

**T.C.**  
**İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARDA SAĞLIK**  
**OKURYAZARLIĞIN, ÖZ BAKIMIN VE YAŞAM**  
**KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Perihan TORAMAN**

**İstanbul**

**Şubat-2024**

**T.C.**  
**İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARDA SAĞLIK**  
**OKURYAZARLIĞIN, ÖZ BAKIMIN VE YAŞAM KALİTESİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Perihan TORAMAN**

**Tez Danışmanı**  
**Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER**

**İstanbul**  
**Şubat-2024**

## TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

Üye Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Üye Doç. Dr. Berna DİNCER HEKİM

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

## BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Sağlık Okuryazarlığın, Öz Bakımın ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Perihan TORAMAN

## ÖN SÖZ

Araştırmamdaki her aşamada bana yardımcı olan değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER'e, eğitim alanında dersleriyle bize vizyon katan çok değerli hocamız Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK'e, yüksek lisans eğitimim boyunca benden desteklerini esirgemeyen canım anneme, eşime ve çocuklarıma teşekkürlerimi sunarım.

Perihan TORAMAN  
İstanbul- 2024

## ÖZET

# KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞIN, ÖZ BAKIMIN VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Perihan TORAMAN**

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği  
Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

Şubat, 2024 – 104 Sayfa

Bu çalışma, kemoterapi uygulanan hastalarda sağlık okuryazarlığı, öz bakımı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi irdelemek için yapıldı. Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı türden olan bu araştırma Mart-Ekim 2023 tarihleri arasında İstanbul’da olan Eğitim Araştırma Hastanesi’nin Ayaktan Kemoterapi Ünitesine başvuran 103 hasta ile gerçekleştirildi. Çalışmanın verileri; “*Hasta Bilgi Formu*”, “*Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (SOYÖ)*”, “*Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)*” ve “*EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği*” kullanılarak birebir görüşme yoluyla toplandı. Katılımcıların yaş ortalaması  $62,74 \pm 7,63$ , tanı süresi (gün) ortalama  $614,97 \pm 836,22$  olup, %82,5’i erkek, %81,6’sı evli, %51,5’i ilköğretim mezunu, %61,2’sinin geliri giderine eşit, %47,6’sı hastalık ve tedaviden kaynaklı ekonomik güçlük çekmekte, %23,3’ü ekonomik destek almakta, %11,7’si çalışmakta, %39,8’inin hastalık evresi 4, %46,6’sı eşi ve çocuklarıyla kalmakta, %46,6’sı hastalığı kendi bakımını etkilediğini ifade etmekte, %85,4’ü sağlıklarını iyi olarak algılamakta, %61,2’si sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarını düzenli olarak takip etmektedir. SOYÖ ve alt boyutları “Bilgiye Erişme”, “Bilgileri Anlama”, “Değer Bıçmek”, “Uygulamada Kullanma” ortalaması sırasıyla  $111,8 \pm 11,83$ ,  $22,48 \pm 3,63$ ,  $28,34 \pm 5,49$ ,  $36,92 \pm 4,16$ ,  $24,06 \pm 1,46$  bulunmuştur. Fonksiyonel skala ortalaması  $75,8 \pm 16,84$ , Semptom skala ortalaması  $26,14 \pm 17,57$ , Genel yaşam kalitesi ortalaması  $65,61 \pm 15,9$ ’dur. ÖBGÖ ortalaması  $118,25 \pm 18,11$ ’dir. Öz bakım gücü ve sağlık okuryazarlığı, fonksiyonel durum ile genel yaşam kalitesini pozitif olarak etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı, öz bakım gücünün fonksiyonel duruma ve genel yaşam kalitesine olan etkisini artırmada

aracı bir rol oynamakta ve bu pozitif etkiyi güçlendirmektedir. Aynı zamanda, öz bakım gücü ve sağlık okuryazarlığı, yaşanan semptomları olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı, öz bakım gücünün yaşanan semptomlardaki etkisinde aracı bir rol üstlenirken, yaşanan semptomlara olan negatif etkiyi daha da artırmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Hasta, kemoterapi, sağlık okuryazarlığı, öz bakım gücü, yaşam kalitesi.



## **ABSTRACT**

# **EVALUATION OF HEALTH LITERACY, SELF CARE AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY**

**Perihan TORAMAN**

Master's Thesis, Internal Diseases Nursing

Thesis Advisor: Assist. Prof. Dr. Zülfünaz ÖZER

February, 2024 – 104 Pages

This study was conducted to examine the relationship between health literacy, self-care and quality of life in patients receiving chemotherapy. This descriptive, cross-sectional and correlational study was conducted with 103 patients who were admitted to the Outpatient Chemotherapy Unit of a Training and Research Hospital in Istanbul between March and October 2023. Study data were collected through one-on-one interviews by using “Patient Information Form”, “Health Literacy Scale (HLS)”, “Self-Care Agency Scale (SCAS)” and “EORTC QLQ-C30 Quality of Life Scale”. In the study, it was found that the mean age of the participants was  $62.74 \pm 7.63$ , the mean duration of diagnosis (days) was  $614.97 \pm 836.22$ , 82.5% were male, 81.6% were married, 51.5% were primary school graduates, 61.2% had income equal to expenses, 47.6% had economic difficulties due to illness and treatment, 23.3% received economic support, 11.7% were employed, 39.8% had stage 4 disease, 46.6% lived with their spouses and children, 46.6% stated that the disease affected their self-care, 85.4% perceived their health as good, 61.2% regularly followed health-related information sources. The mean scores of HLS and its sub-dimensions “Accessing Information”, “Understanding Information”, “Appraising”, “Using in Practice” were found to be  $111.8 \pm 11.83$ ,  $22.48 \pm 3.63$ ,  $28.34 \pm 5.49$ ,  $36.92 \pm 4.16$ ,  $24.06 \pm 1.46$ , respectively. Functional scale mean score was found to be  $75.8 \pm 16.84$ , symptom scale mean score was found to be  $26.14 \pm 17.57$ , and general quality of life mean score was found to be  $65.61 \pm 15.9$ . The mean score of the SCLS was found to be  $118.25 \pm 18.11$ . It was concluded that self-care agency and health literacy has a positive

effect on functional status and general quality of life. Health literacy plays a mediating role in increasing the effect of self-care agency on functional status and general quality of life and strengthens this positive effect. At the same time, self-care power and health literacy have a negative effect on the symptoms experienced. While health literacy plays a mediating role in the effect of self-care agency on the symptoms experienced, it further increases the negative effect on the symptoms experienced.

**Key Words:** Patient, chemotherapy, health literacy, self care agency, quality of life.



# İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER .....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiv
KISALTMALAR .....	xv
BİRİNCİ BÖLÜM.....	1
GİRİŞ .....	1
İKİNCİ BÖLÜM.....	3
GENEL BİLGİLERİ .....	3
2.1. Kanserin Tanımı.....	3
2.2. Kanser Epidemiyolojisi.....	3
2.3. Kanser Etyolojisi.....	8
2.3.1. Genetik Faktörler .....	8
2.3.2. Hormonal faktörler.....	9
2.3.3. Ultraviyole Işımlar .....	9
2.3.4. İyonize Radyasyon .....	9
2.3.5. Tütün ve ürünleri.....	9
2.3.6. Kimyasal Maddeler .....	9
2.3.7. Beslenme .....	10

2.3.6. Virüs, Bakteriler ve Parazitler.....	10
2.4. Kanser Türleri .....	11
2.4.1. Akciğer kanseri .....	11
2.4.2. Cilt kanseri .....	11
2.4.3. Kalın Bağırsak (Kolon) Kanseri.....	11
2.4.4. Lenf Bezi Tümörleri.....	12
2.4.5. Meme kanseri .....	12
2.4.6. Mide kanseri.....	12
2.4.7. Prostat kanseri .....	13
2.4.8. Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri .....	13
2.5. Kanser Tedavi Yöntemleri .....	13
2.6. Kemoterapi.....	15
2.6.1. Ağrı .....	17
2.6.2. Alopesi .....	17
2.6.3. Anemi.....	17
2.6.4. Bulantı Kusma.....	18
2.6.5. Cilt Reaksiyonları, El ayak Sendromu ve Tırnak Değişiklikleri .....	18
2.6.6. Cinsellik ve Üreme sorunları .....	19
2.6.7. Diyare .....	19
2.6.8. Enfeksiyon .....	20
2.6.9. İştahsızlık, Kilo Kaybı, Kaşeksi.....	20
2.6.10. Kanama .....	20
2.6.11. Konstipasyon.....	21
2.6.12. Lenf Ödem .....	21
2.6.13. Nöropati .....	22
2.6.14. Oral Mukozit.....	22
2.6.15. Yorgunluk .....	22
2.7. Sağlık Okuryazarlığı .....	23
2.7.1. Kanser Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı.....	26
2.8. Öz Bakım .....	28

2.7.1. Kanser Hastalarında Öz Bakım.....	30
2.9. Yaşam Kalitesi .....	31
2.9.1. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi.....	33
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>35</b>
<b>GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>35</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	35
3.4. Veri Toplama Araçları .....	36
3.4.1. Hasta Bilgi Formu .....	36
3.4.2. Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (Health Literacy Index) .....	36
3.4.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) (Exercise of Self- Care Agency Scale - ESCA) .....	37
3.4.4. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The European Organization for Research and Treatment of Cancer, 30-Item Core Quality of Life Questionnaire- EORTC QLQ-C30) .....	37
3.5. Araştırmanın Değişkenleri .....	38
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	38
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu .....	38
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>39</b>
<b>BULGULAR.....</b>	<b>39</b>
4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı.....	39
4.2. Sağlık Okuryazarlık Ölçeği, Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeğine Dair Ölçüm Ortalamaları.....	41
4.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	42

4.4. Öz Bakım Gücü Ölçeğinin Hastaların Sosyodemografik Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	45
4.5. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	48
4.6. Yaş, Tanı Konulma Süresi, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Öz Bakım Gücü Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular .....	54
4.7. Öz Bakım Gücü Ölçeğinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarına Etkisinde Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin Aracı Rolüne İlişkin Bulgular .....	57
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM .....</b>	<b>60</b>
<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>60</b>
<b>ALTINCI BÖLÜM .....</b>	<b>64</b>
<b>SONUÇ.....</b>	<b>64</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>66</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>75</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>88</b>

## TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	39
Tablo 4.2: Hastaların Hastalık Özellikleri ve Süreçlerine ilişkin Bulgular .....	41
Tablo 4.3: Sağlık Okuryazarlık Ölçeği, Özbakım Gücü Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeğine Dair Bulgular.....	42
Tablo 4.4: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Karşılaştırılması .....	43
Tablo 4.5: Bağımsız Değişkenler ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları.....	45
Tablo 4.6: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Hastaların Hastalık Özellikleri ile Karşılaştırılması .....	44
Tablo 4.7: Öz Bakım Gücü Ölçeğinin Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Karşılaştırılması .....	46
Tablo 4.8: Öz bakım Gücü Ölçeğinin Hastaların Hastalık Özellikleri ile Karşılaştırılması .....	47
Tablo 4.9: Bağımsız Değişkenler ile Öz Bakım Gücü Ölçeği için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları.....	48
Tablo 4.10: EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Karşılaştırılması .....	49
Tablo 4.11: EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Hastaların Hastalık Özellikleri ile Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.12: Bağımsız Değişkenler ile Fonksiyonel Skala için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları.....	52
Tablo 4.13: Bağımsız Değişkenler ile Semptom Skala için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları.....	53
Tablo 4.14: Bağımsız Değişkenler ile Genel Yaşam Kalitesi için Çoklu Lineer Regresyon	

Analizi Bulguları.....	54
Tablo 4.15: Yaş, Tanı Konulma Süresi, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Öz Bakım Gücü Ölçeği, EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Korelasyon Analizi ..	56
Tablo 4.16: Öz Bakım Gücü, Sağlık Okuryazarlığı ve Fonksiyonel Skala Direkt ve İndirekt Etkiler .....	57
Tablo 4.17: Öz Bakım Gücü Ölçeği, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Semptom Skalası Direkt ve İndirekt Etkiler .....	58
Tablo 4.18: Öz Bakım Gücü Ölçeği, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Genel Yaşam Kalitesi Direkt ve İndirekt Etkiler .....	59

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1: Her İki Cinsiyet ve Her Yaştan Yeni Vaka Sayısı.....	4
Şekil 2.2: Her İki Cinsiyet ve Her Yaşta Ölüm Sayısı.....	5
Şekil 2.3: En Sık Görülen Kanserler ve Cinsiyetlere Göre Oranları .....	6
Şekil 2.4: Türkiye İstatistikleri Nedenlere Göre Ölüm Oranı .....	7
Şekil 2.5: Türkiye İstatistikleri İyi ve Kötü Huylu Tümörlerden Ölenlerin Oranı .....	7
Şekil 2.6: 2018 Yılı İlk 10 Kanser Cinsiyete Göre En Sık Görülen Kanserin Yaşa Göre Standartize Edilmiş Hızları .....	8
Şekil 2.7: Entegre Sağlık Okuryazarlığı Modeli .....	25
Şekil 2.8: Wilson & Cleary Yaşam Kalitesi Modeli .....	32
Şekil 4.1: Araştırma Modeli.....	57
Şekil 4.2: Araştırma Modeli.....	58
Şekil 4. 3: Araştırma Modeli.....	59

## KISALTMALAR

EBV	: Epstein-Barr Virüsü
HBV	: Hepatit B Virüsü
HCV	: Hepatit C Virüsü
HIV	: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
HLS-E. U	: Health Literacy Survey in Europe (Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği)
HPV	: Human Papilloma Virüsleri
HTLV-1	: Human T Hücreli Lösemi
IARC	: Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
KSİV	: Kaposi Sarkoma-ilişkili Herpesvirus
LAC	: Latin Amerika ve Karaipler
MCPyV	: Kaposi Sarkomunun Gelişmesine, Merkel Hücreli Polyomavirus
NHL	: Hodgkin Dışı Lenfoma
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜİK	: Türkiye Kanser İstatistikleri Kurumu
UV	: Ultraviyole
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

# BİRİNCİ BÖLÜM

## GİRİŞ

Kanser küresel çapta ölüm nedenleri yüksek olan önemli ve ciddi bir sağlık problemidir. Dünya çapında her altı ölümden biri, Türkiye’de ise her beş ölümden birinin nedeni kanserdir. Dünya nüfusunun ve özellikle yaşlı nüfusunun artışının yanı sıra kanser risk faktörlerindeki artışla birlikte önümüzdeki yıllarda kanser yükünde de artış olacağı tahmin edilmektedir. Günümüzde kanserlerin %30-50’sinin önlenebilir nitelikte olduğu bilinmektedir (Can, 2014; Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).

Kanser tedavilerinde cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, immünoterapi, hormonal tedavi, hemopoetik kök hücre nakli gibi tedaviler uygulanmaktadır. Kemoterapi, kanser hücrelerini tamamen ortadan kaldırmak veya kanserli hücrelerin büyümesini durdurmak için antikanser ilaçlar ile tedavi yöntemidir (Can, 2014; Hintistan vd., 2012). İlaçlar, kanserli hücrelerin ve normal sağlıklı hücrelerin üremesini ve çoğalmasını önlemektedir (Can, 2014; Hintistan vd., 2015). Hastalar aldıkları ilaçlara bağlı olarak ağrı, mide-bağırsak sorunları (bulantı, kusma vb.), yorgunluk, iştahsızlık, halsizlik gibi birçok olumsuz deneyim yaşamakta ve bu durum hastaların fizyolojik ve psikolojik yönlerden negatif etkilenmesine neden olmaktadır. Hastalık ve tedavinin yarattığı semptomlar hastaların öz bakım gereksinimlerini karşılamakta güçlük çekmelerine ve yaşam kalitelerini düşürmektedir (Can, 2014).

Öz bakım, bireylerin yaşamını, sağlığını ve iyilik durumunu sürdürmek için kendilerinin başlattığı ve yaptığı aktivitelerdir. Öz bakım, bireyde kişisel merak, eğitim ve sağlık açısından edinilen deneyimler ile öğrenilmiş davranışlardır. Öz bakımını gerçekleştirebilen bireyler, öz bakım ihtiyaçlarını yeterli ve olması gerektiği şekilde karşılayabilmeli, kendi sağlığının sorumluluğunu üstlenebilmeli ve başkalarına bağımlı olmamalıdır. Fakat kendilerine tam veya yeterli düzeyde öz bakım sağlayamayanların yardım almaları gerekmektedir (Karadağlı ve Alpar, 2017).

Kansere ve kemoterapiye bağlı hasta bireylerin en sık karşılaştıkları problemler; ağrı ve halsizlik olup, bunların sonrasında mide bağırsak sorunları (bulantı, yemek yememe isteği, kusma, mide şikayetleri, sindirim sorunları, diyare, vb.) alopesi, dispne,

uykusuzluk, görme kaybı ve baş ağrısıdır. Yaşanan problemler kanserli hastaların yaşam kalitesinde zora sokmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Dur, 2017; Gelin vd., 2015).

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 önemlidir (Tosun, 2022). Sağlık okuryazarlığının artmasıyla birlikte sağlık bilinci ve bakım kalitesi artacak, sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe ve zaman da azalacaktır. Bu doğrultuda, sağlık bakımının önemli bir bileşeni olan hemşirelere ve sağlık hizmetlerine erişim sağlayan bireylere daha fazla sorumluluk düşmektedir. Hemşireler, araştırma yaparak, eğitimler vererek ve hasta iletişimde daha hassas bir yaklaşım sergileyerek bu sorumluluklarını yerine getirmelidir (Kaya ve Sivrikaya, 2019).

Günümüzde kanser, giderek daha fazla kronik bir durum olarak kabul edilmektedir. Kanser, hastalarda sosyoekonomik sorunlara, depresyona ve sosyal izolasyona neden olur. Kanser hastalarının öz bakım programlarına katılımı davranış değişikliklerine ve sağlığın geliştirilmesine neden olur (Hasanpour-Dehkordi, 2016). Şu anda bu kronik duruma yönelik en iyi yönetim yaklaşımı öz bakımdır. Bu, hastaların kendi kendini gözleme, tanıma ve semptomları etiketleme ve bunların ciddiyetini değerlendirme, tedavi seçeneklerini değerlendirme ve benimseme ve öz bakımın etkinliğini değerlendirme süreçlerine katılımı anlamına gelir (Qian ve Yuan, 2012). Shams ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, kemoterapi alan hastalarda gelişen yan etkiler ile baş etmede yaptıkları öz bakım davranışları yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır. Yaşam kalitesi, 1980'lerde hemşirelik alanında dikkate alınmaya başlamıştır. Bugünlerde ise yaşam kalitesi ölçümleri, hemşirelik müdahalelerinin sonuçlarının değerlendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Kemoterapi gören bireylerin yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğinin anlaşılması, bu konuda hastalara destek sağlanması açısından son derece önemlidir (Gülcivan ve Topçu, 2017).

## İKİNCİ BÖLÜM

### GENEL BİLGİLERİ

#### 2.1. Kanserin Tanımı

Tanım olarak kanser; bir organ veya dokulardaki hücrelerin kontrolsüz olarak hızla çoğalmasıyla komşu dokulara veya uzak dokulara yayılmasıyla ortaya çıkan hastalıktır (TDK, 2023). Kanser, vücudun bir bölümünü etkileyen geniş bir hastalık grubu için kullanıldığı gibi, kötü huylu tümörler ve neoplazmalarda terim olarak da kullanılmaktadır. Kansere özgü özellikler, normalin üstünde büyüyen ve vücudun komşu kısımlarını saldırarak diğer organlara sıçrayabilen normal olmayan hücrelerin hızla oluşmasıdır; ikinci süreç metastaz olarak adlandırılır. Kanser ölümlerini başlıca sebebi yaygın metastazlardır (WHO, 2023).

#### 2.2. Kansere Epidemiyolojisi

Ülkemizde ve dünyada başlıca ölüm nedenlerinin başında kanser yer almakta, dünyada her altı ölümden biri ve ülkemizde beş ölümden biri kanserden kaynaklanmaktadır. Kansere, tüm ölümlerinin yaklaşık %22'sini oluşturmaktadır (Türkiye Kansere İstatistikleri, 2017; WHO, 2023). 2022 yılı dünyada yeni kansere vaka sayısı Şekil 2.1'de verilmiştir. Her iki cinsiyet ve her yaşta 2022'deki yeni vaka sayısı sırasıyla en yüksek akciğere kanseri, meme kanseri ve kolorektum kanseridir (IARC, 2023).

# Incidence

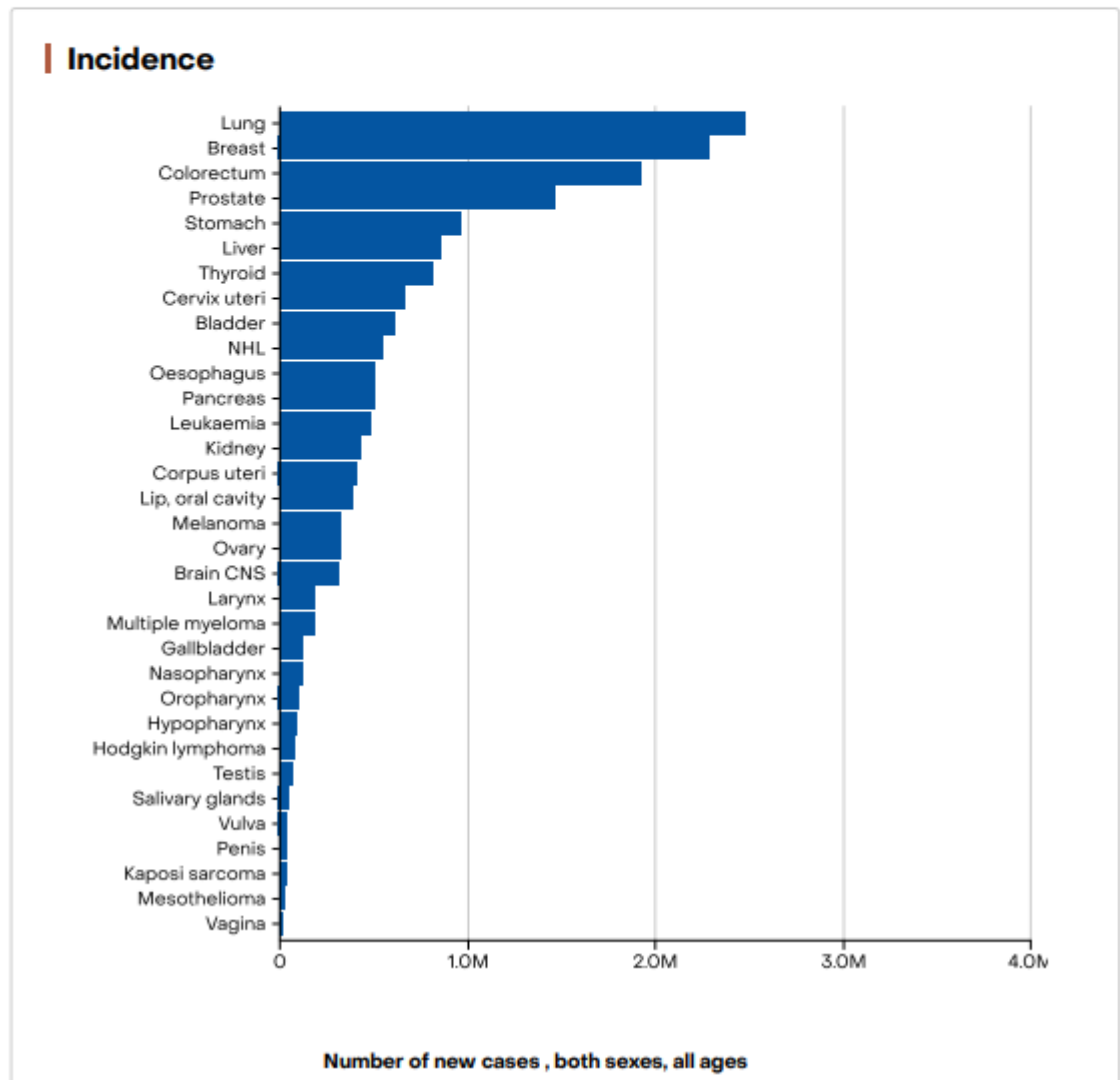
Cases

19 976 499

ASR (World)

196.9

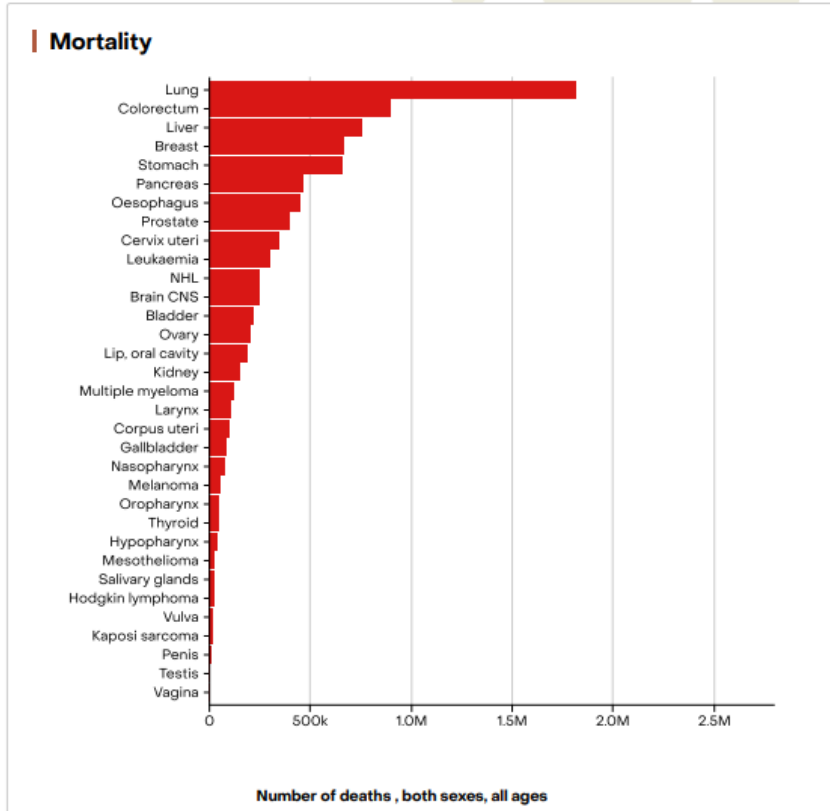
## Cancer site ranking



Şekil 2.1: Her İki Cinsiyet ve Her Yaştan Yeni Vaka Sayısı

Kaynak: IARC, 2023

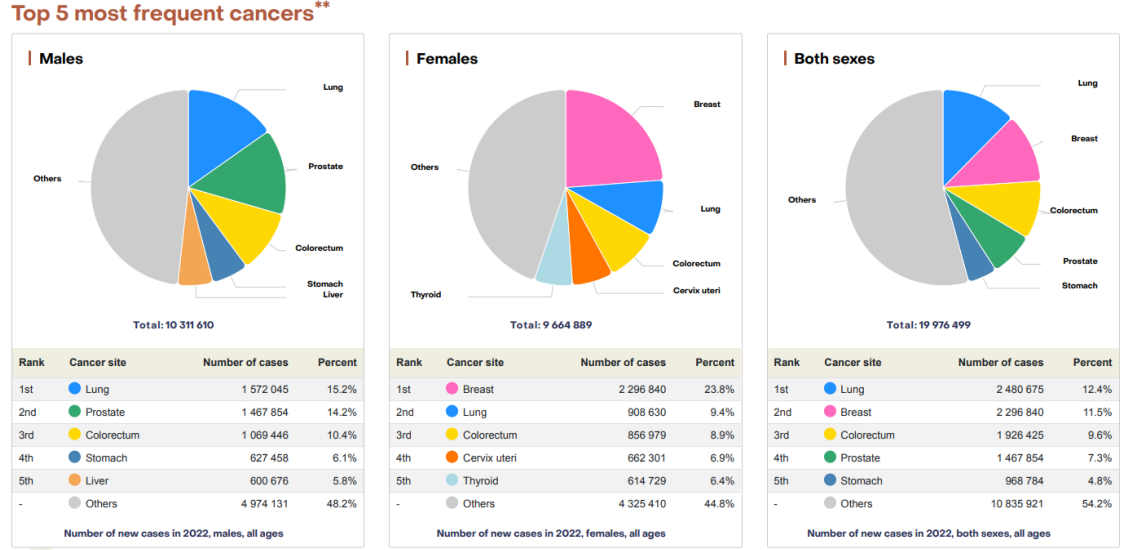
2022 yılı dünyada her iki cinsiyet ve her yaşta ölüm sayıları Şekil 2.2 de verilmiştir. Her iki cinsiyet ve her yaşta 2022’deki ölüm sayılarına bakıldığında akciğer kanseri ilk sırada yer alırken, kolorektum kanseri ve karaciğer kanseri sıralamada yer almaktadır (IARC, 2023).



Şekil 2.2: Her İki Cinsiyet ve Her Yaşta Ölüm Sayısı

Kaynak: IARC, 2023

2022 yılı dünyada en sık görülen kanserler ve cinsiyetlere göre dağılımı Şekil 2.4'te verilmiştir. Erkeklerde en sık akciğer kanseri, prostat kanseri ve kolorektum kanseri görülürken kadınlarda en sık meme kanseri, akciğer kanseri ve kolorektum kanseridir (IARC, 2023).

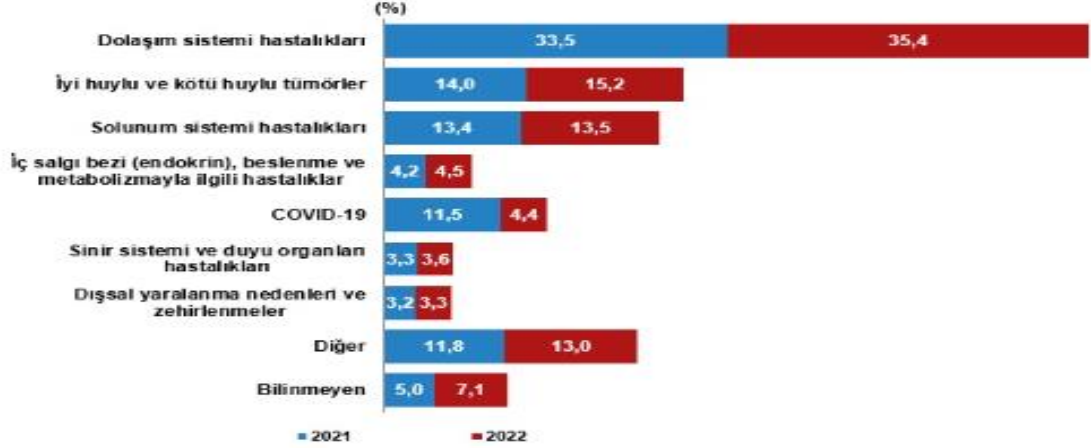


**Şekil 2.3: En Sık Görülen Kanserler ve Cinsiyetlere Göre Oranları**

**Kaynak:** IARC, 2023

Ülkemizde TÜİK 2022 verilerine göre, iyi huylu ve kötü huylu tümörlere bağlı ölüm oranlarının %15,2 olduğu görülmektedir. Türkiye istatistikleri nedenlere göre ölüm oranına Şekil 2.5'te gösterilmiştir. 2021 ve 2022'de dolaşım sistemi hastalıkları ölüm nedenlerinin başında gelirken, iyi huylu ve kötü huylu tümörler takip etmektedir (TÜİK, 2022).

#### Nedenlere göre ölüm oranı, 2021, 2022

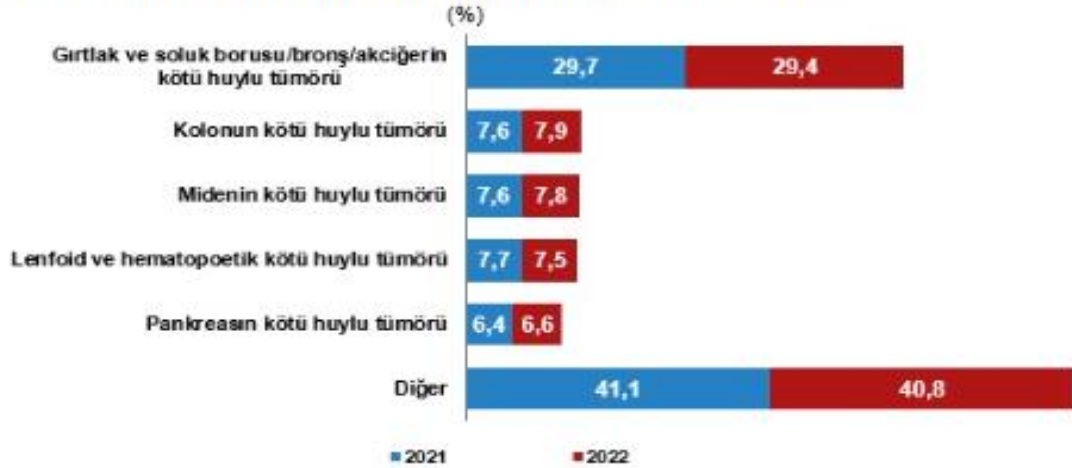


Şekil 2.4: Türkiye İstatistikleri Nedenlere Göre Ölüm Oranı

Kaynak: TÜİK, 2022

İyi ve kötü huylu tümörler sebebiyle yaşanan ölümlerin alt ölüm nedenlerine göre incelendiğinde, Şekil 2.6'da ölümlerin yaklaşık %30'u gırtlak ve soluk borusu/bronş/akciğerin kötü huylu tümörler olduğu görülmektedir (TÜİK,2022).

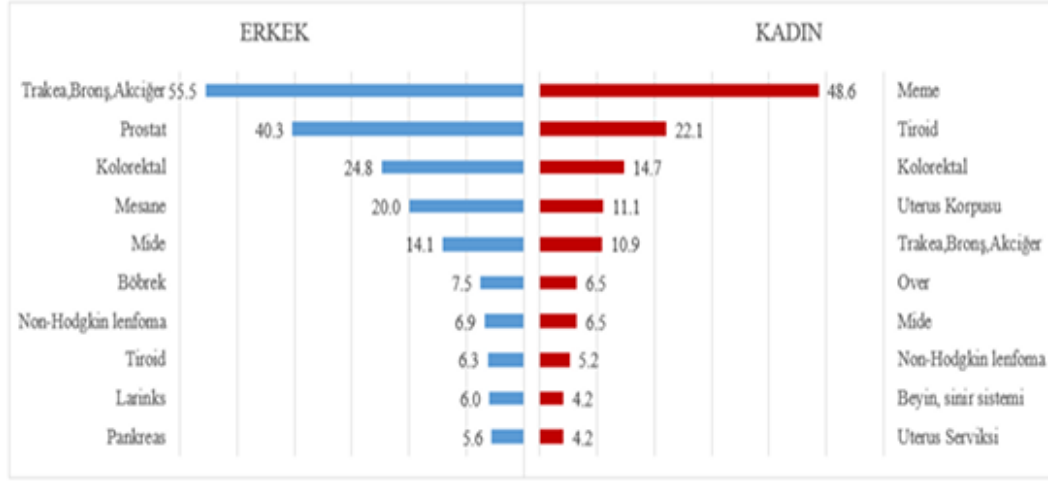
#### İyi ve kötü huylu tümörlerden ölenlerin oranı, 2021, 2022



Şekil 2.5: Türkiye İstatistikleri İyi ve Kötü Huylu Tümörlerden Ölenlerin Oranı

Kaynak: TÜİK, 2022

2018 yılında cinsiyete göre en sık rastlanan kanserin yaşa göre standartize edilmiş hız oranları Şekil 2.7’de gösterilmiştir. Erkeklerde ilk sırayı trakea, bronş, akciğer kanseri alırken, prostat, kolorektal, mesane kanseri takip etmektedir. Kadınlarda ilk sırayı meme kanseri alırken, tiroid, kolorektal kanserleri izlemektedir (TÜİK, 2018).



**Şekil 2.6: 2018 Yılı İlk 10 Kanser Cinsiyete Göre En Sık Görülen Kanserın Yaşa Göre Standartize Edilmiş Hızları**

**Kaynak:** TÜİK, 2018

### 2.3. Kanser Etiyolojisi

Kanser gelişiminde; genetik, hormonal ve immunal faktörler, UV (Ultraviyole) radyasyonuna maruz kalma, hava kirliliği gibi çevresel faktörler, sigara kullanımı, aşırı kilo, alkol tüketimi, fiziksel aktivite eksikliği, kırmızı et ürünleri ve sosis, sucuk vb. tüketimi, az yoğunlukta sebzelerden ve meyvelerden oluşan beslenme gibi davranışsal faktörler, viral enfeksiyonlar risk faktörü olarak görülmektedir. Birçok psikolojik faktör ise kanserin ilerlemesi ile ilişkilendirilmektedir (Can, 2014; Akdemir, 2020).

#### 2.3.1. Genetik Faktörler

Kanser, hücrelerin işlevlerini, nasıl büyüdüklerini ve bölündüklerini kontrol eden genlerdeki değişikliklerden dolayı genetik bir hastalıktır. Genlerde oluşan bu değişiklikler, hücrelerin büyümesini sağlayan bir proteinin üretimini artırarak ya da normalde hücre hasarı onaran bir proteinin işlevini bozarak kanserin gelişimini

tetikler. Tüm kanserlerin %5-10'unu genetik geçişlidir. Paylaşılan ortamın ve yaşam koşullarının benzer olması nedeniyle, bazen aile üyeleri arasında kalıtsal genetik mutasyonlar ile ilişki olmayan benzer kanserlerde gelişebilir. Kalıtsal kanser sendromlarında rol oynayabilecek genetik mutasyonlar; TP53' de oluşan germline mutasyonlar, BRCA1 ve BRCA2 genlerindeki kalıtsal mutasyonlar, PTEN genindeki mutasyonlar örnek verilebilir (Can, 2014).

### **2.3.2. Hormonal faktörler**

Östrojen hem kadında hem de erkeklerde kanser gelişme riskini arttırabilir. Östrojen artı progesterin içeren hormon ilaçlarının kullanımı meme kanseri, menopozal dönemde sadece östrojen içeren hormon tedavisinin uygulanması ise endometriyum kanseri gelişme riskini arttırmaktadır (Can, 2014).

### **2.3.3. Ultraviyole Işınlr**

Güneşten gelen ultraviyole ışınlar hücrenin DNA sarmalının da yer alan bazlarında yapısal değişiklik yaparak melanom dışı cilt kanserlerinin gelişimine neden olmaktadır (Can, 2014; National Cancer Institute, 2022).

### **2.3.4. İyonize Radyasyon**

Tetkik amaçlı ve hastalıkların tedavisi amacıyla sık aralıklarla iyonize radyasyon almak, nükleer santraller ve bombalama kan kanseri ve kemik iliği kanseri, akciğer kanseri, kemik kanseri, meme kanseri, tiroid kanseri ve diğer doku kanserlerinin insidansını artırmasına neden olmaktadır (Can, 2014; National Cancer Institute, 2022).

### **2.3.5. Tütün ve ürünleri**

Akut miyeloid lösemisinin ve mesane, özofagus, böbrek, akciğer, ağız boşluğu, pankreas ve mide kanserlerinin başlıca nedeni olan tütün kullanımı kansere bağlı ölümlerin %30'undan sorumlu tutulmaktadır (Can, 2014; National Cancer Institute, 2022).

### **2.3.6. Kimyasal Maddeler**

Kanserin bazı risk faktörlerinden kaçınılabilir. Soluduğumuz hava, içtiğimiz suda, yediğimiz yiyeceklerde ve çalıştığımız ortamlardaki kimyasal maddelerden kaçınmak imkânsız olabilir. Günlük hayatımızda ve fabrikalarda kullanılan birçok kimyasal (boyalar, pestisitler, kadmiyum, benzen, arsenik, asbest, nikel, çinko vb.) maddeler kansorejen etkiye sahiptir. Bu kimyasallara maruziyet süresi ve miktarı yakalanma

riskini arttırabilir. Bu nedenle çalışma ortamında maruz kalınan kimyasala istinaden kanser gelişebilmektedir (National Cancer Institute, 2022).

### **2.3.7. Beslenme**

Beslenme ile ilişkili kanserlerin gelişiminde besinlerin içinde yer alan doğal karsinojen maddeler, tüketilen besinin içeriği ve miktarı ve tüketilen besinin hazırlığı sırasında uygulanan işlemler rol oynamaktadır. Kanser gelişimini arttıran gıdalar; yağ, tuz, alkol, nitrat ve nitrin içeren besinler, tütülenmiş et, yüksek kalori içerikli diyet, yüksek protein içerikli besinlerdir. Kanser gelişme riskini azaltan gıdalar; lif/posadan zengin gıdalar, lahana, avokado, karnabahar, soya filizi, havuç domates, koyu yeşil yapraklı (ıspanak, brokoli, bürüksel lahanası vb.) ve sarı renkli sebze ve meyveler (kayısı, şeftali gibi) (Can, 2014; National Cancer Institute, 2022).

### **2.3.6. Virüs, Bakteriler ve Parazitler**

Bazı virüsler, bakteriler ve parazitler kronik inflamasyona neden olarak ya da normal hücre büyümesini ve çoğalmayı kontrol altında tutan sinyalleri bozarak ya da bağışıklık sistemini zayıflatarak vücudun kansere neden olan enfeksiyonlar ile mücadele edebilmesinin engelleyerek kansere neden olabilir veya kanser oluşma riskini arttırabilir. Epstein-Barr Virüsü (EBV) lenfoma, burun ve boğaz kanserinin gelişmesine, “*Hepatit B virüsü*” ve “*Hepatit C virüsü*” kronik enfeksiyonlar ve karaciğer kanserinin gelişmesine, Human Papilloma virüsleri (HPV) serviks kanseri gelişmesine, Human T Hücreli Lösemi (HTLV-1) Non hodgingli lenfomanın agresif tipinin gelişmesine, Kaposi Sarkoma-ilişkili Herpes virüs (KSİV) Kaposi sarkomunun gelişmesine, merkel Hücreli Polyomavirus (MCPyV) nadir görülen cilt kanserine, Helicobacterpylori mide kanserine ve Malt lenfomanın gelişmesine, Opisthorchisviverin safra yollarının kanserine, Schistosomahematobium ise mesana kanserlerinin gelişmesine neden olmaktadır. İnsan immün Yetmezlik Virüsü (HIV) doğrudan kansere neden olmaz ama bağışıklık sistemini zayıflatır (Akdemir, 2020).

## **2.4. Kanser Türleri**

### **2.4.1. Akciğer kanseri**

Akciğer kanseri, anormal hücrelerin akciğerlerde kontrolsüz bir şekilde çoğalmasıyla başlayan bir kanser türüdür. Akciğer kanseri küresel çapta kansere bağlı ölümlerin ilk sırada gelen nedenidir ve hem erkekler hem de kadınlar arasında en yüksek ölüm oranlarına sahiptir. Akciğer kanserinin en başta gelen nedeni sigara içmektir ve tüm vakaların neredeyse %85' inden sorumludur. Akciğer kanseri sıklıkla tedavi seçeneklerinin sınırlı olduğu ileri evrelerde teşhis edilir. Ciddi zararlara ve ölüme neden olabilecek ciddi bir sağlık sorunudur. Akciğer kanserinin belirtileri arasında geçmeyen öksürük, göğüs ağrısı ve nefes darlığı yer alır. Ciddi sağlık etkilerinden kaçınmak için erken tıbbi yardım almak önemlidir. Tedaviler kişinin tıbbi geçmişine ve hastalığın evresine bağlıdır. Akciğer kanserinin en yaygın türleri küçük hücreli olmayan karsinom (NSCLC) ve küçük hücreli karsinomdur (SCLC). NSCLC daha yaygındır ve yavaş büyür, SCLC ise daha az görülür ancak sıklıkla hızlı büyür. Tütün içmek (sigara, puro ve pipo dahil) akciğer kanseri için birincil risk faktörüdür ancak sigara içmeyenleri de etkileyebilir. Diğer risk faktörleri arasında sigara dumanına maruz kalma, mesleki tehlikeler (asbest, radon ve bazı kimyasallar gibi), hava kirliliği, kalıtsal kanser sendromları ve önceki kronik akciğer hastalıkları yer alır (IARC, 2023a).

### **2.4.2. Cilt kanseri**

Ciltte meydana gelen kaynağını dokularından alan bir kanser türü olmamakla birlikte birden fazla türü mevcuttur. En sık karşılaşılan türü Malign Melanoma olmakla birlikte, ciltte melanosit denen hücrelerden kaynaklanır. Derinin herhangi bir yerinde görülebildiği gibi, benler melanomaya dönüşebilir. Aynı zamandan güneş ışığına veya yanığına maruz kalmış bölgelerde sıklıkla karşımıza çıkar. Cilt kanserlerinin risk faktörlerine bakıldığında, aşırı derece de güneşe ve yapay güneş ışığına maruz kalma, genetik faktörler, ailede ve kendinde benlerin varlığı, açık tenli olma, önceden var olan virüsler, zayıflamış bağışıklık, atipik melanoma sendromu olduğu tespit edilmiştir (Can, 2018; National Cancer Institute, 2023)

### **2.4.3. Kalın Bağırsak (Kolon) Kanseri**

Kalın bağırsak kanseri, tutulum yaptığı yere göre kalın bağırsak kanseri kolon veya rektum kanseri diye sınıflandırılmaktadır. Kolon ve rektum kanserleri, organların iç

yüzeyini oluşturan tabakanın oluşturan hücrelerinin kontrolsüz çoğalmasıyla gelişir (IARC, 2023a). Genellikle belirtiler hastalık ileri safhaya geçince görülür. Her yaşta görülebilmelerine karşın en çok 50-70 yaş arasında görülmektedir. Ülkemizde kolon kanseri tarama programları önemsenmekte ve ücretsiz yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2023)

#### **2.4.4. Lenf Bezi Tümörleri**

Lenf bezi kanserleri olarak bilinen Hodgkin Lenfoma ve Hodgkin Dışı Lenfoma immün sistem kanserlerinin farklı bir grubudur. Risk faktörleri incelendiğinde; genç erişkin ve geç yetişkinlik, erkek cinsiyetinde olma, geçirilmiş enfeksiyonlar, ailede lenfoma varlığı olduğu görülmektedir. Bağışıklık sistemi düşük hastalıklara sahip (örneğin: HIV) kişilerde daha sık görülmektedir. Tedavi de kemoterapi, radyoterapi, kök hücre nakli, hedefe yönelik tedavi, immünoterapi, kullanılmaktadır (Can, 2018; National Cancer Institute, 2023).

#### **2.4.5. Meme kanseri**

Meme kanseri, anormal meme hücrelerinin kontrolden çıkıp tümör oluşturduğu bir hastalıktır. Kontrol edilmezse tümörler vücuda yayılabilir ve ölümcül olabilir. Meme kanseri hücreleri süt kanallarında ve/veya memenin süt üreten lobüllerinde başlar. En erken form (insitu) hayatı tehdit edici değildir. Kanser hücreleri yakındaki meme dokusuna yayılabilir (istila edebilir). Bu, topaklar veya kalınlaşmaya neden olan tümörler oluşturur. İnvaziv kanserler yakındaki lenf düğümlerine veya diğer organlara yayılabilir (metastaz yapabilir). Metastaz ölümcül olabilir. Tedavi kişiye, kanserin türüne ve yayılımına göre belirlenir (IARC, 2023a).

#### **2.4.6. Mide kanseri**

Mide kanseri mideyi saran hücrelerden başlayan hızlı ilerleyen ve çabuk sıçrayan bir kanser türüdür. Mide kanserleri çoğunlukla adenokarsinomdur. Genellikle başlangıç olarak ülserle kendini gösterir. Mide kanseri risk faktörleri değerlendirildiğinde, Helicobacter pylori , genetik aile öyküsü, diyet, tütün kullanımı ve çevresel ve mesleki maruziyetler yer almaktadır. Mide kanseri genellikle lenf nodu yayılımı ile görülmektedir. Mide kanseri; kan yoluyla (karaciğer, akciğerler vb.), lenfatik sistem ile de vücuttaki tüm lenf bezlerine sıçrayabilir (National Cancer Institute, 2023, Sağlık Bakanlığı, 2020).

#### **2.4.7. Prostat kanseri**

Erkek üreme sisteminin bir parçası olan prostat, rektumun önünde ve mesanenin altına yerleşik haldedir. İdrar çıkışını sağlayan idrar yolu tarafından sarılmıştır. Normal prostat bezi bir ceviz büyüklüğündedir ve ejakülasyon sırasında seminal sıvı spermilerin çıkışını sağlar. Androjen prostatın büyümesini sağlar. Prostat kanseri etiolojinde yaş, aile öyküsünde prostat kanser varlığı, genetik yatkınlık görülmektedir. Prostat kanserinin erken evrelerde belirti vermezken, ileri evrelerde tümörün bulunduğu bölgeye göre belirtiler verir. Tedavide en önemli olay dikkatli bekleme ve aktif izleme olmakla birlikte, cerrahi, radyoterapi, kriyocerrahi, hormonal tedavi, kemoterapi kullanılır (Can, 2018; National Cancer Institute, 2023)

#### **2.4.8. Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri**

Rahim ağzı kanserinin ana nedeni, cinsel birliktelik yoluyla geçen çok sık görülen bir virüs ailesi olan insan papilloma virüsünün (HPV) yüksek riskli türlerinin neden olduğu kalıcı enfeksiyondur. Yüksek riskli HPV türlerine karşı koruma sağlayan aşılarda mevcuttur ve tarama programları, hastalığın belirtilerini erken bir aşamada tespit ederek, durumun etkili tedavisine ve yönetimine olanak tanır. Bu, rahim ağzı kanserinin en önlenebilir ve tedavi edilebilir kanser türlerinden biri olması gerektiği anlamına gelir. Birçok yüksek gelirli ülkede durum böyledir. Rahim ağzı kanserinin yüksek insidans oranları ve yüksek ölüm oranları çoğunlukla (her ikisi için de ~%90) düşük ve orta gelirli ülkelerde görülür (IARC, 2023a).

#### **2.5. Kanser Tedavi Yöntemleri**

Kanser tedavilerinde cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, immünoterapi, hormonal tedavi, hemopoetik kök hücre nakli gibi tedaviler uygulanmaktadır. Bu tedavi yöntemleri ayrı ayrı kullanıldığı gibi, birlikte de kullanılabilir. Kanser tedavisinin kesin bir yöntemi bulunmamaktadır. Tedavinin yönteminin yararlarının ve zararlarının olması, kanser hastalığının bireye özgü bir rahatsızlık olması, tedaviye verilen yanıtın bireyden bireye değişiklik göstermektedir (Baykara, 2016).

Kanser tedavisinde bilinen en eski ve etkin tedavi yöntemi cerrahidir. Günümüzde kanser tanısı alan kişilerin %60'ından fazlası yalnızca cerrahi yöntemle tedavi edilmekte olup, %40'lık kısmında ise cerrahi küratif tedavinin önemli bir parçası olmaya devam

etmektedir (Kapucu ve Kutlutürkan, 2020). Cerrahi çok sıklıkla tek başına kullanılan bir yöntem olmasının yanında, radyoterapi ve/veya kemoterapi ile eş zamanlı kullanılan bir yöntemdir. Genellikle cerrahi oluşan kanserlerin engellenmesinde koruyucu olarak, tanı amaçlı dokudan bir parça alınmasında ve metastazın veya yayılımın olmadığı durumlarda kanserli doku/kitleyi vücuttan uzaklaştırmak için kullanılan bir tedavi yöntemidir (Baykara, 2016). Kanser cerrahi uygulama amaçları; önleme, tanılama, küratif cerrahi, rekonstrüktif cerrahi ve palyatif cerrahi olarak uygulanmaktadır. (Kapucu ve Kutlutürkan, 2020),

Kanser tedavi yöntemlerinde biri olan radyoterapi, yüksek enerjide iyonize radyasyon kullanılarak kanser hücrelerini öldürür. Radyoterapinin lokal bir tedavi olarak kabul edilmesinin nedeni; yalnız tedavinin uygulandığı bölgedeki kanser hücreleri yok etmesidir. Lokal ileri evre birçok kanserli hastada, diğer tedavi yöntemleri ile kullanılır. Kanser tedavisinde radyoterapi tümör kontrolünü sağlamak, hastalığı kontrol altında tutmak (küratif), hastalığa bağlı ağrı, kanama gibi semptomları azaltmak (palyatif) ve kanser yayılmasını önlemek amacıyla koruyucu (profilaktik) olarak uygulanır (Kapucu ve Kutlutürkan, 2020, Ünsal, 2022). Hastalığın ve hastanın özelliklerine bağlı olarak seçilen radyoterapi tedavisini türü değişmektedir (Baykara, 2016).

İmmünoterapi (biyolojik tedavi), vücudun bağışıklık sistemini güçlendirerek veya onararak kanser ile mücadele etmektir. İmmünoterapi direkt kanser hücresine değil, bağışıklık sistemini odak noktasına alarak tümör büyümesini engeller ya da direkt tümör antijenlerini hedef alması için bağışıklık sistemini güçlendirir (Can, 2014). İmmünoterapi tedavisinde vücudun kendi bağışıklık sistemini harekete geçirerek ya da sentetik uyarıcılar (monoklonal antikolar) kullanarak bireyin bağışıklık sistemini aktive edip, kanserli hücrelere saldırmasını sağlamaktır (Baykara, 2016). İmmünoterapi seçenekleri arasında sitokinler ve aşılardan gibi biyolojik modifiye ediciler, adoptif hücre tedavileri, onkolojik virüsler ve immün kontrol noktası inhibitörleri yer almaktadır (Kapucu ve Kutlutürkan, 2020).

Kanser tedavisinde hormonlar da ilaç olarak kullanılabilirler. Genellikle seks hormonlarının üretildiği prostat, meme ve endometriyum kanserlerin tedavisinde kullanılır. Hormon tedavisinde kullanılan ilaçlar, kemoterapi ilaçları ile benzerlik

gösterse de, asıl farkları vücut tarafından üretilen hormonun hücreye bağlanmasını ve kanser hücrelerinin gelişmesini engellemektir (Baykara, 2016).

Hedefe yönelik tedavilerin mekanizmasında kanser hücrelerini diğer hücrelerden ayıran mutasyonların saptanması, mutant yolaklar üzerinde bir hedef belirlenmesi ve bu hedefe yönelik spesifik ilaçların kullanılması sağlanarak kanser hücrelerinin büyüme çoğalmasının engellenmesi amaçlanmaktadır. Özellikle ve hücre içini hedef alan ajanlar, diğer tedavi yöntemleriyle (cerrahi girişimlerle, kemoterapi ve radyoterapi vb.) kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle sağ kalımı pozitif yönde etkilemeleri ve yan etkilerinin iyi olması sebebiyle hedefe yönelik tedavilerin kullanımı günümüzde artmıştır. Hedef tedavilerin hastaların tedavisinde kullanılabilmesi için, belirli parametrelere sahip olması gerekir. Hedef tedavide bir noktayı ve tüm hücreleri etkilememeleri nedeniyle kemoterapilere oranla yan etkileri oldukça iyidir ve hastalar genellikle iyi tolere edilmektedirler (Can, 2014).

Kök hücre nakilleri, belirli kanserleri, kan bozukluklarını ve otoimmün bozuklukları tedavi etmek amacıyla kullanılan yüksek doz kemoterapi veya radyasyon tedavisi ile yok olan kişilerde kan üretimini sağlayan kök hücreleri geri kazandıran bir yöntemdir. Kök hücre nakilleri çoğunlukla lösemi, lenfoma, multiplmiyelom ve miyelodisplastik sendromlar gibi kan hücrelerini etkileyen kanserleri olan kişileri tedavi etmek için kullanılır. Ayrıca nöroblastom, Ewing sarkomu, çocuklarda tekrarlayan beyin tümörleri, germ hücreli tümörler ve testis kanseri için de kullanılabilirler (National Cancer Institute, 2022).

## **2.6. Kemoterapi**

Kemoterapi birçok kanser türünün tedavisinde kullanılmaktadır. Kemoterapi, tümör hücrelerinin ortadan kaldırılması için kullanılan ilaçtır. Bu amaçla kullanılan ilaçların tümü antikanser ilaçları (Sitotoksik ajanlar) olarak isimlendirilir (Can, 2018). Kemoterapi üreyen ve çoğalan kanser hücrelerinin çoğalmasını durdurarak veya azaltarak çalışır. Ancak aynı zamanda hızla bölünen sağlıklı hücrelere de zarar verebilir (National Cancer Institute, 2021). Kemoterapi ilacının kullanım amacı, sıklıkla kanseri ortadan kaldırmak, hastanın yaşam kalitesini yükseltmek, hayatta kalma süresini uzatmak, kanserin dağılmasını önlemek, gelişmesini yavaşlatmak, sıçrayan hücreleri yok etmek ve kansere

sebepe olan semptomları azaltmaktır. Kemoterapi veriliş yolları; Oral, İntravenöz, Subkutan/ İntramuskuler, İntraarteriyel, İntratekal/İntraventriküler, İntraperitoneal, İntraplevral ve İntraveziküler yoldan verilebilir (Can, 2018)

Kemoterapinin Yan Etkileri;

- Yorgunluk
- Anemi
- İştah Kaybı
- Kanama ve Morarma (Trombositopeni)
- Konstipasyon (Kabızlık)
- Deliryum
- Diyare(İshal)
- Ödem
- Tükenmişlik Sendromu
- Erkeklerde ve Kadınlarda Doğurganlık Sorunları
- Grip Benzeri Belirtiler
- Saç Dökülmesi
- Enfeksiyon ve Nötropeni
- Lenfödem
- Algı veya Konsantrasyon Problemleri
- Ağız ve Boğaz Sorunları
- Mide bulantısı ve kusma
- Sinir Sistemi Sorunları (Periferik Nöropati)
- Organla İlgili İnflamasyon ve İmmünoterapi
- Ağrı
- Erkeklerde ve Kadınlarda Cinsel Sağlık Sorunları

- Cilt ve Tırnak Değişiklikleri
- Uyku Sorunları
- İdrar ve Mesane Sorunları (Can, 2018; National Cancer Institute, 2021)

### **2.6.1. Ağrı**

Kanser tedavisi veya teşhis testleri ağrıya neden olabilir. Kanser hastalarında ağrı akut ya da kronik gelişebilir. Akut ağrının süresi sınırlıdır. Ağrı genellikle hastaya uygulanan ve doku hasarına neden olan invaziv girişimler ile ilişkilidir. Kronik ağrı ise sürekli ve 3 aydan uzun süre devam eder ve daha çok hastalık süreci ile ilgilidir. Farklı kanser tedavileri belirli ağrı türlerine neden olabilir. Periferik nöropati kemoterapinin neden olabileceği bir ağrı türüdür. Tedavi bittikten sonra kanser ağrısı devam edebilir (Akdemir, 2020; Can, 2018). Hangi nedene bağlı olursa olsun ağrı, kişilerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, uykusuzluk, yorgunluk ve birçok psikososyal sorunlara yol açabilmektedir. Ağrı, testler ve işlemler öncesinde, sırasında ve sonrasında yönetilebilir. Her hastanın kanser ağrısını kontrol altına almak için kişisel bir plana ihtiyacı vardır (Can, 2018).

### **2.6.2. Alopesi**

Alopesi, saçlı derideki kıl foliküllerinin tamamen ya da kısmen ortadan kalkması veya azalması durumudur. Kemoterapi kaynaklı saç dökülmesi ciltte yaşanan en sık ilaç yan etkisidir. Alopesinin derecesi kemoterapi tipi, rejimi, dozu, uygulama yol, yarılanma ömrü, tek veya başka bir ajanla kombine verilmesine bağlıdır. Saçların dökülmesine sebep olan kemoterapötikler özellikle alkilleyici ajanlar, anti metabolitler ve antimitotiklerdir. Bu tedavilerin başlangıcından sonraki ilk ayda yaygın saç dökülmesi olur. Alopesinin düzeye bilirliliği, saç kök hücrelerinin hasar derecesi ile ilgilidir (Kapucu ve Kutlutürkan, 2020). Tedavi bitiminden 8 hafta kadar sonra tekrar saç çıkmaya başlar (Akdemir, 2020).

### **2.6.3. Anemi**

Anemi, dolaşımdaki eritrosit sayısında veya hacminde, hemoglobin miktarında veya kanın oksijen taşıma kapasitesini azaltarak hipoksiye neden olan ve hemotokrit hacminde azalma ile sonuçlanan bir durum olarak tanımlanmaktadır (Kapucu ve Kutlutürkan, 2020). Kemoterapi ve radyasyon tedavisi gibi kanser tedavilerinin yanı sıra kemik iliğini etkileyen kanserler de anemiye neden olabilir (National Cancer Institute, 2022).

Kanser hastalarında anemi; kan kaybı, artmış eritrosit yıkımı veya azalmış eritrosit üretimi gibi birçok nedenlerden kaynaklanabilir (Can, 2018).

#### **2.6.4. Bulantı Kusma**

Bulantı kusma, hastalık ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ve sıklıkla karşılaşılan semptomlardandır. Kanser ve kanser tedavilerine bağlı olarak gelişebilir. Kemoterapinin alınmasına bağlı olarak gelişen bulantı kemoterapi uygulamasının hasta tarafından reddine kadar varan ya da sıvı elektrolit dengesizliğine yol açan ciddi sonuçlara sebep olabilir (Akdemir, 2020; Can, 2018).

#### **2.6.5. Cilt Reaksiyonları, El ayak Sendromu ve Tırnak Değişiklikleri**

Kemoterapi tedavisi sağlıklı dokuyu da etkilediğinden ve bölünmeyi baskılayıcı tesiri olduğundan özellikle çabuk çoğalan dokular olan deri, saç, kemik iliği gibi bölgelerde daha bariz etkilere yol açmaktadır. Cilt reaksiyonları sıklıkla bireyin öz bakımını, beden imajını, yaşam kalitelerinin, sosyal yaşama ve günlük aktivitelere katılımını olumsuz yönde etkilemektedir. Bununla birlikte cilt reaksiyonları, bireyin tedaviye zayıf uyumuna, doz kesintisine ve tedavi maliyetinin artmasına yol açar (Can, 2018). Kanser tedavileriyle ilişkili cilt reaksiyonlarının görülme sıklığı kanser tedavi yöntemleri, tedavi süresi, kombine tedavi alma durumu ve hastaya ait özelliklere bağlı olarak değişmektedir. Tedavinin başlamasıyla birkaç gün içinde ortaya çıkar ve 14-21 gün içinde yoğunluğu çoğalarak akne tipinde döküntüler şeklinde gelişir. Akne benzeri döküntülerle birlikte yoğun bir cilt kuruluğu en sık karşılaşılan reaksiyondur. Tedavinin ilk haftalarında oluşan bu reaksiyonlar, hastalarının birçoğunda tedavinin 6 aydan fazla sürmesi ile hastaların hepsinde gelişir (Kapucu ve Kutlutürkan, 2020).

El Ayak Sendromu, kemoterapi tedavisine bağlı oluşan cilt ve tırnak dibindeki değişikliklerdir. Avuç içlerinde, ayak tabanlarında, kemoterapi için kullanılan damar boyları gibi vücudun belli bölgelerinde olabilmektedir. Klinik olarak genellikle avuç içlerinde ve ayak tabanlarında karıncalanma, ağrı, yanma, kızarıklık hissinin olması, iki taraflı avuç içi ve ayak tabanlarında eritemli lezyonlar görülmesi ile karakterizedir. El ayak sendromu insidansı alınan tedavideki ilaçlara, dozuna, ilacın plazma konsantrasyon düzeyine, uygulama sıklığına bağlı olarak tedavi sonrası ilk 24 saatte ortaya çıkabildiği gibi aylar sonra da görülebilmektedir. Tedavinin ilk 2-6 haftasında başlar. Elek ayak

sendromunun kesin tedavisi yoktur ve Şu anda en etkili yöntem, tipik olarak 1-2 hafta içinde iyileŐen semptomlarla birlikte, tedavinin kesilmesi veya doz yoğunluğunun azaltılmasıdır (Kapucu ve Kutlutürkan, 2020).

Tırnak değişiklikleri antineoplastik ilaçlarla tedavi sırasında yaygın olarak görülür. Tırnakta oluşan değişiklikleri pek önemli görülmemesine karşın tırnakların deforme olması ile dokununca ağrı hissedilmesi hasta için oldukça olumsuz bir durum ve yaşam kalitesini negatif etkiler. Bu durum tırnak uzamasının durmasına, kanamaya, hiper keratozise, paranoŐiye ve/veya parmak/tırnağın tırnak yatağından ayrılmasına sebep olarak kemoterapi dozunun azaltılmasına neden olabilir. Genellikle tedavinin baŐlamasından 1-2 ay sonra başlar. İlaç tedavisi tamamlandıktan sonra tırnak değişiklikleri iyileŐebilmektedir (Can, 2018; Kapucu ve Kutlutürkan, 2020).

#### **2.6.6. Cinsellik ve üreme sorunları**

Cinsel iŐlev bozukluğu, cinsel tepki döngüsünün herhangi bir bölümünün doğru çalıŐmamasıdır. Cinsel yaŐamdaki değişiklikler kanserin evresine, lokalizasyonuna, tedavisine, beden imgesindeki deęiŐikliklere, kaybedilen organa, hasta ve eşinin inanç ve tutumlarına, kansere eŐlik eden psikiyatrik sorunlara göre değişiklik gösterebilmektedir. Kemoterapi tedavisinde kullanılan bazı ilaçların cinsel istek üzerine azalmış arzudan, orgazma ulaŐma zorluğuna kadar uzanan çeşitli yan etkileri vardır. Kemoterapi tedavisinin cinsellik üzerine etkisi üç Şekilde açıklanmaktadır; cinselliği dolaylı olarak etkileyen fiziksel faktörler, cinsel isteği ve doğurganlığı doğrudan etkileyen faktörler ve psikososyal faktörler (Can, 2018; Kapucu ve Kutlutürkan, 2020).

#### **2.6.7. Diyare**

Diyare bağırsakta sıvı içeriğinin artmasıyla birlikte, gaitanın miktar olarak 200g/gün üzerine çıkması ve barsak hareketlerinin dakikada 3 ve üzerinde olması olarak tanımlanır. Kemoterapi ile ilişkili diyare, bağırsakta aktif Şekilde çoğalan mukoza hücrelerinin harabiyete uğraması ya da tamamen yok olması sonucu gelişir (Can, 2014). Diyare iyi bir Şekilde yönetilmezse, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Yaşanan aşırı sıvı kaybı, elektrolit dengesizliği, yetersiz beslenme hastaların hastaneye yatış oranını artırır ve yaşamını kaybetmesine neden olabilir (Can, 2014; Akyüz, 2018).

### **2.6.8. Enfeksiyon**

Kanserli hastalarda viral, bakteriyal ve fungal enfeksiyonlar açısından risklidir. Malignitenin kendisi, kemoterapinin neden olduğu immunsupresyon enfeksiyon riskini artırır. Enfeksiyonlar doz gecikmelerine ve doz kısıtlamasına neden olarak optimal tedavi sonuçlarına ulaşmayı önler (Kapucu ve Kutlutürkan, 2020). Kemoterapi sürecinde tedavide kullanılan kemik iliği depresyonuna sebep olan alkileyici ajanlar, antimetabolitler, bitkisel alkaloidler ve antitümör antibiyotikler tedavinin bitiminden 8-12 gün sonra nötrofil ve trombosit değerlerinde düşüşe neden olabilir ve hastalarda bu süreç içerisinde hem kanama hem de enfeksiyon riski artar (Akdemir, 2020).

### **2.6.9. İştahsızlık, Kilo Kaybı, Kaşeksi**

Kanser tanısı alan hastalar, hastalık sürecinin başlangıcından itibaren sık sık iştahsızlık sorunları yaşamaktadırlar. İştahsızlık, bireyin metabolik gereksiniminden daha az besin almasına sebep olan bir durumdur ve düzenli ve yeterli beslenmeyi etkileyen en önemli semptomlardandır. Kanser hastalarında özellikle kemoterapi uygulaması sonrası yaşanan sorunlar tat değişikliği, besinlerden tikslenme duygusu ve oral mukozitlerdir. Kanser süreci ve tedavi yaklaşımlarının başlattığı fizyolojik değişimler sonucunda yetersiz besin alımı ve malnütrisyon ortaya çıkabilmekte ve bu durum hastalarda kilo kaybı ile sonuçlanmaktadır. Kaşeksi, enerji ve protein dengesinin bozulmasına bağlı olarak istemsiz vücut ağırlığı kaybı ile karakterize bir durumdur. Kanser hastalarında yaşanan kilo kaybı ve kaşeksi sıklığı tümör bölgesine göre büyük farklılıklar göstermektedir. Kaşeksi, yetersiz beslenmeye yol açan ve sıklıkla kemoterapi den kaynaklı bulantı, kusma, stomatit, tat ve koku anormallikleri, konstipasyon, diyare ve gastrointestinal sisteme baskı oluşturan kitlelerin varlığı gibi diyet alımını tehlikeye sokan faktörlerden kaynaklanmaktadır (Can, 2018; Kapucu ve Kutlutürkan, 2020).

### **2.6.10. Kanama**

Kanama, lokalize damar yaralanması ya da hemostatik süreçte bir bozukluk nedeni ile kanın damar dışına çıkması durumudur. Kanser hastalarının tedavi sürecinde kullanılan antineoplastik ajanlar, radyoterapi uygulaması, miyelosupresif kemoterapi, tümörün kemik iliğine invazyonu trombosit üretimi mekanizmasını bozarak trompositopeniye neden olur. Trombositopeni gelişen hastalarda kanam riski artar. Kanamanın erken evrelerinde peteşi, purpura, ekimoz gözlenirken, kanamanın ilerleyen evrelerinde

apistaksis, hemoptizi, hematüri, hematemez, melena, yara ya da lezyon bölgesinden kanama, diş eti kanamaları, vajinal kanama ya da vasküler giriş yerinden kanam gibi farklı şekillerde kanamalar ortaya çıkar. Kanser hastalarında kanamaya neden olan faktörlerin başında trombositopeni olduğu düşünüldüğünde, trombositopeniye neden olabilecek ilaçların kesilmesi, trombosit fonksiyonunu bozabilecek ilaçlardan (aspirin gibi) kaçınılması, trombositopeni düzeyine uygun olarak tedavi girişimlerinin uygulanması kanama riskinin ve kanamanın yönetimi için gereklidir (Can, 2018; Kapucu ve Kutlutürkan, 2020).

### **2.6.11. Konstipasyon**

Konstipasyon, bir hafta içinde üç defadan az dışkılamanın olması, aşırı sert gaita veya daha fazla güç gerektiren dışkılama diye tanımlanmaktadır (Kapucu ve Kutlutürkan, 2020). Kemoterapi tedavisinin sinir dokusuna olumsuz yan etkisi, narkotik analjeziklerin kullanımı, aktivite kısıtlılığı, beslenme alışkanlığında değişiklikler, aşırı sıvı kaybı, hipokalsemi ile konstipasyon gelişebilir. Genellikle 3-7 günlerde başlar 1-2 hafta devam eder (Akdemir, 2020). Yaşamı tehdit eden bir durum olmamasına rağmen konstipasyon ileri evre kanser hastalarının fiziksel, psikolojik ve ekonomik açıdan olumsuz etkileyerek hem hastanın hem de ailenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen başlıca bir sorundur (Can, 2018).

### **2.6.12. Lenf Ödem**

Lenf ödem sıklıkla kanser tedavisi nedeniyle ortaya çıkan ve bireylerin yaşamlarının kalitesini tüm boyutlarıyla etkileyen negatif ve önemli bir sorundur. Lenf ödem, lenfatik sistemin normal lenfatik dolaşımı yerine getirme yeteneğinde bir bozukluk olarak ortaya çıkması olarak tanımlanır. Lenf ödem risk faktörlerine bakıldığında hasta, hastalık ve tedavi ile ilişkili faktörler ler sayılabilir. Lenf ödemi erken dönemde tanımlaması zordur. Bu nedenle onkoloji hemşirelerinin ciltte kuruluk, pigmentasyon değişikliği, hassasiyet, kızarıklık, solukluk, siyanoz, sıcaklık veya soğukluk hissi, selülit, enfeksiyon, skar, hiperkeratoz, yaralar, ülserler ve derinleşmemiş cilt kıvrımları açısından kapsamlı hasta değerlendirilmesi yapması önemlidir. Lenf ödem hastaların tedavilerinin tamamlamasından yaklaşık olarak 7 ay sonra ortaya çıktığı belirtilmektedir (Can, 2018; Kapucu ve Kutlutürkan, 2020).

### **2.6.13. Nöropati**

Kemoterapiye bağlı periferel nöropati kemoterapi ajanlarının malign ve sağlıklı hücreler arasında ayırım yapamamasından kaynaklanmaktadır. Kemoterapinin nöronlar ve etrafındaki yapılara hasara uğratması sonucu nöropati gelişir. Periferel nöropatinin görülme sıklığı kemoterapötik ajana maruz kalma süresi, dozu ve kümülatif doza bağlı olarak değişir. Kemoterapiye bağlı periferel nöropati semptomları genellikle iki taraflı olarak ortaya çıkar ve el ve ayak parmak uçlarından başlayarak, üst ve/veya alt ekstremitelerin distalinden proksimale doğru “eldiven çorap” tarzı dağılım gösterir. Uyuşma, karıncalanma, kas güçsüzlüğü, yanma, elektrik çarpma hissi, nöropatik ağrı, denge kaybı, fiziksel ve duygusal fonksiyonlarda bozulma en sık görülen periferel nöropati belirtileridir. Kemoterapiye bağlı periferel nöropati için henüz kesin bir tedavi yoktur. Genel yaklaşım dozun azaltılması ya da ilacın kesilmesi ve semptomatik tedavidir (Can, 2018; Kapucu ve Kutlutürkan,2020).

### **2.6.14. Oral Mukozit**

Ağız mukozasının inflamasyonu ve/veya ülserasyonu olarak tanımlanan oral mukozit çok sançılı bir süreçtir. Kemoterapötik ajanlar, diğer hücelere göre daha hızlı üreyen mukozit epitel hücrelerin yapısını bozarak ağız ve boğazdaki mukoz bariyeri olumsuz etkiler. Bunun sonucu oluşan oral mukozit, mukoza membranda bozulmaya ve epitel hücrelerinde zayıflamaya, eritem, şişlik, kanam, ülserasyon, ses tonunda bozulmaya, konuşma güçlüğüne, çiğneme ve yutmada zorluk ile kendini gösterir. Oral mukozit kemoterapiden 3-5 gün sonra oluşmaya başlar. Oral mukozit iyileşmesi yaklaşık 21 gündür (Can, 2018; Kapucu ve Kutlutürkan, 2020).

### **2.6.15. Yorgunluk**

Yorgunluk, kanser hastalarının çoğunlukla yaşadığı ve yaşam kalitesini negatif yönde etkileyen bir semptomdur. Yorgunluk subjektif bir semptom olup, hastalığın tanısı, tedavisi ve evresine göre farklı derecelerde gözlenir (Kapucu ve Kutlutürkan, 2020). Yorgunluk pek çok faktöre bağlı olarak gelişebilir. Kemoterapi tedavisinde uygulanan ilaçlar, kan sayımının düşmesi, bulantı ve kusma ile ilişkili olabilir. Radyoterapide gelişimi, ışınlama alanı ve uygulanan radyoterapi dozu ile ilişkili olabilir. İleri evre

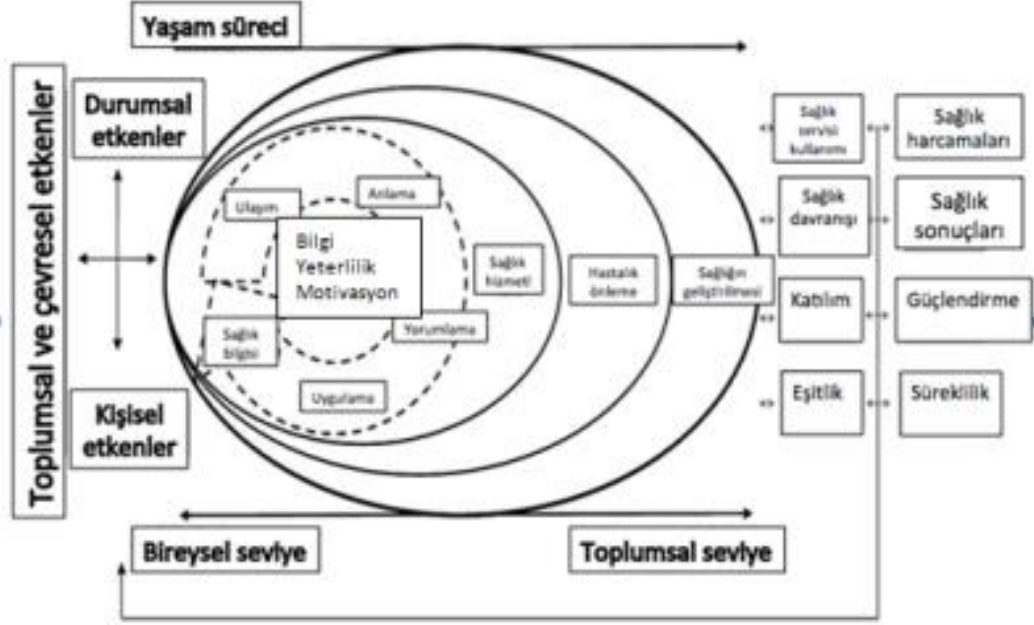
hastalarda kaşeksi, ağrı, bulantı, uyku düzeninde bozulma, psikolojik sorunlar, ateş, dispne ve daha pek çok neden ile ilişkili olabilir (Akdemir, 2020).

## 2.7. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlık kavramı uluslararası camiada çok kullanılan bir kavram olmasına karşın ülkemizde son yıllarda tartışılan bir kavramdır. 1986 yılında Ottawa'da gerçekleştirilen “Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı”, sağlıkla ilgili bilgilerin anlaşılabilir bir şekilde düzenlenmesi ve toplumun bu bilgiler doğrultusunda davranış geliştirmesi gerekliliğini vurgulamıştır. Bu vurguyla birlikte, sadece sağlık sektörünün çabalarının yetersiz olduğu ve diğer sektörlerin desteğinin de önemli olduğu belirtilmiş ve “Sağlık Okuryazarlığı (SYO)” kavramı ortaya çıkmıştır. Sağlık okuryazarlığı, ilk olarak 1974 yılında Simonds tarafından tanımlanmış olup, bu tanım günümüzdeki tanımlardan farklılık göstermektedir (Çopurlar ve Kartal, 2016). Başlangıçta, “*bireyin sağlığı için yetenekleri*” şeklinde basit bir tanımla ifade edilirken, 1993 yılında Nutbeam ve Wise tarafından bilgiye erişim, anlama ve davranış üzerine odaklanılarak, “*Bireyin sağlığı için sağlık bilgisine ulaşması, anlaması ve bu bilgiyi uygulaması*” tanımı yapılmış ve günümüz tanımlarının temeli oluşturulmuştur. Bu ilerlemelerin ardından, 1998 yılında Nutbeam'in WHO adına hazırladığı “*Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğü*”nde (Health Promotion Glossary), SYO'nun tanımı daha da genişletilmiş ve “*Bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler*” şeklinde tanımlanmıştır. Türkçe'de ise bu tanım, “*T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*” tarafından yayınlanan “*Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*”nde “*Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder*” şeklinde ifade edilmektedir. Daha sonra yapılan tanımlamalarda, “*Amerikan Tıp Derneği (1999)*”, SOY'u “*ilaç üzerindeki etiketleri anlama düzeyi*” ile ilişkilendirirken, “*Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) (2004)*”, “*SOY düzeyi; bir bireyin bir sağlık bilgisini edinebilme, değerlendirebilme, anlama ve doğru sağlık kararını verebilmek için uygun hizmetleri kullanabilme düzeyidir*” şeklinde tanımlamıştır. Sorensen ve arkadaşları (2012) o zamana kadar yapılan bütün tanımların analizini yaparak “*SOY; okuryazarlıkla bağlantılı,*

*insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını nleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir” şeklinde tanımlamışlardır.*

Sağlığı etkileyen önemli faktörlerden biri sağlık okuryazarlığıdır. Sağlık eşitsizlikleri ve sağlık harcamalarının azaltılmasında önemli bir etkiye sahiptir (Gzlu, 2020). Sağlık okuryazarlığı, okuryazarlık ile ilgilidir. Bireylerin yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi, sağlığın daha iyi hale getirilmesi hedeflenirken, sağlık bilgilerini anlama, erişme, değerlendirme ve uygulamaya dair bilgi, motivasyon ve yeterliliklerini ifade etmektedir (Kickbusch vd., 2013). Yüksek okuryazarlık oranı, toplum için önemlidir. Okuryazar bireyler ekonomik açıdan daha iyi şartlara sahiptirler. Bireylerin eğitimli ve bilgi sahibi olması, toplumsal olayların içerisinde çokça yer almalarına ve daha iyi sağlık ve esenliğe sahip olduklarını gösterir (Değer ve Zoroğlu, 2020; Kickbusch vd., 2013). Sağlık okuryazarlığının yeterli düzeyde olamaması bireylerin sağlıklarını kötü olarak değerlendirmemesine, koruyucu hizmetlerden faydalanmamasına, verilen tedavileri uymamasına, öz bakımını yapamamasına, hastalıkların bulguları ortaya çıktığında bunları sorgulamada gecikmeye, sağlık maliyet yüklerinin ve ölüm oranlarının artmasına sebep olmaktadır (Gözüm ve Ilgaz, 2016). Entegre SOY modeli şekil 2.7’de gösterilmektedir.



**Şekil 2.7: Entegre Sağlık Okuryazarlığı Modeli**

**Kaynak:** Çopurlar ve Kartal, 2016

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, çalışmaya katılan ülkelerdeki yetişkinlerin birçoğunun yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermiştir. Bu durum; sağlıksız tercihlerin yapıldığını, riskli davranışların oluştuğunu, kötü sağlık, kendini yönetme yetersizlik, hastanelere daha fazla tedavi amaçlı ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Görüldüğü gibi sağlıklarını olumsuz şekilde etkileyecek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. SOY konusunda sorun yaşayan bireylere bakıldığında; yaşlıların, etnik azınlıkların, yeni göç etmiş insanların, düşük eğitimli insanlar ve/veya ana dili yeterince iyi bilmeyen insanlar ve sosyal açıdan ihtiyacı olanlardır. Kısıtlı sağlık okuryazarlığı, toplumsal, sağlık sistemleri, bireyler ve bunların aileleri açısından büyük ekonomik maliyetlere sebep olmaktadır. Ayrıca sağlık ile ilişkili; sigara ve alkol kullanımı, vücut kütle indeksi ve fiziksel egzersiz olmak üzere dört farklı davranış tarzı hakkında göstergeler oluşturmuştur. Fiziksel egzersiz ile sağlık okuryazarlığı ilişkisine bakıldığında sağlık okuryazarlığı yükseldikçe, fiziksel egzersiz sıklığı o derecede artmaktadır (Kickbusch vd., 2013).

Türkiye de yapılan “*Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Çalışmasında*” genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak bulunmuş olup, Avrupa ülkelerine kıyasla düşük olduğu

görülmüş. Yapılan değerlendirmede toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin %64,6'sının "yetersiz" (%24,5) veya "sorunlu" (%40,1) olduğu tespit edilmiştir. Sağlık okur yazarlığın sınır olması, daha sağlıklı olunmasını, kronik hastalıklarda verilen eğitimlerin başarılı olmamasına, verilen tedavilerin ve tedaviye uyumların başarısızlıkların olmasına, hastaneye yatış ve acil başvuruların artmasına, sağlığı geliştirme tarama programların başarısızlığına neden olmaktadır (Tanrıöver vd., 2014).

### **2.7.1. Kanser Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı**

Kanser hastalarında, hastalığının farkındalığı ve sağlık okur yazarlığı düzeyi erken dönemde tespit edilmesi tedaviye başlanmasında önemli rol oynamaktadır (Gültop ve Özkan, 2021). Yetersiz sağlık okuryazarlığı sağlığı önemli ölçüde negatif etkilemektedir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip olmak, sağlığı geliştirme ve hastalıkların erken teşhis edilmesi programlarına katılımı düşürmektedir, riskli sağlıksız seçimlere ve iş kazalarına sebep olmakta, kronik hastalıkların kontrolünü azaltmaktadır. Kronik hastalıklarda hastaneye yatışı arttırmakta, tedavilere uyumu azaltmakta, yeniden yatışa sebep olmakta, fazla ve erken mortaliteye sebep olmaktadır (Kickbusch vd., 2013).

Portekizde kemoterapi alan hastalarla yapılan çalışmada hastaların kemoterapi görürken sağlık durumları hakkında sahip oldukları bilgilerden duyulan memnuniyetin fazla olması mutluluklarını ve gelecek kaygılarını olumlu etkilediği görülmüştür. Böylelikle hastaların sağlık ile bilgilerinin artması yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediğini göstermiştir. (Pinto vd., 2013). Ayık'ın (2021) yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan hastaların problemlili veya sınırlı SOY'ya sahip oldukları sonucuna varılmıştır. Bu durum, sağlık profesyonellerinin özellikle sahada daha fazla teması olan hemşirelerin hastalara en kaliteli eğitimi vermesini ve verdikleri eğitimin davranışa dönüşümünü gözlemleyerek bireylerin sağlık okuryazarlık seviyelerini artırmayı hedeflemelerini önermektedir. Küçükballı ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları çalışmada ise, araştırmaya katılan hastaların orta düzeyde SOY'ya sahip oldukları belirtilmiştir. Hastaların sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler arasında cinsiyet, eğitim seviyesi, medeni durum, ekonomik durum ve varsa ek kronik hastalıkları bulunmaktadır. Bu bağlamda, erkek hastalara, evli olanlara, ekonomik olarak zor durumda olanlara ve ek bir kronik hastalığı olmayanlara destek sağlanması önerilmektedir.

Papadakos ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada sağlık okuryazarlığının, kanserde önemli öz-yönetim davranışları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu ilişkilerin yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireyler ve sağlık sistemi için etkileri önemlidir. Bu ilişkileri keşfetmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (Papdakos vd., 2018).

Koay ve ekibi (2012), SOY seviyeleri farklı olan tüm kanser hastalarına destek sağlamak için daha fazla çalışma yapılması gerektiğini ve sağlık deneyimlerinin ile sağlık sonuçlarının iyileştirilmesinin önemli olduğunu belirtmiştir. SOY'nun bireysel ve toplumsal boyutları önemli sonuçlar doğurur. Bireylerin düşük sağlık okuryazarlığı, yaşam kalitelerini olumsuz etkiler, yan etkilerin ortaya çıkma olasılığını artırır, hastalıkla başa çıkmayı zorlaştırır ve uyumsuz bir tedavi sürecine yol açarak sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik duygusu yaratır. Her birey kendi sağlığından sorumludur ve sağlık durumlarını sürdürmek için yeterli bilgi seviyesine sahip olmaları ve bilinçli davranışlar sergilemeleri gerekmektedir. Bu nedenle, SOY toplum sağlığı açısından büyük bir öneme sahiptir. Çünkü SOY, demografik faktörlerden, psikososyal etkilerden, kültürel ve geleneksel etkinliklerden, okuryazarlık düzeyinden, kişisel özelliklerden, hastalıkla ilgili tutumlardan ve sağlık hizmeti sistemine dair faaliyetlerden etkilenir. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı sağlık sonuçlarını ve sağlığa harcanan kaynakları da etkiler (Al Sayah ve Williams, 2012; Ayık, 2021; Tözün ve Sözmen, 2014).

Sağlık okuryazarlığı bağlamında bilgiye erişim adımları; gerekli bilgiyi bulmak, bu bilgiyi anlamak ve amaca ulaşmak için bilgiyi etkili bir şekilde kullanmaktır. Bilgilendirme ve tavsiye kaynakları genellikle hemşireler, internet, sosyal medya, kitaplar, aile ve arkadaşlar gibi kaynakları içerir (Johnston vd., 2015). Giderek yaygınlaşan SOY; kişilerin okuma yazma becerileri ve sağlık bilinci ile doğru orantılıdır. Bu alandaki çalışmaların artması, benimsenen politikalar, uygulanan projeler ve kabul edilen ölçeklerin çoğalması, sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükselmesine katkı sağlayacaktır. Sağlık okuryazarlığının artmasıyla birlikte sağlık bilinci ve bakım kalitesi artacak, sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe ve zaman da azalacaktır. Bu doğrultuda, sağlık bakımının önemli bir bileşeni olan hemşirelere ve sağlık hizmetlerine erişim sağlayan bireylere daha fazla sorumluluk düşmektedir. Hemşireler, araştırma yaparak, eğitimler vererek ve hasta iletişimde daha

hassas bir yaklaşım sergileyerek bu sorumluluklarını yerine getirmelidir (Kaya ve Sivrikaya, 2019).

## 2.8. Öz Bakım

Dorothea E. Orem tarafından 1959 yılında geliştirilen “*Öz Bakım Hemşireliği Teorisi*” veya “*Orem Hemşirelik Modeli*”, öz bakımın yaşamın devam etmesinde neden gerekli olduğunu ortaya koyar. Bu model, kişilerin yaşamlarını, sağlıklarını ve iyilik hallerini sürdürmek için kendi başlarına başlattığı ve gerçekleştirdiği faaliyetleri tanımlar. Orem'e göre, kişisel yetersizliklerin öz-bakım gereksinimlerini karşılamada hemşireliğe ihtiyaç duyulmasına yol açtığını belirtir. Teorisine göre, çevre ile insan arasında karşılıklı etkileşim bulunmaktadır. Bu model, insan, sağlık, çevre ve hemşirelik kavramlarını temel alarak hemşireliği tanımlar (Demirbağ, 2021; Garcia, 2021). WHO öz bakımı, “*Sağlığın geliştirilmesi kapsamında, profesyonel olmayan insanların gerçekleştirdikleri eylemler, sağlığı teşvik etme, sürdürme veya eski haline getirmek için kaynakları kullanarak bireylerin veya toplumların sağlığı*” olarak tanımlamıştır. Öz bakım, bireylerin, ailelerin ve toplulukların, bir sağlık çalışanının desteğiyle veya desteği olmadan sağlığı geliştirme, hastalıkları önleme, sağlığı sürdürme ve hastalık ve engellilikle başa çıkma becerisidir. Şu anda 3,6 milyar insan, yani dünyanın yarısı, temel sağlık hizmetlerine erişemiyor. WHO, evrensel sağlık kapsamına ulaşmanın, sağlığı geliştirmenin, dünyayı güvende tutmanın ve savunmasız kişilere hizmet etmenin kritik bir yolu olarak her ülke ve ekonomik ortam için öz bakım müdahalelerini önermektedir. Öz bakım, bireyleri sağlığın teşviki ve geliştirilmesi de dahil olmak üzere kendi sağlık bakımlarını (hastalıkların önlenmesi ve kontrolü; kendi kendine ilaç tedavisi, bakıma muhtaç kişilere bakım sağlanması ve palyatif bakım da dahil olmak üzere rehabilitasyon sağlanması) yönetmede aktif aktörler olarak tanır. Bakıma muhtaç kişilere bakım sağlanması ve palyatif bakım da dahil olmak üzere rehabilitasyon sağlanmasıdır (WHO, 2023a). Öz bakım, bireylerin sahip oldukları bilgi ve bilgileri kullanarak kendi sağlıklarına dikkat etmeleri uygulamasıdır. Gerektiğinde sağlık ve sosyal bakım uzmanlarıyla işbirliği yaparak bireylerin kendi sağlıklarına verimli ve rahat bir şekilde bakmalarını sağlayan bir karar verme sürecidir (Global Self-Care Federation, 2023). Öz bakım şunları içerir:

- Sağlıklı yaşam tarzı seçimleri yapmak – fiziksel olarak aktif olmak ve sağlıklı

beslenmek

- Sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıklarından kaçınmak – sigara ve alkol tüketiminden kaçınmak
- Reçeteli ve reçetesiz ilaçların bilinçli kullanımı
- Semptomların kendi kendine tanınması- gerektiğinde bir sağlık uzmanıyla birlikte semptomların değerlendirilmesi ve ele alınması
- Kendi kendini izleme- bozulma veya iyileşme belirtilerinin kontrol edilmesi
- Öz-yönetim: Hastalık belirtilerini tek başına, sağlık uzmanlarıyla veya aynı sağlık durumuna sahip diğer kişilerle birlikte yönetmek (Global Self-Care Federation, 2023).

Öz bakımın faydaları üç yönlüdür (Global Self-Care Federation, 2023):

Daha iyi seçim, öz bakım insanlara etkili sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanma olanağı sağlar. Bireylerin birçok sağlık durumunu rahat ve başarılı bir şekilde kendi başlarına yönetmelerine olanak tanıyarak zamandan ve emekten tasarruf sağlar. Bireylerin komplikasyonları ve ek çaba olmadan temel ihtiyaçlarını karşılamalarına olanak tanır.

Daha iyi bakım, öz bakım insanlara sağlıklarını ve refahlarını kendi ellerine alma gücü vererek onlara yaşam kalitelerini iyileştirme teşviki verir. Belirli durumların önlenmesinde önemli bir rol oynar ve iyileşme geliştirir. Yaşamın her aşamasında refahın kritik bir parçasıdır.

Daha iyi değer, öz bakım dünya çapında artan sağlık hizmetleri maliyetleriyle mücadeleye yardımcı olur. Öz bakıma yapılan kısa vadeli yatırımlar, dünya çapındaki hükümetler ve sağlık endüstrileri için uzun vadeli kanıtlanabilir tasarruflara yol açmaktadır. Öz bakım, kaynakları daha verimli ve etkili bir şekilde tahsis etmelerini sağlayarak, zor durumdaki sağlık sistemlerinin iş yükünü hafifletir.

Dorothea Orem'in öz bakım gereksinimlerini belirlediği hemşirelik teorisine göre, öz bakım gereksinimleri üç başlık altında incelenir (Demirbağ, 2021; Garcia, 2021):

1. Evrensel öz bakım gereksinimleri: Bütün insanların sahip olduğu ihtiyaçlar, hava, su, yiyecek, aktivite ve dinlenme gibi temel gereksinimlerdir.

2. Gelişimsel öz bakım gereksinimleri: İnsan gelişimini devam ettirmek için yaşam koşullarının sürdürülmesi gereksinimlerini içerir, örneğin gebelik ve doğum gibi durumlar.
3. Sağlıktan sapmada öz bakım gereksinimleri: Hastalık durumuna göre ortaya çıkan özel ihtiyaçları kapsar.

Orem, sağlıktan sapma durumlarında hastanın gereksinimlerini gidermek ve öz bakım gereksinimlerini karşılamak için üç farklı hemşirelik sistemi tanımlar (Garcia, 2021):

1. Tümüyle eksikliği giderici: Hastanın öz bakımında aktif rol almadığı ve hemşirenin daha fazla ön planda olduğu bir sistem.
2. Kısmen eksikliği giderici: Hastanın bakım ihtiyaçlarının hemşire ile birlikte karşılandığı bir sistem.
3. Destekleyici eğitsel: Hastanın öz bakım gereksinimlerini karşılamak için öğrenme yeteneğine sahip olduğu, ancak bu konuda yardıma ihtiyaç duyduğu bir sistem.

Her hemşirelik sistemi, hemşirenin seçtiği ve uyguladığı yardım yöntemlerine dayanır çünkü her bir yöntem, hemşire ve hasta arasında farklı rolleri tanımlar (Demirbağ, 2021; Garcia, 2021).

### **2.7.1. Kanser Hastalarında Öz Bakım**

Öz bakım, bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinliklerdir ve bu etkinliklerin amacı yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmektir. Öz bakım kişinin merak, eğitim ve sağlık açısından edindiği deneyimlerle öğrendiği davranışlardır. Öz bakımlarını kendi yapabilen bireyler, öz bakım ihtiyaçlarını yeterli ve uygun olarak karşılayabilirler ve bir başkasına bağımlı olmadan yaşayabilirler (Karadağlı ve Alpar, 2017). Öz bakım kronik rahatsızlıklarda sıklıkla kullanılan bir ifadedir (Gao ve Yuan, 2011). Kronik hastalıklarda tedavinin amaçları arasında, bireylerin var olan hastalıkları ve tedaviye uyumu ve iş birliği içinde olmalarını sağlamak yer alır. Günümüzde sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinin ön planda olmasıyla birlikte; hemşirelik bakımında öz bakım kavramı önemli bir yer edinmiştir (Fırat ve Öztunç, 2019). Günümüzde kanser, giderek daha fazla kronik bir durum olarak kabul edilmektedir. Kanser, hastalarda sosyoekonomik sorunlara, depresyona ve sosyal izolasyona neden olur.

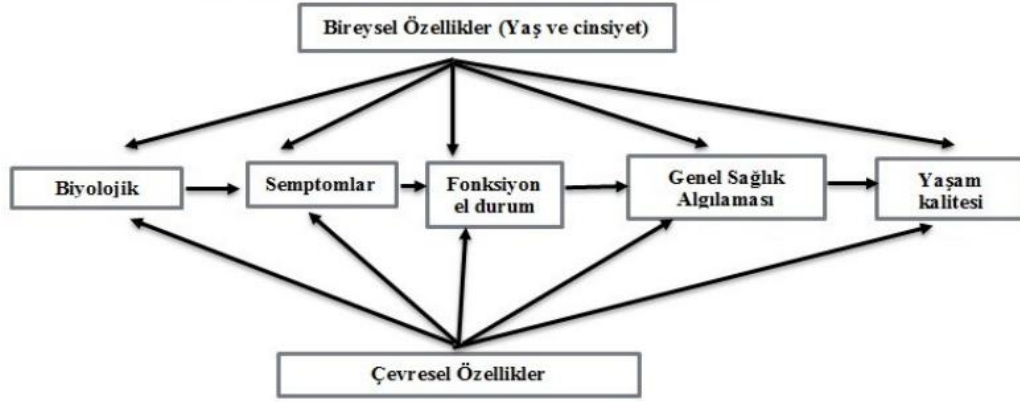
Kanser hastalarının öz bakım programlarına katılımı davranış değişikliklerine ve sağlığın geliştirilmesine neden olur (Hasanpour-Dehkordi, 2016). Şu anda bu kronik duruma yönelik en iyi yönetim yaklaşımı öz bakımdır. Bu, hastaların kendi kendini gözlemleme, tanıma ve semptomları etiketleme ve bunların ciddiyetini değerlendirme, tedavi seçeneklerini değerlendirme ve benimseme ve öz bakımın etkinliğini değerlendirme süreçlerine katılımı anlamına gelir (Qian ve Yuan, 2012). Shams ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, kemoterapi alan hastalarda gelişen yan etkiler ile baş etmede yaptıkları öz bakım davranışları yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır. Altınparmak ve ark. (2011) yapmış olduğu çalışmada özbakım gücü ve yaşam kalitesinin fonksiyonlarının (fiziksel, rol, sosyal) arasında olumlu bir ilişki olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi yüksek bireylerin öz bakım gücünün, eğitim düzeyi düşük bireylerden daha iyi olduğu, Cinsiyete göre yaşam kalitesine bakıldığında erkeklerin daha iyi olduğu saptanmıştır (Altınparmak vd., 2011). Yapılan araştırmalarda kanser hastalarının öz bakımlarının; yaş, eğitim düzeyi, iş durumu, hastalığın evresi ve komplikasyonları, hastalığın tekrarlama durumu, sosyal destek ve fiziksel fonksiyon durumu ve yaşam gücünün etkilediği ortaya konulmuştur (Altınparmak ve ark., 2011, Qian ve Yuan, 2012).

Kendi öz bakımlarını tam ya da yeterli düzeyde karşılayamayan bireylere yardım etmek gerekmektedir (Karadağlı ve Alpar, 2017). Diğer hemşire kuramcıları gibi Orem de öz bakım desteğini sağlayacak kişinin hemşire olduğunu belirtmiştir. Hemşire bireylerin öz bakım ihtiyaçları ile ilgilenmelidir. Bireylerin yaşamı ve sağlığının devamı, hastalıklar, travma ile baş etme esnasında bireyin iyileşmesinde öz bakım ihtiyaçlarını sağlanması ve yönetiminden hemşire sorumludur. Bireylerin öz bakım davranışlarının analiz edilmesi, verilen hizmetin geliştirilmesinde ve hemşirelik bakımında önemli ip uçları sağlar (Demirbağ, 2021; Karadağlı ve Alpar, 2017).

## **2.9. Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan haz almayı içeren, “iyi olma durumu” olarak kullanılan bir kavramdır. Yaşam kalitesi “*bireyin bulunduğu ve sahip olduğu kültürel değerler dahilinde hayattan beklentileri, kriterleri ve sosyal ilişkiye yönelik algısı*” olarak tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi bireyin yaşadığı çevrenin hem fiziksel sağlığından hem psikoloji durumundan, bağımsızlık düzeyinden, çevre ile ilişkilerinden etkilenir. Yaşam

kalitesi öznel ve nesnel değerlendirmeleri içermektedir. Nesnel göstergeler; eğitim, gelir, meslek, yaşanan konutun durumu, sağlık vb. iken; bireyin sahip olduğu bu olabaklardan duyduğu tatminse öznel göstergedir. WHO yaşam kalitesinin temel yönlerini; fiziksel bir alan (örn. enerji, yorgunluk), psikolojik bir alan (örn. olumlu duygular), bağımsızlık düzeyi (örn. hareketlilik), sosyal ilişkiler (örn. pratik sosyal destek), çevre (örn. Erişilebilirlik sağlık hizmetleri) ve kişisel inançlar/maneviyat (örn. hayatın anlamı) altı temel başlık altında toplamıştır (WHO, 2012). Genel olarak yaşam kalitesi göstergeleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanan konut ve özellikleri, sosyal destek, sağlık, gelir, eğitim, iş yaşamı, boş zaman aktiviteleri olarak sınıflandırılmaktadır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).



**Şekil 2.8: Wilson & Cleary Yaşam Kalitesi Modeli**

**Kaynak:** Akyol, 2016

Yaşam kalitesi öznel ve nesnel değerlendirmeleri içermektedir. Nesnel göstergeler; eğitim, gelir, meslek, yaşanan konutun durumu, sağlık vb. iken; bireyin sahip olduğu bu olabaklardan duyduğu tatminse öznel göstergedir. WHO yaşam kalitesinin temel yönlerini; fiziksel bir alan (örn. enerji, yorgunluk), psikolojik bir alan (örn. olumlu duygular), bağımsızlık düzeyi (örn. hareketlilik), sosyal ilişkiler (örn. pratik sosyal destek), çevre (örn. Erişilebilirlik sağlık hizmetleri) ve kişisel inançlar/maneviyat (örn. hayatın anlamı) altı temel başlık altında toplamıştır (WHO, 2012). Genel olarak yaşam kalitesi göstergeleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanan konut ve özellikleri, sosyal destek, sağlık, gelir, eğitim, iş yaşamı, boş zaman aktiviteleri olarak sınıflandırılmaktadır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Yüksek yaşam kalitesine sahip bireyler, kendi başlarına yaşamlarını sürdürürler ve günlük ihtiyaçlarını ve aktivitelerini bağımsız bir şekilde karşılarlar. Sağlıklı yaşam tarzı,

bireylerin sağlığını etkileyen tüm davranışları kontrol edebilme ve günlük aktivitelerinde kendilerine uygun davranışları seçip düzenleme yeteneği olarak tanımlanır. Sağlıklı yaşam tarzı benimseyenlerin yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu ve sağlıklarını geliştirmeye yönelik davranışlar sergiledikleri gözlemlenmiştir (Gülcivan ve Topçu, 2017).

### **2.9.1. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavram olduğundan değerlendirilmesi de birçok parametreyi içerir. Yaşam kalitesi hemşireliğin bilimsel ve uygulamaları ile direk ilgilidir. Yaşam kalitesine ait birçok tanım olmasına karşın, yaşam kalitesinin dünya çapında kabul edilen bir tanımı yoktur, ancak yapılan tanımlamaların ortak noktalarına bakıldığında “yaşam kalitesi, kişinin kendi hayatını nasıl algıladığıdır ve bireye özgüdür”, “bireyin elindekiler ile olmasını istedikleri arasındaki dengedir”, “mutluluk, doyum ve uyumdur”, “bireyin iyi hissetmesidir” ve “bireyin yaşamına ait doyumunu ve mutluluk halidir”. Onkoloji alanında yaşam kalitesi değerlendirilmeleri hasta ve ailesi açısından, kanserin, uygulanan tedavilerin etkilerini çok boyutlu açıklaması açısından son derece önemlidir. (National Cancer Institute, 2022).

Kanserli hastalar kemoterapi aldıklarında yaşam kalitelerindeki en önemli değişiklikler; fiziksel değişiklikler (enerjinin azalması, depresyon, cinsel isteksizlik, saçların dökülmesi vb.), ailevi değişiklikler( boşanmaların artması, evlenmelerin azalması, doğurganlığın düşmesi vb.), sosyal çevre içindeki değişiklikler (işten ayrılma, yeni iş bulmada zorlanma, iş ortamındaki çatışmalar, sigortanın işlememesi vb.) ve kişisel değişiklikler (aile ve arkadaş çevresinden fazla ilgi görmek, daha fazla tolerasyon gösterilmesi, hayata felsefesinin değişmesi, dine yönelme, inşalarla daha fazla iletişim kurma isteği) olmak üzere dört farklı başlık altında toplanabilir (Can, 2018). Kanser tedavisinde temel hedef, hastalığın ortadan kaldırılması değil, aynı zamanda tedavi sonrası morbiditenin azaltılarak yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Bu nedenle hemşireler kanserli hastalarının sağlığını iyileştirmenin yanı sıra yaşam kalitesini de dikkate almalıdır (Çalışkan vd., 2015).

Yaşam kalitesi, toplumların ulaşmayı amaçladığı en önemli evrensel hedeflerden biridir. Bu kavram, yaşamın tüm yönlerini kapsar ve dolayısıyla yaşamın her alanını etkiler. Genellikle kadın olma, yaşlılık, dul veya boşanmış olma, düşük eğitim seviyesi, düşük

gelir, yetersiz sosyal destek, yařanılan konutun niteliđi, kronik hastalıkların varlıđı, iř doyumunu dűzeyi ve boř zaman aktivitelerinin yetersizliđi gibi faktűrlerin yařam kalitesini ۆnemli ۆlűde dűřűrdűđűnű gűstermektedir. Bu faktűrlerin yařam kalitesi űzerindeki etkisini inceleyen çalıřmalar, yařam kalitesinin her alandan etkilendiđini ve bu etkilerin nasıl olduđunu ortaya koymak açısından ۆnemlidir (Boylu ve Paçacıođlu, 2016).

Yařam kalitesi, 1980'lerde hemřirelik alanında dikkate alınmaya bařlamıřtır. Bugűnlerde ise yařam kalitesi ۆlűmeleri, hemřirelik műdahalelerinin sonuçlarının deđerlendirilmesinde ۆnemli bir rol oynamaktadır. Kemoterapi gűren bireylerin yařam kalitesinin nasıl etkilendiđinin anlařılması, bu konuda hastalara destek sađlanması açısından son derece ۆnemlidir (Gűlcivan ve Topçu, 2017).

# ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

## GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel ve ilişki arayıcı tiptedir.

### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesinin Ayaktan Kemoterapi Ünitesine gelen hastalar ile Mart-Ekim 2023 tarih aralığında çalışıldı.

Çalışma yapılan Ayaktan Kemoterapi Ünitesi; biri sorumlu hekim, sorumlu hemşire dahil 4 hemşire, 3 tıbbi sekreter, 2 personel olmak üzere toplam 10 personel ile 28 kemoterapi koltuğu hizmet vermektedir.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni; çalışmanın yapıldığı hastanede ve yapılacak zaman aralığında Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde tedavi olan 600 hastadır. Örneklemi ise bu zaman aralığında araştırmanın dahil edilme kriterlerine uygun olan 103 birey oluşturdu. Mevcut örneklem sayısı (n=103) için GPower 3.1 programı ile yapılan güç analizinde %87 güçte etki büyüklüğü 0,3, hata payı ise 0,05 olarak belirlendi.

Dahil olma kriterleri;

- i. Araştırmaya katılmaya istekli olmak,
- ii. 18 yaşının üstünde olmak,
- iii. En az bir kür kemoterapi almış olmak,
- iv. Soruların tamamını yanıtlayacak yeterlilikte olmak,

Dışlama kriterleri;

- i. Türkçe dilini konuşamayanlar,
- ii. Psikiyatrik problemleri olanlar,

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, “*Hasta Bilgi Formu (Ek 1), Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (Ek 2), Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek 3) ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 4)*” ile toplandı.

#### 3.4.1. Hasta Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından çalışmaya dahil olan hastaların sosyodemografik ve hastalıkla ilgili durumlarını tanımlamak için hazırlanmıştır. Bu formda, hastanın cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk varlığı ve sayısı, eğitim durumu, gelir düzeyi, hastalık ve tedavi sürecinin ekonomik durumu etkileme durumu ve destek alınıp alınmadığı, çalışma durumu, mesleği, hastalığın tanısı, süresi ve evresi, yaşamını kim/kimlerle sürdürdüğü, hastalığın bakım sürecini etkileyip etkilemediği, bakım sürecinde destek alıp almadığı, sağlığını nasıl algıladığını, sağlık bilgi kaynaklarını takip edip etmediği, sağlıkla ilgili bilgileri nereden edindiğine ilişkin 19 sorudan oluşmaktadır.

#### 3.4.2. Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (Health Literacy Index)

Sağlık Okuryazarlık Ölçeği'nin ilk versiyonu Health Literacy Survey in Europe-HLS-E. U Sorensen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 2013 yılında Toçi, Bruzari ve Sorenson ölçeği “*Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) (Health Literacy Index)*” şeklinde revize etmiştir (Sorensen vd., 2013; Toçi vd., 2013). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2017 tarihinde Aras ve Temel tarafından yapılmıştır. SOYÖ 25 madde, dört alt boyut (Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama, Değer Bıçme/Değerlendirme, Uygulama/Kullanma) ve 5’li likertten (5- Hiç zorluk çekmiyorum, 1- Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız) oluşan sağlık okuryazarlığı değerlendiren bir ölçektir. Tüm ölçek için en düşük puan 25 ve en yüksek puan 125’tir. Puanların az olması sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz, sorunlu ve zayıf olduğunu, alınan puanların artması ise yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir. Alınan puan yükseldikçe kişinin sağlık okuryazarlık düzeyi yükselmektedir (Aras ve Temel, 2017). Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılan çalışmada SOYÖ için Cronbach Alfa katsayısı 0,92 bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach’s Alpha Katsayısı 0,88 saptanmıştır.

### **3.4.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) (Exercise of Self- Care Agency Scale -ESCA)**

Öz Bakım Gücü Ölçeği kişinin kendine bakım vermesini ya da öz-bakım gücünü değerlendirmede kullanılır. 1979 yılında Kearney ve Fleicher İngilizce olarak 43 madde halinde oluşturmuşlar, bu çalışmada 35 maddelik kısaltılmış Türkçe formu kullanılmıştır. ÖBGÖ odak noktası kişilerin yetenekleri ile kendilerini değerlendirmeleridir. Her bir ifade, 0 ile 4 puan kadar puanlanmıştır. Kişilerin öz bakıma karşı eğilimleri 5'li ölçek ile katılımcıların görüş bildirmesi ile belirlenir. Yanıt seçeneklerinden, “Beni hiç tanımlamıyor” yanıtına 0 puan, diğerlerine sırasıyla “Beni pek tanımlamıyor” 1 puan, “Fikrim yok” 2 puan, “Beni biraz tanımlıyor” 3 puan ve “Beni çok tanımlıyor” yanıtına 4 puan verilir. Türkçeye çevirisi yapılan ölçekte yer alan 8 maddenin (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26. ve 31.) değerlendirilmesi ters olarak okunur ve olumsuz olarak ele alınır. Maksimum puan ise 140'tır. Ölçek sonucunda alınan puanın yüksek olması kişinin öz-bakım veya kendi-kendine bakma yetisinin ve gücünün yüksek düzeyde olduğunu gösterir (Nahcivan, 1993). Bu çalışmada ÖBGÖ Cronbach's Alpha Katsayısı 0,91 saptanmıştır.

### **3.4.4. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The European Organization for Research and Treatment of Cancer, 30-Item Core Quality of Life Questionnaire- EORTC QLQ-C30)**

EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği versiyon 3.0 (EORTC QLQ-C30), Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Örgütü tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Beşer ve Öz tarafından 2003 yılında yapılmıştır. EORTC-QLQ-C30 “Fonksiyonel Ölçek, Semptom Ölçeği ve Genel Yaşam Kalitesi” olmak üzere üç alt ölçek ve 30 sorudan oluşmaktadır. Fonksiyonel ölçeğe; fiziksel, rol, bilişsel, duygusal ve sosyal işlevler dahildir. Semptom ölçeği yorgunluk, ağrı, bulantı ve kusmayı değerlendirmekte. Ayrıca dispne, uykusuzluk, iştahsızlık, konstipasyon, diyare ve maddi sıkıntılar da birer soruyla değerlendirilmektedir. Ölçeğin 30 maddesinin ilk 28'i 4'lü likert tipi olup, maddeler “Hiç: 1, Biraz: 2, Çok: 3, Çok: 4 puan” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin 29. sorusunda hastalardan sağlık durumlarını derecelendirmeleri (1: çok kötü, 7: mükemmel), 30. sorusunda ise hastalardan genel yaşam kalitelerini derecelendirmeleri istenilmektedir. 29. ve 30. sorular Genel Yaşam Kalitesini değerlendiren sorulardır. Hastaların “Fonksiyonel Ölçek ve Genel Yaşam Kalitesi” puanının düşük olması; “Semptom Ölçeği”

puanının yüksek olması yaşam kalitesinin düşük olduğunu gösterir (Beşer, 2003; Çalışkan vd., 2015). Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,90 olarak bulunmuştur (Beşer, 2003). Bu çalışmada ise 0,89 olduğu saptanmıştır.

### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımlı değişkenler:** Katılımcıların sağlık okuryazarlığı, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi düzeyleri

**Bağımsız değişkenler:** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özellikleri.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma sonunda ulaşılan verilerin değerlendirilmesi SPSS.25 paket programı ile bilgisayar ortamında yapıldı. Çalışma sonuçlarındaki verilerin değişkenleri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) ile verilerin dağılımı Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirildi. Niceliksel sonuçların üç ve üzeri grubun kıyaslanmasında Kruskal-Wallis testi; iki grup kıyaslanmasında Mann-Whitney U Testi kullanıldı. Bu yapılan testlerdeki farklılığı ortaya koymak için Bonferroni düzeltmesi yapıldı. Ayrıca Spearman's korelasyon ve regresyon analizleri yapıldı. Bağımlı değişkeni etkileyen faktörlerde aracı değişkeni belirlemek amacıyla yapısal eşitlik modellemesi kullanıldı. Anlamlılık  $p < 0,01$  ve  $p < 0,05$  düzeylerinde değerlendirildi.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmayı yapılabilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan (18.11.2022 tarih ve 2022/24 sayı) onay alındı. İlgili hastaneden çalışma yapılmasına ilişkin İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden (03/03/2023 tarih ve 2023/03 sayı) kurum izni alındı. Örnekleme yer alan her bir kişiye çalışma öncesinde çalışmanın yapılma sebepleri izah edildikten sonra yazılı olarak bilgilendirilmiş onam formu alındı. Çalışmaya katılmaya istekli olan hastalar çalışma kapsamına alındı ve kişisel verilerinin gizliliği sağlandı.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

#### 4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı

Katılımcıların yaş ortalaması 62,74±7,63 (yıl), tanı süresi ortalaması 614,97±836,22 gün olup %82,5'i erkek, %81,6'sı evli, %93,2'sinin çocuğu bulunmakta, %51,5'i ilköğretim mezun, %61,2'sinin geliri gidere eşit, %47,6'sı hastalık ve tedaviden kaynaklı ekonomik güçlük çekmekte, %23,3'ü ekonomik destek almakta, %11,7'si çalışmakta, %63,1'i emeklidir (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular**

		Ort±Ss	Min-Max (Median)
<b>Yaş</b>		62.74±7.63	43-80 (63)
<b>Tanı Süresi (Gün)</b>		614.97±836.22	7-5040 (300)
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	18	17.5
	<b>Erkek</b>	85	82.5
<b>Medeni Durumu</b>	<b>Evli</b>	84	81.6
	<b>Bekar</b>	19	18.4
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>	<b>Evet</b>	96	93.2
	<b>Hayır</b>	7	6.8
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>	<b>1 Çocuk</b>	13	13.5
	<b>2 Çocuk</b>	27	28.1
	<b>3 Çocuk</b>	29	30.2
	<b>4 Çocuk ve üzeri</b>	27	28.1
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Okuryazar Değil</b>	7	6.8
	<b>Okuryazar</b>	9	8.7
	<b>İlköğretim</b>	53	51.5
	<b>Ortaöğretim</b>	11	10.7
	<b>Lise</b>	19	18.4
	<b>Yükseköğretim ve Üstü</b>	4	3.9
<b>Gelir Durumu</b>	<b>Gelir Giderden Fazla</b>	7	6.8
	<b>Gelir Gidere Eşit</b>	63	61.2
	<b>Gelir Giderden Az</b>	33	32.0

**Tablo 4.1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular-Devamı**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hastalığın ve Tedavinin Ekonomik Güçlük Yaşatma Durumu</b>	<b>Evet</b>	49	47.6
	<b>Hayır</b>	54	52.4
<b>Ekonomik Destek Alma Durumu</b>	<b>Evet</b>	24	23.3
	<b>Hayır</b>	79	76.7
<b>Çalışma Durumu</b>	<b>Evet</b>	12	11.7
	<b>Hayır</b>	91	88.3
<b>Meslek Grubu</b>	<b>Ev Hanımı</b>	10	9.7
	<b>Esnaf</b>	3	2.9
	<b>İşçi</b>	7	6.8
	<b>Memur</b>	18	17.4
	<b>Emekli</b>	65	63.1

Katılımcıların %39,8'inin hastalık evresi 4, %46,6'sı eşi ve çocuklarıyla yaşamakta, %46,6'sı hastalığın kendi bakımını etkilediğini ifade etmekte, %29,1'i eşinin hastalık sürecinde yardımcı olan kişi olduğunu belirtmekte, %85,4'ü sağlığını iyi değerlendirmekte, %61,2'si sağlık bilgi kaynaklarını düzenli takip etmekte, %89,2'si hekimlerden bilgi aldığını belirtmektedir (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2: Hastaların Hastalık Özellikleri ve Süreçlerine ilişkin Bulgular**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hastalık Evresi</b>	<b>Evre1</b>	9	8.7
	<b>Evre 2</b>	17	16.5
	<b>Evre3</b>	36	35.0
	<b>Evre4</b>	41	39.8
<b>Evde Yaşayan Kişiler</b>	<b>Yalnız</b>	10	9.7
	<b>Eş</b>	32	31.1
	<b>Eş ve Çocuklar</b>	48	46.6
	<b>Diğer*</b>	13	12.6
<b>Hastalığın Bakımı Etkileme Durumu</b>	<b>Evet</b>	48	46.6
	<b>Hayır</b>	55	53.4
<b>Hastalık Sürecinde Yardımcı Olan Kişiler</b>	<b>Hiç kimse</b>	24	23.3
	<b>Eş</b>	30	29.1
	<b>Çocuklar</b>	15	14.6
	<b>Eş ve Çocuklar</b>	29	28.2
	<b>Anne, Baba ve Kardeşler</b>	5	4.8
<b>Sağlığı Algılama Durumu</b>	<b>İyi</b>	88	85.4
	<b>Kötü</b>	15	14.6
<b>Sağlık Bilgi Kaynaklarını Düzenli Takip Etme Durumu</b>	<b>Evet</b>	63	61.2
	<b>Hayır</b>	40	38.8
<b>Sağlık Bilgi Kaynakları</b>	<b>Aile</b>	32	31.4
	<b>Televizyon</b>	10	9.8
	<b>Arkadaş</b>	1	1.0
	<b>İnternet</b>	39	38.2
	<b>Hekim</b>	91	89.2
	<b>Kitap-Broşür-Dergi</b>	2	2.0
	<b>Hemşire</b>	22	21.6

\*Akraba, Arkadaş

#### **4.2. Sağlık Okuryazarlık Ölçeği, Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeğine Dair Ölçüm Ortalamaları**

Katılımcıların, SOYÖ, ÖBGÖ, YK ölçeğine dair ölçüm ortalamaları tablo 4.3'te yer almaktadır. “Bilgiye Erişim” ortalaması 22,48±3,63, “Bilgileri Anlama” ortalaması 28,34±5,49, “Değer Biçme” ortalaması 36,92±4,16, “Uygulama kullanma” ortalaması 24,06±1,46, SOYÖ ortalaması 111,8±11,83 bulunmuştur. ÖBGÖ ortalaması 118,25±18,11, “Fonksiyonel Skala” ortalaması 75,8±16,84, “Semptom Skala” ortalaması 26,14±17,57, “Genel Yaşam Kalitesi” ortalaması 65,61±15,9 saptanmıştır (Tablo 4.3)

**Tablo 4.3: Sağlık Okuryazarlık Ölçeği, Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeğine Dair Bulgular**

	Ort±Ss	Min-Max Puan (Median)	Alnabilecek Min-Max Puan
<b>Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları</b>	<b>Bilgiye Erişim</b>	22.48±3.63	9-25 (24)
	<b>Bilgileri Anlama</b>	28.34±5.49	14-35 (30)
	<b>Değer Bıçme</b>	36.92±4.16	24-40 (39)
	<b>Uygulama Kullanma</b>	24.06±1.46	18-25 (25)
<b>Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği</b>	111.8±11.83	71-125 (114)	25-125
<b>Öz Bakım Gücü Ölçeği</b>	118.25±18.11	50-139 (24)	0-140
<b>Fonksiyonel Skala</b>	75.8±16.84	8,89-100 (80)	0-100
<b>Semptom Skala</b>	26.14±17.57	0-84.62 (23.08)	0-100
<b>Genel Yaşam Kalitesi</b>	65.61±15.9	16,67-100 (66.67)	0-100

#### 4.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Cinsiyete göre “*Bilgileri Anlama, Değer Bıçme, Uygulama Kullanma*” ve SOYÖ değerinde anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,001$ ). Çocuk sahibi olanların “*Uygulama Kullanma*” değerinin olmayanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Eğitim durumuna göre “*Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama, Değer Bıçme ve SOYÖ*” değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Ekonomik destek alma durumuna göre “*Uygulama Kullanma*” değeri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Diğer değişkenlerle SOYÖ ve alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.4).

Hastalık evresine göre SOYÖ değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,038$ ). Hastalığın kendi bakımını etkileme durumuna göre “*Uygulama Kullanma ve SOYÖ*” değerinde anlamlılık bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Sağlığı bilgi kaynaklarını takip etme durumuna göre “*Bilgileri Anlama, Değer Bıçme, Uygulama Kullanma ve SOYÖ*” değerinde anlamlılık bulunmuştur ( $p=0,001$ ) Diğer değişkenlerle SOYÖ ve alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.5).

**Tablo 4.4: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Karşılaştırılması**

		Bilgiye Erişim		Bilgileri Anlama		Değer Biçme		Uygulama Kullanma		Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği				
		Ort±Ss	p	Ort±Ss	p	Ort±Ss	p	Ort±Ss	p	Ort±Ss	p			
Cinsiyet	Kadın	21.39±4.62	0.379	25.83±6.15	0.049*	35.06±4.77	0.040*	23.33±1.91	0.028*	105.61±13.77	0.021*			
	Erkek	22.71±3.38		28.87±5.23		37.32±3.93		24.21±1.31		113.11±11.03				
Medeni Durum	Evlü	22.12±3.89	0.058	27.93±5.69	0.132	36.82±4.29	0.680	24.17±1.36	0.093	111.04±12.4	0.265			
	Bekar	24.05±1.39		30.16±4.11		37.37±3.55		23.58±1.8		115.16±8.3				
Çocuk Sahibi Olma	Evet	22,35±3.72	0.274	28.09±5.57	0.092	36.8±4.24	0.302	24.14±1.45	0.01*	111.39±12.11	0.312			
	Hayır	24.14±1.07		31.71±2.5		38.57±2.3		23±1.29		117.43±4.28				
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil <sup>a</sup>	20±5.63	0.013*	18.86±3.13	0.001*	30.29±5.47	0.025*	23.71±1.5	0.592	92.86±12.69	0.004*			
	Okuryazar <sup>b</sup>	20.89±3.82		29.11±5.99		37.11±4.78		24.78±0.44		111.89±12.7				
	İlköğretim <sup>c</sup>	22.09±3.84		a<e		27.98±5.29		a<f		37.04±3.93		a<f	23.98±1.63	111.09±11.68
	Ortaöğretim <sup>d</sup>	23.55±2.73		30.18±5.02		39.18±1.25		24.18±1.47		117.09±8.29				
	Lise <sup>e</sup>	24.26±1.37		31.11±2.73		37.58±3.25		24±1.29		116.95±6.49				
	Yükseköğretim ve Üstü <sup>f</sup>	24±1.41		29.75±4.35		37.25±2.22		24±1.41		115±5.35				
Gelir Durumu	Gelir giderden fazla	24.14±1.21	0.373	31.57±2.7	0.131	38.57±2.57	0.454	24.29±0.76	0.507	118.57±5.53	0.121			
	Gelir gidere eşit	22.52±3.83		28.56±5.51		36.78±4.4		24.22±1.33		112.08±12.18				
	Gelir giderden az	22.03±3.55		27.24±5.67		36.85±3.95		23.7±1.76		109.82±11.76				
Ekonomik Destek Alma Durumu	Evet	22.17±3.1	0.278	28.42±5.83	0.763	36.21±4.2	0.117	23.17±1.88	0.002*	109.96±12.19	0.335			
	Hayır	22.57±3.79		28.32±5.42		37.14±4.14		24.33±1.2		112.35±11.74				

Kruskall Wallis testi, Mann Whitney U testi \*p<0,05

**Tablo 4.5: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Hastaların Hastalık Özellikleri ile Karşılaştırılması**

		Bilgiye Erişim		Bilgileri Anlama		Değer Bıçme		Uygulama Kullanma		Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	
		Ort±Ss	P	Ort±Ss	P	Ort±Ss	P	Ort±Ss	P	Ort±Ss	P
Hastalık Evresi	Evre1 <sup>a</sup>	20.22±5.24	0.090	26.22±6.85	0.134	35.33±5.74	0.068	24.33±1.41	0.679	106.11±17.08	0.038* b>d
	Evre2 <sup>b</sup>	24.12±1.45		30.65±5.18		38.53±3.02		24.12±1.22		117.41±9.29	
	Evre3 <sup>c</sup>	22.11±4.1		27.89±5.66		37.25±4.29		24.25±1.16		111.5±12.26	
	Evre4 <sup>d</sup>	22.61±3.19		28.24±5.02		36.32±3.94		23.8±1.78		110.98±10.53	
Evde Yaşayan Kişiler	Yalnız	24±1.63	0.143	23.54±2.63	0.190	14±0	0.236	36.77±4.54	0.531	24.31±1.12	0.312
	Eş	22.5±3.69		31±3.83		26.92±5.71		25±0		24.04±1.55	
	Eş ve Çocuklar	22.13±3.59		28.66±5.01		37±3.4		35.85±4.56		23±0	
	Diğer	9±0		28.26±5.65		37.94±2.94		23.7±2.16		23.85±1.34	
Hastalığın Bakımı Etkileme Durumu	Evet	22.17±3.43	0.147	27.46±5.49	0.092	36.33±4.13	0.034*	23.67±1.75	0.027*	109.63±10.93	0.013*
	Hayır	22.75±3.81		29.11±5.42		37.44±4.14		24.4±1.05		113.69±12.35	
Sağlığı Algılama Durumu	İyi	22.55±3.58	0.973	28.66±5.5	0.078	37.19±3.96	0.160	24.19±1.29	0.109	112.59±11.55	0.099
	Kötü	22.07±4.03		26.47±5.24		35.33±5.01		23.27±2.09		107.13±12.74	
Sağlık Bilgi Kaynaklarını Düzenli Takip Etme Durumu	Evet	23.19±2.76	0.061	29.41±5.11	0.009*	37.65±3.47	0.024*	24.24±1.27	0.177	114.49±9.16	0.019*
	Hayır	21.35±4.5		26.65±5.7		35.78±4.88		23.78±1.7		107.55±14.23	

Kruskall Wallis testi, Mann Whitney U testi, \*p<0,05

**Tablo 4.6: Bağımsız Değişkenler ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları**

		Multivariable				
Model	Değişkenler	B	S.Hata	Standart (B)	t	p
1	Cinsiyet	1.675	2.859	0.054	0.586	0.559
	Eğitim Durumu-Okuryazar değil	-18.021	4.303	-0.385	-4.188	<b>0.001*</b>
	Hastalık Evresi- Evre 2	6.581	2.695	0.208	2.442	<b>0.001*</b>
<b>F=10.280, R=0.544, R2=0.296, *p&lt;0,05</b>						

Tablo 4.6 değerlendirildiğinde, bağımsız değişkenlerin SOYÖ üzerinde ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilen çoklu doğrusal regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. (F=10,280; p<0,001). Modelde yer alan bağımsız değişkenlerin sağlık okuryazarlığı toplam varyansın %29,6'sını açıklamaktadır (p<0,01). Regresyon katsayıları incelendiğinde, hastalık evresi 2 ( $\beta=0,208$ , p<0,001) SOYÖ üzerinde pozitif; eğitim durumu okuryazar olmayanlar ( $\beta=-0,385$ , p<0,001) negatif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Sonuç olarak; hastalık evresi 2 olanların sağlık okuryazarlığının diğer evrelere göre yüksek olduğu görülmüştür. Eğitim durumu okuryazar olmayan grubunun sağlık okuryazarlık değerinin diğer gruplara göre düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.6).

#### **4.4. Öz Bakım Gücü Ölçeğinin Hastaların Sosyodemografik Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular**

Cinsiyete göre ÖBGÖ değerinde anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Ekonomik destek alma durumuna göre ÖBGÖ değeri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Diğer değişkenlerle ÖBGÖ arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7: Öz Bakım Gücü Ölçeğinin Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Karşılaştırılması**

		Özbakım Gücü Ölçeği	
		Ort±Ss	p
Cinsiyet	Kadın	110,17±20.02	<b>0.038*</b>
	Erkek	119.96±17.32	
Medeni Durum	Evli	119.27±17.53	0.150
	Bekar	113.74±20.37	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	118.5±18.48	0.167
	Hayır	114.86±12.32	
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	107.29±21.04	0.057
	Okuryazar	128.22±5.7	
	İlköğretim	119.42±15.65	
	Ortaöğretim	126.64±7.74	
	Lise	110.95±25.47	
	Yükseköğretim ve Üstü	111.25±23.98	
Gelir Durumu	Gelir giderden fazla	113.71±29	0.274
	Gelir gidere eşit	120.14±17.23	
	Gelir giderden az	115.61±17.12	
Ekonomik Destek Alma Durumu	Evet	113.33±16.4	<b>0.028*</b>
	Hayır	119.75±18.43	

Kruskall Wallis Testi, Mann Whitney U testi \*p<0,05

Öz Bakım Gücü Ölçeği ile hastalığın bakımı etkileme durumu, hastalık sürecinde yardımcı olan kişiler ve sağlığı algılama durumu arasında anlamlılık bulunmuştur (p<0,05). Diğer değişkenlerle ÖBGÖ arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.8).

**Tablo 4.8: Öz Bakım Gücü Ölçeğinin Hastaların Hastalık Özellikleri ile Karşılaştırılması**

		Öz Bakım Gücü Ölçeği	
		Ort±Ss	p
Hastalık Evresi	Evre1 <sup>a</sup>	118.67±12.51	0.088
	Evre2 <sup>b</sup>	127.82±7.84	
	Evre3 <sup>c</sup>	118.58±16.84	
	Evre4 <sup>d</sup>	113.9±21.76	
Evde Yaşayan Kişiler	Yalnız	26.58±17.83	0.327
	Eş	38.46±0	
	Eş ve Çocuklar	34.12±22.7	
	Diğer	64.17±14.72	
Hastalığın Bakımı Etkileme Durumu	Evet	113.08±19.88	0.001*
	Hayır	122.76±15.19	
Hastalık Sürecinde Yardımcı Olan Kişiler	Hiç kimse <sup>a</sup>	54.7±20.88	0.001*
	Eş <sup>b</sup>	30.77±10.88	
	Çocuklar <sup>c</sup>	68.75±16.16	
	Eş ve Çocuklar <sup>d</sup>	66.94±14.26	
	Anne, Baba ve Kardeşler <sup>e</sup>	65.56±14.39	
Sağlığı Algılama Durumu	İyi	120.97±15.24	0.001*
	Kötü	102.33±25.04	
Sağlık Bilgi Kaynaklarını Düzenli Takip Etme Durumu	Evet	119.83±17.12	0.383
	Hayır	115.78±19.53	

Kruskall Wallis Testi, Mann Whitney U testi, \*p<0,05

Tablo 4.9 değerlendirildiğinde, bağımsız değişkenlerin ÖBGÖ üzerindeki etkiyi ortaya koymak için gerçekleştirilen çoklu doğrusal regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=8,412; p<0,001). Modelde mevcut bağımsız değişkenlerin öz bakım gücü toplam varyansın %20,3'ünü açıklamaktadır (p<0,01). Regresyon katsayıları değerlendirildiğinde sağlık algılama hali iyi olan ( $\beta=0,330$ , p<0,001) değişkenin ÖBGÖ üzerinde olumlu ve anlamlı bir etkiye hâkim olduğu görülmektedir. Sonuç olarak; sağlığını iyi olarak algılananların öz bakım gücünün yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9:Bağımsız Değişkenler ile Öz Bakım Gücü Ölçeği için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları**

		Multivariable				
Model	Değişkenler	B	S.Hata	Standart (B)	t	p
1	Cinsiyet	7.762	4.332	0.164	1.792	0.076
	Hastalığın Bakımı Etkileme Durumu	6.608	3.343	0.183	1.977	0.055
	Sağlığı Algılama Durumu	16.851	4.648	0.33	3.626	<b>0.001*</b>
<b>F=8.412, R=0.451, R2=0.203, * p&lt;0.05</b>						

#### **4.5. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular**

Fonksiyonel Skala ile cinsiyet, hastalığın ve tedavinin ekonomik güçlük yaşatma, ekonomik destek alma ve çalışma durumu arasında anlamlılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Semptom Skalası ile hastalığın ve tedavinin ekonomik güçlük yaşama ve çalışma durumu arasında anlamlılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Genel Yaşam Kalitesi ile hastalığın ve tedavinin ekonomik güçlük yaşama ve ekonomik destek alma arasında anlamlılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Diğer değişkenlerle Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10: EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Karşılaştırılması**

		Fonksiyonel Skala		Semptom Skala		Genel Yaşam Kalitesi	
		Ort±Ss	P	Ort±Ss	P	Ort±Ss	P
Cinsiyet	Kadın	69.51±13,63	<b>0.021*</b>	33.05±19.23	0.084	62.04±16.72	0.312
	Erkek	77.13±17,21		24.68±16.96		66.37±15.72	
Medeni Durum	Evli	75.33±17,48	0.727	26.04±17.77	0.939	65.87±15.66	0.678
	Bekar	77.89±13,83		26.59±17.12		64.47±17.31	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	75.75±17,12	0.922	26.02±17.28	0.948	66.23±16.01	0.121
	Hayır	76.51±13,26		27.84±22.71		57.14±12.2	
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	66.98±11,29	0.325	31.5±15.51	0.560	58.33±10.76	0.382
	Okuryazar	78.27±8,87		23.5±7.25		69.44±15.02	
	İlköğretim	74.97±19		28,17±19.31		67.3±15.66	
	Ortaöğretim	77.45±8,49		19.19±13.68		68.94±11.24	
	Lise	76.84±18,8		23.75±19.49		60.09±18.96	
	Yükseköğretim ve Üstü	87.22±12,22		26.28±11.73		64.58±21.92	
Gelir Durumu	Gelir giderden fazla	74.58±25,66	0.028*	24.54±27.57	0.121	75±30.81	0.105
	Geliri gidere eşit	79.59±13,35		23.33±14.49		66.53±13.68	
	Gelir giderden az	68.82±18,87		31.84±19.62		61.87±15.17	
Hastalığın ve Tedavinin Ekonomik Güçlük Yaşatma Durumu	Evet	71.25±18,18	<b>0.011*</b>	30.5±19.21	<b>0.033*</b>	61.22±16.54	<b>0.003**</b>
	Hayır	79.93±14,49		22.19±15.05		69.6±14.31	
Ekonomik Destek Alma Durumu	Evet	71.3±13.56	<b>0.04*</b>	30.5±15.67	0.071	60.76±13.34	<b>0.036*</b>
	Hayır	77.17±17.56		24.82±17.99		67.09±16.39	
Çalışma Durumu	Evet	84.62±14.95	<b>0.031*</b>	18.16±16.42	<b>0.035*</b>	71.53±24.48	0.141
	Hayır	74.64±16.8		27.19±17.53		64.84±14.42	

Kruskall Wallis Testi, Mann Whitney U testi, \*p<0,05

Fonksiyonel Skala ile hastalığın bakımı etkileme, hastalık sürecinde yardımcı olan kişiler ve sağlığı algılama durumu arasında anlamlılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Semptom Skalası ile hastalığın bakımı etkileme, hastalık sürecinde yardımcı olan kişiler ve sağlığı algılama durumu arasında anlamlılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Genel Yaşam Kalitesi ile hastalığın bakımı etkileme ve sağlığı algılama durumu arasında anlamlılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Diğer değişkenlerle Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.11).



**Tablo 4.11: EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Hastaların Hastalık Özellikleri ile Karşılaştırılması**

		Fonksiyonel Skala		Semptom Skala		Genel Yaşam Kalitesi	
		Ort±Ss	p	Ort±Ss	p	Ort±Ss	p
<b>Hastalık Evresi</b>	<b>Evre1<sup>a</sup></b>	79.51±10.53	0.055	16.9±11.49	0.211	75.93±8.78	0.093
	<b>Evre2<sup>b</sup></b>	83.27±16.12		25.79±21.09		68.63±15.74	
	<b>Evre3<sup>c</sup></b>	75.82±17.25		26.07±18.69		63.66±16.45	
	<b>Evre4<sup>d</sup></b>	71.87±17.14		28.38±15.91		63.82±16.1	
<b>Evde Yaşayan Kişiler</b>	<b>Yalnız</b>	115.7±9.24	0.662	110.15±11.36	0.573	66.67±0	0.965
	<b>Eş</b>	113.41±9.21		81.54±13.27		70.6±22.37	
	<b>Eş ve Çocuklar</b>	111.19±12.66		76.41±17.13		21.79±11.73	
	<b>Diğer</b>	71±0		75.79±15.78		23.22±16.05	
<b>Hastalığın Bakımı Etkileme Durumu</b>	<b>Evet</b>	66.54±16.94	0.001*	34.83±19.24	0.001*	61.63±16.64	0.001*
	<b>Hayır</b>	83.88±11.97		18.56±11.64		69.09±14.49	
<b>Hastalık Sürecinde Yardımcı Olan Kişiler</b>	<b>Hiç kimse<sup>a</sup></b>	113.07±10.99	0.001*	88.14±8.4	0.001*	67.78±4.71	0.412
	<b>Eş<sup>b</sup></b>	111.07±10.19		74.1±16.26		13.7±8.04	
	<b>Çocuklar<sup>c</sup></b>	108.52±12.65		74.22±22.8		26.18±18.83	
	<b>Eş ve Çocuklar<sup>d</sup></b>	108.67±19.66		69.66±16.27		28.89±16.37	
	<b>Anne, Baba ve Kardeşler<sup>e</sup></b>	113±1.41		66.67±7.7		31.7±16.65	
<b>Sağlığı Algılama Durumu</b>	<b>İyi</b>	78.16±14.8	0.001*	24.47±17.42	0.001*	68.09±14.42	0.001*
	<b>Kötü</b>	61.93±21.49		35.95±15.59		51.11±16.92	
<b>Sağlık Bilgi Kaynaklarının Düzenli Takip Etme Durumu</b>	<b>Evet</b>	77.61±13.75	0.466	24.77±16.41	0.509	65.21±15.3	0.789
	<b>Hayır</b>	72.94±20.67		28.31±19.27		66.25±16.98	

Kruskall Wallis Testi, Mann Whitney U testi, \*p<0,05

Tablo 4.12 değerlendirildiğinde, bağımsız değişkenlerin Fonksiyonel Skala üzerindeki etkisini ortaya koymak için gerçekleştirilen çoklu doğrusal regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=8,820$ ;  $p<0,001$ ). Modelde yer alan bağımsız değişkenlerin fonksiyonel skala toplam varyansın %39,4'ünü açıklamaktadır ( $p<0,01$ ). Regresyon katsayıları değerlendirildiğinde hastalığın bakımı etkileme durumu ( $\beta=0,385$ ,  $p<0,001$ ) ve sağlık algılama durumu ( $\beta=0,217$ ,  $p<0,001$ ) değişkenleri Fonksiyonel Skala üzerinde olumlu ve anlamlı bir etki yarattığı görülmektedir. Sonuç olarak; hastalığın bakımını etkilemediğini ifade edenlerin ve sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin Fonksiyonel Skala değerinin yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.12).

**Tablo 4.12:Bağımsız Değişkenler ile Fonksiyonel Skala için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları**

Model	Değişkenler	Multivariable				
		B	S.Hata	Standart (B)	t	p
	Hastalığın Bakımı Etkileme Durumu	12.925	3.152	0.385	4.101	<b>0.001*</b>
	Sağlığı Algılama Durumu	10.314	4.151	0.217	-2.485	<b>0.001*</b>
	Hastalık Sürecinde Yardımcı Olan Kişiler-Hiç kimse	7.2	3.764	0.182	1.913	0.059
	Hastalık Sürecinde Yardımcı Olan Kişiler -Eş ve Çocuk	-1.656	3.227	-0.044	-0.513	0.609
<b>F=8.820, R=0.628, R2=0.394, *p&lt;0.05</b>						

Tablo 4.13 analiz edildiğinde, bağımsız değişkenlerin Semptom Skalası üzerinde etkisini ortaya koymak için gerçekleştirilen çoklu doğrusal regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=7,435$ ;  $p<0,001$ ). Modelde yer alan bağımsız değişkenler Semptom Skalasının toplam varyansın %31,7'sini açıklamaktadır ( $p<0,01$ ). Regresyon katsayıları değerlendirildiğinde hastalığın bakımı sürdürme durumu ( $\beta=0,303$ ,  $p<0,001$ ) ve hastalıkta yardım eden kişi-anne baba ve kardeş ( $\beta=0,202$ ,  $p<0,001$ ) değişkenlerinin Semptom Skalası üzerinde olumlu ve anlamlı bir etkiye hâkim olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak; hastalığın bakımı sürdürmeyi etkileyenlerin ve hastalıkta nedeniyle yardım alan (anne, baba ve kardeş) kişilerin Semptom Skalası değerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.13).

**Tablo 4.13: Bağımsız Değişkenler ile Semptom Skala için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları**

Model	Değişkenler	Multivariable				
		B	S.Hata	Standart (B)	t	p
	Hastalığın Bakımı Etkileme Durumu	10.614	3.474	0.303	3.055	<b>0.001**</b>
	Sağlığı Algılama Durumu	8.194	4.481	0.165	1.829	0.071
	Hastalıkta Yardım Eden Kişi-Hiç kimse	-7.408	4.172	-0.179	-1.775	0.079
	Hastalıkta Yardım Eden Kişi-Eş ve Çocuk	2.94	3.624	0.076	0.811	0.419
	Hastalıkta Yardım Eden Kişi-Anne, Baba ve Kardeş	16.473	7.15	0.202	2.304	<b>0.001**</b>
<b>F=7.435, R=0.563, R2=0.317, *p&lt;0.05</b>						

Tablo 4.14 analiz edildiğinde, bağımsız değişkenlerin Genel Yaşam Kalitesi üzerindeki etkiyi ortaya koymak için gerçekleştirilen çoklu doğrusal regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilmiştir (F=7,477; p<0,001). Modelde yer alan bağımsız değişkenlerin Genel Yaşam Kalitesi toplam varyansın %18,5'ini açıklamaktadır (p<0,01). Regresyon katsayıları değerlendirildiğinde sağlığı algılama durumu ( $\beta=0,317$ , p<0,001) değişkenin Yaşam Kalitesi üzerinde olumlu ve anlamlı bir etkiye hakim olduğu görülmektedir. Sonuca bakıldığında; sağlığını iyi olarak algılayanların Genel Yaşam Kalitesinin yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.14).

**Tablo 4.14: Bağımsız Değişkenler ile Genel Yaşam Kalitesi için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları**

Model	Değişkenler	Multivariable				
		B	S.Hata	Standart (B)	t	p
1	Hastalığın Bakımı Etkileme Durumu	4.624	3.044	0.146	1.519	0.132
	Sağlığı Algılama Durumu	14.216	4.312	0.317	3.296	<b>0.001*</b>
<b>F=7.477, R=0.430, R2=0.185, *p&lt;0.05</b>						

#### **4.6. Yaş, Tanı Konulma Süresi, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Öz Bakım Gücü Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular**

Yaş ile Bilgiye Erişim ( $r=-,272$ ,  $p<0,01$ ), Bilgileri Anlama ( $r=-,195$ ,  $p<0,05$ ) ve SOYÖ ( $r=-,216$ ,  $p<0,05$ ) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır (Tablo 4.15).

Bilgiye erişim ile ÖBGÖ ( $r=,238$ ,  $p<0,05$ ) arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.15).

Bilgileri anlama ile ÖBGÖ ( $r=,329$ ,  $p<0,01$ ), Fonksiyonel Skala ( $r=,266$ ,  $p<0,01$ ), Genel Yaşam Kalitesi ( $r=,221$ ,  $p<0,05$ ) arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.15).

Değer biçme ile ÖBGÖ ( $r=,522$ ,  $p<0,01$ ), Fonksiyonel Skala ( $r=,306$ ,  $p<0,01$ ) ve Genel Yaşam Kalitesi ( $r=,301$ ,  $p<0,01$ ) arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Değer Biçme ile Semptom Skala ( $r=-,368$ ,  $p<0,01$ ) arasında olumsuz yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.15).

Uygulama Kullanma ile ÖBGÖ ( $r=,435$ ,  $p<0,01$ ), Fonksiyonel Skala ( $r=,374$ ,  $p<0,01$ ) ve Genel Yaşam Kalitesi ( $r=,340$ ,  $p<0,01$ ) arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Uygulama kullanma ile Semptom Skalası ( $r=-,344$ ,  $p<0,01$ ) arasında olumsuz yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.15).

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile ÖBGÖ ( $r=,461$ ,  $p<0,01$ ), Fonksiyonel Skala ( $r=,342$ ,  $p<0,01$ ) ve Genel Yaşam Kalitesi ( $r=,307$ ,  $p<0,01$ ) arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. SOYÖ ile Semptom Skalası ( $r=-,296$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif

yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.15).

Fonksiyonel skala ile ÖBGÖ ( $r=,440$ ,  $p<0,01$ ) arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.15).

Semptom skalası ile ÖBGÖ ( $r=-,411$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.15).

Genel yaşam kalitesi ile ÖBGÖ ( $r=,381$ ,  $p<0,01$ ) arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.15).



**Tablo 4.15: Yaş, Tanı Konulma Süresi, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Öz Bakım Gücü Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Korelasyon Analizi**

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Yaş	r	1										
	p	.										
2. Tanı Konulma Süresi (Gün)	r	-0.083	1									
	p	.405	.									
3. Bilgiye Erişim	r	-.272*	0.007	1								
	p	.005	.944	.								
4. Bilgileri Anlama	r	-.195*	.062	.504*	1							
	p	.049	.533	.000	.							
5. Değer Bıçme	r	-0.13	0.033	.442*	.568*	1						
	p	.192	.744	.000	.000	.						
6. Uygulama Kullanma	r	0.119	-0.102	0.178	0.179	0.192	1					
	p	.229	.303	.072	.071	.052	.					
7. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	r	-.216*	.038	.672*	.919*	.749*	.312*	1				
	p	0.028	.703	.000	.000	.000	.001	.				
8. Öz Bakım Gücü Ölçeği	r	-.030	-0.149	.238*	.329*	.522*	.435*	.461*	1			
	p	.762	.133	.015	.001	0	.000	.000	.			
9. Fonksiyonel Skala	r	.032	0	0.167	.266*	.306*	.374*	.342*	.440*	1		
	p	.746	0.183	.093	.007	.002	.000	.000	.000	.		
10. Semptom Skala	r	0.049	0.099	0	-0.184	-.368*	-.344*	-.296*	-.411*	-.710*	1	
	p	.620	.321	0.169	.063	.000	.000	.002	.000	.000	.	
11. Genel Yaşam Kalitesi	r	0.012	-0.06	0.127	.221*	.301*	.340*	.307*	.381*	.409*	-.458*	1
	p	.901	.544	.201	0.025	.002	.000	.002	.000	.000	.000	.

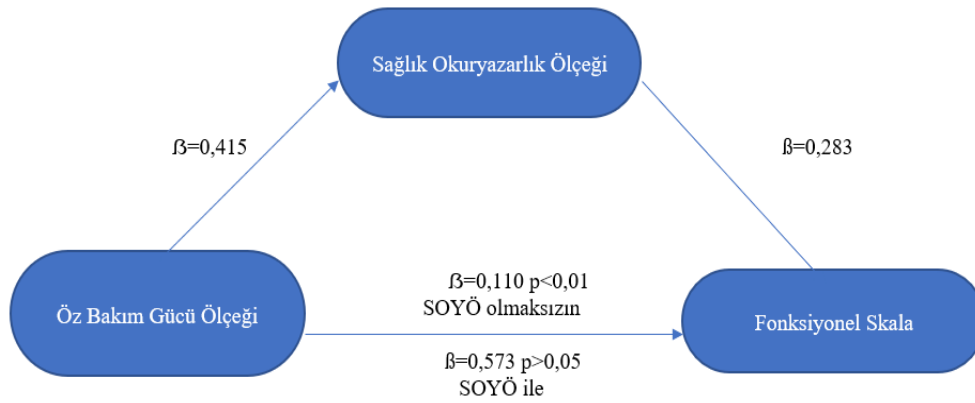
Spearman's \*p<0,05

#### 4.7. Öz Bakım Gücü Ölçeğinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarına Etkisinde Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin Aracı Rolüne İlişkin Bulgular

Öz bakım gücünün Fonksiyonel Skala üzerine etkisi ve bu etkide SOYÖ'nün aracı rolünü ortaya koymak için SPSS PROCESS makro 4 Model kullanılmıştır. Şekil 4.1'de görülen analiz sonuçlarının ayrıntısı Tablo 4.16'da sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre hem öz bakım gücü ( $\beta=0,463$ ) hem de sağlık okuryazarlığı ( $\beta=0,283$ ) Fonksiyonel Skalayı pozitif olarak etkilemektedir. Bir diğer bulguya göre, ÖBGÖ Fonksiyonel Skalaya olan etkisinde sağlık okuryazarlığı aracı rol oynamaktadır ( $\beta=0,110$ ) ve sağlık okuryazarlığı Fonksiyonel Skalaya olan pozitif etkisini güçlendirmektedir ( $\beta=0,573$ ). Bu iki değişkenin Fonksiyonel Skala açıklamadaki yordayıcı etkisi %47,4 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.16).

**Tablo 4.16: Öz Bakım Gücü, Sağlık Okuryazarlığı ve Fonksiyonel Skala Direkt ve İndirekt Etkiler**

Değişkenler	Direkt Etki	İndirek Etki	Toplam Etki	LLCI	ULCI	t	P
Öz Bakım Gücü Ölçeği	0.463	0.110	0.573	1.435	0.478	2.572	<b>0.001*</b>
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	0.283			1.254	0.353	1.462	<b>0.001*</b>

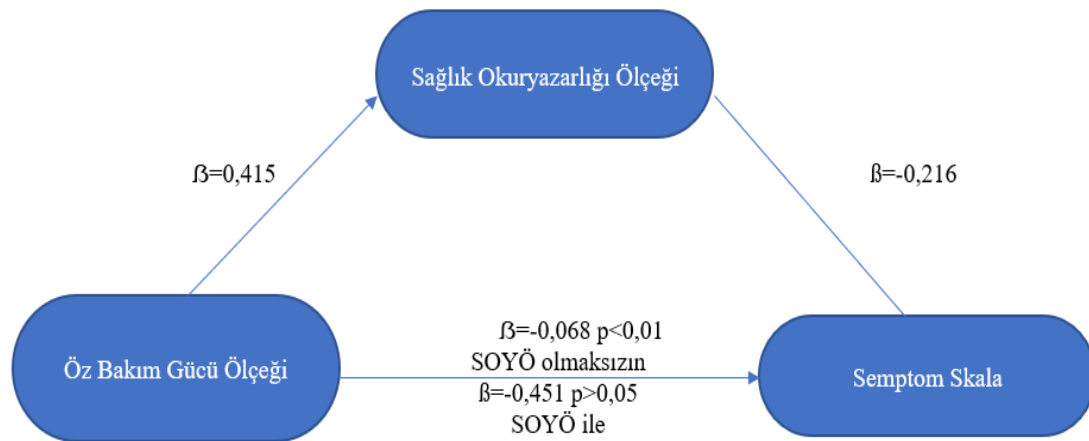


**Şekil 4.1: Araştırma Modeli**

Öz bakım gücünün Semptom Skalası üzerine etkisi ve bu etkide sağlık okuryazarlığının aracı rolünü ortaya koymak için SPSS PROCESS makro 4 Model kullanılmıştır. Şekil 4.2’de görülen analiz sonuçlarının ayrıntısı Tablo 4.17’te sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre hem öz bakım gücü ( $\beta=-0,383$ ) hem de sağlık okuryazarlığı ( $\beta=-0,216$ ) Semptom Skalasını negatif olarak etkilemektedir. Bir diğer bulguya göre, öz bakım gücünün Semptom Skalasına olan etkisinde sağlık okuryazarlığı aracı rol oynamaktadır ( $\beta=-0,068$ ) ve sağlık okuryazarlığı Semptom Skalasına olan negatif etkisiyi güçlendirmektedir ( $\beta = -0,451$ ). Bu iki değişkenin yaşam kalitesini açıklamadaki yordayıcı etkisi %38,8 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.17).

**Tablo 4.17: Öz Bakım Gücü Ölçeği, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Semptom Skalası Direkt ve İndirekt Etkiler**

Değişkenler	Direkt Etki	İndirekt Etki	Toplam Etki	LLCI	ULCI	t	p
Öz Bakım Gücü Ölçeği	-0.383	-0.068	-0.451	0.925	1.278	2.597	<b>0.001*</b>
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	-0.216			1.458	0.559	1.462	<b>0.001*</b>

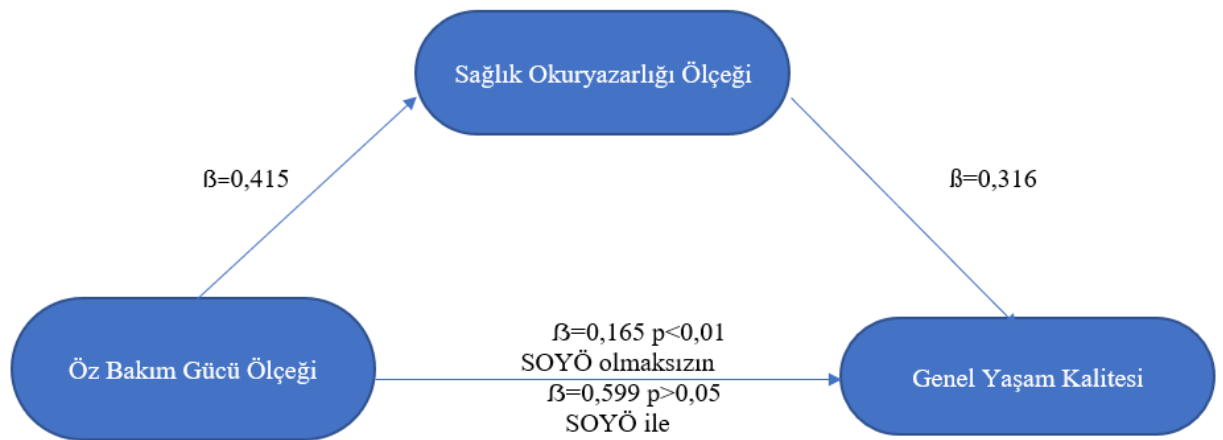


**Şekil 4.2: Araştırma Modeli**

Öz bakım gücünün Genel Yaşam Kalitesi üzerine etkisi ve bu etkide sağlık okuryazarlığının aracı rolünü ortaya koymak için SPSS PROCESS makro 4 Model kullanılmıştır. Şekil 4.3'te görülen analiz sonuçlarının ayrıntısı Tablo 4.18'de sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre hem öz bakım gücü ( $\beta=0,434$ ) hem de sağlık okuryazarlığı ( $\beta=0,316$ ) Genel Yaşam Kalitesini pozitif olarak etkilemektedir. Bir diğer bulguya göre, öz bakım gücünün Genel Yaşam Kalitesine olan etkisinde sağlık okuryazarlığı aracı rol oynamaktadır ( $\beta=0,165$ ) ve sağlık okuryazarlığı Genel Yaşam Kalitesine olan pozitif etkisini güçlendirmektedir ( $\beta =0,599$ ). Bu iki değişkenin Genel Yaşam Kalitesini açıklamadaki yordayıcı etkisi %45,9 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.18).

**Tablo 4.18: Öz Bakım Gücü Ölçeği, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Genel Yaşam Kalitesi Direkt ve İndirekt Etkiler**

Değişkenler	Direkt Etki	İndirek Etki	Toplam Etki	LLCI	ULCI	t	p
Öz Bakım Gücü Ölçeği	0.434	0.165	0.599	1.352	1.728	2.945	<b>0.001*</b>
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	0.316			1.832	0.925	1.754	<b>0.001*</b>



**Şekil 4. 3: Araştırma Modeli**

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Kemoterapi uygulanan hastalarda sağlık okuryazarlığı, öz bakımı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bu çalışma sonuçları ilgili literatür kapsamında tartışılmıştır.

Hastaların sağlık okuryazarlık düzeyleri yeterli ve çok iyi olduğu ve en yüksek puanı “Bilgiye Erişim” den elde ettikleri görülmüştür. Okyay ve Abacıgil’in yapmış olduğu çalışmaya katılanların sağlık okuryazarlığı düzeyi %13,1’inin yeterli olmayan düzeyde, %39,6’sının *problemlili*, %32,9’unun *yeterli*, %14,5’inin *üst* düzeyde olduğu görülmüştür. Yapılan farklı çalışmalarda da kanser hastalarında sağlık okuryazarlık düzeyleri yüksek (yeterli ve çok iyi olduğu) bulunmuştur (Bol vd., 2018; Smith vd., 2020; Turkoglu vd., 2018). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan baş boyun kanseri hastalarının, sağlığa yönelik davranış, hayata olumlu ve aktif katılım, kendini izleme ve içgörü, yapıcı tutum ve yaklaşımlar ile beceriler ve teknik edinme alanlarında anlamlı daha düşük davranışları düzeyleri bildirilmiştir (Papadakos vd., 2022). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklarıyla ilgili karar verebilmeleri için sahip oldukları sağlık bilgileri ve hizmetlerini kullanma ve anlama becerisine haiz olmaktır. Yetişkinlerin (18-44 yaş arası) kanser hakkında bilinçli kararlar vermesi için de temel bir unsurdur. Düşük sağlık okuryazarlığı, kanserle ilgili eşitsizliklerde sağlığın sosyal belirleyicilerinden biridir (Simmons vd., 2017). Bu çalışmada hastalık evresi 2 olanların sağlık okuryazarlığının diğer evrelere göre yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu okuryazar olmayan grubunun sağlık okuryazarlık değerinin diğer gruplara göre düşük olduğu görülmüştür. Bir başka çalışmada kanser sağlık okuryazarlığının eğitim ve hane geliri ile anlamlı pozitif ilişkisi olduğu ortaya konulmuştur (Kanu vd., 2021). Sağlığı kötü olarak değerlendirilen katılımcıların %91,7’sinin sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz ya da problemlili olduğu değerlendirilirken, sağlığı mükemmel olarak değerlendiren katılımcıların %23,3’ünün sağlık okuryazarlık düzeyi sorunlu olduğu görülmüştür (Okyay ve Abacıgil 2016). Yeni teşhis edilen meme kanseri hastaları üzerinde yapılan (n= 1060) çalışmada, daha düşük

sağlık okuryazarlığına sahip katılımcıların karşılanmamış bilgi ihtiyaçları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Halbach vd., 2016). Yapılan farklı çalışmada da, daha düşük eğitim seviyeleri ile yetersiz sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı düzeyde ilişki belirlenmiştir (Turkoglu vd., 2018). Kanser teşhisi konan hastalar birçok zorlukla karşı karşıyadır ve bakımlarıyla ilgili bilinçli kararlar verebilmek için teşhislerini ve önerilen tedavileri iyi anlamaları gerekmektedir (Holden vd., 2021). Hastalara ihtiyaç duydukları bilgi verilmediğinde ya da anlayabilecekleri şekilde verilmediğinde daha büyük bir korku yaşamaktadırlar: 42 yaşında hematopoietik kök hücre nakli yapılan sanayi işçisinin ifade ettiği gibi *“Korktuğumuz şeylerin çoğu anlamadığımız şeylerdir”* (Cohen vd., 2013). Sağlık okuryazarlığı bunda önemli bir rol oynamaktadır ve düşük sağlık okuryazarlığı daha kötü sonuçlarla ilişkilendirilmektedir. Kanserli hastaların tanı ve tedavilerine ilişkin karmaşık bilgileri anlaması beklenmektedir. Hastalar yeni bir sağlık terminolojisi dilini öğrenmeli, tedavi ve prosedürler için onay vermeli, randevularına doğru zamanda ve yerde gelmeli ve uygun şekilde ve zamanında yardım aramalıdır. Sağlık okuryazarlığı bu sürecin ayrılmaz bir parçasıdır (Holden vd., 2021).

Çalışmada hastaların öz bakımlarının ortalamanın üstünde olduğu saptanmıştır. Bae ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmada lenf ödemli onkoloji hastalarının öz bakımları ortalamanın üstünde bulunmuştur (Bae vd., 2017). Yapılan farklı çalışmalarda da hastaların öz bakımlarının iyi olduğu bildirilmiştir (Goudarzian vd., 2019; Küçükaya ve Erçel, 2019). Öz bakım, bilgi ve eylem arasındaki bağlantıdır ve belirli davranışları gerçekleştirme yetenekleri hakkındaki inançlarla ilgilidir. Kemoterapi sonrasında kanser hastaları öz bakımlarını olumsuz yönde etkileyebilecek birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır (Masmooi vd., 2022). Ayrıca bu çalışmada, sağlığını iyi olarak algılananların öz bakımlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Kanserde öz bakım önemli bir kavramdır. Öz bakım yaklaşımının semptomların kontrolünde etkin ve verimli olduğu bildirilmektedir. Öz bakım odaklı yaklaşım semptom kontrolünün yararları arasında sağlık durumunda iyileşmeyi, hastaneye yatışta azalmayı, ağrı ve semptom sıkıntısında azalmayı, ağrı üzerinde kontrol hissini ve bilgide iyileşmeye bağlı hastaların sağlık profesyonelleriyle daha etkili iletişim kurmasını sağlamaktadır (Johnston vd., 2012).

Hastaların yaşam kalitesi orta düzeyde bulunmuştur. Çalışkan ve ark.’ın (2015) ve Sayılan ve Doğan’ın (2020) yapmış oldukları çalışmaya dahil olan hastaların yaşam kaliteleri de

orta düzeyde bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da olduğu gibi Randa ve arkadaşlarının (2019) ve Kutlutürkan ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları çalışmalarda fonksiyonel durumun alt boyutlarında yaşam kalitesinin yüksek olduğu saptanmıştır. Hastalığın bakımını etkilemediğini ifade edenlerin ve sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin Fonksiyonel Skala değerinin yüksek olduğu görülmüştür. Hastalığın bakımı sürdürmeyi etkileyenlerin ve hastalıkta nedeniyle yardım alan (anne, baba ve kardeş) kişilerin Semptom Skalası değerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlığını iyi olarak algılananların Genel Yaşam Kalitesinin yüksek olduğu görülmüştür. Meme kanserli hastaların sosyodemografik özelliklerin yaşam kalitesine etkisine bakıldığında, yaş, mesleki durum, eğitim durumu, ekonomik durum ve aile türünün önemli bir değişken olduğu belirlenmiştir (Gülcivan ve Topçu, 2017). Özgün ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu çalışmada genel sağlık durum puanları orta düzeyde olduğu, fonksiyonel sağlık durumunun daha iyi bir seviyede olduğu tespit edilmiştir (Özgün vd., 2020).

Öz bakım gücü ve sağlık okuryazarlığı, fonksiyonel durum ile genel yaşam kalitesini pozitif olarak etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı, öz bakım gücünün fonksiyonel duruma ve genel yaşam kalitesine olan etkisini artırmada aracı bir rol oynamakta ve bu pozitif etkiyi güçlendirmektedir. Aynı zamanda, öz bakım gücü ve sağlık okuryazarlığı, yaşanan semptom düzeyini negatif etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı, öz bakım gücünün yaşanan semptomlardaki etkisinde aracı bir rol üstlenirken, yaşanan semptomların etkisini daha da azalmaktadır. Yapılan bir çalışmada fonksiyonel sağlık okuryazarlığının yalnızca hastalıkla ilişkili yaşam kalitesinin yordayıcısı olduğu ve öz bakım davranışları en büyük etkiyi yarattığı ortaya koyulmuştur (Lee, 2018). Yapılan farklı bir çalışmada da meme kanseri tanısı alan hastaların sağlık okuryazarlığı artarsa öz bakımlarının artacağı belirtilmiştir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, meme kanseri hastalarında öz bakım becerilerinin artırılmasına, dolayısıyla bu hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır. Sağlık okuryazarlığı, sağlık personelinin bu hastalığın yönetimini ve liderliğini kolaylaştırma ve aynı zamanda sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini artırmada temel stratejilerden birisi olması gerekmektedir (Ahmadzadeh vd., 2021). Shams ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, kemoterapi alan hastalarda gelişen yan etkiler ile baş etmede yaptıkları öz bakım davranışları yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır. Altınparmak ve ark. (2011) yapmış olduğu çalışmada özbakım gücü

ve yaşam kalitesinin fonksiyonlarının (fiziksel, rol, sosyal) arasında olumlu bir ilişki olduğu görülmüştür. Daha düşük sağlık okuryazarlığı, kanserle ilgili bilgilerin anlaşılmasında ve işlenmesinde daha büyük zorluklarla, daha düşük yaşam kalitesiyle ve daha kötü bakım deneyimiyle ilişkilendirilmektedir (Holden vd., 2021). Yapılan çalışmada sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastaların, fonksiyonel sağlık durumları ve kansere özgü semptomlarla ilişkili olarak daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını göstermektedir (Papadakos vd., 2022). Halverson ve ark. (2015) düşük sağlık okuryazarlığına sahip kanser hastalarının karmaşık ve parçalanmış sağlık sistemlerinde gezinmede zorluk yaşayabileceğini ve tedavi planlarını yönetmede zorluk çekebileceğini, bunun da potansiyel olarak yan etkilerin tedavisinde gecikmelere ve optimal olmayan semptom yönetimine yol açabileceğini ve bunların hepsinin tedaviyle ilişkili semptomları kötüleştirebileceğini ve bunun sonucunda da daha kötü yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Halverson vd., 2015).

## ALTINCI BÖLÜM

### SONUÇ

Hastaların sağlık okuryazarlık düzeyleri yeterli ve çok iyi olduğu ve en yüksek puanı “*Bilgiye Erişim*”’den elde ettikleri görülmüştür. Hastalık evresi 2 olanların sağlık okuryazarlığının diğer evrelere göre yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu okuryazar olmayan grubunun sağlık okuryazarlık değerinin diğer gruplara göre düşük olduğu görülmüştür. Çalışmada öz bakım gücünün iyi olduğu saptanmıştır. Sağlığını iyi olarak algılananların öz bakım gücünün yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların yaşam kalitesi orta düzeyde bulunmuştur. Hastalığın bakımını etkilemediğini ifade edenlerin ve sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin Fonksiyonel Skala değerinin yüksek olduğu görülmüştür. Hastalığın bakımı sürdürmeyi etkileyenlerin ve hastalıkta nedeniyle yardım alan (anne, baba ve kardeş) kişilerin Semptom Skalası değerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlığını iyi olarak algılananların Genel Yaşam Kalitesinin yüksek olduğu görülmüştür. Yaş ile SOYÖ arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır. SOYÖ ile ÖBGÖ, Fonksiyonel Skala ve Genel Yaşam Kalitesi arasında olumlu yönde ilişki bulunmaktadır. SOYÖ ile Semptom Skalası arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Fonksiyonel skala ve Genel yaşam kalitesi ile ÖBGÖ arasında olumlu, Semptom skalası ile ÖBGÖ arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Öz bakım gücü ve sağlık okuryazarlığı, fonksiyonel durum ile genel yaşam kalitesini pozitif olarak etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı, öz bakım gücünün fonksiyonel duruma ve genel yaşam kalitesine olan etkisini artırmada aracı bir rol oynamakta ve bu pozitif etkiyi güçlendirmektedir. Aynı zamanda, öz bakım gücü ve sağlık okuryazarlığı, yaşanan semptomları negatif yönde etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı, öz bakım gücünün yaşanan semptomlardaki etkisinde aracı bir rol üstlenirken negatif etkiyi güçlendirmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Kanser hastalarının sağlık okuryazarlık, öz bakım gücü ve yaşam kalitesinin düzenli olarak değerlendirilmesi
- ✓ Hastalarda sağlık okuryazarlık, öz bakım gücü ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik bakım stratejilerin geliştirilmesi,
- ✓ Yaşlı bireylerin, hastalığın bakımı sürdürmeyi etkileyenlerin, hastalıkta nedeniyle yardım alan kişilerin, sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin desteklenmesi,
- ✓ Bulguların tutarlılığını değerlendirmek için bu çalışmanın daha farklı bölgede daha geniş bir kitle ile tekrarlanması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Ahmadzadeh, I., Abdekhoda, M., Bejani, M. (2021). Improving Self-Care Management İn Patients With Breast Cancer Through Health Literacy Promotion. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 31(1), 85–90.
- Akdemir, N. (2020). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Akademisyen Kitapevi, 6. Baskı, Ankara.
- Akyol, A.D. (2016). Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 17-33.
- Akyüz, N., Çavdar, İ. (2018). Sindirim Sisteminin (Gastrointestinal Sistem-GİS) Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı, Cerrahi Hemşireliği II. Nobel Tıp Kitapevi,3. Baskı, İstanbul.
- Al Sayah, F., Williams B. (2012). An Integrated Model of Health Literacy Using Diabetes As An Exemplar. *Can J Diabetes*, 36(1), 27-31. 21.
- Altıparmak, S., Fadiloğlu, Ç., Gürsoy, T., Altıparmak, O. (2011). Kemoterapi Tedavisi Alan Akciğer Kanseri Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Ege Tıp Dergisi*, 50 (2), 95-102.
- Aras, Z., Temel, A.B. (2017). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. *FlorenceNightingaleHemşirelik Dergisi*, 25 (2), 85-94.
- Ayık, M.E. (2021). Üniversite Hastanesinin Onkoloji Kliniğinde Tedavi Gören Kanser Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Bae, K. R., Im, Y. S., Noh, G. O., Son, Y., Seo, H. G. (2017). Relationships Among Hope, Self-Care Agency And Quality of Life of Female Oncology Patients with Lymphedema. *Asian Oncology Nursing*, 17(4), 213-219.
- Baykara, O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165
- Beser, N., Öz, F. (2003). Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (1), 47-58

- Bol, N., Smets, E. M. A., Burgers, J. A., Samii, S. M., De Haes, H. C., Van Weert, J. C. (2018). Older Patients' Recall of Online Cancer Information: Do Ability And Motivation Matter More Than Chronological age?. *Journal Of Health Communication*, 23(1), 9-19.
- Boylu, A.A., Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15), 137-150.
- Can, G. (2014). Onkoloji Hemşireliği, Kanser Gelişimini Önlemek. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Can, G. (2018). Onkoloji Hemşireliği, Kanser Gelişimini Önlemek. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Cohen, M. Z., Jenkins, D., Holston, E. C., Carlson, E. D. (2013). Understanding Health Literacy İn Patients Receiving Hematopoietic Stem Cell Transplantation. In *Oncology Nursing Forum*, 40(5), 508-515.
- Çalışkan, T., Duran, S., Karadaş, A., Tekir, Ö. (2015). Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1), 27-36. <https://doi.org/10.24938/kutfd.124910>
- Çopurlar, C.K., Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1).
- Değer, M.S., Zoroğlu, B. (2020). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığı ile Kanser Bilgi Yüğü İlişkisi, *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, Ocak 2021; Cilt 26, Sayı 1, DOI: 10.21673/anadoluklin.760739
- Demirbağ, C. (2021). Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla Kitabı. Vadi Maatbacılık, Ankara.
- Dur, B. (2017). *Prostat Kanserinin Cinsel Yaşam Fonksiyonlarına Etkisinin Belirlenmesi*. Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Fırat, S., Öztunç, G. (2019). Total Larenjektomili Hastalara Verilen Eğitimin Öz Bakım Gücüne Etkisi. *Çukurova Medical Journal*, 44(3), 911-922.

- Gao, W.J., Yuan, C.R. (2011). Self-Management Programme For Cancer Patients: A Literature Review. *International Nursing Review*, 58, 288–295.
- Garcia, C. (2021). Decreasing Social Determinants Of Health Using Orem’s Self Care Model. [https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1014&context=hsc\\_advpracticenursing](https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1014&context=hsc_advpracticenursing)
- Gelin, D., Ulus, B. (2015). Hastanede Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörler, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1).
- Global Self-Care Federation (2023). What is self-care? <https://www.selfcarefederation.org/what-is-self-care#:~:text=Self%2Dcare%20is%20the%20practice,social%20care%20professionals%20as%20needed>. Erişim Tarihi: 14.11.2023
- Goudarzian, A. H., Boyle, C., Beik, S., Jafari, A., BagheriNesami, M., Taebi, M., Zamani, F. (2019). Self-Care İn Iraniancancerpatients: The Role Of Religiouscoping. *Journal Of Religion And Health*, 58(1), 259-270.
- Gözlü, K. (2020). Sağlıkın Sosyal Bir Belirleyicisi: Sağlık Okuryazarlığı, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1): 137-144.
- Gözüm, S., Ilgaz A. (2016). Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı için Sağlık Okuryazarlığının Önemi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(2), 67-77.
- Gülcivan, G., Topçu B. (2017). Meme Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 5(2), 63-74
- Gültop, F., Özkan S. (2021). Kanser Farkındalığında Sağlık Okuryazarlığının Önemi, *Türk Hij Den Biyol Derg*, 79(3), 579 – 586.
- Halbach, S. M., Ernstmann, N., Kowalski, C., Pfaff, H., Pfoertner, T. K., Wesselmann, S., Enders, A. (2016). Unmet İnformation Needs and Limited Health Literacy in Newly Diagnosed Breast Cancer Patients Over The Course Of Cancer Treatment. *Patient Education and Counseling*, 99(9), 1511-1518.

- Halverson, J. L., Martinez-Donate, A. P., Palta, M., Leal, T., Lubner, S., Walsh, M. C., Trentham-Dietz, A. (2015). Health Literacy and Health-Related Quality of Life Among A Population-Based Sample of Cancer Patients. *Journal of Health Communication*, 20(11), 1320-1329.
- Hasanpour-Dehkordi, A. (2016). Self-care Concept Analysis in Cancer Patients: An Evolutionary Concept Analysis. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(4), 388–394.
- Hintistan, S., Çilingir, D., Nural, N., Gürsoy, A.A. (2012). Hematolojik Kanserli Hastaların Kemoterapiye Bağlı Yaşadıkları Semptomlara Yönelik Uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3): 153-164.
- Hintistan, S., Pekmezci, H., Nural, N., Güner, S.G. (2015). Kemoterapi Alan Hastalarda Psikolojik Semptomlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(1):1-9
- Holden, C. E., Wheelwright, S., Harle, A., Wagland, R. (2021). The Role of Health Literacy in Cancer Care: A Mixed Studies Systematic Review. *PLoS One*, 16(11), e0259815.
- IARC (2023). Cancer Today. <https://gco.iarc.fr/today/en>Erişim Tarihi: 04.05.2023
- IARC (2023a). Cancer Type. <https://www.iarc.who.int/cancer-topics/#cancer-type>Erişim Tarihi: 04.05.2023
- Johnston, B. M., Milligan, S., Foster, C., Kearney, N. (2012). Self-Care and End of Life Care—Patients and Carers Experience A Qualitative Study Utilising Serial Triangulated Interviews. *Supportive Care in Cancer*, 20, 1619-1627.
- Johnston, R., Fowler, C., Wilson, V., Kelly, M. (2015). Opportunities For Nurses To Increase Parental Health Literacy: A Discussion Paper. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 38(4), 266-281.
- Kanu, C., Carolyn, M., Brown, C.M., Rascati, K., Moczygamba, L.R., Pharm, D., Mackert, M., Wilfong, L. (2021). Are Health Literacy and Patient Activation Related to Health Outcomes in Breast Cancer Patients?, *Health Literacy Research and Practice*, 5(3).
- Kapucu, S., Kutlutürkan, S. (2020). Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği, Hipokrat Yayıncılık, Ankara .

- Karadağlı, F., Alpar, Ő.E. (2017). Bir lek geliştirme alıŐması: Kemoterapi Uygulanan Hastalarda z bakım Yetersizliği Kuramına Göre z bakım Davranışları leği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 168-181.
- Kaya, E., Sivrikaya, S. K. (2019). Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3), 216-221.
- Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F., Tsouros, A. (2013). Health literacy: The solid facts. Copenhagen: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326432/9789289000154-eng.pdf?sequence=1> Erişim Tarihi: 04.05.2023
- Koay, K., Schofield, P., Jefford, M. (2012). Importance of Health Literacy in Oncology. *Asia–Pacific Journal of Clinical Oncology*, 8, 14–23.
- Kkballı, H., Bulut, E., Güneş, Z. (2019). Gnbirlik Kemoterapi Alan Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı, 3. Uluslararası Akademik ğrenci alıŐmaları Kongre Kitabı.
- Küçükkaya, B., Erçel, . (2019). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Hastalık Algısının z-Bakım Gücüne Etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35(3), 137-145.
- Kutlutürkan, S., Sözeri ztrk, E., Bke Erdoğan, S. İyimaya, ., Bay, F., Gl, F. (2019). Yaşlı Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Semptomların Değerlendirilmesi. *Van Tıp Derg*, 26(4), 418-426.
- Lee, S.H., Lee, K.H., Chang, S.J. (2018). Do Health Literacy And Self-Care Behaviours Affect Quality of Life in Older Persons With Lung Cancer Receiving Chemotherapy? *International Journal of Nursing PracticeInt J Nurs Pract.*, 24:e12691.
- Masmooi, B., Khatiban, M., Varshoie, M. R., Soltanian, A. R. (2022). Factors Associated With Self-Efficacy Self-Care of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Iranian Journal of Cancer Care*, 1(1), 40-47.
- Nahcivan, N. (1993). *Sağlıklı Genlerde z-Bakım Gc ve Aile Ortamının Etkisi*, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

- National Cancer Institute (2021). About cancer, <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer#definition>, Erişim Tarihi: 10.04.2023
- National Cancer Institute (2023). Types of Cancer Treatment. <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types>. Erişim Tarihi: 10.04.2023
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promot. Int.*, 13 (4): 349-364. 2. Health literacy program. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/ama-foundation/our-programs/public-health/health-literacy-program.page>. Erişim Tarihi: 14.11.2023
- Okuyay, P., Abacıgil, F. (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOYTR). *MOH, Turkey*, 21-6.
- Ovayolu, N., Ovayolu, Ö. (2017). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıkları, 2.Basım, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Özgün, G., Türker, P.F., Kaya, B. (2020). Onkoloji Hastalarının Kanser Türlerine Göre Yaşam Kalitesi, Kaygı ve Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 7(3): 345-368.
- Papadakos, J.K., Hasan, M.S., Barnsley, J., Berta, W., Papadakos, J.G., Giuliani, M.E., Howell, D. (2018). Health Literacy And Cancer Self-Management Behaviors: A scoping review. *Cancer*, 124(21), 4202-4210, doi: 10.1002/cncr.31733. Epub 2018 Sep 28.
- Papadakos, J., Barnsley, J., Berta, W., Rowlands, G., Samoil, D., Howell, D. (2022). The Association of Self-Efficacy and Health Literacy to Chemotherapy Self-Management Behaviors and Health Service Utilization. *Supportive Care in Cancer*, 30, 603-613.
- Pinto, S., M., O., Berenguer, S.M.A.C., Martins, A.J.C. (2013). Cancer, Health Literacy, and Happiness: Perspectives From Patients Under Chemotherapy. *Hindawi Publishing Corporation Nursing Research and Practice*, 291767.

- Randa, S., Altun Uğraş, G., Eser, K. (2019). Meme Kanseri Kadınların Cerrahi Girişim Sonrası Yaşadıkları Üst Ekstremitte Sorunlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 170-181.
- Qian, H., Yuan, C. (2012). Factors Associated With Self-Care Self-Efficacy Among Gastric and Colorectal Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 35(3), 22-31.
- Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki sözlüğü.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64546/3/978\\_97\\_903613\\_tur.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64546/3/978_97_903613_tur.pdf).  
Erişim Tarihi: 14.11.2023
- Sağlık Bakanlığı (2020). Mide Kanseri Klinik Protokolü, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/38986,midekpyayin-verspdf.pdf?0>,  
Erişim tarihi:09.05.2023
- Sağlık Bakanlığı (2023). <https://tektiklabilgielinde.saglik.gov.tr/kalin-bagirsak-kanseri-kolorektal-kanser.html>, Erişim tarihi:09.05.2023.
- Sayılan, A.A., Doğan, M.D. (2020). Illness Perception, Perceived Social Support And Quality of Life in Patients With Diagnosis of Cancer. *European Journal of Cancer Care*, 29(4), e13252.
- Shams, S., Jabbar, A., Nanji, K., Tharani, A. (2018). Influence of Supportive Care on Chemotherapy Patients' Self-Care Behaviour and Satisfaction: A Pilot Study Conducted in Karachi Pakistan. *Indian Journal of Cancer*, 55(1), 115.
- Simmons, R. A., Cosgrove, S. C., Romney, M. C., Plumb, J. D., Brawer, R. O., Gonzalez, E. T., Fleisher, L. G., Moore, B. S. (2017). Health Literacy: Cancer Prevention Strategies for Early Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(3S1), 73–77.
- Smith, A. B, Niu, A. Y., Descallar, J., Delaney, G. P., Wu, V. S., Agar, M. R., Girgis, A. (2020). Clinical Trials Knowledge and Attitudes of Vietnamese-and Anglo-Australian Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 16(5), e242-e251.

- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Brand, H. (2013). Measuring Health Literacy in Populations: Illuminating the Design and Development Process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, 13, 1-10.
- Tanrıöver, D.M., Yıldırım, H.H., Demiray Ready, N., Çakır, B., Akalın, E.H. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, <http://www.sagliksen.org.tr/MediaContent/vYcK-1419245270-mA5r.pdf>  
Erişim: 21 Ocak 2023.
- TDK, (2023). <https://sozluk.gov.tr/>, Erişim tarihi 21 Ocak 2023.
- Toçi, E., Burazeri, G., Sorensen, K., Jerliu, N., Ramadani, N., Roshi, E., Brand, H. (2013). Health Literacy And Socioeconomic Characteristics Among Older People In Transitional Kosovo. *British Journal of Medicine and Medical Research*, 3(4), 1646-1658.
- Tosun, E. (2022). *Kanser Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı ve Hastalık Algısı İlişkisi*. İstanbul Medeniyet Üniversitesi, İstanbul.
- Tözün, M., Sözmen, M.K. (2014). Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı. *Smyrna Tıp Dergisi*, (2), 48-54.
- Turkoglu, A. R., Demirci, H., Coban, S., Guzelsoy, M., Toprak, E., Aydos, M. M., Ture, D.A., Ustundag, Y. (2018). Evaluation of the Relationship Between Compliance With the Follow-Up and Treatment Protocol and Health Literacy in Bladder Tumor Patients. *The Aging Male*, 22(4), 266-271.
- Türkiye Kanser İstatikleri (2017). [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2017.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf) Erişim Tarihi: 14.11.2023
- Türkiye Kanser İstatikleri (2022), <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679> Erişim Tarihi: 13.11.2023
- Türkiye Kanser İstatikleri (2018), <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>, Erişim Tarihi: 13.11.2023
- Ünsal, A.E. (2022). Kronik Hastalıkların Tedavi ve Bakımında Algoritmalar ve Klinik Karar Verme İç Hastalıkları Hemşireliği, Hipokrat Yayıncılık, Ankara.

WHO (2012). WHOQOL: Measuring Quality of Life.  
<https://www.who.int/tools/whoqol> Erişim Tarihi: 15.11.2023

WHO (2023a). Self Care. [https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1)  
Erişim Tarihi: 14.11.2023

WHO (2023). Cancer. [https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1)Erişim  
Tarihi: 14.11.2023



## EKLER

### Ek 1: Hasta Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, kemoterapi uygulanan hastalarda sağlık okuryazarlığı, özbakımı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın güvenilir sonuçlara ulaşması ve sonuçlardan yararlanılabilmesi için cevaplarınızın gerçek, kişisel görüş ve düşüncelerinizi yansıtması çok önemlidir. Elde edilen verilerden ve sonuçlardan yalnızca araştırma amaçlı yararlanılacak olup bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. Size en uygun yanıtı işaretlemeniz araştırma sonuçlarının güvenilirliği açısından önemlidir. Katkı ve iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

1. Yaşı:
2. Cinsiyeti: a) Kadın b) Erkek
3. Medeni Durumu: a) Evli b) Bekar
4. Çocuk Varlığı a) Evet b) Hayır
5. Çocuk varsa; sayısı .....
6. Eğitim Durumu:  
a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlköğretim  
d) Ortaöğretim e) Lise f) Yükseköğretim ve üstü
7. Gelir Düzeyi:  
a) Gelirim giderimden fazla b) Gelirim giderime eşit  
c) Gelirim giderimden az
8. Hastalığınız ve tedaviniz ekonomik güçlüklerle neden oluyor mu? a) Evet b) Hayır
9. Gerekliğinde ekonomik destek alabiliyor musunuz? a) Evet b) Hayır
10. Çalışma Durumu: a) Çalışıyor b) Çalışmıyor
11. Mesleği: a) Ev Hanımı b) Esnaf c) İşçi d) Memur e) Emekli g) Diğer
12. Tanı Konulma süresi: .....
13. Hastalığın Evresi: ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV
14. Evde kiminle yaşıyorsunuz?  
a) Yalnız b) Eşim c) Eşim ve çocuklarımla  
d) Annem, babam, eşim ve çocuklarımla e) Diğer ( )
15. Hastalığınız kendi bakımınızı sürdürmenizi etkiledi mi?  
a) Evet b) Hayır
16. Hastalığınız süresince kendi ihtiyaçlarınızı karşılarken size kim/kimler yardımcı oluyor?  
a) Hiç kimse b) Eşim c) Çocuklarım d) Eşim ve Çocuklarım  
e) Annem, babam ve kardeşlerim f) Kardeşlerim g) Diğer

17. Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?

- a) İyi                      b) Orta                      c) Kötü

18. Sağlık bilgi kaynaklarını düzenli olarak takip eder misiniz?

- a) Evet                      b) Hayır

19. Sağlıkla ilgili bilgileri genellikle nereden edirsiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Aile                      d) İnternet                      h) Hemşire  
b) Televizyon                      e) Hekim  
c) Arkadaş                      f) Kitap-dergi-broşür                      ı) Diğer.....



**Ek 2: Sağlık Okuryazarlık Ölçeği**

	<b>Sağlık Okuryazarlık Ölçeği</b>	Hiç zorluk çekmiyorum	Az zorluk çekiyorum	Biraz zorluk çekiyorum	Çok zorluk çekiyorum	Yapamayacak durumdayım
<b>BİLGİYE ERİŞİM</b>	1.Hastalıklar hakkında bilgiyi bulabiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
	2.Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?	5	4	3	2	1
	3.Sigara içme, şişmanlık gibi riskler hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
	4.Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgi bulabiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
	5.Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgi elde edebiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
<b>BİLGİLERİ ANLAMA</b>	1.İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
	2.Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
	3.Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlıkla ilgili tehlikeler hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
	4.Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?	5	4	3	2	1

	5.Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
	6.Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
	7.Ev, okul, işyeri, ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
<b>DEĞER BİÇME/ DEĞERLENDİRME</b>	1.Doktorunuzla ya da eczanızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
	2.Tedavi seçeneklerinin tehlikelerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
	3.Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
	4.Tehlikeli davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
	5.Diğer insanların yaptığı tehlikeli davranışlardan ders alabiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
	6.Sağlık yetkilileri, arkadaşlar, aile ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz tehlikelerle ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
	7.Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
	8.Besinler ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin tehlikelerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
<b>UYGULAMA/</b>	1.Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
	2.Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık	5	4	3	2	1

personelinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
3.Eğer isterseniz tehlikeli alışkanlıklarımızı değiştirebiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
4.Sağlıklı ürünlere ulaşabiliyor musunuz?	5	4	3	2	1
5.Sağlık ile ilgili bilgileri yararınız için kullanabiliyor musunuz?	5	4	3	2	1



### Ek 3: EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği

<b>EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>	<b>Hiç</b>	<b>Biraz</b>	<b>Oldukça</b>	<b>Çok</b>
1. Bavul ya da ağır bir alışveriş çantasını taşımak gibi güç hareketleri yaparken herhangi bir sorunuz oluyor mu?	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Uzun yürüyüşlerde herhangi bir sorunuz oluyor mu?	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Evin dışında yapılan kısa yürüyüşlerde herhangi bir sorunuz oluyor mu?	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Gün boyunca bir sandalyede ya da yatakta kalma ihtiyacı duyuyor musunuz?	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Kendi kendinize yıkanma, giyinme, yeme ya da tualete gitmekte yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz?	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>Geçen hafta boyunca</b>				
6. İş ya da diğer günlük faaliyetlerinizi yaparken sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Hobilerinizi ya da diğer boş zaman faaliyetlerinize devam etmekten sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ağrınız var mıydı?	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Uyuma güçlüğü oldu mu?	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Güçsüzlük hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)
13. İştahınız da azalma oldu mu?	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Bulantınız oldu mu?	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kustunuz mu?	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Kabız oldunuz mu?	(1)	(2)	(3)	(4)



#### Ek 4: Öz Bakım Gücü Ölçeği

Öz Bakım Gücü Ölçeği	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
2.Kendimi beğeniyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim	( )	( )	( )	( )	( )
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	( )	( )	( )	( )	( )
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	( )	( )	( )	( )	( )
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	( )	( )	( )	( )	( )
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	( )	( )	( )	( )	( )
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	( )	( )	( )	( )	( )
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	( )	( )	( )	( )	( )

11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	( )	( )	( )	( )	( )
12.Dengeli beslenirim	( )	( )	( )	( )	( )
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım	( )	( )	( )	( )	( )
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	( )	( )	( )	( )	( )
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
17.Kararlarımı sonuna kadar uygulayırım.	( )	( )	( )	( )	( )
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum	( )	( )	( )	( )	( )
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygulayırım.	( )	( )	( )	( )	( )
20.Kendimle dostum	( )	( )	( )	( )	( )
21.Kendime iyi bakarım	( )	( )	( )	( )	( )
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur	( )	( )	( )	( )	( )
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	( )	( )	( )	( )	( )
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri	( )	( )	( )	( )	( )

olduğunu öğrenmek isterim.					
25.Yaşam bir zevktir	( )	( )	( )	( )	( )
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	( )	( )	( )	( )	( )
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	( )	( )	( )	( )	( )
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemey ve geçmesini beklerim.	( )	( )	( )	( )	( )
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım	( )	( )	( )	( )	( )
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum	( )	( )	( )	( )	( )
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum	( )	( )	( )	( )	( )
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	( )	( )	( )	( )	( )

## Ek 5: Etik Kurul İzni



T.C.  
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : E-20292139-050.01.04-43178  
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Perihan TORAMAN  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Sağlık Okuryazarlığının, Öz Bakımın ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı araştırmanız, kurulumuzun 30.12.2022 tarihli ve 2022/12 sayılı toplantısında değerlendirilerek etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN  
Kurul Başkanı

Ek:13-Perihan TORAMAN Etik Onay Belgesi (1 Sayfa)

*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

Belge Doğrulama Kodu : \*BSAJP0686\* Pin Kodu 91971

Belge Takip Adresi : <https://cbys.izu.edu.tr/en/Vision/Dogrula/0N3>

Adres:Halkalı Caddesi No: 281 Kaçıkçekmece/İstanbul

Telefon:444 97 98 Faks:+90 (212) 693 82 29

e-Posta: bilgi@izu.edu.tr Web: www.izu.edu.tr

Keş Adresi: izu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Zeynep Funda TEZ

KURTULUŞ

Unvanı: Yeminli Katip

Tel No: +902126929606



## Ek 6: Kurum İzni



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01.01-211648523  
Konu : Perihan TORAMAN'ın Çalışması Hk

20.03.2023

İlgi : 14.02.2023 tarihli ve E-77457161-770-209318992 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile Hastanemiz Hemşire olarak görev yapmakta olan aynı zamanda İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Perihan TORAMAN'ın "**Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Sağlık Okuryazarlığının, Öz Bakımın ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**" başlıklı bireysel çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi birimimize iletilmiş olup Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **03/03/2023 tarih ve 2023/03** sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU  
Başkan

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge doğrulama kodu: 0DD6F852-2948-4C4D-B659-71311A650E87

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Binbirdirek mah. Peykhane sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122

Telefon No: 02126383000

e-Posta: [ist.sagligingel@saglik.gov.tr](mailto:ist.sagligingel@saglik.gov.tr) İnternet Adresi:

<https://istanbulism.saglik.gov.tr/>

Keş Adresi: [ism.34@hs01.kep.tr](mailto:ism.34@hs01.kep.tr)

Bilgi için: Leyla ÇELİK  
Tıbbi Sekreter

Telefon No: 02126383399



## Ek 7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sizi Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER danışmanlığında Perihan TORAMAN tarafından yürütülen “**Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Sağlık Okuryazarlığın, Öz Bakımın ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı kemoterapi alan kanserli hastaların spiritüel iyilik hallerinin, psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesidir. Araştırmada sizden tahminen 20-30 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**. Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

---

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

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

### Katılımcının:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

### Araştırmacının

Adı-Soyadı: Perihan TORAMAN

İmzası:

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Perihan TORAMAN

### A. EĞİTİM

Lisans:

- Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

### B. MESLEKİDENEYİM

- 2018-Halen Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- 2011-2018 Meslek Hastalıkları Hastanesi
- 2008-2009Dünya Göz Hastanesi Tetkik Sorumlusu
- 2006-2008 Yeditepe Üniversitesi Kemik İliği ve Transplantasyon Ünitesi

### C. KONGRE, SEMİNER VEKURSLAR

- Toraman P., Özer Z. (2023) Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesi, 4. Lisansüstü Öğrenci Kongresi (Özet Bildiri/Sözel Sunum).
- Toraman P., VII. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongreleri, 10-13 Ocak 2018(Katılımcı).
- Türkoğlu M., Yücel (Toraman) P., Ergün A., (2006) Hemşirelerin Çalışma Alanlarında Karşılaştıkları Taciz Olayları Ve Taciz Konusunda Ki Görüşleri, 5. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Harran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Şanlıurfa (Poster)
- Yıldız H., Yücel (Toraman) P., Efe F, Karabuğa H, Pınar R. Kanserli hastalarda yaşam kalitesi. Dicle Üniversitesi I. Ulusal Genel Tıp Öğrenci Kongresi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır, 7-9 Nisan 2006 (Sözlü Bildiri).

- Toraman P., Yaşlanma Durdurulabilir mi/Yavaşlatılabilir mi? Sempozyumu. Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 17-18 Mayıs 2006, (Katılımcı).
- Yıldız H, Yücel (Toraman) P., Efe F., Karabuğa H., Pınar R., Kansersiz hastalarda yaşam kalitesi. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir, 5-7 Nisan 2007 (Poster Bildirisi).

#### **D. SERTİFİKALAR**

- Eğitici Eğitim Sertifikası
- Kemik İliği Transplantasyon Hemşirelik Kursu
- Tıbbi Atık Eğitim Sertifikası
- Hematopoietik Stem Hücre Transplantasyon Kursu Yeditepe Üniversitesi  
17.11.2006- 18.11.2006 (18 saat)