

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

**KEMOTERAPİ ALAN HASTALARIN ÖZ BAKIM**  
**YÖNETİMİ VE HASTA GÜÇLENDİRME ARASINDAKİ**  
**İLİŞKİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Gülşen KALAYCIOĞLU**

**İstanbul**  
**Mart-2023**

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

**KEMOTERAPİ ALAN HASTALARIN ÖZ BAKIM YÖNETİMİ**  
**VE HASTA GÜÇLENDİRME ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Gülşen KALAYCIOĞLU**

**Tez Danışmanı**  
**Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK**

**İstanbul**  
**Mart-2023**

## TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

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

Danışman: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Üye: Doç. Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

Üye: Doç. Dr. Öğr. Üyesi Berna DİNÇER

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Erhan İÇENER  
Enstitü Müdürü

## **BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ**

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Kemoterapi Alan Hastaların Öz Bakım Yönetimi ve Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki**” 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.

**Gülşen KALAYCIOĞLU**



## ÖN SÖZ

Yüksek Lisans ve tez çalışmam süresince bilgisi ve donanımıyla benden desteğini, deneyim ve bilgilerini esirgemeyen Hocam ve Danışmanım Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK' e,

Tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimleri ile yardımlarını esirgemeyen Hocam Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER' e,

Eğitim hayatım boyunca her zaman en büyük destekçim olan babam ve annem Yusuf-Rukiye UĞURCUKLU' ya,

Her kararımda yanımda olan eşim Hasan Hüseyin KALAYCIOĞLU' na,

Sabır ve anlayış gösteren evlatlarım Anıl KALAYCIOĞLU ve Altan KALAYCIOĞLU' na,

İş arkadaşlarım İrem Nur ÖZDEMİR, Betül TEMEL ve tüm çalışma arkadaşlarıma,

Minnet ve şükranlarımı sunarım.

**Gülşen KALAYCIOĞLU**

**İstanbul-2023**

**ÖZET**  
**KEMOTERAPİ ALAN HASTALARIN ÖZ BAKIM YÖNETİMİ**  
**VE HASTA GÜÇLENDİRME ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Gülşen KALAYCIOĞLU**

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Mart, 2023 -104 Sayfa

Araştırma, kemoterapi alan hastaların öz bakım yönetimi ve hasta güçlendirme arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı nitelikteki araştırma, İstanbul’da bir eğitim ve araştırma hastanesi onkoloji kliniği ayaktan kemoterapi tedavisi alan 490 hasta ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında Hasta Bilgi Formu, Öz Bakım Yönetimi Ölçeği ve Hasta Güçlendirme Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler; Student’s t test, One-way ANOVA test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Hastaların yaş ortalaması  $53,37\pm 14,36$  yıl olup, %52,8’i kadın, %38,8’i ilköğretim mezunu, %32,2’si emeklidir. Hastaların Öz Bakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ve Öz Koruma, Sosyal Koruma alt boyut puan ortalamaları sırasıyla;  $120,07\pm 13,58$ ,  $73,16\pm 8,59$ ,  $46,91\pm 10,06$  olarak, Hasta Güçlendirme Ölçeği toplam puan ve Kimlik-Özdeşleşme, Kişisel Kontrol, Karar Alma, Bilme ve Anlama, Başkaları ile Etkileşim alt boyut puan ortalamaları sırasıyla;  $3,73\pm 0,55$ ,  $3,82\pm 0,72$ ,  $3,65\pm 0,57$ ,  $3,81\pm 0,65$ ,  $75\pm 0,69$ ,  $3,55\pm 0,96$  olarak bulundu. Öz Bakım Yönetimi ve Hasta Güçlendirme arasında pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ( $r=0,418$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Araştırma sonucunda Öz Bakım Yönetimi arttıkça Hasta Güçlendirme de artmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, Kemoterapi, Öz Bakım, Hasta Güçlendirme

**ABSTRACT**  
**THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-CARE MANAGEMENT  
AND PATIENT EMPOWERMENT OF PATIENTS RECEIVING  
CHEMOTHERAPY**

**Gülşen KALAYCIOĞLU**

MSc, Internal Medicine Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

March, 2023- 104 Pages

The research was conducted to determine the relationship between self-care management and patient empowerment in patients receiving chemotherapy. This descriptive, cross-sectional, and correlational study was conducted with 490 patients who received outpatient chemotherapy at an oncology clinic in a training and research hospital in Istanbul. Patient Information Form, Self-Care Management Scale, and Patient Empowerment Scale were used to collect data. Descriptive statistics, Student's t test, One-way ANOVA test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, Pearson correlation analyses were used to evaluate the data. The mean age of the patients was  $53.37\pm 14.36$  years, 52.8% were women, 38.8% were primary school graduates, and 32.2% were retired. Patients' Self-Care Management Scale total score and Self-Protection and Social Protection sub-dimension mean scores were  $120.07\pm 13.58$ ,  $73.16\pm 8.59$  and  $46.91\pm 10.06$ , respectively, and the Patient Empowerment Scale total score and Identity/Identification, Personal Control, Decision-Making, Knowing and Understanding, Interaction with Others sub-dimension mean scores were  $3.73\pm 0.55$ ,  $3.82\pm 0.72$ ,  $3.65\pm 0.57$ ,  $3.81\pm 0.65$ ,  $3.75\pm 0.69$  and  $3.55\pm 0.96$ , respectively. A positive, moderate, statistically significant relationship was found between Self-Care Management and Patient Empowerment ( $r=0.418$ ;  $p=0.001$ ;  $p<0.01$ ). Our study shows that as Self-Care Management increases, Patient Empowerment also increases.

**Key Words:** Cancer, Chemotherapy, Self-Care, Patient Empowerment

# İÇİNDEKİLER

<b>TEZ ONAYI</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>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>x</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>1</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>5</b>
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1 Kanser .....	5
2.1.1 Epidemiyolojisi .....	6
2.1.2 Etiyolojisi .....	11
2.1.3 Tedavi Yöntemleri.....	12
2.1.3.1 Cerrahi Tedavi.....	13
2.1.3.2 Kemoterapi Tedavisi .....	13
2.1.3.3 Radyoterapi Tedavisi .....	14
2.1.3.4 Diğer Tedavi Yöntemleri .....	15
2.2 Öz Bakım Kavramı .....	16
2.2.1 Öz Bakım Kuramı .....	17
2.2.1.1 Öz Bakım Yetersizlik Kuramı.....	17
2.2.1.2 Hemşirelik Sistemleri Kuramı .....	17
2.2.2 Öz Bakım Gücü.....	19
2.2.3 Öz Bakım Gücünü Etkileyen Özellikler.....	19
2.2.3.1 Kişisel Özellikler.....	19
2.2.3.2 Çevresel Özellikler.....	19
2.2.4 Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Yönetimi ve Hemşirelik.....	20

2.3 Hasta Güçlendirme Kavramı .....	22
2.3.1 Hasta Güçlendirme Programları .....	24
2.3.2 Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Güçlendirme ve Hemşirelik .....	25
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>288</b>
<b>GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>28</b>
3.1 Araştırmanın Amacı ve Türü .....	28
3.3 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	28
3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	28
3.5 Veri Toplama Araçları .....	29
3.5.1 Hasta Bilgi Formu .....	30
3.5.2 Öz Bakım Yönetim Ölçeği-K (SCMP-G) .....	30
3.5.3 Hasta Güçlendirme Ölçeği .....	31
3.6 Verilerin Toplanması .....	32
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi .....	32
3.8 Araştırmanın Etik Boyutu .....	32
3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları .....	32
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>34</b>
<b>BULGULAR .....</b>	<b>34</b>
4.1 Hasta Bilgileri ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı ile İlgili Bulgular .....	35
4.2 Öz Bakım Yönetim Ölçeği ile İlgili Bulgular .....	39
4.3 Hasta Bilgileri ve Hastalığa İlişkin Özellikler ile Öz Bakım Yönetimi Ölçeğine İlişkin Bulgular .....	40
4.4 Hasta Güçlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular .....	46
4.5 Hasta Bilgilerine ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Göre Hasta Güçlendirme Ölçeğine İlişkin Bulgular .....	47
4.6 Hastaların Öz Bakım Yönetimi Ölçeği ve Hasta Güçlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular.....	57

<b>BEŞİNCİ BÖLÜM .....</b>	<b>62</b>
<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>62</b>
<b>ALTINCI BÖLÜM .....</b>	<b>69</b>
<b>SONUÇ.....</b>	<b>69</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>72</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>82</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>92</b>



## TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Hasta Bilgileri ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı .....	35
Tablo 4.2: Öz Bakım Yönetim Ölçeği-K (SCMP-G) Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılım .....	39
Tablo 4.3: Hasta Bilgileri ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Öz Bakım Yönetim Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	40
Tablo 4.4: Hasta Güçlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı..	46
Tablo 4.5: Hasta Bilgilerine ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Hasta Güçlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	47
Tablo 4.6: Öz Bakım Yönetim Ölçeği ve Hasta Güçlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	61

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Normal ve Kanserli Hücreler .....	5
Şekil 2.2: Globocan 2020 Kanser Tanısı Verileri.....	7
Şekil 2.3: Globocan 2020 Kanserden Ölüm Verileri .....	8
Şekil 2.4: Globocan 2020 Kanser İnsidansı Verileri.....	8
Şekil 2.5: Dünya Yeni Kanser Vakası Tahminleri .....	9
Şekil 2.6: Türkiye’de Cinsiyete Göre Kanser Vakaları Dağılımı .....	10
Şekil 2.7: Türkiye’de Cinsiyete Göre Kanser İnsidansı ve Mortalite Oranları .	10
Şekil 2.8: Temel Hemşirelik Sistemi Yapısı .....	18
Şekil 2.9: Orem’in Öz Bakım Yetersizliği Hemşirelik Kuramı Yapısı .....	20
Şekil 2.10: Hasta, Sağlık Sistemi ve Hasta Güçlendirme İlişkisi .....	23
Şekil 2.11: Avrupa Kanser Uygulamaları Kodu .....	26
Şekil 2.12: Öz Bakım Yönetim Ölçeği Toplam Puanı ile Hasta Güçlendirme Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin Dağılımı .....	61

## KISALTMALAR

- AB** : Avrupa Birliği
- ACS** : (American Canser Society) Amerikan Kanser Örgütü
- DNA** : Deoksiribo Nükleik Asit
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- ECO** : (European Cancer Organization) Avrupa Kanser Örgütü
- FDA** : (Food and Drug Administration) Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
- HBC** : Hepatitis B Virüs
- HCV** : Hepatitis C Virüs
- HPV** : Human Papilloma Virüs
- HSK** : Hemşirelik Sistemleri Kuramı
- IARC** : (International Agency for Research on Cancer) Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
- Min** : Minimum
- Mak** : Maksimum
- NIH** : (National Cancer Institute) Ulusal Sağlık Enstitüsü
- Ort** : Ortalama
- ÖBG** : Öz Bakım Gücü
- ÖBYK**: Öz Bakım Yetersizlik Kuramı
- RNA** : Reoksiribo Nükleik Asit
- SDP** : Sağlıkta Dönüşüm Programı
- SPSS** :(Statistik Packets for Social Scienses) Sosyal Araştırmalar için İstatiksel Program Paketi
- TDK** : Türk Dil Kurumu
- UV** : Ultraviyole

# BİRİNCİ BÖLÜM

## GİRİŞ

Dünyada mortalitenin ve morbiditenin önemli nedenleri arasında kronik bir hastalık olarak tanımlanan kanser, doku veya organlardaki hücrelerin anormal olarak kontrolsüz şekilde bölünmesiyle çoğalarak yakın doku ve organlara yayılmasıyla karakterize bir hastalık grubudur (Çetinkaya ve Şahin, 2020).

Günümüzde kanser, her geçen gün artan ve yaygınlaşan, sonuçlarıyla tüm toplumu etki altına alan Türkiye ve diğer ülkelerde en önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı-International Agency for Research on Cancer (IARC)'nın 2022 yılı istatistik verilerine göre kanserin erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere karşın 19,3 milyon yeni kanser hastasının saptandığı ve 9,9 milyon kişinin de kanser hastalığı sonucu öldüğü bildirilmiştir (IARC, 2022). Kanser hem ülkemiz ve hem de dünyadaki ölüm sebepleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Dünya genelinde yaklaşık her 6 ölümden biri kanser nedeniyledir (DSÖ, 2021). Yine IARC raporuna göre, Türkiye'de 2020 yılında 234 bin yeni kanser vakası belirlenmiş olup, kansere bağlı yaşam kaybı ise 126 bin olarak gerçekleşmiştir (IARC, 2022).

Kanser hastalığını tedavi etmede uygulanan kemoterapi, doğal veya sentetik kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan bir tedavi yöntemidir. Tedavide kullanılan ilaçlar, kanserli hücrelerin büyümesini, gelişmesini ve aynı zamanda çoğalmasını da engellerken, sağlıklı hücrelerinde ölümüne yol açarak yan etkiye sebep olmaktadır. Tedavi sonucu oluşan yan etkiler kanser hastalarının yaşam kalitesine ve yaşamsal aktivitelerine olumsuz olarak etki ederek öz bakım gereksinimlerini karşılayamamalarına neden olmaktadır. Bundan dolayı kanser hastalarının uygulanan tedaviye bağlı olarak gelişen istenmeyen yan etkilere karşı tedavi gördüğü süre boyunca ve tedavisi bittikten sonra da öz bakımlarının sürdürülmesi çok önemlidir (Karadağlı ve Alpar, 2017).

Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi hastalıklar küresel olarak sık rastlanan başlıca kronik hastalıklardır (Hançerlioğlu ve Şenuzun Aykar, 2018). Kronik hastalık tedavi yaklaşımı ana etki alanı; tedavi ve bakım yönetiminin sağlanmasıdır. Kronik hastalıklarda öz

yönetim, karar verme sürecinin sonucu olarak sağlık davranışı ile yakından ilgilidir (Ertürk Yavuz ve Gürsoy, 2021). Öz bakım, yaşamı, sağlığı ve iyilik halini devam ettirmek için kişiler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinliklerdir. Öz bakım bireylerin kişisel merak, eğitim ve sağlık yönünden tecrübeleriyle öğrenilmiş olan davranışlarıdır. Öz bakımını kendi kendine yapabilen birey, öz bakım gereksinimlerini yeterli ve uygun şekilde karşılayabilecek, kişi kendi sağlığının sorumluluğunu üstlenebilecek böylece başkalarına bağımlı olmayacaktır. Öz yönetim; bireyin bir görevi uygun olarak yönetebilmesi için gözlemlene, kararlar alma, gerçekçi tepkiler verme sürecidir. Hemşire, yaşamın devamlılığı, sağlığın sürdürülmesi, hastalıklar, travma ve bunların etkisiyle baş etmede ve sağlığını normal duruma getirmede öz bakım ihtiyacının sağlanması ve yönetiminden sorumludur. Kişilerin kendi sağlığına hangi düzeyde katılıp katılmadığının değerlendirilmesi ancak öz bakım yönetimlerinin değerlendirilmesi ile sağlanabilir. Kronik hastalık tanısı olan kişilerin mevcut ya da tedavi sonrasında gelişebilecek problemlerinin giderilmesinde, hastalıklarına ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum göstermeleri büyük önem taşımaktadır. Bu uyum sağlama durumu yalnız öz bakımlarının artırılmasıyla, öz bakımlarının artırılması da öz bakımlarını yönetebilmeleriyle mümkündür (Karadağlı ve Alpar, 2017).

Güç, fikir ve ahlak yönünden etki etme ya da bir etkiye karşı koyabilme yeteneği, kuvvet, efor olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2021). Hemşireler; hasta, hekim ve diğer sağlık profesyonellerini etkileyebilmek için güce ihtiyaç duyarlar. Güçlendirme, bireylerin ve grupların kendi refahlarını sağlamak için hareket edebilme kabiliyetleri veya kendilerini ilgilendiren, yoksul ve marjinal toplumlar arasında araştırmaya ve sosyal müdahaleye rehberlik eden karar alma süreçlerine katılma hakkı gibi ilkelere atıfta bulunur (Çelebi, 2019: 5). Güçlendirme bireylere, topluluklara, aile bireylerine ve gruplara kendilerinin ve çevrelerinin onlara sağladığı çeşitli kaynakları keşfetmelerine ve bu kaynakları kullanabilmelerine yardımcı olma isteği ve yardım etme sürecidir. Bireylerin etkili kararlar alabilme kabiliyetini artırır, kendilerini diğerleriyle entelektüel ve duygusal yönden eşit seviyede görmesini sağlar, doğru bildiklerini ve haklarını savunma gücü verir. Güçlendirme etkinliklerinin felsefesinde, “iş birliği”, “sorun çözme”, “katılım”, “terapötik ilişki”, “eşitlik” ve “karar verme” kavramları yer

alır. Güçlendirme, hastalar ile sağlık çalışanları arasındaki bağın, rollerin ve hasta özerkliğinin daha çok desteklenmesi, hastaların bakım şartları ile ilgili kararlara katılması şeklinde açıklanabilir. Yapılan araştırmalar, kronik hastalıklar yönünden en etkili profesyonel destek şeklinin “güçlendirme modeli” olduğunu göstermektedir. Sağlık profesyonelleriyle güçlendirme temelli bir ilişkide, bilgi-beceri-güven daima profesyonelden hastalara doğru aktarılır. Böylelikle hastalar profesyonellere gerek duymaz ve kendi kendini yönetebilirler (Kaya ve Işık, 2018).

Hasta güçlendirme, hastanın eğitimi, tedavide sorumluluk alması ile sağlık hizmetlerini yönetmede aktif katılımının sağlanması şeklinde de açıklanmaktadır (Russo vd., 2019). Hasta güçlendirme, hemşirelerin aktif olarak rol aldığı bir süreç ve sonuçtur. Hemşireler, doğrudan hastalarla çalışarak, bireyin ve toplumların güçlendirilmesini etkileyen sosyal, politik ve çevresel faktörlere hitap ederek güçlendirme sürecini teşvik edebilir. Güçlendirme, hemşirelerin etik ilkelerden biri olan özerklik ilkesi ve hasta savunuculuğu rolüyle ilgilidir. Güçlendirmeye olanak sağlamak, hemşirelerin yetkilerinden feragat etmeyi ve hastaları eşit birer partner olarak görmeyi öğrenmesini gerektirir. Güç ve kontrol konularının hasta bakımını etkilediği ve sürekli değişen ve zorlaşan bir sağlık hizmeti sunum ortamında, hemşirelerin hasta güçlendirmesine etkin bir şekilde olanak sağlaması gereklidir (Burghardt ve Nathaniel, 2013). Sağlık hizmetlerinde kaynakların etkili ve verimli kullanılması, tedavi sürecinin daha etkili yönetilmesi için hastanın güçlendirilmesi önemlidir. (Kaya ve Işık, 2018).

Kanser hastalarında güçlendirme temelli yaklaşımının odak noktası, bireylere problem çözme sürecinde gerekli olan becerilerin kazandırılmasının sağlanmasıdır. Hasta ve ailesinin karşı karşıya kaldığı sorunların çözümünde sorumluluk alması, sosyal yaşama aktif bir şekilde katılmaları ve sosyal hizmet kaynaklarını kullanması çok önemlidir (Danış ve Özhan, 2019).

Hasta güçlendirme faaliyetlerinin etkin olarak uygulanması, hastanın kendi hastalığının öz bakım yönetimi konusunda daha etkili olmasını sağlayacak ve sağlık kuruluşlarına olan bağımlılığını en aza indirmeye yardımcı olacaktır. Özel olarak kanser hastalarında bu durum hastanın kendini daha güvende ve öz kontrole sahip hissetmesini sağlayacaktır. Sağlık profesyonellerinin hastalarla kendi sağlıkları yönünden paternalist yaklaşımdan uzaklaşıp birlikte motive edici

görüşmeler yaparak hasta otonomisi yönünden önemi olan katkılarda bulunması daha fazla hasta doyumunu sağlayacaktır. Kemoterapi alan hastalar için öz bakım yönetimi güçlendirilmiş olmak uzun süre bakım gerektiren koşulların yönetiminde hastaların kişisel kararlar verebilmelerini, tercihlerini yönetebilmelerini kapsamaktadır. Her şeyden önce kronik hastalık tanısı konulan hasta sayısının giderek artış göstermesi nedeniyle, bu durumda verilen sağlık bakım hizmetlerinin arttırılması yalnız başına yeterli olmayacaktır. Bu nedenle hastaların da bu sürece dahil edilerek sağlık hizmetleri yönünden sorumlulukların paylaşılması makro açıdan da sağlık verilerini olumlu açıdan etkileyeceği düşünülmektedir. Diğer bir yönden hasta güçlendirmenin yalnızca sağlık profesyonelleri tarafından hastalara aktarılan bir yol olmadığı, güçlendirilmiş hastaların da benzer hastalığa sahip hastalar ile iletişim kurabilecekleri olanaklar düşünüldüğünde hasta güçlendirme hakkında atılacak adımların daha çok önemli olacağı belirtilebilir (Yılmaz vd., 2020).

Bu bilgilerden yola çıkarak araştırmada, kemoterapi alan hastaların öz bakım yönetimi ve hasta güçlendirme arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## İKİNCİ BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

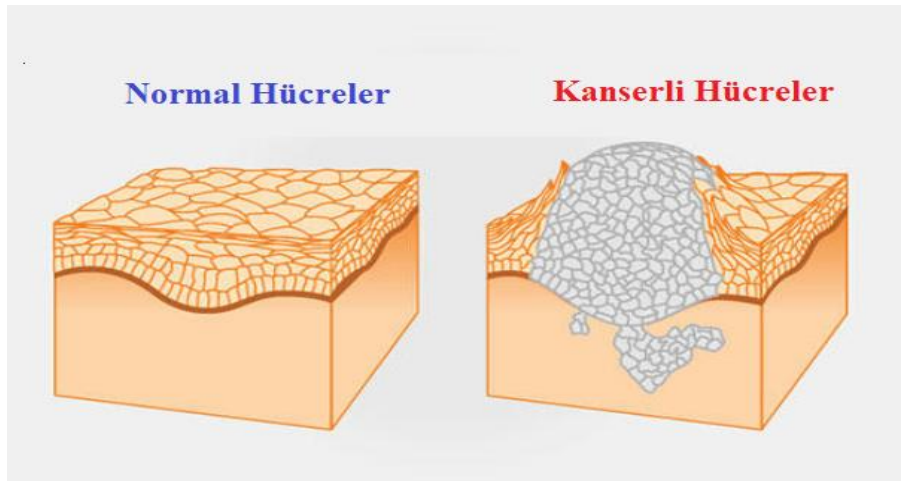
#### 2.1 Kanser

Kanser, insanlık tarihi boyunca tanınan ve milattan önce 3000’li yıllardaki kayıtlarda yer alan bir hastalık türüdür. İlk defa, milattan önce 3. yüzyılda tıbbın ataları olarak kabul gören ünlü Grek hekimler Hipokrat ve Galen tarafından Latince yengeç (*carcinus*) ve şişme (*oncos*) anlamlarına gelen sözcükler ile tanımlanmıştır (Baykara, 2016).

Kanser, hücrenin kontrolsüz şekilde farklılaşması, köken aldığı organa ve diğer organlara yayılımı ve metastazı ile tanımlanan bir tür hastalık grubudur. Dünyada en başta yer alan ölüm sebepleri arasında olup, toplum sağlığı ve yükselen yaşam beklentilerinin önündeki engel olarak kabul edilmektedir (Tanık ve Naz, 2022).

Kanseri ifade etmek için kullanılan diğer evrensel terimler, malign tümör ve neoplazma’dır. Organizmada neredeyse her bölümü etkileyen kanserin türüne göre özel yönetim stratejileri gerektiren farklı anatomik ve moleküler alt tipleri bulunmaktadır (NIH, 2021).

Normal ve kanserli hücreler arasındaki fark Şekil 2.1’de gösterilmektedir.



**Şekil 2.1: Normal ve Kanserli Hücreler**

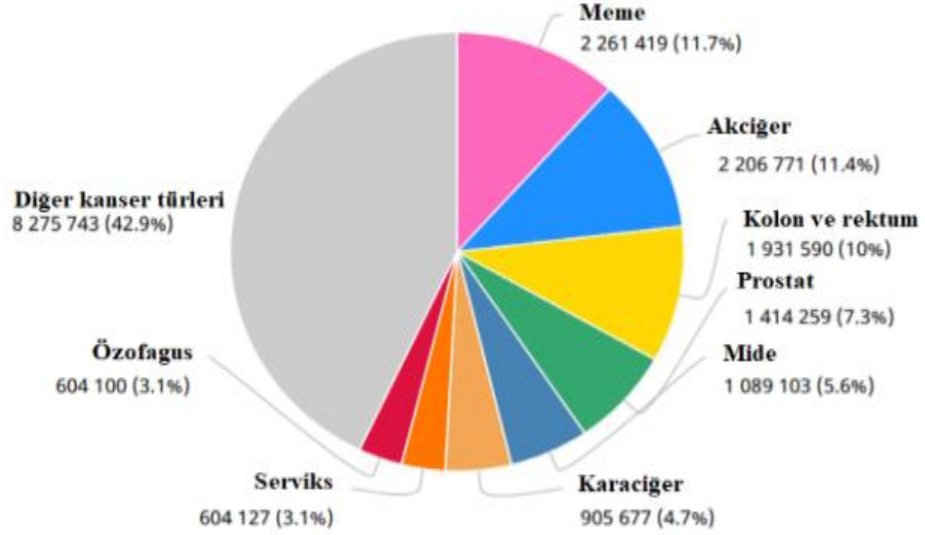
**Kaynak: NIH, 2021**

Kanser tanısının konması tüm yönleriyle psikolojik problemlere neden olmakta ve bu süre zarfında uygulanan tıbbi girişimler hastaların yaşamlarını olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Yapılan çalışmalar genel olarak incelendiğinde, kanser tanısı konulduktan sonra, tedavi esnasında ve tedaviden sonraki aşamaların etkileri ayrıca değerlendirilmektedir. Kanser hastalarında uygulanan tedaviye yönelik bilimsel bir derlemede hastaların kanserden ziyade kanser ile ilişkili problemlere (anksiyete, yorgunluk gibi) yönelik yapılan tedavilerinden memnun olmadıkları belirtilmektedir. Bu problemleri en aza indirecek tedavi programlarına gerek duyulduğu öne sürülmektedir. Bu durum psikolojik müdahalelerin önemini vurgulamaktadır. Kanser hastalarının karşılaştıkları sıkıntılar ve yaşamlarının iyileştirmek için yapılan çalışmalarla beraber psikolojik müdahalelere olan ilgi de her geçen gün artmaktadır (Güçlüel ve Can, 2022; Yastıbaş ve Dirik, 2018).

Kanser insanlığın karşısına çıkan en büyük ve önemli problemlerden birisidir. Bu problemin çözülmesi ise çok daha karmaşık ve basamakları olan bir süreci içerir. Bu amaç doğrultusunda Dünya'nın birçok yerinden doktor ve bilim insanı kanser ve kanserle ilişkili hastalıkları tedavi etmek için pek çok yöntemler geliştirmekte ve denemektedirler. Zamanla daha yeni ve etkili teknolojilerin geliştirilmesi ve kullanılmasıyla birlikte kanser artık insanlık için bir sorun olmaktan çıkacaktır (Baykara, 2016).

### **2.1.1 Epidemiyolojisi**

Kanser, dünyanın her ülkesinde önde gelen bir ölüm nedeni ve artan yaşam beklentisinin önünde önemli bir engel olarak yer almaktadır. Kanser, DSÖ'nün 2019 yılı verilerine göre, 183 ülkenin 112'sinde 70 ve öncesi yaş gruplarında en yüksek ölüm nedeni olan hastalık grubudur. Kalan 23 ülkede ise ilk dört ölüm nedeni arasında üçüncü sırada yer almaktadır (Sung vd., 2021).

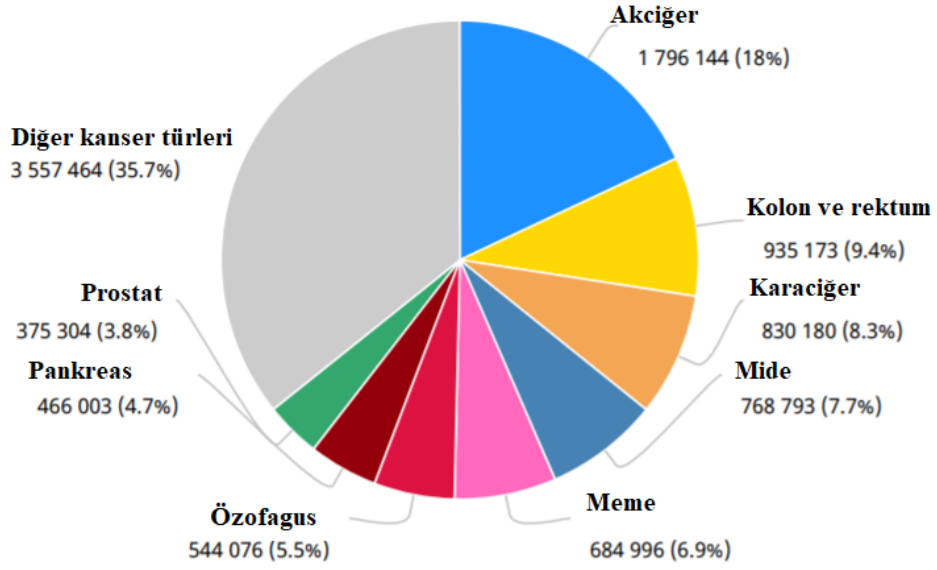


**Şekil 2.2: Globocan 2020 Kanser Tanısı Verileri**

**Kaynak:** DSÖ Globocan, 2021a

Dünya Sağlık Örgütü Küresel Kanser Gözlemevi (DSÖ Globocan) 2020 yılı verilerine göre, dünyada yeni tanısı konulan kanser türlerinin tüm cinsiyetler ve yaşlara göre rakamları Şekil 2.2’de gösterilmektedir. Buna göre, 2020 yılı itibariyle toplam 19,2 milyon kişiye kanser tanısı konulmuştur. Toplam rakamın %11,7’si meme, %11,4’ü akciğer, %10’u kolon ve rektum, %7,3’ü prostat, %5,6’sı mide, %4,7’si karaciğer, %3,1’i serviks, %3,1’i özofagus ve %42,9’u ise diğer kanser türleridir (DSÖ Globocan, 2021a).

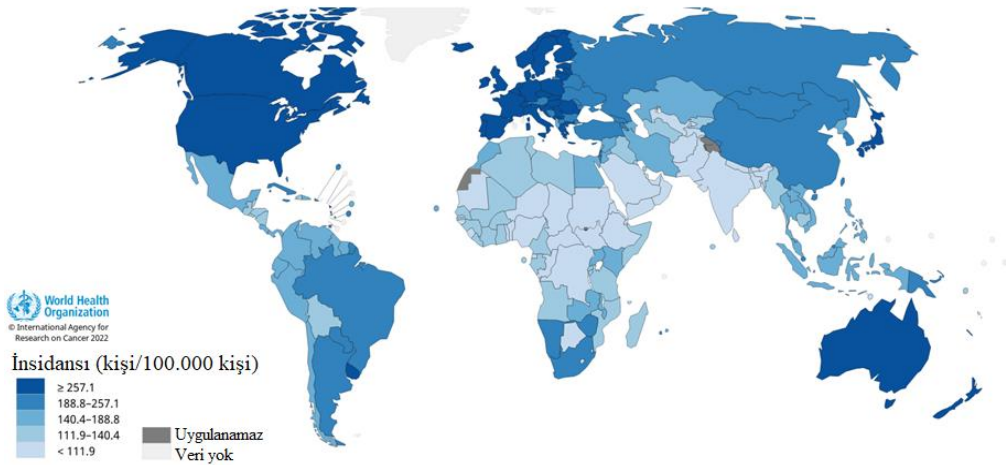
Globocan 2020 raporuna göre, kanserden ölüm verileri Şekil 2.3’ te gösterilmektedir. Tüm dünya genelinde toplam 9,9 milyon kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Bu rakamın %18’i akciğer, %9,4’ü kolon ve rektum, %8,3’ü karaciğer, %7,7’si mide, %6,9’u meme, %5,5’i özofagus, %4,7’si pankreas, %3,8’i prostat ve kalan %42,9’u ise diğer kanser türleri kaynaklı ölümlerdir (DSÖ Globocan, 2021a).



**Şekil 2.3: Globocan 2020 Kanserden Ölüm Verileri**

**Kaynak:** DSÖ Globocan, 2021a

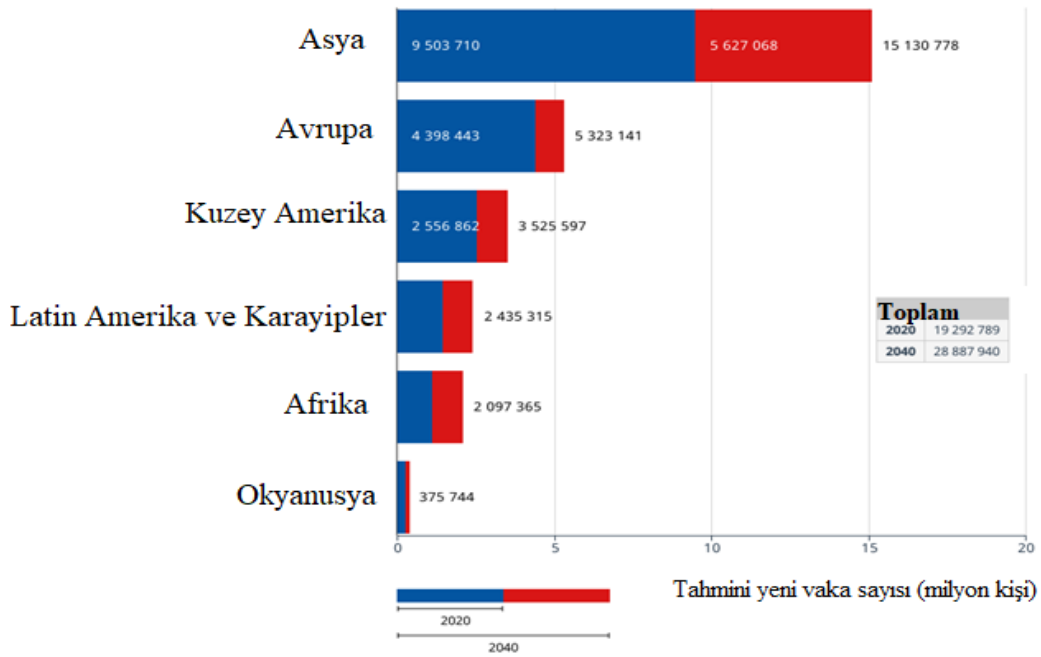
Globocan 2020 yılı bulgularına göre, dünyada kanser insidansı Şekil 2.4'te gösterilmektedir. En yüksek kanser insidansı (>257,1 kişi/100.000 kişi) ile Kuzey Amerika, Avrupa ve Avustralya'da görülmektedir. Aralarında Türkiye de olmak üzere Ekvator kuşağı ülkelerinde ve Latin Amerika ülkelerinde kanser insidansı 188,8 ve 257,1 arasında değişirken, özellikle orta Afrika ülkelerinde 111,9'dan düşük olduğu fark edilmektedir (DSÖ Globocan, 2021b).



**Şekil 2.4: Globocan 2020 Kansere İnsidansı Verileri**

**Kaynak:** DSÖ Globocan, 2021b

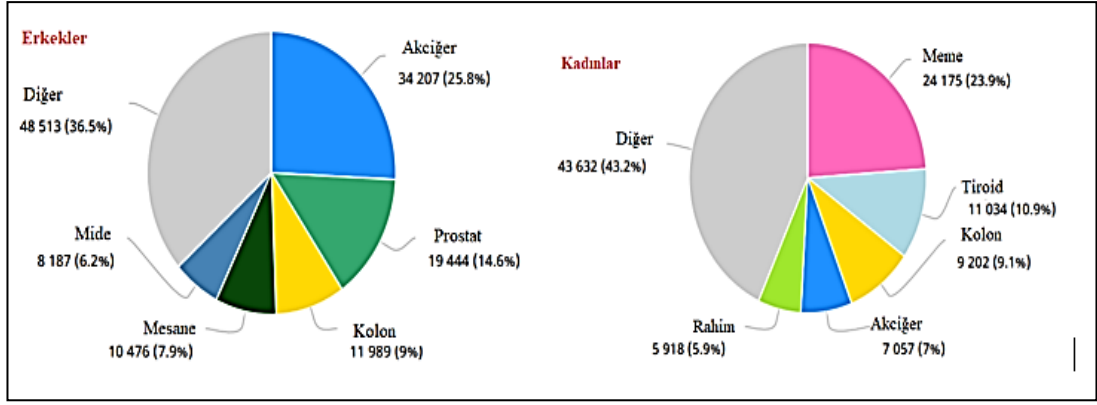
2020 yılı ve 2040 yılı sonunda coğrafi bölgelere göre yeni konulan kanser vaka sayısı verileri DSÖ tarafından yapılan tahminlere göre, Şekil 2.5'te gösterilmektedir. Buna göre, en yüksek kanser vakası sayısının Asya'da olup, bunu Avrupa, Kuzey Amerika, Latin Amerika ve Karayipler, Afrika ve Okyanusya ülkeleri izlemektedir. 2040 yılı tahminlerine göre, sıralamanın değişmeyeceği; ancak 2020 yılında 19,3 milyon kişi olan yeni vaka sayısının 2040 yılında 28,9 milyon kişiye yükseleceği öngörülmektedir. Paralel şekilde, 2020 yılında toplam ölüm sayısı 9,9 milyon kişi iken, 2040 yılında ise 16,2 milyon kişi olacağı tahmin edilmektedir (DSÖ Globocan, 2021c).



**Şekil 2.5: Dünya Yeni Kanser Vakası Tahminleri 2020-2040**

**Kaynak:** DSÖ Globocan, 2021c

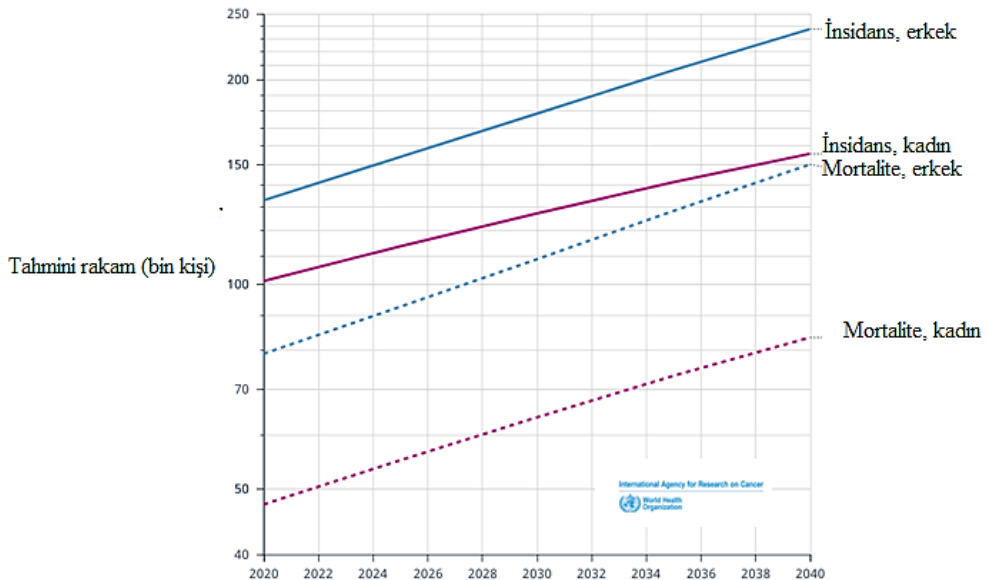
Türkiye'deki toplam kanser vakalarının sayısı DSÖ Globocan 2020 yılı verilerine göre, 234 bindir. Bu rakamın 101 bini kadınlarda ve 133 bini ise erkeklerde görülmüştür (Şekil 2.6). DSÖ Globocan, 2021d).



**Şekil 2.6: Türkiye’de Cinsiyete Göre Kanser Vakaları Dağılımı (2020)**

**Kaynak: DSÖ Globocan, 2021d**

Globocan 2020 verilerine göre, Türkiye için, cinsiyet grupları bazında, 2020 ve 2040 yılları arasında kanser insidansı seyri Şekil 2.7’de gösterilmektedir. Buna göre, erkeklerde, 2020 yılında 132,8 olan insidans ve 78,9 olan mortalite rakamlarının 2040 yılında sırasıyla 237,3 ve 150,0’a yükseleceği öngörülmektedir. Benzer şekilde, kadınlarda ise, 2020 yılı 101,0 insidans ve 47,4 olan mortalite verilerininin 2040 yılına gelindiğinde sırasıyla 155,5 ve 83,4 olacağı tahmin edilmektedir (DSÖ Globocan, 2021e).



**Şekil 2.7: Türkiye’de Cinsiyete Göre Kanser İnsidansı ve Mortalite Oranları 2020-2040**

**Kaynak: DSÖ Globocan, 2021e**

### 2.1.2 Etiyolojisi

Sağlık bilimlerinde bir hastalığın öncelik ve önem indikatörleri; frekansı, mortalitesi, yan etki/sakatlık ve ekonomik kayıp olarak sınıflandırılmaktadır. Kanser, belirtilen göstergelere bakıldığında önemli hastalık grubuna girmektedir. Örneğin, Türkiye’de her yıl minimum 200 bin yeni kanser tanısı konulmaktadır. Tanılan kanser türleri arasında ise ilk beş sırayı sırasıyla, akciğer, meme, kolon, prostat ve mide kanserleri almaktadır. Kanser, ülkemizde ölüm nedeni olarak ikinci sırada gelmektedir. Bir diğer ifadeyle kanser; fiziki, manevi, iktisadi yükleri olduğu için ciddi bir halk sağlığı problemidir (Bayın Donar, 2021).

Kanser türlerinin toplumda frekansının ve etiyolojisinde rol oynayan nedenlerinin bilinmesi, erken tanı ve etkili terapötik yaklaşımın belirlenmesi açısından son derece önemlidir (Alan Yalım ve Uysal, 2021).

Kanserin başlıca sebepleri arasında DSÖ Globocan 2020 raporuna göre, obezite, enfeksiyonlar, UV radyasyon ve alkol olduğu bildirilmektedir. Buna göre, dünyada tüm cinsiyet ve yaş grupları toplamında, obeziteye bağlı ilişkilendirilen kanser vakası sayısı Avrupa’da 200 bin, Amerika kıtasında 150 bin, Asya’da 110 bin, Afrika’da 15 bin ve Okyanusya da ise 7.500 tahmin edilmektedir. Tür bakımından ise ilk sırayı %23,6 ile meme, %22,3 ile rahim, %17,7 ile kolon kanserleri almaktadır (DSÖ Globocan, 2021f).

Kanser ile ilişkilendirilen infeksiyöz ajanlar arasında ilk sırayı 810 bin vaka ile *Helicobacter pylori*, 690 bin vaka ile *Human papillomavirus*, 360 bin vaka ile Hepatitis B virus ve 160 bin vaka ile Hepatitis C virus almaktadır (DSÖ Globocan, 2021g).

Otuz yaş ve üzeri dünya genelinde kadın ve erkeklerin UV radyasyona bağlı kanser vakası sayıları dağılımında 78 bin vaka ile Avrupa’nın ilk sırayı aldığı görülmektedir. Bu veriyi, 64,9 bin vaka ile Kuzey Amerika, 13,9 bin vaka ile Okyanusya, 6,3 bin vaka ile Güney Amerika, 2,8 bin vaka ile Afrika ve 2,2 bin vaka ile Asya ülkeleri izlemektedir (DSÖ Globocan, 2021h).

Alkol kullanımına bağlı kanser vakası sayılarında dünya genelinde ve tüm cinsiyet ile yaş grupları arasında ilk sırayı 430 bin vaka ile Asya’nın aldığı görülmektedir. Bunu, sırasıyla, 180 bin vaka ile Avrupa, 60 bin vaka ile Kuzey

Amerika, 39 bin vaka ile Latin Amerika, 23 bin vaka ile Afrika ve 7 bin vaka ile Okyanusya ülkeleri takip etmektedir (DSÖ Globocan, 2021i).

Amerikan Kanser Örgütü (ACS), 2021 yılı raporunda, özellikle tütün ve tütün ürünleri kullanımı ile diğer sağlıksız alışkanlıkların terk edilmesi sayesinde ABD’de 2021 yılında tespit edilen 729 bin yeni kanser vakasının en az +42’sinin önlenebileceğini bildirmiştir. Örneğin, tütün ve tütün ürünleri kullanımının bırakılması ile %19, aşırı kilo, alkol tüketimi, yetersiz beslenme ve fiziksel hareketsizlik gibi faktörlere bağlı kanser vakalarında ise %18 önlenabilirlik olduğunu ifade etmektedir. Benzer şekilde, aşılama ile *Human papillomavirus* (HPV), hepatitis B (HBV), hepatitis C (HCV) ve *Helicobacter pylori* gibi infeksiyöz ajanlar kaynaklı kanserlerin önüne geçilebileceğini; UV radyasyondan korunarak ise 5 milyonu aşkın deri kanseri vakasının önleneceğini rapor etmektedir (Amerika Kanser Örgütü, 2021).

### **2.1.3 Tedavi Yöntemleri**

Kanser tedavisinde kullanılan başlıca tedavi yöntemleri cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi yaklaşımlarıdır. Üç temel tedavi yönteminden ayrı olarak hormon, immünoterapi, gen terapi ve hedefe dönük yöntemler de daha az sıklıkla kullanılmaktadır. Kanser tedavi yöntemleri yalnız ya da bir arada uygulanabilmektedir. İlk uygulanan tedavi genellikle birinci basamak tedavi olarak tanınırken, devamında verilen tedavi adjuvan tedavidir. Birinci basamak tedaviden önce uygulanan yöntem ise neoadjuvan tedavi olarak adlandırılmaktadır (Baykara, 2016; T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi Başkanlığı, 2022). Kanser, tedavisi sürecinde hastalarda yan etkilere neden olan bir hastalıktır. Tedavi yöntemlerine bağlı gelişen yan etkiler arasında başlıcaları, hastalığın yeniden tekrar etmesi, ağrı, halsizlik, cinsel işlevlerde azalma ve bozulma, kardiyak sorunlar, koku, tat ve lezzet duyularında bozulma, psikolojik problemler (depresyon ve anksiyete) ve cilt problemleridir. Ancak, herkes için ortak bir kanser tedavisi bulunmamaktadır. Bir diğer ifadeyle, kanser tedavisi yaklaşımları, kanser türüne ve kişiden kişiye değişiklik gösterebilmektedir (Kıyak ve Özkaraman, 2021).

### 2.1.3.1 Cerrahi Tedavi

Kanser vakalarında en sıklıkla başvuru yöntemlerinden birisi de kanser cerrahisidir. Kanser tedavisinin temelinde olan cerrahi yöntemlerde amaç kanserli doku veya parçanın vücuttan çıkarılmasıdır. Tanı konulduktan sonra, kanser henüz yayılmamış veya dar bir alanda bulunmaktaysa, cerrahi tedaviye geçilir. Cerrahi tedavisinin amaçlarından birisi ise hastayı rahatlatmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Cerrahi tedavi çoğunlukla kemoterapi ve radyoterapi gibi diğer kanser tedavileri ile uygulanır (Baykara, 2016).

Kanser cerrahisinde öne çıkan ve duruma göre kullanılan türleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Baykara, 2016):

- Sıvı nitrojen spreyi veya soğuk prob gibi çok soğuk malzeme kullanarak kanser cerrahisi,
- Yüksek frekanslı elektrik akımı uygulayarak tedavi,
- Lazer cerrahisi,
- Mohs cerrahisi,
- Laparoskopik cerrahi,
- Robotik cerrahi,
- Doğal Orifis (Açıklık) cerrahisidir.

Kanser cerrahisinin bazı riskleri de bulunmaktadır. Bu risklerden başlıcaları, ağrı, ameliyat sonrası enfeksiyon gelişimi, kanama riski, pıhtı atma ihtimali, bağırsak ve idrar kesesinde değişiklik ile organ işlev kaybıdır.

### 2.1.3.2 Kemoterapi Tedavisi

Kemoterapi, tümörün ilaç ile sağaltımıdır. Kontrolsüz şekilde bölünene ve büyüyen kanser hücrelerinin gelişimini durdurmak ya da yavaşlatmak, tedavi etmek, tekrar etme olasılığını düşürmek ve ağrı gibi problemlere sebep olan tümörü küçültmek için uygulanır. Neoadjuvan veya adjuvan biçimde yapılabilir (Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği, 2020).

Kemoterapi genellikle iki farklı şekilde uygulanabilir. En yaygın biçimleri sırasıyla, intravenöz ve oral yollardır. İntravenöz kemoterapi genellikle sağlık

kuruluşlarında yapılmakla birlikte, oral kemoterapi hastanın evinde ancak belirli sıklıklarda hastanede kontrole gelerek uygulanabilir (NHS, 2022).

Ayrıca, kemoterapi, enjeksiyon, intratrenal, intraperitoneal, intraarteryel ve topikal yollarla da yapılabilmektedir (NIH, 2022).

Kemoterapötik ajanlar etki mekanizmalarına göre, alkilleyici ajanlar, anti metabolitler, topoizomeraz inhibitörler, antibiyotikler, mitotik inhibitörler ve protein kinaz inhibitörlerdir (Amboss, 2022).

Kemoterapi, türüne göre kapillerden hücreler arası boşluğa sıvı ve protein kaçağı gelişmesi açısından hasta için ciddi bir risk faktörüdür. Kemoterapi tedavisi alan kanser hastalarında ileri evre kanserine bağlı yapılacak cerrahi müdahalenin önemli olması ve devamında radyoterapi tedavisi de alma ihtimali yüksek olduğu için kanser gelişimi açısından risk altındadırlar (Can, 2020).

Kemoterapi ajanlarının sitotoksitesinin doğrudan sonucu olan ve kemoterapi hastalarının %86'sını etkileyecek olan saç dökülmesi, mide bulantısı, kusma, anoreksiya, stomatit, ishal ve yorgunluk gibi yan etkileri vardır. Kemoterapiye tekrar tekrar maruz kalma sürecinde, bu yan etkilerin bazıları kemoterapi ajanlarının uygulanmasından önce de ortaya çıkabilir. Bilhassa, kemoterapi gören hastaların %10 - %30'unda meydana gelen beklenti bulantısı ve kusması yaygındır (Hunter vd., 2020).

### **2.1.3.3 Radyoterapi Tedavisi**

Radyoterapi, kanserli hücrelerin iyonize edici radyasyona maruz bırakıldıkları bir tür tedavi yaklaşımıdır. Bu şekilde, kanser hücrelerinin DNA yapısını bozarak, ölümlerin önüne geçilmesi hedeflenir. (Samei vd., 2021).

Radyoterapinin farklı türleri bulunur. Bunlar sırasıyla, harici radyoterapi, stereotaktik radyocerrahi, stereotaktik radyoterapi ve brakiterapidir. Harici radyoterapi beş -altı hafta süresince ve her hafta beş gün multipl küçük dozlarda uygulanır. Bu şekilde tedavi zamanları arasında sağlıklı dokuların iyileşmesine izin verilir. Stereotaktik radyo cerrahi de tüm radyoaktif dozun tek seansta verildiği model iken, beş veya altı hafta süresince her hafta küçük doz verilen 25-30 seans olursa stereotaktik radyoterapi adı verilir. Brakiterapi yönteminde ise radyoaktif kaynak tümörün içine veya yakınındaki boşluklara yerleştirilerek

gerçekleştirilen bir kanser tedavisi şeklidir. Brakiterapi, 1898'de radyumun keşfinden sonra uygulanmaya başlamıştır (Gürsoy ve Demirbaş Çarmıklı, 2019; Bilge vd., 2019).

Radyoterapinin en yaygın yan etkileri arasında başlıcaları, yara ve deride kızarıklık, halsizlik, saç kaybı, kendini hasta hissetme, iştah kaybı, ağızda yara ve diyare gelmektedir. Bu yan etkilerin çoğu tedavi kesildikten bir süre sonra ortadan kaybolmaktadır. Harici radyoterapi kişide radyoaktif etki bırakmamaktadır. Ancak, vücuda radyoaktif implant konulması veya radyoaktif bileşik verilmesi gibi durumlarda hastanın yakın çevresi ile bir süre görüşmemesi veya tedavisine sağlık kuruluşunda devam etmesi uygundur (NIH, 2020).

#### **2.1.3.4 Diğer Tedavi Yöntemleri**

Kanser tedavisinde yeni ve farklı tekniklerin arayışının başlıca nedenleri arasında, konvansiyonel kemoterapi ve radyoterapi yaklaşımlarının yan etkilerini ortadan kaldırmak veya tedavide başarıyı yükseltmek bulunmaktadır. Diğer kanser tedavileri arasında adı geçen modellerden bazıları aşağıda verilmiştir:

*İmmünoterapi:* Kanser tedavisinde uygulanan özellikli yöntemlerden olan immünoterapi, kişinin bağışıklık sisteminin belirli kısımlarını kullanarak kanser gibi çeşitli hastalıkları tedavi etmek anlamına gelir (Barbaros ve Dikmen, 2015).

*Gen terapi:* İşlevi bozuk, eksik veya fazla olan genlere, gen terapi yöntemiyle sağlam genlerin hücre içine doğrudan ya da dolaylı yoldan sokularak düzeltilmesidir (Baykara, 2016).

*Ozon terapi:* Ozon tedavisi; oksijen salımı yapan maddelerin farklı şekillerde ve çeşitli yollarla vücuda verilerek, vücutta oksijen oranının artırılmasının amaçlandığı bir alternatif tıp yöntemidir. (Ünlü vd., 2016).

*Akupunktur:* Akupunktur, vücudun belirli noktalarına ince uçlu özel iğneler batırılarak uygulanan; ağrı, halsizlik gibi birtakım şikayetler ile psikolojik sıkıntılarda rahatlama sağlanması amacıyla uygulanan bir tedavi yöntemidir (Ünlü vd., 2017).

*Ketojenik diyet:* Yeterli oranda protein, düşük karbonhidrat ve yüksek miktarda yağdan oluşan beslenme şeklini ifade etmektedir. Ketojenik diyet açlığı simüle

ederek kanda keton düzeyini arttırmakta ve kan glikoz düzeyini düşürmektedir. Kemoterapi ile ketojenik diyet uygulanması metastaz oranını önemli ölçüde azaltmaktadır (Yılmaz ve Özer, 2022).

*Sentetik letalite*: Sentetik letalite, birden fazla genin aynı anda bozulmasının hücre ölümüyle sonuçlandığı ve tek bir gendeki bir bozulmanın hücrenin hayatta kalmasıyla uyumlu olduğu bir fenomendir. Sentetik öldürücü tedavi, son on yılda en etkili kanser tedavilerinden biri olarak belirtilmektedir (Topatana vd., 2020).

Diğerleri; proton terapi (Blanchard vd., 2018), ergoterapi (Çetinkaya ve Şahin, 2020), biyomateryaller (Conde, 2020), yalın nükleik asit bazlı terapi, mikro RNA hedefli terapi, onkolitik viroterapi, intihar geni bazlı terapi, telomeraz hedefli terapi, hücre aracılı gen terapi ve CRISPR/Cas9 bazlı terapidir (Yahya ve Alqadhi, 2021).

## **2.2 Öz Bakım Kavramı**

Hemşirelik kuramları, eleştirel düşünme yetisi ve doğrudan karar verme aşamalarında hemşire için kılavuz görevi üstlenen ve bilgiyi sistematik şekilde analiz edebilmesini sağlayan yaklaşımlardır. Bir diğer ifadeyle, kuramlar, hemşirelik alanının ileri gitmesinde ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasında mesleki uzmanlığı arttırmaktadır. Hemşirelerin, evrensel kuramlara veya yaklaşımlara dayalı olarak mesleki girişimlerini tespit etmeleri etkili ve devamlı bakım sunabilmelerinde kilit role sahiptir (Demirbağ, 2022).

Öz bakım kavramı tanımı, ilk defa 1959 yılında Orem tarafından yapılmıştır. Orem, bu kavramı, “*kişinin sağlığını, yaşamını ve iyilik durumunu korumak için gerekli olan faaliyetleri yerine getirmek*” şeklinde açıklamıştır. İlerleyen dönemlere gelindiğinde, DSÖ, öz bakım kavramını yeniden tanımlamış ve “*sağlığı yükseltmek ve hastalıkları engellemek amaçlı kişisel, ailevi ve toplumsal gerçekleştirilen faaliyetler*” olarak ifade etmiştir (Ertürk Yavuz ve Gürsoy, 2021).

Öz bakım kişilerin hayatta karşılaştıkları durumlara karşı yapmaları gerekli olan sürekli biçimdeki “fiziki”, “kognitif”, “duygusal” bireyler arası ve sosyal gelişmeleri ve işlevsellikleri içermektedir. Bir diğer ifadeyle, hayatı, sıhhatli olma durumunu ve iyilik halini sürdürebilmesi için kişilerin başlattıkları ve

gerçekleştirdikleri faaliyetleridir. Öz bakım kişinin kendi sağlıklı olma durumuna devamlılık arz edecek biçimde katılımı olarak ifade edilebilir (Yavaş Çelik, 2019).

Orem kuramında, öz bakım ihtiyaçları sırasıyla, gereksinimleri evrensel, gelişimsel ve sağlıktan sapma olarak üç alt boyutta ele alınmaktadır. Bir diğer ifadeyle, Orem'in modelinde öz bakım; bireysel merak, eğitim ve tecrübeler ile kazanılmaktadır. Orem'in üç hemşirelik kuramı hemşirelikte bilgi birikimi ve hemşirelik bilim dalının gelişmesi için temel itici gücü sağlamaktadır. Orem'in üç hemşirelik kuramı sırasıyla, öz bakım, öz bakım yetersizlik ve hemşirelik sistemleri kuramlarıdır (Ertürk Yavuz ve Gürsoy, 2021).

### **2.2.1 Öz Bakım Kuramı**

Öz bakım kuramı, bireyin hayatının devamlılığı açısından öz bakımın neden önemli ve gerekli olduğunu açıklamaktadır. Orem, öz bakım ve sağlık arasında pozitif yönlü ve önemli bir bağlantı olduğunu ileri sürmektedir. Orem'e göre sağlık kavramı, bireyin sağlığına ve iyileşme sürecine öz bakımın anlamlı etkisini izah etmekte bir yol gösterici rolü oynamaktadır. Orem'in öz bakım tanımı, kişinin devamlı, kontrollü, tesirli ve amaca dönük tutumlarının olgunlaşması ile kendi kendine yaptığı bakım şeklinde tanımlanmaktadır (Yavaş Çelik, 2019).

#### **2.2.1.1 Öz Bakım Yetersizlik Kuramı**

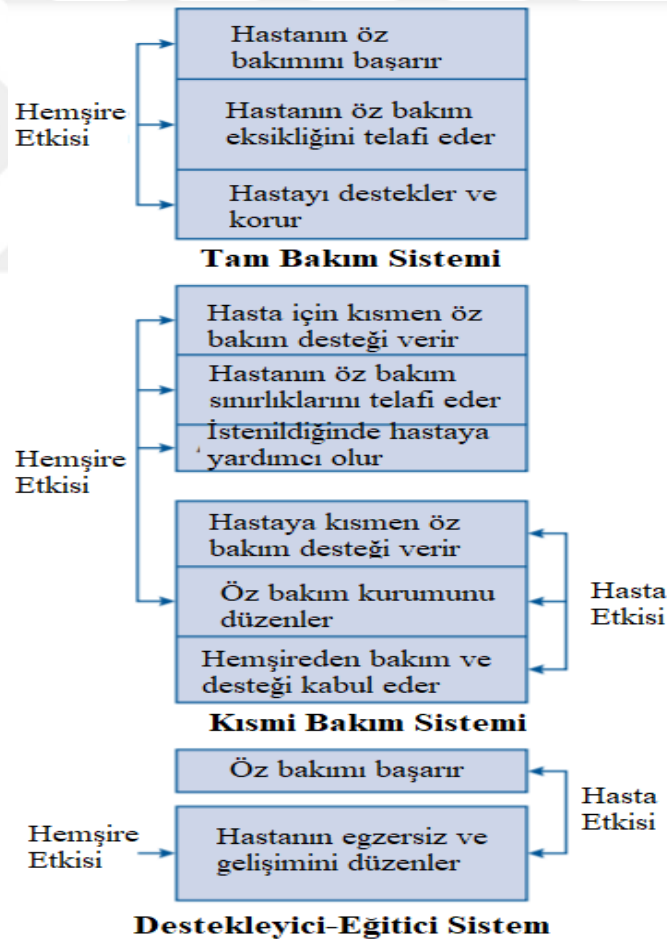
Bu kuram, sürmekte olan bakım gereksinimleri karşılanırken karşı karşıya kalınan sınırlamaları ve bu sınırlamaların bireyin ya da bakmakla mesul olunan ferdin sağlığı ve iyilik hali üzerindeki etkilerini tanımlamaktadır. Öz bakım yetersizlik kuramı (ÖBYK), esas itibariyle hemşirenin neden ve ne zaman gerekli olduğu ve sınırlılıkları sebebiyle öz bakımını yapamayan bireyle ilgilenmektedir (Akbaş vd., 2020; Önal, 2022).

#### **2.2.1.2 Hemşirelik Sistemleri Kuramı**

Bu üçüncü teori diğer iki kuramı kapsamaktadır. Hemşirelik sistemleri kuramı (HSK), bireye destek olmak için gereken faaliyetleri ve önceki bilgileri incelemek amaçlı bir yapı sunmaktadır. Bu kuram aynı zamanda aileleri ve toplulukları ilgilendiren koşulları ve durumları da açıklamaktadır. HSK'ye göre, hemşire, öz

bakımını yerine getiremeyen kişiye yardımcı olur ve kişinin ailesi ve çevresine O'na nasıl destek olacaklarını da öğretmektedir (Önal, 2022).

Kuramın ana odağını bakım hizmeti, hemşirenin rolü ve bakım deneyiminin yapısını ve içeriğini kurmak oluşturmaktadır. Bu noktada, hemşireyi yönlendiren dört varsayım bulunmaktadır. Örneğin, Orem, bakım hizmetinin sonuç almaya dönük operasyonlardan oluştuğunu ileri sürmektedir. Bu operasyonlar ise hemşireliğin kişiler arası ve sosyal özelliklerinin eklenmesi ile sağlanabilmektedir. Orem'e göre, hemşirelik sistemlerini belirleyen faktörler, kişinin öz bakım sınırlılıklarıdır. Hemşirelik sistemleri bu nedenle hemşirenin sunabildiği bakım hizmeti miktarına (toplam ve kısmi bakım gibi) göre değişmektedir (Basit, 2020). Temel hemşirelik sistemi yapısı Şekil 2.8'de gösterilmektedir.



Şekil 2.8: Temel Hemşirelik Sistemi Yapısı

Kaynak: Hartweg and Fleck, 2010

## **2.2.2 Öz Bakım Gücü**

Öz Bakım Gücü (ÖBG), Orem'in "Genel Hemşirelik Kuramı"nın ana kavramlarından birisidir. Öz bakım gücü; yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu devam ettirmek için sağlık faaliyetlerini başlatma ya da uygulama kabiliyetidir. Öz bakım gereksinimleri, bireyin öz bakım gücünü aşan bir düzeyde ise öz bakım eksikliği ortaya çıkar. Hemşireler hastaların öz bakım eksikliklerinde onları destekler (Kıskaç ve Babaoğlu, 2022).

## **2.2.3 Öz Bakım Gücünü Etkileyen Özellikler**

Orem göre öz bakım gücünü etkileyen faktörler arasında kişisel ve çevresel özellikler gelmektedir (Parker and Smith, 2010).

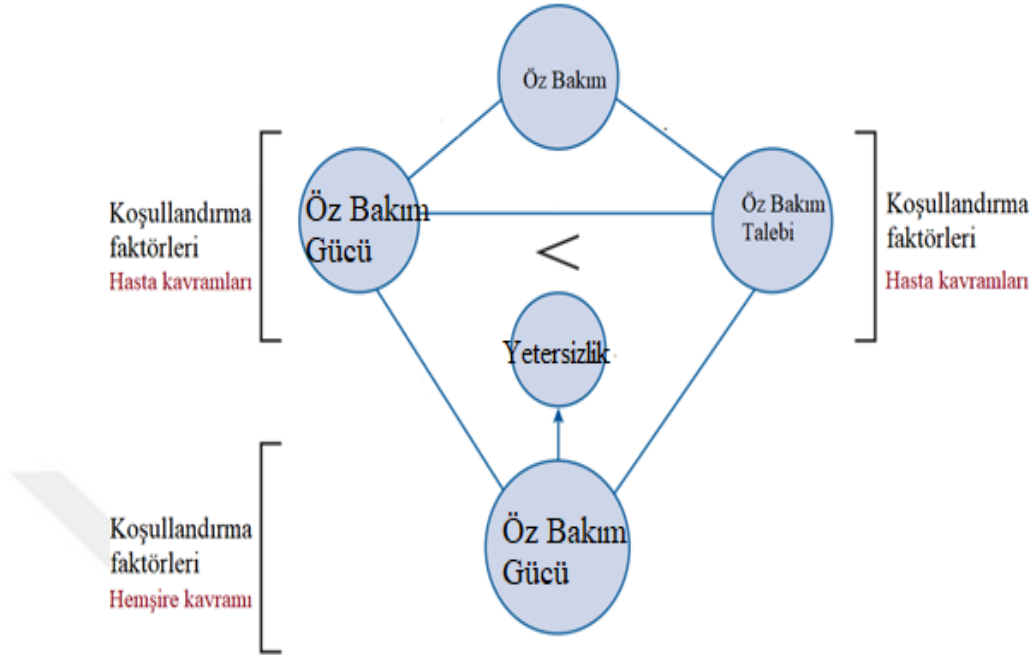
### **2.2.3.1 Kişisel Özellikler**

Orem, öz bakım gücünü tanımlarken üç önemli kişisel özelliğe dikkat çekmiştir. Bunlar, kurucu, sağlayıcı ve işlevselliktir (Matarese vd., 2018). ÖBG, hastanın muhakeme yapabilmesi için öz fayda, öğrenme, motivasyon, dengesizlik algısı, dini inanç ve öğretiler gibi diğer kişisel özelliklerden de etkilenmektedir (Matarese vd., 2018). CINAHL, PubMed ve EBSCOhost platformlarında 1975 ve 2020 yılları arasında ve öz bakım hakkında yayımlanmış olan toplam 31 makalede yapılan incelemede, ÖBG'nü etkileyen en önemli kişisel faktörlerin öz güven, farkındalık ve öz kontrol özellikleri olduğu ortaya konulmuştur (Martinez vd., 2021).

### **2.2.3.2 Çevresel Özellikler**

Çevre kavramı bir diğer ifadesiyle temel koşullandırma faktörleri başlıca hasta kavramı ile ilişkilidir. Bu kategoride, öz bakım bileşenlerinde daha fazla, yalnızca hasta bileşenleri sunulmaktadır. Genellikle, temel koşullandırma faktörleri hasta kavramları (öz bakım gücü ve terapötik öz bakım talebi) ile ilişkilendirilmektedir. Koşullandırma faktörleri yapıyı etkileyen değerlerdir. Örneğin, yaş, cinsiyet, gelişim durumu, sağlık durumu, sosyokültürel kökeni, sağlık bakım sistemi

faktörleri, aile sistemi faktörleri, yaşam tarzı, çevresel faktörler, kaynak mevcudiyeti ve yeterliliğidir (Şekil 2.9) (Current Nursing, 2020).



**Şekil 2.9: Orem'in Öz Bakım Yetersizliği Hemşirelik Kuramı Yapısı**

**Kaynak:** Hartweg and Fleck, 2010

#### 2.2.4 Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Yönetimi ve Hemşirelik

Hemşire açısından hasta yalnızca pasif katılımcı ve/veya sağlık hizmeti alıcı değildir. Tam tersi biçimde, kendi sağlık durumlarına uygun biçimde öz bakımını yapabilen ve bilimsel yönlendirmeler doğrultusunda öz bakımını hakkında mantıklı kararlar alabilen öz bakım gücü ciddi şekilde yüksek bireylerdir (Kayserilioğlu vd., 2021).

Kanser hastalarının bakımlarındaki hedeflerden birisi kişinin bağımsız olma durumunun azami düzeyde sürdürülebilmesi ve hastanın kendi kendine bakımda yeterli olabilmesi için sahip olduğu kabiliyetin/kapasitenin belirlenmesidir. Bu bağlamda, Orem' in kuramı kanser gibi kronik ve riskli bir hastalık türüne karşı bireyin öz bakımında kullanılabilecek en uygun yaklaşımlardan birisi olmasıdır. Bir diğer ifadeyle, kanser hastaları öz bakımlarını devam ettirmek amacı ile becerileri ile öz bakım tutumları arasındaki ilişkiyi sürdürmek için uğraşırlar (Yavaş Çelik, 2019).

Kanser hastalığı, hastaların yaşam kalitelerini farklı boyutlarda ciddi biçimde etkilemektedir. Özellikle, bu hastalık ile yaşamak zorunda kalınacağı gerçeği kişilerde fiziki, psikolojik ve sosyo-ekonomik açılardan problemler yaşanmasına neden olmaktadır. Bu sebeple, kanser hastalarının öz bakım eğitimlerine katılmaları onlarda davranışsal değişikliklere yol açmakta ve daha iyi olarak iyileşmelerine destek olabilmektedir (Ertürk Yavuz ve Gürsoy, 2021).

Kanser gibi tedavilerin ve klinik protokollerin dinamik biçimde değiştiği hastalıklarda, kanserli hastaların öz bakımlarını uyarlayabilme becerilerinin araştırıldığı bir projede, 100 kanser hasta ve yakınları altı ay boyunca izlenmiştir. Kemoterapi protokolleri daha karmaşıklaştıkça tedaviye bağlı morbidite oranları artış gösterdiği, hastaların tedaviye bağlı yan etkileri sına ve deneme yaklaşımıyla yönetmelerinin zaman ve enerji bakımından maliyetli olduğu fark edilmektedir. Tanıya dönük grupların ve bakım yönetiminin zorlu yönleri ile kanser hastalarına bakım hizmeti sunmak için en çok tercih edilen modelin ayaktan tedavi olduğu belirtilmektedir. Ancak, kanser hastalarının yaklaşık yarısının tedavilerin yan etkilerini azaltmaya yönelik öz bakım faaliyetlerini orta seviyede uyguladıkları bilinmektedir (Abramson Cancer Center, 2018)

Öz bakım kavramı, kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Her hastanın kendisini daha iyi, sağlıklı ve rahat hissedeceği bazı faaliyetleri olabilir. Kanser hastaları için önerilen basit öz bakım örnekleri arasında, beden ve ruh sağlığı için boş zamanı sessiz ve hayatın yavaşladığı ortamı yaratmak, aromaterapi, okuma, yürüyüş ve yemek pişirme gibi keyifli ve doyurucu aktiviteler, fiziksel aktiviteler, sevdikleri ile zaman geçirme, uykusuna ve dinlenmesine öncelik verme ve zamanını öncelikli olarak kendisine ayırma önerilebilir. Bu öneriler elbette koşullara ve bazı diğer hasta özelliklerine göre farklılaşabilir. Bir diğer ifadeyle, kanser hastalarının kötü yaşam tarzı, yetersiz beslenme alışkanlıkları, stres, tütün ve alkollü içeceklerin tüketimi, beden kitle endeksi kontrolü ve stres gibi öz bakım gerektiren konulara dikkat etmeleri gereklidir (Azadmanjir vd., 2015).

Kanser hastalarında öz bakımın geliştirilmesinde hemşirelerin önemli etkileri ve rolleri vardır. Hemşirelik, hastalarda öz bakımın ve dolayısıyla zihinsel ve ruhsal iyilik halinin yükseltilmesi için farklı yaklaşımlarda bulunulabilirler. Bunlar arasında, hastalıkla başa çıkma stratejileri önerme (meditasyon, yoga vb.), manevi destek alacakları kişilerle görüşürme, anksiyete yükselmesine sebep

olabilecek sosyal medya ve benzer platformlar yerine müzik ve kitap okumakla uğraşmalarını tavsiye etme, sevdikleri ile daha fazla vakit geçirmelerini teşvik etmek ve bu şekilde sosyal izolasyondan uzaklaşmalarını sağlamak ve yürüyüş ve spor gibi fiziksel aktivitelere zaman ayırmalarını özendirme gelmektedir (Wiley ve Lubejko, 2020).

Kanser hastalarında evde öz bakımın kanser terapileri arasındaki zaman dilimlerinde hastalığın tam tedavisi açısından kilit önemi bulunmaktadır. Etkili öz bakım, hastalık ve tedavisi süresince, semptom kontrolünde iyileşme, hastalıkla mücadele ve başa çıkma ve yaşam kalitesi gibi olumlu sonuçların alınmasını sağlamaktadır. Bu ise, hemşire ve hasta arasında diyalog ile sağlanacak olan “güçlendirme-empowerment” kavramının temelini oluşturmaktadır (Tuominen vd., 2021).

### **2.3 Hasta Güçlendirme Kavramı**

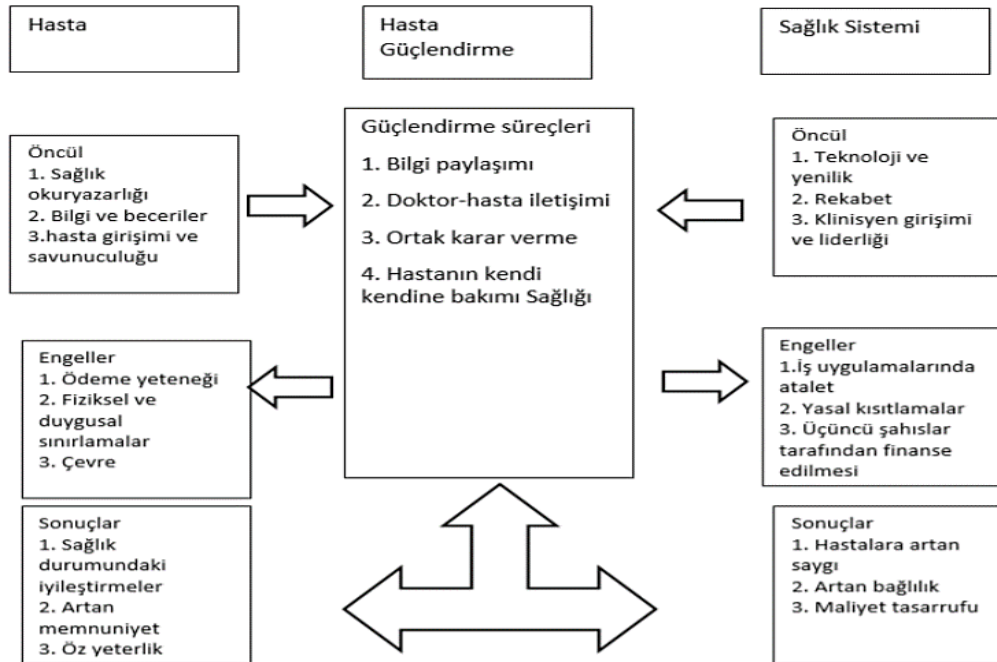
‘İnsanların kendi sağlıklarını etkileyen kararlar ve eylemler üzerinde daha fazla kontrol sahibi oldukları bir süreç’ (Dünya Sağlık Örgütü) olarak tanımlanan hasta güçlendirme, küresel sağlık ve sosyal bakım stratejilerinde ana temadır (Wakefield vd.,2018). DSÖ hastaların bakım sürecine dahil edilmesini şiddetle savunmaktadır ve farklı bakım modelleri, bu amaca ulaşmanın bir yolu olarak hasta güçlendirmeyi çalışmalarına dahil etmiştir. Hasta güçlendirme ilk olarak sağlık hizmetlerinde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için bir araç olarak tanıtılmıştır. Günümüzde, hastaların bakıma daha fazla katılması, daha özerk hale gelmesi ve karar verme sürecinde aktif bir rol üstlenmesi nedeniyle, kronik rahatsızlığı olanların sağlığını iyileştirmeye yönelik çalışmalarda önemli bir yapı olarak önerilmektedir. Hasta yetkilendirmesinin küresel sağlıkta kilit bir rolü vardır ve bireyleri güçlendirmek için uluslararası düzeyde hangi stratejilerin uygulandığı, ülkenin sağlık sistemi ve kaynaklarına bağlı olarak değişebilir. Mevcut kanıtlar, yüksek gelirli ülkelerin ve özellikle Avrupa ülkelerinin bu alanda ön planda ülkeler olduğunu göstermektedir (Wakefield vd.,2018; Acuña Mora vd., 2022).

2020 yılı DSÖ sağlık hedefleri arasında; sağlık sistemini ve hasta memnuniyeti yükseltmek için hasta odaklı bir sağlık hizmeti anlayışı ile hasta güçlendirmenin

önemine dikkat çekmektedir. Hasta güçlendirme, 1988 yılından itibaren sağlık hizmetleri alanında gittikçe güvenilir uygulama şekline dönüşmüş, paternalist anlayıştan giderek uzaklaşmış, klinisyen–hasta iş birliği kurgulu ve hastaların bilgilendirilerek karar verme mekanizmalarına dâhil edildikleri ve tedavi sürecinin hastanın da katılımıyla yönetildiği bir devrim yaşanmıştır (Yılmaz vd., 2020).

Hasta güçlendirme kavramı, hastalığın neden olduğu sorunlarla başa çıkabilme ve onları yönetebilme becerisi ve kişinin hayatı üzerinde kontrol etme hissine sahip olması şeklinde tanımlanmaktadır. Güçlendirme, bireyin kritik düşünebilme ve bağımsız karar alabilme kapasitesi desteklediği ve kendi öz bakımlarıyla ilgili karar verebildikleri zaman ortaya çıkan bir olgudur. Hasta güçlendirme hemşire ve hasta arasında diyalog yaratıldığında gelişir. Bu noktada hemşireler hastaları bilgilendirerek ve onların kişisel öz bakımlarında kendi kaynaklarını nasıl kullanacaklarını, kuracaklarını ve yöneteceklerini anlamalarını sağlayarak destek olurlar (Tuominen vd., 2021).

Hasta, sağlık sistemi ve hasta güçlendirme arasındaki ilişki Şekil 2.10’da gösterilmektedir.



**Şekil 2.10: Hasta, Sağlık Sistemi ve Hasta Güçlendirme İlişkisi**

**Kaynak:** Dalkılıç ve Kurtoğlu, 2021

Hasta güçlendirme, kişilerin bir tedavi planına uymak için davranış değişiklikleri yapmalarını sağlayacak bir müdahale ya da stratejiden daha fazlası olup, genel olarak sağlığı geliştirme, bireysel ve sosyal kaynakları artırma kapasitesine sahiptir (Dalkılıç ve Kurtoğlu, 2021). Güçlendirilmiş hasta, bilgiyi aktif olarak arayan, uygulamaya çalışan ve gerektiğinde kullanabilen kişidir (Menon ve George, 2018).

### **2.3.1 Hasta Güçlendirme Programları**

Dünyada sağlık hizmetlerinde belirleyici olan faktörler kısaca 5P olarak gösterilmektedir. Bunlar sırasıyla, hasta, doktor, düzenleyici kamu kuruluşu, ilaç sektörü ve toplumdur. Ülkemizde ise bu beş temel faktörden en zayıf olanı hasta bölümüdür. Dünya sağlık terminolojisinde yeni gelişen bir kavram olan hasta güçlendirme programları, hastaları ve yakınları sistemin içine dâhil etmeye ve pasif konumdan aktif konuma geçirerek sağlık sistemine katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. Hasta güçlendirme programlarının çoğunun amacı hastaları sağlık ve yaşam kaliteleri ile mücadele ettikleri hastalıkları hakkında bilinçlendirmeyi hedeflemektedir (Sağlıklı Hayatı Teşvik ve Sağlık Politikaları Derneği, 2022).

Avrupa Birliği (AB) sağlık reformunun önemli bileşeni olan; “*hastaların güçlendirilmesi ve değişimin merkezine hastaların konması*” ilkesi Türkiye’de ilk olarak 1998 yılında Hasta Hakları Yönetmeliği’nin yayınlanmasıyla hayata girmiştir. Bunu 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı-SDP” izlemiştir. SDP’ nin temel ilkelerinden insan merkezilik ve katılımcılık hasta güçlendirme programının öncüsü kabul edilebilir (Dalkılıç ve Kurtoğlu, 2021).

2021 yılı T.C Sağlık Bakanlığı Performans Programı Raporu’nda, kanserli hastalarla ilgili güçlendirme ifadesi veya programına rastlanmamaktadır (T. C Sağlık Bakanlığı, 2021). Diğer taraftan, kanser gibi günlük yaşamı etkileyen ciddi hastalıkta hastanın kendisine en uygun desteği alabilmesi değerlidir. Bu destek çok farklı biçimlerde sağlanabilmektedir. Söz konusu güçlendirme faaliyetleri içinde bireysel veya grup programları bulunmaktadır. Özellikle grup programlarının; daha olumlu etki gösterdiği bilinmektedir (Üzar Özçetin ve Hiçdurmaz, 2020).

### 2.3.2 Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Güçlendirme ve Hemşirelik

Kanser ve hasta güçlendirme ilişkisi gün geçtikçe daha önem kazanan bir olgudur. Bu bağlamda, kanser hastaları ve hastalığı yendikten sonra hayatta kalan kişilere uygun sağlık bilgileri ve güçlendirme araçlarının geliştirilmesi ve desteklenmesine dair Avrupa Kanser Örgütü (ECO)'nün yayımladığı Avrupa Kanser Uygulamaları Kodu ([www.europecancer.org/2-standard/66-european-code-of-cancer-practice](http://www.europecancer.org/2-standard/66-european-code-of-cancer-practice)) bulunmaktadır. Avrupa'daki tüm kanser hastaları için sonuçları iyileştirmek amacıyla iyi klinik kanser uygulamaları için temel gereksinimlerin vatandaş ve hasta merkezli bir manifestosudur (European Cancer Organization, 2022a; European Cancer Organization, 2022b).

Kanser hastaları, hasta savunucuları ve kanser profesyonellerinden oluşan bir ekip tarafından ortaklaşa hazırlanmıştır. Kökeni, Avrupa Parlamentosu'nda 2014 Dünya Kanser Günü'nde başlatılan ve prestijli 2018 Avrupa Sağlık Ödülü'nü kazanan Avrupa Kanser Hasta Hakları Bildirgesi'ne dayanmaktadır (European Cancer Organization, 2022a; European Cancer Organization, 2022b).

Kurallar, kanser hastalarını kanser yolculuklarının tüm aşamalarında bilgilendirmeye ve onlara yardımcı olmaya odaklanır. Bir dizi 10 temel kapsayıcı hak ortaya koyar ve özellikle hastaların mümkün olan en iyi sonuçları elde etmeleri için sağlık sistemlerinden ne beklemeleri gerektiğine dair işaretler verir. Avrupa vatandaşları ve hastaları için mevcut en iyi bakımın sunulmasını sağlayan bir yetkilendirme aracıdır (European Cancer Organization, 2022a; European Cancer Organization, 2022b).

10 kapsayıcı hakkın her biri, bir hastanın sağlık uzmanlarına sormayı seçebileceği üç soruyla bağlantılıdır. Haklar, mevcut en iyi tıbbi kanıtlara dayanmaktadır ve bu, tüzüğün tavsiyelerinin dayandığı Tıbbi Literatür ve Kanıtlar hakkındaki destekleyici bir belgede özetlenmiştir.

Kod, kanser hastalarının haklarını bildirmektedir (Şekil 2.11) (European Cancer Organization, 2022a; European Cancer Organization, 2022b).

## HAKKINIZ VAR:

  
**1. EŞİT ERİŞİM**  
İkinci bir görüş alma hakkı da dâhil olmak üzere, düşük maliyetli ve ideal kanser bakımına eşit erişim.

  
**2. BİLGİ**  
Hastalığınız ve tedaviniz hakkında tıbbi ekibinizden ve hasta ve meslek kuruluşları dahil diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alma.

  
**3. BAKIM KALİTESİ, UZMANLIK VE EN İYİ SONUÇLAR**  
Tedavi gördüğünüz merkezde; bakımın kalitesi ve güvenliği, uzmanlık düzeyi ve kanser türünüze ilişkin elde edilmiş sonuçlar hakkında bilgiler alma.

  
**4. UZMANLAŞMIŞ ÇOK-DİSİPLİNLİ BAKIM**  
İdeal bir kanser bakım ağının parçası olarak, uzmanlaşmış çok-disiplinli bir ekipten bakım alma.

  
**5. ORTAK KARAR VERME**  
Sağlık hizmeti ekibiniz ile tedaviniz ve bakımınıza ilişkin tüm konularda ortak karar verme.

  
**6. ARAŞTIRMA VE YENİLİK**  
Sizinle ilgili devam eden araştırmalar ve araştırmaya katılma kabiliyetinizi ve uygunluğunuz hakkında bilgi alma.

  
**7. YAŞAM KALİTESİ**  
Mümkün olan en iyi yaşam kalitesini elde etmek için sağlık ekibinizle önceliklerinizi ve tercihlerinizi tartışma.

  
**8. BÜTÜNLEŞİK PALYATİF VE DESTEKLEYİCİ BAKIM**  
Kanser yolculuğunuzun herhangi bir bölümünde gerekli olan en uygun destekleyici ve palyatif bakımı alma.

  
**9. HAYATTA KALMA VE REHABİLİTASYON**  
Hayatta kalmanız ve rehabilitasyonunuz için bakım ekibinizle net, yönetilen ve ulaşılabilir bir plan alma ve tartışma.

  
**10. YENİDEN UYUM SAĞLAMA**  
Topluma tamamen yeniden uyum sağlayın ve kanserle ilgili damgalanma ve ayrımcılıktan korunun, böylece mümkün olduğunca işe ve normal bir yaşama dönebilirsiniz.

  
**www.europeancancer.org/code**  
**info@europeancancer.org**



Şekil 2.11: Avrupa Kanser Uygulamaları Kodu

**Kaynak:** European Cancer Organization, 2022b

Kod, kanser hastaları ve yakınları güçlendirme programı amaçlı desteklemeyi ve bilgilendirmeyi amaçlayan ve herkesin serbest erişim hakkı olduğu bir platformu desteklemektedir. Kodun bir diğer önemli katkısı ise, hasta güçlendirme kapsamında ihtiyaç duyulan ve kanser hastası bakımında ortak standardizasyona dönük bir çalışma olmasında yatmaktadır (Gourd, 2020).

Kanser bakımı farklı disiplinler arası etkili iş birliği gerektiren bir süreçtir. İşbirliğinin merkezinde ise hasta bulunmaktadır. Kanser hastalarının bakım süreci kişiye göre değişiklik gösteren, radyoterapi, kemoterapi ve diğer teknikleri bir ya da birden fazla sağlık kuruluşunda uygulandığı ve birden fazla randevu ile gerçekleşen olgudur. Hemşirelikte kanserli bakımında, cerrah, onkolog, klinik diyetisyen, radyoterapist, doktorlar ve sosyal uzmanlarla birlikte en önemli rolleri oynayan profesyonel bir meslek grubudur. Doktor, hastanın alacağı tedaviye karar verirken, hemşire ise tedavinin en iyi nasıl uygulanacağını ve destek olunacağını bilen kişidir. Hemşirenin hasta güçlendirme sorumluluğu yanında, kendisinin de beş temel kategoride güçlendirilmesi gereklidir. Bu temel alanlar, ahlaki ilkeler, kişisel bütünlük, deneyim/uzmanlık, gelecek odaklılık ve sosyalliktir. Çalışmalar hemşirelerin kendilerini en çok ahlaki ilkeler alanında, en az ise sosyallik alanında daha güçlü hissettiklerini göstermiştir. Yaş, uzun iş deneyimi ve daha yüksek eğitim seviyeleri, iş doyumu, aynı alan veya disiplinde kalma, iş stresi ve ilerleme ile ilgili olan güçlendirme duygusunu arttırdığı görülmüştür (Siekkinen vd., 2021).

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1 Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma kemoterapi alan hastaların öz bakım yönetimi ve hasta güçlendirme arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir.

#### 3.2 Araştırma Soruları

1. Kemoterapi alan hastalarda öz bakım yönetimi düzeyi nedir?
2. Kemoterapi alan hastaların öz bakım yönetimini etkileyen sosyo-demografik faktörler nelerdir?
3. Kemoterapi alan hastaların hasta güçlendirme düzeyi nedir?
4. Kemoterapi alan hastalarda güçlendirmeyi etkileyen sosyo-demografik faktörler nelerdir?
5. Kemoterapi alan hastalarda hasta güçlendirme ve öz bakım yönetimini arasında ilişki var mıdır?

#### 3.3 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesi onkoloji kliniği ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan hastalar ile 10 Mart-10 Mayıs 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### 3.4 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, bir eğitim ve araştırma hastanesi onkoloji kliniği ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan 5080 hasta oluşturmuştur.

Örneklem sayısı, evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklemdeki birey sayısını belirlemek amacıyla kullanılan formül ile hesaplanmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma

$$n = \frac{(5080) (1.96)^2 (0.20) (0.80)}{(0.05)^2 (5080-1) + (1.96)^2 (0.20) (0.80)}$$

Minimum örneklem (hasta) sayısı  $n = 394$  olarak bulunmuştur.

Çalışmanın gücü  $1 - \beta$  ( $\beta =$  II. tip hata olasılığı) ile ifade edilir ve genel anlamda araştırmaların %80 güce sahip olmaları istenmektedir. Örneklem seçiminde kemoterapi alan hasta sayısı toplam 5080 olgudan  $\alpha = 0,05$  seviyesinde %80 güce sahip olması için çalışmaya katılacak hasta sayısı 394 olarak saptanmıştır. Fakat veri toplama araçlarının eksik doldurulması gibi nedenlerle örneklem büyüklüğünün %24,5 fazlası 490 hasta ile araştırma gerçekleştirilmiştir.

### 3.5 Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak; Hasta Bilgi Formu (Ek 1), Öz Bakım Yönetim Ölçeği-K (SCMP-G) (Ek 2), Hasta Güçlendirme Ölçeği (Ek 3) kullanılmıştır.

### 3.5.1 Hasta Bilgi Formu (Ek-1)

Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından dzenlenen hasta bilgi formunda, hasta ve hastalığa ilişkin özellikler ile ilgili bilgileri içeren 22 soru yer almaktadır (Tosun vd., 2021; Mack vd., 2015).

Hasta bilgileri ile ilgili; hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, ocuk sayısı, mesleği, çalışma durumu, ekonomik durumu, sosyal güvencesi, birlikte yaşadığı kişiler, sağlığını nasıl değerlendirdiğine yönelik sorular bulunmaktadır.

Hastalığa ilişkin özellikler ile ilgili; başka bir kronik hastalığı varlığı, hayat tarzında hastalığa bağlı değişim, yapamadığı aktivitelerde kendisine yardımcı kişi veya kişiler, kanser türü, evresi, kr sayısı, almış olduğu tedaviler, tedavi süresi, nüks durumu, ailede kanser öyküsü ve kemoterapi süresi ile ilgili sorular yer almaktadır.

### 3.5.2 z Bakım Yönetim leği-K (SCMP-G) (Ek-2)

z Bakım Yönetimi leği, Jones ve vd. (1986) tarafından geliştirilmiş, ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini Haçerlioğlu ve şenuzun Aykar (2018) yapmıştır.

Ölçeğin z koruma ve sosyal koruma olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. z koruma (20 madde), sosyal koruma (15 madde)'dan oluşan iki alt boyutlu ölçek 35 maddeden oluşmaktadır (Haçerlioğlu ve şenuzun Aykar 2018).

z koruma alt boyutunu 2, 6, 8, 11, 15, 18, 19, 20, 22, 23 ve 25-34 maddeleri ve sosyal koruma alt boyutunu 1, 3-5, 7, 9, 10, 12-14, 16, 17, 21, 24 ve 35 maddeleri içermektedir. Ölçeğin değerlendirmesi 5 (*Kesinlikle Katılıyorum*) ve 1 (*Hiç Katılmıyorum*) olarak 5'li likert şeklinindedir. SCMP-G leğindeki 3, 15, 19 ve 28. sorular olumsuz sorulardır. SCMP-G leğinde puan arttıkça öz bakım yönetimi artmaktadır. Ölçekten minimum 35 maksimum 175 puan alınabilmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek minimum ve maksimum puanlar, öz koruma alt boyutu için minimum 20 maksimum 100 puan, sosyal koruma alt boyutu için minimum 15 maksimum 75 puandır. Ölçek genel

Cronbach alfa değeri 0,75, öz koruma alt boyutu için 0,78 ve sosyal koruma alt boyutu içinse 0,78 olarak bulunmuştur (Hançerlioğlu ve Şenuzun Aykar 2018).

Bu çalışmada Öz Bakım Yönetim Ölçeği alt boyutları için elde edilen Cronbach's Alpha katsayıları sırasıyla 0,69 ve 0,81'tür. Toplam Öz Bakım Yönetim Ölçeği Cronbach's Alpha katsayısı 0,75 olarak bulunmuştur.

### **3.5.3 Hasta Güçlendirme Ölçeği (Ek-3)**

Hasta Güçlendirme Ölçeği Small (2012) tarafından geliştirilmiş, Kaya ve Işık (2018) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır.

Hasta güçlendirme ölçeği beş boyut (Kimlik/Özdeşleşme, Kişisel Kontrol, Karar Alma, Bilme ve Anlama, Başkaları ile Etkileşim) ve toplam 37 ifadeyi içermektedir. Kimlik/Özdeşleşme 6, 12, 14, 20, 23, 25, 29, 32, 37 maddeleri, Kişisel Kontrol 3, 5, 9, 13, 17, 28, 35 maddeleri, Karar Alma 1, 2, 4, 18, 21, 24, 27, 31 maddeleri, Bilme ve Anlama 8, 11, 15, 19, 22, 30, 34, 36 maddeleri, Başkaları ile Etkileşim 7, 10, 16, 26, 33 maddeleri oluşturmaktadır. Ölçeği oluşturan ifadeler 1'den (Kesinlikle katılmıyorum) 5'e (Kesinlikle katılıyorum) kadar 5'li Likert şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puan 5'e doğru yükseldikçe hasta güçlendirme yüksek, 1'e doğru düştükçe hasta güçlendirme zayıf olarak değerlendirilmektedir (Kaya ve Işık, 2018).

Hasta Güçlendirme Ölçeği' nin genel ve alt boyutlarının iç tutarlılığı için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ölçeğin geneli için 0,92 olarak bulunmuştur. Hasta Güçlendirme alt boyutlarında ise; Kimlik/Özdeşleşme için 0,83, Kişisel Kontrol için 0,74, Karar Alma için 0,76, Bilme ve Anlama için 0,77 ve Başkaları ile Etkileşim için 0,60 olarak tespit edilmiştir (Kaya ve Işık, 2018).

Bu çalışmada ise Hasta Güçlendirme Ölçeği alt boyutları için elde edilen Cronbach's Alpha katsayıları sırasıyla 0,86; 0,76; 0,56; 0,79 ve 0,86'dır.

Toplam Hasta Güçlendirme Ölçeği Cronbach's Alpha katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur.

### **3.6 Verilerin Toplanması**

Araştırmacı tarafından kemoterapi tedavisi alan hastalara araştırmanın amacı açıklandıktan sonra çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalara veri toplama araçları ile yüz yüze görüşme yapılarak toplanmıştır.

### **3.7 Verilerin Değerlendirilmesi**

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2020 Statistical Software (NCSS LLC, Kaysville, Utah, USA) programından yararlanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma, medyan, sıklık ve oran) yanı sıra verilerin normal dağılıma uygunluklarının değerlendirilmesinde Shapiro Wilks testi ve Box Plot grafiklerinden faydalanılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup değerlendirmelerinde Student's t testi, üç grup ve üzerindeki karşılaştırmalar için One-way ANOVA testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde ise Bonferroni testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki gruba göre değerlendirmelerinde Mann Whitney U testi; üç grup ve üzeri karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun saptanmasında ise Dunn testi uygulanmıştır. Değişkenler arası bağlantıların değerlendirilmesinde dağılıma göre Pearson veya Spearman's korelasyon analizlerinde faydalanılmıştır. İleri değerlendirmeler ise lineer regresyon modelleri ile yapılmıştır. Özellikli verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi ve Fisher's Exact testleri kullanılmıştır. Anlamlılık  $p < 0,05$  olarak değerlendirilmiştir (Karagöz, 2014).

### **3.8 Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yapılması için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 31.12.2021 tarih ve 2021/12 karar sayılı yazı ile etik onay alındı (Ek-5). Çalışmanın yapıldığı hastanenin bağlı olduğu kurumdan 25.02.2022 tarih ve 2022/5 sayılı karar ile kurum izni alındı (Ek-7). Çalışmanın yapıldığı hastaneden 01.02.2022 tarih ve 1/6 nolu yazılı ile izin alındı (Ek-6). Çalışmada kullanılan ölçeklerle ilgili yazılı izinler alındı (Ek-4).

### **3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmadan elde edilen veriler çalışmaya katılan yalnızca bir kamu hastanesinde kemoterapi tedavisi alan hastaların görüşleri ile sınırlıdır.



## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

Araştırma İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesi ayakta kemoterapi ünitesinde kemoterapi alan hastaların öz bakım yönetimi ve hasta güçlendirme arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla toplam 490 kanser hastası ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında sunulmaktadır.

- Hasta Bilgileri ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile İlgili Bulgular
- Öz Bakım Yönetim Ölçeği ile İlgili Bulgular
- Hasta Güçlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular
- Kemoterapi alan hastaların Öz Bakım Yönetimi ve Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

#### 4.1 Hasta Bilgileri ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı ile İlgili Bulgular

Hasta bilgileri ve hastalığa ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.1: Hasta Bilgileri ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=490)**

Özellikler	n	%	
<b>Yaş</b> <i>Min-Mak 18-87</i> <i>Ort±Ss 53.37±14.36</i>	≤30 yaş	36	7.3
	31-40 yaş	64	13.1
	41-50 yaş	102	20.8
	51-60 yaş	123	25.1
	61-70 yaş	108	22.0
	>70 yaş	57	11.6
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	256	52.2
	Erkek	234	47.8
<b>Eğitim durumu</b>	Okuryazar değil	30	6.1
	Okuryazar	31	6.3
	İlkokul	190	38.8
	Ortaokul	68	13.9
	Lise	102	20.8
	Lisans	58	11.8
	Lisansüstü	11	2.2
<b>Medeni durum</b>	Evli	374	76.3
	Bekâr	116	23.7
<b>Çocuk sayısı</b>	Yok	97	19.8
	1 çocuk	57	11.6
	2 çocuk	165	33.7
	3 çocuk	80	16.3
	≥4 çocuk	91	18.6
<b>Meslek</b>	Emekli	158	32.2
	Memur	39	8.0
	İşçi	40	8.2
	Serbest meslek	120	24.5
	Ev Hanımı	133	27.1
	<b>Çalışma durumu</b>	Çalışıyor	101
Çalışmıyor		389	79.4
<b>Ekonomik durum</b>	Gelir giderden az	114	23.3
	Gelir gidere eşit	336	68.6
	Gelir giderden fazla	40	8.2
<b>Sosyal güvence</b>	Var	441	90.0
	Yok	49	10.0
<b>Birlikte yaşanılan kişi</b>	Yalnız	38	7.8
	Eş	116	23.7
	Çocuk	45	9.2
	Eş-Çocuk	228	46.5
	Anne-Baba	45	9.2
	Kardeş	11	2.2
	Diğer	7	1.4
<b>Sağlık durumu</b>	İyi	178	36.3
	Orta	246	50.2
	Kötü	66	13.5

**Tablo 4.1:** Hasta Bilgileri ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=490)  
(Devamı)

Özellikler		n	%
<b>Kronik hastalık durumu</b>	Evet	196	40.0
	Hayır	294	<b>60.0</b>
<b>Kronik hastalık türü</b> (n=196)	Hipertansiyon	97	<b>49.5</b>
	Diyabet	86	43.9
	Kalp hastalıkları	26	13.3
	KOAH	19	9.7
	KBY	8	4.1
	Bağışıklık Sistemi Hastalıkları	10	5.1
	Troid Hastalığı	9	4.6
	Diğer hastalıklar	16	8.2
<b>Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim durumu</b>	Evet	299	<b>61.0</b>
	Hayır	191	39.0
<b>Yapılan değişiklikler</b> (n=299)	Aktivitede Kısıtlı Yaşam	121	<b>40.5</b>
	Aile ile İlgili Problemler	9	3.0
	Yorgunluk	43	14.4
	Sağlıklı Yaşam	15	5.0
	Asosyal Yaşam	58	19.4
	Umutsuzluk	15	5.0
	Beslenme Problemleri	23	7.7
	Depresyon	36	12.0
	İşe Gidememe	34	11.4
<b>Yapılmayan aktivitelerde yardım alma durumu</b>	Evet	366	<b>74.7</b>
	Hayır	124	25.3
<b>Yardımcı olan kişiler</b> (n=366)	Eş	144	<b>39.3</b>
	Çocuk	68	18.6
	Eş-Çocuk	91	24.9
	Anne-Baba	31	8.5
	Yakın Akraba	32	8.7
<b>Kanser türü</b>	Meme ca	131	<b>26.7</b>
	Kolon ca	71	14.5
	Mide ca	29	5.9
	Üro-Genital ca	52	10.6
	Pankreas ca	31	6.3
	Lenfoid ve hematolojik ca	62	12.7
	Gırtlak ve soluk borusu/ Akciğer ca	59	12.0
	Diğer Ca	55	11.2
<b>Kanser evresi</b>	Evre I	48	9.8
	Evre II	71	14.5
	Evre III	69	14.1
	Evre IV	79	16.1
	Bilmiyorum	223	<b>45.5</b>
<b>Kemoterapi kür sayısı</b>	1.kür	55	11.2
	2.kür	46	9.4
	3.kür	65	13.3
	4.kür	60	12.2
	5.kür	29	5.9
	≥6.kür	235	<b>48.0</b>

**Tablo 4.1:** Hasta Bilgileri ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=490)  
(Devamı)

Özellikler		n	%
<b>Kemoterapi süresi (saat)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	1-9 (4.0)	
	<i>Ort±Ss</i>	3.76±1.76	
<b>Kemoterapi dışında tedavi alma durumu</b>	Evet	305	<b>62.2</b>
	Hayır	185	37.8
<b>Alınan tedaviler (n=305)</b>	Cerrahi tedavi	107	<b>35.1</b>
	Radyoterapi	67	22.0
	Ümminoterapi	5	1.6
	Diğer	19	6.2
	Cerrahi tedavi + Radyoterapi	107	<b>35.1</b>
<b>Tedavi süresi (ay)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	1-240 (7.0)	
	<i>Ort±Ss</i>	17.39±26.47	
<b>Kanser nüks durumu</b>	Evet	111	22.7
	Hayır	379	<b>77.3</b>
<b>Ailede kanser öyküsü</b>	Var	227	46.3
	<i>Birden çok seçim yapılmıştır</i> Yok	263	<b>53.7</b>

Çalışmaya katılan hastaların yaş aralığı 18-87 arasında olmakla birlikte, ortalama 53,37±14,36 yıldır. Hastaların %7,3'ünün (n=36) 30 yaş ve altında, %13,1'inin (n=64) 31-40 yaş aralığında, %20,8'inin (n=102) 41-50 yaş aralığında, %25,1'inin (n=123) 51-60 yaş arasında, %22'sinin (n=108) 61-70 yaş arasında ve %11,6'sının (n=57) 70 yaşın üzerinde olduğu bulunmuştur.

Hastaların %52,2'si (n=256) kadın, %47,8'i (n=234) erkektir.

Hastaların %6,1'inin (n=30) okuryazar değil, %6,3'ünün (n=31) okuryazar, %38,8'inin (n=190) ilkokul, %13,9'unun (n=68) ortaokul, %20,8'inin (n=102) lise, %11,8'inin (n=58) lisans ve %2,2'sinin (n=11) lisansüstü mezun olduğu bulunmuştur.

Hastaların %76,3'ünün (n=374) evli, %23,7'sinin (n=116) bekâr olduğu bulunmuştur.

Hastaların %19,8'inin (n=97) çocuğunun olmadığı, %11,6'sının (n=57) 1 çocuğu, %33,7'sinin (n=165) 2 çocuğu, %16,3'ünün (n=80) 3 çocuğu, %18,6'sının (n=91) 4 ve daha fazla sayıda çocuğu olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hastaların %32,2'sinin (n=158) emekli, %8'inin (n=39) memur, %8,2'sinin (n=40) işçi, %24,5'inin (n=120) serbest meslek çalışanı ve %27,1'inin (n=133) ev hanımı olduğu görülmektedir.

Hastaların %20,6'sı (n=101) çalışırken, %79,4'ü (n=389) çalışmamaktadır.

Hastaların %23,3'ü (n=114) gelirinin giderden az olduğunu, %68,6'sı (n=336) gelirinin gidere eşit olduğunu ve %8,2'si (n=40) gelirinin giderden fazla olduğunu belirtmiştir.

Hastaların %90'ının (n=441) sosyal güvencesi vardır.

Hastaların %7,8'i (n=38) yalnız yaşarken; %23,7'si (n=116) eşiyile, %9,2'si (n=45) çocuklarıyla, %46,5'i (n=228) eşi ve çocuklarıyla, %9,2'si (n=45) anne ve babasıyla, %2,2'si (n=11) kardeşiyle ve %1,4'ü (n=7) diğer kişilerle yaşamaktadır.

Hastaların %36,3'ü (n=178) sağlık durumunun iyi olduğunu, %50,2'si (n=246) orta düzeyde, %13,5'i (n=66) ise kötü olduğunu belirtmiştir.

Hastaların %40'ının (n=196) kanser dışında kronik hastalığı bulunmaktadır. Hastalıkların %49,5'inde (n=97) hipertansiyon, %43,9'unda (n=86) diyabet, %13,3'ünde (n=26) kalp hastalıkları, %9,7'sinde (n=19) KOAH, %4,1'inde (n=8) KBY, %5,1'inde (n=10) bağışıklık sistemi hastalıkları, %4,6'sında (n=9) troid hastalığı ile %8,2'sinde (n=16) diğer hastalıklar olduğu bulunmuştur.

Hastalıktan dolayı hayat tarzında değişiklik yapan hasta oranı %61 (n=299) iken, %39'u (n=191) herhangi bir değişiklik yapmadığını belirtmiştir. Değişiklik yapan hastaların %40,5'i (n=121) aktivitede kısıtlı yaşadığını, %3'ü (n=9) aile ile ilgili problemler yaşadığını, %14,4'ü (n=43) yorgunluk yaşadığını, %5'i (n=15) sağlıklı yaşamaya çalıştığını, %19,4'ü (n=58) asosyal yaşadığını, %5'i (n=15) umutsuzluk yaşadığını, %7,7'si (n=23) beslenme problemleri yaşadığını, %12'si (n=36) depresyon yaşadığını ve %11,4'ü (n=34) işe gidememe sorunu yaşadığını belirtmiştir.

Hastaların %74,7'si (n=366) yapamadığı aktivitelerde yakınlarından yardım almaktadır. Yardım eden kişilerin %39,3'ü (n=144) eş, %18,6'sı (n=68) çocuk, %24,9'u (n=91) eş-çocuk, %8,5'i (n=31) anne-baba, %8,7'si (n=32) yakın akrabadır.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının %26,7'sinde (n=131) meme ca, %14,5'inde (n=71) kolon ca, %5,9'unda (n=29) mide ca, %10,6'sında (n=52) üro-genital ca, %6,3'ünde (n=31) pankreas ca, %12,7'sinde (n=62) lenfoid ve hematolojik ca, %12'sinde (n=59) gırtlak ve soluk borusu/akciğer ca ve %11,2'sinde (n=55) diğer kanser türleri bulunmaktadır.

Hastaların %9,8'inin (n=48) kanser evresinin I. evre, %14,5'inin (n=71) II. evre, %14,1'inin (n=69) III. evre, %16,1'inin (n=79) IV. evre olduğu gözlenmiştir. Hastaların %45,5'i (n=223) ise kaçınıcı evrede olduğunu bilmemektedir.

Hastaların %11,2'si (n=55) kemoterapide 1. kürü, %9,4'ü (n=46) 2. kürü, %13,3'ü (n=65) 3. kürü, %12,2'si (n=60) 4. kürü, %5,9'u (n=29) 5. kürü, %48'i (n=235) ise 6. kür ve daha fazlasını almıştır.

Kemoterapi süreleri 1 saat ile 9 saat arası değişmekle birlikte, ortalama  $3,76 \pm 1,76$  saattir.

Hastaların %62,2'si (n=305) kemoterapi dışında farklı tedavi de almaktadır. Kemoterapi dışında tedavi alan hastaların %35,1'i (n=107) cerrahi tedavi, %22'si (n=67) radyoterapi, %1,6'sı (n=5) ünminoterapi, %35,1'i (n=107) cerrahi + radyoterapi ve %6,2'si (n=19) diğer tedavilerdir. Tedavi süresi 1 ila 240 ay arası değişmekle birlikte, ortalama  $17,39 \pm 26,47$  aydır.

Kanser nüks oranı %22,7 (n=111), ailede kanser öyküsü oranı %46,3 (n=227) olarak bulunmuştur.

#### 4.2 Öz Bakım Yönetim Ölçeği ile İlgili Bulgular

Hastaların öz bakım yönetim ölçeği ile ilgili bulgular Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.2:** Öz Bakım Yönetim Ölçeği-K (SCMP-G) Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı

Alt Boyutlar	Madde sayısı	Min-Mak	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Öz koruma	20	20-100	44-92 (73)	73.16±8.59
Sosyal koruma	15	15-75	15-73 (48)	46.91±10.06
Toplam	35	35-175	67-159 (120)	120.07±13.58

Ort: Ortalama, Ss: Standart Sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum

Öz Bakım Yönetim Ölçeği "Öz koruma" puanları 44 ile 92 arasında değişmekte olup, ortalama  $73,16 \pm 8,59$  olarak, "Sosyal koruma" puanları 15 ila 73 arasında değişmekle birlikte, ortalama  $46,91 \pm 10,06$  olarak ve Öz Bakım Yönetim Ölçeği toplam puanları 67 ile 159 arasında değişmekte olup, ortalama  $120,07 \pm 13,58$  olarak saptanmıştır.

### 4.3 Hasta Bilgileri ve Hastalığa İlişkin Özellikler ile Öz Bakım Yönetimi Ölçeğine İlişkin Bulgular

Hasta bilgilerine göre öz bakım yönetim ölçeğine ilişkin bulgular Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.3:** Hasta Bilgileri ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Öz Bakım Yönetim Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=490)

		Öz Bakım Yönetim Ölçeği-K (SCMP-G)			
		Öz koruma	Sosyal koruma	Toplam	
Özellikler	n	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	
Yaş	≤30 yaş	36	71.44±8.95	45.83±10.77	117.28±13.51
	31-40 yaş	64	73.98±7.77	45.83±11.07	119.81±13.83
	41-50 yaş	102	73.83±8.85	46.87±9.99	120.71±12.93
	51-60 yaş	123	73.42±9.07	46.64±10.53	120.07±14.28
	61-70 yaş	108	72.83±7.93	46.9±8.7	119.73±12.7
	>70 yaş	57	72.18±8.99	49.49±9.91	121.67±14.77
	<i>Test Değeri</i>		<i>F:0.732</i>	<i>F:0.999</i>	<i>F:0.522</i>
<i>p</i>		<i><sup>c</sup>0.600</i>	<i><sup>c</sup>0.418</i>	<i><sup>c</sup>0.759</i>	
Cinsiyet	Kadın	256	73.04±8.62	46.79±9.89	119.83±13.38
	Erkek	234	73.29±8.58	47.04±10.26	120.34±13.82
	<i>Test Değeri</i>		<i>t:-0.329</i>	<i>t:-0.274</i>	<i>t:-0.411</i>
<i>p</i>		<i><sup>d</sup>0.742</i>	<i><sup>d</sup>0.784</i>	<i><sup>d</sup>0.681</i>	
Eğitim durumu	İlköğretim altı	61	70.72±8.66	48.95±9.55	119.67±15.58
	İlköğretim	258	73.43±8.24	47.18±10.02	120.61±13.17
	Lise	102	73.69±9.38	45.38±10.43	119.07±13.55
	Lisans ve üzeri	69	73.54±8.43	46.36±9.92	119.9±13.45
	<i>Test Değeri</i>		<i>F:1.906</i>	<i>F:1.760</i>	<i>F:0.342</i>
<i>p</i>		<i><sup>c</sup>0.128</i>	<i><sup>c</sup>0.154</i>	<i><sup>c</sup>0.795</i>	

**Tablo 4.3:** Hasta Bilgileri ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Öz Bakım Yönetim Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=490) (Devamı)

		Öz Bakım Yönetim Ölçeği-K (SCMP-G)				
		Öz koruma	Sosyal koruma	Toplam		
Özellikler	n	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss		
<b>Medeni durum</b>	Evli	374	73.09±8.43	47.12±10.07	120.2±13.58	
	Bekâr	116	73.4±9.12	46.26±10.05	119.66±13.61	
	Test Değeri		t:-0.337	t:0.801	t:0.567	
	<i>p</i>		<sup>d</sup> <b>0.736</b>	<sup>d</sup> <b>0.424</b>	<sup>d</sup> <b>0.705</b>	
<b>Çocuk sayısı</b>	Yok	97	72.75±9.19	46.93±10.37	119.68±14.14	
	1 çocuk	57	73.53±7.6	46.28±10.92	119.81±14.46	
	2 çocuk	165	74.05±8.76	45.58±10.01	119.64±13.26	
	3 çocuk	80	72.3±8.5	48.16±9.15	120.46±13.04	
	≥4 çocuk	91	72.51±8.31	48.6±9.87	121.11±13.68	
	Test Değeri		F:0.859	F:1.741	F:0.216	
	<i>p</i>		<sup>c</sup> <b>0.488</b>	<sup>c</sup> <b>0.140</b>	<sup>c</sup> <b>0.929</b>	
<b>Meslek</b>	Emekli	158	72.51±8.39	47.59±9.08	120.09±12.48	
	Memur	39	72.03±9.16	45.54±11.39	117.56±15.54	
	İşçi	40	75.93±8.72	44.58±13.88	120.5±15.77	
	Serbest meslek	120	73.58±8.63	46.07±9.68	119.64±13.09	
	Ev Hanımı	133	73.07±8.53	47.98±9.68	121.05±14.04	
	Test Değeri		F:1.515	F:1.225	F:0.541	
	<i>p</i>		<sup>c</sup> <b>0.197</b>	<sup>c</sup> <b>0.303</b>	<sup>c</sup> <b>0.705</b>	
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışıyor	101	73±8.77	44.35±11.39	117.35±14.64	
	Çalışmıyor	389	73.2±8.56	47.58±9.59	120.78±13.22	
	Test Değeri		t:-0.211	t:-2.621	t:-2.275	
	<i>p</i>		<sup>d</sup> <b>0.833</b>	<sup>d</sup> <b>0.010*</b>	<sup>d</sup> <b>0.023*</b>	
<b>Ekonomik durum</b>	Gelir giderden az	114	71.58±8.35	48.77±7.96	120.35±12.32	
	Gelir gidere eşit	336	73.72±8.51	46.49±10.36	120.21±13.96	
	Gelir Giderden fazla	40	73±9.56	45.18±12.21	118.18±13.91	
	Test Değeri		F:2.662	F:3.540	F:0.430	
	<i>p</i>		<sup>c</sup> <b>0.071</b>	<sup>c</sup> <b>0.033*</b>	<sup>c</sup> <b>0.651</b>	
<b>Sosyal güvence</b>	Var	441	73.27±8.62	46.78±10.11	120.06±13.69	
	Yok	49	72.16±8.33	48.06±9.57	120.22±12.64	
	Test Değeri		t:0.857	t:-0.843	t:-0.082	
	<i>p</i>		<sup>d</sup> <b>0.392</b>	<sup>d</sup> <b>0.400</b>	<sup>d</sup> <b>0.935</b>	

**Tablo 4.3:** Hasta Bilgileri ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Öz Bakım Yönetim Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=490) (Devamı)

		Öz Bakım Yönetim Ölçeği-K (SCMP-G)			
Özellikler	n	Öz koruma Ort±Ss	Sosyal koruma Ort±Ss	Toplam Ort±Ss	
<b>Birlikte yaşanılan kişi</b>	Yalnız	38	73.39±8.01	47.08±7.52	120.47±10.96
	Eş	116	72.43±8.1	46.28±10.43	118.71±13.75
	Çocuk	45	73.4±8.33	47.31±10.39	120.71±12.76
	Anne-Baba	45	74.22±8.95	46.24±10.44	120.47±12.45
	Kardeş	18	69.67±10.37	44.78±11.9	114.44±17.6
	Eş-Çocuk	228	73.51±8.76	47.43±10	120.94±13.88
	Test Değeri <i>p</i>		F:0.989 <b><i>c0.424</i></b>	F:0.429 <b><i>c0.828</i></b>	F:1.075 <b><i>c0.373</i></b>
<b>Sağlık durumu</b>	İyi	178	74.29±8.09	44.08±10.73	118.37±13.07
	Orta	246	73.19±8.47	47.53±9.21	120.72±13.14
	Kötü	66	70.02±9.67	52.24±8.69	122.26±16
	Test Değeri <i>p</i>		F:6.077 <b><i>c0.002**</i></b>	F:18.698 <b><i>c0.001**</i></b>	F:2.561 <b><i>c0.078</i></b>
<b>Kronik hastalık durumu</b>	Evet	196	72.41±8.74	47.57±10.49	119.97±14.47
	Hayır	294	73.66±8.47	46.48±9.76	120.14±12.97
	Test Değeri <i>p</i>		t:-1.587 <b><i>d0.113</i></b>	t:1.176 <b><i>d0.240</i></b>	t:-0.132 <b><i>d0.895</i></b>
<b>Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim durumu</b>	Evet	299	73.57±9.17	47.38±10.02	120.95±13.71
	Hayır	191	72.52±7.57	46.18±10.11	118.7±13.29
	Test Değeri <i>p</i>		t:1.382 <b><i>d0.168</i></b>	t:1.283 <b><i>d0.200</i></b>	t:1.792 <b><i>d0.074</i></b>
	<b>Yapılamayan aktivitelerde yardım alma durumu</b>	Evet	366	73.4±8.78	46.95±10.58
Hayır		124	72.47±8	46.79±8.36	119.26±13.05
Test Değeri <i>p</i>			t:1.040 <b><i>d0.299</i></b>	t:0.175 <b><i>d0.861</i></b>	t:0.773 <b><i>d0.440</i></b>
<b>Kanser evresi</b>	Evre I	48	72.65±8.76	42.98±10.5	115.63±13.54
	Evre II	71	74.03±8.18	46.23±9.75	120.25±13.1
	Evre III	69	74.19±9.13	46.88±11.57	121.07±13.56
	Evre IV	79	73.33±9.61	47.23±11.21	120.56±14.86
	Bilmiyorum	223	72.62±8.14	47.87±8.94	120.49±13.21
	Test Değeri <i>p</i>		F:0.699 <b><i>c0.593</i></b>	F:2.383 <b><i>c0.054</i></b>	F:1.468 <b><i>c0.211</i></b>

**Tablo 4.3:** Hasta Bilgileri ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Öz Bakım Yönetim Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=490) (Devamı)

Özellikler		n	Öz Bakım Yönetim Ölçeği-K (SCMP-G)		
			Öz koruma Ort±Ss	Sosyal koruma Ort±Ss	Toplam Ort±Ss
<b>Kemoterapi dışında tedavi alma durumu</b>	Evet	305	72.38±9.01	47.1±9.5	119.48±13.39
	Hayır	185	74.45±7.7	46.6±10.94	121.05±13.87
	Test Değeri		t:-2.711	t:0.517	t:-1.246
	<i>p</i>		<sup>d</sup> <b>0.007**</b>	<sup>d</sup> <b>0.606</b>	<sup>d</sup> <b>0.213</b>
<b>Kanser nüks durumu</b>	Evet	111	72.97±9.32	47.74±9.58	120.71±13.63
	Hayır	379	73.22±8.38	46.67±10.2	119.89±13.58
	Test Değeri		t:-0.262	t:0.984	t:0.563
	<i>p</i>		<sup>d</sup> <b>0.793</b>	<sup>d</sup> <b>0.326</b>	<sup>d</sup> <b>0.574</b>
<b>Ailede kanser öyküsü</b>	Var	227	72.35±8.59 73 (44-91)	47.85±9.39 48 (15-72)	120.21±13.53 120 (67-159)
	Yok	263	73.86±8.54 74 (48-92)	46.1±10.56 47 (15-73)	119.96±13.65 120 (78-152)
	Test Değeri		t:-1.941	t:1.949	t:0.202
	<i>p</i>		<sup>d</sup> <b>0.053</b>	<sup>d</sup> <b>0.052</b>	<sup>d</sup> <b>0.840</b>

<sup>c</sup>Oneway ANOVA <sup>d</sup>Student-t Test \*\**p*<0,01

Yaş gruplarına göre hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Öz Koruma”, “Sosyal Koruma” alt boyutlarından ve ölçek toplamından elde edilen puanlarda, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır. (*p*>0,05).

Cinsiyet yönünden hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Öz Koruma”, “Sosyal Koruma” alt boyutlarından ve ölçek toplamından elde edilen puanlarda, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır. (*p*>0,05).

Eğitim durumu yönünden hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Öz Koruma”, “Sosyal Koruma” alt boyutlarından ve ölçek toplamından elde edilen puanlarda, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır. (*p*>0,05).

Medeni durum yönünden hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Öz Koruma”, “Sosyal Koruma” alt boyutlarından ve ölçek toplamından elde edilen puanlarda, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır. (*p*>0,05).

Çocuk sayısı yönünden hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Öz Koruma”, “Sosyal Koruma” alt boyutlarından ve ölçek toplamından elde edilen puanlarda, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır (*p*>0,05)

Meslek gruplarına göre hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Öz Koruma”, “Sosyal Koruma” alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlarda, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır. ( $p>0,05$ ).

Çalışma durumu yönünden hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Öz Koruma” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır. ( $p>0,05$ ).

Çalışan hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Sosyal Koruma” alt boyutundan elde edilen puanlar, çalışmayan hastalara göre istatistiksel yönden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,010$ ;  $p<0,05$ ).

Çalışan hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği toplamından elde edilen puanlar, çalışmayan hastalara nazaran istatistiksel yönden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,023$ ;  $p<0,05$ ).

Ekonomik durum yönünden hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Öz Koruma” alt boyutundan ve ölçek toplamından elde edilen puanlarda, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Ekonomik durum yönünden hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Sosyal Koruma” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,033$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Games-Howell test sonuçlarına göre; geliri giderinden az hastaların ölçek toplamından elde edilen puanlar, geliri giderine denk olanlara nazaran anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0,041$ ;  $p<0,05$ ).

Sosyal güvence yönünden hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Öz Koruma”, “Sosyal Koruma” alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlar, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır. ( $p>0,05$ ).

Birlikte yaşanan kişiye göre hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Öz Koruma”, “Sosyal Koruma” alt boyutlarından ve ölçek toplamından elde edilen puanlarda, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır. ( $p>0,05$ ).

Sağlık durumuna nazaran hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Öz Koruma” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,002$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; sağlık durumu kötü olan hastaların ölçek alt boyutundan elde

edilen puanlar, sağlık durumu iyi ile orta olan bireylere nazaran anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p=0,002$ ;  $p=0,022$ ;  $p<0,05$ ).

Sağlık durumuna göre hastaların z Bakım Yönetim leği “Sosyal Koruma” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni test sonucuna göre; sağlık durumu iyi olan hastaların ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, sağlık durumu orta ve kötü olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p=0,002$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Aynı şekilde sağlık durumu orta olan hastaların ölçek alt boyutundan aldıkları puanlarda, sağlık durumu kötü olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Sağlık durumu yönünden hastaların z Bakım Yönetim leği toplamından elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır. ( $p>0,05$ ).

Kronik hastalık varlığına göre hastaların z Bakım Yönetim leği “z Koruma”, “Sosyal Koruma” alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlarda, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim durumuna göre hastaların z Bakım Yönetim leği “z Koruma”, “Sosyal Koruma” alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlarda, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır( $p>0,05$ ). Yapılmayan aktivitelerde yardım alma durumuna göre hastaların z Bakım Yönetim leği “z Koruma”, “Sosyal Koruma” alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlar, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır. ( $p>0,05$ ).

Kanser evrelerine göre hastaların z Bakım Yönetim leği “z Koruma”, “Sosyal Koruma” alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlarda, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır. ( $p>0,05$ ).

Kemoterapi dışında tedavi alan hastaların z Bakım Yönetim leği “z Koruma” alt boyutundan elde edilen puanlarda, tedavi almayan hastalara göre istatistiksel yönden anlamlı düzeyde düşük tespit edilmiştir ( $p=0,007$ ;  $p<0,01$ ).

Kemoterapi dışında tedavi alma durumu yönünden hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Sosyal Koruma” alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlarda, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır. ( $p>0,05$ ).

Kanser nüks olma durumu yönünden hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Öz Koruma”, “Sosyal Koruma” alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlarda, istatistiksel yönden anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Aile de kanser öyküsü görülme durumuna göre hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Öz Koruma”, “Sosyal Koruma” alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlarda, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır. ( $p>0,05$ ).

#### 4.4 Hasta Güçlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular

Hastaların hasta güçlendirme ölçeği ile ilgili bulgular Tablo 4.4’te gösterilmiştir.

**Tablo 4.4:** Hasta Güçlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı

Alt Boyutlar	Madde sayısı	Min-Mak	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Kimlik-Özdeşleşme	9	1-5	1.33-5 (3.89)	3.82±0.72
Kişisel kontrol	7	1-5	1.38-5 (3.69)	3.65±0.57
Karar alma	8	1-5	1.14-5 (3.86)	3.81±0.65
Bilme ve anlama	8	1-5	1.25-5 (3.88)	3.75±0.69
Başkaları ile etkileşim	5	1-5	1-5 (3.8)	3.55±0.96
<b>Toplam</b>	<b>37</b>	<b>1-5</b>	<b>1.27-5 (3.76)</b>	<b>3.73±0.55</b>

Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kimlik-Özdeşleşme” puanları 1,33 ila 5 arasında değişmekle birlikte, ortalama  $3,82\pm0,72$  olarak, “Kişisel kontrol” puanları 1,38 ila 5 arasında değişmekle birlikte, ortalama  $3,65\pm0,57$  olarak, “Karar alma” puanları 1,14 ile 5 arasında değişmekle birlikte, ortalama  $3,81\pm0,65$  olarak, “Bilme ve anlama” puanları 1,25 ile 5 arasında değişmekle birlikte, ortalama  $3,75\pm0,69$  olarak, “Başkaları ile etkileşim” puanları 1 ile 5 arasında değişmekle birlikte, ortalama  $3,55\pm0,96$  olup ve Hasta Güçlendirme Ölçeği toplam puanları 1,27 ile 5 arasında değişmekle birlikte, ortalama  $3,73\pm0,55$  olarak bulunmuştur.

#### 4.5. Hasta Bilgilerine ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Göre Hasta Güçlendirme Ölçeğine İlişkin Bulgular

Hasta bilgilerine göre hasta güçlendirme ölçeğine ilişkin bulgular Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.5:** Hasta Bilgilerine ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Hasta Güçlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=490)

		Hasta Güçlendirme Ölçeği						
			Kimlik Özdeşleşme	Karar alma	Kişisel kontrol	Bilme ve anlama	Başkaları ile etkileşim	Toplam
		n	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Yaş	≤30 yaş	36	4±0.8	3.67±0.6	3.84±0.74	3.79±0.68	3.44±0.97	3.78±0.56
	31-40 yaş	64	3.9±0.74	3.61±0.56	3.79±0.65	3.86±0.72	3.65±1.01	3.78±0.56
	41-50 yaş	102	3.76±0.69	3.62±0.5	3.75±0.64	3.68±0.7	3.58±0.9	3.69±0.51
	51-60 yaş	123	3.89±0.67	3.61±0.61	3.86±0.61	3.74±0.69	3.53±1.06	3.74±0.55
	61-70 yaş	108	3.77±0.67	3.67±0.57	3.81±0.64	3.78±0.62	3.55±0.84	3.73±0.53
	>70 yaş	57	3.69±0.88	3.75±0.57	3.78±0.71	3.64±0.78	3.49±1	3.68±0.66
	Test Değeri		$\chi^2$ :7.384	F:0.612	F:0.392	F:0.863	$\chi^2$ :2.890	F:0.356
<i>p</i>		<b><i>0.194</i></b>	<b><i>0.691</i></b>	<b><i>0.854</i></b>	<b><i>0.506</i></b>	<b><i>0.717</i></b>	<b><i>0.878</i></b>	
Cinsiyet	Kadın	256	3.79±0.71	3.61±0.57	3.77±0.62	3.72±0.7	3.5±0.96	3.69±0.56
	Erkek	234	3.86±0.73	3.69±0.56	3.85±0.67	3.77±0.68	3.6±0.96	3.76±0.54
	Test Değeri		Z:-1.010	t:-1.469	t:-1.351	t:-0.712	Z:-1.192	t:-1.388
	<i>p</i>		<b><i>0.313</i></b>	<b><i>0.143</i></b>	<b><i>0.177</i></b>	<b><i>0.477</i></b>	<b><i>0.233</i></b>	<b><i>0.166</i></b>
Eğitim durumu	İlköğretim altı	61	3.6±0.79	3.59±0.64	3.68±0.73	3.55±0.69	3.38±0.91	3.57±0.64
	İlköğretim	258	3.8±0.65	3.64±0.53	3.79±0.6	3.71±0.63	3.58±0.91	3.71±0.5
	Lise	102	3.92±0.79	3.59±0.6	3.85±0.72	3.78±0.82	3.56±1.05	3.76±0.6
	Lisans ve üzeri	69	3.96±0.77	3.83±0.53	3.91±0.62	3.99±0.66	3.54±1.04	3.87±0.55
	Test Değeri		$\chi^2$ :12.510	F:3.073	F:1.516	F:4.869	$\chi^2$ :3.195	F:3.340
<i>p</i>		<b><i>0.006**</i></b>	<b><i>0.027*</i></b>	<b><i>0.210</i></b>	<b><i>0.002**</i></b>	<b><i>0.363</i></b>	<b><i>0.019*</i></b>	
		<i>a&lt;d 0.016</i>	<i>c&lt;d 0.035</i>		<i>d&gt;a-b 0.002/0.020</i>		<i>a&lt;d 0.013</i>	
Medeni durum	Evli	374	3.85±0.69	3.69±0.55	3.83±0.62	3.77±0.66	3.56±0.95	3.76±0.53
	Bekâr	116	3.74±0.81	3.52±0.59	3.71±0.73	3.67±0.77	3.5±0.99	3.64±0.62
	Test Değeri		Z:-1.121	t:2.860	t:1.743	t:1.302	Z:-0.700	t:1.973
<i>p</i>		<b><i>0.262</i></b>	<b><i>0.004**</i></b>	<b><i>0.082</i></b>	<b><i>0.193</i></b>	<b><i>0.484</i></b>	<b><i>0.049*</i></b>	
Çocuk sayısı	Yok	97	3.74±0.85	3.59±0.61	3.74±0.77	3.73±0.82	3.61±0.94	3.69±0.65
	1 çocuk	57	4±0.62	3.63±0.59	3.85±0.58	3.82±0.66	3.65±0.95	3.81±0.47
	2 çocuk	165	3.9±0.69	3.69±0.53	3.88±0.58	3.78±0.65	3.56±0.99	3.78±0.5
	3 çocuk	80	3.78±0.69	3.61±0.6	3.8±0.61	3.78±0.7	3.57±0.93	3.72±0.57
	≥4 çocuk	91	3.69±0.68	3.67±0.54	3.71±0.69	3.62±0.64	3.4±0.97	3.63±0.54
	Test Değeri		$\chi^2$ :10.444	F:0.677	F:1.370	F:1.051	$\chi^2$ :4.191	F:1.471
<i>p</i>		<b><i>0.034*</i></b>	<b><i>0.608</i></b>	<b><i>0.246</i></b>	<b><i>0.380</i></b>	<b><i>0.381</i></b>	<b><i>0.210</i></b>	
		<b><i>e&lt;b-c 0.012/0.007</i></b>						

**Tablo 4.5:** Hasta Bilgilerine ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Hasta Güçlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=490) (Devamı)

		Hasta Güçlendirme Ölçeği						
			Kimlik Özdeşleşme	Karar alma	Kişisel kontrol	Bilme ve anlama	Başkaları ile etkileşim	Toplam
		n	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
<b>Meslek</b>	Emekli	158	3.8±0.7	3.69±0.62	3.82±0.67	3.75±0.68	3.6±0.96	3.74±0.57
	Memur	39	4.02±0.63	3.77±0.62	3.88±0.63	3.87±0.72	3.45±1	3.83±0.54
	İşçi	40	4.08±0.7	3.72±0.42	3.96±0.63	3.7±0.75	3.6±1.02	3.83±0.52
	Serbest meslek	120	3.76±0.78	3.58±0.51	3.75±0.66	3.73±0.67	3.49±0.96	3.68±0.54
	Ev Hanımı	133	3.76±0.7	3.6±0.56	3.77±0.63	3.73±0.7	3.56±0.94	3.7±0.55
	Test Değeri		$\chi^2$ :11.498	F:1.519	F:1.016	F:0.367	$\chi^2$ :2.068	F:1.060
<b>p</b>		<b>*0.022*</b>	<b>*0.200</b>	<b>*0.398</b>	<b>*0.832</b>	<b>*0.723</b>	<b>*0.376</b>	
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışıyor	101	3.94±0.79	3.7±0.55	3.86±0.69	3.76±0.78	3.55±1.02	3.78±0.58
	Çalışmıyor	389	3.79±0.7	3.63±0.57	3.79±0.64	3.74±0.67	3.55±0.95	3.71±0.54
	Test Değeri		Z:-2.238	t:1.027	t:0.990	t:0.215	Z:-0.229	t:1.108
	<b>p</b>		<b>*0.025*</b>	<b>*0.305</b>	<b>*0.323</b>	<b>*0.830</b>	<b>*0.819</b>	<b>*0.268</b>
<b>Ekonomik durum</b>	Gelir giderden az	114	3.52±0.72	3.52±0.57	3.58±0.61	3.6±0.64	3.36±0.91	3.53±0.52
	Gelir gidere eşit	336	3.91±0.67	3.7±0.56	3.88±0.64	3.79±0.69	3.64±0.95	3.8±0.54
	Gelir giderden fazla	40	3.95±0.92	3.58±0.57	3.85±0.7	3.77±0.8	3.36±1.12	3.73±0.63
	Test Değeri		$\chi^2$ :28.637	F:4.514	F:9.437	F:3.200	$\chi^2$ :11.103	F:10.477
	<b>p</b>		<b>*0.001**</b>	<b>*0.011*</b>	<b>*0.001**</b>	<b>*0.042*</b>	<b>*0.004**</b>	<b>*0.001**</b>
		$a < b - c$ 0.001/0.00 1	$a < b$ 0.011	$a < b$ 0.001	$a < b$ 0.036	$a < b$ 0.005	$a < b$ 0.001	
<b>Sosyal güvence</b>	Var	441	3.84±0.72	3.65±0.57	3.82±0.64	3.76±0.69	3.57±0.95	3.74±0.55
	Yok	49	3.66±0.72	3.63±0.54	3.65±0.7	3.63±0.73	3.36±1.04	3.6±0.56
	Test Değeri		Z:-1.680	t:0.262	t:1.774	t:1.204	Z:-1.517	t:1.679
<b>p</b>		<b>*0.093</b>	<b>*0.793</b>	<b>*0.077</b>	<b>*0.229</b>	<b>*0.129</b>	<b>*0.094</b>	
<b>Birlikte yaşanılan kişi</b>	Yalnız	38	3.84±0.68	3.64±0.56	3.85±0.54	3.78±0.71	3.55±0.88	3.75±0.51
	Eş	116	3.86±0.69	3.69±0.5	3.8±0.62	3.78±0.66	3.57±0.9	3.75±0.51
	Çocuk	45	3.76±0.67	3.57±0.54	3.7±0.67	3.75±0.57	3.4±1.04	3.66±0.51
	Anne-Baba	45	3.92±0.9	3.69±0.53	3.89±0.79	3.75±0.85	3.71±0.98	3.8±0.66
	Kardeş	18	3.48±0.88	3.24±0.66	3.43±0.84	3.44±0.8	3.36±0.94	3.39±0.68
	Eş-Çocuk	228	3.82±0.7	3.67±0.59	3.84±0.62	3.75±0.68	3.55±0.99	3.74±0.54
	Test Değeri		$\chi^2$ :4.896	F:2.242	F:1.746	F:0.780	$\chi^2$ :3.268	F:1.730
<b>p</b>		<b>*0.429</b>	<b>*0.049*</b>	<b>*0.123</b>	<b>*0.565</b>	<b>*0.659</b>	<b>*0.126</b>	
<b>Sağlık durumu</b>	İyi	178	4.15±0.54	3.74±0.52	4.02±0.5	3.88±0.69	3.68±0.94	3.92±0.43
	Orta	246	3.71±0.72	3.6±0.56	3.75±0.66	3.71±0.67	3.5±0.98	3.67±0.56
	Kötü	66	3.36±0.78	3.55±0.69	3.45±0.75	3.49±0.73	3.41±0.88	3.45±0.64
	Test Değeri		$\chi^2$ :71.173	F:4.418	F:21.808	F:8.321	$\chi^2$ :7.921	F:22.428
	<b>p</b>		<b>*0.001**</b>	<b>*0.013*</b>	<b>*0.001**</b>	<b>*0.001**</b>	<b>*0.019*</b>	<b>*0.001**</b>
<b>Kronik hastalık durumu</b>	Evet	196	3.74±0.75	3.64±0.56	3.76±0.66	3.73±0.68	3.53±0.92	3.69±0.56
	Hayır	294	3.88±0.7	3.65±0.57	3.84±0.64	3.76±0.7	3.56±0.99	3.75±0.55
	Test Değeri		Z:-2.060	t:-0.256	t:-1.251	t:-0.413	Z:-0.825	t:-1.229
	<b>p</b>		<b>*0.039*</b>	<b>*0.798</b>	<b>*0.211</b>	<b>*0.680</b>	<b>*0.409</b>	<b>*0.219</b>
<b>Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim durumu</b>	Evet	299	3.75±0.76	3.63±0.59	3.75±0.67	3.7±0.72	3.52±1	3.68±0.58
	Hayır	191	3.94±0.65	3.68±0.52	3.89±0.61	3.82±0.65	3.6±0.9	3.8±0.49
	Test Değeri		Z:-2.663	t:-0.865	t:-2.223	t:-1.864	Z:-0.722	t:-2.406
<b>p</b>		<b>*0.008**</b>	<b>*0.388</b>	<b>*0.027*</b>	<b>*0.063</b>	<b>*0.470</b>	<b>*0.017*</b>	

**Tablo 4.5:** Hasta Bilgilerine ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Hasta Güçlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=490) (Devamı)

		Hasta Güçlendirme Ölçeği						
		Kimlik Özdeşleşme	Karar alma	Kişisel kontrol	Bilme ve anlama	Başkaları ile etkileşim	Toplam	
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	
n								
Yapılama yan aktiviteler de yardım alma durumu	Evet	366	3.81±0.73	3.64±0.57	3.77±0.66	3.72±0.7	3.5±1.01	3.7±0.56
	Hayır	124	3.85±0.69	3.68±0.55	3.9±0.59	3.83±0.65	3.7±0.77	3.8±0.51
	Test Değeri		Z:-0.318	t:-0.630	t:-1.847	t:-1.647	Z:-1.285	t:-1.654
	p		<i>f</i> 0.751	<i>d</i> 0.529	<i>d</i> 0.065	<i>d</i> 0.100	<i>f</i> 0.199	<i>d</i> 0.099
Kanser evresi	Evre I	48	3.91±0.8	3.68±0.49	3.88±0.63	3.84±0.65	3.5±1.04	3.78±0.53
	Evre II	71	3.85±0.67	3.66±0.6	3.88±0.6	3.82±0.67	3.64±0.91	3.78±0.54
	Evre III	69	3.86±0.7	3.62±0.53	3.76±0.61	3.51±0.71	3.41±1.01	3.65±0.53
	Evre IV	79	3.72±0.88	3.66±0.64	3.72±0.76	3.76±0.78	3.55±1.02	3.69±0.64
	Bilmiyoru m	223	3.82±0.66	3.64±0.56	3.81±0.64	3.77±0.65	3.57±0.92	3.73±0.53
Test Değeri		$\chi^2$ :2.378	F:0.087	F:0.862	F:2.577	$\chi^2$ :1.881	F:0.706	
p		<i>e</i> 0.667	<i>e</i> 0.986	<i>e</i> 0.487	<i>e</i> 0.037*	<i>e</i> 0.758	<i>e</i> 0.588	
Kemoter api dışında tedavi alma durumu	Evet	305	3.7±0.74	3.59±0.59	3.7±0.65	3.65±0.71	3.49±0.93	3.64±0.58
	Hayır	185	4.03±0.64	3.75±0.51	3.98±0.61	3.91±0.63	3.64±1	3.88±0.47
	Test Değeri		Z:-5.400	t:-3.105	t:-4.834	t:-4.122	Z:-2.322	t:-5.123
	p		<i>f</i> 0.001**	<i>d</i> 0.002**	<i>d</i> 0.001**	<i>d</i> 0.001**	<i>f</i> 0.020*	<i>d</i> 0.001**
Kanser nüks durumu	Evet	111	3.7±0.71	3.58±0.63	3.7±0.64	3.69±0.72	3.63±0.85	3.66±0.58
	Hayır	379	3.86±0.72	3.67±0.54	3.84±0.65	3.76±0.68	3.52±0.99	3.75±0.54
	Test Değeri		Z:-2.578	t:-1.319	t:-1.957	t:-0.935	Z:-0.412	t:-1.429
	p		<i>f</i> 0.010*	<i>d</i> 0.189	<i>d</i> 0.051	<i>d</i> 0.350	<i>f</i> 0.680	<i>d</i> 0.154
Ailede kanser öyküsü	Var	227	3.77±0.75	3.61±0.6	3.74±0.68	3.71±0.71	3.58±0.94	3.69±0.6
	Yok	263	3.87±0.7	3.68±0.53	3.86±0.61	3.78±0.67	3.53±0.97	3.76±0.5
	Test Değeri		Z:-1.297	t:-1.446	t:-2.050	t:-1.075	Z:-0.589	t:-1.425
	p		<i>f</i> 0.195	<i>d</i> 0.149	<i>d</i> 0.041*	<i>d</i> 0.283	<i>f</i> 0.556	<i>d</i> 0.155

*e*Oneway ANOVA *d*Student-t Test *k*Kruskal Wallis Test *m*Mann Whitney U Test \**p*<0,05\*\**p*<0,01

Yaş gruplarına göre hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kimlik-Özdeşleşme”, “Karar Alma”, “Kişisel Kontrol”, “Bilme ve Anlama”, “Başkaları ile Etkileşim” alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlarda, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır (*p*>0,05).

Cinsiyetler yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kimlik-Özdeşleşme”, “Karar Alma”, “Kişisel Kontrol”, “Bilme ve Anlama”, “Başkaları ile Etkileşim” alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlar, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır (*p*>0,05).

Eğitim durumu yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kimlik- Özdeşleşme” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p=0,006$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Dunn- Bonferroni testi sonuçlarında; eğitim durumu ilköğretim altı olan hastaların ölçek alt boyutundan elde edilen puanlarda, eğitim durumu lisans ve üzeri olan hastalara nazaran anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. ( $p=0,016$ ;  $p<0,05$ ).

Eğitim durumu yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Karar Alma” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,027$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Dunn- Bonferroni testi sonuçlarında; eğitim durumu lise olan hastaların ölçek alt boyutundan elde edilen puanlarda, eğitim durumu lisans ve üzeri olan hastalara nazaran anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. ( $p=0,035$ ;  $p<0,05$ ).

Eğitim durumu yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Kontrol” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Eğitim durumu yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Bilme ve Anlama” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,002$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Dunn- Bonferroni testi sonuçlarında; eğitim durumu lisans ve üzeri olan hastaların ölçek alt boyutundan elde edilen puanlarda, eğitim durumu ilköğretim altı ve ilköğretim olan hastalara nazaran anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. ( $p=0,002$ ;  $p=0,020$ ;  $p<0,05$ ).

Eğitim durumu yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Başkaları ile Etkileşim” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Eğitim durumuna göre hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği toplamından elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,019$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Dunn- Bonferroni test sonuçlarında; eğitim durumu ilköğretim altı olan hastaların ölçek alt boyutundan elde edilen puanlar, eğitim durumu lisans ve üzeri olan hastalara nazaran anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. ( $p=0,013$ ;  $p<0,05$ ).

Medeni duruma göre hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği Kimlik-Özdeşleşme, Kişisel Kontrol, Bilme ve Anlama ve Başkaları ile Etkileşim alt boyutlarından elde edilen puanlarda, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Evli olan hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Karar Alma” alt boyutundan elde edilen puanlar, bekar hastalara göre istatistiksel yönden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. ( $p=0,004$ ;  $p<0,01$ ).

Evli hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği toplamından elde edilen puanlar, bekar hastalara nazaran istatistiksel yönden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. ( $p=0,049$ ;  $p<0,05$ ).

Çocuk sayısı yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kimlik-Özdeşleşme” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,034$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Dunn-Bonferroni test sonuçlarında; 4 ve üzeri sayıda çocuğu olan hastaların ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, 1 ve 2 çocuğu olan hastalara nazaran anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. ( $p=0,012$ ;  $p=0,007$ ;  $p<0,05$ ).

Çocuk sayısı yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Karar Alma”, “Kişisel Kontrol”, “Bilme ve Anlama”, “Başkaları ile Etkileşim” alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlar, istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Meslekler yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kimlik-Özdeşleşme” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,022$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Dunn-Bonferroni testi sonuçlarında; işçilerin ölçek alt boyutundan elde edilen puanlarda, emekli, serbest çalışan ve ev hanımlarına nazaran anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. ( $p=0,008$ ;  $p=0,006$ ;  $p=0,005$ ;  $p<0,01$ ).

Mesleklere göre hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği Karar Alma, Kişisel Kontrol, Bilme ve Anlama, Başkaları ile Etkileşim alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlarda, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışan hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kimlik-Özdeşleşme” alt boyutundan elde edilen puanlar, çalışmayanlara göre istatistiksel yönden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0,025$ ;  $p<0,05$ ).

Çalışma durumuna göre hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Karar Alma”, “Kişisel Kontrol”, “Bilme ve Anlama”, “Başkaları ile Etkileşim” alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlar, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Ekonomik durum yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kimlik-Özdeşleşme” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Dunn-Bonferroni testi sonuçlarında; geliri giderinden az olan hastaların ölçek alt boyutundan elde edilen puanlar, geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan hastalara nazaran anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Ekonomik duruma göre hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Karar Alma” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,011$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonuçlarında; geliri giderinden az olan hastaların ölçek alt boyutundan elde edilen puanlar, geliri giderine eşit olan hastalara nazaran anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,011$ ;  $p<0,05$ ).

Ekonomik duruma göre hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Kontrol” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonuçlarında; geliri giderinden az olan hastaların ölçek alt boyutundan elde edilen puanlar, geliri giderine eşit olan hastalara nazaran anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Ekonomik durum yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Bilme ve Anlama” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,042$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Dunn-Bonferroni testi sonuçlarında; geliri giderinden az olan hastaların ölçek alt boyutundan elde edilen puanlar, geliri giderine eşit olan olgulara nazaran anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,036$ ;  $p<0,05$ ).

Ekonomik duruma göre hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Başkaları ile Etkileşim” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,004$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan Dunn-Bonferroni testi sonuçlarında; geliri giderinden az olan hastaların ölçek alt boyutundan elde edilen puanlar, geliri giderine eşit olan hastalara nazaran anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,005$ ;  $p<0,01$ ).

Ekonomik durum yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Dunn-Bonferroni testi sonuçlarında; geliri giderinden az olan hastaların ölçek toplamından elde edilen puanlar, geliri giderine eşit olan hastalara nazaran anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Sosyal güvence varlığı yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kimlik-Özdeşleşme”, “Karar Alma”, “Kişisel Kontrol”, “Bilme ve Anlama”, “Başkaları ile Etkileşim” alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlar, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Birlikte yaşanılan kişiye göre hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği Kimlik-Özdeşleşme, Kişisel Kontrol, Bilme ve Anlama, Başkaları ile Etkileşim alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlar, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Birlikte yaşanılan kişi yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Karar Alma” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p=0,049$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Dunn-Bonferroni test sonuçlarında; kardeş ile yaşayan hastaların ölçek alt boyutundan elde edilen puanlar, eşiyile ve eş-çocuklarıyla yaşayanlara nazaran anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,028$ ;  $p=0,033$ ;  $p<0,05$ ).

Sağlık durumu yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kimlik-Özdeşleşme” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Dunn-Bonferroni test sonuçlarında; sağlık durumu kötü olan hastaların ölçek alt boyutundan elde edilen puanlar, sağlık durumu iyi ve orta olanlara nazaran anlamlı düzeyde düşük tespit edilmiştir ( $p=0,001$ ;  $p=0,004$ ;  $p<0,01$ ).

Sağlık durumu orta olan hastaların ölçek alt boyutundan elde edilen puanlar, sağlık durumu iyi olanlara nazaran anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Sağlık durumu yönünden Hasta Güçlendirme Ölçeği “Karar Alma” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p=0,013$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Games-Howell test sonuçlarında; sağlık durumu kötü olan hastaların ölçek alt boyutundan elde edilen puanlar, sağlık durumu iyi olanlara nazaran anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,020$ ;  $p<0,05$ ).

Sağlık durumu yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Kontrol” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Games-Howell test sonuçlarında; sağlık durumu kötü olan hastaların ölçek alt boyutundan elde edilen puanlar, sağlık durumu iyi ve orta olanlara nazaran anlamlı düzeyde düşük tespit edilmiştir ( $p=0,001$ ;  $p=0,010$ ;  $p<0,05$ ). Sağlık durumu orta olan hastaların ölçek alt boyutundan elde edilen puanlar, sağlık durumu iyi olanlara nazaran anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Sağlık durumu yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Bilme ve Anlama” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Bonferroni test sonuçlarında; sağlık durumu iyi olan hastaların ölçek alt boyutundan elde edilen puanlar, sağlık durumu orta ve kötü olanlara nazaran anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0,037$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,05$ ).

Sağlık durumu yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Başkaları ile Etkileşim” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Dunn-Bonferroni test sonuçlarında; sağlık durumu orta olan hastaların ölçek alt boyutundan elde edilen puanlar, sağlık durumu iyi olanlara nazaran anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,031$ ;  $p<0,05$ ).

Sağlık durumu yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği toplamından elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur

( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Games-Howell test sonuçlarında; sağlık durumu kötü olan hastaların ölçek toplamından elde edilen puanlar, sağlık durumu iyi ve orta olanlara nazaran anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p=0,042$ ;  $p<0,05$ ). Sağlık durumu orta olan hastaların ölçek toplamından elde edilen puanlar, sağlık durumu iyi olanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Kronik hastalık yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kimlik-Özdeşleşme” alt boyutundan elde edilen puanlar, kronik hastalığı olmayan olgulara nazaran istatistiksel yönden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,039$ ;  $p<0,05$ ).

Kronik hastalık varlığına göre hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Karar Alma”, “Kişisel Kontrol”, “Bilme ve Anlama”, “Başkaları ile Etkileşim” alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlar, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Kronik hastalık varlığı yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği Karar Alma, Bilme ve Anlama, Başkaları ile Etkileşim alt boyutlarından elde edilen puanlar, istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim olan hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kimlik-Özdeşleşme” alt boyutundan elde edilen puanlar, değişim olmayan hastalara nazaran istatistiksel yönden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,008$ ;  $p<0,01$ ).

Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim olan hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Kontrol” alt boyutundan elde edilen puanlar, değişim olmayan hastalara nazaran istatistiksel yönden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,008$ ;  $p<0,01$ ).

Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim olan hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği toplamından elde edilen puanlar, değişim olmayan hastalara göre istatistiksel yönden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,017$ ;  $p<0,05$ ).

Yapılamayan aktivitelerde yardım alma yönünden hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kimlik-Özdeşleşme”, “Karar Alma”, “Kişisel Kontrol”, “Bilme ve Anlama”, “Başkaları ile Etkileşim” alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlar, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Kanser evrelerine göre hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kimlik-Özdeşleşme”, “Karar Alma”, “Kişisel Kontrol”, “Başkaları ile Etkileşim” alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlar, istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Kanser evrelerine yönelik hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Bilme ve Anlama” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,037$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı tespit etmek için yapılan Dunn- Bonferroni test sonuçlarında; III. evre kanser olan hastaların ölçek alt boyutundan elde edilen puanlar, II. evre kanser olanlara nazaran anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,049$ ;  $p<0,05$ ).

Kemoterapi dışında tedavi alan hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kimlik-Özdeşleşme” alt boyutundan elde edilen puanlar, başka tedavi almayanlara nazaran istatistiksel yönden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Kemoterapi dışında tedavi alan hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Karar Alma” alt boyutundan elde edilen puanlar, başka tedavi almayanlara nazaran istatistiksel yönden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,002$ ;  $p<0,01$ ).

Kemoterapi dışında tedavi alan hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği Kişisel Kontrol alt boyutundan elde edilen puanlar, başka tedavi almayanlara nazaran istatistiksel yönden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Kemoterapi dışında tedavi alan hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Bilme ve Anlama” alt boyutundan elde edilen puanlar, başka tedavi almayanlara nazaran istatistiksel yönden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Kemoterapi dışında tedavi alan hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Başkaları ile Etkileşim” alt boyutundan elde edilen puanlar, başka tedavi almayanlara nazaran istatistiksel yönden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,020$ ;  $p<0,05$ ).

Kemoterapi dışında tedavi alan hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği toplamından elde edilen puanlar, başka tedavi almayanlara nazaran istatistiksel yönden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Kanser nüksü olan hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kimlik-Özdeşleşme” alt boyutundan elde edilen puanlar, kanser nüksü olmayan hastalara nazaran istatistiksel yönden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,010$ ;  $p<0,05$ ).

Kanser nüksüne yönelik hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Karar Alma”, “Kişisel Kontrol”, “Bilme ve Anlama”, “Başkaları ile Etkileşim” alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlar, istatistiksel yönelik anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Ailede kanser öyküsü varlığına göre hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği Kimlik-Özdeşleşme, Karar Alma, Bilme ve Anlama, “Başkaları ile Etkileşim alt boyutları ile ölçek toplamından elde edilen puanlar, istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Ailesinde kanser öyküsü bulunan hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Kontrol” alt boyutundan elde edilen puanlar, kanser öyküsü bulunmayan hastalara nazaran istatistiksel yönden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,041$ ;  $p<0,05$ ).

#### 4.6. Öz Bakım Yönetimi Ölçeği ve Hasta Güçlendirme Ölçeği Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

Öz bakım yönetimi ölçeği ve hasta güçlendirme ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.6’da gösterilmiştir.

**Tablo 4.6:** Öz Bakım Yönetim Ölçeği ve Hasta Güçlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		Öz Bakım Yönetim Ölçeği-K (SCMP-G)			
		Öz koruma	Sosyal koruma	Toplam	
Kimlik-Özdeşleşme	r	0.430 <sup>a</sup>	-0.166 <sup>a</sup>	0.109 <sup>a</sup>	
	p	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.015*</b>	
Karar alma	r	0.469 <sup>b</sup>	0.219 <sup>b</sup>	0.459 <sup>b</sup>	
	p	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	
Hasta Güçlendirme Ölçeği	Kişisel kontrol	r	0.522 <sup>b</sup>	0.006 <sup>b</sup>	0.335 <sup>b</sup>
		p	<b>0.001**</b>	0.886	<b>0.001**</b>
	Bilme ve anlama	r	0.336 <sup>b</sup>	0.224 <sup>b</sup>	0.379 <sup>b</sup>
		p	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>
	Başkaları ile etkileşim	r	0.303 <sup>a</sup>	0.289 <sup>a</sup>	0.415 <sup>a</sup>
		p	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>
Toplam	r	0.505 <sup>b</sup>	0.132 <sup>b</sup>	0.418 <sup>b</sup>	
	p	<b>0.001**</b>	<b>0.003**</b>	<b>0.001**</b>	

<sup>a</sup>r=Spearman’s Korelasyon Katsayısı <sup>b</sup>r=Pearson Korelasyon Katsayısı \* $p<0,05$  \*\* $p<0,01$

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Öz Koruma” alt boyutundan elde edilen puanlar ile Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kimlik-Özdeşleşme” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (Öz Koruma puanı arttıkça Kimlik-Özdeşleşme puanı artan) 0,430’luk orta düzeydeki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0,430$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Öz Koruma” alt boyutundan elde edilen puanlar ile Hasta Güçlendirme Ölçeği “Karar Alma” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında pozitif yönlü (Öz Koruma puanı arttıkça Karar Alma puanı artan) 0,469’luk orta düzeydeki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0,469$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Öz Koruma” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Kontrol” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında pozitif yönlü (Öz Koruma puanı arttıkça Kişisel Kontrol puanı artan) 0,522’lik orta düzeydeki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0,522$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Çalışmaya dahil olan hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Öz Koruma” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Hasta Güçlendirme Ölçeği “Bilme ve Anlama” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında pozitif yönlü (Öz Koruma puanı arttıkça Bilme ve Anlama puanı artan) 0,336 düzeyindeki zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0,336$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Çalışmaya dahil olan hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Öz Koruma” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Hasta Güçlendirme Ölçeği “Başkaları ile Etkileşim” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (Öz Koruma puanı arttıkça Başkaları ile Etkileşim puanı artan) 0,303 düzeyindeki zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0,303$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Çalışmaya dahil olan hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Öz Koruma” alt boyutundan elde edilen puanlar ile Hasta Güçlendirme Ölçeği toplamından elde edilen puanlar arasında pozitif yönlü (Öz Koruma puanı arttıkça ölçek toplam puanı artan) 0,505’lik orta düzeydeki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0,505$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Çalışmaya katılan hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Sosyal Koruma” alt boyutundan elde edilen puanlar ile Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kimlik-

Özdeşleşme” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında negatif yönlü (Sosyal Koruma puanı arttıkça Kimlik-Özdeşleşme puanı artan) 0,166 düzeyindeki çok zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=-0,166$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Çalışmaya dahil olan hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Sosyal Koruma” alt boyutundan elde edilen puanlarla Hasta Güçlendirme Ölçeği “Karar Alma” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında pozitif yönlü (Sosyal Koruma puanı arttıkça Karar Alma puanı artan) 0,219 düzeyindeki zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0,219$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Çalışmaya katılan hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Sosyal Koruma” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Kontrol” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışmaya katılan hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Sosyal Koruma” alt boyutundan elde edilen puanlar ile Hasta Güçlendirme Ölçeği “Bilme ve anlama” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında pozitif yönlü (Sosyal Koruma puanı arttıkça Bilme ve anlama puanı artan) 0,224 düzeyindeki zayıf ilişki istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ( $r=0,224$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Çalışmaya katılan hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Sosyal Koruma” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Hasta Güçlendirme Ölçeği “Başkaları ile etkileşim” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında pozitif yönlü (Sosyal Koruma puanı arttıkça Başkaları ile etkileşim puanı artan) 0,289 düzeyindeki zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0,289$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Çalışmaya dahil olan hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği “Sosyal Koruma” alt boyutundan elde edilen puanlarla Hasta Güçlendirme Ölçeği toplamından elde edilen puanlar arasında pozitif yönlü (Sosyal Koruma puanı arttıkça ölçek toplam puanı artan) 0,132 düzeyindeki çok zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0,132$ ;  $p=0,003$ ;  $p<0,01$ ).

Çalışmaya dahil olan hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği toplamından elde edilen puanlarla Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kimlik-Özdeşleşme” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (Toplam ölçek puanı artarken Kimlik-Özdeşleşme puanı artan) 0,109 düzeyindeki çok zayıf ilişki istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ( $r=0,109$ ;  $p=0,015$ ;  $p<0,05$ ).

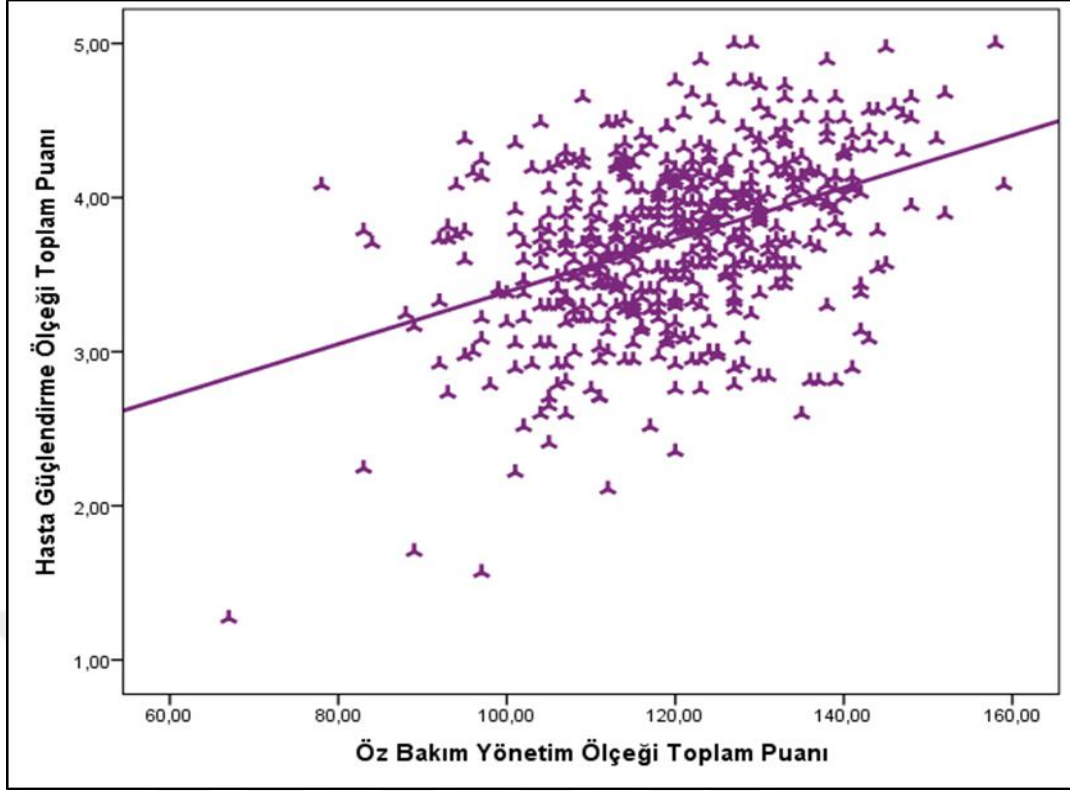
Çalışmaya dahil olan hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği toplamından aldıkları puanlar ile Hasta Güçlendirme Ölçeği “Karar alma” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında pozitif yönlü (Toplam ölçek puanı artarken Karar alma puanı artan) 0,459’luk orta düzeydeki ilişki istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ( $r=0,459$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Çalışmaya katılan hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği toplamından elde edilen puanlarla Hasta Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Kontrol” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında pozitif yönde (Toplam ölçek puanı arttıkça Kişisel Kontrol puanı artan) 0,335 düzeyindeki zayıf ilişki istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ( $r=0,335$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği toplamından elde edilen puanlar ile Hasta Güçlendirme Ölçeği “Bilme ve anlama” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (Ölçek toplam puanı arttıkça Bilme ve anlama puanı artan) 0,379 düzeyindeki zayıf ilişki istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ( $r=0,379$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Çalışmaya katılan hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği toplamından aldıkları puanlarla Hasta Güçlendirme Ölçeği “Başkaları ile etkileşim” alt boyutundan elde edilen puanlar arasında pozitif yönlü (Ölçek toplam puanı artarken başkaları ile etkileşim puanı artan) 0,415’lik orta düzeydeki ilgi istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ( $r=0,415$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Çalışmaya katılan hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği toplamından aldıkları puanlarla Hasta Güçlendirme Ölçeği toplam puanından elde edilen puanlar arasında pozitif yönde (Öz Bakım Yönetimi toplam puanı artarken Hasta Güçlendirme toplam puanı artan) 0,418’lik orta düzeydeki ilgi istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ( $r=0,418$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).



**Şekil 2.12: Öz Bakım Yönetim Ölçeği Toplam Puanı ile Hasta Güçlendirme Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin Dağılımı**

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Kanser, dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan ve de her altı ölümden birinin nedeni olan bir hastalıktır (DSÖ, 2021). IARC raporuna göre, 2020 yılında ülkemizde 234 bin yeni kanser vakası tespit edilmiş ve kansere bağlı ölüm sayısı 126 bin olarak gerçekleşmiştir (IARC, 2022). Kanser tedavisi için sıklıkla tercih edilen kemoterapi yöntemi kanserli hücreler ile mücadele ederken, istenilmeyen şekilde sağlıklı hücrelerin de ölümüne yol açmakta ve hasta açısından olumsuz yan etkilere neden olmaktadır. Bu gibi yan etkiler kanser hastaların yaşam kaliteleri ile hayati işlevlerini etkilemekte, öz bakım gereksinimlerini tam olarak karşılayamamalarına sebep olmaktadır (Karadağlı ve Alpar 2017). Öz bakım kişinin sağlıklı olma durumunu devamlı kılacak şekilde bizzat kendisinin katılımıdır. Öz bakım ile sağlık arasındaki pozitif bağlantı dikkate alınır (Yavaş Çelik, 2019), öz bakım yetersizlik durumunda hemşirenin neden ve ne zaman gerekli olduğu gerçeğinden yola çıkarak (Akbaş vd., 2020; Önal, 2022), hastaya destek olmak için gerekli faaliyetleri ve bilgileri öğretmekte (Önal, 2022) sağlık sisteminin etkin işlemesi bakımından önemlidir. Benzer şekilde, GHK ana kavramlarından birisi olan öz bakım gücünü hastada yükseltmek için hemşire ve hasta arasındaki diyalogu kuracak olan “güçlendirme” kavramının temelini oluşturmak önemlidir (Tuominen vd., 2021). Özellikle, ülkemizde kanserli hastalarla ilgili güçlendirme programı henüz beklenen düzeyde değildir (T. C Sağlık Bakanlığı, 2021). Kanser tedavisinin en iyi nasıl uygulanacağını ve destek olunacağını bilen kişi olan hemşireler açısından konunun güncel durumunu ortaya koyan çalışmalara ağırlık verilmesi önem taşımaktadır (Siekkinen vd., 2021; Ertürk Yavuz ve Gürsoy, 2021). Bu çalışmada, kanser hastalarında öz bakım yönetimi ve hasta güçlendirme arasındaki ilişki ile hemşirelik disiplini ilişkisi açısından güncel bulgular sunmuştur. Bu bağlamda, DSÖ ve ülkemizin geliştirmeye çalıştığı bir konuda ulusal ve uluslararası akademik alan yazını bulgular ile desteklemesi bakımından önemlidir. Öz bakım yönetimi ve hasta güçlendirme arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ortaya konulmuştur. Bu çalışma Türkiye’de kemoterapi alan hastaların öz bakım yönetimi ve hasta güçlendirme arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmadır. Çalışmadan elde edilen bulgular literatür kapsamında tartışılmıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgular incelendiğinde hastaların yaş ortalaması  $53,37\pm 14,36$  yıl olup, çoğunluğunun kadın, evli, ilkokul mezunu, emekli, gelirinin gidere eşit olduğu görülmüştür. Hastaların çoğunluğunun sağlık durumunu orta olarak değerlendirdiği, hipertansiyon hastası olduğu, yapılamayan aktivitelerde yardım aldığı, 3. kür kemoterapi uygulandığı, kemoterapi uygulama süresinin ortalama  $3,76\pm 1,76$  olduğu görülmüştür (Tablo 4.1).

Çalışmamızda Öz Bakım Yönetim Ölçeği toplam puan ortalaması  $120,07\pm 13,58$  (öz koruma alt boyut puan ortalaması  $73,16\pm 8,59$ , sosyal koruma alt boyut puan ortalaması  $46,91\pm 10,06$ ) bulunmuştur (Tablo 4.2). Elde edilen sonuçlar doğrultusunda kemoterapi alan hastaların öz bakım yönetimlerinin ölçek ortalamasının üstünde olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızla benzer sonuçlar olarak İlhan ve arkadaşlarının (2020) 207 kanser hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada; öz bakım yönetim ölçeği toplam puan ortalaması  $121,62\pm 17,18$  (öz koruma alt boyut puan ortalaması  $75,23\pm 11,1$ , sosyal koruma alt boyut puan ortalaması  $46,39\pm 9,74$ ) olarak bulmuştur ve daha yüksek puanların, daha yüksek hastalık öz bakımını gösterdiğini belirtmişlerdir. Kemoterapi alan hastaların öz bakımına ilişkin değerleri önemsedikleri ve öz bakımlarını yönetmek adına çaba gösterdikleri yönünde yorumlanabilir. Konuyla ilgili diğer çalışmalarda ise Hançerlioğlu ve Şenuzun Aykar (2018)'in çalışmasında öz bakım yönetim ölçeği toplam puan ortalaması  $127,87\pm 12,07$  (öz koruma alt boyut puan ortalaması  $75,40\pm 7,28$ , sosyal koruma alt boyut puan ortalaması  $52,46\pm 6,08$ ) olarak bulmuştur. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda hastaların öz bakımının yüksek olması son yıllarda konunun öneminin kavranması ve hemşirelik alanında daha fazla ilgi görmesi olduğu düşünülmektedir. Bir diğer ifadeyle, bu çalışma güncel veriler ile hasta öz bakım yönetimi kavramının daha fazla ilgi çektiğini ve de geliştiğini göstermesi bakımından önemlidir. Öz bakım yönetimi ve alt boyutları olan sosyal koruma ve öz korumanın yüksek seviyelerde olmaları kanser hastasının diğer sağlık riskleri ile başa çıkabilmesi açısından en somut örneklerden birisidir. Yıldırım ve Beyoğlu (2022) tarafından toplam 200 kanser hastası ile yapılan çalışmada öz bakım yönetim ölçeği toplam puan ortalaması  $114,40\pm 18,58$  (sosyal koruma alt boyut puan ortalaması  $42,77\pm 10,02$ , öz koruma koruma alt boyut puan ortalaması  $70,65\pm 12,06$ ) olarak bulunmuştur. Öz bakım

yönetiminin iyi düzeyde olduğunu, öz bakım yönetimi yükseldikçe Covid-19 korku ve depresyon seviyelerinin azaldığını göstermiştir. Bu sonuçlar, hemşirelerin koruyucu sağlık hizmetlerindeki rollerinin önemini göstermesi açısından değerlidir. Doğan ve arkadaşlarının (2018) kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ile ilgili çalışmada benzer olarak iyi düzeyde öz bakım yönetimi olduğu bulunmuştur. Kronik hastalığı olanlarda ve kanser hastalarında öz bakım yönetimi alt boyutları, bu araştırma bulgularına paralel olarak diğer çalışmalarda da yüksek düzeyde bulunmuştur (Van Dongen vd., 2020; Aytap ve Özer, 2021). Kemoterapi alan hastaların öz bakımına ilişkin değerleri önemsedikleri ve öz bakımlarını yönetmek adına çaba gösterdikleri yönünde yorumlanabilir.

Çalışmamızda çalışmayan hastaların öz bakım yönetimlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Özdelikara ve arkadaşlarının (2020) 98 kronik hastayla yapmış oldukları çalışma, çalışmamızdan farklı olarak çalışma durumunun ve gelir düzeyinin öz bakım yönetimini etkilemediği saptanmıştır. Benzer olarak Aytap ve Özer'in (2021) çalışmasında çalışma durumunun öz bakım yönetimini etkilemediğini bildirmişlerdir. Bu durumun örneklem grubunun yaş ortalamasının yüksek olmasından, uzun tedavi sürecinin çalışmalarına engel olabileceğinden ve sonuç olarak da öz bakımlarına daha fazla zaman ayırdıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ekonomik durumuna göre geliri giderinden az olan kemoterapi hastalarının öz bakım yönetim ölçeği sosyal koruma alt boyutunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Bayülgen ve Erdoğan'ın (2021) çalışmasında geliri giderinden az olan hastaların öz koruma puanlarının daha yüksek olduğunu ve gelir durumunun öz bakım yönetiminde önemli bir değişken olduğunu bildirmişlerdir. Çalışma bulgularından farklı olarak kronik hastalarda yapılan bir çalışmada gelir durumu çok iyi olanların öz koruma puan ortalamaları daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Aytap ve Özer, 2021).

Sağlık durumu iyi olarak değerlendiren hastaların öz bakım yönetim ölçeği öz koruma alt boyutu ve sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren hastaların sosyal koruma alt boyutunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kanser hastalarının öz bakım gücünün iyi olması fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan daha iyi hissetmelerine neden olmakta ve buna bağlı olarak yaşam kaliteleri artmaktadır (Ertürk ve Gürsoy, 2021).

Kemoterapi dışında tedavi almayan hastaların öz bakım yönetim ölçeği öz koruma alt boyutunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çoklu karmaşık bir tedavi süreci olmadığından hastaların kendi öz bakımlarına daha fazla önem verdiklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada hasta bilgilerine göre; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, meslek, sosyal güvence varlığı, birlikte yaşanan kişi, kronik hastalık durumu, hayat tarzında hastalığa bağlı değişim, yapılamayan aktivitelerde yardım alma durumu, kanser evresi, kanser nüks durumu, ailede kanser öyküsünün öz bakım yönetimine etkisi olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.3). Bayülgen ve Erdoğan'ın (2021) kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların öz yönetimlerini incelediği çalışmasında benzer olarak yaş, cinsiyet, medeni durumun öz bakım yönetimini etkilemediğini bildirmişlerdir. Çalışmamız bulgularından farklı olarak İlhan ve arkadaşlarının (2020) kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada öz bakım yönetiminin, nüks yaşamayan kişilerde, nüks yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Aytap ve Özer'in (2021) kronik hastalıkların öz yönetimini incelediği çalışmasında bekarların öz koruma puan ortalamaları; kadınların ve evli olanların da sosyal koruma puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular ışığında hemşirenin hastanın öz bakım gücünü planlarken, tanımlayıcı özelliklere dikkat etmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Ancak, öz bakım yönetimi ve tanımlayıcı özellikler arasında genelleme yapılacak ortak bir görüş birliği olmadığı farklı araştırmaların sonuçlarından anlaşılmaktadır. Sağlık okuryazarlığı ve hastanın iradesini yükseltecek stratejilerin oluşturulması, hemşirelerin bu alanda daha aktif ve destekleyici tavır almaları halk sağlığını korumak bakımından son derece önem taşımaktadır (Öztürk vd., 2021). Öz Bakım Gücü, "Genel Hemşirelik Kuramı" ana kavramlarından olup, yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek üzere gerekli sağlık faaliyetlerini başlatma veya tatbik etme yeteneğidir. Eğer öz bakım gereksinimi hastanın öz bakım gücünü aşan seviyeye gelirse öz bakım eksikliği meydana gelmektedir. Bu noktada, hemşirelerin hastaları öz bakım eksiklikleri açısından desteklemesi gerekmektedir (Kısaç ve Babaoğlu, 2022).

Güçlendirme, hastaların ihtiyaç duydukları kaynakları elde etmelerini, sorunlarının farkında olmalarını, eleştirel düşünerek kendi kararlarını

vermelerini, kişisel tercihlerini belirlemelerini, diğer bireylerle güçlü ilişkiler kurmalarını sağlar (Kaya ve Işık, 2018). Bu çalışmada, Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutları ortalama puanları sırasıyla; 3,73±0,55 (Kimlik-Özdeşleşme 3,82±0,72; Kişisel kontrol 3,65±0,57; Karar alma 3,81±0,65; Bilme ve anlama 3,75±0,69; Başkaları ile etkileşim 3,55±0,96) olarak bulunmuştur (Tablo 4.4). Kaya ve Işık (2018) tarafından İstanbul ilinde toplam 661 hasta ile gerçekleştirilen çalışmada, hasta güçlendirme ve alt boyutları ortalama puanları sırasıyla; 3,84±0,61 (Kimlik-Özdeşleşme 3,98±0,77; Kişisel kontrol 3,79±0,75; Karar alma 3,90±0,62; Bilme ve anlama 3,79±0,76; Başkaları ile etkileşim 3,58±0,95) olarak belirlenmiştir. Yılmaz vd. (2020) ise toplam 515 hasta ile yürüttükleri çalışmada, hasta güçlendirme ve alt boyutları ortalama puanları sırasıyla; 130,18±25,85 (Kimlik-Özdeşleşme 3,55±0,88; Kişisel kontrol 3,47±0,78; Karar alma 3,63±0,83; Bilme ve anlama 3,38±0,77; Başkaları ile etkileşim 3,60±0,98) bulmuşlardır. Buna göre, Hasta Güçlendirme Ölçeğine ait ortalama puanlara bakıldığında, daha yüksek ortalama puan hastaların o boyutla ilgili daha aktif olduklarını göstermektedir. Bu çalışmada, hastaların Kimlik-Özdeşleşme, Karar alma ve Bilme ve Anlama faaliyetlerinde, Başkaları ile Etkileşim ve Kişisel Kontrol alt boyutlarına göre daha aktif oldukları görülmektedir. Hastaların, daha düşük skor aldıkları “Baskaları ile etkileşim” alt boyutunda diğer hastalara hastalıkları ile mücadele de daha az yardımcı olduklarını ve kişisel kontrol alt boyutunda ise hastalıkla mücadelede öz kontrol mekanizmalarının daha zayıf kaldığını ifade etmektedir. Lisansüstü eğitimi olan, medeni durumu evli olan hastaların, geliri giderine eşit olan, sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren, hayat tarzında değişikliği olmayan, kemoterapi dışında tedavi almayan hastaların hasta güçlendirme ölçeğinden aldıkları puanlar daha yüksektir (Tablo 4.5). Özdelikara vd. (2020), cinsiyet (kadınlarda erkeklere göre daha yüksek), eğitim durumu (okuryazar daha yüksek) ve medeni durum (evli olanlarda daha yüksek) ile etkilendiğini, diğer taraftan yaş, çalışma durumu ve gelir düzeyi ile etkileşmediğini göstermiştir. Kadınlar açısından erkeklere göre daha yüksek etkileşim Doğan vd. (2018) tarafından gerçekleştirilen araştırmada da belirlenmiştir.

Ekonomik duruma göre hastaların hasta güçlendirme ölçeği toplamından elde edilen puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur.

Hemşirenin hastanın öz bakım gücünü planlarken, tanımlayıcı özelliklere dikkat etmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Ancak, öz bakım yönetimi ve tanımlayıcı özellikler arasında genelleme yapılacak ortak bir görüş birliği olmadığı farklı araştırmaların sonuçlarından anlaşılmaktadır. Sağlık okuryazarlığı ve hastanın iradesini yükseltecek stratejilerin oluşturulması, hemşirelerin bu alanda daha aktif ve destekleyici tavır almaları halk sağlığını korumak bakımından son derece önem taşımaktadır (Öztürk vd., 2021). Diğer taraftan, bu çalışmada, sağlık durumu ve hasta güçlendirme, birlikte yaşanan kişi ve karar alma arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Diğer taraftan, hastalık durumuna göre kanser evresi ve “bilme ve anlama” alt boyutu arasında etkileşim olduğu görülmektedir.

Hasta güçlendirmesinin yüksek oranda sunulduğunda sağlık sonuçlarını iyileştirmek, hastalar ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi geliştirmek ve tedavi rejimlerine uyum sağlamak için kilit bir faktördür. Sağlık hizmetlerinde sorumlulukların paylaşılmasında önemli rol oynayan hasta güçlendirme ve öz-yeterlik kavramlarının, hastaları sürece dahil ederek incelenmesi önemlidir (Ertaş vd., 2022). Hasta bilgilerinin hasta güçlendirme ölçeğine göre lisans üstü eğitimi olan, medeni durumu evli olan hastaların, sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren, hayat tarzında değişikliği olmayan, kemoterapi dışında tedavi almayan hastaların hasta güçlendirme ölçeğinden aldıkları puanlar daha yüksektir. Literatürde kronik hastalıklarda güçlendirme ile ilgili benzer çalışma bulunamamıştır.

Hasta Güçlendirme Ölçeğinin alt boyutlarına bakıldığında; çocuk sayısı ‘1’ olanların, mesleği işçi olanların, çalışan hastaların, kronik hastalığı olmayanların, kanser nüksü olmayanların kimlik özdeşleme alt boyutu; eşiyile birlikte yaşan hastaların karar alma alt boyutunun; kanser evresi I olan hastaların bilme ve anlama alt boyutunun; ailede kanser öyküsü olmayan hastaların kişisel kontrol alt boyutundan aldıkları puanların daha yüksek olduğu belirlendi. Hastalarında hastalık süreçlerine dahil olmasıyla birlikte hastanın bilgilendirilmesi ve tecrübe kazanmasıyla hasta güçlendirilmesi önemli hale gelmiştir (Kaya ve Işık, 2018). Genel olarak, Türkiye’deki sağlık kuruluşlarında hasta güçlendirme programlarının tam anlamı ile anlaşılmadığı, hata durumlarında üst yönetimin hemşireleri suçladıkları, hemşirelerin ceza alma endişesi ile hataları bildirmeme ve isteksiz davranma gibi tutumlar sergiledikleri rapor edilmiştir. Bu noktadan

hareketle, araştırmacılar, etkili hasta güçlendirme programı için başta hemşirelerin çalışma şartlarında gerekli iyileştirmelerin yapılması gerektiğini savunmaktadırlar.

Medikal alandaki teknolojik gelişmeler sayesinde kanser tedavisinde de olumlu sonuçlar alınmaya başlanmıştır. Bu durum ise, kanserin akut hastalık konumundan çıkarak, hastanın evinde tedavisine devam edilebilen ve bakıma ihtiyaç duyulan kronik hastalık durumuna dönüşmüştür. Kanser in evde tedavisinin gelişmesi, hastaya ve öz bakım desteği vermesi gereken hemşirelere farklı roller ve görevler yüklemiştir (Şentürk vd., 2018).

Araştırma sonucunda hastaların öz bakım yönetimi ile hasta güçlendirme arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Öz bakım yönetimi arttıkça hasta güçlendirme de artmaktadır (Tablo 4.6).

## ALTINCI BÖLÜM

### SONUÇ

Kemoterapi alan hastaların öz bakım yönetimi ve hasta güçlendirme arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Çalışmaya katılan hastaların yaş aralığı 18-87 arasında olmakla birlikte, ortalama  $53,37 \pm 14,36$  yıl olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların hasta bilgileri ve hastalığa ilişkin özellikleri ile ilgili bulgular değerlendirildiğinde hastaların çoğunun 51-60 yaş arasında, kadın, ilkokul mezunu, evli, 2 çocuklu, emekli, çalışmayan, geliri gidere eşit, sosyal güvencesi olan, eş ve çocuğu ile yaşadığı bulunmuştur.
- Sağlık durumunun orta, kronik hastalığı olmayan, kronik hastalığı olanların hipertansiyonu olduğu, hayat tarzında hastalığa bağlı değişim olduğu, bu değişikliklerin aktivitede kısıtlı bir yaşam olduğu, yapılamayan aktivitelerde yardım aldığı, yardımcı olan kişinin eş olduğu, kanser türü meme ca, kanser evresini bilmediği, kemoterapi kür sayısının 6 ve üzeri olduğu, kemoterapi süreleri 1 saat ile 9 saat arası değişmekle birlikte, ortalama  $3,76 \pm 1,76$  saat olduğu bulunmuştur. Alınan tedavilerden cerrahi ve kemoterapinin birlikte alındığı, tedavi süresinin 1 ila 240 ay arası değişmekle birlikte, ortalama  $17,39 \pm 26,47$  ay olduğu bulunmuştur. Kanser nüks durumunun olmadığı, ailede kanser öyküsünün olmadığı bulunmuştur.
- Çalışmada kemoterapi alan hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği toplam ortalama puanları ve öz koruma, sosyal koruma alt boyut puan ortalamalarının değerlendirilmesinde hastaların ortalamanın üstünde öz bakım yönetimine sahip olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların, öz bakım yönetiminin daha iyi olduğu, geliri giderinden az olan hastaların Öz Bakım Yönetimi Ölçeği sosyal koruma alt boyutunun daha yüksek olduğu, sağlık durumu iyi olarak değerlendiren hastaların Öz Bakım

Yönetim Ölçeği öz koruma alt boyutu ve sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren hastaların sosyal koruma alt boyutunun daha yüksek olduğu, kemoterapi dışında tedavi almayan hastaların Öz Bakım Yönetim Ölçeği öz koruma alt boyutunun daha yüksek olduğu bulunmuştur.

- Kemoterapi alan hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeği puan ve Kimlik-Özdeşleşme, Kişisel Kontrol, Karar Alma, Bilme ve Anlama, Başkaları ile Etkileşim alt boyut puanlarında hasta güçlendirmelerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Lisansüstü eğitimi olan, medeni durumu evli olan hastaların, geliri giderine eşit olan, sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren, hayat tarzında değişikliği olmayan, kemoterapi dışında tedavi almayan hastaların Hasta Güçlendirme Ölçeğinden aldıkları puanlar daha yüksek bulunmuştur.
- Hasta Güçlendirme Ölçeği alt boyutlarında çocuk sayısı '1' olanların, mesleği işçi olanların, çalışan hastaların, kronik hastalığı olmayanların, kanser nüksü olmayanların kimlik özdeşleme alt boyutu; eşiyile birlikte yaşayan hastaların karar alma alt boyutunun; kanser evresi I olan hastaların bilme ve anlama alt boyutunun; ailede kanser öyküsü olmayan hastaların kişisel kontrol alt boyutundan aldıkları puanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapinin yan etkileri hastaların yaşam kalitesini, fonksiyonlarını ve de öz bakım gereksinimlerini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle kanser tedavisi süresince ve sonrasında öz bakımı sürdürmek çok önemlidir. Öz bakım yönetimi ve hasta güçlendirme arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda öneriler sunulmuştur:

- Hemşirelerin hastaların öz bakım yönetiminin önemine yönelik farkındalıklarını artırmak için hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi,
- Hemşirelerin sağlık sisteminin etkin çalışması bakımından hastaya destek olmak için gerekli faaliyet ve bilgileri kapsayacak şekilde hasta eğitiminin düzenlenmesi,
- Ülkemizde özellikle kanser hastaların kemoterapinin yan etkileri ile başa çıkabilmeleri için hemşirelerin hastalara etkili bir öz bakım yönetimi bilinci verebilmelerine yönelik hasta güçlendirme programlarının düzenlenmesi,
- Hemşirelere yönelik kemoterapi tedavisi uygulanan hastaların bakım ve tedavisi ile ilgili araştırmaların yapılması,
- Kanser hastalarının tedavi ve bakımında yaşadıkları sorunların belirlenip bu sorunların çözümlenmesine yönelik çalışmaların yapılması önerilebilir.

## KAYNAKÇA

- Abramson Cancer Center. (2018). Self Care During Cancer. <https://www.pennmedicine.org/cancer/about/focus-on-cancer/2018/october/self-care-during-cancer> [Online]. (Erişim Tarihi: 25.12.2022)
- Acuña Mora, M., Sparud-Lundin, C., Moons, P., and Bratt, E. L. (2022). Definitions, instruments and correlates of patient empowerment: A descriptive review. *Patient education and counseling*, 105(2): 346–355. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.06.014>
- Akbaş, D., Şenuzun-Aykar, F., Yıldırım, Y. ve Fadıloğlu, Z.Ç. (2020). Oremin Öz Bakım Yetersizlik Kuramına Göre Yanık Hastasında Olgu Sunumu. *Bandırma On yedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(1): 54-63.
- Alan Yalım, S. ve Uysal, M. (2021). Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Kliniğine Başvuran Kanser Hastalarının Değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 22(2): 132-137.
- Amboss. (2022). Chemotherapeutic agents. [https://www.amboss.com/us/knowledge/Chemotherapeutic\\_agents](https://www.amboss.com/us/knowledge/Chemotherapeutic_agents) [Online]. (Erişim Tarihi: 13.12.2022)
- Amerika Kanser Örgütü (ACS). (2021). *Cancer Facts and Figures 2021*. Retrieved from <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2021/cancer-facts-and-figures-2021.pdf>. [Online]. (Erişim Tarihi: 13.12.2022)
- Ayrap F, Özer Z. (2021). Kronik hastalığı olan bireylerde depresyon riski ile hastalık öz yönetimi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(2): 212-22.
- Azadmanjir, Z., Safdari, R. and Ghazisaeidi, M. (2015). From self-care for healthy people to self-management for cancer patients with cancer portals. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 16(4): 1321–1325.

- Barbaros, M.B. ve Dikmen, M. (2015). Kanser İmmünoterapisi. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Fen Bilimleri Dergisi*, 31(4): 177-182.
- Basit, G. (2020). Bakımın Rehberi: Hemşirelik Süreci. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2): 77-90.
- Bayın-Donar, G. (2021). The Relationship Between Cancer Incidence and Awareness Activities and Google Online Search Volume in Turkey: A Retrospective Research. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12 (2): 353-360.
- Baykara, O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3): 154-165.
- Bilge, Ç., Yılmaz, B. ve Oskay, Ü. (2019). Jinekolojik Kanserli Kadınların Brakiterapi Sonrası Cinsel İşlevinin Değerlendirilmesi ve Cinsel Danışmanlık. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3): 210-215.
- Blanchard, P., Gunn, G. B., Lin, A., Foote, R. L., Lee, N. Y., and Frank, S. J. (2018). Proton Therapy for Head and Neck Cancers. *Seminars in radiation oncology*, 28(1): 53–63.
- Burghardt, M.A. and Nathaniel, A.K. (2013). *Çağdaş Hemşirelikte Etik*. çev. Prof. Dr. Şule. Ecevit Alpar, Doç. Dr. Nefise Bahçecik, Doç. Dr. Ükke Karabacak. İstanbul Tıp Kitabevi: 484-492.
- Can, G. (2020). *Onkoloji Hemşireliği* (2. Baskı). Ankara, Nobel Tıp Kitabevi.
- Conde, J. (2020). Above and beyond cancer therapy: translating biomaterials into the clinic. *Trends in Cancer*, 6(9): 730-732.
- Current Nursing. (2020). Application of Orem's Self-Care Deficit Theory. [https://currentnursing.com/nursing\\_theory/application\\_self\\_care\\_deficit\\_theory.html](https://currentnursing.com/nursing_theory/application_self_care_deficit_theory.html) [Online]. (Erişim Tarihi: 13.12.2022)
- Çelebi, M.A. (2019). *Yönetim ve İnsan İçin Güçlendirme* (1. Baskı). İstanbul, Kriter Yayınevi.
- Çetinkaya, M. ve Şahin, S. (2020). Kanser ve Ergoterapi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (2): 14-24.

- Dalkılıç, S. ve Kurtoğlu, R. (2021). Hastaların Tüketicileştirilmesi ve Hasta Güçlendirme. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(3): 456-471.
- Danış, M. Z. ve Özhan, E. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Palyatif Bakım, Kanser ve Sosyal Destek: Bir Vaka Örneğinde Güçlendirme Yaklaşımının Uygulanması. *Kesit Akademi Dergisi*, (18): 305-320.
- Demirbağ, B. C. (2022). *Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla*. Ankara, Türkiye: Akademisyen Kitabevi: 3-19.
- Doğan, M., Tosun, E. ve Duran, A. (2018). Kronik Hastalıklarda Hastalık Algısı, Yaşam Kalitesi, Öz-Bakım Yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3): 33- 40.
- Dünya Sağlık Örgütü. (DSÖ). (2021). <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/cancer> [Online]. (Erişim Tarihi: 03.11.2023)
- DSÖ Globocan. (2021a). All cancers. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-factsheet.pdf> [Online]. (Erişim Tarihi: 13.12.2022)
- DSÖ Globocan. (2021b). Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2020, all cancers, both sexes, all ages. <https://gco.iarc.fr> [Online]. (Erişim Tarihi: 13.03.2022)
- DSÖ Globocan. (2021c). Estimated number of new cases from 2020 to 2040, Both sexes, age [0-85+] All cancers. <https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/bars?mode=population> [Online]. (Erişim Tarihi: 13.12.2022)
- DSÖ Globocan. (2021d). Absolute numbers, incidence, males and females Turkey [https://gco.iarc.fr/overtime/en/dataviz/trends?populations=79200&sexes=1\\_2&types=0&multiple\\_populations=0&cancers=0&mode=cancer&multiple\\_cancers=1&key=total](https://gco.iarc.fr/overtime/en/dataviz/trends?populations=79200&sexes=1_2&types=0&multiple_populations=0&cancers=0&mode=cancer&multiple_cancers=1&key=total) [Online]. (Erişim Tarihi: 13.12.2022)
- DSÖ Globocan. (2021e). Estimated numbers from 2020 to 2040, Males & Females, age [0-85+] Turkey. [https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/trends?types=0\\_1&sexes=1\\_2&](https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/trends?types=0_1&sexes=1_2&)

mode=cancer&group\_populations=0&multiple\_populations=0&multiple\_cancers=1&cancers=39&populations=792&apc=cat\_ca20v1.5\_ca23v-1.5 [Online]. (Erişim Tarihi: 13.12.2022)

DSÖ Globocan. (2021f). The Cancer Attributable to Obesity. Erişim: <https://gco.iarc.fr/causes/obesity/home> [Online]. (Erişim Tarihi: 13.12.2022)

DSÖ Globocan. (2021g). The Cancer Attributable to Infections. Erişim: <https://gco.iarc.fr/causes/infections/home> Erişim Tarihi: 13.12.2022

DSÖ Globocan. (2021h). The Cancer Attributable to UV Radiation. Erişim: <https://gco.iarc.fr/causes/uv/home> [Online]. (Erişim Tarihi: 13.12.2022)

DSÖ Globocan. (2021i). The Cancer Attributable to Alcohol. Erişim: <https://gco.iarc.fr/causes/alcohol/home> [Online]. (Erişim Tarihi: 13.12.2022).

Ertaş, H., Demir, R.N., ifti, Kırac, F. ve Kırac, R. (2022). Examination of the Relationship Between Patient Empowerment and Self-Efficacy. *Journal of Academic Perspective on Social Studies*, (1): 01-10.

Ertürk Yavuz, M. ve Gürsoy, A. (2021). Kanser Olan Hastalara Verilen Eğitimin Öz Bakıma Etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik alışmaları Dergisi*, 4 (2): 273-279.

European Cancer Organization (2022a). Empower Cancer Patients and Survivors: The Importance of Education and Information. <https://www.europeancancer.org> [Online]. (Erişim Tarihi: 13.03.2022)

European Cancer Organization (2022b). European Code of Cancer Practice. <https://www.europeancancer.org/2-standard/66-european-code-of-cancer-practice> [Online]. (Erişim Tarihi: 13.12.2022)

Gourd, E. (2020). New empowerment tool for all patients with cancer in Europe. *The Lancet Oncology*, 21(11): 1405.

Güçlüel, Y. ve Can, G. (2022). Kanser Sonrası Yaşamın Yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1): 363-370.

- Gürsoy G. ve Demirbaş Çarmıklı B. (2019). Hipofiz adenomlarında Radyoterapi. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 52(2): 174-180.
- Hançerlioğlu, S. ve Şenuzun Aykar, F. (2018). Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenilirliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1): 175-183.
- Hunter, J.J., Maunder, R.G., Sui D., Esplen, M.J., Chaoul, A., Fisch, M.J., Bassett, R.L., Harden-Harrison M.M., Lagrone, L., Wong, L., Baez-Diaz L., Cohen, L. A. (2020). Randomized Trial of Nurse-Administered Behavioral Interventions to Manage Anticipatory Nausea and Vomiting in Chemotherapy. *Cancer Med.* 9(5):1733-1740. doi: 10.1002/cam4.2863.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). (2022). *Cancer Fact Sheets*. Erişim: <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers-2022> [Online] (Erişim tarihi: 18.12.2022)
- İlhan, N., Gencer, S., Özdemir, Ö. ve Maviyıldız, S. (2020). The Relationship Between Health Literacy and Illness Self-Care Management in Turkish Patients with Cancer. *In Oncology Nursing Forum*. 47(3): 73-85
- Karagöz, Y. (2014). *SPSS 21.1 Uygulama, Biyoistatistik* (1.Baskı), Ankara Nobel Akademik Yayıncılık.
- Karadağlı, F. ve Ecevit Alpar, Ş. (2017). Bir ölçek geliştirme çalışması: Kemoterapi uygulanan hastalarda öz bakım yetersizliği kuramına göre öz bakım davranışları ölçeği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3): 168-181.
- Kaya, N. ve Işık, O. (2018). Hasta Güçlendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği. *İşletme Bilimi Dergisi*, 6 (1): 27-42.
- Kaykunoğlu, M. ve Tambağ, H. (2022). Ayaktan Kemoterapi Alan Hastaların Sosyal Destek ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(3), 429-435.
- Kayserilioğlu, G., Yazıcı, G., Koçaşlı, S. ve Yıldız, E. (2021). Akciğer Hacim Küçültücü Cerrahi Uygulanan Yaşlı Hastaya Orem Öz Bakım Eksikliği

Kuramı' na Göre Hemşirelik Bakımı. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 4(3): 113-131.

Kısaç, N., ve Babaoğlu, E. (2022). Hemşirelerin Hastaların Öz bakım Gereksinimlerine Yönelik Uygulanan Hemşirelik Müdahalelerine Bakış Açılarının Kalitatif Olarak İncelenmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (2): 49-60.

Kıyak, M. ve Özkaraman, A. (2021). Kanser Sonrası Yaşam: Sağ Kalanların Gereksinimleri. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7 (1): 99-104.

Koyuncu, N.E. ve Su, S. (2021). Investigation of the Relationship Between Care Dependency and Self-Care Behaviors in Chemotherapy Patients. Cyprus. *J Med Sci*, DOI: 10.5152/cjms.2021.3294.

Mack, J.W., Walling, A., DY, S., Antonio, A.L.M., Adams, J., Keating, N.L. and Tisnado, D. (2015). Patient Beliefs That Chemotherapy May Be Curative and Care Received at the End of Life Among Patients With Metastatic Lung and Colorectal Cancer. *Cancer*, 1: 1891-1896.

Martinez, N., Connelly, C. D., Pérez, A. and Calero, P. (2021). Self-care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(4): 418–425.

Matarese, M., Lommi, M., De Marinis, M. G. and Riegel, B. (2018). A Systematic Review and Integration of Concept Analyses of Self-Care and Related Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3): 296-305.

Menon, M. and George, B. (2018). Social Media Use For Patient Empowerment In The Gulf Cooperation Council Region. *Clinical eHealth*, 1(1): 21-27.

National Cancer Institute (NIH). (2020). Radiotherapy. <https://www.nhs.uk/conditions/radiotherapy/> [Online]. (Erişim Tarihi: 16.05.2022)

National Cancer Institute (NIH). (2021). What Is Cancer? <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer> [Online]. (Erişim Tarihi: 03.12.2022)

- National Cancer Institute (NIH). (2022). How Chemotherapy Is Given? <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/chemotherapy> [Online]. (Erişim Tarihi: 03.12.2022)
- National Health Service (NHS). (2022). Chemotherapy. <https://www.nhs.uk/conditions/chemotherapy/> [Online]. (Erişim Tarihi: 13.12.2022)
- Ölmez, N., ve Karadağ, E. (2022). Ayaktan Kemoterapi Alan Kanserli Hastaların Spiritüel İyilik Hali ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Arasındaki İlişki. *Sakarya Tıp Dergisi*, 12(3), 390-402
- Önal, B. (2022). Öz Bakım Yetersizliği Kuramı. In B. C. Demirbağ (Ed.), *Hemşirelik Kuramları*. Ankara, Türkiye: Akademisyen Kitabevi: 110–111.
- Özdelikara, A., Tastan Gürkan, A. ve Sen Atasayar, B. (2020). Assessment of Self-Care Management and Compliance in Chronic Diseases. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1): 42-49.
- Öztürk, Y. E., Yeşildal, M., Arık, Ö. ve Fidan, Y. (2021). Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirliği. *Journal of Academic Value Studies*, 7(3): 375-381.
- Hartweg, D. L. and Fleck, L. M. (2010). Dorothea Orem's self-care deficit theory. In Parker, M. E., Smith M. C. (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (3rd ed., pp. 121-145). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Russo, G., Tartaglione, A.M. and Cavacece, Y. (2019). Empowering Patients to Co-Create A Sustainable Healthcare Value. *Sustainability*, 11: 131.
- Sağlıklı Hayatı Teşvik ve Sağlık Politikaları Derneği. (2022). Sağlıklı Hayatı Teşvik ve Sağlık Politikaları Derneği. <https://www.saglikliturkiye.org/projeler/hasta-guclendirme-programi> [Online]. (Erişim Tarihi: 03.12.2022)
- Samei, E., Mozdarani, H., Samiei, F., and Javadi, G. H. (2021). Radioprotective Effects of Combined Melatonin and Famotidine Treatment on Radiation Induced Apoptosis in Peripheral Blood Leukocytes of Breast Cancer Patients and Normal Individuals. *Cell journal*, 23(5): 562–567.

- Siekkinen, M., Kuokkanen, L., Kuusisto, H., Leino-Kilpi, H., Rautava, P., Rekunen, M., Sulosaari, V. (2021). Work empowerment among cancer care professionals: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 21(1).
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A. and 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.
- Şentürk, S., Bıçak, D. Ve Akça, D. (2018). Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1): 35-39.
- Tanık, F. ve Naz Gürşan, İ. (2022). Kanserde Fiziksel Aktivite ve Egzersiz-Koruyucu ve Tedavi Edici Etki. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7 (1): 129-132.
- T. C Sağlık Bakanlığı. (2021). *2021 Yılı Performans Programı*. Retrieved from [https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/39975/0/2021-yılı-performans-programipdf.pdf?\\_tag1=3DD0DAB8F598424A848980250AB491A9F862200C](https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/39975/0/2021-yılı-performans-programipdf.pdf?_tag1=3DD0DAB8F598424A848980250AB491A9F862200C) [Online]. (Erişim Tarihi: 03.11.2022)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi Başkanlığı. (2022). Kanser Tedavisi Nelerdir? <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi#:~:text=Kanserde%20yayg%C4%B1n%20olarak%20kullan%C4%B1lan%20tedavi,tek%20ba%C5%9F%C4%B1na%20veya%20birlikte%20uygulanmaktad%C4%B1r> [Online]. (Erişim tarihi: 03.04.2022)
- Topatana, W., Juengpanich, S., Li, S., Cao, J., Hu, J., Lee, J., Suliyanto, K., Ma, D., Zhang, B., Chen, M. and Cai, X. (2020). Advances in synthetic lethality for cancer therapy: cellular mechanism and clinical translation. *Journal of hematology & oncology*, 13(1): 118.
- Tosun, B., Pörücü, C., Karadurmuş, N. ve Nursemin, Ü. (2021). İmmünoterapi Alan Kanser Hastalarında İlaç Tedavisine İnancı Etkileyen Faktörlerin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12 (2): 251-259.

- Tuominen, L., Ritmala-Castrén, M., Nikander, P., Mäkelä, S., Vahlberg, T. and Leino-Kilpi, H. (2021). Empowering patient education on self-care activity among patients with colorectal cancer—a research protocol for a randomised trial. *BMC Nursing*, 20(1): 1-10.
- Türk Dil Kurumu (TDK). (2021). Büyük Türkçe sözlük: Güncel Türkçe Sözlük, <https://sozluk.gov.tr> [Online]. (Erişim Tarihi: 03.11.2022)
- Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği. (2020). Kemoterapi nedir? <https://www.trsgo.org/files/toplum-icin/kemoterapi-nedir.pdf> [Online]. (Erişim Tarihi: 02.10.2022)
- Ünlü, A., Özdoğan, M., Kırca, Ö. ve Öğretmen, İ. (2016). Ozon Tedavisi ve Kanser. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 2 (1): 1-4.
- Ünlü, A., Kırca, Ö., Duman, O. ve Özdoğan, M. (2017). Akupunktur ve Kanser. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 3 (2): 59-64.
- Üzar Özçetin, Y.S.Ü. ve Hiçdurmaz, D. (2020). Kanser Deneyiminde Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Artırıcı Yapılandırılmış Grupla Güçlendirme Programı. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17 (1): 51-58.
- Van Dongen, S.I., de Nooijer, K., Cramm, J.M., Francke, A.L., Oldenmenger, W.H., Korfage, I.J., Witkamp, F.E., Stoevelaar, R., Van der Heide, A. and Rietjens, J.A. (2020). Self-management of patients with advanced cancer: a systematic review of experiences and attitudes. *Palliat Med.*, 34(2):160-78.
- Wiley, K. and Lubejko, B. (2020). Psychosocial Support for Patients With Cancer During COVID-19. <https://voice.ons.org/news-and-views/psychosocial-support-for-patients-with-cancer-during-covid-19>. [Online]. (Erişim Tarihi: 02.10.2022)
- Wakefield, D., Bayly, J., Selman, LE, Firth, AM, Higginson, IJ ve Murtagh, FE (2018). Hasta yetkilendirmesi, yaşamı sınırlayan bir hastalığın ileri aşamalarındaki yetişkinler için ne anlama geliyor: Eleştirel yorumlayıcı sentez kullanan sistematik bir derleme. *Palyatif Tıp*, 32 (8): 1288-1304.

- Yahya, E.B. and Alqadhi, A.M. (2021). Recent trends in cancer therapy: A review on the current state of gene delivery. *Life sciences*, 269: 119087.
- Yastıbaş, C., ve Dirik, G. (2018). Kanser ve farkındalık temelli müdahale programları: sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(3): 385-403.
- Yavaş Çelik, M. (2019). Orem' in Öz Bakım Eksikliği Kuramı ve Bu Kurama Göre Sağ Ayak Bileği ve Pelvis Kırığı Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı. *Sağlık ve Toplum*, 29(3): 99-104.
- Yeşil Bayülgen, M., Gün, M. ve Erdoğan, S. (2021). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Öz Bakım Yönetimleri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (2), 106-112.
- Yıldırım, H. ve Beyoğlu, S. (2022). Kanser Hastalarında Öz Bakım Yönetiminin ve Depresyonun COVID-19 Korkusuna Etkisi ve İlişkili Faktörler: Tanımlayıcı Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(3): 755-762
- Yılmaz, A. ve Duygulu, S. (2019). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının ve Etkileyen faktörlerin İncelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(6): 171-185.
- Yılmaz, A., Kar, A. ve Kaya, M. (2020). Hasta Güçlendirme ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *İşletme Bilimi Dergisi*, 8(1): 97-114.
- Yılmaz, H.K. ve Özer, R.M. (2022). Ketojenik Diyet ve Kanser. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1): 11-19.

## **EKLER**

### **Ek 1. Hasta Bilgi Formu**

Değerli Araştırmacı,

Araştırma ‘‘Kemoterapi Alan Hastaların Öz Bakım Yönetimi ve Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki’’ nin araştırılması amacıyla planlanmıştır. Veri toplama aracı olarak; Hasta Bilgi Formu, Hasta Güçlendirme Ölçeği, Öz-Bakım Yönetim Ölçeği-K (SCMP-G) kullanılacaktır. Araştırmanın güvenilir sonuçlara ulaşması ve sonuçlardan yararlanılabilmesi için cevaplarınızın gerçek ve kişisel görüşlerinizi yansıtmaması önemlidir. Soruları size en yakın olan seçeneği işaretleyerek eksiksiz cevaplamanız bekleniyor. Çalışmaya olan katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz. Ayırdığınız zaman ve katılımınız için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Tez Danışmanı

Gülşen KALAYCIOĞLU

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği

Yüksek Lisans Öğrencisi

**1. Yaşınız:**

**2. Cinsiyetiniz:**

- 1) Kadın 2) Erkek

**3. Eğitim durumunuz:**

- 1) Okur yazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise  
6) Üniversite 7) Lisansüstü

**4. Medeni durumunuz:**

- 1) Evli 2) Bekar

**5. Çocuk sayınız:**

- 1) 0 2) 1 3) 2 4) 3 5) 4 ve üstü

**6. Mesleğiniz:**

- 1) Emekli 2) Memur 3) İşçi 4) Serbest Meslek 5) Diğer

**7. Çalışma durumunuz:**

- 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

**8. Ekonomik durumunuzu nasıl ifade edersiniz?**

- 1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden fazla

**9. Sosyal güvenceniz var mı?**

- 1) Var 2) Yok

**10. Birlikte yaşadığınız kişiler:**

- 1) Yalnız 2) Eş 3) Çocuk 4) Anne/Baba 5) Kardeş 6) Bakıcı 7) Diğer 8)  
Eş/Çocuk

**11. Siz kendi sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?**

- 1) İyi 2) Orta 3) Kötü

**Hastalığa İlişkin Özellikler:**

**12. Kansere dışında başka bir kronik hastalığınız var mı?**

- 1) Evet

Cevabınız evet ise kronik hastalığınızı yazınız: .....

- 2) Hayır

**13. Hayat tarzınızda hastalığa bağlı değişim var mı?**

1) Evet

Cevabınız evet ise hayat tarzınızdaki değişimi açıklayınız:  
.....

2) Hayır

**14. Yapamadığınız aktivitelerde yardımcı kişi/ kişiler var mı?**

1) Evet

Cevabınız evet ise yardımcı kişi/kişileri yazınız:  
.....

2) Hayır

**15. Kanser türü:**

1) Meme CA 2) Kolon CA 3) Mide CA 4) Üro-genital CA 5) Pankreas CA  
6) Lenfoid ve Hematolojik CA 7) Gırtlak ve soluk borusu/akciğer CA 8) Diğer

**16. Kaçınıcı evre?**

1) I evre 2) II evre 3) III evre 4) IV evre 5) Bilmiyorum

**17. Kaçınıcı kür kemoterapi alıyorsunuz?**

1) 1 2) 2 3) 3 4) 4 5) 5 6) 6 ve üzeri

**18. Kemoterapi dışında almış olduğunuz tedaviler:**

1) Cerrahi tedavi 2) Radyoterapi 3) İmmünoterapi 4) Diğer 5) Yok 6) Cerrahi tedavi, radyoterapi

**19. Ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?**

1) Ay ( )

**20. Kanser nüksünüz oldu mu?**

1) Evet 2) Hayır

**21. Ailenizde kanser öyküsü var mı?**

1) Var 2) Yok

**22. Uygulanan kemoterapinin süresi:**

Saat ( )

## Ek 2. Öz Bakım Yönetim Ölçeği-K (SCMP-G)

Aşağıda öz bakım yönetimi ile ilgili sorular bulunmaktadır. Her cümle için, düşüncelerinizi en iyi tanımlayan cevabı yuvarlak içine alınız. Tüm sorulara cevap veriniz.

Öz Bakım Yönetim Ölçeği-K (SCMP-G)		Hiç katılmıyorum			Kesinlikle katılıyorum	
1	Hastalığım nedeniyle çevremdeki kişilere rahatsızlık vermekten endişeleniyorum	1	2	3	4	5
2	Hastalığımı kontrol edebilirim	1	2	3	4	5
3	Hastalığım ailem ve arkadaşlarımı etkilemiyor	1	2	3	4	5
4	Başkalarını memnun etmek sağlığımdan daha önemlidir	1	2	3	4	5
5	Başka kişilere yük olduğumu düşünüyorum	1	2	3	4	5
6	Hastalığımı kontrol etmek için elimden geleni yapmalıyım	1	2	3	4	5
7	Hastalığımın dolayı çevremdeki kişilerin endişelenmemesinden ben sorumluyum	1	2	3	4	5
8	Yaşam tarzım konusunda dikkatli olmak zorundayım	1	2	3	4	5
9	Hastalığım arkadaşlarımla ilişkilerimi etkiledi	1	2	3	4	5
10	Bazı şeyleri yapmıyorum, çünkü çevremdeki kişiler sağlığım konusunda endişeleniyor	1	2	3	4	5
11	Tedavi planına uymazsam hastalığının kötüleşeceğinden endişeleniyorum	1	2	3	4	5
12	Çevremdeki kişilerin hastalığım yüzünden bana farklı davranmalarından rahatsız oluyorum	1	2	3	4	5
13	Hastalığımı çok fazla düşünsem de, bu konuda konuşmamaya çalışıyorum	1	2	3	4	5
14	Çevremdeki kişilerin benim yaşadığım sağlık problemlerini yaşamamaları için yaşam tarzlarımı değiştirmeleri konusunda onları ikna etmeye çalışırım	1	2	3	4	5
15	Aktivitelerimi planlamakta zorlanıyorum çünkü hastalığının buna engel olup olmayacağını hiç bilemiyorum	1	2	3	4	5
16	Başkalarının iyiliği için hastalığım hakkında olumlu bir tutum sergileyebilirim	1	2	3	4	5
17	Hastalığım diğer kişileri rahatsız ediyor	1	2	3	4	5
18	Sadece problem yaşadığımda hastalığım aklıma geliyor	1	2	3	4	5
19	Günlük aktivitelerimi yaparken hastalığımı düşünmüyorum	1	2	3	4	5
20	Sağlığımın düzelmesi için yaşam tarzımda değişiklikler yaptım	1	2	3	4	5
21	Çevremdeki kişilere hastalığımı anlatıyorum ki keyifsiz olduğumda hiç kimse bunu üzerine almasın	1	2	3	4	5
22	Tedavi planımı takip edersem hastalığımı kontrol edebilirim	1	2	3	4	5
23	Kendime bakarsam, hastalığımla ilgili daha fazla sorun çıkmasını önleyebilirim	1	2	3	4	5
24	Çevremdeki kişilere hastalığımın ne kadarını anlatacağıma dikkat ediyorum, çünkü insanları üzmem istemiyorum	1	2	3	4	5
25	Hastalığımdaki değişimleri gösteren belirtileri tespit etmek için kendimi kontrol ederim	1	2	3	4	5
26	Günlük planlarımı yaparken, hastalığımı düşünüyorum	1	2	3	4	5
27	Hastalığımda kötüleştiğini gösteren işaretleri takip ederim	1	2	3	4	5
28	Hastalığımı kontrol edebilmek için yapabileceğim çok az şey var	1	2	3	4	5
29	Sağlığım hakkında çok fazla düşünüyorum	1	2	3	4	5
30	Normal bir yaşam sürebilmem için bir rutini takip etmek çok önemlidir	1	2	3	4	5
31	Hastalığım hakkında her şeyi öğrenerek hastalığımı kontrol altında tutuyorum	1	2	3	4	5
32	Hastalığımı kontrol altında tutabilmek için yaşam tarzımı değiştirdim	1	2	3	4	5
33	Yaşamım tedavi planım etrafında şekilleniyor	1	2	3	4	5
34	Sağlığıma dikkat etmek zorundayım yoksa durumum kötüleşir	1	2	3	4	5
35	Çevremdeki kişileri hastalığım konusunda rahatsız etmemek için düzenimi değiştiriyorum	1	2	3	4	5

### Ek 3. Hasta Güçlendirme Ölçeği

Aşağıda hasta güçlendirme ile ilgili sorular bulunmaktadır. Her cümle için, düşüncelerinizi en iyi tanımlayan cevabı yuvarlak içine alınız. Tüm sorulara cevap veriniz.

Aşağıdaki ifadeleri size göre uygun gördüğünüz 1-5 arasında ölçeğe göre puanlayınız. Kesinlikle Katılmıyorum--1----2---3-----4----5--Kesinlikle Katılıyorum						
1	Doktorumdan sık sık ilave/detaylı sağlık bilgileri talep ederim.	1	2	3	4	5
2	Tedavi hakkında fikrimi değiştirebileceğimin farkındayım.	1	2	3	4	5
3	Sağlık durumumu idare edebilme yeteneğine sahibim.	1	2	3	4	5
4	Farklı tedavi tercihlerini seçebileceğimin farkındayım.	1	2	3	4	5
5	Sağlık durumumun bulguları üzerindeki kontrolümden memnunum.	1	2	3	4	5
6	Sağlık durumumla ilgili ihtimallere karşı umutluyum.	1	2	3	4	5
7	Benzer sağlık durumundaki insanlara, durumlarıyla başa çıkmada farklı yollar bulmalarına yardım ettim.	1	2	3	4	5
8	Gerektiğinde daha fazla sağlık durumu bilgisine ulaşabilirdim.	1	2	3	4	5
9	Sağlık bulgularımın yaşamım üzerindeki etkilerini en aza indirgeyebilirim.	1	2	3	4	5
10	Sağlık durumumla başa çıkmadaki deneyimlerimi, benzer sağlık problemleri olan kişilerle paylaştım.	1	2	3	4	5
11	Sağlık durumum hakkında bir şeyler öğrenmek için nereye gideceğimi biliyorum.	1	2	3	4	5
12	Sağlık durumuma rağmen eğlenceli bir şeyler yapmak için planlarım var.	1	2	3	4	5
13	Sağlık durumum üzerinde bir kontrol duygusu hissediyorum.	1	2	3	4	5
14	Sağlık durumuma rağmen çok iyi bir hayatım olduğunu hissediyorum.	1	2	3	4	5
15	Sağlık durumumla ilgili zorluklarla başa çıkabilmek için bilgiye sahibim.	1	2	3	4	5
16	Nasil kaygılanmamam gerektiğini, başkalarıyla paylaştım.	1	2	3	4	5
17	Sağlık durumumu kontrol altında hissetmeme yardımcı olan becerilere sahibim.	1	2	3	4	5
18	Benim için en iyi olmadığını düşündüğüm bir tedaviyi reddederdim.	1	2	3	4	5
19	Sağlık durumum hakkında daha fazla bilgiye sahip olmak onunla başa çıkmamda yararlı olur.	1	2	3	4	5
20	Sağlık durumuma rağmen günlük hayatta kendimi işe yarar hissediyorum	1	2	3	4	5
21	Tedavi hakkında görüşümü değiştirirsem bunu doktorumla konuşabilirim.	1	2	3	4	5
22	Test sonuçlarımın ne anlama geldiğini biliyorum.	1	2	3	4	5
23	Sağlık durumuma rağmen normal bir hayat yaşayabilirim.	1	2	3	4	5
24	Sağlık durumumla ilgili doktor seçimimden memnunum.	1	2	3	4	5

25	Sağlık problemlerime rağmen hayatıma aktif bir şekilde bağlandığımı hissediyorum	1	2	3	4	5
26	Benzer sağlık durumuna sahip insanlarla sağlık durumumu anlayışla kavrayabildiğimi paylaştım.	1	2	3	4	5
27	Sağlık durumum hakkında karar verme sürecine katılıyorum.	1	2	3	4	5
28	Sağlık durumumla ilgili zorluklarla nasıl başa çıkılacağını biliyorum.	1	2	3	4	5
29	Sağlık durumuma rağmen hayatımın tadını çıkarmaya çalışıyorum.	1	2	3	4	5
30	Sağlık durumumu anlıyorum.	1	2	3	4	5
31	Sağlık durumum hakkında doktorum tarafından verilen bir kararı reddedebilmeyi isterdim.	1	2	3	4	5
32	Sağlık durumumla ilgili pozitif bir görüşe sahibim.	1	2	3	4	5
33	Benzer sağlık durumlarıyla mücadele eden insanlar benden tavsiye isterler.	1	2	3	4	5
34	Sağlık durumumla başa çıkabilmek için ihtiyacım olan tüm bilgiye sahibim.	1	2	3	4	5
35	Sağlık problemlerimi nasıl kontrol altında tutacağımı biliyorum.	1	2	3	4	5
36	Sağlık durumum hakkında yeterince şey biliyorum.	1	2	3	4	5
37	Sağlık problemlerime rağmen hayatımın bir anlamı ve amacı olduğunu hissediyorum.	1	2	3	4	5

## Ek 4. Ölçek Kullanım İzinleri

Hasta Güçlendirme Ölçeği kullanma izni hk. Gelen Kutusu x

gulsen kalaycioglu 24 Eki 2021 15:28 (10 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Sayın Nazlı Kaya,  
İstanbul Sebahattin Zaim Üniversitesi Lisanüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. Tez çalışmamda Hasta Güçlendirme Ölçeğinin orjinal Türkçe halini kullanabilmem hususunda bu ölçeği kullanma izni verebilir misiniz? Ölçeğinin orjinal Türkçe halini gönderebilir misiniz?  
İlginiz için şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla.

İstanbul Sebahattin Zaim Üniversitesi  
Lisanüstü Eğitim Enstitüsü  
Hemşirelik Ana Bilim Dalı  
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi  
Hemşire Gülşen KALAYCIOĞLU

**NAZLI KAYA** 26 Eki 2021 13:05 (8 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▾

Merhaba Gülşen Hanım,

Değerli çalışmanızda ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyarız. Ölçeğe ilişkin yayınlamış olduğumuz makalemiz size yardımcı olacaktır. Ekte sizinle makaleyi paylaşıyorum.

İyi çalışmalar dilerim.  
Nazlı Kaya

sadık hancerlioglu 12 Eki 2021 01:41 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▾

Merhabalar, ölçeği kullanabilirsiniz, ölçeğin Türkçe hali yük tez de mevut, çalışmanızda başarılar dilerim.

[Android için Outlook'u edinin](#)

---

From: gulsen kalaycioglu [Redacted]  
Sent: Monday, October 11, 2021 8:41:29 PM  
To: [Redacted]  
Subject: "Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği" kullanma izni.

...

[ileti kısaldı] [Tüm iletiyi görüntüle](#)

"Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği" kullanma izni.

gulsen kalaycioglu 11 Eki 2021 20:41 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: s\_hancerlioglu ▾

Sayın Hocam  
İstanbul Sebahattin Zaim Üniversitesi Lisanüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. Tez çalışmamda Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeğinin orjinal Türkçe halini kullanabilmem hususunda bu ölçeği kullanma izni verebilir misiniz? Ölçeğinin orjinal Türkçe halini gönderebilir misiniz?  
İlginiz için şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla.

İstanbul Sebahattin Zaim Üniversitesi  
Lisanüstü Eğitim Enstitüsü  
Hemşirelik Ana Bilim Dalı  
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi  
Hemşire Gülşen KALAYCIOĞLU

gulsen kalaycioglu 11 Eki 2021 20:42 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: anbahecek ▾

gulsen kalaycioglu [Redacted] 21 Eki, 20:41 tarihinde şunu yazdı:  
...

## Ek 5. Etik Kurul İzin Belgesi



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

Sayı : E-20292139-050.01.04-20550  
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Gülşen KALAYCIOĞLU  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Kemoterapi Alan Hastaların Öz Bakım Yönetimi ve Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki"  
başlıklı araştırmanız kurumumuzun 31.12.2021 tarihli ve 2021/12 sayılı toplantısında değerlendirilerek  
etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nasuh USLU  
Kurul Başkanı

Ek:14-Gülay KALAYCIOĞLU Etik Onay Belgesi (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : \*BSM2LUY4K\* Pin Kodu : 79222  
Adres: Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul  
Telefon: 444 97 98 Faks: +90 (212) 693 82 29  
e-Posta: bilgi@izu.edu.tr Web: www.izu.edu.tr  
Kep Adresi: izu@hs01.kep.tr

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

Bilgi için: Zeynep Funda TEZ  
Unvanı: Yeminli Katip  
Tel No: +902126929606



## Ek 6. Hastane Çalışma İzni



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
S.B.Ü. İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

### TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi : 01.02.2022  
Toplantı No : 1  
Karar No : 6  
Başkan : Prof. Dr. Gökhan Tolga ADAŞ  
Üyeler : Prof. Dr. Cemal KURAL, Prof. Dr. Kadriye KART YAŞAR, Prof. Dr. Murat EKİN, Doç. Dr. Yasemin TEKDÖŞ ŞEKER, Doç. Dr. Damlanur SAKIZ

#### KARAR

Hastanemizde Hemşire olarak görev yapmakta olan Gülşen KALAYCIOĞLU, Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK danışmanlığında yürüttüğü "Kemoterapi Alan Hastaların Öz Bakım Yönetimi ve Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki" başlıklı yüksek lisans tezini kurumumuzda uygulamayı talep etmektedir.

Adı geçeninin talebi Tıpta Uzmanlık-Eğitim Kurulu kararı ile **uygun** görülmüştür.

**BAŞKAN**  
Prof. Dr. Gökhan Tolga ADAŞ  
Başhekim

**HASTANE EĞİTİM KOORDİNATÖRÜ**  
Prof. Dr. Cemal KURAL

**ÜYE**  
Prof. Dr. Kadriye KART YAŞAR

**ÜYE**  
Prof. Dr. Murat EKİN

**ÜYE**  
Doç. Dr. Yasemin TEKDÖŞ ŞEKER

**YEDEK ÜYE**  
Doç. Dr. Damlanur SAKIZ

## Ek 7. İl Sağlık Çalışma İzni



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM  
VE TESCİL BİRİMİ

02.03.2022 21:27 - E-15916306 - 604 01 01 - 2722



Sayı : E-15916306-604.01.01  
Konu : Hemş. Gülşen KALAYCIOĞLU'nun  
Başvurusu Hk.

### DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 11/02/2022 tarihli ve 14679818-771-E-14679818-771-3168 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile Hastanenizde Hemşire olarak görev yapmakta olan Gülşen KALAYCIOĞLU'nun Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK danışmanlığında yürüttüğü "Kemoterapi Alan Hastaların Öz Bakım Yönetimi ve Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki" başlıklı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı kurumlarda yapma talebi birimimize iletilmiş olup Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 25.02.2022 tarih ve 2022/05 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.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU  
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 993bb6d3-9eb8-4576-9f9c-09146489bf98 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>  
EĞİTİM VE TESCİL BİRİMİ

Telefon: Faks No:

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

Bilgi için: Cemile ÖZASLAN

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 212) 638 33 99



# ÖZGEÇMİŞ

**Gülşen KALAYCIOĞLU**

## A. EĞİTİM BİLGİLERİ

- **Yüksek Lisans:** İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, 2023.
- **Lisans:** İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü, 2003, Bölüm İkinciliği.
- **Lise:** Atatürk Sağlık Meslek Lisesi, Ebelik Bölümü, 1998.

## B. MESLEKİ DENEYİM

- T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2015-2023 devam etmekte) (Dâhiliye Kliniği Sorumlu Hemşiresi)
- T.C Sağlık Bakanlığı Ümraniye Eğitim ve Araştırma (2013-2015) (KBB ve Nöroloji Hemşiresi)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim (2012-2013)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2010-2012) (Acil Hemşiresi)
- Malatya Merkez 2 Nolu Çarmuzu Sağlık Ocağı (2006-2010)
- Malatya Yazıhan Merkez Sağlık Ocağı (2004-2006)
- Malatya Darende Merkez Sağlık Ocağı (2003-2004)
- Malatya Darende Merkez Sağlık Ocağı Günpınar Sağlık Evi (1998-2003)

### **C. SERTİFİKA**

- Marmara Üniversitesi Formasyon Sertifikası, 2015.
- İş Yeri Hemşireliği Sertifikası, 2016.

### **D. YAYINLARI**

- Pınar Bölüktaş, R., Kalaycıoğlu, G. ve Üçeriz, A. (2021). Acute Respiratory Distress Syndrome in the Light of Current Literature. *Kocaeli Medical Journal*, 10(Supp: 2), 148-159.
- Bölüktaş, R., Uçeriz, A. ve Kalaycioglu, G. (2022). Medical Management and Nursing Care of a Patient with Acute Respiratory Distress Syndrome. *Bezmialem Science*, 10(3).

### **E. AKADEMİK ETKİNLİKLER**

- Uluslararası Tıp Bilimlerinde Multidisipliner Çalışmalar Kongresi Şubat 18-20, 2022, Antalya, Türkiye.
- 3. Uluslararası Haliç Kongresi Mart 12-13, 2022, İstanbul, Türkiye.