



T.C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**KANSER HASTALARINDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
VE HASTALIK ALGISI İLİŞKİSİ**

Dr. Emine ÖZTOSUN
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL
Şubat, 2022

T.C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KANSER HASTALARINDA SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI VE HASTALIK ALGISI İLİŞKİSİ

Dr. Emine ÖZTOSUN
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Işıl MARAL

İSTANBUL
Şubat, 2022

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Emine ÖZTOSUN'un hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "KANSER HASTALARINDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE HASTALIK ALGISI İLİŞKİSİ" başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Işıl MARAL

.....

Üyeler:

.....

.....

.....

.....

Tez Savunma Tarihi: 16.02.2022

Yazar Bildirimi

“KANSER HASTALARINDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE HASTALIK ALGISI İLİŞKİSİ” isimli uzmanlık tezinde Dr. Emine ÖZTOSUN

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları “Bilgilendirme” bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisinde alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Şubat, 2022

İmza:

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Emine ÖZTOSUN



Uzmanlık eğitimim ve tez çalışma sürecimde emeği geçen ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Işıl MARAL başta olmak üzere,

Uzmanlık eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Hatice İKİİŞİK ve Dr. Öğr. Üyesi Mustafa ÇAKIR'a,

Gece gündüz demeden çalışıp beni büyüten, okutan, desteklerini ve bana olan inançlarını hep hissettiren sevgili anneme, babama ve kardeşime,

Hayatımın her alanında bana destek olan, yanımda olup elimi tutan, yardımını ve sevgisini hissettiren canım eşim Dr. Buğra ÖZTOSUN'a,

Bana sınırsız sevebileceğini öğreten, her anıma anlam katan kızım Gülce ve oğlum Göktuğ'a teşekkür ederim.

Dr. Emine ÖZTOSUN

Özet

KANSER HASTALARINDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE HASTALIK ALGISI İLİŞKİSİ

AMAÇ. Bu çalışmada kanser hastalarında hastalık algısı düzeylerinin belirlenmesi ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile hastalık algısındaki değişimin ortaya konması amaçlanmıştır.

YÖNTEM. Kesitsel-tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın evrenini İstanbul Medeniyet Üniversitesi Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi onkoloji kliniği ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran ve 1. seri kemoterapi tedavisi alan hastalar oluşturmaktadır. 1.1.2021-31.3.2021 tarihleri arasında onkoloji kliniği ayaktan kemoterapi ünitesine yapılan 1012 başvurudan 742'si tekil başvurudur. 690 hasta 1.seri kemoterapi almıştır. Araştırmamızda örneklem seçimine gidilmemiş olup katılmayı kabul eden 621 (%90) hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak katılımcıların sosyodemografik ve hastalıklarıyla ilgili özelliklerinin sorgulandığı araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, kanser hastalarında Hastalık Algısı Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği kullanıldı. Sağlık okuryazarlığı düzeyi belirlendi. Sağlık okuryazarlığı ile hastalık algısı arasındaki ilişki değerlendirildi.

BULGULAR. Katılımcıların %27.7'si (n=172) yetersiz, %36.1'i (n=224) sorunlu/sınırlı, %27.9'u (n=173) yeterli, %8.4'ü (n=52) mükemmel sağlık okuryazarlığına sahipti. Eğitim düzeyleri, gelir algısı ve sağlık algısı grupları ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı. Hastalık algısı ölçeği hastalık belirtileri boyutu puan ortalaması 6.28 ± 3.37 idi. Hastalık hakkında görüşler boyutu süre (akut/kronik) alt boyut ortalaması 17.44 ± 5.37 , süre (döngüsel) alt boyut ortalaması 9.71 ± 2.89 , sonuçlar alt boyut ortalaması 19.98 ± 5.08 , kişisel kontrol alt boyut ortalaması 19.47 ± 4.42 , tedavi kontrolü alt boyut ortalaması 18.24 ± 4.29 , hastalığı anlayabilme-tutarlılık alt boyut ortalaması 10.52 ± 3.01 , duygusal temsiller alt boyut ortalaması 19.44 ± 5.91 idi. Hastalık nedenleri boyutu kişisel atıflar alt

boyut ortalaması 18.47 ± 6.09 , dış atıflar alt boyut ortalaması 9.00 ± 3.23 , yaşam şekli atıfları alt boyut ortalaması 6.54 ± 2.90 , kontrol edilemeyen bedensel faktörler alt boyut ortalaması 7.52 ± 2.53 , şans faktörü alt boyut ortalaması 2.79 ± 1.37 bulundu. Katılımcılar kendilerine yöneltilen 14 genel hastalık belirtisinin yaklaşık 6'sını hastalıklarıyla ilişkilendirdi. Kansere hastaları hastalıklarının daha kısa süreceğini, daha az tekrarlayacağını ancak daha kötü sonuçlar doğuracağını düşünmekteydi. Hastalığı üzerinde tedavisinin ve kişisel çabalarının etkisinin olacağına inanmakta ancak hastalığını anlamakta zorlanmakta ve hastalığı ile ilgili endişelenmekteydi. Hastalığının nedeni olarak daha çok kendilerini ve kötü kaderlerini görmekteydi. Algılanan sosyal destek ve yaşam doyumu ile hastalık algısı arasında pozitif korelasyon saptandı. Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hastalık algısı ölçeği hastalık belirtileri boyutu, süre (akut/kronik), süre (döngüsel), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme-tutarlılık, duygusal temsiller ve şans faktörü alt boyut ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

SONUÇ. Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça hastalık algısı iyileşmektedir. Hastalık algısının hastalıkla baş etme stratejisi belirleme, tıbbi tedaviye uyum ve tedavi etkilerini değerlendirme yetisi ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Sağlıkla ilgili her süreçte kritik önemi olan sağlık okuryazarlığı desteklenerek bireylerin hastalık algısı arttırılabilir. Böylelikle bireylerin sağlıklı yaşam davranışları geliştirmesi, taramalara katılması, tedaviye uyumunun artması ve psikolojilerinin hastalık sürecinden en az düzeyde etkilenmesi sağlanabilir. Tüm bu kazanımlar kanser hastaları için büyük öneme sahip olacaktır.

Anahtar Kelimeler: hastalık algısı; sağlık okuryazarlığı; kanser

Abstract

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND ILLNESS PERCEPTION IN CANCER PATIENTS

OBJECTIVE. In this study, it was aimed to determine the illness perception levels of cancer patients and to reveal the changes in illness perception with health literacy levels.

METHODS. The universe of this cross-sectional descriptive study was determined by Istanbul Medeniyet University Prof. Dr. Süleyman Yalçın City Hospital oncology clinic consists of patients who applied to the outpatient chemotherapy unit and received 1st series chemotherapy treatment. Between 1.1.2021-31.3.2021, 742 out of 1012 applications made to the oncology clinic outpatient chemotherapy unit were single applications. 690 patients received first-line chemotherapy. Sample selection was not made in our study, and 621 (90%) patients who agreed to participate were included in the study. As a data collection tool, a questionnaire prepared by the researcher in which the sociodemographic and disease-related characteristics of the participants were questioned, the Turkish Health Literacy Scale, the illness Perception Questionnaire in cancer patients, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support and the Life Satisfaction Scale were used. The level of health literacy was determined. The relationship between health literacy and illness perception was evaluated.

RESULTS. 27.7% (n=172) of the participants had inadequate, 36.1% (n=224) problematic/limited, 27.9% (n=173) adequate, 8.4% (n=52) excellent health literacy. There was a statistically significant relationship between education levels, income perception and health perception groups and health literacy. Illness perception questionnaire illness identity dimension mean was 6.28 ± 3.37 . Opinions about the illness dimension timeline (acute/chronic) sub-dimension mean 17.44 ± 5.37 , timeline (cyclical) sub-dimension mean 9.71 ± 2.89 , consequences sub-dimension mean 19.98 ± 5.08 , personal control sub-dimension 19.47 ± 4.42 , treatment control sub-dimension mean the illness coherence sub-dimension was 18.24 ± 4.29 , and emotional

representations-concern sub-dimension was 19.44 ± 5.91 . Illness causes imension, personal attributions sub-dimension mean 18.47 ± 6.09 , external attributions sub-dimension mean 9.00 ± 3.23 , lifestyle attributions sub-dimension mean 6.54 ± 2.90 , uncontrollable bodily factors sub-dimension 7.52 ± 2.53 , chance factor 2.79 ± 1.37 was found. Participants associated about 6 of the 14 general illness symptoms addressed to them with their illness. Cancer patients thought that their disease would last shorter, would recur less often, but would have worse outcomes. Patients believed that their treatment and personal efforts would have an effect on their own illness, but patients had difficulty in understanding own illness and was worried about own illness. Patients mostly saw themselves and their bad fate as the cause of their own illness. A positive correlation was found between perceived social support and life satisfaction and the perception of illness. The difference between health literacy level and illness perception questionnaire illness identity dimension, timeline (acute/chronic), timeline (cyclical), consequences, personal control, treatment control, illness coherence, emotional representations-concern and chance factor sub-dimensions were statistically significant.

CONCLUSION. As the level of health literacy increases, the perception of illness improves. It is known that the perception of illness is related to the ability to determine a coping strategy, to comply with medical treatment, and to evaluate the effects of treatment. Individuals perception of illness can be increased by supporting health literacy, which is critical in every health-related process. In this way, it can be ensured that individuals develop healthy lifestyle behaviors, participate in screenings, increase their compliance with treatment and their psychology is affected by the disease process at a minimum level. All these gains will be of great importance for cancer patients.

Keywords: illness perception; health literacy; cancer

İçindekiler

Tablo Listesi	xii
Şekil Listesi	xiii
Kısaltmalar	xiv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 KANSER	3
2.1.1 Kanser Tanımı ve Tarihçesi	3
2.1.2 Kanser Epidemiyolojisi	3
2.1.3 Kanser Kontrolü	3
2.1.3.1 Birincil Korunma-Önleme	4
2.1.3.2 İkincil Korunma-Erken Tanı ve Tarama	5
2.1.3.3 Üçüncül Korunma-Kanser Yönetimi-Uygun Tedavi, Palyasyon, Rehabilitasyon	6
2.2 SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	6
2.2.1 Sağlık Okuryazarlığı Tanım ve Tarihçe	6
2.2.2 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Ölçümü ve Değerlendirilmesi	7
2.2.3 Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	8
2.2.4 Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	8
2.2.5 Kanser ve Sağlık Okuryazarlığı.....	9
2.2.6 Sağlık Okuryazarlığı ile İlgili Yapılan Çalışmalar	11
2.3 HASTALIK ALGISI	12
2.3.1 Hastalık Algısı Tanımı	12
2.3.2 Bilişsel Model- Hastalık Temsili Modeli	13
2.3.3 Kanser Hastalarında Hastalık Algısı	14
2.3.4 Hastalık Algısı ile İlgili Yapılan Çalışmalar	15
2.4 ALGILANAN SOSYAL DESTEK	16
2.4.1 Sosyal Destek Tanımı.....	16
2.4.2 Sosyal Ağ	17
2.4.3 Algılanan Sosyal Destek Tanımı	17
2.4.4 Kanser ve Algılanan Sosyal Destek.....	17
2.4.5 Algılanan Sosyal Destek ile İlgili Yapılan Çalışmalar	18
2.5 YAŞAM DOYUMU.....	18
2.5.1 Yaşam Doyumu Tanımı.....	18
2.5.2 Yaşam Doyumunu Etkileyen Faktörler	19
2.5.3 Yaşam Doyumu ve Kanser	20
2.5.4 Yaşam Doyumu ile İlgili Yapılan Çalışmalar	20

2, GEREÇ ve YÖNTEM	21
3.1 ARAŞTIRMA TASARIMI	21
3.1.1 Araştırmanın Tipi.....	21
3.1.2 Araştırmanın Yeri.....	21
3.1.3 Araştırmanın Evreni ve Örnek Büyüklüğü.....	21
3.1.4 Dahil Edilme ve Dahil Edilmeme Kriterleri	22
3.1.5 Veri Toplama Araçları.....	22
3.1.5.1. Anket Formu	22
3.1.5.2 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32): ...	23
3.1.5.3 Kansere Hastalarında Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ):.....	24
3.1.5.4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ):.....	26
3.1.5.5 Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ).....	27
3.1.6 Değişkenler	27
3.2 TANIMLAMA	28
3.3 UYGULAMA VE DEĞERLENDİRME	28
3.3.1 Veri Toplama Uygulama	28
3.3.2 Verilerin Çözümlemesi Ve Değerlendirilmesi	29
3.4 BÜTÇE	30
4. BULGULAR	31
4.1 TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	31
4.1.1 Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı.....	31
4.1.2 Hastalıkla İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	32
4.2 SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	33
4.2.1 Sosyodemografik Özellikler ve Sağlık Okuryazarlığı	34
4.2.1.1 Eğitim Düzeyi ve Sağlık Okur Yazarlığı	34
4.2.1.2 Gelir Getirici İşte Çalışma Durumu ve Sağlık Okuryazarlığı	34
4.2.1.3 Gelir Durumu Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı	35
4.2.1.4 Sağlık Durumu Algısı ve Hastalık Algısı	35
4.2.2 Hastalıkla İlgili Özellikler ve Sağlık Okuryazarlığı	37
4.2.2.1 Ameliyat Öyküsü ve Sağlık Okuryazarlığı	37
4.3 HASTALIK ALGISI	38
4.3.1 Sosyodemografik Özellikler ve Hastalık Algısı	39
4.3.1.1 Cinsiyet ve Hastalık Algısı.....	39
4.3.1.2 Yaş ve Hastalık Algısı.....	40
4.3.1.3 Medeni Durum Hastalık Algısı	41
4.3.1.4 Birlikte Yaşanılan Kişi ve Hastalık Algısı.....	41
4.3.1.5 Eğitim Düzeyi ve Hastalık Algısı.....	41
4.3.1.6 Gelir Getirici Bir İşte Çalışma Durumu ve Hastalık Algısı	43
4.3.1.7 Sağlık Güvencesi ve Hastalık Algısı.....	45
4.3.1.8 Gelir Durumu Algısı ve Hastalık Algısı	45
4.3.1.9 Ailede Kanser Öyküsü ve Hastalık Algısı.....	47

4.3.1.10	Sağlık Durumu Algısı ve Hastalık Algısı	48
4.3.2	Hastalıkla İlgili Özellikler ve Hastalık Algısı	51
4.3.2.1	Kanser Evresi ve Hastalık Algısı	51
4.3.2.2	İlk Şikayetten Başvuruya Kadar Geçen Süre	52
4.3.2.3	Kronik Hastalık ve Hastalık Algısı	52
4.3.2.4	Ameliyat Öyküsü ve Hastalık Algısı	53
4.3.2.5	Yan Etki Yaşama ve Hastalık Algısı	53
4.3.3	Algılanan Sosyal Destek ve Hastalık Algısı	53
4.3.3.1	Aileden Algılanan Sosyal Destek ve Hastalık Algısı	54
4.3.3.2	Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Hastalık Algısı	54
4.3.3.3	Özel Birinden Algılanan Destek ve Hastalık Algısı	54
4.3.4	Yaşam Doyumu ve Hastalık Algısı	54
4.4	SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE HASTALIK ALGISI	56
5.	TARTIŞMA ve SONUÇ	60
5.1	TARTIŞMA	60
5.1.1	Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler	60
5.1.2	Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörler	65
5.1.3	Sağlık Okuryazarlığı ve Hastalık Algısı İlişkisi	78
5.2	ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI VE SINIRLILIKLARI	80
5.3	SONUÇ	81
Kaynaklar		83
Ek A. Etik Kurul Onay Formu		95
EK B. Kanser Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı ve Hastalık Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi Veri Formu		97
EK C. TSOY-32		99
EK D. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)		101
EK E. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği		104
EK F. Yaşam Doyumu Ölçeği		106
EK G. Ek Şekil ve Tablolar		107

Tablo Listesi

2.1:	Kanser tarama programları için mevcut DSÖ ve IARC önerileri.....	5
2.2:	Türkiye’de uygulanan kanser tarama programları	5
4.1:	Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.	32
4.2:	Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili özelliklerine göre dağılımı.	33
4.3:	Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlık düzeylerinin dağılımı.	36
4.4:	Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili özelliklerine göre sağlık okuryazarlık düzeylerinin dağılımı.	38
4.5:	Cinsiyet ve hastalık algısı ilişkisi	39
4.6:	Yaş ve hastalık algısı ilişkisi	40
4.7:	Eğitim düzeyi ve hastalık algısı ilişkisi	42
4.8:	Çalışma durumu ve hastalık algısı ilişkisi.....	44
4.9:	Sağlık güvencesi ve hastalık algısı ilişkisi	45
4.10:	Gelir durumu algısı ve hastalık algısı ilişkisi.....	46
4.11:	Ailede kanser ve hastalık algısı ilişkisi	48
4.12:	Sağlık durumu algısı ve hastalık algısı ilişkisi.....	50
4.13:	Kanser evresi ve hastalık algısı ilişkisi	52
4.14:	Yan etki yaşama ve hastalık algısı ilişkisi	53
4.15:	Çok boyutlu algılanan sosyal destek ve yaşam doyumu ile hastalık algısı ilişkisi.....	55
4.16:	Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre hastalık algısı puanlar.....	57

Şekil Listesi

2.1.	Ulusal kanser kontrol programı	4
4.1:	Cinsiyet ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi	40
4.2:	Yaş ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi.....	41
4.3:	Yaş ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi.....	42
4.4:	Cinsiyete göre yaş ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi	43
4.5:	Cinsiyete göre gelir getirici işte çalışma ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi	44
4.6:	Gelir durumu algısı ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi	46
4.7:	Cinsiyete göre gelir algısı ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi	47
4.8:	Sağlık algısı ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi	50
4.9:	Cinsiyete göre sağlık durumu algısı ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi	51
4.10:	Cinsiyete göre bazı ÇBASDÖ boyutları ile HAÖ alt boyutları arasındaki korelasyon grafikleri.....	56
4.11:	Sağlık okuryazarlığı ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi	58
4.12:	Cinsiyete göre sağlık durumu algısı ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi	59

DSÖ.....	Dünya Sağlık Örgütü
GLOBOCAN	Global Cancer Observatory
HAÖ.....	Hastalık Algısı Ölçeği
HAÖ-B	Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Belirtileri Boyutu
HAÖ-G	Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşler- Algı Boyutu
HAÖ-N	Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Nedenleri Boyutu
IARC	The International Agency for Research on Cancer
SOY	Sağlık Okuryazarlığı
TSOY-32	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
YDÖ	Yaşam Doyumu Ölçeği

GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Hastalık ise bireyin sağlıklı olduğuna inanması olarak tanımlanmış ve bu tanımda, kişinin hastalığı algılamasının etkisi vurgulanmıştır (1, 2). Hastalar geçmişteki kişisel deneyimleri, hastalık hakkındaki bilgileri, maddi-manevi değerleri, inanç ve gereksinimleri ışığında karşılaştıkları hastalıklarını açıklamaya çalışırlar. Hastalık algısı da, hastalık durumunun bilişsel olarak görünümüdür (3).

Kanser; çoğunlukla belirsizlikler içeren bir süreç ve acılı bir ölümü çağırır. Bireyde suçluluk, terk edilme korkusu, kaos, panik ve kaygı yaratan bir hastalık olarak algılanır. Bu nedenle kanserin fiziksel hastalıklar içerisinde yeri ayrıdır ve hastalık algısı özellikle kanser hastaları için çok önemlidir (4).

DSÖ, sağlık okuryazarlığını; ‘bireylerin iyilik halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşılması; bilgiyi anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi’ olarak tanımlamaktadır. SOY, insanların sağlık bilgilerine erişimini ve bu bilgileri etkin bir şekilde kullanma kapasitelerini geliştirmesi nedeni ile kritik öneme sahiptir (5).

Kanser gibi kronik hastalığı olan bireylerde, sosyal destek özellikle çok önemlidir. Çünkü bireyin sıkıntıları devamlı olarak artmakta, sağlığı ve yaşam kalitesi giderek bozulmakta ve hastalıkla ilgili kaygı yaratıcı durumlar çoğalmaktadır (6). Kanser; fiziksel bir hastalık olmakla beraber, psikososyal sorunların da sıklıkla gözlenmektedir. Kanser hastaları, tanı anından itibaren araştırma, sonuçların beklenmesi, tedavi aşaması ve iyileşme dahil olmak üzere farklı sıkıntı ve adaptasyon süreçleri yaşar.

Burada çevresinden algıladığı sosyal destek birey için büyük fark yaratmaktadır (7).

Yaşam doyumu; bir insanın beklentileriyle, elinde olanların karşılaştırılmasıyla elde edilen durum ya da sonuç olarak tanımlanmaktadır (8). İnsanların yaşamları boyunca mutlu olabilmeleri, haz alabilmeleri ve yaşamlarının bir anlam kazanabilmesi için yaşam doyumuna sahip olmaları gerekmektedir (9). Özellikle kanser gibi çoğu zaman kötü son-ölümle ilişkilendirilen bir hastalığa sahip olanlarda bu durum daha çok önem kazanmaktadır (10).

SOY düzeyi, bireyin algıladığı sosyal destek ve yaşam doyumundan etkilenmektedir. Bu nedenle SOY ile hastalık algısının nedensel ilişkisinin değerlendirilmesi önceliklidir.

Bu çalışmada İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Onkoloji Kliniği'ne başvuran 1. Seri kemoterapi alan kanser hastalarının hastalık algısı düzeylerinin belirlenmesi ve SOY düzeyleri ile hastalık algısındaki değişimin ortaya konması amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1 KANSER

2.1.1 Kanser Tanımı ve Tarihçesi

Hücreler vücudumuzun en küçük yapı taşlarıdır. Sağlıklı vücut hücreleri bölünebilme yeteneğine sahip olmakla beraber her hücrenin hayatı boyunca belli bir bölünebilme sayısı vardır (11). Kanser; hücrelerin genetik özellikler, yaşam biçimleri ve çevresel faktörlerden kaynaklı kontrolsüz olarak ve sürekli bölünerek çoğalmaları sonucu oluşan ve tedavi edilmez ise yakındaki ve uzaktaki organlara yayılabilen, klinik görünümü, yaklaşımı ve tedavisi birbirinden farklı olan bir hastalıklar grubudur (12).

2.1.2 Kanser Epidemiyolojisi

Kanserler neden olduğu ölümler ve sakatlıklarla, önde gelen halk sağlığı sorunlarından biridir. Küresel kanser yükü dünyanın tüm ülkelerinde önemli oranda artmaktadır. Dünyada ve ülkemizde kalp-damar hastalıklarından sonra kanser, mortalite oranı yüksek olan hastalıklar arasında 2. sırada yer almaktadır (13).

2.1.3 Kanser Kontrolü

Kanser kontrol müdahaleleri, birincil koruma (önleme), ikincil koruma (tarama ve erken tanı) ve üçüncül korumayı (kanser yönetimi-tedavi-palyatif bakım) içerir. Her alanda yaygın olarak uygulanan etkili müdahaleler, kanser yükünü azaltabilmektedir. Etkili önlemlerin tamamına yaygın erişime sahip ülkelerde kanser ölüm oranları düşmüştür ve düşmeye devam etmektedir (14).

Bir dizi öncelikli müdahaleye odaklanarak ve verimli yatırımlar yaparak, 2030 yılına kadar 7 milyondan fazla hayat kurtarılabilir. Bu da büyük sosyal ve ekonomik faydalar sağlayabilir (14).

Türkiye kanser kontrol programı (TKKP);

Kanser, son yıllarda, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de en önemli toplumsal sağlık problemlerinden biridir. Sık rastlanmakta ve görülme sıklığı zaman içinde hızla artmakta olan bu hastalığın tam ve etkin kontrolü ancak dinamik, çok yönlü, bilimsel, multidisipliner ve maliyet etkin programlar ile mümkün olabilmektedir (14).

DSÖ, Sağlık Bakanlığı ile birlikte, DSÖ’nün mevcut kaynaklarını en iyi şekilde kullanımını sağlayarak kanserden koruma- erken tespit- teşhis- tedavi ve palyasyonuna yönelik kanıta dayalı stratejileri uygulanması yolu ile kanser vakalarını- kanserden ölümleri azaltmak ve kanser hastalarının yaşam kalitesini artırmak için Ulusal Kanser Kontrol Programı (UKKP) (Şekil 2.1) oluşturmasını finanse etmiştir. Bu programın ilk fazı 2008-2013, 2. fazı ise 2013-2018 yılları arasında yürütülmüştür (14).



Şekil 2.1. Ulusal kanser kontrol programı (14)

2.1.3.1 Birincil Korunma-Önleme

Küresel olarak tüm kanserlerin yaklaşık 1/3-1/2si mevcut bilgi ve teknoloji ile önlenabilir (15).

2.1.3.2 İkincil Korunma-Erken Tanı ve Tarama

Kanserin ikincil korunmasına yönelik iki farklı yaklaşım mevcuttur. Bunlar semptomatik bireyler için erken tanı ve asemptomatik bireyler için taramadır. Her uygulama önemli ölçüde farklı maliyetlere, etkilere sahiptir. Erken teşhis kanserde en etkili halk sağlığı önlemlerinden biridir (15).

DSÖ ve IARC önerileri Tablo 2.1.'de, ülkemizde uygulanan tarama programları Tablo 2.2.'de verilmiştir.

Tablo 2.1: Kanser tarama programları için mevcut DSÖ ve IARC önerileri (15)

Kanser	Tarama Testi	Hedef Popülasyon	Sağlık Sistemlerine Göre Öneriler
Servikal	-HPV testi -*VIA -Pap smear	Optimal yaş: 30-49 Sıklık: Kullanılan teste bağlı olarak her 3-5 yılda 1	Tüm sağlık sistemleri için önerilir Kaynakların izin verdiği yerlerde, VIA ile tarama yerine HPV testi ve tedavi önerilir.
Meme	-Mamografi +Tarama testi olarak klinik meme muayenesini desteklemek için yeterli veri yok	Optimal yaş: 50-69 Sıklık: Her 2 yılda 1	Yeterli kaynak var ise: 50-69 yaş için tarama önerilir; 40-49 ve 70-75 yaş da kabul edilebilir (şartlı öneri) Sınırlı kaynak var ise: güçlü sağlık sistemlerinde 50-69 yaşlarında tarama şartlı önerilir, zayıf sağlık sistemlerinde ise tarama önerilmez.
Kolorektal	-Gaita testleri (GGK,*FIT) -Endoskopi (sigmoidoskopi, kolonoskopi)	Optimal yaş: 50-70 Sıklık: dışkı testleri, teste bağlı olarak, her 1-2 yılda 1; endoskopik teknikler hayatta en az 1 kez	Sağlık sistemi değerlendirmesi yok

*VIA: visual inspection with acetic acid, *FIT: fekal immünokimyasal test

Tablo 2.2: Türkiye'de uygulanan kanser tarama programları (16)

Kanser	Serviks Kanseri	Meme Kanseri	Kolorektal Kanser
ÖNERİLEN TARAMA		20 yaş üzeri: -Ayda 1 kendi kendine meme muayenesi -2 yılda 1 sağlık kuruluşunda meme muayenesi	
	30-65 yaş arası: -5 yılda 1 HPV-DNA testi ve smear	40-69 yaş arası: -Ayda 1 kendi kendine meme muayenesi -Yılda 1 sağlık kuruluşunda meme muayenesi -2 yılda 1 mamografi	50-70 yaş arası: -2 yılda 1 gaytada gizli kan testi -10 yılda 1 kolonoskopi

2.1.3.3 Üçüncül Korunma-Kanser Yönetimi-Uygun Tedavi, Palyasyon, Rehabilitasyon

Tedavi seçenekleri; ameliyat, kanser ilaçları ve/veya radyoterapiyi içerir. Tedaviler tek başına veya kombinasyon halinde uygulanabilir. Kanser uzmanlarından oluşan multidisipliner bir ekip, tümör tipi, kanser evresi, klinik ve diğer faktörlere göre mümkün olan en iyi tedavi planını önerir. Tedavi seçimlerinde bilgilendirme yapılmalı ve hastaların tercihleri de dikkate alınmalıdır (13).

Hastaların ve yakınlarının yaşam kalitesini iyileştirmeye odaklanan palyatif bakım, kanser bakımının önemli bir bileşenidir. Palyatif bakım her yerde bir öncelik olmalı ve her düzeyde sağlık hizmetine entegre edilmelidir (13).

2.2 SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.2.1 Sağlık Okuryazarlığı Tanım ve Tarihçe

Dünya sağlık örgütü, sağlık okuryazarlığını; 'bireylerin iyilik halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşılması; bilgiyi anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi' olarak tanımlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı, kişisel yaşam tarzlarını ve yaşam koşullarını değiştirerek, kişisel ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla harekete geçmek için belirli bir düzeyde bilgi, kişisel beceri ve güvene ulaşılmasını ifade eder. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı, broşür okuyabilmekten ve randevu alabilmekten daha fazlasıdır. Sağlık okuryazarlığı, insanların sağlık bilgilerine erişimini ve bu bilgileri etkin bir şekilde kullanma kapasitelerini geliştirmesi nedeni ile kritik öneme sahiptir (5).

Terim ilk olarak 1974 yılında sağlık eğitimi ile ilgili bir eğitim panelinde tanıtılmış ve ilk kez yine aynı yıl S.K. Simonds tarafından 'Health Education As Social Policy' isimli kitapta kullanılmıştır. 1990 lı yıllarda sağlık okuryazarlığı kavramı insan sağlığı üzerine etkisinin büyük olacağı düşüncesi ile yeniden tanımlanmaya ve tartışılmaya başlanmış, sağlık alanının gündem maddeleri arasında yer almaya başlamıştır. 2000li yıllarda konuya ilişkin duyulan ilginin artmaya başlaması ile araştırma ve uygulamalar uluslararası kuruluşların da gündemine alınmıştır (17).

1986 yılında Ottawa şehrinde toplanan Birinci Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı, sağlığın geliştirilmesi alanındaki köşe taşlarının ilkinde karşılık gelmektedir. Sonrasında küresel düzeyde sağlığın geliştirilmesi konferansları belirli aralıklarla yapılmaya devam etmiş; 9.su ve sonuncusu 2016'da Ottawa Deklarasyonu'nun 30.yılında Şangay'da gerçekleştirilmiştir. Bu konferansta 'iyi yönetim', 'sağlıklı şehirler', 'sağlık okuryazarlığı' olmak üzere 3 ana tema üzerinde durulmuştur (18).

Diğer yandan ülkemizde sağlık okuryazarlığı ile ilgili ögeler sağlık alanında öteden beri var olagelmıştır. 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Yasası'nda Sağlık Bakanlığı'nın görevleri arasında 'sari (bulaşıcı) ve salgın hastalıklardan korunma, çocuk büyüme ve sıhhi şartlar dairesinde yaşama gibi sıhhi meseleler hakkında halkı tenvir (aydınlatma) için kitap, levha, risale (kitapçık) neşreder (yayımlar), sıhhi propaganda müessesatı (kurumları) yapar ve konferanslar verir ve her nevi sinema filmleri gösterir' ibaresi yer almaktadır (19). Bu madde sağlık okuryazarlığının temelini oluşturan konulardan biri olan sağlık eğitimine işaret etmektedir. Günümüze gelinceye kadar sağlık bakanlığının bu kapsamda pek çok çalışması olmuştur. Zaman içerisinde bir yandan sağlık alanında ülkenin hastalık yükünde bulaşıcı hastalıklardan bulaşıcı olmayan hastalıklara doğru bir değişim olurken; diğer yanda iletişim alanında kullanılan yöntemler teknolojik gelişmelere bağlı olarak giderek gelişmiş ve çeşitlenmiştir. 'İletişimin' çağa adını veren bir olgu haline geldiği günümüzde ise, bu çalışmalar kamu spotlarından sosyal medya etkinliklerine varana değin geniş bir araç yelpazesi ile sürdürülmektedir (18).

2.2.2 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Ölçümü ve Değerlendirilmesi

Toplumlarda sağlık okuryazarlığını değerlendirmenin en uygun yolu hakkında bir görüş birliği bulunmamaktadır. Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için mevcut testler daha çok temel okuryazarlık düzeylerini tespit etmektedir. Bu testlerle kişinin okuduğunu anlayabilmesi, aritmetik becerisi, kelime tanıma ve telaffuz gibi becerileri değerlendirilir. Sık kullanılan testler REALM, REALM-R, TOFHLA, TOFHLA-S, WRAT, NVS, HALS, eHALS şeklinde sıralanabilir (18).

Sağlık okuryazarlığı ölçümünde referans alınacak kavramsal çerçevenin, sağlık okuryazarlığının tanımı gereği, toplumsal özellikler ve sağlık hizmet sunumunun yapısı ile uyumlu olması önemlidir. Ülkemizde de HLS-EU Çalışması Kavramsal Çerçevesi (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) temel alınarak 32 soruluk yeni bir sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) geliştirilmiştir (20).

Ölçekten alınan puanlara göre sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz, sorunlu-sınırlı, yeterli ve mükemmel olarak kategorize edilmektedir (20).

2.2.3 Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence sahibi olma durumu, sağlık bilgisi düzeyi yer almaktadır. Bütün bu bireysel bilgi ve becerilerin yanında geçmiş deneyimler ile birlikte demografik, kültürel ve çevresel faktörler de sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Yaşlılar, düşük gelir grupları, düşük eğitim grupları, göçmenler, azınlık grupları yetersiz sağlık okuryazarlığı için başlıca risk grupları arasında yer almaktadır (21).

Sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik etkinlikler daha çok iletişim faaliyetlerinin iyileştirilmesi ya da eğitim programlarının geliştirilmesine yönelik olmaktadır; son 10 yılda ise kişilerin sağlık düzeylerine katkı sağlayacak davranış değişiklikleri meydana getirmeye daha çok odaklanılmaktadır (22).

2.2.4 Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı, halk sağlığının farklı yönlerinin başarılı bir şekilde iyileştirilmesi için en kritik belirleyici faktörlerden biri olarak kabul edilir. DSÖ, tüm ülkelerin, sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesine yönelik stratejik faaliyetleri izlemek ve koordine etmek için farklı alanlarda paydaşlardan oluşan bir birlik kurmasını önermektedir (23).

Karmaşık sağlık sistemleriyle uğraşmak, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olanlar için bile kolay değildir; ancak, sağlık okuryazarlığı düşük olduğunda kişi çok daha fazla zorlukla başa çıkmak zorundadır. Sağlık okuryazarlığı hem kişilerin sağlık davranışları hem de mevcut sağlık durumları için belirleyici bir faktördür. Sağlık okuryazarlığı; kanser, diyabet, HIV ve astım

dahil olmak üzere kronik hastalıklarda başarılı kendi kendine yönetimin önemli bir prediktörüdür. Yetersiz sağlık okuryazarlığı, sürece hasta katılımının azalması nedeni ile, daha kötü kendi kendine yönetime ve nihayetinde kötü sağlık sonuçlarına neden olur. Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireyler aşı olma ve kanser tarama testlerini yaptırma gibi koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmaktadır. Ayrıca, daha fazla acil servis ziyareti, daha fazla ilaç kullanımı ve hastane yatışlarında artış gibi önlenemez sağlık kaynakları kullanımıyla da ilişkilidir. Bu durum, birey üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra toplum üzerinde ekonomik bir yük oluşturmaktadır. Sağlık yöneticileri ve politika yapımcılar açısından da maliyetleri ve sağlık hizmeti kullanımını artırdığından dolayı, sağlık hizmetlerinin yeniden organize edilebilmesi ve yapılandırılmasında büyük önem taşımaktadır (18, 24, 25).

Düşük sağlık okuryazarlığının psikolojik maliyetleri de vardır. Sağlık okuryazarlığı becerileri kısıtlı olan erişkinler beceri düzeyleri hakkında utanç hissettiklerini bildirmiştir. Bu kişiler okuma veya kelime dağarcığı ile ilgili olarak yaşadıkları zorlukları gizleyebilir. Bunun sonucu olarak kısıtlı sağlık okuryazarlığı sağlık hizmet sunucuları ve sağlık çalışanları için görünmez olabilmektedir (25).

Toplumlarda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, vatandaşların kendi sağlıklarını iyileştirmede aktif bir rol oynamalarına, sağlık için topluluk eylemlerine başarılı bir şekilde katılmalarına ve hükümetleri sağlık ve sağlıkta hakkaniyete yönelik sorumluluklarını yerine getirmeye zorlamalarına olanak sağlayan temeli sağlar. En dezavantajlı ve marjinal toplumların sağlık okuryazarlığı ihtiyaçlarının karşılanması, özellikle sağlık ve ötesindeki eşitsizliklerin azaltılmasındaki ilerlemeyi hızlandıracaktır. Sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik çabalar, 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündeminin sosyal, ekonomik ve çevresel hedeflerinin tam olarak gerçekleşip gerçekleşmemesi açısından çok önemli olacaktır (5).

2.2.5 Kanser ve Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık hizmetleri sistemindeki artan talepler, hastaların sağlıklarında daha aktif roller üstlenmelerini gerektirmektedir. Etkili kendi kendine yönetim, daha iyi sağlık sonuçları ile ilişkilendirilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı kanser de dahil olmak üzere tüm kronik hastalıklarda başarılı kendi kendine yönetimin önemli bir prediktörüdür. Sağlık risklerini önlemeyi veya azaltmayı, sağlığı ve yaşam kalitesini optimumda tutmayı amaçlayan özyönetim davranışlarını içerir. Kanser bakımı bağlamında kendi kendine yönetimi; birey kanser teşhisi ve tedavisini takiben semptomları, tedavinin yan etkilerini, fiziksel değişiklikleri, psikososyal sonuçları ve yaşam tarzı değişikliklerini yönetmek için sağlık ekibiyle işbirliği içinde yürütür. Sağlık okuryazarlığı ile kanserin kendi kendine yönetim faaliyetleri ve davranışları arasındaki ilişkiyi anlamak önemlidir, çünkü kanser bakım sistemi kullanıcılarının çoğu, yani 65 yaş ve üstü olanlar, aynı zamanda yetersiz sağlık okuryazarlığı için en fazla risk altındadır. Bu nedenle, kanser bakım sistemi, bunu en az yapabilen hastaların kendi kendini yönetmesini gerektirebilir ve bu, hastalar için kötü sonuçlara ve sağlık sistemi için önemli maliyetlere neden olabilir (26).

Kanser bugün dünyadaki en önemli sağlık sorunlarından biridir ve Türkiye de durum farklı değildir. Düşük sağlık okuryazarlığı, bireyde sağlıklı yaşam davranışları, gerekli taramaların zamanında yaptırılması, erken tanı ve tedavi uyumunun önünde büyük bir engeldir. Sağlıksız bir yaşam süren ve taramalarını yaptırmayanlarda erken tanı şansı kaybedilmekte ve kanser çoğu zaman daha ileri evrede tanı alabilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düşük olanların; sağlık, uygun ilaç alımı, ilaç süresi ve yöntemi, reçeteler ve beslenme tablolarıyla ilgili bilgileri anlama yeteneğini de düşüktür. Yetersiz ilaç uyumu veya uyumsuzluk, başarılı kronik hastalık yönetimini zorlaştırmaktadır. Kötü ilaç uyumu ise kanser hastalarında hastaneye yatış, artmış ölüm oranı ve sağlık bakımı maliyetleri gibi kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir (27, 28).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık yönetiminin belirleyicisidir, ancak kanser sağlığı okuryazarlığı ile ilgili çalışma sayısı sınırlıdır. Teşhisin özelliklerine, uygulanan tedavilere ve hastaların yatkınlığına bağlı olarak karmaşık olan kanser yönetimi, hastalar ve aileleri için olumsuz fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik sonuçlar doğurur. Yaşam memnuniyetlerini ve kalitelerini düşürür. Hasta temelli bakımın bir sonucu olarak kabul edilen yaşam kalitesi, sadece hastalığın kendisinden değil, hastanın sağlık okuryazarlığı, öz yeterlik ve psikolojik faktörler gibi kişisel özelliklerinden de etkilenir. Bu

bilgilere dayanarak, sağlık okuryazarlığı ve öz-yeterlik, semptom yönetimine ve yaşam kalitesinde bir artışa yol açmaktadır (27).

2.2.6 Sağlık Okuryazarlığı ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Aralarında ABD ve Avrupa birliği ülkelerinin de olduğu gelişmiş ülkeler de dahil olmak üzere kısıtlı sağlık okuryazarlığı dünya geneli için bir halk sağlığı sorunu olarak kendini göstermektedir.

AMERİKA- ABD’de mevcut okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı nüfus verilerinin elde edildiği çalışmaya dahil edilen 19000den fazla erişkinin %12’si yeterli, %53’ü orta düzeyde, %22’si temel düzeyde, %14 temel düzeyin altında sağlık okuryazarlığı ortaya koymuştur. Sınırlı sağlık okuryazarlığı oranları, bazı dezavantajlı nüfus alt gruplarında daha yüksektir (yaşlı, azınlık, düşük eğitimli, yoksul vb.) (5, 12). Tıbbi Harcama Paneli Araştırmasından 22 599 örnek çıkarılan başka bir çalışmada, popülasyonun %77,6’sının orta, %20,9’unun temel, %1,5’inin temel seviyesinin altında sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ve hiçbirinin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olmadığı bulunmuştur (29).

AVRUPA- Avrupa sağlık okuryazarlığı projesi kapsamında Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırması ölçeği geliştirilmiş, bu ölçek 8 farklı ülkeyi içeren (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya, İspanya) bir araştırma için değerlendirme aracı olarak kullanılmıştır. Çalışmada %12.4 yetersiz, %35.2 sorunlu, %36.0 yeterli, %16.5 mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanlar değişik ülkelerde %2-27 arasında değişmektedir. Yetersiz ve sorunlu-sınırlı grup birlikte incelendiğinde en yüksek oranlar Bulgaristan ve Hollanda’da (sırasıyla %62 ve %29) saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı yeterli ya da mükemmel olanların oranı ise Hollanda ve İrlanda’da (sırasıyla %72 ve %60) en yüksek iken, Bulgaristan ve İspanya’da (sırasıyla %37 ve %42) en düşük bulunmuştur. Sınırlı sağlık okuryazarlığı, düşük mali ve sosyal statü, düşük eğitim veya ileri yaş gruplarında daha sıktır (30).

TÜRKİYE- Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması’na göre Türkiye’de sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlar ve sorunlu-sınırlı olanlar birlikte değerlendirildiğinde yaklaşık olarak 10 kişiden 7’sinin kısıtlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur. Özellikle kimi risk gruplarında

bu oranın neredeyse o gruptaki her 10 kişiden 9'unu içerecek şekilde daha da arttığı görülmüştür. Bu sonuçlar göz önüne alındığında düşük sağlık okuryazarlığı tüm dünyada olduğu gibi Türkiye için de büyük bir sorundur (18).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi hem çeşitli sosyoekonomik değişkenlerden hem de sağlığı ve sağlık hizmetlerini etkileyen çok sayıda değişkenden etkilenmektedir. Sağlık düzeyinin ve sağlık davranışlarının belirleyicisi olan bazı değişkenlerde kısa zamanda olumlu değişiklik sağlanması fiziksel kısıtlılıklar nedeniyle zor iken, sağlık okuryazarlığını geliştirecek araçlar bu noktada bir kaldıraç işlevi görebilirler. Tüm paydaşları olabildiğince içerecek müdahale programları aracılığıyla sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri için anahtar rolü oynayabilir (18).

Kanser hastalarında yapılan sağlık okuryazarlığı çalışmaları; hastaların farklı tedavi seçeneklerini anlamakta ve internetteki sağlık bilgilerinin güvenilirliğini değerlendirmekte güçlük çekmekte olduğu saptandı (31). Yetersiz SOY'un; kanser taramalarına daha az talep gösterilmesi, reçete edilen kemoterapiye daha az uyum, daha yüksek postoperatif komplikasyon olasılığı, daha fazla bilgi ihtiyacı ve daha az bilgi arama davranışları gibi kanser öz-yönetim davranışlarıyla daha az ilişkiliydi (26). Sağlık okuryazarlığı ile kanser arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çok az çalışma yapılmıştır.

2.3 HASTALIK ALGISI

2.3.1 Hastalık Algısı Tanımı

DSÖ sağlığı; “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Hastalık ise bireyin sağlıklı olduğuna inanması olarak tanımlanmış ve bu tanımda, kişinin hastalığı algılamasının etkisi vurgulanmıştır (1, 2). Hastalık kavramının objektif verilerinin yanı sıra subjektif boyutlarının da olması nedeniyle, benzer bir hastalıkla karşılaşan bireyler birbirinden farklı tepkiler gösterebilmektedir (4).

Bu farkın oluşmasında birçok faktör rol oynamaktadır. Hastalar geçmişteki kişisel deneyimleri, hastalık hakkındaki bilgileri, maddi-manevi değerleri, inanç ve gereksinimleri ışığında karşılaştıkları hastalıklarını açıklamaya

çalışırlar. Sadece hastaların değil sağlık vericilerinin de hastalık algıları geçmiş deneyimlerine göre farklılık gösterebilmektedir (3).

Bireyler karşılaştıkları yeni deneyimleri anlamlandırmak ve bundan sonraki davranışlarını planlamak için geçmiş deneyimlerini yansıtan çeşitli bilişsel modeller oluştururlar. Hastalar da, kısa veya uzun süreli olan hastalık belirtileri için benzer modeller geliştirirler. Hastalık algısı da, hastalık durumunun bilişsel olarak görünümüdür. Genellikle, bireyin hastalıkla ilgili kendi ya da yakınlarının deneyimlerine dayanan bir fikri vardır. Hastalıkla ilgili bu geçmiş tecrübeler mevcut hastalığa verilecek cevabı da etkiler (32, 33).

Birçok kişi için hastalık her açıdan kayıp olarak görülür. Beden parçalarının ve/veya işlevlerinin kaybı somut kayıp olarak değerlendirilirken, güvenlik kaybı, memnuniyetsizlik ve benlik saygısı kaybı sembolik kayıplar olarak değerlendirilir. Kayba verilen cesaret kaybı, üzüntü, umutsuzluk ve yetersizlik gibi duygusal tepkiler kaybedilen şeye karşı olumsuz düşüncelerden oluşan olan yas tepkisidir (33).

2.3.2 Bilişsel Model- Hastalık Temsili Modeli

Kronik hastalığı olan kişilerde hastalık algısının, hastalığın seyri, sonlanımı, tedaviye uyumu, yaşam kalitesi üzerinde etkileri ile ilgili yapılan çalışmalar, her hastanın kendi hastalık temsili modelini geliştirdiğini göstermiştir. Bu alanda en etkili modellerden biri Leventhal ve arkadaşları tarafından tanımlanan “hastalık temsili” modelidir. Bu temsiller genellikle hastalık hakkındaki düşünce ve algılardaki değişimlerle değişiklik gösterebilen dinamik modellerdir. Hastalık algısı modeli de hastalığı yorumlama, baş etme ve değerlendirme aşamalarını içeren döngüsel bir süreç olarak kabul edilmektedir. Bu model ile hastalığın muhtemel nedenleri ve semptomlarına yönelik inanışlar, hastalık süreçleri ve dönemleri, beklenen yaşam süresi, algılanan hastalık sonuçları, hastalığın kontrol ve tedavi edilebilirliği ile ilgili öznel inançları ortaya konmaktadır (34, 35).

Bu modele göre hastalık temsilleri farklı bölümlerden oluşmaktadır ve kişiler hastalıkla ilgili bilgiyi hastalığın kimliği, süresi, nedeni, olası ciddi sonuçları ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik durumu olmak üzere beş alanda değerlendirir. Hastalığın kimliği, süresi ve nedeni; hastalıkla ilgili olasılık

tahmini için kullanılır. Hastalığın olası sonuçları ve tedavi-kontrol edilebilirlik alanı ise hastalığın ciddiyeti ile ilgili tahmininde kullanılır (33).

2.3.3 Kanser Hastalarında Hastalık Algısı

Kanserin fiziksel hastalıklar içerisinde ayrı bir yeri vardır. Çoğunlukla belirsizlikler içeren bir süreç, ağır-acılı bir ölümü çağırıştır. Bireyde suçluluk, terk edilme korkusu, kaos, panik ve kaygı yaratan bir hastalık olarak algılanır. Öte yandan tedavi sürecinde ve sonrasında bireyin psikososyal dünyasında yalnızca iz bırakmayan, aynı zamanda anlamlı değişimler yaratan çok boyutlu bir yaşam deneyimidir. Bu nedenlerle hastalık algısı özellikle kanser hastaları için önemlidir (4).

Kanser hastasının bir birey olarak hastalığına dair algısı, yorum ve değerlendirmeleri, vereceği duygusal tepkiler ve davranışlarını belirleyen en önemli unsurlardandır. Hastalığa uyumunda hastalığın gözle görülen belirti ve bulgularından çok, hastanın bu değişiklikleri nasıl anlamlandırdığı önemlidir. Kronik hastalığa sahip olanlarla yapılan çalışmalarda, demografik ve sosyokültürel özelliklerin, hastalık öncesi sağlık algısının, psikiyatrik durumun, karşılaşılan stresli yaşamın, hastalığın süresinin ve ağırlığının, hastalığa yüklenen anlamın, hastalığa karşı tutumun, hastalıkla baş etme kapasitesinin, yeterli sosyal desteğin olup olmamasının, dayanıklılığın ve kontrol edebilme duygusunun uyumu etkilediği saptanmıştır (33).

Denetleyebilme veya kontrol altına alabilme, kişinin durumun sonucunu değiştirebilme becerisi olduğuna inanmasıdır. Bireyin bir hayat gayesinin olması, benlik saygısının yüksek olması, stresinin düşük olması kendi yaşamı üzerinde kontrol duygusunun yüksek olmasıyla ilişkilidir. Kanser gibi tehdit olarak algılanan bir hastalık ile karşılaşıldığında, belirsizlik ve çaresizlik duygusu yaşanmaya başlandığında kontrol edebilme duygusu daha da önem kazanır. İç kontrol duygusu yüksek olan bireyler, sağlıklarını etkileyen olası riskleri minimize etmede ve yaşamlarını yönetmede kendi sorumluluklarının da olduğuna inanır. Bu nedenle tedavi sürecine aktif olarak katılarak, etkin baş etme yollarını kullanmaya çalışır ve yaşamı tehdit eden hastalık ile daha başarılı baş edebilir (36).

Hastalık algısının baş etme stratejisi belirleme, tıbbi tedavi kullanımına uyum ve tedavi etkilerini değerlendirme yetisi ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişki üzerine yapılan araştırmalarda, iyi hastalık gidişinin yüksek içsel kontrol algısı ile ilişkisi gösterilmiştir (36).

Tüm bu sonuçlar kronik hastalık yaşayan bireylerin tedavilerinde maksimum başarıyı yakalayabilmek için bireylerin hastalığa atfettikleri anlamı öğrenmenin önemini ortaya koymaktadır (37). Genel olarak baş etme yöntemi olarak mücadeleci tutum sergileyen ve inkâr davranışı gösterenlerle, kaderci kabulleniş sergileyen ve çaresizlik tepkisi gösterenler kıyaslandığında hastalığın seyrinin ilk grupta daha iyi olduğunu bildirilmektedir (26).

Kişinin olayları algısı sadece psikolojik, fizyolojik ya da sosyal iyilik halini değil, yaşam kalitesini ve hatta fiziksel hastalığın seyrini de etkilemektedir. Hastalıkla ilgili sadece bireysel algılar değil kültürel yatkınlıklar da önem taşımaktadır. Tüm bunlar değerlendirildiğinde hem kanser gibi özellikli bir hasta grubunda yer alan hastalar hem de diğer kronik hastalıkları olan bireylerde psikolojik kaygıyı ve acıları azaltmak, tedaviye uyumu ve yaşam kalitesini arttırmak, duyguların ifade edilmesine destek yardımcı olarak hastalığın yarattığı çok yönlü krizle sağlıklı baş etmeye yardımcı olmak için hastaların kanseri nasıl algıladıkları ve bu algıyı etkileyen faktörlerin belirlenmesi önem taşımaktadır. Bireysel hastalık algısını ölçmek kişiye verilecek destekte önemli bir yol gösterici olacaktır (33, 37).

2.3.4 Hastalık Algısı ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Kronik hastalığa sahip olanlarla yapılan çalışmalarda, demografik ve sosyokültürel özelliklerin, hastalık öncesi sağlık algısının, psikiyatrik durumun, karşılaşılan stresli yaşamın, hastalığın süresinin ve ağırlığının, hastalığa yüklenen anlamın, hastalığa karşı tutumun, hastalıkla baş etme kapasitesinin, yeterli sosyal desteğin olup olmamasının, dayanıklılığın ve kontrol edebilme duygusunun uyumu etkilediği saptanmıştır (33). Hastalık algısının olumsuz olması bireylerin daha fazla belirtiyi hastalıkları ile ilişkilendirmesine, hastalıklarının daha uzun süreceğine, tekrarlayacağına, hayatlarını olumsuz etkileyecek kötü sonuçlar doğuracağına inanmasına ve bu konuda çok ciddi endişe duymasına neden olmaktadır. Aynı zamanda hastalıklarını kişisel-çevresel faktörlere, alışkanlıklarına, kontrollerinde olmayan bedensel faktörlere ve kötü kaderlerine bağlama sıklıkları da

artmaktadır. Hastalık algısının iyi-olumlu olan bireylerin ise tedavisi üzerinde pozitif yönde kişisel kontrolünün olabileceğine, tedaviden fayda görebileceğine dair inancı yüksek bulunmuş ve hastalıklarını daha iyi anlamlandırabildiği bulunmuştur. Olumlu hastalık algısı olanlarda iyileşme umudu daha çok olduğu için tedaviye uyum daha fazladır. Yanı sıra olumsuz hastalık algısı hastanın psikolojisini de olumsuz etkileyerek tedaviye uyumu ve fiziksel iyileşmeyi de azaltmaktadır (38-48). Literatüre bakıldığında kanser hastalarında yapılan çalışmalar daha az olmakla beraber benzer sonuçlar bulunmuştur (41, 44, 47, 48).

2.4 ALGILANAN SOSYAL DESTEK

2.4.1 Sosyal Destek Tanımı

Sosyal destek, genellikle stres altındaki ya da güç durumdaki bireye, çevresindeki insanlar (eş, aile, arkadaş gibi) tarafından sağlanan yardım (maddi, manevi) olarak kabul edilmektedir (49). Birey kendini yetersiz ya da tükenmiş hissettiğinde hayatındaki önemli kişilerden destek alır, bu destek fiziksel veya psikolojik yardım biçimindeki her türlü iletişimidir (50).

Sosyal desteğin sağlanıyor olması, bireyin sağlığını sürdürmesi için önemli olduğu kadar kanser gibi kronik hastalıkları olan bireylere başa çıkma ve uyum gibi konularda yaşamsal önem taşıyan katkı sağlar. Sosyal desteğin farklı türleri vardır. Duygusal destek; başkaları ile kurulan olumlu ilişkiler, sevgi-ilgi, şefkat, kabullenilme, yakınlık, duygularını açma ve değer verilme gibi kaynaklar sağlayarak, bireyin kendisini iyi hissetmesine, başedilmekte zorlanılan durumlarda cesaretlendirerek direnme gücünün artmasına yardımcı olmaktadır. Bilgi sağlayıcı destek; başkalarının, bireyin yaşamını kolaylaştırıcı nitelikte önerilerde bulunabilmesine, aynı durumu yaşayan diğer insanlardan süreçle başa çıkma tekniklerini öğrenerek hastalık sürecinde karşılaşacakları ile ilgili kontrol algısının artmasına yardımcı olmaktadır. Araçsal destek; hizmet verme, malzeme temin etme, parasal yardımda bulunma gibi gereksinim duyduğu pratik ve somut yardımları almasıdır. Eşlik etme ise; sosyal etkinliklere birlikte katılma, yanında olma desteğidir. Sosyal destek, bireylerin iyileşme süreçlerini hızlandırmakta, tıbbi

tedaviye uyumlarını sağlayarak yaşam kalitelerini arttırmakta ve yaşam sürelerini uzatabilmektedir (6, 51).

2.4.2 Sosyal Ağ

Sosyal destek kavramına niceliksel açıdan yaklaşanlar daha çok "Sosyal Ağ" (social network) terimini kullanmışlardır. Sosyal ağ, genellikle bireyin bir grup insanla olan bağını ve grup içi ilişkileri göstermek için kullanılan bir terimdir (52).

Sosyal ağ; bireyin yaşamında önemli, hâlihazırda etkileşimde bulunduğu kişileri kapsamaktadır. Sosyal destek ağı çoğunlukla anne, baba ve arkadaşlardan meydana gelir. Sosyal desteğin olumlu etkisi sadece sosyal ağı oluşturan kişi veya kurumların sayısından kaynaklanmaz. Sosyal ağ; bireylere sosyal desteği iletmede temel araçtır (51, 52).

2.4.3 Algılanan Sosyal Destek Tanımı

Sosyal ağın yeterince destekleyici olup olmadığının bireyde bıraktığı genel izlenim "algılanan sosyal destek" olarak tanımlanmaktadır. Hastaya sosyal ağ tarafından sağlanan sosyal destek ve doyum kişisel ve görelidir. Algılanan sosyal destek bir anlamda kişinin kendine biçtiği genel değerdir (52). Yaşamın çeşitli alanlarında sevilen, aranan, değer verilen ve gerektiğinde ihtiyacı olan yardımını bulan kişinin, yakın insan ilişkilerinden daha fazla doyum aldığı ve başkalarınca desteklendiği duygusunu taşıdığı düşünülmektedir (53).

Sosyal desteğin değerlendirilmesinde artık standardize edilmiş nesnel ölçütlerden daha çok, hastanın içinde bulunduğu sosyal destek sistemlerini kendisinin nasıl algıladığı üzerinde durulmakta ve birey tarafından algılanan sosyal destek kavramı daha fazla önemsenmektedir (54).

2.4.4 Kanseri ve Algılanan Sosyal Destek

Kronik hastalığı olan bireyde, sosyal destek özellikle çok önemlidir. Çünkü bireyin sıkıntıları devamlı olarak artmakta, sağlığı ve yaşam kalitesi giderek bozulmakta ve hastalıkla ilgili kaygı yaratıcı durumlar çoğalmaktadır. Ağrı, yorgunluk ve günlük aktiviteleri yapamama durumu bireyin, aile, iş ve sosyal yaşamındaki rollerinin gereğini yerine getirmesini engelleyerek depresyona ve kontrolü yitirme duygusuna yol açabilmektedir (6).

Kanser, fiziksel bir hastalık olmasının yanında, psikososyal sorunların da sıklıkla gözlendiği durumların başında gelmektedir. Bireyde varoluşuna ilişkin sorunları gündeme getirerek psikolojik açıdan ciddi sıkıntılara neden olur. Kanser hastaları, tanı anından itibaren araştırma, sonuçların beklenmesi, cerrahinin planlanması, kemoterapi, hormon tedavisi, radyoterapi ve iyileşme dahil olmak üzere farklı türlerde zihinsel sıkıntı ve adaptasyon süreçleri yaşarlar (7).

Tüm bu süreç boyunca sağlık durumlarının giderek daha da bozulması, yaşanan sıkıntıların sürekli hale gelmesi ve hastalıkla ilgili kaygıların gittikçe artması kanser hastalarının desteğe daha çok gereksinim duymasına neden olmaktadır. Sosyal destek kanser gibi hastalıklarda bağışıklık sistemini güçlendirerek insanların yaşamlarını uzatır. Aile desteği, hastanın fiziksel ve duygusal işlevselliğine katkıda bulunmasının yanında, hastayı tedavinin sıkıntılı süreçlerine ve hekim önerilerine uyum ve sağlığa uygun davranışları benimseme gibi konularda da cesaretlendirebilir (6).

2.4.5 Algılanan Sosyal Destek ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Kronik hastalıklar bireyin destek görme ihtiyacının daha da arttığı durumlardır. Algılanan sosyal desteğin değerlendirildiği çalışmalarda hastaların hastalıkla ilgili kaygılarını azalttığı, sağlık yaşam davranışlarına ve tedaviye uyumu arttırdığı gösterilmiştir. Kanser gibi bireyde kaygı, yalnızlık, terkedilme korkusu doğuran bir hastalıkta algılanan sosyal desteğin önemi daha da artmaktadır (6, 7, 55).

2.5 YAŞAM DOYUMU

2.5.1 Yaşam Doyumu Tanımı

Mutluluk ve mutlu olma insan hayatının her döneminde önemini korumuştur. Birleşmiş Milletler (BM) mutluluğun peşinde koşmayı temel bir insanlık hakkı ve hedefi olarak kabul etmektedir. Mutluluğa ulaşabilmede, bireyin kendine belirlediği hedefler ve bu hedeflerin ne kadarına ulaşabildiği arasındaki uyum ya da uyumsuzluk belirleyici rol oynamaktadır (56).

Pozitif psikolojide öznel iyi olma kavramı genellikle mutluluk kavramı yerine kullanılmaktadır (57). Bireyin yaşamını ne şekilde değerlendirdiği ile

yakından ilişkili olan öznel iyi oluş; olumlu duygular, olumsuz duygular ve yaşam doyumu olmak üzere üç ayrı bileşeni içerir. Öznel iyi oluşun olumlu ve olumsuz duygular duygusal boyutunu, yaşam doyumu ise yargısal boyutunu oluşturmaktadır (58). İnsanların yaşamları boyunca mutlu olabilmeleri, haz alabilmeleri ve yaşamlarının bir anlam kazanabilmesi için yaşam doyumuna sahip olmaları gerekmektedir (9). Çoğu insan tarafından yaşam doyumu ve öznel iyi oluş yaşamının temel amacı kabul edilmektedir (57).

Yaşam doyumu kavramı ilk kez 1961 yılında Neugarten tarafından, bir insanın beklentileriyle (ne istediği), elinde olanların (neye sahip olduğu) karşılaştırılmasıyla elde edilen durum ya da sonuç olarak tanımlanmıştır (8). Bireyin içinde bulunduğu koşullar optimum standartlarla karşılaştırılarak yaşam doyumunun yargısal süreci gerçekleştirilir. Burada bireylerin ne derece doyum sağladıklarının, mevcut gidişatları ile dışarıdan dayatma olmaksızın, kendilerinin belirlemiş olduğu standartların karşılaştırılmasına dayandığı vurgulanır (58). Genel olarak bireyin istekleri, beklentileri ve bunların karşılanması arasındaki uyum ne kadar fazla ise yaşamdan alacağı doyumun da o kadar fazla olacağı kabul edilir (57).

Yaşam doyumu, belli bir alanla sınırlı değildir, hayatın tüm alanlarının olumlu olarak değerlendirilmesi tam yaşam doyumu sağlar (59). Bu nedenle, yaşam doyumu, her bir kişi tarafından benzersiz, subjektif bir şekilde değerlendirilerek algılanır ve birden fazla faktör tarafından belirlenir (60).

2.5.2 Yaşam Doyumunu Etkileyen Faktörler

Diener'e göre yaşam doyumunun kişinin mevcut yaşam şartları ve kişisel standartlarına göre değişebilecek dinamik bir yapısı vardır (9). Yaşam doyumu; günlük yaşamdan alınan mutluluk, yaşama yüklenen anlam, amaçlara ulaşma konusunda uyum, pozitif bireysel kimlik, fiziksel olarak bireyin kendisini iyi hissetmesi, ekonomik, güvenlik ve sosyal ilişkiler gibi birçok faktörden etkilenebilir (61). Başka bir çalışmada ise yaşam doyumunu etkileyen temel faktörler özgürlük, demokrasi, açık fikirli olmak, aktif olmak, politik istikrar, kendi hayatının kontrolünü kendi elinde olduğunu hissetmek, fiziksel ve ruhsal olarak sağlam olmak, evli olmak, ailesi ve arkadaşları ile iyi ilişkiler içerisinde bulunmak, spor yapmak, güvenilir bir

bölgede yaşamak, sosyal çevrenin geniş olması, pozitif bireysel kimlik şeklinde sıralanmıştır (62).

Öznel iyi olmayı, dolayısıyla yaşam doyumunu birçok faktör etkilemektedir. Bunlardan başlıcaları: gelir, yaş, cinsiyet, meslek, eğitim ve sosyal iletişimdir. Ayrıca bireyin psikolojik ihtiyaçlarının tamamlanması yaşam doyumunu, fiziksel ve ruhsal sağlığını olumlu etkilemektedir. Dahası, fiziksel ve mental sağlık direkt ve olumlu yönde yaşam doyumunu etkilemektedir (63).

2.5.3 Yaşam Doyumu ve Kanser

Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanmış olma, bireylerde ciddi psikolojik problemler yaratabilir. Çünkü kanser günümüzde hala umutsuzluk, dayanılmaz ağrılar, korku ve ölümle eş tutulmaktadır. Kemoterapi alan kanserli hastalar depresyon, anksiyete gibi psikolojik sorunları yoğun yaşadıkları için hastaların yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmekte ve yaşamdan aldıkları doyum azalmaktadır (10).

Bu nedenle kanserli bireylerde yaşam doyumunu aynı zamanda bir yaşam kalitesi göstergesidir. Ayrıca, kanserli kişiler, kronik hastalıklardan (DM, osteoporoz, solunum yetmezliği) muzdarip olanlara kıyasla daha fazla psikolojik sıkıntı yaşamakta ve yaşamdan daha düşük düzeyde doyum almaktadır (64). Kanser hastalarının beklentileri ve mevcut sağlık durumları arasındaki var olan uyumsuzluğu erken dönemde tespit etmeli ve desteğe ihtiyacı olanlara destek sağlanmalıdır (65).

2.5.4 Yaşam Doyumu ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Yapılan çalışmalarda kronik hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin de bozulmasına bağlı yaşam doyumunu azalmaktadır (42, 66, 67). Kanser hastalarında yaşam doyumunun azalması ile hastalığın daha olumsuz algılanması dolayısı ile tedaviye uyum, hastalıkla başedebilme becerilerinde azalmayla ilişkilendirilmiştir. Yaşam doyumunu düşük olan kanser hastalarının zamanında tespiti ve desteklenmesi önemlidir (55).

GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMA TASARIMI

3.1.1 Araştırmanın Tipi

Kesitsel analitik tipte bir araştırmadır.

3.1.2 Araştırmanın Yeri

Bu araştırmanın yeri İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesidir.

3.1.3 Araştırmanın Evreni ve Örnek Büyüklüğü

Araştırma evreni İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi onkoloji kliniği ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran ve 1. seri kemoterapi (ilk tedavi planında reçete edilen ortalama 4-6 kür olan kemoterapi tedavisi) tedavisi alan hastalardır.

1.1.2021-31.3.2021 tarihleri arasında kemoterapi ünitesine 1012 hasta başvurmuştur. Kemoterapi almakta olan hastaların verilerin toplanacağı 3 ay içerisinde yapacağı tekrarlayan başvurular değerlendirmeye alınmamış, her hastanın bu dönem içerisindeki tek başvurusu değerlendirilmiştir. Aylık kemoterapi alan tekil hasta sayısı 742'dir. Bu hastalardan 690'ı 1.seri kemoterapi almıştır. Araştırmamızda örneklem seçimine gidilmemiş olup 1.seri kemoterapi alan hastalardan 645 (%93.4) kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Eksik ve yanlış doldurulmuş veri formları çıkarıldığında ancak 621 (%90.0) katılımcının veri formları değerlendirilmeye alınmıştır.

3.1.4 Dahil Edilme ve Dahil Edilmeme Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 01.01.2021 – 31.03.2021 tarihleri arasında çalışmanın yürütüleceği onkoloji kliniği ayaktan kemoterapi ünitesinde 1.seri kemoterapi tedavisi alıyor olmak
- 18 yaşını doldurmuş olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- Türkçe konuşabilmek ve anlayabilmek
- Okuryazar olmak
- Anket ve ölçek sorularını cevaplayabilecek zihinsel yeterlilikte olmak

3.1.5 Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında;

1. Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan anket formu,
2. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği-32 (TSOY-32)
3. Kanser hastalarında hastalık algısı ölçeği (HAÖ)
4. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ)
5. Yaşam doyumu ölçeği (YDÖ)

kullanılmıştır.

3.1.5.1. Anket Formu

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin (yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, kiminle birlikte yaşadığı, eğitim durumu, gelir getirici bir işte çalışma durumu, mesleği, sağlık güvencesinin varlığı, gelir düzeyi algısı, kan bağı olan bir yakınında da kanser varlığı- var ise kimde ne kanseri olduğu ve kendi sağlık durumu algısı) değerlendirildiği 1. Bölüm ve hastalığı hakkında bilgilerin (kanseri tipi, evresi, tanı konma zamanı, ilk şikayeti ile doktora başvurma zamanı arasında geçen süre, hastalığı nedeni ile ameliyat olup olmama durumu- oldu ise ne ameliyatı olduğu, verilen kemoterapötik ilaçlar nedeni ile herhangi bir yan etki yaşayıp yaşamadığı-yaşadı ise nasıl bir yan

etki olduğu ve eşlik eden başka bir kronik hastalığının olup olmadığı-var ise ne olduğu) sorgulandığı ve hasta dosyasından doldurulacak 2. Bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde 12, ikinci bölümde 11 soru olmak üzere toplam 23 sorudan oluşmaktadır (Ek B).

3.1.5.2 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32):

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) (20): Okyay ve arkadaşları tarafından, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu'nun geliştirdiği kavramsal çerçeveye dayandırılan ölçek, 15 yaş üzeri ve okuryazar olan kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Ek C).

Ölçek 4'lü likert tipindedir. Ölçeğin hesaplanmasında; her madde "1.Çok kolay, 2.Kolay, 3.Zor, 4.Çok zor" olacak şekilde 4 derecelidir. Puan hesaplanırken, kodlar 1-4'ten, 4-1 olacak şekilde yeniden kodlanmalıdır.

Ölçekten alınabilecek toplam puan 47-188 arasındadır. Hesaplama yaparken kolaylık sağlaması açısından toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde;

"İndeks= (aritmetik ortalama-1) x [50/3]" formülü yardımıyla standardize edilmiştir.

Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin cevaplandığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir.

Ölçekte 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 puan en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi kategorik olarak da aşağıda verildiği gibi değerlendirilebilir.

- Yetersiz sağlık okuryazarlığı: **(0-25 puan)**
- Sorunlu - Sınırlı sağlık okuryazarlığı **(>25-33 puan)**
- Yeterli sağlık okuryazarlığı **(>33-42 puan)**
- Mükemmel sağlık okuryazarlığı **(>42-50 puan)**

Matris bileşenleri için indeks puanı hesaplaması ilgili soruların en az %80'inin cevaplandığı durumlar için yapılmıştır (20).

3.1.5.3 Kanser Hastalarında Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ):

Kanser Hastalarında Hastalık Algısı Ölçeği (4): 1996 yılında Weinmann tarafından geliştirilmiş ve 2002 yılında Moss-Morris ve arkadaşları tarafından yenilenmiştir. Ölçeğin Türk toplumunda geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Armay ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır (Ek D).

Hastalık algısı ölçeği 3 boyuttan oluşmaktadır: hastalık belirtisi, hastalık hakkındaki görüşleri-algı ve hastalık nedenleri.

1) Hastalık Belirtisi Boyutu (HAÖ-B): Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, ‘hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı’, daha sonra ‘bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği’ sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da ‘evet/hayır’ biçiminde yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki ‘evet’ (1er puan) cevaplarının toplamı hastalık belirtisi bölümünün değerlendirme sonucunu oluşturur. Hastalık belirtisi boyutunda puan yüksekse hastanın hastalığa iştirak eden semptom sayısının yüksek olduğuna dair güçlü inancı olduğu ortaya çıkar.

2) Hastalık Hakkındaki Görüşleri-Algı Boyutu (HAÖ-G): 35 maddeden oluşmuş ve 5’li Likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu boyut 7 alt ölçeği içermektedir. Bunlar: süre (akut/kronik), süre (döngüsel), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir.

- **Süre (akut-kronik)alt ölçeği;** kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır. Süre (akut/kronik) alt ölçeğinde yüksek puan, bireyin hastalığının kronik olduğunu düşündüğünü gösterir (1-2-3-4-5-18 maddeler-akut/kronik).
- **Süre (döngüsel)alt ölçeği;** kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır. Süre (döngüsel) alt ölçeğinde yüksek puan bireyin hastalığının sıklık-döngüsel doğası olduğunu, tekrarlayabileceğini düşündüğünü gösterir (29-30-32 maddeler-döngüsel).

- **Sonuçlar alt ölçeği;** kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Sonuçlar alt ölçeğinde yüksek puan, bireyin hastalığının çok ciddi sonuçları olduğuna güçlü bir şekilde inandığını, hastalığın sonuçlarını negatif algıladığını gösterir (6-7-8-9-10-11 maddeler).
- **Kişisel kontrol;** kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Kişisel kontrol alt ölçeğinde yüksek puan, bireyin hastalığını kontrol edebileceğine ilişkin pozitif inançlara sahip olduğunu gösterir (12-13-14-15-16-17 maddeler).
- **Tedavi kontrolü;** kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Tedavi kontrolü alt ölçeğinde yüksek puan, bireyin hastalığının tedavi ile kontrol edilebileceğine ilişkin pozitif inançlara sahip olduğunu gösterir (19-20-21-22-23 maddeler).
- **Hastalığı anlayabilme-tutarlılık;** kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır. Hastalığı anlayabilme alt ölçeğinde yüksek puan, bireyin hastalığını anlayabildiğini gösterir (25-26-27 maddeler).
- **Duygusal temsiller;** kişinin hastalığıyla ilgili endişelerini araştırır. Duygusal temsiller alt ölçeğinde yüksek puan, bireyin hastalığı ile ilgili endişesinin fazla olduğunu, olumsuz etkilendiğini gösterir (33-34-35-36-37-38 maddeler).

3) Hastalık Nedenleri Boyutu (HAÖ-N): 18 maddeden oluşmuş ve 5'li Likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve 5 alt ölçek içerir. Alt boyutlardan alınan yüksek puan, bireyin hastalığa neden olan faktörler nasıl algıladığını gösterir.

- **Kişisel atıflar** (stres ya da endişe, benim tutumum, kişilik özelliklerim, duygusal durumum, aile problemleri, vücut direncimin azalması, kendi davranışım)
- **Dış atıflar** (geçmişimdeki kötü tıbbi bakım, çevre kirliliği, kaza ya da yaralanma, aşırı çalışma)

- **Yaşam şekli atıfları** (sigara içme, alkol kullanma, diyet-yemek alışkanlıkları),
- **Kontrol edilemeyen bedensel faktörler** (bir mikrop ya da virüs, kalıtsal (irisi), yaşlanma) ve
- **Şans faktörü** (şans ya da kötü talih)

Ölçeğin Türk toplumunda yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında tüm alt ölçeklerin içsel güvenirlikleri yüksek ve Cronbach Alfa değerleri 0.60 ile 0.85 arasında değişmektedir. Test-tekrar test grubunda ise HAÖ'nün tüm alt testlerin içsel geçerliği yüksek ve Cronbach Alfa değerleri 0.65 ile 0.93 olarak bulunmuştur. Burada görülen bir diğer önemli bulgu da ölçeğin genelinde olduğu gibi alt ölçek gruplarından elde edilen Cronbach alfa değerlerindeki paralellik olmuştur. Bu bulgu ölçeğin güvenirliğini desteklemektedir (35).

3.1.5.4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (68): Eker ve Arkar tarafından 2001 yılında Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 12 maddeden oluşan ölçek “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7’li (1–7 puan) likert tipi bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve birey için özel olan kişidir.

Bu çalışmada, her alt ölçekteki 4 maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Ölçek Eker ve ark. tarafından faktör yapılarının orijinali ile uyumlu olup olmadığını belirlemek için yeniden gözden geçirilmiştir. Ölçüm sonucunda ölçeğin, varyansın %75’ini açıkladığı ve 3 faktör altında toplandığı belirlenmiştir. Güvenirlik bulgularında ise iç tutarlık katsayısının 0.80–0.95 arasında olduğu ve ölçek ve alt ölçekler için kabul edilebilir düzeyde iç tutarlık gösterdiği görülmüştür (68) (Ek E).

3.1.5.5 Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)

Yaşam doyumu ölçeği (69): Diener, Emmons, Larsen ve Griffin (1985) tarafından geliştirilen “Yaşam Doyumu Ölçeği”nin (YDÖ) Türkiye koşullarında geçerlik ve güvenirlik çalışması 2016 yılında Dağlı ve Baysal tarafından yapılmıştır. Ölçeğin özgün formu 1 faktör, 5 madde ve 7’li likert tipinde derecelendirmeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Her bir madde 7’li derecelendirilmiş cevaplama sistemine (1: Kesinlikle Katılmıyorum – 7: Tamamen Katılıyorum) göre değerlendirilmektedir. İlgili ölçek daha önce de Köker (1991) tarafından Türkçe’ye uyarlanmış ve 7’li derecelendirme olarak Türkiye’de değişik araştırmacılar tarafından kullanılmıştır. Ancak bazı çalışmalarda ilgili “Yaşam Doyumu Ölçeği” 7’li derecelendirme şeklinde uygulandığında, katılımcılar seçeneklerin birbirine yakın olduğunu ileri sürerek tepki göstermişlerdir. Bu nedenle, ölçeğin Türkçeye uyarlanması sırasında, özgün formunda 7 basamaklı olan cevap seçeneklerinin Türk kültürüne uygun olmadığı görülmüş ve basamak sayısı 5’e indirilmiştir. Yapılan geçerlilik güvenirlik çalışmasında ölçekteki ifadelerin puanlanması; “Hiç katılmıyorum (1), Çok az katılıyorum (2), Orta düzeyde katılıyorum (3), Büyük oranda katılıyorum (4) ve Tamamen katılıyorum (5)” şeklinde düzenlenmiştir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 5 ile 25 arasında olabilmektedir. Alınan puanın yüksek olması katılımcının yaşam doyumunun daha fazla olduğu yönünde değerlendirilebilir (69) (Ek F).

3.1.6 Değişkenler

Bağımlı değişkenler

- Katılımcıların hastalık algısı ölçek puanları

Bağımsız değişkenler

- Katılımcının sosyodemografik özellikleri: Yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, kiminle birlikte yaşadığı, eğitim durumu, gelir getirici bir işte çalışma durumu, mesleği, sağlık güvencesinin varlığı, gelir düzeyi algısı, kan bağı olan bir yakınında da kanser varlığı- var ise kimde ne kanseri olduğu ve kendi sağlık durumu algısı
- Katılımcının hastalığı ile ilgili bilgiler: Kanser tipi, evresi, tanı konma zamanı, ilk şikayeti ile doktora başvurma zamanı arasında geçen süre,

hastalığı nedeni ile ameliyat olup olmama durumu-oldu ise ne ameliyatı olduğu, verilen kemoterapötik ilaçlar nedeni ile herhangi bir yan etki yaşayıp yaşamadığı-yaşadı ise nasıl bir yan etki olduğu ve eşlik eden başka bir kronik hastalığının olup olmadığı-var ise ne olduğu

- Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi
- Kanser tanısı alındıktan sonra algılanan sosyal destek ve yaşam doyumu

3.2 TANIMLAMA

Bağımlı Değişkenlerin Tanımlanması

- Hastalık algısı: Hastalık durumunun bilişsel olarak görünümüdür.

Bağımsız Değişkenlerin Tanımlanması

- Sağlık okuryazarlığı: Dünya sağlık örgütü, sağlık okuryazarlığını; ' bireylerin iyilik halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşılması; bilgiyi anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi' olarak tanımlamaktadır. Literatür tarandığında sağlık okuryazarlığının hem algılanan sosyal destek hem de yaşam doyumu ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bu nedenle çalışmamızda hastalık algısının sağlık okuryazarlığı düzeyi ile olan nedensel ilişkisi değerlendirilecektir.
- Algılanan sosyal destek: Hastaya aile, arkadaş veya bireysel ilişkilerinin sağladığı sosyal destek ve doyum kişisel ve görelidir. Sosyal ağın yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin genel izlenimi "algılanan sosyal destek" olarak tanımlanmaktadır.
- Yaşam doyumu: Bir insanın beklentileriyle (ne istediği), elinde olanların (neye sahip olduğu) karşılaştırılmasıyla elde edilen durum ya da sonuçtur.

3.3 UYGULAMA VE DEĞERLENDİRME

3.3.1 Veri Toplama Uygulama

Araştırma taslağı İstanbul Medeniyet Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda proje önerisi olarak sunuldu. İçerik ve yöntem 7.12.2020 tarihinde

revize edildi. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi onkoloji kliniğinden 1 öğretim üyesi ve 1 yan dal araştırma görevlisinin de katılımı ile yöntem gözden geçirildi. Anketlerin pilot uygulaması 14.12.2020 tarihinde 12 kişi ile yapıldı ve anketlere son hali verildi.

Veriler 01.01.2021 - 31.03.2021 tarihleri arasında toplandı. Araştırmanın evrenini İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi onkoloji kliniği ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran ve 1. seri kemoterapi tedavisi alan hastalar oluşturmaktadır. Belirtilen tarihlerde onkoloji kliniği ayaktan kemoterapi ünitesine yapılan 1012 başvurudan 742'si tekil başvurudur. 690 hasta 1.seri kemoterapi almıştır. Araştırmamızda örneklem seçimine gidilmemiş olup 1. Seri kemoterapi alan hastalardan 645 (%93.4) kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Eksik ve yanlış doldurulmuş veri formları çıkarıldığında 621 (%90.0) katılımcının veri formları değerlendirilmeye alınmıştır.

Veriler, araştırmacı tarafından, araştırma hakkında bilgilendirilen ve katılmayı kabul eden katılımcılara bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatılarak toplandı. Veri toplama formlarının her biri birer şeffaf dosyaya konularak araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara ilk karşılaşılan hastane ziyaretlerinde verildi ve evde formları doldurarak bir sonraki hastane ziyaretinde getirmesi istendi.

3.3.2 Verilerin Çözümlemesi Ve Değerlendirilmesi

Araştırmacı tarafından katılımcılara uygulanan anket ve ölçeklerden elde edilen veriler yine araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarıldı. Verilerin kalite kontrolü yapıldı ve SPSS 22.0 programında istatistiksel analizler yapıldı.

Tanımlayıcı istatistikler; yüzde, sürekli ve normal dağılan verilerde- ortalama, standart sapma değerleriyle verildi. Normal dağılan değişkenler için Student t, ANOVA testi kullanıldı. Kategorik değişkenler uygun ki-kare analizi ile değerlendirildi. Her iki ölçekten alınan puan ortalamaları korelasyon analizi ile kıyaslandı. $P < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.4 BÜTÇE

Çalışmada kullanılan veri formlarının fotokopi ücretleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.



BULGULAR

4.1 TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

4.1.1 Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Araştırma Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi onkoloji kliniğinde 1. Seri kemoterapi alan hastalarda yapılmıştır. 1.1.2021-31.3.2021 tarihleri arasında onkoloji kliniği ayaktan kemoterapi ünitesine yapılan 1012 başvurudan 742'si tekil başvurudur. Bu hastalardan 690'ı 1.seri kemoterapi almıştır ve 621'i (%90) çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 60.1 ± 12.8 'dir (19-89) ve %59.7'si (n=366) 65 yaşın altındadır. Katılımcıların %58.5'i (n=363) kadın, %75.2'si (n=467) evli ve %90.2'si (n=560) eş-çocukları ve/veya ailesi ile yaşamaktadır. Eğitim düzeylerine bakıldığında %17.3'ünün (n=107) okuryazar, %37.9'unun (n=235) ilkokul mezunu, %12.1'inin (n=75) ortaokul mezunu, %20.6'sının (n=128) lise mezunu ve %12.1'inin (n=75) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Gelir getirici bir işte çalışmayanların oranı %89.2 (n=553) iken, %3.7'sinin (n=23) herhangi bir sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Katılımcıların %3.7'si (n=23) gelir düzeyini çok kötü, %16.8'i (n=104) kötü, %64.5'i (n=400) ne iyi ne de kötü-orta, %14.4'ü (n=89) iyi ve %0.6'sı (n=4) ise çok iyi olarak değerlendirmiştir. Birinci derece yakınlarının en az birinde kanser öyküsü bulunanlar %57.8'dir (n=359). Katılımcıların %4.0'ü (n=25) kendi sağlık durumlarını çok kötü olarak değerlendirirken, %15.0'i (n=93) kötü, %48.3'ü (n=300) ne iyi ne de kötü-orta, %28.2'si (n=175) iyi, %4.5'i (n=28) ise çok iyi olarak değerlendirmektedir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (N)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	363
	Erkek	258
Yaş	65 yaş altı	366
	65 yaş ve üstü	247
Medeni Durum	Evli	467
	Diğer	154
Kiminle Yaşadığı	Eş-çocuklar ve aile	560
	Yalnız ve diğer	61
Eğitim Durumu	Okur-yazar	107
	İlkokul	235
	Ortaokul	75
	Lise	128
	Üniversite	75
Gelir Getirici İşte Çalışma Durumu	Evet	67
	Hayır	553
Sağlık Güvencesi	Var	597
	Yok	23
Gelir Durumu Algısı	Çok iyi	4
	İyi	89
	Orta	400
	Kötü	104
	Çok kötü	23
Ailede Kanser	Var	359
	Yok	262
Sağlık Durumu Algısı	Çok iyi	28
	İyi	175
	Orta	300
	Kötü	93
	Çok kötü	25
Toplam	621	100.0

4.1.2 Hastalıkla İlgili Özelliklerin Dağılımı

Kanser tiplerine göre değerlendirildiğinde; katılımcıların %22.7'si (n=141) meme kanseri, %17.9'u (n=111) jinekolojik kanser, %16.9'u (n=105) akciğer kanseri, %14.6'sı (88) non-kolorektal GIS kanseri, %11.6'sı (n=72) kolorektal kanser, %8.9'u (n=55) genito-üriner kanser, %3.7'si (n=23) malign melanom ve %1.9'u (n=12) sarkomdur. 4. Evre kanser hastası olanların oranı %43.0 (n=267) iken, 3. Evre olanlar %41.1 (n=255), 2. Evre olanlar %12.6 (n=78), 1. Evre olanlar ise %3.4'tür (n=21). Katılımcıların %51.4'ü farkettileri ilk şikayetlerinden sonraki 3 ay içerisinde, %29.1'i (n=181) 4-6 ay arasında, %15.1'i (n=94) 7-12 ay arasında, %4.3'ü ise 12 aydan sonrasında hastaneye başvurduğunu bildirmiştir. Katılımcıların %34.0'ünün (n=211) kanser

dışında bir kronik hastalığı daha bulunmaktadır. Tedavileri sürecinde kanser nedeni ile ameliyat olanlar katılımcıların %56.8'ini (n=353) oluştururken, uygulanan herhangi bir tedaviye bağlı yan etki görenler %47.2'sidir (n=293) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili özelliklerine göre dağılımı.

Hastalıkla ilgili özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kanser tipi	Akciğer	105
	Meme	141
	Jinekolojik	111
	Non-kolorektal GIS	88
	Kolorektal	72
	Genito-üriner	55
	Malign melanom	23
	Baş-boyun	14
	Sarkom	12
Kanser evresi	1. evre	21
	2. evre	78
	3. evre	255
	4. evre	267
İlk şikayetten başvuruya kadar geçen süre	0-3 ay	319
	4-6 ay	181
	7-12 ay	94
	13 ay-sonrası	27
Kronik hastalık	Evet	211
	Hayır	410
Ameliyat	Evet	353
	Hayır	268
Yan etki	Evet	293
	Hayır	328
Toplam		621
		100.0

4.2 SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi TSOY-32 ölçeğine göre değerlendirildiğinde, %27.7'sinin (n=172) yetersiz, %36.1'inin (n=224) sorunlu/sınırlı, %27.9'unun (n=173) yeterli, %8.4'ünün (n=52) mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur. Yetersiz ve sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı birlikte kısıtlı sağlık okuryazarlığı olarak adlandırılmıştır. Katılımcıların %63.8'inin bu iki kategoriye içerecek biçimde kısıtlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4.3).

4.2.1 Sosyodemografik Özellikler ve Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri sosyodemografik özelliklere göre değerlendirildiğinde sadece eğitim durumu, gelir durumu algısı ve sağlık durumu algısı ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Diğer sosyodemografik özellikler ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0.05$).

4.2.1.1 Eğitim Düzeyi ve Sağlık Okur Yazarlığı

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığı; sadece okur-yazar olanlarda %43.9, ilkokul mezunu olanlarda %32.8, ortaokul mezunu olanlarda %25.3, lise mezunu olanlarda %15.6 ve üniversite mezunu olanlarda ise %10.7'dir. Kısıtlı sağlık okuryazarlığı olanların sıklığı ise sadece okur-yazar olanlarda %81.3 iken, üniversite mezunu olanlarda %41.4'e kadar düşmektedir. Eğitim düzeyleri arasında sağlık okuryazarlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.001$). Katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça SOY düzeyleri de artmaktadır (Tablo 4.3). Fark yetersiz SOYa sahip olan grupta; okur-yazar ve ilkokul mezunu grup ile lise ve üniversite mezunu grup arasında, yeterli SOYa sahip olan grupta; okur-yazar grup ile lise ve üniversite mezunu grup, ilkokul mezunu grup ile üniversite mezunu grup arasında, mükemmel SOYa sahip olan grupta ise; okur-yazar grup ile üniversite mezunu grup arasındadır. Eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi cinsiyet değişkenine özel değerlendirildiğinde; eğitim düzeyi ile cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Ek G1).

4.2.1.2 Gelir Getirici İşte Çalışma Durumu ve Sağlık Okuryazarlığı

Gelir getirici bir işte çalışmayanlarda (%28.2) yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı gelir getirici bir işte çalışanlara göre (%23.9) daha yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde kısıtlı sağlık okuryazarlığına sahip olanların sıklığı çalışanlarda çalışmayanlara göre (sırasıyla %65.1 ve %53.8) daha fazladır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3). Katılımcıların gelir getirici bir işte çalışma durumu ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi cinsiyet değişkenine göre değerlendirildiğinde sadece

kadınlarda sınırlı/sorunlu ve mükemmel SOY grupları arasında istatistiksel olarak önemli anlam bulunmuştur ($p<0.05$) (Ek G2).

4.2.1.3 Gelir Durumu Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığı, gelir durumunu çok kötü olarak değerlendirenlerde %34.8, kötü olarak değerlendirenlerde %37.5, ne çok iyi ne çok kötü olarak değerlendirenlerde %28.0, iyi olarak değerlendirenlerde %14.6, çok iyi olarak değerlendirenlerde ise %0.0'dır. Kısıtlı sağlık okuryazarlığına sahip olanların sıklığı gelir durumunu çok iyi olarak değerlendiren grupta %25 iken gelir durumunu kötü olarak değerlendiren grupta %70.2'ye kadar yükselmektedir. Gelir durumunu çok kötü olarak değerlendiren grupta ise %69.6'dır. Gelir düzeyleri arasında sağlık okuryazarlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.001$). Gelir durumu algısı arttıkça SOY düzeyi de artmaktadır (Tablo 4.3). Fark yetersiz SOYa sahip olan grupta; iyi olarak değerlendiren grup ile kötü grup arasında, mükemmel SOYa sahip olan grupta ise; çok iyi olarak değerlendiren grup ile diğer tüm gruplar arasındadır. Gelir durumu algısı ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi cinsiyet değişkenine özel değerlendirildiğinde gelir durumu grupları ile cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Ek G3).

4.2.1.4 Sağlık Durumu Algısı ve Hastalık Algısı

Çalışmamızda yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı; sağlık durumunu çok kötü olarak değerlendirenlerde %48.0, kötü olarak değerlendirenlerde %47.3, ne çok kötü ne de çok iyi-orta olarak değerlendirenlerde %26.0, iyi olarak değerlendirenlerde %19.4, çok iyi olarak değerlendiren grupta ise %14.3'tür. Katılımcıların sağlık durumu algısı iyileştikçe yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının azaldığı görülmektedir. Kısıtlı sağlık okuryazarlığına sahip olanların sıklığı sağlık durumunu çok iyi olarak değerlendiren grupta %53.6 iken sağlık durumunu çok kötü olarak değerlendiren grupta %84.0'e kadar yükselmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$) (Tablo 4.3). Fark yetersiz SOYa sahip olan grupta; çok iyi olarak değerlendiren grup ile kötü grup arasında, mükemmel SOYa sahip olan grupta ise; çok iyi olarak değerlendiren grup ile orta ve kötü grup arasındadır. Sağlık durumu algısı ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi cinsiyet değişkenine özel

değerlendirildiğinde sağlık durumu algısı grupları ile cinsiyet grupları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Fark kadınlarda sağlık durumu algısı çok iyi olan grupta; mükemmel SOYa sahip olanlarla diğer gruplar arasında, kötü sağlık durumu algısı olan grupta ise yetersiz SOY ile sınırlı/sorunlu ve mükemmel SOYa sahip olan gruplar arasındadır. Erkeklerde ise fark sağlık durumu algısı iyi olan grupta yetersiz ile mükemmel SOYa sahip olan grup arasında, kötü sağlık durumu algısı olan grupta ise yetersiz ve yeterli SOYa sahip olan gruplar arasındadır (Ek G4).

Tablo 4.3: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlık düzeylerinin dağılımı.

		Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				p
		Yetersiz (%)	Sorunlu-sınırlı (%)	Yeterli (%)	Mükemmel (%)	
Cinsiyet	Kadın	27.0	36.1	26.7	10.2	0.260
	Erkek	28.7	36.0	29.5	5.8	
Yaş	65 yaş altı	25.1	35.8	29.2	9.8	0.180
	65 yaş ve üstü	30.8	37.2	25.9	6.1	
Medeni durum	Evli	25.9	36.8	28.5	8.8	0.376
	Diğer	33.1	33.8	26.0	7.1	
Kiminle yaşadığı	Eş-çocuklar ve aile	28.2	35.7	27.7	8.4	0.845
	Yalnız ve diğer	23.0	39.3	29.5	8.2	
Eğitim durumu	Okur-yazar	43.9 ^a	37.4	15.9 ^a	2.8 ^a	P<0.001
	İlkokul	32.8 ^a	36.6	23.0 ^{ac}	7.7	
	Ortaokul	25.3	34.7	33.3	6.7	
	Lise	15.6 ^b	38.3	35.2 ^b	10.9	
	Üniversite	10.7 ^b	30.7	42.7 ^b	16.0 ^b	
Çalışma durumu	Evet	23.9	29.9	31.3	14.9	0.145
	Hayır	28.2	36.9	27.3	7.6	
Sağlık güvencesi	Var	27.6	35.7	28.3	8.4	0.419
	Yok	30.4	47.8	13.0	8.7	
Gelir durumu algısı	Çok iyi	0.0	25.0	0.0	75.0 ^a	P<0.001
	İyi	14.6 ^a	38.2	32.6	14.6 ^b	
	Orta	28.0	36.8	28.7	6.5 ^b	
	Kötü	37.5 ^b	32.7	21.2	8.7 ^b	
	Çok kötü	34.8	34.8	26.1	4.3 ^b	
Ailede kanser	Var	29.0	35.7	26.5	8.9	0.699
	Yok	26.0	36.6	29.8	7.6	
Sağlık durumu algısı	Çok iyi	14.3 ^a	39.3	21.4	25.0 ^a	P<0.001
	İyi	19.4	34.9	33.1	12.6	
	Orta	26.0	39.0	28.3	6.7 ^b	
	Kötü	47.3 ^b	28.0	21.5	3.2 ^b	
	Çok kötü	48.0	36.0	16.0	0.0	
Toplam*		27.7	36.1	27.9	8.4	

4.2.2 Hastalıkla İlgili Özellikler ve Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri hastalıkla ilgili özelliklere göre değerlendirildiğinde sadece tedavi amacı ile ameliyat olma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Hastalıkla ilgili diğer özellikler ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki izlenmemiştir ($p>0.05$).

4.2.2.1 Ameliyat Öyküsü ve Sağlık Okuryazarlığı

Çalışmamızda tedavi amacı ile ameliyat olma öyküsü olanlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı olmayanlara göre (sırasıyla %29.0 ve %26.5) daha yüksektir. Aynı şekilde kısıtlı sağlık okuryazarlığı sıklığı da ameliyat öyküsü olan hastalarda (%64.5) olmayanlara göre (%63.1) yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Kanseri tedavisi amacıyla ameliyat öyküsü olma durumu ve sağlık okuryazarlığı ilişkisi cinsiyet değişkenine göre değerlendirildiğinde gruplar arasında fark bulunmamaktadır.

Tablo 4.4: Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili özelliklerine göre sağlık okuryazarlık düzeylerinin dağılımı.

		Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				p
		Yetersiz (%)	Sorunlu-sınırlı (%)	Yeterli (%)	Mükemmel (%)	
Kanser tipi	Akciğer	25.7	34.3	33.3	6.7	0.763
	Meme	24.8	34.0	30.5	10.6	
	Jinekolojik	27.9	36.9	24.3	10.8	
	Non-kolorektal GIS	23.9	36.4	30.7	9.1	
	Kolorektal	27.8	44.4	22.2	5.6	
	Genito-üriner	34.5	38.2	23.6	3.6	
	Malign melanom	43.5	30.4	21.7	4.3	
	Baş-boyun	21.4	28.6	35.7	14.3	
	Sarkom	50.0	25.0	16.7	8.3	
Kanser evresi	1. evre	9.5	61.9	9.5	19.0	0.421
	2. evre	21.8	38.5	28.2	11.5	
	3. evre	31.8	34.9	25.1	8.2	
	4. evre	27.0	34.5	31.8	6.7	
Başvuruya kadar geçen süre	0-3 ay	21.0 ^a	41.7	27.0	10.3	0.102
	4-6 ay	34.8 ^b	29.8	30.4	5.0	
	7-12 ay	38.3 ^b	31.9	24.5	5.3	
	13 ay-sonrası	22.2	25.9	33.3	18.5	
Ameliyat	Evet	22.9	37.4	30.0	9.6	0.019
	Hayır	34.0	34.3	25.0	6.7	
Yan etki	Evet	29.0	35.5	27.0	8.5	0.903
	Hayır	26.5	36.6	28.7	8.2	
Kronik hastalık	Evet	27.5	41.2	24.2	7.1	0.209
	Hayır	27.8	33.4	29.8	9.0	
Toplam*		27.7	36.1	27.9	8.4	

4.3 HASTALIK ALGISI

Katılımcıların hastalık algısı ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında; **hastalık belirtileri boyutundan** alınan puan ortalaması 6.28 ± 3.37 (0-14), **süre (akut/kronik) alt boyut** ortalaması 17.44 ± 5.37 'dir (6-30), **süre (döngüsel) alt boyut** ortalaması 9.71 ± 2.89 (3-15), **sonuçlar alt boyut** ortalaması 19.98 ± 5.08 (7-30), **kişisel kontrol alt boyut** ortalaması 19.47 ± 4.42 (6-30), **tedavi kontrolü alt boyut** ortalaması 18.24 ± 4.29 (5-25), **hastalığı anlayabilme-tutarlılık alt boyut** ortalaması 10.52 ± 3.01 (3-15), **duygusal temsiller alt boyut** ortalaması 19.44 ± 5.91 (6-30), **hastalık nedenleri boyutu kişisel atıflar alt boyut** ortalaması 18.47 ± 6.09 (7-35), **dış atıflar alt boyut** ortalaması 9.00 ± 3.23 (4-20), **yaşam şekli atıfları alt boyut** ortalaması 6.54 ± 2.90 (3-15), **kontrol edilemeyen bedensel faktörler alt**

boyut ortalaması 7.52 ± 2.53 (3-15), **şans faktörü alt boyut** ortalaması 2.79 ± 1.37 (1-5)'tir.

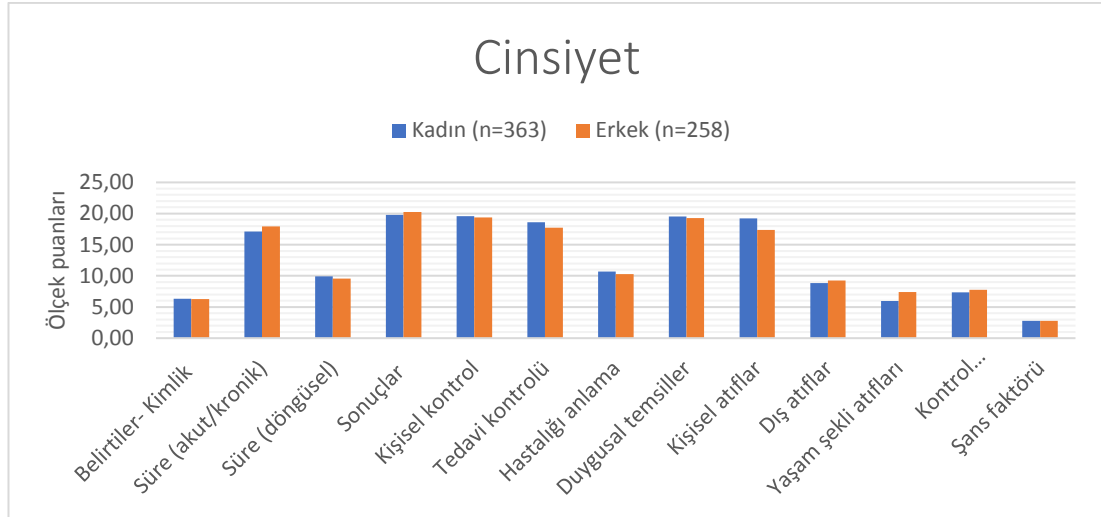
4.3.1 Sosyodemografik Özellikler ve Hastalık Algısı

4.3.1.1 Cinsiyet ve Hastalık Algısı

Çalışmamızda kadın cinsiyete sahip katılımcıların erkek cinsiyete göre **tedavi kontrolü** ($p < 0.05$) ve **kişisel atıflar** ($p < 0.001$) alt boyutları ortalamaları daha yüksekken, **yaşam şekli atıfları** ($p < 0.001$) alt boyut ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.5) (Şekil 4.1).

Tablo 4.5: Cinsiyet ve hastalık algısı ilişkisi

Cinsiyet	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkındaki görüşler-algı boyutu alt boyutları							Hastalık nedenleri boyutu alt boyutları				
	Belirtiler Kimlik	Süre (akut/kronik)	Süre (döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlama	Duygusal temsiller	Kişisel atıflar	Dış atıflar	Yaşam şekli atıfları	Kontrol edilemeyen bedensel faktörler	Şans faktörü
Kadın (n=363)	6.30 ± 3.40	17.09 ± 5.64	9.93 ± 2.93	19.80 ± 5.05	19.56 ± 4.28	18.61 ± 4.33	10.68 ± 3.10	19.55 ± 5.95	19.23 ± 6.37	8.84 ± 3.21	5.95 ± 2.68	7.35 ± 2.60	2.80 ± 1.41
Erkek (n=258)	6.25 ± 3.34	17.93 ± 4.95	9.54 ± 2.85	20.23 ± 5.11	19.35 ± 4.62	17.72 ± 4.18	10.29 ± 2.87	19.28 ± 5.86	17.39 ± 5.52	9.23 ± 3.24	7.38 ± 2.99	7.75 ± 2.42	2.78 ± 1.33
T	0.186	-1.948	1.231	-1.032	0.591	2.544	1.601	0.578	3.842	-1.467	-6.102	-1.932	0.228
p	0.853	0.052	0.219	0.302	0.555	0.011	0.110	0.564	<0.001	0.143	<0.001	0.054	0.820
Toplam	6.28 ± 3.37	17.44 ± 5.37	9.71 ± 2.89	19.98 ± 5.08	19.47 ± 4.42	18.24 ± 4.29	10.52 ± 3.01	19.44 ± 5.91	18.47 ± 6.09	9.00 ± 3.23	6.54 ± 2.90	7.52 ± 2.53	2.79 ± 1.37



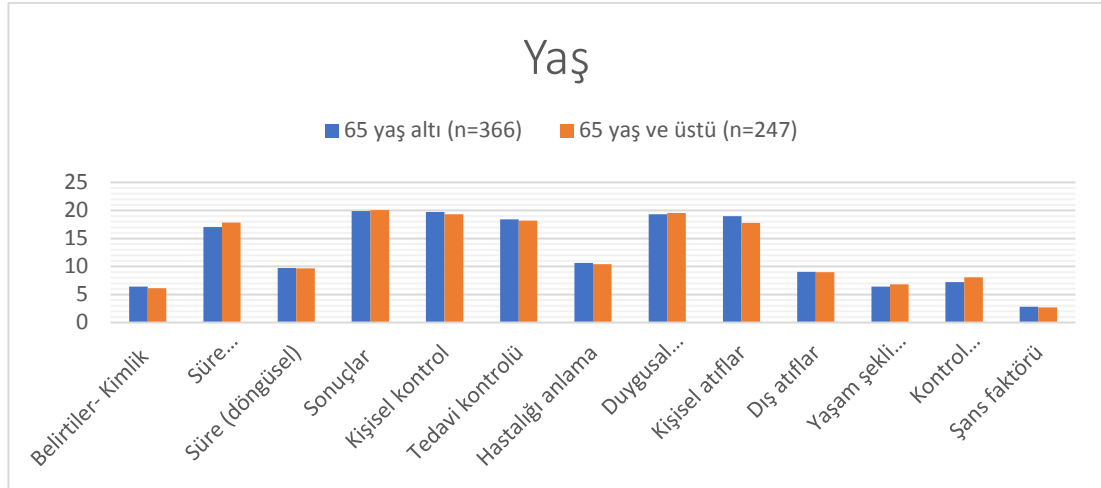
Şekil 4.1: Cinsiyet ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi

4.3.1.2 Yaş ve Hastalık Algısı

Çalışmamızda 65 yaşın altındaki katılımcılarda **kişisel atıflar** ($p<0.05$) alt boyut ortalamaları yüksek bulunurken, 65 yaş ve üzerindeki katılımcılarda **kontrol edilemeyen bedensel faktörler** ($p<0.01$) alt boyutu ortalaması yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.6) (Şekil 4.2). Yaş grupları ile hastalık algısı ilişkisi cinsiyet değişkenine özel değerlendirildiğinde arada fark bulunmamıştır.

Tablo 4.6: Yaş ve hastalık algısı ilişkisi

Yaş	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkındaki görüşler-algı boyutu alt boyutları							Hastalık nedenleri boyutu alt boyutları				
	Belirtiler- Kimlik	Süre (akut/kronik)	Süre (döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlama	Duygusal temsiller	Kişisel atıflar	Dış atıflar	Yaşam şekli atıfları	Kontrol edilemeyen bedensel faktörler	Şans faktörü
65 yaş altı (n=366)	6.40 ±3.38	17.01 ±5.53	9.73 ±2.96	19.87 ±5.13	19.72 ±4.65	18.43 ±4.39	10.64 ±3.05	19.32 ±6.03	18.98 ±6.34	9.02 ±3.25	6.41 ±2.87	7.19 ±2.55	2.82 ±1.38
65 yaş ve üstü (n=247)	6.12 ±3.32	17.81 ±4.91	9.65 ±2.74	20.07 ±4.94	19.30 ±3.95	18.15 ±3.96	10.39 ±2.93	19.54 ±5.56	17.80 ±5.53	8.96 ±3.20	6.82 ±2.93	8.05 ±2.41	2.71 ±1.34
T	-1,037	-1.836	0.333	-0.480	1.216	0.809	1.024	-0.454	2.431	0.224	-1.717	-4.168	1.009
p	0.300	0.067	0.739	0.631	0.224	0.419	0.306	0.650	0.015	0.823	0.087	<0.001	0.313
Toplam	6.28 ±3.37	17.44 ±5.37	9.71 ±2.89	19.98 ±5.08	19.47 ±4.42	18.24 ±4.29	10.52 ±3.01	19.44 ±5.91	18.47 ±6.09	9.00 ±3.23	6.54 ±2.90	7.52 ±2.53	2.79 ±1.37



Şekil 4.2: Yaş ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi

4.3.1.3 Medeni Durum Hastalık Algısı

Boyut ve alt boyut ortalamaları medeni durum gruplarına göre değerlendirildiğinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Ek G5 ve G6). Medeni durum ile hastalık algısı ilişkisi cinsiyet değişkenine özel değerlendirildiğinde arada fark bulunmamıştır.

4.3.1.4 Birlikte Yaşanılan Kişi ve Hastalık Algısı

Boyut ve alt boyut ortalamaları birlikte yaşama gruplarına göre değerlendirildiğinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Ek G7 ve G8). Katılımcıların kiminle yaşadığı ile hastalık algısı ilişkisi cinsiyet değişkenine özel değerlendirildiğinde aradaki fark değildir.

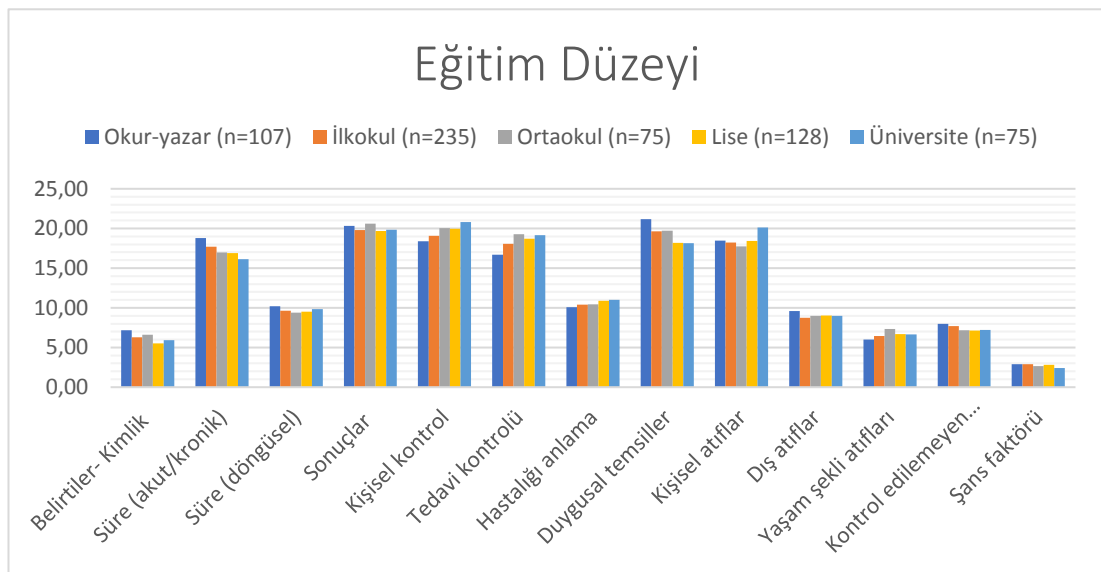
4.3.1.5 Eğitim Düzeyi ve Hastalık Algısı

Çalışmamızda eğitim düzeyi grupları ile **hastalık belirtileri** boyutu (okuryazar grup ile lise mezunu grubu arasında) ($p<0.05$), **süre (akut/kronik)** (okuryazar grup ile üniversite mezunu grup arasında) ($p<0.05$), **kişisel kontrol** (üniversite mezunu grup ile okuryazar ve ilköğretim grubu arasında) ($p<0.05$), **tedavi kontrolü** (okur yazar grup ile diğer tüm gruplar arasında) ($p<0.001$), **duygusal temsiller** (okuryazar grup ile lise ve üniversite mezunu grup arasında) ($p<0.05$), **yaşam şekli atıfları** (okuryazar

grup ile ortaokul mezunu grup arasında) ($p<0.05$) ve **kontrol edilemeyen bedensel faktörler** (okuryazar grup ile lise mezunu grup arasında) ($p<0.05$) alt boyutları ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.7) (Şekil 4.3).

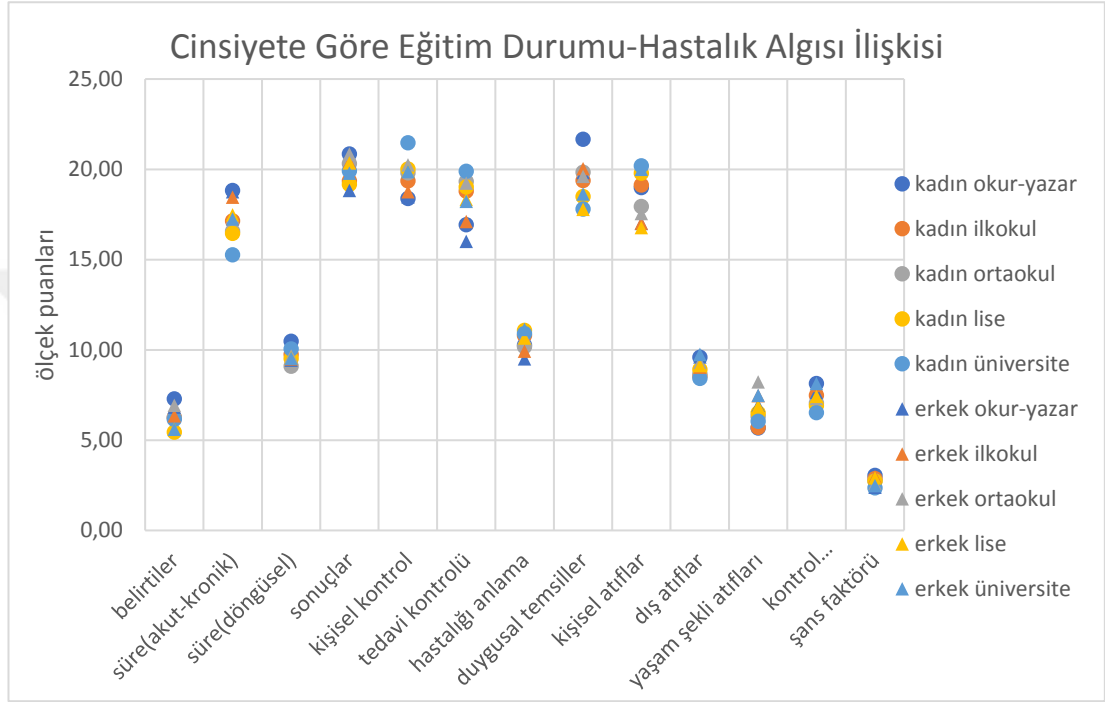
Tablo 4.7: Eğitim düzeyi ve hastalık algısı ilişkisi

Eğitim durumu	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkındaki görüşler-algı boyutu alt boyutları							Hastalık nedenleri boyutu alt boyutları				
	Belirtiler- Kimlik	Süre (akut/kronik)	Süre (döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlama	Duygusal temsiller	Kişisel atıflar	Dış atıflar	Yaşam şekli atıfları	Kontrol edilemeyen bedensel faktörler	Şans faktörü
Okur-yazar (n=107)	7.16 ±3.26	18.80 ±4.67	10.20 ±2.91	20.32 ±4.89	18.40 ±3.82	16.68 ±4.06	10.06 ±2.78	21.18 ±5.58	18.46 ±5.67	9.60 ±2.94	6.00 ±2.28	8.00 ±2.55	2.88 ±1.37
İlkokul (n=235)	6.29 ±3.39	17.70 ±5.67	9.64 ±3.07	19.81 ±5.09	19.09 ±4.63	18.07 ±4.58	10.42 ±2.97	19.65 ±6.00	18.23 ±6.42	8.76 ±3.17	6.45 ±3.01	7.71 ±2.69	2.91 ±1.37
Ortaokul (n=75)	6.61 ±5.52	16.99 ±5.54	9.39 ±2.78	20.60 ±5.32	20.04 ±3.48	19.27 ±3.59	10.45 ±3.14	19.71 ±6.14	17.73 ±5.57	9.00 ±3.40	7.33 ±3.18	7.19 ±2.60	2.67 ±1.45
Lise (n=128)	5.52 ±3.46	16.91 ±4.88	9.53 ±2.81	19.69 ±5.05	19.96 ±4.39	18.71 ±4.07	10.89 ±3.05	18.17 ±5.64	18.44 ±6.02	9.01 ±3.31	6.67 ±2.93	7.13 ±2.31	2.80 ±1.38
Üniversite (n=75)	5.91 ±3.27	16.11 ±5.63	9.83 ±2.54	19.85 ±5.16	20.79 ±5.03	19.17 ±4.10	11.00 ±3.16	18.15 ±5.74	20.11 ±6.08	8.99 ±3.42	6.65 ±2.84	7.20 ±2.15	2.40 ±1.23
F	3.945	3.518	1.174	0.580	4.436	6.148	1.680	4.902	1.723	1.251	2.509	2.681	2.240
p	0.004	0.008	0.321	0.677	0.002	<0.001	0.153	0.001	0.143	0.288	0.041	0.031	0.063
Toplam	6.28 ±3.37	17.44 ±5.37	9.71 ±2.899	19.98 ±5.08	19.47 ±4.42	18.24 ±4.29	10.52 ±3.01	19.44 ±5.91	18.47 ±6.09	9.00 ±3.23	6.54 ±2.90	7.52 ±2.53	2.79 ±1.37



Şekil 4.3: Yaş ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi

Katılımcıların eğitim durumu ile hastalık algısı ilişkisi cinsiyet değişkenine göre değerlendirildiğinde; hastalık belirtileri boyutu, süre (akut/kronik), kişisel kontrol, duygusal temsiller ve kontrol edilemeyen bedensel faktörler alt boyutlarında farkın kadın cinsiyetten kaynaklandığı görülmektedir. Diğer alt boyutlarda cinsiyet kaynaklı fark bulunmamıştır (Şekil 4.4).



Şekil 4.4: Cinsiyete göre yaş ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi

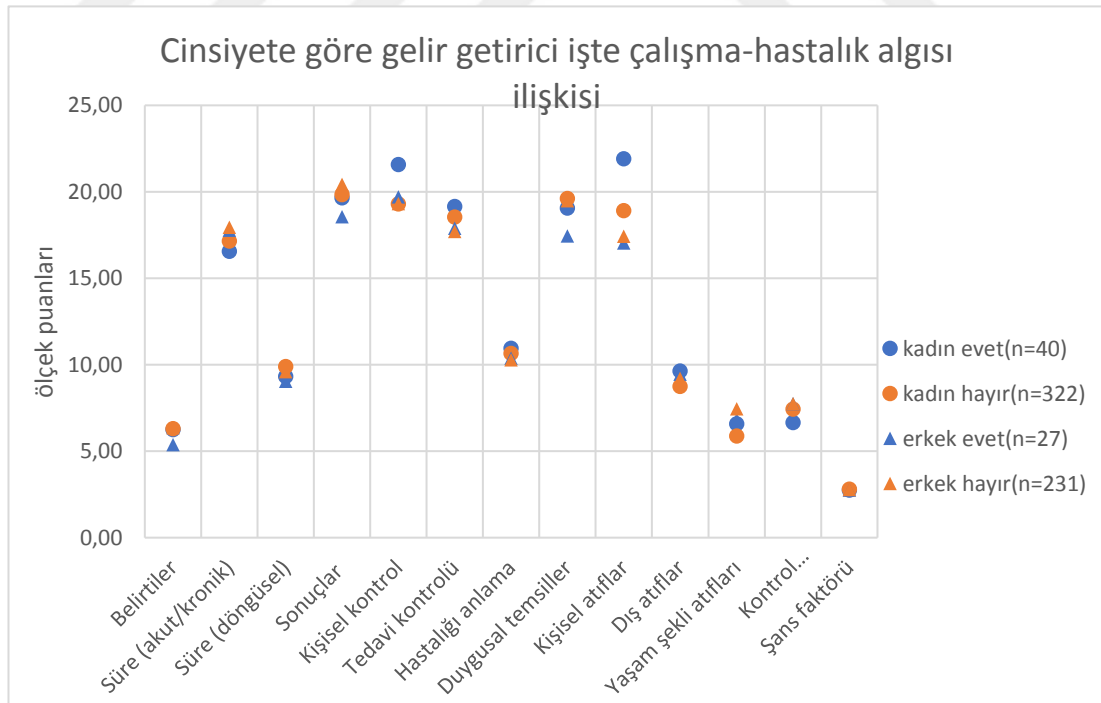
4.3.1.6 Gelir Getirici Bir İşte Çalışma Durumu ve Hastalık Algısı

Çalışmamızda gelir getirici bir işte çalışan katılımcıların çalışmayanlara göre **kişisel kontrol** ($p<0.05$) ve **kişisel atıflar** ($p<0.05$) alt boyut ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.8) (Ek G9).

Tablo 4.8: Çalışma durumu ve hastalık algısı ilişkisi

Çalışma durumu	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkındaki görüşler-algı boyutu alt boyutları							Hastalık nedenleri boyutu alt boyutları				
	Belirtiler- Kimlik	Süre (akut/kronik)	Süre (döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlama	Duygusal temsiller	Kişisel atıflar	Dış atıflar	Yaşam şekli atıfları	Kontrol edilemeyen bedensel faktörler	Şans faktörü
Evet (n=67)	5.90 ±3.12	17.04 ±6.01	9.21 ±2.97	19.21 ±5.25	20.82 ±4.73	18.64 ±4.32	10.72 ±3.35	18.40 ±6.19	19.94 ±6.52	9.55 ±3.35	6.67 ±2.82	7.09 ±2.23	2.75 ±1.40
Hayır (n=553)	6.32 ±3.40	17.48 ±5.30	9.77 ±2.88	20.08 ±5.05	19.30 ±4.36	18.18 ±4.29	10.49 ±2.97	19.56 ±5.87	18.29 ±6.03	8.93 ±3.21	6.53 ±2.91	7.57 ±2.57	2.80 ±1.37
T	-0.976	-0.624	-1.497	-1.322	2.662	0.823	0.571	-1.507	2.097	1.487	0.382	-1.452	-0.287
p	0.329	0.533	0.135	0.187	0.008	0.411	0.569	0.132	0.036	0.138	0.703	0.147	0.774
Toplam	6.28 ±3.37	17.44 ±5.37	9.71 ±2.89	19.98 ±5.08	19.47 ±4.42	18.24 ±4.29	10.52 ±3.01	19.44 ±5.91	18.47 ±6.09	9.00 ±3.23	6.54 ±2.90	7.52 ±2.53	2.79 ±1.37

Katılımcıların gelir getirici bir işte çalışma durumu ile hastalık algısı ilişkisi cinsiyet değişkenine göre değerlendirildiğinde; kişisel kontrol ve kişisel atıflar alt boyutlarında farkın kadın cinsiyetten kaynaklandığı görülmektedir. Diğer boyut ve alt boyutlarda cinsiyet ile ilişki bulunmamıştır (Şekil 4.5).

**Şekil 4.5:** Cinsiyete göre gelir getirici işte çalışma ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi

4.3.1.7 Sağlık Güvencesi ve Hastalık Algısı

Çalışmamızda sağlık güvencesi olmayan katılımcılarda sağlık güvencesi olanlara göre **hastalık belirtileri ($p<0.05$)** boyutu ve **kontrol edilemeyen bedensel faktörler ($p<0.05$)** alt boyutu ortalamaları yüksek saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.9) (Ek G10). Katılımcıların sağlık güvencesine sahip olma durumu ile hastalık algısı ilişkisi cinsiyet değişkenine özel değerlendirildiğinde arada fark bulunmamıştır.

Tablo 4.9: Sağlık güvencesi ve hastalık algısı ilişkisi

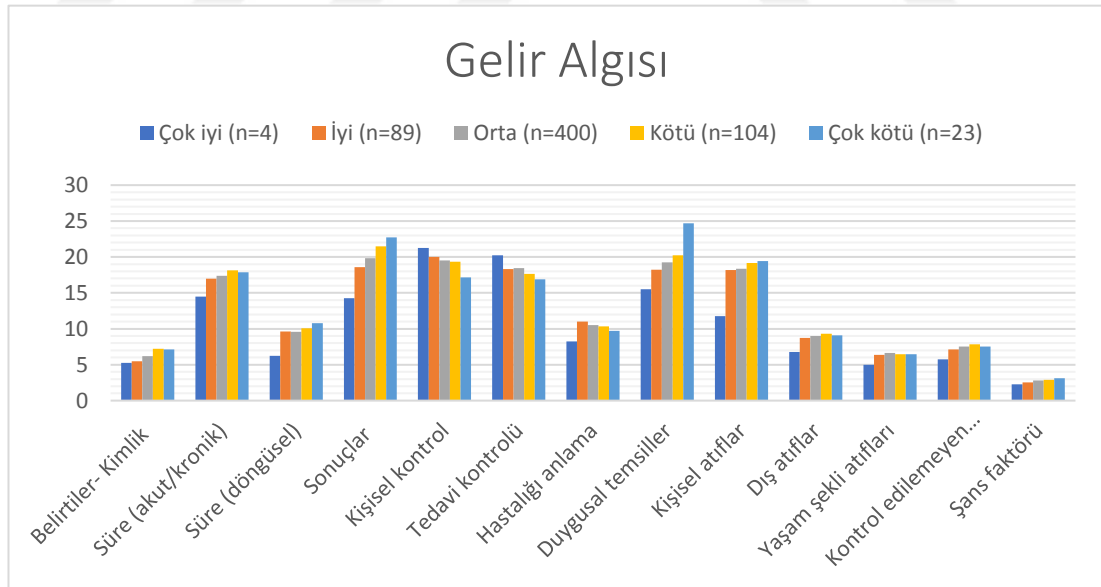
Sağlık güvencesi	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkındaki görüşler-algı boyutu alt boyutları							Hastalık nedenleri boyutu alt boyutları				
	Belirtiler-Kimlik	Süre (akut/kronik)	Süre (döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlama	Duygusal temsiller	Kişisel atıflar	Dış atıflar	Yaşam şekli atıfları	Kontrol edilemeyen bedensel faktörler	Şans faktörü
Var (n=597)	6.20 ±3.36	17.43 ±5.42	9.70 ±2.91	20.01 ±5.09	19.48 ±4.47	17.25 ±4.31	10.54 ±3.01	19.39 ±5.43	18.40 ±6.09	8.99 ±3.26	6.53 ±2.89	7.46 ±2.51	2.79 ±1.38
Yok (n=23)	8.13 ±3.26	17.48 ±4.12	10.09 ±2.44	19.30 ±4.86	19.13 ±3.13	17.70 ±3.62	10.04 ±3.02	20.43 ±5.49	20.30 ±6.27	9.26 ±2.35	6.83 ±3.29	8.83 ±2.93	2.96 ±1.14
T	-2.699	-0.042	-0.635	0.653	0.372	0.612	0.768	-0.829	-1.472	-0.397	-0.475	-2.536	-0.584
p	0.007	0.967	0.525	0.514	0.710	0.542	0.443	0.407	0.141	0.692	0.635	0.011	0.560
Toplam	6.28 ±3.37	17.44 ±5.37	9.71 ±2.89	19.98 ±5.08	19.47 ±4.42	18.24 ±4.29	10.52 ±3.01	19.44 ±5.91	18.47 ±6.09	9.00 ±3.23	6.54 ±2.90	7.52 ±2.53	2.79 ±1.37

4.3.1.8 Gelir Durumu Algısı ve Hastalık Algısı

Çalışmamızda gelir durumu algısı grupları ile **hastalık belirtileri ($p<0.05$)** (kötü olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne de kötü ve iyi olarak değerlendiren grup arasında) boyutu, **süre (döngüsel) ($p<0.05$)** (çok kötü olarak değerlendiren grup ile çok iyi olarak değerlendiren grup arasında), **sonuçlar ($p<0.001$)** (çok kötü ve kötü olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne de kötü, iyi ve çok iyi olarak değerlendiren grup arasında), **duygusal temsiller ($p<0.001$)** (çok kötü olarak değerlendiren grup ile diğer tüm gruplar arasında) alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. (Tablo 4.10) (Şekil 4.6)

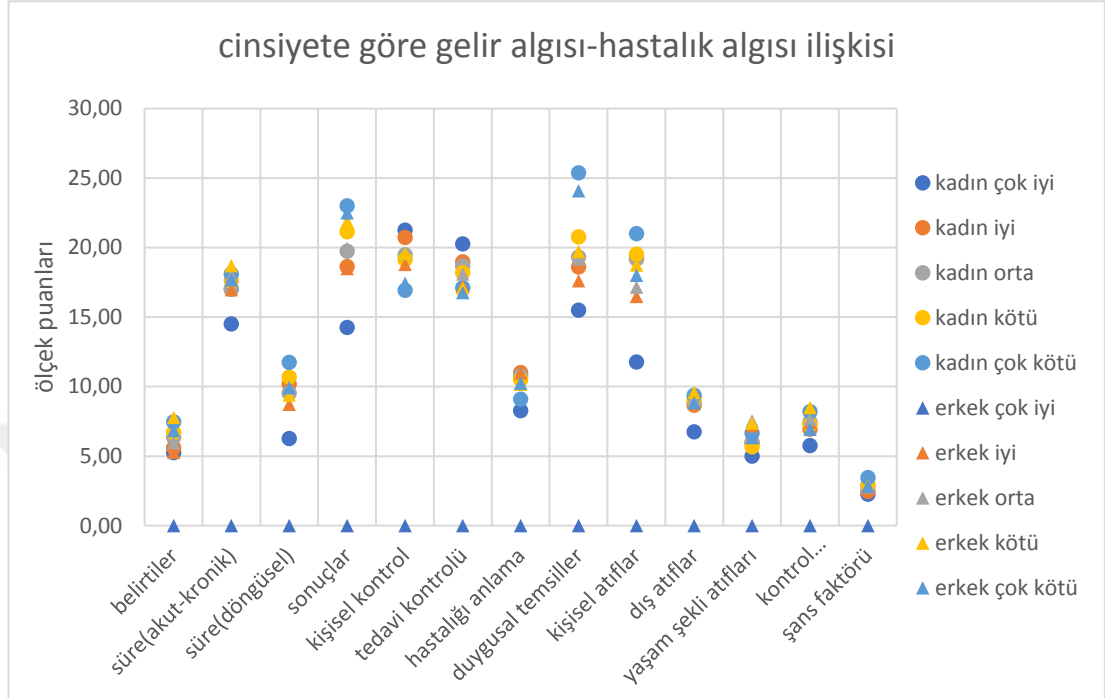
Tablo 4.10: Gelir durumu algısı ve hastalık algısı ilişkisi

Gelir algısı	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkındaki görüşler-algı boyutu alt boyutları							Hastalık nedenleri boyutu alt boyutları				
	Belirtiler- Kimlik	Süre (akut/kronik)	Süre (döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlama	Duygusal temsiller	Kişisel atıflar	Dış atıflar	Yaşam şekli atıfları	Kontrol edilemeyen bedensel faktörler	Şans faktörü
Çok iyi (n=4)	5.25 ±3.59	14.50 ±7.55	6.25 ±3.40	14.25 ±5.18	21.25 ±5.85	20.25 ±6.60	8.25 ±4.50	15.50 ±5.97	11.75 ±5.73	6.75 ±3.20	5.00 ±2.44	5.75 ±1.89	2.25 ±1.50
İyi (n=89)	5.47 ±3.35	16.99 ±5.32	9.64 ±2.97	18.57 ±4.83	20.00 ±4.52	18.31 ±4.54	10.99 ±2.87	18.22 ±6.37	18.18 ±5.76	8.71 ±3.23	6.39 ±2.80	7.11 ±2.48	2.52 ±1.31
Orta (n=400)	6.19 ±3.33	17.38 ±5.37	9.60 ±2.94	19.81 ±5.08	19.51 ±4.47	18.43 ±4.30	10.53 ±3.13	19.25 ±5.79	18.38 ±6.10	9.02 ±3.30	6.62 ±2.92	7.54 ±2.51	2.82 ±1.38
Kötü (n=104)	7.22 ±3.38	18.13 ±5.26	10.05 ±2.52	21.49 ±4.55	19.34 ±3.90	17.65 ±4.12	10.35 ±2.71	20.25 ±5.46	19.14 ±5.92	9.31 ±2.95	6.47 ±2.91	7.84 ±2.55	2.91 ±1.32
Çok kötü (n=23)	7.13 ±3.36	17.87 ±5.80	10.78 ±2.90	22.74 ±5.41	17.17 ±4.79	16.91 ±3.10	9.70 ±2.09	24.70 ±5.13	19.43 ±7.55	9.09 ±3.16	6.48 ±2.96	7.52 ±3.13	3.13 ±1.66
F	3.900	0.939	2.744	7.379	2.069	1.453	1.626	6.758	1.755	0.907	0.434	1.474	1.627
p	0.004	0.441	0.028	<0.001	0.083	0.215	0.166	<0.001	0.136	0.460	0.784	0.209	0.166
Toplam	6.28 ±3.37	17.44 ±5.37	9.71 ±2.899	19.98 ±5.08	19.47 ±4.42	18.24 ±4.29	10.52 ±3.01	19.44 ±5.91	18.47 ±6.09	9.00 ±3.23	6.54 ±2.90	7.52 ±2.53	2.79 ±1.37

**Şekil 4.6:** Gelir durumu algısı ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi

Katılımcıların gelir durumu algısı ile hastalık algısı ilişkisi cinsiyet değişkenine göre değerlendirildiğinde; süre (döngüsel) ve kişisel kontrol alt

boyutlarında farkın kadın cinsiyetten kaynaklandığı görülmektedir. Diğer alt boyutlarda cinsiyet ile ilişki bulunmamıştır (Şekil 4.7).



Şekil 4.7: Cinsiyete göre gelir algısı ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi

4.3.1.9 Ailede Kanser Öyküsü ve Hastalık Algısı

Çalışmamızda ailesinde kanser öyküsü olanlarda olmayanlara göre **kontrol edilemeyen bedensel faktörler ($p<0.001$)** alt boyutu ortalaması yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.11) (Ek G11). Katılımcıların ailesinde kanser öyküsü olma durumu ile hastalık algısı ilişkisi cinsiyet değişkenine özel değerlendirildiğinde gruplar arasında fark bulunmamıştır.

Tablo 4.11: Ailede kanser ve hastalık algısı ilişkisi

Ailede kanser	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkındaki görüşler-algı boyutu alt boyutları							Hastalık nedenleri boyutu alt boyutları				
	Belirtiler- Kimlik	Süre (akut/kronik)	Süre (döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlama	Duygusal temsiller	Kişisel atıflar	Dış atıflar	Yaşam şekli atıfları	Kontrol edilemeyen bedensel faktörler	Şans faktörü
Var (n=359)	6.34 ±3.39	17.58 ±5.45	9.78 ±2.90	20.30 ±4.95	19.38 ±4.35	18.18 ±4.28	10.55 ±2.97	19.53 ±5.99	18.64 ±6.26	9.13 ±3.33	6.65 ±3.04	7.93 ±2.50	2.75 ±1.38
Yok (n=262)	6.21 ±3.35	17.25 ±5.26	9.61 ±2.89	19.55 ±5.22	19.60 ±4.52	18.32 ±4.30	10.48 ±3.07	19.31 ±5.81	18.24 ±5.86	8.83 ±3.09	6.40 ±2.68	6.95 ±2.47	2.85 ±1.37
F	0.477	0.758	0.690	1.819	-0.586	-0.389	0.277	0.463	0.810	1.153	1.062	4.858	-0.826
p	0.634	0.449	0.490	0.069	0.558	0.697	0.782	0.643	0.418	0.249	0.289	<0.001	0.409
Toplam	6.28 ±3.37	17.44 ±5.37	9.71 ±2.89	19.98 ±5.08	19.47 ±4.42	18.24 ±4.29	10.52 ±3.01	19.44 ±5.91	18.47 ±6.09	9.00 ±3.23	6.54 ±2.90	7.52 ±2.53	2.79 ±1.37

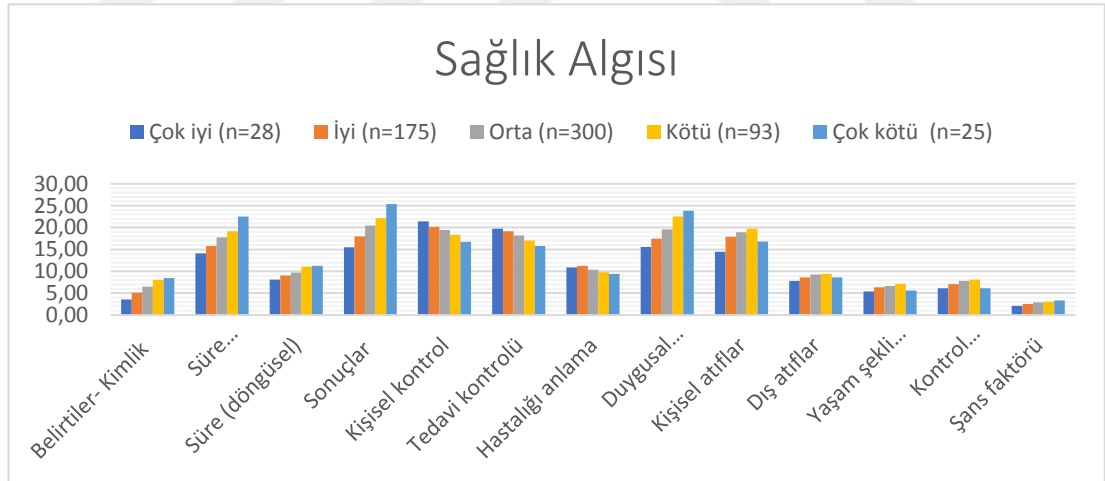
4.3.1.10 Sağlık Durumu Algısı ve Hastalık Algısı

Çalışmamızda sağlık durumu algısı grupları ile **tüm boyut ve alt boyutların** ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Fark **hastalık belirtileri** boyutunda; çok kötü ve kötü olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne de kötü, iyi, çok iyi olarak değerlendiren grup arasında- ne iyi ne de kötü olarak değerlendiren grup ile tüm gruplar arasındadır (**p<0.001**). **Süre (akut/kronik)** alt boyutunda; çok kötü olarak değerlendiren grup ile diğer tüm gruplar arasında- iyi ve çok iyi olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne de kötü, kötü, çok kötü olarak değerlendiren grup arasında, **süre (döngüsel)** alt boyutunda; çok kötü ve kötü olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne de kötü, iyi, çok iyi olarak değerlendiren grup arasında- ne iyi ne de kötü olarak değerlendiren grup ile ayrıca çok iyi olarak değerlendiren grup arasında istatistiksel anlamlı fark vardır (**p<0.001**). **Sonuçlar** alt boyutunda; iyi ve çok iyi olarak değerlendiren grubun birbiriyle hariç diğer tüm gruplarla ve diğer grupların da kendi arasında anlamlı ilişkisi mevcuttur (**p<0.001**). **Kişisel kontrol** alt boyutunda; çok kötü olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne de kötü, iyi, çok iyi olarak değerlendiren grup arasında- kötü olarak değerlendiren grup ile iyi, çok iyi olarak değerlendiren grup arasında, **tedavi kontrolü** alt boyutunda; kötü ve çok kötü olarak değerlendiren grup ile iyi, çok iyi olarak değerlendiren grup arasında istatistiksel anlamlı fark vardır

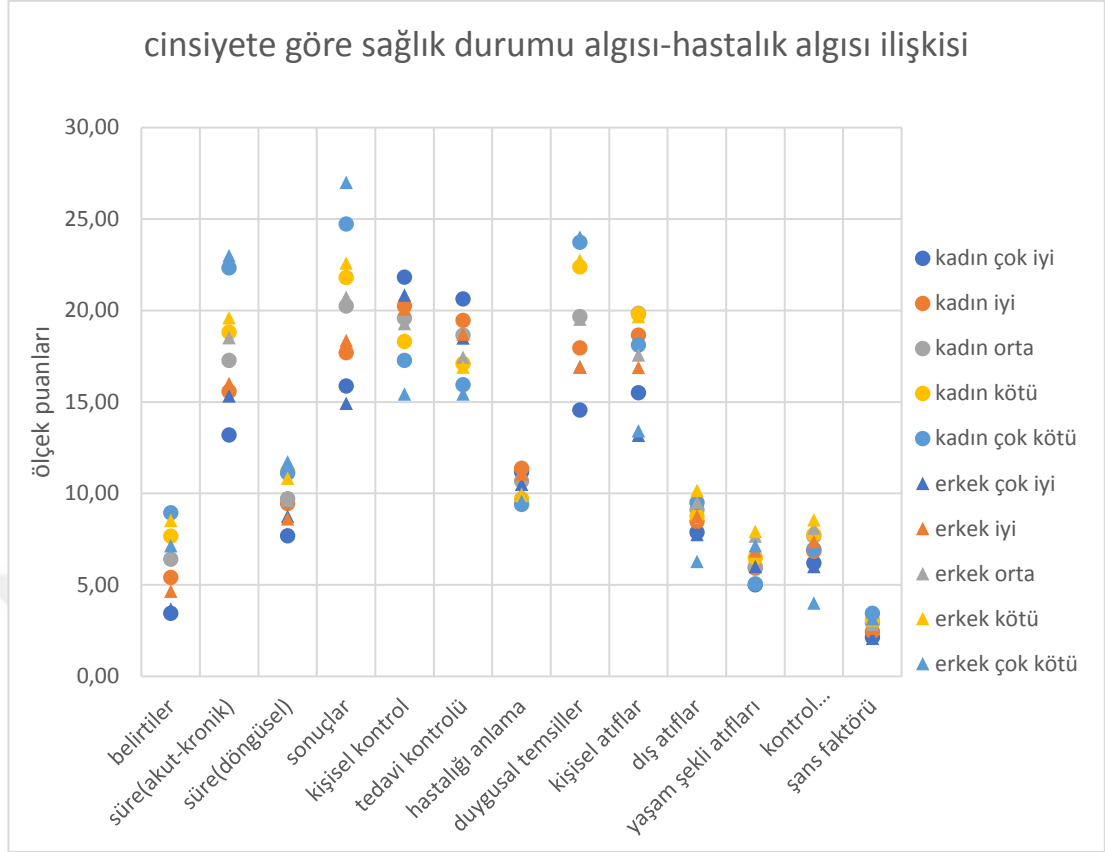
($p<0.001$). **Hastalığı anlayabilme-tutarlılık** alt boyutunda; iyi olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne kötü, kötü, çok kötü olarak değerlendiren grup arasında, **duygusal temsiller** alt boyutunda; ne iyi ne de kötü olarak değerlendiren grup ile diğer tüm gruplar arasında ayrıca kötü ve çok kötü olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne kötü, iyi, çok iyi olarak değerlendiren grup arasında fark mevcuttur (**$p<0.05$**). Hastalık nedenlerine yapılan atıflara bakıldığında **kişisel atıflar** alt grubunda; çok iyi olarak değerlendiren grup ile kötü, ne iyi ne kötü, iyi olarak değerlendiren grup arasında, **dış atıflar** alt boyutunda; kötü olarak değerlendiren grup ile çok iyi olarak değerlendiren grup arasında, **yaşam şekli atıfları** alt boyutunda; kötü olarak değerlendiren grup ile çok iyi olarak değerlendiren grup arasında istatistiksel önemde fark bulunmuştur (**$p<0.05$**). **Kontrol edilemeyen bedensel faktörler** alt boyutunda; iyi, çok iyi, çok kötü olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne de kötü, kötü olarak değerlendiren grup arasında ayrıca ne iyi ne de kötü olarak değerlendiren grupla kötü olarak değerlendiren grup arasında, **şans** alt boyutunda; iyi, çok iyi olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne de kötü, kötü, çok kötü olarak değerlendiren grup arasındaki ilişki anlamlıdır (**$p<0.001$**) (Tablo 4.12) (Şekil 4.8).

Tablo 4.12: Sağlık durumu algısı ve hastalık algısı ilişkisi

Sağlık algısı	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkındaki görüşler-algı boyutu alt boyutları							Hastalık nedenleri boyutu alt boyutları				
	Belirtiler- Kimlik	Süre (akut/kronik)	Süre (döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlama	Duygusal temsiller	Kişisel atıflar	Dış atıflar	Yaşam şekli atıfları	Kontrol edilemeyen bedensel faktörler	Şans faktörü
Çok iyi (n=28)	3.54 ±3.45	14.11 ±5.84	8.14 ±3.41	15.46 ±3.75	21.39 ±5.47	19.71 ±4.61	10.89 ±3.63	15.57 ±6.07	14.50 ±4.86	7.82 ±2.77	5.43 ±2.21	6.11 ±2.37	2.11 ±1.57
İyi (n=175)	5.08 ±3.23	15.76 ±5.28	9.08 ±2.89	17.98 ±4.83	20.17 ±4.64	19.13 ±4.40	11.23 ±2.67	17.50 ±5.93	17.89 ±5.56	8.59 ±3.01	6.33 ±2.81	7.07 ±2.22	2.52 ±1.27
Orta (n=300)	6.51 ±3.19	17.77 ±4.83	9.68 ±2.82	20.44 ±4.58	19.46 ±4.01	18.17 ±4.09	10.39 ±3.18	19.61 ±5.57	18.92 ±6.15	9.27 ±3.20	6.67 ±2.85	7.84 ±2.52	2.88 ±1.36
Kötü (n=93)	8.05 ±2.86	19.16 ±5.25	11.03 ±2.28	22.16 ±4.98	18.35 ±4.23	17.01 ±3.63	9.78 ±2.67	22.54 ±4.71	19.75 ±6.34	9.39 ±3.51	7.13 ±3.28	8.11 ±2.68	3.09 ±1.32
Çok kötü (n=25)	8.44 ±3.11	22.52 ±5.99	11.28 ±3.03	25.36 ±4.49	16.76 ±5.04	15.80 ±5.62	9.44 ±2.63	23.80 ±5.70	16.80 ±7.15	8.60 ±3.92	5.64 ±2.67	6.12 ±2.93	3.36 ±1.60
F	22.129	16.754	11.523	28.502	6.458	6.889	5.021	19.657	5.415	2.586	3.007	8.268	6.060
p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.001	<0.001	<0.001	0.036	0.018	<0.001	<0.001
Toplam	6.28 ±3.37	17.44 ±5.37	9.71 ±2.899	19.98 ±5.08	19.47 ±4.42	18.24 ±4.29	10.52 ±3.01	19.44 ±5.91	18.47 ±6.09	9.00 ±3.23	6.54 ±2.90	7.52 ±2.53	2.79 ±1.37

**Şekil 4.8:** Sağlık algısı ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi

Katılımcıların sağlık algısı ile hastalık algısı ilişkisi cinsiyet değişkenine göre değerlendirildiğinde; tedavi kontrolü alt boyutunda farkın kadın cinsiyetten kaynaklandığı görülmektedir. Dış atıflar alt boyutunda ise fark erkek cinsiyet kaynaklıdır. Diğer boyut ve alt boyutlarda cinsiyet ile ilişki bulunmamıştır (Şekil 4.9).



Şekil 4.9: Cinsiyete göre sağlık durumu algısı ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi

4.3.2 Hastalıkla İlgili Özellikler ve Hastalık Algısı

4.3.2.1 Kanser Evresi ve Hastalık Algısı

Sonuçlar ($p < 0.05$) ve **hastalığı anlayabilme-tutarlılık ($p < 0.05$)** (2. ve 4. Evre arasında) alt boyut ortalamaları kanser evresi gruplarına göre değerlendirildiğinde; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.13) (Ek G12). Katılımcıların kanser evresi ile hastalık algısı ilişkisi cinsiyet değişkenine özel değerlendirildiğinde arada fark bulunmamıştır.

Tablo 4.13: Kansere evresi ve hastalık algısı ilişkisi

Kanser evresi	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkındaki görüşler-algı boyutu alt boyutları							Hastalık nedenleri boyutu alt boyutları				
	Belirtiler- Kimlik	Süre (akut/kronik)	Süre (döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlama	Duygusal temsiller	Kişisel atıflar	Dış atıflar	Yaşam şekli atıfları	Kontrol edilemeyen bedensel faktörler	Şans faktörü
1.evre (n=21)	5.67 ±2.81	15.67 ±4.64	8.86 ±2.53	18.29 ±5.30	20.86 ±4.22	19.19 ±3.55	11.29 ±2.59	19.14 ±6.46	17.76 ±5.27	8.00 ±3.03	6.52 ±2.60	6.86 ±2.19	2.57 ±1.36
2.evre (n=78)	6.54 ±3.59	16.40 ±5.67	10.18 ±2.90	19.27 ±5.10	19.65 ±4.32	18.88 ±4.41	11.31 ±2.80	19.35 ±6.08	19.46 ±6.90	8.69 ±2.77	5.90 ±2.48	7.12 ±2.28	2.88 ±1.36
3.evre (n=255)	6.02 ±3.40	17.36 ±5.28	9.45 ±3.08	19.68 ±5.08	19.32 ±4.60	18.27 ±4.40	10.56 ±2.99	19.34 ±6.10	18.07 ±5.98	8.93 ±3.08	6.45 ±2.89	7.50 ±2.57	2.79 ±1.39
4.evre (n=267)	6.51 ±3.31	17.96 ±5.37	9.88 ±2.70	20.61 ±4.99	19.46 ±4.30	17.95 ±4.18	10.19 ±3.08	19.58 ±5.65	18.61 ±6.00	9.25 ±3.48	6.82 ±3.01	7.70 ±2.59	2.79 ±1.36
F	1.317	2.620	2.266	2.970	0.833	1.348	3.312	0.098	1.188	1.475	2.199	1.599	0.297
p	0.268	0.050	0.080	0.031	0.476	0.258	0.020	0.961	0.314	0.220	0.087	0.188	0.827
Toplam	6.28 ±3.37	17.44 ±5.37	9.71 ±2.89	19.98 ±5.08	19.47 ±4.42	18.24 ±4.29	10.52 ±3.01	19.44 ±5.91	18.47 ±6.09	9.00 ±3.23	6.54 ±2.90	7.52 ±2.53	2.79 ±1.37

4.3.2.2 İlk Şikayetten Başvuruya Kadar Geçen Süre

Boyut ve alt boyut ortalamaları tanı zamanı gruplarına göre değerlendirildiğinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Ek G13 ve G14). Katılımcıların ilk şikayetlerinden başvuruya kadar geçen süre ile hastalık algısı ilişkisi cinsiyet değişkenine özel değerlendirildiğinde arada fark bulunmamıştır.

4.3.2.3 Kronik Hastalık ve Hastalık Algısı

Çalışmamızda ilaç kullanmasını gerektirecek kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre **tedavi kontrolü** alt boyut ortalaması yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Ek G15 ve G16). Katılımcıların kanser dışında bir kronik hastalığa daha sahip olma durumu ile hastalık algısı ilişkisi cinsiyet değişkenine özel değerlendirildiğinde arada fark bulunmamıştır.

4.3.2.4 Ameliyat Öyküsü ve Hastalık Algısı

Çalışmamızda kanser tedavisi amacıyla ameliyat olma öyküsü olmayan hastalarda ameliyat olan hastalara göre **yaşam şekli atıfları** alt boyut ortalaması yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$) (Ek G17 ve G18). Katılımcıların kanser tedavisi amacı ile ameliyat olma öyküsü ile hastalık algısı ilişkisi cinsiyet değişkenine özel değerlendirildiğinde arada fark bulunmamıştır.

4.3.2.5 Yan Etki Yaşama ve Hastalık Algısı

Çalışmamızda tedavi sürecinde yan etki yaşayanlarda yaşamayanlara göre **hastalık belirtileri ($p<0.001$)** boyutu, **süre (döngüsel) ($p<0.05$)**, **sonuçlar ($p<0.05$)**, **kişisel atıflar ($p<0.05$)** ve **şans faktörü ($p<0.05$)** alt boyut ortalamaları yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.14) (Ek G19). Katılımcıların kanser tedavisi sürecinde yan etki yaşama durumu ile hastalık algısı ilişkisi cinsiyet değişkenine özel değerlendirildiğinde arada fark bulunmamıştır.

Tablo 4.14: Yan etki yaşama ve hastalık algısı ilişkisi

Yan etki durumu	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkındaki görüşler-algı boyutu alt boyutları							Hastalık nedenleri boyutu alt boyutları				
	Belirtiler- Kimlik	Süre (akut/kronik)	Süre (döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlama	Duygusal temsiller	Kişisel atıflar	Dış atıflar	Yaşam şekli atıfları	Kontrol edilemeyen bedensel faktörler	Şans faktörü
<i>Evet</i> (n=293)	6.82 ±3.31	17.73 ±5.38	10.09 ±2.80	20.51 ±5.09	19.46 ±4.54	18.18 ±4.52	10.64 ±3.12	19.92 ±5.89	19.16 ±6.27	9.10 ±3.39	6.70 ±3.09	7.59 ±2.63	2.97 ±1.36
<i>Hayır</i> (n=328)	5.80 ±3.36	17.18 ±5.36	9.37 ±2.94	19.51 ±5.02	19.48 ±4.32	18.29 ±4.07	10.41 ±2.91	19.01 ±5.90	17.85 ±5.87	8.92 ±3.07	6.41 ±2.71	7.45 ±2.44	2.63 ±1.37
<i>T</i>	3.813	1.259	3.082	2.449	-0.049	-0.315	0.949	1.916	2.699	0.698	1.247	0.666	3.079
<i>p</i>	<0.001	0.208	0.002	0.015	0.961	0.753	0.343	0.056	0.007	0.486	0.213	0.506	0.002
<i>Toplam</i>	6.28 ±3.37	17.44 ±5.37	9.71 ±2.89	19.98 ±5.08	19.47 ±4.42	18.24 ±4.29	10.52 ±3.01	19.44 ±5.91	18.47 ±6.09	9.00 ±3.23	6.54 ±2.90	7.52 ±2.53	2.79 ±1.37

4.3.3 Algılanan Sosyal Destek ve Hastalık Algısı

Çalışmamızda toplam algılanan sosyal destek puan ortalaması ile hastalık algısı ölçeği **kişisel kontrol** ve **tedavi kontrolü** alt boyutunda pozitif yönde

zayıf bir ilişki bulunmaktadır (**$r=0.266$, $p<0.001$**) (Tablo 4.15). Katılımcıların çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı ile hastalık algısı ilişkisi cinsiyet değişkenine özel değerlendirildiğinde; her iki gruptaki farkın kadın cinsiyet kaynaklı olduğu saptanmıştır (Şekil 4.10).

4.3.3.1 Aileden Algılanan Sosyal Destek ve Hastalık Algısı

Aile boyutu puan ortalaması ile hastalık algısı ölçeği **kişisel kontrol** ve **tedavi kontrolü** alt boyutunda pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmaktadır (**$r=0.261$, $p<0.001$**) (Tablo 4.15). Katılımcıların çok boyutlu algılanan sosyal destek aile boyutu puanı ile hastalık algısı ilişkisi cinsiyet değişkenine özel değerlendirildiğinde; kişisel kontrol alt boyutundaki farkın sadece kadın cinsiyet kaynaklı olduğu bulunmuştur (Şekil 4.10).

4.3.3.2 Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Hastalık Algısı

Arkadaş boyutu puan ortalaması ile hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 4.15).

4.3.3.3 Özel Birinden Algılanan Destek ve Hastalık Algısı

Özel biri boyutu puan ortalaması ile hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 4.15).

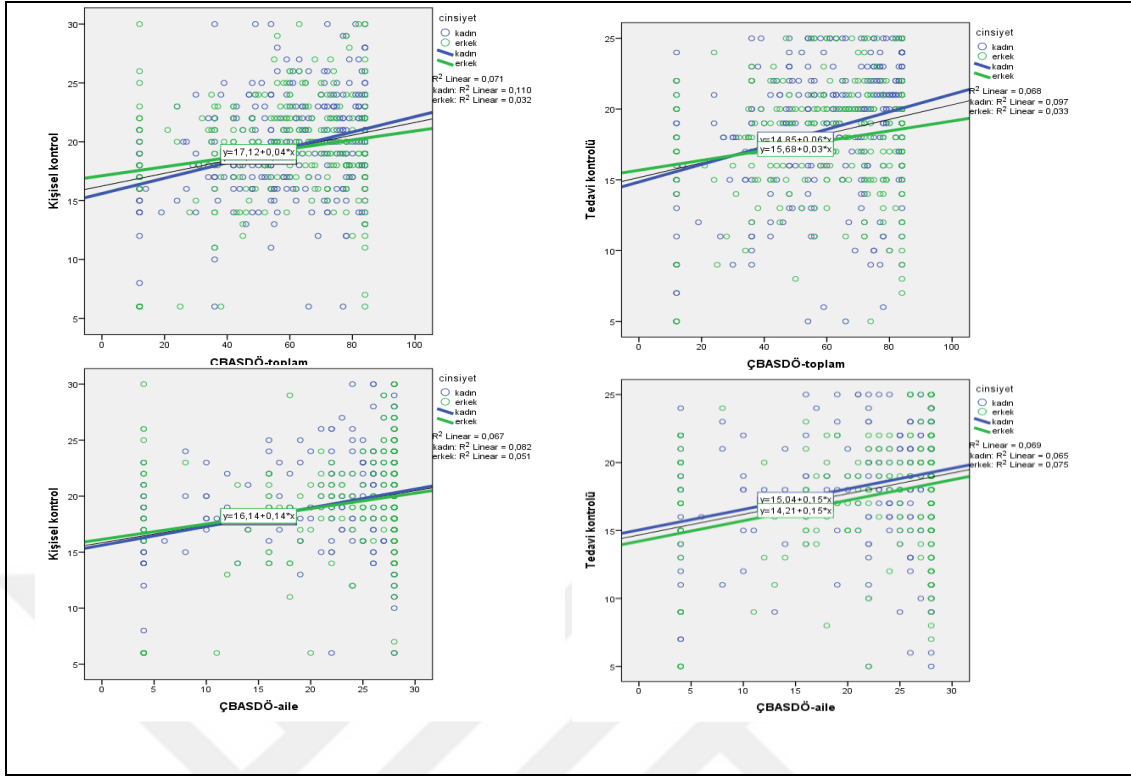
4.3.4 Yaşam Doyumu ve Hastalık Algısı

Çalışmamızda yaşam doyumu ölçeği puan ortalaması ile hastalık algısı ölçeği **süre (döngüsel)** (**$r=-0.255$**), **sonuçlar** (**$r=-0.324$**), **duygusal faktörler** (**$r=-0.344$**) ve **şans faktörü** (**$r=-0.282$**) alt boyutu arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmaktadır (**$p<0.001$**) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ve yaşam doyumu ile hastalık algısı ilişkisi

Ölçekler	Boyutlar	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkındaki görüşler-algı boyutu alt boyutları							Hastalık nedenleri boyutu alt boyutları				
		Belirtiler- Kimlik	Süre (akut/kronik)	Süre (döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlama	Duygusal temsiller	Kişisel atıflar	Dış atıflar	Yaşam şekli atıfları	Kontrol edilemeyen bedensel faktörler	Şans faktörü
ÇBASDÖ	TOPLAM													
	r	0.004	-0.179	-0.145	-0.166	0.266	0.261	0.137	-0.181	0.077	0.027	0.042	0.077	-0.172
	P	0.921	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.001	<0.001	0.055	0.508	0.291	0.056	<0.001
	AİLE													
	r	0.057	-0.132	-0.120	-0.097	0.260	0.263	0.117	-0.140	0.086	0.031	0.051	0.144	-0.180
	P	0.158	0.001	0.003	0.016	<0.001	<0.001	0.004	<0.001	0.032	0.445	0.207	<0.001	<0.001
	ARKADAŞ													
	r	-0.021	-0.180	-0.151	-0.179	0.245	0.226	0.147	-0.192	0.050	0.003	0.032	0.011	-0.203
	P	0.601	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.210	0.946	0.429	0.778	<0.001
	ÖZEL BİRİ													
	r	-0.016	-0.147	-0.103	-0.144	0.188	0.190	0.092	-0.134	0.065	0.036	0.030	0.055	-0.069
	P	0.682	<0.001	0.010	<0.001	<0.001	<0.001	0.022	0.001	0.104	0.372	0.462	0.172	0.087
YDÖ	TOPLAM													
	r	-0.159	-0.242	-0.255	-0.324	0.233	0.222	0.150	-0.344	-0.130	-0.083	-0.032	0.007	-0.282
	P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.001	0.039	0.426	0.863	<0.001

Katılımcıların yaşam doyumu ölçeği puanı ile hastalık algısı ilişkisi cinsiyet değişkenine özel değerlendirildiğinde; boyut ve alt boyutlarda cinsiyetten arasında bir fark bulunmamıştır (Şekil 4.10).



Şekil 4.10: Cinsiyete göre bazı ÇBASDÖ boyutları ile HAQ alt boyutları arasındaki korelasyon grafikleri

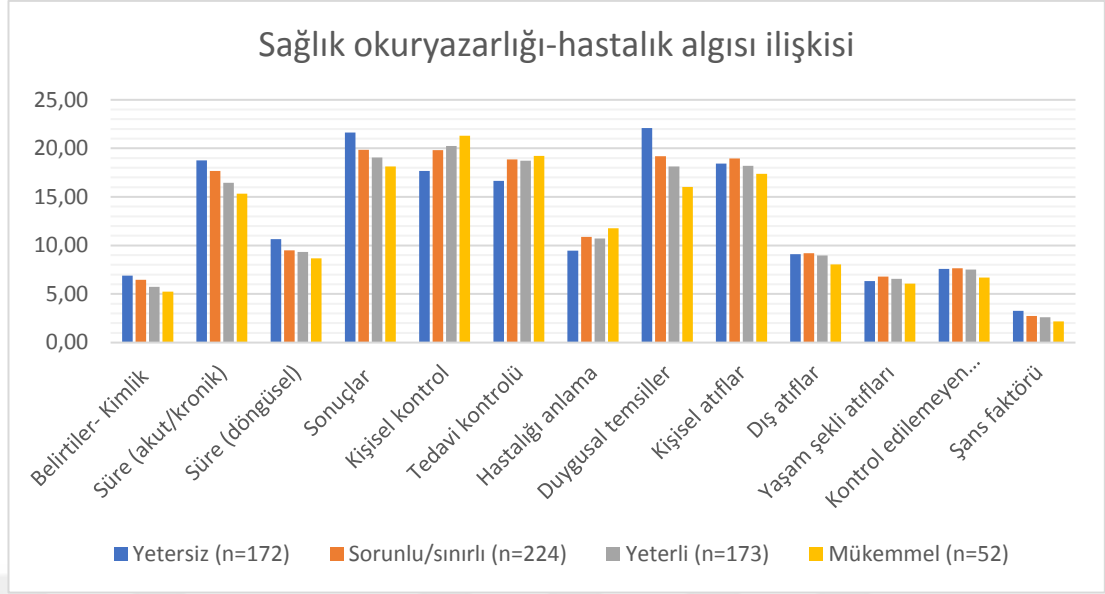
4.4 SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE HASTALIK ALGISI

Çalışmamızda sağlık okuryazarlık düzeylerine göre alınan sırasıyla en yüksek ve en düşük hastalık algısı boyut ve alt boyut ortalamalarına bakıldığında; hastalık belirtileri boyutunda yetersiz ve mükemmel grubunda, süre (akut/kronik) alt boyutunda yetersiz ve mükemmel, süre (döngüsel) alt boyutunda yetersiz ve mükemmel, sonuçlar alt boyutunda yetersiz ve mükemmel, kişisel kontrol alt boyutunda mükemmel ve yetersiz, tedavi kontrolü alt boyutunda mükemmel ve yetersiz, hastalığı anlayabilme-tutarlılık alt boyutunda mükemmel ve yetersiz, duygusal temsiller alt boyutunda yetersiz ve mükemmel, kişisel atıflar alt boyutunda sorunlu-sınırlı ve mükemmel, dış atıflar alt boyutunda sorunlu-sınırlı ve mükemmel, yaşam şekli atıfları alt boyutunda sorunlu-sınırlı ve mükemmel, kontrol edilemeyen bedensel faktörler alt boyutunda sorunlu-sınırlı ve mükemmel, şans faktörü alt boyutunda yetersiz ve mükemmel gruplarına aittir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hastalık algısı ölçeği **hastalık belirtileri** boyutu (yetersiz SOYa sahip olanlar ile yeterli ve mükemmel SOYa sahip olanlar

arasında) (**p<0.05**), **süre (akut/kronik)** (yetersiz SOYa sahip olanlar ile yeterli ve mükemmel SOYa sahip olanlar arasında- sorunlu-sınırlı SOYa sahip olanlar ile mükemmel SOYa sahip olanlar arasında) (**p<0.001**), **süre (döngüsel)** (yetersiz SOYa sahip olanlar ile diğer tüm gruplar arasında) (**p<0.001**), **sonuçlar** (yetersiz SOYa sahip olanlar ile diğer tüm gruplar arasında) (**p<0.001**), **kişisel kontrol** (yetersiz SOYa sahip olanlar ile diğer tüm gruplar arasında) (**p<0.001**), **tedavi kontrolü** (yetersiz SOYa sahip olanlar ile diğer tüm gruplar arasında) (**p<0.001**), **hastalığı anlayabilme-tutarlılık** (yetersiz SOYa sahip olanlar ile diğer tüm gruplar arasında) (**p<0.001**), **duygusal temsiller** (yetersiz SOYa sahip olanlar ile yeterli ve mükemmel SOYa sahip olanlar arasında- sorunlu-sınırlı SOYa sahip olanlar ile mükemmel SOYa sahip olanlar arasında) (**p<0.001**) **ve şans faktörü** (yetersiz SOYa sahip olanlar ile yeterli ve mükemmel SOYa sahip olanlar arasında- sorunlu-sınırlı SOYa sahip olanlar ile mükemmel SOYa sahip olanlar arasında) (**p<0.001**) alt boyut ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.16) (Şekil 4.11).

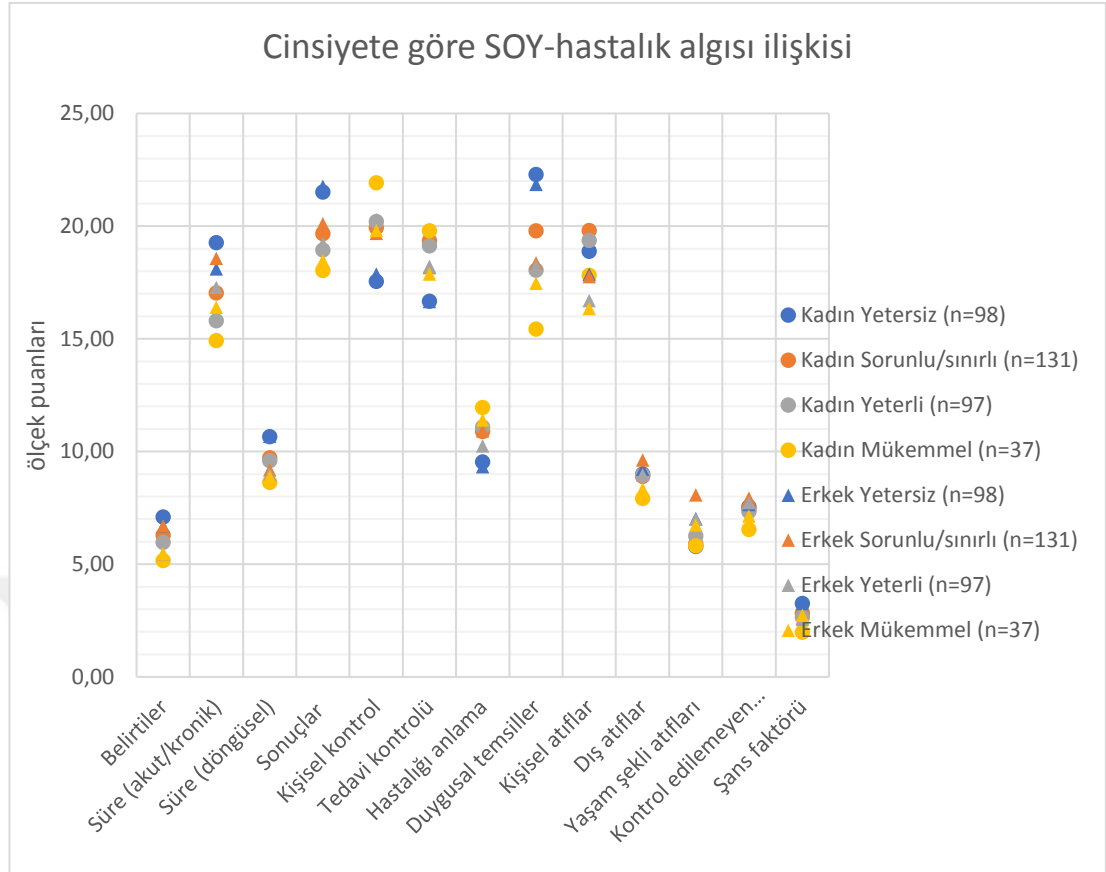
Tablo 4.16: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre hastalık algısı puanlar

	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkındaki görüşler-algi boyutu alt boyutları						Hastalık nedenleri boyutu alt boyutları					
SOY düzeyi	Belirtiler- Kimlik	Süre (akut/kronik)	Süre (döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlama	Duygusal temsiller	Kişisel atıflar	Dış atıflar	Yaşam şekli atıfları	Kontrol edilemeyen	Şans faktörü
Yetersiz (n=172)	6,91 ±3.46	18,76 ±6.04	10,66 ±3.12	21,62 ±5.25	17,69 ±4.99	16,66 ±4.82	9,45 ±2.81	22,10 ±6.12	18,45 ±6.09	9,09 ±3.42	6,32 ±2.99	7,59 ±2.67	3,26 ±1.44
Sorunlu/sınırlı (n=224)	6,45 ±3.27	17,67 ±4.77	9,50 ±2.57	19,85 ±4.55	19,83 ±3.65	18,85 ±3.64	10,90 ±2.95	19,20 ±5.50	18,95 ±5.67	9,20 ±3.02	6,80 ±2.82	7,65 ±2.39	2,73 ±1.28
Yeterli (n=173)	5,75 ±3.30	16,45 ±5.01	9,34 ±2.76	19,06 ±5.02	20,24 ±4.10	18,72 ±4.02	10,72 ±2.94	18,13 ±5.40	18,19 ±6.26	8,96 ±3.23	6,57 ±2.89	7,51 ±2.55	2,60 ±1.30
Mükemmel (n=52)	5,25 ±3.34	15,35 ±5.51	8,69 ±3.13	18,15 ±5.47	21,31 ±4.76	19,23 ±4.58	11,79 ±3.18	16,02 ±5.16	17,38 ±7.18	8,04 ±3.33	6,08 ±2.91	6,71 ±2.54	2,19 ±1.35
F	5.374	8.481	10.112	10.632	15.467	11.507	12.384	22.524	1.136	-1.868	1.377	2.006	11.631
P	0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.334	0.134	0.249	0.112	<0.001
Toplam	6.28 ±3.37	17.44 ±5.37	9.71 ±2.89	19.98 ±5.08	19.47 ±4.42	18.24 ±4.29	10.52 ±3.01	19.44 ±5.91	18.47 ±6.09	9.00 ±3.23	6.54 ±2.90	7.52 ±2.53	2.79 ±1.37



Şekil 4.11: Sağlık okuryazarlığı ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi

Hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları cinsiyet değişkeni özelinde sağlık okuryazarlığı düzeyine göre değerlendirildiğinde; süre (akut/kronik) ve tedavi kontrolü alt boyutlarında (her ikisinde de yetersiz SOY ile diğer tüm SOY grupları arasında) fark sadece kadın cinsiyette mevcut iken erkek cinsiyette bu alt boyutlarda anlam yoktur (Şekil 4.12) (Ek G20 ve G21).



Şekil 4.12: Cinsiyete göre sağlık durumu algısı ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi

TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1 TARTIŞMA

Bu çalışmada, kanser tanılı hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve hastalık algısı düzeyinin belirlenmesi ve aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi onkoloji kliniğine başvuran ve 1. Seri kemoterapi alan hastalar dahil edilmiştir. Araştırma döneminde onkoloji kliniğine başvuran 690 1. Seri KT alan hastadan 621'i (%90) çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmamızın bulguları; sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörler, hastalık algısı düzeyi ve ilişkili faktörler ile sağlık okuryazarlığı ve hastalık algısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi özelinde tartışılacaktır.

5.1.1 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler

Sağlık okuryazarlığı; bireylerin yaşam tarzlarını ve koşullarını değiştirerek, kişisel sağlık ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla belirli bir düzeyde bilgi, kişisel beceri ve güvene ulaşılmasını ifade eder. Sağlık okuryazarlığı, insanların sağlık bilgilerine erişimi ve bu bilgileri etkin bir şekilde kullanma kapasitelerini geliştirmesi nedeni ile kritik öneme sahiptir (5).

Çalışmamızda katılımcıların %27.7'sinin yetersiz, %36.1'inin sorunlu/sınırlı, %27.9'unun yeterli, %8.4'ünün mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur. UNESCO'nun raporuna göre dünyanın yetişkin nüfusunun yaklaşık %16'sı temel okuryazarlık becerilerinden yoksundur (70). Amerika Ulusal Yetişkin Okuryazarlık Araştırması'na (NAAL) göre; Amerika'da yetişkinlerin yaklaşık %50'sinin kısıtlı, sadece %12'sinin yeterli

sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu gösterilmiştir (21). Sekiz Avrupa ülkesini kapsayan (Hollanda, Yunanistan, İrlanda, Avusturya, Polonya, İspanya, Bulgaristan ve Almanya) Avrupa sağlık okuryazarlığı çalışmasında ülkelerin yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi %2-27, sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi %29-62, yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi ise %37-72 arasında değişmektedir (30). Sağlık Bakanlığı tarafından 2018 yılında yayınlanan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması'na göre ise ülkemizde sağlık okuryazarlığı düzeyinin, %30.9 yetersiz, %38.0 sorunlu/sınırlı, %23.4 yeterli, %7.7 mükemmel kategorisinde olduğu görülmektedir (18). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda yetişkin nüfusun %24.5'i yetersiz, %40.1'i sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip bulunmuştur (71). Yetersiz veya sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, uygun sağlık bakımı kararları vermek için gerekli bilgilere ulaşma, hizmetleri edinme, işleme-anlama ve uygun kararları verebilme kapasiteleri de sınırlıdır. Yabancı kelime veya kavramları içeren bilgileri anlamakta güçlük çekerler. Hastaların karar verme sürecine daha fazla katılımını gerektiren kanser tedavisinde, artan seçenekler ve karmaşıklık göz önüne alındığında, bu eşitsizlik daha da artmaktadır (72).

Çalışmamızda eğitim düzeyi sadece okuryazar olan gruptan üniversite mezunu gruba doğru yükseldikçe yetersiz (%43.9'dan %10.7'ye kadar) ve kısıtlı sağlık okuryazarlığı sıklığı (%81.3'ten %41.4'e kadar) azalmaktadır. Eğitim düzeyleri arasında sağlık okuryazarlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması'na göre, yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı en yüksek ilköğretim mezunu olanlarda %53.4, ilköğretim, ortaokul, lise ve dengi okullardan mezun olanlarda %19.8, yükseköğretim ve üzeri okullardan mezun olanlarda ise %9.6 olarak bulunmuştur. En düşük eğitim grubunda kısıtlı sağlık okuryazarlığı olanların sıklığı %84.9 iken, yükseköğretim ve üzeri eğitim düzeyi olanlarda bu sıklık %47.3'e düşmektedir (18). Ülkemizde ve dünya genelinde yapılan çok sayıda farklı çalışmada eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığının temel belirleyicilerinden biri olduğu gösterilmiştir (72-75). Özdemir tarafından 2018 yılında bir aile sağlığı merkezine başvuran hastalarda yapılan çalışmada ise eğitim durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (76). Rudd tarafından 2018 yılında

yapılan başka bir çalışmada, National Comprehensive Cancer Network (NCCN) tarafından yayınlanan kanser yönetim kılavuzlarındaki bilgilerin çoğunun okunabilirlik ve karmaşıklık açısından nüfusun okuryazarlık kapasitesinin üzerinde olduğu; çizelge ve grafiklerin ise orta karmaşıklık düzeyinde olduğu saptanmıştır. Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olanlar bu kılavuzları anlayamamakta ve gruplar arasındaki fark derinleşmektedir. Bu durum kanser bilgilendirmesi yapan kaynakların incelenmesi gereğini doğurmaktadır (77). Halk eğitimi için yapılan dokümanların ve eğitimlerin daha anlaşılabilir bir dilde ve terimlerden uzak yapılması daha çok faydalanılmasını ve daha fazla kişiye ulaşılmasını sağlayabilir. Tabi ki esas hedef eğitim düzeylerinin yükseltilmesi, bu yönde gerekirse politika değişiklikleri yapılması olmalıdır. Toplumun her kesiminin özellikle kadınların eğitim sistemine dahil edilmesi gerekir. Birey eğitimle her açıdan önce kendinin daha sonra da yakın çevresinden başlayarak toplumun gelişmesine katkı sağlayacaktır. Ancak bu şekilde sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükselmesi sağlanabilir.

Gelir getirici bir işte çalışmayanlarda çalışanlara göre hem yetersiz (sırasıyla %28.2 ve %23.9) hem de kısıtlı sağlık okuryazarlığı (sırasıyla %65.1 ve %53.8) sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında sağlık okuryazarlığı açısından anlamlı fark bulunmamaktadır. Cinsiyet kontrol değişkeni olarak alındığında kadın cinsiyette gelir getirici işte çalışma durumları arasında fark bulunmuştur. Özdemir tarafından 2018 yılında bir aile sağlığı merkezine başvuran hastalarda yapılan çalışmada sağlık okuryazarlık düzeylerinin çalışma durumlarına göre anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır (76). Dünya’da ve ülkemizde yapılan birçok çalışmada ise gelir getirici bir işte çalışmayanlarda yetersiz ve kısıtlı sağlık okuryazarlığı düzeyi diğer gruplara kıyasla yüksek bulunmuştur (73, 75, 78). Bir işte çalışıyor olmak işçi ve iş sağlığı açısından işe giriş, aralıklı kontrol muayenesi, belli aralıklarla sağlık eğitimleri yapıyor olması anlamına da gelmektedir. Tüm bunlar çalışanda bir farkındalık oluşturacaktır. Aynı zamanda iş hayatına aktif katılım sosyal ağı genişleten faktörlerden biridir. Sosyal ağ içerisindeki etkileşimlerde sağlıkla ilgili konular üzerine yapılan bilgi paylaşımları bireyin konuya olan ilgisini arttırabileceğinden kadın cinsiyette gelir getirici bir işte çalışanların sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek bulunmuş olabilir.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığı, gelir durumunu çok kötü olarak değerlendirenlerden çok iyi olarak değerlendirenlere doğru gidildikçe azalmaktadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması'na göre, yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı, gelir durumu çok iyi olarak değerlendiren grupta %16.4 iken diğer gruplarda giderek yükseldiği ve çok kötü olarak değerlendiren grupta ise %56.4'e eriştiği görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı kısıtlı olanların sıklığı ise gelir durumunun çok iyi olduğunu düşünen grupta %48.8, iyi olan grupta %62.1, ne kötü ne iyi olan grupta %73.1, kötü olan grupta %72.6, çok kötü olan grupta ise %80.4'tür (18). NAAL tarafından yayınlanan başka bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin, hane geliri arttıkça artmakta olduğu bulunmuştur (79). Yapılan birçok çalışmada düşük hane halkı gelirine sahip yetişkinlerin kanser taraması yaptırma sıklıklarının daha düşük olduğu, tanı sırasında genellikle daha ileri evre kansere sahip oldukları ve kansere bağlı mortalite hızlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Meme, serviks, prostat veya kolon kanseri niteliksel araştırmalarda, düşük gelirli katılımcılar bu kanserlerin farkında olduklarını bildirdiler. Fakat kanser ve kanser taraması hakkındaki bilgileri sınırlıydı, çoğu zaman yanlış veya karışık. Düşük gelirli katılımcılar, hekimleri sağlık konusunda otorite olarak kabul ederken, kanser bilgilerinin önemli bir bölümünü televizyondan elde etmekte, aile ve arkadaşlarının sağlık tavsiyelerine güvenmektedir. Bir çok sayıda farklı çalışmada gelir durumu algısının sağlık okuryazarlığının temel belirleyicilerinden biri olduğu gösterilmiştir (72-74). Sosyoekonomik yetersizlikler aynı zamanda sağlık düzeyi ve sağlık hizmeti kullanımı için de sağlık eşitsizliklerinin kaynağını oluşturur.

Çalışmamızda yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı sağlık durumu algısı en iyi olan gruptan en kötü olan gruba doğru artmaktadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Yılmazel tarafından 2019 yılında serviks kanseri taraması yaptıran kadınlarda yapılan bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde, sağlık durumu algısı iyi olan kadınlarda yeterli sağlık okuryazarlığı sıklığı önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur (73). Gebelerde yapılan başka bir çalışmada ise gebelerin sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif ilişkinin olduğu, sağlık algıları iyileştikçe sağlık

okuryazarlıklarının da iyileştiği belirlenmiştir (74). Sağlık algısı son yıllarda sağlık durumunu tanılamada yararlanılan bir yöntemdir. Algılanan sağlık, bireylerin genel itibariyle kendi sağlık durumlarını değerlendirmesidir. Sağlık durum algısının sağlık davranışları ve sağlık sorumluluğu üzerine etkisi bulunmaktadır. Çoğu zaman klinik göstergeler hastalığı işaret etse de birey kendini çok sağlıklı olarak ifade edebilir. Bu, çeşitli faktörlerden kaynaklanabilir. Hastalar sağlık sorununu farketmiyor olabilir ya da sağlık algısı yüksektir. Eğer birey sağlık sorunu olduğunu algılamıyorsa, sağlığını yükseltmek için gerekli gayreti sarf etmeyecek, uzman kişilerin yardımını istemeyecektir. Ancak sağlık sorunu olduğunun bilincinde-sağlık algısı yüksekse ise bu durumdan etkilenmeyip, daha çok pozitif motive olup teşhis ve tedavisinin aksamaması için çaba gösterecektir. Bu da ancak sağlık okuryazarlığının yüksek olması ile mümkündür.

Kanser tedavisi amacı ile ameliyat olma öyküsü olmayanlar; ameliyat öyküsü olanlara göre, hem yetersiz (sırasıyla %34.0 ve %22.9) hem de kısıtlı sağlık okuryazarlığı açısından (sırasıyla %68.3 ve %60.3) daha dezavantajlıdır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. İleri evre kanser hastalığının tedavisinde metastaz olması nedeni ile cerrahi sık kullanılan bir yöntem değildir. Genel olarak ilaçla tedavi şeklinde takip edilirler. Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olanlarda tanı alma süresinin daha uzun olacağı ve ileri evre ile başvuracağı düşünülürse; tedavide ameliyat tercih edilecek bir yöntem olmayacaktır. Kanser tedavisi amacı ile ameliyat öyküsü olmayan hastalarda yetersiz sağlık okuryazarlığına daha sık rastlanması bu şekilde açıklanabilir.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı arttıkça birey tarafından algılanan sosyal desteğin genel toplamda ve tüm alt ölçeklerinde (aile, arkadaş, özel biri) de istatistiksel olarak anlamlı önemde arttığı görülmektedir. Literatüre bakıldığında yapılan bir çok çalışmada sosyal destek algısı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki pozitif yöndeki ilişki dikkat çekmektedir (80-81). Destek görmek insanoğlu için yaşamın her döneminde önemli olmuştur. Hastalık dönemlerinde ise sahip olunan sosyal ağ tarafından destek sağlanıyor olması bireye aidiyet duygusu kazandırarak, güven ortamı sağlar. Güven ve destek bulan hasta hayata daha çok tutunacak ve sağlık hizmeti almayı, tedavi edilmeyi daha fazla talep edecektir.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı arttıkça bireyin yaşam doyumu da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmaktadır. Kronik hastalığı olanlarda yapılan bir çalışmada da sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça katılımcıların yaşam doyumunun da arttığı bulunmuştur (82). Yaşam doyumu çoğu zaman yaşam kalitesinin yüksek olmasını ifade etmektedir. Düşük okuryazarlığı olan grupların sağlığı geliştiren programlara, hastalık tarama programlarına az katıldıkları, riskli davranış paternleri gösterdikleri (sigara, alkol vb) kronik hastalıkları iyi yönetemedikleri (yaşam tarzını düzenleme, planlama, karar alma, sağlık hizmetlerine ne zaman nasıl ulaşacaklarını bilememe gibi), tıbbi tedaviye uyum göstermedikleri, iş kazaları ile sık karşılaştıkları, daha sağlıklı bir yaşam ve neticesinde yüksek hastane yatış oranları, morbidite ve prematür ölümlerle ilişkili olduğu belirtilmektedir (83). Bu durumda yaşam doyumlarının da daha düşük olması beklenen bir durumdur.

5.1.2 Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörler

Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel olarak görünümüdür. Genellikle, bireyin hastalıkla ilgili kendi ya da yakınlarının deneyimlerine dayanan bir fikri vardır. Hastalıkla ilgili bu geçmiş tecrübeler mevcut hastalığa verilecek cevabı da etkiler (32,33). Bu nedenle hastalık algısının iyi olmasının bireyin sağlık durumu üzerine doğrudan pozitif etkisi olacaktır.

Katılımcıların hastalık algısı ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında; **hastalık belirtileri boyutundan** alınan puan ortalaması 6.28 ± 3.37 (0-14)'dir. Literatüre bakıldığında benzer sonuçlar elde edildiği görülmüştür (38, 39). **Hastalık hakkındaki görüşler boyutunda; Süre (akut/kronik) alt boyut** ortalaması 17.44 ± 5.37 (6-30), **süre (döngüsel) alt boyut** ortalaması 9.71 ± 2.89 (3-15), **sonuçlar alt boyut** ortalaması 19.98 ± 5.08 (7-30), **kişisel kontrol alt boyut** ortalaması 19.47 ± 4.42 (6-30), **tedavi kontrolü alt boyut** ortalaması 18.24 ± 4.29 (5-25), **hastalığı anlayabilme-tutarlılık alt boyut** ortalaması 10.52 ± 3.01 (3-15), **duygusal temsiller alt boyut** ortalaması 19.44 ± 5.91 (6-30)'dir. Bu sonuçlar literatürdeki hastalık algısı çalışmalarının sonuçlarıyla benzerdir (38-45). **Hastalık nedenleri boyutu kişisel atıflar alt boyut** ortalaması 18.47 ± 6.09 (7-35), **dış atıflar alt boyut** ortalaması 9.00 ± 3.23 (4-20), **yaşam şekli atıfları alt boyut** ortalaması 6.54 ± 2.90 (3-15), **kontrol edilemeyen bedensel faktörler alt boyut** ortalaması 7.52 ± 2.53 (3-

15), **şans faktörü alt boyut** ortalaması 2.79 ± 1.37 (1-5)'dir. Literatürde hastalık algısı ile ilgili çalışmalarda yine benzer sonuçlar elde edildiği gözlenmektedir (39, 45). Çalışmamızdaki katılımcılar kendilerine yöneltilen 14 genel hastalık belirtisinin yaklaşık 6'sını hastalıklarıyla ilişkilendirmektedir. Çalışmamıza katılan kanser hastaları hastalıklarının daha kısa süreceğini, daha az tekrarlayacağını ancak daha kötü sonuçlar doğuracağını düşünmektedir. Hastalığı üzerinde tedavisinin ve kişisel çabalarının etkisinin olacağına inanmakta ancak hastalığını anlamakta zorlanmakta ve hastalığı ile ilgili endişelenmektedir. Hastalıklarının nedeni olarak daha çok kendilerini ve kötü şans-kader faktörünü görmektedir. Kanser endişe verici ve çoğu zaman kısa sürede ölümle ilişkilendirilen bir hastalıktır. Bireylerde hastalığın uzun süremeyeceği ve kötü sonuçlanacağı fikri toplumumuzda yerleşik bu düşünceye bağlı olabilir. Ancak tedavinin ve kendi gücünün etkisine inancı motivasyonunu yüksek tutma çabası ile ilişkili olabilir.

Kadın cinsiyete sahip katılımcıların erkek cinsiyete göre **tedavi kontrolü** ve **kişisel atıflar** alt boyutları ortalamaları daha yüksekken, **yaşam şekli atıfları** alt boyut ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Literatüre bakıldığında birçok çalışmada; daha çok erkeklerde tedavi kontrolü alt boyut ortalamasının yüksek olduğu gözlenirken (39, 41, 46) çalışmamıza benzer şekilde kişisel atıflar alt boyutunda kadınların ortalaması daha yüksek bulunmuştur (39, 47). Zhang ve arkadaşları tarafından 2015 yılında kanserden kurtulan hastalarda yapılan bir çalışmada kadınların, yaşam şekli atıfları alt boyut ortalamaları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (47). Özdemir tarafından 2016 yılında kanser tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada ise katılımcıların cinsiyetleri ile süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt boyut ortalamaları arasında ilişki varken, tedavi kontrolü alt boyut ortalaması ile ilişki saptanmamıştır (48). Gündüz tarafından 2013 yılında Tip-2 diyabet hastalarında yapılan bir çalışmada da kadın hastaların süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt boyut ortalamaları erkek hastalarinkine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (38). Paltacı tarafından 2019 yılında KOAH hastalarında yapılan bir çalışmada ise bireylerin cinsiyetleri ile hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyut puan ortalamaları

arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir (40). Çalışmamızda kadınlar uygulanan tedavinin etkin olduğunu, fayda görebileceğini, hastalıklarının tedavi ile kontrol edilebileceğini düşünürken hastalıklarının nedeni olarak daha çok kendi tutum-davranışlarını ve kişilik özelliklerini görmektedir. Kadınlar çalışma hayatında daha az yer almakta ve çoğu zaman vaktini evde geçirmektedir. Hastalıklarının nedenini daha çok kendinde aramakta, aile problemlerinin olmasını, stresli ya da endişeye meyilli kişilik yapısını suçlamaktadır. Erkekler ise hasta olmalarına sigara-alkol kullanma gibi daha çok kendi alışkanlıklarının neden olduğunu düşünmektedir. Çoğu ailede çalışma hayatında aktif rol alan erkektir. Kimi zaman sosyalleşme amaçlı kimi zaman ise yoğun stres altında oldukları düşüncesi ile erkekler kadınlara göre daha fazla alkol ve sigara tüketmektedir.

Çalışmamızda 65 yaşın altındaki katılımcılarda **kişisel atıflar** alt boyut ortalamaları yüksek bulunurken, 65 yaş ve üzerindeki katılımcılarda **kontrol edilemeyen bedensel faktörler** alt boyutu ortalaması yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Literatürde çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilen çok sayıda çalışma mevcuttur (39, 47). Karabulutlu ve arkadaşları tarafından 2019 yılında meme kanseri hastalarında yapılan bir çalışmada katılımcıların yaşları ile süre (akut/kronik) ve süre (döngüsel) alt boyut ortalamaları arasında pozitif; kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve hastalığı anlama-tutarlılık alt boyut ortalamaları arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (44). Karabulutlu ve Karaman tarafından 2015 yılında kanser hastalarında yapılan çalışmada; katılımcıların yaşı ile sonuçlar, hastalığı anlayabilme-tutarlılık ve duygusal temsiller alt boyutlarında alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (41). Tip-2 diyabet hastalarında yapılan başka bir çalışmada araştırmaya katılanların duygusal temsiller alt boyut ortalaması yaş grubu değişkenine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre 50 yaş altı grupta, 50 yaş üstü gruba göre duygusal temsiller ortalaması istatistiksel olarak anlamlı önemde daha yüksektir (38). Yaş ile hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyut ortalamaları arasında ilişki saptanmayan çalışmalar da mevcuttur (40). Çalışmamızda 65 yaşın altındaki katılımcılar hastalıklarının nedeni olarak

daha çok kendi kişilik özelliklerini ve davranışlarını görürken, 65 yaş ve üzerindeki kalıtsal durumlar ve yaşlanma gibi kontrol edilemeyen bedensel faktörler nedeni ile hasta olduklarını düşünmektedir. 65 yaş DSÖ'ye göre yaşlılık sınırındır. Ölüm genellikle yaşlılıkla eşleştirilen bir durumdur. O yüzden genç yaşta ölümcül kabul edilen bir hastalığa sahip olanlar kendilerini suçlayarak, vücut direncinin azalması, kendi davranışları ve duygusal durumlarını hastalıklarının sebebi olarak görebilir. Yaşlı kabul edilen kesim ise hastalığının kalıtsal veya bir mikrop kaynaklı, hatta belki sadece yaşlanmaya bağlı kontrol edemeyeceği durumlardan kaynaklandığını düşünebilir.

Katılımcıların medeni durumu ile hiçbir Hastalık Algısı Ölçeği boyut ve alt boyut ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Katılımcıların evli olması ya da olmaması hastalık algısını değiştirmemektedir. Literatüre bakıldığında birçok çalışmada benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür (38, 40). Kanseri hastalarında yapılan iki farklı çalışmada ise, katılımcıların medeni durumları ile süre (akut/kronik) ve sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur, iki çalışmada da evli olmak olumsuz hastalık algısı için risk faktörüdür (41, 48). Kanser sadece kişinin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü değil; aynı zamanda ailenin bütünlüğünü de tehdit eden bir hastalıktır. Evli hastalar sadece kendilerinin değil eş ve çocuklarının da hayatının değişeceği kaygısı ile hastalığı daha negatif algılıyor olabilir. Aile içindeki rollerini kaybetme korkusu ile travmalarını daha uzun ve yoğun yaşayabilmektedir.

Katılımcıların birlikte yaşadığı kişiler (eş/çocuklar-aile veya diğer) ile hiçbir boyut ve alt boyut ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Katılımcıların ailesi ile yaşaması ya da yalnız yaşaması hastalık algısını değiştirmemektedir. Yapılan farklı çalışmalarda da çalışmamızla benzer şekilde hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyut puanları birlikte yaşadığı kişi değişkenine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (38, 40). Sosyal ağ; sadece aynı evde yaşadığımız insanlardan değil ailemizden, arkadaşlarımızdan ve hatta hayatımızdaki özel insanlardan oluşmaktadır. Sosyal paylaşımın bu denli

arttığı çağımızda aynı evde yaşanan bireylerin etkisi öncesine göre azalmış olabilir.

Hastalık belirtileri boyutu (sadece okuryazar olan grup ile lise mezunu feup arasında), **süre (akut/kronik)** (sadece okuryazar olan grup ile üniversite mezunu olan grup arasında), **kişisel kontrol** (sadece okuryazar ve ilkokul mezunu olan grup ile üniversite mezunu olan grup arasında), **tedavi kontrolü** (sadece okuryazar olan grup ile diğer tüm gruplar arasında), **duygusal temsiller** (sadece okuryazar olan grup ile lise ve üniversite mezunu olan grup arasında), **yaşam şekli atıfları** (sadece okuryazar olan grup ile ortaokul mezunu olan grup arasında) ve **kontrol edilemeyen bedensel faktörler** (sadece okuryazar olan grup ile lise mezunu olan grup arasında) alt boyut ortalamaları eğitim gruplarına göre değerlendirildiğinde; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yaşam şekli atıfları hariç diğer gruplarda fark kadın cinsiyetten kaynaklanmaktadır. Literatüre bakıldığında eğitim düzeyi ile hastalık algısı ölçeği farklı boyut ve alt boyut ortalamaları arasında önemli ilişkiler olduğu görülmektedir. Yorulmaz ve arkadaşları tarafından 2013 yılında diyabet hastalarında yapılan bir çalışmada hastalık belirtileri boyutu ve kontrol edilemeyen bedensel faktörler alt boyut ortalaması üniversite mezunu olan grupta ilköğretim ve lise mezunu olan gruba göre daha yüksek, süre (akut/kronik) ve duygusal temsiller alt boyut ortalaması ise en düşük eğitim düzeyine sahip grupta en yüksek bulunmuştur (39). Zhang ve arkadaşları tarafından 2015 yılında kanserden kurtulan hastalarda yapılan bir çalışmada kişisel kontrol alt boyutu ortalaması çalışmamıza benzer şekilde lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcılarda diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (47). Karabulutlu ve arkadaşları tarafından 2019 yılında meme kanseri tanıılı hastalarda yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek olanlarda süre (akut/kronik), süre (döngüsel), sonuçlar ve duygusal temsiller alt boyutlarından alınan puanın düşük, tedavi kontrolü alt boyutundan alınan puanların ise anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (44). Özdemir tarafından 2016 yılında kanser hastalarında yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi ile hastalık belirtileri, süre (akut/kronik), hastalığı anlayabilme-tutarlılık puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, duygusal temsiller alt boyut ortalamaları ise

önemsiz bulunmuştur (48). Aynı zamanda eğitim düzeyi ile hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyut ortalamaları arasında fark bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (38, 40). Çalışmamızda okuryazar grup lise mezunu gruba göre daha fazla belirtiyi hastalığı ile ilişkilendirmekte, hastalık nedenlerinin yaşlılık- genetik geçişli hastalıklar gibi kontrol edemeyeceğine inandığı bedensel faktörlere bağlı olduğunu düşünmektedir. Okuryazar grup lise ve üniversite mezunu gruba göre daha fazla hastalığı ile ilgili endişe duymakta, üniversite mezunu gruba göre hastalığının daha kronik olduğunu düşünmekte, daha fazla endişe duymakta ve hastalığı üzerinde daha az kontrol gücü olduğuna inanmaktadır. Okuryazar grup aynı zamanda diğer tüm gruplara göre daha az düzeyde tedavinin etkin olacağını ve hastalığının tedavi ile kontrol altına alınabileceğini düşünmektedir. Ortaokul mezunu olan grup okuryazar gruba göre sigara-alkol kullanma ve kötü beslenme gibi yaşam şekli alışkanlıklarını hastalığının nedeni olarak görmektedir. Kadın cinsiyet başta olmak üzere her iki cinsiyette de eğitim düzeyi arttıkça hastaların hastalığı daha olumlu algıladığı gözlenmektedir. Eğitim seviyesindeki yükselmenin bireyin hastalığın gidişatı hakkında mantıksal çerçeve içerisinde, neden-sonuç ilişkileri kurmasını böylece hastalığı kontrol altına almada başarılı olmasını sağlayabilir.

Çalışmamızda gelir getirici bir işte çalışan katılımcıların çalışmayanlara göre **kişisel kontrol** ve **kişisel atıflar** alt boyut ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Farkı oluşturan kadın cinsiyettir. Zhang ve arkadaşları tarafından 2015 yılında kanserden kurtulan hastalarda yapılan bir çalışmada da gelir getirici işte çalışmayanlarda kişisel atıflar alt boyut ortalaması yüksektir (47). Diyabet hastalarında yapılan bir çalışmada ise çalışmayan grupta kişisel kontrol ve kişisel atıflar alt boyut ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (39). Karabulutlu ve arkadaşları tarafından 2019 yılında meme kanseri tanımlı hastalarda yapılan bir çalışmada çalışmayan hastaların sonuçlar, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt boyut ortalamaları daha yüksek, tedavi kontrol alt boyut ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur (44). Özdemir tarafından 2016 yılında kanser hastalarında yapılan çalışmada hastaların çalışma durumu ile hastalık belirtileri boyutu ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli, diğer alt boyut ortalaması ise önemsiz

bulunmuştur (48). Çalışmamızda gelir getirici bir işte çalışanlar hastalıklarının nedeni olarak kendi davranış ve kişisel özelliklerini görmekte birlikte; hastalığın süresi, seyri ve tedavisi üzerinde kişisel (iç) kontrollerinin etkisinin olacağına inanmaktadır. Toplumumuzda kadınların gelir getirici bir işte çalışma oranı erkeklere göre daha düşüktür (84). Kadınlar daha çok evin düzenin sağlayan, çocuklara bakan, anne-ev hanımı rolündedir. Çalışma hayatı kadın için de erkek için de yıpratıcı, çoğu zaman stresli bir ortamdır. Çalışan bireyler buna bağlı hastalandıklarını düşünüyor olabilir. Aynı zamanda gelir elde edilmesi bireyin sağlıkla ilgili bir çok olanağa da daha kolay ulaşabilmesini sağlar, buradan elde edecek bilgilerle hastalık sürecindeki kişisel hakimiyet arttırabilir.

Sağlık güvencesi olmayan katılımcılarda sağlık güvencesi olanlara göre **hastalık belirtileri** boyutu ve **kontrol edilemeyen bedensel faktörler** alt boyutu ortalamaları yüksek saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Gündüz tarafından 2013 yılında tip 2 diyabet hastalarında yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan hastaların hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyut puanları sağlık güvencesi değişkenine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (38). Çalışmamızda sağlık güvencesi olmayanlar hastalıklarına daha çok semptomun eşlik ettiğine ve hastalıklarının kalıtsal nedenler, yaşlanma gibi daha çok kontrol edemeyeceklerini düşündükleri faktörlere bağlı olduğuna inanmaktadır. Daha çok belirtiyi hastalıkla ilişkilendirmelerinin nedeni yeterli sağlık hizmeti alamamaları nedeni ile başka hastalıklarına da bağlı olabilecek şikayetleri tanıyamamaları, önlem alamamaları veya gerektiğinde tedavi alamamaları olabilir.

Gelir durumu algısı grupları ile **hastalık belirtileri** (kötü olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne de kötü ve iyi olarak değerlendiren grup arasında) boyutu, **süre (döngüsel)** (çok kötü olarak değerlendiren grup ile çok iyi olarak değerlendiren grup arasında), **sonuçlar** (çok kötü ve kötü olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne de kötü, iyi ve çok iyi olarak değerlendiren grup arasında) ,**duygusal temsiller** (çok kötü olarak değerlendiren grup ile diğer tüm gruplar arasında) alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Süre (döngüsel) ve kişisel kontrol alt boyutlarında fark kadın cinsiyet kaynaklıdır. Yorulmaz ve

arkadaşları tarafından 2013 yılında diyabet hastalarında yapılan bir çalışmada da orta gelir düzeyi algılayan grubun duygusal temsiller alt boyut ortalaması diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek izlenmiştir (39). Özdemir tarafından 2016 yılında kanser hastalarında yapılan bir çalışmada ise gelir durumu algısı ile hastalığı anlayabilme-tutarlılık alt boyut ortalamaları arasında anlamlı ilişki varken; hastalık belirtileri, sonuçlar, süre (döngüsel), duygusal temsiller alt boyutu arasında saptanmamıştır (48). Paltacı tarafından 2019 yılında KOAH hastalarında yapılan bir çalışmada gelir durumu çok iyi/iyi olanların kişisel kontrol alt boyut ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, tedavi kontrolü alt boyutunda ise gelir durumu çok iyi/iyi olanların ortalamasının diğer gruplara göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (40). Gündüz tarafından 2013 yılında tip 2 diyabet hastalarında yapılan bir çalışmada hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyut ortalamaları ekonomik durum değişkenine göre karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (38). Çalışmamızda gelir düzeyini kötü olarak değerlendiren grup ne iyi ne de kötü ve iyi olarak değerlendiren gruba göre daha fazla hastalık belirtisi taşıdığını düşünmekte; ne iyi ne de kötü, iyi ve çok iyi olarak değerlendiren gruba göre hastalığının daha şiddetli olduğuna ve fiziksel-sosyal ve psikolojik işlevselliğine engel oluşturduğuna inanmaktadır. Gelir düzeyini çok kötü olarak değerlendiren grup ise çok iyi olarak değerlendiren gruba göre hastalığının daha döngüsel bir doğası olduğunu ve tekrarlayabileceğini düşünmekte ne iyi ne de kötü, iyi ve çok iyi olarak değerlendiren gruplara göre hastalığının sonuçlarının hayatının akışını bozacak şekilde daha ciddi olduğunu düşünmekte ve diğer tüm gruplara göre hastalığı ile ilgili daha fazla endişelenmektedir. Çalışmamızda gelir durumu algısı çok iyi olan kadınlar hastalar hastalıklarının daha az tekrarlayacağını ve hastalıkları üzerinde kişisel kontrollerinin olacağını düşünmektedir. Bu durum sosyoekonomik güçleri olması nedeni ile daha özgür, daha güvenli ev daha özgüvenli olmalarından kaynaklanmış olabilir. Kişilerin sosyoekonomik düzeyinin ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli ve yeterinden fazla olması sağlıkla ilgili birçok olanaklara da daha kolay ulaşabilmesini sağlar. Bu durum bireyin hastalığı hakkında daha fazla bilgi sahibi olmasına ve hastalığı ile ilgili gereğinden fazla endişeye kapılmamasına yardımcı olmuş olabilir.

Çalışmamızda ailesinde kanser öyküsü olanlarda olmayanlara göre **kontrol edilemeyen bedensel faktörler** alt boyutu ortalaması yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Karabulutlu ve Karaman tarafından 2015 yılında kanser hastalarında yapılan bir çalışmada ailesinde kanser öyküsü olan hastalarda, olmayanlara göre sonuçlar alt boyut ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu (41). Yine Karabulutlu ve arkadaşları tarafından 2019 yılında meme kanseri hastalarında yapılan başka bir çalışmada ise ailesinde meme kanseri öyküsü olanların tedavi kontrol alt boyutunda daha yüksek, süre (döngüsel) alt boyutunda daha düşük ortalamaya sahip olduğu görülmüştür (44). Çalışmamızda ailesinde kanser öyküsü olanlar hastalıklarının nedenleri olarak daha çok genetik geçiş, yaşlılık ve mikrop-virüs gibi kontrol edemeyeceklerine inandıkları bedensel faktörleri düşünmektedir. Ailesinde kanser öyküsü olanlar kanserin kalıtsal olarak kendilerine geçtiğini ve bu konuda yapacak bir şeyleri olmadığını düşünüyor olabilir.

Sağlık durumu algısı grupları ile **tüm boyut ve alt boyutların** ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Tedavi kontrolü alt boyutunda fark kadın, dış atıflar alt boyutunda ise erkek cinsiyet kaynaklıdır. **Hastalık belirtileri** boyutunda; çok kötü ve kötü olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne de kötü, iyi, çok iyi olarak değerlendiren grup arasında- ne iyi ne de kötü olarak değerlendiren grup ile tüm gruplar arasında, **süre (akut/kronik)** alt boyutunda; çok kötü olarak değerlendiren grup ile diğer tüm gruplar arasında- iyi ve çok iyi olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne de kötü, kötü, çok kötü olarak değerlendiren grup arasında, **süre (döngüsel)** alt boyutunda; çok kötü ve kötü olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne de kötü, iyi, çok iyi olarak değerlendiren grup arasında- ne iyi ne de kötü olarak değerlendiren grup ile ayrıca çok iyi olarak değerlendiren grup arasında, **sonuçlar** alt boyutunda; iyi ve çok iyi olarak değerlendiren grubun birbiriyle hariç diğer tüm gruplarla ve diğer grupların da kendi arasında, **kişisel kontrol** alt boyutunda; çok kötü olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne de kötü, iyi, çok iyi olarak değerlendiren grup arasında- kötü olarak değerlendiren grup ile iyi, çok iyi olarak değerlendiren grup arasında, **tedavi kontrolü** alt boyutunda; kötü ve çok kötü olarak değerlendiren grup ile iyi, çok iyi olarak değerlendiren grup arasında, **hastalığı anlayabilme-tutarlılık**

alt boyutunda; iyi olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne kötü, kötü, çok kötü olarak değerlendiren grup arasında, **duygusal temsiller** alt boyutunda; ne iyi ne de kötü olarak değerlendiren grup ile diğer tüm gruplar arasında ayrıca kötü ve çok kötü olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne kötü, iyi, çok iyi olarak değerlendiren grup arasında, **kişisel atıflar** alt grubunda; çok iyi olarak değerlendiren grup ile kötü, ne iyi ne kötü, iyi olarak değerlendiren grup arasında, **dış atıflar** alt boyutunda; kötü olarak değerlendiren grup ile çok iyi olarak değerlendiren grup arasında, **yaşam şekli atıfları** alt boyutunda; kötü olarak değerlendiren grup ile çok iyi olarak değerlendiren grup arasında, **kontrol edilemeyen bedensel faktörler** alt boyutunda; iyi, çok iyi, çok kötü olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne de kötü, kötü olarak değerlendiren grup arasında ayrıca ne iyi ne de kötü olarak değerlendiren grupla kötü olarak değerlendiren grup arasında, **şans** alt boyutunda; iyi, çok iyi olarak değerlendiren grup ile ne iyi ne de kötü, kötü, çok kötü olarak değerlendiren grup arasındaki ilişki anlamlıdır. Sağlık durumu algısı çok iyi olan kadınların tedavinin etkili olacağına inancı daha yüksektir. Sağlık durumu algısı çok kötü olan erkeklerde ise hastalığın nedeni olarak çalışma ortamları gibi çevresel faktörleri görme oranı daha yüksektir. Ekenler tarafından 2019 yılında yapılan bir çalışmada hastaların algıladıkları sağlık durumlarına göre hastalık belirtileri, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrol, psikolojik atıflar ve kaza veya şans alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (85). Çalışmamızda sağlık durumu algısı kötüleştikçe hastalıkla ilişkilendirilen semptom sayısı artmaktadır. Sağlık durumu algısı kötüleştikçe hastanın; hastalığın daha uzun süreceğine, tekrarlayabileceğine ve kişinin yaşamını kötü etkileyecek sonuçlar doğurabileceğine dair endişeleri artmaktadır. Aynı zamanda hastalığın iyileşmesi için kişisel kontrol etkisinin olduğuna ve tedavinin etkisine olan inanç azalmaktadır. Çalışmamızda sağlık düzeyi algısı en kötü olan gruplarda kişisel, çevresel, yaşam şekli, kontrol edilemeyen ya da şansa bağlı hastalık nedenlerine yapılan atıf en fazladır. Sağlık durumu algısının artması hastanın hastalığını daha iyi anlayarak hastalığı ile ilgili daha çok olumlu tutum geliştirmesini, tedavi için daha motive olmasını sağlayabilir.

Katılımcıların kanser evreleri ile **sonuçlar** ve **hastalığı anlayabilme-tutarlılık** alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Karabulutlu ve arkadaşları tarafından 2019 yılında meme kanseri hastalarında yapılan bir çalışmada hastalığın 4.evresindeki hastalar süre (akut/kronik) ve sonuçlar alt boyutlarında daha yüksek ortalamalara sahipken olurken, hastalığın 1. evresindeki hastalar süre (döngüsel) alt boyutunda daha düşük ortalamalara sahiptir (44). Çalışmamızda kanser evresi ilerledikçe hastaların hastalıkları ile ilgili negatif düşünceleri, endişeleri artmakta ve hastalıklarının sonuçlarını daha ciddi ve kötü olarak algılamaktadır. 2. Evre kanser hastalarında hastalığı anlamlandırıp kavrayabilme en yüksek iken evre ilerledikçe azalmaktadır. Kanser toplumumuzda ciddi ve ölümcül bir hastalık olarak algılanmaktadır. Bu nedenle ileri evre hastalığı olanlar hastalıklarının durumu ve ilerleyişini anlamakta ve kabullenmekte zorluk yaşayabilir. 1.evre de genellikle şikayet oluşturmayan ve çoğu zaman rastlantısal olarak tanı konulan kanser hastalığı hastada şok etkisi yaratarak hastalığı inkar etmesine neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların ilk şikayetlerinden hastaneye başvurmalarına kadar geçen süre ile hiçbir boyut ve alt boyut ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Katılımcıların başvuru süresi hastalık algısını değiştirmemektedir. Karabulutlu ve arkadaşları tarafından 2019 yılında meme kanseri hastalarında yapılan bir çalışmada başvuru süresi ile süre (akut/kronik) alt boyut ortalaması arasında anlamlı düzeyde pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (44). Hastalıkla ilgili bir şikayet hissedildiğinde bunun önemsenip, bir hastalıkla ilişkilendirilip hastaneye başvurulması ve tetkiklerin yapılması bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişkilidir. Şikayetten sonra geç hastaneye başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının düşük olması beklenir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin dolaylı olarak hastalığı anlayabilme-değerlendirebilme kapasitelerinin de düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir. Tanıya kadar geçen süre uzadıkça hastalığın daha çok ilerlemiş olması beklenir. Fakat kanser hastalığında kanser evresi her zaman geçen süre ile koorele olmadığı unutulmamalıdır.

İlaç kullanmasını gerektirecek kronik hastalığı olan katılımcılarda olmayanlara göre **tedavi kontrolü** alt boyut ortalaması yüksek

bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Karabulutlu ve Karaman tarafından 2015 yılında kanser hastalarında yapılan bir çalışmada ise kronik hastalığı olan katılımcıların hastalıklarının süre (akut/kronik), kişisel kontrol, tedavi kontrolü alt boyut ortalamalarının daha düşük olduğu gözlenmiştir (41). Gündüz tarafından 2013 yılında tip 2 diyabetlilerde yapılan bir çalışmada hastalık algısı ölçeği süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt boyutu puanları ailede kronik hastalık olma durumu değişkenine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Buna karşın hastalığı anlayabilme-tutarlılık alt boyut ortalamaları ailede kronik hastalık olma durumu değişkenine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (38). Paltacı tarafından 2019 yılında KOAH'lı hastalarda yapılan bir çalışmada KOAH dışında başka bir kronik hastalık bulunma durumları ile hastalık algısı ölçeği alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir (40). Kanser yaşla birlikte sıklığı artan bir hastalıktır. İleri yaşlarda aynı zamanda başka birçok kronik hastalığın da görülme sıklığı artar. Günümüzde pek çok kronik hastalığın tedavisi başarı ile yapılmakta ve hastaların yaşam kalitesi arttırılmaktadır. Tedavi ile iyi sonuçlar alabildiğini gören kanser hastalarının da hastalıklarının tıpkı diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi tedavi ile kontrol altına alınabileceğine inandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda kanser tedavisi amacıyla ameliyat olma öyküsü olmayan hastalarda ameliyat olan hastalara göre **yaşam şekli atıfları** alt boyut ortalaması yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Karabulutlu ve arkadaşları tarafından 2019 yılında meme kanseri hastalarında yapılan bir çalışmada mastektomili hastaların süre (akut/kronik) ve sonuçlar alt boyut ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (44). Zhang ve arkadaşları tarafından 2015 yılında kanserden kurtulan hastalarda yapılan bir çalışmada ise ameliyat olma durumu ile hastalık algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (47). Çalışmamızda ameliyat olmayan katılımcılar hastalıklarının nedeni olarak daha çok yaşam şekillerini, alışkanlıklarını görmektedir. Kanser hastalığı tedavisinde evre ilerledikçe hastalığın cerrahi ile tedavi edilme şansı

azalmaktadır. Bu nedenle aslında ameliyat öyküsü olmayan hastalar daha ileri evre hastalar olarak değerlendirilebilir. İleri evre olma, hastalığın ameliyatla vücuttan tam olarak temizlenemeyeceğini öğrenme hastanın yaşam şeklini sorgulamasına, yeme-içme, sigara-alkol kullanma alışkanlıklarını suçlamasına neden olmuş olabilir.

Tedavi sürecinde yan etki yaşayan katılımcılarda yaşamayanlara göre **hastalık belirtileri** boyutu, **süre (döngüsel)**, **sonuçlar**, **kişisel atıflar** ve **şans faktörü** alt boyut ortalamaları yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Kayır tarafından 2014 yılında kanser hastalarında yapılan bir çalışmada hastalık belirtisi puanlarının yan etki yaşayanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (86). Çalışmamızda yan etki yaşayanlar daha çok belirtiyi hastalıkları ile ilişkilendirmekte, hastalıklarını tekrarlayabilir nitelikte değerlendirmekte ve daha fazla endişelenmektedir. Hastalıklarının nedeni olarak kendi tutum-davranışlarını ve kişisel özelliklerini görmekte, hastalığının kendinin kötü talihine bağlı olarak başına geldiğini düşünmekte ve kaderci bir tutum sergilemektedir. Her tedavinin büyük ya da küçük yan etkileri olabilir. Ama zaten zor bir hastalığın pençesinde olduğunu düşünen hasta yaşadığı yan etkiyi bir talihsizlik, her şeyin kötüye gittiği şeklinde yorumlayabilir. Bu durumda hastalıkla, tedavi süreci ile ilgili olumsuz bir algıya sahip olarak kendini ve talihini suçlayabilir.

Çalışmamızda algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması ve aile boyutu puan ortalamaları ile kişisel kontrol ve tedavi kontrolü alt boyutunda pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Sayılan ve Doğan tarafından 2020 yılında kanser hastalarında yapılan bir çalışmada hastalık algısı ve algılanan sosyal desteğin ilişkili olduğu bulunmuştur (55). Ailesinden ve genelden yeterli desteği görenlerin hastalıkların üzerinde pozitif kontrollerinin olabileceğine ve tedaviden fayda görebileceğine olan inancı daha yüksektir. Sosyal destek görüyor olmak birey için sevilme, kabullenilme, aidiyet duygusu yaratacaktır. Bu durumda birey yaşam içerisinde kendisine daha iyi bir yer belirleyerek ve bu durumdan güç alabilir. Hastalığı ile ilgili daha olumlu duygular yaşayıp, hayata daha sıkı tutunmayı deneyebilir.

Çalışmamızda yaşam doyumu ölçeği puan ortalaması ile hastalık algısı ölçeği **süre (döngüsel)**, **sonuçlar**, **duygusal temsiller** ve **şans faktörü** alt

boyutları arasında negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Ayyıldız tarafından 2016 yılında hipertansiyon hastalarında yapılan çalışmada yaşam doyumu puanı ile hastalık algısı ölçeğinin hastalık belirtileri boyutu puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş, ancak; kişisel kontrol, süre (akut/kronik), süre (döngüsel), duygusal temsiller, hastalığı anlayabilme, sonuçlar, tedavi kontrolü alt boyut puanları ile anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (42). Steca ve arkadaşları tarafından 2013 yılında kardiyovasküler hastalığı olanlarda yapılan çalışmada da pozitif hastalık algısı ve yaşam doyumu arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon olduğu bulunmuştur (67). Yaşam doyumu düşük olanlar hastalıklarının tekrarlayabileceğine ve muhtemelen kötü sonuçlar doğuracağına inanmaktadır. Aynı zamanda hastalıkları ile ilgili daha fazla endişe duymakta, hastalık nedeni olarak kötü olduğunu düşündüğü kaderi suçlamaktadır. Yaşam doyumu; bireyin sosyal ağından destek görmesi, yaşam kalitesinin artması ve hayattan zevk alması ile ilişkilidir. Tüm bunlara sahip olan birey hayata daha pozitif bakarak hastalığını daha olumlu algılayabilir.

5.1.3 Sağlık Okuryazarlığı ve Hastalık Algısı İlişkisi

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hastalık algısı ölçeği **hastalık belirtileri** boyutu (yetersiz SOYa sahip olanlar ile yeterli ve mükemmel SOYa sahip olanlar arasında), **süre (akut/kronik)** (yetersiz SOYa sahip olanlar ile yeterli ve mükemmel SOYa sahip olanlar arasında- sorunlu-sınırlı SOYa sahip olanlar ile mükemmel SOYa sahip olanlar arasında), **süre (döngüsel)** (yetersiz SOYa sahip olanlar ile diğer tüm gruplar arasında), **sonuçlar** (yetersiz SOYa sahip olanlar ile diğer tüm gruplar arasında), **kişisel kontrol** (yetersiz SOYa sahip olanlar ile diğer tüm gruplar arasında), **tedavi kontrolü** (yetersiz SOYa sahip olanlar ile diğer tüm gruplar arasında), **hastalığı anlayabilme-tutarlılık** (yetersiz SOYa sahip olanlar ile diğer tüm gruplar arasında), **duygusal temsiller** (yetersiz SOYa sahip olanlar ile yeterli ve mükemmel SOYa sahip olanlar arasında- sorunlu-sınırlı SOYa sahip olanlar ile mükemmel SOYa sahip olanlar arasında) **ve şans faktörü** (yetersiz SOYa sahip olanlar ile yeterli ve mükemmel SOYa sahip olanlar arasında- sorunlu-sınırlı SOYa sahip olanlar ile mükemmel SOYa sahip olanlar arasında) alt boyut ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Hastalık belirtileri boyutu ($p<0.05$), süre (akut/kronik) ($p<0.001$), süre (döngüsel) ($p<0.001$), sonuçlar ($p<0.001$), kişisel kontrol ($p<0.001$), tedavi kontrolü ($p<0.001$), hastalığı anlayabilme-tutarlılık ($p<0.001$), duygusal temsiller ($p<0.001$) ve şans faktörü ($p<0.001$) alt boyut ortalamaları sağlık okuryazarlığı gruplarına göre değerlendirildiğinde; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Walters ve arkadaşları tarafından 2020 yılında kalp hastalığı olanlarda yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve hastalığı anlayabilme alt boyut ortalamaları artarken, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt boyut ortalamaları azalmaktadır (87). Kale ve arkadaşları tarafından 2015 yılında KOAH tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada da sağlık okuryazarlığı düzeyi düştükçe süre (akut-kronik), sonuçlar, duygusal temsiller ve tedavi kontrolü alt boyut ortalamaları artış gösterirken, hastalığı anlayabilme-tutarlılık alt boyut ortalamaları azalmaktadır (88). Federman ve arkadaşları tarafından 2010 yılında astım hastalarında yapılan bir çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olanlarda daha iyi sağlık okuryazarlığına sahip olan gruba göre hastalık belirtileri boyutu ortalaması daha yüksek, tedavi kontrolü alt boyut ortalaması ise daha düşük bulunmuştur (89). Olayinka ve arkadaşları tarafından 2018 yılında diyabet hastalarında yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı ile hastalık algısı arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır (90). Hastalık algısı hastalık belirtileri, hastalık hakkındaki görüşler ve hastalık nedenleri olmak üzere üç ana boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar altında yaşanan belirtilerinin kaçının hastalıkla ilişkilendirildiği, hastalık sürecinin ne kadar ve nasıl devam edeceği, hastalık üzerine etkisi olan kişisel ve medikal faktörler, hastalığı anlayabilme, hastalığı oluşturduğu hissiyat ve hastalığın nedeni olduğu düşünülen kişisel, çevresel, yaşam şekli ile ilgili, kontrol edilemeyecek bedensel faktörler ve şans-talih faktörüne inanç sorgulanmaktadır. Hastalıkla ilgili bu farkındalığın olabilmesi ve doğru değerlendirmeler yapılabilmesi ancak sağlık okuryazarlığının da yüksek olması ile mümkün olabilir. Sağlık okuryazarlığı yeterli olan birey yaşadığı hastalıkla ilgili olabilecek veya olmayacak belirtilerin farkında olacak, bunları fark edebilecek ve gerektiğinde sağlık hizmet sunucusu ile paylaşarak çözüm arayabilecektir. Kısıtlı sağlık okuryazarlığına sahip olanlarda sık görülen gereksiz acil veya poliklinik

ziyaretleri yapılmayacak, hem maddi hem de manevi olarak kazanç sağlanacaktır. Sağlık okuryazarlığı yeterli olan bireyler hastalıklarını daha iyi anlayacak, hastalık süreci ile ilgili daha doğru bilgiye sahip olacaktır. Böylelikle çağımız teknolojisinde çok fazla hastalığın etkin tedavisinin olduğunu bilecek ve ümitsizliğe kapılmayacaktır. Aynı zamanda hastalığının etkin tedavi edilebileceğine inanan bireyin hastalığının üzerinde kişisel kontrolünün ve tedavinin de rolü olduğunu bilecektir. Daha az kötü sonuç beklentisi olacak ve daha az endişelenecektir. Sağlık okuryazarlığının dolaylı olarak da olsa hastanın psikolojisi üzerine etkisi olacaktır. Psikolojisi daha rahat olan hastanın tedaviye uyumu da daha fazla olması beklenir. Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olanlar hastalıklarının nedeni olarak kimi zaman sadece kendini, çevreyi, yaşam şeklini ya da kontrol edemeyeceğini düşündüğü bedensel faktörleri suçlamayacaktır. Hastalığının nedeni ile ilgili daha bütünsel değerlendirme yapabilecek ve sonucuna göre gerekirse yaşam tarzı değişikliğine gidecek ya da hastalığını kontrol altında tutmak için önlemler alacaktır. Tüm bunlar değerlendirildiğinde sağlık okuryazarlığının hastalık algısının önemli bir belirleyicisi olduğu ortaya çıkmaktadır.

5.2 ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI VE SINIRLILIKLARI

Ülkemizde kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirildiği bir çok çalışma olmasına rağmen sağlık okuryazarlığı ile olan ilişkisinin değerlendirildiği tek çalışma olması çalışmamızın literatüre bu konuda ışık tutmasına katkı sağlayacaktır.

Çalışmanın yapıldığı İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi lokalizasyon olarak İstanbul'un her iki yakası için de köprü sayılabilecek bir konumdadır. Her iki yakadan da farklı sosyodemografik özellikleri barındıran geniş bir hasta popülasyonuna sahiptir olması sebebi ile kapsayıcılığı geniştir.

Toplumumuzda özellikli gruplar arasında sayılan kanser hastalarının hastalık algıları çeşitli yönleri ile ele alınmıştır. Çalışmamızda örneklem seçimine gidilmemiş olup evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Evrenimiz 960 kişiden oluşmaktadır ve katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin varyasyonunun değerlendirilmesi için yeterince büyüktür.

Cevaplanma oranımız %93.4 olup hedeflenen örneklem sayısına ulaşma oranımız ise %90 ile oldukça yüksektir.

Araştırmamız kesitsel tipte yapılmış olması nedeni ile sağlık okuryazarlığı ve hastalık algısı arasındaki neden-sonuç ilişkisini değerlendirmede yeterince güçlü değildir.

Verilerin katılımcı beyanı ile elde edilmiş olması, klinik muayene ve değerlendirme yapılmamış olması diğer bir kısıtlılıktır.

Çalışmamızda hastalık algısını durumu ve etkileyebilecek olası etkenler geniş şekilde sorgulanmış ve çok sayıda bulgu elde edilmiştir. Ölçek sayısının fazlalığı ve veri formlarının uzunluğu katılımcılarda motivasyon düşüklüğüne sebep olmuş olabilir.

5.3 SONUÇ

Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık bilinci kazanması, hastalık belirtilerinin farkında olması, gerektiğinde şikayetleri nedeni ile sağlık hizmeti talep etmesi açısından önemlidir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı olanlar kanser taramaları hakkında daha az bilgi sahibi olmaları nedeni ile daha az tarama yaptırmakta ve bu nedenle erken tanı alma şansını kaçırmaktadır. Aynı zamanda sağlık okuryazarlığı iyi olanlarda tanıdan sonra tedavi sürecine uyum, takiplere devam daha fazladır. Kanser hastaları için her bir basamak ayrı ayrı önemlidir.

Kanser hastalarında yetersiz ve kısıtlı sağlık okuryazarlığı sıklığı fazladır. Eğitim düzeyi, gelir durumu algısı ve sağlık durumu algısının sağlık okuryazarlığının ana belirleyicilerinden olduğu görülmüştür. Kanser hastalarına kemoterapi aldıkları süreçte hasta okulları-eğitimleri düzenlenerek hastalıkları ile ilgili farkındalıkları arttırılabilir. Gelir düzeyi yetersiz ya da desteğe ihtiyacı olan hastalar belirlenip devlet desteği sağlanabilir. Kanser hastalarına verilecek eğitim ve gelir desteği sadece sağlık okuryazarlığını değil sağlık algısını da arttıracaktır. Sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı düzeyi birbirlerini pozitif yönde etkileyecektir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça hastalık algısı iyileşmektedir. Hastalık algısının hastalıkla baş etme stratejisi belirleme, tıbbi tedaviye uyum ve

tedavi etkilerini değerlendirme yetisi ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Sağlıkla ilgili her süreçte kritik önemi olan sağlık okuryazarlığının kanser hastalarında desteklenmesi bireylerin hastalık algısını da iyileştirecektir. Hastalar daha az belirtiyi hastalıklarıyla ilişkilendirecek, hastalıklarının tekrarlayacağı ve iyileşmeyeceği endişesi yaşamayacaktır. Hastalağının nedeni olarak ise kendini, çevresel faktörleri, alışkanlıklarını, kontrolünde olmayan faktörleri ve kaderi görmeyecek gerçek neden hakkında daha somut verilere ulaşabilecektir. Sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça hastalıkları üzerinde kişisel olarak kendilerinin de pozitif yönde etkisi olabileceğine ve tedaviden fayda görebileceğine olan inançları artacaktır.

Kanser gibi çoğu zaman kaygı, yalnızlık ve terkedilme korkusuna neden olan hastalıklarda algılanan sosyal destek ve yaşam doyumu da özellikle önem taşımaktadır. Birey bir sosyal ağı dahil olduğunu, destek ve kabul gördüğünü düşündüğünde hastalık algısı da iyileşecektir. Bu ihtiyaçlarının farkında olunması ve gerektiğinde desteklenmesi kanser hastalarında fark yaratacaktır.

Olumlu hastalık algısının artması bireylerin daha sağlıklı yaşam davranışı geliştirmesine, tedaviye uyumun daha fazla olmasına ve daha güçlü başetme stratejileri geliştirebilmesine katkı sağlayacaktır. Tüm bu kazanımlar kanser hastaları için büyük öneme sahiptir.

Kaynaklar

- 1) World Health Organization. Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. In Grad, Frank P. (2002). "The Preamble of the Constitution of the World Health Organization". Bulletin of the World Health Organization. 80 (12). s. 982
- 2) World Health Organization Regional Office for Europe. Measuring Health: a step in the development of city health profiles. Erişim:(https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/101645/WA95096GA.pdf) Erişim Tarihi: 04.10.2021
- 3) Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. Vol. 6, Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London. Royal College of Physicians; 2006. p. 536–9.
- 4) Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık Algisi Ölçeği'nin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. The Turkish reliability and validity study in Cancer Patients of Illness Perception Questionnaire. Klin Psikiyatr Derg J Clin Psychiatry. 2007;10(4):192–200.
- 5) World Health Organization. Improving health literacy. Erişim: (<https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>) Erişim Tarihi: 10.01.2022
- 6) Şahin D. Sosyal destek ve sağlık. Edt., Okyayuz UH. Sağlık Psikolojisi. 1st ed. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1999. p. 79–106.
- 7) Özyurt BY. Kanser Hastalarının Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi İlişkin Betimsel Bir Çalışma. Kriz Derg. 2007;15(1):1–15.

- 8) Özer M, Karabulut ÖÖ. Satisfaction Of Life In Elderly Individuals. Vol. 6, Turkish Journal of Geriatrics. 2003.
- 9) Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. Am Psychol. 2000;55(1):34–43.
- 10) Arslan S, Çelebioğlu A, Tezel A. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Doyumunun Belirlenmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. Vol. 28, 2008. Erişim: (<https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-kemoterapi-alan-kanserli-hastalarda-depresyon-ve-yasam-doyumunun-belirlenmesi-51600.html>) Erişim Tarihi:06.10.2021
- 11) John E. Hall & Michael E. Hall. Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology. 14th ed. 2020.
- 12) World Health Organization. Health Topics: Cancer. Erişim: (https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1) Erişim Tarihi: 04.10.2021
- 13) World Health Organization. International Agency for Research on Cancer(IARC). World cancer report 2020.
- 14) T.C. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Kurumu. Kanser Dairesi Başkanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı 2013-2018. 1. Baskı. Ankara. 2016. Erişim: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4952762/>) Erişim Tarihi: 04.10.2021
- 15) World Health Organization. WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all 2020.
- 16) T.C. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kanser Dairesi Başkanlığı. Kanser taramaları. Erişim: (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>) Erişim Tarihi: 04.10.2021
- 17) Scott C. Ratzan, Health literacy: communication for the public good, Health Promotion International, Volume 16, Issue 2, June 2001, Pages 207–214. Erişim: (<https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.207>) Erişim Tarihi:04.10.2021

- 18) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. Yayın No:1103. Ankara, 2018. Erişim: (<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SOYA%20RAPOR.pdf>) Erişim Tarihi: 04.10.2021
- 19) Umumi Hıfzısıhha Kanunu-1930. Erişim: (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1593.pdf>) Erişim Tarihi: 19.01.2022
- 20) T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Yayın No:1025. Ankara, 2016.
- 21) Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy-NAAL(NCES 2006-483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics. 2006. Erişim: (<https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>) Erişim Tarihi: 04.10.2021
- 22) Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public Health Literacy Defined. American Journal of Preventive Medicine. Am J Prev Med; 2009; Vol. 36. p. 446–51. Erişim: (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19362698/>) Erişim Tarihi: 04.10.2021
- 23) World Health Organization Avrupa Ofisi. Health literacy : The solid facts 2013. Erişim:(https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf) Erişim tarihi: 04.10.2021
- 24) American Medical Association Foundation and American Medical Association. Health literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for Clinicians. 2007.
- 25) U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC: Author.
- 26) Papadakos JK, Hasan SM, Barnsley J, et al. Health literacy and cancer self-management behaviors: A scoping review. Cancer. 2018;124(21):4202-4210. doi:10.1002/cncr.31733 Erişim: (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30264856/>) Erişim Tarihi:04.10.2021

- 27) Ozkaraman A, Uzgor F, Dugum O, Peker S. The Effect of Health Literacy on Self-Efficacy and Quality of Life among Turkish Cancer Patients. J Pak Med Assoc. 2019;69(7):995-999.
- 28) Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med. 2011;155(2):97-107. doi:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
- 29) Rasu RS, Bawa WA, Suminski R, Snella K, Warady B. Sağlık Okuryazarlığının Ulusal Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Harcamaları Üzerindeki Etkisi. Int J Sağlık Politikası Yönetimi . 2015;4(11):747-755. doi:10.15171/ijhpm.2015.151
- 30) Health Literacy Europe (HLS-EU). Erişim: (<https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu>) Erişim Tarihi: 04.10.2021
- 31) Dai Minh L, Quang BV, Ngoc Le Mai D, Quyen L Le, Gia NH, Hang NT, et al. Health Literacy of Newly-Admitted Cancer Patients in Vietnam: Difficulties Understanding Treatment Options and Processing Health-Related Information. Heal Serv insights [Internet]. 2022 Jan 1. Erişim: (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35035220/>) Erişim Tarihi: 04.01.2022
- 32) Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. Psychol Heal. 1996;11(3):431-45.
- 33) Armay Z. Hastalık algısı ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması / Reliability and validity of the turkish version of illness perception questionnaire. İstanbul Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Preventif Onkoloji Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi. Erişim:(https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=3mgqeQb70f18YolnUN-AzA&no=xOopAyyEaHgS_rsGnyHHuA) Erişim Tarihi: 04.10.2021

- 34) Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007. Vol. 20, p.163-7. Erişim: (https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2007/03000/The_role_of_illness_perceptions_in_patients_with.13.aspx) Erişim Tarihi: 04.10.2021
- 35) Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*. Taylor & Francis Group; 2003. Vol. 18, p. 141-84. Erişim:(<https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=gps20>) Erişim Tarihi: 04.10.2021
- 36) Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, Hazes JM, Willems LNA, Bergman W, et al. Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *J Psychosom Res*. 1998 May;44(5):573-85. Erişim: (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9623878/>) Erişim Tarihi: 04.10.2021
- 37) Traeger L, Penedo FJ, Gonzalez JS, Dahn JR, Lechner SC, Schneiderman N, et al. Illness perceptions and emotional well-being in men treated for localized prostate cancer. *J Psychosom Res*. 2009 Nov;67(5):389-97. Erişim: (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19837201/>) Erişim Tarihi: 04.10.2021
- 38) Gündüz F, Yılmaz Karabulutlu E. Tip 2 Diyabet Hastalarında Hastalık Algısı Ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi. 2016;19(2). Erişim:(https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=ccKbMfANxASU5smlw6fSvg&no=_mmkQjqNSJH9MP4S6-hbXA) Erişim Tarihi: 06.01.2022.
- 39) Yorulmaz H, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G. Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. 2013. Erişim: (<http://dergi.fsm.edu.tr>) Erişim Tarihi: 06.01.2022.

- 40) Paltacı Z. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin tedaviye uyum, hastalık algısı ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi hemşirelik anabilim dalı. Yüksek lisans tezi. 2019. Erişim:(<http://acikerisim.nevsehir.edu.tr/xmlui/handle/20.500.11787/486>) Erişim Tarihi: 06.01.2022
- 41) Yılmaz Karabulutlu E, Karaman S. Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg. 2015;2(3):271. doi:10.17681/hsp.84549
- 42) İşcan Ayyıldız N. Hipertansiyon Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Doyumuna Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi. 2016.
- 43) Boonsatean W, Carlsson A, Dychawy Rosner I, Östman M. Sex-related illness perception and self-management of a Thai type 2 diabetes population: a cross-sectional descriptive design. BMC Endocr Disord. 2018;18(1). doi:10.1186/S12902-017-0229-8
- 44) Yılmaz Karabulutlu E, Aydın Avcı I, Karayurt O, et al. Evaluation of Illness Perception of Women with Breast Cancer in Turkey. Eur J breast Heal. 2019;15(2):98-104. doi:10.5152/EJBH.2019.4317
- 45) Dark A. Behçet Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2016
- 46) Tekin Ü. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Hastalık Algısı Ve Bakımlarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2016. Erişim: (<https://avesis.gazi.edu.tr/yonetilen-tez/a77163a6-dabb-42e4-92bb-aac25341d3b3/kalp-yetmezligi-olan-hastalarin-hastalik-algisi-ve-bakimlarina-iliskin-goruslerinin-degerlendirilmesi>) Erişim Tarihi: 06.01.2022.
- 47) Zhang N, Fielding R, Soong I, et al. Illness perceptions among cancer survivors. Support Care Cancer. (2016)24:1295–1304doi:10.1007/s00520-015-2914-3

- 48) Özdemir A. Kanserli hastalarda hastalık algısı ve anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. İnönü Üniveristesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Programı. Yüksek lisans tezi. 2016. Erişim:(https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=ccKbMfANxASU5smIw6fSvg&no=_mmkQjqNSJH9MP4S6-hbXA) Erişim Tarihi: 06.01.2022
- 49) Tan M, Karabulutlu E. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. Cancer Nurs. 2005;28(3):236–40. Erişim: (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15915069/>) Erişim Tarihi: 06.10.2021
- 50) Finfgeld-Connett D. Clarification of social support. J Nurs Scholarsh. 2005;37(1):4–9. Erişim: (<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00004.x>) Erişim Tarihi: 06.10.2021
- 51) Baider L, Peretz T, Hadani PE, Koch U. Psychological intervention in cancer patients: A randomized study. Gen Hosp Psychiatry. 2001;23(5):272–7. Erişim: (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11600169/>) Erişim Tarihi: 06.10.2021
- 52) Sorias O. Sosyal Destek Kavramı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Derneğisi. 1988;27(1):353–7.
- 53) Procidano ME, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. Am J Community Psychol. 1983;11(1):1–24. Erişim: (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6837532/>) Erişim Tarihi: 06.10.2021
- 54) Simpson JSA, Carlson LE, Beck CA, Patten S. Effects of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients. Psychooncology. 2002;11(4):282–94. Erişim: (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12203742/>) Erişim Tarihi: 06.10.2021

- 55) Aydın Sayılan A, Demir Doğan M. Illness perception, perceived social support and quality of life in patients with diagnosis of cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2020;29(4):1-7. doi:10.1111/ecc.13252 Erişim: (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ecc.13252>) Erişim Tarihi: 10.01.2022
- 56) Happiness: towards a holistic approach to development. UN. 65/309. General Assembly. UN,; 2011. Erişim: (<https://digitallibrary.un.org/record/715187>) Erişim Tarihi: 06.10.2021
- 57) Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull*. 1984;95(3):542-75.
- 58) Diener E, Emmons RA, Larsem RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess*. 1985;49(1):71-5.
- 59) Veenhoven R. Happy life-expectancy: A comprehensive measure of quality-of-life in nations. *Soc Indic Res*. 1996;39(1):1-58. Erişim: (<https://link.springer.com/article/10.1007/BF00300831>) Erişim Tarihi: 06.10.2021
- 60) Feller S, Teucher B, Kaaks R, Boeing H, Vigl M. Life Satisfaction and Risk of Chronic Diseases in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)-Germany Study. *PLoS One*. 2013;8(8). Erişim: (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073462>) Erişim Tarihi: 06.10.2021
- 61) Yılmaz E. , Aslan H. Öğretmenlerin İş Yerinde Yalnızlıkları ve Yaşam Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi*. 2016; 3(3): 59-69 Erişim:(https://dergipark.org.tr/tr/pub/pegegog/issue/22581/241207#article_cite) Erişim Tarihi: 06.10.2021
- 62) Özdeveccoğlu M, Aktaş A. Kariyer Bağlılığı, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Bağlılığın Yaşam Tatmini Üzerindeki Etkisi: İş-Aile Çatışmasının Rolü. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2007. Erişim: (<https://dergipark.org.tr/tr/pub/erciyesiibd/issue/5885/77845>) Erişim Tarihi: 06.10.2021
- 63) Gokce, Huseyin. Serbest Zaman Doyumunun Yaşam Doyumu ve Sosyo-Demografik Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi. (2019). Denizli.

- 64) Vázquez C, Rahona JJ, Gómez D, Caballero FF, Hervás G. A National Representative Study of the Relative Impact of Physical and Psychological Problems on Life Satisfaction. *J Happiness Stud.* 2015;16(1):135–48. Erişim: (<https://link.springer.com/article/10.1007/s10902-014-9501-z>) Erişim Tarihi: 06.10.2021
- 65) Lorenzo-Seva U, Calderon C, Ferrando PJ, del Mar Muñoz M, Beato C, Ghanem I, et al. Psychometric properties and factorial analysis of invariance of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) in cancer patients. *Qual Life Res.* 2019;28(5):1255–64. Erişim: (<https://doi.org/10.1007/s11136-019-02106-y>) Erişim Tarihi: 06.10.2021
- 66) Jakobsen JK, Sørensen CM, Krarup KP, Jensen JB. Life satisfaction of patients with penile cancer. *Dan Med J.* 2021 Dec 15;69(1):A05210397. PMID: 34913430. Erişim: (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34913430/>) Erişim Tarihi:04.01.2022
- 67) Steca P, Greco A, Monzani D, et al. How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease? The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs. *Psychol Heal.* 2013;28(7):765-783. doi:10.1080/08870446.2012.759223 Erişim: (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23343116/>) Erişim Tarihi: 21.01.2022
- 68) Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2001; 12(1): 17 - 25.
- 69) Dağlı A, Baysal N. Yaşam Doyumu Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Electronic Journal of Social Sciences.* 2016; 15(59): 1250-1262.
- 70) World Health Organization. Promoting health and development: closing the implementation gap. Proceedings of the 7th Global Conference on Health Promotion. October 26-30, 2009. Nairobi, Kenya. *Glob Health Promot.* 2010;17(2):3-95. Erişim:(https://www.who.int/pmnch/media/events/2009/20091026_healthpromconf/en/) Erişim Tarihi: 10.10.2021

- 71) Tanrıöver M, Yıldırım HH, Ready N, Çakır B, Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması 2014. Erişim:(<http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf>) Erişim Tarihi: 29.05.2021
- 72) Davis TC, Williams MV., Marin E, Parker RM, Glass J. Health Literacy and Cancer Communication. CA Cancer J Clin. 2002;52(3):134-149. doi:10.3322/canjclin.52.3.134 Erişim: (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12018928/>) Erişim Tarihi: 10.10.2021
- 73) Yilmazel G. Low health literacy, poor knowledge, and practice among Turkish women patients undergoing cervical cancer screening. J Cancer Res Ther. 2019;15(6):1276. doi:10.4103/JCRT.JCRT_1142_16
- 74) Akça E, Sürücü ŞG, Akbaş M. Gebelerde Sağlık Algısı, Sağlık Okuryazarlığı Ve İlişkili Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Mesl Yüksek Okulu Derg. 2020;8(3):630-642. doi:10.33715/INONUSAGLIK.735467
- 75) Bakan AB, Yıldız M. 21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma. Sağlık ve Toplum. 2019;29(3):33-40. doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0152547
- 76) Özdemir Y. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek lisans tezi. 2018.
- 77) Rudd RE. Health Literacy Considerations for a New Cancer Prevention Initiative. Gerontologist. 2019;59(Suppl 1):S7. doi:10.1093/GERONT/GNZ032
- 78) Gunn CM, Paasche-Orlow MK, Bak S, et al. Health Literacy, Language, and Cancer-Related Needs in the First 6 Months After a Breast Cancer Diagnosis. JCO Oncol Pract. 2020;16(8):e741. doi:10.1200/JOP.19.00526

- 79) Rikard R V., Thompson MS, McKinney J, Beauchamp A. Examining health literacy disparities in the United States: A third look at the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). BMC Public Health. 2016;16(1):1-11. doi:10.1186/S12889-016-3621-9 Erişim:(<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3621-9>) Erişim Tarihi: 20.01.2022
- 80) Zhong Y, Schroeder E, Gao Y, Guo X, Gu Y. Social Support, Health Literacy and Depressive Symptoms among Medical Students: An Analysis of Mediating Effects. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(2):1-12. doi:10.3390/IJERPH18020633
- 81) Jo A, Ji Seo E, Son YJ. The roles of health literacy and social support in improving adherence to self-care behaviours among older adults with heart failure. Nurs open. 2020;7(6):2039-2046. doi:10.1002/NOP2.599
- 82) Yılmaz Kartal İB. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığını Yaşam Kalitesi Ve İlaç Uyumu İle İlişkisi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakóltesi. Uzmanlık Tezi.2019.
- 83) Bilgin Kahveci P, Abacıgil F. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Etkileri (The Effects Of Insufficient Health Literacy). The Journal of Social Sciences. 2019. DOI:10.16990/SOBIDER.4932
- 84) Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Kadın 2020. Erişim: (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2020-37221>) Erişim Tarihi: 19.01.2022.
- 85) Ekenler ř, Arslan S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Hastalık Algısı Ve İlişkili Faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;22(3):151-160. Erişim: (<https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/49197/433664>) Erişim Tarihi: 10.01.2022
- 86) Kayır G. Onkoloji Hastalarının Hastalık Algısı Ve Stresle Başa Çıkma Biçimleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı/Psikiyatri Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans Tezi. 2014. Erişim:(<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=XrfYrOrwBvhlml1x4bc-hA&no=xTX7Bw8jJGhzBNkh3HMvCw>) Erişim Tarihi: 10.01.2022

- 87) Walters R, Leslie SJ, Sixsmith J, Gorely T. Health literacy for cardiac rehabilitation: An examination of associated illness perceptions, self-efficacy, motivation and physical activity. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):1-16. doi:10.3390/ijerph17228641 Erişim: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7699978/>) Erişim Tarihi: 12.01.2022
- 88) Kale MS, Federman AD, Krauskopf K, et al. The association of health literacy with illness and medication beliefs among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *PLoS One*. 2015;10(4). doi:10.1371/journal.pone.0123937 Erişim: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4411058/>) Erişim Tarihi: 10.01.2022
- 89) Federman AD, Wisnivesky JP, Wolf MS, Leventhal & Ethan H, Halm AA. Inadequate Health Literacy Is Associated With Suboptimal Health Beliefs in Older Asthmatics. *J Asthma*. 2010;47(6):620-626. doi:10.3109/02770901003702816 Erişim:(<https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.3109/02770901003702816?scroll=top&needAccess=true>) Erişim Tarihi: 10.01.2022
- 90) Shiyanbola OO, Unni E, Huang YM, Lanier C. The association of health literacy with illness perceptions, medication beliefs, and medication adherence among individuals with type 2 diabetes. *Res Soc Adm Pharm*. 2018;14(9):824-830. doi:10.1016/j.sapharm.2017.12.005 Erişim: (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1551741117306861?via%3Dihub>) Erişim Tarihi: 20.01.2022

EK A. Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU						
SAYI:		Tarih: 16.12.2020				
KONU: Etik Kurulu Kararı						
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Kanser Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı ve Hastalık Algısı İlişkisi				
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU						
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu				
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi				
	TELEFON	216 570 91 90				
	FAKS	216 565 55 26				
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr				
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	DR.ÖĞR. ÜYESİ HATİCE İKİŞİK				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	HALK SAĞLIĞI				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi				
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI					
	DESTEKLEYİCİ					
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ					
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐			
		FAZ 2	☐			
		FAZ 3	☐			
FAZ 4		☐				
Gözlemsel ilaç çalışması		☐				
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐				
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐				
İlaç dışı klinik araştırma		☒				
Retrospektif	☐					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama		
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2020/0770	Tarih: 16.12.2020				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

Etik Kurulu Başkanı Dr. Şükrü Sadık ÖNER

İmza: _____

EK A. Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI: _____ Tarih: 16.12.2020
KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kanser Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı ve Hastalık Algısı İlişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm. Dr. Ergül Demirci Bır	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Saliha Şahin	İşçi		E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

T.C.S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER
İmza

Değerli katılımcımız, bu araştırmayla İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi onkoloji kliniğine başvuran kanser tanılı hastalarda sağlık okuryazarlığı ve hastalık algısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlıyoruz.

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ettiğiniz takdirde size bu ankette yer alan sorular sorulacaktır. Anketin uygulanma süresi yaklaşık 25-30 dk sürecektir. Bu çalışmanın sonunda elde edilecek veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz hiçbir şekilde kullanılmayacaktır. Tüm soruları doğru ve eksiksiz bir şekilde cevaplamanız çalışmamızın doğru neticelenmesi için büyük önem taşımaktadır. İşbirliğiniz ve yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Bu araştırma İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda görevli Arş. Gör. Dr. Emine ÖZTOSUN tarafından yürütülmektedir.

Bu yazıyı okuduktan sonra araştırmamıza gönüllü olarak katılmak istiyorsanız aşağıdaki bölümü doldurunuz ve imzalayınız.

Bu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Tarih: / /

Arş. Gör. Dr. Emine ÖZTOSUN, IMUTF Halk Sağlığı AD. Tlf: 0507310392

Dosya No: _____

1. **Doğum yılınız?** _____
2. **Cinsiyetiniz?**
1.Kadın () 2.Erkek ()
3. **Medeni durumunuz nedir?**
1.Evli () 2.Bekar () 3.Boşanmış () 4.Eşi ölmüş ()
4. **Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?**
1.Yalnız () 2.Eş/çocuklar () 3.Ailesi () 4.Diğer ()
5. **Eğitim durumunuz nedir?**
1.Okur-yazar () 2.İlkokul () 3.Ortaokul () 4.Lise () 5.Üniversite ()
6. **Herhangi gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?**
1.Evet () 2.Hayır ()
7. **Mesleğiniz nedir?** _____
8. **Sağlık güvenceniz var mı?**
1.Evet, SGK var () 2.Evet, özel sağlık sigortası ()
3.Evet, yurt dışı kaynaklı sağlık güvencesi () 4.Hayır, sağlık güvencem yok ()
9. **Size göre gelir durumunuz nasıldır?**
1.Çok iyi () 2.İyi () 3.Orta () 4.Kötü () 5.Çok kötü ()

10. Kan bağıınız olan (anne, baba, kardeş, teyze, amca vb) bir yakınınızda da kanser olan var mı/mıydı?

1.Evet () 2.Hayır ()

11. Cevabınız evet ise kimde ve ne kanseri olduğunu belirtiniz?

Kimde_____ Ne kanseri_____

Kimde_____ Ne kanseri_____

12. Sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

1.Çok iyi () 2.İyi () 3.Orta () 4.Kötü () 5.Çok kötü ()

Hasta dosyasından doldurulacak bölüm:

1. Kanser tipiniz nedir?_____

2. Kanser evreniz nedir?_____

3. Tanınız ne zaman kondu?_____

4. İlk şikayetiniz ile doktora başvurmaınız arasında geçen süre ne kadardır?
(ay/yıl)_____

5. Tedaviniz ilk ne zaman başladı?_____

6. Kanser nedeni ile ameliyat oldunuz mu?

1.Evet () 2.Hayır ()

7. Ameliyat oldu iseniz ne ameliyatı oldunuz?_____

8. Hastalığınız nedeni ile verilen tedavilere karşı herhangi bir yan etki yaşadınız mı?

1.Evet () 2.Hayır ()

9. Cevabınız evet ise yan etkinin ne olduğunu belirtiniz? _____

10. Kanser hastalığı dışında ilaç kullanmanızı ve/veya uzun dönem takip edilmenizi gerektirecek başka bir kronik hastalığınız var mı?

1.Evet () 2.Hayır ()

11. Cevabınız evet ise hangi hastalık olduğunu belirtiniz?_____

Katkılarınız için Teşekkürler...

Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
1. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
2. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	1	2	3	4	5
3. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	1	2	3	4	5
4. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
5. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
6. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	1	2	3	4	5
7. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
8. Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak	1	2	3	4	5
9. Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	1	2	3	4	5
10. Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	1	2	3	4	5
11. İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	1	2	3	4	5
12. Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	1	2	3	4	5
13. Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
14. Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak	1	2	3	4	5
15. Acil durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	1	2	3	4	5
16. Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	1	2	3	4	5
17. Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	1	2	3	4	5
18. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
19. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	1	2	3	4	5

Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
20. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
21. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	1	2	3	4	5
22. Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
23. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
24. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	1	2	3	4	5
25. Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
26. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	1	2	3	4	5
27. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	1	2	3	4	5
28. Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
29. Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	1	2	3	4	5
30. Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	1	2	3	4	5
31. Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	1	2	3	4	5
32. Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	1	2	3	4	5

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

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

Belirtiler	Hastalığınızın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım		Bu belirti hastalığınızla ilgili	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Ağrı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır

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

Hastalık Hakkındaki Görüşler	Kesinlikle böyle düşünmüyorum (1)	Böyle düşünmüyorum (2)	Kararsızım (3)	Böyle düşünüyorum (4)	Kesinlikle böyle düşünüyorum (5)
1 ^a . Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4 ^a . Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8 ^a . Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					

Hastalık Hakkındaki Görüşler	Kesinlikle böyle düşünmüyorum (1)	Böyle düşünmüyorum (2)	Kararsızım (3)	Böyle düşünüyorum (4)	Kesinlikle böyle düşünüyorum (5)
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13.Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15 ^a .Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17 ^a .Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18 ^a . Hastalığım zamanla iyileşecek					
19 ^a . Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23 ^a . Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24 ^a . Hastalığım bana anlamsız geliyor					
25 ^a . Hastalığımı anlamıyorum					
26 ^a . Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
27. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
28. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
29. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
30. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
31. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
32. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
33 ^a . Hastalığım beni endişelendirmiyor					
34. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
35. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

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

Hastalık Nedenleri	Kesinlikle böyle düşünmüyorum (1)	Böyle düşünmüyorum (2)	Kararsızım (3)	Böyle düşünüyorum (4)	Kesinlikle böyle düşünüyorum (5)
1. Stres ya da endişe					
2. Kalıtsal (ırsi)					
3. Bir mikrop ya da virüs					
4. Diyet- yemek alışkanlıkları					
5. Şans ya da kötü talih					
6. Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
7. Çevre kirliliği					
8. Kendi davranışım					
9. Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
10. Aile problemleri					
11. Aşırı çalışma					
12. Duygusal durumum, örneğin kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
13. Yaşlanma					
14. Alkol					
15. Sigara içme					
16. Kaza ya da yaralanma					
17. Kişilik özelliklerim					
18. Vücut direncimin azalması					

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

Bana göre en önemli nedenler:

1.....

2.....

3.....

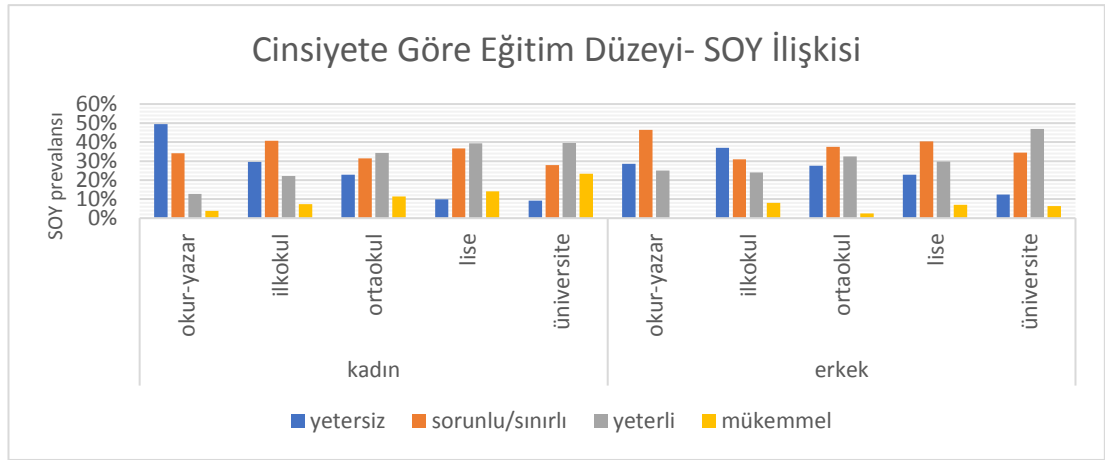
Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
2	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
3	Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
4	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
5	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
6	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
7	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
8	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

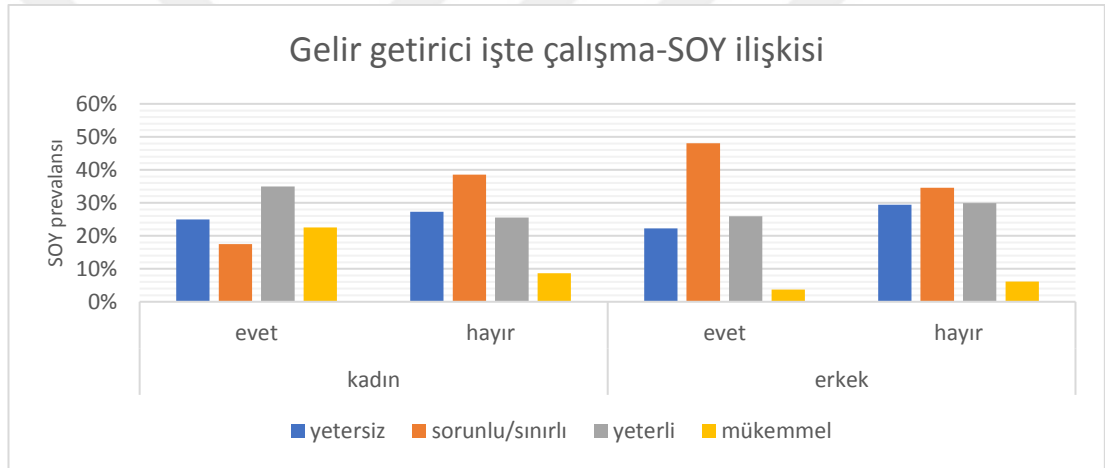
EK E. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

9	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
10	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
11	Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
12	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

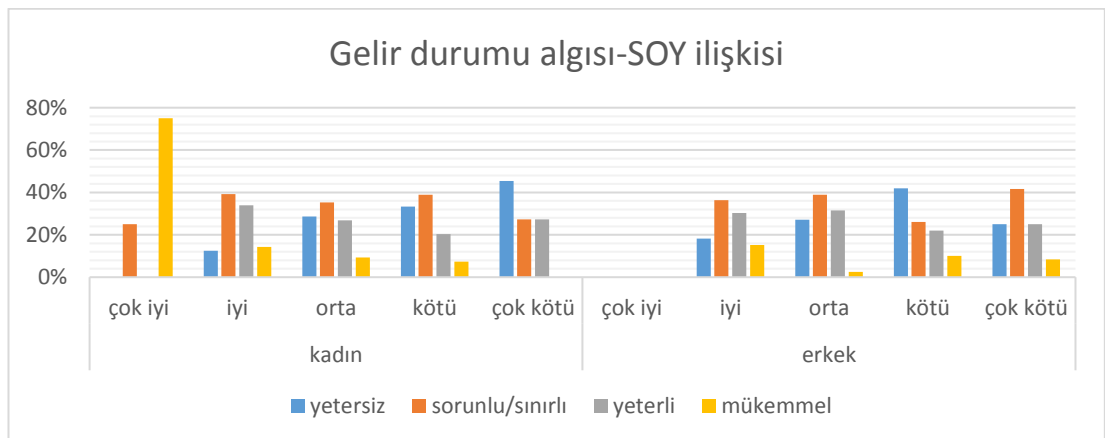
	Maddeler	Hiç katılmıyorum (1)	Çok az katılıyorum (2)	Orta düzeyde katılıyorum (3)	Büyük oranda katılıyorum (4)	Tamamen katılıyorum (5)
1	İdeallerime yakın bir yaşantım var.	1	2	3	4	5
2	Yaşam koşullarım mükemmeldir.	1	2	3	4	5
3	Yaşamımdan memnunum.	1	2	3	4	5
4	Şimdiye kadar yaşamdan istediğim önemli şeylere sahip oldum.	1	2	3	4	5
5	Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.	1	2	3	4	5



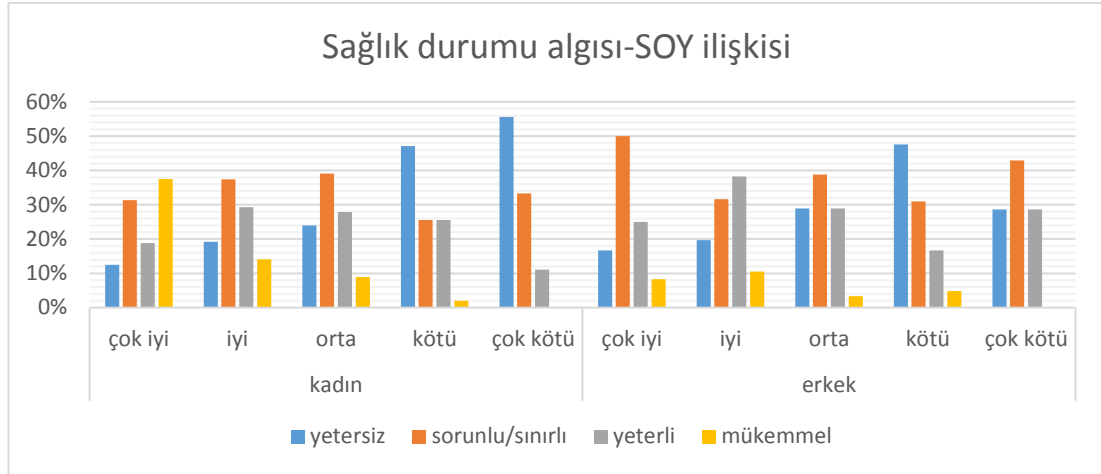
Ek G1 Şekil. Cinsiyet gruplarına göre eğitim düzeyleri ile SOY arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.



Ek G2 Şekil. Cinsiyet gruplarına göre gelir getirici işte çalışma durumu ile SOY arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.



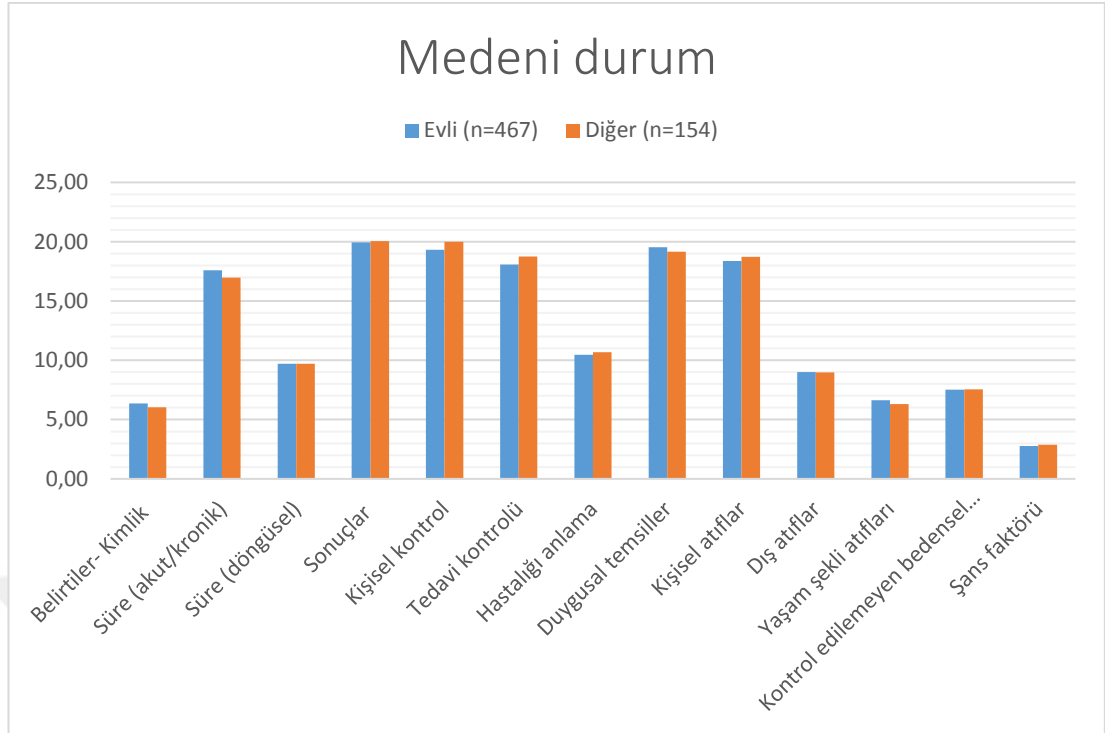
Ek G3 Şekil. Cinsiyet gruplarına göre gelir durumu algısı ile SOY arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.



Ek G4 Şekil. Cinsiyet gruplarına göre sağlık durumu algısı ile SOY arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

Ek G5 Tablo. Medeni durum ve hastalık algısı ilişkisi

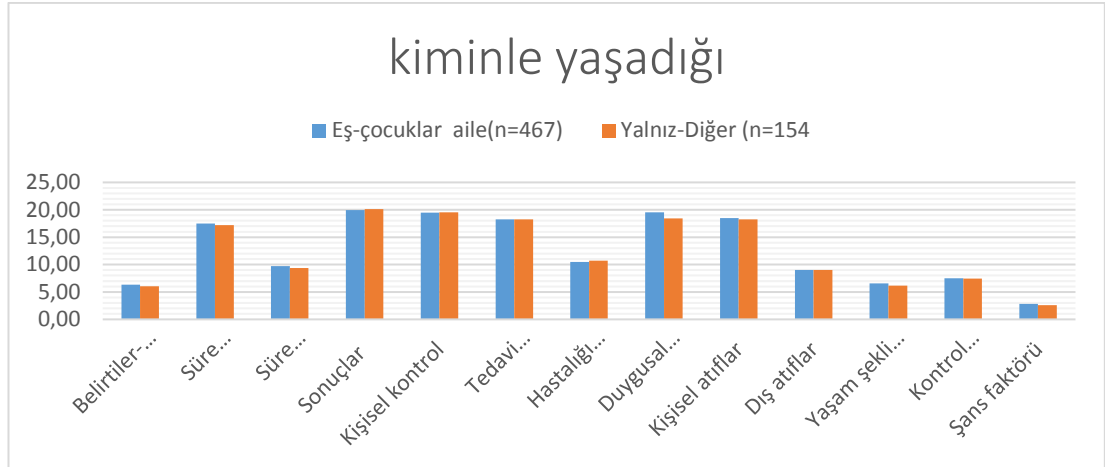
Medeni durum	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkındaki görüşler-algı boyutu alt boyutları							Hastalık nedenleri boyutu alt boyutları				
	Belirtiler- Kimlik	Süre (akut/kronik)	Süre (döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlama	Duygusal temsiller	Kişisel atıflar	Dış atıflar	Yaşam şekli atıfları	Kontrol edilemeyen bedensel faktörler	Şans faktörü
Evli (n=467)	+	17.60 ±5.22	9.71 ±2.89	19.95 ±5.07	19.31 ±4.46	18.07 ±4.27	10.47 ±2.99	19.53 ±5.74	18.38 ±6.11	9.01 ±3.27	6.62 ±2.94	7.51 ±2.55	2.77 ±1.36
Diğer (n=154)	6.03 ±3.65	16.97 ±5.80	9.71 ±2.90	20.06 ±5.12	19.98 ±4.27	18.76 ±4.30	10.67 ±3.07	19.16 ±6.40	18.73 ±6.04	8.97 ±3.11	6.31 ±2.75	7.55 ±2.49	2.88 ±1.41
T	1.084	1.257	0.004	-0.242	-1.642	-1.741	-0.706	0.667	-0.622	0.158	1.140	-0.170	-0.860
P	0.279	0.209	0.997	0.809	0.101	0.084	0.481	0.505	0.534	0.875	0.255	0.865	0.390
Toplam	6.28 ±3.37	17.44 ±5.37	9.71 ±2.89	19.98 ±5.08	19.47 ±4.42	18.24 ±4.29	10.52 ±3.01	19.44 ±5.91	18.47 ±6.09	9.00 ±3.23	6.54 ±2.90	7.52 ±2.53	2.79 ±1.37



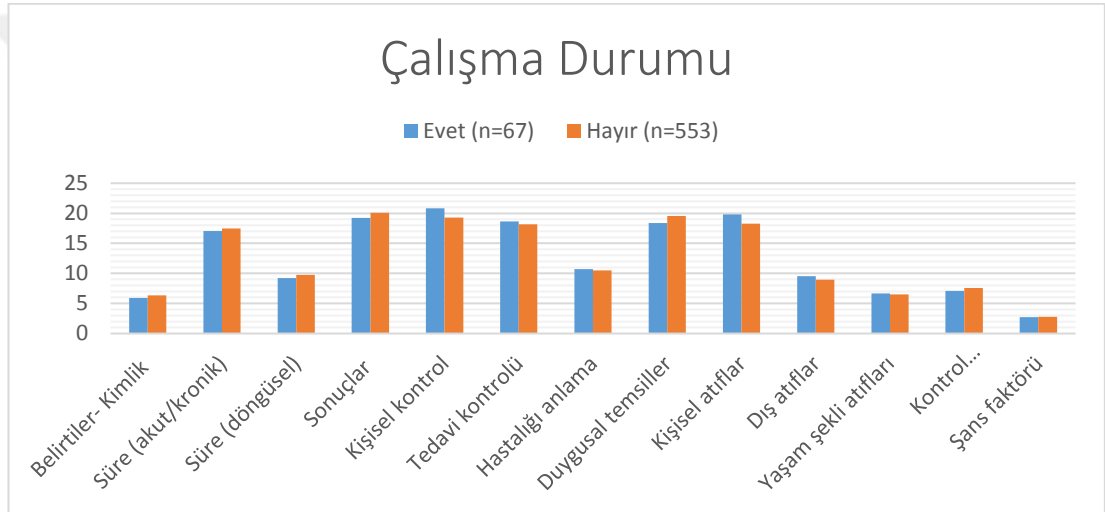
Ek G6 Şekil. Medeni durum ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi

Ek G7 Tablo. Kiminle yaşadığı ve hastalık algısı ilişkisi

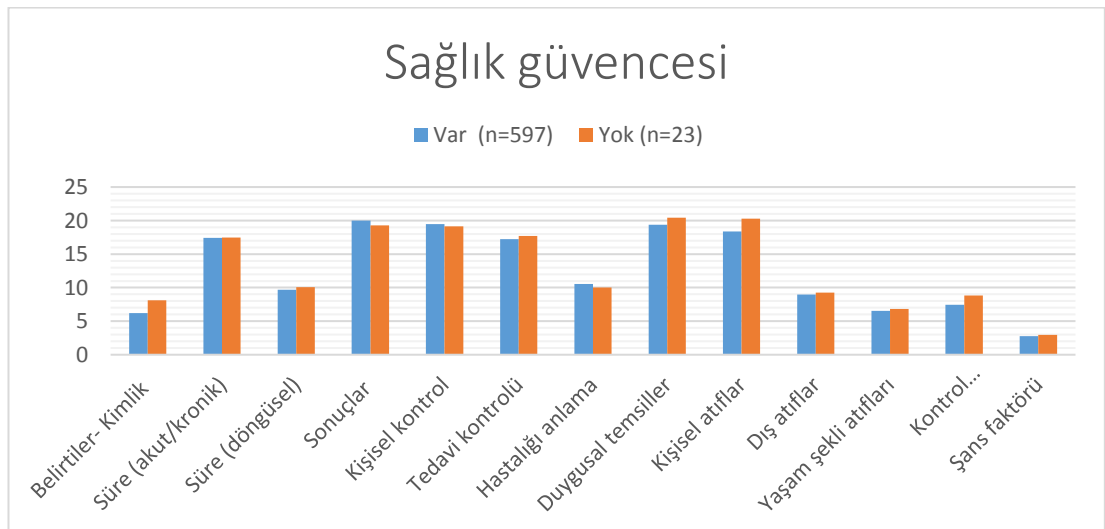
Kimle yaşadığı	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkındaki görüşler-algı boyutu alt boyutları							Hastalık nedenleri boyutu alt boyutları				
	Belirtiler- Kimlik	Süre (akut/kronik)	Süre (döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlama	Duygusal temsiller	Kişisel atıflar	Dış atıflar	Yaşam şekli atıfları	Kontrol edilemeyen bedensel faktörler	Şans faktörü
Eş-çocuklar aile (n=467)	6.31 ±3.37	17.47 ±5.36	9.74 ±2.88	19.96 ±5.02	19.47 ±4.45	18.24 ±4.26	10.50 ±3.00	19.55 ±5.84	18.49 ±6.11	9.00 ±3.22	6.58 ±2.87	7.52 ±2.48	2.81 ±1.36
Yalnız-Diğer (n=154)	6.03 ±3.44	17.20 ±5.56	9.39 ±2.99	20.15 ±5.59	19.54 ±4.19	18.23 ±4.57	10.74 ±3.14	18.43 ±6.52	18.25 ±5.96	9.00 ±3.35	6.18 ±3.12	7.46 ±3.00	2.62 ±1.47
T	-0.606	-0.371	-0.894	-0.273	0.125	-0.017	0.593	-1.408	-0.300	-0.008	-1.027	-0.157	-1.021
p	0.545	0.711	0.372	0.785	0.075	0.987	0.553	0.160	0.764	0.993	0.305	0.876	0.308
Toplam	6.28 ±3.37	17.44 ±5.37	9.71 ±2.89	19.98 ±5.08	19.47 ±4.42	18.24 ±4.29	10.52 ±3.01	19.44 ±5.91	18.47 ±6.09	9.00 ±3.23	6.54 ±2.90	7.52 ±2.53	2.79 ±1.37



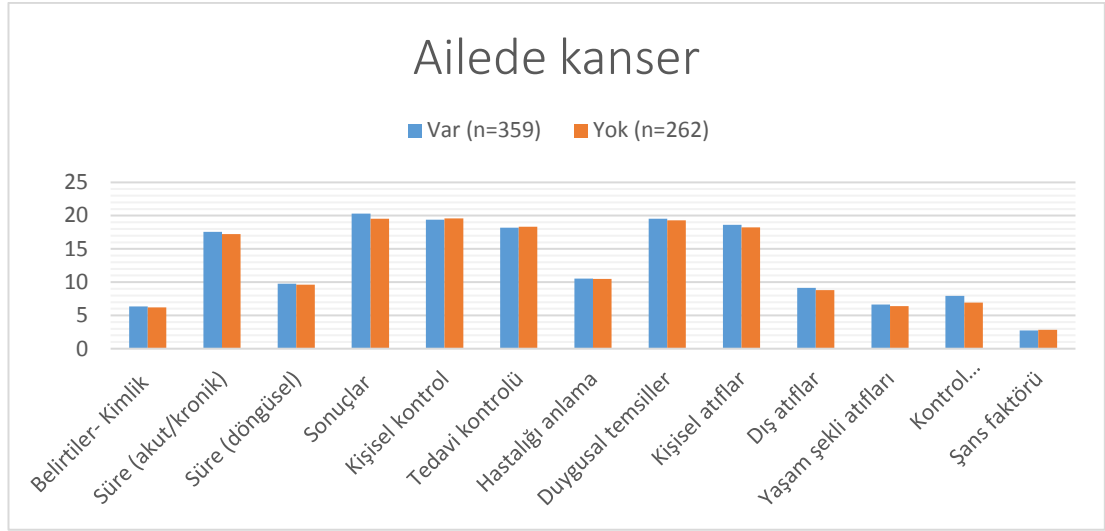
Ek G8 Şekil. Kiminle yaşadığı ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi



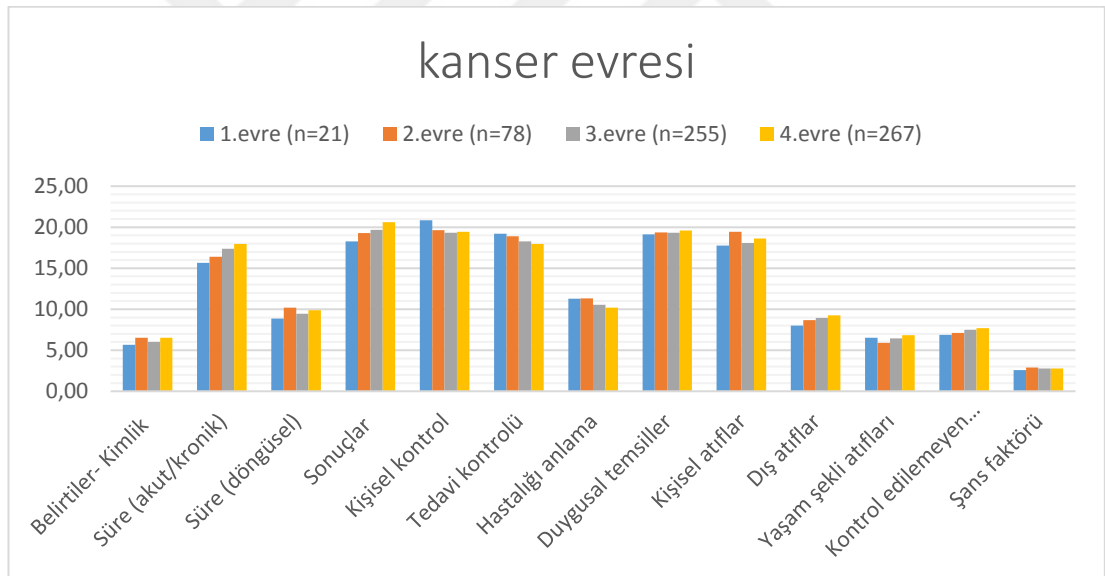
Ek G9 Şekil. Çalışma durumu ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi



Ek G10 Şekil. Sağlık güvencesi ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi



Ek G11 Şekil. Ailede kanser ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi

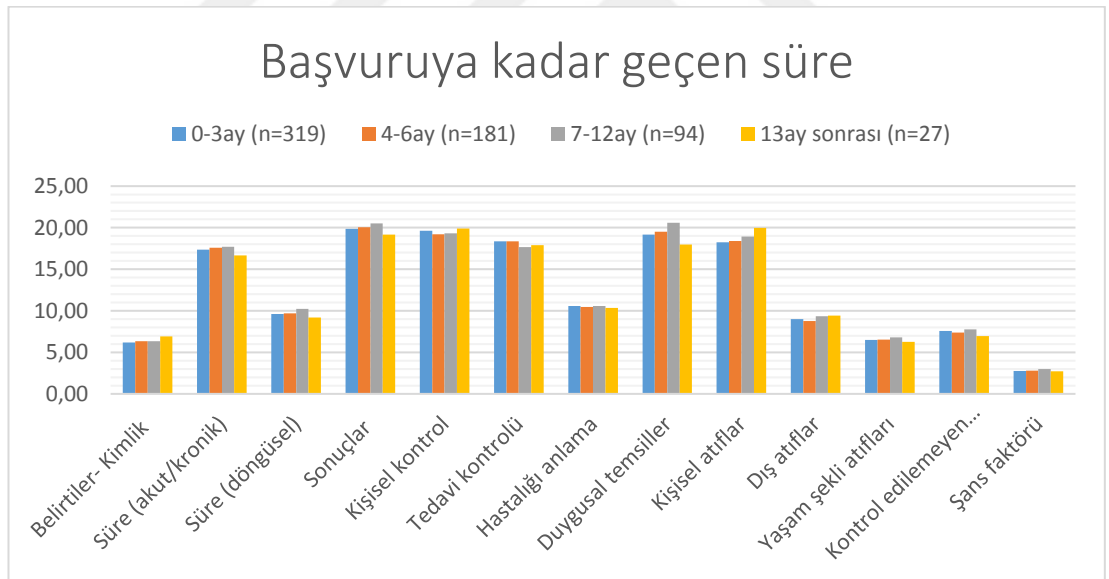


Ek G12 Şekil. Kanser evresi ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi

Ek G13 Tablo. İlk başvuruya kadar geçen süre ve Hastalık algısı ilişkisi

Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkındaki görüşler-algı boyutu alt boyutları	Hastalık nedenleri boyutu alt boyutları
-----------------------------	--	---

Geçen süre	Belirtiler- Kimlik	Süre (akut/kronik)	Süre (döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlama	Duygusal temsiller	Kişisel atfılar	Dış atfılar	Yaşam şekli atfıları	Kontrol edilemeyen bedensel faktörler	Şans faktörü
0-3ay (n=319)	6.18 ±3.17	17.35 ±5.50	9.61 ±2.89	19.85 ±5.03	19.64 ±4.39	18.36 ±4.29	10.57 ±3.06	19.18 ±5.80	18.24 ±5.91	9.00 ±3.21	6.50 ±2.89	7.57 ±2.52	2.76 ±1.38
4-6ay (n=181)	6.34 ±3.46	17.57 ±5.32	9.68 ±2.95	20.06 ±5.07	19.20 ±4.55	18.36 ±4.14	10.44 ±2.90	19.51 ±5.94	18.40 ±6.40	8.77 ±3.13	6.52 ±3.05	7.37 ±2.51	2.78 ±1.35
7-12ay (n=94)	6.35 ±3.65	17.72 ±5.35	10.23 ±2.80	20.50 ±5.19	19.31 ±4.84	17.68 ±4.49	10.56 ±2.81	20.60 ±6.06	18.95 ±6.40	9.34 ±3.44	6.81 ±2.85	7.78 ±2.74	2.98 ±1.36
13ay sonrası (n=27)	6.93 ±4.09	16.67 ±4.35	9.19 ±2.84	19.15 ±5.36	19.89 ±3.80	17.89 ±4.55	10.33 ±3.82	17.96 ±6.11	19.96 ±4.90	9.41 ±3.33	6.26 ±2.04	6.96 ±1.99	2.70 ±1.48
F	0.461	0.338	1.444	0.649	0.509	0.726	0.117	1.977	0.892	0.786	0.375	1.001	0.692
p	0.710	0.798	0.229	0.584	0.676	0.537	0.950	0.116	0.445	0.502	0.771	0.392	0.557
Toplam	6.28 ±3.37	17.44 ±5.37	9.71 ±2.89	19.98 ±5.08	19.47 ±4.42	18.24 ±4.29	10.52 ±3.01	19.44 ±5.91	18.47 ±6.09	9.00 ±3.23	6.54 ±2.90	7.52 ±2.53	2.79 ±1.37

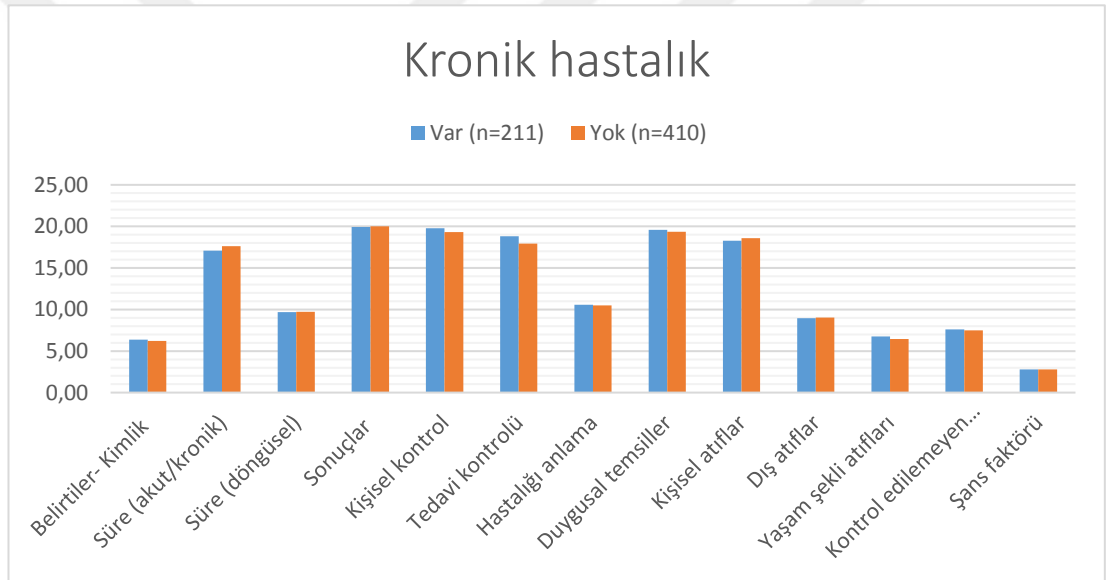


Ek G14 Şekil. İlk şikayetten tanıya kadar geçen süre ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi

Ek G15 Tablo. Kronik hastalık ve Hastalık Algısı ilişkisi

Kronik hastalık	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkındaki görüşler-algı boyutu alt boyutları	Hastalık nedenleri boyutu alt boyutları
-----------------	-----------------------------	--	---

	Belirtiler- Kimlik	Süre (akut/kronik)	Süre (döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlama	Duygusal temsiller	Kişisel atıflar	Dış atıflar	Yaşam şekli atıfları	Kontrol edilemeyen bedensel faktörler	Şans faktörü
Var (n=211)	6.37 ±3.24	17.09 ±5.13	9.69 ±2.83	19.92 ±5.21	19.78 ±4.16	18.82 ±3.95	10.58 ±3.02	19.60 ±5.87	18.27 ±5.92	8.96 ±3.29	6.77 ±3.01	7.60 ±2.42	2.80 ±1.36
Yok (n=410)	6.23 ±3.44	17.62 ±5.49	9.72 ±2.93	20.01 ±5.01	19.32 ±4.55	17.94 ±4.43	10.49 ±3.01	19.36 ±5.94	18.57 ±6.18	9.02 ±3.20	6.43 ±2.83	7.47 ±2.59	2.79 ±1.38
T	0.490	-1.147	-0.131	-0.210	1.228	2.432	0.344	0.481	-0.582	-0.227	1.388	0.610	0.092
p	0.624	0.252	0.895	0.834	0.220	0.015	0.731	0.631	0.561	0.820	0.166	0.542	0.927
Toplam	6.28 ±3.37	17.44 ±5.37	9.71 ±2.89	19.98 ±5.08	19.47 ±4.42	18.24 ±4.29	10.52 ±3.01	19.44 ±5.91	18.47 ±6.09	9.00 ±3.23	6.54 ±2.90	7.52 ±2.53	2.79 ±1.37

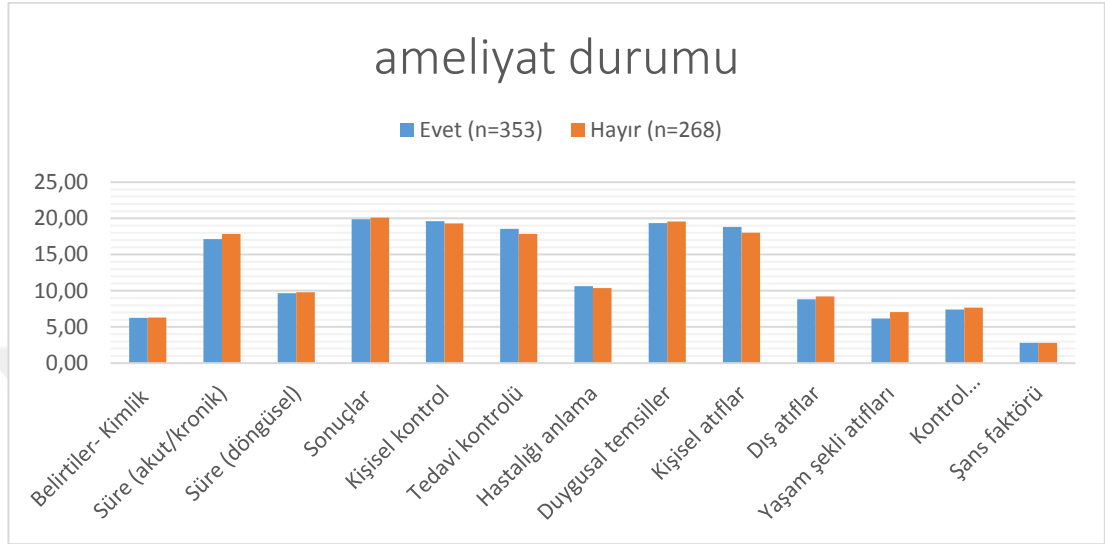


Ek G16 Şekil. Kronik hastalık ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi

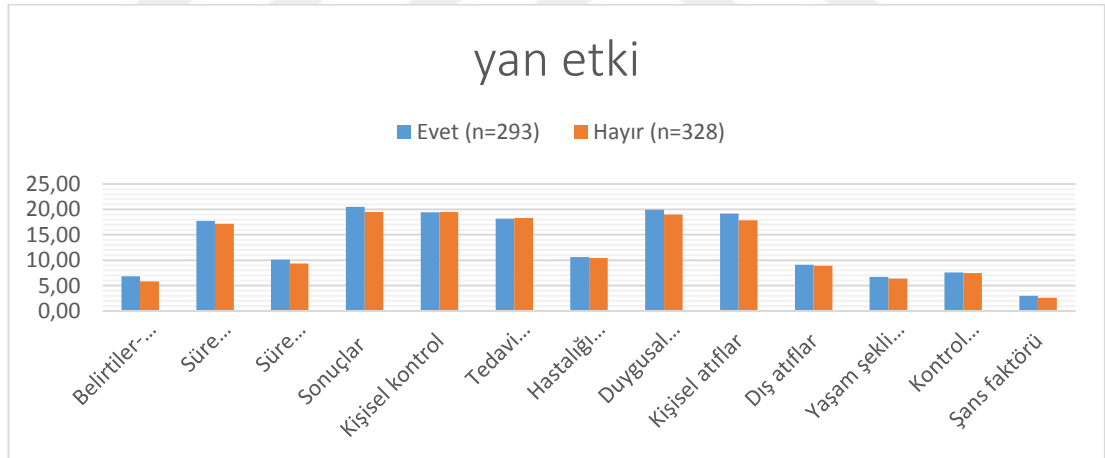
Ek G17 Tablo. Ameliyat durumu ve hastalık algısı ilişkisi

Ameliyat durumu	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkındaki görüşler-algı boyutu alt boyutları							Hastalık nedenleri boyutu alt boyutları				
	Belirtiler- Kimlik	Süre (akut/kronik)	Süre (döngüsel)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlama	Duygusal temsiller	Kişisel atıflar	Dış atıflar	Yaşam şekli atıfları	Kontrol edilemeyen bedensel faktörler	Şans faktörü
Evet (n=353)	6.27 ±3.73	17.14 ±5.44	9.66 ±2.97	19.88 ±5.24	19.62 ±4.58	18.53 ±4.24	10.62 ±3.12	19.34 ±6.03	18.81 ±6.24	8.84 ±3.27	6.16 ±2.75	7.39 ±2.57	2.80 ±1.40
Hayır (n=268)	6.29 ±3.38	17.83 ±5.26	9.78 ±2.80	20.10 ±4.86	19.28 ±4.21	17.85 ±4.32	10.38 ±2.85	19.57 ±5.76	18.02 ±5.88	9.21 ±3.16	7.05 ±3.01	7.69 ±2.48	2.79 ±1.36

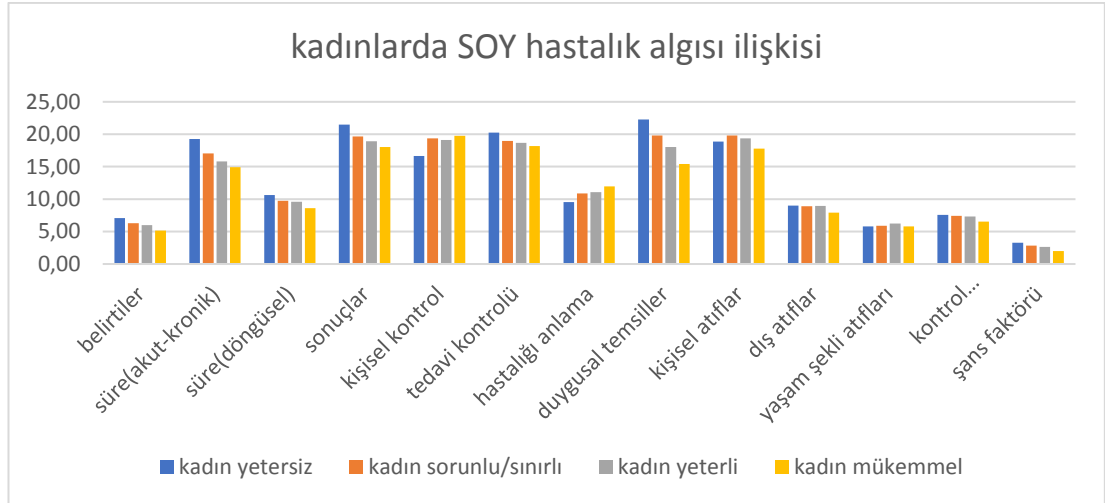
<i>T</i>	-0.083	-1.572	0.506	-0.536	0.968	1.946	0.978	-0.474	-1.591	1.408	-3.827	1.467	0.045
<i>p</i>	0.934	0.117	0.613	0.592	0.333	0.052	0.328	0.636	0.112	0.160	<0.001	0.143	0.964
Toplam	6.28 ±3.37	17.44 ±5.37	9.71 ±2.89	19.98 ±5.08	19.47 ±4.42	18.24 ±4.29	10.52 ±3.01	19.44 ±5.91	18.47 ±6.09	9.00 ±3.23	6.54 ±2.90	7.52 ±2.53	2.79 ±1.37



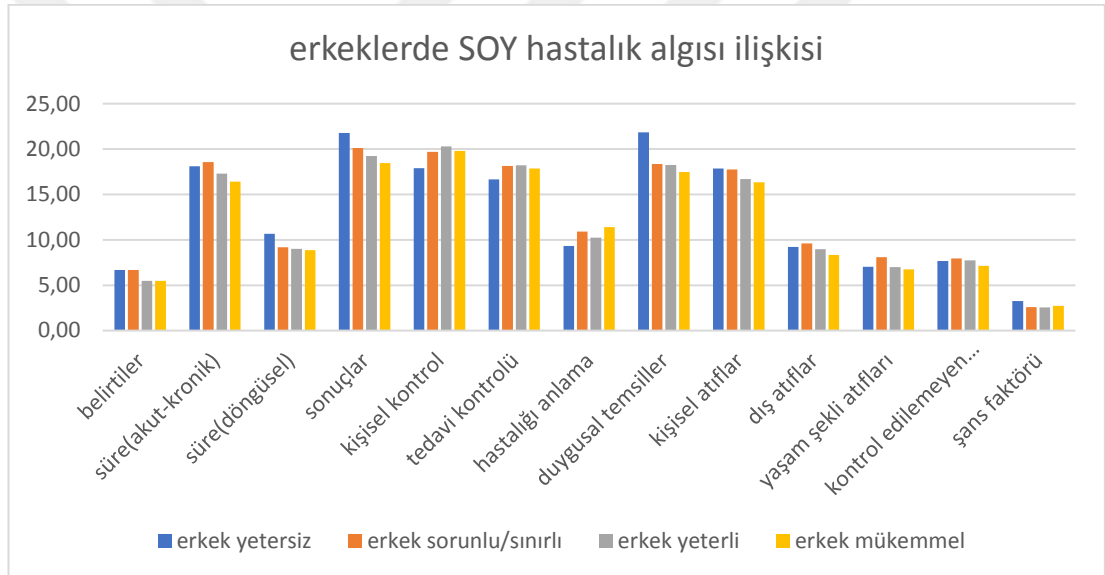
Ek G18 Şekil. Ameliyat ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi



Ek G19 Şekil. Yan etki ve hastalık algısı ölçeği boyut ve alt boyutları puan ortalaması ilişkisi



Ek G20 Şekil. Kadınlarda SOY ile hastalık algısı ilişkisi



Ek G21 Şekil. Erkeklerde SOY ile hastalık algısı ilişkisi