T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS

KANSER HASTALARINDA BİLGİ YÜKÜ İLE KANSERE VERİLEN TEPKİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

BURAK ÇELİK

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ SEVİL YILMAZ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI

İSTANBUL-2022

TEZ ONAYI

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

Bu çalışma 07.04.2022 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Dr.Öğr.Üyesi Sevil Yılmaz
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Leyla Küçük
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Semra Karaca
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

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

BURAK ÇELİK

(İmza)

İTHAF

Tezimi her zaman benim yanımda olan annem ve babama ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın bütün aşamalarında deneyim ve bilgi birikimini benimle paylaşan, tecrübesiyle desteğini hissettiren ve bana rehberlik yapan değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Sevil Yılmaz'a,

Ders döneminde ve okulun tüm aşamalarında destek, tecrübe ve bilgilerini sonuna kadar paylaşan başta Prof. Dr. Sevim Buzlu olmak üzere; Prof. Dr. Fatma Yasemin Kutlu, Prof. Leyla Küçük, Prof. Dr. Hülya Bilgin, Dr. Öğr. Üyesi Özge Sükut'a,

Çalışmamı sürdürmede yardımlarını esirgemeyen Sultan 2. Abdülhamid Han EAH Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde çalışan hemşire arkadaşlarıma,

Çalışma sürecinin her adımında destek olan, tecrübelerini ve deneyimlerini paylaşan hem ablalık yapıp hem de meslektaşım olan Hemşire Nefise Gökmen ve Zekiye Yaşar başta olmak üzere tüm Hematoloji Servisi hemşire arkadaşlarıma,

Değerli katılımlarıyla çalışmaya katkıda bulunan tüm hastalara,

Hayatımın her aşamasında benimle birlikte olan ve beni her zaman destekleyen aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... İX
ÖZET X
ABSTRACT ..... Xİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
1.1. Problemin Tanımı 1
1.2. Araştırmanın Amacı 2
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Kanserin Tanımı ve Epidemiyolojisi 3
2.2. Kanserin Etiyolojisi 3
2.3. Dünyada Kanser 4
2.4. Türkiyede Kanser 5
2.5. Kanser Bilgi Yükü 6
2.6. Kansere Tepki Tarzı 8
2.7. Kanser Hastaları ve KLP Hemşireliği 12
3. GEREÇ VE YÖNTEM 12
3.1. Araştırmanı Tasarımı 14
3.2. Araştırmanın Değişkenleri 14
3.2.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri 14
3.2.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri 14
3.3. Araştırma Soruları 14
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 14
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 15
3.6. Veri Toplama Araçları 16
3.6.1. Bilgi Formu 16

3.6.2. Kanser Bilgi Yükü Ölçeği (KBYÖ) 16
3.6.3. Kansere Tepki Tarzı Ölçeği (KTTÖ) 17
3.7. Veri Toplama Süreci 18
3.8. Araştırmanın Etik Yönü 18
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 19
3.10. Veri Analizi 19
4. BULGULAR 20
4.1. Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 21
4.2. Kanser Hastalarının KBYÖ ve KTTÖ Puanlarına İlişkin Bulgular 23
4.3. Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kanser Bilgi Yükü Arasındaki Farka İlişkin Bulgular 24
4.4. Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kansere Tepki Tarzı Arasındaki Farka İlişkin Bulgular 26
4.5. Kanser Hastalarının Kanser Bilgi Yükü ile Kansere Tepki Tarzı Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular 30
5. TARTIŞMA 32
5.1. Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleriyle İlgili Bulguların Tartışılması 33
5.2. Kanser Hastalarının Kanser Bilgi Yükü Düzeyi ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 36
5.3. Kanser Hastalarının Kansere Tepki Tarzlarının Tanımlayıcı Özelliklerine göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 39
5.4. Kanser Hastalarının KBYÖ ve KTTÖ Arasındaki Ilişkiye Dair Bulguların Tartışılması 43
6. SONUÇ 45
KAYNAKLAR 48
FORMLAR 59
ETİK KURUL KARARI 68
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 71
ÖZGEÇMİŞ 72

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Kanser Hastalarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=105).....21
Tablo 4-2: Kanser Hastalarının Klinik Özelliklerinin Dağılımı (N=105).....22
Tablo 4-3: Kanser Hastalarının Bilgi Edinme Özelliklerinin Dağılımı (N=105).....23
Tablo 4-4: Kanser Hastalarının KBYÖ ve KTTÖ Puan Dağılımları (N=105).....24
Tablo 4-5: Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kanser Bilgi Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=105).....24
Tablo 4-6: Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ve KTTÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=105).....25
Tablo 4-7: Kanser Hastalarının Kanser Bilgi Yükü Ölçeği ile Kansere Tepki Tarzı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=105).....30

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

GLOBACAN: Global Cancer Observatory

DNA: Deoksiribo Nükleid Asit

AJCC: American Joint Committee on Cancer

IUAC: International Union Against Cancer

IARC: İnternational Agency for Research on Cancer

KBYÖ: Kanser Bilgi Yükü Ölçeği

KTTÖ: Kansere Tepki Tarzı Ölçeği

ANOVA: Analysis of Variance

KLP: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi

ÖZET

Çelik, B. (2022). Kanser Hastalarında Bilgi Yükü ile Kansere Verilen Tepkiler Arasındaki İlişki. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte tasarlanan bu çalışma, kanser hastalarında kanser bilgi yükü ile kansere tepki tarzı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapıldı.

Aralık 2020-Şubat 2021 tarihleri arasında İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesinin ayaktan kemoterapi bölümünde tedavi alan hastalarla (n=105) yürütülen çalışmanın verileri, Bilgi Formu, Kanser Bilgi Yükü Ölçeği (KBYÖ), Kansere Tepki Tarzı Ölçeği (KTTÖ) kullanılarak yüz yüze görüşme yoluyla toplandı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov- Smirnov/ Shapiro-Wilk testi ile incelendi. Veri analizinde t test, ANOVA, Mann Whitney U, Kruskal Wallis-H, Pearson ve Spearman korelasyon analizi ve ikili düzeltmelerde Bonferroni düzeltmesi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık seviyesi için $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Hastaların KBYÖ puan ortalaması 20,01±4,63 ve KTTÖ alt boyut puanı ortalamaları sırasıyla "mücadeleci ruh" 49,40±6,80, "çaresizlik/ümitsizlik" 11,25±3,65, "endişeli bekleyiş" 23,49±3,85, "kaderci" 20,93±3,76 ve "inkâr" 2,17±0,90 olarak bulundu. KBYÖ ile KTTÖ "mücadeleci ruh" alt boyut puanlarıyla anlamlı ve negatif yönde zayıf ilişki ($r=-0,250$, $p=0,010$), "çaresizlik/ümitsizlik" ($r=0,461$, $p=0,010$) ve "kaderci" ($r=0,555$, $p<0,001$) alt boyut puanlarıyla anlamlı ve pozitif yönde orta düzey ilişki bulundu.

Sonuç olarak kanser bilgi yükü arttıkça bireylerin mücadeleci tarzda tepkileri azalmakta, çaresizlik ve kadercilik yönündeki tepkileri ise artmaktadır. Bu nedenle kanser tanısı almış bireylerin hastalığa ilişkin sağlıklı düzeyde bilgiye ulaşmaları açısından sağlık profesyonellerinin hasta eğitiminde bilgi yükü üzerinde durmaları; bilimsel ve doğru bilgi kaynaklarına nasıl ve nereden ulaşacakları ilişkin bilgileri hastalarla paylaşmaları önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Kanser, bilgi yükü, tepki tarzı, psikiyatri hemşireliği

ABSTRACT

Çelik, B. (2022). The Relationship Between Information Overload and Responses to Cancer in Cancer Patients. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Master Thesis. Istanbul.

This descriptive and relationship-seeking study aimed to examine the relationship between cancer information overload and mental adjustment to cancer in cancer patients.

Data of the study conducted with patients (n=105) receiving treatment in the outpatient chemotherapy department of a training and research hospital in Istanbul from December 2020-February 2021, were collected with the Information Form, the Cancer Information Overload Scale (CIO), and the Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC) by face-to-face interview method. The conformity of the variables to the normal distribution was evaluated with the Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk test. T-test, ANOVA, Mann Whitney U, Kruskal Wallis-H, Pearson, and Spearman correlation analysis were used in data analysis and Bonferroni correction was used in pairwise corrections. The statistical significance level was accepted as $p>0.05$.

The patients' CIO mean score was 20.01±4.63, and the MAC subdimension mean scores were determined as 49.40±6.80 for "fighting spirit", as 11.25±3.65 for "helplessness", as 23.49±3.85 for "anxious preoccupation", as 20.93±3.76 for "fatalism", and as 2.17±0.90 for "denial". A significant negative weak relationship was determined between the mean scores of the CIO and the "fighting spirit" subdimension of MAC ($r=-0.250$, $p=0.010$) and a significant positive relationship was found with the subdimensions "helplessness" ($r=0.461$, $p=0.010$) and "fatalism" ($r=0.555$, $p<0.001$).

As a result, as the cancer information overload increases, the fighting reactions of individuals decreases, and their reactions to helplessness and fatalism increase. Therefore, health professionals should focus on information overload in patient education for individuals diagnosed with cancer to reach a healthy level of information about the disease.

Key Words: Cancer, information load, mental adjustment, psychiatric nursing

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı

Kanser, genetik, kimyasallar, zararlı madde alışkanlıkları (sigara, alkol, madde vs.), virüsler, stres, beslenme alışkanlığı vs. nedenlere bağlı ve temel olarak hücrenin DNA'sında hasar meydana gelmesiyle kontrolsüz ve anormal derecede çoğalarak, yüksek mortalite ve morbiditeye sahip bir hastalıktır (Olgun ve Aslan, 2017).

Dünyada 2020 yılında geçen yıla göre 19,3 milyon yeni vakanın eklendiği ve kanser kaynaklı 10 milyon insanın yaşamını yitirdiği bildirilmiştir. Ülkemizde ise aynı yıl içerisinde 233.834 kişiye kanser tanısı koyulmuş ve 126.335 kişi hayatını kaybetmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 verileri incelendiğinde kanserin ölüm sebebi olarak dünyada ve ülkemizde kardiyovasküler sistem hastalıklarından sonra ikinci sırada gelmektedir (GLOBACAN, 2020; TÜİK, 2019).

Kanser hastalığının ismi bile korku, kaygı, gelecek endişesi yaratırken bir de hastalığın tedavi süreci eklenince kişinin stres, üzüntü, korku, kızgınlık, baş etme becerileri ve olaylar karşısındaki tepkileri de önemli ölçüde etkilenmektedir. Hasta bireyin hastane yatış süreci de bu dönemde olmakta ve buna bağlı olarak, sağlık personelinin tecrübesi, hastanın bilgi kaynağı seçimi ve bunları algılama düzeyine göre tedavi ve tedavi edicilere karşı tutumu, endişe, anksiyete ve korku gibi duygusal ve davranışsal tepkileri de değişmektedir. Hasta, mahremiyetini, özgürlüğünü, seçim yapabilme becerisini engellenmiş olarak algılayabilir ve kendini kısıtlanmış, hayal kırıklığına uğramış, çaresiz ve öfkeli hissedebilir (Beser ve Öz, 2003; Coşkun ve Akbayrak, 2001; Sarafino ve Smith, 2010).

Günümüzde çok hızlı gelişen iletişim teknolojileri, kişilerin hastalık ve tedavisi konusunda ve diğer hastaların yaşadığı kişisel deneyimlerle ilgili bilgiye ulaşmasını kolaylaştırmıştır. Kanser hastalarının hastalık ve tedavi sürecine çoklu etmenler eşlik etse de "bilgi" ve "bilgi edinmenin" de hastalık süreci ve hastalığa karşı tepkiler üzerinde rol oynadığı belirtilmektedir. Dönemin gelişen teknolojik imkanları sayesinde bilgiye ulaşım oldukça kolaylaşmıştır. Hatta Fuller (1982)'in keşfettiği "bilgi katlanma eğrisi" ne göre insanlık mevcut bilgiyi yüz yılda bir katlarken 1900 yılından sonra 25 yılda bir iki katına çıkar duruma gelmiş ve son olarak 2015 yılından itibaren de

insanlığın ürettiği bilginin ikiye katlanması 12 ay kadar kısa bir süreye düştüğünü belirtmiştir. Hatta 2020 yılında bu sürenin 12 saate düşeceği öngörüldüğü belirtilmiştir. Çeşitli sosyal medya platformları, TV yayın programları, gazete ve dergiler bilgi edinmede önemli rol oynamaktadır. Bununla beraber bireysel veya ailesel kanser öyküsüne sahip olmanın da bu konuda payı olduğu vurgulanmaktadır. Fakat bu kolaylık gibi görülen imkanlar bilginin kalite, güvenirlik ve doğruluğunu etkileyerek kişinin karar verirken veya bir konuyu anlamaya çalışırken gereğinden fazla zorluk yaşamasına sebep olarak "aşırı bilgi yüklenmesi" oluşturmaktadır. Kanserin tedavisi zor bir hastalık olması, geniş kitleleri etkilemesi ve pek çok insanın hayatını kaybetmesinden sorumlu olması, internet, medya gibi yayın organlarının dikkatini çekmekte ve hakkında pek çok bilgi paylaşımına yol açmaktadır. Fakat sosyal medya, internet vs. iletişim araçlarındaki bilgiyi her hasta pek çok bileşen çerçevesinde yorumlamakta ve bunun sonucunda bazı neticelere varmaktadır. Bu neticeler doğrultusunda kişi olumlu veya olumsuz sağlık davranışlarında bulunmaktadır (Chae vd., 2016; Emanuell vd., 2018; Jensen vd., 2020; Peng vd., 2019; Varghese, 2020).

1.2. Araştırmanın Amacı

Konu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde genel olarak "kanser ölümcüllüğü", "kanser bilgi yüklemesi", "kanser bilgisi kaçınmacılığı" veya sadece kansere tepki tarzı vb. konulara değinildiği ancak kanser bilgi yükü ve kanser hastalarının bu bilgiler doğrultusunda nasıl tepkiler verdiğini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Bu çalışmada kanser hastalarının bilgi yükü ile kansere verdiği tepkiler arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanserin Tanımı ve Epidemiyolojisi

Kanserin tarihçesi binlerce yıl öncesine dayanmaktadır. Kanserle ilişkili bilinen en eski tanımlar M.Ö 3000 yılına dayanmaktadır. Kanser için tarih içeresinde farklı isimlendirmeler kullanılmıştır. Hipokrat "karkinos" ya da "karkinoma" terimlerini, Antik Yunanlı Galen "oncos" terimini, türk tıp tarihinde de ilk olarak Tarsuslu Osman Hayri Efendi ise "Kenzülsıhhatül Ebdaniye" (1298) eserinde "seretan" olarak bahsetmiştir. Tüm tanımlamaların çıkış noktaları veya ortak şikayetleri ise "ağrılı şişlik, yumru, etrafı damarlı şişme" dir. Tıbbın yıllar geçtikçe ilerlemesiyle ve yapılan keşiflerin ışığında ise özellikle 15.yy. dan sonra daha geniş tanımlar yapılmış, ilaç ve cerrahi tedavilerde artış olmuştur. "Bulunduğu bölgedeki fazlalık et parçası" terimi mikroskobun keşfi ve onu takip eden hücresel bazdaki keşifler sayesinde daha fazla detay bilinen bir hastalık olmuştur. 1940'lı yıllardan sonra kansere neden olan maddeler tanımlanmaya başlanmış ve kanser ilaç tedavisinde kullanılmak üzere bazı bitkiler keşfedilmiş ve üstlerinde çalışılmıştır. (Atıcı, 2007; Baykara, 2016; Baduryeri, 2020; Colditz, 2015; Yokuş ve Çakır, 2012).

2.2. Kanserin Etiyolojisi

İnsan vücudu en temelde hücre çekirdeğinde bulunan DNA tarafından yönetilir. Normal şartlarda hücreler DNA içeresindeki genlerin kontrolünde ihtiyaca göre bölünerek çoğalırlar.

Kanser hastalığında ise, DNA'daki genlerin içsel, dışsal bazen de sebebi bilinmeyen nedenlerden dolayı kontrol dışı bölünme ve büyümesidir. Bu kontrolsüz durum bölgesel kalabilir veya vücudun uzak yerlerinde metastaz (yayılım) yapabilir. Kanser hastalığını korkutucu yapan en önemli sebeplerin başında da yayılım yapması gelir çünkü hastalık yarattığı yerden çıkarak farklı doku ve organlara yerleşir ve orada yine kendine özgü bir hastalıklı alan oluşturur. 1970'li yılında kanserin genleri yani "onkogen"ler keşfedilmiştir. Bu sayede kanserin anlaşılmasında, tanı koyulması ve tedaviler geliştirilmesinde büyük ilerleme kaydedilmiştir.

Hastaya kanser teşhisi koyulduktan sonra en önemli husus kanserin metastaz durumunu öğrenmektir. Bu aşama "evreleme" olarak adlandırılır. Evrelemedeki amaç;

doğru tedaviye karar verme, tedavi etkinliğini görme, hastalığın durumunu daha kolay takip edebilmenin yanı sıra tüm sağlık kurumları ve dünya ile aynı dili konuşmaktır.

Evreleme de genel olarak American Joint Committee on Cancer (AJCC) ve International Union Against Cancer (IUAC)'ın tanımladığı "TNM" sınıflandırması kullanılır. T (tümör), N (nod=lenf nodu) ve M (metastaz) kısaltmasıdır. Evre ise Romen rakamları kullanılarak I-IV arasında numaralandırılır. TNM sınıflandırması ve evre numaralandırması birleştirilerek tümörün büyüklüğü, lenf nodu tutulumu ve metastaz varlığı belirtilir.

Günümüzde pek çok tanı ve tedavi seçeneği bulunmasına rağmen kanser hastalığı kısa zaman içerisinde neden olduğu çokça ölümler sebebiyle korkulan neredeyse "ölüm" ile eşanlama sahip olmuştur. Dünya'da ve Türkiye'de en çok ölüme sebebiyet veren kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada kanser hastalığı gelmektedir (Baduryeri, 2020).

2.3. Dünyada Kanser

Kanser tipi ve sıklığı ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye göre farklılık gösterebildiği gibi; ırk, cinsiyet ve yaşa göre de farklılık göstermektedir. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) 15 Aralık 2020'de küresel bazda kanser verilerini açıkladı. Bu verilere göre dünya çapında yeni vaka sayısı 19,3 milyon ve kanser sebepli yaşamını yitirenlerin sayısı ise 10 milyon olarak belirlendi. Bu sayılara göre Dünya'da her 5 kişiden 1'i kansere yakalanmaktadır. Cinsiyet bazında ise her 8 erkekten 1'i ve her 11 kadından 1'i kanser kaynaklı hayatını kaybetmiştir. Yine Dünya'da kanser tanısı aldıktan sonraki 5 yıl içerinde yaşamakta olan kanser hastası sayısı 50,6 milyon olduğu düşünülmektedir.

Yeni tanı alan kanser vakalarında her 10 kişiden 6'sı ve kanser kaynaklı ölümlerde her 10 kişiden 7'si en yaygın on kanser kaynaklıdır. Dünya'da en yaygın kanser meme kanseridir.

Her iki cinsiyette yeni vakaların dağılımı sırayla;

1. Meme kanseri (%11,7)
2. Akciğer kanseri (%11,4)
3. Kolorektal kanser (%10)
4. Prostat kanseri (%7,3)

5. Mide kanseri (%5,6)
6. Diğer türler (53,9) sorumludur.

Her iki cinsiyette kanser kaynaklı kayıplarda ise;

1. Akciğer kanseri (%18)
2. Kolorektal kanser (%9,4)
3. Karaciğer (%8,3)
4. Mide (%7,7)
5. Meme kanseri (%6,9) sorumludur.

Erkeklerde en sık rastlanan kanser akciğer kanseridir ve yine kanser kaynaklı başlıca ölüm sebebidir. Görülme sıklığı olarak akciğer kanserini sırasıyla prostat kanseri, kolorektal kanser izler. Ölüm oranı açısından ise akciğer kanserinden sonra karaciğer kanseri ve kolorektal kanser gelir.

Kadınlarda ise en sık rastlanan kanser meme kanseridir ve yine kanser kaynaklı başlıca ölüm sebebidir. Görülme sıklığı olarak meme kanserinden sonra kolorektal kanser ve akciğer kanseri gelir. Ölüm oranı açısından ise meme kanserini sırasıyla akciğer kanseri ve kolorektal kanser takip eder (Sung, vd.,2021; Bray, vd., 2018; Global Cancer Observatory, 2020).

2.4. Türkiyede Kanser

Dünyada nüfusun artışına paralel olarak ülkemizde de nüfus artmaktadır. 2018 yılında Türkiye nüfusu 81.916.866 iken yeni kanser vaka sayısı 210,537 ve kanser kaynaklı ölüm sayısı 116,710 idi. 2020 yılında ise Türkiye nüfusu 84,339,067 iken yeni kanser vaka sayısı 233,834 ve kanser kaynaklı ölüm sayısı 126,335 olarak bildirilmiştir. Verilere göre Türkiye'de 75 yaş öncesi her 4 kişiden 1'ine kanser tanısı koyulmaktadır.

Erkeklerde sırasıyla en yaygın kanser türü akciğer kanseri, prostat kanseri, kolorektal kanser, mesane kanseri ve mide kanseridir.

Kadınlarda ise sırasıyla en yaygın kanser türü meme kanseri, tiroit kanseri, kolorektal kanser, akciğer kanseri ve rahim kanseridir (Global Cancer Observatory, 2020; Seda ve Özgül, 2020).

2.5. Kanser Bilgi Yükü

Kanser, sebep olduğu ölüm oranlarıyla son zamanda gelişen ve genişleyen TV, internet, dergi, gazete vs. toplu iletişim ve bilgi edinme kanallarının da dikkatini çekmiştir. Kanser ile ilgili çok miktarda bilginin bulunması ve kolay erişilebilmesi, insanlardaki kanser bilgisini arttırmakta ve kansere karşı önlem almayı desteklemektedir. Ancak yapılan bazı araştırmalarda çok fazla bilgiye maruz kalmanın insanları bunalttığını gözlemlenmiş ve ortaya "kanser bilgi yükü" kavramı çıkmıştır (Chae, 2016; Jensen vd., 2014; Chae vd., 2020).

Kanserle ilgili bilgi miktarından çok fazla etkilenme hissi veren kanser bilgi yükü, kanserden korunma davranışlarını olumsuz etkilediği görülmüştür. Kişinin edinilen yeni bilgileri kategorize etmek için yeterli kaynağa sahip olmadığı durumlarda aşırı bilgi yüklenmesi gerçekleşmektedir (Chae vd., 2016).

Sağlıkla ilgili karar vermede, sağlık bilgisi edinme, anlama, işleme koyma ve uygulama becerileri "sağlık okuryazarlığını "oluşturmaktadır. Sağlık okuryazarlığı kanseri önleme davranışlarıyla doğrudan bağlantılıdır. Örneğin düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve düşük meyve ve sebze tüketimiyle ilişkili olduğu gözlenmiştir. Yine düşük sağlık okuryazarlığı kanser yanılgıları, daha az bilgi arama ve kanserin riskleri daha az algılamayla ilişkilidir. Kansere bağlı sağlık okuryazarlığı özellikle kanserin ölümcüllüğü inancı ile ters orantılı olduğu görülmüştür. Ayrıca kanserin ölümcüllüğü inancı ve kanser bilgi yükü yüksek olan kişilerin kanser ölüm riski en yüksek olanlara karşılık gelmiştir ve sosyodemografik açıdan düşük gelire, düşük eğitime sahip olduğu görülmüştür (Chae vd., 2016; Fleary vd., 2019; Han vd., 2009; Kobayashi vd., 2016; Niederdeppe vd., 2007).

Aşırı bilgi yüklenmesinde rol alan diğer önemli iki faktör ise kişinin yetenek ve motivasyonudur. Yeni bilgiler öğrenmek için bireyin çaba sarf etmesi gerekir ve bilişsel çaba düzeyi temel olarak kişinin yetenek ve motivasyonuna bağlıdır. Bu yönlerden düşük seviyeye sahip bireyler, edinilen bilgi içeriği hakkında daha az özenli davranırlar ve kanser hakkındaki bilgileri halihazırda bildikleri bilgilere entegre edemezler (Barbour vd., 2012; Chae vd., 2016).

Bireyin bilgiyi işlemesinde kişisel özelliklerin yanı sıra bilginin nereden ne şekilde geldiği de oldukça önemlidir. TV, radyo vs. pasif çıkışlı, yazılı basın ve internet

vs. ise aktif çıkışlı iletişim araçlarıdır. Yazılı medya ve interneti sağlık bilgisi kaynağı olarak kullananların, sağlığa yönelik kullanmayanlardan daha sağlıklı olduğu görülmüştür. Ayrıca pasif kanallarla karşılaştırıldığında aktif kanalların kullanımı daha fazla bilişsel çaba ve kişinin katılımını gerektirir dolayısıyla aktif kanal kullanıcıları bilgi işlemeyle daha fazla meşgul olurlar (Dutta-Bergman, 2004). Bilginin geliş yoluna ek olarak bilgi edinmeye çalışanın kanserle ilişkisi de önemlidir. Örneğin, James vd. (2007) kanser hastaları ve kanser hastasına bakım verenlerle yaptığı çalışmada, bakım vericilerin kanser hastalarına oranla 10 kat daha fazla kanser bilgisi aradıklarını bildirmişlerdir.

Bilgi yükü oluşumunda kişisel nedenler kadar kaynaklar da büyük rol oynamaktadır. Çünkü TV, dergi, internet fark etmeksizin buradaki bilgilerin çoğu net bilimsel kaynaklara dayanmamaktadır; bu da tutarsız ve kalitesiz bilgiyi peşinden getirmektedir. Örneğin, Lai ve Lane (2009)'in yaptığı bir çalışmada gazetelerdeki bilime ilişkin sayfaların %43'ünün bilimsel olarak sadece ön kanıtlara dayandığını tespit etmişlerdir. Yine yapılan başka çalışmalarda bilim haberlerinin içerikleri analiz edildiğinde %36-40'ının hedef popülasyonu temsil etmediği hatta anahtar ifadelerin çıkartılarak bulguların abartıldığı görülmüştür (Singer ve Endreny, 1994; Lai ve Lane, 2009).

Kanser hastalarının bilgi edinme yollarıyla ilgili yapılan çalışmalarda ise; en sık kullanılan kaynak, sağlık çalışanlarıdır (Walsh vd., 2010). Kullanılan bilgi kaynakları yaş, gelir, öğrenim durumu vs. etmenlerin yanında yaşanılan topluma göre de farklılık gösterebilmektedir. İran'da bilgi kaynağı olarak sağlık çalışanlarını televizyon takip ederken ülkemiz de sağlık çalışanlarından sonra internet gelmektedir (Başkale ve vd., 2015). Sağlık çalışanları en çok tercih edilen kaynak olmasının yanında olumsuz etkilerini de gösteren çalışmalar vardır. Mesela meme kanserli hastalarda yapılan farklı çalışmalarda özellikle iletişim kaynaklı problemlerden dolayı hastaların diğer kaynaklardan beslenen hastalara göre yaşam kalitesi düşük bulunmuştur (Miyashita ve vd., 2015; Gencer vd., 2021). Yapılan başka bir çalışmada kanserle ilgili bilgi edinmede sağlık çalışanı yerine TV ve radyonun tercih edildiği görülmüştür (Yılmaz ve Aksüyek, 2012). Dünyada ve ülkemizde sağlık kuruluşuna başvuran veya başvurmayan herkesin sağlık problemleriyle ilgili araştırma yaptığı internet ortamında kullanıcı sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Kanser hastalarının interneti tanı, tedavi yöntemleri, alternatif

tedaviler ve ilaç yan etkilerini aramak için kullandığı, yine melanom hastalarının %90'ının interneti bilgi kaynağı olarak kullandığı çalışmalarda gösterilmiştir (Hamilton vd., 2015; Chua vd., 2015). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise %69,3 oranında internetin sağlıkla ilgili bilgi edinme amacıyla kullanıldığı yine farklı bir çalışmada ise kanser hastalarının %70,8'inin kansere ilişkin bilgileri internetten edindiği gösterilmiştir (Başkale ve vd., 2015, Gencer ve vd., 2021). İnternet dışındaki bilgi kaynağı olarak TV, radyo, kitap, gazeteler kullanılmaktadır (Tan vd., 2014). Bu kaynaklarla ilgili olarak yapılan çalışmalarda en az başvurulan kaynaklar olduğu, kanser hastalarının %5'inin ancak televizyonu kaynak olarak tercih ettiği gösterilmesinin yanı sıra broşür, kitapçık vs. en çok tercih edilen ve en güvenilir kaynaklar olduğunu gösteren çalışmalarda vardır (Ankem, 2006; Shea-Budgel vd., 2014) Buna ek olarak, önemli bakım verici ve bilgi kaynağı konumu olan hemşirelerle ilgili yapılan bir çalışmada kanser taraması ile ilgili bilgileri hemşirelik eğitiminden sonra %32 ile TV ve radyodan öğrendikleri bulunmuştur (Şeker vd., 2018).

2.6. Kansere Tepki Tarzı

Kanser, bireyi sadece biyolojik değil aynı zamanda sosyal ve psikolojik açıdan etkileyen bir hastalık türüdür. Hastanın fiziksel sağlığına tehdit oluşturmasının yanı sıra psikolojik olarak da birtakım değişikliklere sebep olur. Hasta bireyde baş etme inancı gelişirse, çaba gösterir ve mevcut duruma uyum sağlamaya çalışır. Aynı şekilde hasta kendisini güçsüz, çaresiz, baş edemeyecek durumda görürse stresin yarattığı anksiyeteden korunmak için de bazı tepkiler geliştirir. Coleman'a göre bunlar atılım, çekilme veya uzlaşma biçimlerinde olabilir (Yıldırım, 1991).

Atılım, engel aşıcı bir tepkidir ancak öfke ile karışık atılım saldırgan ve yıkıcı davranışlara yol açar. Çekilme, güç ve zorlanıcı durumlarla karşı karşıya kalınınca kişinin mevcut durum ve ortamı terk etmesi durumudur. Çekilme tepkisine eşlik eden en yoğun duygu korkudur. Atılım veya çekilme tepkileriyle çözüme kavuşmayan durumlarda sergilenen tepki ise uzlaşmadır. Uzlaşma yolunda, probleme yaklaşımda değişim olmaya başlar birincil amaç yavaş yavaş ikincil plana geriler ve farklı amaçlar öne çıkar. Örneğin; kanserin tedavi edilmesini amaçlayan hasta, daha sonra tedavi sürecindeki kilo kaybını önlemeyi amaç edinebilir.

Savunmacı tepkiler, uyum sağlamadan ziyade mevcut güçlük yaşatan durumun oluşturacağı anksiyete ve psikolojik dağılmayı önlemeye yönelik amaç taşırlar. Bu tepkiler iki sınıfta incelenebilir:

a. Stres yaratan konuyu "yinelenerek anlatma" biçiminde oluşan onarım mekanizmaları
b. İnsanın içinde olan ancak kendince uygun görmediği duygularıyla karşı karşıya kalmamak ve stres altına girmemek için kullandığı ego savunma mekanizmaları.

Ego savunmalarının bazılarının sağlıklı, uyum göstermeye yardımcı olduğu iddia edilmiştir (A. Baltaş ve Z. Baltaş, 1999; Geçtan, 1988). Vaillant, kısmi olarak görüş birliğinde olup kendisi olgun, nevrotik, olgun olmayan ve narsist sıralaması yaptığı bir sınıflandırma sunmuştur.

Seviye	Mekanizma
Olgun	-Özgecilik -Mizah -Bastırma -Umut etme -Yüceltme
Nevrotik	-Mantıksallaştırma -Bastırma -Yer değiştirme -Tepki Oluşturma -Çözülme
Olgun Olmayan	-Fantezi -Yansıtma -Hipokondri -Dışa vurum -Pasif saldırgan
Narsist	-Delüzyonlu yansıtma -İnkâr (psikotik) -Çarpıtma

*Vaillant, G. E., Bond, M., & Vaillant, C. O. (1986). An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. Archives of General Psychiatry, 43(8), 786-794.

Örneğin; kronik rahatsızlığı olanların psikolojik uyumda, baş etme yollarıyla ilgili yapılan bir çalışmada, uyum ile bilgi edinmeye yönelik baş etme arasında yüksek bağlantı bulunmuş, uyum sorunu yaşayan hastalarda inkâr, gerçeklerden kaçma davranışlarının daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Başka bir çalışmada ise lombektomi (meme koruyucu cerrahi olarak da isimlendirilir) olan hastaların %33'ünde ameliyattan iki sene sonra bile ciddi ruhsal bozukluklar görülmüştür (Natan, 2000; Doan vd., 1993).

Özkan (1993) ise, kanser hastalarının tanı öncesinden terminal dönem sonuna kadar uzanan süreçte gösterdikleri tepkileri şu şekilde sınıflandırmıştır:

	Uyumlu	*Uyumsuz*
Tanı Öncesi	-Kanser olasılığı ile bekleyiş -Şok	-Tanı almadan belirti geliştirme -İnkâr ve tedavide gecikme
Tanı Aşaması	-İnanmama -Kısmi inkâr -Kızgınlık, isyan Depresif mizaçlı uyum	-Kesin inkâr, tedaviyi reddetme -Kesin ölüm düşüncesi ve tedaviyi reddetme
Tedavi Aşaması	Cerrahi Tedavi: -Ameliyatı geciktirme -Ameliyat dışı tedavi -Kayıp tepkisi Radyoterapi: -Yan etkilerden korkma -Terk edilme korkusu Kemoterapi -Yan etkilerden korkma -Beden imajında değişim -Alturistik duygular	-Ameliyat sonrası reaktif depresyon -Beden algısına bağlı ciddi üzüntü
Tedavi Sonrası	-Baş etme mekanizmaları, hastalığın tedavisinin izin verdiği ölçüde yaşama dönüş -Nüks korkusu	
Hastalığın Nüks etmesi ve İlerlemesi	-Şok -İnanmama	-Uykusuzluk -İştahsızlık

	-Kısmi inkâr	-Panik
	-Kaygı	-Katastrofik algı
	-Kızgınlık	-Depresyon
	-Depresif duygu	
	-Araştırma ve alternatif tedaviler	
	-Yaşamı sorgulama	
	-Endişe	
Terminal-Palyatif	-Ağrı	-Depresyon
Dönem	-Terk edilme	-Deliryum
	Ölüm düşüncesine karşı elem ve kabul etme	

Özkan S (1993). Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche İlaç Sanayii A.Ş., İstanbul

Kübler-Ross, kanser hastalığına gösterilen tepkileri; inkâr, öfke, pazarlık, depresyon, kabullenme evreleri şeklinde ele alır. Bu evrelerin uzunluğu değişebilir, birbirini takip edebilir veya üst üste yığılabilirler.

İnkâr: İlk evredir, hasta bir şok durumuyla karşılaşır kendine gelmek ve baş etme mekanizmalarının harekete geçmesi için zaman gereklidir. Bu durum geçici olup, kendini kısa zamanda kısmi kabullenmeye bırakır.

Öfke: İkinci evredir, kızgınlık ve kıskançlık hâkim duygulardır. "Niye ben" sorusu sıkça sorulur.

Pazarlık: Üçüncü evredir; hasta kendisi, çevresi ve inançlarıyla uzlaşıya gitmeye çalışır. Kısa süreli de olsa hastaya yardımcı olur.

Depresyon: İki şekilde görülür. Birincisi, hastalık artık barizdir, olumsuz durumlarla artan stres ve kaygı tepkisel depresyonu ortaya çıkartır. İkincisi, varoluş sorgulanır ve bu sırada endişe ve kaygılar çözülmüş ise hasta kabullenme evresine hazırlanmış olur bu da hazırlayıcı depresyondur.

Kabullenme: Son evredir, duygular azalır, mücadele bırakılır ve teslim olunur (Kübler- Ross, 1987).

Pine ise, Kübler-Ross evrelerine benzer bir sıralama sunar. "İnanmama, soru sorma, öfke, ümitsizlik ve çözümleme" şeklindedir. Bolund vd. ise, kansere tepkileri dört evre olarak sıralar; "şok hali, tepki aşaması, direnme ve uyum". Greer ve Watson'a göre, kanser hastalarının psikofizyolojik durumları uyum ile yoğun şekilde ilişkilidir.

Önceki çalışmaları ve klinik değerlendirmeleri sonucunda kansere verilen tepkileri, "mücadeleci ruh, çaresizlik/ümitsizlik, endişeli bekleyiş, kadercilik, kaçınma ve inkâr" olarak sıralamışlardır. Bu gözlem ve çalışmaları sonucunda 1989 yılında, "Mental Adjustment to Cancer" ölçeğini geliştirmişlerdir (Natan, 2000).

2.7. Kanser Hastalarında Psikososyal Bakım ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Kanser hastalığı ve tedavisi belirtildiği üzere bireyin ve çevresinin tüm yaşam boyutlarını etkileyen ağır bir süreçtir. Kanserin hastalar üzerinde fiziksel yönden olduğu kadar psikolojik ve sosyal yönden oluşturduğu etkiler ilk sıralarda gelmektedir. Kanser hastaları hastalığın farklı evrelerinde psikolojik, duygusal, davranışsal yönden farklı tepkiler sergilerler (Yıldırım ve Gürkan, 2010). Gösterilen bu tepkiler aslında hastanın yeni duruma uyum sağlaması ve başa çıkabilmesine yöneliktir. Ancak her zaman uyum sağlanamaz ve psişik durumda dengesizlik oluşturarak bir kriz durumu ortaya çıkabilir. Kansere en sık eşlik eden psikolojik bozukluklar sırasıyla uyum bozukluğu, depresyon ve anksiyetedir (Yıldırım ve Gürkan, 2010). Hatta bazen psikolojik boyutu fiziki boyutu geçerek kanser tedavisinin sonucunu bile etkiler. Bu süreçten etkilenen hasta ve yakınları belirli destek sistemlerine ihtiyaç duyarlar. Nitekim literatürde kanser hastalarının gereksinimleriyle ilgili çalışmalara bakıldığında psikolojik gereksinimlerinin en üst sıralarda geldiği ancak girişim konusunda en zayıf kalınan nokta olduğu görülmüştür.

Bu yüzden kanser hastalarının multidisipliner bir yaklaşımla bütüncül tedavi ve bakım hizmeti alması önemlidir. Bu noktada konsültasyon-liyezon psikiyatrisi (KLP) ve hemşireliğinin önemli bir yeri olduğu söylenebilir. KLP, fiziksel hastalığı bulunan ve eş zamanlı olarak emosyonel stres yaşayan hastalarda görülen ruhsal bozuklukları teşhis, tedavi, izlem, korumaya odaklanmış bir alandır. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ise; Mevcut veya olası fiziksel durum bozukluğu sebebiyle bütüncül sağlık hizmeti içerisine giren hasta ve yakınlarının, birincil, ikincil ve üçüncül tedavi ve bakım süreçlerinin tümünde "davranışsal, gelişimsel, bilişsel, duygusal" tepkilerini ve sorunlarını tanımlayan, tedavisi, bakımı ve izleminde rol alan hemşirelerin psikiyatrik tıp branşında eğitim almasına ve araştırma yapmasına olanak sağlayan psikiyatri hemşireliğinin üst uzmanlık alanıdır. KLP hemşiresi hastane yatışı bulunan veya ayaktan tedavi ve takibi devam eden hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerinin bakımları arasında bir bağ görevi görür (Kocaman, 2006). Bu süreçte her yönüyle

desteğe ihtiyacı olan hasta ve ailesine yönelik uygulanacak hemşirelik yaklaşımında bakım verici, eğitici, danışman rolleri başta olmak üzere tüm rolleri öne çıkmaktadır (Yıldırım ve Gürkan, 2010; Erkan, 2019; Gedük, 2018).

Bir KLP hemşiresi hastane yatışı olan hastanın fiziki bakım gereksinimleri üzerine eğilmenin yanında sağlık durumuna ilişkin değişimlere uyum çabasında olan hastanın duygusal, sosyal, psikolojik ve spritüal gereksinimleriyle de ilgilenir (Yıldırım ve Gürkan, 2010). KLP hemşireleri hastalığa uyum aşamalarında çeşitli müdahalelerle çalışırlar. En başta güvenli ilişki kurma ve iletişim becerileri gelmek üzere, hastalara rahat hissedebilecekleri bir ortam yaratma konusunda terapötik becerilerini kullanmaları önemlidir. Bunun dışında stres ve anksiyeteyi azaltmaya yönelik duygularını ifade etmesi konusunda destek olma, gevşeme ve solunum egzersizi gibi yöntemlerden yararlanma, sorun çözme yöntemlerinin öğretilmesi ve özelleşmiş eğitim gerektiren psikoterapi yöntemlerinin kullanılması sayılabilir (Özdemir ve Taşçı, 2013). Hastalarda psikoeğitim, müzik terapisi, aromaterapi, emosyonel destek vb. girişimlerin de psikososyal yönden yararlı olduğu bildirilmiştir (Bahar, 2007; Yıldırım ve Gürkan, 2010).

Gelişen teknolojinin sağladığı imkanlardan biri olan bilgiye kolay ve hızlı erişim bilgi kirliliğini beraberinde getirmiştir. Kanser hastalığının psikiyatrik morbiditeyi arttırdığı bilinmektedir bunun üzerine bilgi kirliliği eklendiğinde kanser hastaları için psikolojik olarak içinden çıkılmaz bir durum söz konusu olmaktadır. Montgomery vd. (1999) yaptığı çalışmada doğru ve iyi bir şekilde bilgilendirilen hastaların daha az psikolojik sorun yaşadığı ve daha iyi baş ettikleri ve buna paralel olarak tedaviye daha iyi uyum sağladıklarını göstermiştir. Bu anlamda hemşireler eğitimci rolleri kapsamında hasta ve ailesine bilgilendirme yaparlar. Bunun için öncelikle hastanın durumu hakkında mevcut bilgileri, yanlış veya eksik bilgiler, hemşireden ne kadar ve ne tip bilgi istediği belirlenmelidir. Hastaya sözel bilgi yanında basılı bilgilendirici materyallerin verilmesi ve bilgilerin tekrar edilmesi önerilmektedir (Özdemir ve Taşçı, 2013).

KLP hemşirelerinin hizmetlerinin sonuçlarını inceleyen çalışmalarda hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanları için psikiyatrik semptomların azaldığı, tedavi uyumunun arttığı, etkin baş etme gösterdikleri, hastalarla ilişkilerinin geliştiği, iş memnuniyetinin arttığı, tedavi ekipleri arası iletişimin geliştiği, tekrarlı yatışların azaldığı, hastanede kalış süresinin kısalması vb. sonuçlar gözlemlenmiştir (Kocaman, 2006; Yıldırım ve Gürkan, 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanı Tasarımı

Kanser hastalarında bilgi yükü ile kansere verilen tepkiler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla kesitsel olarak planlanan araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı desendedir.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

3.2.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Yaş, cinsiyet, medeni durum, tanı, tanının evresi, yaşanan yer, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, yakınlarında kanser öyküsü bulunması, bilgi edinme için kullanılan yollar, ne kadar sıklıkta takip ediyor, buradan edindiği bilgi ve tavsiyeleri hayatına uygulama durumu.

3.2.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Kansere tepki tarzı.

Kanser bilgi yükü.

3.3. Araştırma Soruları

- Kanser hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre bilgi yükü arasında fark var mıdır?
- Kanser hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre kansere verilen tepkiler arasında fark var mıdır?
- Kanser hastalarında bilgi yükü ile kansere verilen tepkiler arasında ilişki var mıdır?

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul ilinde Aralık 2020-Şubat 2021 tarihleri arasında Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin ayaktan hasta ünitelerinde gerçekleştirildi. Bu hastanede bir tane ayaktan bir tanede yataklı hasta ünitesi bulunmakta olup toplam 3 doktor 3 hemşire çalışmaktadır. İstanbul İli Türkiye'nin her yerinden hasta kabul eden ve kozmopolit bir şehirdir.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın verileri, İstanbul Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde takip edilen ve tedavi alan kanser hastalarından toplandı. Araştırmanın örneklemini Aralık 2020- Şubat 2021 ayları arasında Ayaktan Kemoterapi Ünitesine gelen, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve kabul kriterlerine uyan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde, basit tesadüfi örneklem yöntemi kullanıldı. Örnekleme alınacak katılımcı sayısının belirlenmesinde 2019-2020 yılları arasındaki aylık hasta sayısı baz alınmıştır (N=138). Örneklem büyüklüğü Salant ve Dillman'ın (1994) evreni belli örneklem büyüklüğü hesaplama formülüne göre hesaplandı.

$$\mathbf{n= N.t^2.p.q / d^2 (N-1) + t^2.p.q}$$

N= Hedef kitledeki birey sayısı

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenen olayın görüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q= İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

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

d= Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örneklem hatası

Buna göre %95 güven aralığında, 0,05'lik yanılma payı ile evreni belli örneklem büyüklüğü hesaplama formülüne göre:

$$138.(1,96)^2.(0,5).(0,5) / 137 . (0,05)^2 + (1,96)^2.(0,5).(0,5) = 102$$

n= 102 olarak hesaplandı.

Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri:

1. 18 yaşından büyük olma,
2. Türkçe anlayıp konuşabilme,
3. Terminal dönemde olmama,
4. Yazılı onam vererek çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar.

Dışlama Kriterleri:

1. Anketin doldurulmasını engelleyen nörolojik (anlama, konuşma, karar vermeye vs. engel düzeyde) ve psikiyatrik bozukluğu olan hastalar.

Çalışmaya katılmak istemeyen 16 hasta, beyine metastaz yapmış konuşma ve algılaması engellenmiş 3 hasta olmak üzere 19 kişi çalışma dışında bırakıldı. Sonuç olarak araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya gönüllü 105 hasta ile çalışma tamamlandı.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler, bilgi formu (EK-1), Kanser Bilgi Yükü Ölçeği (KBYÖ) (EK-2) ve Kansere Tepki Tarzı Ölçeği (KTTÖ) (EK-3) ile toplandı.

3.6.1. Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak oluşturan Bilgi Formu toplam 13 sorudan (7 soru hastanın demografik verileri, 3 soru klinik veriler ve 3 soru bilgi edinmeye ilişkin) oluşmaktadır (Peng vd., 2019; Chae vd., 2016; Chae, 2016; Emanuel vd., 2018; Jensen vd., 2014).

3.6.2. Kanser Bilgi Yükü Ölçeği (KBYÖ)

Jensen ve arkadaşları tarafından 2014 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilen ölçeğin özgün ismi The Cancer Information Overload (CIO) Scale'dir. İnci ve arkadaşları (2019) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılarak Kanser Bilgi Yükü Ölçeği olarak literatüre kazandırılmıştır. Sekiz maddeden oluşan ölçek (Kesinlikle katılıyorum=4, Katılıyorum=3, Katılmıyorum=2, Kesinlikle katılmıyorum=1) dörtlü Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 8, en fazla 32 puan alınabilmektedir. Ölçeğin özgün haline uygun olarak Türkçe formunda da tek boyutlu olarak değerlendirilmiştir ve kanser hastalığına ilişkin kişinin bilgi yükünü değerlendirmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması aşırı bilgi yükünü göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı orijinal çalışmada 0.87, İnci vd. çalışmasında ise Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,77 bulunmuştur (Jensen vd., 2014; İnci vd., 2019). Çalışmamızda Cronbach alfa güvenirlik sayısı 0,78 bulunmuştur.

3.6.3. Kansere Tepki Tarzı Ölçeği (KTTÖ)

Ölçek Watson, Greer ve Bliss tarafından 1989 yılında hastaların kanser teşhisine verdiği tepkileri tanımlamak amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalınması İzzet Natan tarafından yapılmış olup, klinik çalışmalarda kanser hastalarının tanı ve tedavilerine gösterdikleri uyumlarında, hangi tepkileri ne ölçüde kullandıklarını ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Ülkemizde de bu ölçeğin kullanıldığı meme kanseri tanısı almış hastalarla ve genital organ kanser teşhisi almış hastalarla ilgili çalışmalar bulunmaktadır (Altıntaş, 2019; Hallaç, 2010). Ölçeğin toplam 40 maddeden oluşan beş alt ölçeği vardır. Ölçekteki her bir madde 1- 4 arasında derecelendirilmiş olup "Kesinlikle Bana Uymuyor" ile "Kesinlikle Bana Uyuyor" olarak dörtlü likert tipinde puanlanmaktadır. Ölçekteki her bir alt test puanı ayrı olarak elde edilmektedir. Puanların yükselmesi o alt ölçek tepkisinin daha çok yaşandığını göstermektedir. (Natan, 2000; Watson vd., 1989) Ölçekteki alt ölçekler ve neyi değerlendirdiği aşağıda verilmiştir:

1. Mücadeleci Ruh (MR): Hasta hastalığını mücadele edilecek bir durum olarak görür; geleceğe olumlu bir bakış açısıyla bakar ve hastalığı kontrol etmenin mümkün olduğuna inanır. Yüzleşmeci başa çıkma tepkileri mevcuttur. Bu alt boyutla ilgili maddeler, 4., 5., 6., 11., 13., 16., 18., 20., 26., 27., 28., 31., 32., 34., 39. ve 40' tır. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.72'dir. Çalışmamızda Cronbach alfa güvenirlik sayısı 0,69 bulunmuştur.

2. Çaresizlik/ Ümitsizlik (ÇÜ): Hastalık, bir kayıp olarak algılanır ve prognozu kaçınılmaz olumsuz bir son olarak değerlendirilir. Hasta hastalığı herhangi bir şekilde kontrol edebileceğine inanmaz Hastalıkla savaşmak için sağlıklı stratejilerden yoksundur. Bu alt boyutla ilgili maddeler, 2., 9., 17., 23., 25. ve 36. maddelerdir. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.72'dir. Çalışmamızda Cronbach alfa güvenirlik sayısı 0,81 bulunmuştur.

3. Endişeli Bekleyiş (EB): Hastalık büyük bir tehdit olarak, prognoz ise belirsizlik olarak değerlendirilirken, kontrolün sağlanması konusunda da belirsizlik vardır. Bu bireylerin hastalıkla ilgili bilgiyi arama fakat bu bilgileri olumsuz değerlendirmeye yatkınlıkları vardır. Bu alt boyutla ilgili maddeler, 1., 3., 10., 14., 19., 21., 22., 29. ve 37. maddelerdir. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.58'dir. Çalışmamızda Cronbach alfa güvenirlik sayısı 0,55 bulunmuştur.

4. Kadercilik (K): Hasta teşhisi daha az bir tehdit olarak alır, sonuç olduğu gibi kabul edilir ve kansere herhangi bir şeyin tesir edeceğine inanılmaz. Yüzleşme tekniklerinden yoksundur ve pasif bir kabul etme eğilimi vardır. Bu alt boyutla ilgili maddeler, 7., 8., 12., 15., 24., 30., 33. ve 35. maddelerdir. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.68'dir. Çalışmamızda Cronbach alfa güvenirlik sayısı 0,69 bulunmuştur.

5. İnkâr/Kaçınma (İK): Hasta tanısını çok az bir tehdit olarak algılar ve prognoza olumlu bakar. Hastalığı göremediği için kontrol edebileceği farkına bile varamaz. Bu alt boyutla ilgili madde 38. maddedir. Kaçınma (inkâr) alt testi bir madde olduğu için Cronbach alfa güvenirlik katsayısı hesaplanamamıştır.

3.7. Veri Toplama Süreci

Veriler, tedaviye gelen ve araştırma kriterlerine uyan hastalardan toplandı. Hastalardan önce sözlü onam sonra da yazılı onam alındı. Hastaların paravanlar ile bölünmüş hasta kemoterapi uygulama bölmelerinde tedavi koltuğu başında mahremiyeti korunarak, sadece hastanın kendisiyle yüz yüze görüşme yoluyla veriler toplandı. Ellerini kullanmada engeli olan (ampute, damar yolu açılmış vs.) hastaların anketleri sorular okunup alınan cevaplar doğrultusunda araştırmacı doldurulduu. Hastaların anlamadığı kısımlar hastaların yanına gidip açıklandı. Her bir görüşme 30-45 dakika arasında gerçekleşti.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için etik kurul onayı, İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa, Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan alındı (14/12/2020-87091. Sayı: 74555795-050.01.04 Konu: 2020-250) (EK-5). Araştırmanın yürütüleceği merkez için İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden (Tarih: 06/10/2020, Sayı: 54230385-604.02) (EK-6) izin alındı. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan sözel ve Helsinki Deklarasyonuna uygun yazılı aydınlatılmış onam formu alındı.

Veri toplama araçlarından "Kanser Bilgi Yükü Ölçeği"'nin kullanım izni Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ' den elektronik posta yoluyla izin alındı (EK-7) "Kansere Tepki Tarzı Ölçeği" kullanım izni Prof. Dr. Kemal ÇAKMAKLI' dan telefon görüşmesi yoluyla alındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, sadece tek bir merkezde, kemoterapi ünitesine kanser teşhisi ile gelen hastalar ile gerçekleştirildi. Ayrıca çalışmada tüm kanser çeşit ve evreleri bulunmayıp sadece bu merkeze gelen ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların tanı ve evre çeşitleri yer almaktadır. Bu sebeple çalışma sonuçları tüm kanser hastalarına genellenemez. Ayrıca araştırma; hastaların veri toplama araçlarına verdiği cevap ve veri toplama araçlarının kapsadığı boyutlarla sınırlıdır. Kesitsel ve tanımlayıcı çalışma olması sonuçların nedenselliğini ortaya koymada sınırlılık taşımaktadır.

3.10. Veri Analizi

Verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics 25 programı kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogrov- Smirnov/ Shapiro-Wilk) incelendi. Tanımlayıcı analizler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri, frekans, yüzde kullanıldı. Grup karşılaştırmalarında gerekli varsayımların sağlandığı durumlarda parametrik testler (independent sample t test, ANOVA), varsayımların sağlanmadığı yerlerde ise parametrik olmayan testler (Mann-Whitney U test ile Kruskal Wallis-H) kullanıldı. Fark bulunan gruplarda fark yaratan grubu bulmak için düzeltilmiş Bonferroni yöntemi kullanıldı.

Korelasyon analizi için normallik şartını sağlayan değişkenler için Pearson (Pearson Correlation Coefficient), normallik şartını sağlamayan değişkenler için Spearman (Spearman Correlation Coefficient) korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlı çıkan korelasyonlar için gerekli yorumlama; korelasyon değerlendirme kriterlerine uygun olarak yapılmıştır. İstatistiksel analizler için anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Kanser hastalarında kanser bilgi yükünün kansere tepki tarzı üzerine ilişkisini incelemek için yapılan bu araştırmanın bulguları, 5 başlık altında incelendi.

- Kanser hastalarının tanımlayıcı özelliklerine (demografik, klinik ve bilgi edinme) ilişkin bulgular,
- Kanser hastalarının KBYÖ ve KTTÖ Puanlarına ilişkin bulgular,
- Kanser hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre Kanser Bilgi Yükü arasındaki farka ilişkin bulgular,
- Kanser hastalarını tanımlayıcı özelliklerine göre Kansere Tepki Tarzı arsındaki farka ilişkin bulgular,
- Kanser hastalarının Kanser Bilgi Yükü ile Kansere Tepki Tarzı arasındaki ilişkiye dair bulgular.

4.1. Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan hastaların demografik, klinik ve bilgi edinme özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-1: Kanser Hastalarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=105)

	Minimum	**Maximum**	**Ort. +SS**
Yaş	21	77	54,16±13,27
		Frekans (n)	**Yüzde (%)**
Cinsiyet	**Kadın**	43	41
	Erkek	62	59
Yaşanılan Yer	**Köy, Kasaba**	11	10,5
	İlçe	38	36,2
	Şehir Merkezi	56	53,3
Eğitim Durumu	**Lise altı**	48	45,7
	Lise ve Üzeri	57	54,3
Medeni Durum	**Evli**	77	73,3
	Bekar	28	26,7
Çalışma Durumu	**Çalışmıyor**	67	63,8
	Çalışıyor	38	36,2
Gelir Düzeyi	**Gelir Giderden Az**	28	26,7
	Gelir Gidere Eşit	60	57,1
	Gelir Giderden Çok	17	16,2

Kanser hastalarının demografik özelliklerinin dağılımına ilişkin bulgular Tablo 4-1'de verildi. Hastaların yaş ortalaması 54,16±13,27 yıl ve %73,3'ü evli, %53,3'ü şehir merkezinde yaşamakta, %54,3'ünün eğitim seviyesi lise ve üstüdür. Hastaların %63,8'i çalışmazken %57,1'inin geliri gidere eşit bulundu.

Tablo 4-2: Kanser Hastalarının Klinik Özelliklerinin Dağılımı (N=105)

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Tanı	**Akciğer Ca**	21	20
	Kolon Ca	14	13,3
	Meme Ca	15	14,3
	Testis Ca	8	7,6
	Mesane Ca	4	3,8
	Larenks Ca	2	1,9
	Mide Ca	6	5,7
	Pankreas Ca	2	1,9
	Over Ca	3	2,9
	Prostat Ca	5	4,8
	Böbrek Ca	2	1,9
	Rektum Ca	7	6,7
	Tiroid Ca	8	7,6
	Timik Karsinom	1	1,0
	Lenfoma	5	4,8
	Osteosarkom	2	1,9
Tanının Evresi	**I.Evre**	18	17,1
	II.Evre	28	26,7
	III.Evre	23	21,9
	IV.Evre	21	20,0
	Nüks	15	14,3
Kanser Hastalığı Bulunan Yakına Sahip Olma	**Var**	48	45,7
	Yok	57	54,3

Çalışmaya katılan hastaların tanıları 16 farklı kanser türünü göstermektedir. Bu tanıların büyük çoğunluğu akciğer kanseridir. Ayrıca hastaların %26,7'si Evre II olup, %45,7'sinin kanser tanısı bulunan bir yakına sahip olduğu görüldü.

Tablo 4-3: Kanser Hastalarının Bilgi Edinme Özelliklerinin Dağılımı (N=105)

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Bilgi Edinmede Kaynak Kullanımı	**Tek Kaynak Kullanan**	44	41,9
	Çoklu Kaynak Kullanan	61	58,1
Bilgi Edinme Kaynaklarının Kullanım Sıklığı	**Nadiren Kullanırım**	10	9,5
	Ara Sıra Kullanırım	39	37,1
	Sık sık Kullanırım	56	53,3
Edinilen Bilginin Uygulanma Sıklığı	**Hiç Uygulamam**	8	7,6
	Nadiren Uygularım	37	35,2
	Ara Ara Uygularım	43	41,0
	Sık Sık Uygularım	17	16,2

Hastalardan bilgi edinme amacıyla tek kaynak kullananların oranı %41,9, çoklu kaynak kullananların ise 58,1'dir. Hastaların %53,3'ü bu kaynakları sık sık kullandıklarını ifade etti. Ayrıca kaynakların kullanımı sonucu edinilen bilginin hayatında uygulaması konusunda ise hastaların %7,6'sı hiç uygulamamakta, %35,5'i nadiren uygulamakta, %41'i ara ara uygulamakta ve %16,2'si de sık sık uygulamaktadır.

4.2. Kanser Hastalarının KBYÖ ve KTTÖ Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan hastaların KBYÖ ve KTTÖ'nden aldıkları puanlara ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 4-4:Kanser Hastalarının KBYÖ ve KTTÖ Puan Dağılımları (N=105)

Ölçek	Min.	Max.	Ortalama Standart Sapma
KBY Ölçeği Toplam Puan	8	32	20,10±4,64
KTTÖ Mücadeleci Ruh	35	64	49,40±6,80
KTTÖ Çaresizlik/Ümitsizlik	4	23	11,25±3,65
KTTÖ Endişeli Bekleyiş	13	31	23,49±3,85
KTTÖ Kadercilik	13	30	20,93±3,76
KTTÖ İnkâr	1	4	2,17±0,90

Çalışmaya katılan hastaların KBYÖ toplam puan ortalamasının 20,10±4,64 olduğu görüldü. KTTÖ alt boyut puan toplamları ortalamalarına bakıldığında "mücadeleci ruh" 49,40±6,80, "Çaresizlik/Ümitsizlik" 11,25±3,65, "Endişeli bekleyiş" 23,49±3,85, "Kadercilik" 20,93±3,76, "İnkâr" 2,17±0,90 şeklinde olduğu saptandı (Tablo 4-4)

4.3. Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kanser Bilgi Yükü Arasındaki Farka İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmaya katılan kanser hastalarının demografik, klinik ve bilgi edinme özellikleri ile KBYÖ puan ortalamaları arasındaki farka ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4-5: Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kanser Bilgi Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=105)

		N	Ortalama Standart Sapma	İstatistiksel Analiz Olasılık	Bonferroni
Cinsiyet	**Kadın**	43	19,95±4,41	U=1298	
	Erkek	62	20,21±4,81	p=0,819	
Medeni Durum	**Evli**	77	20.45±4,50	U=861	
	Bekar	28	19,14±4,94	p=0,116	

Tablo 4-5: Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kanser Bilgi Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=105) (Devam)

Yaşanılan Yer	**Köy, Kasaba (1)**	11	23,61±4,27	X^2=9,535 **p=0,008***	**1>2**
	İlçe (2)	38	18,84±4,88		
	Şehir Merkezi (3)	56	20,31±4,19		
Eğitim Durumu	**Lise Altı**	48	20,27±4,79	U=1307 p=0,696	
	Lise ve Üzeri	57	19,96±4,53		
Çalışma Durumu	**Çalışıyor**	67	19,85±4,87	U=1184 p=0,554	
	Çalışmıyor	38	20,55±4,21		
Gelir Düzeyi	**Gelir Giderden Az (1)**	28	23,02±4,80	X^2=8,821 **p=0,012***	**1>2, 1>3**
	Gelir Gidere Eşit (2)	60	19,51±4,53		
	Gelir Giderden Çok (3)	17	19,03±3,95		
Tanının Evresi	**I. Evre**	18	19,05±4,72	X^2=1,21 p=0,877	
	II. Evre	28	20,12±4,44		
	III. Evre	23	19,74±3,83		
	IV. Evre	21	19,93±5,31		
	Nüks	15	21,71±5,26		
Kanser Hastalığı Bulunan Yakına Sahip Olma	**Evet**	48	20,10±4,99	U=1321 p=0,762	
	Hayır	57	20,11±4,35		
Bilgi Edinme Yolları	**Tek Kaynak**	44	21,30±5,27	U=1067 p=0,073	
	Çok Kaynak	61	19,25±3,94		
Bilgi Edinme Yollarının Kullanılma Sıklığı	**Nadiren Kullanırım**	10	21,50±7,74	X^2=1,629 p=0,443	
	Ara Sıra Kullanırım	39	20,31±4,18		
	Sık sık Kullanırım	56	19,80±4,27		
Edinilen Bilginin Uygulanma Sıklığı	**Hiç Uygulamam**	8	19,87±7,39	X^2=4,769 p=0,189	
	Nadiren Uygularım	37	21,35±5,04		
	Ara Sıra Uygularım	43	19,44±3,78		
	Sık Sık Uygularım	17	19,17±3,90		

***p<0,05** **X^2= Kruskal Wallis** **U= Mann Whitney U**

Kanser hastalarının bireysel özelliklerine göre Kanser Bilgi Yükü Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 4-5'te yer verildi. Buna göre yaşanılan yer ve KBYÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p=0,008). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan düzeltilmiş Bonferroni analizine göre köy, kasabada yaşayanların KBYÖ puan ortalamasının ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Gelir düzeyi ve KBYÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p=0,012). Fark yaratan grubu tespit etmek için yapılan düzeltilmiş Bonferroni analizine göre geliri giderinden az olanların KBYÖ puan ortalaması geliri giderine eşit olanlar ve geliri giderinden çok olanlara göre daha fazla olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

4.4. Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kansere Tepki Tarzı Arasındaki Farka İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan kanser hastalarının demografik, klinik ve bilgi edinme özelliklerine göre KTTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4-6: Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ve KTTÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=105)

		N	Mücadeleci Ruh (Ort.±SS)	Çaresizlik/ Ümitsizlik (Ort.±SS)	Endişeli Bekleyiş (Ort.±SS)	Kadercilik (Ort.±SS)	İnkâr (Ort.±SS)	Bonferroni
Cinsiyet	**Kadın**	33	50,40±7,14	10,63±3,45	23,12±3,86	21,14±3,80	2,12±0,93	
	Erkek	62	48,73±6,53	11,69±3,74	23,76±3,85	20,79±3,75	2,21±0,89	
			U=1153 p= 0,241	U=1128 p= 0,181	U=1183 p=0,326	U=1281 p=0,736	U=1246 p=0,551	
Medeni Durum	**Evli**	77	48,73±6,69	11,43±3,64	23,35±3,96	21,25±3,68	2,19±0,90	
	Bekar	28	51,29±6,86	10,79±3,69	23,89±3,58	20,07±3,89	2,11±0,91	
			U=825 p=0,066	U=949 p=0,350	U=972 p=0,441	U=867 p=0,124	U=1028 p=0,703	
Yaşanılan Yer	**Köy, Kasaba**	11	48,21±7,86	12,52±3,96	24,52±5,07	22,21±3,28	2,45±0,68	
	İlçe	38	50,23±6,99	10,23±3,18	23,62±3,44	20,42±3,85	2,08±0,81	
	Şehir Merkezi	56	49,14±6,52	11,74±3,78	23,33±3,90	21,11±3,78	2,18±0,99	
			X^2=0,954 p=0,621	X^2=4,872 p=0,088	X^2=1,108 p=0,575	X^2=2,744 p=0,254	X^2=1,722 p=0,423	
Eğitim Durumu	**Lise Altı**	48	48,04±0,81	11,52±0,47	23,35±3,80	21,69±3,86	2,19±0,86	
	Lise ve Üzeri	57	50,56±0,99	11,04±0,52	23,61±0,52	20,30±3,58	2,16±0,94	
			U=1102 p=0,696	U=1233 p=0,383	U=1282 p=0,581	U=1052 **p=0,041***	U=1352 p=0,914	

*p<0,05; X^2= Kruskal Wallis; U= Mann Whitney U şeklinde sunulmuştur.

Tablo 4-6: Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ve KTTÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=105) (devamı)

Çalışma Durumu	**Çalışıyor**	67	48,24±6,16	11,18±3,52	23,25±3,63	20,81±3,89	2,03±0,81
	Çalışmıyor	38	51,47±7,45	11,39±3,91	23,92±4,23	21,16±3,57	2,42±1,00
			U=932	U=1256	U=1084	U=1224	U=969
			p=0,023*	p=0,909	p=0,207	p=0,743	**p=0,033***
Gelir Düzeyi	**Gelir Giderden Az**	28	50,11±6,90	11,52±3,89	23,91±4,06	22,23±3,32	2,21±0,99
	Gelir Gidere Eşit	60	49,02±6,43	11,32±3,27	23,44±3,81	20,72±3,95	2,12±0,88
	Gelir Giderden Çok	17	49,84±8,15	10,50±4,58	23,25±3,81	19,70±3,35	2,29±0,84
			X^2=1,139 p=0,566	X^2=2,126 p=0,345	X^2=0,244 p=0,885	X^2=5,807 p=0,055	X^2=0,758 p=0,685
Tanının Evresi	**I. Evre**	18	52,41±7,63	11,12±4,16	23,40±4,16	20,11±4,01	2,16±0,78
	II. Evre	28	50,30±6,80	10,82±3,10	23,21±3,98	21,70±2,82	2,03±0,88
	III. Evre	23	48,32±6,15	11,51±3,37	24,32±3,60	21,96±4,23	2,26±0,91
	IV. Evre	21	49,02±5,81	10,84±3,92	22,74±3,64	19,92±4,09	2,04±0,92
	Nüks	15	46,42±7,17	12,76±4,39	24,06±4,12	20,51±3,60	2,46±1,06
			X^2=6,891 p=0,142	X^2=2,413 p=0,661	X^2=2,654 p=0,618	X^2=5,920 p=0,205	X^2=2,312 p=0,679
Kanser Hastalığı Bulunan Yakına Sahip Olma	**Evet**	48	48,77±7,18	11,40±3,83	23,21±4,18	20,73±3,95	2,33±0,97
	Hayır	57	49,55±6,48	11,14±3,52	23,74±3,57	21,11±3,62	2,04±0,82
			U=1184 p=0,762	U=1339 p=0,851	U=1296 p=0664	U=1251 p=0,449	U=1133 p=0,112

*p<0,05; X^2= Kruskal Wallis; U= Mann Whitney U şeklinde sunulmuştur.

Tablo 4-6: Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ve KTTÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=105) (devamı)

Bilgi Edinme Yolları	**Tekli Kaynak**	44	47,23±6,32	11,82±3,56	22,86±4,02	21,82±3,89	2,16±0,91	
	Çoklu Kaynak	61	50,98±6,75	10,85±3,70	23,95±3,69	20,30±3,56	2,18±0,90	
			U=942	U=1149	U=1121	U=999	U=1316	
			p=0,009*	p=0,208	p=0,150	**p=0,025***	p=0,859	
Bilgi Edinme Yollarının Kullanılma Sıklığı	**Nadiren Kullanırım (1)**	10	43,40±6,27	12,70±3,26	22,00±2,30	22,80±3,25	2,30±1,15	
	Ara Sıra Kullanırım (2)	39	48,41±6,18	11,72±3,98	23,22±3,89	21,32±3,86	2,18±0,85	**3>1**
	Sık Sık Kullanırım (3)	56	51,17±6,30	10,66±3,40	23,92±4,01	20,43±3,71	2,14±0,90	
			X^2=12,959	X^2=3,815	X^2=4,795	X^2=4,463	X^2=0,102	
			p=0,002*	p=0,148	p=0,091	p=0,107	p=0,950	
Edinilen Bilginin Uygulanma Sıklığı	**Hiç Uygulamam (1)**	8	47,00±7,17	12,12±2,79	23,75±2,65	21,25±3,28	2,25±0,88	
	Nadiren Uygularım (2)	37	47,67±7,31	12,24±3,63	22,18±4,24	21,81±3,24	2,16±0,89	**1>4,2>4,3>4**
	Ara Ara Uygularım (3)	43	50,13±6,15	11,09±3,98	24,44±3,50	20,90±3,86	2,16±0,92	
	Sık Sık Uygularım (4)	17	52,47±6,10	9,11±2,08	23,82±3,77	18,94±4,27	2,17±0,95	
			X^2=6,934	X^2=9,889	X^2=6,177	X^2=9,817	X^2=0,063	
			p=0,074	**p=0,020***	p=0,103	**p=0,020***	p=0,996	

*p<0,05; X^2= Kruskal Wallis; U= Mann Whitney U şeklinde sunulmuştur.

Kanser hastalarının bireysel özellikleri ve kansere tepki tarzı ölçeği alt boyutları arasındaki karşılaştırmaya Tablo 4-6'da yer verilmiştir. Buna göre eğitim durumu ile KTTÖ alt boyutlarından "kadercilik" puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,041). Buna göre lise altı eğitim durumuna sahip olanların kadercilik puan ortalaması (21,69±3,86), lise ve üzeri olan gruba göre (20,30±3,58) daha yüksek olduğu belirlendi.

Çalışma durumu ile KTTÖ alt boyutlarından "mücadeleci ruh" ve "inkâr" puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (sırasıyla, p=0,023, p=0,033). Buna göre çalışmayanların mücadeleci ruh puan ortalaması (51,47±7,45), çalışan gruba göre (48,24±6,16) daha yüksek olduğu ve yine çalışmayanların inkâr puan ortalaması (2,42±1,00), çalışan gruba göre (2,03±0,81) daha yüksek olduğu belirlendi.

Bilgi edinme yolları ile KTTÖ alt boyutlarından "mücadeleci ruh" ve "kadercilik" puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla, p=0,009, p=0,025). Buna göre çoklu bilgi kaynağı kullanımı olanların mücadeleci ruh puan ortalaması (50,98±,6,75), tek bilgi kaynağı (TV, internet, gazete, dergi ve diğer seçeneklerinden biri) kullanan gruba göre (47,23±6,32) daha yüksek olduğu ayrıca tek bilgi kaynağı (TV, internet, gazete, dergi ve diğer seçeneklerinden biri) kullanımı olanların kadercilik puanı ortalaması (21,82±3,89), çoklu bilgi kaynağı kullanan gruba göre (20,30±3,56) daha yüksek olduğu belirlendi.

Bilgi edinme yollarını kullanma sıklığı ile KTTÖ "mücadeleci ruh" alt boyutu puanı arasında anlamı farklılık bulunmuştur (p=0,002). Fark yaratan grubu tespit etmek için düzeltilmiş Bonferroni uygulanmıştır. Bunun sonucuna göre bilgi edinme kaynaklarını sık sık kullananların mücadeleci ruh puan ortalamasının (51,17±6,30), nadiren kullananlara (43,40±6,27) göre daha fazla puana sahip olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Bilgi kaynaklarından edinilen bilginin uygulanması ile KTTÖ alt boyutlarından "çaresizlik/ümitsizlik" ve "kadercilik" puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla, p=0,020, p=0,020). Çaresizlik/ümitsizlik alt boyutu için hiç uygulamam 12,12±2,79, nadiren uygularım 12,24±3,63, ara ara uygularım 11,09±3,98 ve sık sık uygularım 9,11±2,08, kadercilik alt boyutu için hiç uygulamam

21,25±3,28, nadiren uygularım 21,81±3,24, ara ara uygularım 20,90±3,86 ve sık sık uygularım 18,94±4,27 olarak belirlenmiştir. Fark yaratan grubu tespit etmek için düzeltilmiş Bonferroni uygulanmıştır. Bunu sonucuna göre çaresizlik/ümitsizlik alt boyutu için hiç uygulamayanların (12,12±2,79), nadiren uygulayanların (12,24±3,63) ve ara sıra uygulayanların (11,09±3,98) puan ortalaması sık sık uygulayanların (9,11±2,08) puan ortalamasına göre daha fazla puana sahip olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Kadercilik alt boyutu için de hiç uygulamayan (21,25±3,28), nadiren uygulayan (21,81±3,24) ve ara sıra uygulayanların (20,90±3,86) puan ortalaması sık sık uygulayanların (18,94±4,27) puan ortalamasına göre daha fazla olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

4.5. Kanser Hastalarının Kanser Bilgi Yükü ile Kansere Tepki Tarzı Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan kanser hastalarının yaş, KBYÖ, KTTÖ alt boyutları arasında ilişkiye dair bulgulara yer verildi

Tablo 4-7: Kanser Hastalarının Kanser Bilgi Yükü Ölçeği ile Kansere Tepki Tarzı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=105)

	KANSER BİLGİ YÜKÜ ÖLÇEĞİ		**YAŞ**	
	İstatistik Değeri**	**p Değeri***	**İstatistik Değeri*****	**p Değeri***
KTT Mücadeleci Ruh	-0,250	**0,010***	-0,329	**<0,001***
KTT Çaresizlik/Ümitsizlik	0,461	**<0,001**	0,133	0,177
KTT Endişeli bekleyiş	-0,073	0,460	-0,133	0,178
KTT Kadercilik	0,555	**<0,001**	0,062	0,529
KTT İnkâr	0,174	0,076	-0,210	**0,032***
KANSER BİLGİ YÜKÜ ÖLÇEĞİ			0,041	0,678

*p<0,05, **Spearman korelasyon analizi, ***Pearson korelasyon analizi

Kanser bilgi yükü ölçeği ve kansere tepki tarzı ölçeği alt boyutları puanlarının korelasyonuna ilişkin bulgulara Tablo 4-7'de yer verildi. Bunun sonucuna göre KBYÖ puanları ile KTTÖ mücadeleci ruh alt boyutu puanları arasında (r=-0,250, p=0,010) anlamlı ve negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki bulunduğu ve KBYÖ ile KTTÖ çaresizlik/ümitsizlik (r=0,461, p<0,001) ve kadercilik (r=0,555, p<0,001) alt boyutları puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde ve orta düzey ilişki bulunduğu saptandı.

Yaş, KBYÖ ve KTTÖ alt boyut puanlarının korelasyonuna ilişkin bulgulara Tablo 4-7'de yer verildi. Çalışmada kullanılan KBYÖ ve KTTÖ alt boyut puanları ile

yaş arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon analizi uygulandı. Bunun sonucuna göre yaş ile KBYÖ arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu. Yaş ile KTTÖ alt boyutları olan mücadeleci ruh ($r=-0,329$, $p<0,001$) ve inkâr ($r=-0,210$, $p=0,032$) puanları arasında anlamlı ve negatif yönde zayıf düzey ilişki saptandı. Buna göre yaş arttıkça mücadeleci ruh ve inkâr azalmaktadır.

5. TARTIŞMA

Aşırı kanser bilgisi ile yüklenmeyi ifade edenen Kanser Bilgi Yükü çalışmaları son zamanlarda ilgi duyulan konulardan biri olmuş ancak konu ile ilgili yapılan araştırmalar sınırlı sayıdadır. Kanser bilgi yükü bilgi edinmeyi ve öğrenmeyi zorlaştırıp kişilerin bilinçli karar vermelerini güçleştirir. Bu nedenle kanser hastalarında kanser bilgi yükü ve kansere verilen tepki tarzları arasındaki ilişkinin araştırıldığı bu çalışma sonucunda elde edilen bulgular altı altında tartışılmıştır.

1. Kanser hastalarının tanımlayıcı (demografik, klinik, bilgi edinme) özellikleriyle ilgili bulguların tartışılması
2. Kanser hastalarının kanser bilgi yükü düzeyi ve tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması
3. Kanser hastalarının kansere tepki tarzlarının tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması
4. Kanser hastalarının KBYÖ ve KTTÖ arasındaki ilişkiye dair bulguların tartışılması

5.1. Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleriyle İlgili Bulguların Tartışılması

Kanser her yaşta ortaya çıkabilen bir hastalık türüdür. Ancak 45-50 yaşlarından sonra görülme sıklığı belirginleşir. Bu yaşlardan itibaren kanser hastalığına yakalananlarda görülme sıklığı olarak kadınlarda meme kanseri, erkeklerde akciğer kanseri ilk sırada gelir. Aynı şekilde mortalite oranları da görülme sıklığı ile paralellik göstermektedir (GLOBACAN, 2020). Çalışmaya katılan hastaların yaşları 21 ile 77 arasında değişmekte ve yaş ortalaması 54,16±13,27 olup literatür ile benzerlik göstermektedir. Literatür incelendiğinde çalışmamıza benzer çalışmalarda yaş ortalaması 53 ile 59 arasında değişmektedir (Akechi vd., 1998; Schwartz vd., 1992; Duman vd. 2021; Cayrou vd. 2003; Schnoll 1995; Grassi vd. 2005; Costa-Requena ve Gil, 2009). Çalışma yetişkin hasta kliniklerinde yürütüldüğünden yaş aralığının bu şekilde bulunması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmaya katılan hastaların %41'i kadın ve %59'u ise erkek olup diğer çalışmalar ile tam benzerlik göstermemektedir. Literatürdeki benzer çalışmalar incelendiğinde genellikle kadın oranının erkek oranından fazla veya çok fazla olduğu görülmektedir (Braeken vd., 2010; Costa-Requena ve Gil, 2009; Grassi vd., 2005; Chae vd., 2016; Schnoll vd., 1995; Cayrou vd., 2003; Schwartz vd., 1992; Serçekuş vd., 2020; Kim vd., 2007; Akechi vd., 1998). Bu çalışmaların katılımcıları kanser türlerine göre incelendiğinde meme kanseri hastaları çoğunluğu oluşturmaktadır ancak kanser türlerinden eşit veya birbirine yakın sayılarda hasta içeren çalışmalarda erkek oranı kadın oranına hemen hemen eşit veya erkek oranı daha fazladır. Çalışmamızda erkek sayısının fazla olmasında etkili olabilecek bir etmenin, çalışma yapılan hastanenin 2016 tarihine kadar askeri hastane olarak faaliyet göstermesi, emekli ve muvazzaf askerlerin hastaneyi tercihte öncelik göstermesi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların eğitim düzeyleri %45,7'si lise altı %54,3'ü ise lise ve üzeri şeklinde olup literatür ile paralellik göstermektedir. Eğitim sistemi ve sınıflaması kıyaslanabilirliği açısından ülkemizdeki çalışmalara baktığımızda benzer oranlar ile karşılaşmaktayız (Duman vd., 2021; Serçekuş vd., 2020; Değer ve Zoroğlu, 2021). Ayrıca TÜİK 2020 "İllere göre bitirilen eğitim durumu (15+)" istatistik verilerine göre İstanbul'un lise ve üstü eğitime sahip olma oranı %41,6 olması çalışmamızda çıkan sonucu desteklemektedir.

Çalışmaya katılan hastaların yaşadığı yerlere göre dağılımı, %10,5'i köy, kasabada, %36,2'si ilçede, 53,3'ü şehir merkezi şeklinde olup, Türkiye nüfus dağılımı ve benzer çalışmalara bakıldığında sonuçlar benzerlik göstermektedir (Serçekuş vd., 2020; Değer ve Zoroğlu, 2021; T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, 2018).

Çalışmaya katılan hastaların %73,3'ü evli ve %26,7'si bekar olup, literatür ile paralellik göstermektedir (İnci vd., 2019; Öztoprak ve Ege, 2021; Değer ve Zoroğlu, 2021; Serçekus vd., 2020; Akechi vd., 1998; Duman vd., 2021; Grassi vd., 2005; Altıntaş, 2019). Ayrıca yaş ortalamasına bakıldığında yetişkinlik çağında bireyler olup evli olmaları beklenen bir durumdur.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının %63,8'i çalışmıyor ve %36,8'i çalışıyor durumdadır. Literatür incelendiğinde farklı sonuçlar ile karşılaşılmaktadır. Bir kısım çalışmalar da benzer sonuçlar gözlemlenirken (Akechi vd., 1998, Duman vd., 2021; Altıntaş, 2019) bir kısmında ise farklılık gözlenmektedir (Serçekuş vd., 2020; Kim vd., 2007; Breyton vd., 2021). Bizim çalışmamızda çalışmayan kişilerin fazla olmasının sebebi kadınlarda çalışmama ve ev hanımı olma durumunun yaygın olması veya erkek-kadın fark etmeksizin çalışıyor durumdayken hastalık teşhisinden sonra malulen emekliliğe ayrılmaları olarak düşünülebilir.

Çalışmaya katılan hastalarda gelir durumuna bakıldığında %26,7'sinin geliri giderinden az, %57,1'inin geliri giderine eşit ve %16,2'sinin geliri giderinden çok şeklinde olup, ülkemizde yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (İnci vd., 2019; Serçekuş vd., 2020; Duman vd., 2021). Chae vd. (2016) ve Kim vd. (2007) Güney Kore ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptığı benzer çalışmaların sonuçlarıyla farklılık göstermektedir. Bu durumun Güney Kore ve Amerika Birleşik Devletleri'nin kişi başı milli gelirinin ülkemize göre yüksek olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Kanser hastalarının klinik özellikleri incelendiğinde (Tablo 4-2), çalışmaya katılan hastaların aldığı kanser tanılarının %20'sinin Akciğer Ca, %14,3'ünün Meme Ca, %20'sinin Kolorektal (Kolon ve rektum Ca'nın toplamı) Ca, %7,6'sının Testis Ca ve %38,1 diğer kanser türlerine ait (çalışmada toplam 16 kanser türü bildirilmiştir) olduğu görülmektedir. GLOBOCAN 2020 Türkiye yeni tanı verilerine bakıldığında cinsiyet ve yaş farketmeksizin sırasıyla %17,6 akciğer, %10,3 meme, %9,1 kolorektal,

%8,3 prostat, %5,9 tiroid ve %48,8 diğerleri şeklindir ve çalışmamız bu sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Literatür incelendiğinde Akechi vd. (1998) yaptığı çalışmada kanser türleri oran sırasına göre baş-boyun, akciğer, meme, mide, kolorektal şeklindedir. Yine Costa-Requena ve Gil (2009)'in İspanyol kanser hastalarında yaptığı çalışmada da benzer oranlar görülmektedir.

Çalışmaya katılan hasların aldığı tanıların evresine göre %17,1'i I.Evre, %26,7'si II.Evre, %21,9'u III.Evre, %20'si IV.Evre ve %14,3'ü de nükstür. Literatür incelendiğinde hetorojen dağılımlı kanser tanılarıyla ilgili evreleme verilerine rastlanmamıştır.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının %45,7'si kanser hastalığı bulunan yakına sahipken %54,3'ü sahip değildir. Yine Öztoprak ve Ege (2021)'nin kadın işçiler ile yaptığı çalışmada çalışmaya katıların %37,4'ünün yakınlarında kanser tanısı koyulmuş birey olduğu ifade edilmiş. Ancak literatürde kanser hastası yakına sahip olanların olmayanlara göre daha büyük oranda olduğunu bulan çalışmalar da mevcuttur (Kim vd., 2007; Costa-Requena ve Gil, 2009; Breytonvd., 2021; Chae vd., 2016). Bu çalışmaların Avrupa, Amerika Birleşik Devletleri ve Asya da bulunan ülkelerde olması ve bu ülkelerin World Cancer Research Fund (2018) her iki cinsiyettede 100,000 kişi başına en çok kanser hastalığı bulunan birey ilk 50 ülke sıralamasında üst sıralarda olması ve ülkemizin bu sıralama içinde yer almayışı çalışmamızdaki sonuçların literatür ile farklılık göstermesine neden olabilir.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının bilgi edinme özellikleri kapsamında kullandıkları bilgi edinme araçlarına bakıldığında %41,9'u TV, gazete, dergi, internet, diğer kaynaklarından yanlız birini tercih ederken %58,1'i bu kaynaklardan en az ikisini ya da daha fazlasını tercih ettiği görülmektedir (Tablo 4-3). Bu kaynakların kullanım sıklığına bakıldığında nadiren kullananların oranı %9,5 iken, ara sıra kullanan ve sık sık kullananların oranı sırasıyla %37,1 ve %53,3'dür. Tercih edilen kaynak veya kaynakların kullanımı sonucu elde edilen bilginin hayatına uyarlanmasında ise hiç uygulamam ve nadiren uygularım diyenlerin oranı sırasıyla %7,6 ve 35,2'iken ara sıra uygularım ve sık sık uygularım diyenlerin oranı sırasıyla %41 ve %16,2'dir (Tablo 4-3). Solmaz vd. (2013) üniversite öğrencileriyle "internet ve sosyal medya kullanımı üzerine" yaptığı çalışmada katılımcıların %97,6'sı internet ve sosyal medya kullandığını ifade etmiş ve %72,8'i de bilgiye erişim amacıyla kullandığını söylemiş. 2020 yılında

Türkiye hanehalkının kitle iletişim araçlarına erişiminin %99,2 olduğu bildirilmiştir (TÜİK, 2021). Buna ek olarak Akgün (2014) "yetişkinlerin kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerini gerçekçi bulma ve genel tutumları" üzerine yaptığı çalışmada katılımcıların sağlık eğitimi için kullanılan kitle erişim araçlarına "az" güvendiklerini saptanmıştır. Çalışmamızda katılımcıların en az bir bilgi kaynağına sahip olması bunların kullanımının yüksek olması ancak elde edilen bilginin hayata geçirilmesinin düşük olması yapılan diğer çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

5.2. Kanser Hastalarının Kanser Bilgi Yükü Düzeyi ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Kanser hastalarının çeşitli kaynaklardan edindiği bilgilerin hastalarda oluşturduğu bilgi yükünü ölçmek amacıyla "Kanser Bilgi Yükü Ölçeği" kullanıldı ve hastaların KBYÖ puan ortalaması 20,10±4,64 olarak bulundu (Tablo 4-4). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 8 en yüksek puan ise 32 olup puan arttıkça bilgi yükü de artmaktadır.

Literatür incelendiğinde Değer ve Zoroğlu (2021)'nun yaptığı çalışmada KBYÖ puanı 18,92±4,86 olarak bulunmuş yine Öztoprak ve Ege (2021) çalışmalarında KBYÖ puanı 19,32±5,38 olarak bulmuş KBYÖ puanı ölçen diğer çalışmalarda 18,92±4,86, 18,5±4,3 ortalamalarının tespit edildiği gözlemlenmiştir (Serçekus vd., 2020; İnci vd, 2019). Benzer çalışmalar incelendiğinde ileri yaşlı bireylerin yüksek kanser bilgi yüküne yatkın olduğu vurgulanmıştır (Breyton vd., 2021; Öztoprak ve Ege, 2021). Çalışmamızdaki KBYÖ puan ortalamasının diğer çalışmalara göre yüksek gelmesi çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca belirtilen bazı çalışmalar kanser tanısı almamış hastalarla yapılmışken çalışmamızın popülasyonunu kanser hastaları oluşturmaktadır bu yüzden özellikle hastalar tanı aldıktan sonra bilgi edinme sırasında bilgi yükü ve kirliliğiyle karşı karşıya kalmış olup KBYÖ puanlarının yüksek gelmesine sebep olmuş olabilir.

Kanser hastalarının cinsiyeti ve medeni durumuna göre kanser bilgi yükü açısından anlamlı farklılığın olmadığı belirlendi. Literatürdeki çalışmalarda da KBYÖ ile cinsiyet arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (Kim vd., 2007; Breyton vd. 2021;

Değer ve Zoroğlu, 2021). KBYÖ ve medeni durum arasında ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmadı.

Kanser hastalarının yaş gruplarına göre kanser bilgi yükü yönünden anlamlı farklılığın olmadığı belirlendi. Literatürde yaş ile KBYÖ puanı arasında ilişkinin olmadığını gösteren (Kim vd., 2007) çalışmaların yanında ilişkili olduğunu saptayan (Öztoprak ve Ege, 2021; Breyton vd., 2021) çalışmalar da vardır.

Kanser hastalarının yaşanılan yere göre kanser bilgi yükü yönünden aralarında anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi. Köy, kasabada yaşayan hastaların, ilçede yaşayanlara göre daha fazla kanser bilgi yükü yaşadığı saptandı. Fleary vd. (2019) kırsal kesimde yaşayan insanların kanserden korunmaya yönelik davranışları daha az sergilediğini ve kanserin daha fazla psikolojik baskı ve yük oluşturduğunu ifade etmiştir. Bain vd. (2002)'de kolorektal kanserle ilgili kırsal ve kentsel hastalar arasında yaptığı çalışmada benzer sonuçlar bulmuştur.

Kanser hastalarında eğitim durumuna göre kanser bilgi yükü açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi. Literatürde benzer çalışmalar incelendiğinde farklı sonuçlar görüldü. Ji vd. (2019) ise eğitim durumuyla bilgi yükü arasında ilişki olmadığını ifade etmiştir. Diğer çalışmalar bilgi yüküyle eğitim durumunun yakından ilişkili olduğunu ifade ederken aynı zamanda bu çalışmaların bir kısmı yüksek eğitim düzeyi bilgi yükünü arttırdığı bir kısmında ise düşük eğitim düzeyinin bilgi yükünü arttırdığı tespit edilmiştir (Chae vd., 2016; Kim vd., 2007; Obamiro ve Lee, 2019; Ramondt ve Ramirez, 2019).

Kanser hastalarında gelir düzeyi ve KBYÖ puanlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulundu. Yapılan ileri derece analizde geliri giderinden az olanların KBYÖ puanı, geliri giderine eşit ve geliri giderinden çok olanların KBYÖ puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve literatür ile paralellik gösterdiği belirlendi. Benzer çalışmalara bakıldığında gelir durumu yüksek ya da yeterli olanların KBYÖ puanları geliri yetersiz olanlara göre daha düşük olduğu belirlendi (Ramondt ve Ramirez, 2019; Kim vd., 2007; Vozikis vd., 2014).

Kanser hastalarının çalışma durumu, kanser tanısı evresi ve KBYÖ puanlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi. Literatürde

çalışma durumu ve kanser tanısı evresine göre bilgi yükünü inceleyen çalışmaya rastlanmadı.

Kanser hastalarında kanser teşhisi koyulmuş bir yakına sahip olma durumu ve KBYÖ puanlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi. Jensen vd. (2016)'nin yaptığı farklı çalışmalarda ailede kanser öyküsü olmasının KBY'nü hem arttırdığı hem azalttığı yönünde farklı sonuçlara ulaşılmış ve tutarsızlık olması nedeniyle bu konuda daha fazla araştırma yapılması önerilmiştir. Yine Serçekuş vd. (2020) yaptıkları çalışmalarda kanser hastalığı bulunan akrabanın olması kanser bilgi yükünü etkilemediğini bildirmişler ve buna ek olarak kanser teşhisi alan akrabaya veya yakına sahip olmanın risk algısı oluşturabileceğini ancak her zaman davranışa dönüşmeyebileceğini belirtmişlerdir.

Kanser hastalarında bilgi edinme amacıyla kaynak seçimi, bilgi edinme yollarını kullanım sıklığı, edinilen bilgileri uygulama sıklığına göre KBYÖ puanlarına bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (Tablo 4-5). Literatür araştırması yapıldığında farklı sonuçlar olduğu gözlendi. Bir kısım çalışmada internet, sosyal medya ve yazılı kaynak kullanımı ile kanser bilgi yükü pozitif ilişki içerisindeyken (Serçekuş vd., 2020; Özkan. 2013), bir kısım çalışmada internet ve yazılı kaynak kullanımının kanser bilgi yüküyle negatif ilişkili olduğu bildirilmiştir (Chae vd.,2016; Dutta ve Bergman, 2007). Chae vd. (2016)'nin Güney Kore'de yaptığı çalışmada internetin kanser bilgi yüküyle ilişkisi olmadığını hatta yazılı kaynakları çalışmadan çıkartıp tekrar araştırma yaptıklarında bile internetin kanser bilgi yüküyle ilişkisi olmadığını belirtmektedir ancak kültürel farklılıkların da sonuçta etkisi olabilir. Ülkemizde yapılan çalışmada kaynak seçiminde gazete tercihi yüksek eğitim düzeyi ile bağdaşırken, TV tercihi daha düşük eğitim düzeyi ile ilişkilendirilmektedir (Karakoç ve Arklan, 2009). Yapılan literatür incelemesinde kanser bilgi yükü ve bilgi edinme amacıyla seçilen kaynakların kullanım, uygulama sıklığı vb. arasında ilişki inceleyen çalışmaya rastlanmadı.

5.3. Kanser Hastalarının Kansere Tepki Tarzlarının Tanımlayıcı Özelliklerine göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Kanser hastalarının tepki tarzlarını ölçmek için beş alt boyuttan oluşan "Kanser Tepki Tarzı Ölçeği" kullanıldı ve alt boyut puanları toplandı. Çalışmada, hastaların KTTÖ "mücadeleci ruh" alt boyut puan ortalaması 49,40±6,80 (Bu alt boyuttan alınabilecek min.-max. puan aralığı 16-64), "çaresizlik/ümitsizlik" alt boyut puan ort. 11,25±3,65 (Bu alt boyuttan alınabilecek min.-max. puan aralığı 6-24), "endişeli bekleyiş" alt boyut puan ort. 23,49±3,85 (Bu alt boyuttan alınabilecek min.-max. puan aralığı 9-36), "kadercilik" alt boyut puan ort. 20,93±3,77 (Bu alt boyuttan alınabilecek min.-max. puan aralığı 8-32) ve "inkâr" alt boyut puan ort. 2,17±0,90 (Bu alt boyuttan alınabilecek min.-max. puan aralığı 1-4) olarak bulundu (Tablo 4-4). Bu çalışmada kanser hastalarının "mücadeleci ruh" alt boyutunda ortalamanın üstünde puan aldıkları, diğer alt boyutlarda ise ortalama bir puan aldıkları görülmektedir. Literatürdeki benzer çalışmalar incelendiğinde alt grup puanlarının paralellik gösterdiği gözlemlendi (Altıntaş, 2019; Saral, 2008; Nosarti vd., 2002; Hallaç, 2010).

Kanser hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre kansere tepki tarzları arasındaki fark incelendiğinde (Tablo 4-6); cinsiyete, medeni duruma, yaşanılan yer, gelir düzeyi, alınan kanser tanısı evresi ve kanser hastalığına sahip bir yakının bulunmasına göre kansere tepki tarzları arasında bir fark olmadığı saptandı. Literatür incelendiğinde Costa-Requena ve Gil (2019)'in kanser hastalarında yaptığı çalışmasında kadınların "kadercilik" alt boyutunda erkeklerden daha yüksek puan aldığı belirtilmiştir. Cinsiyete göre olayları algılayış veya tepkiler farklı olabilir ancak bu çalışmada böyle bir sonuca ulaşılmadı; tepki farklılığı cinsiyetten çok bireysel ve çevresel farklılık özelinde incelebilir.

Medeni duruma göre kansere tepki tarzları arasında fark bulunmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Akechi vd., 1998; Cayrou vd., 2003; Johansson vd., 2011; Braeken vd., 2010). Medeni durumu detaylandırarak boşanma veya eşin vefatını da sorgulayan bir çalışmada ise, eşi vefat eden veya boşanan kadınların "endişeli bekleyiş" grup puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu belirtilmiştir (Altıntaş, 2019). Bunun nedeni hastalık gibi zor zamanlarda sosyal desteğe olağandan fazla ihtiyaç duyulması ve kaybetmenin endişeye sebep olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Literatürde yaşanılan yer ve KTTÖ arasında ilişki içeren çalışmaya rastlanmamıştır. Gelir düzeyine

göre kansere verilen tepkiler arasındaki fark bulunmaması, önceki çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir (Ott, 1996; Altıntaş, 2019; Northouse 1987; Saral, 2008).

Kanser hastalarının eğitim durumuna göre kansere tepki tarzlarına bakıldığında, lise altı eğitime sahip olanların, lise ve üzeri eğitime sahip olanlardan daha fazla kadercilik yönünde tepkiler gösterdikleri saptandı. Yapılan literatür incelemelerinde farklı sonuçlarla karşılaşıldı. Saral (2008) meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmada eğitim durumuyla KTTÖ alt boyut puanlarıyla anlamlı farklılık elde etmezken, Altıntaş (2019) lisans ve üstü eğitime sahip olanların "çaresizlik/ümitsizlik" alt boyut puanları ilkokul mezunu olanlardan yüksek gelirken, "endişeli bekleyiş" alt boyut puanları da lise ve altı eğitime sahip ve okuma-yazma bilmeyen grubuna göre yüksek bulunmuştur. Akechi vd. (1998) eğitim durumu ve "çaresizlik/ümitsizlik" alt boyutunu ilişkili bulmuştur. Bu bilgilerin yanında literatürde "kanser kaderciliği" kavramıyla karşılaşıldı. Kanser kaderciliği; karamsarlık, korku, ölüm kavramlarıyla yoğrulmuş, insanları kansere yönelik bilgi aramaktan, kanseri önleme ve tedavisine ulaşma çabasından alıkoyan ve olaylara "doğanın, tanrının sınavı veya cezalandırması vs." bakışıyla yaklaşmasıdır (Goss vd., 2014; Kav vd., 2012; Harris vd., 2013). Sürece kaderci şekilde yaklaşım kanser ve tedavi hakkında bilgi aramayı, öğrenmeyi negatif yönde etkilemektedir (Nguyan ve Bellamy, 2006; Valera vd., 2018). Çin'de kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada "kader" kavramının inançlarının temelinde olan hastalarda kanser taraması, önlenmesi, tedavisi, müdahale edilmesinde yoğun zorluk yaşandığı görülmüştür (He ve Li, 2021; Kim ve Lwin, 2021; Xie vd., 2020). Çalışmamızda bulunan sonuç, hastanın eğitim düzeyi yükseldikçe araştırma, doğru bilgiye erişim yeteneği geliştiği için hastalık ve tedavi aşamalarında karşılaşabileceği durumlar hakkında önceden bilgi sahibi olup önlemini önceden alma veya soğukkanlı davranış sergileyerek ve hastalıkta mücadelede sağlık profesyonellerinin yanında kendisinin de sorumluluk alması gerektiğinin farkına varırken eğitim düzeyi düşük hastalarda süreçle ilgili doğru bilgi kaynaklarına erişimin düzeyi düşük veya olmayışı, yaşanan durumları ilk kez kendisi yaşayacakmış gibi algılaması ve tüm süreci "kader, alın yazısı vs." kavramları çerçevesinde değerlendirmesi şeklinde yorumlanabilir. Bu açıklama bağlamında diğer çalışmalarda eğitim düzeyi yüksek kişilerin düşük olanlara göre tüm hastalık süreci hakkında önceden bilgi sahibi olarak bazı aşamalar hakkında korku duymaları sonucu çaresiz ve endişeli hissettikleri düşünülebilir. Çalışmamıza benzer olarak Kobayashi ve Smith (2016)'in yaptığı çalışmada da düşük eğitim düzeyine sahip

hastaların kanserin önlenemez, tedavi edilemez olduğuna ve daha fazla kaderci yaklaştığını göstermiştir.

Kanser hastalarında çalışma durumuna göre kansere tepki tarzlarına bakıldığında, çalışmayanların "mücadeleci ruh" ve "inkâr" alt boyut puanları çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Başka bir deyişle çalışmayan hastalar daha fazla mücadeleci ve hastalığı inkâr etme yönünde tepkilere sahip oldukları söylenebilir. Literatür incelendiğinde farklı sonuçların olduğu görülmüştür. Çalışma durumunun anlamlı farklılık oluşturmadığını gösteren (Natan, 2000; Saral, 2008) araştırmaların yanında bir işte çalışmayanların, çalışanlara göre "endişeli bekleyiş" alt boyut puanlarının düşük olduğunu gösteren araştırma da vardır (Altıntaş, 2019). Çalışmamızda "mücadeleci ruh" alt boyutuyla ilgili bulunan sonucun sebebi çalışanların zamanının önemli kısmını işlere veya işyerlerine ayırırken, çalışmayanların hastalıklarına odaklanarak daha fazla zamanını tanı, tedavi, hastalık süreci vs. konuları araştırma, öğrenmeye ayırabilmesi ve bunun sonunda hastalığa karşı daha donanımlı hissederek daha mücadeleci tavır sergilemeleri olabilir. Yine bu sonuca bağlantılı olarak çalışmayanların çalışanlara göre "inkâr" alt boyut puanlarının daha yüksek olması, kendilerini hastalıkla mücadele eden ve hastalığı yenebilme düşüncesinin yüksek olması sonucunda kendini hasta olarak görmeme veya hissetmemesi şeklinde açıklanabilir. Ayrıca KTTÖ "inkâr" alt boyutuyla ilgili, tek maddeden oluşması nedeniyle bütünüyle gerçek durumu yansıtıcı olmayışı aynı zamanda da çalışmaya katılan hastalar tarafından tam anlaşılmadığını ifade etmişlerdir (Watson, 1988; Schwartz vd., 1992).

Kanser hastalarında alınan kanser tanısının evresine göre ve kanser tanısı almış bir yakına sahip olmaya göre kansere tepki tarzlarına bakıldığında, gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Kanserin evresine göre fark bulunamaması literatürdeki diğer çalışmaların sonuçlarıyla paralellik gösterdiğini göstermektedir (Johansson vd., 2011; Altıntaş, 2019; Goodwin vd., 2014; Costa-Requena ve Gil, 2009). Benzer olarak Altıntaş (2019)'ın meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmada ailesinde meme kanseri teşhisi almış birey olması kansere tepki tarzını etkilemediğini göstermiştir.

Çalışmaya katılan hastaların kanser hakkında bilgi edinme yolları ve kansere tepki tarzları arasında gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulundu. Çoklu kaynaktan yani TV, dergi, gazete, internet ve diğer seçeneklerden en az iki tanesinden bilgi edinen

hastaların tek bir bilgi kaynağından bilgi edinenlere göre daha mücadeleci bir tepki gösterdikleri saptandı. Bunun yanında tek kaynaktan istifade eden hastaların çoklu kaynak kullanan hastalara göre daha kaderci tepkiler gösterdikleri saptandı. Literatürde bilgi kaynaklarına göre kansere tepki tarzını karşılaştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada bulunan sonuç, iki veya daha fazla kaynak kullanan hastaların edinilen bilgileri kıyaslama ve doğruluğunu ölçme imkânı daha yüksek olduğu için görece hastalık ve tedavi sürecinde doğruluğu yüksek bilgiler ışığında daha mücadeleci davrandıkları şeklinde yorumlanabilir. Bu sonuca paralel olarak da tek kaynak kullanan hastaların kısıtlı bilgiye sahip olması ve bu bilgilerin kıyaslanma ve doğrulanma imkanının düşük olması sonucu hastalık ve tedavi sürecine daha kaderci yaklaştıkları düşünülebilir. Aynı zamanda bu bulgu farklı bir bakış açısıyla ele alındığında; kaderci tutumu olan insanların daha az bilgi arayışına girebileceğini de düşündürmektedir. Bulunan sonuç, Reuters Gazetecilik Araştırmaları Enstitüsü (Reuters Institute for the Study of Journalism) (2020)'in dijital haber raporuna göre dünyada yazılı kaynaklardan internet tabanlı sosyal medya ve platformlara geçişin arttığı ancak bazı sosyal platformların özellikle gelişmemiş ülkelerde yanlış bilgi yayılmasında tek başına %25-30 oranlarına kadar etkili olduğu görülmüştür. Türkiye, Brezilya gibi ülkelerde yaşayan insanların haberlere, TV'ye ilgilerinin arttığını ancak gençlerin ve eğitim düzeyi düşük kişilerin ilgisinin azalması sebebiyle genel izlenme, takip ortalamasının değişmediği tespit edilmiştir. Türkiye de haberlere güvenin %55 olduğu ve çalışmanın yapıldığı 37 ülke içinde Türkiye'nin en çok yalan habere maruz kalan ülke olduğu bilgisiyle desteklenebilir.

Kanser hastalarında bilgi edinme yollarının kullanım sıklığı ve kansere tepki tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu. Bilgi kaynaklarını sık sık kullanırım diyenlerin nadiren kullanırım diyenlere göre daha mücadeleci ruh içinde tepki verdikleri belirlendi. Literatürde bu iki faktörü içeren çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda bulunan sonuç, bilgi kaynakları kullanım sıklığı arttıkça hastanın kendini bazı alanlarda daha bilgili hissetmesi, tedavi ve hastalık sürecinde yapılanların daha farkında olması ve anlaması sonucu hasta daha mücadeleci davranış sergilemektedir. Hastalıkla mücadele etme duygusu yüksek olan hastalar bilgi arayıcı, kullanıcı davranış sergilerken kendini hastalığa teslim etmiş hastalar süreç boyunca daha az çaba gösterdikleri ve bilgi arayışında oldukları söylenebilir.

Kanser hastalarında bilgi kaynakları kullanımı sonucu edinilen bilgiyi hayatında uygulama sıklığı ve kansere tepki tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu. Edindiği bilgileri sık sık uygulayanların diğer tüm gruplara göre daha az "çaresizlik/ümitsizlik" tepkileri sergiledikleri saptandı. Literatürde bu iki faktörü birlikte inceleyen çalışmaya rastlanmadı. Çalışmamızda bulunan sonuç, bilgi kaynaklarından edinilen tavsiye, görüş, öneri vs. sık sık uygulayan hastaların kendini tedavi sürecine daha katılımcı hissetmesi, uygulamalar sonucunda hastalığın ek semptomlarında iyileşme hali yaşaması gibi gelişmeler sayesinde hastalığı hakkında daha ümit var hissetmesiyle çaresizlik düzeyinin azaldığını şekline yorumlanabilir. Yine bu sonuç doğrultusunda edinilen bilgileri daha az uygulamaya koyan hastaların çaresizlik düzeyinin artmasıyla kendilerini hastalık ve tedavi sürecinde kontrolü kaybetmiş hissetmeleri var olan durumlara daha kaderci yaklaşmaları sonucunu doğurduğu söylenebilir. Dolayısıyla kaderci ve çaresizlik tepkileri içinde olan hastaların genel olarak daha az bilgi kaynağı kullandığı ve bunları daha az sıklıkta kullandığı ve edindiği bilgileri de nispeten daha az hayatına uyguladığı görülmektedir. Bu sonuç literatürdeki bulguları desteklemektedir çünkü kaderci hastaların kanserden korunma veya kanserle mücadelede daha pasif kaldıkları görülmektedir (Hajian vd., 2017; Kobayashi ve Smith, 2016)

5.4. Kanser Hastalarının KBYÖ ve KTTÖ Arasındaki Ilişkiye Dair Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda kanser bilgi yükü ile kansere tepki tarzı "mücadeleci ruh" alt boyut puanlarıyla anlamlı ve negatif yönde zayıf ilişki olduğu, hastalarda kanser bilgi yükü arttıkça mücadeleci davranışların azaldığı saptandı. Yine kanser bilgi yükü ile "çaresizlik/ümitsizlik" ve "kadercilik" alt boyut puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde orta düzey ilişki olduğu bulundu (Tablo 4-7). Hastalarda kanser bilgi yükü arttıkça çaresiz ve kaderci davranış davranış artmaktadır. Literatürde kanser bilgi yükü ve kansere tepki tarzı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmadı. Ancak kanser bilgi yükü ile kaderci anlayış arasında pozitif ilişkili ve kanser ölümcüllüğü ile bilgi yükü arasında negatif ilişki bulan çalışmalar vardır (Değer ve Zoroğlu, 2021; Jensen vd., 2020; Chae vd., 2016; Obamiro ve Lee, 2019; Serçekuş vd., 2020; Braeken vd., 2010; Duman vd., 2021; Hallaç, 2010; Altıntaş, 2019; Saral, 2008). Kaderci yaklaşımın yüksek olması kişilerin hem kanseri önleme ve korunma davranışlarını engellemekte

hem tedaviye başvurmayı geciktirmekte ve uyumu bozmakta hem de nüksün önlenmesi için gerekenleri yapmamaya yol açabilmektedir (Haijan vd. 2017). Buna ek olarak kanser bilgi yükü arttıkça hastanın süreci "içinden çıkılmaz bir durum" şeklinde algılaması sonucu ne yapacağını bilememesi ve artan çaresizliğin de hastanın kendini daha kaderci konuma getirmesine yol açtığı söylenebilir.

Çalışmada yaş ile "mücadeleci ruh" ve "inkâr" alt boyut puanları arasında anlamlı ve negatif yönde zayıf düzey ilişki saptandı. Yaş arttıkça mücadeleci davranış ve inkârcı davranış şekilleri azalmaktadır. Yaş ve kansere tepki tarzı ilişkisiyle ilgili literatür incelendiğinde, yaş arttıkça çaresizliğin arttığını, endişenin azaldığını, kaderciliğin arttığını, mücadeleciliğin azaldığını (Akechi vd.,1998; Watson vd., 1988; Costa-Requena ve Gil, 2009; Altıntaş, 2019; Saral, 2008) saptayan ve çalışmamızla paralellik gösteren araştırma sonuçları bulunmaktadır.

6. SONUÇ

Kanser hastalarının yaş ortalaması 54,16±13,27 olup %59'u erkek, %73,3'ü evli, %53,3'ü şehir merkezinde yaşamakta, %54,3'ü lise ve üzeri eğitim almış, %63,8'i çalışmıyor, %57,1'inin geliri giderine eşit, %26,7'sinin kanser hastalığı II. Evre ve %14,3'ü nüks, %54,3'ünün kanser hastalığı bulunan yakını yok, %58,1'i çoklu bilgi kaynağı kullanmakta, %53,3'ü bilgi kaynaklarını sık sık kullanmakta, %41'i de bilgi kaynaklarından edinilen bilgileri sık sık uygulamaktadır.

Kanser hastalarının KBYÖ puan ortalaması 18,92±4,86 şeklinde bulundu. Kanser bilgi yükünün, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, tanının evresi, kanser hastalığı bulunan yakına sahip olma, bilgi edinme yolları, bilgi edinme yollarının kullanım sıklığı, edinilen bilginin uygulanma sıklığından etkilenmediği saptandı (p>0,05).

Köy, kasabada yaşayanların (23,61±4,27) KBYÖ puanı ilçede yaşayanlara (18,84±4,88) göre (p=0,008), geliri giderinden düşük olanların (23,02±4,80), geliri giderine eşit olanlar (19,51±4,53) ve geliri giderinden yüksek olanlardan (19,03±3,95) yüksek olduğu bulundu (p=0,012).

Kanser hastalarının kansere tepki tarzlarının cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, gelir düzeyi, alınan tanının evresi, kanser hastalığı bulunan bir yakına sahip olmaktan etkilenmediği saptandı (p>0,05).

Eğitim durumu lise altı (21,69±3,86) olanların "kadercilik" alt boyut puanları lise ve üzeri (20,30±3,58) olanlardan yüksek olduğu saptandı (p=0,041). Çalışma durumuna göre çalışmayanların (51,47±7,45) "mücadeleci ruh" alt boyut puanları çalışanlara (48,24±6,16) göre yüksek (p=0,023) yine çalışmayanların (2,42±1,00) "inkâr" alt boyut puanları çalışanlara (2,03±0,81) göre yüksek geldiği saptandı (p=0,033).

Bilgi edinme yollarına göre çoklu kaynak kullananların (50,98±6,75) "mücadeleci ruh" alt boyut puanları tek kaynak (47,23±6,32) kullananlara göre yüksek olduğu saptanırken (p=0,009), tek kaynak kullananların (21,82±3,89) "kaderci" alt boyut puanları çoklu kaynak kullananlara (20,30±3,56) göre daha yüksek olduğu saptandı (p=0,025).

Bilgi edinme yollarının kullanım sıklığına göre sık sık kullananların (51,17±6,30) "mücadeleci ruh" alt boyut puanları ara sıra kullanan (48,41±6,18) ve nadiren kullananlardan (43,40±6,27) yüksek olduğu saptandı (p=0,002).

Edinilen bilginin uygulanma sıklığına göre sık sık uygulayanların (9,11±2,08) "çaresizlik/ümitsizlik" alt boyut puanı hiç uygulamayan (12,12±2,79), nadiren uygulayan (12,24±3,63) ve ara sıra uygulayanlardan (11,09±20,8) düşük bulundu (p=0,020). Ek olarak yine sık sık uygulayanların (18,94±4,27) "kadercilik" alt boyut puanının hiç uygulamayan (21,25±3,28), nadiren uygulayan (21,81±3,24) ve ara sıra uygulayanlara (20,90±3,86) göre düşük olduğu saptandı (p=0,020).

KBYÖ ve KTTÖ arasındaki ilişki incelendiğinde; kanser bilgi yükü ve "endişeli bekleyiş", "inkâr" alt boyutlarıyla ilişki bulunmazken (p>0,05), "mücadeleci ruh" alt boyutuyla anlamlı ve negatif yönlü zayıf düzeyde ilişkili bulundu (r=-0,250, p=0,01). Yine "çaresizlik/ümitsizlik" ve "kadercilik" alt boyutlarıyla anlamlı ve pozitif yönde orta düzeyde ilişkili olduğu saptandı (r=0,461, p<0,001, r=0,555, p<0,001).

Yaş ile KBYÖ arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (p>0,05). Yaş ve KTTÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında ise yaş ve "mücadeleci ruh", "inkâr" alt boyutlarıyla anlamlı ve negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki olduğu saptandı (r=-0,329, p<0,001, r=-0,210, p=0,032).

Bu sonuçlardan yola çıkarak;

Literatürde kanser hastalarının bilgi yükü ve kansere tepki tarzları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmadığı için spesifik kanser tanısı almış ya da farklı örneklem gruplarıyla çalışmaların yapılması,

Hastaların kansere karşı tepkileri özellikle "kadercilik" tepkileri içinde bulunan toplumun inanç ve kültürel değerlerinden etkilendiği düşünülerek farklı inanç veya düşünce sistemlerini benimsemiş örneklem gruplarıyla çalışılmaların yapılması,

Bilgi yükü arttıkça kanser hastalarının bundan olumsuz etkilendiği görülmüştür. Bireylerin hastalığa ilişkin sağlıklı bilgiye ulaşmaları açısından sağlık

profesyonellerinin hasta eğitiminde bilgi yükü üzerinde durmaları; bilimsel ve doğru bilgi kaynaklarına nasıl ve nereden ulaşacaklarına ilişkin görsel, yazılı ve sözel bilgileri hastalarla paylaşılabilir. Kansere ve tedaviye karşı uyumsuz tepkileri olan hastalar belirlenerek bilgi yükü açısından değerlendirilmeleri ***önerilebilir.***

KAYNAKLAR

Akechi, T., Okamura, H., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y. (1998). Predictors of patients' mental adjustment to cancer: patient characteristics and social support. *British Journal of Cancer*, *77*(12), 2381-2385.

Akgün, G. (2014). *Yetişkinlerin kitle iletişim araçları yoluyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutumlarının belirlenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. İstanbul

Altıntaş, B. (2019). *Yeni tanı almış meme kanseri hastalarının kansere tepkileriyle dini baş etmeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul

Ankem, K. (2006). Use of information sources by cancer patients: results of a systematic review of the research literature. *Information Research: An International Electronic Journal*, *11*(3), n3.

Atıcı, E. (2007). Tıp tarihinde kanser ve lösemi. *Türk Onkoloji Dergisi*, *22*(4), 197-204.

Baduryeri, G. (2020). Kemoterapi alan kanser hastalarının öz bakım davranışları ve etkileyen faktörler. (Yüksek Lisans Tezi). tez.yok.gov.tr. (Erişim No: 645512).

Bahar, A. (2007). Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *10*(1), 105-111.

Bain, N. S., Campbell, N. C., Ritchie, L. D., & Cassidy, J. (2002). Striking the right balance in colorectal cancer care a qualitative study of rural and urban patients. *Family practice*, *19*(4), 369-374.

Baltaş, A., & Baltaş, Z. (1999). *Stres ve başa çıkma yolları*. İstanbul: Remzi Kitapevi.

Barbour, J. B., Rintamaki, L. S., Ramsey, J. A., & Brashers, D. E. (2012). Avoiding health information. *Journal of Health Communication*, *17*(2), 212-229.

Başkale, H. A., Serçekuş, P., & Günüşen, N. P. (2015). Kanser hastalarının bilgi kaynakları, bilgi gereksinimleri ve sağlık personelinden beklentilerinin incelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Derneği*, *6*(2).

Baykara, O. (2016). Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5*(3), 154-165.

Beser, N., Öz, F. (2003). Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.7: 47-58.

Braeken, A. P., Kempen, G. I., Watson, M., Houben, R. M., Gils, F. C. V., & Lechner, L. (2010). Psychometric properties of the Dutch version of the Mental Adjustment to Cancer scale in Dutch cancer patients. *Psycho‐Oncology*, *19*(7), 742-749.

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *68*(6), 394-424.

Breyton, M., Smith, A. B., Rouquette, A., & Mancini, J. (2021). Cancer information overload: Association between a brief version of the CIO scale and multiple cancer risk management behaviours. *Patient Education and Counseling*, *104*(5), 1246-1252.

Cayrou, S., Dickès, P., Gauvain-Piquard, A., & Rogé, B. (2003). The mental adjustment to cancer (MAC) scale: French replication and assessment of positive and negative adjustment dimensions. *Psycho‐Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *12*(1), 8-23.

Chae, J. (2016). Who avoids cancer information? Examining a psychological process leading to cancer information avoidance. *Journal of Health Communication*, *21*(7), 837-844.

Chae, J., Lee, C. J., & Jensen, J. D. (2016). Correlates of cancer information overload: focusing on individual ability and motivation. *Journal of Health Communication*, *31*(5), 626-634.

Chae, J., Lee, C. J., & Kim, K. (2020). Prevalence, predictors, and psychosocial mechanism of cancer information avoidance: Findings from a national survey of US adults. *Journal of Health Communication*, *35*(3), 322-330.

Chua, G. P., Tan, H. K., & Gandhi, M. (2018). Information sources and online information seeking behaviours of cancer patients in Singapore. *Cancer Medical Science*, *12*.

Colditz, G. A. (Ed.). (2015). *The SAGE Encyclopedia of Cancer and Society*. SAGE Publications.

Costa-Requena, G., & Gil, F. (2009). The Mental Adjustment to Cancer Scale: A psychometric analysis in Spanish cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 18*(9), 984-991

Coşkun H, Akbayrak N. (2001). Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 5: 63-68.

Değer, M. S. & Zoroğlu, G. (2021). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranlarda sağlık okuryazarlığı ile kanser bilgi yükü ilişkisi. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, *26* (1) ,108-117.

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

Duman, M., Ozan, Y. D., & Yüksekol, Ö. D. (2021). Relationship between the religious attitudes of women with gynecologic cancer and mental adjustment to cancer. *Palliative & Supportive Care*, *19*(1), 62-68.

Dutta, M. J., & Feng, H. (2007). Health orientation and disease state as predictors of online health support group use. *Journal of Health Communication*, *22*(2), 181-189.

Dutta-Bergman, M. J. (2004). Primary sources of health information: Comparisons in the domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. *Journal of Health Communication*, *16*(3), 273-288.

Emanuel, A. S., Godinho, C. A., Steinman, C., & Updegraff, J. A. (2018). Education differences in cancer fatalism: The role of information-seeking experiences. *Journal of Health Psychology*, *23*(12), 1533-1544.

Erkan, M. (2019). *Kanser sonrası sağ kalan bireyler ve bakım verenlerinde psikolojik sağlamlık ve üst bilişlerin nüks korkusu ile ilişkisi.* (Yüksek Lisans Tezi). http://openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/9120

Fleary, S. A., Paasche-Orlow, M. K., Joseph, P., & Freund, K. M. (2019). The relationship between health literacy, cancer prevention beliefs, and cancer prevention behaviors. *Journal of Cancer Education*, *34*(5), 958-965.

Gedük, E. A. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, *5*(2), 253-258.

Gencer, H., Sercekus, P. & Özkan, S. (2021). Kanser Hastalarının Bilgi Kaynakları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 10 (3), 568-573.

Global Cancer Observatory 2020 Link: https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf (Erişim Tarihi: 02.03.2021).

Goodwin, L., Price, A., Lee, W., Rayner, L., Moorey, S., Monroe, B., ... & Hotopf, M. (2014). I've had a good life, what's left is a bonus: factor analysis of the Mental Adjustment to Cancer Scale in a palliative care population. *Palliative medicine*, *28*(3), 243-255.

Goss, P. E., Strasser-Weippl, K., Lee-Bychkovsky, B. L., Fan, L., Li, J., Chavarri-Guerra, Y., & Chan, A. (2014). Challenges to effective cancer control in China, India, and Russia. *The Lancet Oncology*, *15*(5), 489-538.

Grassi, L., Buda, P., Cavana, L., Annunziata, M. A., Torta, R., & Varetto, A. (2005). Styles of coping with cancer: the Italian version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) Scale. *Psycho‐Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *14*(2), 115-124.

Hajian, S., Mehrabi, E., Simbar, M., & Houshyari, M. (2017). Coping strategies and experiences in women with a primary breast cancer diagnosis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, *18*(1), 215.

Hallaç, S. (2010). *Genital organ kanseri tanısı alan bireylerin kansere tepki, vücut algısı, başetme ve psikososyal uyumlarına yönelik yapılan grup müdahalesinin*

değerlendirilmesi (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.

Hamilton, S. N., Scali, E. P., Yu, I., Gusnowski, E., & Ingledew, P. A. (2015). Sifting through it all: characterizing melanoma patients' utilization of the internet as an information source. *Journal of Cancer Education*, *30*(3), 580-584.

Han, P. K., Moser, R. P., Klein, W. M., Beckjord, E. B., Dunlavy, A. C., & Hesse, B. W. (2009). Predictors of perceived ambiguity about cancer prevention recommendations: Sociodemographic factors and mass media exposures. *Journal of Health Communication*, *24*(8), 764-772.

Harris, G. M., Allen, R. S., Dunn, L., & Parmelee, P. (2013). "Trouble won't last always" religious coping and meaning in the stress process. *Qualitative Health Research*, *23*(6), 773-781.

He, R., & Li, Y. (2021). Media Exposure, Cancer beliefs, and cancer-related information-seeking or avoidance behavior patterns in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(6), 3130.

İnci, F. H., Başkale, H., & Ak, P. S. (2019). Kanser Bilgi Yükü Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik-güvenilirlik çalışması. *Cukurova Medical Journal*, *44*(1), 127-135.

James, N., Daniels, H., Rahman, R., McConkey, C., Derry, J., & Young, A. (2007). A study of information seeking by cancer patients and their carers. *Clinical Oncology*, *19*(5), 356-362.

Jensen, J. D., Carcioppolo, N., King, A. J., Scherr, C. L., Jones, C. L., & Niederdeppe, J. (2014). The cancer information overload (CIO) scale: Establishing predictive and discriminant validity. *Patient Education and Counseling*, *94*(1), 90-96.

Jensen, J. D., Pokharel, M., Carcioppolo, N., Upshaw, S., John, K. K., & Katz, R. A. (2020). Cancer information overload: Discriminant validity and relationship to sun safe behaviors. *Patient Education and Counseling*, *103*(2), 309-314.

Ji, Q., Ha, L., & Sypher, U. (2014). The role of news media use and demographic characteristics in the possibility of information overload prediction. *International Journal of Communication*, *8*, 16.

Johansson, M., Rydén, A., & Finizia, C. (2011). Mental adjustment to cancer and its relation to anxiety, depression, HRQL and survival in patients with laryngeal cancer-a longitudinal study. *BMC Cancer*, *11*(1), 1-9.

Karakoç, E., & Arklan, Ü. (2009). Eğitim düzeyinin medya kullanımına etkisi: Gazete ve Televizyon karşılaştırması. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, *9*(17), 407-438.

Kav, S., Tokdemir, G., Tasdemir, R., Yalili, A., & Dinc, D. (2012). Patients with cancer and their relatives beliefs, information needs and information-seeking behavior about cancer and treatment. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *13*(12), 6027-6032.

Kim, H. K., & Lwin, M. O. (2021). Cultural determinants of cancer fatalism and cancer prevention behaviors among Asians in Singapore. *Journal of Health Communication*, *36*(8), 940-949.

Kim, K., Lustria, M. L. A., Burke, D., & Kwon, N. (2007). Predictors of cancer information overload: findings from a national survey. *Information Research*, *12*(4), 12-4.

Kobayashi, L. C., & Smith, S. G. (2016). Cancer fatalism, literacy, and cancer information seeking in the American public. *Health Education & Behavior*, *43*(4), 461-470.

Kobayashi, L. C., & Smith, S. G. (2016). Cancer fatalism, literacy, and cancer information seeking in the American public. *Health Education & Behavior*, *43*(4), 461-470.

Kocaman, N. (2006). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Psikiyatri Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Özel Sayısı*, *47*(2), 97-107.

Kübler-Ross, E. (1997); *Ölüm ve Ölmek Üzerine*, Çev.: Banu Büyükal, İstanbul: Boyner Holding Yayınları.

Lai, W. Y. Y., & Lane, T. (2009). Characteristics of medical research news reported on front pages of newspapers. *Plos one*, *4*(7), e6103.

Miyashita, M., Ohno, S., Kataoka, A., Tokunaga, E., Masuda, N., Shien, T., & Takahashi, M. (2015). Unmet information needs and quality of life in young breast cancer survivors in Japan. *Cancer Nursing*, *38*(6), E1.

Natan, İ. (2000). *Kanser tanısı almış hastalarda kansere tepki tarzı ölçeğinin (Mental Adjusment to Cancer Scale) güvenirlik ve geçerlik yönünden incelenmesi*. (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Nguyen, G. T., & Bellamy, S. L. (2006). Cancer information seeking preferences and experiences: disparities between Asian Americans and Whites in the Health Information National Trends Survey (HINTS). *Journal of Health Communication*, *11*(S1), 173-180.

Niederdeppe, J., & Levy, A. G. (2007). Fatalistic beliefs about cancer prevention and three prevention behaviors. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, *16*(5), 998-1003.

Northouse LL, Swain MA. Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Journal of Nursing Research.* 36(4); 221-225, 1987

Nosarti, C., Roberts, J. V., Crayford, T., McKenzie, K., & David, A. S. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients: a prospective study. *Journal of psychosomatic research*, *53*(6), 1123-1130.

Obamiro, K., & Lee, K. (2019). Information overload in patients with atrial fibrillation: Can the cancer information overload (CIO) scale be used? *Patient education and counseling*, *102*(3), 550-554.

Olgun N, Aslan F. (2017). *Fizyopatoloji*. İstanbul: Akademisyen Tıp Kitabevi, sf. 33-51.

Ott, C. D. (1996). *Cancer support groups, psychological adjustment, and health-promoting behaviors* (Doctoral dissertation), The University of Nebraska, Lincoln.

Ozkan, E. (2013). *Investigation of users' content on the internet in terms of information burden and consumer confusion* (Master's thesis). Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara

Özdemir, Ü., TAŞCI, S. (2013). Kronik Hastaliklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakim. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *1*(1), 57-72.

Özkan S (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul: Roche İlaç Sanayii A.Ş.

Öztoprak, F. S. & Ege, E. (2021). Kadın işçilerin kanser bilgi yükü ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *37*(2), 141-156.

Peng, W., Carcioppolo, N., Occa, A., Ali, K., Yang, Q., & Yang, F. (2019). Feel worried, overloaded, or fatalistic? the determinants of cancer uncertainty management preferences. *Journal of Health Communication*, 1-14.

Ramondt, S., & Ramírez, A. S. (2019). Assessing the impact of the public nutrition information environment: Adapting the cancer information overload scale to measure diet information overload. *Patient Education and Counseling*, *102*(1), 37-42.

Reuters Institute for the Study of Journalism (2020). *Digital News Report.* https://www.digitalnewsreport.org/survey/2020/. (Erişim Tarihi: 12.01.2022)

Salant, P. ve Dillman, D.A. (1994). *How to Conduct Your Own Survey*. John Wiley &Sons. 55. Inc. Newyork.

Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2014). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. John Wiley & Sons. Utah

Saral, E. K. (2008). *Meme kanseri hastalarının kansere uyumlarının belirlenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Schnoll, R. A., Mackinnon, J. R., Stolbach, L., & Lorman, C. (1995). The relationship between emotional adjustment and two factor structures of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale. *Psycho-Oncology*, *4*(4), 265-272.

Schwartz, C. E., Daltroy, L. H., Brandt, U., Friedman, R., & Stolbach, L. (1992). A psychometric analysis of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Psychological Medicine*, *22*(1), 203-210.

Seda, K. U. R. T., Ünsar, S., & Özgül, E. R. O. L. (2020). Kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *11*(1), 43-48.

Serçekuş, P., Gencer, H., & Özkan, S. (2020). Finding useful cancer information may reduce cancer information overload for Internet users. *Health Information & Libraries Journal*, *37*(4), 319-328.u

Shea–Budgell, M. A., Kostaras, X., Myhill, K. P., & Hagen, N. A. (2014). Information needs and sources of information for patients during cancer follow-up. *Current Oncology*, *21*(4), 165-173.

Singer, E., & Endreny, P. M. (1994). Reporting on risk: How the mass media portray accidents, diseases, disasters and other hazards. *Risk*, *5*, 261.

Solmaz, B., Tekin, G., Herzem, Z., & Demir, M. (2013). İnternet ve sosyal medya kullanimi üzerine bir uygulama. *Selçuk İletişim*, *7*(4), 23-32.

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *71*(3), 209-249.

Şeker, N., Yasin, Y. K., Özaydın, E., Çapacı, B., & Okyay, P. (2018). Üçüncü basamak sağlık kuruluşundaki hemşirelerin kanser tarama programları bilgileri ile tarama testlerini yaptırma durumları. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, *19*(1), 14-18.

T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı (2018). *Çevresel görseller*. https://cevreselgostergeler.csb.gov.tr (Erişim Tarihi: 24.12.2021)

Tan, A. S., Gibson, L., Zafar, H. M., Gray, S. W., Hornik, R. C., & Armstrong, K. (2014). Associations between cancer-related information seeking and receiving PET imaging for routine cancer surveillance—An analysis of longitudinal survey data. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, *23*(3), 481-489.

Türkiye İstatistik Kurumu (2020). *İllere göre bitirilen eğitim durumu (15+)*. https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=e%C4%9Fitim%20durumu (Erişim Tarihi: 24.12.2021)

Türkiye İstatistik Kurumu (2021). *Hane halkı Bilişim teknolojileri kullanım araştırması*. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Survey-on-Information-and-Communication-Technology-(ICT)-Usage-in-Households-and-by-Individuals-2021-37437 (Erişim Tarihi: 26.12.2021).

Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm nedeni istatistikleri 2019. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710 (Erişim tarihi: 01.11.2021).

Vaillant, G. E., Bond, M., & Vaillant, C. O. (1986). An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, *43*(8), 786-794.

Valera, P., Lian, Z., Brotzman, L., & Reid, A. (2018). Fatalistic cancer beliefs and information seeking in formerly incarcerated African-American and Hispanic men: Implications for cancer health communication and research. *Journal of Health Communication*, *33*(5), 576-584.

Varghese, T. K. (2020). Building Multidisciplinary Teams in the Digital Age. In *Building a Clinical Practice* (pp. 23-30). Springer, Cham.

Vozikis, A., Drivas, K., & Milioris, K. (2014). Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. *Archives of Public Health*, *72*(1), 1-6.

Walsh, M. C., Trentham-Dietz, A., Schroepfer, T. A., Reding, D. J., Campbell, B., Foote, M. L., & Cleary, J. F. (2010). Cancer information sources used by patients to inform and influence treatment decisions. *Journal of Health Communication*, *15*(4), 445-463.

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, *18*(1), 203-209.

WHO, (2020). Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-andglobal-health-estimates (Erişim Tarihi: 1.11.2021)

World Cancer Research Fund (2018). *Global cancer data by country*. https://www.wcrf.org/dietandcancer/global-cancer-data-by-country/ (Erişim Tarihi: 24.12.2021).

Xie, J., Xie, S., Cheng, Y., & He, Z. (2020). Beliefs and Information Seeking in Patients With Cancer in Southwest China: Survey Study. *JMIR Cancer*, *6*(2), e16138.

Yıldırım, İ. (1991). Stres ve stresle başa çıkmada gevşeme teknikleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *6*(6).

Yıldırım, S., & Gürkan, A. (2010). Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *26*(1), 87-98.

Yılmaz, H. B., & Aksüyek, H. (2012). Bursa ilinde meme kanserinin erken tanısında farkındalığın önemi-alan çalışması. *Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health*, *8*(2).

Yokuş, B., & Çakır, D. Ü. (2012). Kanser Biyokimyası. *Dicle Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*, (1), 7-18.

FORMLAR

EK 1: Bilgi Formu

1. Cinsiyet

( )Kadın ( )Erkek

2. Yaş

.....

3. Medeni durum

( )Evli ( )Bekar

4. Tanınız (Örn. Akciğer Ca)

.....

5. Tanınızın evresi

( ) 1. Evre ( )2. Evre ( )3.Evre ( )4.Evre ( )Nüks

6. Kanser hastalığı bulunan başka yakınınız var mı

( )Var ( )Yok

7. Yaşadığınız yer

( )Köy, kasaba ( )İlçe ( )Şehir merkezi ( )diğer

8. Eğitim durumunuz

( )Okur yazar değilim ( )İlkokul ( )Ortaokul ( )Lise ( )Yüksek Okul ( )Lisans( )Diğer

9. Çalışma durumunuz

( )Çalışıyor ( )Çalışmıyor

10. Gelir düzeyiniz

( )Gelir giderden düşük ( )Gelir gidere eşit ( )Gelir gideren yüksek

11. Bilgi edinme amacıyla kullandığınız kaynaklar

( )İnternet ( )Televizyon ( )Gazete ( )Dergi ( )Diğer

12. Bu kanalları ne sıklıkla kullanırsınız

( )Hiç kullanmam ( )Nadiren Kullanırım

( )Ara sıra kullanırım ( ) Sık sık kullanırım

13.Kullandığınız kaynaklardan elde ettiğiniz bilgi, tavsiye vs. ne sıklıkla uygularsınız

( )Hiç uygulamam ( )Nadiren uygularım

( )Ara sıra uygularım ( )Sık sık uygularım

EK 2: Kanser Bilgi Yükü Ölçeği (KBYÖ)

Aşağıda kanser bilgi yükünü ölçen cümleler verilmiştir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu nedenle lütfen her cümleyi dikkatle okuyunuz ve size en uygun olan seçeneği (X) işareti ile işaretleyiniz. Boş cevap bırakmayınız.

	Kesinlikle katılmıyorum	katılmıyorum	katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Kanseri önlemeye yönelik pek çok öneri var, hangisini yapacağımı bilemiyorum				
2. Kanseri önlemek için yapılan önerilerin hepsini uygulamak için yeterli zamanım yok				
3. Kanser hakkında yeni bir bilgi duymak istemeyecek noktaya geldim.				
4. Hiçkimse kanser hakkında verilen önerilerin hepsini yapamaz.				
5. Kanser hakkındaki bilgilerin hepsi bir süre sonra kulağa aynı gelmeye başlıyor.				
6. Kanser hakkında duyduğum bilgilerin çoğunu hemen unuttum				
7. Kanser hakkında duyduğum ya da okuduğum şeylerin çoğu inandırıcı gelmiyor				
8. Bilmem gereken kanser bilgisi nedeniyle kendimi aşırı yüklenmiş hissediyorum.				

EK 3: Kansere Tepki Tarzı Ölçeği (KTTÖ)

İSİM..... TARİH.....

Aşağıda insanların kanser hastası olmaya verdikleri tepkileri tanımlayan ifadeler vardır. Her bir ifadenin sağında bulunan, ifadenin sizin şu anki durumunuza uygunluk derecesini gösteren rakamlardan birini lütfen işaretleyiniz. Örneğin, ifade size kesinlikle uymuyorsa ilk sütundaki 1numarayı daire içine almalısınız.

	KESİNLİKLE BANA UYMUYOR	BANA UYMUYOR	BANA UYUYOR	KESİNLİKLE BANA UYUYOR
1. Sağlığımı düzelteceğine inandığım şeyleri yapmaktayım. Ör: Beslenmemi değiştirdim.	1	2	3	4
2. Kendimi neşelendirmek için birşeyler yapabileceğim düşüncesinde değilim.	1	2	3	4
3. Sağlık problemlerim, gelecekle ilgili planlar yapmamı engelliyor.	1	2	3	4
4. Olumlu düşüncelerimin, sağlığıma yararlı olacağına inanıyorum.	1	2	3	4
5. Hastalığımın üzerinde durmuyorum.	1	2	3	4
6. İyileşeceğime kesinlikle inanıyorum.	1	2	3	4
7. Ne yaparsam yapayım, değişen birşey olmayacak gibi geliyor.	1	2	3	4
8. Herşeyi doktorlara bıraktım.	1	2	3	4
9. Hayattan umudu kestim.	1	2	3	4
10. Sağlığımı düzelteceğine inandığım şeyler yapmaktayım. Ör: Egzersiz yapıyorum.	1	2	3	4
11. Kanser teşhisinden beri hayatın ne kadar değerli olduğunu anladım, onu daha iyi değerlendirmeye çalışıyorum.	1	2	3	4

	KESİNLİKLE BANA UYMUYOR	BANA UYMUYOR	BANA UYUYOR	KESİNLİKLE BANA UYUYOR
12. Kendimi tanının ellerine bıraktım.	1	2	3	4
13. Geleceğe yönelik planlarım var. Ör: Tatil, ev, iş değiştirme	1	2	3	4
14. Kanserin tekrarlamasından veya ilerlemesinden endişe ediyorum.	1	2	3	4
15. İyi bir hayatım oldu. Geriye kalanı bir hediye olarak görüyorum.	1	2	3	4
16. Moralimin, sağlığımı çok etkileyebileceğini düşünüyorum.	1	2	3	4
17. Kendime yardım edebilmek için yapabileceğim birşey olduğunu sanmıyorum.	1	2	3	4
18. Hayatımı her zamanki gibi sürdürmeye çalışıyorum.	1	2	3	4
19. Benimle aynı durumdaki insanlarla görüşmek isterim.	1	2	3	4
20. Kanserle ilgili herşeyi geçmişte bırakmaya kararlıyım.	1	2	3	4
21. Bunun benim başıma nasıl geldiğine inanmakta güçlük çekiyorum.	1	2	3	4
22. Hastalığım hakkında büyük endişe duyuyorum .	1	2	3	4
23. Gelecekten pek umudum yok	1	2	3	4
24. İçinde bulunduğum günü yaşıyorum, geleceği düşünemiyorum.	1	2	3	4
25. Pes edesim geliyor.	1	2	3	4
26. Hastalığımla ilgili şakalar yapmaya çalışıyorum.	1	2	3	4

	KESİNLİKLE BANA UYMUYOR	BANA UYMUYOR	BANA UYUYOR	KESİNLİKLE BANA UYUYOR
27. Başka insanlar benim için benden fazla endişeleniyorlar.	1	2	3	4
28. Durumu daha da kötü olan insanları düşünüyorum.	1	2	3	4
29. Kanserle ilgili edinebileceğim bütün bilgileri edinmeye çalışıyorum	1	2	3	4
30. Olup bitenleri kontrol edemiyorum.	1	2	3	4
31. Yapabildiğimce olumlu bir tutum içinde olmaya çalışıyorum.	1	2	3	4
32. Kendimi başka şeylerle meşgul ediyorum. Böylece hastalığımı düşünmek için vaktim olmuyor.	1	2	3	4
33. Kanser hakkında daha fazla şeyler öğrenmekten kaçınıyorum.	1	2	3	4
34. Hastalığımı bir mücadele olarak görüyorum.	1	2	3	4
35. Hastalığım hakkında kaderciyim	1	2	3	4
36. Ne yapacağımı bilemiyorum.	1	2	3	4
37.Başıma gelenlerden dolayı çok öfkeliyim.	1	2	3	4
38. Gerçekten kansere yakalandığıma inanmıyorum.	1	2	3	4
39. Tanrı'nın bana verdiklerine şükrediyorum.	1	2	3	4
40. Hastalıkla savaşmaya çalışıyorum.	1	2	3	4

EK 4: Bilgilendirilmiş Onam Formu

T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Burak ÇELİK tarafından yürütülen "Kanser Hastalarında Bilgi Yükü İle Kansere Verilen Tepkiler Arasındaki İlişki" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı amacı kanser bilgi yükünün kansere verilen tepkiler üzerindeki etkisini incelemektir. Araştırmada sizden tahminen 40 dakika (süreyi saat veya dakika olarak belirtebilirsiniz) ayırmanız istenmektedir. Araştırma 3 farklı anket toplam 61 sorudan oluşup sizin dışınızda tahminen 102 kişi katılacaktır.[1] Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya brk.eposta@gmail.com e-posta adresi ve 0530 371 76 54 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Kısaca araştırmanın amacı: Kanser bilgi yükü ile kansere verilen tepiler arsındaki ilişkiyi incelemek.

Kullanılacak ölçekler: Kişisel veriler, Kanser Bilgi Yükü ölçeği, Kansere Tepki Tarzı ölçeği

Ses ve video kaydı yapılacaksa bilgilendirme.

Veri toplama araçlarının imhası ile ilgili bilgi: Araştırma boyunca evimde kişisel dolabımda saklanacak çalışma sonunda yakılacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime

düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının [2]:

Adı-

Soyadı:.....

....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını; □ kabul ediyorum □ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-

Soyadı:.....

....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-

Soyadı:.....

....

İmzası:

Şahidin:[3]

Adı-

Soyadı:.....

....

İmzası:

[1]Bu cümle yalnızca bir örnek olup bu cümlede araştırmanın amacının ve gerekiyorsa nasıl yapılacağının (örneğin psikometrik test mi, öyle ise kaç soru sorulacağı veya kaç ölçekten oluştuğu; ses kaydı, görüntü alımı, gözlem gibi işlemleri mi içerdiği ve ne kadar süreceği gibi) 3 cümleyi geçmeyecek şekilde kısaca anlatılması beklenilmektedir.

[2]İmza bölümünde ideal olan katılımcının kendisinin imzasının alınmasıdır. Bu durumda onam formunu katılımcı ve araştırmacı imzalar. Katılımcının araştırmaya bireysel olarak katılmayı kabul edip onam formunu imzalamayı istemediği durumlarda şahide ihtiyaç doğar ve bu durumda araştırmacı ve katılımcı yerine şahidin imzalarının olması yeterlidir.

Verilerin yüz yüze iletişim içermeyen; a) Internet ortamında toplanması durumunda katılımcıların uygulama materyallerine erişebilmesi için, online sistemde sunulan bilgilendirilmiş onam formunu okuyup araştırmaya katılmayı onayladıklarına dair ilgili kutucuğu işaretlemeleri gerekmektedir. Bu işaretleme katılımcıların onam imzaları yerine geçer. Katılımcılar onam formunun sonundaki "araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair" ilgili kutucuğu işaretlemedikleri takdirde onay vermemiş sayılırlar ve bu durumda araştırmaya devam edilmez. b) Telefonla uygulamalarda ise araştırmacı araştırma sorularına geçmeden önce Bilgilendirilmiş Onam Formundaki bilgileri katılımcıya sesli olarak okur. Bu durumda katılımcının sözlü onayı imza yerine geçer. Telefonda bu sözlü onay alınmadığı takdirde uygulamaya geçilmez. Hem Internet, hem telefon hem de benzeri yüz yüze iletişimin olmadığı ortamlarda yapılan uygulamalarda katılımcı onay vermediği takdirde bir şahidin onayına başvurulmaksızın uygulamaya devam edilmez.

Eğer veriler okullarda, kurumlarda vb. ortamlarda aynı anda birden fazla kişiden grup uygulaması şeklinde toplanacaksa, yine tercihen tüm katılımcıların onam formlarını bireysel olarak imzalamaları istenir. Ancak katılımcı sayısının fazlalığı ve bununla birlikte zamanın kısıtlılığı gibi durumlar söz konusu olduğunda araştırmacı tüm gruba onam formundaki bilgileri tek seferde sözlü olarak okumayı ve bir imza listesi dolaştırarak katılımcıların araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair bu listeye imza atmalarını tercih edebilir. Grup çalışmasında da tercih edilen katılımcının kendisinin imzasıdır, ancak araştırıcının etik kurula tanımlaması gereken ender durumlarda ise şahit, grup adına da imza atabilir. Fakat grup ortamında herkes çalışmaya katılmayı kabul etmeyebilir. Bu durumda sadece araştırmaya katılmayı isteyenlerin çalışmaya alınması ve bu kişiler adına toplu imza alınması gerekmektedir. (Çalışmanızda şahidin imzasını grup adına kullanmak istiyorsanız etik kurula koşullarını açıklamanız gerekmektedir).

[3]Şahit Kriterleri: Çalışmanın bir üyesi olmayan, araştırmacı tarafından belirlenen ve araştırmanın bulguları üzerinde herhangi bir olumlu/olumsuz etki yaratma olasılığı bulunmayan tarafsız yetişkinlerdir. Katılımcı araştırmaya katılmayı kabul edip onam formunu imzalamayı istemediği durumlarda araştırmacı onam formundaki bilgileri katılımcıya sözlü olarak okur. Katılımcı onayladığını sözlü olarak beyan ederse şahit de bu sözlü onam sürecine yazılı onam formunu imzalamak sureti ile şahitlik ettiğini beyan etmiş olur.

NOT: Araştırmacıdan, onam formunun imza kısmında bulunan ikili seçenekten çalışmasına uygun olan alternatifi yazması ve formda yer alan boşlukları çalışmasına uyarlamak yoluyla onam formuna son halini vermesi ve bu şekliyle formu göndermesi beklenilmektedir.

ETİK KURUL KARARI

EK 5: Etik Kurul İzni

EK 6: İl Sağlık Müdürlüğü İzni

EK 7: Kanser Bilgi Yükü Ölçeği Kullanım İzni

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ORİJİNALLİK RAPORU

%15	%14	%4	%8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.medipol.edu.tr İnternet Kaynağı	%3
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
3	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
4	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%1
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	BURAK	**Soyadı**	ÇELİK
Doğ.Yeri		**Doğ.Tar.**	
Uyruğu		**TC Kim No**	
Email		**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi- Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	2022
Lisans	İstanbul Üniversitesi- Florence Nightingale Hemşirelik Fak.	2017
Lise	Şht. Yzb. Halil İbrahim Sert Anadolu Lisesi	2012

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Hemşire	Sultan 2.Abdulhamid Han EAH	2017-Halen
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	İyi	Orta	Orta		YÖKDİL-56,250

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	81,00	80,03	68,04
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Programları (Word, Power Point, Exel)	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri):