

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

**KEMOTERAPİ UYGULANAN MEME KANSERLİ**  
**HASTALARDA HASTA AKTİVASYONU VE SEMPTOM**  
**YÖNETİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BÜŞRA ÖĞÜT**

**İstanbul**  
**Şubat-2022**

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

**KEMOTERAPİ UYGULANAN MEME KANSERLİ**  
**HASTALARDA HASTA AKTİVASYONU VE SEMPTOM**  
**YÖNETİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Büşra ÖĞÜT**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER**

**İstanbul**

**Şubat-2022**

## TEZ ONAY

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

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

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

Üye Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Üye Dr. Öğr. Üyesi Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof. Dr. Metin TOPRAK  
Enstitü Müdürü

## BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Kemoterapi Uygulanan Meme Kanserli Hastalarda Hasta Aktivasyonu ve Semptom Yönetiminin 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.

Büşra ÖĞÜT

## ÖN SÖZ

Araştırmamdaki her aşamada bana yardımcı olan değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi ZülfünazÖZER'e, eğitim alanında dersleriyle bize vizyon katan çok değerli hocamız Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK'e, yüksek lisans eğitimim boyunca benden desteklerini esirgemeyen her zaman yanımda olan başarılarımı, kariyerimi canı gönülden isteyen aileme ve sevgili nişanlım Cem'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Büşra ÖĞÜT**

**İstanbul- 2022**



**ÖZET**

**KEMOTERAPİ UYGULANAN MEME KANSERLİ  
HASTALARDA HASTA AKTİVASYONU VE SEMPTOM  
YÖNETİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Büşra ÖĞÜT**

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

Şubat, 2022– 91 sayfa

Bu çalışma kemoterapi uygulanan meme kanserli hastalarda hasta aktivasyonu ve semptom yönetimini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışma, İstanbul’da bulunan bir kamu hastanesinin kemoterapi ünitesinde meme kanseri tanısı konmuş ve kemoterapi uygulanan 122 hasta ile Kasım 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma verileri, Hasta Bilgi Formu, Meme Kanserinde Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeği ve Hasta Aktivasyonu Ölçeği (PAM) ile yüz yüze görüşme yoluyla ile toplanmıştır. MKKSYÖEÖ puan ortalaması  $134.89 \pm 44.76$  dır. MKKSYÖEÖ alt boyutlarından Problem Çözme puan ortalaması en yüksek iken Kemoterapi Semptom Yönetimi puan ortalaması en düşük olarak bulunmuştur. PAM ham puan değeri ortalaması  $36.88 \pm 6.07$  olup dönüştürülmüş puan ortalaması  $52.19 \pm 14.31$ ’dir. Eğitim durumuna göre MKKSYÖEÖ ve PAM değeri; sağlık durumu, günlük yaşam aktivitelerini yaparken destek alma, hastalıkla ilgili eğitim alma ve eğitimi yeterli bulma durumu göre MKKSYÖEÖ ve PAM değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yaş ile Problem Çözme ve PAM puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. PAM değişkeninin MKKSYÖEÖ üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, hastaların semptom yönetimi orta düzeyde, hasta aktivasyonu seviye 2’dedir. Hastaların aktivasyon seviyeleri arttıkça semptom yönetimi artmaktadır. Düşük eğitim düzeyi, kötü sağlık durumu, hastalıkla ilgili eğitim almama ve eğitimi yeterli bulmama semptom yönetimini ve aktivasyonu olumsuz etkilemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kemoterapi, Meme Kanseri, Hasta Aktivasyonu, Semptom Yönetimi.

**ABSTRACT**  
**EVALUATION OF PATIENT ACTIVATION AND SYMPTOM**  
**MANAGEMENT IN PATIENTS WITH BREAST CANCER**  
**APPLIED WITH CHEMOTHERAPY**

**Büşra ÖĞÜT**

Master, Internal Medicine Nursing

Thesis Advisor: Asst. Prof. Dr. Zülfünaz ÖZER

February, 2022- 91 pages

This study was conducted to evaluate patient activation and symptom management in breast cancer patients undergoing chemotherapy. The study was conducted between November 2020 and June 2021 with 122 patients diagnosed with breast cancer and treated with chemotherapy in the chemotherapy unit of a public hospital in Istanbul. Research data were collected through face-to-face interviews with the Patient Information Form, the Chemotherapy Symptom Management in Breast Cancer-Self-Efficacy Scale (CSMBCSES) and the Patient Activation Scale (PAS). The mean score of CSMBCSES is  $134.89 \pm 44.76$ . While the average of Problem Solving scores from the sub-dimensions of CSMBCSES was the highest, the mean of Chemotherapy Symptom Management was found to be the lowest. The mean PAM raw score was  $36.88 \pm 6.07$ , and the mean converted score was  $52.19 \pm 14.31$ . CSMBCSES and PAS value according to education level; There is a statistically significant difference between CSMBCSES and PAS values according to health status, getting support while doing daily living activities, getting education about the disease and finding the education sufficient. A significant negative correlation was found between age, Problem Solving and PAS score. It was observed that the PAS variable had a positive and significant effect on CSMBCSES. As a result, patients' symptom management is moderate and patient activation is level 2. As the activation levels of the patients increase, symptom management increases. Low education level, poor health status, lack of education about the disease and insufficient education affect symptom management and activation negatively.

**Keywords:** Chemotherapy, Breast Cancer, Patient Activation, Symptom Management.

# İÇİNDEKİLER

<b>TEZ ONAY</b> .....	<b>i</b>
<b>BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ</b> .....	<b>ii</b>
<b>ÖN SÖZ</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vi</b>
<b>İçindekiler</b> .....	<b>vi</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b> .....	<b>x</b>
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>1</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>4</b>
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. Meme Kanseri Kavramsal Çerçeve.....	4
2.2. Meme Kanserinde Tedavi Yöntemleri .....	17
2.3. Meme Kanserinde Semptom Yönetimi .....	18
2.4. Hasta Aktivasyonu Kavramı .....	22
2.5. Kanser Hastalarında Hasta Aktivasyonu.....	25
2.6. Kemoterapi Uygulanan Meme Kanserli Hastalarda Hasta Aktivasyonu ve Semptom Yönetiminde Hemşirenin Rolü .....	28
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM</b> .....	<b>31</b>
<b>MATERYAL VE METOT</b> .....	<b>31</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	31
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	31

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	31
3.4. Veri toplama araçları.....	32
3.5. Araştırmanın Değişkenleri .....	33
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	33
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu .....	34
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>35</b>
<b>BULGULAR.....</b>	<b>35</b>
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Sağlık Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	35
4.2. Hastaların Meme Kanseri Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeği ile Hasta Aktivasyonu Ölçeği Ölçüm Ortalamaları.....	37
4.3. Hastaların Sosyo-Demografik, Sağlık ve Hastalık Özelliklerine Göre Meme Kanseri Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeği ile Hasta Aktivasyonu Ölçeği Ölçüm Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	38
4.4. Hastaların Yaş, Meme Kanseri Tanısı Alma Süresi ile Meme Kanseri Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeğinin ve Hasta Aktivasyonu Ölçeğinin Karşılaştırılması .....	45
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM .....</b>	<b>47</b>
<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>47</b>
<b>ALTINCI BÖLÜM .....</b>	<b>53</b>
<b>SONUÇ.....</b>	<b>53</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>54</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>70</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>81</b>

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (n: 122) .....	35
Tablo 4.2: Hastaların Sağlık ve Hastalık Özellikleri (n:122).....	36
Tablo 4.3: Hastaların Meme Kanseri Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeği ile Hasta Aktivasyonu Ölçeği Ölçüm Ortalamaları (n:122).....	38
Tablo 4.4: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre MKKSYÖEÖ Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:122) .....	39
Tablo 4.5: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre PAM Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:122) .....	40
Tablo 4.6: Hastaların Sağlık ve Hastalık Özelliklerine Göre MKKSYÖEÖ Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:122) .....	42
Tablo 4.7: Bağımsız Değişken ile Toplam Meme Kanseri Kemoterapi Semptom Yönetimi Öz Etkililik Ölçeği Yordanması için Lineer Regresyon Analizi Bulguları	43
Tablo 4.8: Hastaların Sağlık ve Hastalık Özellikleri Göre PAM Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:122).....	44
Tablo 4.9: Bağımsız Değişkenler ile Hastalık Aktivasyonu için Lineer Regresyon Analizi Bulguları.....	45
Tablo 4.10: Hastaların Yaş, Meme Kanseri Tanısı Alma Süresi İle Meme Kanseri Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeğinin Ve Hasta Aktivasyonu Ölçeğinin Korelasyon Analizi (n:122).....	46
Tablo 4.11: Meme Kanseri Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeği ile Hasta Aktivasyonu Ölçeği Skorunun Yordanması için Basit Doğrusal Regresyon Analizi (n:122) .....	46

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Tüm Yaş Gruplarındaki Erkeklerde En Sık Görülen Bazı Kanserler.....	5
Şekil 2.2: Tüm Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserler.....	5
Şekil 2.3: Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Rölatif Risk Puanlarına Göre Sınıflandırılması.....	15



## KISALTMALAR LİSTESİ

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**ACS:** Amerika Kanser Derneği

**Ark:** Arkadaşları

**BRCA1:** BReastCAncer 1

**BRCA2:** BReastCAncer 2

**DES:** Dietilstilbestrol

**DNA:** Deoksiribonükleik Asit

**GLOBOCAN:** Küresel Kanser Gözlemevi

**HBOC:** Herediter Meme Over Kanseri Sendromu

**IARC:** Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı

**KT:** Kemoterapi

**MKKSİYÖEÖ:** Meme Kanserinde Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeği

**OKS:** Oral Kontraseptif

**Ort:** Ortalama

**PAM:** Hasta Aktivasyonu Ölçeği

**ROS:** Reaktif Oksijen Ürünleri

**RT:** Radyoterapi

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences

**TAT:** Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi

**TENS:** Transkutanöz Elektriksel Sinir Uyarımı

**THSK:** Türkiye Halk Sağlığı Kanser İstatistikleri

# BİRİNCİ BÖLÜM

## GİRİŞ

Meme dokusunun en önemli hastalığı meme kanseridir. Memenin epitelyal hücrelerinden oluşan maling tümörlerinin tamamı genel olarak meme kanseri olarak isimlendirilmektedir (Açıkgöz ve Yıldız,2017). Meme kanseri dünyanın her ülkesinde kadınlarda ergenlikten sonra her yaşta görülmekle birlikte ileri yaşlarda artan oranlarda görülmektedir. 2020'de dünya çapında meme kanseri teşhisi konan 2.3 milyon kadından 685.000 kişi yaşamını kaybetmiştir. 2020'nin sonu itibariyle, son 5 yılda meme kanseri teşhisi konan 7.8 milyon kadın bulunmakta ve bu veri meme kanserini dünyanın en yaygın ikinci kanseri haline getirmiştir. Kadınlar açısından dünya genelinde diğer kanser türlerine göre meme kanseri daha fazla engelliliğe neden olmaktadır (WHO, 2021). Türkiye Halk Sağlığı 2017 raporu verilerine göre, ülkemizde de meme kanseri kadınlarda (47.7/100.000) en sık görülen ve kadın sağlığını ciddi düzeyde etkileyen kanser türlerinden biridir. Meme kanseri tüm kanser türleri içerisinde %25.5 görülme oranına sahiptir ve her 4 kadından biri meme kanseri hastası olmaya devam etmektedir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).

Meme kanserinin tedavi seçenekleri; kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi ve cerrahi tedavidir. Meme kanseri tanısı konulduktan sonra hastalığın evresine ve hastalığın özelliklerine göre bu tedavi seçeneklerinden biri veya birden fazlası aynı anda kullanılabilir (Kurt ve Kapucu, 2018). Kemoterapi kanserli hücreyi tamamen ortadan kaldırmak ya da bu hücrelerin kontrolsüzce gelişmesini engellemek amacıyla kemoterapötik ilaçların kullanımıyla yapılan bir tedavi şeklidir (Pekmezci, 2013).

Kanser tedavisi için kullanılan kemoterapi ilaçları hastanın yaşam süresini uzatmak amaçlı kullanılsa da hastada bazı kötü etkilere neden olabilmektedir (Semiz, 2018). Kemoterapiye bağlı ortaya çıkan semptomlardan bazıları ağrı, yorgunluk, depresyon ve anksiyete, bulantı-kusma, iştahsızlık, uyku sorunları, cilt ve tırnakta değişiklikler, nefes darlığı, ağız ülserleri ve adele-sinir sistemi ile ilgili semptomlardır (Kurt ve

Kapucu, 2018). Bu semptomlar kemoterapi sonrası veya sırasında görülebilmektedir. Bu semptomlar hastanın hayat tarzını, kişisel bakımını, günlük aktivitelerini, hayat niteliğini, semptom yönetme becerisini negatif yönde etkilemektedir (Semiz, 2018; Liang vd., 2015).

Semptom; hastanın hastalık belirtilerini kendi açısından değerlendirmesi ve algılamasıdır. Kemoterapi uygulanan hastada görülen semptomlar; bireyin tedaviye toleranslarını, günlük yaşam aktivitelerini, rol ve performanslarını, fonksiyonel durumlarını, hastalık süreçlerini ve sağkalım süresini etkilemektedir (Kim vd., 2009). Meme kanseri tanısı alan ve kemoterapi gören hastalardan bazı sorumluluklar beklenmektedir. Hastalar banyo yapmak, giyinmek ve hareket etmek gibi aktivitede olan değişikliklerini değerlendirebilmeli; ağrı, yorgunluk, sindirim sistemine ilişkin semptomları tanımalı ve üstesinden gelebilmelidir (Karadağlı ve Ecevit Alpar, 2017). Meme kanseri gibi kronik hastalıkları etkili yönetebilmek, kendi bakımına katılım sağlayan ve aktif olan hastalar ile mümkündür (Koşar ve Besen, 2015).

Aktif hasta; sağlığını yönetmeyi, işlevlerin devamlılığını, sağlığının kötüye gitme durumunu nasıl engelleyeceğini bilen kişidir. Aktif kişiler, sağlığı konusunda yöneticidirler ve sağlık hizmeti veren ekip ile iş birliği içinde olabilen, sağlık işlevlerini devam ettirebilen, uygun ve kaliteli bakıma erişim sağlayabilen bilgi ve davranışa sahiptirler (Hibbard vd., 2004; Hibbard vd., 2007). Bireyin yüksek aktiflik düzeyi, kişisel bakımlarını yapma ve öz-yönetimi devam ettirebilme durumunu, bu da sağlık sonuçlarını olumlu etkilemektedir. Aktiflik düzeyi daha yüksek olan hastalar sağlığı geliştiren öz-yönetim davranışlarına katılma eğilimleri daha fazladır (Koşar ve Besen, 2015). Hemşirelik bakımında istenen, yüksek derecedeki hasta aktifliğini koruyup devam ettirmektir. Bakım ihtiyaçlarını ve bakımın sonuçlarını belirlemede, en büyük görev hastaya aittir. Hastaların sağlıkları konusunda daha aktif ve etkili birer yönetici olmaları gerekmektedir (Hibbard ve Greene, 2013).

Hemşireliğin en mühim rollerinden olan bakımın temel hedefi, hastada görülen semptomları azaltmak ve hastanın tedavisiyle uyumunu kolaylaştırmaktır (Kurt ve Kapucu, 2018). Hemşirelerin hastalarda ortaya çıkan semptomları tanımları, semptomlardan birbirini etkileyenleri belirleyerek bunların etkisini azaltacak girişimleri uygulamaları, kişileri rahatlatarak bireyin hem kanserle hem kemoterapinin semptomlarıyla baş edebilmesini kolaylaştıracağı vurgulanmaktadır (Kim vd., 2009).

Hemşireler, hastaları bakımlarına katılmalarını sağlamak için cesaretlendirirken, hastanın öz-yönetim görevini üstlenebilmesi için ihtiyaç duyulan yetenek ve kapasitesini bilmemektedir. Bu nedenle hastanın aktiflik derecesinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Eğer hastanın aktiflik düzeyi bilinir, düzeyine uygun eğitimlerle aktiflik düzeyi yükseltilirse, hastalar küçük başarıları tecrübe edebilecek ve etkili öz-yönetim için gerekli olan güven ve beceriyi ortaya koyabileceklerdir (Hibbard vd., 2005). Bu araştırma, kemoterapi uygulanan meme kanserli hastalarda hasta aktivasyonu ve semptom yönetimini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

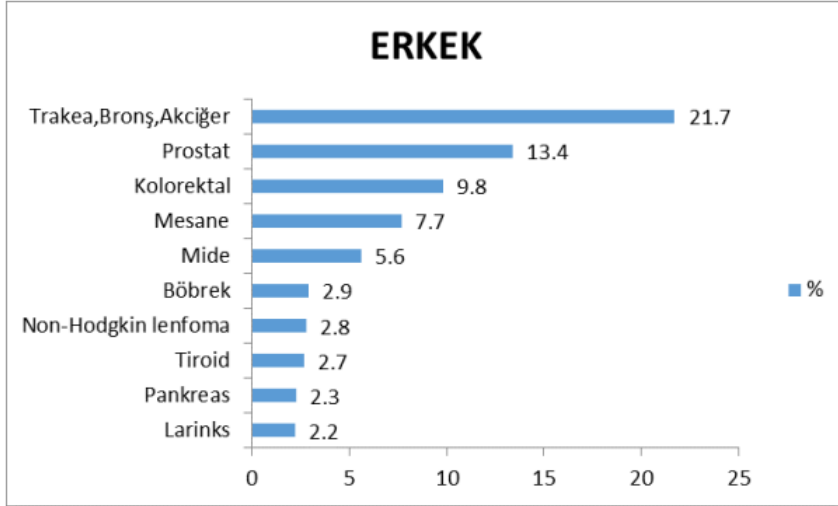


## İKİNCİ BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

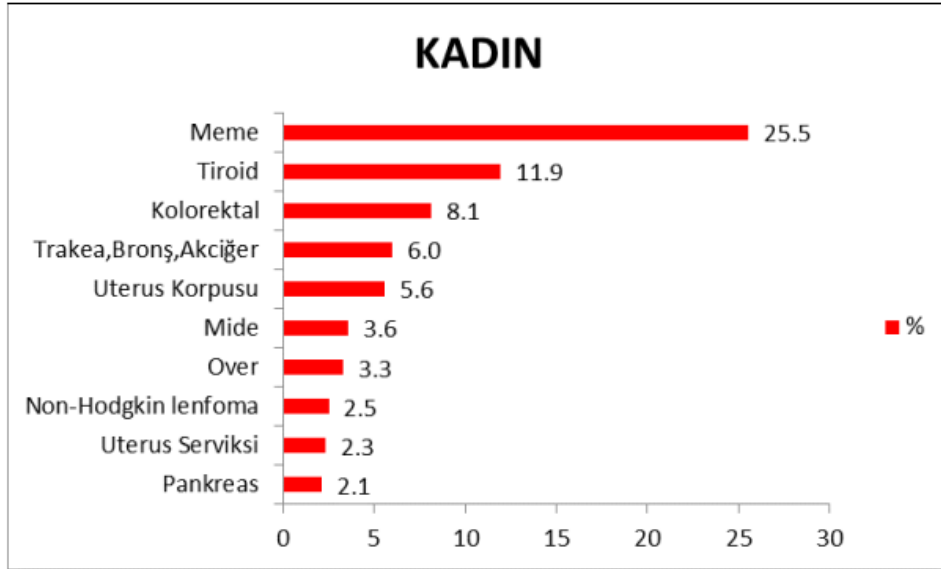
#### 2.1. Meme Kanseri Kavramsal Çerçeve

Kanser, vücudun herhangi bir organ ya da dokusundaki anormal hücrelerin kontrolsüz çoğalması ve büyümesi sonucu ortaya çıkabilen, normal sınırlarını aşarak vücudun diğer kısımlarını istila edebilen ve/veya diğer organlara yayılabilen geniş bir hastalık grubudur (Cancer, 2021). Kanser, dünyanın her ülkesinde önde gelen ölüm nedeni ve artan yaşam beklentisinin önünde önemli bir engel olarak yer almaktadır. GLOBOCAN (The Global Cancer Observatory) verilerine göre, 2020'de dünya çapında tahmini 19.3 milyon yeni vaka ve 10 milyon kansere bağlı ölüm bildirilmiştir (Sung vd., 2021). Türkiye'de 2017 yılında yeni kanser vaka sayısı 102.191 ve kansere bağlı yaşamını kaybeden kişi sayısı 81.886 olarak bildirilmiştir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017). Dünya'da her iki cinsiyet beraber düşünüldüğünde kanser insidansları sırasıyla akciğer, meme, kolorektal, prostat ve mide kanseri olarak sıralanmaktadır. Yine her iki cinsiyet beraber düşünüldüğünde, kanserleri mortalite oranlarına göre sıralarsak akciğer, kolorektal, mide, karaciğer ve meme kanseri olarak yer almaktadır. Erkeklerde en sık akciğer, prostat, kolorektal, mide ve böbrek kanseri (Şekil 2.1) görülürken kadınlarda ise meme, tiroid, kolorektal, akciğer ve uterus kanseri (Şekil 2.2) görülmektedir (Cancer, 2021; Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).



**Şekil 2.1: Tüm Yaş Gruplarındaki Erkeklerde En Sık Görülen Bazı Kanseler**

**Kaynak:** Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017



**Şekil 2.2: Tüm Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanseler**

**Kaynak:** Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017

Meme dokusunun en önem arz eden hastalığı meme kanseridir. Memenin epitelyal hücrelerinden oluşan maling tümörlerinin tamamı genel olarak meme kanseri olarak isimlendirilmektedir (Açıkgöz ve Yıldız,2017). Meme kanserinin insidansı hem gelişmiş hem de gelişmemiş ülkelerde geniş bir yelpazede izlenmektedir. Uluslararası

Kanser Araştırma Ajansı meme kanserindeki artışa özellikle vurgu yapmıştır. Bir önceki tahminlere göre meme kanseri insidansı %20, mortalitesi ise %14 artmıştır (ACS, 2018). 2020'de dünya çapında meme kanseri teşhisi konan 2.3 milyon kadından 685.000 kişi yaşamını kaybetmiştir. 2020'nin sonu itibariyle, son 5 yılda meme kanseri teşhisi konan 7.8 milyon kadın bulunmakta ve bu veri meme kanserini dünyanın en yaygın ikinci kanseri haline getirmiştir. Kadınlar açısından dünya genelinde diğer kanser türlerine göre meme kanseri daha fazla engelliliğe neden olmaktadır (WHO, 2021). Türkiye Halk Sağlığı 2017 raporu verilerine göre, ülkemizde de meme kanseri kadınlarda (47.7/100.000) en sık görülen ve kadın sağlığını ciddi düzeyde etkileyen kanser türlerinden biridir. Meme kanseri tüm kanser türleri içerisinde %25.5 görülme oranına sahiptir ve her 4 kadından biri meme kanseri hastası olmaya devam etmektedir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).

Meme kanserinin etyolojisi yaşam koşullarındaki değişimden kaynaklanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin meme kanseri insidansı gelişmiş ülkelere göre daha azdır fakat meme kanseri mortalitesi gelişmiş ülkelere göre daha fazladır. Bu durumu geliştirmekte olan ülkelerdeki meme kanseri teşhis, tedavi ve tarama hizmetlerinin, gelişmiş ülkelerdeki seviyede olmamasına bağlanmaktadır. Bu anlayışla az gelişmiş ülkelerin meme kanserinin teşhis, tedavi ve taramasına yönelik hizmetlerinin daha da iyileştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (THSK Kanser Daire Başkanlığı, 2017).

Meme kanseri genel olarak çevresel ve genetik faktörlerin etkisiyle oluşmaktadır. Sağlıklı hücreleri apoptozdan koruyan PI3K/AKT ve RAS/MEK/ERK yolları vardır. Bu yolları kodlayan genler mutasyona uğrarsa hücreler apoptoz yeteneğini kaybeder, bu durum kansere yol açar. Bu duruma sebep olan mutasyonların östrojenle ilişkili olduğu deneysel olarak gösterilmiştir. Büyüme faktörleri arasında iletişimi sağlayan sinyal ağındaki anormalliklerin malign hücrelerin büyümesiyle alakası olduğu düşünülmektedir. Aşırı leptin salgısı memedeki yağ dokusunda hücre çoğalmasını uyararak kansere neden olmaktadır (Akdeniz vd., 2018). BRCA1, BRCA2, p53 gibi bazı kanserlerle alakalı genetik mutasyonlar, DNA düzeltme yollarında hatalara yol açar. Bu durumun sonucunda hücrelerde kontrolsüz bölünme, bağlantı sorunları ve uzak organ metastazları olur. BRCA1 ve BRCA2 mutasyonu sonucunda DNA çapraz bağlantılarının ve çift sarmal kopuşlarının tamiri bozulur. Epitelyal Diferansiyasyon ve östrojen reseptörünü kontrol eden GATA-3'ün

kaybı kanser hücrelerinde invazyon artışına ve uzak metastaza neden olur. Bundan dolayı GATA-3 kaybı kötü prognoz göstergesidir (Kabel, 2015). Karsinom oluşmadan önce normal epitel çeşitli aşamalardan geçer. Atipik Hiperplazi Premalign bir lezyondur, daha sonra karsinoma insitu gelişir, invaziv karsinoma dönüşür. Son olarak metastatik kansere ilerler. Bu dönüşümün nedenleri hala net değildir. Ancak yapılan çalışmalarla meme kanserinin risk faktörleri belirlenmiştir (Sönmez, 2014).

### **2.1.1. Yaşam Tarzı ile İlişkili Olmayan Risk Faktörleri**

Meme kanseri klinik ve biyolojik açıdan çok fazla heterojenik özellikler göstermektedir. Meme kanseri gelişimi için birçok risk faktörü sayılmasına rağmen meme kanseri oluşan kadınların %75'inde hiçbir risk faktörü tanımlanamamaktadır (Eroglu vd., 2010).

#### **2.1.1.1. Cinsiyet**

Meme kanserinin başlıca risk faktörü kadın olmaktır. Erkeklerde de meme kanseri görülebilmektedir fakat kadınlarda erkeklere göre 100 kat daha sık görülür. Ülkemizde 2005-2011 yılları arasında meme kanserli 13.240 vakanın incelendiği çalışmada hastaların %99'u kadındı (Özmen, 2014).

#### **2.1.1.2. Yaş**

Bayanlar yaşlandıkça meme kanseri riskleri artar. Meme kanseri vakalarının büyük çoğunluğu 55 yaş ve üzeri bayanlarda görülmektedir (Eroglu vd., 2010).

#### **2.1.1.3. Genetik Faktörler**

Meme kanseri vakalarının %5 ile %10 kadarının herediter olduğu düşünülmektedir. BRCA1 ve BRCA2 mutasyonu en yaygın herediter meme kanseri nedenidir. Bu genler normalde hücrelerin DNA hasarını tamir eden proteinlerin üretimine yardım eder. Bu genlerin mutasyona uğrayan versiyonları anormal hücre çoğalmasına sebep olur, bu da kansere yol açar. BRCA1 veya BRCA2 mutasyonu olan bayan hastanın 80 yaşına kadar meme kanserine yakalanma riski %7-10'dur. Bu risk oranı kişinin ailesinde kaç

kişide meme kanseri olduğuna bağlı olarak değişecektir. Meme kanserli kişi sayısı arttıkça, risk artmaktadır (Eroglu vd., 2010).

Hereditör Meme Over Kanseri Sendromu (HBOC) ailesel olarak meme kanserine yatkınlık yaratan bir sendrom olarak bilinmektedir. Bu sendroma neden BRCA1 ve BRCA2 genleri, kalıtsal meme kanserine neden olan genlerden en önemlileridir. TP53 ve PTEN diğer önemli genlerdir. ATM, CHECK2, CDH1, STK11 ve PALB2 genlerinin ise meme kanseri ile ilişkisi zayıftır. BRCA1/BRCA2 genlerinde mutasyon olan kadınların %66-83'ünde meme kanseri görülürken %22-45'inde ise over kanseri izlenebilmektedir. Erkek hastalarda izlenen meme kanseri de genetik mutasyonla alakalıdır (Güllüoğlu, 2008).

#### **2.1.1.4. Ailesel Meme Kanseri Öyküsü**

Meme kanserli kadınların çoğunun (her 10 kadından 8'i) aile öyküsünün olmadığını belirtmek gerekir. Fakat yakın akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunan kadınlar daha yüksek risk altındadır. Birinci derece akrabalarında (anne, kız kardeş, kız çocuğu) meme kanseri öyküsünün olması, kadının riskini neredeyse iki katına çıkarır. İki tane birinci derece yakınında meme kanseri olmasıysa riski 3 katına çıkarır. Babasında veya erkek kardeşinde meme kanseri öyküsü bulunan kadınların meme kanseri riski daha yüksektir. Kişinin meme kanserli yakını 60 yaşından evvel tanı aldıysa risk 1.5 kat artıyor iken, 30 yaşından sonra tanı aldıysa risk 2.9 kat artar (Özmen, 2012).

Meme kanserli kişiyle akrabalık uzaklaştıkça risk azalır. Meme kanseri riskini belirgin artıran durumlar; çok sayıda birinci derece akrabada meme kanseri olması, akrabaya erken yaşta tanı konmuş olması (<40 yaş) ve her iki memede meme kanseri görülmüş olması. Kişinin yakın akrabası olan bir kişide hem over hem meme kanserinin beraber görülmesi veya akrabalarından farklı bireylerde meme ve over kanserinin görülmesi, o aile için meme kanserine genetik yatkınlık olduğunu düşündürür (Eroglu vd., 2010; Güllüoğlu, 2008).

### **2.1.1.5. Kişisel Meme Kanseri Öyküsü**

Kişinin bir memesinde meme kanseri olması halinde, diğer memesinde de veya aynı memenin bir başka bölgesinde de kanser görülmesi riski artar. Bu durumun riski düşük olmakla beraber, meme kanserli genç kadınlar söz konusuysa risk artmaktadır (ACS, 2018).

### **2.1.1.6. Etnik Yapı ve Irk**

Genel olarak meme kanseri gelişme riski beyaz ırkta siyah ırka göre daha fazladır ancak 45 yaşın altındaki kadınlar düşünülürse siyah ırkta daha yaygındır. Meme kanserinin mortalitesi her yaşta siyah ırkta daha fazladır (ACS, 2018).

### **2.1.1.7. Dens Meme Yapısı**

Memeyi oluşturan dokular; yağ dokusu, fibröz doku ve glandüler dokudur. Yağ dokunun az olması ve diğer iki dokunun fazla olması halinde dens meme denir. Meme eğer dens yapıda ise kanser görülme riski 1,5-2 kat artmaktadır ayrıca memenin yoğun yapısı nedeniyle mamografide kanserin tespit edilme ihtimali de düşmektedir (ACS, 2018). Premenapozal hastaların meme yoğunluğunun fazla olması kanserin ileri evrede tanı almasına neden olmaktadır (Özmen, 2014). Genç kadınların doğal olarak meme dokusunun dens olduğu akılda tutulmalıdır, hastayı değerlendirirken kendi yaş grubunda gözlenebilecek yoğunluk artışı doğru şekilde yorumlanmalıdır (Güllüoğlu, 2008).

### **2.1.1.8. Benign Meme Hastalıkları**

Hastalarda bazı benign meme hastalıklarının bulunması halinde meme kanseri riski artmaktadır. Tek bir non proliferatif lezyon (fibroadenom, lipom, Fibrokistik değişiklik, soliter papillom) varlığı durumunda kanser riski artmaz. Sayıca fazla nonproliferatif lezyon var ise riski hafif artar. Proliferatif lezyonlar bakıldığında özellikle sitolojisinde atipi bulunanlar meme kanseri için risk faktörü oluşturmuş olurlar. Fibroadenom, intraduktal papillom gibi atipisiz proliferatif lezyonlarda risk 1,3-2 kat artarken, atipik duktal hiperplazi, atipik lobüler hiperplazi gibi atipili

proliferatif lezyonlarda ise riskin 4-6 kat arttığı görülmektedir. Atipi multifokal ise riskin artışı 10 kata kadar yükselir (Özmen, 2012).

#### **2.1.1.9. Erken Menarş, Geç Menopoz**

İlk adet yaşı 12'den küçük olan ve menopoz yaşı 55'den büyük olan kadınların meme kanseri riski artmıştır. Bu durum, kadınların östrojen ve progesterona daha uzun süre maruz kalmasıyla açıklanmaktadır, ayrıca erken menarşın geç menopoza göre riski daha fazla artırdığı düşünülmektedir (Dall ve Britt, 2017). Her iki over 45 yaşından evvel cerrahi olarak alınırsa meme kanseri riski azalmaktadır (Güllüoğlu, 2008).

#### **2.1.2. Yaşam Tarzı ile İlişkili Risk Faktörleri**

##### **2.1.2.1. Reprodüktif Öykü**

İlk canlı doğumun daha ileri yaşta yapılması ve hiç doğum yapmamış olmak meme kanseri riskinde artışla ilişkilidir. İndüklenmiş veya spontan düşük yapmanın meme kanseri ile bir ilişkisi gösterilememiştir (Koçak vd., 2011).

##### **2.1.2.2. Eksojen Hormon Kullanımı**

Kadınlarda kullanılan oral kontraseptiflerin hiç kullanmayan kadınlara oranla meme kanseri riskini 1.3 katında artırdığı görülmüştür fakat bu sonuçlar günümüzde tartışmalıdır. Uzun yıllar kullanımı (15 yıl) riski daha fazla artırırken, kısa dönem kullananların riski daha az artmaktadır (Özmen, 2012, Bland vd., 2018). OKS kullanımı kesildiğinde bu risk zamanla normale dönmekte, 10 yıldan daha fazla bir süre önce OKS kullanmayı bırakmış olan kadınlarda artmış meme kanseri riski görülmemektedir. Depo progesteron doğum kontrolü için her 3 ayda bir verilen enjekte edilebilir bir progesteron şeklidir. Bazı çalışmalar kadınların bu yöntemi kullandıkları dönemde meme kanseri riskinde artış olduğunu bulmuştur fakat beş yıldan daha fazladır kullanmayan kadınlarda risk artışı olmadığını görmüşlerdir (ACS, 2018).

Uzun yıllar menopoz semptomlarını hafifletmek ve kemik erimesini önlemek amacıyla östrojen ve progesteron kombine kullanılmıştır. Bu tedaviye, postmenopozal hormon tedavisi), menopozal hormon tedavisi ve hormon replasman tedavisi (HRT) gibi çeşitli isimler verilmiştir. Postmenopozal kadınlara kombine hormon tedavisi verilmesi

meme kanseri riskini artırır, ayrıca kanserin mortalitesi de artmaktadır. İki yıl gibi kısa süreli kullanımda bile risk artışı olmaktadır. Tedaviyi bıraktıktan beş yıl sonra hormon tedavisinden kaynaklı risk artışı genel popülasyonla aynı seviyeye döner (Özmen, 2012; Bland vd., 2018).

### **2.1.2.3. Emzirme**

Emzirme meme kanseri riskini azaltmaktadır. Bu etki özellikle 1,5-2 yıl gibi sürelerde gözlenmektedir, ayrıca premenopozal kadınlarda daha belirgindir. Bu etkiye sebep olarak gebelikte ve sonrasında memenin glandüler yapısındaki değişimler ve menstrual siklusların sayısının azalması gösterilmektedir (De Silva vd., 2010). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'nın 2008 yılı verilerine göre ülkemiz 40-49 yaş arası kadınlarının canlı doğum sayısı 3,31, bebek başına emzirilme süresinin ortalaması 16 aydır. Fazla doğum yapan kadının daha fazla emzirmesi beklenen bir sonuç olduğu için, riski azaltanın emzirmek mi yoksa doğum yapmak mı olduğu tartışmalıdır. Sonuçta hangisi sebep olursa olsun, ülkemizde geleneksel aile modeli devam ettiğinden ve emzirmek annelerin önemli rollerinden biri olarak görüldüğü için bu faktörler meme kanserinden korunmada önemli olmaya devam edeceği öngörülmektedir (Aker vd., 2014).

### **2.1.2.4. Aşırı Kilolu veya Obez Olma**

Yapılan araştırmalarda erişkin dönemde kilo alımının özellikle menopoz sonrası dönemde meme kanseri riskini artırdığı gösterilmiştir. Özellikle ailesel meme kanseri öyküsü olanlarda risk artışı daha fazla görülmüştür (Hopper, 2018). Yine de kilo ve meme kanseri riski arasındaki ilişki karmaşıktır. Örneğin; yetişkin olarak kilo alan kadınlar için risk artmış görünmektedir, ancak çocukluğundan beri fazla kilolu olanlar arasında artmamış olabilmektedir. Ayrıca, aynı miktarda olan bel bölgesindeki yağ, kalça ve uylukta olan yağdan daha fazla risk oluşturur. Araştırmacılar, vücudun çeşitli bölgelerinde bulunan yağ hücrelerinin, bunu açıklayabilecek farklılıkları olduğuna inanmaktadır (ACS, 2018). Postmenopozal dönemde 10 kg ve üzeri kilo alan kadınların, kilolarını koruyan kadınlara göre meme kanserine yakalanma riski 1,1 kat daha fazladır. Bu duruma sebep yağ dokunun hormon prekürsörlerini östrojene çeviriyor olması gösterilmektedir. Bazı çalışmalarda adet gören kadınlarda beden kitle

indeksi artışıyla meme kanseri riskinin azaldığı gösterilmiştir fakat bu ilişki net olarak açıklanamamıştır (Yazıcı ve Özdemir, 2018). Kilonun farklı meme kanseri tipleri üzerinde de farklı etkilere sahip olabilir. Örneğin; bazı araştırmalar menopozdan önce fazla kilolu olmanın triple negatif meme kanseri riskini artırabileceğini öne sürüyor (ACS, 2018).

#### **2.1.2.5. Sedanter Yaşam**

Düzenli yapılan sporun postmenopozal kadınlarda meme kanseri riskini azalttığına dair bulgular artmaktadır. Bu duruma sebebin ne olduğu tam olarak açıklayabilmiş değildir. Spor yapmanın kilo, inflamasyon, hormonlar ve enerji balansı üzerine olan etkilerinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir (ACS, 2018).

#### **2.1.2.6. Alkol ve Sigara**

Alkol alımıyla birlikte kanda östrojen seviyelerinin arttığı bilinmektedir. Alkol tüketimi ve meme kanseri riski direk ilişkilidir. Tüketilen alkol miktarı ile orantılı olarak risk artar. Bir kadehin yaklaşık 10 gr alkole denk geldiği düşünülürse, tüketilen her 10 gr alkol ( $\approx 1$  kadeh) meme kanseri riskini %3-10 artırmaktadır (Banglia vd., 2018). Günde 1 alkollü içki tüketen kadınların alkolü hiç almayan kadınlara göre meme kanseri riski çok az artar. Günde 2 veya 3 alkollü içki tüketen kadınların, hiç alkol tüketmeyen kadınlara kıyasla meme kanseri riskini %20 oranında arttırır. Aşırı alkol tüketimi aynı zamanda diğer kanserler içinde riski artırmaktadır (ACS, 2018).

Meme kanseri riskinin hem sigara içenlerde hem de pasif içicilerde orta düzeyde arttığına dair çalışmalar mevcuttur (içenlerde %24, bırakanlarda %13). Sigara içmenin meme kanseri riski üzerine etkisi sigaraya başlama yaşı, kullanım süresi ve günde kaç adet içtiğine göre değişmektedir (Banglia vd., 2018).

#### **2.1.2.7. Eğitim ve Sosyoekonomik Düzey**

Eğitim ve sosyo ekonomik düzey ile meme kanseri arasında doğru orantı vardır. Bunlardan biri arttıkça meme kanseri riski de artmaktadır. Eğitim ve sosyoekonomik düzey bağımsız birer risk faktörü olmaktan öte, yaşam şekli ve üreme alışkanlıkları farklılaştığı için riskin arttığı düşünülmektedir (Braaten, 2004; Koçak vd., 2011). Türkiye'nin batısında meme kanseri sıklığı doğusuna oranla 2 kat fazladır. Bu

durumun sebebinin ülkenin batısındaki yaşam tarzının batı toplumlarındaki yaşam tarzına benzemesi olduğu düşünülmektedir (Özmen, 2012).

#### **2.1.2.8. Beslenme Alışkanlığı**

Çalışmalar sonucunda yağlı yiyeceklerin, işlenmiş et ürünlerinin ve yüksek glisemik indeksli gıdaların meme kanseri riskini artırdığı; D vitamini desteğinin, meyve-sebze ve balık yenmesinin meme kanserinde riski azalttığı bulunmuştur (Rossi vd., 2014).

#### **2.1.2.9. Çevrede Bulunan Kimyasallar**

Meme kanseri riski üzerindeki olası çevresel etkileri anlamak için çok sayıda araştırma rapor edilmiştir ve daha fazlası yapılmaktadır. Çevrede bulunan östrojen benzeri özelliklere sahip bileşikler özellikle ilgi çekicidir. Örneğin, bazı plastiklerin içeriğinde bulunan maddeler, belirli kozmetik ürünler ve kişisel bakım ürünleri, böcek ilaçları ve poliklorlu bifeniller bu özelliklere sahip gibi görünmektedir. Teorik olarak bunlar meme kanseri riskini etkileyebilir. Yapılan araştırmalar bu maddelere maruz kalma ile meme kanseri arasında açık bir ilişki göstermemektedir. Bu tür etkenleri insanlarda çalışmak zordur. Bu maddelerin ve bunlardan başkalarının olası sağlık etkilerini daha iyi tanımlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (ACS, 2018).

#### **2.1.2.10. Antiperspiran Kullanımı**

İnternet söylentileri antiperspiranlardaki kimyasalların cilt yoluyla emildiğini, lenf dolaşımını engellediğini ve memede toksinlerin oluşmasına neden olarak meme kanserine yol açtığını ileri sürdü. Mevcut kanıtlara dayanarak (vücudun nasıl çalıştığı hakkında bildiklerimiz dahil), antiperspiranların meme kanseri riskini arttırdığına inanmak için herhangi bir bağlantı bulunamamıştır (ACS, 2018).

#### **2.1.2.11. Sütyen Kullanımı**

İnternet söylentileri ve en az bir kitap, sütyenlerin lenf akışını engelleyerek meme kanserine neden olduğunu ileri sürdü. Bu iddia için iyi bir bilimsel veya klinik temel yoktur ayrıca 1.500'den fazla kadınla 2014 yılında yapılan bir çalışmada, sütyen giymekle meme kanseri riski arasında bir ilişki bulunamamıştır (ACS, 2018).

#### **2.1.2.12. Spontan veya İndüklenmiş Düşük**

Birkaç çalışmadan çıkan güçlü verilere göre spontan düşüğün ya da indüklenmiş düşüğün meme kanseri riski üzerine etkisi vardır (Güllüoğlu, 2008; Steiner vd., 2008, ACS, 2018). Kürtaj olmanın, düşük yapmanın ve elektromanyetik alanlara maruz kalmanın meme kanseri riskine etkisi olmadığı gösterilmiştir (Güllüoğlu, 2008).

#### **2.1.2.13. Radyasyona Maruz Kalma**

Genç yaşta herhangi bir başka kanser nedeniyle toraksa radyoterapi alan kadınların meme kanseri riski artar. Risk artışı radyoterapi alınan yaşa göre değişir. Eğer henüz memelerin hala gelişim aşamasında olduğu ergenlikte radyoterapi alındıysa risk en fazladır. Toraksa radyoterapi alınımının 10 sene sonrasında meme kanserine yakalanma riski 20-30 kat artmaktadır. 40 yaşından sonra alınan radyoterapi meme kanseri riskini artırmıyor gibi görünmektedir (Güllüoğlu, 2008; ACS, 2018). Tanı amaçlı yapılan radyolojik işlemler sırasında alınan radyasyonun, meme kanseri riskine olan etkisi tartışmalıdır. Genetik yatkınlık düşünülen kadınlar dışında bu risk göz ardı edilecek kadar düşüktür (Özmen, 2012).

#### **2.1.2.14. Dietilstilbestrol (DES) Maruziyeti**

Dietilstilbestrol oral alınan aktif östrajendir. 1960'lardan 1970'lerin başına kadar gebelere düşük riskini azaltmak amacıyla verilmiştir. Bu ilacı kullanan kadınların meme kanseri riskinin arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca bu ilacı kullanan kadınların kızlarında da 40 yaşından sonra meme kanseri insidansının iki kat arttığı da bildirilmiştir (Al Jishi ve Sergi, 2017).

Şekil 2.3'de meme kanseri risk faktörleri rölatif risk puanlarına göre sınıflandırılmaktadır.

Çok Yüksek Risk (Rölatif risk 5'in üzerinde)	Yüksek Risk (Rölatif risk 1,5-5 arasında)	Düşük Risk(Rölatif risk 1,5'un altında)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• BRCA1/2 Mutasyonu</li> <li>• Lobüler Karsinoma İnsitu</li> <li>• Herediter Meme Kanseri Özelliği Taşıyan Aile Yakını</li> <li>• Göğüs Boşluğuna Yönelik Radyasyon</li> <li>• Multifokal Atipik Duktal Hiperplazi/atipik Lobüler Hiperplazi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İleri Yaş</li> <li>• Yakın Akrabada Meme Kanseri</li> <li>• Diğer Memede İnvaziv Kanser veya Duktal Karsinoma İnsitu</li> <li>• Tek Odakta Atipik Duktal Hiperplazi/atipik Lobüler Hiperplazi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erken Menarş</li> <li>• Genç Menapoz</li> <li>• 35 Yaş Üzeri İlk Doğum Yaşı</li> <li>• Nulliparite</li> <li>• Emzirmeme</li> <li>• İntraduktal Papillom</li> <li>• Şiddetli Epitelyal Hiperplazi</li> <li>• Hormon Replasman Tedavisi</li> <li>• Alkol Kullanımı</li> <li>• Obezite</li> <li>• Sedanter Yaşam</li> </ul>

**Şekil 2.3: Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Rölatif Risk Puanlarına Göre Sınıflandırılması**

**Kaynak:** Kozan ve Tokgöz, 2016

Meme kanserinin en sık rastlanan belirtisi, memede ağrısız, zamanla büyüyen bir kitlenin hissedilmesidir. Ancak, hastaların çok azında ağrı da belirtilere eşlik edebilmektedir. Daha nadir olarak memede çekintiler, deride kalınlaşma, şişlikler, deride tahriş ya da bozulmalar ve meme ucunun hassaslaşması ya da içe dönmesi de dahil olmak üzere meme ucu belirtileri yer almaktadır. Memede ağrı ve kanlı akıntı ileri evrelerde ortaya çıkmaktadır (Meme Kanseri, 2021; WHO, 2021). Meme kanserinin belirti ve bulguları (Karayurt, 2020);

Kitle; ağrısız, hareketsiz, tek taraflı ve sürekli, 1-2 cm büyüklüğünde, sınırları kısmen belirlenebilir ve şekilsiz ve zor palpe edilmektedir.

Ağrı; başlangıçta vakaların %90'ı ağrısızdır. Ağrı geç dönemde oluşmaktadır.

Meme başı akıntısı; pek sık rastlanmaz, tek taraflı ve genellikle kanlıdır.

Forge Belirtisi; tümör taşıyan göğsün yukarıda, dik ve dolgun olmasıdır. Memenin üst kadrantlardaki kanserlerinde meme başının kitleye doğru çekilmesiyle olmaktadır.

Meme üzerindeki deride ödem (portakal kabuğu görünümü); tümör hücreleri Cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeysel lenf damarlarına ulaşır, lenfler tıkanır, lenf dolaşımı bozulur ve deride sınırlı ödem oluşur.

Meme başında retraksiyon veya çökme; tümörün büyüyüp meme başını tutması sonucunda oluşur.

Deride ülserasyon ve eritem; kanserin ileri dönemlerinde tümör hücrelerinin önce derin fasyada sonra da göğüs duvarına ilerlemeleri sonucunda oluşur.

Lenf nodüllerinde büyüme; kanserin ileri dönemlerinde tümör hücrelerinin önce derin fasyaya sonra da M. Pectoralis'e ve göğüs duvarına ilerlemeleri sonucunda oluşur.

Üst kolda anormal şişlik; lenflerin tıkanması sonucu lenf dolaşımı bozulur ve kolda lenf ödem oluşur.

Erken evrede meme kanserleri diğer kanser türlerinde olduğu gibi ileri dönemlere gelene kadar belirgin bir belirti vermeyebilmektedir. Erken teşhiste en önemli etken, kişinin bu konuda bilinçlendirilmesidir. Bu nedenle, meme kanserinin erken tanısı için önerilen kontrol programlarının uygulanması çok önemlidir. Meme kanserine erken evrede tanı konması, tedavinin başarıya ulaşma ve hayatta kalma şansını arttırmaktadır. Erken tanı için üç temel yöntem uygulanabilmektedir. Bunlar; evde kendi kendine yapılan meme muayenesi (Kadınların 20 yaşından sonraki dönemde, âdet döneminin sona ermesinin ardından geçen ilk haftada elle meme muayenesi yapması), yılda bir kez doktorda meme muayenesi ve 40-69 yaş arası kadınların 2 yılda bir mamografi tetkiklerini yaptırmalarıdır (Meme Kanseri, 2021).

Ulusal kanser tarama programı önerilerine göre ülkemizde uygulanan meme kanseri tarama protokolü aşağıda yer almaktadır.

- **20-39 yaş arası;** Ayda bir kendi kendine meme muayenesi, iki yılda bir kez doktor tarafından klinik meme muayenesi,
- **40-69 yaş arası;** Ayda bir kendi kendine meme muayenesi, yılda bir kez doktor tarafından klinik meme muayenesi, iki yılda bir mamografi çekilmesi gerekmektedir (Meme Kanseri, 2021).

## **2.2. Meme Kanserinde Tedavi Yöntemleri**

Meme kanseri ortaya çıktığında tedavinin amacı hastalığı mümkün olduğunca uzun süre boyunca kontrol altına alabilmek ve kişinin hayat kalitesi ile fonksiyonel durumuna etki eden semptomları azaltmaktan geçmektedir (Irvin vd.,2011). Meme kanserinin tedavi seçenekleri vardır. Uygulanan bu yöntemler; kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi ve cerrahi tedavidir. Tedavi amaçlı müdahaleler her hasta için uygun olmayabilmektedir (Shoemaker vd., 2011). Meme kanseri tanısı konulduktan sonra hastalığın evresine ve hastalığın özelliklerine göre bu tedavi seçeneklerinden biri veya birden fazlası aynı anda kullanılabilir (Kurt ve Kapucu, 2018).

### **2.2.1. Radyoterapi**

Kanserin tedavisi amacı ile kullanılan radyoterapinin temel ögesi kanserli hücreleri tahribata uğratması için iyonize radyasyonun tedavide kullanılmasıdır. Günümüzde pek çok kanserin tedavisinde radyoterapi tedavi şeklidir. Radyoterapi güvenilirlikle kullanıldığında bile diğer tedavi türlerinde olduğu gibi birtakım yan etkiye sebep olabilir; yorgunluk, mide bulantısı, kusma bunlardan bazılarıdır (Ertem vd., 2009).

### **2.2.2. Cerrahi Tedavi**

Kanserin tanı ve tedavi evrelendirilmesinde cerrahi tedavinin rolü büyüktür. Cerrahi tedavi; girişimsel, tanısal, küratif ve palyatif yaklaşım amacı için yapılmaktadır. Yine burada da temel amaç yaşam süresinde uzatma yapabilmektedir ancak hastalar çoğunlukla küratif cerrahi seçeneğinin bittiği, tümörün cerrahi olarak çıkarılmasının imkansız olduğu safhada başvurulmaktadır (Aydoğan ve Uygun 2011).

### **2.2.3. İmmünoterapi**

İmmünoterapi tedavisi kanserin spesifik yöntemlerinden biridir. Hasta bireyin immün sisteminin belirli bölümlerinin kullanıldığı, kanserde olduğu gibi türlü hastalıkların tedavisidir. Sağlıklı hücreleri zarara uğratmayarak direk kanserli hücreyi hedef alır. Bu durum immünoterapiye yönelik ilgiyi arttırmıştır. İmmünoterapide dışarıdan vücuda verilen maddelerle immün cevap oluşturulabilir veya vücut kendi hücrelerini stimüle eder. Geçmişten bugüne kadar immünoterapi yöntemlerinin birçok farklı

çeşidi uygulamada kullanılmıştır. Günümüzde aşular, monoklonal antikorlar, adoptif immünoterapi, immün sistem destekleyici tedaviler ve sitokinler bu çerçevede geliştirilmekte ve kanserin karşısında tedavi yöntemi olarak uygulanmaktadır (Barbaros ve Dikmen, 2015).

#### **2.2.4. Kemoterapi**

Kanser hücrelerini yok etmek amacıyla ilaçlarla yapılan tedaviye kemoterapi (KT) denir. Onkoloji hastalarının tedavisinde kullanılan ilaçlara kemoterapötikler (anti-neoplastik ilaçlar) denilmektedir (Özdelikara, 2013). Kemoterapinin amacı kanser hücrelerini çeşitli kemoterapötik ajanlar kullanarak öldürmektir, sitotoksik anti-neoplastik ajanlar bu tip tedavide en sık kullanılan ajanlardır (Baykara, 2016).

Kemoterapi tek başına tedavi amaçlı kullanılacağı gibi radyoterapi ile birlikte, ameliyat öncesi dönemde tümörü küçültmek için neoadjuvan kemoterapi olarak ya da ameliyat sonrasında adjuvan kemoterapi şeklinde de uygulanmaktadır. Neoadjuvan kemoterapide amaç büyük olan tümör boyutunu küçülterek ameliyat alanını küçültmektir. Adjuvan Kemoterapinin amacı ise ameliyat gibi lokal tedavi sonrasında oluşabilecek mikrometastazları etkisiz hale getirmektir (Eroğlu ve Çiçek, 2014).

Kemoterapötikler kanser hücrelerini yok etmeyi amaçladığı gibi vücudun normal sağlıklı hücrelerine de zarar verebilmektedir. Kemoterapiye bağlı gelişen yan etkiler çoğunlukla geçicidir ve etkilenme düzeyi kişiden kişiye, alınan kemoterapi ilaçlarına bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Mide bağırsak sistemi, saç kökü ve kemik iliği gibi hızlı bölünen hücrelerin kemoterapiden daha çok etkilendiği görülmüştür (Arslan, 2014). Kemoterapi alan hastaların yorgunluk, iştahsızlık, deride meydana gelen değişiklikler, alopesi, abdominal ağrılar, kusma, bulantı, kilo kaybı, diyare-konstipasyon ve cinsel problemler gibi birçok yan etkiyi yaşadıkları belirlenmiştir. Kemoterapiye bağlı gelişen yan etkiler hastaların yaşam kalitesini ve fonksiyonel durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Kahve, 2008).

#### **2.3. Meme Kanseri Semptom Yönetimi**

Semptom; hastanın hastalık belirtilerini kendi açısından değerlendirmesi ve algılamasıdır (Kim vd., 2009). Semptom yönetiminin tanımı ise; onkolojik hastalarda

bakımın ana hedeflerinin yanında, tedaviden dolayı ortaya çıkan semptomların başlamasını önlemek ya da başlayan semptomların kontrolü sağlayabilmektedir (Şira Sarı, 2007). Kemoterapi alan hastada görülen semptomlar; bireyin tedaviye toleranslarını, günlük yaşam aktivitelerini, rol ve performanslarını, fonksiyonel durumlarını, hastalık süreçlerini ve sağkalım süresini etkilemektedir (Kim vd., 2009). Her Semptomun ayrıntılı değerlendirilerek semptomun altta yatan nedeni araştırılmalıdır. Bazı semptomlar birden fazla nedene bağlı olabileceğinden bu nedenlerin tanımlanması gereklidir (Aktürk, 2016). Kemoterapi alan bireylerin bakımında amaç; semptomların erken dönemde saptanarak önlenmesi ve kontrol altına alınmasıdır (Yeşilbalkan vd., 2005). Tedavi artık mümkün olmadığında, semptom kontrolü kanser tedavisinin odak noktası haline gelmektedir (Cleeland, 2007).

Hastaya zamanından yapılan semptom yönetimi, hastanın sonuçlarını düzeltmede önemlidir (Carey vd., 2012). Semptom yönetiminin prensiplerini anlamak hayat kalitesini düzeltmeye yardım edebilmektedir. Semptom yönetiminde bakımın hedeflerini değerlendirmek semptom yönetiminin zorlu ve önem arz eden bir kısmıdır (Shoemaker vd., 2011). Kanser tedavisinde başarabilmek için semptomların incelenmesi ve kontrolünün sağlanması gerekmektedir (Sü, 2017). Hastada görülen fizyolojik semptomlarla birlikte psikolojik semptomlar da incelenmeli ve hastaların yaşamış oldukları semptomların onların tarafından önemli bir yerde olduğu unutulmamalıdır (Uğur, 2014).

Semptomun değerlendirilmesi ve yönetilmesi kaliteli bir şekilde yapılırsa hasta ve yakınları için pozitif sonuçlar doğurmaktadır. Aynı zamanda nitelikli bir semptom incelenmesi ve yönetimi hasta merkezli bakım vermenin zeminidir. Kanser ilerlemiş semptomlarının birçoğu farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler kullanılarak aktif şekilde yönetimi sağlanabilmektedir (Henson vd., 2020). Hastaların semptomları ile başa çıkabilmek için tamamlayıcı tedavi yöntemlerini de tercih ettikleri bilinmektedir (Ovayolu vd., 2013).

Kanserli hastalarda görülen semptomlar hastanın yaşına, cinsiyetine, kanserin bulunduğu bölgeye, tedavi şekline, ek hastalık olma durumuna göre değişiklikler göstermektedir. Örneğin yapılan bir çalışmada lenfoması olan hastalarda yorgunluk (%67), uyuşukluk (%41.90), uyku bozuklukları (%39.20), stres (%36.50), iştahsızlık (%36.50) şeklinde görülürken meme kanseri olan hastalarda semptom sıklıkları

sırasıyla uyku bozuklukları (%36.30), sıkıntı (%30.80), ağrı (%29.20) yorgunluk (%51) şeklinde görülmüştür (Uğur, 2014). Kanser ve tedavisi, hastaları önemli ölçüde sıkıntıya sokan ve işlevi bozan çok sayıda semptom üretmektedir (Cleeland, 2007). Kanser Tanısı ve tedavisine ilişkin semptomlar fiziksel ve emosyonel semptomlar şeklinde ele alınabilmektedir (Bahar vd., 2019).

### **2.3.1. Fiziksel Semptomlar**

Bu semptomlardan bazıları; ağrı, mukozit, anoreksiya, kaşeksi, bulantı-kusma, tat değişiklikleri, dehidratasyon, alopesia, yorgunluk, dispne, konstipasyon gibi semptomlardır (Bahar vd., 2019; Cleeland, 2007).

Ağrı; kemoterapi uygulanan hastalar arasında en sık görülen, en fazla rahatsız eden semptomlardan biridir ve hastaneye başvuran hastaların %73'ü ağrı semptomunu yaşadıklarını dile getirmişlerdir (Irvin vd., 2011). Ağrı, ilerlemiş kanser hastalarının %70'inden fazlasında, terminal dönemdeki hastaların ise %90'ında görülmekte ve kontrol edilmemiş şiddetli ağrı, acil hizmetlere ve agresif tedaviye ihtiyacı arttırmaktadır (Bahar vd., 2019). Kanser hastalarında ağrı yönetiminde farmakolojik ve farmakolojik olmayan çeşitli müdahaleler vardır. Farmakolojik tedavi seçeneklerinde somatik ağrı yönetimi için temel dayanak opioidlerdir ve nöropatik ağrı için anti-konvülzanlar tedavide bulunmaktadır (Deng, 2019). Ağrı yaşayan hastalara nonfarmakolojik uygulamalar da önerilmelidir. Masaj yapmak, ılık banyo, TENS, sıcak-soğuk uygulamalar, gevşeme teknikleri bunlara örnek verilebilmektedir (Uğur 2014).

Bulantı-Kusma; kemoterapi uygulamasından sonra birçok hastada görülen hoş olmayan, geçici yan etkilerden biri de bulantı kusmadır. Güçlü antiemetik ilaçlar kullanılmasına ve antiemetik tedavideki ilerlemelere rağmen kanser hastalarında hastalıklarının seyri boyunca %40'ı ile %70'inde kusma ve bulantı gözlenmiştir (Arslan ve Özdemir, 2015). Hastalar kusmaya karşı farmakolojik işlemlerin yanı sıra TAT (Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi) yöntemlerini kullanmaya yönelmişlerdir (Özdelikara ve Arslan, 2017). Bunlardan bazıları; bitkisel tedavi, yoga, akupunktur, hipnoz, aromaterapi, refleksolojidir (Duran, 2011).

Oral mukozit; kemoterapi ve radyoterapi uygulamaları ile tetiklenen reaktif oksijen ürünlerinin DNA'da hasar oluşması ile aktifleşen immün sistemin mukozada yaptığı harabiyettir. Oral mukozit; mukoza bariyerinde bozulma, oral mukoza epitel

hücrelerinde zayıflama, eritem, ödem, kanama, ülserasyonlar, ses kısıklığı, konuşma, çiğneme ve yutma güçlüğü ile karakterizedir. Mukozitin en sık bildirilen yan etkisi ağrı olup, opioid analjezik kullanımı ve beslenme sorunu gibi nedenlerle nazogastrik sonda veya total parenteral beslenme kullanılması olasılığını arttırmaktadır (Çıtlak ve Kapucu, 2015). Önleme kapsamında diş fırçalama alışkanlıkları, fırça sertliği, fırça değiştirme sıklığı sorgulanmalı, ağız gargarası hazırlığı yapılmalıdır. Balın mukozit şiddetini azalttığı görülmüştür (Clarkson vd., 2007). Başka bir araştırmaya göre de karadut şurubunun ağız içi yarayı ve ağız kuruluşunu önlemede etkili olduğu belirlenmiştir (Çınar ve Çubukçu, 2012).

Yorgunluk; yaygın bir şikâyet olup hastaların fonksiyonel durumunu, günlük yaşam aktivitelerini yapabilmeyi ve sosyalleşmeyi olumsuz etkileyen bir semptomdur. İlerlemiş kanserli hastalarda yorgunluk prevalansının %75-100 arasında olduğu bildirilmiştir (Kocaman vd., 2013). Bu hastalarda ağrı, emosyonel bozukluklar, uyku problemleri, anemi, beslenmede yetersizlik, inaktivite, ilaçlar ve diğer komorbid durumlar yorgunluğa neden olabilmektedir. Altta yatan bu nedenlerin kontrolü ile hastalardaki yorgunluk düzeyinin azaltılabileceği unutulmamalıdır (Çayır ve Işık, 2012). Tıbbi tedavi ile birlikte yapılan masaj, yoga, bitki çayları, meditasyon, akupunktur, gevşeme teknikleri, davranış terapileri gibi alternatif tedavilerin de yorgunluğun azaltılmasında etkili olduğu bildirilmektedir (Arslan ve Özdemir, 2015) Dispne; kemoterapi uygulanan hastalarda, ilaçların akciğerlerde oluşturduğu hasara ya da kemik iliğinin baskılanması sonucunda dolaşımdaki eritrosit sayısının azalmasına bağlı olarak gelişmektedir (Bahar vd., 2019). Dispne, solunumun rahat şekilde yapılamaması veya yetersiz solunumu ifade etmektedir. Hastalarda gelişen nefes darlığı hem hastanın günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamakta hem de hastaların sağkalım süresini etkilemektedir (Bahar vd., 2019; Kurt ve Kapucu, 2018). Nefes darlığı gelişen hastalara, psikososyal yönden destek verilmesi, sakin ve rahat ortam sağlanarak gevşeme ve nefes egzersizlerinin öğretilmesi önerilmektedir. Düzenli olarak uygulanan PGE'nin hastalardaki solunum fonksiyonlarını geliştirdiği ve oksijen tüketimini azalttığı bilinmektedir (Kurt ve Kapucu, 2018).

### **2.3.2. Emosyonel Semptomlar**

Anksiyete, depresyon, deliryum, uyku bozuklukları sık görülen semptomlardandır (Bahar vd., 2019). Kemoterapi tedavisi alan kanserli bireylerin çok sık deneyimledikleri birden fazla psikolojik sorun vardır. Bunlardan en çok üzüntü,

endişe, anksiyete ve depresyon görülmektedir (Kurt ve Kapucu, 2018). Yapılan başka bir çalışmada meme kanseri olan hastalarda depresyon ve anksiyete prevalansının yüksek olduğu görülmüştür. Kanserli hastalarda depresyonun %1-50'si oranında görüldüğü belirtilmiştir (Kurt ve Kapucu, 2018). Depresyon taraması kanser tedavisi ortamında rutin olarak yapılmalıdır (Pinquart ve Duberstein, 2010). Depresyonu yönetirken karşılaşılan ağrı, ilaçların yapmış olduğu yan etkiler ve diğer tıbbi durumlar mümkün mertebe kontrol altına alınmalı; aile ve sosyal çevre desteği sağlama, stresi yönetebilme tekniklerini kullanma ve danışmanlık görevi ekip üyelerinin sorumluluğunda olmalıdır. Bir meta-analiz çalışmasında, depresif hastalara yapılan masaj terapisinin belirtileri önemli derecede aza indirdiği sonucuna varılmıştır (Hou vd., 2010). Müzik terapinin de kanser hastalarında tedavinin getirisi olan stres, anksiyete ve depresyonu azaltmada etkin bir yöntem olduğuna dair kanıtlar bulunmuştur (Bradt vd., 2016).

Uyku bozuklukları, kanser hastalarında en sık görülen semptomlar arasındadır. Uyku bozuklukları kanser hastalarında semptom yönetimini zorlaştırmakta ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (Almendros vd., 2020). Uyku, psikofizyolojik sağlığın korunması ve sürdürülmesinde gereklidir. Uykusuzluk, immün sistem fonksiyonlarını azaltarak sitokin ekspresyonunun değişimine, doğal öldürücü hücre sayısının ve aktivitesinin azalmasına, norepinefrin düzeyinin yükselmesine ve anormal kortizol sentezine neden olmaktadır (Wright vd., 2015). Aromaterapide esansiyel yağların içeriğinde bulunan linalool beyin korteksinde glutamat bağlanmasını inhibe eder ve uykuda rahatlama sağlamaktadır (Boehm vd., 2012).

#### **2.4. Hasta Aktivasyonu Kavramı**

Günümüzde, kronik hastalıklar dünya genelinde en büyük sağlık sorunlarından biri olarak ortaya çıkmıştır. Kronik hastalıklar bir yıldan fazla süren ve fonksiyonel kısıtlamalara neden olan, sürekli izleme veya tedavi gerektiren fiziksel veya zihinsel sağlık durumudur (Schmaderer vd., 2016). Başka bir tanıma göre ise uzun süreli, genellikle yavaş ilerleyen, insandan insana geçmeyen hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (Lin vd., 2020). Dünyada her ölümden üçü bulaşıcı olmayan dört ana hastalığa (kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik akciğer hastalıkları ve diyabet) yani kronik hastalıklara bağlanmaktadır (Hajat ve Stein, 2018). Hasta merkezli sağlık bakım sisteminde hastaların sağlık hizmetlerine katılmaları, kendi

sağlıklarından ve aldıkları sağlık hizmetlerinden daha fazla sorumlu olmaları, bilinçli olarak tedavi seçenekleri arasından seçim yapmaları ve sağlıklarını korumak için davranışlarını ayarlayabilmeleri beklenmektedir (Hendriks ve Rademakers, 2014). Hastaların sağlık hizmetlerinde aktif rol alabileceği ve kendi sağlıklarını yönetmede proaktif bir rol üstlenebilmesi kısacası aktif hastanın rolü günümüzde giderek önem kazanmaktadır (Rask vd., 2009).

Hasta aktivasyonu kişinin durumunu veya sağlığını kendi kendine yönetmek için gerekli olan bilgi, beceri, güven ve davranışları olarak tanımlanmaktadır (Hibbard vd., 2004). Literatürde hasta aktivasyonu ve hasta katılımı terimlerinin birbirlerinin yerine kullanıldığı görülmektedir fakat kavramlar birbiriyle ilişkili olsa da özdeş değildir (Carman vd., 2013). Hasta katılımı; hastanın tercihlerine, deneyimlerine ve potansiyeline uygun olarak sağlık profesyonellerinin uzmanlık bilgisinin de birleşimiyle karşılıklı diyalog içinde hastanın karar alma sürecini dâhil olma hak ve fırsatları olarak tanımlanmıştır (Kvael vd., 2018). Hasta aktivasyonu; hastaların sağlıklarını ve bakımlarını yönetmek için bağımsız eylemlerde bulunma isteklerini ve yeteneklerini; hastaların sağlık hizmetlerine katılım düzeyleri ve kronik hastalığı yönetme, sağlık hizmetlerine erişme, hastalık için sağlık hizmeti sunucularıyla ortak olma konusunda bilgi, motivasyon, inanç, güven ve becerilere sahip olma dereceleridir (Hibbard ve Greene, 2013).

Sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi ve maliyetleri kısıtlamayı amaçlayan mevcut sağlık politikaları, önemli ölçüde hastaların bilinçli seçimler yapma yeteneğine dayanmaktadır (Hibbard vd., 2017). Hastaların sağlık hizmetlerinde aktif rol almaları yalnızca hastaların bireysel sağlığı için önemli olmayıp, aynı zamanda sağlık sistemlerinin etkinliği için de önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinde, maliyetlerin kontrol edilmesi ve kalite iyileştirmelerinin gerçekleştirilmesi, aktif ve bilgilendirilmiş tüketicilerin ve hastaların katılımını gerektirmektedir (Hibbard vd., 2004).

Yapılan araştırmalarda yüksek hasta aktivasyon seviyelerinin daha iyi özyönetim, daha düşük hastane yatış oranları, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, düzenli egzersiz, uygun beslenme, ilaca uyumu bildirme, görüntüleme hizmetlerinin daha iyi kullanılması ve sağlık hizmetlerinde maliyetlerin azaltılmasıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Hibbard vd., 2004). Yaş, eğitim düzeyi düşüklüğü ve düşük gelir daha düşük aktivasyon seviyeleri ile ilişkili bulunmuştur (Hibbard vd., 2007). Aktivasyon

puanları yüksek olan hastaların, aktivasyon puanları düşük olanlara kıyasla daha yüksek hasta memnuniyeti, yaşam kalitesi bildirme olasılığı yüksek çıkmıştır. Bunun yanında; hasta aktivasyonundaki artışların, vücut kitle indeksinde azalma, kan şekeri seviyelerinde azalma, kan basıncında azalma ve kolesterolde azalma gibi bir dizi olumlu sağlık sonucuyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Mosen vd., 2007). Ayrıca karar verme, sağlık bilgisi arama davranışı, yaşam tarzı değişikliklerine katılım, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı ve kendi kendine yönetim konularında hastaların olumlu sağlık davranışları gösterdikleri bulunmuştur (Hibbard vd., 2004; Hibbard vd., 2005).

Hasta aktivasyonunun 4 aşaması bulunmaktadır. Bu dört aşama şu adımları içermektedir (Hibbard vd., 2007):

Birinci aşama; Hastalar daha kendi sağlıklarında aktif rol oynaması gerekliliğini kavrayamazlar, ancak pasif sağlık bakım alıcısı olabileceğine inanırlar.

İkinci aşama; Hastalar öz-yönetim konusunda bilgi ve güvenden yoksundur.

Üçüncü aşama; Bu aşama hastanın aktif olmaya başladığını gösterir, hasta harekete geçmeye başlar ancak yeni davranışları destekleyecek güven ve beceriden yoksun olabilirler.

Dördüncü aşama; Hastalar birçok davranış değişikliği yapmış, yeni davranışlar benimsemişler ancak bu davranışlarını stres ve krizler karşısında koruyamayabilirler (Hibbard vd., 2007).

Hastanın etkili bir öz-yönetici olması yolunda bazı aşamaların her birini sırayla geçmesi gerekmektedir. Bu aşamalar, karar öncesi, niyet (tefekkür), hazırlık, eylem ve bakım aşamalarını içeren Transteorik Modeldeki değişim aşamalarıyla bazı benzerliklere sahiptir ve aktivasyon seviyesine uygun hedeflerle başlayıp adım adım aktivasyon seviyesini artırmaya çalışan hastalar, etkili bir kişisel yönetim için güven ve becerilerini sürekli geliştirebilirler (Hibbard vd., 2005).

Bireylerin aktivasyon seviyesine etki eden önemli faktörler; eğitim düzeyi, yaş, cinsiyet, yaşam kalitesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, ilaç uyumu, öz-yeterlilik, hastane yatış oranı, öz bakım davranışları, sağlık okuryazarlığı ve acil servis kullanımındır (Rask vd., 2009). Rask ve ark'ın (2009) diyabet kliniğine başvuran 287 diyabet hastasına yaptıkları araştırmada, yüksek aktivasyon puanı alan hastaların,

düzenli olarak ayak kontrolleri, göz muayeneleri, egzersiz yaptıkları ve diyabet bakımını yönetmede daha az zorluk yaşadıklarını saptamışlardır. Smith ve ark. (2016); hasta aktivasyonu ile yaş (61- 70 yaşları arasındaki katılımcılar en yüksek aktivasyon seviyesindeydi), gelir ve eğitim düzeyi arasında ilişki tespit etmişlerdir. Gleason ve ark'ın (2016) fonksiyonel güçlükleri olan 277 yaşlı popülasyonunda yaptıkları araştırmada hasta aktivasyonunun; yaş, aile desteği, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili zorluklar, depresif belirtiler, kendi kendine bildirilen sağlık durumu ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Gleason vd., 2016). Hibbard ve ark'ın (2017) yaptıkları çalışmada, düşük aktivasyon seviyesine sahip bireylerin, sağlıklarını yönetme ve kendilerine olan güvenlerinin düşük olması, problem çözme becerilerinin sınırlı olması, stresle başa çıkmakta zorluk çekmeleri, bilgi arama ve kullanma olasılıklarının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Fowles ve ark. (2009) aktivasyonun sağlık bilgi arama davranışı, iş performansı, iş tatmini, değişime hazır olma durumu ölçütleri ile olan güçlü pozitif ilişkisini bulmuşlardır. Aktif bireylerin, daha az aktif olanlara göre daha az sağlık riski ve daha yüksek sağlığını koruyucu ve hastalığa özgü özyönetim davranışlarında bulunma, sağlık bilgisi arama ve kullanma olasılıkları daha yüksektir (Fowles vd., 2009). Oi (2012) yaptığı çalışmada, bireylerin aktiflik düzeyi yükseldikçe hekimleriyle iletişim kalitesinin yükseldiği, bakıma erişim ile ilgili problemlerle karşılaşmaları olasılıklarının az olacağı sonucunu bulmuştur.

Hasta aktivasyonu bireyin bilgi, inanç ve becerilerinin toplamıdır. Bireyde bu mezyetler ne kadar yüksekse aktivasyon seviyesi de bununla doğru orantılı olarak yüksek olacaktır. Aktif olan hastalar; öz bakım yönetiminde hizmet sağlayıcılarla iş birliği yapıp, sağlıklarını korumada oynayacakları önemli rolleri olduğunu düşünürler, durumlarını nasıl yöneteceklerini ve koruyacaklarını bilirler, uygun ve kaliteli bakıma erişmek için becerileri ve davranışlara sahiptirler (Hibbard vd., 2004).

## **2.5. Kanser Hastalarında Hasta Aktivasyonu**

Günümüzde, bulaşıcı olmayan hastalıklar küresel ölümlerin çoğundan sorumludur. Kanser 21. yüzyılda dünyanın her ülkesinde yaşam beklentisinin artmasının önündeki en önemli engellerden biri olması beklenmektedir (Bray vd., 2018). Kanser, dünyada ikinci önde gelen ölüm nedenidir ve 2018'deki tahmini 9.6 milyon ölümden sorumludur, küresel olarak 6 ölümden yaklaşık bir tanesi kanserden

kaynaklanmaktadır. Kanserde, benzer seyir devam ettiği takdirde 2030 yılına gelindiğinde yıllık 22 milyon yeni vaka ortaya çıkması beklenmektedir (GLOBOCAN, 2018; Üner vd., 2018). Kanser insidansı ve mortalite hızı dünya çapında hızla artmaktadır. Bu ölüm oranlarını ve hastalığa yakalanmış kişilerde hastalığın tekrarlanma riskini azaltmak için bireylerin, bulaşıcı olmayan hastalıklarda paylaşılan dört önemli risk faktörü olan, tütün kullanımı, alkol kullanımı, sağlıksız beslenme ve fiziksel hareketsizlik durumlarından mümkün olduğunca uzak durması gerekmektedir. Kansere yakalanmış kişilerde sağ kalım oranı ve yaşam kalitesi etkili bir kronik kanser bakımı ile mümkündür. Kronik kanser bakımında bireyler, semptomların yönetimi, karmaşık tedavi rejimlerine bağlı kalma ve hastalığın tekrarlama riskini azaltmak için yeni davranışlar benimsemelidir (Hibbard vd., 2017). Bu sebeple, kanser hastalarının kendi sağlıklarında daha aktif bir rol oynaması şarttır. Bu aktif rolü desteklemenin bir yolu, özerk olmayı ve kişinin sağlığını olumlu bir şekilde etkileyebilecek bilgi, psikososyal ve davranışsal becerilere sahip olmayı içeren güçlendirme ve aktiflik seviyelerini artırmaktır (Groen vd., 2017).

Daha aktive olmuş hastaların tedavi rejimlerine bağlı kalma, koşullarını izleme, önerilen bakımı sağlama ve daha iyi klinik sonuçlara sahip olmaları daha olasıdır (Hibbard ve Greene, 2013). Daha iyi fiziksel fonksiyona ve sosyal desteğe sahip olan kanser sağ kalımlarının öz bakım, öz-yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (Krouse vd., 2016). Hayatta kalanların öz bakım yönetiminde daha aktif olmaları teşvik edilirse, semptom yükü azaltılabilmekte ve yaşam kalitesi artırılabilir (Ekstedt vd., 2019).

Aktive hastalar, kendi tıbbi geçmişleri hakkında bilgi sahibidir, sağlık hizmeti sunucuları ile iş birliği yaparak tıbbi karar alma sürecine katılabilmekte ve sağlıklarını yönetmek için planlar yapabilmekte, bilgi arayabilmekte kısacası pasif bakım alıcıları değildir (Bernat vd., 2017). Kendi kendine yönetimin sağlık sonuçlarını iyileştirebileceği ve sağlık hizmeti maliyetlerini azaltabileceği varsayılmaktadır (Jansen vd., 2018). Hibbard ve ark.'ın (2017), 500 kanser hastasında yaptığı araştırmaya göre; yüksek oranda aktive olan hastaların tedavi planlarının değerlerini yansıttığını hissetme olasılıkları 9 kattan fazla, yan etkilerle başa çıkma olasılığı 4.5 kat, tanı konduktan sonra daha sağlıklı bir diyet başlamanın ise neredeyse 3.3 kat daha fazla olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Daha az aktive olmuş hastaların tanılarını

anlama, tedavi rejimlerini takip etme ve bakımlarından memnun olma olasılığı daha düşüktür. Jansen ve ark.'ın (2018) yaptığı araştırmada, kanser hastalarının sağlık hizmetlerine harcadığı toplam maliyetlerin, düşük aktivasyon seviyesindeki hastalarda daha fazla olduğu sonucu elde edilmiştir. Çalışmada, daha iyi hasta aktivasyonu sağlık ve sosyal açıdan daha düşük toplam maliyetlerle ilişkilendirilmiştir. Bernat ve ark.'ın (2017) araştırmasına göre, kanser tanısı öyküsü olanların, kanser tanısı öyküsü olmayanlara kıyasla yaklaşık %70 daha yüksek oranda aktive olma, tıbbi karşılaşma sırasında daha fazla bilgi isteme ve kanser öyküsü olmayanlara kıyasla reçeteler ve tıbbi konular hakkında araştırma yapmak gibi bazı aktivasyon davranışlarını harekete geçirme olasılığının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Knoerl ve ark.'ın (2018) göre, kanser öz bakımında aktivasyon eksikliği, hastanın kemoterapinin neden olduğu periferik nöropati gibi kanser tedavisi ile ilişkili yan etkilerini izleme ve yönetme yeteneğini tehlikeye atabilmektedir. O'Malley ve ark.'ın (2018) 325 kanser hastasına yaptığı araştırmada (112 prostat kanseri, 213 meme kanseri), meme kanseri hastalarının prostat kanseri hastalarına göre aktivasyon seviyelerinin daha yüksek olduğu sonucunu bulmuşlardır. Ayrıca, prostat kanseri hastalarının, ırk, medeni hal, iş durumu, hane halkı gelirin hastanın aktivasyon seviyesi ile anlamlı düzeyde ilişkili olarak bulmuşlardır (O'Malley vd., 2018). Van Maarschalkerweerd ve ark.'ın (2017) yaptığı çalışmada, düşük hasta aktivasyonu seviyesine sahip çalışan kanser hastalarının, yüksek aktivasyon seviyesindeki hastalara göre daha fazla iş stresi ve konsantre olma sorunları yaşadığı sonucu elde edilmiştir. Aktivasyon seviyesi yüksek olan kanser hastalarının, yorgunluk veya enerji eksikliğinin aktivasyon seviyesi düşük kişilere göre daha az sıklıkta görüldüğü ve yüksek oranda aktive olan çalışan kanserden hastalarının, düşük aktifleştirme seviyesine sahip hastalara göre daha az işe bağlı problem yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır (Van Maarschalkerweerd vd., 2017). Araştırma sonuçlarının da gösterdiği gibi, daha aktif kanser hastalarının, durumlarını yönetme konusunda daha proaktif olmaları, tanılarını anlama, tedavi planları hakkında yeterince bilgi sahibi olma, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını benimseme ve semptomlarını etkili bir şekilde yöneteceği sonuçlarına ulaşılmıştır.

## **2.6. Kemoterapi Uygulanan Meme Kanserli Hastalarda Hasta Aktivasyonu ve Semptom Yönetiminde Hemşirenin Rolü**

Sağlık ekibinde bulunan hemşireler, hastaların ihtiyaçlarının bizzat takibini yapan, hastada gelişen fizyolojik ve psikolojik varyasyonlarla baş edebilmesini sağlayarak iş birliği sağlayan, destekleyen ve bütüncül bakım verenlerdir (Karaca, 2018). Hemşireliğin temel rolü bakımdır (Taylan vd.,2012). Nitelikli ve aktif hemşirelik bakımı, hastane yatış zamanını ve bunun sebep olduğu üretim-işgücü kayıplarının azalmasını, ikincil hastalıkların ve hastalıklara bağlı gelişen komplikasyonların önlenmesini sağlamaktadır (Karadağ ve Taşçı, 2005). Kanseri tanısı almış olan bireylerin nitelikli hemşirelik bakımına ihtiyaçları vardır ve kendilerini duygusal anlamda destekleyecek olan hemşireye ihtiyaç duymaktadırlar (Lusk, 2011). Meme kanseri hastalarının yönetiminde önemli bir role sahip olan hemşirelik profesyonelleri; hastaların terapötik ve farklı tıbbi olaylardaki tecrübelerine, görüş açılarıyla katkıda bulunmaktadır (Vila vd., 2017).

Meme kanseri tanısı alan ve kemoterapi gören hastaların; banyo, giyinme ve hareket gibi aktivite değişikliklerini değerlendirebilme, ağrı, yorgunluk, gastrointestinal sisteme ilişkin semptomları tanıma ve üstesinden gelme gibi öz bakım sorumluluklarını almaları beklenmektedir (Karadağlı ve Ecevit Alpar, 2017). Semptom yönetiminde öz etkililik bireyin belli bir eylemi başarıyla gerçekleştirme ve olayları kontrol edebilme algısı olarak tanımlanmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 1999). Öz etkililik kavramında, birey belirli işleri yapabilmek için kendi işlerini organize edebilmeli ve başarıya ulaşma konusunda kendine inanmalıdır. Öz etkililiğin güçlü olması, bireyin yapmayı planladığı işlerden kaçınmak yerine, ne kadar zor olsa da bu zorlukların üstesinden gelebilecek güçte olmayı ve nihayetinde başarıya ulaşmayı güdüleyen bir motivasyon kaynağıdır (Bandura, 2002). Ayrıca hastaların daha aktif olarak tedavileri konusunda karar verme sürecine dahil olmaları ve sağlık bakımında aktif olmaları istenmektedir. Aktivasyon kişinin sağlığını yönetebilmesi için gerekli gücü ve motivasyonu içermektedir (Yayla vd., 2016). Yüksek aktivasyona sahip olan hastaların, düzenli egzersiz yapma, az yağlı yiyecekler tüketme, daha fazla meyve ve sebze yeme, sigara ve alkol tüketmeme gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yüksek olduğunu tespit edilmiştir (Mosen vd., 2007).

Hemşirelerin kemoterapi uygulamalarında birçok sorumluluğu vardır. Hemşirenin, hasta ve hastanın ailesine kemoterapinin etkilerine karşı bilgilendirme yapması, hastanın tedavisine katılmasını sağlaması, tedavinin yan etkilerini ve toksisitelerini önceden fark edecek bilgide olması sorumluluklarındandır. Hemşire vermiş olduğu bakımla hastalığın ortaya çıkardığı stresörler ile hastanın baş edebilmesine yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Hastaların duygularını dile getirmesi ve kanserli olmanın getirmiş olduğu psikolojik ve fiziksel stresle baş etmesini kolaylaştırmak hemşire için oldukça önemlidir. Hemşirelerin destekleyici rolünün ana amacı hastada sıkıntıya yol açan duyguları anlamasını kolaylaştırmaktır (Hintistan vd., 2015). Kemoterapiye bağlı yan etkilerin belirli bir sistem içinde değerlendirilmesinde ve yan etkiler için düzenlenmiş olan bakımın verilmesinde hemşirelerin çok elzem bir konumdadır (Sü, 2017). Kanser hastalarının bakımında önemli rollere sahip olan onkoloji hemşireleri hasta ve aile üyelerinin yaşadıkları semptomların farkında olmalı, kanıta dayalı uygulamalarla fiziksel ve emosyonel semptomların kontrolünü planlamalı ve semptom yönetimini sağlamalıdır (Bahar vd., 2019).

Günümüzde kemoterapinin uygulandığı hastalarda kemoterapinin yan etkilerine bağlı olarak sıkıntılar yaşadıkları görülmektedir ve bu olay onkoloji sahasında çalışmakta olan sağlık ekipleri için önemli bir konu olmuştur (Hintistan vd., 2012). Kanserli hasta bakım, disiplinlerarası iş birliğini gerektirmekte ve onkoloji hemşireliği bu noktada bütünleştirici ve önemli bir faktördür (Tarakçıoğlu, 2016). Kanserli hastalarda görülen semptomlar; tedaviye devam etmeyi, hayat kalitesini, morbiditeyi-mortaliteyi etkisi altına aldığı için semptom yönetimi konusu onkoloji hemşireliğinde önemlidir (Çelik, 2016). Hastalar her geçen gün hayatlarında sağlıklarını ve bakım ihtiyaçlarını etkileyen seçimler yapmak durumunda kalmaktadır. Bu hastalar sıklıkla karmaşık tedavi rejimlerini ve sağlık durumlarını izlemek, yaşam tarzı değişikliği yapmak, ihtiyaçları olan profesyonel bakımı araştırmak ve karar vermek, problemlerin üstesinden kendi başlarına gelmek durumunda kalabilmektedir. Özellikle bir veya daha fazla kronik hastalık olduğunda kendi sağlıklarını yönetmede etkili rol almak yüksek düzeyde bilgi, beceri ve güven gerektirmektedir (Yayla vd., 2016). Hasta aktifliği, hastaların sağlıklarıyla ilgili karar verme sürecine katılmaları kadar, başarılı bir öz-yönetim ve sağlığı geliştirme için bir öncüdür (Koşar ve Besen, 2015). Hastanın aktiflik düzeyinin bilinmesi önemlidir. Eğer hastanın aktiflik düzeyi bilinir, düzeyine uygun eğitimlerle aktiflik düzeyi yükseltirse, hastalar küçük başarıları tecrübe

edebilecek ve etkili öz-yönetim için gerekli olan güven ve beceriyi ortaya koyabileceklerdir (Hibbard vd., 2005). Kanseri olan bireylerde semptom yönetimi hastanın iyilik halini ve hayat kalitesini yükseltebilmek adına önemlidir. Hastada görülen semptomlar düzenli aralıklarla değerlendirilmeli, fizyolojik semptomlar ile psikolojik semptomların varlıkları incelenmeli, bireyin ve ailesinin tecrübe ettikleri semptomların onlar için önemli olduğu akıldan çıkarılmamalıdır (Uğur, 2014).



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma kemoterapi uygulanan meme kanserli hastalarda hasta aktivasyonu ve semptom yönetimini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, İstanbul'da bulunan bir kamu hastanesinin kemoterapi ünitesinde meme kanseri tanısı konmuş ve kemoterapi uygulanan hastalar ile Kasım 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yapıldığı tarihlerde hastanenin kemoterapi ünitesinde tedavi olan tüm meme kanseri tanısı konmuş hastalar (122) oluşturmaktadır. Dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya istekli olan 122 hastalarla veri toplama işlemi gerçekleştirilmiştir. GPower 3.1 programında çalışmanın güç analizi hesaplanmıştır. Bu çalışmanın sonucuna göre, %95 güç ve 0.05 hata payı ile 0,321 etki büyüklüğü elde edilmiş ve toplanan verilerin yeterli olduğu saptanmıştır (Çapık, 2014).

##### **Dahil edilme kriterleri**

- 18 yaş ve üzerinde olması
- Kemoterapi tedavisinde üçüncü kürünü tamamlamış olan
- Veri toplama araçlarının cevaplayabilecek bilişsel yeterliliği olması
- İletişim probleminin olmaması (işitme, dil, anlama vb.)
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması

-Psikiyatrik tanı almamış olması

### **3.4. Veri toplama araçları**

Araştırma verileri, Hasta Bilgi Formu (Ek 1), Meme Kanseri Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeği (Ek 2) ve Hasta Aktivasyonu Ölçeği (PAM) (Ek 3) ile yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır.

#### **3.4.1. Hasta Bilgi Formu**

Hastaların sosyodemografik özellikleri, (yaş, eğitim, medeni durum) hastalığı ile ilgili bilgileri (süresi, farklı hastalık) içeren 23 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.4.2. Meme Kanseri Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeği (MKKSİYÖEÖ)**

Liang ve ark. (2015) tarafından kemoterapi alan meme kanserli hastalarda semptom yönetimi ve öz etkililiği değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Semiz (2018) tarafından yapılmıştır. Ölçek problem çözme becerisi (7 madde), kemoterapiyle ilgili semptomların yönetilmesi (15 madde) ve duygusal-kişiler arası problemlerin yönetilmesi (5 madde) olmak üzere 3 alt boyut ve 27 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler 0-10 puan Likert skalası (0= hiç emin değilim, 10= çok eminim) aracılığı ile puanlanmaktadır. Ölçeğin tamamı için puan, 0-270 arasında değişmektedir. Ölçek maddelerindeki yüksek puan, kişinin semptomları yönetmelerinin ve öz etkililiğinin yüksek olduğunu göstermektedir. MKKSİYÖEÖ Cronbach Alfa Değeri 0.90 olup, Problem çözme alt boyutu için 0.80, Kemoterapi semptom yönetimi alt boyutu için 0.85 ve Emosyonel ve kişilerarası ilişkilerdeki problem yönetimi alt boyutu için 0.83'dir (Semiz, 2018). Bu çalışmada Cronbach Alfa Değeri 0.96 dur ve alt boyutların Cronbach Alfa Değerleri; Problem Çözme 0.88, Kemoterapi Semptom Yönetimi 0.96 ve Emosyonel ve Kişilerarası İlişkilerdeki Problem Yönetimi 0.88 olarak belirlenmiştir.

#### **3.4.2. Hasta Aktivasyonu Ölçeği (PAM)**

Hibbard ve arkadaşları tarafından (2004) 22 maddelik olarak geliştirilen ölçek 2005 yılında 13 maddelik kısa forma dönüştürülmüştür. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yayla ve ark. (2016) tarafından yapılmıştır. PAM, bireyin

sağlığını ve sağlık bakımını yönetebilmesi için, bilgi, beceri, inanç ve güvenini değerlendirmektedir. Guttman tipi ölçüm aracı olup cevaplar “şiddetle katılmıyorum” ve “şiddetle katılıyorum” şeklinde 1’den 4’e kadar puanlanır ve “uygun değil/ilgisiz” seçeneği mevcuttur. Ölçek değerlendirilirken önce bir ham puan hesaplanır. Örneğin; eğer katılımcı 2 tane “uygun değil/ilgisiz” seçeneği işaretlemişse alınan puan 13’le çarpılır ardından 11’e bölünür ve çıkan değer ondalık sayısına göre yuvarlanır. Sonra 13’den 52’ye kadar olan bu ham puan 0-100 arasında aktivasyon puanına çevrilir. Aktivasyon puanı:

- 47.0 ve daha düşük olanlar seviye 1
- 47.1 ile 55.1 arasında ise seviye 2
- 55.2 ile 67.0 arasında ise seviye 3
- 67.1 ve daha üzerindeyse seviye 4 aktivasyon olarak değerlendirilmektedir.

Ölçeğin Cronbach Alfa Değeri 0.88’dir (Yayla ark., 2016). Bu çalışmada Cronbach Alfa Değeri 0.90’dır.

### 3.5. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı değişken:** MKKSYÖEÖ ve PAM değer ortalamaları

**Bağımsız değişkenler:** Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve hastalık bilgileri

### 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 25 paket programında yapılmıştır. Değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzdeler, aritmetik ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Skewness ve Kurtosis ile değerlendirildi. Skewness ve Kurtosis değerlerine göre normal dağılıma (-2 ile +2 arasında) sahip olmayan ikili bağımsız değişkenlerin analizi için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız değişkenlerin analizi için Kruskal Wallis Testi, farklılıkları belirlemek amacıyla Bonferonni düzeltmesi kullanıldı. Nicel veriler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Spearman’s korelasyon analizi kullanıldı. Korelasyondaki r değeri <0.20 ise çok düşük ilişki, 0.21-0.40 arasında düşük ilişki, 0.41-0.60 arasında orta düzeyde ilişki, 0.61-0.80 arasında yüksek düzeyde ilişki ve 0.81-1.00 arasında çok yüksek

düzyede ilişki olarak değerdendirildi (Turhan ve Helvaci, 2018). Bağımsız değışkeni kullanarak bağımlı değışken üzerindeki etkiyi belirlemek amacıyla regresyon analizi kullanıldı. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerdendirildi.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmayı yapabilmek için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan (25.06.2020 tarih 2020/06 sayı) onay alınmıştır. İlgili hastaneden çalışma yapılmasına ilişkin İl Sağlık Müdürlüğünden (21.10.2020 tarih ve 2020/37 sayı) kurum izni alındı. Örneklem kapsamına alınan her bir hastaya araştırma öncesinde araştırmanın amacına yönelik açıklama yapıldıktan sonra bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izin alındı. Bu çalışma Helsinki Bildirgesi' nin etik standartlarına uygun olarak gerçekleştirildi. Gönüllü katılımcılar çalışmaya dahil edildi ve kişisel kimlik bilgileri gizli tutuldu.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

#### 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Sağlık Özelliklerine Yönelik Bulgular

Hastaların, yaş ortalaması  $40.23 \pm 7.97$  yıl, %99.2'si kadın, %68'i evli, %66.4'ü çocuk sahibi, %69.7'si çekirdek aile yapısına sahip, %36.9'u lise mezunu, %63.1'i çalışmamakta, %48.4'ü ev hanımı, %58.2'sinin geliri gidere eşittir (Tablo 4.1.).

**Tablo 4.1: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (n: 122)**

Değişkenler		Ort±Ss	Min-Max (Median)
Yaş		40.23±7.97	25-60 (39.5)
		N	%
Cinsiyet	Kadın	121	99.2
	Erkek	1	0.8
Medeni Durum	Evli	83	68.0
	Bekar	39	32.0
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	81	66.4
	Hayır	41	33.6
Aile Tipi	Geniş Aile	20	16.4
	Çekirdek Aile	85	69.7
	Tek Başına Yaşıyor	17	13.9
Eğitim Durumu	Okur-yazar	8	6.5
	İlkokul	23	18.9
	Ortaokul	29	23.8
	Lise	45	36.9
	Lisans-Lisansüstü	17	13.9
Çalışma Durumu	Evet	45	36.9
	Hayır	77	63.1
Meslek	İşçi	10	8.2
	Memur	17	13.9
	Esnaf	2	1.6
	Serbest Meslek	16	13.1
	Ev Hanımı	59	48.4
	Emekli	3	2.5
	Çalışmıyor	15	12.3
Ekonomik Durum	Gelir giderden fazla	38	31.1
	Gelir giderden az	13	10.7
	Gelir gidere eşit	71	58.2

Hastaların, %72.1'i daha önce hiç sigara içmemiş ve %96.7'si alkol tüketmemekte, %10.7 düzenli egzersiz yapmakta, %54.9'u sağlık durumunu orta olarak değerlendirmektedir. Hastaların %42.6'sı daha önce hastaneye yatmış, %45.9'unun meme kanseri dışında herhangi bir kronik hastalığı bulunmakta, %47.4'ünün meme kanseri dışında diyabet tedavisi kullanmaktadır. Hastaların, %36.9'unun meme kanseri tanısı alan yakını bulunmakta ve %46.7'sinin yakını annesidir. Katılımcıların, %61.5'i günlük yaşam aktivitelerini yaparken bazen destek almakta, %59.8 hastalıkları ile ilgili eğitim almış ve %54.8'i aldığı eğitimi yeterli bulduğunu ifade etmiştir. Meme kanseri tanısı alma süresi ortalama  $20.72 \pm 14.78$  ay olarak bulunmuştur (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2: Hastaların Sağlık ve Hastalık Özellikleri (n:122)**

Değişkenler		N	%
Sigara İçme Durumu	İçmiyorum daha önce içmedim	88	72.1
	İçiyordum bıraktım	23	18.9
	Evet içiyorum	11	9.0
Alkol Kullanma Durumu	Tüketmiyorum	118	96.7
	Tüketiyorum	4	3.3
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	13	10.7
	Hayır	109	89.3
Egzersiz Türü (n:13)	Yürüyüş	10	76.9
	Voleybol	1	7.7
	Pilates	2	15.4
Sağlık Durumu	İyi	12	9.8
	Orta	67	54.9
	Kötü	43	35.2
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu	Evet	52	42.6
	Hayır	70	57.4
Meme Kanseri Dışında Herhangi Bir Kronik Hastalık Olma Durumu	Evet	56	45.9
	Hayır	66	54.1
Meme Kanseri Dışındaki Kronik Hastalıklar*	Diyabet	27	47.4
	Hipertansiyon	22	38.6
	Astım	11	19.3
	KOAH	5	8.8
	Kalp Yetmezliği	3	5.3
	Diğer**	16	28.1
Meme Kanseri Tanısı Alan Yakını Olma Durumu	Evet	45	36.9
	Hayır	77	63.1

\*Birden fazla seçenek işaretlendi, \*\*Migren, nörolojik ve sindirim sistemi rahatsızlıklar

**Tablo 4.2: Hastaların Sağlık ve Hastalık Özellikleri (Devamı) (n:122)**

Değişkenler		N	%
Kanser Olan Yakını	Teyze	6	13.3
	Kardeş	10	22.2
	Hala	3	6.7
	Anneanne	5	11.1
	Anne	21	46.7
Günlük Yaşam Aktivitelerini Yaparken Destek Alma	Desteğe ihtiyaç duyuyorum	22	18.0
	Desteğe ihtiyaç duymuyorum	25	20.5
	Bazen ihtiyaç duyuyorum	75	61.5
Hastalıkla İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet	73	59.8
	Hayır	49	40.2
Eğitimi Yeterli Bulma Durumu	Evet	40	54.8
	Hayır	7	9.6
	Kararsızım	26	35.6
	Ort±Ss		Min-Max (Median)
Meme Kanseri Tanısı Alma Süresi (Ay)	20.72±14.78		3-84 (17)

#### 4.2. Hastaların Meme Kanseri Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeği ile Hasta Aktivasyonu Ölçeği Ölçüm Ortalamaları

Hastaların MKKSYÖEÖ ile PAM ölçüm ortalamaları Tablo 4.3.'de yer almaktadır. MKKSYÖEÖ puan ortalaması 134.89±44.76, alt boyutlarından Problem Çözme puan ortalaması 49.9±11.15, Kemoterapi Semptom Yönetimi puan ortalaması 56.18±29.36, Emosyonel ve Kişilerarası İlişkilerdeki Problem Yönetimi puan ortalaması 28.81±10.55 bulunmuştur. PAM ham puan değeri ortalaması 36.88±6.07 olup dönüştürülmüş puan ortalaması 52.19±14.31'dir (Tablo 4.3.).

**Tablo 4.3: Hastaların Meme Kanserinde Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeği ile Hasta Aktivasyonu Ölçeği Ölçüm Ortalamaları (n:122)**

	Ort±Ss	Min-Max Puan (Median)	Alınabilecek Min-Max Puanlar
<b>Meme Kanserinde Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeği Toplam Puan</b>	134.89±44.76	22-247 (129.5)	0-270
<b>Problem Çözme</b>	49.9±11.15	18-70 (50)	0-70
<b>Kemoterapi Semptom Yönetimi</b>	56.18±29.36	2-137 (52)	0-150
<b>Emosyonel ve Kişilerarası İlişkilerdeki Problem Yönetimi</b>	28.81±10.55	1-50 (28)	0-50
<b>Hasta Aktivasyon Ölçeği Ham Puan</b>	36.88±6.07	19-51 (36.5)	13-53
<b>Hasta Aktivasyon Puanı</b>	52.19±14.31	22.7-91.6 (48.65)	0-100

#### **4.3. Hastaların Sosyo-Demografik, Sağlık ve Hastalık Özelliklerine Göre Meme Kanserinde Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeği ile Hasta Aktivasyonu Ölçeği Ölçüm Ortalamalarının Değerlendirilmesi**

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre MKKSYÖEÖ ölçüm ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4.'de yer almaktadır. Çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, çalışma durumu ve meslek türüne göre MKKSYÖEÖ alt boyutu olan Problem Çözme değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Eğitim durumuna göre MKKSYÖEÖ değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0.014$ ). Diğer değişkenlerle MKKSYÖEÖ ve alt boyutları değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.4: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre MKKSYÖEÖ Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:122)**

		Problem Çözme		Kemoterapi Semptom Yönetimi		Emosyonel ve Kişilerarası İlişkilerdeki Problem Yönetimi		Meme Kanseri Kemoterapi Semptom Ölçeği	
		Ort±Ss	P	Ort±Ss	P	Ort±Ss	P	Ort±Ss	p
Cinsiyet	Kadın	49.79±11.13	0.213	56.01±29.42	0.475	28.8±10.59	0.902	134.6±44.84	0.508
	Erkek	63±0		77±0		30±0		170±0	
Medeni Durum	Evli	49.11±10.85	0.062	55.76±29.87	0.547	28.75±9.79	0.963	133.61±43.75	0.484
	Bekar	53.87±10.01		59.37±28.83		29.57±11.67		142.8±45.42	
Çocuk Sahipliği	Evet	47.95±11.06	0.005*	55.3±29.8	0.505	28.44±9.97	0.573	131.69±44.27	0.276
	Hayır	53.76±10.43		57.93±28.76		29.54±11.7		141.22±45.61	
Aile Tipi	Geniş Aile	46.45±15.04	0.448	46.45±21.93	0.411	28.6±11.18	0.887	121.5±41.4	0.471
	Çekirdek Aile	50.27±9.76		58.71±31.26		29.13±10.31		138.11±45.24	
	Tek Başına Yaşıyor	52.12±12.3		55±25.76		27.47±11.52		134.59±45.76	
Eğitim Durumu	Okur-yazar <sup>a</sup>	39.5±16.28	0.006* e>a	40.38±23.26	0.093	22.88±11.27	0.064	102.75±44.59	0.014* e>a
	İlkokul <sup>b</sup>	45.91±8.99		49.78±27.12		26.39±10.74		122.09±41.09	
	Ortaokul <sup>c</sup>	48.66±11.39		49.1±26.04		26.55±11.19		124.31±42.96	
	Lise <sup>d</sup>	52.2±9.6		62.04±29.51		30.53±9.02		144.78±40.25	
	Lisans-Lisansüstü <sup>e</sup>	56.24±9.76		68.82±33.88		34.18±10.52		159.24±49.16	
Çalışma Durumu	Evet	55.33±9.68	0.001*	57.22±29.78	0.791	29.8±10.36	0.522	142.36±44.91	0.232
	Hayır	46.73±10.77		55.57±29.29		28.23±10.68		130.53±44.39	
Meslek Türü	İşçi <sup>a</sup>	59.7±6.09	0.001* a>g	64.9±28.92	0.082	32.5±9.97	0.355	157.1±40.25	0.076
	Memur <sup>b</sup>	57.82±8.35		68.24±32.62		33.24±9.82		159.29±45.9	
	Esnaf <sup>c</sup>	59.5±3.54		50±52.33		25.5±9.19		135±65.05	
	Serbest Meslek <sup>d</sup>	49.44±10.86		41.63±18.41		25±10.07		116.06±34.63	
	Ev Hanımı <sup>e</sup>	47.03±10.28		52.85±26.8		28.02±10.04		127.9±40.99	
	Emekli <sup>f</sup>	47.33±19.4		45±30.81		24±12.77		116.33±58.11	
	Çalışmıyor <sup>g</sup>	45.4±11.67		68.4±36.26		29.93±13.11		143.73±54.74	
Ekonomik Durum	Gelir giden fazla	51.5±10.62	0.133	66.29±35.74	0.081	31.45±10.02	0.076	149.24±50.82	0.070
	Gelir giden az	45.62±8.43		47.69±18.29		24.69±7.9		118±29.27	
	Gelir gidere eşit	49.83±11.76		52.32±25.95		28.15±11.01		130.31±42.02	

MKKSYÖEÖ: Meme Kanseri Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etklilik Ölçeği, \*p<0.05

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre PAM ölçüm ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5.'de yer almaktadır. Eğitim durumuna, çalışma durumuna ve meslek türüne göre PAM değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0.05). Diğer değişkenlerle PAM değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05) (Tablo 4.5.).

**Tablo 4.5: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre PAM Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:122)**

		Hasta Aktivasyon Puanı	
		Ort±Ss	P
Cinsiyet	Kadın	52.12±14.35	0.541
	Erkek	60±0	
Medeni Durum	Evli	52.45±14.17	0.326
	Bekar	53.84±14.37	
Çocuk Sahipliği	Evet	51.39±14.4	0.241
	Hayır	53.77±14.18	
Aile Tipi	Geniş Aile	48.05±13.69	0.268
	Çekirdek Aile	53.85±14.58	
	Tek Başına Yaşıyor	48.74±12.73	
Eğitim Durumu	Okur-yazar <sup>a</sup>	41.2±11	0.001* e>a
	İlkokul <sup>b</sup>	45.68±10.63	
	Ortaokul <sup>c</sup>	48.38±11.83	
	Lise <sup>d</sup>	56.33±14.43	
	Lisans-Lisansüstü <sup>e</sup>	61.66±15.24	
Çalışma Durumu	Evet	55.96±15.51	0.039*
	Hayır	49.98±13.17	
Meslek Türü	İşçi <sup>a</sup>	54.83±16.23	0.04*b>f
	Memur <sup>b</sup>	62.06±15.2	
	Esnaf <sup>c</sup>	45.4±2.83	
	Serbest Meslek <sup>d</sup>	51.49±14.87	
	Ev Hanımı <sup>e</sup>	49.19±11.69	
	Emekli <sup>f</sup>	36.5±11.95	
	Çalışmıyor <sup>g</sup>	55.79±16.66	
Ekonomik Durum	Gelir giderden fazla	55.65±15.76	0.315
	Gelir giderden az	50.04±11.81	
	Gelir gidere eşit	50.72±13.76	

PAM: Hasta Aktivasyonu Ölçeği, \*p<0.05

Hastaların sağlık ve hastalık 6zelliklerine g6re MKKSY6E6 6l6m ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6.'de yer almaktadır. Sağlık durumu, daha 6nce hastaneye yatma, d6zenli egzersiz yapma, g6nl6k yaşam aktivitelerini yaparken destek alma ve hastalıkla ilgili eğitim alma durumuna g6re MKKSY6E6 alt boyutu olan Problem 7özme değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Sağlık durumu, g6nl6k yaşam aktivitelerini yaparken destek alma, hastalıkla ilgili eğitim alma ve eğitimi yeterli bulma durumuna g6re MKKSY6E6 alt boyutları olan Kemoterapi Semptom Y6netimi ve Emosyonel ve Kişilerarası İlişkilerdeki Problem Y6netimi değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). D6zenli egzersiz yapma, sağlık durumu, g6nl6k yaşam aktivitelerini yaparken destek alma, hastalıkla ilgili eğitim alma ve eğitimi yeterli bulma durumu g6re MKKSY6E6 değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Diğer değişkenlerle MKKSY6E6 değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık g6stermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.6: Hastaların Sağlık ve Hastalık Özelliklerine Göre MKKSYÖEÖ Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:122)**

		Problem Çözme		Kemoterapi Semptom Yönetimi		Emosyonel ve Kişilerarası İlişkilerdeki Problem Yönetimi		Meme Kanseri Kemoterapi Semptom Ölçeği	
		Ort±Ss	P	Ort±Ss	P	Ort±Ss	P	Ort±Ss	P
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	58.77±9.12	0.002*	66.38±22.56	0.075	34.46±9.79	0.054	159.62±37.18	0.026*
	Hayır	48.84±10.93		54.96±29.92		28.14±10.48		131.95±44.82	
Sağlık Durumu	İyi <sup>a</sup>	59.5±6.43	0.001*	99.75±25.84	0.001*	42.75±5.82	0.001*	202±25.04	0.001*
	Orta <sup>b</sup>	52.49±9.12		62.93±23.01		31.1±8.53		146.52±33.73	
	Kötü <sup>c</sup>	43.19±11.55		33.51±18.31		21.35±8.74		98.05±30.48	
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu	Evet	46.81±11.75	0.014*	51.33±27.91	0.197	26.92±10.69	0.083	125.06±42.48	0.059
	Hayır	52.2±10.17		59.79±30.08		30.21±10.29		142.2±45.31	
Meme Kanseri Tanısı Alan Yakın Olma Durumu	Evet	47.82±13.22	0.299	52.4±27.99	0.384	28.22±11.47	0.764	128.44±45.24	0.368
	Hayır	51.12±9.63		58.39±30.09		29.16±10.04		138.66±44.35	
Günlük Yaşam Aktivitelerinin Yaparken Destek Alma	Desteğe ihtiyaç duyma <sup>a</sup>	43.95±13.69	0.001*	40.91±21.32	0.001*	24.32±10.12	0.001*	109.18±40.09	0.001*
	Desteğe ihtiyaç duymama <sup>b</sup>	56.2±8.42		85.12±26.16		37.36±7.97		178.68±34.11	
	Bazen ihtiyaç duyma <sup>c</sup>	49.55±10.15		51.01±26.06		27.28±9.96		127.84±39.35	
Hastalıkla İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet	52.68±11.15	0.001*	63.7±31.64	0.001*	31.51±10.82	0.001*	147.89±47.03	0.001*
	Hayır	45.76±9.88		44.98±21.39		24.8±8.8		115.53±33.07	
Eğitimi Yeterli Bulma Durumu	Evet <sup>a</sup>	56.25±9.57	0.109	79.55±29.57	0.001*	36±9.48	0.001*	171.8±40.86	0.001*
	Hayır <sup>b</sup>	51.29±7.39		28.57±16.2		21.86±6.15		101.71±21.2	
	Kararsız <sup>c</sup>	47.58±12.41		48.77±21.82		27.19±10.48		123.54±39.12	

MKKSYÖEÖ: Meme Kanseri Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeği, \*p<0.05

Tablo 4.7 incelendiğinde, bağımsız değişkenin MKKSYÖEÖ üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen basit doğrusal regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=6.086, p<0.001). MKKSYÖEÖ ile eğitim durumu (lisans-lisansüstü) arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki

görülmektedir ( $R=0.220$ ,  $p<0.001$ ). Modelde yer alan bağımsız değişkeni MKKSYÖEÖ' nün toplam varyansın %0.48'ini açıklamaktadır ( $p<0.01$ ). Regresyon katsayıları incelendiğinde eğitim durumu lisans-lisansüstü ( $\beta=0.220$ ,  $p<0.001$ ) olması üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.7: Bağımsız Değişken ile Toplam Meme Kanserindeki Kemoterapi Semptom Yönetimi Öz Etkililik Ölçeği Yordanması için Lineer Regresyon Analizi Bulguları**

Model	Değişkenler	Univariable				
		B	S.Hata	Std (B)	t	p
	Lisans-Lisansüstü	28.283	11.465	0.220	2.467	<b>0.015*</b>
<b>F=6.086, R=0.220 R2=0.480 *p&lt;0.05</b>						

Daha önce hastaneye yatma, sağlık durumu, günlük yaşam aktivitelerini yaparken destek alma, hastalıkla ilgili eğitim alma ve eğitimi yeterli bulma durumu göre PAM değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Diğer değişkenlerle PAM değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.8).

**Tablo 4.8: Hastaların Sağlık ve Hastalık Özellikleri Göre PAM Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:122)**

		Hasta Aktivasyon Puanı	
		Ort±Ss	P
Sağlık Durumu	İyi <sup>a</sup>	71.18±15.17	<b>0.001*</b> a>c
	Orta <sup>b</sup>	54.76±12.46	
	Kötü <sup>c</sup>	42.87±9.12	
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu	Evet	48.65±13.7	<b>0.022*</b>
	Hayır	54.81±14.28	
Farklı Kronik Hastalık Olma Durumu	Evet	51.05±14.05	0.564
	Hayır	53.15±14.57	
Meme Kanseri Tanısı Alan Yakın Olma Durumu	Evet	50.73±15.24	0.340
	Hayır	53.03±13.77	
Günlük Yaşam Aktivitelerini Yaparken Destek Alma	Desteğe ihtiyaç duyma <sup>a</sup>	42.06±6.77	<b>0.001*</b> b>a
	Desteğe ihtiyaç duymama <sup>b</sup>	62.96±15.2	
	Bazen ihtiyaç duyma <sup>c</sup>	51.56±13.3	
Hastalıkla İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet	54.9±15.46	<b>0.001*</b>
	Hayır	48.14±11.39	
Eğitimi Yeterli Bulma Durumu	Evet	61.68±16.22	<b>0.007*</b>
	Hayır	45.04±3.8	
	Kararsızım	47.13±10.55	

PAM: Hasta Aktivasyonu Ölçeği, \*p<0.05

Tablo 4.7 incelendiğinde, bağımsız değişkenlerin PAM üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çoklu doğrusal regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=4.661, p<0.001). Bağımsız değişkenler ile PAM arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki görülmektedir (R=0.442, p<0.001). Modelde yer alan bağımsız değişken PAM toplam varyansın %19.6'sını açıklamaktadır (p<0.01). Regresyon katsayıları incelendiğinde lise ( $\beta=0.267$ , p<0.001) olması üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.9: Bağımsız Değişkenler ile Hastalık Aktivasyonu için Lineer Regresyon Analizi Bulguları**

Model	Değişkenler	Univariable					Multivariable				
		B	S.Hata	Std (B)	t	p	B	S.Hata	Std (B)	t	p
1	Çalışma Durumu-Evet	5,974	2,641	0,202	2,262	<b>0,025*</b>	-2,013	3,133	-	-	0,522
	Okur-yazar, ilkokulu bitirmemiş	-11,756	5,145	-0,204	-2,285	<b>0,024*</b>	-7,738	5,328	-	-	0,149
	İlkokul	-8,013	3,245	-0,220	-2,469	<b>0,015*</b>	-3,168	3,747	-	-	0,4
	Lise	6,569	2,629	0,222	2,499	<b>0,014*</b>	7,888	3,205	0,267	2,461	<b>0,015*</b>
	Lisans-Lisansüstü	11,014	3,620	0,268	3,043	<b>0,003*</b>	10,179	5,597	0,247	1,819	0,072
	Memur	11,479	3,608	0,279	3,182	<b>0,002*</b>	5,5	5,475	0,134	1,005	0,317
F=4.661, R=0.442, R2=0.196, *p<0,05											

#### 4.4. Hastaların Yaş, Meme Kanseri Tanısı Alma Süresi ile Meme Kanserinde Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeğinin ve Hasta Aktivasyonu Ölçeğinin Karşılaştırılması

Yaş ile Problem Çözme ( $r=-0.294$ ,  $p<0.01$ ) ve PAM puanı arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=-0.221$ ,  $p<0.05$ ). Yaş ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Meme kanseri tanısı alma süresi ile MKKSYÖEÖ ve PAM puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). PAM ölçüm ortalaması ile Problem Çözme ( $r=0.499$ ,  $p<0.01$ ) pozitif yönde ve orta düzeyde, Kemoterapi Semptom Yönetimi ( $r=0.604$ ,  $p<0.01$ ), Emosyonel ve Kişilerarası İlişkilerdeki Problem Yönetimi ( $r=0.646$ ,  $p<0.01$ ) ve MKKSYÖEÖ ile ( $r=0.677$ ,  $p<0.01$ ) pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.10.).

**Tablo 4.10: Hastaların Yaş, Meme Kanseri Tanısı Alma Süresi İle Meme Kanserinde Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeğinin Ve Hasta Aktivasyonu Ölçeğinin Korelasyon Analizi (n:122)**

Değişkenler		Yaş	Meme Kanseri Tanı Alma Süresi	Hasta Aktivasyon Puanı
Problem Çözme	R	-.294*	0.04	.499*
	P	.001	.665	.000
Kemoterapi Semptom Yönetimi	R	-0.119	.118	.604*
	P	.192	.196	.000
Emosyonel ve Kişilerarası İlişkilerdeki Problem Yönetimi	R	-0.053	0.073	.646*
	P	.565	.427	.000
Meme Kanserinde Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeği	R	-0.155	0.107	.677*
	P	.088	.239	.000

Spearman's \* $p < 0.05$

Tablo 4.11. incelendiğinde, PAM' ın MKKSYÖEÖ üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen basit doğrusal regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=135.485$ ,  $p < 0.001$ ). PAM ile MKKSYÖEÖ arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $R=0.728$ ,  $p < 0.001$ ). Modelde yer alan PAM' ın MKKSYÖEÖ'nün toplam varyansın %53'ünü açıklamaktadır ( $p < 0.01$ ). Regresyon katsayıları incelendiğinde PAM ( $\beta=0.728$ ;  $p < 0.001$ ) değişkeninin MKKSYÖEÖ üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4.11.).

**Tablo 4.11: Meme Kanserinde Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeği ile Hasta Aktivasyonu Ölçeği Skorunun Yordanması için Basit Doğrusal Regresyon Analizi (n:122)**

Model	Değişkenler	Univariable				
		B	S.Hata	Standart (B)	T	P
1	Hasta Aktivasyonu Ölçeği	2.278	0.196	0.728	11.640	<b>0.001*</b>
<b>F=135.485, R=0.728, R2=0.530 *<math>p &lt; 0.05</math></b>						

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Kemoterapi meme kanserinde kullanılan tedavi yöntemlerinden biridir (Kurt ve Kapucu, 2018). Kemoterapi ilaçları tedavi ettiği gibi hastada birtakım istenmeyen yan etkilere de neden olabilmektedir (Semiz, 2018). Görülen bu semptomlar hastanın hayat tarzını, kişisel bakımını, günlük aktivitelerini, hayat kalitesini, semptom yönetme becerisini olumsuz etkileyebilmektedir (Semiz, 2018; Liang vd., 2015). Bu semptomları yönetebilmek, kendi bakımına katılan aktif hastalar ile mümkündür. Aktif hasta sağlığını yönetmeyi, işlevlerin devamlılığını, sağlığın kötüye gitme durumunu nasıl engelleyeceğini bilen kişidir (Hibbard vd., 2004; Hibbard vd., 2007). Bu çalışma, kemoterapi uygulanan meme kanserli hastalarda hasta aktivasyonu ve semptom yönetimini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Elde edilen bulgular literatür ışığında ele alınmıştır.

Çalışmamızda MKKSYÖEÖ ölçüm ortalaması  $134.89 \pm 44.76$  olup semptom yönetimi öz etkililiğin orta düzeyde olduğu bulunmuştur. MKKSYÖEÖ alt boyutlarından Problem Çözme puan ortalaması en yüksek iken Kemoterapi Semptom Yönetimi puan ortalaması en düşük olarak bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde Tabrizi ve ark.'ın (2017) yaptığı çalışmada; MKKSYÖEÖ ölçüm ortalamasının  $167.96 \pm 25.40$  ve hastaların semptom yönetimi öz etkililiğin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Alt boyutlardan en düşük ortalamaya sahip olan emosyonel ve kişilerarası ilişkilerdeki problem yönetimi iken en yüksek olan kemoterapi semptom yönetimi alt boyutu olduğu saptanmıştır. Semiz'in (2018) yaptığı çalışmada, MKKSYÖEÖ ölçüm ortalaması  $182.10 \pm 27.27$  olup hastaların semptom yönetimi öz etkililiğin yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir. Alt boyutlardan en düşük ortalamaya sahip olan emosyonel ve kişilerarası ilişkilerdeki problem yönetimi iken en yüksek olan kemoterapi semptom yönetimi alt boyutu olduğu görülmüştür. Öz-yeterlik, kişinin bir davranışta ne kadar çaba harcadığını, engeller karşısında ne kadar süre hayatta kalacağını ve olumsuz durumlarla baş etmede ne kadar güçlü olduğunu belirlemeye yardımcı olmaktadır. Böylece meme kanseri hastalarının öz-yeterliği ne kadar yüksek olursa, iyileşme çabalarıyla kendi içlerinde ortaya çıkan sorunları aşmaya çalışacak ve sağlık durumlarını bozabilecek durumlardan kaçınacaklardır (Lusiatur vd., 2016). Araştırma sonucunun literatürden farklı olduğu görülmüştür. Bu sonucun, araştırmanın farklı

bölgelerde ve farklı örneklem grubunda yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Eğitim durumu yüksek olan hastalarda MKKSYÖEÖ alt boyutu olan Problem Çözme alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Çalışmamızda eğitim durumu arttıkça semptom yönetiminin daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Çalışmamıza benzer şekilde Borjalilu ve ark.'ın (2017) yaptığı çalışmada akademik eğitim alan hastaların almayanlara göre daha yüksek özyönetime sahip oldukları bulunmuştur. Lusiatur ve ark.'ın (2016) yaptıkları çalışmada da, yüksek eğitim düzeyine sahip meme kanserli bireylerin mevcut sorunları daha kolay çözebileceklerini bildirmişlerdir. Tabrizi ve ark.'ın (2017) çalışmasında da, eğitim düzeyi ile öz-yeterlik arasında anlamlı ilişki bulunmuş ve eğitim düzeyi arttıkça öz-yeterliliğin arttığını göstermiştir. Nejad ve ark.'ın (2015) yaptığı çalışmada benzer şekilde, eğitim düzeyi yüksek olan meme kanseri hastaların öz-yeterlikleri daha yüksek bulunmuştur. Rottmann ve ark. (2010) ve Kiaei ve ark.'ın (2016) çalışması da, meme kanserli kadınlarda eğitim düzeyi ile birlikte öz-yeterliliğin arttığını göstermiştir. Yüksek eğitim düzeyi, insanlara daha mantıklı ve rasyonel düşünmeyi, bir sorunu çeşitli yönlerden görebilmeyi, böylece bir sorunu daha iyi analiz edebilmelerini ve çözebilmelerini öğretmektedir (Lusiatur vd., 2016). Daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireyler hastalıkları ile bilgiye daha kolay ulaşabilecek ve mevcut sorunların üstesinden daha kolay geleceklerdir.

Bu çalışmada sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren hastaların semptom yönetiminin daha iyi olduğu saptanmıştır. Bu, Liang ve arkadaşlarının (2016) sağlık ve refahın iyileştirilmesini etkileyecek sağlık davranışında semptom öz-yeterliliğinde önemli bir rol oynadığını ifade ettiği çalışmasının sonuçları ile uyumludur. Lusiatur ve ark.'ın (2016) yaptıkları çalışmada da, sağlık durumu iyi olan meme kanserli bireylerin semptom yönetimlerinin daha iyi olduğunu bildirmişlerdir. Semptom öz-yeterlilik ve sağlık durumu arasında güçlü bir pozitif etki vardı. Yüksek öz-yeterliliğe sahip hastalar, düşük öz-yeterliliğe sahip hastalardan 4 kat daha iyi sağlık durumunu sahip olduğu bildirilmiştir (Lusiatur vd., 2016).

Bizim çalışmamızda düzenli egzersiz yapan hastaların, hastalığı ile ilgili problemlerle karşılaştığında problemleri daha iyi çözdüğü ve semptom yönetme becerilerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Cihan ve ark.'ın (2018) çalışmasında egzersizin kişilerde

fizyolojik ve psikolojik alanlarda sağlık ile ilgili değerlerinde pozitif etki yaptığı saptanmıştır. Çalışmamızda daha önce hastaneye yatma deneyimi olan hastalar Problem Çözme alt boyutunda yüksek puan almışlardır. Ancak Özbaş'ın (2006) yaptığı çalışmada hastaneye yatmanın hasta üzerinde olumsuz etkilere sebep olacağı bildirilmiştir. Çalışmamızda çıkan sonuca baktığımızda daha önce hastaneye yatma deneyimi olan hastaların olumlu-olumsuz yaşadıkları olaylardan ders çıkarmaları ve bu deneyimleri ile problemlerle karşılaştıklarında daha kolay çözebilecek olmalarından kaynaklı olabilir. Çalışmamızda günlük yaşam aktivitelerini yaparken desteğe ihtiyaç duymayan hastalarda semptom yönetiminin daha iyi olduğu saptanmıştır. Kanserli bireyler, günlük yaşam aktivitelerini yaparken sık sık engel bildirirler (Neo vd., 2017). Daha önce hastalıkla ilgili eğitim alan hastalarda MKKSYÖEÖ ölçüm ortalaması ortalamanın üzerindedir. Eğitim almayan hastaların puanı ise ortalamanın altında kalmaktadır. Başka bir çalışmada da eğitim alan hastaların semptom kontrolünde daha başarılı oldukları bulunmuştur (Erdoğan, 2011). Yine pek çok çalışmada KT'nin muhtemel yan etkilerine karşın verilmiş olan eğitimlerin neticesinde, hastaların semptomları yönetebildikleri, pozitif duygusal davranışlar geliştirebildikleri ve bunlarla birlikte öz-bakım gücünde artış olduğu görülmüştür (Akçay vd., 2012).

Bu çalışmada, genç hastaların, hastalığı ile ilgili problemlerle karşılaştığında problemleri daha iyi çözdüğü bulunmuştur. Tabrizi ve ark'ın (2017) çalışmasında da, yaş ile kemoterapiye bağlı semptomlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu, semptom yönetme etkinliğin yaşla birlikte azaldığı bildirilmiştir. Yapılan sistematik derlemede farklı olarak yaşlı kadınların meme kanserine bağlı ortaya çıkan sorunlarla daha iyi başa çıktıkları belirtilmiştir. Yaşlı kadınların yaşamları boyunca zor durumlarla başa çıkmak için önceden başarılı bir deneyime sahip olmaları nedeniyle meme kanseri tanı ve tedavisine ilişkin prosedürleri kontrol etme konusunda kendilerine daha fazla güven duymaktadırlar (BorjAlilu vd., 2017).

Çalışmamızda PAM dönüştürülmüş puan ortalaması  $52.19 \pm 14.31$  olup hastaların aktiflik düzeyleri 2.aşamadadır ve hastalar öz-yönetim konusunda bilgi ve güvenden yoksundur. Hibbard ve ark.'ın (2007) yaptığı çalışmada PAM ortalama puanı 60.2 olup aktiflik 3. aşamadadır. Magnezi ve ark'ın (2014) yaptığı çalışmada PAM ortalama puanı  $70.7 \pm 15.4$ 'dir ve aktiflik 3. aşamadadır. Pelin'in (2017) yaptığı çalışmada ise PAM ortalaması  $57.81 \pm 18.87$ 'dir ve aktifliğin 3. aşamada olduğu saptanmıştır. Brenk-

Franz ve ark'ın (2013) yaptığı çalışmada PAM ortalaması 68.3 olup 3. seviye aktifliktedir. Tusa ve ark.'ın (2020) yaptıkları çalışmada ise PAM ortalaması 69.9 olup 3. seviye aktifliktedir. Yayla'nın (2016) yaptığı çalışmada, hastaların %92.6'sının aktiflik düzeyinin 1 olduğu, kendine güvende ve kendine güveni sürdürmede eksiklikleri olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonucumuz literatürden farklılık göstermektedir. Bu farklılığın, çalışmaların farklı bölgelerde ve farklı örneklem grubunda yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastanın eğitim durumu ile hasta aktivasyonu arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Lise eğitim düzeyi olan hastaların diğer gruplara göre hasta aktivasyon ortalamasının daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Magnezi ve ark'ın (2014) ile Tusa ve ark'ın (2020) yaptıkları çalışmalarda, eğitim durumu yüksek olan hastalarda aktivasyon ortalamasının yüksek olduğu bulunmuştur. Smith ve ark'ın (2016) yaptıkları çalışmada da en yüksek aktivasyon seviyesi en yüksek eğitim düzeyinde (lisansüstü) görülmüştür. Hibbard ve ark'ın (2007) eğitim düzeyi düşüklüğünün daha düşük aktivasyon seviyeleri ile ilişkili bulmuşlardır. Graffigna ve ark.'ın (2015) yaptıkları çalışmada ise eğitim düzeyine göre PAM puan ortalamasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bizim çalışmamızdaki bireylerin eğitim düzeyi bakımından dağılımları homojen değildir. Tüm gruplardaki sayıların birbirine yakın olması ile daha doğru verinin elde edileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda çalışan hastaların PAM seviyeleri daha yüksek bulunmuştur ve emekli olan hastaların en düşük aktivasyon puanına sahip oldukları görülmektedir. Yayla (2016)'nın yaptığı çalışmada hasta aktivasyonu ile çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır ve en düşük aktivasyon seviyesine sahip hasta gruplarından birinin emeklilerin olduğunu saptamıştır. Araştırma sonuçlarının göstermiş olduğu bu durumun nedeni, emekli olan bireylerin daha az sosyal destek almasından veya ilerlemiş yaştan dolayı yaşam aktiviteleri vb. konularda daha fazla desteğe ihtiyaç duymalarından kaynaklanıyor olabilir. Hastalık ile ilgili eğitim verilen grubun PAM ortalaması, verilmeyen gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Hibbard ve ark.'ın (2009) yaptıkları çalışmada bireylere özel danışmanlık ve eğitim verilmiş ve sonunda bu hastaların aktiflik düzeyinde artış saptamışlardır. Yaptığımız çalışmada daha önce hastaneye yatmayan hastaların aktiflik düzeyleri yüksek çıkmıştır. Begum ve ark. (2011) yapmış olduğu bir çalışmada da aktiflik düzeyi arttıkça hastaneye yatma olasılıklarının azaldığı görülmektedir. Greene ve Hibbard'ın (2012) yaptıkları çalışmada da aktivasyonu yüksek olan hastaların hastaneye yatırılma olasılığını daha

düşük bulmuşlardır. Bu sonuca bakılarak hastaneye yatmayan hastaların aktiflik seviyelerinin yüksek olması beklenen bir durumdur. Çalışmamızda sağlık durumunu iyi olarak nitelendiren hastaların PAM skorunun daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Alegria ve ark.'ın (2009) yaptıkları çalışmada hasta aktivasyonunun kendi bildirdiği sağlık durumu ile yüksek oranda ilişkili olduğu ve daha iyi sağlık bildirenlerin genellikle daha yüksek PAM puanlarına sahip olduğu bildirilmiştir. Yapılan başka çalışmalarda da sağlıklarını genellikle iyi olarak değerlendiren hastaların PAM skorlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Brenk-Franz vd., 2013; Smith vd., 2016; Tusa vd., 2020; Zill vd., 2013). Çalışmamızda kendi bakımını karşılayan, günlük yaşam aktivitelerini yaparken yardıma ihtiyacı olmayan hastaların hasta aktiflik düzeyleri yüksek çıkmıştır. Hastalık yönetiminde aktif olarak yer alan bireylerin, daha fazla öz bakım davranışını yerine getirebildikleri belirtilmektedir (Koşar ve Besen, 2015).

Bu çalışmada PAM ile MKKSYÖEÖ arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki görülmektedir. Hastaların aktivasyon seviyeleri arttıkça semptom yönetimi konusunda daha iyi sonuçlar aldığını görmekteyiz. Magnezi ve ark.'ın (2014) yaptıkları çalışmasında da PAM skoru ile öz-yeterlik arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hibbard ve ark.'ın (2007) yaptıkları çalışmada aktivasyondaki bir artışın, çeşitli öz-yönetim davranışlarındaki olumlu değişikliklere neden olduğunu saptamışlardır. Hibbard ve ark.'ın (2017), 500 kanser hastasında yaptığı araştırmaya göre; yüksek oranda aktive olan hastaların tedavi planlarının değerlerini yansıttığını hissetme olasılıkları 9 kattan fazla, yan etkilerle başa çıkma olasılığı 4.5 kat, tanı konduktan sonra daha sağlıklı bir diyet başlamanın ise neredeyse 3.3 kat daha fazla olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Daha az aktive olmuş hastaların tanıları anlamaya, tedavi rejimlerini takip etme ve bakımlarından memnun olma olasılığı daha düşüktür. Knoerl ve ark.'ın (2018) göre, kanser öz bakımında aktivasyon eksikliği, hastanın kemoterapinin etkisi sebebiyle ortaya çıkan yan etkilerini izleme ve yönetme yeteneğini tehlikeye atabilmektedir. Van Maarschalkerweerd ve ark.'ın (2017) yaptığı çalışmada da aktivasyon seviyesi yüksek olan kanser hastalarının, yorgunluk veya enerji eksikliğinin aktivasyon seviyesi düşük kişilere göre daha az sıklıkta görüldüğü belirtilmiştir. Hibbard ve ark.'ın (2005) çalışmasında hastanın aktiflik düzeyinin artırılması sonucunda hastanın öz-yönetiminde artışın olacağını bildirmişlerdir. Fowles ve ark.'ın (2009) da yaptıkları araştırmada, aktif bireylerin daha az aktif

olanlara göre daha az sağlık riski ve daha yüksek sağlığını koruyucu ve hastalığa özgü özyönetim davranışlarında bulunma, sağlık bilgisi arama ve kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Araştırma sonuçlarının da gösterdiği gibi, daha aktif kanser hastalarının, durumlarını yönetme konusunda daha proaktif olmaları, tanılarını anlama, tedavi planları hakkında yeterince bilgi sahibi olma, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını benimseme ve semptomlarını etkili bir şekilde yöneteceği sonuçlarına ulaşılmıştır.



## ALTINCI BÖLÜM

### SONUÇ

Hastaların kemoterapi semptom yönetimi orta düzeydedir, problem çözme becerisi yüksek ve kemoterapi semptomlarını yönetme becerisi düşük bulunmuştur. Hastaların aktivasyon seviyesi 2'dedir. Hastaların aktivasyon seviyeleri arttıkça semptom yönetim düzeyleri artmaktadır. İleri yaş, düşük eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma durumu, çalışmama durumu, kötü sağlık durumu, daha önce hastaneye yatma durumu, düzenli egzersiz yapmama, günlük yaşam aktivitelerini yaparken destek alma ve hastalıkla ilgili eğitim almama Problem Çözme becerisini; kötü sağlık durumu, günlük yaşam aktivitelerini yaparken destek alma, hastalıkla ilgili eğitim almama ve eğitimi yeterli bulmama Kemoterapi Semptom Yönetimi ve Emosyonel ve Kişilerarası İlişkilerdeki Problem Yönetimi; düşük eğitim düzeyi, düzenli egzersiz yapmama, kötü sağlık durumu, günlük yaşam aktivitelerini yaparken destek alma, hastalıkla ilgili eğitim almama ve eğitimi yeterli bulmama MKKSYÖEÖ olumsuz etkilemektedir. Düşük eğitim düzeyi, çalışmama, emekli olma, daha önce hastaneye yatma, kötü sağlık durumu, günlük yaşam aktivitelerini yaparken destek alma, hastalıkla ilgili eğitim almama ve eğitimi yeterli bulma durumunun hastaların aktivasyon düzeyini olumsuz etkilediği görülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hastaları semptom yönetim ve aktiflik düzeylerinin belli aralıklara değerlendirilmesi,
- Semptom yönetim ve aktiflik düzeylerini yükseltmek için eğitim programlarının düzenlenmesi,
- İleri yaş, düşük eğitim düzeyi, kötü sağlık durumu olan hastaları semptom yönetim ve aktiflik düzeylerini geliştirmek için daha dikkatli olunması,
- Çalışmanın farklı bölgelerde ve daha büyük örneklem grubunda tekrar edilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Açıkgöz, A., Yıldız, E.A. (2017). Meme kanseri etiyolojisi ve risk faktörleri. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 5(1): 45-56.
- Akçay, D., Gözüm, S. (2012). Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 8(4).
- Akdeniz, D., Tunçer, Ş.B., Yazıcı, H. (2018). PTEN gen yolağı ve meme kanseri arasındaki ilişki. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 71(2): 105-110. DOI: 10.4274/atfm.83997
- Aker, S., Öz, H., Tunçel, E.K. (2014). Samsun ilinde yaşayan 20 yaş üstü kadınların meme kanseri riski açısından değerlendirilmesi. *Meme sağlığı dergisi*, 10 (4): 229.
- Aktürk, Ü. (2016). Kemoterapi alan hastalara Watson İnsan Bakım modeline göre verilen bakımın yaşamın anlamı ve semptom yönetimine etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Malatya.
- Alegria, M., Sribney, W., Perez, D., Laderman, M., & Keefe, K. (2009). The Role of Patient Activation on Patient–Provider Communication and Quality of Care for US and Foreign Born Latino Patients. *J Gen Intern Med*, 24: 534–541. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1074-x>
- Al Jishi, T., & Sergi, C. (2017). Current perspective of diethylstilbestrol (DES) exposure in mothers and offspring. *Reproductive Toxicology*, 71: 71–77. <https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2017.04.009>
- Almendros, I., Martinez-Garcia, M. A., Farré, R., & Gozal, D. (2020). Obesity, sleep apnea, and cancer. *International Journal of Obesity*, 44(8): 1653-1667.
- American Cancer Society (ACS), (2018). Breast Cancer 2018. <https://www.cancer.org>  
Erişim Tarihi: 01.12.2021

- Arslan, M. (2014). Meme Kanserli Kadın Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı, Kusma ve Öğürme Üzerine Zencefil Kullanımının Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Ankara.
- Arslan, M., Özdemir, L. (2015). Meme kanserli kadınlarda kemoterapiye bağlı bulantı ve kusma için oral zencefil alımı. *Klinik onkoloji hemşireliği dergisi*, 19 (5).
- Aydoğan, F., Uygun, K. (2011). Kanser hastalarında palyatif tedaviler. *Klinik Gelişim*, 24(3): 4-9.
- Barbaros, M.B., Dikmen, M. (2015). Kanser immünoterapisi. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Fen Bilimleri Dergisi*, 31(4): 177-182.
- Banglia, M. L., Cook, L. S., Mei-Tzu, C., Wiggins, C., Hill, D., Porter, P., & Li, C. I. (2018). Alcohol, smoking, and risk of Her2-overexpressing and triple-negative breast cancer relative to estrogen receptor-positive breast cancer. *International journal of cancer*, 143(8): 1849–1857. <https://doi.org/10.1002/ijc.31575>
- Bahar, A., Ovayolu, Ö., Ovayolu, N. (2019). Onkoloji hastalarında sık karşılaşılan semptomlar ve hemşirelik yönetimi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1): 42-58.
- Bandura, A. (2002). Self-efficacy. *Encyclopedia of Human Behavior*, 4: 71-81.
- Baykara, O. (2016). Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3): 154-165.
- Begum, N., Donald, M., Ozolins, L. Z. & Dower, J. (2011). Hospital admissions, emergency department utilization and patient activation for self-management among people with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 93: 260- 267.
- Bernat, J.K., Coa, K., & Blanch-Hartigan, D. (2017). Cancer survivors as activated patients: Exploring the relationship between cancer history and patient activation. *Journal Of Psychosocial Oncology*, 35(2): 239–247. <https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1265624>

- Bland, I.K., Copeland, E.M., Klimberg, V.S., & Gradishar, W.J. (2018). *The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases*.
- Boehm, K., Büssing, A., & Ostermann, T. (2012). Aromatherapy as an adjuvant treatment in cancer care—a descriptive systematic review. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines*, 9(4): 503-518.
- Borjalilu, S., Kaviani, A., Helmi, S., Karbakhsh, M., & Mazaheri, M.A. (2017). Exploring the role of self-efficacy for coping with breast cancer: A systematic review. *Archives of Breast Cancer*, 42-57.
- Braaten, T., Weiderpass, E., Kumle, M., Adami, H. O., & Lund, E. (2004). Education and risk of breast cancer in the Norwegian-Swedish women's lifestyle and health cohort study. *International journal of cancer*, 110(4): 579-583.
- Bradt, J., Dileo, C., Magill, L., & Teague, A. (2016). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *The Cochrane database of systematic reviews*, (8): CD006911. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006911.pub3>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(6): 394-424.
- Brenk-Franz, K., Hibbard, J. H., Herrmann, W. J., Freund, T., Szecsenyi, J., Djalali, S., ... & Gensichen, J. (2013). Validation of the German version of the patient activation measure 13 (PAM13-D) in an international multicenter study of primary care patients. *PloSone*, 8(9): e74786.
- Cancer (2021). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> Erişim Tarihi: 10.10.2021.

- Carey, M., Lambert, S., Smits, R., Paul, C., Sanson-Fisher, R., & Clinton-McHarg, T. (2012). The unfulfilled promise: a systematic review of interventions to reduce the unmet supportive care needs of cancer patients. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 20(2): 207–219. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1327-1>
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health affairs*, 32(2): 223-231.
- Cihan, A., Özdemir, İ., Gencer, Y.G., Durmaz, M. (2018). Egzersiz ve stres hormonları. *Türkiye Spor Bilimleri Dergisi*, 2(1): 1-14.
- Clarkson, J. E., Worthington, H. V., & Eden, O. B. (2007). Interventions for preventing oral candidiasis for patients with cancer receiving treatment. *The Cochrane database of systematic reviews*, (1): CD003807. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003807.pub3>
- Cleeland, C. S. (2007). Symptom Burden: multiple symptoms and the impact as patient-reported outcomes. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 2007(37): 16-21.
- Çapık, C. (2014). Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3): 196-205.
- Çayır, Y., Işık M. (2012). Terminal dönem kanser hastalarında evde sağlık hizmetleri. *Smyrna Tıp Dergisi*, 1: 87-89
- Çelik, G.H.T. (2016). Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4): 93-100.
- Çıtlak, K., Kapucu, S. (2015). Kemoterapi alan hastalarda görülen oral mukozitin önlenmesi ve tedavisinde güncel yaklaşımlar: Kanıta dayalı uygulamalar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(1): 70-77.

- Çubukçu, N. Ü., Çınar, S. (2012). Kemoterapi alan kanserli hastalarda oral mukozitler önlenbilir mi?. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 2(4): 155-163.
- Dall, G. V., & Britt, K. L. (2017). Estrogen effects on the mammary gland in early and late life and breast cancer risk. *Frontiers in oncology*, 7: 110.
- De Silva, M., Senarath, U., Gunatilake, M., & Lokuhetty, D. (2010). Prolonged breastfeeding reduces risk of breast cancer in Sri Lanka Women: a case-control study. *Cancer Epidemiology*, 34(3): 267-273. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2010.02.012>
- Deng, G. (2019). Integrative medicine therapies for pain management in cancer patients. *CancerJournal (Sudbury, Mass.)*, 25(5): 343.
- Duran, E.T. (2011). Kanser tedavisinin yan etkilerine yönelik alternatif uygulamalar. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(2): 72-77.
- Ekstedt, M., Schildmeijer, K., Wennerberg, C., Nilsson, L., Wannheden, C., & Hellström, A. (2019). Enhanced patient activation in cancer care transitions: protocol for a randomized controlled trial of a tailored electronic health intervention for men with prostate cancer. *JMIR ResearchProtocols*, 8(3): e11625.
- Erdoğan, G.Y. (2011). Kemoterapi alan kanser hastalarında semptomların değerlendirilmesi ve semptom yönetiminde eğitimin rolü. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Sivas.
- Eroglu, C., Eryilmaz, M. A., Cıvcık, S., Gurbuz, Z. (2010). Meme kanseri risk değerlendirmesi: 5000 olgu. *International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 20(2).
- Eroğlu, A., Çiçek, E. (2014). Meme kanserinde moleküler alt tiplere göre cerrahi tedavi yaklaşımları. *Yeni Tıp Dergisi*, 31(2): 83-87.
- Ertem, G., Kalkım, A., Bulut, S., Sevil, Ü. (2009). Radyoterapi alan hastaların evde bakım hizmetleri ve yaşam kaliteleri / Radyoterapi ile tedavi edilen hastaların evde bakım ihtiyaçları ve ihtiyaçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3: 12.

- Fowles, J. B., Terry, P., Xi, M., Hibbard, J., Bloom, C. T., & Harvey, L. (2009). Measuring self-management of patients' and employees' health: further validation of the Patient Activation Measure (PAM) based on its relation to employee characteristics. *Patient education and counseling*, 77(1): 116–122. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.02.018>
- Gleason, K. T., Tanner, E. K., Boyd, C. M., Saczynski, J. S., & Szanton, S. L. (2016). Factors associated with patient activation in an older adult population with functional difficulties. *Patient education and counseling*, 99(8): 1421–1426. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.03.011>
- Gözüm, S., Aksayan, S. (1999). Öz etkililik-Yeterlik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 2(1): 21-34.
- Graffigna, G., Barello, S., Bonanomi, A., Lozza, E., & Hibbard, J. (2015). Measuring patient activation in Italy: Translation, adaptation and validation of the Italian version of the patient activation measure 13 (PAM13-I). *BMC Med Inform Decis Mak*, 15: 109. <https://doi.org/10.1186/s12911-015-0232-9>
- Greene, J., & Hibbard, J. H. (2012). Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *Journal of general internal medicine*, 27(5): 520–526. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1931-2>
- Groen, W. G., Kuijpers, W., Oldenburg, H. S., Wouters, M. W., Aaronson, N. K., & vanHarten, W. H. (2017). Supporting Lung Cancer Patients With an Interactive Patient Portal: Feasibility Study. *JMIR cancer*, 3(2): e10. <https://doi.org/10.2196/cancer.7443>
- Güllüoğlu, B.M. (2008). Meme hastalıklarına yaklaşım: “Meme kanseri için risk değerlendirmesi ve tarama stratejileri”. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 12(1): 9-17.

- Hajat, C., & Stein, E. (2018). The global burden of multiple chronic conditions: a narrative review. *Preventive medicine reports*, 12: 284-293.
- Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S., & Higginson, I. J. (2020). Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *Journal of clinical oncology*, 38(9): 905.
- Hibbard, J. H., Mahoney, E., & Sonet, E. (2017). Does patient activation level affect the cancer patient journey?. *Patient education and counseling*, 100(7): 1276–1279. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.019>
- Hibbard, J. H., & Greene, J. (2013). What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health affairs (Project Hope)*, 32(2): 207–214. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1061>
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stock, R., & Tusler, M. (2007). Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors?. *Health services research*, 42(4): 1443–1463. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00669.x>
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stockard, J., & Tusler, M. (2005). Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health services research*, 40(6): 1918–1930. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00438.x>
- Hibbard, J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R., & Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health services research*, 39(4): 1005-1026. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x>
- 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).
- Hopper, J. L., Dite, G. S., MacInnis, R. J., Liao, Y., Zeinomar, N., Knight, J. A., ... & Terry, M. B. (2018). Age-specific breast cancer risk by body mass index and familial risk: prospective family study cohort (ProF-SC). *Breast Cancer Research*, 20(1): 1-11.
- Hou, W. H., Chiang, P. T., Hsu, T. Y., Chiu, S. Y., & Yen, Y. C. (2010). Treatment effects of massage therapy in depressed people: a meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(7): 894–901. <https://doi.org/10.4088/JCP.09r05009blu>
- Irvin, W., Jr, Muss, H. B., & Mayer, D. K. (2011). Symptom management in metastatic breast cancer. *The oncologist*, 16(9): 1203–1214. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2011-0159>
- Jansen, F., Coupé, V., Eerenstein, S., Leemans, C. R., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2018). Costs from a healthcare and societal perspective among cancer patients after total laryngectomy: are they related to patient activation?. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 26(4): 1221–1231. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3945-8>
- Kabel, A. M., & Baali, F. H. (2015). Breast cancer: insights into risk factors, pathogenesis, diagnosis and management. *Journal of Cancer Research and Treatment*, 3(2): 28-33.
- Kahve, E. (2008). Kemoterapi uygulanan hastalarda masaj uygulamasının yorgunluk ve anksiyete düzeyine etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Sivas.
- Karaca, E. (2018). Kemoterapi alan kanser hastalarında hemşirelik bakımı memnuniyetinin hastalık algısı ve yaşam kalitesine etkisi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

- Karadağlı, F., Ecevit Alpar, Ő. (2017). Bir lek geliştirme alıŐması: Kemoterapi uygulanan hastalarda zbakım yetersizliği kuramına göre öz bakım davranışları leği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10 (3): 168-181. DOI: 10.26559/mersinsbd.315331
- Karadağ, S., Taşçı, S. (2005). Hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1): 13-21.
- Karayurt, . (2020). Meme Kanseri. Can, G.(ed). Onkoloji Hemşireliği GeniŐletilmiŐ ve GncellenmiŐ, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.2.Baskı.
- Kiaei, M. Z., Ferdosi, M., Moradi, R., Chelongar, Q., Ahmadzadeh, M. S., & Bahmanziari, N. (2016). Association between self-efficacy and quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Journal of Inflammatory Diseases*, 20(2): 65-58.
- Kim, J.E., Dodd, M.J., Aouizerat, B.E., Jahan, T., & Miaskowski, C. (2009). A review of the prevalence and impact of multiple symptoms in oncology patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(4): 715-736.
- Knoerl, R., Lee, D., Yang, J., Bridges, C., Kanzawa-Lee, G., Lita Smith, G., & Lavoie Smith, E. M. (2018). Examining the impact of a web-based intervention to promote patient activation in chemotherapy-induced peripheral neuropathyaesses sment and management. *Journal of CancerEducation*, 33(5): 1027-1035.
- Kocaman, Yıldırım, N., Kaçmaz, N. & zkan, M. (2013). İleri evre kanser hastalarının karŐılanmamıŐ bakım gereksinimleri. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 4(3).
- Koçak, Ő., elik, L., zbaŐ, S., Saka, D. S., Tkn, A. & Yalçın, B. (2011). Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 konsensus raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7(2): 47-67.
- Koşar, C., Besen, D. B. (2015). Kronik hastalıklarda hasta aktifliği: Kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(1): 45-51.

- Kozan, R., Tokgöz, V.Y. (2016). Türkiye’de meme kanseri farkındalığı ve tarama programı. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4:185-188.
- Krouse, R. S., Grant, M., McCorkle, R., Wendel, C. S., Cobb, M. D., Tallman, N. J., Ercolano, E., Sun, V., Hibbard, J. H., & Hornbrook, M. C. (2016). A chronic care ostomy self-management program for cancer survivors. *Psycho-oncology*, 25(5): 574–581. <https://doi.org/10.1002/pon.4078>
- Kurt, B., Kapucu, S. (2018). Meme kanserli hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin kemoterapi semptomlarına etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2): 235-249.
- Kvæl, L., Debesay, J., Langaas, A., Bye, A., & Bergland, A. (2018). A Concept Analysis of Patient Participation in Intermediate Care. *Patient education and counseling*, 101(8): 1337–1350. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.03.005>
- Liang SY, Chao TC, Tseng LM, Tsay SL, Lin KC, Tung HH (2016). Symptom Management self-efficacy mediated effects of symptom distress on the quality of life among taiwanese oncology outpatients with breast cancer. *US National Library of Medicine National Institute of Health*, 39(1):67-73.
- Liang, S. Y., Wu, W. W., Kuo, C. Y., & Lu, Y. Y. (2015). Development and Preliminary Evaluation of Psychometric Properties of Symptom-Management Self-Efficacy Scale for Breast Cancer Related to Chemotherapy. *Asian nursing research*, 9(4): 312–317. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.09.001>
- Lin, M. Y., Weng, W. S., Apriliyasari, R. W., VAN Truong, P., & Tsai, P. S. (2020). Effects of Patient Activation Intervention on Chronic Diseases: A Meta-Analysis. *The journal of nursing research: JNR*, 28(5): e116. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000387>
- Lusiatun, L., Mudigdo, A., & Murti, B. (2016). The effect of self-efficacy, family support, and socio-economic factors on the quality of life of patients with breast cancer at Dr Moewardi Hospital. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 1(3): 182-194.

- Lusk B. (2011). Nursing's central role in the care of individuals with cancer: 1900-1940. *Oncology nursing forum*, 38: E1–E6. <https://doi.org/10.1188/11.S1.ONF.E1-E6>
- Magnezi, R., & Glasser, S. (2014). Psychometric properties of the hebrew translation of the patient activation measure (PAM-13). *PloS one*, 9(11): e113391. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113391>
- Meme Kanseri. (2021). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/meme-kanseri.html> Erişim Tarihi: 02.02.2022
- Mosen, D. M., Schmittiel, J., Hibbard, J., Sobel, D., Remmers, C., & Bellows, J. (2007). Is patient activation associated with outcomes of care for adults with chronic conditions?. *The Journal of ambulatory care management*, 30(1): 21–29. <https://doi.org/10.1097/00004479-200701000-00005>
- Nejad, Z.K., Mohajjel Aghdam, A., Hassankhani, H., Asghari Jafarabadi, M., & Sanaat, Z. (2015). Cancer-related self-efficacy in Iranian women with breast cancer. *Women's Health Bulletin*, 2(2): 1-5.
- Neo, J., Fettes, L., Gao, W., Higginson, I. J., & Maddocks, M. (2017). Disability in activities of daily living among adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer treatment reviews*, 61: 94–106. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2017.10.006>
- Oi, K. (2012). *Understanding the Role of Patient Activation in the Association between Patient Socio-Economic Demographics and Patient Experience*. Portland State University.
- O'Malley, D., Dewan, A. A., Ohman-Strickland, P. A., Gundersen, D. A., Miller, S. M., & Hudson, S. V. (2018). Determinants of patient activation in a community sample of breast and prostate cancer survivors. *Psycho-oncology*, 27(1): 132–140. <https://doi.org/10.1002/pon.4387>
- Ovayolu, Ö., Ovayolu, N. (2013). Onkolojide semptom yönetiminde kullanılan kanıt temelli tamamlayıcı yöntemler ve etkileri. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1): 83-98.

- Özbaş, A (2006). Meme kanserli ailelerde sorunlar ve çözümler. *Meme Sağlığı Dergisi*, (2): 3.
- Özdelikara, A., Arslan, B. (2017). Kemoterapiye bağlı bulantı-kusma yönetiminde tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4): 218-223.
- Özdelikara, A. (2013). Meme Kanserli Hastalarda Refleksolojinin Kemoterapiye Bağlı Bulantı, Kusma ve Yorgunluk Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Erzurum.
- Özmen V. (2014). Breast Cancer in Turkey: Clinical and Histopathological Characteristics (Analysis of 13.240 Patients). *The journal of breast health*, 10(2): 98–105. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2014.1988>
- Özmen, V. (2012). Meme Hastalıkları Kitabı. Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF).
- Pekmezci, H. (2013). Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Trabzon.
- Pelin, M. (2017). Kronik hastalık yönetiminde hasta rolü, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya.
- Pinquart, M., & Duberstein, P. (2010). Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 40(11): 1797-1810.
- Rademakers, J., & Hendriks, M. (2014). Relationships between patient activation, disease-specific knowledge and health outcomes among people with diabetes; a survey study. *BMC health services research*, 14(1): 1-9.
- Rask, K. J., Ziemer, D. C., Kohler, S. A., Hawley, J. N., Arinde, F. J., & Barnes, C. S. (2009). Patient activation is associated with healthy behaviors and ease in managing diabetes in an indigent population. *The Diabetes educator*, 35(4): 622–630. <https://doi.org/10.1177/0145721709335004>

- Rossi, R. E., Pericleous, M., Mandair, D., Why and, T., & Caplin, M. E. (2014). The role of dietary factors in prevention and progression of breast cancer. *Anticancer research*, 34(12): 6861–6875.
- Rottmann, N., Dalton, S. O., Christensen, J., Frederiksen, K., & Johansen, C. (2010). Self-efficacy, adjustment style and well-being in breast cancer patients: a longitudinal study. *Quality of Life Research*, 19(6): 827-836.
- Schmaderer, M. S., Zimmerman, L., Hertzog, M., Pozehl, B., & Paulman, A. (2016). Correlates of patient activation and acute care utilization among multimorbid patients. *Western journal of nursing research*, 38(10): 1335-1353
- Semiz, D. (2018). Meme kanserinde kemoterapi semptom yönetimi-öz etkililik ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Shoemaker, L.K., Estfan, B., Induru, R., & Walsh, T.D. (2011). Symptom management: an important part of cancer care. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 78(1): 25-34. <https://doi.org/10.3949/ccjm.78a.10053>
- Smith, S. G., Pandit, A., Rush, S. R., Wolf, M. S., & Simon, C. J. (2016). The Role of Patient Activation in Preferences for Shared Decision Making: Results From a National Survey of U.S. Adults. *Journal of health communication*, 21(1): 67–75. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1033115>
- Sönmez, A. D. (2014). Meme kanseri: Birinci basamakta hormonoterapi yan etkileri hakkında önemli noktalar. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği. Doktora Tezi. İzmir.
- Steiner, E., Klubert, D., & Knutson, D. (2008). Assessing breast cancer risk in women. *American family physician*, 78(12): 1361–1366.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3): 209-249.

- Sü, S. (2017). Nursing education in controlling symptoms in patients undergoing chemotherapy treatment. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 6(6): 90-93.
- Şira, F.S. (2007). Kemoterapi alan onkoloji hastalarında semptomların değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İstanbul.
- Tabrizi, F. M., Alizadeh, S., & Barjasteh, S. (2017). Managerial self-efficacy for chemotherapy-related symptoms and related risk factors in women with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 18(6): 1549.
- Tarakçıoğlu, Ç.G.H. (2016). Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4): 93-100.
- Taylan, S., Alan, S., Kadioğlu, S. (2012). Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14(3): 66-74.
- Turhan, M., Helvacı, İ. (2018). Dönüşümcü, etkileşimsel ve serbestiyetçi liderlik ile içsel ve dışsal doyum arasındaki ilişki. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 6(2): 29-41.
- Tusa, N., Kautiainen, H., Elfving, P., Sinikallio, S., & Mäntyselkä, P. (2020). Relationship between patient activation measurement and self-rated health in patients with chronic diseases. *BMC family practice*, 21(1): 225. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01301-y>
- Türkiye Kanser İstatistikleri (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: 02.12.2021
- Türkiye Kanser Dairesi Başkanlığı (2017). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-anasayfa> Erişim tarihi: 02.12.2021
- Uğur, Ö. (2014). Kanser hastasının semptom yönetimi. *Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi*, 29(3).

- Üner, S., Balcılar, M. ve Ergüder, T. (2018). Türkiye hanehalkı sağlık araştırması: Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2017 (STEPS), Ankara, Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi.
- Van Maarschalkerweerd, P., Rademakers, J., & Rijken, M. (2017). Cancer survivors' activation to self-management and its relationship with participation in paid work and work-related problems. *Psycho-Oncology*, 26(11): 1881-1887.
- Vila, C., Reñones, C., Ferro, T., Peñuelas, M., del Mar Jiménez, M., Rodríguez-Lescure, Á., ... & Colomer, R. (2017). Advanced breast cancer clinical nursing curriculum: review and recommendations. *Clinical and Translational Oncology*, 19(2): 251-260.
- WHO. (2021). Breast cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer> Erişim Tarihi: 02.02.2022
- Wright Jr, K. P., Drake, A. L., Frey, D. J., Fleshner, M., Desouza, C.A., Gronfier, C., & Czeisler, C.A. (2015). Influence of sleep deprivation and circadian misalignment on cortisol, inflammatory markers, and cytokine balance. *Brain, behavior, and immunity*, 47: 24-34.
- Yayla, K. (2016). Yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı ve hasta aktivasyonunun genel sağlığa etkisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Edirne.
- Yayla, K., Caylan, A., Oztora, S., Cecen, C. E., Yilmaz, A. C., Dagdeviren, H.N. (2016). Reliability analysis of the Turkish version of the Patient Activation Measure. *Euras J FamMed*, 5(1): 20-24.
- Yazıcı, O., Özdemir, N. (2018). Meme kanserinde epidemiyolojik veriler, risk faktörleri, risk azaltıcı yaklaşımlar.
- Yeşilbalkan, Ö. U., Akyol, A. D., Çetinkaya, Y., Altın, T., Ünlü, D (2005). Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 21(1): 13-31.

Zill, J. M., Dwinger, S., Kriston, L., Rohenkohl, A., Härter, M., & Dirmaier, J. (2013). Psychometric evaluation of the German version of the Patient Activation Measure (PAM13). *BMC public health*, 13: 1027. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1027>



## EKLER

### Ek 1: Hasta Bilgi Formu

Bu çalışma, kemoterapi uygulanan meme kanserli hastalarda hasta aktivasyonu ve semptom yönetimi değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra şıklarından birini işaretleyiniz. Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirleri alacak, gerekli her türlü yükümlülüğü özenle yerine getireceğiz. Çalışma bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçlamaktadır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, çalışmanın sonuçları katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmakta, verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak ve kimliklerinizi açık edici davranışlardan kaçınılacaktır. Çalışmaya katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeniz durumunda istediğiniz zaman katılımınızı sona erdirebilirsiniz. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

- 1) Yaşınız.....
- 2) Cinsiyetiniz a) Kadın b) Erkek
- 3) Medeni durumunuz a) Evli b) Bekâr
- 4) Çocuğunuz var mı? a) Evet b) Hayır
- 5) Aile tipiniz
  - a) Geniş aile b) Çekirdek aile c) Tek başına yaşıyor
- 6) Eğitim Durumunuz
  - a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul d)Ortaokul e) Lise f) Lisans –Lisansüstü
- 7) Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
- 8) Mesleğiniz
  - a) İşçi b) Memur c)Esnaf d) Serbest Meslek e) Ev hanımı f) Emekli g) Çalışmıyor
- 9) Ekonomik durumunuz
  - a) Gelir giderden fazla b) Gelir giderden az c) Gelir gidere eşit

- 10) Sigara kullanıyor musunuz?  
a) İçmiyorum daha önce içmedim  
b) İçiyordum bıraktım  
c) Evet içiyorum
- 11) Alkol kullanıyor musunuz?  
a) Tüketmiyorum  
b) Tüketiyorum
- 12) Kaç yıldır meme kanseri tanısı aldınız?.....ay
- 13) Daha önce hastaneye yatma deneyiminiz oldu mu? a) Evet b) Hayır
- 14) Meme hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığınız var mı?  
a) Evet (Açıklayınız ..... ) b) Hayır
- 15) Meme Kanseri tanısı alan birinci dereceden yakınınız var mı?  
a) Evet (Açıklayınız ..... ) b) Hayır
- 16) Düzenli egzersiz yapıyor musunuz ? a)Evet Açıklayınız( )  
b)Hayır
- 17) Günlük yaşam aktivitelerini yaparken destek alıyor musunuz?  
a) Desteğe ihtiyaç duyuyorum.  
b) Desteğe ihtiyaç duymuyorum.  
c) Bazen ihtiyaç duruyorum
- 18) Hastalığınız ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı? a) Evet b) Hayır
- 19) Evetse aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz? a) Evet b) Hayır c)  
Kararsızım
- 20) Sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?  
a) İyi b) Orta c) Kötü

## Ek 2: Meme Kanserinde Kemoterapi Semptom Yönetimi-Öz Etkililik Ölçeği

Değerli Katılımcı;												
Aşağıda kemoterapi tedavisine bağlı olarak ortaya çıkan semptomların yönetilmesine ilişkin kendinizle ilgili bazı aktivitelerin listesi yer almaktadır. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve karşılaşmadığınız durumlar olsa bile her bir aktiviteyi kendinizden ne kadar “emin” bir şekilde yapabileceğiniz konusunda size en uygun sayıyı işaretleyiniz.												
Maddeler		Hiç emin değilim										Çok
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Sosyal aktivitelerdeki sorunlarla baş edebilme (örneğin; arkadaşlarla bir araya gelmeyi bırakmak, dedikoduyu bırakmak)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Duygusal stresle baş edebilme (örneğin; güçsüz, endişeli, korkmuş hissetme)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Çarpıntılarla baş edebilme (örneğin; taşikardi)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Yorgunluğu yönetme (örneğin; yorgun, güçsüz hissetme)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Kişiler arası stresle baş edebilme (örneğin; size ilgi gösteren insanlardan dolayı hissettiğiniz stres)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Kusma ve mide bulantısı ile baş edebilme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Hormonal problemlerle baş edebilme (örneğin; gece terlemesi, yüz kızarması gibi)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Duyularınızı ifade edebileceğiniz bir yer arayışında olma (örneğin; dini uygulamalar, resim yapma, kitap okuma gibi)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Tedaviden önce aktif olarak sağlık personeli ile kemoterapinin yan etkileri hakkında konuşma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	Ağız mukozası ile ilgili problemlerle baş edebilme (örneğin; mukoza iltihaplanması, dudaklarda çatlama gibi)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	Tedaviden sonra aktif olarak sağlık personeli ile	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	kemoterapinin yan etkileri hakkında konuşma											
12	Uyku problemleri ile baş edebilme (örneğin; uykusuzluk, uyurken uyaranlara karşı hassasiyet/çabuk uyanma gibi)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13	Yeme problemleri ile baş edebilme (örneğin; yutmada güçlük, iştahta azalma, tat almada değişim gibi)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14	Deri problemleri ile baş edebilme (örneğin; cilt renginde koyulaşma, kızarıklık ve kaşıntı gibi)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15	Enfeksiyonun önlenmesi (örneğin; kansızlığın önlenmesi, kan hücrelerinde azalmanın önlenmesi gibi)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	Ağrı ile baş edebilme (örneğin; kemik ağrısı, kas ağrısı, spazm gibi)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17	Tırnak problemleri ile baş edebilme (örneğin; tırnaklarda koyulaşma, tırnak yapısının bozulması)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	Sosyal gruplardan destek alabilme (örneğin; akran grupları, dini görevliler)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19	Kollar ve bacaklara ilişkin problemlerle baş edebilme (örneğin; uyuşma, kasılma)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20	Kemoterapinin yan etkileri ile baş edebilmek için sağlık personeli ile aktif bir şekilde konuşma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21	Hafıza problemleri ile baş edebilme (örneğin; unutkanlık yaşama)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22	Kemoterapi ile ilgili problemlerle baş edebilmek için internet kaynaklarına ulaşabilme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23	Saç dökülmesi ile baş edebilme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24	Sosyal izolasyon ile baş edebilme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25	Kemoterapiden kaynaklanan iş	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	problemleri ile baş edebilme (örneğin; hastalık nedeniyle dinlenme talebinde bulunma gibi)												
26	Çevresindeki insanlardan destek alma (örneğin; sağlık personeli, aile, arkadaş desteği gibi)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
27	Sindirim sistemi ile ilgili sorunlarla baş edebilme (örneğin; şişkinlik hissi, kabızlık, ishal gibi)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	



### Ek 3: Hasta Aktivasyonu Ölçeği

	Şiddetle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Şiddetle katılıyorum	Uygun değil/ilgisiz
1. Her Őey söylendiğinde ve yapıldığında, sağlık durumumu idare etmekle sorumlu olan kişi benim	1	2	3	4	
2. Kendi sağlık bakımında aktif rol almam sağlığımı ve işlevselliğimi belirleyen en önemli faktördür	1	2	3	4	
3. Sağlık durumu ile ilişkili bazı belirtileri veya problemleri azaltacak veya önleyecek eylemleri yapabileceğim konusunda kendimden eminim	1	2	3	4	
4. Reçete edilen ilaçların her birinin ne işe yaradığını bilirim	1	2	3	4	
5. Sağlık problemimle ne zaman baş edebilirim ve ne zaman tıbbi bakım almaya ihtiyacım olduğunu ayırt edebileceğim konusunda kendimden eminim	1	2	3	4	
6. Sağlık hizmetimi verenlerin sormadığı zaman bile benimle ilgilendiğini kendimden emin olarak söyleyebilirim	1	2	3	4	
7. Evde yapmam gereken ilaç tedavileri uygulayabileceğim konusunda kendimden eminim	1	2	3	4	
8. Sağlık durumumun nedenleri ve tabiatını anlarım	1	2	3	4	
9. Sağlık durumum için mevcut farklı tedavi seçenekleri bilirim	1	2	3	4	
10. Sağlığım için yaptığımyaşam tarzı değişikliklerini sürdürebilmem mümkün olmuştur	1	2	3	4	

11. Sağlık durumumla ilgili daha ileri problemleri nasıl önleyeceğimi bilirim	1	2	3	4	
12. Sağlık durumumla ilgili yeni durumlar veya problemler ortaya çıktığı zaman çözebileceğimden eminim	1	2	3	4	
13. Stresli zamanlarda bile egzersiz ve diyet gibi yaşam tarzı değişikliklerini sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim	1	2	3	4	

#### Ek 4: Hasta Aktivasyonu Ölçeği Puan Dönüştürme Tablosu

HAM PUAN	AKTİVASYON PUANI	HAM PUAN	AKTİVASYON PUANI
13	0.0	33	41.7
14	8.2	34	43.4
15	13.3	35	45.2
16	16.5	36	47.4
17	18.9	37	49.9
18	20.9	38	52.9
19	22.7	39	56.4
20	24.3	40	60.0
21	25.7	41	63.2
22	27.1	42	66.0
23	28.4	43	68.5
24	29.7	44	70.8
25	31.0	45	73.1
26	32.2	46	75.3
27	33.5	47	77.5
28	34.7	48	80.0
29	36.0	49	82.8
30	37.3	50	86.3
31	38.7	51	91.6
32	40.1	52	100.0

## Ek 5: Etik Kurul İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/07/2020-E.1661



**Sayı** : 20292139-050.01.04  
**Konu** : Etik Kurul Kararları

### Sayın Büşra ÖĞÜT

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Kurulumuz 25.06.2020 tarihinde toplanarak, "Kemoterapi Uygulanan Meme Kanseri Hastalarda Hasta Aktivasyonu ve Semptom Yönetiminin Değerlendirilmesi" başlıklı araştırmanızda kullanmak üzere kurula sunmuş olduğunuz Etik Kurul Başvuru Formunuzu onaylayarak imza altına almıştır. Araştırmanızın Etik Kurul Onay Formu ekte yer almaktadır. Bilgilerinizi rica ederim.

**e-İmzalıdır**  
Prof. Dr. Nasuh USLU  
Kurul Başkanı

**Ek:** 3-Büşra Öğüt (3 sayfa)

13/07/2020 Yeminli Katip

: Zeyneb Funda TEZ

Mevcut Elektronik İmzalar

**Evrak Dışına Çıkarmak İçin:** <https://www.uzay.edu.tr/Veri/Duyuru/SNCVM>  
NASUH USLU (Etik Kurulu Başkanlığı - Kurul Başkanı) 13/07/2020 16:22

## Ek 6: Kurum İzin Yazısı



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 15916306-604.01.01  
Konu : Büşra Öğüt'ün Araştırma İzni Hk.

İSTANBUL SULTAN 2. ABDÜLHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 23/09/2020 tarihli ve 54230385-604.02-126 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden hastanenizde hemşire olarak görev yapmakta olan Büşra Öğüt'ün "Kemoterapi Alan Meme Kanseri Hastalarda Hasta Aktivasyonu ve Semptom Yönetimi" başlıklı çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi birimimize iletilmiş olup, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 21.10.2020 tarih ve 2020/37 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.

e-İmzalıdır.  
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU  
Başkan

## Ek 7: Bilgilendirilmiş Onam Formu

### LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz Özer danışmanlığında ve Büşra ÖĞÜT tarafından yürütülen “Kemoterapi Uygulanan Meme Kanserli Hastalarda Hasta Aktivasyonu ve Semptom Yönetiminin Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışmasına davet ediyorum. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Sorulara içtenlikle vereceğiniz cevaplar sağlık hizmeti planlayan biz sağlık çalışanlarına yol gösterici olacaktır. Yaptığım tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma hakkına** sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde** yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

#### 1.Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi işteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

.....

İmzası

# ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Büşra ÖĞÜT

## A. EĞİTİM

### Lisans:

- İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi (2014-2018)

## B. MESLEKİ DENEYİM

- Özel Avicenna Hastanesi (2018-2019)
- Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2019-...)

## C. KONGRE SEMİNER VE KURSLAR

- Öğüt B., Özer Z. (2020) Hasta Aktivasyonu. İZÜ Fen ve Mühendislik Bilimleri Lisansüstü Öğrenci Kongresi. (Özet Bildiri/Sözel Sunum).