



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

**KANSER HASTALARININ HASTALIK ALGISI VE  
UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ**

**AYŞİN KAYIŞ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. Sevim BUZLU**

**İSTANBUL – 2009**

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşin KAYIŞ tarafından hazırlanan "**Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri**" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :01.07.2009

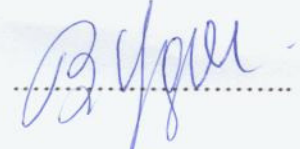
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi :Prof.Dr.Sevim BUZLU  
:İst. Üni. Florence Nigh. HYO  
(Danışmanı)



Jüri Üyesi :Prof.Dr.Birsen YÜRÜGEN  
:Haliç Üniversitesi / Sağ. Bil. YO.



Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Makbüle BATMAZ  
:Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Hatice YORULMAZ  
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Özlem IŞIL  
:Maltepe Üniversitesi / Hemş. YO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Tayyip ÇALIŞLAR  
Sağ. Bilim. Ens. Müdür V.



## I. TEŞEKKÜR

Kanser gibi yaşamı tehdit eden, zorlayan bir hastalıkla mücadele ederken çalışmama katılmayı açık gönüllük, yüreklerindeki sevgiyi benimle paylaşarak ve istekle kabul eden **tüm katılımcılar** benim için çok özel ve önemlidir. Bu nedenle her birine ayrı ayrı teşekkürlerimi sunarım.

Çalışma süresince benden yardımlarını esirgemeyip, destek veren Acıbadem Kozyatağı Hastanesi Direktörü **Dr. Demet Dinç'e**, ASG Hemşirelik Hizmetleri Direktörü **Saliha Koç'a** ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürü **Şenel Sürücü'ye**,

Medikal Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi Bölümünde beraber çalıştığım tüm ekip arkadaşlarıma; **Dr. Hacer Dönmez, Dr. Aziz Yazar, Dr. Meriç Şengöz, Dr. Melahat Garipağaoğlu, Dr. Evrim Tezcanlı, Psikolog Nazan Ülkü, Hemşire Dilek Sefer ve tüm meslektaşlarıma**,

Beni her zaman anlayan ve destekleyen, değerli fikirleriyle yönlendiren, her zaman bana cesaret veren, uzun süredir beraber çalıştığım, **Dr. Kerim Kaban'a**,

Uzun yıllardır hem mesleki yaşantımda hem de özel yaşamımdaki her noktada ayrı bir yeri olan, kendimi gerçekleştirmem de olduğu gibi, kişisel deneyim ve bilgilerini benimle paylaşan ve çalışmamın her basamağında, profesyonelce destek veren **Dr. Hem. Nazmiye Kocaman'a**,

Konunun belirlenmesinden başlayarak, çalışma süresince beni motive eden, olumlu düşünceleriyle destek veren, değerli bilgi ve önerileri ile bana ışık tutan, onurlandıran tez danışmanım, Sevgili Hocam **Prof. Dr. Sevim Buzlu'ya**,

Haliç Üniversitesi HYO'nun değerli öğretim üyelerine, başta **Prof. Dr. Necmiye Sabuncu** olmak üzere her birine ayrı ayrı destekleri için,

### SONSUZ TEŞEKKÜRLER.

**Yaşamımın kaynağı Sevgili Annem, Babam, Kardeşlerim ve Yeğenlerim bu tezin var olma sebebidir. Bu tezi daima özlediğim anneme ithaf ediyorum.**

**Ayşin Kayış**

<b>II. İÇİNDEKİLER</b>	<b>SAYFA</b>
<b>I ) TEŞEKKÜR.....</b>	<b>I</b>
<b>II ) İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>II-III</b>
<b>III ) KISALTMALAR VE SİMGELER.....</b>	<b>IV</b>
<b>IV ) TABLOLARIN LİSTESİ.....</b>	<b>V</b>
<b>1. ÖZET.....</b>	<b>1</b>
<b>2. SUMMARY.....</b>	<b>2-3</b>
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>4-5</b>
<b>4. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>6</b>
<b>4.1. HASTALIK VE SAĞLIK KAVRAMI.....</b>	<b>6</b>
4.1.1. Tek Ajan Kuramı.....	6
4.1.2. Çoklu Ajan Kuramı.....	6
<b>4.2. BÜTÜNCÜL SAĞLIK KAVRAMI.....</b>	<b>7</b>
4.2.1. Fiziksel Sağlık.....	7
4.2.2. Duygusal-Ruhsal Sağlık.....	7
4.2.3. Spiritüel Sağlık.....	7
4.2.4. Sosyal Sağlık.....	8
<b>4.3. SAĞLIK İNANÇ MODELİ.....</b>	<b>9</b>
<b>4.4. KANSER.....</b>	<b>11</b>
<b>4.5. HASTALIK ALGISI VE KANSER.....</b>	<b>13</b>
4.5.1. Bilişsel Modele Göre Kronik Hastalıklar ve Kanser.....	14
4.5.2. Kendini ayarlama (Self-regulation) kuramı.....	16
<b>4.6. UMUT VE UMUTSUZLUK.....</b>	<b>17</b>
4.6.1. Umudun boyutları ve tanımı.....	18
4.6.2. Umudun Özellikleri.....	18
4.6.3. Umutsuzluk.....	19
4.6.4. Hastalığa adaptasyonda umut ve umutsuzluğun etkisi.....	20
<b>4.7. UMUT VE KANSER.....</b>	<b>21</b>
4.7.1. Hayatı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşan insanda umudu koruma stratejileri.....	22
4.7.2. Umudun devamlılığını sağlamak için hemşirelik girişimleri.....	23

<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	25
<b>5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....</b>	25
<b>5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ.....</b>	25
<b>5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....</b>	25
5.3.1. Örneklem Alınma Kriterleri.....	25
<b>5.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....</b>	26
5.4.1. Bilgi Formu.....	26
5.4.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	26
5.4.3. Hastalık Algısı Ölçeği.....	27
<b>5.5. VERİLERİN TOPLANMASI.....</b>	28
<b>5.6. VERİLERİN ANALİZİ.....</b>	28
<b>5.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....</b>	28
<b>5.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....</b>	28
<b>6. BULGULAR.....</b>	29
6.1. Hastaların bireysel özelliklerini, tanı ve tedavilerine ilişkin bilgileri.....	29
6.2. Beck umutsuzluk ölçeği ile ilgili bulgular.....	32
6.3. Hastalık algısı ölçeği ile ilgili bulgular.....	34
6.4. Hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyi ilişkisi.....	38
<b>7. TARTIŞMA.....</b>	42
7.1. Hastaların bireysel özelliklerini, tanı ve tedavilerine ilişkin bilgilerinin Tartışılması.....	42
7.2. Beck umutsuzluk ölçeği ile ilgili bulguların tartışılması.....	44
7.3. Hastalık algısı ölçeği ile ilgili bulguların tartışılması.....	45
7.4. Hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyi ilişkisinin tartışılması.....	47
<b>8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....</b>	50
<b>9. EKLER.....</b>	54
<b>10. KAYNAKLAR.....</b>	63
<b>11. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	67

### III. KISALTMALAR

<b>BUÖ</b>	: Beck Umutsuzluk Ölçeği
<b>HAÖ</b>	: Hastalık Algısı Ölçeği
<b>IPQ</b>	: Illness Perception Questionaire
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>Ör</b>	: örneğin
<b>Ort</b>	: ortalama
<b>SS</b>	: Standart sapma
<b>Min.</b>	: Minimum
<b>Max.</b>	: Maksimum

## IV. TABLOLARIN LİSTESİ

1. Türkiye’de en sık görülen kanser tipleri
2. Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı
3. Hastaların tanı, hastalık bilgisi, tedavisi, ilaç kullanımı ve bilgilenme durumunun dağılımı
4. Hastaların bireysel özelliklerinin tanılarına göre dağılımı
5. Hastaların tanısı ile Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması
6. Hastaların cinsiyeti ile Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması
7. Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği hastalık belirtileri alt boyutu bulgularının dağılımı
8. Hastaların tanısına göre Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutları puanlarının dağılımı
9. Hastaların eğitim düzeyi ve mesleği ile Hastalık Algısı Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması
10. Hastalık Algısı Ölçeğinin olası hastalık nedenlerinin yüzdeler dağılımı
11. Hastaların hastalığa neden olarak gördükleri faktörlere (psikolojik atıflar) göre umutsuzluk puan ortalamalarının karşılaştırılması
12. Hastaların hastalığa neden olarak gördükleri faktörlere (risk faktörleri) göre umutsuzluk puan ortalamalarının karşılaştırılması
13. Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutları ile Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları arasındaki ilişki.

## 1. ÖZET

Araştırma, kanser hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile tanımlayıcı-ilişki arayıcı bir çalışma olarak planlandı ve gerçekleştirildi. Araştırma 20 Kasım 2000 -10 Mayıs 2009 tarihleri arasında, Özel Acıbadem Kozyatağı Hastanesi Onkoloji Bölümü, ayaktan kemoterapi ünitesinde yapıldı. Araştırmanın örneklemini evrende açıklanan grup içinden araştırmaya alınma kriterlerine uygun 90 hasta oluşturdu. Veriler, Bilgi Formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) ile toplandı. Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesinde yüzdellik, t - testi, tek yönlü varyans analizi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Araştırma kapsamına alınan hastaların; yaş ortalaması  $50.33\pm 9.6$  yıl, çoğunluğu kadın, üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde ve evlidir. %58.9'u çalışmamaktadır, çoğunluğunun gelir durumu iyidir ve sosyal güvencesi vardır. Hastaların % 42.2'si meme kanseri, % 22.2'si akciğer kanseri, %18.9'u kolon kanseri, % 16.7'si over kanseridir.

BUÖ toplam puan ortalaması  $3.82\pm 4.28$ ; gelecekle ilgili duyguların puan ortalaması  $0.78\pm 1.27$ ; motivasyon kaybı puan ortalaması  $1.38\pm 1.73$ ; gelecekle ilgili beklentiler puan ortalaması  $1.41\pm 1.89$  olarak bulundu. BUÖ toplam ve alt boyut puanlarının erkeklerde daha yüksek olduğu ancak sadece gelecekle ilgili duygular alt boyutu puanındaki farkın anlamlı olduğu saptandı.

Hastanın yaşı arttıkça hastalık süresinin kronik olarak algılandığı, kişisel ve tedavi kontrolünün azaldığı görüldü. Kişisel ve tedavi kontrolü azaldıkça, hastalık süresi kronikleştikçe, duygusal etki arttıkça umutsuzluk düzeyinin arttığı görüldü. BUÖ alt boyutları arasında güçlü pozitif ilişki saptandı. HAÖ alt boyutları karşılaştırıldığında; sonuçlarla hastalık belirtisi ve süre arasında pozitif ilişki bulundu. Tedavi kontrolü ile süre arasında negatif, kişisel kontrol arasında pozitif ilişki, hastaların tedavi kontrolü arttıkça kişisel kontrolünün arttığı ve süre uzadıkça tedavi kontrolünün azaldığı, hastalığın döngüsel seyri ile hastalık belirtisi ve sonuçlar arasında pozitif ilişki saptandı. Duygusal temsiller ile süre ve sonuçlar arasında pozitif ilişki saptandı.

Bu çalışma kanser hastalarında hastalık algısı ile umutsuzluk düzeyi arasında önemli ilişkiler bulundu.

**Anahtar Kelime:** Kanser, Hastalık Algısı, Umut, Umutsuzluk.



## **2. SUMMARY**

### **Illness Perception and Hopelessness Levels in Cancer Patients**

This is a descriptive and analytic study, conducted to define the relationship between the illness perception and levels of hopelessness in cancer patients.

The study was conducted between November 20th, 2008 and May 10th, 2009 at the Outpatient Chemotherapy Unit of the Private Acibadem Kozyatagi Hospital, Oncology Department. The study subjects were the 90 patients whose characteristics were consistent with the predefined criteria. Data were collected by using the Information Form, the Beck Scale of Hopelessness (BSH) and the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Statistical analysis was carried on by using percentiles, t-test, one-way ANOVA and Pearson Correlation Analysis.

The patients included in the study had a mean age of  $50.33 \pm 9.6$  years. They were more likely to be female, married, and at least with a university degree. Among these, 58.9% were unemployed. Majority had a good income and social security. The frequency of breast cancer was 42.2%, lung cancer 22.2%, colon cancer 18.9% and ovarian cancer 16.7%.

The mean BSH total score was  $3.82 \pm 4.28$ ; mean "concerns about the future" score was  $0.78 \pm 1.27$ ; mean loss of motivation score was  $1.38 \pm 1.73$ ; mean expectations from future was  $1.41 \pm 1.89$ . The BSH total scores and sub-dimension scores were generally higher in men, but this was only significant for the "concerns about future" sub-dimension.

As the patients grew older, it was noted that the duration of disease was perceived as chronic and personal and treatment control were diminished. Consistent with this, the levels of hopelessness increased. BSH sub-dimensions were compared with positive relationship. IPQ-R sub-dimensions were compared with each other. "consequences" had a positive relationship with "symptoms" and "duration". "treatment control" had a negative relationship with "duration", and a positive relationship

with "personal control". As the treatment control increased, personal control also increased, and as the duration became chronic, treatment control decreased. There was a positive relationship between timeline cyclic scores and symptoms and consequences. There was a positive relationship between emotional representations and duration and consequences.

This study demonstrates important relationships between illness representations and hopelessness level in cancer patients.

**Key Words:** Cancer, Illness Perception, Hope, Hopelessness.

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser bir kriz durumudur ve sağlıklı yaşamdan, hastalık ve ölüm tehdidine uyuma uzanan bir süreçtir. Kişi durumu kabul edip başarılı baş etme yöntemleri geliştirmeye başladığında tedaviye uyumu da olumlu yönde etkilenecektir (2).

Hastanın; günlük yaşamını sürdürebilmesini desteklemek, iş ve öğrenim gibi sosyal işlevselliğinin hastalık nedeniyle aksamasını önlemek, hastalığına karşı gelişen doğal ve duygusal tepkilerin ifade edilip, anlaşılmasına çalışmak, umutsuzluk, değersizlik, suçluluk düşüncelerini denetlemek yararlı olacaktır (46).

Hastalık deneyimi her kişiye göre farklı yaşanır ve bu farkı yaratan birçok faktör kişinin tepkisinde belirleyici rol oynar. Hastalık algısı yaklaşımı daha geniş değişiklikler çerçevesinde değerlendirilerek daha iyi anlaşılabilir. Birçok kişi yaşamında bir hastalık geçirmesine karşın, hastalık deneyimi her kişide farklı yaşanır. Hastalar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında hastalıklarını açıklamaya çalışırlar.

Genellikle, kişi hastalığın doğası hakkında ya kendi ya da yakınlarının deneyimlerine dayanan bir fikre sahiptir ve hastalıkla ilgili geçmiş deneyimler mevcut hastalığa da cevabı etkiler. Geçmişteki deneyimler sağlık ve hastalık hakkında beklentilere, bazı inançların gelişmesine yol açar (47).

Hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmalara göre, içsel kontrol algısı yüksek olan kişilerde hastalığın gidişi daha iyidir (37).

Umut, bireyin içindeki motivasyonu cesaretlendiren önemli bir etkidir ve hastalık durumunda karamsarlık, çaresizlik duygularını önler. Bireylerin yaşamlarındaki hedeflerine ulaşma gücüne güvenmeleri umutlu olmaları ile mümkün olmaktadır. Destek ve umut, bireyin olumlu yaşam enerjisine katkıda bulunmaktadır (3).

Genel olarak fizyolojik durumda ve beden imajında bozulma, sosyal destekte yetersizlik olması, hastalık sürecinde gereksinimlerin zamanında karşılanamaması, geçmişteki olumsuz deneyimler, hastalığa ait olumsuz inançlar, hastalık nedeniyle soyutlanma, tedavilerin uzun sürmesi, aktivite sınırlılıkları gibi nedenlerle kanserli hastalar umutsuzluk yaşayabilmektedir. Ortaya çıkan umutsuzluk, bireyin yaşamını pasifleştirerek depresyon ve özkıyım davranışları için bir etken oluşturmaktadır. Yüksek düzeylerde umudu olan kanserli hastaların daha uzun yaşama eğilimi

gösterdikleri ve hastaliksız geçen sürenin daha uzun olduğu bildirilmektedir. Bu durum, hastalığın anlamına ve tedavi sürecine olumlu bir bakış açısı ile bakma eğilimiyle yakından ilgilidir (13).

Kanserin kronik bir hastalık olduğu göz önünde bulundurulduğunda; Kanser, fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi boyutları etkileyerek bireyin yaşamında önemli değişimler meydana getiren çok boyutlu bir olaydır. Kanser kronik ve ciddi bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kargaşa ve panik, kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır (32). Birey gerçeği kabul edip başarılı baş etme yöntemleri geliştirmeye zorlandığı bir dönem yaşar. Baş etme, gerçeğin kabulü ve olası en az acı ile kaliteli yaşamı sürdürebilmeye yönelik psikolojik ve davranışsal çabalaradır.

Kanser tanısının anlamı, geleceğin belirsiz olmasıdır. Umut duygusu da gelecekle ve mutluluğun hissedilmesinin gelecekteki önemiyle yakından ilgilidir. Umut, kanser hastalarının tedaviye devam etmelerini ve kendilerini iyi hissetmelerini sağlayan önemli bir kaynaktır. Aynı zamanda umut, kanser hastalarının kaliteli bir yaşam sürmeleri içinde gerekli bir unsurdur (36). Bu nedenle umutsuzluk, kanser tanısı alan hastaların bakımında ve baş etme güçlerinin geliştirilmesinde önemli bir role sahiptir. Hastalık algısının baş etme, tıbbi tedavi uygulamaları ve tedavi etkilerini değerlendirme ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Ayrıca hastalık şiddetinden çok, hastalık algısının tedaviye verilen psikososyal tepkiyi belirlediği bildirilmiştir.

**Kanser hastalarında, hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada kanser hastalarının etkin tedavisi ve hastalığın prognozunu belirlemenin mümkün olabileceği düşünülmektedir.**

Kanser hastaları gibi özellikli bir hasta grubunda hastalık algısını ölçmek ve umut düzeylerini belirlemek kişiye yardımda önemli bir yol gösterici olacaktır. Ülkemizde bu konuda yapılmış, özellikle kanser hastalarının algısını ölçen bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışma sonucunda bu önemli eksiğin giderileceği düşünülmektedir.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. SAĞLIK ve HASTALIK

Sağlık, fiziksel gücün olduğu kadar, sosyal bireysel kaynakların da önemini vurgulayan bireyin ya da istek ve gereksinimlerini karşılayabilme, çevre ile baş edebilme ve değiştirebilme düzeyidir. Bu nedenle, sağlık yaşamın bir amacı olmakla birlikte günlük yaşamın da kaynağıdır.

Sağlık değişikliklerinin bireysel anlamı bireyin sağlığını ve hastalığını içeren pek çok faktörden etkilenir. Sağlık “ağrıdan dolayı acı çekme” ya da “günlük aktiviteleri veya görevleri yerine getirememe durumu” olarak tanımlandığı gibi, “hastalık semptomlarının olmaması durumu” ya da “sakatlık ve herhangi bir hastalığa sahip olmama durumu” gibi hastalığa vurgu yapan negatif tanımların yanı sıra “fiziksel zindelik durumudur” şeklinde de tanımlanabilmektedir. Sağlığın tanımlanışında görülen farklılıklar gibi hastalığın algılanışı ya da insanın kendisini hasta olarak ifade edişi değişkenlik göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise sağlığı “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamaktadır (31).

Subjektif olarak sağlık; bireyin kendisinin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden durumunu algılaması halidir. Birey hasta olmadığı halde kendini hasta, hasta olduğu halde kendini iyi hissedebilir. Objektif olarak sağlık ise muayene ve tanı testlerine göre belirlenen bir hastalığın olmamasıdır.

Bu nedenle hemşirenin bireyi değerlendirirken ve girişimlerini planlarken hastalığın objektif verileri kadar, subjektif sağlık algılayışını da bilmesi gerekmektedir.

#### 4.1.1. Tek ajan kuramı:

Hastalık bir müdahale ve işgal olarak tanımlanmıştır. Tek Ajan Kuram’ı, insanı çevresiyle etkileşim içinde görmekten çok, çevresinden farklı ve ayrı olarak düşünmüş ve onun hastalık ve onun hastalık ve sağlık üzerine etkilerini hiç görmemiştir. Bu nedenle sınırlı ve kısıtlı olarak kabul edilirler.

#### 4.1.2. Çoklu Neden Kuramı

Hastalık aynı anda etki eden birkaç faktörün etkisiyle oluşmaktadır. Çoklu Neden Kuramı’nın gelişimini ilk gösteren Ropes, kişinin sağlığını çevrenin iki temel özelliğinin etkileyebileceğini ileri sürer.

-Maddi Çevre: Bu, yaş, cinsiyet, kalıtsal özellikler gibi içsel ve fizik, biyolojik ve sosyal çevre gibi dış faktörlerin birleşimidir.

-Maddi Olmayan Çevre: Kalıtsal akıl ve mizaç, ideolojiler, sosyal değerler ve yaşam deneyimleri gibi içsel ve dışsal faktörleri kapsar.

Tek Ajan Kuram'ı daha çok hastalık ile ilgiliyken, Çoklu Neden Kuram'ı insanın sağlıklı olma yönleri üzerinde durmaktadır (45).

## **4.2. BÜTÜNCÜL SAĞLIK KAVRAMI**

Sağlık ve hastalık kavramı, uzun yıllar "fiziksel rahatsızlık" ya da "iyi oluş hali" olarak algılanmıştır. Geleneksel hastalık kurumlarına bakıldığında, insanın bir bütün olarak ele alınmadığı, yalnızca hasta olan organına ya da hastalığına odaklanıldığı görülmektedir.

Hipokrat etkileşim kuramı ile akıl ile bedenin birbirini etkilediğini savunmuştur. Hipokrat geleneksel kuramların yetersizliğini ortaya kurmuş ve yeni kuramların gelişmesine neden olmuştur. Daha sonra Christian Smiths "Holistik-Bütüncül Sağlık" kavramını ortaya atmıştır.

Günümüzde "Bütüncül Sağlık" ile bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal olarak bir bütün olduğu, her bireyin birbirinden farklı olarak ailesi, çevresi ve toplumla bir bütün olduğu ve sağlık ve hastalığın birbirinden ayrı olarak düşünülmemeyeceği vurgulanmaktadır.

Bütüncül yaklaşımda, sağlığın fiziksel, duygusal-ruhsal, spiritüel ve sosyal olarak bazı bileşenleri vardır (54).

### **4.2.1.Fiziksel Sağlık:**

Fiziksel muayene ve tanı işlemleri ile saptanabilen hastalık ya da bozukluğun olmamasıdır. Fiziksel sağlıkta kişi temel insan gereksinimlerinden olan solunum, beslenme, boşaltım, hareket, uyku, seks gibi fiziksel gereksinimlerini tam olarak yerine getirebilmelidir.

### **4.2.2.Spiritüel Sağlık:**

Sağlığın spiritüel alanı bir kişinin yaşamının anlamını, ölümün kabulünü ve daha yüksek bir güçle bireysel bir ilişkiyi vurgular. Burada alışılmış fiziksel sınırların ve kısıtlılıkların aşıldığı bir farkındalık düzeyi vardır. Sağlığın spiritüel boyutu, sıklıkla

sağlık bakımında kişinin sürekliliğinin tehlikeye sokan fiziksel ve duygusal tehditler olduğunda bireyi destekler ve rahatlatır. Ayrıca sağlığın anlamını açıklamak ve sağlık değeri oluşturmak için bir fırsat sağlar.

#### **4.2.3. Duygusal-Ruhsal Sağlık:**

Bireyin kendisi ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olmasıdır. Ancak bu denge ve uyum durağan bir nitelik taşımayıp, değişken bir denge ve esnek bir uyumdur.

Ruhsal sağlığı yerinde olan bir insanda aranacak bazı özellikler vardır. Bunlar;

-günlük kaygı ve üzüntüleri ile uygun şekilde baş edebilmelidir.

-içinde yaşadığı yakın ve uzak çevrede ilişkiler kurup sürdürebilmeli, iş ilişkileri dışında da arkadaşlıklar kurabilmelidir.

#### **4.2.4. Sosyal Sağlık:**

Bireyin diğer insanlarla olan iletişimi, sevilme, ait olma, iş durumu aile içi ve çalışma arkadaşları ile ilişkileri, dernekler, tiyatro, sinema gibi yaşamını ve gelişimini etkileyen sosyal uğraşlarının olması sosyal sağlığı belirleyen en önemli faktörlerdir.

Clude Bernard; İnsanın Çevresi ile bir bütün olduğunu vurgulamış ve “iç ortam” kavramını tanımlamıştır. Hastalığın iç ve dış ortamdaki dengenin bozulmasından kaynaklandığını ortaya koymuştur. Canon’a göre Hastalık homeostatik dengenin bozulmasıdır. Selye ise Hastalık ile stres arasındaki ilişkiyi ortaya koymuş ve hastalık kavramına farklı bakış açıları getirmişlerdir (54).

Sistem dengede kalabilmek için tepkilerini uyarana göre değiştirmek, ayarlamak zorundadır. Yani birey her zaman belli kalıplarla ilişkiler kurmaya çalışır. Bireyin belli kalıplardaki davranışları işbirliğini yitirdiğinde birey, bir düzen kaybı ve ilişkilerde aksaklık yaşayacaktır. Bu aksaklığı gidermek için birey;

-yeni davranış örüntüleri geliştirebilir

-önceden oluşan değerlerini değiştirebilir ya da

-çevresini değiştirebilir.

İnsanın kısa sürede çok boyutlu değişmesi oldukça güçtür. Bu şekilde değişim olursa, bireyin kendisi sarsılır ve hastalığa yatkınlığı artar.

Bedenin uyum araçları yaşamın sürdürülmesine uygun bir denge kurduğunda fizyolojik homeostazdan söz edilir. Beden tepki vermede başarısız olduğunda dengesizlik ortaya çıkar. Bu durumda fizyolojik homeostazis, sağlıklı olduğumuz durumlardaki gibi hastalık durumunda da söz konusu olabilir. Fizyolojik homeostazisin oluşturulması ve korunması tıbbi bir sorumluluktur ve bu tüm sağlık ekibinin sorumluluğudur. Davranışta dengenin sağlanması ve korunması daha ağırlıklı olarak hemşirenin sorumluluğundadır. Birey dengeyi korumak için hem uyumlu hem uyumsuz davranışlar ortaya koyabilir (45). Hemşire bu davranışlar karşısında profesyonel yaklaşıma, duyarlılığa, hastalığın bileşenlerine, problem çözme becerilerine ve deneyime sahip olmalıdır. En önemlisi hemşire kendi dengesini de koruyarak hastaya empatik yaklaşımını sürdürmelidir (30).

Hemşirenin bireyi sağlığı ile ilgili daha uyumlu davranışlara yöneltebilme çabaları, hemşirenin geçici olarak kendi denge durumunu bozmasına yani ek enerji harcayarak harekete geçmesine neden olur. Dengenin sağlanabilmesi için hem duyguya hem soruna yönelen uyum araçları bir arada kullanılabilir. Kısaca hastalık durumunda homeostazisin ve davranışta dengenin sağlanması sağlık ekibinin sorumluluğudur (28).

Hastalık yaşantısındaki belirsizlik algısını tahmin edilmeyen bulgular, bilgi eksikliği ve anlaşılır olmayan açıklamalar gibi çeşitli faktörler etkileyebilir. Belirsizlik, bireyin karar vermesini engelleyebilir; Kaygı, korku, öfke, çaresizlik, gerginlik ve depresyon gibi olumsuzluk duygular yaşatabilir (30).

Hastalığa gösterilen duygusal tepkiler bireyden bireye farklılıklar gösterir. Tepkiler, hastalığın etkilenen organının ya da işlev kaybının birey için anlamına, hastalığın çeşidine, bireyin yaşına, gelişimsel dönemine, kişilik yapısına, inanç ve tutumlarına, savunma düzenekleri ve baş etme örüntülerine, hastalıkla ilgili daha önceki deneyimlerine ve yakınlarının hastalığına ilişkin tutumlarına göre farklılıklar gösterebilir (45).

### **4.3. SAĞLIK İNANÇ MODELİ**

Sağlık İnanç Modeli, insanların hastalıklardan korunmada sorumluluk alırken, bazı insanların kendini korumada sorumluluk almayı neden başaramadıklarını anlamak için kavramsal bir çerçeve sağlamak amacıyla geliştirilmiştir (45). İlk olarak 1950 yılında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir (42).



Model, geliştirildiği ilk yıllarda insanların tarama ve aşılama programları gibi koruyucu sağlık davranışlarının anlamayı hedeflenmiş olsa da, hastalık ve genel sağlık davranışlarını kapsayan diğer alanlarda da kullanılmıştır. Model, kişinin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklar. Rosenstock'a göre model, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini açıklar. Aynı zamanda, model kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamaktadır (41, 42).

Sağlık inanç modeli, sağlığı koruyucu ya da hastalığı önleyici davranışları görmede ve bunları değiştirmek için yararlıdır. Model, insanların sağlık davranışlarının inanç, değer ve tutumlarından etkileneceğini savunmaktadır. Sorun olarak görülen bu inanç ve tutumlar saptanırsa, verilecek sağlık eğitimi ya da uygulanacak tedavi yöntemleri o kişiye daha uygun olarak belirlenebilecektir.

Sağlık inanç modeli, bir değer ve beklenti modelidir. Birey bu davranışları kapsar. Birey bu davranışları kendi değerler sistemi ve değer yargıları sonucu kazanır. Belli hedeflere ulaşmak için bu değerler sistemi doğrultusunda davranışta bulunur. Bu model uygun bir biçimde kullanıldığı zaman insanlar kendi sağlık durumlarını değiştirmek için sorumluluk alır ve sahip oldukları becerilerle motivasyonlarını değerlendirebilirler. Böylece, sağlık eğitimi ya da hizmetleri bireylerin gereksinimlerine uygun biçimde daha iyi planlanabilir.

Sağlık İnanç Modeli üç temel bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; bireysel algılamalar, modifiye edici ve başlatıcı faktörlerdir. Her insanın kendine yönelik bireysel algılamaları vardır. Her bireyin sağlığına yönelik bireysel algılamaları vardır. Bu algılamalar bireyin sağlığına yönelik tutumlarını etkilemektedir. Modifiye edici faktörler, algılamaları etkileyen ve değiştirebilen faktörlerdir. Bunlar; yaş, cinsiyet, ırk, din gibi demografik özellikler; kişilik sosyal statü, akran baskısı ve özellikleri gibi psikososyal değişkenler; hastalık hakkındaki bilinenler, daha önce hastalıklarla karşılaşma durumu gibi yapısal değişkenlerdir. Karşılaşılan ya da yaşanan güçlükler, maliyet ve mevcut gereksinimler eylemleri başlatıcı faktörler olabilir. Ayrıca hastalıklarına önem verme düzeyleri, tedavide eşit hakka sahip olduğunun algılanması

da bireysel algıları değiştirebilmekte ve sağlığı ya da hastalığı konusunda sorumluluk almalarını etkileyebilmektedir (45).

Sağlık İnanç Modeli'nde, bireylerin kendi sağlıklarının sorumluluğunu almaları amaçlanır. Bunu sağlamak için; sağlık bakımı sağlık bakımı sağlayıcı model olmalı, hastanın aile üyeleri, arkadaşları, gazeteler veya ünlü kişilerden yardım almalıdır. Bu model, sağlığı korumada ya da hastalığı önleme davranışları geliştirmede yararlıdır. İnsanları bu konuda eğitmek, onlara sağlık durumlarını göstermek ve etkili davranışları kazanmalarına destek olmak gerekmektedir. Aynı zamanda model iyi yerleştirilirse hastalar hakkında geniş bir bilgi tabanı da sağlayabilir (45).

#### **4.4. KANSER**

Yüzyıllar boyunca kanser ölümcül bir hastalık olarak kabul edilmekteydi. Tıptaki bilgi ve teknolojidaki ilerlemeler sayesinde bir çok hastada erken evre kanser tipleri tedavi edilebilmektedir. Her şeye rağmen, bir çok hasta ilk kanser tanısı aldığında kendilerini kötü hisseder, bir çok ile karşı karşıya kalır, kafaları karışır ve bir çoğunun bu hastalığa karşı güçlü bir savaş vermeleri gerekir. Hastalar belirsiz bir gelecek korkusu ile hastalıklarının getirdiği stres ile başedebilmek için kendilerine destek sağlayacak kaynaklara ihtiyaçı vardır (15).

Kanser her yıl tüm dünyada 10 milyon kişiyi etkilemektedir. Eğer bugün yeterli mücadele verilemez ise önümüzdeki 10 yılda tüm dünyada 84 milyon kişi kanser nedeni ile yaşamını yitirecektir.

Dünya Sağlık Örgütüne göre, 2020 yılında her yıl yeni kanser tanısı konan hasta sayısı 17 milyona, 2050 yılında 24 milyona yükselecektir. Bu artışın % 70'inden fazlası az veya orta gelir düzeyine sahip ülkelerde olacaktır.

Bilinçli programlarla tüm kanserlerin 1/3'ü önlenebilir niteliktedir. Tespit edilen kanser vakalarının 1/3'ünün tam olarak tedavi edilebilir olması, çocukluk çağında ortaya çıkabilen tüm kanserlerin en az %65'inin tam olarak tedavi edilebilmesi ve kanser ağrıları ile yaşam kalitesini tehdit eden kanserle ilişkili sıkıntuların çoğunun kontrol edilebilir nitelikte olması gerçeğine karşın, maalesef bir çok ülkede bu sonuçlar elde edilememektedir.

Türkiye’de kalp damar hastalıkları ile birlikte en önemli ölüm nedenlerinden biri olan kanserler içinde en sık rastlanan ilk on kanserden yedisi tüm kanserlerin neredeyse 2/3’ünü oluşturmaktadır ve bunların tamamına yakını çok ucuz, etkin ve kolay uygulanabilen halk sağlığı yaklaşımı ile önlenilecek durumdadır (31).

Ülkemizde kanser Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ölüm nedenleri arasında 2. sırada yer almaktadır. Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2002 yılı kanser verilerine göre yüz binde 23,89 oranı ile akciğer kanseri ilk sırada yer almaktadır. 2005 yılında bu oran azalmakla beraber ilk sıradaki yerini korumaktadır (Tablo 1) (31).

Kansere bağlı ölümler değerlendirildiğinde en sık ölüm nedeni Akciğer kanseri, mide kanseri ve kolorektal kanserler oluşturmaktadır. Gelişmiş ülkelerde görüldüğü gibi Türkiye’de de 1990-1995 yılları arasında en sık birinci ölüm sebebi kalp hastalıkları, ikinci ölüm sebebi kanser olmuştur. Enfeksiyon hastalıkları daha iyi kontrol altına alınmış, tanılabilirlik ve toplumsal bilinç artmıştır (44).

**Tablo 1:Türkiye’de en sık görülen kanser tipleri (2005).**

Cinsiyet	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Organlar						
Akciğer	8515	24.52	1145	4.48	9660	16.03
Prostat	3577	10.30	-	-	3577	10.30
Meme	-	-	6538	25.60	6784	11.26
Deri	3249	9.36	2733	10.70	5982	9.93
Mide	2618	7.54	1334	5.22	3952	6.56
Mesane	2811	8.09	-	-	2811	5.38
Kolon	1616	4.65	1163	4.55	2779	4.61
Over	-	-	1167	4.57	1167	4.57
Kemik iliği	1193	3.44	918	3.59	2111	3.50
Endometrium	-	-	956	3.74	956	3.74
Diğer	7237	20.84	6285	24.61	20058	33.28
Toplam	33992	100	24487	100	60268	100

<http://www.saglik.gov.tr/KSDB>. Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Epidemiyoloji ve Koruma (31)

Kanser ciddi ve kronik bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terkedilme, kaos ve panik, kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır. Bir yıkım gibi algılanır ve dramatik anlamıyla kişinin psikolojik dengesinde krize neden olur (47). Kanser, insan varoluşuna ilişkin doğrudan

ölümü çağrıştıran bir hastalık olarak algılanmıştır. Esas olarak da sessiz tutum egemendir. 1960'lı yıllardan sonra sağlanan gelişmelere ek olarak yaşam kalitesi, hasta hakları, bilgilendirme konuları gündeme gelmiştir.

Kanser tanısı hatta olasılığı hastanın en temel homeostatik dengesini doğrudan sarsar. Bu sarsılmada hastalığın hasta için öznel anlamı ve hastalığın algısal çerçevesini oluşturan unsurlar merkezi rol oynar. Hastalığın ve tedavi yöntemlerinin özellikleri, hastanın psikolojik yapısı, çevrenin hastayı ve hastalığı algılaması, tüm bunların karşılıklı etkileşimi kanserin o hasta için ne anlama geldiğini ve ne tür tepki ortaya çıkaracağını belirler.

Kanserli hastada, tanı aşamasından başlayarak tedavi aşamalarının tümünde çok değişik emosyonel ve davranışsal tepkiler ortaya çıkar. Bu tepkilerin tümünün psikopatolojik olarak değerlendirilmesi veya hepsinin normal olarak kabul edilmesi yanlıştır. Önemli olan o hasta için neyin uyuma yönelik olduğunun ya da olmadığının belirlenmesidir. Bu nedenle uyumda rol oynayan faktörlerin anlaşılması önemlidir. Bu faktörleri üç platformda ele almak uygun olacaktır. Toplumun kanser hastalığı ile ilgili algısı, hatta hekimin hastalığı algılaması, hastanın kendini ve hastalığını algılamasını etkiler. Hastanın ve hasta ailelerinin, bilgilendirilmiş onam ve tedavi seçeneklerini bilme yönelimleri, sessiz tutumun aşılmasında ve hastanın uyum çabasının geliştirilmesinde katkı sağlamaktadır (46, 47).

#### **4.5. HASTALIK ALGISI VE KANSER**

Hastalık deneyimi her kişiye göre farklı yaşanır ve bu farkı yaratan birçok faktör kişinin tepkisinde belirleyici rol oynar (47). Hastalık algısı yaklaşımı psikoloji alanındaki daha geniş değişimler çerçevesinde değerlendirilerek daha iyi anlaşılabilir. Kırk yıl öncesinde çağdaş bilişsel psikolojinin oluşmasından beri, bilişsel yaklaşımlara odaklanan araştırma, kuram ve uygulamalar psikolojide hakim duruma gelmişlerdir. Örneğin; sosyal bilişsel kuramlar sosyal psikolojide yaygın iken bilişsel davranışçı yöntemler de klinik psikolojide oldukça geniş yer tutmuştur (5).

##### **4.5.1. Bilişsel Modele Göre Kronik Hastalıklar ve Kanser**

Bilişsel model, duygularımızın ve davranışlarımızın olayları açıklama şeklimiz sonucu oluştuğunu savunur ve bireylerin duygu ve davranışlarının olayları

algılayışlarından etkilendiği varsayımına dayanır. Değişik kişiler aynı olaya, soruna, hastalığa farklı tepkiler verirler. Yaşamın tehtidi, beden bütünlüğünün bozulması, öz saygının azalması, çevreye bağımlı olma ve işe yaramama endişeleri, geleceğe yönelik planların bozulması, sosyal rol ve etkinliklerin değişmesi kronik hastalıklarla ilgili potansiyel stres kaynaklarıdır.

Beck (1984), birincil ve ikincil düşünce süreçleri olmak üzere iki tür bilişsel süreç tanımlar. İlkel bilişlerin etkin olduğu birincil düşünce süreci olayların ve durumların kategorik, tek yönlü ve uyarıların abartılı olarak algılandığı süreçtir. İkincil düşünce süreci ise, kategorik değil görecelidir, uyarılar birçok boyutta ya da nitelikte birleşir. Kişi yaşamsal olarak tehlikede olduğuna inandığında ya da kronik hastalıkta olduğu gibi, düşük derecede ancak uzun süreli stres yaratan olaylar ile karşılaştığında, birincil düşünce süreci baskındır. Böyle bir durumda kişi tek yönlü, kutuplaşmış ve genel yargılarda bulunur. Durumu felaketçi olarak ele almak, aşırı genelle yapmak, kişiselleştirmek, seçici soyutlama yapmak gibi bilişsel çarpıtmalar ortaya çıkar. Bu tür bilişsel çarpıtmalar kaygı düzeyini artırır, öfke ve depresyona yol açabilir. Fiziksel hastalıkla ilgili stres yaratan olayların çarpıtılmış algısı, kronik hastalıkla başa çıkmakta kişinin bilişsel ve davranışçı stratejilerini belirleyebilir. Örneğin; kişi hastalığının ciddiyetini felaketçi bir yorumla algılayarsa günlük yaşamı içerisindeki etkinlik ve verim düzeyi azalır. Düşünce çarpıtmaları depresyon yoluyla da işlevsellik düzeyini etkileyebilir. Fiziksel hastalığı olan hastalarda bilişsel çarpıtma, depresyon ve fiziksel hastalık durumu arasındaki ilişki araştırılmıştır (47).

Hastalık deneyimi her kişiye göre farklı yaşanır ve bu farkı yaratan birçok faktör kişinin tepkisinde belirleyici rol oynar. Hastalık algısı yaklaşımı psikoloji alanındaki daha geniş değişiklikler çerçevesinde değerlendirilerek daha iyi anlaşılabilir.

Bilişsel yaklaşımın temelinde bireylerin yeni deneyimleri anlamlandırmak ve davranışlarını planlamak için geçmiş deneyimlerini yansıtan modeller, zihinsel temsiller ya da şemalar geliştirdikleri anlayışı yer alır. Bilişsel yaklaşıma göre benlik saygısı ve beklentilerle ilgili olarak oluşmuş şemalar kişinin kendisi, dünya ve gelecek hakkında olumsuz duygular geliştirmesine neden olur. Kişi geçmişine bağlı olarak oluşturduğu akılcı olmayan şemalarla yaşantılarını toparlar, formüle eder ve çözümler. Ayrıca kendisini ve olayları değerlendirirken bazı mantık hataları yapar. Böylece kendilik algısındaki çarpıtmalardan (hak etmiyorum, yetersizim, hatalıyım), çevrenin çarpık

algılanmasından (beni reddediyorlar, çok şey istiyorlar, mahrum bırakıyorlar) ve geleceğe yönelik karamsar bir bakış açısından oluşan (“her şey boş”, “anlamsız”, “umut yok”) bilişsel üçgen oluşur.

Genellikle, kişi hastalığın doğası hakkında ya kendi ya da yakınlarının deneyimlerine dayanan bir fikre sahiptir ve hastalıkla ilgili bu geçmiş deneyimler mevcut hastalığa da cevabı etkiler. Geçmişteki deneyimler sağlık ve hastalık hakkında beklentilere, bazı inançların gelişmesine yol açar.

Bunları bazıları şunlardır;

- Fiziksel hastalıklar zamanla sınırlıdır ve genellikle süreleri kısadır.
- Rahatsızlıklar ilaç tedavisi ile hafifletilebilir.
- Hastalıkların çoğu tıbbi bakımı gerektirmez.
- Sağlık bakımı verenlere danışmak aşırı bir önlemdir.
- Hekimler daima bozukluğu önleyebilir ve hastalığı iyileştirebilir.
- Sağlıklı olmak kişinin herhangi bir özel çabasını gerektirmez.
- Sağlığın kötü olması kişinin hatasıdır (5).

Hastalık hakkında bu inançlar hastayı ciddi ölçüde etkiler. Kendisinin yaşlı olduğunu düşünmeyen kişi için hastalık, beklenmedik bir durumdur. Geçmişteki hastalıklar orta düzeyde ve hızlı bir şekilde iyileşmişken, kişi uzun süre tedavi gerektiren kronik bir hastalıkla karşılaşırsa kendini engellenmiş hisseder. Bunun tam aksine, kişinin hastalıkla ilgili deneyimi “asla tamamıyla iyileşmez” olarak yaşanmışsa, minör bir hastalıkta bile anksiyete düzeyi artabilir. Çocukluk çağı hastalıkları sırasında aşırı şımartılan yetişkinler kolayca hastalığı kabul edebilirler ve bakım verenlere güvenirlir. Çocukluk çağında “hasta olmak zayıflıktır” diye mesaj alan kişiler hastalığı kabul etmekte zorlanırlar. Yanlış davranışları için enjeksiyon yapılmasıyla tehdit edilen veya çocukluk döneminde hastaneye yatmış kişiler hastaneleri ve hemşireleri tehdit olarak görebilirler. Bireyin önceki hastalık deneyimleri onun şu anki hastalığı ile baş etmesini etkiler.

Hastalık algısı yaklaşımına göre kişinin hastalık deneyimi merkezi önem taşır ve en fazla önem hastanın durumu ile ilgili kendi oluşturduğu modele verilir. Kişilerin dış dünyadaki olayları açıklamak ve öngörmek için oluşturdukları zihinsel ve temsiller gibi, hastalarda geçici ya da daha uzun süreli hastalığın belirtileri ile ilgili bilişsel modeller geliştirirler. Hastalık algısı modeline göre kişiler hastalıkla ilgili bilgiyi beş

alanda değerlendirir; kimlik, süre, neden, ciddi sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik. Genel olarak, bu alanların üçü (kimlik süre ve neden) hastalıkla ilgili olasılık tahmini için kullanılır. Geri kalan iki alan (sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik) ciddiyet tahmini için temel oluşturur. Kişinin kendini algılaması ve yaşama bakışı da hastalığa tepkisini etkiler.

Genellikle yaşamını kontrol edebilen ve yeterli hisseden, olumlu bakış açısına sahip olan kişi, denetiminin olmadığını düşünen ve kötümser olan kişiye göre hastalığa ve sonuçlarına daha olumlu yaklaşabilir. Eğer etkili baş etme becerileri gelişmiş ise hastalığın taleplerine daha hızlı uyum sağlayabilir.

Fiziksel hastalığı olan kişilerde hastalık algısının, hastalığın seyri, sonlanımı, tedaviye uyumu, yaşam kalitesi üzerinde etkileri ile ilgili ilk çalışmalar, fiziksel hastalığı olan kişilerde başa çıkma tepkilerinin ve duygusal, fonksiyonel sonlanım üzerinde geliştirdikleri kendini ayarlama kuramına dayandırılmıştır. Leventhal'ın yaptığı çalışmalar lenfoma için hastaların kemoterapi sonrası tümör boyutunun küçülmesi ile ilgili duygusal tepkilerinin kendi hastalık modelleri ile yakından bağlantısı olduğunu göstermiştir. Leventhal bu bulgular sonucunda hastaların kendi baş etme mekanizmalarını geliştirdikleri bir hastalık temsili modeli oluşturduklarını ileri sürmüştür. Hastalık algısının baş etme, tıbbi tedavi kullanımı ve tedavi etkilerini değerlendirme ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişki üzerine yapılan araştırmalara göre, hastalığın gidişinin iyi olmasının yüksek içsel kontrol algısı ile ilintili olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar fiziksel hastalık yaşayan kişilerin optimum tedavisi için hastalığa atfettikleri anlamı öğrenmenin önemini ortaya koymaktadır (47, 49).

#### **4.5.2. Kendini ayarlama (Self-regulation) kuramı**

Kendini ayarlama kuramına göre kişiler kendilerine somut ve soyut kaynaklardan sunulan bilgilerin ışığında zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlarla ilgili şematik temsiller oluştururlar. Kendini ayarlama kuramına göre içsel uyarılar (belirtilerin nasıl yaşandığı) ve dış uyarılar (risk bilgisi, bir yakınının hastalanmasına şahit olmak) bilişsel ve duygusal tepkileri tetikleyebilir. Bu temsillere dayanarak kişiler algıladıkları tehditle baş etmek üzere belirli bir plan oluştururlar. Belirli bir baş etme

stratejisinin başarısı değerlendirilir ve değiştirilebilir. Genel pratisyenler, hemşireler ve cerrahlar gibi sağlık çalışanlarının yanı sıra sosyal ortamlardan, medyadan ya da kişilerin şahsi deneyimlerinden elde edilen bilgiler bu temsillerin oluşmasında rol oynar. Model, kişinin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklar. Rosenstock'a göre model, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini açıklar. Aynı zamanda, kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamaktadır.

Bu açıdan kendini ayarlama kuramı kanser hastalarını tepkilerini anlama konusunda oldukça uygun bir çerçeve sağlamaktadır. Kendini ayarlama kuramı ve hastalık algısı üzerine yapılan çalışmalarda hastalığa karşı verilen bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler ve hastalık algısı arasındaki ilişki birçok kez gösterilmiştir. Örneğin hastalık algısının kronik yorgunluk hastalarında psikososyal iyilik halinin belirleyicisi olduğu; diyabet ve osteoartrit hastalarında kendini idareyi etkilediği; astım ve hemofili hastalarında ilaca uyumun belirleyicisi olduğu ve myokard enfarktüs hastalarında daha sonraki yaşam kalitesinin belirleyicisi olduğu bulunmuştur (47).

#### **4.6. UMUT VE UMUTSUZLUK**

Umut, hastaların kayıp, belirsizlik ve acı çektikleri dönem süresince kişisel uyumlarında önemli bir faktördür. Umut ile ilgili araştırma yapmak, anlaşılması güç doğasından, manevi ve gerçek karışımından ve bir çok kişisel tanımı olmasından dolayı oldukça zordur. Umut genel olarak bireyin gelecek ile ilgili arzudur. Psikolojik açıdan, umut hayat boyu arzuların bir kovalamacasıdır (23).

Umut bir bireyin hedeflerini zihninde canlandırabilmesine dair algısını yansıtır. Umut tipik olarak geleceğe yöneliktir ve farklı şekillerde kullanılabilir. Umut aynı zamanda kişisel irade gücü olarak da kabul edilebilir. Ek olarak, eğer bireylerin yeterli umudu varsa, zarar veren bir durumu veya hastalığı değiştirebilirler (15).

Umut, insan deneyimi için önemli esaslardan birisidir. Birçok yazar tarafından hayat ve neşe getiren bir enerji, bir meziyet olarak yorumlanmıştır. Hayat ve gelişime psişik bir bağlılık olarak tanımlanmıştır. Umutsuz hayatın mümkün olmadığını belirten yazarlar vardır. İyi özelliklerinin yanında umut; kayıp ve acı çekme ile yakından



ilişkilidir. Umudun insan hayatında oynadığı kritik rol ölüm yaklaştıkça özel bir anlam katar. Umudun edebilme yeteneği çoğu zaman zor edinilir. Umudun etmek, meydan okumaktır. Kanserli hasta ve yakınları tarafından unutulabilir. Tedavi olma umudu çoğu zaman yok olur (7).

#### **4.6.1. Umudun boyutları ve tanımı**

Umudun; felsefe, teoloji, hemşirelik, tıp, psikoloji gibi pek çok disiplin için çok önemli bir konsepttir. Klasik hemşirelik teorisi Karin Default tarafından tanımlanmıştır. Yaşlı ve kanserli hastalarda kalitatif bir çalışma ile tanımlanmıştır. Default; umudu çok boyutlu olarak ele almıştır. Kendine güven, gelecekte başarı beklentisi ile karakterize olan dinamik bir hayat gücü olarak tanımlar. Özel ve genelleştirilmiş olarak iki şekliyle ele almaktadır.

1. Umudun objeleri spesifik değerlere bağlıdır. Örneğin; terminal dönemdeki bir hasta; “oğlum askerden dönsün, ondan sonra öleyim”

2. Özel bir hedefe, arzuya bağlı olmayan, daha geniş, daha pozitif gelecek yaklaşımıdır. Dufer umudu, hayata pozitif bir ışık veren şemsiye olarak görür (7).

#### **4.6.2. Umudun Özellikleri**

Umudun sürekli aynı biçimde sürmez. Bazen güçlü, bazen zayıf olabilir. Nowotny, yaşam sürecinde umudun sürekli olarak değiştiğini vurgulamaktadır. Bu değişim zamana ya da duruma bağlı olarak gerçekleşebilir. Kanser tanısı konulması bireyin umudun duygusunu tehdit edebilir. Kübler - Ross, terminal dönemde olan hastalarla yaptığı çalışmalarda, hastanın ölümün devrelerine katlanabilmesini sağlayan gücün umudun olduğunu belirtmiştir. Umudun insana yaşaması için bir enerji vermektedir. Bu enerji istek ve güdüyü kanalize etmekte ve bireyi geleceği için çabalamaya yöneltmektedir. Umudun keder ve üzüntüyü engellemektedir. Umudun en önemli özelliği bir çıkış yolu olduğuna ve yardım ile bireyin yaşantısında değişiklikler oluşturabileceğine olan inancıdır. Umudun affektif ve bilişsel boyutları vardır. İnançlar ve emosyonel yapı umudun duygusu üzerinde önemli rol oynar. Herth, kanser hastalarının baş etme tepkilerinin ve umudun düzeyinin çeşitli değişkenlerle ilişkisini araştırmış, güçlü inançlara sahip bireylerin umudun düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir. 15 Bireylerin güvenini ya da inancını etkileyen en önemli etken umuttur. Ballard ve arkadaşları kanser tanısı

yeni konan hastalarda umut düzeyini incelemişler ve çoğunun umudun kaynağı olarak inancı gösterdiğini bulmuşlardır. Kanser tanısı gelecekte belirsizliğe yol açmakta ve bireyin emosyonel yapısını etkilemektedir (28). Jones ve arkadaşları, umutsuz olan kanser hastalarında depresyonun sık görüldüğünü ve bu hastaların yaşam sürelerinin daha kısa olduğunu belirlemişlerdir (36).

#### **4.6.3.Hastalığa adaptasyonda umut ve umutsuzluğun etkisi**

Umut, hayat, hastalığa adaptasyonu etkiler. Umudun azalması, daha kötü hayat kalitesi ile intihar girişimlerini ciddi arttırmaktadır ve umut daha yüksek intihar girişim insidansı ile ilişkilidir. Umutsuzluk geliştiğinde anksiyete ve depresyon artar. Umut düzeyinin azalması kendine güvensizlikle ilişkilidir. Psikolojik durum ve davranışlar üzerine etkisine ek olarak umudun fiziksel durumu da etkilediğine dair kanıtlar vardır. Umut ve immün sistem fonksiyonları arasında ilişki oluşunu saptayan araştırmalar vardır. Ayrıca azalmış umut bazı hastalık popülasyonlarında kötü prognozla ilişkilidir. Umut, gelecek ile ilgili bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan fazla olan beklentilerdir. Bir çıkış yolu olduğuna ve yardım ile bireyin varlığında değişiklikler oluşabileceği inancı en önemli özelliğidir (7).

**Umutsuzluk:** bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan az olan olumsuz beklentiler şeklinde tanımlanır. Gerek umut gerekse umutsuzluk, her ikisi de kişinin gelecekteki gerçek hedeflerine ulaşma olanaklarının olası yansımasıdır. Umut ve umutsuzluk karşıt beklentileri simgeler. Umut da hedefe ulaşmak için uygulamaya konulan planların başarılabacağı öngörüsü varken; umutsuzluk da başarısızlık yargısı vardır. Bu iki uç beklenti kişiden kişiye, durumdan duruma beklenen sonucun ne zaman ve nasıl gerçekleştiğine bağlı olarak değişiklik gösterir. Bu plan ve beklentilerin her biri yalnızca bireyin planlarını hedefine nasıl oturttuğu değil, kendisi için oluşturduğu hedefin şeklini de etkiler. Birey bu düşünce biçimini aşağıdaki şu süreçlerden geçirir.

**Yeteneğe karşı şans:** Birey amaçlarına yetenek ya da şans ile ulaşabilir. Geleceklerinin şansa bağlı olduğuna inan insanlar amaca yönelik davranışa daha az yönelirler. Daha da ötesi kişinin planlarının etkin olmayışına olan inancı da ona bir yeterlilik duygusu verir. Eylemin etkinliğine ya da etkinsizliğine olan inanç ve kişinin kendisine saygısı ve yeteneğine olan inancı umutsuzluk duygularının belirlenmesinde anahtar etkidir.

**Güvene karşı güvensizlik:** Başkalarına karşı hissedilen güven, umut duygusunun gelişmesinde önemli bir rol oynar. İnsanlara olan bağımlılık yönünden incelendiğinde diğer insanlara olan güvensizliğinin şiddeti kişinin amaçlarını sınırlandırır. Güven duygusu olmayan bir insan başkaları ile birlikte başladığı eylem başarısızlıkla sonuçlanınca bundan başkalarını sorumlu tutar. Güven duygusu gelişmiş insan ise hatalı bir sonuçtan kısmen kendini sorumlu tutar. Bu nedenle güvensiz kişi uzun süreli değil de kısa süreli amaçları yeğler.

**Uzun döneme karşı kısa dönem:** Umut, kısa veya uzun dönemde ya da her ikisinde birden ulaşabilecek hedefleri belirler. Sürenin uzaması ile umutsuzluk belirmeye başlar. Böylece kişi kadenci bir biçimde sonucu beklerken kısa dönemli amaçlar için çaba sarfeder (19).

#### **4.7. UMUT VE KANSER**

Kanserli hastalar, hastalıklarına uyum sağlama sürecinde çeşitli tepkiler göstermektedir. Olumlu tepkiler, hastanın iyileşme durumunu pozitif yönde etkilemektedir. Olumlu bir kavram olan umut, 1960'lardan beri literatürde tartışılmakta ve popüler bir araştırma konusu olmaya devam etmektedir.

Umut, bireyin içindeki motivasyonu cesaretlendiren önemli bir etkidir ve hastalık durumunda karamsarlık, çaresizlik duygularını önler. Bireylerin yaşamlarındaki hedeflerine ulaşma gücüne güvenmeleri umutlu olmaları ile mümkün olmaktadır. Destek ve umut, bireyin olumlu yaşam enerjisine katkıda bulunmaktadır (3).

Genel olarak fizyolojik durumda ve beden imajında bozulma, sosyal destekte yetersizlik olması, hastalık sürecinde gereksinimlerin zamanında karşılanamaması, geçmişteki olumsuz deneyimler, hastalığa ait olumsuz inançlar, hastalık nedeniyle soyutlanma, tedavilerin uzun sürmesi, aktivite sınırlılıkları gibi nedenlerle kanserli hastalar umutsuzluk yaşayabilmektedir. Ortaya çıkan umutsuzluk, bireyin yaşamını pasifleştirerek depresyon ve özkıyım davranışları için bir etken oluşturmaktadır. Yüksek düzeylerde umudu olan kanserli hastaların daha uzun yaşama eğilimi gösterdikleri ve hastaliksız geçen sürenin daha uzun olduğu bildirilmektedir. Bu durum, hastalığın anlamına ve tedavi sürecine olumlu bir bakış açısı ile bakma eğilimiyle yakından ilgilidir (13).

İyimser olmanın, umutlu olmanın, sosyal desteğin ve umutsuzluğun; sağlıklı, kaliteli yaşam ilişkisi üzerine etkileşimi olduğu anlaşılmıştır. Olumlu düşünme ve umut beklentiden köken alır ve bu da motivasyonun kaynağıdır. Karamsar olan, olumsuz düşünen kanser hastalarının günlük sosyal aktivitelerini kesebildikleri gözlenmiştir. Nourthouse; umutsuzluk, yaşam kalitesi ve sosyal destek ilişkisini etkilediğini ortaya koymuştur (38). Roman Cicero; “hayat olduğu sürece umut vardır” demiştir ve kanserli hastada umudun her zaman, “tamamen iyileşme umuduyla” çeliştiğini söylemektedir.

Hiç iyileşme, kür umudu yokken, uzamış bir hayat beklentisi yokken bile bireylerin umutlu olabildiklerini saptamıştır. Kanserli hastalarda; fiziksel ve ruhsal sıkıntılar vardır: Bunlar hayatın anlamını yitirmesi, amaçsızlık, benlik saygısında azalma olarak ortaya çıkmaktadır. Klinisyenler ve araştırmacılar bu hastalardaki ve ailelerdeki umudu / umutsuzluğu araştırmak için nasıl yollar kullanmalıdır ve nasıl değerlendirmelidir diye baktığımızda: Umudun tanımı ve ölçülmesi gündeme gelmiştir (38). Umudu desteklemek için bazı girişimlerde bulunduğumuzda bunu değerlendirmek de gerekir. Teorik bir temel olmalı ve hem de psikometrik olarak anlamlı olmalıdır. Ayrıca hastanın fiziksel performansı da göz önünde bulundurulmalıdır (40).

#### **4.7.1. Hayatı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşan insanda umudu koruma stratejileri:**

##### ***1.Hastalığı tehditkar olmayan bir tavırla değerlendirme***

- a)Hastalığı ve tedaviyi bir sınav veya başarı olarak görme (meydan okuma)
- b)Hastalık ve tedaviyi olumlu bir etki olarak görme
  - hayat önceliklerini düzenleme, yeniden değerlendirme
  - fedakar olma
  - hayatın iyi tarafına bakma

##### ***2.Hastalık deneyimi ile ilgili bilişleri yönetme***

- a)şaka yapma
- b)negatif konularla ilgili konuşmak ve düşünmekten kaçınma
- c)uzak durma
- d)unutma
- e)üzerinde durmama
- f)sevdiklerine odaklanma

### ***3.Hastalık deneyimi ile ilgili duygusal tepkileri yönetme***

- a)duygusal tepkiyi sınırlama
- b)duygusal tepkileri düşünceyle odaklama, felaketleştirme
- c)bir duygudan ötekine geçme
- d)duygusal acıyı fiziksel acıya dönüştürme

### ***4.Kontrol duygusunu yönetme***

- a)kontrolün devamlılığını sağlama
  - bilgilendirilme
  - egzersiz, diyet ve stresle başa çıkma yoluyla hastalıkla baş etme
  - kararı kontrol etme
  - tedavi veya hayatı ile ilgili kontrolü ele alma
- b)Vazgeçmeyi kontrol etme (tedaviye, doktora, hemşireye, bakım ekibine, tıba, tanrıya inanmama)

### ***5.Hastalığa ve tedaviye karşı bir duruş edinme***

- a)hastalıkla savaşma
  - savaşma
  - hastalığı bir düşman veya kötülük olarak hayal etme
- b)hastalığı kabullenme
  - Tanrının takdiri olarak görme
  - sürecin bir parçası olarak düşünme
  - hastalığı veya ölümü bekleme

### ***6. Belirsizliklerle baş etme***

- a)belirsizliği indirgeme
  - geleceği bilme
  - inanma
- b)belirsizliği arttırma
  - bütün doktorlar hata yaparlar
  - ben istatistik değilim

### ***7. Geleceğe odaklanma ile baş etme***

- a)günü yaşama
- b)uzun süreli hedeflere odaklanma

- c)değişebilir hedefler koyma
- d)kısa vadeli hedefler koyma
- e)daha önce ulaşılmış hedefleri bir umut kaynağı olarak görme

#### ***8.Hastalıkla ilişkili kendilik algısı ile baş etme***

- a)hastalık ve tedavinin etkisini azaltma
  - bu hastalık benim sistemimde ufak bir çizik
  - tedavi sadece geçici bir rahatsızlık süreci
- b)kişisel gücü arttırma
  - güç ile ilgili kişisel sıfatları belirleme
  - kendini diğerleri ile kıyaslama
  - kendini diğer başarılı kişilerle kıyaslama
  - geçmişteki kişisel gücü ortaya çıkarma/önemseme (7).

#### **4.7.2. Umudun devamlılığını sağlamak için hemşirelik girişimleri:**

Umut, kanser tanısı olan bireylerin bakımında ve baş etme güçlerinin geliştirilmesinde önemli bir role sahiptir. Sağlık çalışanlarının davranışları, hastaların umut ile ilgili görüşlerini, algısını olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Onkoloji hemşireleri pozitivite ile birlikte, sosyal iletişimi, gelecek ile ilgili planları, mental aktivite yapılması gibi konularda hastalara destek olmalıdır (29).

Hemşirelik uygulamalarında amaç, bireylerin hastalık deneyimleriyle baş etmelerinde ve yaşantılarından anlam bulmalarında onlara yardım etmektir. Umudu sürdürmek ve umutsuzluktan kaçınmada hasta bireye yardım etme profesyonel hemşirenin görevidir (29). Birey kendisini umut ve güven atmosferinde hissederse, kendisini daha güçlü bulur. Hemşirenin davranışları umudu geliştirmede büyük rol oynar. Çünkü hemşireler, bireylerin sağlık süreçlerinin her anında, özellikle yeni tanı konulduğunda, tedavi sırasında ve özel gereksinimlerinin karşılanmasında gün ve gece her zaman yanındadır (24).

Kanser hastasına yapılacak girişimler, hemşireler tarafından bireysel ve grup girişimleri olarak tanımlanmıştır. Umudu geliştirme yöntemi olarak bir grubun seçimi “sembolik ilişkinin” etkilerinin kullanılması temeline dayanır. Grupta hemşireyle hasta

ve hastalar arasında bir ilişki vardır. Sembolik ilişkide insan yaşamının doğası incelenir ve grup sürecinin etkileri kullanılır (36).

#### Deneyimsel Süreç

1. Yaşam sonunda semptomların engellenmesi
2. Kaygısız, yumuşak /iyi kalpliliğin ve mizahın uygun olarak kullanılması.
3. Yüreklenmek, desteklemek; hastayı ve ailesinin o andaki durumu atlatmak için desteklenmesi.
4. Estetik deneyimlerin desteklenmesi.
5. Yaratıcı ve zevk veren işlerin yapılması.
6. Hayatın neşesini arttıran kaynakların bulunması, (film, sanat vb ilgilenmesi)
7. Hasta ve ailesinin o günkü ve geçmişteki neşeli ve güzel deneyimler üzerine yoğunlaşmasına yardımcı olunması.
8. Pozitifliği ve umudu artırıcı hikayeleri paylaşılması.
9. Hasta ve ailesinin kendi kendilerine pozitif konuşma ile ilgili desteklenmesi.

#### Spiritüel Süreç

1. Dinsel ve manevi deneyimlere katılması.
2. Şu anki durumu ile ilgili anlam bulmalarında yardımcı olunması.
3. Hasta ve ailesini günlük tutmaları için desteklenmesi.
4. Acı çekmenin anlamını araştıran yayın/kitap, film vb önerilmesi.

#### İlişkiler Süreci

1. Hasta ve ailenin izolasyonunu en aza indirilmesi.
2. Açık bir ilişki yaratılması ve devamlılığını sağlanması.
3. Hasta ve ailesine değerli hissetme duygusunu verilmesi (7).

## 5. GEREÇ VE YÖNTEM

### 5.1. Araştırmanın Tipi:

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma tasarımına göre yapıldı.

### 5.2. Araştırmanın Yeri:

Araştırma Özel Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Onkoloji Bölümü'nde gerçekleştirildi. Acıbadem Kozyatağı Hastanesi 2004 yılında Acıbadem Sağlık Grubu'na dahil bir hastane olarak açılmıştır ve 91 yatak kapasitesine sahiptir. Hastane Nörolojik ve Onkolojik Bilimler Hastanesi olarak hizmet vermektedir. Ancak Genel Cerrahi, Dahiliye, Çocuk Hastalıkları, Jinekoloji hastaları için de poliklinik ve yataklı hizmetler verilmektedir.

Çalışmanın yapıldığı Ayaktan Kemoterapi Ünitesi 8 odalıdır ve günde ortalama 20 hastaya kemoterapi verilmektedir. Odalar tek kişiliktir. Tedavi uygulama ve eğitim sırasında hastanın güvenliği ve konforu sağlanır. Üniteye 10 Hemşire 1 Sağlık Memuru çalışmaktadır. Her hastanın bir hemşiresi vardır ve tedavi aldığı gün boyunca aynı hemşire bakım vermektedir. Semptom yönetimi, bulguları, günlük yaşam aktiviteleri, ilaçları Vaka Yönetici Hemşiresi ile birlikte izlenmektedir.

### 5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini, Özel Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Onkoloji Bölümünde ayaktan izlenen hastalar oluşturdu (N:245). Araştırmanın örneklemini, 20 Kasım 2008 - 10 Mayıs 2009 tarihleri arasında ayaktan kemoterapi ünitesine gelen araştırmaya alınma kriterlerine uygun olan hastalar oluşturdu. Örneklemeye alınan hastalardan sadece bir kişi katılmak istemediğini bildirdi ve çalışma 90 hasta ile tamamlandı.

#### 5.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- 18-65 yaş arasında olan
- Okur-yazar olan
- Kanser tanısı almış olan (Akciğer, Kolon, Meme ve Over kanserli hastalar.)
- Kanser tanısından sonra en az 6 hafta geçmiş olan
- En az bir kür kemoterapi tedavisi almış olan
- Metastazı olmayan
- Psikiyatrik hastalık tanısı almamış olan



- Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar.

#### **5.4. Veri Toplama Araçları:**

Çalışmaya katılan 90 hastaya, bilgi formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Hastalık Algısı Ölçeği uygulandı.

##### **5.4.1. Bilgi Formu:**

Araştırmacı tarafından literatür bilgisinden yararlanarak hazırlanmış olan bilgi formunun birinci bölümü hasta ile ilgili bireysel özellikleri ve hastanın tanı, tedavisi ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili bilgileri içermektedir (EK 1).

##### **5.4.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği:**

Beck ve arkadaşları (1974) gözlemlerinden yola çıkarak ve yapmış oldukları bir dizi çalışma sonucunda; umutsuzluk derecesini objektif olarak sayılara dökerek belirlemek amacıyla Beck Umutsuzluk ölçeğini geliştirmişlerdir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Durak ve Palabıyıkoglu (1994) tarafından yapılmıştır (22). Bu ölçek literatürde oldukça sık rastlanan, geçerlik ve güvenilirliğinin yüksek olduğu belirtilen, 20 maddelik kendini değerlendirme (self report) türü bir ölçektir. Bireyin geleceğe yönelik karamsarlık derecesini belirlemek amaçlanmaktadır. Sorulara doğru-yanlış şeklinde cevap verilmekte ve negatif beklentileri yansıtmaktadır. Verilen anahtar ile uyum sağlayan her cevap 1 puan almakta, uyum sağlamayan cevaplar ise puan almamaktadır. Elde edilen toplam puan "umutsuzluk" puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin puan ranjı 0-20 arasındadır. Ölçeği oluşturan sorular duygusal, motivasyonel ve bilişsel boyutları kapsamaktadır. Ölçek gelecek ile İlgili Duygular", "Motivasyon Kaybı", "Gelecek ile İlgili Beklentiler" olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. (EK 2).

##### **5.4.3. Hastalık Algısı ölçeği:**

Hastalık Algısı Ölçeğinin gözden geçirilme çalışması kendini ayarlama kuramı ile ilgili kavramlardaki gelişmeyi ve bu kavramların ölçümünü amaçlamıştır. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (IPQ-Illness Perception Questionnaire) 1996 yılında Weinmann ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Kocaman ve arkadaşları yapmışlardır (37). Kanseri, kalp hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları, romatoid artrit, diyabet, psöriyazis gibi birçok hastalık için kullanılmıştır. Moss-Morris ve ark. HAÖ boyutlarında yenileme gerektiren önemli alanları belirlemişler ve 2002 yılında yeniden düzenlemişlerdir. Kanseri hastalarında ise

Armay ve arkadaşları (2006) tarafından HAÖ'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (5).

HAÖ; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır.

Hastalık tipi boyutu: Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, 'hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı', daha sonra 'bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği' sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır olarak yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturur.

Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu: Otuz sekiz maddeden oluşmuş ve beşli likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanır. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır. Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır.

Hastalık nedenleri boyutu: Hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Beşli Likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (ör., stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (ör., kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (ör. mikrop ya da virüs, vücut direnciminin az olması), kaza veya şansır (ör. kaza, yaralanma, kötü talih vb.). Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir (37). (EK 3)

### **5.5. Verilerin Toplanması:**

20 Kasım 2008 10 Mayıs 2009 tarihleri arasında, Onkoloji Bölümünde, ayaktan kemoterapi ünitesinde hastaların örnekleme alınma kriterlerine uygun olup olmadığı dosyalarından alınan bilgilerle ve poliklinikte yapılan görüşme sırasında değerlendirildi.

Hastalar ile yüz yüze görüşülerek ölçekler ve çalışmanın amacı hakkında kısa bir bilgi verildi, çalışmaya katılmayı isteyip istemedikleri sorulmuştur. İsteddiği anda çalışmadan çekilebileceği, çalışma karşılığı bir ücret talep edilmediği belirtildi. Çalışmanın sadece araştırmacı tarafından değerlendirileceği ve bilimsel bir amaçla kullanılacağı anlatıldı.

### **5.6. Verilerin Analizi:**

Elde edilen veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında, 'The SPSS System' programı ile değerlendirildi. Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesinde yüzdellik, t - testi, tek yönlü varyans analizi ve pearson korelasyon analizi kullanıldı.

### **5.7. Sınırlılıkları**

Araştırma tek ve özel bir kurumda gerçekleştirildiğinden genellenebilirlik yönünden sınırlılık taşımaktadır.

### **5.8 Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın gerçekleştirildiği Acıbadem Sağlık Grubu Tıbbi Direktörlüğü, Etik Kurulu tarafından yazılı izin alındı (EK 4). Araştırmaya alınma kriterine uygun hastalara çalışmanın amacı açıklanarak, yazılı onamları alındı (EK 5).

## 6. BULGULAR

Kanser hastalarında, hastalık algısı ve umutsuzluk arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular dört ana başlıkta incelendi.

- 6.1. Hastaların bireysel özellikleri, tanı ve tedavilerine ilişkin bilgileri,
- 6.2. Beck umutsuzluk ölçeği ile ilgili bulgular,
- 6.3. Hastalık algısı ölçeği ile ilgili bulgular,
- 6.4. Hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyi ilişkisi

### 6.1. HASTALARIN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ, TANI VE TEDAVİLERİNE İLİŞKİN BİLGİLERİ

**Tablo 2: Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı**

Bireysel Özellikler	N	%	
<i>Cinsiyet</i>	Kadın	68	75.6
	Erkek	22	24.4
<i>Eğitim Durumu</i>	İlköğrenim	17	18.9
	Lise	35	38.9
	Üniversite ve üstü	38	42.2
<i>Medeni Durumu</i>	Evli	67	74.4
	Bekar	23	25.6
<i>Çalışma Durumu</i>	Çalışıyor	37	41.1
	Çalışmıyor	53	58.9
<i>Mesleği</i>	Ev hanımı	26	28.9
	Emekli	27	30.0
	Profesyonel meslek sahibi	37	41.1
<i>Gelir Durumu</i>	Orta	27	30.0
	İyi	63	70.0
<i>Sosyal Güvence</i>	Var	86	95.6
	Yok	4	4.4

Hastaların yaş ortalaması  $50.33 \pm 9.6$  (29-65 yaş) olup, tablo 2’de hastaların diğer bireysel özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Hastaların % 5.6’sı kadın, %24.4’ü erkektir. %42.2’si üniversite ve üstü eğitim mezunudur, %74.4’ü evlidir. Hastaların %58.9’u çalışmamaktadır, mesleklerine bakıldığında %28.9’u ev hanımı, %30’u emekli ve %41.1’i profesyonel meslek sahibidir (yönetici, öğretmen, mühendis, muhasebeci, eczacı, asistan, ekonomist). %70’inin ekonomik durumu iyi iken, %30’nun gelir durumu orta seviyededir. Hastaların %95.6’sının sosyal güvencesi vardır.

**Tablo 3: Hastaların tanı, hastalık bilgisi, tedavisi, ilaç kullanımı ve bilgilendirme durumunun dağılımı**

<b>Tanı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Meme kanseri	38	42.2
Akciğer kanseri	20	22.2
Kolon kanseri	17	18.9
Over kanseri	15	16.7
<b>Hastalık Bilgisi</b>		
Var	89	98.9
Yok	1	1.1
<b>Hastalık Bilgisini Aldığı Kişi</b>		
Doktor	83	92.2
Hemşire	3	3.3
Eş, anne, baba ve diğer	4	4.4
<b>Kemoterapi</b>		
Yan Etki Yaşama Durumu		
Yaşıyor	77	85.6
Yaşamıyor	13	14.4
<b>Yan Etkiyi Azaltmak İçin Yaptıkları</b>		
Dr / Hemşire aradım	34	37.8
Dinlendim, ilaçlarımı aldım	24	26.7
Hiçbir şey yapmadım	10	11.1
Hastaneye gittim	22	24.4
<b>İlk kemoterapiden bu yana geçen süre</b>		
1 ay	2	2.2
2 ay	20	22.2
3 ay	15	16.7
4 ay ve üstü	53	58.9
<b>İlaç kullanımı ve bilgilendirme</b>		
<b>İlaç Bilgisi</b>		
Var	79	87.8
Yok	11	12.2
<b>Tedaviye İnanma</b>		
Evet	89	98.9
Hayır	1	1.1
<b>İlaç Kullanım Bilgisini Aldığı Kişi</b>		
Doktor	61	67.8
Hemşire	19	21.1
Bilgi almak istemedim	3	3.3
Doktor/Hemşire	6	6.7
Diğer	1	1.1
<b>Evde İlaç Kullanımı</b>		
Evet	76	84.4
Hayır	14	15.6
<b>Evde İlaçlarını Alma Biçimi</b>		
Yardımsız Alabiliyorum	80	88.9
Yardımla Alabiliyorum	7	7.8
Almıyorum	3	3.3
<b>Evde Sorunu Olduğunda Ne Yaptığı</b>		
Doktoru Aradım	59	65.6
Hemşireyi Aradım	22	24.4
Hastaneye Gittim	3	3.3
Dr/ Hem. Aradım	6	6.7

Hastaların tanılarının dağılımına bakıldığında, %42.2'si meme kanseri, %22.2'si akciğer kanseri, %18.9'u kolon kanseri, %16.7'si over kanseridir.

Hastaların %98.9'nun hastalıkları hakkında bilgileri vardı. Hastaların %92.2'sine doktor, %3.3'üne hemşire, %4.4'üne de eş, anne, baba ve diğerleri tarafından bilgi verildiği saptandı. Hastaların %85.6'sının kemoterapi yan etkilerini yaşadığı, yan etki yaşayan hastalardan %37.8'inin doktor ve hemşireyi aradığı, %26.7'sinin dinlendiği ve kendisine verilen ilaçları aldığı, %11.1'inin hiçbir şey yapmadığı, %4.4'ünün ise yaşadığı yan etkiler nedeniyle hastaneye başvurduğu saptandı. Hastaların ilk kemoterapi almalarından sonra geçen süre; 1 ay %2.2, 2 ay %22.2, 3 ay %16.7, 4 ay ve üstü % 58.9 olarak saptandı. Hastaların %87.8'i kemoterapi ilaçları ile ilgili bilgi sahibi olduğunu bildirdi. %98.9'u kemoterapinin hastalığını iyileştireceğine, %1.1'i iyileştirmeyeceğine inandığını belirtti. İlaçların kullanım bilgisini %67.8'i doktordan, %21.1'i hemşireden aldığını bildirdi. %84.4'nün evde kullanması gereken ilaçları vardı, %15.6'sının evde kullandığı ilaç yoktu. Hastaların %88.9'u ilaçlarını yardımsız alabilmekte idi. Evde herhangi bir sorunu olduğunda %65.6'sı doktoru, %24.4'ü hemşireyi ararken, %6.7'si hem doktoru hem hemşireyi aradığı ve %3.3'ünün hastaneye gittiği saptandı (Tablo 3).

**Tablo 4: Hastaların bireysel özelliklerinin tanılarına göre dağılımı**

Bireysel Özellikler	Meme Kanseri		Akciğer Kanseri		Kolon Kanseri		Over Kanseri	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	37	97.4	8	40.0	8	47.1	15	100
Erkek	1	2.6	12	60.0	9	52.9		
<b>Eğitim Durumu</b>								
İlköğrenim	6	15.8	5	25.0	2	11.8	4	26.7
Lise	14	36.8	8	40.0	6	35.3	7	46.7
Üniversite ve üstü	18	47.4	7	35.0	9	52.9	4	26.7
<b>Medeni Durumu</b>								
Evli	30	78.9	13	65.0	12	70.6	12	80.0
Bekar	8	21.1	7	35.0	5	29.4	3	20.0
<b>Çalışma Durumu</b>								
Çalışıyor	14	36.8	11	55.0	7	41.2	5	33.3
Çalışmıyor	24	63.2	9	45.0	10	58.8	10	66.7
<b>Yaş</b>								
Ortalama± SS	45.36±7.77		57.3 ±7.45		52.29±10.75		51.40±8.91	

Hastaların tanılarına göre bireysel özelliklerinin dağılımı Tablo 4'de verildi. Meme kanseri olan hastaların; yaş ortalaması 45.36±7.77'dir. %97.4'ü kadın, %47.4'ü üniversite ve üstü eğitim mezunu, %78.9'u evli, %63.2'si çalışmamaktadır. Akciğer

kanseri olan hastaların; yaş ortalaması  $57.3\pm 7.45$ 'dir. %60'ı erkek, %40'ı lise mezunu, %65'i evli ve %55'i çalışmaktadır. Kolon kanseri olan hastaların; yaş ortalaması  $52.29\pm 10.75$ 'tir. %52.9'u erkek, %52.9'u üniversite ve üstü mezunu, %70.6'sı evli, %58.8'i çalışmamaktadır. Over kanseri olan hastaların; tamamı kadındır, yaş ortalamaları  $51.40\pm 8.91$ 'dir. %46.7'si lise mezunu, %80'i evli ve %66.7'si çalışmamaktadır.

Hastaların cinsiyetlerinde ve yaş ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ( $p<0.001$ ).

## 6.2 BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Beck umutsuzluk ölçeği toplam puan ortalaması  $3.82\pm 4.28$  (0-17) olarak saptandı. Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında, gelecekle ilgili duyguların puan ortalaması  $0.78\pm 1.27$  (0-5), motivasyon kaybı puan ortalaması  $1.38\pm 1.73$  (0-7), gelecekle ilgili beklentiler puan ortalaması  $1.41\pm 1.89$  (0-14) bulundu.

**Tablo 5: Hastaların tanısı ile Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması**

Tanı	Umutsuzluk Ort±SS	Gelecek ile ilgili Duygu Ort±SS	Motivasyon Kaybı Ort±SS	Gelecek ile ilgili Beklenti Ort±SS
Meme Kanseri	$3.65\pm 4.25$	$0.63\pm 0.99$	$1.15\pm 1.76$	$1.65\pm 2.41$
Akciğer Kanseri	$6.10\pm 5.23$	$1.70\pm 1.75$	$2.10\pm 1.97$	$1.80\pm 1.73$
Kolon Kanseri	$2.94\pm 3.78$	$0.47\pm 1.17$	$1.52\pm 1.84$	$0.82\pm 1.07$
Over Kanseri	$2.20\pm 2.07$	$0.33\pm 0.61$	$0.86\pm 0.74$	$0.93\pm 0.96$
<b>F</b>	<b>3.055</b>	<b>5.232</b>	1.894	1.375
<b>P</b>	<b>.033</b>	<b>.002</b>	.137	.256

Umutsuzluk düzeyinin ve alt boyutlarının hastaların tanılarına göre dağılımı Tablo 5'de verildi. Tanıya göre toplam umutsuzluk puanları; meme kanserli hastalarda  $3.65\pm 4.25$ , akciğer kanserli hastalarda  $6.10\pm 5.23$ , kolon kanserli hastalarda  $2.94\pm 3.78$ , over kanserli hastalarda  $2.20\pm 2.07$  olarak saptandı. Akciğer kanseri olan hastaların diğer kanser hastalarına göre umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu ve aralarındaki

farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p=0.03$ ). Gelecekle ilgili duygu puanları; meme kanserli hastalarda  $0.63\pm 0.99$ , akciğer kanserli hastalarda  $1.70\pm 1.75$ , kolon kanserli hastalarda  $0.47\pm 1.17$ , over kanserli hastalarda  $0.33\pm 0.61$  olarak saptandı. Gelecek ile ilgili duygu puanlarında, akciğer kanseri olan hastaların diğer kanser hastalarına göre puanının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p=0.002$ ). Motivasyon kaybı puanları; meme kanserli hastalarda  $1.15\pm 1.76$ , akciğer kanserli hastalarda  $2.10\pm 1.97$ , kolon kanserli hastalarda  $1.52\pm 1.84$ , over kanserli hastalarda  $0.86\pm 0.74$  olarak saptandı. Gelecek ile ilgili beklenti puanları; meme kanserli hastalarda  $1.65\pm 2.41$ , akciğer kanserli hastalarda  $1.80\pm 1.73$ , kolon kanserli hastalarda  $0.82\pm 1.07$ , over kanserli hastalarda  $0.93\pm 0.96$  olarak saptandı. Yine akciğer kanseri olan hastaların motivasyon kaybı ve gelecekle ilgili beklenti puanının daha yüksek olduğu ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu.

Hastaların umutsuzluk düzeyini etkileyen faktörlere bakıldığında, yaş ile gelecekle ilgili duygular alt boyutu arasında pozitif, zayıf bir ilişki olduğu saptandı ( $r = .241$ ;  $p = 0.02$ ).

**Tablo 6: Hastaların cinsiyeti ile Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması**

Cinsiyet	Umut Ort±SS	Gelecek İle İlgili Duygu Ort±SS	Motivasyon Kaybı Ort±SS	Gelecek İle İlgili Beklenti Ort±SS
<i>Kadın</i>	3.32±3.88	0.55±0.96	1.19±1.56	1.38±2.00
<i>Erkek</i>	5.36±5.13	1.50±1.79	2.00±2.09	1.50±1.53
t	-1.972	<b>-3.154</b>	-1.931	-,252
p	.05	<b>.002</b>	.05	.802

Cinsiyete göre bakıldığında; BUÖ toplam ve alt boyut puanlarının erkeklerde daha yüksek olduğu ancak sadece gelecekle ilgili duygular alt boyutu puanındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p=0.002$ ) (Tablo 6).

Diğer bireysel özellikler açısından bakıldığında; medeni duruma, eğitim durumuna, çalışma durumuna, mesleğe, sosyal güvenceye ve hastanın gelir düzeyine göre fark olmadığı bulundu.



Hastaların kemoterapi süresine, yan etki yaşama durumuna göre de umutsuzluk düzeyinin değişmediği belirlendi.

### 6.3. HASTALARIN HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Hastalık algısı ölçeğinin hastalık belirtileri bölümüne verdiği yanıtların dağılımına bakıldığında; hastalığın başlangıcından bu yana yaşadığı belirtiler en yüksekten düşüğe doğru sıralanmıştır.

**Tablo 7: Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği hastalık belirtileri alt boyutu bulgularının dağılımı.**

<b><i>Belirtiler</i></b>	<b><i>Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım (evet) %</i></b>	<b><i>Bu belirti hastalığımla ilgili (evet) %</i></b>
<i>Yorgunluk</i>	76.7	47.8
<i>Güç kaybı</i>	58	41.1
<i>Ağrı</i>	52.2	46.7
<i>Bulantı</i>	43.1	32.2
<i>Uyku güçlükleri</i>	42.2	23.3
<i>Mide yakınmaları</i>	41.1	23.3
<i>Sersemlik hissi</i>	40	24.4
<i>Baş ağrıları</i>	40	15.6
<i>Kilo kaybı</i>	31.1	26.7
<i>Eklem sertliği</i>	21.1	15.6
<i>Boğazda yanma</i>	21.1	12.2
<i>Soluk almada güçlük</i>	20	15.6
<i>Gözlerde yanma</i>	20	11.1
<i>Hırıltılı soluma</i>	20	11.1

Hastaların hastalığının başlangıcından bu yana en sık yaşadığı belirtilerin; yorgunluk (%76.7), güç kaybı (%58.0), ağrı (%52.2), bulantı (%43.1), uyku güçlükleri (%42.2), mide yakınmaları (%41.1), sersemlik hissi (%40) ve baş ağrıları (%40) olduğu görüldü. Bu belirtilerin hastalıkla ilgili olanların da ilk beş sırada yer alanlar ise; yorgunluk (%47.8), ağrı (%46.7), güç kaybı (%41.1), bulantı (%32.2) ve kilo kaybı (%26.7) olduğu saptandı (Tablo 7).

**Tablo 8: Hastaların tanısına göre Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutları puanlarının dağılımı**

HAÖ Boyutları (min-max)	Meme Kanseri	Akciğer Kanseri	Kolon Kanseri	Over Kanseri	Toplam
Hastalık Belirtisi (0-14)	3.28±3.33	4.50±3.90	4.00±3.18	2.60±2.44	3.57±3.32
Süre (akut/kronik) (6-46)	14.94±6.87	17.20±5.56	12.35±5.6	14.33±5.10	14.85±6.11
Sonuç (6-52)	20.81±5.31	21.25±4.17	19.58±10.0	19.33±4.28	20.43±6.07
Kişisel Kontrol (12-36)	22.36±2.92	20.35±3.77	23.00±5.19	21.93±3.26	21.96±3.74
Tedavi Kontrolü (14-25)	21.10±3.16	20.70±2.77	21.05±3.28	19.93±3.10	20.81±3.09
Hastalığı Anlama (3-15)	10.84±3.90	8.65±3.86	10.00±3.50	10.20±3.60	10.08±3.80
Süre (döngüsel) (3-13)	8.47±2.58	9.00±2.31	3.01±0.73	8.26±0.65	8.58±2.57
Duygusal Temsiller (6-30)	18.26±5.53	17.85±4.45	17.29±5.87	17.20±6.51	17.81±5.48

p>0.05

Hastaların tanılarına göre hastalık algısı ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; hastalık belirtisi boyutunda en çok akciğer kanseri tanısı olan hastaların hastalığa eşlik eden belirti sayısının yüksek olduğuna, hastalığı kronik olarak gördüklerine ve hastalığın negatif sonuçları olduğuna dair inanca sahip oldukları saptandı. Kişisel kontrol ve tedaviyi kontrol edebildikleri hakkında pozitif inanca sahip olan hastaların tanısına bakıldığında; birbirine çok yakın olmakla birlikte kişisel kontrol puanı en yüksek olanların kolon kanserli hastalar, tedavi kontrolü puanı en yüksek olanların meme kanserli ve kolon kanserli hastalar olduğu saptandı. Hastalığı anlama boyutuna bakıldığında, en düşük puanı akciğer kanserli hastaların aldığı saptandı. Süre puanı en yüksek olan akciğer kanserli olan hastaları meme ve over kanseri olan hastaların izlediği görüldü. Duygusal temsiller boyutunda en yüksek puanı meme kanserli hastaların olduğu görüldü. Tanılara göre hastalık algısının boyut alt boyut puanlarında farklılıklar olmasına rağmen bu farkların istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 8).

**Hastaların hastalık algısını etkileyen faktörlere bakıldığında,** yaş ile süre (akut/kronik) arasında pozitif bir ilişki olduğu ( $r = .22$ ;  $p < 0.05$ ), kişisel ( $r = -.26$ ;  $p < 0.05$ ) ve tedavi kontrolü ile ( $r = -.21$ ;  $p = 0.05$ ) negatif ilişki olduğu saptandı. Hastanın yaşı arttıkça hastalık süresinin kronik olarak algulandığı, kişisel ve tedavi kontrolünün azaldığı görüldü.

**Tablo 9: Hastaların eğitim düzeyi ve mesleği ile Hastalık Algısı Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması**

	Hastalık Belirtisi Ort. $\pm$ SS	Süre (akut/kronik) Ort. $\pm$ SS	Sonuçlar Ort. $\pm$ SS	Kişisel Kontrol Ort. $\pm$ SS	Tedavi Kontrolü Ort. $\pm$ SS	Hastalığı Anlama Ort. $\pm$ SS	Süre (döngüsel) Ort. $\pm$ SS	Duygusal Temsiller Ort. $\pm$ SS
<b>Eğitim Düzeyi</b>								
İlköğrenim	4.82 $\pm$ 4.44	16.0 $\pm$ 4.84	20.05 $\pm$ 3.88	19.64 $\pm$ 2.95	20.41 $\pm$ 3.53	9.82 $\pm$ 3.57	8.82 $\pm$ 2.35	18.82 $\pm$ 3.66
Lise	3.22 $\pm$ 2.75	15.25 $\pm$ 4.93	21.60 $\pm$ 7.23	21.71 $\pm$ 3.40	20.65 $\pm$ 2.57	10.0 $\pm$ 4.10	8.85 $\pm$ 2.35	18.2 $\pm$ 5.88
Üniversite ve üstü	3.34 $\pm$ 3.19	13.97 $\pm$ 7.48	19.52 $\pm$ 5.65	23.23 $\pm$ 3.87	21.13 $\pm$ 3.36	10.28 $\pm$ 3.71	8.23 $\pm$ 2.87	17.0 $\pm$ 5.77
F	1.498	.763	1.104	<b>6.187</b>	.383	.102	.611	.790
P	.229	.469	.336	<b>.003</b>	.683	.904	.545	.457
<b>Meslek</b>								
Ev hanımı	3.88 $\pm$ 3.86	15.73 $\pm$ 4.89	20.88 $\pm$ 4.70	21.15 $\pm$ 3.48	20.69 $\pm$ 3.40	10.42 $\pm$ 4.25	8.61 $\pm$ 2.53	20.07 $\pm$ 4.86
Emekli	2.92 $\pm$ 2.51	15.92 $\pm$ 8.18	20.46 $\pm$ 8.40	22.30 $\pm$ 3.93	20.34 $\pm$ 2.57	9.46 $\pm$ 3.75	8.65 $\pm$ 1.93	16.96 $\pm$ 5.33
Profesyonel meslek sahibi/diğer	3.81 $\pm$ 3.76	13.52 $\pm$ 5.04	20.10 $\pm$ 5.08	22.28 $\pm$ 3.78	21.21 $\pm$ 3.22	10.28 $\pm$ 3.56	8.52 $\pm$ 3.01	16.84 $\pm$ 5.65
F	.707	1.578	.125	.861	.624	.500	.020	<b>3.289</b>
P	.496	.212	.883	.426	.538	.608	.980	<b>.04</b>

Tablo 9’da eğitim durumu ve mesleği ile hastalık algısı ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında; üniversite ve üstü mezunu olanların kişisel kontrol puanlarının ( $p=0.003$ ), ev hanımı olan hastaların duygusal temsiller puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 10: Hastalık Algısı Ölçeğinin olası hastalık nedenlerinin yüzdeler dağılımı**

Olası Hastalık Nedenleri	1(*)	2(*)	3(*)	4(*)	5(*)
<i>Kişisel Atıflar</i>					
Stres ya da endişe	4.4	10.0	10.0	<b>48.9</b>	<b>26.7</b>
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem	25.6	37.8	16.7	16.7	3.3
Kişilik özelliklerim	31.1	17.8	25.6	20.0	5.6
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem	27.8	33.3	8.9	<b>24.4</b>	5.6
Aile problemleri	42.2	20.0	6.7	<b>27.8</b>	3.3
Vücut direncimin azalması	21.1	13.3	20.0	<b>36.7</b>	8.9
Kendi davranışım	24.4	23.3	7.8	<b>35.6</b>	8.9
<i>Dış Atıflar</i>					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım	58.9	28.9	3.3	8.9	0.0
Çevre kirliliği	21.1	12.2	22.2	<b>33.3</b>	<b>11.1</b>
Kaza ya da yaralanma	68.9	27.8	3.3	0.0	0.0
Aşırı çalışma	32.2	24.4	13.3	<b>24.4</b>	5.6
<i>Yaşam Şekli Atıfları</i>					
Sigara içme	34.4	20.0	8.9	20.0	<b>16.7</b>
Alkol	56.7	25.6	2.2	8.9	6.7
Diyet -yemek alışkanlıkları	35.6	22.2	14.4	22.2	5.6
<i>Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler</i>					
Bir mikrop ya da virüs	38.9	28.9	15.6	12.2	4.4
Kalıtsal (ırsi)	31.1	26.7	15.6	18.9	7.8
Yaşlanma	37.8	33.3	8.9	<b>24.4</b>	5.6
<i>Şans Faktörü</i>					
Şans ya da kötü talih	28.9	25.6	13.3	16.7	<b>15.6</b>

(\*)1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum  
4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum  
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

Tablo 10'da hastaların olası hastalık nedenlerinin dağılımına bakıldığında; stres ve endişenin en yüksek puanı aldığı saptandı. "Böyle düşünüyorum" diyenlerde vücut direncinin azalması, kendi davranışı, çevre kirliliği, aile problemleri, yaşlanma, duygusal durum ve aşırı çalışmanın izlediği; "Kesinlikle böyle düşünüyorum" diyenlerde sigara içme, şans ya da kötü talih ve çevre kirliliğinin izlediği görüldü.

Hastalar tarafından kaza ve yaralanmaların hastalık nedeni olarak algılanmadığı saptandı.

#### 6.4. HASTALIK ALGISI VE UMUTSUZLUK DÜZEYİ İLİŞKİSİ

**Tablo 11: Hastaların hastalığa neden olarak gördükleri faktörlere (psikolojik atıflar) göre umutsuzluk puan ortalamalarının karşılaştırılması**

Psikolojik Atıflar Neden	Umutsuzluk Toplamı Ortalama±SS	Gelecek İle İlgili Duygu Ortalama±SS	Motivasyon Kaybı Ortalama±SS	Gelecek İle İlgili Beklenti Ortalama±SS
Stres ya da endişe				
1*	3.50±4.43	0.75±0.95	1.00±1.41	1.50±1.73
2*	2.66±3.42	0.33±1.00	1.55±1.42	0.66±1.11
3*	2.44±5.24	0.66±1.41	1.00±1.93	0.66±1.65
4*	2.75±2.93	0.56±0.92	0.88±1.38	1.06±1.08
5*	6.79±5.10	1.41±1.71	<b>2.45±1.99</b>	<b>2.58±.79</b>
F	<b>4.614</b>	2.201	<b>3.827</b>	<b>3.768</b>
P	<b>.002</b>	.076	<b>.007</b>	<b>.007</b>
Benim tutumum				
1*	3.56±4.73	0.52±1.08	1.30±1.42	1.43±3.02
2*	3.52±4.15	0.64±1.09	1.52±2.00	1.20±1.27
3*	6.13±4.76	<b>1.73±1.66</b>	1.80±1.85	2.26±1.53
4*	2.33±2.76	0.46±1.12	0.66±1.04	1.06±1.00
5*	5.00±3.46	1.33±1.52	2.00±2.64	1.00±1.00
F	1.713	<b>3.041</b>	1.026	1.025
P	.155	<b>.02</b>	.399	.399
Kişilik özelliklerim				
1*	3.71±4.52	0.42±0.95	1.46±1.66	1.67±2.78
2*	2.87±2.80	0.68±1.07	1.06±1.28	1.00±0.96
3*	5.47±5.05	<b>1.52±1.64</b>	1.69±2.03	1.91±1.50
4*	2.66±3.67	0.38±0.84	1.22±1.95	0.72±1.01
5*	4.00±4.24	1.20±1.64	1.20±1.30	1.40±1.51
F	1.413	<b>3.376</b>	.381	1.346
P	.237	<b>.01</b>	.822	.260
Aile problemleri				
1*	3.50±4.27	0.52±1.08	1.42±1.58	1.39±2.46
2*	1.88±1.36	0.27±0.46	0.55±0.78	0.94±0.93
3*	5.50±5.75	<b>1.83±2.22</b>	1.33±1.75	1.83±1.47
4*	4.88±4.76	1.20±1.41	1.76±2.14	1.64±1.49
5*	7.33±5.68	1.66±1.52	3.00±2.64	1.66±2.08
F	2.195	<b>3.480</b>	2.075	.441
P	.076	<b>.01</b>	.091	.778
Aşırı çalışma				
1*	4.44±4.75	0.62±1.26	1.93±1.75	1.62±2.78
2*	2.54±3.26	0.45±0.67	0.86±1.64	1.09±1.19
3*	1.91±1.56	0.50±0.79	0.58±0.51	0.75±0.96
4*	4.27±4.16	1.22±1.57	1.22±1.47	1.54±1.33
5*	<b>8.40±6.84</b>	<b>2.00±2.00</b>	<b>3.20±3.03</b>	2.60±1.51
F	<b>2.962</b>	<b>2.607</b>	<b>3.667</b>	1.137
P	<b>.02</b>	<b>.04</b>	<b>.008</b>	.345

(\*)1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum  
4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum  
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

“Stres ya da endişeyi” hastalığının nedeni olarak kesinlikle böyle düşünen hastaların motivasyon kaybı puanlarının kararsız olan ve böyle düşünen hastalara göre, gelecekle ilgili beklenti puanlarının kesinlikle böyle düşünen hastaların böyle düşünmeyen, kararsız olan, böyle düşünen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu saptandı. “Kendi tutumunu” hastalığının nedeni olarak kararsız olan hastaların gelecekle ilgili duygu puanlarının kesinlikle böyle düşünmeyen, böyle düşünmeyen ve böyle düşünen hastalara göre farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. “Kişisel özelliklerini” hastalığının nedeni olarak kararsız olan hastaların gelecekle ilgili duygu puanlarının kesinlikle böyle düşünmeyen, böyle düşünmeyen ve böyle düşünen hastalara göre farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. “Aile problemlerini” hastalığının nedeni olarak kararsız olan hastaların gelecekle ilgili duygu puanlarının kesinlikle böyle düşünmeyen ve böyle düşünmeyen hastalara göre farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. “Aşırı çalışma”yı hastalığının nedeni olarak kesinlikle düşünen hastaların böyle düşünmeyen, kararsız olan ve böyle düşünen hastaların toplam umutsuzluk puanı, gelecek ile ilgili duygular ve motivasyon kaybı alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (Tablo 11).

Tablo 12’ de tablo 11’in devamı olarak diğer hastalık nedenleri ile umutsuzluk düzeyi ve alt boyutlarının puanları verildi. “Alkolü” hastalığının nedeni olarak kesinlikle düşünen hastaların gelecek ile ilgili duygu puanlarının kesinlikle böyle düşünmeyen, böyle düşünmeyen ve kararsız olanlara göre daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. “Sigarayı” hastalığının nedeni olarak düşünen hastaların kesinlikle böyle düşünmeyen ve böyle düşünmeyen hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. “Diyet ve yemek alışkanlıklarını” hastalığının nedeni olarak kesinlikle düşünen hastaların gelecek ile ilgili beklenti puanlarının diğerlerinin tümünden anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı. Hastalığını “bir mikrop ya da virüs” nedeniyle kesinlikle düşünen hastaların motivasyon kaybı puanının diğerlerinin tümünden anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı.

**Tablo 12: Hastaların hastalığa neden olarak gördükleri faktörlere (risk faktörleri) göre umutsuzluk puan ortalamalarının karşılaştırılması**

Risk Faktörleri Neden	Umut Toplamı Ortalama±SS	Gelecek İle İlgili Duygu Ortalama±SS	Motivasyon Kaybı Ortalama±SS	Gelecek İle İlgili Beklenti Ortalama±SS
Alkol				
1*	4.05±4.37	0.68±1.14	1.47±1.83	1.64±2.23
2*	2.47±3.13	0.39±0.83	1.04±1.26	0.86±1.05
3*	1.00±0.00	0.00±0.00	1.00±0.00	0.00±0.00
4*	5.00±4.56	1.87±1.55	1.00±1.51	1.75±1.48
5*	6.33±6.40	<b>2.00±2.19</b>	2.66±2.58	1.50±1.76
F	1.522	<b>4.143</b>	1.209	1.012
P	.203	<b>.004</b>	.313	.406
Sigara içme				
1*	3.54±4.03	0.48±1.09	1.22±1.45	1.64±2.56
2*	2.44±3.23	0.27±0.57	1.11±1.74	0.88±1.18
3*	3.00±2.87	0.62±0.91	1.00±1.30	1.25±1.38
4*	4.83±4.36	<b>1.50±1.42</b>	1.44±1.68	1.44±1.38
5*	5.26±5.94	1.26±1.75	2.20±2.36	1.60±1.80
F	1.261	<b>3.465</b>	1.116	.501
P	.292	<b>.01</b>	.354	.735
Diyet yemek alışkanlıkları				
1*	4.25±4.73	0.87±1.51	1.84±2.03	1.37±1.47
2*	3.30±3.54	0.80±1.10	1.10±1.68	1.20±1.15
3*	3.53±4.82	1.00±1.52	1.00±1.58	1.23±1.53
4*	3.35±3.16	0.60±0.94	1.25±1.40	1.15±1.30
5*	5.80±6.97	0.40±0.89	1.20±1.30	<b>4.00±5.70</b>
F	.483	.341	.896	<b>2.175</b>
P	.748	.850	.470	<b>.03</b>
Bir mikrop ya da virüs				
1*	4.28±4.47	0.94±1.47	1.74±1.86	1.28±1.44
2*	2.50±3.17	0.61±0.98	0.65±1.23	1.11±1.21
3*	4.00±5.24	0.57±1.01	1.21±1.88	2.07±3.64
4*	4.54±5.18	1.18±1.66	1.45±1.57	1.45±1.69
5*	5.75±0.50	0.25±0.50	3.50±1.00	2.00±0.00
F	1.008	.780	<b>3.384</b>	.710
P	.408	.541	<b>.01</b>	.587

(\*)1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

**Tablo 13: Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutları ile Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları arasındaki ilişki**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1-Hastalık Belirtisi											
2-Süre (akut/kronik)	,175										
3-Sonuçlar	<b>,237*</b>	<b>,312**</b>									
4-Kişisel Kontrol	,014	-,180	-,037								
5-Tedavi Kontrol	-,002	<b>-,335**</b>	-,104	<b>,289**</b>							
6-Hastalığı Anlama	-,176	-,032	-,093	,117	,066						
7-Süre (döngüsel)	<b>,289**</b>	,117	<b>,219*</b>	-,101	-,172	,147					
8-Duygusal Temsiller	,132	<b>,263*</b>	<b>,488**</b>	-,163	-,088	-,079	<b>,221*</b>				
9-Beck Umutsuzluk Toplam	-,053	<b>,298**</b>	,171	<b>-,362**</b>	<b>-,319**</b>	-,040	,041	<b>,301**</b>			
10-Gelecekle İlgili Duygular	,000	<b>,295**</b>	,147	<b>-,322**</b>	-,147	,002	,076	,193	<b>,784**</b>		
11-Motivasyon Kaybı	-,110	,150	,035	<b>-,315**</b>	<b>-,263*</b>	,085	-,034	,131	<b>,858**</b>	<b>,591**</b>	
12-Gelecekle İlgili Beklentiler	,017	<b>,350**</b>	<b>,237*</b>	<b>-,280**</b>	<b>-,372**</b>	-,134	,097	<b>,375**</b>	<b>,813**</b>	<b>,450**</b>	<b>,515**</b>

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

Tablo 13’de HAÖ alt boyutları ile BUÖ puanları arasındaki ilişki verildi. BUÖ toplam puanı ile HAÖ kişisel ve tedavi kontrolü boyutu arasında negatif, süre ve duygusal temsiller arasında pozitif ilişki saptandı. Kişisel ve tedavi kontrolü azaldıkça, hastalık süresi kronikleştikçe, duygusal etki artıkça umutsuzluk puanının arttığı görüldü. BUÖ gelecekle ilgili duygular alt boyutunun kişisel kontrol boyutuyla negatif, süre boyutuyla pozitif ilişkili olduğu, motivasyon kaybı boyutunun kişisel kontrol ve tedavi kontrolü ile negatif ilişkili olduğu saptandı. Gelecekle ilgili beklentiler boyutunun da, süre, sonuçlar, duygusal temsiller ile pozitif, kişisel ve tedavi kontrolü ile negatif ilişkili olduğu bulundu. BUÖ alt boyutları arasında güçlü pozitif ilişki saptandı. HAÖ alt boyutları karşılaştırıldığında; sonuçlarla hastalık belirtisi ve süre arasında pozitif ilişki bulundu. Hastalık belirtisi arttıkça ve süre kronikleştikçe hastalığın negatif sonuçlarının arttığı görüldü. Tedavi kontrolü ile süre arasında negatif, kişisel kontrol arasında pozitif ilişki saptandı. Hastaların tedavi kontrolü arttıkça kişisel kontrolünün arttığı ve süre kronikleştikçe tedavi kontrolü azaldığı saptandı. Hastalığın döngüsel seyri ile hastalık belirtisi ve sonuçlar arasında pozitif ilişki saptandı. Döngüsel seyir arttıkça hastalık belirtisi ve sonuçlar da artıyor. Duygusal temsiller ile süre (akut-kronik-döngüsel) ve sonuçlar arasında pozitif ilişki saptandı.



## 7. TARTIŞMA

Kanser hastalarında, hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular dört ana başlıkta incelendi ve literatür doğrultusunda tartışıldı.

7.1.Hastaların bireysel özellikleri, tanı ve tedavilerine ilişkin bilgilerinin tartışılması,

7.2.Beck umutsuzluk ölçeği ile ilgili bulguların tartışılması,

7.3.Hastalık algısı ölçeği ile ilgili bulguların tartışılması,

7.4.Hastalık algısı ile umutsuzluk düzeyi ilişkisinin tartışılması.

### 7.1. HASTALARIN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ, TANI VE TEDAVİLERİNE İLİŞKİN BİLGİLERİNİN TARTIŞILMASI.

Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğu kadın ve yaş ortalaması  $50.33 \pm 9.6$  dır. Kanser hastaları ile ilgili yapılan benzer çalışmalarda kadınların oranının yüksek olduğu görülmektedir (16, 17, 26, 27). Çalışmada kadın sayısının yüksek olmasında, meme ve over kanseri hasta sayısının rol oynadığı düşünülmektedir.

Hastaların çoğunluğu üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde ve evlidir. %58.9'u çalışmamaktadır, çoğunluğunun gelir durumu iyidir ve sosyal güvencesi vardır. Candela G. ve Marin Cora M.M. (11) çalışmalarında hastaların %63'ünün çalışmadığını saptaması bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Samur ve arkadaşlarının (48) çalışmasında hastaların ekonomik durumunun benzer şekilde iyi olduğu saptanmıştır. Armay ve arkadaşlarının (5) 203 hasta ile yaptığı çalışmada %23.7'si üniversite ve üzeri eğitim almış olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada hastaların eğitim ve sosyoekonomik düzeylerinin yüksek bulunması, örneklemin özel bir hastaneden seçilmesi ile ilişkilendirilebilir.

Hastaların çoğunluğunun meme kanseri tanısı aldığı görülmektedir. Meme kanserinin kanser türleri içerisinde en sık görülen tür olması nedeniyle bu beklenen bir sonuçtur (31).

Hastaların çoğunluğunun hastalıkları hakkında bilgileri vardır ve bu bilginin doktor tarafından verildiğini belirtmişlerdir. Samur ve arkadaşlarının (48) kanser hastaları ve hekimlerle yaptığı "Kanser tanısı almış hastaların bilgilendirilme durumu" isimli çalışmada; 82 hastanın 52'sinin hastalığı ve tedavisi hakkında bilgi sahibi

olmadığı görülmüş ve hekimlerin hastaları bilgilendirme oranı %22 bulunmuştur. Bu çalışmada bilgilendirmenin yüksek olması sevindirici bir bulgudur. Bilgilendirmenin ve iletişimin erken teşhis, tedavi kararları ve hastalık sonuçlarında doğrudan rol oynadığı bildirilmektedir (50, 51).

Meme, kolon, akciğer ve over kanseri tedavisinde cerrahi tedaviyi takiben adjuvan kemoterapi verilmektedir (52). Hastaların %58.9'unun ilk kemoterapi almalarından bu yana geçen sürenin 4 ay ve üzeri olduğu saptandı. Bu bulgu çalışmanın, metastatik kanser hastalığı olmayan kanser hastalarının da umut düzeylerinin belirlenmesi amacıyla uygundur.

Hastaların çoğunluğu kemoterapiye bağlı yan etki yaşamaktadır ve yan etkiyi azaltmak için doktor veya hemşireyi aramaktadır. Hastaların %87.8'i kemoterapi ilaçları ile ilgili bilgi sahibi olduğu, ilaçların kullanım bilgisini %67.8'i doktordan, %21.1'i hemşireden aldığını bildirdi. Kanser bakımı multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirir ve onkoloji hemşiresi kanser bakımının önemli ve bütünleyici bir elemanıdır (33). Onkoloji hemşirelerinin eğitim ile ilgili rol ve işlevleri, sorumlulukları, ilgili ulusal ve uluslararası yönetmelik ve standartlarda belirtilmektedir (33, 51). Amerika Birleşik Devletleri Onkoloji Hemşireleri Derneği ve Amerikan Hemşireler Birliği standartlarında onkoloji hemşiresinin hasta ve ailesinin kanserle ilgili eğitiminden sorumlu olduğu belirtilmektedir (20, 53). Türkiye'de ise, 2007 yılında hemşirelik yasasında yapılan değişiklikler doğrultusunda hazırlanan hemşirelik hizmetleri yönetmelik taslağında kemoterapi ünitesinde çalışan hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları arasında hasta eğitimi olduğu görülmektedir (28). Çalışmanın yapıldığı üniteye hastaların hemşirelerini arama oranı hasta eğitimine verilen önemi, doktor ve hemşiresine olan güveni göstermektedir.

Hastaların %98.9'u kemoterapinin hastalığını iyileştireceğine inanmaktadır. Balkanlı ve arkadaşlarının (6) 43 hasta ile yaptıkları çalışmada tedavinin hastalığını iyileştireceğine inanmalarını %90.7 bulması çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların çoğunluğu evde ilaçlarını kendileri almaktadır. Evde herhangi bir sorun yaşadığında %65.6'sının doktoru, %24.4'ünün hemşireyi aradığı saptandı. Çalışmanın yapıldığı üniteye hastalar doktor ve hemşirelerine 24 saat ulaşabildikleri gibi, hemşireler tarafından da periyodik olarak aranmaktadır. Hasta güvenliği ve tedavi devamlılığı için bunun önemli olduğu düşünülmektedir.

Hastaların tanılarına göre bireysel özelliklerinin dağılımına bakıldığında; meme kanseri olan hastaların çoğunluğunun kadın, üniversite ve üzeri eğitim mezunu, evli olduğu ve çalışmadığı; akciğer kanseri olan hastaların; çoğunluğunun erkek, lise mezunu, evli olduğu ve çalıştığı; kolon kanseri olan hastaların; çoğunluğu erkek, üniversite ve üzeri mezunu, evli olduğu ve çalışmadığı; over kanseri olan hastaların; çoğunluğunun lise mezunu, evli olduğu ve çalışmadığı görüldü. Kanser tanılarına göre yapılan çalışmalarda benzer bireysel özellikler görülmüştür (1, 4, 8, 25, 35, 39, 55).

Hastaların cinsiyetlerinde ve yaş ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ( $p<0.001$ ). Meme kanseri hastalarının yaş ortalamasının diğerlerine göre daha düşük olması, meme kanserinin 30 yaşından önce nadir olup, üremenin aktif olduğu yıllarda hızlı bir tırmanış göstermesi ile (39, 43); örneklemimizde kadınların daha fazla olması kadınlarda daha çok görülen meme ve over kanserli hastaların bulunması ile ilişkilendirilebilir.

## **7.2. BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI.**

Umudun kaynağı inanç ve bilgidir. Bireyin kendisini güvende hissetmesi ve gerçekle ilişki kurmasını sağlar (9, 22). Umut, bireyin içindeki motivasyonu cesaretlendiren önemli bir etkidir ve hastalık durumunda karamsarlık, çaresizlik duygularını önler. Kanserli hastaların hastalıklarına ve tedaviye uyumunda umudun önemli bir yeri vardır (3). Ülkemizde kanser hastalarında umutsuzluğu etkileyen faktörleri inceleyen çok az çalışma bulunmaktadır.

Bu çalışmada Beck umutsuzluk ölçeği toplam puan ortalaması  $3.82\pm 4.28$  olarak saptandı. Durak'ın sağlıklı genç ve yetişkinlerle yaptığı çalışmada (21) BUÖ toplam puan, kadınlarda  $3.69\pm 4.01$ , erkeklerde  $4.60\pm 4.36$  bulunmuş; Karabulutlu ve Tan'ın (32) kanser tanısından bu yana en az 4 ay geçmiş hastalarla yaptığı çalışmada BUÖ puan ortalaması  $6.5\pm 3.6$ . Yıldırım ve arkadaşlarının (55) metastatik ve terminal dönem kanser hastalığı olmayan hastalarla yaptığı çalışmada ise  $5.20\pm 4.39$  ve Fadilloğlu ve Yıldırım'ın çalışmasında (25) BUÖ puanı  $4.57\pm 3.69$  olarak bulunmuştur. Çalışmada BUÖ puanının benzer çalışmalara göre düşük olması, hastaların umut düzeylerinin daha iyi olduğunu göstermektedir. Çalışma örneğine metastatik

olmayan ve erken evre kanser hastalarının alınmış olması, hastaların kemoterapi almaları, tedaviye inanmaları ve bilgilendirilmelerinin umut düzeyinin düşük olmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Umutsuzluk ölçeğinin alt boyutlarına bakıldığında, gelecekle ilgili duyguların puan ortalaması  $0.78 \pm 1.27$ , motivasyon kaybı puan ortalaması  $1.38 \pm 1.73$ , gelecekle ilgili beklentiler puan ortalaması  $1.41 \pm 1.89$  bulundu. Durak'ın sağlıklı genç ve yetişkinler üzerinde yaptığı çalışmasında (21) BUÖ toplam puan, kadınlarda  $3.69 \pm 4.01$ , erkeklerde  $4.60 \pm 4.36$  bulunmuştur. Durak'ın (21) "gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler" puanı kadınlarda  $0.62 \pm 1.13$ , erkeklerde  $0.85 \pm 1.31$ , "motivasyon kaybı" puanı kadınlarda  $1.71 \pm 1.70$ ; erkeklerde 2.10 olarak bulunmuştur.

Cinsiyete göre bakıldığında; BUÖ toplam ve alt boyut puanlarının erkeklerde daha yüksek olduğu ancak, sadece gelecekle ilgili duygular alt boyutu puanındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p=0.002$ ). Durak ve Palabıyık'ın (22) çalışmasında cinsiyet değişkeni açısından BUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

Dedeli ve arkadaşları (18) kanserli kadın hastaların hasta olsalar bile geleneksel rolü gereği evdeki bazı sorumluluklarını sürdürmekte ve eşlerin çok fazla rol değişikliği yaşamadığı bildirmiştir. Bu çalışmada kültürel sebeplerle erkeklerin rol ve sorumluluklarını devam ettirememeye kaygısının ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Hastaların diğer bireysel özellikleri açısından bakıldığında; medeni duruma, eğitim durumuna, çalışma durumuna, mesleğe, sosyal güvenceye ve hastanın gelir düzeyine göre fark olmadığı bulundu. Yıldırım ve arkadaşlarının (55) çalışmalarında yaş, cinsiyet, evlilik durumu, eğitim seviyesi, gelir düzeyi veya hastalığın süresine bağlı olarak bir fark bulmaması bu çalışma ile uyum göstermektedir.

Hastaların kemoterapi süresine, yan etki yaşama durumuna göre umutsuzluk düzeyinin değişmediği belirlendi.

### **7.3. HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI.**

Hastalık algısı; birey tarafından hastalık deneyimlerinin nasıl tanımlandığı ve anlaşıldığıdır. Ortaya çıkan psikopatoloji hastalık ve tedaviye uyumda büyük rol

oyunmaktadır (5). Son yıllarda sağlık psikolojisi alanında üzerinde en fazla durulan ve araştırma yapılan konulardan biridir. Ülkemizde kanser hastalarının hastalık algısına yönelik üç çalışmaya (5, 6, 10), tüberküloz hastalarının hastalık algısına yönelik bir çalışmaya (14) rastlanmıştır.

Bu çalışmada hastaların hastalığının başlangıcından bu yana en sık yaşadığı belirtilerin; yorgunluk, güç kaybı, ağrı, bulantı, uyku güçlüğü, mide yakınması, sersemlik hissi ve baş ağrısı olduğu bildirildi. Bu belirtilerin hastalığı ile ilgili olup olmadığı sorulduğunda ilk beş sırada; yorgunluk, ağrı, güç kaybı, bulantı ve kilo kaybı yanıtı alındı. Balkanlı ve arkadaşları (6) hastalıkla ilgili belirtiler olarak ilk sıralarda kilo kaybı, baş ağrısı, mide ağrısı, hırıltılı soluma, uykusuzluk ve yorgunluğu saptamıştır. Çevik ve arkadaşları (14) tüberkülozlu hastalarla yaptığı çalışmada; hastaların yaşadıkları belirtilerin hastalıkları ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada hastalarda sıklıkla karşılaşılan; yorgunluk, ağrı, güç kaybı, bulantı ve kilo kaybı gibi belirtilerin daha çok tedavinin yan etkileri ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Can ve arkadaşlarının kanser hastaları ile yaptığı çalışmada kemoterapi gören hastaların yorgunluk düzeyini yüksek olması düşüncemizi desteklemektedir (12).

Hastaların tanılarına göre hastalık algısı ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; hastalık belirtisi boyutunda en çok akciğer kanseri tanısı olan hastaların hastalığa eşlik eden belirti sayısının yüksek olduğuna, hastalığı kronik olarak gördüklerine ve hastalığın negatif sonuçları olduğuna dair inanca sahip oldukları saptandı. Armay ve arkadaşlarının (5) çalışmasında HAÖ alt boyutlarının puanlarına bakıldığında; süre, sonuç, kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve duygusal temsiller puanlarının bu çalışmanın sonuçlarına yakın olduğu bulunmuştur (5). Scharloo ve arkadaşları (49) akciğer hastalığı ile diğer kronik hastalıkları olan hastaların hastalık algısını karşılaştırdıkları çalışmada kronik akciğer hastalarının daha az güçlü duygusal temsillere sahip oldukları, hastalığın kötü sonuçlanacağına inandıkları belirlenmiştir. Kişisel kontrol ve tedaviyi kontrol edebildikleri hakkında pozitif inanca sahip olan hastaların tanısına bakıldığında; birbirine çok yakın olmakla birlikte kişisel kontrol puanı en yüksek olanların kolon kanserli hastalar, tedavi kontrolü puanı en yüksek olanların meme kanserli ve kolon kanserli hastalar olduğu saptandı. Hastalığın sonuçlarını olumsuz algılama azaldıkça süre hakkındaki olumsuz inançlarda azalırken,

tedavi kontrolü artmaktadır. Hastalık algısının baş etme, tıbbi tedavi kullanımı ve tedavi etkilerini değerlendirme ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (37).

Hastaların hastalık algısını etkileyen faktörlere bakıldığında, yaş ile süre (akut/kronik) arasında pozitif bir ilişki olduğu, kişisel ve tedavi kontrolü ile negatif ilişki olduğu saptandı. Hastanın yaşı arttıkça hastalık süresinin kronik olarak algılandığı, kişisel ve tedavi kontrolünün azaldığı görüldü. Bu çalışmada genç yaştaki hastaların hastalık süresini akut, ileri yaştaki hastaların ise kronik olarak algılamaları kültürümüzde ileri yaşlarda kronik hastalıkların ortaya çıkmasının doğal görülmesi ile açıklanabilir.

Eğitim durumu ve mesleği ile HAÖ alt boyut puanları karşılaştırıldığında; üniversite ve üzeri mezunu olanların kişisel kontrol puanlarının, ev hanımı olan hastaların duygusal temsiller puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Hastaların eğitim seviyesi arttıkça hastalığın seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algılarının arttığı; ev hanımlarının hastalığı ile ilgili duyguları üzerine daha çok odaklandığı, çalışan hastaların sosyal yaşam içinde olmaları nedeniyle kendilerini ifade etme ve dikkatlerini farklı alanlara yönlendirme fırsatlarının daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Hastaların olası hastalık nedenlerinin dağılımına bakıldığında; stres ve endişenin en yüksek puanı aldığı saptandı. Bunu “Böyle düşünüyorum” diyenlerde vücut direncinin azalması, kendi davranışı, çevre kirliliği, aile problemleri, yaşlanma, duygusal durum ve aşırı çalışmanın izlediği; “Kesinlikle böyle düşünüyorum” diyenlerde sigara içme, şans ya da kötü talih ve çevre kirliliğinin izlediği görüldü. Hastalar tarafından kaza ve yaralanmaların hastalık nedeni olarak algılanmadığı saptandı. Hastaların hastalık nedeni olarak daha çok duygusal zorlanmaları, zararlı alışkanlıkları, dışsal faktörleri (kader, şans) ve çevre kirliliğini düşündükleri görülmektedir.

#### **7.4. HASTALIK ALGISI İLE UMUTSUZLUK İLİŞKİSİNİN TARTIŞILMASI**

Hastalık nedenleri ile umutsuzluk düzeyi ve alt boyutlarının puanlarına bakıldığında; “Stres ya da endişeyi” hastalığının nedeni olarak kesinlikle böyle düşünen hastaların, motivasyon kaybı puanlarının, gelecekle ilgili beklenti puanlarının böyle

düşünmeyen, kararsız olan, böyle düşünen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu saptandı. “Kendi tutumunu”, “Kişisel özelliklerini”, “Aile problemlerini” hastalığının nedeni olarak gören kararsız hastaların gelecekle ilgili duygu puanlarının kesinlikle böyle düşünmeyen, böyle düşünmeyen ve böyle düşünen hastalara göre farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. “Aşırı çalışma”yı hastalığının nedeni olarak kesinlikle düşünen hastaların böyle düşünmeyen, kararsız olan ve böyle düşünen hastaların toplam umutsuzluk puanı, gelecek ile ilgili duygular ve motivasyon kaybı alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Balkanlı ve arkadaşları (6) hastalık nedenleri arasında en sık olarak; stres, olumsuz düşünceler, kötü talih ve çevre kirliliğini belirtmişlerdir. Bu çalışmada hastalık nedeni olarak stresin, kendi tutumlarının, aile problemlerinin ve aşırı çalışmanın neden olarak gösterilmesi, hastaların kendilerini ihmal ettiği, bedenlerine iyi bakmadığı şeklinde kendini suçlama olduğu düşünülmektedir.

“Alkolü” ve “Sigarayı” hastalığının nedeni olarak kesinlikle düşünen hastaların gelecek ile ilgili duygu puanlarının kesinlikle böyle düşünmeyen, böyle düşünmeyen ve kararsız olanlara göre daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. “Diyet ve yemek alışkanlıklarını” hastalığının nedeni olarak kesinlikle düşünen hastaların gelecek ile ilgili beklenti puanlarının diğerlerinin tümünden anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı. Hastalığını “bir mikrop ya da virüs” nedeniyle kesinlikle düşünen hastaların motivasyon kaybı puanının diğerlerinin tümünden anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı.

Hastaların hastalık nedeni olarak alkol ve sigara kullanmayı, diyet ve yemek alışkanlıklarını, mikrop ya da virüsü görmelerinde, yazılı ve görsel basında bu konuda yapılan bilgilendirmelerin etkili olduğu düşünülmektedir. Hastalık algısı ölçeğinin alt boyutları ile Beck umutsuzluk ölçeği puanları arasındaki ilişkiye bakıldı. Beck umutsuzluk toplam puanı ile hastalık algısı ölçeğinin kişisel ve tedavi kontrolü boyutu arasında negatif, süre ve duygusal temsiller arasında pozitif ilişki saptandı. Kişisel ve tedavi kontrolü azaldıkça, hastalık süresi kronikleştikçe, duygusal etki artıkça umutsuzluk puanının arttığı görüldü. Beck umutsuzluk ölçeğinin gelecekle ilgili duygular alt boyutunun kişisel kontrol boyutuyla negatif, süre boyutuyla pozitif ilişkili olduğu, motivasyon kaybı boyutunun kişisel kontrol ve tedavi kontrolü ile negatif

ilişkili olduğu saptandı. Gelecekle ilgili beklentiler boyutunun da, süre, sonuçlar, duygusal temsiller ile pozitif, kişisel ve tedavi kontrolü ile negatif ilişkili olduğu bulundu. Beck umutsuzluk ölçeğinin alt boyutları arasında güçlü pozitif ilişki saptandı.

Hastalık algısı ölçeği alt boyutları karşılaştırıldığında; sonuçlarla hastalık belirtisi ve süre arasında pozitif ilişki bulundu. Hastalık belirtisi arttıkça ve süre kronikleştikçe hastalığın negatif sonuçlarının arttığı görüldü. Tedavi kontrolü ile süre arasında negatif, kişisel kontrol arasında pozitif ilişki saptandı.

Hastaların tedavi kontrolü arttıkça kişisel kontrolünün arttığı ve süre kronikleştikçe tedavi kontrolü azaldığı saptandı. Hastalığın döngüsel seyri ile hastalık belirtisi ve sonuçlar arasında pozitif ilişki saptandı. Döngüsel seyir arttıkça hastalık belirtisi ve sonuçlar da artıyor. Duygusal temsiller ile süre (akut-kronik-döngüsel) ve sonuçlar arasında pozitif ilişki saptandı.

Hastalık Algısı ile umutsuzluk düzeyini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Armay ve arkadaşları (5) HAÖ ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasındaki ilişkiyi araştırmış ve hastalığın akut ve kronik doğası, sonuçları, duygusal temsilleri ve depresyon puanları arasında pozitif; kişisel ve tedavi kontrolü ile depresyon arasında negatif ilişki saptamışlardır.

Hastalarda; umutsuzluk düzeyi arttıkça hastalıkları üzerindeki kişisel ve tedavi kontrollerini kaybettikleri, hastalığı kronik olarak algıladıkları ve hastalıkla ilgili duyguları daha fazla yaşadıkları görülmektedir.

Hastalığını ciddi olarak algılayanların hastalık belirtilerinin daha fazla olduğu ve hastalığı kronik olarak gördükleri, hastalığı kronik olarak algılayanların tedavi kontrolünün azaldığı, tedavi kontrolü ile kişisel kontrolün birbirini etkilediği görülmektedir.



## 8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırma kapsamına alınan hastaların; çoğu kadın, üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde ve evlidir. %58.9'u çalışmamaktadır, çoğunluğunun gelir durumu iyidir ve sosyal güvencesi vardır. Hastaların %42.2'si meme kanseri, %22.2'si akciğer kanseri, %18.9'u kolon kanseri, %16.7'si over kanseridir.

Hastaların çoğunluğunun hastalıkları hakkında bilgileri vardır ve bu bilginin doktor tarafından verildiği saptandı. Hastaların çoğunluğu kemoterapiye bağlı yan etki yaşamaktadır ve yan etkiyi azaltmak için doktor veya hemşireyi aramaktadır. Hastaların çoğunluğunda ilk kemoterapi almalarından bu yana geçen sürenin 4 ay ve üzeri olduğu saptandı.

Hastaların %87.8'i kemoterapi ilaçları ile ilgili bilgi sahibi olduğu, ilaçların kullanım bilgisini %67.8'i doktordan, %21.1'i hemşireden aldığını bildirdi. Hastaların %98.9'u kemoterapinin hastalığını iyileştireceğine inanmaktadır. Hastaların çoğunluğu evde ilaçlarını kendileri almaktadır. Evde herhangi bir sorun yaşadığında %65.6'sının doktoru, %24.4'ünün hemşireyi aradığı saptandı.

Hastaların tanılarına göre bireysel özelliklerinin dağılımına bakıldığında; meme kanseri olan hastaların çoğunluğunun kadın, üniversite ve üzeri eğitim mezunu, evli olduğu ve çalışmadığı; akciğer kanseri olan hastaların; çoğunluğunun erkek, lise mezunu, evli olduğu ve çalıştığı; kolon kanseri olan hastaların; çoğunluğu erkek, üniversite ve üzeri mezunu, evli olduğu ve çalışmadığı; over kanseri olan hastaların; çoğunluğunun lise mezunu, evli olduğu ve çalışmadığı görüldü.

Beck umutsuzluk ölçeği toplam puan ortalaması  $3.82 \pm 4.28$ ; gelecekle ilgili duyguların puan ortalaması  $0.78 \pm 1.27$ ; motivasyon kaybı puan ortalaması  $1.38 \pm 1.73$ ; gelecekle ilgili beklentiler puan ortalaması  $1.41 \pm 1.89$  olarak bulundu.

Cinsiyete göre bakıldığında; BUÖ toplam ve alt boyut puanlarının erkeklerde daha yüksek olduğu ancak, sadece gelecekle ilgili duygular alt boyutu puanındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Hastaların diğer bireysel özellikler açısından bakıldığında; medeni duruma, eğitim durumuna, çalışma durumuna, mesleğe, sosyal güvenceye ve hastanın gelir düzeyine göre fark olmadığı bulundu. Hastaların kemoterapi süresine, yan etki yaşama durumuna göre umutsuzluk düzeyinin değişmediği belirlendi.

Hastaların hastalığının başlangıcından bu yana en sık yaşadığı belirtilerin; en fazla yorgunluk, güç kaybı, ağrı, bulantı, uyku güçlüğü, mide yakınmaları, sersemlik hissi ve baş ağrısı olduğu bildirildi. Bu belirtilerin hastalığı ile ilgili olduğu sorulduğunda ilk beş sırada; yorgunluk, ağrı, güç kaybı, bulantı ve kilo kaybı yanıtı alındı.

Hastaların tanılarına göre hastalık algısı ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; hastalık belirtisi boyutunda en çok akciğer kanseri tanısı olan hastaların hastalığa eşlik eden belirti sayısının yüksek olduğuna, hastalığı kronik olarak gördüklerine ve hastalığın negatif sonuçları olduğuna dair inanca sahip oldukları saptandı.

Kişisel kontrol ve tedaviyi kontrol edebildikleri hakkında pozitif inanca sahip olan hastaların tanısına bakıldığında; birbirine çok yakın olmakla birlikte kişisel kontrol puanı en yüksek olanların kolon kanserli hastalar, tedavi kontrolü puanı en yüksek olanların meme kanserli ve kolon kanserli hastalar olduğu saptandı. Hastalığın sonuçlarını olumsuz algılama azaldıkça süre hakkındaki olumsuz inançlarda azalmakta ve tedavi kontrolü artmaktadır.

Hastaların hastalık algısını etkileyen faktörlere bakıldığında, yaş ile süre (akut/kronik) arasında pozitif bir ilişki olduğu, kişisel ve tedavi kontrolü ile negatif ilişki olduğu saptandı. Hastanın yaşı arttıkça hastalık süresinin kronik olarak algılandığı, kişisel ve tedavi kontrolünün azaldığı görüldü.

Eğitim durumu ve mesleği ile hastalık algısı ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında; üniversite ve üzeri mezunu olanların kişisel kontrol puanlarının, ev hanımı olan hastaların duygusal temsiller puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Hastaların olası hastalık nedenlerinin dağılımına bakıldığında; stres ve endişenin en yüksek puanı aldığı saptandı. “Böyle düşünüyorum” diyenlerde vücut direncinin azalması, kendi davranışı, çevre kirliliği, aile problemleri, yaşlanma, duygusal durum ve aşırı çalışmanın izlediği; “Kesinlikle böyle düşünüyorum” diyenlerde sigara içme, şans ya da kötü talih ve çevre kirliliğinin izlediği görüldü. Hastalar tarafından kaza ve yaralanmaların hastalık nedeni olarak algılanmadığı saptandı.

Hastalık nedenleri ile umutsuzluk düzeyi ve alt boyutlarının puanlarına bakıldığında; “Stres ya da endişeyi” hastalığının nedeni olarak kesinlikle böyle düşünen hastaların, motivasyon kaybı puanlarının, gelecekle ilgili beklenti puanlarının böyle düşünmeyen, kararsız olan, böyle düşünen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu saptandı. “Kendi tutumunu”, “Kişisel özelliklerini”, “Aile problemlerini” hastalığının nedeni olarak gören kararsız hastaların gelecekle ilgili duygu puanlarının kesinlikle böyle düşünmeyen, böyle düşünmeyen ve böyle düşünen hastalara göre farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. “Aşırı çalışma”yı hastalığının nedeni olarak kesinlikle düşünen hastaların böyle düşünmeyen, kararsız olan ve böyle düşünen hastaların toplam umutsuzluk puanı, gelecek ile ilgili duygular ve motivasyon kaybı alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

“Alkolü” ve “Sigarayı” hastalığının nedeni olarak kesinlikle düşünen hastaların gelecek ile ilgili duygu puanlarının kesinlikle böyle düşünmeyen, böyle düşünmeyen ve kararsız olanlara göre daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

“Diyet ve yemek alışkanlıklarını” hastalığının nedeni olarak kesinlikle düşünen hastaların gelecek ile ilgili beklenti puanlarının diğerlerinin tümünden anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı. Hastalığını “bir mikrop ya da virüs” nedeniyle kesinlikle düşünen hastaların motivasyon kaybı puanının diğerlerinin tümünden anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı.

Beck umutsuzluk ölçeği toplam puanı ile hastalık algısı ölçeğinin kişisel ve tedavi kontrolü boyutu arasında negatif, süre ve duygusal temsiller arasında pozitif ilişki saptandı. Kişisel ve tedavi kontrolü azaldıkça, hastalık süresi kronikleştikçe, duygusal etki artıkça umutsuzluk puanının arttığı görüldü.

Beck umutsuzluk ölçeğinin gelecekle ilgili duygular alt boyutunun kişisel kontrol boyutuyla negatif, süre boyutuyla pozitif ilişkili olduğu, motivasyon kaybı boyutunun kişisel kontrol ve tedavi kontrolü ile negatif ilişkili olduğu saptandı. Gelecekle ilgili beklentiler boyutunun da, süre, sonuçlar, duygusal temsiller ile pozitif, kişisel ve tedavi kontrolü ile negatif ilişkili olduğu bulundu. Beck umutsuzluk ölçeğinin alt boyutları arasında güçlü pozitif ilişki saptandı.

Hastalık algısı ölçeği alt boyutları karşılaştırıldığında; sonuçlarla hastalık belirtisi ve süre arasında pozitif ilişki bulundu. Hastalık belirtisi arttıkça ve süre kronikleştikçe hastalığın negatif sonuçlarının arttığı görüldü. Tedavi kontrolü ile süre arasında negatif, kişisel kontrol arasında pozitif ilişki saptandı.

Hastaların tedavi kontrolü arttıkça kişisel kontrolünün arttığı ve süre kronikleştikçe tedavi kontrolü azaldığı saptandı. Hastalığın döngüsel seyri ile hastalık belirtisi ve sonuçlar arasında pozitif ilişki saptandı. Döngüsel seyir arttıkça hastalık belirtisi ve sonuçlar da artıyor. Duygusal temsiller ile süre (akut-kronik-döngüsel) ve sonuçlar arasında pozitif ilişki saptandı.

### ***Bu Sonuçlar Doğrultusunda Öneriler;***

1. Hemşirelik uygulamalarında amaç, bireylerin hastalık deneyimleriyle baş etmelerinde ve yaşantılarından anlam bulmalarında onlara yardım etmektir. Umudu sürdürmek ve umutsuzluktan kaçınmada hasta bireye yardım etmek profesyonel hemşirenin görevidir. Bu nedenle umudu destekleyecek, arttıracak düşünce ve davranış geliştirmeleri konusunda hemşirelik uygulamalarının planlanması ve bu konuda hemşirelere yönelik eğitimlerin düzenlenmesi,

2. Hastaların tanı, tedavi, tedavinin etki ve yan etkileri hakkında bilgilendirilmesi,

3. Daha ileri evre ve metastatik kanser hastalığı olan hastalarda ve farklı kurumlarda hastalığa karşı verilen bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler, umut, umutsuzluk ve hastalık algısı arasındaki ilişkiyi inceleyen benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## EK – 1

### **BİLGİ FORMU**

1. Protokol No:
2. Yaşınız:
3. Cinsiyetiniz:  
 Kadın       Erkek
4. Medeni durumunuz:  
 Evli       Bekar       Dul       Diğer
5. Eğitim Durumunuz:
6. Mesleğiniz:
7. Çalışma Durumunuz:  
 Çalışmıyorum       Çalışıyorum       Diğer
8. Sağlık güvenceniz:  
 Var       Yok
9. Sizce gelir durumunuz:  
 İyi       Orta       Kötü
10. Hastalık tanısı: .....
11. Hastalık hakkında bilginiz var mı?  
 Var       Yok
12. Hastalığınız hakkında bilgiyi kimden aldınız?.....  
 Doktor       Hemşire       Eş/anne-baba       Diğer
13. Kaçınıcı kemoterapi tedavinizi alıyorsunuz? .....ay / yıl
14. İlaçların yan etkilerine bağlı sizi rahatsız eden durumlar yaşadınız mı?  
 Evet       Hayır
15. Yan etki yaşadınız ise ne yaptınız?
16. Kemoterapi ilaçlarının hastalığınızı iyileştireceğine inanıyor musunuz?  
 Evet       Hayır
17. Kullandığınız ilaçlar hakkında bilginiz var mı?  
 Evet       Hayır

**18.**Cevabınız evet ise nereden / kimden bilgi aldınız ?

Doktor     Hemşire     Bilgi almak istemem     Diğer

**19.**Evde kullandığınız ilaçlarınız var mı?

Evet     Hayır

**20.**İlaçlarınızı kullanırken:

Yardımsız alabiliyorum

Yardımla alabiliyorum

Almıyorum

**21.**Evde iken bir sorun yaşadığınızda kime başvuruyorsunuz?

Doktor     Hemşire     Hastaneye gidiyorum     Diğer

**EK- 2**  
**BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ)**

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen herbir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu ( ) işaretleyiniz.

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum	( )	( )
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur	( )	( )
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor	( )	( )
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum	( )	( )
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var	( )	( )
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum	( )	( )
7. Geleceğimi karanlık görüyorum	( )	( )
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum	( )	( )
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok	( )	( )
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı	( )	( )
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor	( )	( )
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum	( )	( )
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	( )	( )
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor	( )	( )
15. Geleceğe büyük inancım var	( )	( )
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur	( )	( )
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi	( )	( )
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor	( )	( )
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum	( )	( )
20. İstedğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim	( )	( )

## EK-3 HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

<b>İsim Soyad:</b>	<b>Çalışma Durumu:</b>
<b>Adres Bilgileri:</b>	<b>Mesleği:</b>
	<b>Yaşı:</b>
<b>Telefon:</b>	<b>Medeni Durum:</b>
<b>Cinsiyet:</b>	<b>Eğitim Durumu:</b>
<b>Tıbbi Tanı/Türü/Evresi:</b>	
<b>Hastalık tanısı konulduktan sonra geçen süre:</b>	

### HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

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

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



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

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

3. Kararsızım

2. Böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

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

## HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

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

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

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtısal (ırsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet –yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

**Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.**

Bana göre hastalığıma yol açan en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

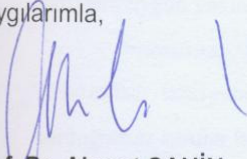
SAYI: 119

17/11/2008

Sayın Ayşin Kayış

"Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri" konulu çalışmanın kurumumuzda yapılmasında herhangi bir idari-etik sakınca görülmemiştir.

Saygılarımla,

  
Prof. Dr. Ahmet ŞAHİN  
Tıbbi Direktör

**EK-5**

## **BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU**

**Sayın KATILIMCI,**

Hastalık deneyimi her kişiye göre farklı yaşanır ve bu farkı yaratan birçok faktör kişinin tepkisinde belirleyici rol oynar.

Kemoterapi alan hastaların; hastalık algısını, umutsuzluk düzeylerini belirlemek, hastaların hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla tanımlayıcı tipte bir çalışma planladık. Bu araştırma sonucunda elde edilen veriler ışığında, hastalara uygun yaklaşımlar geliştirmeyi hedefledik.

Araştırma; yaklaşık olarak, istekli olan 120 katılımcı ile yürütülecektir. Araştırmacı tarafından sizlere toplam 110 sorudan oluşan üç anket sunulacaktır. Size sorduğumuz sorular bu araştırma için bizlere veri sağlayacaktır.

Bu araştırmaya katılmanız veya katılmamanız yapılacak işlemleri etkilemeyecektir.

İstediğiniz anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

Bu çalışma karşılığı sizden ücret talep edilmeyecektir ve araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları atlamadan, samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır. Araştırmaya katıldığınız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Sevim BUZLU

Ayşin KAYIŞ

## ONAM

Sayın Aysin Kayış tarafından Acıbadem Kozyatağı Hastanesi Onkoloji Bölümü'nde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu araştırmaya katılırsam hekim ve hemşire ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ile yaklaşılacağına ve güvenle korunacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden, araştırmacıya bilgi vererek araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için bana bir ödeme yapılmayacaktır.

Yapılacak olan araştırmanın amacı, süresi, yararları, zararları konusunda bilgilendirildim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı olmaksızın büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün Adı-soyadı:

Adresi :

Telefon,fax no :

İmzası :

Açıklamaları yapan araştırmacının:

Adı-soyadı :

İmzası :

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin:

Adı-soyadı :

İmzası :

## 10. KAYNAKLAR

1. Aksoy E, Ata G, Maden E, Toker N, Sevim T. Yediyüz yetmişiki Akciğer Kanseri Olgusunda Cilt Metastazı, Solunum Hastalıkları. 2006,17:55-59.
2. Altınbaş M, Gönül AS, Psiko-onkoloji. Hematoloji-Onkoloji, 2001; 3(3);210-21
3. Aslan Ö. Kanserli Hastalarda Umut. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2007;11(2).
4. Arıkan D, Abalı R. Epitelyal ve Nonepitelyal Malign Over Tümör Olgularında 17 Yıllık Deneyim. İstanbul Tıp Dergisi. 2004;1:9-12.
5. Armay Z., Özkan M., Kocaman N., Özkan S., Hastalık Algısı Ölçeğinin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Klinik Psikiyatri. 2007, 10:192-200.
6. Balkanlı A, Bakar M, Sonyürek N. Gündüz Kemoterapi Ünitesine Gelen Kanser Hastalarında Hastalık Algısı Ölçeğinin Uygulanması, XVIII. Ulusal Kanser Kongresi. 2009; Sözel Bildiriler, Ref. No. S69.
7. Betty R, Ferrell and Nessa Coyle. Hope and Cancer. Textbook of Palliative Nursing. 2007;513-525.
8. Bostancı N. Evre I-II Meme Kanseri Hastalarına Uygulanan Psikoeğitimin Kansere Uyum, Anksiyete, Depresyon ve Duygudurum Profiline Etkisi. Doktora Tezi, Bulgular. 2008;63-65.
9. Ballard A, Gren T, McCaa A, Lonsdon MC. A comparison of the level of hope in patients with newly diagnosed and recurrent cancer. Oncol. Nurses Forum. 1997; 24:899-904.
10. Bayraktar S, Kanser Hastalarında Travma Sonrası Gelişim Olgusunun ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. 2008; 58-60.
11. Candela G, Marin Caro MM. Self-perception of cancer patients on the relationship existing between their nutritional status, their feeding status and their illness. Nutr Hosp. 2008; Sep-Oct; 23(5):477-86.
12. Can G., Durna Z., Aydın A., Assessment of Fatigue and Care Needs of Turkish Women With Breast Cancer. Cancer Nursing, Vol. 27. No.2, 2004, 153-161.
13. Chen M., Pain and Hope in Patients With Cancer, Cancer Nurs. 2003; 26(1):61-67.

14. Çevik Y, Ersoy Özcan B, Çicekoğlu P, Kuzu A, Kocaman Yıldırım N, Ünsal G. Tüberküloz Hastalarının Hastalık Algısı ile Kişilik Özellikleri ve Kontrol Odağı İnançları Arasındaki İlişki. III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı. 2009;154-155.
15. Chu-Hui-Lin Chi. The role of hope in patients with cancer. Oncology Nursing Forum, 2007;
16. Chompion VL, Scott CR. Reliability and Validity of breast cancer screening belief scales in African-American women, Nursing Research. 1997; 46(6):91-98.
17. Darendeliler E, Ağaoğlu F.Y. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi. Ed. Topuz E, Aydın A. ve Dinçer F. Meme Kanseri. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi. 2003; 3-33.
18. Dedeli Ö, Fadilloğlu Ç, Uslu R. Kanseri Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi. 2008; 23(3), 132-139
19. Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk Kavramı. Kriz Dergisi, 1993; 1(3):134-138.
20. Durna Z. İç hastalıkları hemşireliği ve onkoloji. Onkoloji Hemşireliği Sempozyumu-I, Mayıs 2003.
21. Durak A.B. İntihar olasılığı: Yaşamı sürdürme nedenleri, Umutsuzluk ve yalnızlık açısından bir inceleme. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005; 16(1):29-39.
22. Durak A, Palabıyıkoglu R, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Kriz D., 1994; 2(2):311-19.
23. Edward A, Stadtmayer. A Dramatic Story Of Hope and Reality. Journal of Clinical Oncology. 2008; Volume 26, Number 1. January 1.
24. Evangelista LS, Doering LV, Dracup K, Espejo VB. Hope, mood states and quality of life in female heart transplant recipients. J Hearth Lung Transplant 2003; 22, 681-686.
25. Fadilloğlu Ç, Yıldırım K.Y. Meme Kanseri Hastalarında Umutsuzluk Düzeyi ve Baş Etme Davranışları Arasındaki İlişki. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2000;22(2):147-160.
26. Fawzy F.I, Cousins N, Fawzy N, Kemeny M, Elashoff R, Morton D. A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. Changes over time in method of coping and affective disturbance. Archives of General Psychiatry, 1990; 47,720-725.
27. Fawzy F.I, Arndt L.A, Pasnau R.O. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. Archives of General Psychiatry, 1995; 50, 681-689.

28. Hemşirelik Hizmetleri Yönetmelik Taslağı. <http://www.aksaglik.gov.tr/Editör/assets>  
Erişim: 01.06.2009; st:17.02
29. Jenny O’Baugh, Wilkes M, Luke S. Positive attitude in cancer: The nurses perspective. *International Journal of Nursing Practice*. 2008;14:109-114.
30. Johnson BS. The 5 R’s of becoming a psychiatric nurse practitioner: rationale, readying, roles, rules and reality. *J. Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1998;Sep. 36(9):20-4.
31. Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Epidemiyoloji ve Koruma Şubesi. <http://www.saglik.gov.tr/KSDB>. Erişim: 11.03.2009; st:11.41
32. Karabulutlu E, Tan M. Social Support and Hopelessness in Turkish Patients With Cancer, *Cancer Nursing*, 2005; Vol.28, No.3.
33. Kav S. Kanserli hastalarda hemşirelik bakımı; *Onkoloji Hemşireliği*. 2008, [www.ukdk.org/pdf/kitap/36.pdf](http://www.ukdk.org/pdf/kitap/36.pdf). Erişim: 01.06.2009; st: 16.30
34. Kaya H. Hasta ve aile eğitimi. *Onkoloji Hemşireliğinde kanıta dayalı semptom yönetimi*. Ed. Can G. 2007; 255-256.
35. Kaya E. Akciğer Kanseri ile Human Metapneumovirüs İlişiki. *Türk Toraks Dergisi*. Eylül 2007; 8(3), 135-140.
36. Kelleci M. Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:41-47.
37. Kocaman N. Hastalık Algısı Ölçeği’nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenirliliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.2007; 8:271-280.
38. Lilius-Gustavsson M, Julkunen J. Quality of Life in Cancer Patients: The role of optimism, hopelessness and partner support. *Quality of Life Research*.2007;16:75-87.
39. Ly M, Diop S, Baby M, Diop CT, Diallo DA. Breast Cancer: factors influencing the therapeutic itinerary of patients in a medical oncology unit in Bamako (Mali)., *Cancer Practise* 1993;May-Jun;1(1):56-61.
40. Mc Clement SE, Chochinov HM. Hope in advanced cancer patients, *Eur J Cancer*, 2008;10-1016.
41. Mikhail BI, Petro- Nustas WI. Transcultural adaptation of Champions Health Belief Model Scales. *J Nurs Scholarsh*. 2001;33(2):159-65.



42. Nahcivan N. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003;7 (1).
43. Onat H, Başaran M. Meme Kanseri Risk Faktörleri ve Koruma. Ed. Topuz E, Aydın A, Dinçer M. Meme Kanseri. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2003;90-107.
- 44.Özet A. Türkiye’de ve Dünyada Kanseri Epidemiyolojisi. GATA. Ankara.1994.78-79
45. Öz F. Sağlık ve Hastalık. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara. 2004;11-31.
- 46.Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche;İstanbul 1993;103-108
47. Özkan S. Psiko-Onkoloji.Hastalık Algısı ve Kanseri. İstanbul. 2007;59-70.
48. Samur M, Şenler F.Ç, Akbulut H, Pamir A, Arıcan A. Kanseri Tanısı Almış Hastaların Bilgilendirilme Durumu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2000; 53(3):161-166.
49. Scharloo M, Kaptein AA, et all. İllness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, choric obstructive pulmonary disease and psoriasis. J. Psychosom Res 1998; 44: 573-585.
50. Thorne S.E, Hislop Gregory T, Armstrong E, Oglov V. Cancer Care Communication: The power to harm and the power to heal?. Patient Education Counseling 71. 2008;34-38.
51. Thorne S.E, Hislop Gregory T, Armstrong E, Oglov V. Cancer Care Communication: The power to harm and the power to heal?. Patient Education Counseling 71. 2008;38-40.
52. Tranico L, Byers J., Peach A., Nurses Attitudes towards patient and family education:İmplications for clinical nurse specialist, Clinical Nurse Specialist. 1997; 11:2, 77-84.
53. Taşocak G. Hasta Eğitimi. FNHYO Yayını No.9, İstanbul, İ.Ü. Basım ve Yayınevi Müdürlüğü, 2003, 9-13.
54. Veliöğlü P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset Matbaası, İstanbul. 1999, ss.57-58.
55. Yıldırım Y, Sertoş O.O, Uyar M, Fadilloğlu C, Uslu R. Hopelessness in Turkish cancer patients: The relation of hopelessness with psychological and disease-related outcomes. European Journal of Oncology Nursing. 2009; 1-6.

## 11. ÖZGEÇMİŞ

14.06.1969 yılında Balıkesir'in Balya ilçesinde doğdu. İlk, Orta Öğrenimini Eskişehir'de, lise ve Üniversite eğitimini Ankara'da tamamladı.

5 haziran 1991 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulundan mezun oldu. 1991-1997 yılları arasında Ankara Başkent Üniversitesi Transplantasyon ünitesinde hemşire olarak, 1997-2000 yılları arasında ise Ankara Çağ Hastanesinde yönetici hemşire olarak çalıştı. 2000 yılından bu yana da Acıbadem Hastanesinde, genel cerrahi ve koroner yoğun bakım ünitelerinde yönetici hemşire olarak çalıştı ve beş yıldır Onkoloji bölümünde, Onkoloji Vaka Yönetici Hemşiresi olarak Acıbadem Kozyatağı Hastanesinde çalışmaktadır.

Mezuniyetimden bu yana yurt içi ve yurt dışı 37 kongre, seminer ve konferansa katıldı. Bu kongre, seminer ve konferanslarda 8 poster, 6 sözlü bildiri sunumu yaptı ve iki kez panelist olarak katılımları oldu. Ayrıca "Kanıt Dayalı Hemşirelik-Onkoloji Hemşireliği Konsensus " kitabının "Anoreksi" bölümünü, "Kemoterapi Hemşireliği" kurs kitabının "Alternatif ve Komplemanter Tedaviler" bölümünü yazarak katkıda bulundu.

Onkoloji Hemşireliği Derneği ile Sağlık Bakanlığının ortak düzenlediği, yılda 4 kez yapılan "Kemoterapi Hemşireliği Kursu"nda eğitici olarak görev almaktadır.

Onkoloji Hemşireliği, Psikiyatri Hemşireliği ve Psikosyal Onkoloji Derneklerine üyedir.