



T.C.
UFUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**KANSER HASTALARININ İTİBAR DURUMLARI VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BURCU TÜRÜDÜ

ANKARA

2020

T.C.
UFUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**KANSER HASTALARININ İTİBAR DURUMLARI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BURCU TÜRÜDÜ

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ NURCAN ERTUĞ

ANKARA

2020

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Ufuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullardan birine göre saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

(X) Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

() Tezim sadece Ufuk Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.

() Tezimin ... yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.



12.08.2020

Burcu TÜRÜDÜ

İTHAF

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca desteklerini benden esirgemeyen ve her koşulda yanımda olan ailem;

Annem Tülün EDE

Kız kardeşim Duygu EDE

Eşim Emre TÜRÜDÜ ve biricik oğlum Baybars TÜRÜDÜ'ye ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi, birikim ve tecrübesiyle yanımda olan, içtenliği ve yardımseverliğiyle desteğini hep yanımda hissettiğim çok sevgili tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nurcan ERTUĞ'a,

Tez sürecimin başından itibaren desteğini esirgemeyen çok kıymetli hocam Prof. Dr. Filiz ÇAY ŞENLER'e,

Yüksek lisans eğitimim süresince hep yanımda olan, sürece değer katan kıymetli arkadaşlarım İlknur BODUR ve Gurbet BADURYERİ'ne,

Veri toplama sürecinde desteklerini hep yanımda hissettiğim tıbbi onkoloji kliniğinde çalışan ekip arkadaşlarım ve gündüz tedavi ünitesi ekibine teşekkür ederim.

ÖZET

TÜRÜDÜ, Burcu. Kanser Hastalarının İtibar Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2020.

Bu tanımlayıcı araştırma, tanı anından başlayarak ileri evreye kadar olan bütün kanser hastalarının itibar durumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma, 10.12.2019-15.03.2020 tarihleri arasında, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesinde yapılmıştır. Araştırma dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan toplam 317 kanser hastası ile yürütülmüştür. Araştırmada veri toplama aracı olarak, hastaların demografik özelliklerini içeren Hasta Tanıtım Formu ve Hasta İtibar Envanteri kullanılmıştır. Araştırmada kategorik değişkenlerin analizi için sayı ve yüzdelik hesaplamaları, sürekli değişkenlerin analizi için ise ortanca, çeyrekler aralığı, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Hastaların “Hasta İtibar Envanteri”nden aldıkları puanların ortalaması 44.00’tür. “Semptom distressi” alt boyutundan 17.00 (IQR=11.0), “Varoluşsal Distres” alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması 12.00 (IQR=8.0)’dir. Hastaların envanter toplam puanları karşılaştırıldığında; kadınlar erkeklerden, bekar hastalar evlilerden, okur yazar ve ilkokul mezunu olanlar, üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olanlardan, sosyoekonomik durumu kötü olanlar iyi ve orta olan hastalardan istatistiksel anlamlı bir şekilde daha yüksek puan almışlardır. 4. evrede olan hastalar 1. ve 2. evrede olan hastalardan, 3. evrede olan hastalar 1. evrede olanlardan, metastazı olan hastalar olmayan hastalardan, mobilizasyonda desteğe ihtiyacı olan hastalar olmayanlara göre envanter toplam puanından istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek puan almıştır. Hastaların itibar durumlarının artırılması için; duygularını ifade edebilmelerine fırsat verilmesi, öfke, inkar, depresyon yaşayan hastaların psikolojik destek almalarının sağlanması, sağlık personelinin hastalara karşı saygılı olması, hastanın tüm sorularının açık ve içtenlikle yanıtlanması, hastanın kendi bakım ve tedavi süreci ile ilgili kendi kararlarını vermesi sağlanarak süreçte söz hakları olduğunun hissettirilmesi önerilir.

Anahtar kelimeler: hasta itibarı, hemşirelik, itibar, kanser, kemoterapi.

ABSTRACT

TÜRÜDÜ, Burcu. Cancer Patients' Dignity and Determination of Affecting Factors. Postgraduate Thesis. Ankara, 2020.

This descriptive research was carried out in order to determine the dignity of all cancer patients and the affecting factors, starting from the moment of receiving diagnosis to terminal cancer development. The research was conducted at İbn-i Sina Research and Training Hospital in Ankara University Faculty of Medicine, between 10.12.2019 and 15.03.2020. A total of 317 cancer patients who met the inclusion criteria and volunteered to participate in the research, 128 out-patients in the Day Treatment Unit and 189 in-patients treated in Medical Oncology Clinic, were included in the research. Patient Identification Form including demographic information of the patients and Patient Dignity Inventory, were used as data collection tool in the research. For analyzing categorical variables, number and percentage calculations were used. Also, the median, interquartile range, Mann Whitney U test and Kruskal Wallis test were used in the analysis of continuous variables. The mean score that patients obtained from "Patient Dignity Inventory" was found to be 44.00. The mean of the scores that patients obtained from the subscales was found to be 17.00 (IQR=11.0) for "Symptom Distress" and 12.00 (IQR=8.0) for "Existential Distress". When the total inventory scores of the patients were compared, it was seen that the scores were higher as statistically significant in females than males, in single patients than married ones, in patients who is literate and primary school graduate than those with university or higher education level, in patients with poor socio-economic status than those with a high and mid-level socio-economic status. Patients with Stage IV obtained statistically significantly higher scores than those with Stage I and II, patients with Stage III than those with Stage I, patients with metastases than those without metastases, and patients needing for support in mobilization than those without need. In order to improve patients' dignity, they should be given the opportunity to express their feelings. Also, psychological support should be provided for the patients experiencing anger, denial, depression. Healthcare staff should respect the patients and all questions directed by the patient should be answered openly

and sincerely. It is also recommended to make the patients feel that they have the right to speak by ensuring them to make their own decisions about their care and treatment process.

Keywords: cancer, chemotherapy, dignity, nursing, patient dignity.



İÇİNDEKİLER

İTHAF	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ÇİZELGELER DİZİNİ	ix
1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ	1
1.1. AMAÇ	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. KANSER VE EPİDEMİYOLOJİSİ	5
2.2. KEMOTERAPİ	6
2.2.1. Kemoterapinin Yan Etkileri	7
2.3. HEMŞİRELİK BAKIMI	10
2.4. PALYATİF BAKIM	11
2.5. İTİBAR	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	16
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	16
3.3. EVREN	17
3.4. ÖRNEKLEM	17
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI	18
3.5.1. Veri Toplama Araçları	18
3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	19
3.6. VERİLERİN ANALİZİ	19
3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNLERİ	20
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	20
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	40
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	45
6.1. SONUÇLAR	45
6.2. ÖNERİLER	47
7. KAYNAKÇA	49
EK-1 HASTA TANITIM FORMU	56

EK-2 HASTA İTİBAR ENVANTERİ.....	59
EK-3 CHOCHINOV ENVANTER İZNİ.....	62
EK-4 ETİK KURUL İZİN FORMU.....	63
EK-5 KURUM İZİN BELGELERİ.....	64
EK-6 ENVANTER KULLANIM İZNİ.....	66
EK-7 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	67
ÖZGEÇMİŞ	68



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltmalar;

Ark: Arkadaşları

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GCO: Global Conference Organisers-Küresel Kanser Gözlemevi

IARC: International Agency for Research on Cancer-Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı

ICN: International Council of Nurses-Uluslararası Hemşireler Konseyi

IQR: Interquartile Range-Çeyrekler Arası Aralık

QOL: Quality Of Life-Yaşam Kalitesi

TDK: Türk Dil Kurumu

THD: Türk Hemşireler Derneği

Simgeler;

%: Yüzde İşareti

p: Anlamlılık Düzeyi

min: En Küçük Değer

max: En Büyük Değer

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge	1: Hastaların Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri.....	21
Çizelge	2: Hastaların Hasta İtibar Envanteri ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar.....	25
Çizelge	3: Hastaların Cinsiyetine Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması.....	26
Çizelge	4: Hastaların Medeni Durumuna Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması.....	27
Çizelge	5: Hastaların Eğitim Durumuna Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması.....	28
Çizelge	6: Hastaların Sosyo-ekonomik Durumuna Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması.....	29
Çizelge	7: Hastaların Çalışma Durumuna Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması.....	31
Çizelge	8: Hastaların Tedavi Aldığı Yere Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması.....	32
Çizelge	9: Hastaların Hastaneye Geliş Sebebine Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması.....	33
Çizelge	10: Hastaların Kronik Hastalığının Varlığına Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması.....	34
Çizelge	11: Hastaların Hastalık Evresine Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması.....	35
Çizelge	12: Hastaların Metastaz Varlığına Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması.....	37
Çizelge	13: Hastaların Fiziksel Aktivite Durumuna Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması.....	38

1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Kanser, bazı nedenler sonucunda değişime uğramış hücrelerin, lokal ve uzak noktalarda kontrolsüz olarak bölünüp çoğalmaları sonucu oluşan tehlikeli hastalıklar grubudur¹. Kanser tedavisinde farklı yaklaşımlar birlikte ya da kombine olarak kullanılır. Cerrahi girişimler ve radyoterapi lokal tedavilerdir. Kemoterapi başta olmak üzere hormonal ve biyolojik ajanlarla yapılan tedaviler ise sistemik yöntemlerdir. Kemoterapi, kanser hücrelerini ortadan kaldırmak ya da bu hücrelerin çoğalmasını engellemek için sitotoksik ilaçlar uygulanarak verilen tedavidir. Kanser tedavisinde kemoterapi, tek başına kullanılabileceği gibi cerrahi ve radyoterapi ile birlikte de uygulanabilir. Kanser tedavisinde kemoterapide hedef hastalığın tipine ve yaygınlık derecesine göre değişkenlik göstermektedir².

Kemoterapi uygulamadaki amaçlar²:

1. Hastalığın tedavisini sağlamak (bazı malignitelerde mümkündür).
2. Kanser hücrelerinin artmasını önlemek, hastalığın yayılmasını yavaşlatarak hastalığı kontrol altında tutmak.
3. Hastalık sebebiyle ortaya çıkan sorunları yok ederek, hasta bireyin yaşam kalitesini artırmak.
4. Cerrahi ya da radyoterapi sonrasında uygulanarak hastalığın nüks riskini azaltmak.
5. Cerrahi ya da radyoterapi öncesinde uygulanarak, yapılacak olan lokal tedavileri kolaylaştırmaktır.

Kemoterapide kullanılan ilaçlar anormal hücreleri yok ederken, aynı zamanda vücutta normal çoğalan hücreler üzerinde de olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Bunun sonucunda kemoterapiye bağlı olarak vücutta bazı yan etkiler ortaya çıkmaktadır. Kullanılan bu ilaçların normal hücreler üzerine olan istenmeyen etkileri geçici bir durumdur². Kemoterapi, bulantı-kusma, saç dökülmesi, yorgunluk-halsizlik, ağız içi yaraları, enfeksiyon, kanama, kas ve eklem ağrıları, iştahsızlık, boşaltım sistemi sorunlarına (ishal, kabızlık) sebep olabilir³.

Klinik durumu kötü seyreden, küratif tedavinin mümkün olmadığı ve tedaviye cevap alınamayan hastalarda palyatif bakım süreci başlamaktadır. Palyatif bakım, mevcut hastalıkları sebebiyle tam olarak iyileşemeyen ya da yaşam sonu desteğe ihtiyaç duyan hastalara yardım etmeyi hedefleyen bir tıp alanıdır ve kanser de bazen palyatif bakım almayı gerektiren durumlardan biri olabilir. Hastanın acı çekmesinin giderilmeye çalışılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesine odaklı bir bakım şeklidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı “yaşamı tehdit eden hastalıklarla karşılaşan hastaların ve bakım vericilerin, yaşam kalitesini artırmaya yönelik, ağrı ve diğer fiziksel, psikosozyal ve manevi sorunların tespit edilerek, değerlendirmeler yapılması ve tespit edilen problemlerin önlenmesi ya da hafifletilmesini hedefleyen bir yaklaşımdır” olarak tanımlamıştır⁴. 2014 yılında, 67. Dünya Sağlık Asamblesi’nde “palyatif bakım, sağlık sisteminin etik bir sorumluluğudur. Bu nedenle palyatif bakım bir seçenek değil, olması gereken tıbbi ve etik gerekliliktir. İhtiyacı olan herkes tarafından, sağlık sisteminin her seviyesinde erişilebilir olmalıdır” kararı alınmıştır⁵.

Hayatı tehdit eden veya yaşamı sınırlayan bir kanserle yaşayan insanlar, çeşitli psikosozyal, varoluşsal ve manevi zorluklarla uğraşır. Kanserli hastaların %20-40’ında ciddi duygusal sıkıntı yaşanmaktadır. Bu durum hastaların itibar duygularının zarar görmesine neden olabilir⁶. İtibarın korunmasına yönelik bakım uygulanması, ancak hastaya özel verilen bir bakım ve insani değerlere saygı göstermek ile mümkündür⁷. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN-International Council of Nursing) Hemşirelik Etik Kodlarında; “Bireylerin kültürel haklarına, yaşam ve seçim haklarına saygı duyulması ve bireylerin haysiyetlerinin korunarak bakım verilmesi hemşireliğin temel sorumlulukları arasındadır. Hemşirelik bakımı bireyin hastalık, cinsiyet, ırk, yaş, kültür, cinsel yönelim, siyasi görüş ve sosyal statü gözetenmeden verilen bakımdır. Bu sebeple hemşire, bakım verirken teknoloji kullanımının ve bilimsel ilerlemelerin insan güvenliği ve saygınlığının korunması haklarına uygun olmasını sağlamalıdır” şeklinde hasta itibarına yer verilmiştir⁸. Hemşirelerin hasta itibarı konusunda farkındalığının sağlanması, kanser hastalarında itibar duygusunun artırılmasına yardımcı olabilir. Kanserli hastalarda, itibar duygusunu artırma girişimleri, hastalık semptomlarını ve tedavi işleyişini iyileştirebilir⁹. Sağlık uzmanları ve hastalar

arasında etkili bir ilişki kurmak için itibar ve mahremiyeti gözlemlemek çok önemlidir. Bireyin itibarını korumak etik bakımın bir parçasıdır¹⁰.

Nyholm ve Koskien⁷, 2015'te yaptıkları bir çalışmada yoğun bakım ortamındaki hemşirelerin, hasta itibarını nasıl algıladıklarını, hasta itibarını neyin tehdit ettiğini ve hemşirelerin hasta itibarını nasıl koruyabileceğini değerlendirmişlerdir. Çalışmaya göre, hastaların bakım sürecinde hemşireler aktif rol almadıklarında, hastalar iyi bir bakım alamadıklarında, olumsuz davranış ve tutumlara maruz kaldıklarında, bütünlüklerinin korunmadığını hissettikleri durumlarda, hasta itibarının tehdit altında olduğu sonuçlarına varılmıştır.

Ülkemizde hasta itibarı ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, Eskigölek'in¹¹ palyatif bakım hastalarının ve bu alanda çalışan hemşirelerin itibarlı bakım konusundaki görüşlerinin incelendiği çalışma ile karşılaşılmıştır. Eskigölek çalışmasında, 18 yaş ve üzerinde ileri evre, palyatif performans skoru %40 ve üzerinde olan kanser hastalarını dahil ederek toplam 127 hasta ile çalışmayı tamamlamıştır. Ülkemizde Eskigölek'in çalışması dışında yeni tanı almış veya erken evre kanser hastalarının da dahil edildiği itibar durumunu belirleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Kanser tanı anından terminal döneme kadar, hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanları için yüksek stres yaratan, dengeleri bozan ve sürece uyumu zorlaştıran bir hastalıktır. Bilinmeyen bir sürecin başlangıcı, kaygı, korku, acı ve suçluluk duygusunun sembolüdür¹². Süreç ilerledikçe yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Hastalar bu süreçte, öz bakım gereksinimlerini karşılayamama, beden imajında bozulma, rol kaybı, yaşam kalitesinin bozulması, semptom yükü ve daha birçok sorun ile karşı karşıya kalmaktadır^{7,9}. Yapılan çalışma sonuçlarından da anlaşılabileceği gibi hastalığın seyri için hasta itibarının korunması oldukça önemlidir.

Hastanede sağlık hizmeti almaya gelen her bireyin itibarının korunma hakkı vardır. Hastane ortamındaki iş yükü, sağlık çalışanlarının yoğun tempoda çalışıyor olması, sağlık alanındaki eleman yetersizliği önceliklerin farklı olmasına sebep olarak, hastaların itibarlarının göz ardı edilmesine neden olabilir. Bu

araştırmanın amaçlarından bir tanesi de sağlık çalışanları için hasta itibarı konusunda farkındalık yaratmaktır.

1.1. AMAÇ

Bu araştırmanın amacı, tanı anından başlayarak ileri evreye kadar olan kanser hastalarının itibar durumları ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

HİPOTEZLER

Bu çalışma kapsamında şu sorulara yanıt aranacaktır:

1. Kanser hastalarının itibar düzeyi nasıldır?
2. Kanser hastalarının itibar düzeyi sosyo-demografik özelliklerden etkilenir mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KANSER VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Kanser, bir veya daha çok etiyolojik faktörün etkisiyle hücrede oluşan genetik ve moleküler değişikliklerin hastalığıdır. Bu değişiklikler sonucunda hücre DNA'sında yanlış genetik kodu içeren yeni hücreler oluşup artmaya başlayarak kontrolsüz hücre üretimi ve gelişimi meydana gelir ve sonuç olarak kitle oluşur¹³.

“Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC)’na bağlı Küresel Kanser Gözlemevi (GCO)’nin 2018 verilerine göre 2018’de dünya çapında 18.1 milyon yeni kanser vakası ve 9.6 milyon ölüm görüldüğü belirtilmektedir¹⁴. “Türkiye’de 2018’de yeni vaka sayısı 210.537, ölüm oranı ise 116.710’dır¹⁵. “2040 yılında ise dünyada yeni kanser vaka sayısının 29.5 milyon olacağı tahmin edilmektedir”¹⁶.

Kanserin prognozu, tedavisi ve tedavi toksisitesi vücudun tüm sistemleri üzerinde yerel ve sistemik ciddi etkiler oluşturmaktadır. Kanser tedavisinde sıklıkla başvuru yöntemlerinden biri olan kemoterapi, hastalığı tedavi ederken fiziksel ve emosyonel pek çok semptomun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu sebeple kanser hastaları tek başına hastalık süreci ile ilgili değil, kanser tedavilerinin yan etkileri sebebiyle de pek çok problem ile baş etmeye çalışmaktadır. Ancak kemoterapi sebebi ile ortaya çıkan bu semptomlar, etkin tedavi yöntemleri ve hemşirelik girişimleri ile önlenebilmekte ya da minimuma indirilmektedir. Hemşirelik bakımında özellikle kemoterapi sebebi ile ortaya çıkan komplikasyonları önleme, semptomları erken dönemde saptama ve bu semptomları kanıta dayalı olarak yönetme oldukça önemlidir¹⁷.

Kansere bağlı mortalite ve morbidite oranlarının azaltılmasında sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılması ve belirlenen yaşlarda düzenli olarak kanser taramalarının yapılması oldukça önemlidir. Bu nedenle sağlık ekibinin halkı kanser risk faktörleri ve kanserin erken tanısında kullanılan tarama yöntemleri hakkında bilgilendirerek kanserin kontrolü ve erken tanı konmasında önemli rol oynamaktadırlar¹⁸.

Günümüzde kanser tedavisindeki hızlı gelişmeler ile birlikte, bireylerin yaşam süresi artmıştır. Sağ kalım süresinin artmasıyla hastalık ile başa çıkabilme, ilaçların yan etkilerinin en aza indirilmesi, yorgunluk ve ağrı ilk sırada olmak üzere semptomların azaltılması ve hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi konuları ciddi önem taşımaya başlamıştır¹⁹.

2.2. KEMOTERAPİ

Kanser tedavisinde kemoterapi yaygın olarak kullanılan tedavi şekli olup küratif etkileri (hastalığın seyrini yavaşlatmak veya durdurmak) sebebiyle sıklıkla kullanılmaktadır²⁰. Kemoterapide, tümörün hücresel özelliklerinin artmasını engellemeyi hedef alan, çok sayıda sitotoksik ajan tek başına veya birbiri ile kombine edilerek kullanılmaktadır. Bu tedavide amaç, sağlıklı hücreler üzerinde en az olumsuz etki ile mümkün olduğunca fazla sayıda tümör hücrelerini yok etmektir. Kemoterapinin kullanım amacı tümörün yerleşimine ve yayılımına bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Bunlar, adjuvan tedavi, neoadjuvan tedavi, palyatif tedavi ve yüksek doz tedavi olarak uygulanmaktadır¹⁸:

Adjuvan tedavi: Herhangi bir yerinde kalan hastalık bulgusuna rastlanmayan ancak cerrahi operasyon sonrası hastalığın tekrarlama ihtimali yüksek olduğu düşünülen hastalara verilir.

Neoadjuvan tedavi: Cerrahi işlem alanını küçültmek ve daha az invaziv işlem yapabilmek için ameliyat öncesi dönemde primer tümörün evresini küçültmek amacıyla verilen tedavidir.

Palyatif tedavi: Metastatik hastalıkta hastalığın neden olduğu belirtileri en aza indirmek ve kontrol altında tutmak için uygulanan tedavilerdir.

Yüksek Doz Tedavi: Özellikle lenfomalı hastalarda ve kemik iliği transplantasyonu yapılacak olan hastalarda kemoterapi, yüksek doz tedavi olarak büyüme faktörü ile birlikte verilebilir.

Tüm kanser hücrelerini yok etmek için kemoterapinin bir defa verilmesi yeterli değildir. Kanser hücre tipine, hastanın performansına ve hastalığın tedaviye

verdiği yanıtı göre bu tedavi hastaya belirli bir gün aralığında birkaç kez uygulanır. Uygulanan kemoterapi rejiminin tamamlandığı her uygulama kür olarak isimlendirilir. Kemoterapötik ajanlar sadece anormal hücreyi etkilemez aynı zamanda saç, kemik iliği ve mukoza gibi hızlı çoğalan normal hücreleri de olumsuz etkiler. Bu nedenle hastada kanama, yorgunluk, enfeksiyon, alopesi, stomatit ve diyare gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilir¹⁸. Tüm bu yan etkilerin yanında, bulantı, kusma, ağrı, iştahsızlık, yorgunluk, dispne, uyku problemleri, cinsel problemler, cilt sorunları gibi sorunlar da ortaya çıkmaktadır²¹. Sonuç olarak, kemoterapötik ilaçlar, neoplastik hücreleri yok eden veya büyüme ve çoğalmalarına engel olan ilaçlardır. Bu ilaçlar aynı zamanda hızla bölünerek çoğalmakta olan normal hücreleri de yok ettiği için kemoterapiye bağlı ciddi komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır²².

2.2.1. Kemoterapinin Yan Etkileri

Teşhis edilen kanser ve tedavisinin neden olduğu sıkıntı, fonksiyonel, fiziksel ve bilişsel problemlerle yakından ilişkilidir. Ayrıca kemoterapinin yan etkileri hastaların yaşam kalitesini ve performansını düşürebilir²³.

Kanser tedavileri toksik etkileri fazla olduğu için, hasta yaklaşımı hem kanser hem de verilen tedavilere bağlı komplikasyonların ele alınması gerektiren bir süreçten oluşmalıdır. Aynı zamanda hastalar bu süreçte psikososyal problemlerle de mücadele etmektedir. Kemoterapi kanser hastalarında kanser hücrelerini öldürmek için kullanılır ve sağ kalım oranını arttırmasına rağmen birçok fiziksel, cinsel, zihinsel ve sosyal yan etkiye neden olur. Kemoterapi, kan hücreleri, gastrointestinal sistemin epitel hücreleri ve kanser hücrelerinin yanı sıra saç folikülleri dahil olmak üzere yüksek proliferasyon oranına sahip tüm hücreleri öldürür. Bu nedenle, kemoterapi tedavisi alan hastalarda en sık karşılaşılan yan etkiler, yorgunluk, saç dökülmesi, oral mukozit, bulantı-kusma, kemik iliğinin baskılanması ve febril nötropenidir^{23,24}.

Oral mukozit: Kemoterapinin sitotoksik etkilerinden en çok oral mukoza epitel hücreleri zarar görmektedir²⁵. Stomatit olarak da bilinen oral mukozit, kanser hastalarının tedavisi sırasında ortaya çıkan ülseratif ve inflamatuvar bir

durumdur. Genellikle ağızda kuruluk, kızarıklık ve ağrı ile başlayan bu sorun, tedavi edilmez ise yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilir²⁶. Oral mukozit şiddetli ağrıya yol açabilir ve narkotik analjezik kullanımına ihtiyaç duyulabilir. Oral mukoz membran bütünlüğünün bozulması, hastaların iletişimini bozabilir ve beslenme üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilir. Oluşan bu durum hastayı enfeksiyona yatkın hale getirir. Hastanın, hastanedeki yatış süresini ve maliyeti artırır²⁷. Hemşireler, kanser hastalarının yaşam kalitelerini ciddi derecede etkileyen oral mukoziti düzenli aralıklarla değerlendirmeli, uygun hemşirelik bakımları planlayarak, hasta ve yakınlarına ihtiyaca yönelik eğitim vermelidir²⁸.

Kemik İliğinin Baskılanması: Sitotoksiklerin ortak ve değişmez etkisi kemik iliğini etkilemesidir. Kan hücreleri olan nötrofillerin 6-8 saat, trombositlerin 5-7 gün ve eritrositlerin 120 gün yarı ömre sahip olmaları sebebiyle, ilaçların tolere edilebilir dozuna göre bu hücrelerin etkilenmesi beklenmektedir. Kemik iliğinin baskılanması sonucunda hastada klinik olarak, eksilen hücrelere bağlı febril nötropeni, kanama ve anemi riski ortaya çıkar. Hasta febril nötropeni belirti ve bulguları yönünden takip edilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır²⁹.

Bulantı kusma: Kanser hastalarında bulantı genellikle kemoterapiye bağlı olarak ortaya çıkar. Kanser tedavisinde kullanılan ilaçlara göre bulantının şiddeti öngörülebilir. Bulantı, etken madde ile ilgili olarak çıkış zamanına göre üç kategoride sınıflandırılabilir. Akut emezis; en sık görülenidir, tedaviden sonraki ilk 24 saat içinde ortaya çıkar. Geçikmiş emezis; tedaviden 1-7 gün sonra ortaya çıkar ve daha seyrekler. Beklenti emezisi; kemoterapi uygulamalarından önce ortaya çıkar ve daha önce kemoterapi uygulamasına eşlik eden bir görsel ve koku algısına şartlanmış yanıtı temsil eder²⁴. Bulantı, kusma tedavisinde profilaktik tedavi uygulanması, hastanın psikolojik olarak rahatlamasını ve verilen antiemetiklerin etkilerinin artmasını sağlayacaktır²⁹.

Febril Nötropeni: Nötrofil sayısının 500/mm³'ün altında olmasına veya nötrofil sayısının 500-1000/ mm³ aralığında olup, 24-48 saat içinde 500/mm³'ün altına düşmesi beklenen duruma "nötropeni" denilmektedir. Oral veya aksiller bir kez 38.3°C ve üzeri veya bir saat süreyle 38.0-38.2°C arası sıcaklık ölçümü "ateş" olarak ifade edilir. Bu özelliklere sahip nötropenin eşlik ettiği durumlar "febril

nötropeni” olarak tanımlanmıştır^{30,31}. Kemoterapi tedavisi alan hastalarda nötrofil sayısının azalması sonucu ortaya çıkan enfeksiyonlar, yaygın ölüm sebeplerindendir. Enfeksiyonun önlenmesinde, hasta ile 24 saat temas halinde olan, bakım veren ve takip ile elde ettiği sonuçlarla sağlık profesyonellerini yönlendirecek olan kişiler hemşirelerdir³².

Alopesi: Kemoterapinin en sık karşılaşılan yan etkilerinden biridir³³. Kemoterapi alan kanser hastalarında, kemoterapi ilaçları verildiğinde ilacın bir kısmı saç tomurcuklarında absorbe olur. Buna bağlı olarak hücresel bölünme ve protein sentezi baskılanır ya da tamamen durur. Hücresel aktivitenin tamamen durduğu dönemde, saç erken dönemde telogen (dinlenme) fazına girer. Bu durum saç gövdesinde anomalilere sebep olur ve saçların yıkanması, taranması gibi aktiviteler sırasında saçların koparak dökülmesine neden olur. Hemşirelerin, kemoterapi alan hastaların alopesi riskinin ve saçın onlar için öneminin farkında olmaları, saç dökülmeleri ile ilgili yeterli bilgi ve uygun destek sağlaması gerekmektedir. Öz bakım stratejileri ile saç dökülmesini minimum seviyede tutarak hastanın beden imajını korumalı ve baş etmesine yardımcı olmalıdır³⁴.

Yorgunluk: İnsanların yaşamları boyunca karşılaşılabilecekleri bir semptomdur. Literatüre bakıldığında, kemoterapi tedavisi alan kanser hastalarının yorgunluk seviyeleri tedavi sırasında artmaktadır. Sağlıklı bireyde efor, stres ve uyku bozuklukları yorgunluğa neden olurken, kanser hastalarındaki yorgunluğun sebebi tam olarak bilinmemektedir. Kemoterapiye veya hastalığa bağlı olarak gelişen yorgunluk, vücudun fizyolojik bir yanıtıdır ve pek çok faktörden etkilenmektedir. Kanser hastalarının yorgunluk seviyeleri kontrol altında tutularak yaşam kalitesi artırılabilir, bu nedenle hasta ve bakım veren bu konuda desteklenmeli gerekli eğitimler verilmelidir³⁵.

2.3. HEMŞİRELİK BAKIMI

Türk Hemşireler Derneği (THD) hemşireliği; “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini”³⁶ şeklinde tanımlamıştır. Bakım terimi, Türkçe sözlüğünde üç anlamı karşılamaktadır. Birinci anlamı “bakma işi”dir. İkinci olarak, “bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek” anlamını karşılamaktadır. Son olarak, “birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi” olarak geçmektedir³⁷.

Hemşireler her yaştan sağlıklı veya hasta bireylerin bakımlarından sorumludur. Çoğu zaman bakıma ihtiyaç duyan kişi ya da gruplar hasta bireylerdir. Hasta olmak, hastalığın neden olduğu fiziksel, ruhsal ve sosyal problemlerin yanında, korku, kaygı, belirsizlik ve güçsüzlük gibi duyguların da ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Konfüze veya psikolojik problemi olan, fiziksel kısıtlama uygulanan hastalar, kendi ihtiyaçlarını yerine getiremeyen yaşlılar, bebekler ve küçük yaştaki çocuklar tamamen sağlık personeline bağımlı ve bakıma muhtaçtırlar. Bu sebeple korunmasız ve savunmasız bir konumdadırlar. Bu özellikler sebebiyle, bakıma muhtaç bireyin korunması, bakım veren personelin ahlaki sorumluluklarının bilincinde olmasını gerektirir³⁸. Kanserli hastalara kapsamlı verilen bir bakım ve etkin bir semptom yönetimi ile hastanın yaşam kalitesini artırmak mümkündür³⁹. Hemşireler hasta ve yakınları ile sürekli iletişim halinde oldukları için hasta bakımında en önemli rollerden birine sahiptir²¹. Hemşireler kanser hastası ve bakım verenlerini, ihtiyaçları doğrultusunda bilgilendirmeli, profesyonel destek hizmeti vermeli, semptomlarla baş edebilme ve kendi öz bakımlarını karşılayabilmelerine yönelik eğitim ve danışmanlık yapmalıdır⁴⁰. Hemşirelerin kemoterapi ilaçlarının yan etkileri, yan etkilerin azaltılması ya da önlenmesi ile ilgili hastaları bilgilendirmesi, hem semptom kontrolünü sağlayacak hem de hastanın güveninin kazanılarak rahatlmasına yardımcı olacaktır²¹.

2.4. PALYATİF BAKIM

Kanser, tanı ve tedavisinde birçok gelişme olmasına rağmen, ciddi bir sağlık problemidir. Kanser tedavisinde ilk hedef küratif tedavidir. Ancak, kanser hastalıklarının önemli bir bölümü, küratif tedavi şansının olmadığı ileri evrelerde teşhis edilmekte, palyatif tedavi süreci başlamaktadır⁴¹. “Latince kökenli “Palliate (Palliare)” koruyucu ya da kapsayıcı anlamındadır. “Palliative” ise İngilizce terminolojide hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılır”⁴².

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün tanımına göre palyatif bakım⁴;

- Ağrı ve diğer semptomların yok edilmesini sağlayan,
- Ölümlü hızlandırmak ya da ertelemek istemeden, ölümün normal bir süreç olarak kabul eden,
- Hasta bakımını psikolojik ve manevi olarak bütünleştiren,
- Hastaların ölüme kadar olabildiğince aktif yaşamasına yardımcı olacak bir destek sistemi sunan,
- Bakım verene, bireyin hastalığı boyunca ve ölümünde ihtiyaçlarını sağlayacak bir ekip yaklaşımı kullanan,
- Kemoterapi ve radyoterapi gibi yaşam süresini uzatmayı hedefleyen, ortaya çıkacak olası komplikasyonların erken belirlenip, iyi yönetilmesi için araştırmaları içeren,
- Yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen ve hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyen bir süreçtir.

Kısaca DSÖ’ye göre palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarla karşılaşan hastaların ağrı ve fiziksel sorunların belirlenmesi, değerlendirilmesi ve semptomların hafifletilerek hasta ve ailelerin yaşam kalitesini artırmak için yapılan manevi ve psikosyal bakımı da içine alan bütüncül yaklaşımdır⁴.

DSÖ’ye göre, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları, AIDS ve diyabet gibi kronik hastalıklar ile baş etmeye çalışan erişkinler palyatif bakıma çoğunlukla ihtiyaç duyarlar. Bu hastalıkların yanında, kronik böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, multipl skleroz, parkinson

hastalığı, romatoid artrit, nörolojik hastalıklar, demans, konjenital anomaliler ve tüberküloz gibi hastalıklar da palyatif bakım gerektirebilir. Palyatif bakımın etkin kullanımı gereksiz hastane yatışlarını ve sağlık hizmetlerinin ihtiyaç dışı kullanımını azaltır⁴³.

Palyatif bakım ilerleyici ve tedavisi mümkün olmayan, ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesini artırmak için uygulanan bakım yöntemidir. Palyatif bakım, yaşam süresinin uzunluğundan çok, yaşamın kalitesiyle ilgilenir. Ölüm süreci yaklaştıkça hastayı ve aileyi rahatlatıcı tedbirler artırılır ve hastanın kaybindan sonra palyatif bakım, bakım verenin yas sürecinde destekleyici olarak devam eder⁴⁴. İnsanlar uzun yaşamak isterken aynı zamanda yaşam kalitesi yüksek bir hayat yaşamak ister. Yaşam kalitesi, fiziksel, ruhsal, sosyal, duygusal olarak bireyin algıladığı tam bir iyilik halidir. Tıbbi tedavinin cevap vermediği durumlarda, hastanın konforunun sağlanması ve yaşam kalitesinin korunması palyatif bakımın birincil hedefini oluşturur⁴⁵.

Yaşamı sınırlayan hastalığa sahip bireylerin yaşamdan beklentileri ve zaman kavramları kökten değişmiştir. Yaşamı tehdit eden tanıya sahip bireyler ile özellikle son dönem hastalar ve yakınları için uygulanan semptomatik tedaviler yaşam kalitesini önemli derecede artırmaktadır⁴⁶. Onkoloji hemşireleri, onkoloji hastalarına bakım verdikleri süreç boyunca hastalarla iletişim halindedirler. Hemşirelik biliminin, kanser yönetimi için hızla gelişmekte olan kanıt tabanına katkı sağlaması hemşirelik bakımının hastanın değer ve yargılarına uygun yaşam kalitesini artırmaya yönelik bakım vermesini sağlayabilir⁴⁷.

Kavram itibarıyla ölümü çağrıştıran kanser, hasta ve bakım verenleri hem fiziksel hem de duygusal olarak etkileyen, aynı zamanda ağrı, çaresizlik, öfke ve yüksek düzeyde kaygı yaratan bir hastalık olarak da algılanmaktadır. Tüm bu sorunlar hastaların yaşam kalitesini ciddi olarak olumsuz etkilemektedir. Kanser yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi, hasta bireyin psikolojisini ve sosyal ilişkilerini de etkilemektedir¹³.

Kanser tanı anında hasta ve hasta yakınlarında, bilişsel, duygusal, psikolojik, tinsel ve sosyal olarak ciddi etkiler yaratmaktadır. Tanı ve tedavi sürecinde benlik saygısında, beden imajında, yaşam kalitesinde, cinsel hayatında, sosyal

rollerinde değişiklikler oluşturmakta ve sosyal desteğe ihtiyaı artırmaktadır⁴⁸. Kanseri tanısı sadece hastalar üzerinde değil, aynı zamanda hasta yakınları üzerinde de ciddi etkiye sahiptir. Hasta yakınları, hasta için destek kaynağıdır ve bu sürecin yönetiminde önemli role sahiptirler⁴⁹. İleri evre birden fazla sorunla baş etmeye çalışan kanser hastaları ve ailelerinin fonksiyonel durumlarının ve yaşam kalitelerinin artırılmasının ancak multidisipliner bir ekip çalışmasıyla verilen sağlık hizmeti ile mümkün olabileceği nerilmektedir⁵⁰.

Kanser, genel olarak yaşamı etkileyen bir hastalık olması sebebiyle, kanserli hastaların duygularını, kaygılarını ifade etmelerine fırsat vermek, tedavi ile baş etme becerilerini artırmak ve yeni duruma uyum sağlamasına yardımcı olmak oldukça nemlidir⁵¹. Kanser hastaları değerlendirilirken, bütüncül olarak ele alınmalıdır ve bireyin iyilik halinin sürdürülmesi, öz bakım yeteneğinin devam edebilmesi, geliştirilmesi ve hastanın fonksiyonel durumunun en iyi duruma gelmesi hedeflenmektedir³⁵.

2.5. İTİBAR

İtibar çok boyutlu bir kavram olup hala belirsizliğini korumaktadır¹⁰. Türk Dil Kurumu (TDK)'na göre itibar kavramı “saygınlık” anlamına gelmektedir⁵². Her birey için temel insan hakkıdır, özellikle sağlık kuruluşları bu hakkı korumalı ve dikkat etmelidir. İtibar, toplumdaki her bireyin huzuru için şarttır. Latince’de haysiyet anlamına gelen “dignitus” kelimesinden köken alır¹¹. “İnsan onuru yahut değeri; haysiyet, şeref, erdem, vakar, gurur, kendine saygı duyma ve başkalarını da kendine saygılı kılma anlamına gelmektedir”⁵³. Bu durumda onur kelimesi, insana gerek kendisinin gerekse başkalarının duyduğu saygı olarak ifade edilebilir⁵⁴.

İtibar kavramı, saygı, özerklik, güçlendirme ve iletişimden oluşan dört tanımlayıcı özelliğe sahiptir. Saygı, bireyin kendisine duyduğu saygı, başkalarına duyduğu saygı, gizlilik ve başkalarına olan inançtan oluşur. Özerklik, seçim yapabilmeyi, özgür karar verebilmeyi, yetkinliği, seçim yapabilme hakkını ve bağımsızlığı içerir. Güçlendirme, önemli ve değerli olduğunu hissetme, benlik saygısına sahip olma, yalınlık ve gurur kavramlarını içerir. İletişim, sözlü ya da sözsüz olabilir ve bireyin kendisini rahat hissetmesini sağlar, kendisine zaman ayırıldığını hisseder⁵⁵. İnsanın diğer canlılardan farklı olarak, kendine özgü bir takım akli ve ahlaki özelliklere sahip olduğu kabul edilir⁵⁶. Bu yetiler bireyin kimliğinin oluşmasını sağlayan ve onu bağımsız yapan özellikleridir. İnsan onuru, insanın birey olarak en yüksek akli ve ahlaki değerlerin sahibi olması nedeniyle dokunulmaz, kaybedilmez bir öz değer sahibi olduğu varsayımına dayanmaktadır⁵⁷. İtibar, insan haklarının temel bileşenlerindendir ve kaliteli hemşirelik bakımı verilmesinin temelini oluşturur. En kötü şartlarda bile birey, haysiyetin özünden mahrum edilemez çünkü haysiyet kişisel bir sığınaktır⁵⁸.

Fiziksel fonksiyon kaybı, bağımsızlık ve itibar kaybına yol açabilir. İtibarın korunması için işlevselliği ve bağımsızlığı korumak çok önemlidir. İtibar aynı zamanda kişinin kimliğinin bir parçası olarak algılanmakta, bu da benlik saygısı ve benlik kaybı ile ilişkilendirilmektedir⁵⁹. Ölüm süreci ile yüz yüze gelen hastalar, başkalarına bağımlılıklarının artacağı endişesiyle kimliğinin bir parçası olarak gördüğü haysiyet duygusunda belirsizlik hissetmektedirler⁶⁰.

Sağlık personelinin hasta ile kurduğu iletişimin kalitesi, hasta itibarını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Dünya çapında bakımın önceliği, hemşire-hasta iletişimidir ve bu öncelik klinik beceri olarak kabul edilmektedir. Kansere hastalarının kişisel iletişimi, geleceğe ilişkin belirsizlikleri, yüksek stres, anksiyete, depresyon, ölüm korkusu, zihinsel sıkıntı, uyumsuzluk ve yetersiz kişisel tatmin nedeniyle önemli ölçüde bozulmaktadır. Bu durum sağlık personeli ile hasta arasındaki iletişimin zayıflamasına neden olur. Ölüm ve ölme korkusu stres yaratan bir duygu olduğu için; hemşirelerin hastalarla iletişiminin sınırlandırılmasına neden olur. Bu hastalar, etkili bir iletişim kurmak, sosyal ve duygusal destek almak için hastalıklarının teşhisi, klinik seyri ve tedavisinin farkında olmalıdır. Sosyal iletişimi daha iyi olan kanser hastaları hastalık süreci ile başa çıkmada daha başarılıdır ve alınan hemşirelik bakım hizmetlerinden daha memnundurlar⁵⁸. Sağlık ekibi içerisinde, hasta ile en yakın iletişime sahip olan ve en uzun süre vakit geçiren grup hemşire ekibidir. Bakım süreci, fiziksel ve psikolojik olarak yakın ilişki ve iletişimi gerektirdiği için hemşireler, hasta bireylerin acılarına, yalnızlıklarına, umutsuzluklarına tanık olarak, onların hem en mahrem alanlarına hem de kendilerini en savunmasız hissettikleri hallerine şahit olabilmektedirler³⁸.

Sağlık çalışanları ve hastalar arasında etkili bir iletişim sağlanması için bireyin haysiyetinin ve mahremiyetinin korunması oldukça önemlidir. Hastanın sakinliğini korumak için de oldukça önemlidir. Hasta mahremiyetine uymamak (haysiyetin bir ölçüsü olarak), hastalarda bir stres ortamı yaratacak ve kaygı düzeyi artıran hastada kabul edilemez davranışlara yol açacaktır¹⁰. Hasta haysiyetinin korunması, hasta stresini azaltarak sağlık çalışanlarına olan güvenin artmasını sağlayacaktır. Bu durum hastanın daha iyi bir hemşirelik bakımı almasını, alınan sağlık hizmetlerinden daha memnun olunmasını sağlayacak ve hastanın hastanede yatış süresini kısaltarak hasta sonuçlarında iyileşme sağlayacaktır⁶¹. Hasta haysiyetinin korunması ve artırılması hastanın değer ve anlam duygusunu artırabilir⁶². Palyatif bakımın hedeflerinden birisi de hasta itibarının korunmasıdır⁶³.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Ankara Üniversitesi (A.Ü.) Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesinde, 10.12.2019-15.03.2020 tarihleri arasında, Tıbbi Onkoloji Kliniği ve Gündüz Tedavi Ünitelerinde yapılmıştır.

Tıbbi Onkoloji yatan hasta kliniği 17 yatak kapasitesine sahiptir ve ünite de çalışma saatleri 08-16 ve 16-08 olmak üzere iki vardiya şeklindedir. Bu klinikte 1 sorumlu hemşire, 7 servis hemşiresi, 1 konsültan onkolog, 1 onkoloji uzmanı, 3 dahiliye asistanı, 1 sekreter, 4 yardımcı personel, 2 temizlik personeli görev yapmaktadır. Klinikte hem palyatif bakıma ihtiyacı olan hem de uzun süreli infüzyon kemoterapi rejimi alan veya yatarak kemoterapi alması gereken hastalara hizmet verilmektedir. Kemoterapiler günlük manuel olarak, hemşire tarafından “Biyolojik Güvenlik Kabinleri”nde hazırlanmaktadır.

Gündüz tedavi ünitesi, 2 poliklinik odası ile hafta içi 8-16 saatleri arasında yatış gerektirmeyen ayaktan tedavi alan hastalara hizmet vermektedir. Gündüz tedavi ünitesinde, 4 hemşire, 2 sekreter, 1 yardımcı personelden oluşan ekip hizmet vermektedir. Laboratuvar sonuçları uygun olan hastalar günlük olarak kemoterapi tedavilerini almaktadırlar. Kemoterapi ilaçları, “Kemoterapotik İlaçların Güvenli Kullanım Talimatı”na uygun olarak “Biyolojik Güvenlik Kabinleri”nde hemşire tarafından hazırlanmakta ve hastalara ait kemoterapi protokollerinde yer alan basamaklara uygun olarak yakın takip altında hastalara uygulanmaktadır. Gündüz tedavi ünitesi, toplam 16 hasta koltuğuna sahip olup, gün içerisinde 20-40 arası hasta kabul edilip kemoterapi tedavileri uygulanmaktadır.

3.3. EVREN

Araştırmanın evrenini, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesinde, 2018 yılında Gündüz Tedavi Ünitesi ve Tıbbi Onkoloji Kliniğine tedavi almaya gelen 3793 hasta oluşturmuştur.

3.4. ÖRNEKLEM

Örneklem büyüklüğü; Openepi programı (Version 3.01 Updated 2013/04/06) yardımıyla evren büyüklüğü 3793 kişi, güven aralığı %95, güç %80, desen etkisi 2 ve Hossaini ve ark. 2017’de yaptıkları çalışmadan elde edilen hafif itibar sorunu yaşayan hasta prevalansı olan %56 kullanılarak, 130 hastanın Gündüz Tedavi ünitesinden, 181 hastanın ise Tıbbi Onkoloji Kliniğine yatan hastalardan seçilmesi sonucuna varılmış ve toplam 311 olarak hesaplanmıştır. Çalışma yazılı onam veren hastalar ile yapıldığı ve gönüllülük esasına dayandığı için, gündüz tedavi ünitesinde ulaşılması gereken 130 hastanın 128’ine ulaşılmıştır. Tıbbi Onkoloji kliniğinde yatarak tedavi alan 189 hastaya ulaşılarak toplam 317 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

Örnekleme dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde olmak.
- Kanseri tanısı almış olmak.
- Deliryum, demans ve diğer mental problemleri bulunmamak.
- Türkçe okuma-yazma bilmek.
- İletişim kurmaya engel bir durumu olmamak.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, “Hasta Tanıtım Formu” ve “Hasta İtibar Envanteri” kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Hasta Tanıtım Formu (EK-1): Hasta tanıtım formu, konu ile ilgili literatür rehberliğinde oluşturulmuştur^{11,64,65}. Hasta tanıtım formu, yaş, cinsiyet, medeni durum, evde kiminle/kimlerle yaşandığı, eğitim durumu, yaşanılan yer, algılanan sosyo-ekonomik durum, çalışma durumu, tedavi alınan yer, hastaneye geliş sebebi, hastalığın tanısı, ek hastalık varlığı, hastalığın evresi, metastaz durumu, bakımda destek olanlar ve fiziksel aktivite durumunu belirleyen sorulardan oluşmuştur.

Hasta İtibar Envanteri (EK-2): Bu envanter, palyatif bakım hastalarında itibara ilişkin distressi değerlendirmek amacıyla, 2008 yılında Chochinov ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Envanteri geliştiren Chochinov⁶⁶ ile iletişim kurularak envanterin tüm onkoloji hastalarında da kullanılabileceği yönünde bilgi alınmıştır (EK-3). Toplam 25 maddeden oluşan ölçeğin orijinal dili İngilizce’dir. Hasta İtibar Envanteri’nin, ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması 2018 yılında Eskigölek¹⁰ tarafından, 127 ileri evre kanser hastası ile gerçekleştirilmiş olup Cronbach α güvenirlik katsayısı 0.94 olarak hesaplanmıştır. Envanter, 5’li likert tipte olup “1= sorun değil, 2= hafif bir sorun, 3= bir sorun, 4= büyük bir sorun ve 5= baş edilmesi güç bir sorun” biçiminde puanlanmaktadır. Envanterde ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Envanterden alınabilecek en az puan 25 en çok puan ise 125 olup kesme puanı bulunmamaktadır. Envanterden alınan toplam puan arttıkça bireyin saygınlığını tehdit altında hissetme durumu artmaktadır. Envanterin “Symptom Distresi”, “Varoluşsal Distres”, “Özgüven”, “Bağımlılık” ve “Destek Bakım Gereksinimi” olmak üzere 5 alt boyutu vardır. Bu çalışmada hesaplanan Cronbach α iç tutarlılık kat sayısı ise 0.96’dır.

3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler, tıbbi onkoloji kliniğinde yatarak tedavi alan ve gündüz tedavi ünitesinde ayaktan tedavi alan hastalardan, ortalama 15 dakika süren yüz yüze görüşmeler şeklinde araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.6. VERİLERİN ANALİZİ

İstatistiksel analizler SPSS (IBM Corp.Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel önemlilik düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırmada envanter puanı gibi sürekli verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi ile incelenmiştir. Veriler normal dağılıma uymadığı için tanımlayıcı istatistikler ortanca ve çeyreklikler arası genişlik kullanılarak özetlenmiştir. Nitel verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde sayı ve yüzdelik hesaplamaları kullanılmıştır. Sosyo-demografik özellikler gibi nitel değişkenler ile toplam envanter ve alt boyut puanı arasındaki karşılaştırmalarda verilerin normal dağılıma uymaması nedeniyle nonparametrik testler kullanılmıştır. İki kategorili değişkenlerin karşılaştırmasında Mann Whitney U testi; ikiden fazla kategorili değişkenlerde Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Kruskal Wallis testi kullanılarak yapılan testlerde farklılığın hangi grup/gruplardan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc analizi olarak Mann Whitney U testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır.

3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNLERİ

Araştırmanın uygulanabilmesi için, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (Karar No: İ5-213-19 sayılı, 14.11.2019 tarihli) (EK-4) ve Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Başhekimliği (36100389-30214.06-E.62772 sayılı, 20.11.2019 tarihli) ve Tıbbi Onkoloji Bilim Dalından (32557014-604.01.02-E.35582 sayılı ve 02.12.2019 tarihli) (EK-5) yazılı izinler alınmıştır. Ayrıca onkoloji anabilim dalı başkanı, hastane başhemşireliği, klinik hemşireleri ve gündüz tedavi ünitesi hemşireleri ile görüşülmüş, çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Hasta itibar envanterinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Eskigölek'ten izin alınmıştır (EK-6). Örnekleme alınan hastalara, çalışmanın amacı açıklanmış, hasta tanıtım formu, veri toplama araçları tanıtılmış ve yazılı olarak izinleri alınmıştır. Hastalar için Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-7)'de sunulmuştur.

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışma yazılı onam veren hastalar ile yapıldığı ve gönüllülük esasına dayandığı için, gündüz tedavi ünitesinde ulaşılması gereken 130 hastanın 128'ine ulaşılmıştır. Bu araştırmanın ilk sınırlılığı olarak kabul edilebilir. İkinci olarak, Hastaların kemoterapi tedavisi alması ya da yan etkileri deneyimlemeleri, sorulara verdiği cevapları olumsuz etkilemiş olabilir.

4. BULGULAR

Kanser hastalarının itibar durumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

Çizelge 4.1: Hastaların Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri (n=317)

Demografik ve Klinik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	166	52.4
Kadın	151	47.6
Yaş grupları		
18 – 49	71	22.4
50 – 64	129	40.7
65 ve üzeri	117	36.9
Medeni Durum		
Evli	260	82.0
Bekar	57	18.0
Eğitim düzeyi		
Okur yazar ve ilkokul mezunu	132	41.6
Ortaokul mezunu	40	12.6
Lise mezunu	80	25.3
Üniversite ve üstü	65	20.5
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	273	86.1
Çalışıyor	44	13.9

Yerleşim yeri		
Kentsel	288	90.9
Kırsal	29	9.1
Sosyo-ekonomik durum		
İyi	52	16.4
Orta	236	74.5
Kötü	29	9.1
Kronik hastalık		
Yok	176	55.5
Var	141	44.5
Kronik hastalık türü*		
Hipertansiyon	71	22.4
Diyabetes Mellitus	66	20.8
Kalp Hastalığı	36	11.4
Kronik böbrek yetmezliği ve diğer hastalıklar	21	6.6
Solunum Sistemi Hastalıkları	14	4,4
Tanı*		
Gastrointestinal kanserler	117	36.9
Akciğer kanseri	76	24.0
Meme kanseri	51	16.1
Ürogenital kanserler	49	15.5
Baş boyun ve diğer kanserler	24	7.5

Metastaz		
Var	239	75.4
Yok	78	24.6
Tedavi yeri		
Yatarak tedavi alan	189	59.6
Ayaktan tedavi alan	128	40.4
Geliş sebebi*		
Kemoterapi	210	66.2
Kemoterapi + Destek tedavi	64	20.2
Destek tedavi	26	8.2
Radyoterapi	17	5.4
Evre		
Bir	55	17.4
İki	74	23.3
Üç	105	33.1
Dört	83	26.2
Destek kişi*		
Eş	214	67.5
Çocuk	159	50.2
Anne, baba, kardeş	56	17.7
Özel bakıcı + yok	17	5.4
Fiziksel aktivite		
Mobilizasyonda desteğe ihtiyaç duyan	250	78.9
Mobilizasyonda desteğe ihtiyaç duymayan	67	21.1

*Bir'den fazla yanıt alınmıştır.

Çizelge 4.1.'de çalışmaya katılan hastalara ait sosyo-demografik ve klinik özelliklere yer verilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 59.0 (min:20 yaş, max:85 yaş) iken, çeyreklikler arası fark 18.0'dir. Hastaların %52.4'ü erkek, %82.0'si evlidir. Hastaların %41.6'sı ilkokul ve altı, %25.2'si lise, %20.5'i ise üniversite ve üstü eğitim almışlardır. Hastaların %90.9'u kentsel alanda yaşamaktadır. Hastaların %74.4'ü sosyo-ekonomik durumlarının orta olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların %86.1'i herhangi bir işte çalışmamaktadır. Hastaların %59.6'sı tedavisini tıbbi onkoloji kliniğinde yatarak almaktadır. Hastaların %66.2'si kemoterapi almak için gelmiştir. Hastaların tanılarına bakıldığında ilk üç sırada %36.9 ile gastrointestinal sistem kanserleri, %24.0 ile akciğer kanseri ve %16.1 ile meme kanseri yer almaktadır. Hastaların %44.5'inin kanser dışında en az bir tane kronik hastalığı vardır. Kronik hastalığı olanların dağılımına bakıldığında; çoğunlukla %22.4'ü hipertansiyon, %20.8'i diyabet, %11.4'ü kalp hastasıdır. Hastaların %33.1'inin hastalıkları üçüncü, %26.2'si dördüncü evrededir. Metastaz varlığına bakıldığında hastaların %75.4'ünde metastaz olduğu görülmüştür. Hastaların %78.9'unun mobilizasyonda desteğe ihtiyacının olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.2: Hastaların Hasta İtibar Envanteri ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

Envanter ve Alt Boyutlar	Ortanca (IQR)*	Min	Max
Toplam envanter puanı	44.0 (26.0)	25.0	107.0
Semptom distresi	17.00 (11.00)	9.00	43.00
Varoluşsal distres	12.00 (8.00)	7.00	34.00
Özgüven	3.00 (2.50)	3.00	14.00
Bağımlılık	6.00 (4.00)	4.00	20.00
Destek gereksinimi bakım	3.00 (2.00)	2.00	10.00

*Çeyrekler Açıklığı

Çizelge 4.2.'de çalışmaya katılan hastaların Hasta İtibar Envanteri ve Alt Boyutlarından aldıkları puanlara yer verilmiştir. Hastaların “Hasta İtibar Envanteri”nden aldıkları puanların ortalaması 44.00 (IQR=26.00)’tür. “Semptom distresi” alt boyutundan alınan puanların ortalaması 17.00 (IQR=11.0), “Varoluşsal Distres” alt boyutundan alınan puanların ortalaması 12.00 (IQR=8.0)’dir.

Çizelge 4.3: Hastaların Cinsiyetine Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsiyet	N	Toplam puan Q ₂ (IQR)	Semptom Distresi Q ₂ (IQR)	Varoluşsal Distres Q ₂ (IQR)	Özgüven Q ₂ (IQR)	Bağımlılık Q ₂ (IQR)	Destek Bakım Gereksinimi Q ₂ (IQR)
Erkek	166	40.0 (24.25)	15.0 (10.0)	11.0 (8.0)	3.0 (2.0)	6.0 (4.0)	3.0 (2.0)
Kadın	151	46.0 (29.0)	19.0 (11.0)	13.0 (8.0)	4.0 (3.0)	7.0 (4.0)	3.0 (2.0)
Z&		-3.383	-3.750	-2.936	-1.756	-3.521	-0.811
P		0.001*	0.000*	0.003*	0.079	0.000*	0.417

*p<0.05

&Mann Whitney U testi

Çizelge 4.3.'te çalışmaya katılan hastaların cinsiyetine göre itibar durumları ile toplam envanter puanları ve alt boyut puanları verilmiştir. Hastaların cinsiyetlerine göre envanter toplam puanları karşılaştırıldığında kadınlar, erkeklere göre istatistiksel anlamlı bir şekilde daha yüksek puan almışlardır (Z=-3.383, p=0.001). "Semptom Distresi" (Z=3.750, p=0.000), "Varoluşsal Distres" (Z=2.936, p=0.003), "Bağımlılık" (Z=-3.521, p=0.000) alt boyut puanları da benzer şekilde kadınlar erkeklere göre daha yüksek puanlar almışlardır. Ancak "Özgüven" (Z=-1.756, p=0.079) ve "Destek Bakım Gereksinimi" (Z=-0.811, p=0.417) alt boyutları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çizelge 4.4: Hastaların Medeni Durumuna Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması

Medeni durum	N	Toplam puan Q ₂ (IQR)	Semptom Distresi Q ₂ (IQR)	Varoluşsal Distres Q ₂ (IQR)	Özgüven Q ₂ (IQR)	Bağımlılık Q ₂ (IQR)	Destek Bakım Gereksinimi Q ₂ (IQR)
Evli	260	42.0 (24.75)	17.0 (11.0)	12.0 (8.0)	3.0 (2.0)	6.0 (4.0)	3.0 (2.0)
Bekar	57	47.0 (33.0)	20.0 (14.0)	14.0 (4.0)	5.0 (4.0)	7.0 (4.5)	3.0 (2.0)
Z&		-2.386	-2.757	-2.162	-2.078	-1.669	-1.698
P		0.017*	0.006*	0.031*	0.038*	0.095	0.089

*p<0,05

&Mann Whitney U testi

Çizelge 4.4.'te çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre itibara ilişkin durumları ile toplam envanter puanları ve alt boyut puanları verilmiştir. Bekar hastalar, envanterden evli hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yüksek puanlar almışlardır (Z=-2.386, p=0.017). Benzer şekilde "Semptom Distresi" (Z=-2.757, p=0.006), "Varoluşsal Distres" (Z=-2.162, p=0.031), "Özgüven" (Z=-2,078, p=0,038) alt boyutlarından bekar hastalar daha yüksek puanlar almışlardır. "Bağımlılık" (Z=-1.669, p=0.095) ve "Destek Bakım Gereksinimi" (Z=-1.698, p=0.089) alt boyutları ile hastaların medeni durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çizelge 4.5: Hastaların Eğitim Durumuna Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	N	Toplam puan Q ₂ (IQR)	Semptom Distresi Q ₂ (IQR)	Varoluşsal Distres Q ₂ (IQR)	Özgüven Q ₂ (IQR)	Bağımlılık Q ₂ (IQR)	Destek Bakım Gereksinimi Q ₂ (IQR)
Okur yazar ve ilkokul mezunu	132	47.0 (33.25)	19.0 (12.75)	14.0 (10.0)	4.0 (3.0)	7.0 (6.0)	3.0 (2.75)
Ortaokul	40	42.0 (20.75)	15.0 (9.0)	11.5 (7.75)	4.0 (2.75)	6.0 (5.0)	2.5 (2.0)
Lise	80	41.0 (20.75)	15.5 (11.75)	12.0 (8.0)	3.0 (2.0)	6.0 (3.0)	3.0 (2.0)
Üniversite ve üzeri	65	37.0 (26.5)	15.0 (10.5)	10.0 (7.0)	3.0 (1.0)	6.0 (4.0)	3.0 (2.0)
χ^2		13.168	12.567	14.504	4.137	11.783	7.996
P		0.004*	0.006*	0.002*	0.247	0.008*	0.046*

*p<0,05

&Kruskal Wallis Testi

Çizelge 4.5.'te çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre itibara ilişkin durumları ile toplam envanter puanları ve alt boyut puanları karşılaştırılmıştır. Hastaların eğitim düzeyi toplam puanı karşılaştırıldığında, eğitim düzeyleri ile envanter puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=13.168$, $p=0.004$). Üniversite ve üzeri eğitime sahip olanlar, okur yazar ve ilkokul mezunu olanlara göre istatistiksel anlamlı bir şekilde daha düşük envanter toplam puanları almıştır ($Z=-3.279$, $p=0.006$). Farkın hangi grup/gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalarda, eğitim düzeyi ile "Semptom Distresi" ($\chi^2=12.567$, $p=0.006$), "Varoluşsal Distres" ($\chi^2=14.504$,

$p=0.002$), “Bağımlılık” ($\chi^2=11.783$, $p=0.008$) ve “Destek Bakım Gereksinimi” ($\chi^2=7,996$, $p=0,046$) alt boyutları arasında da istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Üniversite ve üzeri eğitimi olanların okur yazar ve ilkokul mezunu olanlara göre; “Semptom Distresi” ($z=-3.028$, $p=0.015$), “Varoluşsal Distres” ($z=-3.437$, $p=0.004$) ve “Bağımlılık” ($z=-3.050$, $p=0.014$) alt boyutlarından istatistiksel olarak daha düşük puanlar aldığı görülmüştür. “Bakım Gereksinimi” ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur, fakat gruplar arası yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. “Özgüven” ($\chi^2=4.137$, $p=0.247$) alt boyutu ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çizelge 4.6: Hastaların Sosyo-ekonomik Durumuna Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması

Sosyo-ekonomik durum	N	Toplam puan Q ₂ (IQR)	Semptom Distresi Q ₂ (IQR)	Varoluşsal Distres Q ₂ (IQR)	Özgüven Q ₂ (IQR)	Bağımlılık Q ₂ (IQR)	Destek Bakım Gereksinimi Q ₂ (IQR)
İyi	52	39.5 (20.5)	15.0 (9.0)	11.0 (6.75)	3.0 (1.75)	6.0 (4.75)	3.0 (2.0)
Orta	23	43.5 (26.0)	17.0 (10.0)	12.0 (8.0)	4.0 (2.0)	6.0 (4.0)	3.0 (2.0)
Kötü	29	59.0 (41.5)	24.0 (14.5)	15.0 (13.0)	5.0 (4.0)	9.0 (7.0)	4.0 (3.0)
χ^2 &		13.108	16.129	9.208	5.302	9.625	13.639
P		0.001*	0.000*	0.010*	0.071	0.008*	0.001*

* $p<0,05$

&Kruskal Wallis Testi

Çizelge 4.6.’da çalışmaya katılan hastaların sosyo-ekonomik durumuna göre itibara ilişkin durumları ile toplam envanter puanları ve alt envanter puanlarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Hastaların sosyo-ekonomik durumları ile

envanter toplam puanları arasında istatistiksel anlamlı fark vardır ($\chi^2=13.108$, $p=0.001$). Sosyo-ekonomik durumu kötü olan hastalar, iyi ($Z=-3.538$, $p=0.001$) ve orta ($Z=-3.178$, $p=0.004$) olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar almışlardır. Farkın hangi grup/gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalarda, “Semptom Distresi” ($\chi^2=16.129$, $p=0.000$), “Varoluşsal Distres” ($\chi^2=9.208$, $p=0.010$), “Bağımlılık” ($\chi^2=9.625$, $p=0.008$), “Destek Bakım Gereksinimi” ($\chi^2=13.639$, $p=0.001$), alt boyutları ile sosyo-ekonomik durumları arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. Sosyo-ekonomik durumu kötü olan hastalar, iyi olan hastalara göre; “Semptom Distresi” ($Z=-3.937$, $p=0.000$), “Varoluşsal Distres” ($Z=-2.942$, $p=0.010$), “Bağımlılık” ($Z=-3.019$, $p=0.008$), “Destek Bakım Gereksinimi” ($Z=-3.401$, $p=0.002$) alt boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar almışlardır. Sosyo-ekonomik durumu kötü olan hastalar, orta olanlara göre; “Semptom Distresi” ($Z=-3.496$, $p=0.001$), “Varoluşsal Distres” ($Z=-2.711$, $p=0.020$), “Bağımlılık” ($Z=-2.751$, $p=0.018$), “Destek Bakım Gereksinimi” ($Z=-3.514$, $p=0.001$) alt boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar almışlardır. Sosyo-ekonomik durum ile “Özgüven” alt ölçeği arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=5.302$, $p=0.071$).

Çizelge 4.7: Hastaların Çalışma Durumuna Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışma Durumları	N	Toplam puan Q ₂ (IQR)	Semptom Distresi Q ₂ (IQR)	Varoluşsal Distres Q ₂ (IQR)	Özgüven Q ₂ (IQR)	Bağımlılık Q ₂ (IQR)	Destek Bakım Gereksinimi Q ₂ (IQR)
Çalışmıyor	27	46.0 (27.0)	17.0 (11.0)	12.0 (8.0)	3.0 (2.0)	7.0 (4.0)	3.0 (2.0)
Çalışıyor	44	43.0 (32.25)	17.0 (13.75)	12.0 (10.0)	3.5 (3.0)	5.0 (4.75)	3.0 (3.0)
Z ^{&}		-0.411	-0.307	-0.068	-0.154	-2.048	-0.445
P		0.681	0.759	0.945	0.878	0.041*	0.656

*p<0,05

[&]Mann Whitney U testi

Çizelge 4.7.'de çalışmaya katılan hastaların çalışma durumuna göre itibara ilişkin durumları ile toplam envanter puanları ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Çalışmayan hastalar, çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde “Bağımlılık” alt ölçeğinden daha yüksek puanlar almışlardır (Z=-2.048, p=0.041). Hastaların çalışma durumları ile toplam envanter puanları, “Semptom Distresi”, “Varoluşsal Distres”, “Özgüven” ve “Destek Bakım Gereksinimi” alt boyutları ile çalışma durumu arasında istatistiksel anlamlı bir fark yoktur.

Çizelge 4.8: Hastaların Tedavi Aldığı Yere Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması

Tedavi Aldığı Yer	N	Toplam puan Q ₂ (IQR)	Semptom Distresi Q ₂ (IQR)	Varoluşsal Distres Q ₂ (IQR)	Özgüven Q ₂ (IQR)	Bağımlılık Q ₂ (IQR)	Destek Bakım Gereksinimi Q ₂ (IQR)
Yatarak tedavi alan	189	45.0 (33.50)	18.0 (15.0)	13.0 (11.0)	4.0 (3.0)	7.0 (5.0)	3.0 (2.0)
Ayaktan tedavi alan	128	41.50 (20.0)	16.5 (9.0)	12.0 (6.0)	3.0 (2.0)	6.0 (3.0)	3.0 (2.0)
Z&		-1.365	-1.368	-1.071	-2.022	-0.823	-2.071
P		0.172	0.171	0.284	0.043*	0.411	0.038*

*p<0,05

&Mann Whitney U testi

Çizelge 4.8.'de çalışmaya katılan hastaların tedavi aldığı yere göre itibara ilişkin durumları ile toplam envanter puanları ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Tıbbi onkoloji kliniğinden tedavi alan hastalar, gündüz tedavi ünitesinden alanlara göre “Özgüven” (Z=2.022, p=0.043) ve “Destek Bakım Gereksinimi” (Z=2.075, p=0.038) alt boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar almıştır. Hastaların tıbbi onkoloji kliniği ya da gündüz tedavi ünitesinde tedavi almaları ile toplam envanter puanı, “Semptom Distresi”, “Varoluşsal Distres”, “Bağımlılık” alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı bir fark yoktur.

Çizelge 4.9: Hastaların Hastaneye Geliş Sebebine Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması

Geliş Sebebi	N	Topla m puan Q ₂ (IQR)	Sempt om Distres i Q ₂ (IQR)	Varoluş sal Distres Q ₂ (IQR)	Özgüv en Q ₂ (IQR)	Bağımlı lık Q ₂ (IQR)	Destek Bakım Gereksin imi Q ₂ (IQR)
Kemoter api	21 0	41.0 (24.0)	16.0 (10.0)	11.0 (7.0)	3.0 (2.0)	6.0 (3.0)	3.0 (2.0)
Kemoter api + destek tedavi	64	47.0 (28.7 5)	19.0 (12.0)	13.5 (24.0)	4.0 (4.0)	6.5 (5.0)	3.0 (2.0)
Destek tedavi	26	53.0 (38.5)	20.5 (17.75)	17.5 (15.25)	4.5 (4.0)	10.5 (9.0)	4.5 (4.0)
Radyote rapi	17	52.0 (31.0)	21.0 (14.0)	15.0 (9.0)	3.0 (2.5)	7.0 (6.5)	4.0 (4.0)
χ^2 &		15.42 2	12.497	15.756	9.610	9.684	21.427
P		0.001 *	0.006*	0.001*	0.022*	0.021*	0.000*

*p<0,05

&Kruskal Wallis Testi

Çizelge 4.9.'da çalışmaya katılan hastaların hastaneye geliş sebebine göre itibara ilişkin durumları ile toplam envanter puanları ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Hastaların geliş sebebi ile toplam envanter puanı arasında istatistiksel anlamlı fark vardır ($\chi^2=15.422$, $p=0.001$). "Symptom Distresi" ($\chi^2=12.497$, $p=0.006$), "Varoluşsal Distres" ($\chi^2=15.756$, $p=0.001$), "Özgüven" ($\chi^2=9.610$, $p=0.022$), "Bağımlılık" ($\chi^2=9.684$, $p=0.021$) ve "Destek Bakım Gereksinimi" ($\chi^2=21.427$, $p=0.000$) alt boyutları ile de geliş sebebi arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. Farkın hangi grup/gruplardan kaynaklandığını anlamak için yapılan ikili karşılaştırmalarda "Varoluşsal Distres"

alt ölçeğinde kemoterapi alan hastalar, destek tedavi alanlara göre daha düşük puanlar alırken ($Z=-2.688$, $p=0.043$); “Destek Bakım Gereksinimi” alt ölçeğinde kemoterapi alan hastalar, radyoterapi ($Z=-3.461$, $p=0.003$) ve destek tedavi ($Z=-3.095$, $p=0.012$) alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha düşük puanlar almışlardır.

Çizelge 4.10: Hastaların Kronik Hastalığının Varlığına Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması

Kronik Hastalık	N	Toplam puan Q ₂ (IQR)	Semptom Distresi Q ₂ (IQR)	Varoluşsal Distres Q ₂ (IQR)	Özgüven Q ₂ (IQR)	Bağımlılık Q ₂ (IQR)	Destek Bakım Gereksinimi Q ₂ (IQR)
Yok	176	43.0 (27.0)	16.0 (11.0)	12.0 (8.0)	3.0 (2.0)	6.0 (4.0)	3.0 (2.0)
Var	141	44.0 (27.5)	18.0 (10.0)	12.0 (9.5)	4.0 (3.0)	7.0 (5.0)	3.0 (2.0)
Z ^{&}		-1.692	-1.620	-1.606	-0.724	2.682	-0.287
P		0.091	0.105	0.108	0.469	0.007*	0.774

* $p<0,05$

[&]Mann Whitney U testi

Çizelge 4.10.'da çalışmaya katılan hastaların tanılarına ek bir kronik hastalığın varlığının itibara ilişkin durumları ile toplam envanter puanları ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Kronik hastalığı olanlar olmayanlara göre “Bağımlılık” ($Z=2.682$, $p=0.007$) alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar almıştır. Hastaların başka bir kronik hastalıklarının olup olmaması ile toplam envanter puanı, “Semptom Distresi”, “Varoluşsal Distres”, “Özgüven” ve “Destek Bakım Gereksinimi” alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı bir fark yoktur.

Çizelge 4.11: Hastaların Hastalık Evresine Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması

Evre	N	Toplam puan Q ₂ (IQR)	Semptom Distresi Q ₂ (IQR)	Varoluşsal Distres Q ₂ (IQR)	Özgüven Q ₂ (IQR)	Bağımlılık Q ₂ (IQR)	Destek Bakım Gereksinimi Q ₂ (IQR)
Bir	55	32.0 (21.0)	13.0 (10.0)	9.0 (8.0)	3.0 (2.0)	5.0 (3.0)	2.0 (1.0)
İki	74	41.0 (17.25)	16.0 (10.0)	11.5 (7.0)	3.0 (2.0)	6.0 (3.0)	3.0 (2.0)
Üç	105	46.0 (29.50)	17.0 (10.5)	13.0 (9.0)	3.0 (3.0)	7.0 (5.0)	3.0 (2.0)
Dört	83	49.0 (21.0)	20.0 (14.0)	14.0 (10.0)	4.0 (3.0)	8.0 (6.0)	3.0 (3.0)
χ^2		26.363	20.434	25.428	11.954	30.925	18.493
<i>P</i>		0.000*	0.000*	0.000*	0.008*	0.000*	0.000*

*p<0,05

*Kruskal Wallis Testi

Çizelge 4.11.'de çalışmaya katılan hastaların hastalık evresine göre itibara ilişkin durumları ile toplam envanter puanları ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların evreleri ile toplam envanter puanı arasında istatistiksel anlamlı fark vardır ($\chi^2=26.363$, $p=0.000$). Farkın hangi grup/gruplardan kaynaklandığını anlamak için yapılan ikili karşılaştırmalarda, 4. evrede olan hastalar, 1. ($Z=-4.885$, $p=0.000$) ve 2. ($Z=-3.163$, $p=0.009$) evrede olanlardan; 3. evrede olan hastalar da 1. ($Z=-3.487$, $p=0.003$) evrede olanlardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar almışlardır.

Hastaların evreleri ile "Semptom Distresi" alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlı fark vardır ($\chi^2=20.434$, $p=0.000$). Farkın hangi grup/gruplardan kaynaklandığını anlamak için yapılan ikili karşılaştırmalarda, 4. evrede olan hastalar, 1. ($Z=-4.266$, $p=0.000$) ve 2. ($Z=-2.913$, $p=0.021$) evrede olanlardan; 3.

evrede olan hastalar da 1. $Z=-2.980$, $p=0.017$) evrede olanlardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek puan almışlardır.

Hastaların evreleri ile “Varoluşsal Distres” alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlı fark vardır ($\chi^2=25.428$, $p=0.000$). Farkın hangi grup/gruplardan kaynaklandığını anlamak için yapılan ikili karşılaştırmalarda, 4. evrede olan hastalar, 1. ($Z=-4.604$, $p=0.000$) ve 2. ($Z=-3.378$, $p=0.004$) evrede olanlardan; 3. evrede olan hastalar da 1. $Z=-3.411$, $p=0.004$) evrede olanlardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek puan almışlardır.

Hastaların evreleri ile “Özgüven” alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlı fark vardır ($\chi^2=11.954$, $p=0.008$). Farkın hangi grup/gruplardan kaynaklandığını anlamak için yapılan ikili karşılaştırmalarda, dördüncü evrede olan hastalar, 1. evrede olanlardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek puan almışlardır ($Z=-3.275$, $p=0.006$).

Hastaların evreleri ile “Bağımlılık” alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlı fark vardır ($\chi^2=30.925$, $p=0.000$). Farkın hangi grup/gruplardan kaynaklandığını anlamak için yapılan ikili karşılaştırmalarda, 4. evrede olan hastalar, 1. ($Z=-5.421$, $p=0.000$) ve 2. ($Z=-2.830$, $p=0.028$) evrede olanlardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek puan almışlardır. Ayrıca 3. ($Z=-4.048$, $p=0.000$) ve 2. ($Z=-2.752$, $p=0.036$) evrede olan hastalar 1. evrede olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek puan almışlardır. Hastaların evreleri ile “Destek Bakım Gereksinimi” alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlı fark vardır ($\chi^2=18.493$, $p=0.000$). Farkın hangi grup/gruplardan kaynaklandığını anlamak için yapılan ikili karşılaştırmalarda, 4. ($Z=-4.143$, $p=0.000$) ve 3. ($Z=-3.263$, $p=0.007$) evrede olan hastalar, 1. evrede olanlardan; istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek puan almışlardır.

Çizelge 4.12: Hastaların Metastaz Varlığına Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması

Metastaz Durumu	N	Toplam puan Q ₂ (IQR)	Semptom Distresi Q ₂ (IQR)	Varoluşsal Distres Q ₂ (IQR)	Özgüven Q ₂ (IQR)	Bağımlılık Q ₂ (IQR)	Destek Bakım Gereksinimi Q ₂ (IQR)
Var	239	45.0 (82.0)	18.0 (12.0)	13.0 (10.0)	4.0 (3.0)	7.0 (5.0)	3.0 (2.0)
Yok	78	35.0 (20.25)	14.0 (9.5)	10.0 (8.0)	3.0 (2.0)	5.0 (3.0)	2.0 (1.0)
Z&		-4.233	-3.868	-3.936	-2.481	-4.382	-4.123
P		0.000*	0.000*	0.000*	0.013*	0.000*	0.000*

*p<0,05

&Mann Whitney U testi

Çizelge 4.12.'de çalışmaya katılan hastaların, metastaz varlığına göre itibara ilişkin durumları ile toplam envanter puanları ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Metastazı olan hastalar, olmayanlara göre toplam envanter (Z=-4.233, p=0.000), "Semptom Distresi" (Z=-3.868, p=0.000), "Varoluşsal Distres" (z=-3.936, p=0.000), "Özgüven" (Z=2.481, p=0.013), "Bağımlılık" (Z=-4.382, p=0.000) ve "Destek Bakım Gereksinimi" (Z=4.123, p=0.000) alt boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar almıştır.

Çizelge 4.13: Hastaların Fiziksel Aktivite Durumuna Göre İtibara İlişkin Puanlarının Karşılaştırılması

Fiziksel Aktivite Durumları	N	Toplam puan Q ₂ (IQR)	Semptom Distresi Q ₂ (IQR)	Varoluşsal Distres Q ₂ (IQR)	Özgüven Q ₂ (IQR)	Bağımlılık Q ₂ (IQR)	Destek Bakım Gereksinimi Q ₂ (IQR)
Mobilizasyonda desteğe ihtiyaç duyan	250	41.0 (22.0)	16.0 (10.0)	11.0 (7.25)	3.0 (2.0)	6.0 (3.0)	3.0 (2.0)
Mobilizasyonda desteğe ihtiyaç duymayan	67	60.0 (32.0)	23.0 (15.0)	17.0 (11.0)	5.0 (4.0)	9.0 (7.0)	4.0 (2.0)
Z&		-5.672	-5.411	-5.223	-3.948	-5.489	-4.686
P		0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.00*	0.000*

*p<0,05

&Mann Whitney U testi

Çizelge 4.13.'de çalışmaya katılan hastaların, fiziksel aktivite durumu ile toplam envanter puanları ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların fiziksel aktivite durumları ile toplam envanter puanı arasında istatistiksel anlamlı fark vardır (Z=5.672, p=0.000). Mobil hastalar, mobilizasyonda desteğe ihtiyaç duyan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük puanlar almışlardır.

Hastaların fiziksel aktivite durumları ile "Semptom Distresi" alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlı fark vardır (Z=5.411, p=0.000). Mobil hastalar,

mobilizasyonda desteğe ihtiyaç duyan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük puanlar almışlardır. Hastaların fiziksel aktivite durumları ile “Varoluşsal Distres” alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlı fark vardır ($Z=5.223$, $p=0.000$). Mobil hastalar, mobilizasyonda desteğe ihtiyaç duyan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük puanlar almışlardır.

Hastaların fiziksel aktivite durumları ile “Özgüven” alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlı fark vardır ($Z=3.948$, $p=0.000$). Mobil hastalar, mobilizasyonda desteğe ihtiyaç duyan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük puanlar almışlardır.

Hastaların fiziksel aktivite durumları ile “Bağımlılık” alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlı fark vardır ($Z=5.489$, $p=0.000$). Mobil hastalar, mobilizasyonda desteğe ihtiyaç duyan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük puanlar almışlardır.

Hastaların fiziksel aktivite durumları ile “Destek Bakım Gereksinimi” alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlı fark vardır ($Z=4.686$, $p=0.000$). Mobil hastalar, mobilizasyonda desteğe ihtiyaç duyan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük puanlar almışlardır.

Bu çalışmada, yaş grupları, yerleşim yeri ve destek kişi sorularına verilen cevaplar ile envanter toplam puanı ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA

Kanser hastalarının itibar durumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, Hasta İtibar Envanterinden elde edilen, toplam envanter puanı 44.0 olarak bulunmuştur. Türk toplumunda 2018 yılında Hasta İtibar Envanteri'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Eskigölek¹¹ toplam envanter puanını 40.78 olarak bulmuştur. Oechsle ve ark⁶⁷. 2014 yılında palyatif bakım alan hastalar ile yaptıkları çalışmada toplam envanter puan ortalamasını 51.6 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir. Avestan ve ark⁵⁸.nin 2019 yılında hasta itibar envanterini kullanarak kanser hastaları üzerinde yapmış oldukları çalışmada toplam envanter puan ortalamasını 83.2 olarak bulmuşlardır. Bu çalışma bizim araştırmamız ile uyumluluk göstermemektedir. Avestan ve ark. araştırmanın sonucunda hasta-hemşire iletişimde kalitenin orta düzeyde olduğu ve hasta haysiyetine yeterince uyulmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Toplam envanter puanları arasındaki farkın, kültür, sağlık hizmeti sunumu, dini inanışlar ve yaşanan yer ile ilgili farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Cinsiyete göre yapılan karşılaştırmada kadın hastaların itibar durumlarının erkeklere kıyasla daha fazla zarar gördüğü sonucuna varılmıştır. Borhani ve ark⁶⁸. 2014'te hasta itibar envanterini kullanarak yetişkin dahiliye ve cerrahi hastaları üzerinde yaptıkları çalışmalarında, kadın hastaların toplam envanter puanlarını erkeklerinkinden daha yüksek bulmuşlardır. Vehling ve Mehnert'in⁶⁹ 2014 yılında kanserli hastalar ile yapmış oldukları çalışmada, toplam envanter puanından kadın hastaların, erkek hastalardan daha yüksek puan aldıklarını saptamışlardır. Ripamonti ve ark⁷⁰. onkoloji ve hematoloji hastaları ile yaptıkları çalışmada, toplam envanter puanından kadınlar erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek puan almışlardır. Bu sonuçlar çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Kadınlar erkeklere göre günlük hayatlarında daha fazla sorumluluk ve iş yüküne sahiptirler. Kadınların hastalık sürecinde birden fazla alanda rol kaybı yaşaması envanterden daha yüksek puan almasına sebep olarak düşünülmektedir.

Eğitim durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda eğitim düzeyi düşük olan hastaların, eğitim düzeyi yüksek hastalara göre itibar durumlarının daha fazla etkilenmiştir. Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların, eğitim süreleri boyunca kişisel gelişim için daha fazla imkana sahip olduğu düşünülürse, buna bağlı olarak sorunlarla baş edebilme becerilerinin daha iyi olduğu söylenebilir. Kostopoulou ve ark⁷¹. ileri evre kanser hastaları ile yaptıkları çalışma ile, Ripamonti ve ark⁷⁰. 2012 yılında onkoloji ve hematoloji hastaları ile yaptıkları çalışmalarda ise eğitim düzeyi ile toplam envanter puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuçlar çalışmamız ile paralellik göstermemektedir. Bunun sebebi olarak, her toplumun eğitim alanında farklı eğitim modüllerine sahip olması ve çalışmaya dahil edilen hasta popülasyonunun farkından kaynaklandığı düşünülebilir.

Medeni duruma göre yapılan karşılaştırmalarda bekar hastaların itibar durumlarının evli olan hastalara göre daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Bu durumun, bekar hastaların gelecekte beklenenlerinin ve hayallerinin evli hastalara göre daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Shahhoseini ve ark²³. 2017'de meme kanseri olup kemoterapi alan kadın hastalar ile yapmış olduğu çalışmada evli hastaların bekar hastalara göre daha yüksek puan aldığını saptamıştır. Shahhoseini ve ark²³. çalışmalarında, evli kadınların fiziksel ve zihinsel durumları nedeniyle bekar hastalardan daha fazla stres yaşadıkları, anne ve eş olarak rollerini kaybetmekten korktuklarını bu durumun envanterden aldığı puanı etkileyebileceğini ifade etmişleridir. Bu çalışma, bizim çalışmamız ile paralellik göstermemektedir. Bunun sebebi olarak, çalışmaya dahil edilen hasta gruplarının cinsiyet oranlarının farkından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların çalışma durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda, çalışmayan hastaların çalışan hastalara göre itibar durumunun daha fazla etkilendiği sonucuna varılmıştır. Çalışan hastalar, genel durum ve performans olarak değerlendirildiğinde fiziksel olarak daha aktif hastalardan oluşmaktadır. Bu durum bağımlılık alt boyutundan daha düşük puanlar almalarını sağlamış olabilir. Literatürde, çalışma durumu ile itibar durumu arasındaki ilişkiyi gösteren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Katılımcıların sosyo-ekonomik durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarda, sosyo-ekonomik durumu kötü olan hastaların, iyi olan hastalara göre itibar durumlarının daha fazla etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Shahhoseini ve ark²³. 2017’de meme kanseri olup kemoterapi alan hastalar ile yapmış olduğu çalışmada gelir düzeyi yüksek olanlar, semptom distresi, varoluşsal distres ve destek bakım gereksinimi alt boyutlarından daha düşük puanlar almışlardır. Shahhoseini ve ark²³. çalışmalarında, “hastaların bulantı önleyici ilaçların parasını ödeyememesi, onlara kemoterapi alırken ve evde fiziksel semptomlar yaşamasına neden olduğunu” ifade etmişlerdir. Borhani ve ark⁶⁸. 2014’de yetişkin hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarında, sosyo-ekonomik durum kötü olanlar toplam envanter puanı, varoluşsal distres, semptom distres ve bağımlılık alt boyut puanlarından yüksek puan almışlardır. Bu çalışmalar bizim çalışmamız ile uyumluluk göstermektedir. Sosyo-ekonomik durumu kötü olanlar, hastalığın yanında, hastalığa bağlı ekonomik giderlerin artmasını da kendine sıkıntı edebilmektedir ve bu durumun hastaların aldığı envanter puanlarını etkilediği düşünülmektedir.

Mobilizasyonda desteğe ihtiyaç duyan hastalar, ihtiyaç duymayan hastalara göre, itibar durumlarının daha fazla zarar gördüğü sonucuna varılmıştır. Başkalarına bağımlı olma duygusu, özerklik ve bütünlük kaybı duygusunu ortaya çıkarabilir. Mobilizasyonda desteğe ihtiyaç duyan hastalar, özellikle fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmasında birine bağımlı oldukları için, envanterden daha yüksek puan aldıkları düşünülmektedir. Literatür taraması yapıldığında, Hasta İtibar Envanteri kullanılarak yapılan ve fiziksel aktivite ile ilişkisi değerlendirilen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Taniya ek bir kronik hastalığın varlığına yönelik yapılan karşılaştırmalarda, ek kronik hastalığı olan hastaların, kronik hastalığı olmayanlara göre itibar durumunun daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Kronik hastalığı olan hastalar, kronik hastalığı olmayan hastalara göre yüksek puan almışlardır. Var olan kanser hastalığının yanında ek olarak bir kronik hastalıkla da baş etmek zorunda oldukları için daha yüksek puanlar aldıkları düşünülmektedir. Literatür taraması

yapıldığında, Hasta İtibar Envanteri kullanılarak yapılan ve tanıya ek olarak ek bir kronik hastalığın varlığı ile ilişkisi değerlendirilen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Tıbbi onkoloji kliniğinde yatarak tedavi alan hastaların, gündüz tedavi ünitesinde tedavi alan hastalara göre itibar durumlarının daha fazla etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Chochinov ve ark⁷². 2009 yılında palyatif bakım alan hastalar üzerinde yapmış oldukları çalışmada, yatarak tedavi alan hastaların ayaktan tedavi alan hastalara göre, bedensel işlevlere katılamamaları sorusuna istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek puanlar vermişlerdir. Bu çalışma, bizim araştırmamızla uyumluluk göstermektedir. Tıbbi onkoloji kliniğinde tedavi gören hastaların bakım ihtiyaçlarının daha fazla olması ve yatarak tedavi almak zorunda kalmasının bu duruma sebep olduğu düşünülmektedir. Chochinov ve ark⁷². çalışmalarında, yatarak tedavi almanın daha ciddi bir durumu ifade ettiğini, hastaların daha fazla fiziksel, psikolojik sıkıntılar yaşayabileceğini ve bu durumun yaşam kalitesini kötü etkileyebileceğini ifade etmişlerdir.

Geliş sebebi radyoterapi ve destek tedavi olan hastaların, geliş sebebi kemoterapi olan hastalara göre itibar durumları daha fazla etkilenmiştir. Kemoterapi alan hastalar destek tedavi ve radyoterapi alan hastalara göre daha bağımsız hareket edebilmektedir. Kemoterapi alan hastaların yaşama dair beklentilerinin daha yüksek olduğu tahmin edilmekte ve bu durumun daha düşük puan almalarını sağladığı düşünülmektedir. Literatür taraması yapıldığında, Hasta İtibar Envanteri kullanılarak yapılan ve hastaların hastaneye geliş sebebini değerlendirilen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Metastaz varlığına yönelik yapılan karşılaştırmalarda, metastazı olan hastaların, metastazı olmayanlara göre itibar durumlarının daha fazla etkilendiği sonucuna varılmıştır. Metastazın olması hastalık sürecinin uzaması, yeni metastaz oluşma korkusu, organ kaybı korkusu ve en önemlisi fiziksel bağımlılık ihtiyacının oluşması gibi sonuçlar doğuracağı ve bu durumun envanter puanının daha yüksek çıkmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Literatürde, metastaz durumu ile itibar durumu arasındaki ilişkiyi gösteren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Hastaların evrelerine göre yapılan karşılaştırmalarda, hastaların evrelerinin arttıkça itibar durumlarının daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Kostopoulou ve ark⁷¹. 2018 yılında ileri evre kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada, destek bakım gereksinimi ve bağımlılık alt boyut puanlarından, 4. evre hastaların 2. evre hastalara göre daha yüksek puan aldıklarını bulmuşlardır. Bu çalışma, bizim araştırmamızı desteklemektedir. Hastaların hastalık evresi arttıkça, bağımlılık seviyesinin artması ve buna bağlı olarak özgüvenin azalması, tedavi yoğunluğunun artması, gelecek kaygı ve korkularının artması gibi nedenlerden dolayı toplam puan ve alt boyut puanlarından daha yüksek puan aldığı düşünülmektedir.

Çalışmada, yaş ile toplam envanter puanı ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ripamonti ve ark⁷⁰. da onkoloji ve hematoloji hastaları ile yaptıkları çalışmada yaş ile toplam envanter puanı arasında anlamlı bir fark bulmamışlardır. Bu sonuç bizim çalışmamız ile uyumluluk göstermektedir. Borhani ve ark⁶⁸. dahili ve cerrahi kliniklerinde yatan yetişkin hastalar ile yaptıkları çalışmalarında, hastaların yaşı arttıkça toplam envanter puanının arttığını, Wang ve ark⁷³. ise genç ve orta yaş grubu hastaların, ileri yaş grubu hastalara göre envanter toplam puanından daha yüksek puan aldıklarını saptamışlardır. Bu sonuçlar çalışmamız ile uyumluluk göstermemektedir. Çalışmalar arasındaki farklılığın, çalışmaya alınan hasta gurubunun çeşitliliğinden ve toplumlar arası farktan kaynaklandığı düşünülebilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Kanser hastalarının itibar durumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

- Hasta İtibar Envanterinden elde edilen, toplam envanter puanı 44.0 olarak bulunmuştur.
- Araştırmada, kadın hastaların itibar durumlarının erkeklere kıyasla daha fazla zarar gördüğü sonucuna varılmıştır.
- Çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan hastaların, eğitim düzeyi yüksek hastalara göre itibar durumlarının daha fazla etkilendiği saptanmıştır.
- Çalışmada, bekar hastaların itibar durumlarının evli olan hastalara göre daha fazla etkilendiği saptanmıştır.
- Araştırmada, çalışmayan hastaların çalışan hastalara göre itibar durumunun daha fazla etkilendiği sonucuna varılmıştır.
- Çalışmada, sosyo-ekonomik durumu kötü olan hastaların, iyi olan hastalara göre itibar durumlarının daha fazla etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır.
- Araştırmada, mobilizasyonda desteğe ihtiyaç duyan hastalar, ihtiyaç duymayan hastalara göre, itibar durumlarının daha fazla zarar gördüğü saptanmıştır.
- Çalışmada, ek kronik hastalığı olan hastaların, kronik hastalığı olmayanlara göre itibar durumunun daha fazla etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır.
- Araştırmada, yatarak tedavi alan hastaların, ayaktan tedavi alan hastalara göre itibar durumlarının daha fazla etkilendiği sonucuna varılmıştır.
- Geliş sebebi radyoterapi ve destek tedavi olan hastaların, geliş sebebi kemoterapi olan hastalara göre itibar durumları daha fazla etkilenmiştir.

- Çalışmada, metastazı olan hastaların, metastazı olmayanlara göre itibar durumlarının daha fazla etkilendiği sonucuna varılmıştır.
- Çalışmada, hastaların evrelerinin arttıkça itibar durumlarının daha fazla etkilendiği saptanmıştır.



6.2. ÖNERİLER

- Hastaların itibar durumlarının artırılması için; duygularını ifade edebilmelerine fırsat verilmesi, öfke, inkar, depresyon yaşayan hastaların psikolojik destek almalarının sağlanması, sağlık personelinin hastalara karşı saygılı olması, hastanın tüm sorularının açık ve içtenlikle yanıtlanması, hastanın kendi bakım ve tedavi süreci ile ilgili kendi kararlarını vermesi sağlanarak süreçte söz hakları olduğunun hissettirilmesi önerilir.
- Bekar hastaların gelecek ile ilgili ne düşündüklerini ne hissettiklerini dile getirebilecekleri bir ortam oluşturularak hastaların kaygı duydukları konular hakkında sohbet edilmesi ve hasta ile birlikte çözüm aranması önerilebilir. Hekim ile iş birliği yapılarak, hastanın talebi doğrultusunda psikiyatriden destek alınması sağlanabilir.
- Eğitim düzeyi düşük olan hastalara, klinik hemşireleri tarafından hasta bilgilendirilmesinin daha ayrıntılı yapılması önerilir. Hasta ile görüşülerek hastanın soru sorması sağlanarak hastanın ihtiyacına yönelik eğitim programları düzenlenebilir. Hasta ayaktan veya yatarak kemoterapi tedavi almak için gelmiş ise hemşire tarafından, kemoterapi ve yan etkileri ile ilgili ayrıntılı bilgilendirme yapılabilir. Hastanenin kemoterapi bilgilendirme ile ilgili oluşturulmuş olan bir kitapçık veya eğitim broşürü var ise hastaya verilebilir. Hasta klinikte yatarak destek tedavi almak için gelmiş ise hasta ve yakınlarına, yapılan tüm uygulamalar ve ilaçlar ile ilgili bilgilendirmeler yapılabilir.
- Çalışmayan hastaların, boş vakitlerini değerlendirebilecekleri aktivite planları yapılarak, hastanın sürece dahil edilmesi önerilir.
- Sosyo-ekonomik durumu kötü olan hastalar için ulaşım, barınma, ilaç temini konusunda yardımcı olunması önerilir. Hastanenin sosyal destek hizmetleri ile iletişime geçilerek, sosyo-ekonomik durumu kötü olan hastaların maddi olarak desteklenmesinin sağlanması önerilir.
- Tanıya ek bir kronik bir hastalığı olan hastalar belirlenerek, ek hastalığa yönelik multidisipliner yaklaşım ile ihtiyaca uygun eğitim birimlerine

yönlendirilerek, hastanın daha detaylı bilgilendirilmesi ve bu süreçte nelere/nasıl dikkat etmesi gerektiği konusunda eğitimler verilebilir. (örneğin; hastanın diyabet tanısı var ise diyabet eğitim hemşiresi ile iletişime geçilerek hastanın ayrıntılı bilgilendirilmesi sağlanabilir).

- Metastazı olan hastalar ile sağlık çalışanı arasında güvene dayalı bir ortam sağlanarak metastaz durumuna göre hastada oluşacak yeni semptomlara yönelik bakım planlanması ve hastanın tüm sorularına cevap verilmesi önerilir.
- İleri evre kanser hastaları için, hastayı en etkin şekilde kendi bakımına dahil ederek hastanın fiziksel olarak aktif hale getirilmesi önerilebilir. Bakım verici ile görüşme yapılarak hastanın bu konuda desteklenmesi sağlanabilir.
- Kanserli hastaların itibar durumunu ortaya çıkaracak nitel araştırmaların da dahil edildiği karma araştırmalar yapılabilir.

7. KAYNAKÇA

1. Türk Tıbbi Onkoloji Derneği, Kanserin Biyolojisi [İnternet]. [Erişim Tarihi 10 Ekim 2019]. Erişim adresi: <https://www.kanser.org/saglik/toplum/sayfa/kanserin-biyolojisi>
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı, Kemoterapi [İnternet]. [Erişim Tarihi 10 Ekim 2019]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/kemoterapi.html>
3. T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kemoterapi Nedir? [İnternet]. 2018 [Erişim Tarihi 10 Ekim 2019]. Erişim adresi: <https://izmirgoguseah.saglik.gov.tr/TR,211324/kemoterapi.html>
4. World Health Organization, Palliative Care [İnternet]. 2002 [Erişim Tarihi 10 Ocak 2020]. Erişim adresi: <https://www.who.int/hiv/topics/palliative/PalliativeCare/en/>
5. WHO, Integrating Palliative Care and Symptom Relief Into Primary Health Care, [İnternet]. [Erişim Tarihi 26.08.2020] Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Chochinov HM, McClement SE, Hack TF, McKeen NA, Rach AM, Gagnon P ve ark. The patient dignity inventory: applications in the oncology setting. J Palliat Med 2012;15(9):998-05.
7. Nyholm L, Koskinen CA. Understanding and safeguarding patient dignity in intensive care. Nurs Ethics. 2017;24(4):408-18.
8. International Council of Nurses, The ICN Code Of Ethics For Nurses [İnternet]. 2012 [Erişim Tarihi 10 Ocak 2020]. Erişim adresi: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf
9. Hosseini A, Rezaei M, Bahrami M, Abbasi M, Hariri H. The relationship between dignity status and quality of life in iranian terminallay III patients with cancer. Iran J of Nurs Midwifery Res. 2017;22(3):178-83.
10. Adib-Hajbaghery M, Aghajani M. Patients dignity in nursing. Nurs Midwifery Stud. 2015;4(1):e22809
11. Eskigölek Y. Palyatif Bakım Hastalarının ve Hemşirelerinin İtibarlı Bakıma İlişkin Görüşleri [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2018
12. Yıldız E, Dedeli Ö, Çınar Pakyüz S. Kanseri hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. HEAD. 2016;13(3): 216-25

13. Yazgı ZG, Yılmaz M. Onkoloji hastalarının yaşadığı psikososyal sorunlarla baş etmesinde hemşirenin rolü. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2019;4(1):60-70
14. World Health Organization. Cancer Today, [İnternet]. 2018 [Erişim Tarihi 14 Ocak 2020]. Erişim adresi: <https://gco.iarc.fr/today/home>
15. World Health Organization. The Global Cancer Observatory Turkey. [İnternet]. 2018 [Erişim Tarihi 14 Ocak 2020]. Erişim adresi: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-factsheets.pdf>
16. World Health Organization. Cancer Tomorrow, [İnternet]. 2018 [Erişim Tarihi 14 Ocak 2020]. Erişim adresi: <https://gco.iarc.fr/tomorrow/home>
17. Bahar A. Kanseri hastalarına psikososyal yaklaşım. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007;10(1):105-11
18. Enç N, Uysal H, Can G, Tülek Z, Uysal H, Demir M ve ark. İç hastalıkları hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2014.
19. Kocamaz D, Tuncer A, Yamak D, Sever Ö, Yıldırım M. Kanseri ve onkolojik rehabilitasyon. Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi. 2019;1(1):24-29
20. Ovayolu Ö, Ovayolu N, Antineoplastik ilaçlara güvenli yaklaşım. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2019;6(2):41-47
21. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi alan kanseri hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;10(1):15-28
22. Kadayıfçı A. Dahiliye, İstanbul: Atlas Yayıncılık; 2005
23. Shahhoseini S, Borhani F, Shoorideh FA, Kavousi A, Bagheri H, Almasi-Hashiani A. Different sources of dignity-related distress in women receiving chemotherapy for breast cancer. Asian Pac J Cancer Prev. 2017;18(11): 2953-58.
24. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L ve ark. Harrison's Internal Medicine. Biberöglü K, İzmir; Nobel Tıp Kitapevi. 2013
25. Çıtlak K, Kapucu S. Kemoterapi alan hastalarda görülen oral mukozitin önlemesi ve tedavisinde güncel yaklaşımlar: kanıta dayalı uygulamalar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015;2(1):70-77.
26. Tarakçıoğlu-Çelik HG. Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi. GÜSBD. 2016;5(4):93-00.

27. Berk D, Durna Z, Akın S. Kemoterapi uygulanan kanser hastalarında ağız bakımına ilişkin bilgi düzeyleri ve ağız bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum. 2020;1:61-70
28. Güngörmüş Z, Bulut Erdem Ö. Kanser hastalarında yaşam kalitesi ve oral mukozit. ACU Sağlık Bil Derg. 2014;5(1):24-30
29. Erol Ç, Aktaş F, Arıoğlu S, Bayer A, Böresoy I, Gören A ve ark. İç Hastalıkları. 2008: Nobel Tıp Kitapevi
30. Febril Nötropeni Çalışma Grubu. Febril nötropenik hastalarda tanı ve tedavi kılavuzu. Flora. 2004;9(1):5-28
31. Anak S, Akçay A. Pediatrik febril nötropenide değerlendirme ve yönetim. Ankem Derg. 2005;19(3):154-161.
32. Gönderen HS, Kapucu S. Nötropenik hastada nötropeniye değerlendirme kriterleri ve hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2009;16(1):69-75.
33. Dönmez A, Kemoterapinin en görünen yönü: alopesi: önlemek mümkün mü? SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;9(2):150-55.
34. Ateş S, Olgun N. Kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014;(1):67-80.
35. Özkan M, Akın S. Kanserli hastalarda yorgunluğun fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2017;25(3):177-92.
36. Sabuncu N, Alpar E, İlhan E, Bahçecik N, Şenturan L, Batmaz M ve ark. Hemşirelik bakımında ilke ve uygulamalar. 4. Baskı. Ankara: Alter Yayıncılık; 2014
37. Türk Dil Kurumu. Bakım tanımı [İnternet]. [Erişim Tarihi 05 Ocak 2020]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/?kelime=BAKIM>.
38. Dinç L, Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2010;17(2):74-82.
39. Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi. 2014;29(3):125-35
40. Uğur Ö, Fadıloğlu Z. Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2013; 1(2):53-58
41. Aydoğan F, Uygun K. Kanser hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim. 2011;24(3):4-9.
42. Kabalak A, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Dergisi. 2013;11(2):56-70.

43. World Health Organization. Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakım gerektiren hastalıklar [İnternet]. 2018 [Erişim Tarihi 15 Ocak 2020]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
44. Kabalak A, Öztürk H, Erdem AT, Akın S. S.B. Ulus Devlet Hastanesi'nde kapsamlı palyatif bakım merkezi uygulaması. Çağdaş Tıp Dergisi 2012;2(2): 122-26
45. İnci F, Öz F. Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2012;4(2):178-87.
46. Robinson J, Gott M, Ingleton C. Patient and family experiences of palliative care in hospital: what do we know? An integrative review. Palliative Medicine. 2014;28(1):18-33.
47. Tuna H, Ünver G, Molu B. Palyatif bakım alan son dönem kanser hastalarında semptom kümeleme ve hemşirelik. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(2): 64-69.
48. Ülger E, Alacioğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO, Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2014;28(2):85-92.
49. Şentürk S, Bıçak D, Akça D. Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2018;5(1):35-39.
50. Özçelik H, Fadıloğlu Ç, Karabulut B, Uyar M, Elbi H, Eyigör S ve ark. Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü. Ağrı Dergisi. 2014;26(2):47-56.
51. Gemalmaz A, Avşar G, Kanser tanısı ve sonrası yaşayanlar: kalitatif bir çalışma. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2014;12:93-98.
52. Türk Dil Kurumu, İtibar, [İnternet]. [Erişim Tarihi 12 Ocak 2020]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/?kelime=%C4%B0T%C4%B0BAR>.
53. Düzgün Ş. İnsan onuru ve toplumsal yaşam için etik. Kader Kelam Araştırmaları Dergisi. 2007;5(1):1-12
54. Çakar A.S, Hukuki bir kavram olarak insan onuru. Hukukun Gençleri Sempozyumu. 2013; 3: 11-12.
55. Griffin-Heslin VL. An analysis of the concept dignity. Accident and Emergency Nursing. 2005;13(4):251-57.
56. Arslan KO. İnsan onuru kavramı ve koruma tedbirleri bağlamında temel bir ilke olarak insan onurunun korunması. TBB Dergisi. 2015;(120): 155-72

57. Bulut N. Eski Yunan'dan aydınlanma çağına insan onuru kavramının gelişimine genel bir bakış. *Erzincan Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 2008;7(3-4):1-12
58. Avestan Z, Pakpour V, Rahmani A, Mohammadian R, Soheili A. The correlation between respecting the dignity of cancer patients and the quality of nurse-patient communication. *Indian Journal of Palliative Care*. 2019; 25(2): 190-96.
59. Parpa E, Kostopoulou S, Tsilika E, Galanos A, Katsaragakis S, Mystakidou K. Psychometric properties of the greek version of the patient dignity inventory in advanced cancer patients. *Journal of Pain And Symptom Management*. 2017; 54(3):376-382.
60. Östlund U, Brown H, Johnston B. Dignity conserving care at end-of-life: A narrative review. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012;16(4):353-367.
61. Walsh K, Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*. 2002;8(3):143-51.
62. Periyakoil VS, Noda AM, Chmura-Kraemer H. Assessment of factors influencing preservation of dignity at life's end: Creation and the cross-cultural validation of the preservation of dignity card-sort tool. *Journal of Palliative Medicine*. 2010;13(5):495-00.
63. Vlug M, de Vet H, Pasman HR, Rurup M, Onwuteaka-Philipsen B. The development of an instrument to measure factors that influence self-perceived dignity. *Journal of palliative medicine*. 2011;14(5):578-86
64. Acar G. Onkoloji Hastalarının Manevi Bakım Gereksinimleri ile Onkoloji Hemşirelerinin Manevi Bakım Yeterliliklerinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Manisa Celal Bayar Üniversitesi, 2019
65. Kayır G. Onkoloji Hastalarının Hastalık Algısı Ve Stresle Başa Çıkma Biçimleri [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2014
66. Chochinov H.M, Hassard T, McClement S, Hack T, Kristjanson L, Harlos M ve ark. The Patient Dignity Inventory: A Novel Way of Measuring Dignity-Related Distress in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2008;36(6):559-71
67. Oechsle K, Wais MC, Vehling S, Bokemeyer C, Mehnert A. Relationship between symptom burden, distress, and sense of dignity in terminally ill cancer patients. *Journal of Pain And Symptom Management*. 2014;48(3):313-21.
68. Borhani F, Abbaszadeh A, Moosavi S. Status of human dignity of adult patients admitted to hospitals of Tehran. *Journal Of Medical Ethics And History Of Medicine*. 2014;7:1-8
69. Vehling S, Mehnert A. Symptom burden, loss of dignity, and demoralization in patients with cancer: a mediation model. *Psycho-Oncology*. 2014;23(3):283-90.

70. Ripamonti CI, Buonaccorso L, Maruelli A, Bandieri E, Pessi MA, Boldini S *et al*. Patient dignity inventory (PDI) questionnaire: the validation study in Italian patients with solid and hematological cancers on active oncological treatments. *Tumori*. 2012;98: 491-00.
 71. Kostopoulou S, Parpa E, Tsilika E, Katsaragakis S, Papazoglou I, Zygogianni A. Advanced cancer patients' perceptions of dignity: the impact of psychologically distressing symptoms and preparatory grief. *Journal of Palliative Care*. 2018;33(2):88-94.
 72. Chochinov H.M, Hassard T, McClement S, Hack T, Kristjanson L, Harlos M, The landscape of distress in the terminally ill. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2009;38(5):641-49.
 73. Wang L, Wei Y, Xue L, Guo Q, Liu W. Dignity and its influencing factors in patients with cancer in North China: a cross-sectional study. *Current Oncology*. 2019;26(2):e188.
- 

EKLER

EK-1 HASTA TANITIM FORMU

1.Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz

- 1.Kadın
- 2.Erkek

3. Medeni durumunuz:

- 1.Evli
- 2.Bekar

4.Evde kiminle/ kimlerle yaşıyorsunuz?

- 1.Yalnız
- 2.Annem ve babam
- 3.Eşim
- 4.Eşim ve çocuklarım
- 5.Arkadaşlarım
- 6.Diğer

5. Eğitim durumunuz:

- 1.Okur-yazar
- 2.İlkokul
- 3.Ortaokul
- 4.Lise
- 5.Lisans/Üniversite
- 6.Yüksek Lisans/Doktora

6.Yaşadığınız Yer:

- 1.Köy
- 2.Kasaba
- 3.İlçe
- 4.İl

7. Algılanan sosyo-ekonomik durum

- 1.İyi
- 2.Orta
- 3.Kötü

8.Çalışma durumunuz

- 1.Çalışıyor
- 2.Çalışmıyor veya emekli

9. Tedavi aldığı yer

- 1.Gündüz tedavi ünitesi
- 2.Tıbbi onkoloji kliniği

10.Hastaneye geliş sebebi

- 1.Kemoterapi
- 2.Radyoterapi
- 3.Destek tedavi

11.Hastalığınızın tanısı nedir?

- 1.Akciğer kanseri
- 2.Meme kanseri
- 3.Mide kanseri
- 4.Kolon kanseri
- 5.Jinekolojik kanser
- 6.Testis Kanseri
- 7.Mesane Kanseri
- 8.Baş-boyun Kanseri
- 9.Özefagus kanseri
- 10.Karaciğer kanseri
- 11.Prostat Kanseri
- 12.Diğer.....

12.Tanısı konulmuş başka hastalığınız var mı?

- 1.Yok (14. soruya geçiniz.)
- 2.Var (13.soruya geçiniz)

13.Başka hastalığınız varsa nedir?

- 1.Diyabetes Mellitus (Şeker Hastalığı)
- 2.Hipertansiyon (Yüksek Tansiyon)
- 3.Kronik Böbrek Yetmezliği
- 4.Kalp Hastalığı
- 5.KOAH / Solunum Sistemi Hastalıkları
- 6.Diğer.....

14. Hastalığınızın evresi:.....

15. Metastaz durumu?

1. Yok
2. Var

16. Bakımınızda size kim destek oluyor?(Bir'den fazla seçenek işaretlenebilir)

1. Eş
2. Çocuklar
3. Anne, baba, kardeş vb.
4. Özel bakım verici
5. Hiç kimse

17. Fiziksel aktivite durumu

1. Hareket edebiliyor
2. Destekle hareket edebiliyor
3. Hareket edemiyor

EK-2 HASTA İTİBAR ENVANTERİ

Hasta İtibar Envanteri					
<i>Her maddede yer alan ifadenin, son birkaç gün içerisinde sizin için ne kadar soruna ya da endişeye neden olduğunu belirtiniz.</i>					
1. Günlük yaşantıyla ilgili işlerimi yapamıyorum (örn; banyo yapmak, giyinmek).					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
2. Bedensel işlevlerimi bağımsızca yerine getiremiyorum (örn; tuvaletle ilgili konularda yardıma ihtiyaç duyuyorum).					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
3. Fiziksel sıkıntıya yol açan şikâyetler yaşıyorum (örn; ağrı, nefes darlığı, bulantı).					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
4. Başkaları tarafından nasıl görüldüğümün önemli derecede değiştiğini hissediyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
5. Bunalımda olduğumu hissediyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
6. Kaygılı olduğumu hissediyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
7. Hastalığım ve tedavisi hakkında belirsizlik hissediyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
8. Geleceğim hakkında endişeliyim.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	

9. Açık ve net bir şekilde düşünemiyorum.					
1 Sorun değil	2 Hafif bir sorun	3 Sorun	4 Büyük bir sorun	5 Baş edilmesi güç bir sorun	
☐	☐	☐	☐		☐
10. Günlük alışkanlıklarımı/düzenimi sürdüremiyorum.					
1 Sorun değil	2 Hafif bir sorun	3 Sorun	4 Büyük bir sorun	5 Baş edilmesi güç bir sorun	
☐	☐	☐	☐		☐
11. Artık eski ben değilmişim gibi hissediyorum.					
1 Sorun değil	2 Hafif bir sorun	3 Sorun	4 Büyük bir sorun	5 Baş edilmesi güç bir sorun	
☐	☐	☐	☐		☐
12. Faydalı ya da değerli olduğumu hissetmiyorum.					
1 Sorun değil	2 Hafif bir sorun	3 Sorun	4 Büyük bir sorun	5 Baş edilmesi güç bir sorun	
☐	☐	☐	☐		☐
13. Önemli rollerimi yerine getiremiyorum (örn; eş, ebeveyn).					
1 Sorun değil	2 Hafif bir sorun	3 Sorun	4 Büyük bir sorun	5 Baş edilmesi güç bir sorun	
☐	☐	☐	☐		☐
14. Artık, yaşamın bir anlamı ve amacı kalmadığını hissediyorum.					
1 Sorun değil	2 Hafif bir sorun	3 Sorun	4 Büyük bir sorun	5 Baş edilmesi güç bir sorun	
☐	☐	☐	☐		☐
15. Yaşamım boyunca anlamlı ve kalıcı bir katkıda bulunmadığımı hissediyorum.					
1 Sorun değil	2 Hafif bir sorun	3 Sorun	4 Büyük bir sorun	5 Baş edilmesi güç bir sorun	
☐	☐	☐	☐		☐
16. “Yarım kalan işlerim” varmış gibi hissediyorum (örn; söyleyemediğim, tamamlayamadığım şeyler).					
1 Sorun değil	2 Hafif bir sorun	3 Sorun	4 Büyük bir sorun	5 Baş edilmesi güç bir sorun	
☐	☐	☐	☐		☐
17. Manevi yaşantımın anlamlı olmamasından endişeliyim.					
1 Sorun değil	2 Hafif bir sorun	3 Sorun	4 Büyük bir sorun	5 Baş edilmesi güç bir sorun	
☐	☐	☐	☐		☐
18. Diğerlerine yük olduğumu hissediyorum.					
1 Sorun değil	2 Hafif bir sorun	3 Sorun	4 Büyük bir sorun	5 Baş edilmesi güç bir sorun	
☐	☐	☐	☐		☐

19. Yaşamımın kontrolünü elimde tutamadığımı hissediyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
20. Hastalığımın ve bakım ihtiyaçlarımın, mahremiyetimi azalttığını düşünüyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
21. Aile ve arkadaş grubum tarafından desteklendiğimi hissetmiyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
22. Sağlık görevlileri/çalışanları tarafından desteklendiğimi hissetmiyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
23. Hastalığımın getirdiği zorluklarla artık zihinsel olarak savaşamayacağımı hissediyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
24. Olayları olduğu gibi kabul edemiyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	
25. Diğer insanlar tarafından saygılı ve anlayışlı muamele görmüyorum.					
<i>1 Sorun değil</i>	<i>2 Hafif bir sorun</i>	<i>3 Sorun</i>	<i>4 Büyük bir sorun</i>	<i>5 Baş edilmesi güç bir sorun</i>	
☐	☐	☐	☐	☐	

EK-3 CHOCHINOV ENVANTER İZİNİ


Harvey Chochinov <hchochinov@cancercare.mb.ca>
 Alıcı: ben

30 Eyl 2019 01:29 ☆ ↶ ⋮

İngilizce > Türkçe İletiyi çevir

İngilizce için kapat x

Dear Burcu

You are most welcome to use the PDI in your study. As for its applicability in varying stages of cancer, as you are aware, it was primarily developed within a palliative care setting.

That said, we did do a study in general oncology patients and it proved useful

[Chochinov HM1, McClement SE, Hack TF, McKeen NA, Rach AM, Gagnon P, Sinclair S, Taylor-Brown J.](#) The Patient Dignity Inventory: applications in the oncology setting. [J Palliat Med.](#) 2012 Sep;15(9):998-1005. doi: 10.1089/jpm.2012.0066.

That said, it is still worth exploring its utility in palliative and non-palliative settings.

Best of luck in your studies.

Harvey

Harvey Max Chochinov OC OM MD PhD FRCPC FRSC
 Distinguished Professor of Psychiatry, University of Manitoba
www.dignityincare.ca
 Phone: 204-975-7728
 e-mail: hchochinov@cancercare.mb.ca

From: Burcu Türüdü [burcuedetrd@gmail.com]

Windows'u Etkinleştir

EK-4 ETİK KURUL İZİN FORMU

İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU	
ETİK KURULUN ADI	ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası 06100 Sıhıye/ANKARA
TELEFON	0312 595 82 27
FAKS	0312 310 63 70
E-POSTA	jupinsanetik@ankara.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kanser Hastalarının İtibar Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Filiz ÇAY ŞENLER
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Tıbbi Onkoloji
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:İS-213-19	Tarih: 14 Kasım 2019
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacının/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Nuray YAZIHAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	İmza
Prof.Dr.Nuray YAZIHAN	Fizyopatoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Serenay ELGÜN ÖLKAR	Tıbbi Biyokimya	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Hakan ERGÜN	Tıbbi Farmakoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Hatice ILGIN RUHI	Tıbbi Genetik	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sevin AYDIN	Histoloji ve Embriyoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Berna SAVAŞ	Tıbbi Patoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Yasemin YAVUZ	Biyostatistik	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Deniz BALCI	Genel Cerrahi	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Yüksel ÜRÜN	Tıbbi Onkoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Sinem CİVRİZ BOZDAĞ	Hematoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Cihangir AKYOL	Genel Cerrahi	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Başak Ceyda MEÇO	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Halil ÖZDEMİR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Mustafa Volkan KAVAS	Tıp Tarihi ve Etik	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ H ☒	

Berna İSİK
A.Ü.T.F. İnsan Araştırmaları
Etik Kurulu
Aslı Gibidir

EK-5 KURUM İZİN BELGELERİ



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı



Sayı : 36100389-302.14.06-E.62772

20.11.2019

Konu : (31-33462)Burcu TÜRÜDÜ Tez
Çalışması hk.

İBNİ SİNA ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İbn-Sina Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı kliniğimizde hemşire olarak görev yapmakta olan (31-33462) Burcu TÜRÜDÜ'nün Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek lisans öğrencisi olarak, Prof.Dr.Filiz Çay ŞENLER sorumluluğunda, tez danışmanlığı ise Ufuk Üniversitesi Dr. Öğr. Üyesi Nurcan ERTUĞ 'un yürüttüğü "Kanser Hastalarının İtibar Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" isimli Yüksek Lisans tez çalışmasının 01.12.2019-25.06.2020 tarihlerinde İbn-i Sina Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği ve Gündüz Tedavi Ünitesi'nde yürütülmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.



e-imzalıdır

Prof. Dr. Hakan AKBULUT
Bilim Dalı Başkanı

Ek : 1(bir) adet Dilekçe, 1(bir) adet Etik Kurul Onay Formu.

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Balkıraz Mahallesi 06620 Mamak/ANKARA
Telefon No: 0312 595 71 12 Belge Geçer No: 0312 363 85'49-319 22 83
e-posta: tiponko@medicine.ankara.edu.tr internet adresi: -

Bilgi için:Dilşat TUNA YAVUZ
Memur



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastaneler Başhekimliği
İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Klinik Araştırmalar Koordinasyon Birimi



Sayı : 32557014-604.01.02-E.35584
Konu : (31-33462)Burcu TÜRÜDÜ Tez
Çalışması hk.

02.12.2019

TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 20.11.2019 tarihli ve 36100389-302.14.06-E.62772 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda belirtilen, Bilim Dalmız öğretim üyelerinden Prof. Dr. Filiz ÇAY ŞENLER'in sorumluluğunda Ufuk Üniversitesi Dr. Öğr. Üyesi Nurcan ERTUĞ'un tez danışmanlığında İbni Sina Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı kliniğinde hemşire Burcu TÜRÜDÜ'nü tarafından yapılacak "Kanser Hastalarının İtibar Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı çalışması kapsamında anketin 02.12.2019-25.06.2020 tarihleri arasında İbni Sina Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı kliniğine ve Gündüz Tedavi Ünitesi başvuran hastalarda yapılması, "Kişisel Sağlık verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması" hakkındaki yönetmelikte (24.11.2017 tarih, 30250 sayılı resmi gazete) belirtilen esaslara uyulmak kaydıyla uygundur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.



e-imzalıdır

Prof. Dr. Ayşe Adile KÜÇÜKDEVECİ
Başhekim

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Özlem ELHAN
Memur
Telefon No: (312) 508 34 42

EK-6 ENVANTER KULLANIM İZİNİ

Hasta İtibar Envanteri İzni Hk. Gelen Kutusu

Burcu Türüdü <burcuedetrd@gmail.com>

Alıcı: yaseminuslu12

1 Kas 2019 Cum 19:54

Sayın Yasemin Eskigölek,

Ufuk Üniversitesi'nde Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim. "Kanser Hastalarının İtibar Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmamda geçerlik ve güvenirlik çalışmamı yaptığınız "Hasta İtibar Envanteri" ni kullanmak için izninizi istiyorum. Envanterin aslını ve nasıl puanlanacağı ile ilgili bilgileri gönderebilirseniz sevinirim.

Saygılar
Burcu TÜRÜDÜ
Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Tıbbi Onkoloji Klinik Hemşiresi

Yasemin Uslu Eskigölek <yaseminuslu12@gmail.com>

Alıcı: ben

1 Kas 2019 Cum 16:06

Sayın Burcu Hanım,

Hasta İtibar Envanterini yüksek lisans tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Envanterin aslı ve puanlaması linkteki dosyanın sonunda mevcuttur: <http://acikerisim.baskent.edu.tr/handle/11727/2927>

Çalışmanızda başarılar dilerim.

Burcu Türüdü <burcuedetrd@gmail.com>, 1 Kas 2019 Cum, 14:49 tarihinde şunu yazdı:

Yasemin Eskigölek

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Windows'u Etkinleştir

Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gidin.

EK-7 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırmacının beyanı:

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, onkoloji hastalarının itibar durumları ve etkileyen faktörleri belirlemek için planlanmıştır. Bu çalışmada size, kişisel bilgilerinizi ve hastalığınız ile ilgili soruları içeren hasta tanıtım formu ve hasta onur durumunu belirlemek için oluşturulmuş Hasta İtibar Envanteri'ndeki sorular yöneltilecek, ve cevaplamanız istenecektir. Bu süre yaklaşık 15 dakikadır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz tamamen gizli kalacak, sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Bu araştırmada sizin için hiçbir risk ve rahatsızlık söz konusu değildir. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle ödeme yapmanız gerekmemektedir ve size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmaya katılmazsanız tedavi ve bakımınızda veya sağlık personeli ile olan iletişiminizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Herhangi bir sorunuz olduğunda yardımcı araştırmacı Burcu TÜRÜDÜ'ye 05XXXXXXXXX nolu telefondan ulaşabilirsiniz.

Katılımcının beyanı:

Bilgilendirilmiş Onam Formunu okudum anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Çalışmaya katılmayı kendi isteğimle kabul ediyorum.

Katılımcının adı-soyadı:

Tarih:

Araştırmacının adı-soyadı:

Tarih:

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Burcu TÜRÜDÜ

Doğum Yeri ve Tarihi : NİĞDE/1988

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Ufuk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

İş Deneyimleri

Çalıştığı Kurumlar :

Bilkent Üniversitesi Sağlık Merkezi : Temmuz 2010-Eylül 2011

Özel Acıbadem Hastanesi/Kadıköy : Eylül 2011-Ocak 2012

TOBB ETÜ Hastanesi : Mart 2012- Kasım 2012

A.Ü. İbni Sina Hastanesi : Kasım 2012- halen

İletişim

E-Posta Adresi : burcuedetrd@gmail.com

Tarih : 30.06.2020