebilir ya da kendi genetik materyalini hücrelere aktararak hücrenin kontrolden çıkmasına neden olur. Human Papilloma Virüsü'ne (HPV) maruz kalınması sonucunda en sık görülen kanser türü serviks kanseridir. HPV ayrıca vajina, vulva, penis ve anüs gibi diğer genital bölgelerde ya da ağız ve boğazın bazı kanser türlerine de neden olabilir. Bir bakteri türü olan ve kansere neden olabilen başka bir enfeksiyon ajanı ise *Helicobacter pylori*dir. *Helicobacter pylori* mide tabakasını infekte ederek midede ülser gelişimine ve sonrasında da kanser gelişimine neden olabilmektedir. Hepatit B Virüsü (HBV) ve Hepatit C Virüsü (HCV) yaygın olarak hepatoselüler karsinoma neden olabilir. Bazı enfeksiyon ajanları ise vücudun bağışıklık sistemini baskılayarak bireyin kanserden korunmasını engeller (American Cancer Society 2018).

Bazı bireylerin bazı kanser türleri açısından riskli olarak değerlendirilmesi genetik yatkınlık olarak adlandırılır. Kalıtsal hatalı genle doğmak bireyde kanser gelişiminin kesin olacağı anlamına gelmez ancak hatalı genli bireylerin diğer insanlara göre belirli kanser türlerine yakalanma riski yüksektir. Özellikle genetik yatkınlığı olan bireylerde, meme kanseri, kolon kanseri ve prostat kanseri gibi kanser türlerinde risk oranı göreceli olarak 2-2,5 kat artmıştır. (Boyle ve Levin 2008).

Kansere neden olan başka bir faktör ise hava kirliliğidir. Hava kirliliği, atmosferde karsinojenik etkisi olan benzoapiren, benzen butadien, metalik bileşikler, çok küçük

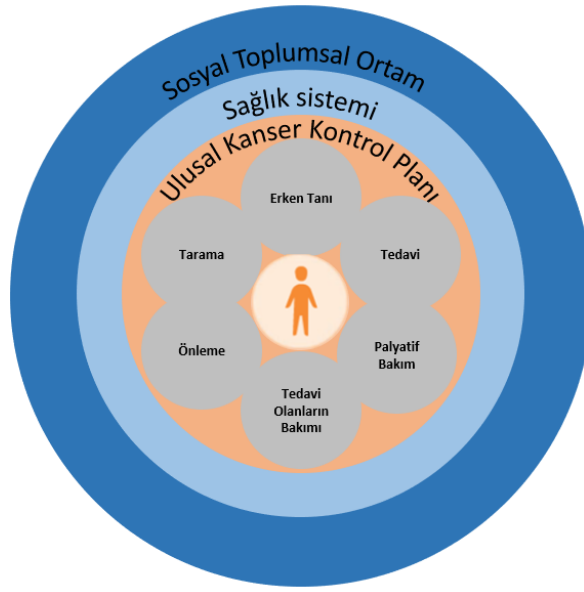
parçacıklı maddeler, azot dioksit gibi maddelerin birikimidir. Hava kirliliği sonucunda bireylerde kanser gelişim riskinin saptanması zor olsa da havanın içeriği, bulunulan fiziksel çevre, kirlenme kaynağı, mevsim ve hava durumu riskin belirlenmesinde değerlendirilen kriterlerdir. Hava kirliliği ile doğrudan ilişkili olduğu düşünülen kanser türünün başında akciğer kanseri gelmektedir (Cancer Research UK 2018).

2.3. Kanserde Erken Tanı

Kanser, birey, aile ve toplumların sağlık sistemleri üzerinde yadsınamaz fiziksel, duygusal ve ekonomik yüke neden olur. Düşük ve orta gelirli ülkelerin pek azının sağlık sistemi bu yükü yönetmek için hazırlıklıdır ve çok sayıda kanser hastası küresel olarak zamanında, yüksek kalitede tanı veya tedaviye erişememektedir. Bu nedenle kanser kontrol programlarında en etkin yöntem koruma ve erken tanılamadır. Kanserde erken tanı, tedaviye yanıtı olumlu etkiler, bu da hayatta kalma olasılığının yanı sıra daha az morbidite ile ve daha az maliyetli tedaviyle sonuçlanır.

Erken tanılamada, hedef popülasyondaki semptomatik ya da asemptomatik kanser olgularını mümkün olan en erken aşamada tanılamak amaçlanır. Shulman ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı çalışma sonuçlarına göre, Büyük Britanya ve Kuzey İrlanda Birleşik Krallığı'nda, 65 yaşın altındaki kadınlarda meme kanseri mortalitesindeki azalmanın %50'den fazlası, erken tanı ve etkili tedavinin sağlanmasına bağlıydı.

Sağlık okuryazarlığını iyileştirme, birincil bakım hizmetlerine kolay erişim, patolojik tanılamada yetkinlik, güçlü sevk mekanizmaları, koordinasyon ve zamanında tedaviye erişim gibi klinik hizmetlerin sağlanması erken tanılamada temel ilkelerdir. DSÖ tarafından yürütülen Kapsamlı Kanser Kontrolü Planı'nın en önemli bileşenlerinden biri olan erken tanı, önlenemez kanser risklerinin kontrolünde öncelikli öneme sahiptir (**Şekil 2-4**).



Şekil 2-4: Dünya Sağlık Örgütü Kapsamlı Kanser Kontrolü Planı Bileşenleri

Kanserde erken tanının odak noktası, kanserle uyumlu semptom ve bulguları olan kişilerin taranması ve hastalığın mümkün olan en erken aşamada tanılanması ve tedaviye yönlendirilmesidir. Kanser semptomlarının ve bakıma erişimin farkındalığı erken tanıda ilk basamak olup, ikinci basamak ise klinik değerlendirme, tanı ve evrelemedir. Tarama hizmetlerini başlatmak ya da genişletmeyi planlamak için, erken tanı ve tedavide yeterli kapasitenin bulunduğundan emin olmak önemlidir.

Düşük kanser farkındalığı, kanser stigmatı ya da bakıma erişememe nedeniyle sağlık kurumuna başvurmayı ertelemek kanser semptomlarının genellikle daha şiddetli yaşanmasına ve hastalığın ilerlemesine yol açar. Klinik tanıda gecikmeler ya da yanlış klinik değerlendirmeler, patoloji ya da evreleme gibi tanıya yardımcı testlerin etkin yapılamaması, sağlık kurumlarının izlem ve koordinasyon sistemlerinin olmayışı sağlık sisteminde erken tanının önündeki en önemli engellerdir (Dünya Sağlık Örgütü Kanserde Erken Tanı Rehberi 2017).

2.4. Kanserde Tedavi Yaklaşımları

Kanser tedavisinin ana hedefleri erken tanınması, kanser tanısı koyulmuş bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmek ve bireylerin yaşamının devamını sağlamaktır. Etkin bir kanser tedavisi, doğru ve zamanında tanılama, evreleme, ulaşılabilir ve sürdürülebilir kanıt temelli yaklaşımların benimsenmesi ile olanaklıdır. Bireyin

prognozunun öngörülmesi ve tedavi seçeneklerinin oluşturulmasında evreleme yol göstericidir.

Kanser tedavisi, cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi başlıca terapötik yöntemlerden birden fazlasını içerebilen kanıta dayalı seçeneklerin dikkatli bir şekilde göz önünde bulundurulmasını gerektirir. Tedavi, mevcut kaynakların ve hastanın bireysel tercihlerinin dikkate alınarak disiplinler arası yakın bir işbirliği içinde, bütünleşik, insan merkezli bir şekilde sunulmalıdır. Kanser tedavi hizmetlerinin tüm kanser hastaları için yüksek kaliteli, etkili, güvenli ve erişilebilir olmasını sağlamak için güçlü bir sağlık sistemi gereklidir (DSÖ 2018).

2.4.1. Cerrahi Tedavi

Kanser tedavisinde cerrahi tedavi yaklaşık %60'dan fazla uygulanırken, tümörlerin tanılama ve evreleme aşamasında ise %90 oranında cerrahi yöntemler kullanılır. Kanser genetiği ve patogenezi ile ilgili bilgilerin artması, sitolojik çalışmaların yapılabilmesi, cerrahi tekniklerin ve ameliyathanede kullanılan teknolojik araçların gelişmesi sonucunda cerrahi tedavi kanser tedavisinin temel ve yaygın bir seçeneği olmuştur (Hasbahçeci ve Müslümanoğlu 2015).

Tümörün evresi, histopatolojik ve lokal özellikleri, hastalığın beklenen doğal seyri, hastanın tıbbi özgeçmişi ve tedavileri, demografik özellikleri ve anesteziye yanıtı değerlendirildikten sonra cerrahi girişime karar verilmektedir (Gillespie 2011).

Onkolojide cerrahiye yaklaşım birçok etkenle ilişkilidir. Cerrahi yöntemler kullanılarak kansere genetik yatkınlığı olan asemptomatik bireylerde kanseri önleme ve erken tanı amacıyla prekanseröz ya da benign oluşumlar çıkarılabilir. Bilateral Profilaktik Mastektomi girişimi buna bir örnektir. Açık- kapalı biyopsi, endoskopi ve laparoskopi tümörlerin tanılamasında en çok başvurulan cerrahi yöntemlerdir. Tanılama sürecinde cerrahi işlem sırasında ya da öncesinde malignite bulgusunun kesinleşmesi istenen bir durumdur. Erken ve lokalize evrede tanılanan kanserlerin cerrahi rezeksiyonu en etkin tedavi seçeneğidir. Özellikle sınırları belirli, küçük ve kapsüllü tümörlerde minimal invaziv cerrahi oldukça avantajlıdır. Ancak yaşamsal organlara invaze olan büyük tümörlerde hasta ve yakınlarının tercihleri ile cerrahın kararı doğrultusunda risk değerlendirilmesi yapılarak cerrahi rezeksiyon yapılır.

Ameliyat öncesi bazı durumlarda kemoterapi tedavisi uygulanarak cerrahi girişim kolaylaştırılır, bu yaklaşımlar neoadjuvan tedavi olarak adlandırılır. Adjuvan tedavi ise ameliyattan sonra özellikle agresif tümörlerde rezidüel kanser hücrelerini yok etmek amacıyla kemoterapi uygulanmasıdır. Küratif cerrahi tedavinin mümkün olmadığı hastalarda özellikle yaşamın sürdürülmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve semptomların hafifletilmesi için cerrahi girişim gerekebilir. Mide kanserinde gastrojejunostomi palyatif cerrahiye bir örnektir. Cerrahi girişimler ayrıca varolan tümörlerin başka organlara metastazının değerlendirilmesinde de kullanılır (Akyolcu 2015).

2.4.2. Radyoterapi

Yüzyılı aşkın bir süre önce keşfedilen iyonize radyasyonun kanser tedavisinde kullanım amacı küratif ya da palyatif amaçlı olabilmektedir. Özellikle agresif tümörlerin cerrahi tedavisi sonrasında dokuları korumak amacıyla radyoterapiye (RT) başvurulmaktadır. Kanser hastalarının tedavisinin herhangi bir aşamasında Radyoterapiye başvurulma oranı %70'tir (Brown 2014). Radyasyonun etkisi ile hücre DNA'sında geriye dönüşsüz hasar oluşur, böylelikle hücre ölümü gerçekleşir ve kanserleşmiş hücreler yok edilmiş olur. Ancak radyasyonun bu etkisi normal doku hücrelerine de aynı etkiyi göstermesi nedeniyle özellikle cilt, mukoza hücreleri, gastrointestinal sistem hücreleri zarar görebilir. Bu etki, toplam doz, tedavi süresi, RT tekniği, hastaya ait etkenler ve diğer tedavilere bağlı olarak değişebilir (Kizir ve Güveli 2015).

2.4.3. Kemoterapi

Kemoterapi (KT), hastanın sağlıklı hücrelerine zarar vermeden kontrolsüz olarak çoğalan kanser hücrelerinin yok edilmesi amacıyla doğal ya da sentetik kimyasal, biyolojik ajanlar, hormonlar ve antikanser ilaçlarının kullanıldığı tedavi biçimidir. Hastalığa bağlı semptomları hafifleterek yaşam kalitesini artırmak, cerrahi ya da radyoterapi sonrasında hastalığın yayılımını önlemek (adjuvan tedavi), cerrahi ya da radyoterapi öncesi tedaviyi desteklemek (neoadjuvan tedavi) amacıyla kullanılır. Kemoterapötik ilaçlar kanserin evresine ve tipine göre tek başlarına ya da güçlü etki sağlamak için kombine olarak belirli standartlarda oral, parenteral ve topikal yollarla uygulanabilir. Kemoterapi tedavisinin güvenli olabilmesi için uygulama öncesi hasta değerlendirilmesinin eksiksiz yapılması, hastanın tedaviye yönelik bilgilendirilmesi ve onamının alınması, doğru dozların ve uygulama yollarının belirlenmesi, ekstrevasiyonun yönetimi önemlidir (Akyolcu 2015).

2.4.4. Diğer Tedavi Yöntemleri

Kemik iliği ya da hematopoietik kök hücre nakli (HKHN) kemik iliğinin malign tümörlerinde kullanılan bir tedavi yöntemidir. Kendilerini yenileme ve farklılaşma yeteneği olan kök hücreler hastanın kendisinden ya da doku grubu uyumlu bir vericiden alınır. Günümüzde kök hücre kaynağı olarak kemik iliği, periferik kan ve kordon kanı kullanılmaktadır (Ezzone 2011).

İmmunoterapi ya da biyoterapi olarak adlandırılan kanserin tedavisinde bireyin kendi bağışıklık sisteminin kullanıldığı başka bir tedavi yöntemidir. Biyoterapide immün sistemin kansere yanıtını değiştirmek amaçlanır. Kanserli hücrelerin erken tanınması, yok edilmesi, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi ve vücutta kanserleşme sürecini durdurmak gibi temel amaçlara dayanır. Bu yöntemde monoklonal antikorlar, biyotoksinler ve interferonlar gibi biyolojik ajanlar kullanılır (İliçin 2012).

Onkoloji hastalarında özellikle kansere ilişkin semptomların yönetiminde kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedaviler (TAT) özellikle hekim kontrolünde medikal tedavileri olumsuz etkilemeden kullanılmalıdır. Tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin en çok kullanıldığı semptomlar ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk, anksiyete iken, en çok kullanılan TAT yöntemleri ise akupunktur, akupressure, yoga, hipnoz, bazı bitkiler (ökse otu, yeşil çay, aloe vera, keten tohumu vb.), masaj, aromaterapi, refleksoloji ve enerji terapileri olarak sıralanabilir (Erdoğan ve Çınar 2015).

2.5. Bakım Veren Hasta Yakınlarının Kansere İlişkin Tutumları

2.5.1. Bakım Kavramı

Türk Dil Kurumu'na göre bakım, "bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi" olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu 2018). İngilizce sözlük anlamı, 'care' fiil ve isim olarak kullanılmakta ve bakım, dikkat, özen, kaygı, ilgili olmak, merak etmek vb. anlamlarına gelmektedir. Literatür incelendiğinde bakım kavramı analizi Morse, Solberg, Neander, Battorf ve Johnson (1990) tarafından yapılmıştır. Çok boyutlu bir kavram olarak değerlendirilen bakım kavramı ahlaki bir zorunluluk, bir duygulanım, bir insan özelliği, kişilerarası etkileşim ve terapötik müdahale olarak tanımlanmaktadır.

İnsanlığın varoluşundan bu yana bakım kavramına pek çok tanımlama getirilmiştir. Modern Hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale (1860), bakımı

‘Bireyin yaşamından sorumlu olmak’ şeklinde tanımlamıştır (Nightingale 2005). Leininger bakımı mevcut ya da olası gereksinimleri olan bir başka kişi ya da grubun yaşamını insanca sürdürebilmesi veya geliştirilebilmesine ya da ölümle yüzleşebilmesine yardım edilmesi ya da desteklenmesi’ olarak tanımlamıştır (Leininger 1991).

Bakım kavramı, hemşireliğin temel kavramlarından biri olması nedeniyle birçok kuramcı bakım kavramını hemşirelik ile ilişkilendirerek açıklamışlardır. Hemşireliği “İnsan Bakım Bilimi” olarak tanımlayan Watson, bakım vermeyi, hemşireliğin esası ve hemşirelik uygulamalarının merkezi ve birleştirici odak noktası olarak tanımlamaktadır (Watson 1999). Leininger’in (1988), “bakım hemşireliktir ve hemşirelik bakımdır” ifadesi ise bakım kavramının hemşireliğin ayrılmaz temel kavramlarından olduğunu vurgulamaktadır. Virginia Henderson’a göre hemşirenin temel ve benzersiz görevi, sağlam veya hasta bireylere sağlıklarını korumaları veya tedavileri sürdürmeleri veya huzur içinde ölmeleri için yardım etmektir. Swanson’a göre ise bakım, “sorumluluk hisseden bir bireyin, değer verdiği diğer bireylerle ilgilenmesi” olarak tanımlanmış ve bireyi tanıma/bilme, birlikte olma, bireye bir şey yapma, olanak ve inanç sağlama gibi beş önemli noktayı vurgulamıştır (Altıok ve ark. 2012).

Bireylerin kültürleri, değer yargıları, deneyimleri ve hastalarla olan ilişkileri bakım kavramını etkileyen faktörlerdir (Girgis ve ark. 2011). Kuramcılardan Leininger bakımın kültürel farklılıkların dikkate alınarak verilmesi gerektiğini ve farklı kültürlerin anlaşılması gerektiğini vurgulamıştır.

2.5.2. Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolü

Yönetsel, duygusal ve bilişsel becerileri kapsayan insan davranışı olarak tanımlanan bakım verme, formal ve informal olmak üzere iki şekilde ele alınmıştır. Formal bakım verme, profesyonel meslek üyeleri tarafından evde ya da kurumda sağlık bakımının verilmesini ifade ederken, informal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme ise bakım verenin bir yakınına yardım etme rolünü üstlenmesidir (Kasuya ve ark. 2000). Aile üyelerinin, arkadaşların ve tanıdık bireylerin sevgi ve sorumluluk duygusu ile günlük yaşam aktivitelerinde hastaya yardımcı olmalarıdır (Khan 2015).

İnformel bakım verme kültürel çevrenin merkezi olan ailede öğrenilir ve ülkemizde bakım verme, aile içi sorumluluk şeklinde düşünülmektedir (Orak ve Sezgin 2015). Kronik hastalıkların ve kanserin görülme sıklığının artması, insan ömrünün uzaması gibi durumlara bağlı olarak informal bakıma duyulan gereksinim son yıllarda

giderek artmaktadır. Aileden başka birinin bakımını üstlenen birey önemli bir rol üstlense de informal bakım vericilik stresli ve zorlu bir süreçtir ve bakım vericiler fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan bazı güçlükler yaşayabilirler (Given ve ark. 2001).

Bakım verici, hastalıkla baş eden ya da fiziksel bakım ile birlikte bireye yardımcı olan bir kişidir. Kanser hastalarına çoğunlukla tedavisi sırasında ve sonrasında bakım aile üyeleri tarafından verilmektedir (Mikulincer ve ark. 2007; Segrin ve ark. 2007). Yapılan çalışmalarda bakım sorumluluğunu üstlenen kişilerin çoğunluğunun kadın, evli ve ortalama 40-59 yaşlarında olduğu belirlenmiştir (Toseland 2001, Ho Yun ve ark. 2010).

Kanser ve kanser tedavisi sadece hastaları değil, aile üyelerini ve bakım verenleri de etkiler. Kanser hastalarına verilen bakımın karmaşıklığı ve özgünlüğü, kanser türüne, hastalığın evresine, kanser tedavisinin şekline ve hasta ve ailesinin içinde bulunduğu koşullara göre değişir. Bakım verme süreci, birkaç ay gibi kısa bir süre olabileceği gibi uzun yıllar süren ve hastanın kaybı ile sonuçlanan zorlu bir süreç de olabilir (LeSeure ve Chongkham-ang 2015).

Bakım veren aile üyesi, hastanın tedavi sürecini kontrol etme, gereksinimlerini karşılama, günlük yaşam aktivitelerini ve kişisel bakımını destekleme, duygusal, sosyal ve finansal destek sağlama, hastalık süreci ile baş etme ve problem çözme gibi birçok sorumluluk üstlenir. Kanserli hastaya bakım verenler kendi gereksinim ve duygularını, bakım verdiği kişinin gereksinimlerini sürekli karşılamaya çalışması nedeniyle önemsememektedirler. Bu da bakım verenin sağlığının bozulması, stres, depresyon, anksiyete gibi ruhsal sorunların gelişmesine yol açabilmektedir (Karabulutlu 2014).

Aile üyesi bakım verenler, sosyal rolleri ile ilgili çatışma, evlilik içi ve aile ilişkilerinde gerginlik, günlük aktivitelerinde kısıtlılıklar, sıkıntı ve bunaltı ve kendi fiziksel sağlıklarında bozulma gibi değişik alanlarda sorunlar bildirmişlerdir (Atagün ve ark. 2011). Pakistan’da yapılan bir çalışmada bakım vericilerin aşırı stres ve kaygıları olduğu bulunmuştur. Diğer taraftan hastanın iyilik hali bakım vericilerin ve aile üyelerinin iyilik haliyle ilişkili olduğundan hasta yakınları da en az hastanın kendisi kadar önemsenmeli ve desteklenmelidir (Khan ve ark. 2015). Hagedoorn ve arkadaşlarının (2008) kanser tedavisi gören hasta ve bakım veren eşleri üzerinde yaptığı çalışmada hastanın stres düzeyi ve hastaya bakım veren bireyin stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Ekonomik açıdan da hasta ve yakınlarını olumsuz etkileyen kanser, hastaların işlerini ve sağlık sigortalarını kaybetmesine ya da hastaya bakım verme rolünü üstlenen aile üyelerinin de iş kaybına neden olmaktadır. Yun ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, kanser hastalarına bakım veren ailelerin %20'sinde bir aile üyesinin işten ayrılmak zorunda kaldığı, ailelerin %31'nin edinmiş oldukları mal varlıklarının çoğunu kaybettikleri belirlenmiştir (Yun 2005). Bununla birlikte kanser tedavisi görmüş ve iyileşmiş kanser hastaları işsiz kalmamak ve işinde problem yaşamamak için kanser tanısını gizlemekte ya da işe dönmekte problemler yaşamakta ve tedaviden sonra çalışma arkadaşlarıyla çatışabilmektedirler (Hoffman ve ark. 2009; Shin ve ark. 2010; Yoo ve ark. 2010; Cho ve ark. 2012; Gonzalez ve Jacobsen 2012).

Bakım veren hasta yakınları, duygusal sorunlar nedeniyle huzursuzluk, anksiyete, düşük benlik saygısı, sağlıksız baş etme yöntemleri ayrıca kişilerarası iletişim ve ilişkilerde bozulma, izolasyon, yalnızlık gibi sosyal sorunlar yaşayabilirler.

Bakım veren aile üyelerinin desteklenmesi için gerekli sağlık politikalarının oluşturulmasının ilk basamağı bakım verenlerin tanınmasıdır. Bakım verenlerin özelliklerinin belirlenmesi, hastalığa yanıtlarının ölçülmesi, tedavi sürecine uyumun değerlendirilmesi için bakım verenler bireysel ve kültürel bakış açısı içinde ele alınmalıdır. Böylelikle hastayla birebir etkileşim içinde olan bakım veren yakınlarının güçlük yaşama riskleri belirlenebilir ve gerekli sosyal destek sağlanabilir (LeSeure ve Chongkham-ang 2015).

Hasta ve yakınlarının kansere yönelik olumsuz algıları ve tutumları eğitim, bilgilendirme ve danışmanlık yöntemleri ile değiştirilebilir. Ayrıca ailenin destek sistemlerinin artırılması, hasta bakımı konusunda yönlendirilmesi ve kanserle mücadele sürecinde oluşabilecek krizlerin yönetilmesinin öğretilmesi ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını arttıracak ve dolayısıyla hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin artmasına da katkı sağlayacaktır (Toptaş 2013; Dirik 2018) .

2.5.3. Tutum Kavramı ve Bileşenleri

Sosyal psikolojinin ele aldığı temel kavramlardan biri olan tutum kavramı, Latince “aptus” sözcüğünden türemiş olup eylem için elverişli olma anlamında kullanılmıştır. Türk Dil Kurumu'na göre tutum “Bir konuya bakış, tavır ya da algılama biçimi” olarak tanımlanmaktadır (TDK 2018). Birçok farklı tanımlamalar getirilen tutum kavramı, Bogardus (1932) tarafından “olumlu ya da olumsuz değerlerde olan çevredeki bir

şeye doğru ya da karşı harekete geçmek için bir eğilimdir” olarak tanımlanırken (Erkuş 2003), Önder tarafından (2016) “bireyin çevresindeki bir konuya karşı sahip olduğu tepki, ön eğilimi” olarak tanımlanmaktadır.

Tutum kavramı incelendiğinde davranış ve inanç kavramları ile sıkı sıkıya ilişkili bir kavram olduğu görülür. İnançlar, bireylerin kendi dünyalarının bir yönü ile ilgili algıların ve tanımların meydana getirdiği sürekli duygular ağıdır. Bireyler, inançlarını açığa vurmak istedikleri zaman bunu tutum ve davranışları ile belli etmeye çalışırlar. Bu açıdan ele aldığımızda tutum ve inançlar arasında neden sonuç ilişkisi kurulabilir (Hewstone, Fincham ve Foster 2005).

Tutum kavramının bileşenlerini açıklamak için Rosenberg ve Howland (1960) üç bileşenli tutum modelini oluşturmuşlardır. Bilişsel bileşen bir nesne ile ilişkili inançlarımızı, davranışsal bileşen duygu ve kanı doğrultusunda gösterilen davranışı, duygusal bileşen ise tutum ögesi ile ilgili duygularımızı ifade eder.

Tutumların oluşumu kişilerarası ilişkilerde ya da bazı bilgi kaynakları aracılığıyla gerçekleşir. Tutumların şekillendiği ilk ortam aile ortamıdır ve bu ortamda edinilen tutumlar yaşam boyu bireylerin yaşantısını etkiler. Örneğin çocukların politik tutumları ya da sigara içmeye karşı tutumları anne-babalarınınki ile güçlü bir benzerlik taşıdığı görülür. Arkadaş çevresi de aynı şekilde tutum oluşumuna etki etmektedir. Müziğe, giyim ve saç biçimine, davranış tarzına ve bunun gibi birçok tutum objesine yönelik tutumlar arkadaş çevresinden etkilenmektedir (Kağıtçıbaşı 1999).

Bazı tutumlar ise nesne ile doğrudan yaşantı ürünü sonucu oluşur. Bireyler nesne ile karşılaştıktan sonra olumlu ya da olumsuz bir deneyim yaşayarak o konu ile ilgili bir tutum geliştirirler. Maruz kalma ve klasik koşullanma kişisel yaşantıların tutum oluşumu üzerindeki etkilerini açıklamaya çalışan kuramlardır (Hogg ve Vaughan 2007). Özellikle günümüzde ise popüler kültürü oluşturan medya tutumların oluşumunda ya da var olan tutumların pekişmesinde güçlü bir etkiye sahiptir. Tutumlarını oluşumunu ve değişimini etkileyen diğer faktörler kişilik, eğitim, ekonomik statü, sosyal sınıf, zihinsel ve bilgisel faktörler, fizyolojik faktörler, ulusal köken, din ve meslek olarak sıralanabilir (Önder 2016).

Tutumlarla ilişkin bilgi edinmek amacıyla davranışın gözlenmesi, bireyin kendini gözlemlediği envanterler, mülakat gibi pek çok yöneme başvurulmuştur. Tutumların

ölçülmesinde bugüne kadar izlenen en kabul edilmiş yaklaşım, söz konusu tutuma ilişkin bir ölçeğin hazırlanarak uygulanmasıdır (Tezbaşaran 1997). Tutumlar bireyden bireye farklılık gösterdiği ve birçok faktörden etkilendiği için doğrudan ölçülmesi zordur. Tutum ölçümünde en önemli nokta geliştirilen ölçeğin güvenilirliğidir. Bir ölçeğin güvenilirliği, ölçümlerin aynı koşullar içerisinde tekrarlanması halinde aynı veya benzer sonuçlar vermesi (Cronbach Alfa Katsayısı) olarak tanımlanmaktadır.

İnsan davranışlarının sağlığın üzerindeki etkisi belirlendikten sonra, insanların sağlık davranışlarını anlamak, sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla araştırmacılar davranış, tutum ve inançları ölçmeyi amaçlayan ölçekler geliştirmişlerdir. Örneğin Victoria Champion Sağlık İnanç Modeli Kuramı'nı temel alarak 1984 yılında meme kanseri taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ni geliştirmiş ve sağlık motivasyonunun kendi kendine meme muayenesi yapma ve mammografi yaptırma durumuna etkisi incelenmiştir (Gözüm ve Aydın 2004).

2.5.4. Kanser Hastalarının Yakınlarının Kansere İlişkin Tutumlarını İnceleyen Araştırmalar

Günümüzde kanser oluşumunun anlaşılmasına, kanserin tarama yöntemlerinin yaygınlaşmasına, kanser risk faktörlerinin çoğunun önlenabilir olmasına ve kanserin medikal ve diğer tedavi yöntemlerinin gelişmesine karşın toplumun kansere ve kanser tanısı koyulan bireylere ilişkin olumsuz tutum içinde olduğu görülmektedir (Montazeri ve ark. 2009; Korkmaz 2010; Cho ve ark. 2013).

Toplumda kanser tarama ve önleme etkinliklerini artırmak ve kanseri ilerlemeden erken tanılamak amaçlanıyorsa toplumun kansere ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak için gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Kanserle etkin mücadele için öncelikle toplumda var olan bilgi, tutum ve davranışlar belirlenmeli ve daha sonra toplumun kanser farkındalığını ve bilinçlilik düzeyini artırmak için eğitimler verilmelidir.

Kültür toplumların ifade biçimini, inanç ve değerlerini, sağlık, hastalık, ölüm gibi kavramlara yüklenen anlamları, sağlık bakım hizmetlerine ilişkin tutumları etkileyen başlıca faktördür. Hastaların kanser algısındaki farklılıkların, kansere verdikleri tepkilerin ve kansere ilişkin tutumlarının en önemli belirleyicisi kültürdür. Kültürel bakış açısı ile kanseri önleme ve tedavi etmede halkın davranışları kontrol altına alınabilir (Dein 2004). Halkın ve sağlık çalışanlarının kansere ilişkin inanç ve tutumlarının daha iyi

anlaşılması, hasta bakım kalitesine ilişkin konularda, halk eğitiminde ve kanser kontrolüne ilişkin politikalar geliştirilmesinde de önem taşımaktadır (Doan ve ark. 1993).

Kansere ilişkin tutumlar ile ilgili yapılan çalışmalar kanserin tedavi edilebilirliği ve önlenbilirliği konusunda toplumdaki inançları yansıtmaktadır. Literatür incelendiğinde kanser tanısının hastaya açıklanması, kanser hastalarına yönelik damgalanma, tedaviye olan inanç, kanserin insanlarda oluşturduğu çağrışımlar ve kanser tanısı koyulan bireylerin sosyal aktiflik düzeyleri kansere ilişkin tutumları belirlemeye yönelik çalışmaların incelediği diğer konular olarak sıralanabilir .

Kanserin tanılama süreci hasta, yakınları ve bakım vericiler için oldukça karmaşık, belirsizlik içeren ve değişik davranışsal ve duygusal tepkilerin gözlemlendiği zor bir süreçtir. Bu nedenle hasta özellikle bu dönemde kendine destek verebilecek, kanser hastalığı ile başetmede ona yardım edecek destek sistemlerine gereksinim duyar. En etkili ve en önemli destek sistemlerinin başında hastaya bakım veren yakınları gelmektedir. Bu süreçte hasta ve yakınları hastalığın evresine göre korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, sosyal izolasyon ve kayıp korkusu yaşayabilmektedirler. Kansere yönelik tutumlarla ilgili yapılan bazı araştırmalar, hasta yakınlarının hastalık sürecinde benimsedikleri tutum ve davranışların hastanın kanserle başetme sürecini olumlu ya da olumsuz yönde etkilediğini vurgulamaktadır (Nekolaichuk 1999; Chen 2003).

Kanser mortalite ve morbidite oranlarının yüksek olması nedeniyle kanser tanısı ölümle eş değer görülmekte ve ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kaos ve panik, kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanmaktadır (Özkan 2000; Park ve ark. 2009; Cho ve ark. 2012). Korkmaz'ın (2010) kansere ilişkin tutumlar ile ilgili yaptığı çalışmada kanserin katılımcılara sıklıkla "ölüm, son, yakınların kaybı ve en kötü hastalık" durumlarını çağrıştırdığı ve katılımcıların yaklaşık %75'inin kansere yakalanmaktan korktuğu görülmüştür (Korkmaz 2010). Çetingöz ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen (2002) çalışmada da katılımcıların %87'sinin kanserin ölümle sonuçlanan bir hastalık olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Kanser hastalığının tedavi edilebilir inancının araştırıldığı çalışmalarda Korkmaz'ın yaptığı (2010) çalışmada katılımcıların %35'inin tedavi edilebilir, %60'ının ise kısmen tedavi edilebilir olduğunu düşündüğü, Çetingöz ve arkadaşlarının yaptığı (2002) çalışma da ise katılanların %40'ının tüm kanser türlerinin tedavi edilebilir olduğunu düşündükleri bulunmuştur.

Son yıllarda gerçekleştirilen çalışmalar incelenecek olursa farklı kanser tanısı koyulan bireylere ilişkin tutumlar ele alınmış ve elde edilen sonuçlar karşılaştırılarak bazı kanser türlerinde damgalama gibi toplumsal tutumlarda farklılıklar gözlenmiştir. Damgalama özellikle mortalite oranlarının yüksek olduğu hastalıklara karşı bireylerin geliştirdiği kaçınma ve korkma durumudur. Kanserin ölümü çağrıştırmaları nedeniyle kuramcılar kansere ilişkin stigmatı “fundamental anksiyete” olarak değerlendirmişlerdir (Mosher ve Danoff-Burg 2007). Bir çok çalışma kanser hastasından kaçınma ve kanser hastasını suçlamaya ilişkin bulgular elde etmiştir. Sriram ve arkadaşlarının (2015) akciğer ve meme kanserine yönelik tutumları incelediği bir araştırmada, katılımcıların meme kanseri ile karşılaştırıldığında akciğer kanserine yönelik tutum ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu araştırma sonuçlarına göre katılımcılar akciğer kanserine yakalanmaktan daha çok korkmaktadırlar ve tedavi edilebilirliğine ilişkin inançları daha azdır (Sriram ve ark. 2015).

Kansere ilişkin tutumların incelendiği çalışmalarda ayrıca katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile tutum arasındaki ilişkiye bakılmıştır (Gotay ve ark. 2004; Seth ve ark. 2005; Gany ve ark. 2006). Seth ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bireylerin kansere yönelik bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve kanser tarama ve tedavi yöntemlerine ilişkin farkındalıklarının düşük olduğu belirlenmiştir. Turgay ve arkadaşlarının (2005) okul öğretmenlerinin bilgi ve tutumlarını ölçen çalışmada da katılımcıların çoğunun kansere ilişkin risk faktörleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığı gösterilmiştir.

Cho ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada ise daha yaşlı ve kentsel alanda yaşayan bireyler genç ve kırsal alanda yaşayanlara göre daha çok negatif tutum içinde oldukları görülmüştür (Cho ve ark. 2013). Yapılan çalışmalarda kadın katılımcıların gelecekte kanser olmaktan daha fazla endişe duydukları ve kanserin önlenebilirliği konusunda daha olumsuz tutumlara sahip oldukları gözlenmiştir Aynı çalışmalarda eğitim düzeyi yükseldikçe, kanserin tedavi edilebilirliğine inancın arttığı ve kanserin çaresi ve tedavisine ilişkin daha olumlu tutumlar sergilendiği gözlenmiştir (Seth ve ark. 2005; Korkmaz 2010).

Açıkgöz ve arkadaşlarının (2010) kadın katılımcılar üzerinde kanser hakkındaki bilgi ve tutumları açısından yapmış olduğu bir çalışmada, kadınların %46,7'sinin ailesinde kanser öyküsü bulunduğu ve bu hastaların kanser eğitimlerine daha ilgili

oldukları ve daha çok katıldıkları saptanmıştır. Yetimakman'ın aynı konu ile ilgili yaptığı çalışmada (2018) kanser hastasına bakım veren birinci derece yakınlarının, yakınında kanser olmayanlara göre kanser tarama testlerine daha duyarlı oldukları sonucuna ulaşmışlardır. Gany ve arkadaşlarının (2006) Amerika Birleşik Devletleri'nde göçmen grupları ile kansere ilişkin tutumları saptamak amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu kanseri ölüm ve korku olarak değerlendirmiş ve kanser tarama programlarına katılmamalarının nedenlerinden birini kanser olabileceklerini öğrenmekten korkmaları olarak belirtmişlerdir.

Kanser hastalarının ve yakınlarının kanser tanısını bilme, ortaya çıkarma ve çevresindekilerle paylaşmaya ilişkin tutumlarının değerlendirildiği çalışma sonuçları zamanla ve kültürel olarak değişebilmektedir. Han ve arkadaşlarının 1990 yılında ve Mystakidou ve arkadaşlarının 1996 yılında gerçekleştirdikleri çalışmalarda özellikle terminal dönemde kanser tanısı koyulan bireylerin hasta yakınları tarafından kanser tanısının gizlendiği ve hastaya açıklanmaması yönünde karar alındığı sonucuna ulaşmışlardır. Ancak sonraki yapılan araştırmalar, hastanın tedavi sürecine aktif katılımının sağlanması öz bakımını üstlenmesi ve hastalıkla sağlıklı başa çıkması için kanser tanısının hastaya uygun yöntemlerle açıklanması gerektiğini vurgulamışlardır (Weeeks ve ark. 1998; Baile ve ark. 2002).

HoYun ve arkadaşlarının (2004) kanser hastaları ve yakınlarında gerçekleştirdiği çalışmada hasta grubunun %96,1'nin kanser tanısının açıklanması yönünde, hasta yakınları grubunun ise %76,9'nun hastanın kanser hakkında bilgilendirilmesi gerektiği yönünde sonuca varmışlardır. Türkiye'de Çetingöz ve arkadaşlarının (2002) araştırmasında katılımcıların %84'ü eğer kanser tanısı konmuş olsalardı, bunu bilmek isteyeceklerini belirtirken, katılımcıların sadece %63'ü yakınlarının kanser tanısı hakkında bilgilendirilmelerini istediğini belirtmiştir. Ayrıca Korkmaz'ın yaptığı çalışmada kansere yönelik olumsuz tutumları olan katılımcılara kanser tanısı koyulursa tanıyı gizleme ve ortaya çıkarma ve yayma konusunda da olumsuz tutumlar gösterecekleri vurgulanmıştır (Korkmaz 2010).

Ayrıca Korkmaz'ın (2010) yaptığı çalışmada kanserin tedavisinde mücadele azmi, olumlu düşünme, eş-aile desteği, psikolojik destek ve sosyal çevre desteğinin kemoterapi, cerrahi girişim ve radyoterapiye kıyasla daha çok etkili olduğunu düşündükleri görülmüştür.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, kanser tanısı koyulmuş ve cerrahi girişim uygulanmış hastalara bakım veren hasta yakınlarının kansere ilişkin tutumlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel tipte planlandı ve gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

- Onkolojik cerrahi tedavi uygulanan hastalara bakım veren yakınlarının kansere ilişkin tutumu nasıldır?
- Onkolojik cerrahi tedavi uygulanan hastalara bakım veren yakınlarının sosyo-demografik özellikleri kansere ilişkin tutumlarını nasıl etkiler?
- Hastaların tedavi ve hastalık süreci bakım veren yakınlarının kansere ilişkin tutumlarını etkiler mi?

3.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman

Araştırma, Ocak 2018- Nisan 2018 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Cerrahi Anabilim Dalı'na bağlı genel cerrahi kliniklerinde gerçekleştirildi.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın çalışma evrenini, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi servislerinde onkolojik cerrahi tedavi uygulanan hastaların bakım veren yakınları oluşturdu. Araştırmaya dahil edilecek hasta yakınlarının sayısının belirlenmesi, evreni bilinen örneklem yöntemiyle oluşturuldu. Önsel bilgilerden yola çıkarak; Türkiye'de meme kanseri, kolorektal kanser ve mide kanseri tanılarının toplam oranı %24,5 olarak belirlenmiştir. Bu çerçevede incelenen olayın görülüş sıklığı (p) %24,5 ve incelenen olayın görülmeysi sıklığı (q) %75,5 olarak dikkate alınmıştır. Evren genellemesi yapılabilmesi ve temsil edilebilmesi için alınması gereken gözlem sayısı evreni bilinen örneklem hesaplama denklemine göre en az 219 olarak hesaplanmıştır (3-1).

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq} \quad n = \frac{(9500)(1,96)^2 (0,245)(0,755)}{(0,05)^2 (9500-1) + (1,96)^2 (0,245)(0,755)} = 219 \quad (3-1)$$

3.5. Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri

Araştırmanın örneklemini, Ocak 2018- Nisan 2018 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi servislerinde onkolojik cerrahi tedavi uygulanmış hastalara bakım veren 239 hasta yakını oluşturdu. Bu kapsamda;

- 18 yaş üstü olma
- Kanserli bireye primer bakım verme
- Okur -yazar olma
- Çalışmaya katılmayı kabul etme araştırmaya dahil edilme kriterleridir.

Örnekleme iletişim sorunu olan, konuşma veya işitme problemi olan ve kanser öyküsü olan hasta yakınları dahil edilmemiştir.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bakım verenlere ait, yaş, cinsiyet, yakınlık derecesi, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, hastanın tanısının farkında olması, hastanın geçirdiği ameliyat sayısı, ailede kanser öyküsü ve yakınlık derecesi, tanı koyulma zamanı, cerrahi girişim öncesi tedavi uygulanma durumu araştırmanın bağımsız değişkenleri oluştururken, kansere ilişkin tutumlar ölçeğinden alınacak puan ortalamaları bağımlı değişkenleri oluşturdu.

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplama aracı olarak ilk bölümde araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen Tanıtıcı Bilgiler formu (**Ek-1**) kullanıldı. Veri toplama formunun ilk bölümünü oluşturan Tanıtıcı Bilgiler formunda; hasta yakınının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, yakınlık derecesi, hastanın tıbbi tanısı, hastanın yatış yaptığı klinik, ailede başka bir kanser öyküsünün varlığı ile ilgili 15 sorudan oluşan sosyo-demografik bilgilere yer verildi. İkinci bölümde ise Cho ve arkadaşları tarafından geliştirilen Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) Anketi-Toplum Versiyonu (**Ek-2**) ölçeği hasta yakınlarına uygulandı.

3.7.1. Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) Anketi-Toplum Versiyonu

Araştırmada bakım veren hasta yakınlarının kansere ilişkin tutumlarını saptamak amacıyla KİTÖ kullanıldı. Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi, Cho ve arkadaşları

tarafından kanserli hasta yakınlarının ve toplumdaki bireylerin kansere ilişkin tutumlarını ölçmek amacıyla 2013 yılında Kore’de geliştirilmiştir. Bu ölçek toplumda yaşayan bireylerin kansere ilişkin pozitif ya da negatif tutumları hakkında bilgi verir.

Ölçeğin Kore versiyonunda “İyileşmenin imkânsız olması (1-4 maddeler), kanser hastalarının etiketlenmesi (5-8 maddeler), ayrımcılık (9-11 maddeler), kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma (12-15 maddeler)” olmak üzere dört alt boyut ve 15 madde yer almaktadır. Ankette yer alan maddeler “(1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Katılıyorum, (4) Kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevaplanmaktadır. Likert tipli bir ölçek olan KİTÖ’de ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin değerlendirmesinde maddelerin puan ortalaması kullanılmakta, medyan 2,5 ve üzerinde olan puanlar kansere ilişkin olumsuz (negatif) tutumların varlığına işaret etmektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.79’dur. Ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması Yılmaz ve arkadaşları tarafından 2017 yılında gerçekleştirilmiş ve yapılan faktör analizi sonucunda faktör yük değerleri 0,30’un altında olan 5.,6. ve 7.maddeler anketten çıkarılmış, kalan 12 madde 3 alt boyutta geçerli bulunmuştur.

3.8. Verilerin Toplanması

Veri toplama araçlarının kullanılabilmesi için gerekli izinler alındı. Veriler Genel Cerrahi Servisler’ inde, hasta yakınlarına veri toplama formu dağıtılarak kendi öz bildirimleri doğrultusunda toplandı. Veri toplama işlemi öncesinde hasta yakınlarına bilgilendirilmiş gönüllü olur formu dağıtılarak araştırmaya ve elde edilen verilerin sadece bilimsel araştırma sürecinde kullanılmasına ilişkin bilgi verildi ve imzalanması sağlandı. Hasta yakınlarından ölçeğin her bir maddesinin karşısında bulunan ifadelerden en uygun olanı işaretlemeleri istendi. Veri toplama formunun doldurulması için geçen süre yapılan denemelerde yaklaşık 5 dakika olarak hesaplanmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (Versiyon 21.0, IBM SPSS Inc, Armonk, NY) programı kullanılarak analiz edildi. Bakım veren yakınlarının sosyo-demografik özellikleri, kansere ilişkin tutumları tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzdellik), aritmetik ortalama ve standart sapma ile belirlendi. Hasta yakınlarının kansere ilişkin tutumları ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi, Skewness ve Kurtosis testi ile kontrol edildi ve normal dağılıma uyan veriler için parametrik (t testi, One Way ANOVA) ve

uymayan veriler için non-parametrik (Kruskal Wallis ve Mann Whitney U) testler kullanıldı. İki grup arasındaki farkın belirlenmesi için t testi, üç ve daha fazla gruplar arasındaki farkın belirlenmesi için One Way ANOVA testi yapıldı. Çoklu karşılaştırmalarda ileri analiz yöntemi olarak Tukey HSD testinden yararlanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın uygulanabilmesi için, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan etik kurul izni alındı ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan kurum izni alındı. Ayrıca, Kansere İlişkin Tutumları Ölçme anketinin geçerlilik güvenilirliği yapan Doç. Dr. Medine Yılmaz'dan ölçek kullanımı için izin alındı. Hasta yakınlarına çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağına ilişkin bilgilendirme yapıldı ve bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmakta özgür oldukları açıklaması yapıldı. Hasta yakınlarına araştırma hakkında sözlü olarak aktarılan bilgilerin yazılı olarak da Bilgilendirilmiş Onam Formu ile izinlerine başvuruldu. Ayrıca araştırmaya katılan bireylere, kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda bilgi verilerek gizlilik ve gizliliğin korunması ilkesine uyuldu.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Aralık 2017-Nisan 2018 tarihleri arasında Genel Cerrahi Servislerinde kanser tanısı nedeniyle cerrahi girişim uygulanmış hastalara bakım veren hasta yakınlarına genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, onkolojik cerrahi tedavi uygulanan hastalara bakım veren yakınlarının kansere ilişkin tutumlarını belirlemek amacı ile gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular ve istatistikî analizler tablolar halinde sunulmaktadır.

Örneklemi 239 bireyden oluşan araştırmanın bulguları 2 bölümde ele alındı.

Bölüm I: Hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine ve bakım verdiği hastanın klinik özelliklerine ilişkin bulgular

Bölüm II: Kansere İlişkin Tutumlar Ölçeğinden elde edilen bulgulara yer verildi.



Bölüm I: Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özelliklerine ve Bakım Verdiği Hastanın Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde; onkolojik cerrahi tedavi uygulanan hastalara bakım veren yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımına (**Tablo 4-1**) ve bakım verdikleri hastaların klinik özelliklerinin dağılımına (**Tablo 4-2**) ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4-1: Bakım veren hasta yakınlarının tanıtıcı (sosyodemografik) özellikleri (N=239)

Tanıtıcı özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (ort, ss)	42,9± 16,0	
Cinsiyet		
Kadın	154	64,4
Erkek	85	35,6
Eğitim durumu		
Okuryazar-	89	37,2
İlköğretim	80	33,5
Lise	70	29,3
Üniversite ve Üzeri		
Medeni durum		
Evlü	171	71,6
Bekar	55	23,0
Boşanmış	6	2,5
Dul	7	2,9
Ekonomik durum		
İyi	119	49,8
Orta	100	41,8
Kötü	20	8,4
Hastaya yakınlık derecesi		
Annesi	10	4,2
Babası	8	3,3
Eşi	74	31,0
Kardeşi	31	13,0
Çocuğu	90	37,6
Diğer	26	10,9
Hasta yakınının hastasının sağlığını algılama durumu		
İyi	108	45,2
Orta	109	45,6
Kötü	22	9,2

Ailede başka kanser tanısının varlığı

Evet	66	27,6
Hayır	173	72,4

Çalışmaya katılan olguların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; hasta yakınlarının yaş ortalamasının $42,9 \pm 16$ olduğu, %64,4'ünün (n=154) kadın, %71,6'sının (n=171) evli olduğu ve %23'ünün (n=55) bekar, %2,5'unun (n=6) boşanmış ve %2,9'unun (n=7) dul olduğu görüldü. Çalışmaya katılan olguların eğitim durumları genel olarak her grupta benzer oranlarda olmakla birlikte, %37'si (n=89) okur yazar, %33'ü (n=80) lise, %29'u (n=70) üniversite ve üzeri olduğu bulundu.

Hasta yakınlarının ekonomik durumlarının %49,8'inin (n=119) iyi, %41,8'inin (n=100) orta düzeyde olduğu saptandı. Hasta yakınlık derecesi sorgulandığında ise %37,6'sının hastanın çocuğu (n=90), %31'i hastanın eşi (n=74), %7,5'unun (n=18) hastanın anne-babası, %10,9'unun (n=26) ise hastanın diğer yakınları olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan olguların hastalarının sağlığını %45,2'sinin (n=108) iyi, %45,6'sının (n=109) orta ve %9,2'sinin (n=22) kötü olarak algıladıkları belirlendi. Katılanların %72,4'ünün (n=173) ailede başka birinde kanser öyküsü olmadığı görüldü (**Tablo 4-1**).

Tablo 4-2: Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı N=239

Hastaların Klinik Özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tıbbi tanısı		
Kolorektal kanser	87	36,4
Meme kanseri	60	25,1
Mide kanseri	55	23,0
Pankreas kanseri	16	6,7
Tiroid kanseri	12	5,0
Diğer	9	3,8
Hastalık süresi (ay) (ort, ss)		12,3 ± 28,3

Hastanın geçirdiği ameliyat sayısı

1	189	79,1
2	29	12,1
3 ve üstü	21	8,8

Hastanın aldığı tedavi

Cerrahi Tedavi	239	100
Kemoterapi	95	39,7
Radyoterapi	56	23,4
Hormon tedavisi	1	0,4
Kombine tedavi	49	20,5
Tedavi almamış	137	57,3

Hastanın tanısını bilme durumu

Bilen	200	83,7
Bilmeyen	39	16,3

Hastaların tanıları incelendiğinde; %36,4'üne (n=87) kolorektal kanser, %25,1'ine (n=60) meme kanseri, %23'üne (n=55) mide kanseri, %6,7'sine (n=16) pankreas kanseri, %5'ine (n=12) tiroid kanseri %3,8'ine (n=9) ise diğer kanser tanıları koyulduğu, geçirilen cerrahi girişim sayısına göre ise %79,1'inin (n=189) bir defa cerrahi girişim geçirdiği, %12,1'inin (n=29) iki defa, %8,8'inin (n=21) ise 3 ve daha fazla cerrahi girişim geçirdiği saptandı. Hastaların kanser tanısı koyulduktan sonraki geçen zaman ortalaması 12,3±28,3 ay olduğu bulunurken, bu süreçte hastaların cerrahi girişimden önce aldıkları tedavi yöntemlerinin dağılımı ise %39,7'sinin (n=95) yalnızca kemoterapi, %23,4'ünün (n=56) yalnızca radyoterapi, %20,5'inin (n=49) kemoradyoterapi, %0,4'ünün (n=1) hormon tedavisi olduğu ve %57,3'ünün (n=137) ise başka herhangi bir tedavi yöntemi almadığı belirlendi. Ayrıca hasta yakınları tarafından verilen yanıtlar sonucunda hastaların %83,7'sinin (n=200) tanısını bildiği ancak %16,3'ünün (n=39) ise kanser tanısını bilmediği belirlendi (**Tablo 4-2**).

Bölüm II: Kansere İlişkin Tutumlar Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular

Bu bölümde, Hasta yakınlarının kansere ilişkin tutumlarının dağılımına (**Tablo 4-3**), Hasta yakınlarının Kansere İlişkin Tutumları Ölçme anketine verdikleri yanıtların dağılımına (**Tablo 4-4**), Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi Toplam ve Alt boyut Puan dağılımlarına (**Tablo 4-5**), Hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme anketi toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına (**Tablo 4-6**), Hastaların klinik özelliklerine göre hasta yakınlarının Kansere İlişkin Tutumları Ölçme anketi toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına (**Tablo 4-7**), Hasta yakınlarına uygulanan Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) anket puanının hasta yakını yaşı ve hastanın hastalık süresiyle olan ilişkisini (**Tablo 4-8**) gösteren bulgulara yer verildi.

Tablo 4-3: Hasta yakınlarının kansere ilişkin tutumlarının dağılımı N=239

Kansere İlişkin Tutum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Olumlu	218	91,2
Olumsuz	21	8,8

Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) Anket kesme puanına göre hasta yakınlarının %91,2'sinin (n=218) kansere yönelik olumlu tutumlarının olduğu, %8,8'inin (n=21) ise kansere ilişkin tutumlarının olumsuz olduğu görüldü (**Tablo 4-3**).

Tablo 4-4: Hasta yakınlarının Kansere İlişkin Tutumları Ölçme anketine verdikleri yanıtların dağılımı N=239

Alt Boyut	KİTÖ Maddeleri	Kesinlikle katılıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kesinlikle katılmıyorum	
		n	%	N	%	n	%	n	%
İyileşmenin imkânsız olması	1. Kanser tedavisi ne kadar gelişmiş olursa olsun tedavi edilmesi mümkün değildir	6	2,5	29	12,1	136	56,9	68	28,5
	2. Kanser hastaları bir kez tanı aldı mı bir daha sosyal olarak aktif olamazlar	1	0,4	61	25,5	118	49,4	59	24,7
	3. Kanser hastalarının başarılı kanser tedavisinden sonra bile işyerinde görev yeteneği azalabilir	6	2,5	81	33,9	102	42,7	50	20,9
	4. Kanser tanısı olan bir kişinin bir daha sağlıklı olması çok zordur	2	0,8	37	15,5	146	61,1	54	22,6
	5. Kanser hastalarının topluma katkıda bulunması mümkün olmaz	2	0,8	14	5,9	155	64,8	68	28,5
Kanser hastalarının etiketlenmes i/ ayrımcılık	6. Kanser hastaları ile birlikte olduğumda rahatsızlık hissederim	1	0,4	19	7,9	132	55,3	87	36,4
	7. Kanser tanısı olan komşularla iletişim kurmaktan kaçınma eğilimindeyim	0	0,0	14	5,9	128	53,5	97	40,6

Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma	8. Kanserli kişilerle çalışmaktan kaçınırım	0	0,0	8	3,3	129	54,0	102	42,7
	9. Eğer kanser tanısı alırsam aileme söylemem	2	0,8	14	5,9	139	58,2	84	35,1
	10. Eğer kanser tanısı alırsam arkadaşlarıma söylemem	3	1,3	14	5,9	137	57,2	85	35,6
	11. Eğer kanser tanısı alırsam komşularıma söylemem	3	1,3	21	8,8	140	58,5	75	31,4
	12. Eğer kanser tanısı alırsam iş arkadaşlarıma/meslektaşlarıma söylemem	5	2,1	19	7,9	142	59,5	73	30,5

Çalışmaya katılan olguların Kansere İlişkin Tutumları Ölçme anketinde yer alan maddelerin her birine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; İyileşmenin imkânsız olması alt boyutunda, olguların %64,8'i (n=155) “Kanser hastalarının topluma katkıda bulunması mümkün olmaz” ifadesine “katılmıyorum”, olguların %33,9'u (n=81) “Kanser hastalarının başarılı kanser tedavisinden sonra bile işyerinde görev yeteneği azalabilir” ifadesine ise “katılıyorum” yanıtını verdikleri görüldü.

Kanser hastalarının etiketlenmesi/ ayrımcılık alt boyutunda, olguların %55,3'ünün (n=132), “Kanser hastaları ile birlikte olduğumda rahatsızlık hissedirim” ifadesine “katılmıyorum” ve %7,9'unun (n=19) “katılıyorum” yanıtını verdikleri belirlendi.

Diğer bir alt boyut olan Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma bölümünde ise, katılımcıların %59,5'inin (n=142) “Eğer kanser tanısı alırsam iş arkadaşlarıma/meslektaşlarıma söylemem” ifadesine “katılmıyorum”, %8,8'inin (n=21) ise “Eğer kanser tanısı alırsam komşularıma söylemem” ifadesine “katılıyorum” yanıtını verdikleri bulgular (Tablo 4-4).

Tablo 4-5:Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) anketi toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına ilişkin bulgular (N=239)

Alt boyut	Madde sayısı	Minimu m puan	Maksimu m puan	Ortalama	Standart Sapma
İyileşmenin imkânsız olması	5	1,00	3,80	1,96	0,57
Kanser hastalarının etiketlenmesi ve ayrımcılık	3	1,00	3,00	1,66	0,53
Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma	4	1,00	4,00	1,76	0,59
Ölçek Toplamı	12	1,00	3,42	1,82	0,49

Hasta yakınlarının Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) Anketi'nin alt boyut puan ortalamaları ve ölçek toplam puanı bulgusu incelendiğinde; İyileşmenin İmkansız Olması alt boyutu puanı 1,00 ile 3,80 arasında değişmekte olup, ortalama puanı ise $1,96 \pm 0,57$ olarak belirlendi.

Olguların Kanser Hastalarının Etiketlenmesi/Ayrımcılık alt boyutu puanı 1,00 ile 3,00 arasında değişmekte olup, ortalama puanının $1,66\pm 0,53$ olduğu, Kanser Tanısını Ortaya Çıkarma/Yayma alt boyutu puanı ise 1,00 ile 4,00 arasında değişmekte olup, ortalama puanı $1,76\pm 0,59$ olduğu görüldü. Katılımcıların aldıkları en yüksek puan ortalamasının İyileşmenin İmkânsız Olması alt boyutu olduğu görüldü ($1,96\pm 0,57$). Ölçek toplam puanının 1,00 ile 3,42 arasında olduğu ve ortalamanın $1,82\pm 0,49$ olduğu belirlendi (Tablo 4-5).

Tablo 4-6:Hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) anketi toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları

Hasta Yakınlarının Özellikleri		KİTÖ Alt Boyutları				Ölçek Toplamı
		İyileşmenin imkânsız olması	Kanser hastalarının etiketlenmesi ve ayrımcılık	Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma		
Cinsiyet	Kadın	ort±ss	1,97±0,58	1,69±0,54	1,79±0,61	1,84±0,50
	Erkek	ort±ss	1,95±0,55	1,60±0,50	1,71±0,55	1,78±0,47
		t testi	0,26	1,31	1,00	0,89
		*p değeri	0,789	0,190	0,319	0,373
Ailede Kanser Öyküsü	Var	ort±ss	1,93±0,54	1,62±0,52	1,83±0,64	1,82±0,48
	Yok	ort±ss	1,97±0,58	1,67±0,54	1,74±0,57	1,82±0,49
		t testi	-0,51	-0,62	1,06	0,01
		p değeri	0,611	0,535	0,288	0,989
Medeni Durum	Evli	ort±ss	2,02±0,54	1,70±0,53	1,76±0,54	1,86±0,45
	Bekar	ort±ss	1,78±0,66	1,45±0,50	1,69±0,71	1,67±0,57
	Boşanmış	ort±ss	2,03±0,32	2,11±0,34	2,00±0,50	2,04±0,34
	Dul	ort±ss	1,74±0,55	1,71±0,44	2,10±0,91	1,85±0,60
		**F testi	2,82	4,87	1,36	2,51
		p değeri	0,039	0,003	0,255	0,059

Eğitim Durumu	Okuryazar- ilkokul	ort±ss	2,14±0,54	1,88±0,51	1,92±0,58	2,00±0,46
	Lise	ort±ss	1,99±0,52	1,62±0,51	1,76±0,60	1,82±0,47
	Üniversite ve üzeri	ort±ss	1,69±0,56	1,41±0,45	1,57±0,56	1,58±0,45
	F testi		13,43	17,53	7,05	16,16
	p değeri		0,001	0,001	0,001	0,001
Ekonomik Durum	İyi	ort±ss	2,00±0,55	1,68±0,54	1,75±0,59	1,84±0,49
	Orta	ort±ss	1,89±0,60	1,59±0,51	1,78±0,62	1,78±0,50
	Kötü	ort±ss	2,04±0,52	1,85±0,50	2,00±0,52	1,91±0,43
	F testi		1	2,09	0,10	0,74
	p değeri		0,292	0,125	0,904	0,474
Sağlık Algısı	İyi	ort±ss	1,90±0,58	1,61±0,53	1,71±0,61	1,76±0,49
	Orta	ort±ss	2,00±0,55	1,70±0,53	1,78±0,53	1,85±0,46
	Kötü	ort±ss	2,01±0,62	1,71±0,53	1,92±0,76	1,90±0,58
	F testi		0,96	0,865	1,24	1,28
	p değeri		0,384	0,422	0,291	0,278

*p<0,05 **F:Varyans Analizi(One Way ANOVA)

Hasta yakınlarının cinsiyetine (p=0,373), hastasının sağlığını algılama (p=0,278) ve ailede başka bir kanser tanısı olma (p=0,989) durumuna göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme anketi ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05). Hastaların ekonomik durumuna göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme anketi ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi (p=0,474; p>0,05).

Olguların medeni durumuna göre İyileşmenin İmkansız Olması (p=0,039) ve Kansere Hastalarının Etiketlenmesi ve Ayrımcılık (p=0,003) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi. Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan post-hoc analiz sonucunda bu farklılaşmanın evli ve bekar gruplar arasında olduğu saptandı (p<0,05). Ölçek puan ortalamasının evli gruplarda bekar gruplara oranla daha yüksek olduğu görüldü.

Eğitim durumuna göre olguların ölçek puan ortalaması incelendiğinde ise ölçeğin tüm alt boyut puanları ve total puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p < 0,05$). Eğitim düzeyi düşük olan gruplarda ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4-6).

Tablo 4-7: Hastaların Klinik zelliklerine göre yakınlarının Kansere İlişkin Tutumları lme (KİT) anketi toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları

		KİT Alt Boyutları				
Hastaların Klinik zellikleri		İyileşmenin imkânsız olması	Kanser hastalarının etiketlenmesi ve ayrımcılık	Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma	lek Toplamı	
Tedavi Alma Durumu	Alan	ort±ss	1,93±0,57	1,60±0,55	1,73±0,61	1,78±0,50
	Almayan	ort±ss	2,00±0,55	1,73±0,50	1,80±0,56	1,87±0,47
		*t testi	-0,927	-1,94	-0,82	-1,31
		**p değeri	0,355	0,053	0,408	0,190
Hastanın Tanısını Bilme Durumu	Bilen	ort±ss	1,95±0,59	1,66±0,53	1,77±0,60	1,84±0,50
	Bilmeyen	ort±ss	2,00±0,48	1,65±0,53	1,75±0,57	1,83±0,45
		t testi	-0,48	0,03	0,19	-0,15
		p değeri	0,626	0,970	0,849	0,881
Tıbbi Tanısı	Kolorektal kanser	ort±ss	1,97±0,59	1,73±0,52	1,79±0,65	1,85±0,50
	Meme kanseri	ort±ss	2,00±0,48	1,62±0,47	1,75±0,45	1,82±0,36
	Mide kanseri	ort±ss	1,90±0,60	1,63±0,58	1,80±0,58	1,80±0,53

Pankreas kanseri	ort±ss	2,08±0,57	1,75±0,68	1,85±0,69	1,92±0,59
Tiroid kanseri	ort±ss	2,00±0,59	1,58±0,45	1,70±0,71	1,79±0,53
Diğer kanser	ort±ss	1,64±0,71	1,29±0,45	1,27±0,44	1,43±0,52
	***F testi	0,88	1,36	1,39	1,37
	p değeri	0,495	0,239	0,226	0,237

Hastaların hastalığını bilme, tedavi alma durumuna ve tıbbi tanısına göre hasta yakınlarının Kansere İlişkin Tutumlar Ölçeğinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4-7).

Tablo 4-8:Hasta yakınlarına uygulanan Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) anket puanının hasta yakınlarının yaşı ve hastalık süresiyle olan ilişkisi

	İyileşmenin imkansız olması		Kanser hastalarının etiketlenmesi ve ayrımcılık		Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma		Ölçek Toplamı	
	r	P	r	P	R	P	R	P
Hasta yakınının yaşı	0,195	0,002	0,210	0,001	0,080	0,217	0,184	0,004
Hastalık süresi	-0,05	0,369	0,032	0,626	-0,084	0,195	-0,54	0,408

Hasta yakınlarının kansere ilişkin tutumlarının hasta yakınının yaşı ile pozitif korelasyon gösterdiği, hasta yakını yaşı arttıkça ölçek puanının da arttığı görüldü ($p<0,05$). Hastalık süresinin ise ölçek puan ortalaması ile anlamlı ilişki göstermediği belirlendi ($p>0,05$) (Tablo4-8).

5. TARTIŞMA

Kanser, dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Kanser oluşum sürecinin anlaşılmasına, tanı ve tedavi yöntemlerinde ileri tıbbi teknolojilerin kullanılmasına ve kanser tanısı koyulan bireylerin sağ kalım oranlarının yükselmesine karşın toplumun kansere ilişkin olumsuz tutumları olduğu görülmektedir (Korkmaz 2010; Schernhammer ve ark. 2010; Cho 2013; Badihian ve ark. 2017; Yılmaz ve ark. 2017).

Kanser hastalığı bireylere ölümü, acı ve ağrıyı çağrıştıran, belirsizlik içeren korku dolu bir süreci ifade etmektedir (Korkmaz 2010; Cho ve ark. 2013). Toplumda başarılı kanser tedavisi sonrası iyileşen bireylerin sayısının artmasına karşın kanserin tedavi edilebilirliğine olan inancın düşük olduğu belirlenmiştir (Çetingöz ve ark. 2002; Korkmaz 2010). Kanser tanısı koyulan hastalar, ilişkilerde çatışma yaşamamak, sağlık sigortası ve mesleğini kaybetmemek için genellikle aile üyelerinden, yakınlarından, sosyal çevrelerinden ve çalışma ortamlarından kanser tanısını gizleyebilmektedirler (Hilton ve ark. 2009; Robb ve ark 2014). Kansere yönelik tutumlarla ilgili yapılan bazı çalışmalarda insanların önemli bir kısmının kanser hastalarının varlığından rahatsız olduklarını ve etkileşimden kaçınmaya eğilimli olduklarını göstermektedir (Cho 2013; Badihian ve ark. 2017). Kanser hastalarına yönelik kaçınma, suçlama ve ayrımcılık davranışlarını kapsayan stigmatizasyon kanser hastaları ile yapılan bir çok araştırma sonuçlarında bulgulanmıştır (Schernhammer ve ark. 2010; Cho ve ark. 2012; Robb ve ark 2014).

Kansere ve kanser hastasına yönelik olumsuz tutumlar hastaların kanserle başetmesini güçleştirmekte, sosyal dışlanmaya neden olmakta ve hasta ve yakınlarının yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır.

Toplumun sağlık ve hastalığa yönelik inanç, algı ve tutumlarının değiştirilmesinin en önemli ve öncelikli yolu inançları, algıları ve tutumları etkileyen faktörleri belirlemektir. Ayrıca bazı çalışmalarda hasta yakınlarının, hastalık sürecinde benimsedikleri tutum ve davranışların hastanın kanserle başetme sürecini olumlu ya da olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (Nekolaichuk 1999; Chen 2003).

Bu bağlamda çalışma, onkolojik cerrahi tedavi uygulanan hastalara bakım veren yakınlarının kansere ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapıldı ve çalışma sonuçları ilgili literatür doğrultusunda tartışıldı.

BÖLÜM I

Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Son yıllarda kronik hastalıkların ve kanserin görülme oranındaki artışa bağlı olarak informal bakım vericilerin sayısında da artış görülmüştür. Kanser hastalarına bakım veren informal bakım vericiler genellikle hastanın aile üyelerinden oluşur ve hasta bakımında primer bakım verme rolünü üstlenirler.

Cho ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada hasta yakınlarına bakım veren bireylerin yaş ortalamasının $43,2\pm 0,4$ olduğu, %51,1'inin kadın ve %45,8'inin lise, %38,6'sının üniversite ve üzeri eğitim gördüğü, %71'inin evli olduğu, %60'ının ekonomik durumunun iyi olduğu bulunmuştur. Yapılan aynı çalışmada katılımcıların %65,7'sinin ailesinde başka kanser öyküsü olmadığı ve hastaya yakınlık derecelerinin ise %50,9'unun hastanın eşi, %35,7'sinin ise hastanın çocuğu olduğu belirlenmiştir.

Yılmaz ve arkadaşlarının (2017) kansere ilişkin tutumları incelediği diğer bir çalışmada ise, katılımcıların yaş ortalamasının $39,7\pm 12,7$ olduğu, %61,8'inin kadın, %37,6'sının lise mezunu olduğu, %67,1'inin evli olduğu ve %46,5'inin gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Konu ile ilgili yapılan diğer araştırmalarda da katılan bireylerin çoğunun 40 yaş ve üzeri, kadın ve evli olduğu belirlenmiştir (Robb ve ark. 2014; Badihian ve ark. 2017; Ergen 2017).

Benzer şekilde Ho Yun ve arkadaşlarının (2010) terminal dönemdeki hasta ve yakınlarının katıldığı kansere ilişkin tutum ve deneyimlerin incelendiği çalışmada, hastaya bakım veren yakınlarının çoğunluğunun kadın, evli, ortalama 40-59 yaşlarında olduğu bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada terminal dönemdeki hastaya bakım veren hasta yakınlarının %63,7'sinin işsiz olduğu ya da bakım verdikleri süreçte işi bıraktıkları araştırmanın diğer bulgularıdır. Alzahrani ve arkadaşları tarafından (2018) Suudi Arabistan'da kanser tanılı hastaların ve yakınlarının kanser tanısını açıklamaya yönelik tutumlarını inceledikleri çalışmada, hasta yakınlarının yaş ortalamasının $36,5\pm 12,5$ olduğu, %46,9'unun kadın, %75,5'inin lise ve üzeri eğitim gördüğü bulunmuştur.

Çalışmada ise hasta yakınlarının yaş ortalamasının $42,9\pm 16$, çoğunluğunun kadın (%64,4) ve evli (%71,5) olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan hasta yakınlarının eğitim durumları genel olarak her grupta benzer oranlarda olmakla birlikte, %37'si okur yazar, %33'ü lise, %29'u üniversite mezunu olduğu ve ekonomik durumlarının genel olarak iyi (%49,8) olduğuna ilişkin elde edilen sonuçların literatür ile birbirini desteklediği belirlendi. Ayrıca

katılımcıların büyük çoğunluğunun (%72,4) ailesinde başka kanser öyküsü olmadığı ve hastaya yakınlık derecelerinin ise katılımcıların çoğunluğunun hastanın eşi (%37,7) ya da çocuğu (%31) olduğu ve literatür ile uyumlu olduğu görüldü (Tablo 4-1). Hasta yakınlarının çoğunun eş ve çocuklar olması toplumumuzun kültürel yapısından kaynaklandığı biçiminde yorumlanabilir.

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı 2018 verilerine göre cinsiyete bakılmaksızın dünya genelinde en sık görülen kanser türleri akciğer, kolon ve rektum, meme, mide, prostat, uterus ve karaciğer kanseridir . Türkiye’de en sık görülen kanser türleri ise Dünya verilerine benzer olarak sıralanabilir (meme, prostat, akciğer, kolon rektum, tiroid, mide kanseri vb...).

Kanserli bireyler ve yakınları ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaların kanser türleri incelendiğinde çoğunluğunun kolorektal, meme, mide ve akciğer kanseri tanılı hastalar oldukları görülmektedir (Şener Dede 2010; Cho 2012; Zheng ve ark. 2016; Ergen 2017).

Alzahrani ve arkadaşları tarafından (2018) kanser hastaları ve yakınları ile birlikte yaptıkları çalışmada, hastaların tıbbi tanılarının %22,4’ünün meme kanseri, %21,1’inin sindirim sistemi kanseri, %18’inin lenfoit kanseri olduğu ve hastaların %86,2’sinin kanser tedavisi başlamadan önce, %9,5’inin tedavi sırasında, %4,3’ünün ise tedavi tamamlandıktan sonra kanser tanısı hakkında bilgilendirildikleri bulunmuştur.

Cho ve arkadaşlarının (2012) kanser hastalarında damgalama ile ilgili yaptıkları çalışmada, olguların %16,5’inin kolorektal kanser, %13,5’inin mide kanseri, %14,4’ünün meme kanseri, %14’ünün jinekolojik kanser tanısı olduğu, kanser tanısı koyulduktan sonra geçen zaman ortalamasının $32,1 \pm 35$ ay olduğu ve %78,8’inin cerrahi tedavi, %54,5’inin kemoterapi ve %15’inin radyoterapi tedavisi aldığı bulunmuştur.

Çalışmaya katılan bireylerin tıbbi tanıları incelendiğinde; %36,4’ünün kolorektal kanser, %25,1’inin meme kanseri, %23’nün mide kanseri, %6,7’sinin pankreas kanseri, %3,8’inin ise diğer kanser tanılı bireyler olduğu, %39,7’sinin yalnızca kemoterapi, %23,4’ünün yalnızca radyoterapi ve %57,3’ünün yalnızca cerrahi tedavi aldığı ve kanser tanısı koyulduktan sonraki geçen zaman ortalaması $12,3 \pm 28,3$ ay olduğu görüldü. Ayrıca hastaların %83,7’sinin kanser tanısını bildiği ancak %16,3’ünün kanser tanısını bilmedikleri bulundu (Tablo 4-2). Çalışma hastaların aldıkları tedavi yöntemleri ve tıbbi tanılarının dağılımı açısından, Cho ve ark. (2012) çalışması ile, kanser tanısı hakkında bilgilendirme durumu açısından ise Alzahrani ve ark. (2018) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Çalışmada tıbbi tanıların dağılımının benzer olması, örnekleme alınan hasta yakınlarının bakım verdiği hastaların en çok görülen kanser türleri arasından seçilmesinin etkisi olabileceği düşünüldü.

Çalışmada hasta ve aile bireylerinin dışlanma ya da ayrımcılık yaşamaktan korkması, hastanın tedavisini olumsuz etkileyebileceği ya da kanser tanısının ölümle eş tutulma düşüncesi nedeni ile gizlenebileceği düşünüldü.

BÖLÜM II

Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketinin Bulgularının Tartışılması

“Bireyin çevresindeki bir konuya karşı sahip olduğu tepki ön eğilimi” olarak tanımlanan (Önder 2016) tutumlar, öncelikle aile ortamında şekillenir ve sosyal ortam ya da doğrudan yaşantı ürünü sonucu oluşabilir (Hogg ve Vaughan 2007). İnsan davranışlarının sağlık ya da hastalık gibi kavramlar üzerindeki etkisini anlamak amacıyla tutumlar belirlenmelidir. Tutumların ölçülmesi için davranış gözleme, mülakat ya da bir tutuma yönelik geliştirilen ölçekler gibi pek çok yöntem başvurulur (Tezbaşaran 1997).

Kanser kontrol programlarının ana amaçlarından biri olan erken tanılamada toplumun kansere ilişkin bilgi ve tutumlarını saptamak ve bu doğrultuda farkındalık oluşturmak önemlidir. Kansere ilişkin tutumlar ile ilgili yapılan çalışmaların konuları kanser tanısının hastaya açıklanması, kanser kavramının bireylerdeki çağrışımları, kanser tedavisine olan inanç ve tutumlar, kanser hastalarına yönelik etiketleme ya da ayrımcılık vb. olarak sıralanabilir. Ayrıca kansere yönelik tutumlar ile ilgili yapılan bazı çalışmalar ise; sağlık okur yazarlığı ile kansere yönelik tutumlar arasındaki ilişkiyi açıklamayı amaçlamaktadır (Lopez-McKee ve ark. 2008; Paçan ve ark. 2012; Morris ve ark. 2013).

Morris ve arkadaşlarının (2013) sağlık okuryazarlığı ile kanser önleme ve tarama etkinliklerine katılımı etkileyebilecek değişkenler arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, düşük sağlık okur yazarlığı olan yetişkin bireylerin daha az sağlık kurumlarına başvurdukları, kansere karşı daha kadereci yaklaşım gösterdikleri, kansere yönelik bilgi düzeylerinin ve öğrenme motivasyonlarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Schernhammer ve arkadaşlarının (2010) toplumun kansere ilişkin tutumlarını incelediği çalışmada, 1995 ve 2005 yıllarında katılımcıların kanserin nedenleri ve kanser tedavisine ilişkin tutumları sorgulanmış ve bu tutumların zamana göre değişimi açıklanmaya çalışılmıştır. Yapılan çalışmanın sonucuna göre, katılımcıların çoğunluğunun zaman içinde kanserin tedavi edilebilirliğine yönelik daha olumlu bir tutuma doğru eğilim gösterdiği görülmüştür.

Benzer şekilde Badihian ve arkadaşlarının (2017) İran'da kansere ilişkin tutumları incelemek için gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların %33,9'u kanser tanısı koyulduktan sonra bireyin sağlığını yeniden kazanmasının çok zor olduğunu, %17,4'ünün kanser hastası ile aynı ortamda olmaktan rahatsız olduğunu, %26,9'unun ailede kanser öyküsü olan insanlarla evlenmekten kaçındığını ve %53,3'ünün kanser tanısı koyulduktan sonra komşularından, %48,4'ünün ise iş arkadaşlarından kanser tanısını gizleyeceklerini bulmuşlardır.

Bu sonuçlardan farklı olarak, Robb ve ark. (2014)'nin toplumun kansere ilişkin olumlu ve olumsuz tutumlarının nitel yöntemlerle araştırılması başlıklı çalışmasında, olguların yaklaşık %86'sının ilk tepki olarak kanser kavramını ölümle eş tuttuğu ancak bu tepkinin dürtüsel olduğu, gerçekçi düşündüklerinde kanser tedavisinin gelişmiş olduğu ve kanserden pek çok hastanın iyileştiğini düşündükleri bulunmuştur. Bu sonuca benzer şekilde değişik çalışmalar da bulunmaktadır (Mukherjee 2011; Jain 2013). Çalışmada ise hasta yakınlarının %91,2'sinin kansere yönelik olumlu tutumlarının olduğu, %8,8'inin ise kansere ilişkin tutumlarının olumsuz olduğuna ilişkin elde edilen sonuçların literatür ile birbirini desteklediği belirlendi (Tablo 4-3). Hasta yakınının kansere karşı olumlu tutum göstermesi memnuniyet verici bir sonuç olarak değerlendirilir.

Kansere ilişkin tutumları ölçmek için geliştirilen sınırlı sayıda ölçeklerin alt boyutları; kanser tedavisine ilişkin tutumları, kanser hastalığına ya da kanser hastalarına yönelik damgalamayı /etiketlemeyi ve kanser tanısını yayma, ortaya çıkarmayı konu alan maddeleri içerirler (Dent ve Goulston 1982; Cho ve ark. 2012; Yılmaz ve ark. 2017).

Kanserin tedavi edilebilirliğine ilişkin tutumları inceleyen Cho ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmaya göre katılımcıların %58'inin başarılı bir tıbbi tedavi sonrası bile kanserin tedavisinin olanaksız olduğunu, %56'sının kanser tanısı koyulduktan sonra bireylerin yeniden sağlıklı olmasının zor olduğunu ve katılımcıların yaklaşık yarısının kanser tanılı bireylerin sosyal aktiflik ve görev yapma yeteneğinin azaldığını düşündüğü bulunmuştur. Benzer şekilde Kormaz'ın (2010) yaptığı çalışmada katılımcıların %35'inin kanserin tedavi edilebilir, %60'ının ise kısmen tedavi edilebilir olduğunu düşündüğü bulunmuştur.

Bu sonuçlardan farklı olarak, Çetingöz ve arkadaşlarının (2002) kanserin tedavi edilebilirliğine ilişkin tutumları incelediği çalışmada, katılımcıların %40'ının tüm kanser türlerinin yarıdan fazlasının tedavi edilebilir olduğunu düşündüğünü ifade etmiştir. Badihian ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada katılımcıların %80'inin kanserin etkin tedavisi olduğunu ve %33'ünün ise kanser tanısı koyulan bireyin yeniden sağlıklı olmasının zor

olduğunu düşündüğünü bulmuşlardır. Ayrıca Alzahrani ve arkadaşlarının (2018) yaptığı diğer bir çalışmada ise, hastaların ve hasta yakınlarının kanserin tedavi edilebilirliğine ilişkin tutumları incelenmiş ve hasta grubunun (% 87,4) hasta yakınlarına (%75,4) göre tedaviye ilişkin daha olumlu tutum içinde oldukları görülmüştür. Çalışmada ise Kansere İlişkin Tutumları Ölçme anketinde iyileşmenin imkânsız olması alt boyutuna verilen yanıtlar incelendiğinde;, katılan olguların %80'inin kanserin tedavi edilebilir olduğunu, %64,9'unun kanser hastalarının topluma katkıda bulunabileceğini ve %64'ünün kanser hastalarının tedavi sonrası görev yeteneğinde azalma olmadığını düşündüklerine ilişkin elde edilen sonuçlar Badihian ve arkadaşlarının (2017) ve Alzahrani ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmalar ile uyumlu olduğu görüldü (Tablo 4-4).Bu sonuç toplum tarafından kanserin tedavi edilebilir olarak görülmesi toplumun sağlık kurumunda bilinçlendiğini düşündürülebilir.

Kanser hastalarının etiketlenmesi/ ayrımcılık ile ilgili Badihian ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında, katılımcıların %14,7'si kanser hastalarının toplumda kolaylıkla tanınabileceğini, %5,5'inin kanser hastalarının topluma katkı sağlamasının zor olduğunu, %17,4'ünün kanserli bireylerle olmaktan rahatsızlık duyduğunu, % 26,9'unun aile üyeleri kanser olan insanlarla evlenmekten kaçınacağını ve %4,2'sinin kanser hastası bireylerle çalışmaktan kaçınacağı sonucunu bulmuşlardır.

Cho ve arkadaşlarının (2012) aynı konu ile ilgili yaptığı çalışmada, katılımcıların %35'inin kanser hastalarının toplumda kolaylıkla tanınabileceğini, yaklaşık %72'sinin kanser hastalarının topluma katkı sağlamasının zor olduğunu, % 42'sinin kanserli bireylerle olmaktan rahatsızlık duyduğunu ve % 23,5'inin kanser hastası bireylerle çalışmaktan kaçınacağını bulgulamışlardır.

Robb ve arkadaşlarının (2014) gerçekleştirdiği çalışmada, kanser hastalarının toplum tarafından zayıf ve çelimsiz olarak etiketlendiği, benzer olarak Aziz ve Rowland (2002) ve Dein (2004) gerçekleştirdikleri çalışmalarda, ABD'de siyahi etnik azınlıkların toplum tarafından daha çok damgalamaya maruz kaldıkları bulgulanmıştır. Çalışmada katılımcıların %8,4'ünün kanser hastalarıyla birlikte olmaktan rahatsızlık duyduğu, %94'ünün kanserli hastalarla iletişime geçmekte zorlanmadığı belirlendi (Tablo4-4). Çalışmada literatürde yapılan çalışma sonuçlarına oranla daha az damgalama ve ayrımcılık oranlarının bulgulanması, çalışma grubumuzun kanserli bireylere bakım veren aile üyelerinden oluşması, kültürel ve dini faktörlerin farklı olması ile ilişkilendirilebilir.

Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma konusunda yapılan çalışmalar incelenecek olursa; Badihian ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, katılımcıların, %24,7'si kendilerine kanser tanısı koyulursa tanıyı aile üyelerinden gizleyeceğini, %36,3'ü kanser tanısını arkadaşlarından, %48'i iş arkadaşlarından ve %55'i ise komşularından gizleyeceklerini bildirmişlerdir. Hilton ve arkadaşlarının (2009) ABD'deki genç kanser hastalarıyla yaptıkları nitel çalışmaya göre, hastaların kanser tanısını gizleme nedenleri akranlar tarafından dışlanma ve sosyal ilişkilerde bozulma olarak belirlenmiştir. Ayrıca çalışmalar kansere karşı olumsuz ve ayrımcı tutumları olan kişilerin, kanser tanısını komşulara ya da iş arkadaşlarına açıklamaya daha az istekli oldukları bulunmuştur (Park ve Kim 2009; Korkmaz 2010; Cho 2013).

Çalışmada katılımcıların, %7'si kendilerine kanser tanısı koyulursa tanıyı aile üyelerinden gizleyeceğini, %7'si kanser tanısını arkadaşlarından, %10'u iş arkadaşlarından ve %10'u ise komşularından gizleyeceklerini belirttiler (Tablo4-4).Çalışma literatür ile benzerlik göstermemekte olup, katılımcıların büyük çoğunluğunun kanser tanısını aile ve arkadaşları ile paylaşacağını belirtmeleri, kansere karşı tutumlarının olumlu olması ile açıklanabilir.

Kansere ilişkin tutumlar ile sosyo-demografik değişkenler açısından yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde; çoğu çalışma bulgusuna göre düşük eğitim düzeyi olumsuz tutumlarla ya da ayrımcılık deneyimleriyle ilişkilendirilmiştir (Jackson ve ark. 2010; Kagawa-Singer, Dadia, Yu ve Surbone, 2010). Benzer bir çalışma sonucu ise Badihian ve arkadaşlarının (2018) gerçekleştirdikleri çalışmada ilkökul mezunu katılımcıların, lise mezunu katılımcılara kıyasla; lise mezunu katılımcıların ise üniversite eğitimi alan katılımcılara kıyasla kansere yönelik tutum ölçek puanlarının daha yüksek olduğu, kansere yönelik daha olumsuz tutum benimsedikleri sonucuna ulaşmışlardır.

Korkmaz (2010) çalışmasında, eğitim düzeyi yükseldikçe, kansere ve kanserin tedavi edilebilirliğine ilişkin bilgi düzeyinin arttığı ve kanserin tedavisine ilişkin daha olumlu tutumlar sergilendiğini belirlemiştir. Çalışmada, eğitime ilişkin elde edilen bulguların literatür ile uyumluluk gösterdiği, eğitim düzeyi düşük olan gruplarda ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulundu.

Ayrıca çalışmaya katılan hasta yakınlarının medeni durumuna göre iyileşmenin olanaksız olması ve kanser hastalarının etiketlenmesi ve ayrımcılık alt boyutlarında bulguların farklılaşmanın evli ve bekar gruplar arasında olduğu ve ölçek puan ortalamasının evli gruplarda bekar gruplara göre daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4-6).Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Badihian ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada ise bekar katılımcıların, evli

katılımcılara kıyasla daha olumsuz tutuma sahip oldukları bulunmuş ve konu ile ilgili yapılan birçok çalışmada medeni durum ile kansere ilişkin tutum arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çalışmada evli hasta yakınlarının kansere ilişkin tutumlarının bekar hasta yakınlarına göre daha olumsuz olmasının nedeni bakım veren bireyin genellikle hastanın eşi olması ve bunun sonucunda da hastayı kaybetme korkusuna bağlı olarak evli hasta yakınlarının kansere yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu düşünülebilir.

Korkmaz (2010) çalışmasında, yaş değişkeni ve kansere ilişkin tutumlar arasındaki ilişkiyi incelemiş ve 41-50 yaş arasındaki katılımcıların, 25-30 yaş arasındaki katılımcılara oranla kanser hastalığını daha fazla reddettikleri, kanser tanısını daha yüksek oranda çevrelerinden gizleme eğilimi içerisinde olduklarını belirlemiştir. Konu ile ilgili yapılan diğer araştırmalarda da önceki çalışma bulgusunu desteklemektedir (Cho 2012; Badihian ve ark. 2018). Çalışmada ise; hasta yakınlarının kansere ilişkin tutumlarının, hastanın yaşı ile pozitif korelasyon gösterdiği ve hasta yaşı arttıkça hastaların kansere yönelik olumsuz tutumlarının arttığı bulundu (Tablo4-8).

Son olarak çalışmada hasta yakınlarının cinsiyetine, ekonomik durumuna, hastasının sağlığını algılama ve ailede başka bir kanser tanısı olma durumuna göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme anketi ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Literatür incelendiğinde kadın katılımcılar erkek katılımcılar ile karşılaştırıldığında, kadın katılımcıların gelecekte kanser olmaktan daha fazla endişe duydukları ve kanserin önlenabilirliği konusunda daha olumsuz tutumlara sahip oldukları bulunmuştur (Northouse, Mood, Templin, Mellon ve George 2000; Houldin ve ark. 2007; Korkmaz 2010; Mirros ve ark. 2013). Ancak Badihian ve arkadaşlarının (2017) çalışması incelendiğinde, erkek katılımcıların kadın katılımcılara kıyasla kanser hastalarının etiketlenmesi ve ayrımcılıkla ilgili daha fazla olumsuz tutumları olduğu bulunmuştur. Ayrıca Korkmaz (2010) çalışmasında, ailede başka bir kanser tanısı olan katılımcıların, ailesinde kanser öyküsü olmayan katılımcılara kıyasla kansere yakalanmaktan daha fazla endişe duydukları görülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Onkolojik cerrahi tedavi uygulanan hastalara bakım veren yakınlarının kansere ilişkin tutumlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı tipte gerçekleştirilen çalışma sonucunda;

- Hasta yakınlarının yaş ortalamasının $42,9 \pm 16$, çoğunluğunun kadın (%64,4) ve evli (%71,5) olduğu,
- Eğitim durumları genel olarak her grupta benzer oranlarda olmakla birlikte, ekonomik durumlarının genel olarak iyi (%49,8) ve orta (%41,8) düzeyde olduğu,
- Hasta yakınlık derecelerinin ise çoğunluğunun hastanın çocuğu (%37,7) ya da eşi (%31) olduğu,
- Bakım verilen hastaların tanılarının çoğunluğunu kolorektal kanserler (%36,4), meme kanseri (%25,1) ve mide kanseri (%23) olduğu,
- Hastaların çoğunluğunun (%87,3) kanser tanısını bildiği,
- Hasta yakınlarına uygulanan Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) anketine göre katılımcıların tamamına yakınının (%91,2) kansere ilişkin tutumunun olumlu olduğu,
- Hasta yakınlarının %80'inin kanserin tedavi edilebilir olduğunu, %64,9'unun kanser hastalarının topluma katkıda bulunabileceğini düşündükleri,
- Hasta yakınlarının %8,4'ünün kanser hastalarıyla birlikte olmaktan rahatsızlık duyduğu, ve %10'unun iş arkadaşlarından ve komşularından kanser tanısını gizleyeceklerini,
- Hasta yakınlarından eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların eğitim düzeyi yüksek olan katılımcılara oranla tutumlarının daha olumsuz olduğu,
- Ayrıca çalışmamıza katılan evli hasta yakınlarının bekar hasta yakınlarına göre tutumlarının daha olumsuz olduğu,
- Hasta yakınlarının kansere ilişkin tutumlarının, hastanın yaşı ile pozitif korelasyon gösterdiği ve hasta yakınlarının yaşı arttıkça hastaların kansere yönelik olumsuz tutumlarının arttığı bulundu.

Tüm sonuçlar doğrultusunda;

Önemli bir toplum sağlığı sorunu olan kanserle mücadelede toplumun kansere ilişkin tutumları incelenerek kanseri önleme, erken tanı ve tedavi yaklaşımlarının etkinliği geliştirilebilir. Kansere ilişkin tutumların olumlu yönde değişmesi toplumdaki kanser tanılı bireylerin ve ailelerinin yaşam kalitesinin ve sosyal destek sistemlerinin artırılması ve topluma yeniden kazandırılması için önemlidir.

Literatür incelendiğinde ülkemizde toplumun hastalıklara yönelik tutumlarını ölçen araçların ve konu ile ilgili yapılan araştırmaların kısıtlı olduğu görülmüştür. Ayrıca gerçekleştirilen bu çalışmanın sonuçları belirli sayıda ve belirli sosyo-demografik özellikler gösteren örneklem grubundan elde edilmiştir. Konu ile ilgili daha çok çalışma yapılarak sonuçlar sınanmalıdır.

KAYNAKLAR

Açıkgöz, A.(2010) *Meme ve serviks kanseri risk düzeyleri ve erken tanı hizmetleri kullanımı ilişkisi*.(Yayımlanmamış Yüksek Lisans) İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

Akyolcu, N. (2015).Tedavi Yaklaşımları. İçinde G. Can (Ed). *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi; 93-303.

Altıok, H. Ö., Şengün, F., ve Üstün, B. (2011). Bakım: kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3), 137-140.

Alzahrani, A. S., Alqahtani, A., Alhazmi, M., Gaafar, R., Bajabir, D., Alharbi, I. M. ve ark. (2018). Attitudes of cancer patients and their families toward disclosure of cancer diagnosis in Saudi Arabia: a Middle Eastern population example. *Patient Preference And Adherence*, 12, 1659.

American Cancer Society (2018). *HPV and Cancer*, Erişim 12.11.2018, https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/infectious-agents/hpv/hpv-and-cancer-info.html?_ga=2.9745651.753539874.1543318760-762679369.1543318760

And, R.W., Smith, G., Mccallion, P. (2001). Family Caregivers of the Frail Elderly. İçinde A. Gitterman (Ed.), *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations*. New York: Columbia University Press.

Atagün, İ.M., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M. ve Özpolat, A.Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,3(3),513-552.

Aydemir Dede, Ö.(2014) *Hastanede uygulanan kanserden korunma ve erken teşhis programının kanser hastası yakınlarının bilgi, tutum ve davranışlarına etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans) Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Aziz, N. M. ve Rowland, J.H. (2002). Cancer survivorship research among ethnic minority and medically underserved groups. *Oncol Nurs Forum*, 29, 789–801.

Badihian, S., Choi, E. K., Kim, I. R., Parnia, A., Manouchehri, N., Badihian, N. ve ark. (2017). Attitudes toward cancer and cancer patients in an Urban Iranian population. *The Oncologist, Theoncologist*.

Baile, W. F., Lenzi, R., Parker, P. A., Buckman, R., ve Cohen, L. (2002). Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *Journal of Clinical Oncology*, 20(8), 2189-2196.

Balbo, S., Meng, L., Bliss, R. L., Jensen, J. A., Hatsukami, D. K. ve Hecht, S.S. (2012). Kinetics of DNA adduct formation in the oral cavity after drinking alcohol. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 21(4):601-608

Boyle, P. ve Levin, B. (2008). *World Cancer Report 2008*, Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu, Lyon; 12-497.

Brown, J., Beard, E., Kotz, D., Michie, S. ve West, R. (2014). Real-world effectiveness of e-cigarettes when used to aid smoking cessation: a cross-sectional population study. *Addiction*, 109(9), 1531-1540.

Brown, J.M., Carlson, D.J. ve Brenner, D.J. (2014). The tumor radiobiology of SRS and SBRT: are more than the 5 Rs involved? *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 88 (2), 254-262.

Brown, K.F., Rungay, H., Dunlop, C., Ryan, M., Quartly, F., Cox, A. ve ark. (2018) The fraction of cancer attributable to modifiable risk factors in England, Wales, Scotland, Northern Ireland and the United Kingdom in 2015. *British Journal of Cancer*, 118(8), 1130.

Cancer Research UK (2018). *Causes of Cancer*, Erişim 12.11.2018, <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer>

Chen, M.L. (2003). Pain and hope in patients with cancer: a role of cognition. *Cancer Nursing*, 26(1), 61-67.

Cho, J., Choi, E.K., Shin, D.W., Cho, B., Kim, C. ve Koh, D.H. (2013), Association Between Cancer Stigma and Depression among Cancer Survivors: A Nationwide Survey in Korea. *Psychooncology*, 22.10: 2372-8.

Cho, J., Smith, K., Choi, E.K., Kim I.R., Chang Y.J. ve Park H.Y.(2012) Public attitudes toward cancer and cancer patients: a national survey in Korea, *Psychooncology*; 22: 605–613.

Çetingöz, R., Kentli, S., Uruk, Ö., Demirtaş, E., Eyiler, F. ve Kınay, M. (2002). Turkish people's knowledge of cancer and attitudes toward prevention and treatment. *Journal of Cancer Education*, 17, 55-58.

Dein, S. (2004). Explanatory models of and attitudes towards cancer in different cultures. *Lancet Oncology*, 5, 119-124.

Dein, S. (2004). Explanatory models of and attitudes towards cancer in different cultures. *Lancet Oncol*,5, 119–124

Dent, O.ve Goulston, K. (1982). Community Attitudes to Cancer. *J. Biosoc. Sci.*, 14, 359-372.

Dirik, Y. (2018) *Kanser hastası yakınlarının depresyon, anksiyete durumları ile yaşam kalitelerine etkisinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi) Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Doan, B.D., Gray, R.,E. ve Davis, C.S. (1993). Belief in psychological effects on cancer. *Psycho-Oncology*, 2, 139-150.

Erdoğan, Z. ve Çınar, S. (2015).Tedavi Yaklaşımları. İçinde G. Can (Ed), *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi; 93-303.

Ergen, M. (2017) *Kanser hastalarına bakım verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans) Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Antalya.

Erkuş, A. (2003). *Psikometri Üzerine Yazılar*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 24.

Ezzone, A.S. (2011). Principles and Techniques Of Blood And Marrow Transplantation. In: C.H. Yarbro, D. Wujcik, D. Gobel (Ed), *Cancer Nursing*, Canada: Jones and Bartlett Publishers; 504-512.

Gany, F.M., Herrera, A.P., Avallone, M. ve Changrani, J. (2006). Attitudes, knowledge, and health-seeking behaviours of five immigrant minority communities in the prevention and screening of cancer: a focus group approach. *Ethnicity and Health*, 11 (1), 19-39.

Gillespie, T.W. (2011) .Surgical Therapy. In: C.H. Yarbro, D. Wujcik, D. Gobel (Ed), *Cancer Nursing Principles and Practice*. (7th ed). USA: Jones and Bartlett Publishers; 232-248.

Given, B.A., Given, C.W. ve Kozachik, S. (2001). Family support in advanced cancer. *A Cancer Journal for Clinicians*,51,213-231

Gonzalez, B.D. ve Jacobsen, P.B.(2012). Depression in lung cancer patients: the role of perceived stigma. *Psychooncology*,21(3): 239–46.

Gotay, C.C., Shimizu, H., Muraoka, M., Ishihara, Y., Tsuboi, K. ve Ogawa, H. (2004). Cancer-related attitudes: a comparative study in Japan and the US. *Psychoncology*, 13, 665-672.

Gözüm, S., Karayurt, Ö. ve Aydın, G. (2004). Meme kanseri taramalarında Champion'un Sağlık Modeli ölçeğinin Türkçe uyarlamalarına ilişkin sonuçlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 71-85.

Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H. N., Tuinstra, J. ve Coyne, J. C. (2008). Distress in couples coping with cancer: A meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological Bulletin*, 134(1), 1.

Han, S.W., Chung, H.Y. ve Han, S.H. (1990). A study on the attitudes toward dying patients [in Korean]. *J Korean Neuropsychiat Assoc*, 29,1408-1425.

Hasbahçesi, M. ve Müslümanoğlu, M. (2015). Tedavi Yaklaşımları. İçinde G. Can (Ed), *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi; 93-303.

Hewstone, M., Fincham, F. D. ve Foster, J. (2005). *Psychology*. MA. USA: Blackwell Publishing.

Hilton, S., Emslie, C. Hunt, K., Chapple, A. ve Ziebland, S. (2009). Disclosing a cancer diagnosis to friends and family: a gendered analysis of young men's and women's experiences. *Qual Health Res*,19(6),744–754.

Hoffman, K.E., McCarthy, E.P., Recklitis, C.J. ve Andrea, K.(2009). Psychological distress in long-term survivors of adult-onset cancer: results from a national survey. *Archives in Internal Medicine*;169 (14):1274– 1281.

Hogg, M.A. ve Vaughan, GM. (2007). *Sosyal Psikoloji*. (Çev: İ. Yıldız ve A. Gelmez) Ankara: Ütopya Yayınevi.

Hormones, E., Key, T. J., Appleby, P. N., Reeves, G. K., Roddam, A. W., Helzlsouer, K. J., Overvad, K. ve ark. (2011). Circulating sex hormones and breast cancer risk factors in postmenopausal women: reanalysis of 13 studies. *British Journal Of Cancer*, 105(5), 709.

Houldin, A. D. (2007, March). A qualitative study of caregivers' experiences with newly diagnosed advanced colorectal cancer. *In Oncology Nursing Forum*, 34,323.

IARC (2012). *Personal Habits and Indoor Combustions, Volume 100 E, A Review of Human Carcinogens*, Erişim 12.10.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304391/>

İliçin, G., Biberoglu, K. ve Süleymanlar, G.(2012). S. Ünal (Ed), *İç hastalıkları*, (3. Baskı). Ankara: Güneş Tıp Kitapevi.

Jackson, T., Davis, K., Haisfield, L., Dawson, D., Lynch, J., Regan, J. ve ark. (2010). Disclosure of diagnosis and treatment among early stage prostate cancer survivors. *Patient Education And Counseling*, 79(2), 239-244.

Jain, S.L.(2013). Malignant: How cancer becomes us. London: University of California Press.

Kagawa-Singer, M., Valdez Dadia, A., Yu, M. C., ve Surbone, A. (2010). Cancer, culture, and health disparities: time to chart a new course?. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 60(1), 12-39.

Kağıtçıbaşı, Ç. (1999). *Yeni İnsan ve İnsanlar: Sosyal Psikolojiye Giriş*. (10. Basım). İstanbul: Evrim Yayınevi ve Bilgisayar San. Tic. Ltd.

Karabulutlu, E. Y. (2014). Coping with stress of family caregivers of cancer patients in Turkey. *Asia-Pacific Journal Of Oncology Nursing*, 1(1), 55.

Kasuya, R.T. ve Polgar-Bailey, P.(2000). Caregiver burden and burnout a guide for primary care physicians. *Postgraduate Medicine*, 108(7),119-123.

Khan, Z., Zia, A., Watson, P.J., Johnson,K., Nielsen, M. ve Chen, Z.(2015).Stress and psychological and social resources for coping in infromel family caregivers of cancer patients in Pakistan.*Indian Journal of Health and Wellbeing*,6(11),1070-1075

Kızır, A. ve Güveli M.E. (2015).Tedavi Yaklaşımları. İçinde G. Can (Ed), *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi; 93-303.

Korkmaz, E.(2010) *Kanser ve kanser hastalarına ilişkin tutumların incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Leininger, M.M. (1991). *The theory of Culture Care Diversity and Universality*. NLN Publications, (15-2402), 5-68.

Leininger, M.M. (Ed.). (1988). *Care: The Essence Of Nursing And Health*. Wayne State University Press.

LeSeure, P. ve Chongkham-ang, S. (2015). The experience of caregivers living with cancer patients: A systematic review and meta-synthesis. *Journal Of Personalized Medicine*, 5(4), 406-439.

Lopez-McKee, G., McNeill, J. A., Bader, J. ve Morales, P. (2008). Comparison of factors affecting repeat mammography screening of low-income Mexican American women. *Oncology Nursing Forum*, 35, 941–947.

Loughery, J., ve Woodgate, R. (2015). Supportive care needs of rural individuals living with cancer: a literature review. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 25(2), 157-166.

Mikulincer, M., Rydall, A. ve WaBraun, M. A. (2007). Hidden morbidity in cancer: spouse caregivers. *Journal of Clinical Oncology*, 25(30), 4829-4834.

Montazeri, A., Tavoli, A., Mohagheghi, M. A., Roshan, R. ve Tavoli, Z. (2009). Disclosure of cancer diagnosis and quality of life in cancer patients: should it be the same everywhere?. *BMC Cancer*, 9(1), 39.

Morris, N. S., Field, T. S., Wagner, J. L., Cutrona, S. L., Roblin, D. W., Gaglio, B. ve ark. (2013). The association between health literacy and cancer-related attitudes, behaviors, and knowledge. *Journal Of Health Communication*, 18(1), 223-241.

Mosher, C.E. ve Danoff-Berg, S.(2007). Death anxiety and cancer related stigma: a terror management analysis. *Death Studies*;31(10):885–907.

Mukherjee, S.(2011). The emperor of all maladies. London: Fourth Estate.

Mystakidou, K., Liossi, C., Vlachos, L., ve Papadimitriou, J. (1996). Disclosure of diagnostic information to cancer patients in Greece. *Palliative Medicine*, 10(3), 195-200.

Nekolaichuk, C.L., Jevne, R.F. ve Maguire, T.O. (1999). Structuring the meaning of hope in health and illness. *Social Science & Medicine*, 48(5), 591-605.

Nightingale, F., & XIX, S. (2005). Nightingale, Notes on Nursing: What it Is, and what it is Not. Feather Trail Press.

Northouse, L.L., Mood, D., Templin, T., Mellon, S., & George, T. (2000). Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Social Science and Medicine*, 50, 271–284.

Orak, O.S. ve Sezgin, S.(2015). Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*. 6(1), 33-39.

Öksüzoğlu, B., Abalı, H., Bakar, M., Yildirim, N. ve Zengin, N.(2006). Disclosure of cancer diagnosis to patients and their relatives in Turkey: views of accompanying persons and influential factors in reaching those views. *Tumori*,92 (1),62–66.

Önder, A. (2016). *Yaşayarak Öğrenme İçin Eğitici Drama*. İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.

Özkan, S. (2000). Hastalıklara Psikolojik Tepkiler. İçinde S. Özkan, (Ed.), *Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*. İstanbul: İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisi Bilim Dalı;27-30.

Paqan, J. A., Brown, C. J., Asch, D. A., Armstrong, K., Bastida, E., ve Guerra, C. (2012). Health literacy and breast cancer screening among Mexican American women in South Texas. *Journal of Cancer Education*, 27(1), 132–137.

Park, J.H. ve Kim, S.G. (2009), Effect of cancer diagnosis on patient employment status: a nationwide longitudinal study in Korea. *Psycho-Oncology*, 18(7):691–9

Robb, K. A., Simon, A. E., Miles, A. ve Wardle, J. (2014). Public perceptions of cancer: a qualitative study of the balance of positive and negative beliefs. *BMJ Open*, 4(7).

Schernhammer, E., Haidinger, G., Waldhör, T., Vargas, R., ve Vutuc, C. (2010). A study of trends in beliefs and attitudes toward cancer. *Journal of Cancer Education*, 25(2), 211-216.

Segrin, C., Badger, T., Dorros, S.M., Meek, P., ve Lopez, A.M.(2007) Interdependent anxiety and psychological distress in women with breast cancer and their partners. *Psycho-Oncology*, 16(7), 634-643.

Seth, T., Kotwal, A., Thakur, R., Singh, P. ve Kochupillai, V. (2005). Common cancers in India: knowledge, attitudes and behaviours of urban slum dwellers in New Delhi. *Public Health*, 119, 87-96.

Shin, D.W., Kim, S.Y., Cho, J., Sanson-Fisher, R.W., Guallar, E. ve Chai, G.Y.(2011). Discordance in perceived needs between patients and physicians in oncology practice: a nationwide survey in Korea. *Journal of Clinical Oncology* ,29(33):424–429.

Shulman, L. N., Willett, W., Sievers, A. ve Knaul, F. M. (2010). Breast cancer in developing countries: opportunities for improved survival. *Journal of Oncology*, 1-6

Sriram, N., Mills, J., Lang, E., Dickson, H. K., Hamann, H. A., Nosek, B. A. ve ark. (2015). Attitudes and stereotypes in lung cancer versus breast cancer. *PloS one*, 10(12).

Tezbaşaran, A. A. (1997). *Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu*. (2. Baskı). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Toptaş, S.(2013) *Kanser hastalığı olan bireye bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi* (Yüksek Lisans Tezi) Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Tripathi, L., Datta, S.S., Agrawal, S.K., Chatterjee, S. ve Ahmed, R. (2017). Stigma perceived by women following surgery for breast cancer. *Indian Journal of Medical and Pediatric Oncology: Official Journal Of Indian Society Of Medical & Paediatric Oncology*, 38(2), 146.

Tuncer, A.M. *Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018*. TC Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı. Erişim 14.10.2018, https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf

Turgay, A.S., Sarı, D., Türkistanlı E.Ç. (2004). Knowledge, attitudes, risk factors, and early detection of cancer relevant to the schoolteachers in İzmir, Turkey. *Preventive Medicine*, 40, 636-641.

Waller, A., Girgis, A., Johnson, C., Lecathelinais, C., Sibbritt, D., Forstner, D. ve ark. (2012). Improving outcomes for people with progressive cancer: interrupted time series trial of a needs assessment intervention. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 43(3), 569-581.

Watson, J. (1999). *Nursing: Human Science And Human Care: A Theory Of Nursing* (Vol. 15, No. 2236). Jones & Bartlett Learning.

Weeks, J. C., Cook, E. F., O'day, S. J., Peterson, L. M., Wenger, N., Reding, D. ve ark. (1998). Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA*, 279(21), 1709-1714.

WHO (2017) *Guide To Cancer Early Diagnosis*. Erişim 14.10.2018, http://www.who.int/cancer/publications/cancer_early_diagnosis/en/

WHO(2018). *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020*. Erişim 22.11.2018, http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

WHO(2018). *Key Facts About Cancer*, Erişim 20.10.2018, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

WHO(2018, Haziran). *Tobacco Key Facts*, Erişim 12.11.2018, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Yetimakman, E.Z.(2018) *Birinci derece yakınlarında kanser olan ve olmayan bireylerin kanser tarama programlarına ilişkin farkındalık, bilgi ve tutumlarının karşılaştırılması*

(Yüksek Lisans Tezi) Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi. İstanbul.

Yılmaz, M., Dişsiz, G., Göçmen, F., Usluoğlu, A.K. ve Alacacıoğlu, A. (2017). Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi-Toplum Versiyonu'nun Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*,20,99-106

Yoo, G.J., Aviv, C., Levine, E.G., Ewing,C. ve Au, A. (2010). Emotion work: disclosing cancer. *Supportive Care in Cancer*, 18(2), 205-215.

Yun, H.Y., Rhee, Y.S., Kang, I.O., Lee, J.S., Bang, S.M., Lee, W.S. ve ark. (2005). Economic burdens and quality of life of family caregivers of cancer patients, *Oncology*, 68(2-3):107-114.

Yun, Y. H., Kwon, Y. C., Lee, M. K., Lee, W. J., Jung, K. H., Do, Y. R. ve ark. (2010). Experiences and attitudes of patients with terminal cancer and their family caregivers toward the disclosure of terminal illness. *Journal Of Clinical Oncology*, 28(11), 1950-1957.

Yun, Y. H., Park, Y. S., Lee, E. S., Bang, S. M., Heo, D. S., Park, S. Y. ve ark. (2004). Validation of the Korean version of the EORTC QLQ-C30. *Quality of Life Research*, 13(4), 863-868.

Zheng, R. J., Fu, Y., Xiang, Q. F., Yang, M., Chen, L., Shi, Y. K. ve ark. (2016). Knowledge, attitudes, and influencing factors of cancer patients toward approving advance directives in China. *Supportive Care in Cancer*, 24(10), 4097-4103.

FORMLAR

EK 1

VERİ TOPLAMA FORMU

Değerli Hasta Yakını;

Bu çalışma, kanser hastalığı nedeniyle cerrahi girişim geçiren hastalara bakım veren yakınlarının, kansere ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla planlandı. İki bölümden oluşan bu formu doldurmak yaklaşık 5 dakikanızı alacaktır. Lütfen size en uygun olan şekilde soruları yanıtlayınız ve boş bırakmamaya özen gösteriniz. Vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacaktır. İsim belirtmenize gerek yoktur. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Arş. Grv. Kübra ÜNAL

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

BÖLÜM I. HASTA VE HASTA YAKINI TANITICI FORMU

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz
 - a. Kadın
 - b. Erkek
3. Medeni Durumunuz:
 - a. Evli
 - b. Bekar
 - c. Boşanmış
 - d. Dul
4. Eğitim durumunuz:
 - a. Okur-yazar
 - b. İlkokul mezunu
 - c. Ortaokul mezunu
 - d. Lise mezunu
 - e. Üniversite ve daha üst düzey
5. Bakım verdiğiniz yakınınızın bulunduğu klinik/ servis:
6. Kanser hastalığı nedeniyle tedavi gören hastaya yakınlık dereceniz:
 - a. Annesiyim
 - b. Babasıyım
 - c. Eşiyim
 - d. Kardeşiyim
 - e. Çocuğuyum
 - f. Diğer
7. Bakım verdiğiniz yakınınızın tıbbi tanısı:
 - a. Kolorektal Kanser
 - b. Meme Kanseri
 - c. Mide Kanseri
 - d. Diğer.....
8. Bakım verdiğiniz yakınınıza bu tanının koyulduğu tarih:
9. Hastanız kendi tanısını biliyor mu?
 - a. Evet
 - b. Hayır
10. Yakınınızın bu süreçte hastalığı ile ilgili geçirdiği ameliyat sayısı:
11. Yakınınıza bu süreçte hastalığı nedeniyle aşağıdakilerden hangileri uygulandı?
 - a. Kemoterapi
 - b. Radyoterapi
 - c. Hormon tedavisi
 - d. Diğer
12. Bakım verdiğiniz hastanızın sağlık durumunu nasıl algılıyorsunuz?
 - a. İyi
 - b. Orta
 - c. Kötü
13. Sizin geçmişinizde kansere ilişkin tanı/ tedavi öykünüz var mı?
 - c. Evet
 - d. Hayır
14. Ailenizde/ yakın çevrenizde kanser tanısı alan başka bireyler var mı?
 - a. Evet (Yakınlık derecenizi belirtiniz:))
 - b. Hayır
15. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
 - a.Çok iyi
 - b. İyi
 - c. Kötü
 - d. Çok kötü

EK 2**BÖLÜM II. KANSERE İLİŞKİN TUTUMLARI ÖLÇME ANKETİ (KANSER ETİKETİ) – TOPLUM VERSİYONU**

Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi'ne ilişkin soruların yer aldığı bu bölümde, “Kesinlikle katılıyorum”dan “Kesinlikle katılmıyorum”a kadar derecelendirilmiş seçeneklerden size en uygun olanı işaretleyiniz.

Maddeler	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Kanser tedavisi ne kadar gelişmiş olursa olsun tedavi edilmesi mümkün değildir				
2. Kanser hastaları bir kez tanı aldı mı bir daha sosyal olarak aktif olamazlar				
3. Kanser hastalarının başarılı kanser tedavisinden sonra bile işyerinde görev yeteneği azalabilir				
4. Kanser tanısı olan bir kişinin bir daha sağlıklı olması çok zordur				
5. Kanser hastalarının topluma katkıda bulunması mümkün olmaz				
6. Kanser hastaları ile birlikte olduğumda rahatsızlık hissedirim				
7. Kanser tanısı olan komşularla iletişim kurmaktan kaçınma eğilimindeyim				
8. Kanserli kişilerle çalışmaktan kaçınırım				
9. Eğer kanser tanısı alırsam aileme söylemem				
10. Eğer kanser tanısı alırsam arkadaşlarıma söylemem				
11. Eğer kanser tanısı alırsam komşularıma söylemem				
12. Eğer kanser tanısı alırsam iş arkadaşlarıma/meslektaşlarıma söylemem				

EK 3**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU****Açıklama**

Bu bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi servislerinde onkolojik cerrahi tedavi uygulanan hastaya primer bakım veren kadın ve erkekleri *Onkolojik Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Kansere İlişkin Tutumları* araştırmasına davet etmek üzere hazırlanmıştır.

Sorumlu Araştırmacının adı, soyadı : Arş Gör.. Kübra ÜNAL
 Araştırmayı yürütecek kuruluşun adı : İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale
 Hemşirelik Fakültesi
 Destekleyici kuruluş : İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
 Hastanesi
 Araştırmanın adı : Onkolojik Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalara
 Bakım Veren Yakınlarının Kansere İlişkin
 Tutumları

Birinci Bölüm: Araştırma Hakkında Bilgi*Giriş*

“Onkolojik Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Kansere İlişkin Tutumları” adını verdiğimiz çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağını anlamanız ve katılıp katılmama doğrultusundaki kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Araştırma hakkında sözlü olarak size aktaracağım bilgiler yazılı olarak da size bir sonraki bölümde sunulacaktır. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu belgedeki son bölüm onay işlemleri ile ilgilidir. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz lütfen bu bölümü

imzalayınız. Okuma ve yazma konusunda engelleriniz olduğu takdirde bir tanığın gözetiminde bu belgeyi onaylamanız istenecek ve gerektiğinde parmak iziniz alınacaktır.

Araştırma Hakkında Bilgi

Bu çalışma onkolojik cerrahi tedavi uygulanan hastalara bakım veren yakınlarının kansere ilişkin tutumlarını incelemek amacı ile planlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizden toplamda iki sayfadan oluşan “Tanıtıcı Bilgiler Formu” ve “Kansere İlişkin Tutumları Ölçme (KİTÖ) Anketi- Toplum Versiyonu Ölçeği”ni doldurmanız istenecektir. Çalışmada sağlığını olumsuz etkileyecek herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır.

Araştırma süresince tüm sorularınızın için çalışmadan sorumlu araştırmacı Arş. Gör. Kübra ÜNAL’a , Tel: 5422713460 ’a ulaşabilirsiniz.

1. İkinci Bölüm: Katılımcının Beyanı

“Arş. Gör.. Kübra ÜNAL tarafından İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi servislerinde, Onkolojik Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Kansere İlişkin Tutumları başlıklı araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilendirmeden sonra böyle bir araştırmaya “gönüllü” olarak katılmak üzere davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin, gizlilik içinde, bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile korunacağı güvencesi verildi. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Tarafıma bir ücret ödenmeyecektir (Bazı araştırmalarda yol parası, yemek ya da işten geri kalmanın telafi edilmesi benzeri ödemeler yapılacaksa ayrıca belirtilmeli). İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle olabilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak parasal bir yük altına da girmeyeceğim.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Arş. Gör. Kübra ÜNAL'ı , Tel: 5422713460 nolu telefondan arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

*Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde **gönüllü** olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun bir örneğinin bana verileceğini de biliyorum.”*

2. İmza ve ulaşım bilgileri

- Gönüllü bilgileri (adı, soyadı, adres, telefon), tarih ve imza
- Araştırmacının bilgileri (adı, soyadı, adres, telefon), tarih ve imza
- Gerekliyse tanık bilgileri (adı, soyadı, adres, telefon), tarih ve imza [gönüllünün okuma yazma bilmediği, görme engeli bulunduğu vb. durumlarda gerekli olabilir]
Gerekli durumlarda, kanuni temsilci (veli/vasi vb.) bilgileri (adı, soyadı, adres, telefon), tarih ve imza

Gönüllü Adı Soyadı :

Gönüllü Adres :

Gönüllü Tel. :

Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı : Arş. Gör.. Kübra ÜNAL

Sorumlu Araştırmacı Adres :İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik
Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD Abide-
i Hürriyet Cd. 34381 Şişli-İstanbul/ Türkiye

Sorumlu Araştırmacı Tel : 05422713460

EK 4

KURUM İZİNİ

Tarih ve Sayı: 22/01/2018-29982



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :89969066-044-
Konu :Kübra ÜNAL'ın Tez Çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE (Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi :12.12.2017 tarih, 465898 sayılı yazınız.

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda başladığı Yüksek Lisans eğitimine Doç. DR. Ayfer ÖZBAŞ'ın danışmanlığı altında devam eden Kübra ÜNAL'ın "Onkolojik Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Kansere İlişkin Tutumları" başlıklı çalışmasını, Fakültemizde uygulamasına 17.01.2018 tarihinde toplanan Yönetim Kurulunca karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Mustafa Oral ÖNCÜL
Dekan Yardımcısı

EK :
Yönetim Kurulu Kararı

Doğrulamak için: <http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEL5Z6F2E>

İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çapa/Fatih/İSTANBUL
Tel : 0 212 414 21 38/414 20 00-31561 Faks : 0 212 414 21 38 / 635 11 93
e-posta : itf-dekanlik@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : <http://istanbul.tip.istanbul.edu.tr/>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Canan BAYRAMOĞLU Dahili : 31387



EK 5

TELİF HAKKI İZİNİ

KÜBRA ÜNAL <unalkubra@istanbul.edu.tr>

16 Eki 2017 16:21



Alıcı: medine.cyilmaz

Sayın Doç. Dr. Medine Yılmaz,

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak görev yapmaktayım. Doç. Dr. Ayfer Özbaş danışmanlığında yürüteceğimiz yüksek lisans tezim için Türkçe'ye uyarlama ve geçerlik-güvenirlilik çalışmasını yaptığınız "**Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi- Toplum Versiyonu**" ölçeğini kullanabilmem hususunda gerekli izinleri verebilir misiniz? Uygun bulmanız durumunda ölçeğin orjinal halini ve varsa ilgili makalelerinizi paylaşmanızı talep ediyorum.

Saygılarımla,

Araş.Gör. Kübra ÜNAL

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği AD

Abide-i Humiyet Cd. 34381 Şişli, İstanbul/ Türkiye

İş telefonu: [+90-212-440-0000](tel:+90-212-440-0000) (27033)

Res. Asst. Kübra ÜNAL

Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing,

Surgical Nursing Department,

Abide-i Humiyet Cd. 34381 Sisli, Istanbul/ Turkey

Work phone: [+90-212-440-0000](tel:+90-212-440-0000) (27033)

medine.cyilmaz@ikc.edu.tr

17 Eki 2017 08:17



Alıcı: ben

Sayın Kübra ÜNAL;

Yüksek lisans tez çalışmanızda "Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi- Toplum Versiyonu" ölçeğini kullanabilirsiniz. Ekte anketin yayınlanmış şekli bulunmaktadır.

Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Medine YILMAZ, Doç.Dr.

İzmir Katip Çelebi Üniversitesis

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

ETİK KURUL KARARI

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 1554
Konu: Doç. Dr. Ayşe PALANDUZ hk.

Tarih : 29.12.2017

Sayın Doç. Dr. Ayfer ÖZBAŞ
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

İlgili : Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 24/11/2017 gün ve 442639 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Arş. Gör. Kübra ÜNAL' ın yürüteceği 2017/1417 dosya numaralı "Onkolojik Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Kansere İlişkin Tutumları" başlıklı çalışma kurulumuzun 22/12/2017 tarih ve 21 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A.Yağız ÜRESİN
İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ONKOLOJİK CERRAHİ TEDAVİ UYGULANAN HASTALARA BAKIM VEREN YAKINLARININ KANSERE İLİŞKİN TUTUMLARI

ORIJINALLIK RAPORU

%5 BENZERLİK ENDEKSİ	%4 İNTERNET KAYNAKLARI	%2 YAYINLAR	%2 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------	-------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	earsiv.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
2	Submitted to Dokuz Eylul Universitesi Öğrenci Ödevi	<%1
3	turuz.info İnternet Kaynağı	<%1
4	acikerisim.istanbulbilim.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
5	lib.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1
7	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	<%1
8	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Kübra	Soyadı	Şengör
Doğ.Yeri	Simav	Doğ.Tar.	03.09.1990
Uyruğu	T.C	TC Kim No	61426059676
Email	unallkubra@gmail.com	Tel	05422713460

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi	2019
Lisans	Gazi Üniversitesi	2014
Lise	Nurullah Koyuncuoğlu Anadolu Lisesi	2010

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araş. Gör.	Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2016- Halen
2.	Servis Hemşiresi	Marmara Üniversitesi Pendik E.A.H	2015
3.	Servis Hemşiresi	İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi	2015

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	YDS Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	-	80

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	76,9		
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

