

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

KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA  
GÜÇLENDİRMENİN YAŞANAN SEMPTOMLARA  
ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emre AKKUŞ

İstanbul

Temmuz-2024

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

**KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA GÜÇLENDİRMENİN**  
**YAŞANAN SEMPTOMLARA ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Emre AKKUŞ**

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

**İstanbul**  
**Temmuz-2024**

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 DİNCER

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İCENER  
Enstitü Müdürü

## BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Kemoterapi Alan Hastalarda Güçlendirmenin Yaşanan Semptomlara Etkisi**” 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.

Emre AKKUŞ

## ÖN SÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca akademik ilgi ve deneyimlerini paylaştan ve bana yol gösteren, beni motive eden Çok Değerli Hocam ve Tez Danışmanım Sayın Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK'e,

Yüksek lisans eğitim sürecinde dersleri ile bize vizyon katan Değerli Hocam Sayın Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER'e,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca benden desteklerini esirgemeyen Ailem Ayşe AKKUŞ, Kenan AKKUŞ, Esra AKKUŞ'a,

Yüksek lisans eğitimimde desteklerinden dolayı Sevgili Eşim Aleyna USTAOĞLU AKKUŞ'a ve ailesi Yusuf USTAOĞLU, Ayşe USTAOĞLU'na,

Tez sürecim boyunca her türlü vefakrlığı gösteren iş Arkadaşlarıma,

Desteklerinden dolayı teşekkürlerimi sunarım.

**Emre AKKUŞ**  
**İstanbul-2024**

**ÖZET**  
**KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA GÜÇLENDİRMENİN**  
**YAŞANAN SEMPTOMLARA ETKİSİ**

**Emre AKKUŞ**

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Temmuz, 2024 -115 Sayfa

Araştırma, kemoterapi alan hastalarda güçlendirmenin yaşanan semptomlara etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı, kesitsel nitelikteki araştırma, İstanbul ilinde yer alan eğitim ve araştırma hastanesindeki ayaktan kemoterapi alan 370 hasta ile gerçekleştirildi. Verilerinin toplanmasında Hasta Bilgi Formu, Kanser Güçlendirme Ölçeği (KGÖ) ve Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Student t-test, Oneway ANOVA Test, Kruskal Wallis test, Mann Whitney U test, Spearman's Korelasyon Analizi ve Lineer Regresyon Analizi kullanıldı. Hastaların yaş ortalaması  $55,41 \pm 12,64$  yıl olup, %66,8' i kadın, %37,6'sı ev hanımıdır. Kanser Güçlendirme Ölçeği toplam ve Kişisel Güç, Sosyal Destek, Sağlık Bakımı, Topluluk alt boyut puan ortalamaları sırasıyla  $151,80 \pm 23,23$ ,  $72,92 \pm 11,98$ ,  $34,62 \pm 5,74$ ,  $22,78 \pm 4,11$ ,  $21,48 \pm 4,24$  olarak, Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ise toplam ve Global Distres İndeksi, Fiziksel Semptom Distres Skoru, Psikolojik Semptom Distres Skoru alt boyut puan ortalamaları sırasıyla  $2,04 \pm 0,51$ ,  $2,10 \pm 0,70$ ,  $2,07 \pm 0,57$ ,  $2,13 \pm 0,70$  olarak bulundu. Hastaların Kanser Güçlendirme Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği toplam puanlar arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ( $r=-0,177$ ;  $p=0,001$ ). Hastalarda güçlendirme arttıkça yaşanan semptomlar azalmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, Kemoterapi, Hasta Güçlendirme, Semptom, Hemşire

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF EMPOWERMENT ON THE SYMPTOMS EXPERIENCED INPATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY

Emre AKKUŞ

Master's Degree, Medicine Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

July, 2024 - 115 Pages

The research was conducted to determine the effect of empowerment on the symptoms experienced in patients receiving chemotherapy. The descriptive, cross-sectional study was conducted with 370 outpatient chemotherapy patients at a training and research hospital in Istanbul. A Patient Information Form, the Cancer Empowerment Scale (CES) and the Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) were used to collect data. Descriptive statistics, Student t-test, One-way ANOVA Test, Kruskal Wallis test, Mann Whitney U test, Spearman's Correlation Analysis and linear regression analysis were used to evaluate the data. The patients' mean age was  $55,41 \pm 12,64$  years. 66,8% were women and 37,6% were housewives. Cancer Empowerment Scale total and Personal Strength, Social Support, Healthcare, Community Support subscale mean scores were  $151,80 \pm 23,23$ ,  $72,92 \pm 11,98$ ,  $34,62 \pm 5,74$ ,  $22,78 \pm 4,11$ , and  $21,48 \pm 4,24$ , respectively. Memorial Symptom Assessment Scale total and Global Distress Index, Physical Symptom Distress Scores, and Psychologic Symptom Distress Scores subscale mean scores were  $2,04 \pm 0,51$ ,  $2,10 \pm 0,70$ ,  $2,07 \pm 0,57$ , and  $2,13 \pm 0,70$ , respectively. A negative, statistically significant relationship was detected between the patients' total scores from the Cancer Empowerment Scale and the Memorial Symptom Assessment Scale total scores ( $r = -0,177$ ;  $p = 0,001$ ). As the patients are empowered more, the symptoms experienced decrease.

**Keywords:** Cancer, Chemotherapy, Patient Empowerment, Symptom, Nurse

# 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>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>x</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b>	
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b>	
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. Kanser .....	4
2.2. Kanser Epidemiyolojisi .....	5
2.3. Kanser Etiyolojisi .....	7
2.4. Kanser Tedavi Yöntemleri.....	9
2.4.1.Cerrahi tedavisi.....	9
2.4.2.Radyoterapi.....	10
2.4.3.İmmunoterapi.....	10
2.4.4.Hormonoterapi .....	11
2.4.5.Hedef Terapi .....	11
2.4.6.Kök Hücre Tedavisi.....	11
2.4.7.Kemoterapi tedavisi .....	12
2.5. Güçlendirme Kavramı .....	12
2.5.1.Hasta Güçlendirme Kavramı .....	13
2.6. Semptom Kavramı .....	15

2.7. Kemoterapi Alan Hastalarda Yaşanan Semptomlar .....	16
2.7.1.Yorgunluk/Halsizlik.....	16
2.7.2.Bulantı/Kusma .....	17
2.7.3.Alopesi .....	17
2.7.4.Ağrı .....	18
2.7.5.İştahsızlık ve kilo kaybı .....	19
2.7.6.Diyare.....	20
2.7.7.Konstipasyon.....	20
2.7.8.Oral mukozit .....	21
2.7.9.Depresyon-anksiyete.....	21
2.7.10.Uyku bozuklukları .....	22
2.7.11.Tat ve koku alma duyusunda değişiklik.....	23
2.7.12.Üreme ve cinsel yaşam .....	23
2.8. Kemoterapi Alan Hastalarda Güçlendirme ve Yaşanan Semptomlarda Hemşirelik Yaklaşımı.....	24

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

<b>GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>35</b>
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü .....	35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	35
3.4. Veri Toplama Araçları .....	36
3.4.1.Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu .....	36
3.4.2.Kanser Güçlendirme Ölçeği (KGÖ) .....	36
3.4.3.Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) .....	37
3.5. Verilerin Toplanması .....	37
3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi .....	38
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	38
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	38

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

<b>BULGULAR.....</b>	<b>39</b>
4.1. Hastaların Özellikleri ile İlgili Bulgular .....	40
4.2. Hastaların Hastalığı ile İlgili Bulgular.....	41

4.3. Kanser Güçlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular.....	44
4.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kanser Güçlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular .....	45
4.5. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular.....	53
4.6. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular.....	54
4.7. Kanser Güçlendirme Ölçeği ve Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular.....	63

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

<b>TARTIŞMA.....</b>	<b>68</b>
----------------------	-----------

## **ALTINCI BÖLÜM**

<b>SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>77</b>
--------------------------------	-----------

<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>79</b>
----------------------	-----------

<b>EKLER .....</b>	<b>92</b>
--------------------	-----------

<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>102</b>
-----------------------	------------

## TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2.1: IARC'ın Yayınladığı GLOBOCAN 2022 Verilerine Göre Ülkemizde ve Dünyada Kadın ve Erkeklerde En Sık Görülen İlk Altı Kanser Türünün Dağılımı .....	7
Tablo 2.2: Çeşitli Risk Faktörleri ve Kanser Etiyolojileri .....	8
Tablo 2.3: İnsanlara Yönelik Kanserojen Tehlikelerin Belirlenmesine İlişkin IARC Monografıları .....	8
Tablo 4.1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	40
Tablo 4.2: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	41
Tablo 4.3: Kanser Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları.....	44
Tablo 4.4: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kanser Güçlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması .....	45
Tablo 4.5: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Kanser Güçlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.6: Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları .....	53
Tablo 4.7: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması..	54
Tablo 4.8: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması..	58
Tablo 4.9: Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ile Kanser Güçlendirme Ölçeği Puanlarının İlişkisi .....	63
Tablo 4.10: Kanser Güçlendirme Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Üzerine Etkisinin İncelenmesinde Lineer Regresyon Analizi.....	66
Tablo 4.11: Kanser Güçlendirme Ölçeği Toplam Puanlarının Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Üzerine Etkisinin İncelenmesinde Lineer Regresyon Analizi.....	67

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Kanser gelişim süreci ..... 4

Şekil 2.2: Dünya genelinde 2022’de en sık görülen kanser türleri (Milyon kişi) ..... 6



## KISALTMALAR LİSTESİ

5-FU	: 5-Fluorourasil
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EBV	: Epstein Barr virüsü
FSDS	: Fiziksel Semptom Distres Skoru
GDI	: Global Distres İndeksi
GLOBOCAN	: The Global Cancer Observatory (Küresel Kanser Gözlem Verisi)
HBV	: Hepatit B virüsü
HCV	: Hepatit C virüsü
HIV Virüsü)	: Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)
HPV	: Human Papilloma Virüs (İnsan papilloma virüsü)
IARC	: The International Agency for Research on Cancer
KGÖ	: Kanser Güçlendirme Ölçeği
MS	: Multiple Skleroz
MSDÖ	: Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği
NCI	: National Cancer Institute
PSDS	: Psikolojik Semptom Distres Skoru
WHO	: World Health Organization

## BİRİNCİ BÖLÜM

### GİRİŞ

Kanser, vücuttaki hücrelerin genetik mutasyonlar sonucunda anormal bir şekilde büyüyüp çoğalarak normal hücrelerle rekabet etmesi ve kontrolsüz bir şekilde yayılmasıyla karakterize edilen bir hastalık grubudur. Latince kökenli adı "yengeç" olan kanser, modern tıbbın en büyük mücadele gerektiren hastalıklarından biridir. Gelişmiş ülkelerde ve giderek artan bir oranda gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak görülmekte olup, coğrafi veya yaş sınırlaması olmaksızın herkesi etkileyebileme potansiyeline sahiptir (Deniz, 2022).

Kanser tedavisinde, hastalığın seyrini yavaşlatan, geriletken veya durduran ilaçların kullanılması yaygındır. Bu amaçla kullanılan ilaçlar, antineoplastik ilaçlar, kemoterapötikler veya sitotoksik ajanlar olarak adlandırılmaktadır. Kemoterapi ise kanser hücrelerinin büyümesini engellemek veya bu hücreleri öldürmek amacıyla uygulanan ilaç tedavisini ifade eder. Kemoterapi sürecinde birçok farklı ilaç kullanılabilir (Arslankılıç vd., 2020; Purut vd., 2022).

Kanser tedavileri, yaşam süresini uzatmayı, hastalığı iyileştirmeyi ve kalan yaşam kalitesini artırmayı hedefler. Son yıllarda kanserin sıklığının artmasıyla birlikte, kanser tedavilerinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Ancak, bu tedaviler sağlıklı hücrelere ve dokulara zarar verebilmektedir. Bu nedenle yan etkiler veya toksisite görülebilmektedir. Kanser ve tedaviye bağlı semptomlar, hastaların yaşam kalitesini düşürebilir ve tedavi sürecini olumsuz etkileyebilir. Ağrı, kilo kaybı, iştahsızlık, ağızda tat değişiklikleri ve yaralar, bulantı, kusma ve saç dökülmesi benzeri semptomlar, hastaların fiziksel, zihinsel ve sosyal iyiliğini etkileyebilir. Bu nedenle, kanser ve tedavi kaynaklı yan etkilerin önlenmesi ve semptom yönetimi giderek daha büyük önem kazanmaktadır (Yüce ve Muz, 2020).

Hastalar, hastalık ve tedavinin yan etkileriyle başa çıkmakta zorlanabildikleri zaman öz bakım gereksinimlerini karşılamayı ve yaşam kalitesini düşürebilir. Kemoterapik ilaçlar, hedeflenen malign hücreleri yok etme sürecinde, vücudun normal ve sağlıklı hücrelerini de olumsuz yönde etkileyebilir. Bu durum, tedavi sırasında çeşitli yan etkilere yol açabilir ve hastanın genel sağlığını etkileyebilir. Hematolojik, nörolojik, gastrointestinal ve genito-üriner sorunlar, kanser tedavisine bağlı olarak en sık görülen

istenmeyen etkilerdir. Bu istenmeyen etkilerle başa çıkmak için hasta ve sağlık ekibi arasında iş birliği gereklidir. Tedavi sürecinde hastalara özel destek ve yönlendirme programları uygulanarak, yan etkilerin yönetimi kolaylaştırılabilir ve böylece hastaların yaşam kalitesi önemli ölçüde artırılabilir (Arslankılıç vd., 2020).

Kanserle yaşamak, hastalık ve tedaviden kaynaklı çeşitli bakım ihtiyaçlarının etkin bir şekilde yönetilmesini gerektirir. Yüksek kaliteli ve etkili kanser bakımı, sadece tıbbi müdahaleleri değil, aynı zamanda hastaların geniş yelpazedeki bakım ihtiyaçlarını karşılayan bütüncül destek hizmetlerini de kapsamalıdır. Kanserinin neden olduğu semptomlar ve tedavi sürecindeki deneyimler, hastalığın evresine bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Genellikle ileri evre kanser hastaları, erken evre kanser hastalarına kıyasla daha farklı ve yoğun semptomlar yaşarlar. Bu nedenle hem kanser hastalarının hem de onların bakım verenlerinin yaşadığı sorunları çözmek için yan etki ve semptom yönetimi, psikososyal, duygusal ve manevi destek gibi çeşitli alanlarda kaliteli, hasta odaklı ve aile merkezli bir bakım sağlanması büyük önem taşır. Bu yaklaşım, hastaların yaşam kalitesini artırmaya ve tedavi sürecindeki zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olabilir (Tolasa ve Tokem, 2022).

Bireyin yaşamını tehdit eden ciddi seyirli ve kronik hastalıklar, bireylerin hem fizyolojik hem de psikolojik durumlarını derinden etkiler. Kanser hastaları genellikle ölüm korkusu, yetersizlik hissi, başkalarına bağımlı olma endişesi ve sosyal ilişkilerinin kesintiye uğraması gibi temel kaygılarla karşı karşıya kalır. Bu zorlu süreçte, hastalara tanı konulduğunda, tedavi sürecinde ve ihtiyaçlarının karşılanmasında önemli bir rol oynayan hemşireler, tedaviye uyumun artırılmasında kritik bir konuma sahiptir. Hemşireler, hasta ve ailesine yardım ederken psiko-sosyal yaklaşımlar kullanarak, hastaların duygusal ve sosyal destek gereksinimlerini karşılamalı ve bu sayede onların tedavi süreçlerine daha iyi uyum sağlamalarına yardımcı olmalıdır. Bu yaklaşım, hastaların ve ailelerinin yaşadığı stres ve kaygıyı azaltarak, tedavi sürecinin daha etkin ve sürdürülebilir olmasına katkıda bulunabilir (Ölmez ve Karadağ, 2022).

Bireysel güçlendirme, kişinin öz kimliğini ve özgüvenini yeniden keşfederek hayatını kontrol altına aldığı süreçleri ifade eder. Bu süreç, hastaların bilgi, beceri ve ihtiyaçları konusunda farkındalık kazanmalarına, kendi hedeflerini belirlemelerine ve tıbbi tedavilerinin sorumluluğunu alarak özerkliklerini artırmalarına olanak tanır. Bu durum, hastaların problem çözme yeteneklerini geliştirir, sağlık profesyonelleriyle

etkili iletişim kurmalarını sağlar ve sağlığı geliştirici faaliyetlere katılmalarını teşvik eder. Özellikle kronik hastalıklara sahip bireylerde güçlendirme, yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler yaratması bakımından büyük önem taşır (zmen ve Kocakaya, 2024).

Hasta güçlendirme, hastaların kendi sağlık durumlarını yönetme yeteneğini artırarak hastalık sürecini daha etkin bir şekilde idare etmelerini sağlar. Bu süreçte, hasta ile sağlık profesyoneli arasındaki bilgi eksikliği azalır ve hastalar, sağlık hizmetlerine daha az ihtiyaç duyarlar. Ayrıca, hasta güçlendirme, hastaların sağlık düzeyindeki artış ve memnuniyetin yanı sıra sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artmasına katkıda bulunur. Bu durum, sağlık personeline duyulan saygı ve bağlılığın artmasıyla da desteklenir (zmen ve Kocakaya, 2024; Yılmaz vd., 2020).

Hasta güçlendirme, bireylerin sağlıklarını, hastalıklarını ve yaşamlarını etkileyebilecek faktörleri kontrol altına almalarına yardımcı olan karmaşık ve çok boyutlu bir kavramdır. Hastalar, sağlık hizmetlerini kullanma haklarına ve sorumluluklarına sahip olarak, özerk bir şekilde hareket edebilirler. Bu sorumluluklar arasında ilaçları doğru şekilde kullanmak, sağlıklı davranışları sürdürmek, sosyal koşullara uyum sağlamak ve hastalığın maddi ve duygusal sonuçlarıyla başa çıkmak yer alır (Gürdap ve Cengiz, 2023).

Hasta merkezli bakımın temel unsurlarından biri olan hasta güçlendirme, bireyin sağlık sistemine her düzeyde katılımını teşvik eder. Bu katılım, hastaların sağlık hizmetlerinin daha etkin bir şekilde sunulmasına katkıda bulunmalarını sağlar (Gürdap ve Cengiz, 2023; Kaya ve Işık, 2019).

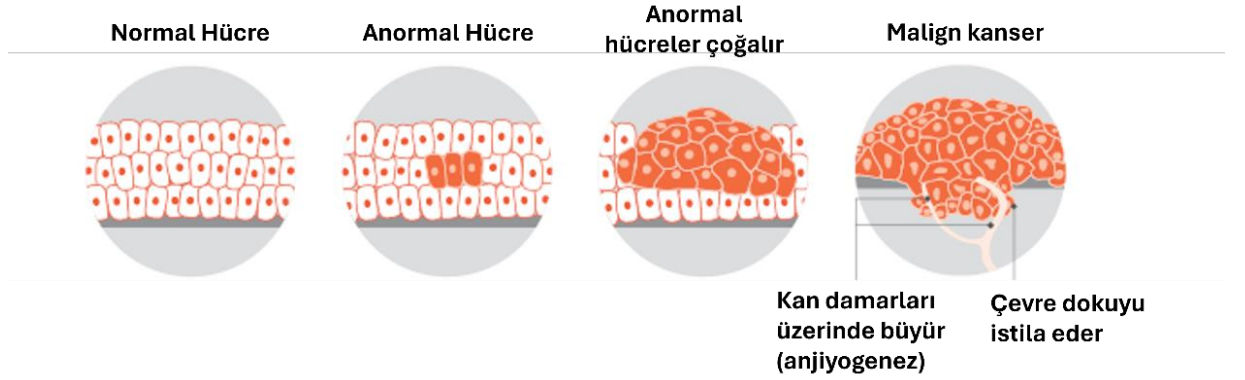
Bu çalışmada, kemoterapi alan kanser hastalarında güçlendirmenin yaşanan semptomlara etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## İKİNCİ BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Kanser

Kanser anormal hücresel büyüme ile seyreden bir hastalıktır. Büyüme dünyadaki tüm canlıların ortak özelliğidir, fakat gelişimin düzgün bir şekilde gerçekleşmesi amacıyla tam olarak kontrol altında tutulması gerekir. Büyüyen bütün hücreler, hücre döngüsü adı verilen ve çoğu hücresel yapının kopyalandığı, sıkı bir şekilde düzenlenmiş bir dizi olaydan geçer. Döngünün sonunda bir hücre, her biri kopyalanan yapıların bir kopyasını alan iki "yavru hücreye" ayrılır. Kopyalanacak en önemli yapılar, tüm hücresel faaliyetleri yöneten genlerdir. Kansere neden olan mutasyonlar, dış etkenlerin onkojen ve tümör baskılayıcı genlerin anormal şekilde çalışmasına neden olmasıyla ortaya çıkar. Örneğin, genler karsinojen olarak bilinen yüksek derecede aktif ve tehlikeli kimyasal ajanlar tarafından kimyasal hasara maruz kalabilir. Ayrıca, çeşitli radyasyon türleri genlere zarar verebilir: ultraviyole radyasyon, gama radyasyonu, nükleer radyasyon ve elektromanyetik alan radyasyonu. İnsan papilloma virüsü (HPV) veya insan Herpes virüslerinin belirli türleri de dahil olmak üzere çeşitli virüs türleri ise bazı onkojenlerin kusurlu çalışmasına neden olabilir. Ancak çoğu kanserde hastalığın kökeni bilinmemektedir ve basitçe gen çoğalması sırasında meydana gelen genetik bir hatadan kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir (Hosick vd., 2023).



Şekil 2.1: Kanser gelişim süreci

Kaynak: (MacKee, 2022)

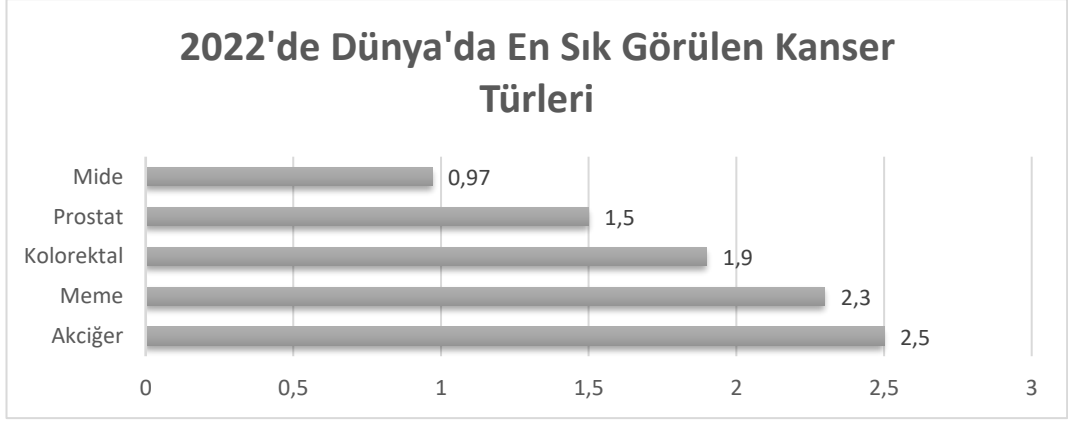
### 2.3. Kanser Epidemiyolojisi

Kanser epidemiyolojisi, belirli bir popülasyondaki malign hastalıkların dağılımı, belirleyicileri ve sıklığının incelenmesidir. Hastalık yükünü ölçmede, küresel eğilimleri belirlemede, politikalar oluşturmada ve önleyici stratejiler geliştirmede önemli bir rol oynamaktadır (Deo vd., 2021).

Kanser epidemiyolojisi, insidansdaki coğrafi ve zamansal farklılıkları göstermek, insidansı sosyal alışkanlıklar ve çevresel etkenlerle ilişkilendirmek, kanserli ve kansersiz bireyleri karşılaştırmak, şüpheli ajanları ortadan kaldırmak için müdahale etmek ve nicel gözlemler yapmak dahil olmak üzere çeşitli şekillerde bilgiye katkıda bulunmuştur. Risk faktörlerinin belirlenmesine, etiyolojik mekanizmaların anlaşılmasına ve önleyici tedbirler için bilimsel gerekçenin geliştirilmesine yardımcı olmuştur. Uluslararası ve bölgesel olarak kanser insidansı oranlarında ve mortalitede büyük farklılıklar vardır (Moini vd., 2022; Schottenfeld ve Fraumeni, 2006).

Kanser epidemiyolojisi alanında yapılan çalışmalar, hastalığın yayılma şeklini, prognozunu, tanısını ve tedavisini anlamamıza yardımcı olmaktadır. Özellikle hücresel ve moleküler mekanizmaların incelenmesi sayesinde kanser epidemiyolojisi alanında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir (Arslan, 2023). Örneğin, bazı bölgelerdeki kanser vakalarının belirli enfeksiyonlarla ilişkilendirildiği tespit edilmiştir. Bu tür çalışmalar, kanserin önlenmesi ve tedavisinde stratejiler geliştirmek için önemli veriler sağlamaktadır (Saginala vd., 2020).

Kanser epidemiyolojisi hakkında kapsamlı ve doğru bilgi sahibi olmak, bu hastalığın olası nedenleri ve nüfus eğilimleri hakkında temel bilgiler edinmemize ve böylece önleme, tarama ve teşhis için etkili politikalar geliştirmeyi amaçlayan sağlık müdahalelerinin zamanında ve uygun bir şekilde yapılmasına olanak sağlar ve dünya çapında güvenilir sağlık politikaları oluşturmak için gerekmektedir (Deo vd., 2021).



**Şekil 2.2: Dünya genelinde 2022’de en sık görülen kanser türleri (Milyon kişi)**

**Kaynak:** GLOBOCAN, 2024

Kanser, 21. yüzyılda önemli bir toplumsal, halk sağlığını ilgilendiren ve ekonomik bir sorun olup, görülme sıklığı yaşa, ırka, cinsiyete ve coğrafi bölgeye göre değişiklik göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde kadınlarda meme ve kolorektal, erkeklerde ise prostat ve akciğer kanseri görülme sıklığı artmışken, az gelişmiş ülkelerde, kadınlarda meme ve serviks, erkeklerde ise akciğer, karaciğer ve mide kanseri daha sık görülmektedir. Kanser, dünya genelinde neredeyse altı ölümden birine (%16,8) ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin dörtte birine (%22,8) neden olmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar dünya çapında 10 erken ölümden üçünden sorumludur (30-69 yaş arası kişilerde %30,3) ve 183 ülkenin 177'sinde bu yaş grubundaki en yaygın ölüm nedenidir. Kanser nüfustaki üç önde gelen ölüm nedeninden biridir. Kanser, beklenen yaşam süresinin artırılmasının önünde önemli bir engel olmasının yanı sıra, kanser türleri, coğrafya ve cinsiyete göre farklılık gösteren önemli toplumsal ve makroekonomik maliyetlerle de ilişkilendirilmektedir (Bray vd., 2024; Can, 2021).

Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) yayınlamış olduğu 2022 yılı ölüm nedenleri raporunda ölüm nedenleri arasında kanser %15 ile 2. sırada bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) 2022 yılı yayınlamış olduğu Türkiye verileri incelendiğinde; kadınlarda görülen en sık kanser türü sırasıyla, %23,5 meme kanseri, %11,6 tiroit kanseri, %9,3 ile kolorektal kanserdir. Erkeklerde ise %24,9 akciğer kanseri, %13,0 prostat kanseri, %8,8 kolorektal kanserdir. Kanser türlerinde en çok ölüm %29,7 ile akciğer kanseridir. Kanserden ölüm nedenlerinde ülkemizin gelişmiş ülkelere farklı olarak en çok akciğer

kanserinin görülmesinin nedeni tütün kullanımına bağlı artmış akciğer kanserleridir (Can, 2021; Sung vd., 2021; TÜİK 2023).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) bağlı bir kurum olan Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC -The International Agency for Research on Cancer) 2020 yılında yapmış olduğu global kanser gözleminde her iki cinsiyet için insidans hızına bakıldığında sırasıyla akciğer, meme, kolorektal, prostat ve mide kanserleri ilk 5 sırada yer almaktadır (Bray vd., 2024).

**Tablo 2.1: IARC'ın Yayınladığı GLOBOCAN 2022 Verilerine Göre Ülkemizde ve Dünyada Kadın ve Erkeklerde En Sık Görülen İlk Altı Kanser Türünün Dağılımı**

Erkeklerde			Kadınlarda		
Türkiye		Dünya	Türkiye		Dünya
1	Akciğer	Akciğer	1	Meme	Meme
2	Prostat	Prostat	2	Tiroit	Akciğer
3	Kolorektal	Kolorektal	3	Kolorektal	Kolorektal
4	Mide	Mide	4	Rahim	Serviks
5	Mesane	Karaciğer	5	Akciğer	Tiroit
6	Pankreas	Mesane	6	Mide	Rahim

**Kaynak:** GLOBOCAN (Küresel Kanser Gözlem Verisi), 2024

#### 2.4. Kanser Etiyolojisi

Kansere sebep olan ve karsinojen olarak nitelendirilen maddeler deney hayvanlarıyla yapılan çalışmalarda da insan popülasyonlarındaki gibi kanser görülme insidansının epidemiyolojik analizleriyle (örneğin, sigara içenler arasında akciğer kanserinin yüksek oranda görülmesi) tanımlanmıştır. Kötü huylu tümörlerin oluşumu karmaşık ve çok adımlı bir süreç olduğundan, birçok faktör kansere yakalanma olasılığını etkileyebilir ve çoğu kanserin tek bir nedeninden bahsedilmesi aşırı basitleştiricidir. Bununla birlikte kimyasallar, radyasyon ve virüsler de dahil olmak üzere birçok maddenin hem laboratuvar hayvanlarında hem de insanlarda kansere neden olduğu bulunmuştur (Can, 2021).

Kanser etiolojisi çok yönlüdür ve genetik, çevresel ve yaşam tarzı faktörlerini içerir. Proto-onkogenlerdeki genetik mutasyonlar ve tümör baskılayan genler, kimyasal ve fiziksel ajanlara maruz kalma ve HPV ve HBV gibi viral enfeksiyonlar kanser gelişimine katkıda bulunmaktadır. Örneğin göğüs kanseri aile öyküsü, obezite, hormonal etkiler ve yaşam tarzı seçimleri gibi faktörlerden etkilendiği bilinmektedir (Admoun ve Mayrovitz, 2022; Mahmood ve Srivastava, 2022).

**Tablo 2.2: Çeşitli risk faktörleri ve kanser etiolojileri**

<i>Biyolojik faktörler</i>	Yaş, cinsiyet, kalıtsal genetik faktörler
<i>Çevresel faktörler</i>	Radyasyona maruz kalma, ince partiküler madde gibi çevre kirleticiler, mesleki kimyasallara ve radyoaktif maddelere maruz kalma, sigara içme, tütün çiğneme, nitrit veya poliaromatik hidrokarbon içeren gıdalar tüketme gibi yaşam tarzıyla ilgili seçimler.
<i>Bakteriler ve virüsler</i>	Helicobacter pylori (gastrite neden olur), HBV, HCV (hepatite neden olan hepatit virüsü), HPV (rahim ağzı hücrelerini etkileyen insan papilloma virüsü), EBV (Epstein Barr virüsü, boğaz lenfoidinin iltihaplanmasına neden olan herpes virüsü) vb.

**Kaynak:** Mahmood ve Srivastava, 2022

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC, 2023) İnsan Kanserleriyle İlişkili Önlenebilir Maruziyetler adlı çalışmasında insanlara yönelik kanserojen tehlikelerin belirlenmesine ilişkin IARC Monografları yayınlamış ve 4 gruba ayırmıştır. Tablo 2.3 de bu gruplar belirtilmiştir:

**Tablo 2.3: İnsanlara Yönelik Kanserojen Tehlikelerin Belirlenmesine İlişkin IARC Monografları**

Grup 1	İnsanlar için kanserojen	128 temsilci
Grup 2A	Muhtemelen insanlar için kanserojendir	95 temsilci
Grup 2B	İnsanlar için muhtemelen kanserojen	323 temsilci
Grup 3	İnsanlar için kanserojenlik açısından sınıflandırılmaz	500 temsilci

**Kaynak:** IARC, 2023

IARC sınıflandırması, farklı maddelerin kansere neden olma risklerini belirlemek için kullanılan bir sistemdir. Bu sınıflandırma, halk sağlığını korumak için hükümetlerin ve sağlık kuruluşlarının kansere neden olabilecek maddelere maruziyeti azaltması amacıyla düzenlemeler yapmasına yardımcı olur. Örneğin, Grup 1'deki maddelerin kullanımını sıkı şekilde denetlenebilir veya yasaklanabilir (IARC, 2023).

#### **2.4. Kanser Tedavi Yöntemleri**

Kanserin birçok tedavisi bulunmaktadır. Bilim insanları kanserin moleküler mekanizmaları ve nasıl tedavi edileceği hakkında daha fazla şey öğrendikçe kanser tedavisi de zaman içinde değişmiştir. Eski Mısır'da kanser tedavisi olarak, tümör çıkarma ameliyatları kaydedilmiş ve hakkında yazılar yazılmıştır. 20. yüzyılda kemoterapi ve immünoterapi gibi yeni ilaçlar üretilmiştir (Fischer, 2022).

Kanser tedavisi genellikle cerrahi, radyasyon tedavisi, kemoterapi ve immünoterapi dahil olmak üzere yaklaşımların bir kombinasyonunu içermektedir. Kanser hastasının alacağı tedavi türü veya türleri, sahip olduğu kanser türüne, yerleşimine, hastanın yaşına, genel durumuna ve ne kadar ilerlemiş olduğuna bağlı olacaktır. Bazı kanser hastalarının sadece bir tedavi almaları yeterliyken, bazı kanser hastalarının da ameliyat, kemoterapi ve radyasyon tedavisi gibi bir tedavi kombinasyonuna ihtiyaç duymaktadır. Örneğin, genel durumu iyi ve tümörü lokalize olan hastalarda ilk seçenek genellikle cerrahi tedavi olacaktır. Hastanın gereksinimine göre takiben kemoterapi, hormonoterapi ve/veya radyoterapi verilebilmektedir. Fakat yaygın metastaz yapmış kanser hücrelerinde ilk tedavi yöntemi olarak kemoterapi, hormonoterapi tercih edilebilmektedir (Can, 2021).

Günümüzde kanser tedavisi için kullanılan yedi tedavi yöntemi vardır. Bu tedaviler cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, immunoterapi, hormonoterapi, hedef terapisi ve kök hücre terapisi. En sık tercih edilen tedaviler cerrahi, kemoterapi ve radyoterapidir (Hosick vd., 2023).

##### **2.4.1. Cerrahi tedavi**

Birkaç yüz yıl öncesine dayanan en eski tedavi, tümörlerin cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Bu yöntem, metastaz öncesi erken bir aşamada uygulandığında oldukça başarılı olabilir. Bazı kanserler için (deri kanseri gibi) ameliyat diğerlerine (ulaşılması ve çıkarılması zor olabilen beyin kanseri gibi) göre çok daha kolay ve daha az

tehlikelidir. Yaygın olarak görülen kan ve lenf kanserleri için cerrahi bir seçenek değildir (Hosick vd., 2023).

#### **2.4.2. Radyoterapi**

Tümörler için ikinci en yaygın kanser tedavisi türü radyasyon tedavisi veya radyoterapidir. Tercih edilen radyasyon, modern ekipman kullanılarak çok yüksek dozlarda vücuda nüfuz ederek bir tümöre ulaşabilen X ışınlarıdır. X ışınları belirli bir küçük alana odaklanabilir veya metastaz yapmış kanser durumunda tüm vücuda uygulanabilir. Bu sayede sağlıklı vücut dokularına minimum zarar verilmiş olur. Terapötik radyasyon, genleri fiziksel olarak parçalanacak ve işlevsiz hale getirecek kadar hasara uğratmaktadır ve hedef hücrenin ömrünü sona erdirmektedir. Radyasyon tedavisi ayrıca kansere bağlı semptomların palyatif tedavisi amacıyla da uygulanabilmektedir. Birincil, palyatif, kombine ve adjuvan tedavi gibi farklı amaçlar içinde kullanılmaktadır (Can, 2021).

#### **2.4.3. İmmünoterapi**

İmmünoterapi, hastanın kendi immün sisteminde belirli kısımları kullanılarak kanserle mücadele edilmesini sağlayan güncel bir tedavi yaklaşımıdır. İmmünoterapide amaç, hastanın kendi bağışıklık sistemine ait hücrelerin, kanserli hücreleri doğrudan hedef alarak bu hücreleri yok etmesini sağlamaktır. İmmünoterapiler bazı kanser türlerinde kemoterapiye kıyasla sağ kalımı arttırdıkları bulunmuştur (Polat Dünya ve Can, 2020).

Bağışıklık sistemindeki bozukluklar kanser hücrelerinin öldürememesine, kontrolsüz çoğalmasına, yayılmasına ve ölmesine neden olur. Tarihte ilk immünoterapi girişimleri 18. yy.'da ortaya çıkmıştır. 1866'da Wilhelm Busch tümörlü cildin üzerinde streptokok etkenli enfeksiyon geliştiğinde tümörlerin boyutunun küçüldüğünü gözlemlemiş ve kanser hastalarında enfeksiyon oluşturarak tümör tedavisini denemiştir. 1891 yılında Coley bakterilerden aşı elde etmiş, elde ettiği aşığı tümör içine uygulayarak yumuşak doku tümörünü tedavi etmiştir. Böylelikle immünoterapi (kanser aşısı) ortaya çıkmıştır. İmmün yanıtın gelişimi antijen sunumuyla başlayan bir süreçtir. Edinsel immüniteyi aktive etmek veya var olan yanıtı güçlendirmek için kanser aşılı kullanılmaktadır (Salman ve Dinçkal, 2022).

#### **2.4.4. Hormonoterapi**

Hormonoterapi kanser hücrelerindeki hormon reseptörlerini hedeflemek için antiöstrojen, aromataz kısıtlayıcıları, antiandrojenler ve luteinize edici hormon salgılayan hormon agonistleri gibi hormonların kullanılmasını içermektedir. Hormonoterapi, östrojen ve androjen reseptörlerini hedefleyerek, tümör büyümesini ve ilerlemesini etkileyerek kanseri tedavi etmektedir. Hormonoterapi meme kanseri ve prostat kanseri gibi hormona bağımlı kanserlerin tedavisinde çok önemli bir rol oynamaktadır. Hormon tedavisinde kullanılan ilaçlar hormonların hücre yüzeyindeki reseptörlere bağlanmasını ya da hormon üretimini engeller (Abduloeva vd., 2023; Tariq vd., 2023).

#### **2.4.5. Hedef terapi**

Kanser için hedefli tedavi, kanser hücrelerindeki benzersiz moleküler veya genetik değişikliklere odaklanarak, kanser hücrelerini hedef alarak sağlıklı hücelere verilen zararı en aza indirmeyi amaçlayan kişiselleştirilmiş bir yaklaşımdır (Cai, 2023; Saeed vd., 2023). Bu yöntem, derin moleküler analize dayalı bireyselleştirilmiş tedavilere geçerek, tümörün spesifik moleküler değişiklikleri tarafından yönlendirilen özel tedaviler sağlayarak onkolojide önemli ilerlemeler göstermiştir (Saeed vd., 2023; Tilak, Patel ve Kapoor, 2023).

Hedefe yönelik terapi ve kişiselleştirilmiş tıp, kanser araştırmalarında umut verici alanlardır ve daha iyi hasta sonuçları potansiyeli ile daha etkili ve kesin tedavi seçenekleri sunar (Mishra ve Bassi, 2023).

#### **2.4.6. Kök hücre tedavisi**

Kök hücre tedavileri, allojenik, otolog ve sinjeneik transplantasyon olmak üzere üç temel tipe ayrılır. Allojenik transplantasyonda, bir başka kişiden alınan kök hücreler kullanılırken, otolog transplantasyonda hastanın kendi kök hücreleri kullanılır. Sinjeneik transplantasyonda ise verici ve alıcı aynı genetik soydan gelirler. Kök hücre nakli, belirli kanserleri, kan bozukluklarını ve otoimmün hastalıkları tedavi etmek için kullanılan yüksek doz kemoterapi veya radyasyon terapisi nedeniyle yok edilen kişilerde kan oluşturan kök hücreleri geri kazanmaya yönelik bir prosedürdür. Kök hücre tedavisi, özellikle lösemi, lenfoma, multipl miyelom, testis ve meme kanserlerinin tedavisinde başarıyla kullanılmaktadır. Bu tedaviler genellikle hastalara radyo ve/veya kemoterapi uygulanarak desteklenir ve hastanın bağışıklık sistemine

karşı tepkisini azaltmak için güçlü ilaçlar kullanılabilir. Otolog transplantasyonlar, hastanın kendi kök hücrelerinin kullanılmasıyla gerçekleştirilir ve genellikle daha hızlı bir iyileşme süreci sağlar (Baykara, 2016; National Cancer Institute, 2023; Quazi, 2023).

#### **2.4.7. Kemoterapi tedavisi**

Kemoterapi kanser hücrelerine karşı selektif etkisi olan, biyolojik bileşenlerin, kimyasalların ve hormonların tedavisidir. Tedavide ana amaç geride sekel kalmayacak şekilde tedavi ve kaliteli yaşamdır (Kurt, 2020, Pekmezci vd., 2022).

Tedavi, kontrol, semptomları hafifletmek ve profilaksi olmak üzere, kemoterapinin dört temel ilkesi bulunmaktadır. Ayrıca kemoterapi genelde üç klinik şekilde uygulanmaktadır. Bunlar primer indüksiyon tedavi, neoadjuvan tedavi ve adjuvan tedavidir. İleri evre kanserlerde veya etkili bir tedavi yaklaşımı olmayan kanserler için primer indüksiyon tedavisi kullanılmaktadır. Bu yöntemde temel amaç kanser ilişkili semptomların iyileştirilmesini sağlayarak hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir. Primerde lokalize olan, mesane, larenks, özofagus ve ilerlemiş küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinde cerrahi veya radyoterapinin etkili olmadığı durumlarda neoadjuvan kemoterapi uygulanmaktadır. Cerrahi müdahale sonrasında nüksetme insidansını azaltmak için tüm kanser hücrelerinin yok edildiğinden emin olmak amacıyla adjuvan tedavi kullanılmaktadır. Bu kemoterapi tedavileri; intravenöz, intraarteriyel, intratekal, intraplevral, intraperitoneal ve oral yol olmak üzere 6 farklı yollardan uygulanabilmektedir (Kurt, 2020).

Kemoterapi hastanın genel durumuna, kanserin türüne ve tedaviye verilen cevaba bağlı olarak belirli gün aralıklarla uygulanmaktadır. Hastaya uygulanan kemoterapik ajanlar, hızlı çoğalan hücrelere özgülleştiklerinden dolayı, kanserli hücrelerle birlikte kemik iliği, mukoza ve saç gibi hızlı çoğalan normal vücut hücrelerini de etkileyerek saç dökülmesi, enfeksiyon, yorgunluk, kanama, diyare gibi farklı istenmeyen etkilerinde görülmesine neden olmaktadır (Can, 2021).

#### **2.5. Güçlendirme Kavramı**

Güçlendirme, başkalarının bireysel hedefler belirleme ve bunlara ulaşma becerilerini ve etkinliklerini oluşturmak, geliştirmek ve artırmak için uygun araçları, kaynakları ve ortamı sağlamaya yönelik kişiler arası bir süreçtir. Güçlendirme bir süreç ya da sonuç olarak değerlendirilmektedir (Lean vd., 2019)

Güçlendirme, bireylerin kontrol ve bağımsızlık duygusunu geliştirmek için dinamik bir gücü paylaşma ve karşılıklı ilişkiler kurma sürecini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Ortaklığı, karşılıklı karar verme, kaynak tanımlama, hedef belirleme, açık iletişim ve seçim özgürlüğünü vurgulayan hem güçlendirici hem de yetkilendirilmiş olanla ilgili nitelikleri kapsar. Güçlendirmenin öncülleri arasında saygı, güven, eğitim, kişilerarası beceriler ve paylaşılan vizyonlar yer alırken, sonuçları gelişmiş benlik saygısı, hedefe ulaşma, gelişmiş problem çözme yetenekleri ve artan özerklik içerir. Güçlendirme, hemşirelik, yönetim ve toplum gelişimi gibi çeşitli alanlarda çok önemlidir ve ilkelerini, faydalarını tam olarak benimsemek için bir paradigma değişikliği gerektirir. Hayatının denetiminin kendisinin elinde olduğu inancını ve güç hissini geliştirmesine yardımcı olmak, uzmanları problem çözümünde bir eş veya ortak olarak görmelerini sağlamak, güç yapısını karmaşık ve kısmen etkiye açık olarak görmelerini sağlamak hastanın güçlendirilmesinin amaçlarındandır (Erbay, 2019; Kayım, 2021, Lean vd., 2019; Pekonen vd., 2020).

### **2.5.1. Hasta Güçlendirme Kavramı**

Hasta güçlendirme, kronik hastalık bakımında giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinde hasta merkezli bir bakış açısının temel prensibidir ve hastaların kendi sağlıklarına daha fazla katılımını teşvik etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hasta güçlendirmeyi sağlıkla ilgili kararlar ve eylemler üzerinde daha fazla kontrol sağlayan bir süreç olarak tanımlar. Bu süreç, bireylerin becerilerini geliştirmelerini, bilgiye ve kaynaklara erişimlerini artırmalarını ve sağlık üzerinde etkili olmalarını gerektirir (Kim vd., 2023).

Hasta güçlendirme, öz yeterlik ve hasta aktivasyonu gibi diğer kavramlarla birbirinin yerine kullanılmaktadır. Öz yeterlik, kişinin belirli bir görevi başarma yeteneğini, hasta aktivasyonu ise kişinin hastalığını yönetme, sağlık hizmeti sağlayıcısıyla iş birliği yapma, sağlık işlevselliğini sürdürme ve uygun bakıma erişme yeteneğini ifade eder. Pratikte, öz yeterlik, hasta aktivasyonu ve diğer kavramların hasta güçlendirmeyi ölçmek için kullanılması, hasta güçlendirmeyi yüksek kalitede ölçüm araçlarının eksikliğinin veya bu komşu kavramların hasta güçlendirmeden nasıl farklılaştığının anlaşılmasının sonucu olabilir. Hasta güçlendirme, sadece sağlığı ve yaşam kalitesini iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda sosyal ve sağlık hizmetlerini iyileştirir, politika önceliklendirmesini iyileştirir ve maliyet etkinliğini azaltır. Hasta güçlendirme

aynı zamanda sağlık hizmeti sağlayıcısıyla işbirlikçi ve eřit bir ilişki ile ilişkilidir (Acuña Mora vd., 2022; Pekonen vd., 2020).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), hastaların bakıma katılmalarını güçlü bir şekilde savunmaktadır ve çeşitli bakım modelleri, bu amacı gerçekleştirmek için hasta güçlendirmeyi bir yol olarak benimsemiştir. Hasta güçlendirme, kronik hastalıklara sahip bireylerin sağlığını iyileştirme yönünde çalışmak için önemli bir yapı olarak belirtilmektedir. Çünkü hastalar bakım sürecine daha çok katılmakta, daha bağımsız duruma gelmekte ve karar verme aşamalarında etkin rol üstlenmektedirler. Hasta güçlendirme, küresel sağlıkta önemli bir rol oynamaktadır ve bireyleri güçlendirme stratejilerinin uluslararası düzeyde ne ölçüde başvurduğu, ülkenin sahip olduğu kaynaklarına ve sağlık sistemine bağıntılı olarak değişebilmektedir. Kanıtlar, yüksek gelirli ülkelerin, özellikle de Avrupa ülkelerinin bu alanda başı çektiğini göstermektedir (Acuña Mora vd., 2022).

Hasta güçlendirme stratejileri, hastaların sağlık hizmetlerine daha aktif katılımını teşvik etmek ve sorumluluk almalarını sağlamak amacıyla kullanılmıştır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin maliyet-etkinliğini artırabilirler. Bu süreç hastaların kendi ihtiyaçlarına ilişkin beceri, bilgi ve farkındalık geliştirmelerine yardımcı olur. Hastalar, kendi hedeflerini belirleme, tıbbi tedavilerinin sorumluluğunu alma ve özerkliklerini artırma konularında desteklenirler. Bu da problem çözmeye yeteneklerinin gelişmesine, sağlık profesyonelleriyle daha sağlıklı iletişim kurmalarına ve sağlığı iyileştirici faaliyetlere katılmalarına olanak tanır (Kim vd., 2023; Yılmaz vd., 2020).

Hastanın güçlendirilmesi, hasta eğitimini, tedavi süreçlerinde sorumluluk almasını ve sağlık hizmetlerine etkin katılımını içerir. Bu süreç, hastaların sağlık okuryazarlığını artırır, kontrol ve iletişim becerilerini geliştirir. Hasta güçlendirme aynı zamanda hastaların hastalıklarıyla başa çıkma becerilerini ve öz yeterliliklerini artırır. Böylece hastalar hastalık süreçlerini daha etkili bir şekilde yönetmeyi öğrenirler (Yılmaz vd., 2020).

Hasta güçlendirme ayrıca sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisini azaltır ve hastaların sağlık personeline ve kurumlara olan bağımlılığını azaltır. Bu da sağlık hizmetlerinden memnuniyeti artırır, bekleme sürelerini azaltır ve sağlık personeline duyulan saygıyı artırır. Ayrıca, maliyeti ve tasarrufu sağlamaktadır (Özmen ve Kocakaya, 2024).

Hasta güçlendirme, kronik hastalıklarla yaşayan bireyler üzerinde çalışılan bir konudur ve bu stratejilerin yaşam kalitesini artırıcı etkileri olduğu gözlemlenmiştir. Ancak, ulusal düzeyde hasta güçlendirme konusunda yapılan araştırmaların yetersiz olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle, daha fazla çalışma yapılması ve hasta güçlendirme stratejilerinin daha geniş bir şekilde benimsenmesi gerekmektedir (Özmen ve Kocakaya, 2024; Yılmaz vd., 2020).

## **2.6. Semptom Kavramı**

Semptomlar, bireyin fiziksel veya zihinsel olarak yaşadığı belirtilerdir ve genellikle hastalığın veya yaralanmanın işaretleridir. Bu semptomlar, yorgunluk, ağrı, kilo değişiklikleri, bitkinlik, kaygı, ateş ve uykusuzluk gibi çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir. Semptomların ciddiyeti ve karmaşıklığı, bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal işlevselliğini etkileyebilir. Semptomların önemi, hastalıkların tanımlanması ve tedavi planlarının oluşturulmasında kritik bir rol oynar (Tanrıkut ve Ayşegül, 2023).

Sağlık hizmetlerinde, semptomlar genellikle hastaların tıbbi yardım almalarını gerektiren anormal fiziksel, duygusal veya bilişsel durumların belirtileri olarak kabul edilir. Bu nedenle, semptomların değerlendirilmesi, hasta-hekim etkileşimlerinde önemli bir yer tutar ve doğru tanı ve tedavi için rehberlik sağlar. Araştırmalar, semptomların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu ve belirli semptomların algılanan sağlık durumu, yaşam kalitesi ve işlevsellik üzerinde farklı etkilere sahip olduğunu göstermektedir (Tanrıkut ve Ayşegül, 2023; Kurnat-Thoma vd., 2022)

Semptomlar, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında değişiklikler yaratan öznel deneyimlerdir. Ağrı, yorgunluk, bulantı, kusma, ateş ve ishal gibi semptomlar geniş bir yelpazede bulunur ve tıbbi süreçlerde yönetilmesi gereken önemli bir sorun alanı oluşturur. Özellikle kronik hastalıkların yönetiminde, semptomların etkileri daha da belirgindir; onkoloji, palyatif bakım, HIV/AIDS ve MS gibi durumlarda semptomlar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir (Karataş vd., 2022).

Sonuç olarak, semptomlar bireyin genel refahını etkileyen önemli göstergelerdir ve doğru yönetilmeleri, hastaların yaşam kalitesini artırmak için temel bir adım olacaktır.

## **2.7 Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Yaşanan Semptomlar**

Kemoterapinin sistemik yan etkileri her birey için farklılık gösterir ve hastanın aldığı ilaç veya ilaç kombinasyonundan etkilenir. Kemoterapi uygulamasının temel ön koşulu, tedaviye uygunluğu tespit etmek için hastanın kapsamlı değerlendirmesinden geçirilmesidir. Değerlendirme aynı zamanda tedaviye verilen yanıtın belirlenmesine ve toksisiteye bağlı olarak ilaç dozunun düzenlenmesine olanak tanır (Kurnat-Thoma vd., 2022).

Kemoterapi semptom değerlendirmesi, kemoterapi alırken hastanın yaşadığı semptomların raporlanmasının doğruluğunu artırabilir ve bu da sunulan hemşirelik ve tıbbi müdahaleler üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilir. Bu tür araçlar esasen kemoterapi sonrası semptomların hasta tarafından tutulan bir kayıttır ve semptomların hastanın günlük yaşamını ne ölçüde etkilediğini yansıtır. Hasta her kemoterapi döngüsünde bir kayıt oluşturur ve bu bilgiler bireysel ihtiyaçlarına uygun müdahaleleri planlamak için kullanılır. Hastalar kemoterapi tedavileriyle ilgili bilgilerin yanı sıra olası yan etkiler ve bunların nasıl yönetileceğine ilişkin bilgilere de ihtiyaç duyarlar (Tarakçıoğlu Çelik, 2016)

### **2.7.1. Yorgunluk / Halsizlik**

Yorgunluk, insanların yaşamları sürecinde deneyimledikleri birden fazla duyguyu içerir. Hastalarda ağrı, anemi, emosyonel bozuklukların getirdiği uyku problemleri, inaktivite, ilaçlar, beslenmede yetersizlik ve diğer eşlik eden durumlar yorgunluğa neden olabilir. Bu durum, hastaların fonksiyonel durumunu, sosyalleşmeyi ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkiler. Hatta çalışmalarda yorgunluğun günlük yaşam aktivitelerini ağrıya kıyasla daha fazla etkilediği bildirilmiştir. Kansere ilgili olan yorgunluğu hastalar bitkin, halsiz, tükenmiş, aktivite esnasında çabuk yorulma, ağırlaşmak, enerji yetersizliği ya da yokluğu, uyuşukluk ve benzeri sözcüklerle tanımlayabilirler. Bu semptom, çok yönlü, subjektif ve yönetimi zor olan bir niteliğe sahiptir (Yıldırım ve Ünver, 2023).

Kanserin türü, evresi, tanı süresi, kanser tedavisi, ağrı, iştahsızlık, bulantı-kusma, yetersiz beslenme, uyku bozuklukları, anemi, hipoksemi, enfeksiyonlar ve diğer kronik rahatsızlıkların kanser hastalarında görülen yorgunluğun nedeni olabileceği belirtilmektedir. Etkin bir biçimde yönetilmeyen yorgunluk, zaman içerisinde genel güçsüzlüğe, konsantre olma güçlüğüne veya dikkatin hızlı dağılmasına, günlük yaşam

aktivitelerine olan ilgi ve motivasyonun azalmasına, uyku sorunlarına, başa çıkma yeteneğinin kaybına, hayal kırıklığı ve huzursuzluk gibi duygusal tepkilere neden olabilir. Kanser kaynaklı yorgunluk, ek sorunlara yol açarak bireyler üzerinde birçok yıkıcı fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik etkiye yol açabilir. Bu sorunlar aile ve çevre ile ilişkilerin bozulması, cinsel yaşamda güçlükler, günlük yaşam aktivitelerinde fonksiyonel kapasitenin azalması nedeniyle başkalarına bağımlı hale gelme, kaygı ve depresyon gibi durumları içerir (Izgu ve Gök Metin, 2020).

### **2.7.2. Bulantı-kusma**

Bulantı ve kusma kanserli hastalar arasında önemli semptomlar arasındadır. Kanser veya tedavisinden kaynaklı olarak hastaların %30-80'inde görülen bir problemdir. Bulantı-kusmanın yönetiminde amaç bulantı ve kusmanın gerçekleşmeden engellenmesi olmalıdır. Bulantı ve kusmayı yönetmek amacıyla hasta ve ailesinin eğitimi, diyet değişiklikleri, yoga, akupunktur, dikkati farklı yöne çekme, gevşeme teknikleri, düşünme, davranışçı bilişsel terapiler gibi kullanılan teknikler farmakolojik olmayan stratejilerdendir (Erdoğan Yüce ve Muz, 2020; Ovayolu ve Güzel, 2022).

Bulantı ve kusma genellikle tedavi sürecini kesintiye uğratmasa da hastanın yaşadığı rahatsızlık nedeniyle yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli semptomlar arasında yer alır. Bulantı ve kusmaya bağlı olarak gelişebilecek dehidratasyon, malnütrisyon, elektrolit dengesizlikleri (özellikle asit-baz dengesi), aspirasyon pnömonisi, özofageal ve mukozal yırtılmalar gibi patolojik komplikasyonlar, hastanın yaşam kalitesini ciddi şekilde düşürür. Eğer ilk kürlerde uygun semptom yönetimi yapılmadıysa, kemoterapinin devam eden kürlerinde de bulantı ve kusma direnci artabilir. Bu sebeplerle, kemoterapi sırasında ortaya çıkan bulantı ve kusmanın etkin yönetimi, hastaların yaşam kalitesini artırmak ve tedaviye uyumu sağlamak açısından büyük önem taşır. Bu kapsamda, multidisipliner bir yaklaşımla semptom yönetimi stratejileri geliştirilmelidir (Erdoğan Yüce ve Muz, 2020; Kutlutürkan ve Uyvarlıoğlu, 2021).

### **2.7.3. Alopesi**

Birçok kanser tedavisinde saç dökülmesi meydana gelebilmektedir. Alopesi insidansı kanser tedavisi alan bireylerde son derece yüksektir ve bu durum derin bir probleme neden olabilmektedir. Alopesi depresyon, anksiyete, beden imajında bozulma, azalmış iyilik hali ve düşük benlik saygısı ile sonuçlanabilmektedir. Hatta bazı hastalar saç dökülmesinden korktukları için kanser tedavisini reddedebilmektedirler. Kemoterapi

alan hastaların %65'inden fazlası, alopesinin herhangi bir derecesine maruz kalmaktadır. İnsidans ve şiddet, ilacın etki mekanizması, uygulama yolu, ilaç dozu, serum yarı ömrü, süre, hastanın tepkisi, kombinasyon kemoterapisi kullanımı ve tedavi öncesi saç durumu gibi çeşitli faktörlere bağlı değişmektedir. Hastanın beden imajını olumsuz etkileyen bir semptomdur (Kutlutürkan ve Uyvarlıoğlu, 2021; Portz, 2017).

Alopesi başlangıcının zamanlaması, etki mekanizmasına ve terapötik ajanların dozajına ve kombinasyonuna bağlı olarak değişebilir. Genelde, kemoterapi uygulamasından sonrası alopesi 2-3. haftalarda başlar ve tedavinin bitiminden 1-3 ay içinde kıllar tekrar büyümeye başlar. Tam normalleşme genellikle 6-12 ay içinde gerçekleşir. Bununla birlikte, dinamik veya metronomik kemoterapi ile saç dökülmesi daha yavaş ve daha hafif olabilir. Yüksek doz kemoterapi uygulamalarında, özellikle hematopoietik hücre transplantasyonunda, genellikle hızlı ve tam alopesi gelişir. Bu durum spesifik olarak erkeklerde, oksipital ve frontal alanlar gibi düşük saç yoğunluğuna sahip bölgelerde daha belirgindir. Alopesi gelişme riski, kullanılan kemoterapi ajanları arasında önemli ölçüde farklılık gösterebilir. Özellikle yüksek dozlar, intravenöz uygulamalar ve birden fazla ajanın kombinasyonundan oluşan kemoterapi rejimlerinde risk artabilir (Demir ve Barutca, 2021).

#### **2.7.4. Ağrı**

Kanser hastalarında ağrı, kanser ve tedaviyle ilişkili en sık gözlenen ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir semptomdur. Ağrı, ileri ve terminal dönemdeki kanser hastalarının %70'inden fazlasında görülmektedir ve kontrol edilmemiş kuvvetli ağrı, acil hizmetlere ve agresif tedaviye gereksinimi arttırmaktadır. Etkin ağrı tedavisinin uygulanmasının önündeki engeller, narkotik bağımlılığıyla ilgili çekinceler, tedavi konusundaki bilgi eksikliği, şikayetlerinin gizleyen hastalar, semptom kontrolünü konusunda yeterince önem verilmemesidir (Ovayolu ve Güzel 2022).

Ağrının prevalansını belirlemede kanserin tipi önemli bir faktör olmaktadır. Örneğin baş-boyun kanseri olan hastalar, diğer kanserli hastalara göre en yüksek ağrı prevalansına sahiplerdir. Ayrıca genç hastalar, yaşlı hastalara göre daha çok ağrı ve alevlenme dönemi yaşamaktadır. Hastalık sürecine bağlı olan ağrı genellikle tümörün neden olduğu sinir basısına, lokal inflamasyona, kemik metastazına, tromboflebite

bağlı gelişebilmektedir. Ayrıca kanser tanı ve tedavi yöntemleri de ağrıya eşlik eden ayrı bir vakadır (Urvaylıoğlu, 2020).

Ağrının subjektif bir kavram olması nedeniyle, değerlendirilirken ağrının karakteristik özellikleri dikkate alınmalıdır. Bu özellikler, ağrının şiddeti, niteliği, yayılımı, tedaviye yanıtı, artıran ve azaltan faktörler ile eşlik eden semptomları içerir. Kapsamlı bir öykü almak, tedavinin şekillenmesine ve hastanın maksimum fayda sağlamasına yardımcı olur. Ağrı değerlendirmesinde hastanın ifadesine ve anlatımına önem verilmeli ve hastanın söylediklerine güvenilmelidir. Ayrıca, değerlendirme için uygun olan ölçek, tüm sağlık ekibi tarafından aynı şekilde kullanılmalıdır. Bu, farklı yorumların önlenmesine yardımcı olur (Ovayolu ve Güzel 2022).

#### **2.7.5. İştahsızlık ve kilo kaybı**

Normal vücut ağırlığının %10'undan fazlasının kaybı şeklinde tanımlanan istemsiz kilo kaybı, kronik hastalıkta kötü gidişatın bir göstergesidir. Özellikle kanser hastalarında sıklıkla görülen bu semptom tümörün sebep olduğu metabolik değişimlerle ilgili olabileceğinin yanı sıra bulantı-kusma, ağrı, yutma güçlüğü, depresyon, ağız tadında ve koku almada bozulma gibi faktörler nedeni ile de gelişebilmektedir (Özkan Tuncay, 2020).

Kaşeksi, iskelet kası kaybına bağlı olarak gelişen patolojik ağırlık kaybıyla karakterize edilen karmaşık bir sendromdur. Bu durum, artan enerji harcaması, aşırı katabolizma ve inflamasyon gibi metabolik değişkenlerle ilişkilidir. Anoreksiya, asteni, sarkopeni ve anemi, kaşeksinin klinik belirtileri arasındadır ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Kaşeksi, kanser türüne bağlı olarak hastaların büyük bir kısmını etkiler ve ölüm nedeni olabilir. Mide ve pankreas kanserlerinde özellikle ileri evrelerde sık görülür. Organlardaki metabolik değişiklikler, tümör ve bağışıklık sisteminin yanıtıyla ilişkilidir ve kaşeksinin ilerlemesinde önemli bir rol oynar. Bu metabolik değişiklikler, iskelet kası ve yağ dokusu kaybına neden olabilmektedir (Mısırlıoğlu ve Köse, 2023).

Kanser tedavisi için kullanılan kemoterapinin yan etkilerinden bazıları tat ve koku algılama bozukluğu, ağız içi iltihabı, bulantı, kusma, konstipasyon ve diyare gibi durumları ortaya çıkarabilir. Yan etkilerin yönetimi, hastaların yaşam kalitesini artırmak için önemlidir ve uygun destekleyici tedavilerle ve ilaçlarla kontrol altına alınabilmektedir (Uysal ve Akbörü, 2021).

### **2.7.6. Diyare**

Diyare, kanser hastalarının yaşam kalitesini düşüren, günlük yaşamını zorlaştıran ve yaşamını tehdit edici boyutlara gelebilen bir durumdur. Diğer bir yandan diyare, birçok kemoterapotik ajanın geliştirdiği ortak yan etkidir. Kemoterapi alan hastalarda diyarenin prevalansı, %20-80 arasında değişmektedir. Çoğu kemoterapotik ajanlar hafif düzeyde diyareye sebep olurken, bazı durumlarda doz sınırlayıcı hatta yaşamı tehdit edici olabilmektedir. Kanser hastalarında radyoterapi, enflamatuvar bağırsak hastalıkları, enfeksiyonlar, cerrahi girişimler, laktoz intoleransı, ilaçlar, ileri yaş, anksiyete ve stres gibi faktörler de diyareye neden olabilmektedir (Ovayolu ve Güzel 2022; Yıldız, 2020).

Diyare yaşayan hastalarda tekrarlayan veya büyük sıvı kayıpları önemlidir. Genellikle berrak sıvı tüketiminin artırılması yeterli olabilir, ancak bazı durumlarda serumla sıvı ve elektrolit takviyesi veya ileri tetkikler gerekebilir. Diyarenin görülme sıklığı ve şiddeti, tedavi rejimi ve ilaç dozlarına bağlıdır (Özdoğan, 2020)

### **2.7.7. Konstipasyon**

Kanserli bireylerin %54'ünün tedavi aldıkları herhangi bir dönem de konstipasyon yaşadıkları bildirilmiştir. Organik bir olay yoksa semptomatik tedavi uygulanır. Opioid kullanan hastalarda meydana gelen konstipasyon durumlarında ise profilaktik olarak stimülanlar veya gaita yumuşatıcıların verilmesi uygun olabilir (Yıldız, 2020).

Konstipasyonun etkileri kişiden kişiye değişmekle birlikte, genellikle gaz, karın ağrısı, rektal ağrı, şişkinlik gibi fiziksel belirtilere yol açar. Bu durum, çoğu hasta için rahatsız edici bir sorundur ve tanı ve tedavi genellikle zor olabilir. Tedavi edilmediğinde veya gözden kaçırıldığında, bulantı-kusma, bağırsak tıkanıklığı/perforasyonu gibi ikincil semptomlara neden olabilir ve hayati riskler taşıyabilir. Özellikle kanser hastalarında, konstipasyon anksiyete, depresyon ve diğer psikolojik semptomlara yol açabilir (Pehlivan vd., 2022).

Konstipasyon, kemoterapiye bağlı olabileceği gibi fiziksel aktivitenin azalması, opioidler, antikolinerjik ilaçlar, beslenme yetersizliği, kalsiyum kanal blokerleri, dehidratasyon, gastrointestinal motilite azalması, fekal inkontinans, metabolik dengesizlikler ve ileus sonucu ortaya çıkabilir. Konstipasyon, uygun şekilde yönetilmediğinde, dışkılama sırasında sertlik ve aşırı zorlanma ile anksiyete ve rahatsızlık hissi, rektal ve karın ağrısına neden olabilir. Ayrıca, organ prolapsusu,

hemoroidler, anal fissür, fekal tıkanıklık, bağırsak tıkanması ve bağırsak delinmesi gibi durumlar, hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen diğer komplikasyonlara yol açabilir (Öztürk vd., 2020).

### **2.7.8. Oral mukozit**

Oral mukozit, ağız mukoza bariyerinde bozulma, inflamatuvar ve/veya ülserli lezyonları, oral mukoza epitel hücrelerde zayıflık, ödem, eritem, kanama, ülserasyonlar, ses kısıklığı, çiğneme, konuşma ve yutma güçlüğü ile karakterize çok aşamalı bir süreçtir. Mukozitin en sık belirtilen yan etkisi ağrıdır ve bu durum opioid analjezik kullanma ve beslenme sorunları gibi gerekçelerle nazogastrik sonda veya total parenteral beslenme kullanım olasılığını arttırabilir. Genellikle baş boyun kanserli hastalarda sık rastlanmaktadır (Ovayolu ve Güzel 2022).

Ağrı, ağızda kuruluk, yanma ve kızarıklıkla başlayan bu sorun, tedavi edilmediği takdirde hastanın yaşam kalitesini bozabilir, sepsise bağlı mortalitenin artmasına, fırsatçı enfeksiyon gelişmesine, hastanede yatma süresinin uzamasına, tedavi dozunun azaltılmasına, tedaviye ara verilmesine ve tedavi maliyetinin artmasına neden olabilir (Kırca, 2020).

### **2.7.9. Depresyon-Anksiyete**

Dünya genelinde görülme insidansı %0,9-%29 arasında değişmektedir. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklere oranla iki kat fazladır (Ok, 2023). Kanser hastalarında majör depresyon sık görülen bir psikopatolojidir ve tümör çeşidine bağlı olarak hastanın sağkalımı ile ilişkilidir. Depresyon belirtileri arasında mutsuzluk, hüznün, ilgi kaybı, konsantrasyon güçlüğü, uyku sorunları ve öz kırım düşünceleri bulunur. Geçmiş ve geleceğe dair karamsar düşünceler yaygındır ve bu durum hastanın işlevselliğini olumsuz etkileyebilir. Depresyon ile kanser birlikteliği ölüm riskini artırabilir. Risk faktörleri arasında psikiyatrik öykü, duygusal stres, sosyal destek eksikliği ve fiziksel şartlar yer alır. Depresyon tedavi edilmelidir ve tedavi seçenekleri farmakolojik, psikososyal ve alternatif yöntemleri içerir (Şahin vd., 2020).

Anksiyetenin klinik belirtileri kişiden kişiye değişebilir ve kas gerginliği, baş ağrısı, dikkat eksikliği gibi çeşitli semptomlarla ortaya çıkabilir. Anksiyete tanısı için günlük yaşamı etkilemesi, kişilerarası ilişkilerde sorunlar yaşatması, belirtilerin sıklıkla görülmesi ve duygusal kontrolün zorlaşması gereklidir. Kanser hastalarında anksiyete sıklığı giderek artmakta olup, depresyonla karşılaştırıldığında daha az çalışılmış bir

alan olsa da önemlidir. Hastaların tedaviye uyumunu artırarak yaşam kalitesini olumlu etkileyebilir (Özyıldırım Koç vd., 2021; Şahin vd., 2020).

### **2.7.10. Uyku bozuklukları**

Kanser hastalarında sıkça görülen ve rahatsızlık verici bir sorun olan uyku bozukluğu, mevcut hastalık, tedavi yan etkileri, anksiyete, stres, depresyon, yorgunluk gibi faktörlerle ilişkilidir. Uyku, insanın iyileştirici ve onarıcı yararları olduğu bilinen temel bir gereksinimdir. İyi uyku kalitesi, kişinin kendini dinlenmiş ve günlük aktivitelerini yapabilecek güçte hissetmesini sağlar. Hafıza ve öğrenmeyle ilgili sorunlar, düşünce ve motivasyon bozuklukları, konsantrasyon kaybı, kaygı, sinirlilik, ağrı, iştahta azalma, kabızlık ve kazalara eğilim gibi fiziksel ve bilişsel sorunlar, kötü uyku kalitesinden kaynaklanabilir (Pazarcıkcı, 2017).

Uyku sorunları, özellikle ileri evrelerde olmak üzere hastayı her aşamada önemli ölçüde etkileyebilir. Uyku bozuklukları, subjektif bir veri olmasının yanı sıra yetersiz uyku süresi, kesintili uyku, uykuya dalmada güçlük gibi nitelik ve nicelik tanımlamalarını ifade eder. Uyku sorunlarının temelinde, primer uyku bozuklukları, periyodik ekstremite hareketleri, ağrı, anksiyete, depresyon, yorgunluk gibi faktörler yer alabilir (Kabak Solak vd., 2022).

Kanser hastalarında uyku sorunlarının yaygın olması, tedavi sonrasında bile devam etmesine neden olabilir. Uyku sorunlarının nedenleri arasında tedavi süreci, yaş, cinsiyet, kanser evresi, uygulanan tedavi türü, eşlik eden psikolojik rahatsızlıklar, fiziksel aktivitede azalma ve ağrı yer alır. Uyku bozuklukları hastaların biyopsikososyal işlevlerini bozarak yaşam kalitesini düşürür. Bu nedenle, uyku sorunlarının değerlendirilmesi ve uyku kalitesinin artırılması önemlidir (Uğurlu vd., 2021).

Uyku sorunlarının tedavisinde farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler kullanılır. Farmakolojik yöntemler arasında hipnotikler, benzodiazepinler, antihistaminikler, antidepresanlar, melatonin reseptör agonistleri ve orexin reseptör antagonistleri bulunur. Ancak uzun süreli ilaç kullanımının bağımlılık ve yan etki riskleri taşıdığı unutulmamalıdır. Bu nedenle, kanser hastalarında görülen uyku sorunlarında non-farmakolojik yöntemler tercih edilebilir (Aker ve Baykal, 2024).

### **2.7.11. Tat ve koku alma duyusunda değişiklik**

Tat değişikliği, kanser hastalarında sıkça görülen ve tedavi sürecinde rahatsızlık veren bir fiziksel semptomdur. Özellikle kemoterapi ve radyoterapi alan hastalarda, ileri evre kanserlerde bu değişiklik sıkça karşılaşılan bir durumdur. Bazı araştırmalar, hastaların tat değişikliğini en rahatsız edici semptom olarak gösterdiğini belirtmektedir. Tat değişiklikleri genellikle beş temel tat niteliğinden birinde veya daha fazlasında artan veya azalan duyarlılık şeklinde kendini gösterir. Bu tat değişiklikleri kişiden kişiye ve zaman içinde değişiklik gösterebilir (Kutlutürkan ve Uyvarlıoğlu, 2021).

Kanserli hastalarda tat alma değişikliğinin prevalansı, tümör tipine ve uygulanan kemoterapi protokolüne göre değişiklik gösterebilir. Çalışmalarda, yetişkin onkoloji hastalarının %20 ila %80'inin tat alma değişikliği yaşadığı bildirilmiştir. Kadınlarda ve daha genç hastalarda, tat alma değişikliğinin daha fazla görüldüğü gözlemlenmiştir (Bilsin ve Bal Yılmaz, 2018).

Kemoterapiye bağlı tat değişiklikleri, genellikle kemoterapi döngüsünün erken aşamalarında ortaya çıkar ve tedavi uygulamasıyla ilişkili olarak aralıklı olarak değişim gösterebilir. Ancak bazı raporlarda, kemoterapi tedavisi boyunca tat değişikliğinin sabit kaldığına dair bulgular da vardır (Özkan ve Eroğlu, 2022).

Tat alma değişikliği sadece hastanın beslenmesini etkilemekle kalmaz, aynı zamanda yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkiler. Hastalar, tat alma değişikliği sonucunda yiyecek tercihlerinde değişiklikler yaşayabilir ve bazı yiyeceklerden tikslenme veya hoşlanmama hissi geliştirebilirler. Bu da beslenme yetersizliği, kilo kaybı, kötü prognoz ve yaşam kalitesinde azalma gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir (Bilsin ve Bal Yılmaz, 2018).

### **2.7.12. Üreme ve cinsel yaşam**

Cinsel işlev bozukluğu, cinsel yanıt döngüsünde bozukluklar yaşayan ve ruhsal ile fiziksel değişikliklerle karakterize edilen bir durumdur. Üreme organ kanserleri, cinsel sağlığı olumsuz etkileyebilir. Özellikle meme ve jinekolojik kanserler gibi tüm kanserler ve tedavi yöntemleri, cinsel fonksiyonları etkileyebilir ve hastalık sonrası dönemde de cinsel sorunlara yol açabilir. Endometrium, over ve serviks kanserleri gibi jinekolojik kanser türleri, kadının sağlığı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Tüm kanserler, cinsel sağlığı ve fonksiyonları bozabilir ve hastalık sonrası süreçte cinsel sorunlar devam edebilir (Özdemir vd., 2019).

Tanı ve tedavi sürecinde, hastalar ve partnerleri tarafından deneyimlenen anksiyete ve depresyon gibi psikolojik durumlar, kullanılan ilaçların yan etkileriyle birlikte cinsel fonksiyonları etkileyebilir (Akıncı ve Savcı, 2019).

Kemoterapinin sebep olduğu üreme problemleri ve cinsel disfonksiyonu, ilacın türü, dozajı, tedavinin süresi, yaş, cinsiyet ve tedaviden sonra geçen süre gibi faktörlere bağlıdır. Ayrıca, kemoterapi ve radyoterapinin kombinasyonu, spermatogenez üzerinde ciddi etkilere sahip olabilir (Akıncı ve Savcı, 2019; Bilge vd., 2019).

## **2.8. Kemoterapi Alan Hastalarda Güçlendirmede ve Yaşanan Semptomlarda Hemşirelik Yaklaşımı**

Hasta güçlendirme, son yıllarda sağlık terminolojisinde sıkça yer alan bireysel ve toplumsal açıdan önemli faydalar sunan bir yaklaşımdır. 1972 yılında hasta özerkliği kavramı ile ortaya çıksa da sağlık hizmetlerinde etkin bir şekilde uygulanmaya başlanması günümüzü bulmaktadır. Hasta güçlendirme, "bir bireyin kendi sağlığı için öz yönetim faaliyetlerinde daha fazla yeteneğe sahip olduğu bir süreç" olarak tanımlanmıştır. Bu süreçte hasta, sağlık durumu hakkında bilgi sahibi olur, tedavi seçeneklerini sorgular ve kendi kararlarını vermede aktif rol oynar (Özmen ve Kocakaya, 2024; Tuominen vd., 2021).

Kanser tanısı, bireyin hayatında büyük bir değişim yaratmaktadır. Tedavi süreci boyunca birçok zorlukla karşılaşan hastalar, bu süreçte aktif bir rol oynamak ve kendi sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olmak istemektedirler. Bu noktada ise hasta güçlendirme kavramı devreye girmektedir. Kanserli bireylerin bakımında hasta güçlendirme, karşılıklı fayda sağlayan ilişkileri, bilgi ve becerileri, kendi kaderini belirlemesini, ortak karar vermesini ve sosyal gücün paylaşılmasını içermektedir (Karagil ve Harmanci, 2022).

Kanser tedavi seçeneklerinde kemoterapi, cerrahi, radyoterapi, kemik iliği transplantasyonu ve immünoterapi gibi farklı yöntemler tek başına veya birlikte kullanılabilir. Kemoterapi bu tedaviler içerisinde en çok tercih edilendir (Pekmezci vd., 2022).

Ayrıca kemoterapinin tedavi edici tesirlerinin yanında ağrı, kemik iliği depresyonu, ishal, kabızlık, nefes darlığı, kilo kaybı, iştahsızlık, ağızda tat değişiklikleri, alopesi, bulantı, kusma ve ağız içi iltihabı gibi birçok semptomla yol açabilmektedir. Bu semptomlar, tedaviyi kesintiye uğratabilmekte ve hastaların yaşam kalitesini önemli

ölçüde düşürebilmektedir. Ayrıca birden fazla semptomun aynı anda görülmesi, hastaların ruhsal, fiziksel ve sosyal iyilik halini olumsuz etkilemektedir (Erdoğan Yüce ve Muz, 2020; Pekmezci vd., 2022).

Hasta güçlendirme, kemoterapi alan bireyin vücudunu tedavi sürecinde desteklemeyi amaçlamaktadır. Bu amaçlanan destekler, sağlıklı beslenme, stres yönetimi, düzenli egzersiz ve uyku düzenlemesi gibi faktörleri içermektedir. Kemoterapi tedavisi alan bireylerin güçlendirilmesi, yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve komplikasyonların önlenmesi açısından çok önemlidir. Bu süreçte hemşireler hayati bir rol almaktadırlar. Ayrıca hemşirelerin güçlendirme tanımını netleştirmeleri, uygun ölçümleri seçmeleri ve güçlendirme stratejileri konusunda eğitilmeleri gerekmektedir. Diğer taraftan hasta güçlendirme programları, bireylerin ve sağlık profesyonelleriyle optimal terapötik ilişkiler kurmasına yardımcı olabilmekte ve bireylerin sağlık hizmetlerine olan güvenini ve memnuniyetini artırabilmektedir. Bunların yanı sıra, destekleyici tedavi yöntemleri de kemoterapi sürecinde hastaların yaşamını kolaylaştırabilmektedir. Bitkisel takviyeler, akupunktur, yoga gibi yöntemlerin stresi azaltmaya ve genel iyilik halini artırmaya yardımcı olduğu bilinmektedir (David vd., 2023; Zipfel vd., 2021).

Hasta güçlendirme, kemoterapi sırasında ve sonrasında hastaların bedensel ve zihinsel sağlığını korumak için çeşitli önlemleri içermektedir. Bunlar arasında sağlıklı ve dengeli beslenme, düzenli egzersiz, stres yönetimi, uyku düzeni sağlama ve destekleyici tedavileri kullanma yer almaktadır. Sağlıklı beslenme, kemoterapi alan bireyler için vücudun ihtiyaç duyduğu besin maddelerini almayı sağlar ve tedavi sürecinde oluşabilecek yan etkileri azaltabilmektedir. Protein, vitamin ve mineral açısından zengin bir diyet, bağışıklık sistemini güçlendirecek ve iyileşme sürecini hızlandıracaktır. Düzenli egzersiz, vücudu güçlendirir, enerji seviyelerini artırır ve kemoterapi sonrası oluşabilecek yorgunluk ve halsizliği azaltmaya yardımcı olmaktadır. Yürüyüş, yoga veya hafif aerobik egzersizler, hastaların kendilerini daha iyi hissetmelerine ve ruh hallerini iyileştirmelerine yardımcı olabilmektedir. Stres yönetimi ve uyku düzeni sağlanması da önemli bir konudur. Meditasyon, derin nefes egzersizleri, masaj veya terapi gibi teknikler, stresi azaltır ve hastaların zihinsel olarak rahatlamasına yardımcı olmaktadır. İyi bir uyku düzeni ise vücudun iyileşme sürecini destekler ve enerji seviyelerini dengelemeye yardımcı olmaktadır. Son olarak, destekleyici tedaviler de bireylerin kemoterapi sürecinde daha rahat hissetmelerine yardımcı olabilir. Bu tedaviler arasında antiemetik ilaçlar (kusma ve bulantıyı önleyici

ilaçlar), ağrı yönetimi ve psikolojik destek hizmetleri yer almaktadır. Tüm bu önlemler, kemoterapi alan hastaların sağlıklarını korumak ve iyileşme sürecini desteklemek için önemlidir (Alghamdi vd., 2022; Kim vd., 2023; Bailo vd., 2019).

Kanser tanısı almış hastaların sıklıkla psikolojik semptom yaşadığı ve fiziksel ve günlük yaşamda destekleyici bakıma ihtiyaç duyduğu bilinmektedir. Ayrıca, fiziksel, sosyal, psikolojik ve genel iyilik haline ilişkin semptomlar arttıkça, bu hastaların psikolojik, fiziksel ve günlük yaşamlarına yönelik bakım gereksinimlerinin de aynı oranda arttığı gözlemlenmiştir. Öz bakım yönetiminin artması hasta güçlendirmeyi de arttırdığı bilinmektedir. Hasta güçlendirme, kanser hastalarının yaşam kalitesini ve tedavi sonuçlarını iyileştirmek için önemli bir araçtır (Karagil ve Harmanci, 2022)

Kemoterapinin yan etkilerini hafifletmeye yönelik hemşirelik bakımı uygulamaları son derece önemlidir ve bu alanda yapılan çalışmalar giderek artmaktadır. Hemşirelik bakımının temel amacı, kemoterapi nedeniyle ortaya çıkan komplikasyonları önlemek, semptomları erken dönemde belirlemek ve etkili bir semptom yönetimi sağlamaktır. Hemşireler, hastaların semptomlarını izleyerek, uygun müdahalelerde bulunarak ve hastaları bu süreçte destekleyerek önemli bir rol üstlenirler (Kurt, 2020).

Kanser hastalarının biyopsikososyal bir bütün olarak ele alınması, tedavi sürecinde büyük önem taşır. Hastaların sosyal çevreleri ve aileleri ile değerlendirilmesi, onların yaşadığı tıbbi ve psikososyal sorunların tam olarak anlaşılmasını sağlar. Bu kapsamlı değerlendirme, hastaların ihtiyaçlarına yönelik daha etkili bakım planlarının oluşturulmasına olanak tanır. Özellikle, hastaların yaşadığı fiziksel semptomların yanı sıra, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının da göz önünde bulundurulması gereklidir (Ovayolu, 2016).

Kemoterapiye bağlı yan etkilerin sıklığı ve şiddeti hastadan hastaya farklılık göstermektedir. Uygulama yolu ve şekli, ilaç dozu, hastanın genel durumu, kanserin yayılımı, eş zamanlı olarak başka kanser tedavilerin alımı, yaşı, öz-bakım davranışı, kombine veya tek ajan uygulanması bu komplikasyonların gelişiminde önemli risk faktörlerindedir. Komplikeasyonların kontrol altına alınamaması hastanın tedaviyi yarıda bırakmasına, tedavi dozunun azaltılmasıyla sürecin uzamasına ve hastanın yaşam kalitesinin bozulmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle tedavi öncesi hasta ve ailesine, hastaya uygulanacak kemoterapi tedavisinin protokolü, tedavide yer alan kemoterapik ajanların yan etkileri ve bu yan etkiler ile nasıl başa çıkılacağı hakkında

hemşire tarafından bilgi verilmelidir ve interdisipliner ekip yaklaşımıyla hasta gereksinimleri doğrultusunda hemşirelik girişimlerini planlamalıdır (Can, 2021; Kurt, 2020).

Hemşirelik girişimleri, hastaların yaşam kalitesini artırmak ve tedaviye uyumlarını sağlamak açısından kritik bir öneme sahiptir. Örneğin, ağrı yönetimi için farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler kullanılabilir; bulantı ve kusma kontrolü için uygun ilaçlar ve diyet önerileri sunulabilir; yorgunlukla başa çıkmak için egzersiz programları ve dinlenme stratejileri geliştirilebilir. Ayrıca, psikolojik destek sağlanarak, hastaların duygusal zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olunabilir. Bu bütüncül yaklaşım, kemoterapi gören hastaların tedavi sürecini daha katlanılabilir hale getirir ve tedaviye devam etme isteklerini artırır. Sonuç olarak, hemşirelik bakımının kemoterapi nedeniyle ortaya çıkan semptomların hafifletilmesinde ve hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesinde yaşamsal bir rolü vardır. Bu alanda yapılan her türlü iyileştirme ve yenilik, kanser hastalarının tedavi sürecindeki deneyimlerini olumlu yönde etkiler (Saruhan, 2020).

Semptom yönetimi, kronik hastalıklar veya tedavi edilemeyen durumlar gibi hayatı ciddi şekilde etkileyen durumlarda ortaya çıkabilecek çeşitli semptomların ele alınmasını içerir. Bu hemşireler, doktorlar, sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar gibi sağlık profesyonellerinin multidisipliner yaklaşımı gerektirir (Naegele, 2020; Titzer, 2018). Semptom yönetimi stratejileri, bilişsel ve duygusal yönleri ele alabilirken, sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla etkileşimleri, vücutla ilişkiyi, semptomları anlama yeteneğini, aktivite seviyelerini yönetmeyi ve dış koşulları dikkate almayı içerebilir (Karataş vd., 2022).

Etkili semptom yönetimi, özel müdahaleler, kişiselleştirilmiş ilaçlar ve semptomları iyileştirmede fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi faktörleri dikkate alan bütünsel bir yaklaşım gerektirir. Genel olarak, semptom yönetimi, hastaların yaşam kalitesini iyileştirerek semptomlarla başa çıkmalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Semptomların kontrol altına alınması, psikolojik ve fiziksel rahatlığın sağlanması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi önemlidir (Gol vd., 2019; Tarakçioğlu Çelik, 2016).

Her semptomun detaylıca incelenmesi ve birden çok nedeninin olabileceğinin ortada bulundurulması önemlidir. Özellikle kanser gibi ciddi hastalıklarda semptom yönetimi, tedavi sürecinin devamlılığını, morbiditeyi, mortaliteyi ve hastanın yaşam

kalitesini etkileyebilir. Bu bağlamda, semptom yönetimi, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini artırmak için önemlidir ve doğru bir şekilde uygulandığında olumlu sonuçlar sağlayabilir. Sağlık uzmanları, hastaların bireysel ihtiyaçlarını değerlendirerek kişiselleştirilmiş bir semptom yönetimi planı oluşturmalı ve bu planı etkili bir şekilde uygulamalıdır. Bu yaklaşım, hastaların semptomlarla başa çıkmalarını ve yaşam kalitelerini artırmalarını sağlayarak sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırabilir (Tanrıkut ve Koç 2023).

Semptom yönetimi, bireyin hayatını ciddi ölçüde tehlikeye atan hastalık durumlarında, yaşam kalitesi düzeylerini artırılması hedefleyen bakım stratejisidir. Bu bağlamda semptom yönetiminin amacı hastalık ve hastalığa bağlı tedavinin ortaya çıkardığı bireylerin ruhsal, sosyal ve psikolojik yönlerinde meydana gelen istenmeyen sonuçları öncesinde engelleyip tedaviyi gerçekleştirmektir. Semptom yönetimi, bireyin hayatını ciddi ölçüde tehlikeye atan hastalık durumlarında, yaşam kalitesi düzeylerini artırmayı hedefleyen bakım stratejisidir. Bireye ve bireyin hastalığına yönelik semptomların belirlenmesi ve doğru semptom yönetiminde, birey odaklı bakım sağlamak gereklidir. Gerçekleştirilen semptom yönetimi sonucunda, hastalar ve hasta yakınları üzerinde olumlu etkiler gözlemlenmektedir. Semptom yönetimi, semptomların açık bir şekilde değerlendirilmesi ile ortaya çıkmaktadır. Her bir semptom ayrıntılı olarak incelenmeli ve semptomların çeşitli nedenleri olabileceği göz önünde bulundurularak bu nedenlerin tespiti sağlanmalıdır. Bu bağlamda, semptom yönetimi, kanser gibi hayatı ciddi şekilde etkileyen hastalıklarda ortaya çıkan semptomların tedavi sürecinin devamlılığını, yaşam kalitesini, ölüm oranını ve hastalık sürecinin komplikasyonlarını etkilediği için büyük bir öneme sahiptir. Kanser hastalarında semptom yönetimi, uygulanan tedavinin yol açtığı semptomların önlenmesi veya kontrol altında tutulmasında önemli bir rol oynar. Semptom yönetimi, psikolojik ve sosyal açıdan çok disiplinli bir yaklaşımla sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilir (Tanrıkut ve Ayşegül, 2023; Yılmaz, 2016).

Semptom yönetimini gerçekleştiren sağı ekibi içerisinde hasta birey ile sürekli olarak iletişim kurması ayrıca bakım konusunda en ulaşılabilir meslek olması sebebiyle hemşireler en önemli meslek grubudur. Bu bağlamda hemşireler, hasta ve hasta yakınlarına bütüncül bir bakım vererek zorlu geçen bu dönemi daha konforlu geçirmelerine olanak sağlamaktadırlar (Tanrıkut ve Ayşegül, 2023).

Hemşireler, bireylerin ihtiyaçlarını tanıyarak karşılayan, bireyde değişen fizyolojik ve psikolojik olaylardaki semptomlarda bireyin baş edebilmesine yardımcı olan sağlık profesyonelleridir. Semptom yönetiminde hemşireleri önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hastanın ve yakınlarının yaşadıkları semptomların farkında olarak, kanıta temelli uygulamalar ile semptom yönetimini desteklemelilerdir. Sorumlulukları doğrultusunda, hemşireler hasta ve aile merkezli bakım sağlayacak şekilde eğitim planlamalı ve uygun hemşirelik bakımı sunmalıdır. Etkili ve doğru semptom yönetimiyle sağlanan hemşirelik bakımı, iş gücü kayıplarını ve hastanede yatış süresini azaltır, böylece ikincil komplikasyonların önlenmesine katkıda bulunmaktadır (Tanrıkut ve Ayşegül, 2023; Yılmaz, 2016).

Dünya üzerinde her yıl milyonlarca kişiye kanser tanısı konulmakta ve bu hastaların çoğu yaşamını kanser nedeniyle kaybetmektedir. Kanser tedavisinde hedef, kanserin tümüyle ortadan kaldırılmasının sağlanması veya hayatta kalma süresinin uzatılmasıdır. Kanser tedavisinde hastalar hastalık sürecinden kaynaklı semptomlar kadar kemoterapi gibi kanser tedavilerinin yan etkileri olan, yorgunluk / halsizlik, bulantı-kusma, alopesi, ağrı, iştahsızlık ve kilo kaybı, diyare, konstipasyon, oral mukozit, depresyon-anksiyete, uyku bozuklukları, tat ve koku alma duyusunda değişiklik, üreme ve cinsel yaşam sorunları gibi fiziksel ve emosyonel semptomları yoğun olarak yaşamaktadırlar. Kanser hastalarının tedavi öncesinde, sürecinde ve sonrasında kapsamlı bir hemşirelik bakımına ihtiyaçları vardır. Bireye yönelik hemşirelik bakımının planlanmasında, semptomların sıklığı kadar hastaların hissettiği sıkıntı şiddetinin ve bireysel farklılıklarında ortada bulunması gerekir. Bu sebeple hemşirelik, özellikle onkoloji bakımında, semptom yönetiminde çok önemli bir rol oynamaktadır. Aşağıda kemoterapi alan hastalarda sık yaşanan semptomlar ve yönetimi açıklanmıştır (Saruhan, 2020; Ovayolu, 2016).

Yorgunluğa neden olan etkenlerin çeşitliliği nedeniyle hemşirelik yönetimi bu etkenlerle yakından ilişkilidir. Hemşire, yorgunluk yaşayan bir bireyi öncelikle sistematik bir şekilde değerlendirmelidir. Hemşirelerin, yorgunluğun önlenmesi, erken tanınması ve bakımında önemli bir rolü vardır. Kanser hastalarının genel yaşam kalitesi ve tedaviye uyumu üzerindeki etkileri göz önüne alındığında, bu hastalara yorgunluk taraması yapılmalıdır. Tarama, gereksinim değerlendirmesi için başlangıçta, tedavi sırasında ve sonrasında düzenli aralıklarla yapılmalıdır (Yıldırım ve Ünver, 2023)

Hemşirelik yönetimi, yorgunluk değerlendirilmesini, hasta ve ailesi bilgilendirilmesini, enerjiyi korumaya özgü aktiviteleri, önceliklerin belirlenmesi ve planlanmasını, vücut hareketlerini en iyi düzeye getirmeyi, aktiviteleri günlük derecesine göre sıralamayı, dinlenme ve uykunun, iyi beslenmenin ve hidrasyonun sağlanmasını, gelişen diğer semptomların kontrolünün sağlanmasını kapsamaludur (Kutlutürkan ve Uyvarlıoğlu, 2021).

Bulantı-kusmanın yönetiminde ağız mukoza durumunu değerlendirerek düzenli olarak ağız bakımı uygulaması yapılmasını, öğün zamanlarında ortamın havalandırılmasını, ısı ve nem açısından kontrol edilmesini, bulantı hissini arttıracak nitelikteki besin öğelerinden uzak durulmasını, bireysel özelliklere uygun şekilde aktivitelere (müzik aletiyle uğraşma, puzzle yapma, kitap okuma, gibi) yönlendirilmesini içermektedir (Kutlutürkan ve Uyvarlıoğlu, 2021).

Alopesi geçici olmasına rağmen hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemesinden dolayı yönetimi oldukça önemlidir. Bu nedenle hemşirelerin hasta ve yakınlarına bilgi vererek öz bakım stratejileri geliştirmesi ve özbakım stratejileri öğretmek alopesi sorunu ile hastaların daha iyi üstesinden gelmelerini sağlamaları önemlidir. Saç kaybının olacağı fakat tedavi sonrası yeniden saçlarının çıkacağı hemşireler tarafından hasta ve ailesine açıklanmalıdır. Hastalar kullanılabilecekleri gereçler konusunda (şapka, eşarp, peruk, bone, takma kirpik gibi) bilgilendirilmelidir. Kemoterapi tedavisi öncesinde saçların kısaltılması, kalan saçların sağlığı için sık şampuan uygulanmaması ve yumuşak saç fırçası kullanımı önerilmelidir. Ayrıca hemşirelik tedavisinde hastanın beden imajının korunmasına ilişkin duygu ve düşünceleri tartışılmalıdır ve önerilerde bulunulmalıdır (Kutlutürkan ve Uyvarlıoğlu, 2021; Portz, 2017)

Ağrı kontrolünde farmakolojik yöntemlerin yanında non-farmakolojik yöntemlerden de yararlanılabilmektedir. Bu yöntemler arasında; masaj, refleksoloji, terapötik dokunma aroma terapi, akupunktur, transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu ve bilişsel modeller (gevşeme, imgeleme egzersizleri ve dikkat dağıtma) yer almaktadır (Ovayolu ve Güzel, 2022).

Ağrı yönetiminde yetersiz kalınan ya da tedavi edilmeyen ağrı; hastanın zihinsel fonksiyonlarını, fizyolojik fonksiyonlarını, ruh halini, sosyal yaşantısını olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini etkileyecektir. Bu sebeple ağrının yönetiminde hemşireler

kilit rol oynamaktadır. Hemşireler ağrıyı yönetmeye ilişkin planlama yaparken hastayı ve ailesinin sürece aktif olarak dahil etmelidir. Ayrıca hastanın ağrısını ifade edebilmesi için uygun ortamı hazırlamalı ve uygun ağrı değerlendirme araçları kullanılmalıdır. Hemşireler, uygulanan analjeziklerin yan etkilerini hastada gözlemlemeli, ağrı ve tedavisinde hasta ve ailesinin eğitiminde aktif rol almalıdır (Ovayolu ve Güzel, 2022; Urvaylıoğlu, 2020).

İştahsızlık yeme isteğinin olmaması, temel kalori ihtiyacında azalma veya yemek seçiciliği olan bu beslenme davranışı, tedavi sürecinde yaygın bir sorundur. Bu semptom tümörün sebep olduğu metabolik değişimlerle ilgili olabileceğinin yanı sıra bulantı-kusma, ağrı, yutma güçlüğü, depresyon, ağız tadında ve koku almada bozulma gibi faktörler nedeni ile de gelişebilmektedir. Bu sebeple hemşireler iştahsızlık ve kilo kaybına yol açan faktörleri belirlemelidir. Hastaların kilo (son 6 ayda > 10 kilo kaybı) ve beden kütle indeksinin takibi yapılmalıdır. İştahsızlığın tedavi edilebilir ve düzeltilbilir nedenlerine yönelik (bulantı, kusma, ağrı, mukozit, gastrointestinal motilite sorunları gibi) uygun girişimler sağlanmalıdır (Özkan Tuncay, 2020)

Hemşireler, diyare yönetiminde sıvı ve elektrolit dengesizliklerini önleyebilir ve hastayı eğiterek bütüncül bir bakım sağlayabilir. Diyarenin istenmeyen sonuçları arasında kardiyak aritmiler, idrar çıkışında azalma, sıvı ve elektrolit dengesizliği, parestezi, kas güçsüzlüğü, anoreksi, hipotansiyon, uyuşukluk ve cilt bakım sorunları bulunmaktadır. Hemşireler, diyarenin komplikasyonlarını yakından takip etmeli ve bu durumu yönetmelidir (Akay ve Adadıoğlu, 2023)

Diyare yönetiminde hemşireler, öncelikle hasta öyküsünü almalı ve diyarenin nedenlerini belirlemelidir. Dehidratasyon belirtilerini izlemeli, karın ağrısını, iştahsızlığı ve halsizliği değerlendirmeli, sıvı-elektrolit dengesini sağlamalı, cilt bütünlüğünü korumalı ve hastanın kilosunu ve yaşam alışkanlıklarını takip etmelidir. Hemşireler, hastaya diyarenin belirtilerini tanıması ve erken müdahale etmesi konusunda eğitim vererek, hastanın kendini yönetme yeteneğini artırabilir. Bu, hastanın genel yaşam kalitesini iyileştirebilir ve tedaviye uyumunu artırabilir. Hemşirelerin sürekli eğitimi ve hasta bakımında güncel bilgiye sahip olmaları, diyare yönetiminde başarıyı artırır (Ovayolu ve Güzel 2022; Yıldız, 2020).

Kemoterapi sürecinde bağırsak hareketlerini düzenlemek için, hastaların lif açısından zengin yiyecekler tüketmeleri, bol su içmeleri ve doktorlarının önerdiği şekilde laksatif kullanmaları gerekebilir. Hastalar, düzenli bağırsak hareketlerini desteklemek amacıyla beslenme ve yaşam tarzlarında yapacakları değişikliklerle birlikte, medikal önerilere de uymalıdır. Böylece konstipasyonun yarattığı rahatsızlıkların önüne geçilebilir ve genel yaşam kalitesi artırılabilir. Konstipasyonun yönetiminde hemşire, hastada bağırsak fonksiyonlarını değerlendirmeli, tuvalet ihtiyacı karşılması için yeterli zaman ayırmasını ve ağrı kontrolünü sağlamalıdır (Yıldız, 2020).

Kanser hastalarının yaşam süreçleri ve öncelikleri değişir, bu da ağız bakımlarını ihmal etmelerine yol açabilir. Bu ihmal, tedavi sırasında ve sonrasında ağız boşluğu problemlerine neden olabilmektedir. Kemoterapi veya radyoterapi alan hastalara bakım veren hemşireler, ağız mukozasını değerlendirme ve bakımı yapmalıdır. Hemşireler, hastanın ağız bakımı yeteneğini ve alışkanlıklarını değerlendirmelidir. Rutin oral değerlendirmeler, kişiselleştirilmiş bakım planı geliştirmeyi sağlar. Oral mukozit gelişen hastalarda değerlendirme sıklığı artırılmalı, her vardiyada ağız içi değerlendirme yapılmalı ve oral mukozit semptomları izlenmelidir (Çakmak ve Nural, 2020).

Günlük rutinlerin kesintiye uğraması, iş kaybetme korkusu, yaşam kalitesinin bozulması, yetki kaybı ve bağımlılık korkusu, beden ve organların zarar görme endişesi, ölüm korkusu ve hastalığın anlamı anksiyetenin şiddetini artırabilir. Hemşirelik hasta rehberlerinde, hastanın eğitimi ve bilgilendirilmesi için broşür, kitapçık, gösterme ve anlatma gibi çeşitli tekniklerin kullanılması önerilir. Hastaya yapılacak işlemler hakkında önceden bilgi vermek, sorularını yanıtlamak ve sürekli bilgilendirme yapmak anksiyeteyi azaltabilir (Ok, 2023).

Hastaların çoğu gelecek belirsizliği, ölüm korkusu ve geride kalanların yaşayabileceği zorluklar nedeniyle anksiyete yaşayabilir. Anksiyetenin azaltılmasında, farmakolojik ajanlara ek olarak non-farmakolojik tekniklerin kullanılması etkili olabilir. Bu süreçte kanser hastalarına uygulanan refleksoloji, fiziksel gerilimi azaltarak derin gevşeme sağlayıp, stresi azalttığı, parasempatik cevabı oluşturduğu ve enerji dengesini sağladığı bildirilmektedir. Ayrıca anksiyete ile başa çıkma teknikleri arasında derin solunum egzersizleri, gevşeme egzersizleri, müzik terapi, aromaterapi ve refleksoloji masajı gibi yöntemler bulunur. Bireysel olarak uygun yöntemin belirlenip uygulanması önemlidir. Depresyon yönetiminde psikiyatrik destek ve danışmanlık almak, ağrı, ilaç

yan etkileri ve diğ er tıbbi durumların kontrol altına alınması, aile ve arkadaş desteğ i gibi önlemler önemlidir (Ok, 2023; Ovayolu ve Güzel, 2022).

Hastaların uykusuzluğ unun fark edilmesinde, değerlendirilmesinde ve yönetiminde hemşireler önemli rol oynamaktadır. Hastanın uykusu süre ve kalitesinin değerlendirme amacıyla hem subjektif veriler hem de objektif değerlendirme yöntemleri kullanılabilir. Hastalar sağ lık profesyonellerine uykusuyla ilgili sıkıntılarını söylemekten kaçınırlar veya göz ardı edilmektedir. Bu yüzden tüm hastalara uykuları düzenli olarak sorulmalıdır. Uykuyu iyileştirmek için yatılan ortamda gürültü ve ışık seviyelerini azaltmak, ortamın serin olması konusunda önerilerde bulunabilir. Bazı hastalar uyku takibi ve farkındalığ ına sahiptirler bu da sürekli olarak uykuya dalma ve uyanınca uykuya geri dönemeyeceğ i endişesini taşımasıdır. Bu hastalarda uyku takibi ve farkındalığ ını azaltmaları konusunda önerilerde bulunulmalıdır (Yıldırım ve Kocatepe, 2023)

Tat değ işikliklerinin oluşum riskinin ve şiddetinin değerlendirilmesi; tat tomurcuklarının duyarlılığ ını artırmaya yönelik önerilerin sunulması; sıvı alımına dikkat edilmesi; düzenli aralıklarla ağız bakımının yapılması gerekmektedir. Ayrıca, alkol ve sigaradan uzak durulması, ortam havasının nemlendirilmesi önemlidir. Bu stratejilerin uygulanması, tat ve koku değ işiklikleriyle ilişkili semptomları hafifletmeye ve hastanın yaşam kalitesini artırmaya yardımcı olabilecektir (Kutlutürkan ve Uyvarlıoğ lu, 2021; Sözeri Öztürk, 2020).

Hemşireler kanser hastalarıyla doğ rudan iletişim kuran ve onlarla daha fazla zaman geçiren sağ lık profesyonelleridir. Bu nedenle, hemşireler, hastaların cinsel sağ lığ ını ve işlevlerini değerlendirme, kanser ve uygulanan tedavilerin neden olduğu cinsel sorunları belirleme ve bu sorunlarla başa çıkma konularında çok uygun bir konumdadır. Ancak, cinsellik konularını hasta bakım sürecine dahil etmemek veya konuşmaktan kaçınmak hastanın bütünsel olarak değerlendirilmesini engelleyebilir (Koç ve Uslu Şahan, 2020; Kutlutürkan ve Uyvarlıoğ lu, 2021).

Hemşireler, hastanın kendi duygularını, düşüncelerini ve kendisini nasıl gördüğ ünü ifade etmesi için cesaretlendirilmelidir. Güvenli iletişim başlatılmalı ve hasta istediğ i sürece bu iletişim sürdürülmelidir. Hastanın gelecekle ilgili gerçekçi beklentilere sahip olmasına ve planlar yapmasına destek olunmalıdır. Hastanın güçlü yönlerini fark etmesine ve bu durumla mücadele etmek için kendine özgü başa çıkma yolları

geliştirmesine destek olunmalıdır. Hasta ve eşinin/partnerinin öğrenmek istediği konulara ve ihtiyaçlarına öncelik verilmeli; sorulara açık ve samimi cevaplar verilmelidir (Ölçer ve Oskay, 2020).



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma kemoterapi alan hastalarda güçlendirmenin yaşanan semptomlara etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinde ayakta kemoterapi alan hastaların bulunduğu kemoterapi ünitesinde 6 Mayıs-31 Mayıs 2024 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinde ayakta kemoterapi tedavi ünitesindeki 8400 hasta oluşturdu. Örneklem sayısı, evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklemdeki birey sayısını belirlemek amacıyla kullanılan formül ile hesaplandı.

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

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 sapma

$$n = \frac{(8400)(1.96)^2(0.50)(0.50)}{(0.05)^2(8400-1) + (1.96)^2(0.50)(0.50)}$$

n = 367 minimum toplam hasta sayısı

Örneklem büyüklüğü 367 olarak bulundu. Araştırma 370 hasta ile gerçekleştirildi.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1), Kanser Güçlendirme Ölçeği (KGÖ) (EK-2), Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) (EK-3) kullanılmıştır.

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

Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu'nda demografik verileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, meslek, eğitim durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi, kronik hastalık, ilaç kullanımı, çocuk sayısı), hastalığa ilişkin soruları (kanser türü, kanser evresi, kürü, kemoterapi dışında almış olduğu kanser tedavi(leri), tedavi süresi, aile kanser öyküsü, tedavisiyle ilgili bilgi alma durumu, ilk tanının konulduğu zaman, istenmeyen etkiler, yapamadığı aktiviteye yardımcı kişi(ler), reçete dışı ilaç/vitamin/mineral/takviye gıda kullanımı, hastalığa bağlı yaşam tarzında değişim durumu, tedavi sürecinde hastayı en fazla olumsuz yönde etkileyen sorunu) içeren, 23 soru yer almaktadır.

#### **3.4.2. Kanser Güçlendirme Ölçeği (KGÖ)**

Kanseri Güçlendirme Ölçeği van den Berg ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yılmaz Karabulutlu ve arkadaşları (2021) tarafından yapılmıştır. Ölçek 40 madde ve 5'li Likert tipi bir ölçektir. Her bir madde 1 “kesinlikle katılmıyorum”, 2 “katılmıyorum”, 3 “kararsızım”, 4 “katılıyorum” ve 5 “tamamen katılıyorum” olarak değerlendirilir. Ölçek kişisel güç, (19 madde; 3, 4, 10, 12, 13, 15, 18, 20, 21, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 40), sosyal destek (9 madde; 5, 7, 8, 9, 16, 24, 25, 27, 39), sağlık bakımı (6 madde; 1, 6, 14, 17, 22, 29) ve topluluk (6 madde; 2, 11, 19, 23, 28, 36) olarak 4 boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin toplam Cronbach Alfa Katsayısı 0,93, kişisel güç boyutu için 0,92, sosyal destek boyutu için 0,95, sağlık bakımı boyutu için 0,87 ve topluluk boyutu için 0,94 olarak bulunmuştur (Yılmaz Karabulutlu vd., 2021). Araştırmada ise Kanser Güçlendirme Ölçeğinin Cronbach's Alfa katsayısı kişisel güç alt boyutu için  $\alpha=0,907$ , sosyal destek alt boyutu için 0,805, sağlık bakımı alt boyutu için 0,731, topluluk alt boyutu için 0,718, ölçek toplamı için 0,943, olarak belirlenmiştir.

### 3.4.3. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)

Ölçek Portenoy ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yıldırım ve arkadaşları tarafından (2011) yapılmıştır. Ölçekte toplamda 32 semptom bulunmakta olup iki bölümde değerlendirilmektedir. İlk bölümde 24 semptomun son bir haftadaki sıklığı, şiddeti ve hastada yarattığı sıkıntı ölçülürken ikinci bölümde ise sekiz semptomun şiddeti ve hastada yarattığı sıkıntı değerlendirilmekte; semptomlar “mevcut” ve “yok” olarak kaydedilmektedir. Semptomların puanlandırılmasında “sıklık” ve “şiddet” düzeyleri 4’lü likert, “sıkıntı” düzeyleri ise 5’li likert şeklinde yapılmaktadır. Sıklık için puanlandırma; “1: nadiren, 2: ara sıra, 3: genellikle, 4: sürekli” şeklinde olup, alınabilecek toplam puan 1-4 puan arasında değişmektedir. Şiddet için puanlandırma; 1 “hafif”, 2 “orta”, 3 “şiddetli”, 4 “çok şiddetli” şeklinde olup, alınabilecek toplam puan 1-4 puan arasında değişmektedir. Semptomların yarattığı sıkıntı için puanlandırma; 0 “hiç”, 1 “biraz”, 2 “oldukça”, 3 “çok”, 4 “çok fazla” şeklinde olup, alınabilecek toplam puan 0-4 puan arasında değişmektedir. Ölçeğin alt boyutları; Global Distres İndeksi (MSDÖ-GDİ), Fiziksel Semptom Distres Skoru (MSDÖ-Fiziksel) ve Psikolojik Semptom Distres Skoru (MSDÖ-Psiko) olarak sıralanmaktadır. Toplam MSDÖ ise ölçekteki 32 semptomun sıklık, şiddet ve sıkıntı puanlarının ortalamasıdır. Yıldırım ve arkadaşları tarafından yapılan MSDÖ Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasında, GDİ, MSDÖ-Fizik ve MSDÖ-Psiko alt ölçekleri için Cronbach Alfa katsayıları sırasıyla 0,75, 0,75 ve 0,71 olarak belirlenmiştir. Toplam MSDÖ için Cronbach Alfa katsayısı ise 0,84 olarak bulunmuştur (Yıldırım vd., 2011). Araştırmada ise Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi” alt boyutu için Cronbach’s Alfa katsayısı 0,828, “Fiziksel Semptom Distres Skoru” alt boyutu için 0,933, “Psikolojik Semptom Distres Skoru” alt boyutu için 0,903 olarak, ölçek toplamı için 0,974 olarak belirlenmiştir.

### 3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından hastalara araştırma ile ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olarak kabul eden hastalara veri toplama araçları verilerek yüz yüze görüşerek toplanmıştır.

### **3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2020 Statistical Software (NCSS LLC, Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken, nicel değişkenler ortalama, standart sapma, medyan, min ve max değerleriyle, nitel değişkenler frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistiksel metodlar ile gösterildi. Verilerin normal dağılıma uygunluklarının değerlendirilmesinde Shapiro Wilks testinden yararlanıldı. Normal dağılım gösteren niceliksel iki grup değerlendirmelerinde Student t-test kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin üç grup ve üzeri karşılaştırmalarında Oneway ANOVA Test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Dunn test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin üç grup ve üzeri karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Dunn test kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulundan (EK-5) ve araştırmanın yapılacağı hastaneden çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır (EK-6). Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişiler çalışma öncesinde bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmada kullanılan veri toplama araçları ile ilgili izinler alınmıştır (EK-4).

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

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

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

Araştırma kemoterapi alan hastalarda güçlendirmenin yaşanan semptomlara etkisini incelemek amacıyla İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde ayaktan kemoterapi ünitesine gelen kemoterapi tedavisi alan 370 kanser hastası ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında aktarılacaktır.

- Hastaların Özellikleri ile İlgili Bulgular
- Hastaların Hastalığı ile İlgili Bulgular
- Kanser Güçlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular
- Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kanser Güçlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular
- Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular
- Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular
- Kanser Güçlendirme Ölçeği ve Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular

#### 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular

Tablo 4.1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=370)

Özellikler		n	(%)
Yaş	<i>Ort±Ss / Medyan (Min-Maks)</i>	55.41±12.64 / 56 (22-87)	
	<40 yaş	39	10.5
	40-49 yaş	84	22.7
	50-64 yaş	157	42.4
	≥65 yaş	90	24.3
Cinsiyet	Kadın	247	66.8
	Erkek	123	33.2
Medeni durum	Evli	291	78.6
	Bekar	79	21.4
Çalışma durumu	Çalışıyor	74	20
	Çalışmıyor	296	80
Meslek	Serbest Meslek	50	13.5
	Ev Hanımı	139	37.6
	Memur	21	5.7
	İşçi	39	10.5
	Emekli	121	32.7
Eğitim durumu	İlkokul	183	49.5
	Ortaokul	56	15.1
	Lise	87	23.5
	Lisans/Lisansüstü	44	11.9
Sosyal güvence	Var	310	83.8
	Yok	60	16.2
Gelir durumu	Gelir giderden az	190	51.4
	Gelir gidere denk	156	42.2
	Gelir giderden fazla	24	6.5
Çocuk varlığı	Yok	60	16.2
	Var	310	83.8

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile ilgili bulgular tablo 4.1’de verilmiştir. Hastaların yaşları 22-87 arasında değişmekte olup, yaşları ortalama 55.41±12.64 olarak saptanmıştır. Hastaların %42,4’ü (n=157) 50-64 yaş arasında, %66,8’i (n=247) kadın, %78,6’ü (n=291) evli, %80’ni (n=296) çalışmadığı, %37,6’sı (n=139) ev hanımı, %49,5’i (n=183) ilkokul mezunu, %83,8’i (n=310) sosyal güvenceye sahip, %51,4’ü (n=190) gelir giderinden az ve %83,8’inin (n=310) çocuğu olduğu görülmüştür.

## 4.2. Hastaların Hastalığı ile İlgili Bulgular

Tablo 4.2: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=370)

Özellikler		n	(%)
Kronik hastalık varlığı	Evet	163	44.1
	Hayır	207	55.9
*Hastalık tanısı	Solunum Sistemi Hastalıkları	14	6.49
	Endokrin Sistemi Hastalıkları	66	30.37
	Sindirim Sistemi Hastalıkları	2	0.93
	Sinir Sistemi Hastalıkları	4	1.85
	Kardiyovasküler Sistemi Hastalıkları	109	50.23
	Üriner Sistemi Hastalıkları	5	2.31
	Otoimmün Sistem Hastalıkları	8	3.68
	Ruh Sağlığı Hastalıkları	9	4.15
Sürekli ilaç kullanımı	Evet	210	56.8
	Hayır	160	43.2
Ailede kanser öyküsü	Var	200	54.1
	Yok	170	45.9
Hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi alma	Evet	345	93.2
	Hayır	25	6.8
Reçete ve tedavi dışı herhangi bir ilaç/vitamin/mineral veya gıda takviyesi kullanma	Evet	112	30.3
	Hayır	258	69.7
Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi varlığı	Evet	219	59.2
	Hayır	151	40.8
Çocuğu	Eşi	66	30.1
	Ailesi	55	25.1
	Eşi ve çocuğu	35	16.1
	Eşi ve ailesi	27	12.3
	Kardeşi	12	5.5
	**Diğer	10	4.6
	**Diğer	14	6.4
Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim varlığı	Evet	174	47
	Hayır	196	53

\*\*Diğer Komşusu, Bakıcısı, Arkadaşı, Huzurevi

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**Tablo 4.2: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=370) (Devamı)**

Özellikler		n	%
Kanser türü	Meme CA	164	44.3
	Kolon CA	34	9.2
	Mide CA	27	7.3
	Üro-genital CA	55	14.9
	Pankreas CA	18	4.9
	Lenfoid CA	6	1.6
	Hematolojik CA	5	1.4
	Gırtlak ve soluk borusu CA	9	2.4
	Akciğer CA	33	8.9
	***Diğer	19	5.1
Kanser evresi	I. evre	30	8.1
	II. evre	74	20.0
	III. evre	160	43.2
	IV. evre	106	28.6
Alınan Kemoterapi Kürü Sayısı	1	24	6.5
	2	42	11.4
	3	53	14.3
	4	42	11.4
	5	36	9.7
	6 ve üzeri	173	46.8
		Hayır	87
	Evet	283	76.5
Kemoterapi dışında tedavi varlığı	Cerrahi tedavi	130	35.1
	Radyoterapi	131	35.4
	İmmünoterapi	19	5.1
	****Diğer	23	6.2
Tedavi süresi (ay)	<i>Ort±Ss</i>	5.49±2.73	
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	5 (1-12)	
Tedavi sürecinde en fazla olumsuz yönde etkileyen sorun	Fiziksel sorunlar (ağrı, kas krampları, yorgunluk)	140	37.8
	Beslenme ile ilgili sorunlar (iştahsızlık, bulantı-kusma, kısıtlamalar)	84	22.7
	Hastalığa bağlı fiziksel görünümle ilgili sorunlar	56	15.1
	Yalnızlık, iş/okul ortamından ve sosyal çevreden uzaklaşma	38	10.3
	Hastaneye bağımlı olma durumu	52	14.1

\*\*\*Diğer Sarkomlar (Sinovyal sarkom vb.) 5, Nazal kavite ve paranasal sinüs CA 4, Tiroid CA 4, Beyin CA 3, Safra Kesesi CA 3

\*\*\*\*Diğer Akılcı ilaç 11, Hormonoterapi 9, Kök hücre tedavisi 3

Çalışmaya katılan hastaların %55,9'u (n=207) kronik hastalığı olduğu, %50,23'ü (n=109) kardiyovasküler sistemi hastalıkları olduğu, %56,8'i (n=210) sürekli ilaç kullandığı görülmüştür.

Çalışmaya katılan hastaların %54,1'in (n=200) ailesinde kanser öyküsü olduğu, %93,2'sinin (n=345) hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi aldığı, %69,7'si (n=258) reçete ve tedavi dışı herhangi bir ilaç/vitamin/mineral veya gıda takviyesi kullanmadığı, %59,2'si (n=219) yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişiye ihtiyacı olduğu, bu kişinin çoğunlukla %30,1 (n=66) çocukları olduğu, %53'ü (n=174) hayat tarzında hastalığa bağlı değişim olmadığı görülmüştür.

Hastaların %44,3'ü (n=164) meme kanseri, %43,2'si (n=160) III. evre, 46,8'i (n=173) 6 ve üzeri kür kemoterapi aldığı, 76,5'i (n=283) kemoterapi dışında bir tedavi aldığı, 35,4'ü (n=131) tedavi alanlarında radyoterapi tedavisi aldığı, tedavi süresi ortalama  $5,49 \pm 2,73$  ay, 37,8'i (n=140) tedavi sürecinde hastaları en fazla olumsuz yönde etkileyen sorun fiziksel sorunlardır (ağrı, kas krampları, yorgunluk).

### 4.3. Kanser Güçlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular

**Tablo 4.3: Kanser Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları**

<b>Madde Sayısı</b>	<b>Ort±Ss</b>	<b>Medyan (Min-Maks)</b>	
<b>Kişisel Güç</b>	19	72.92±11.98	74 (23-95)
<b>Sosyal Destek</b>	9	34.62±5.74	35 (14-45)
<b>Sağlık Bakımı</b>	6	22.78±4.11	23 (6-30)
<b>Topluluk</b>	6	21.48±4.24	22 (8-30)
<b>KGÖ Toplam</b>	40	151.80±23.23	153 (52-191)

Hastaların Kanser Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç” alt boyutundan aldıkları puanlar 23 ile 95 arasında değişmekte olup, ortalama puan 72,92±11,98 olarak, “Sosyal Destek” alt boyutundan aldıkları puanlar 14 ile 45 puan arasında değişmekte olup, ortalama puan 34,62±5,74 olarak, “Sağlık Bakımı” alt boyutundan aldıkları puanlar 6 ile 30 puan arasında değişmekte olup, ortalama puan 22,78±4,11 olarak, “Topluluk” alt boyutundan aldıkları puanlar 8 ile 30 puan arasında değişmekte olup, ortalama puan 21,48±4,24 olarak belirlenmiş olup, ölçek toplamından aldıkları puanlar 52 ile 191 arasında değişmekte olup, ortalama puan 151,80±23,23 olarak ortalamanın üzerinde olduğu bulunmuştur.

#### 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kanser Güçlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular

**Tablo 4.4: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kanser Güçlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=370)**

	Kişisel Güç		Sosyal Destek		Sağlık Bakımı		Topluluk		Toplam	
	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
<b>Yaş</b>										
<40 yaş (n=39)	78.08±9.48	80 (52-95)	35.72±5.41	35 (22-44)	22.95±4.33	23 (12-30)	21.21±4.39	20 (15-30)	157.95±19.41	159 (105-189)
40-49 yaş (n=84)	73.29±13.96	76 (30-94)	34.62±6.24	35 (19-45)	22.86±4.32	24 (12-30)	21.36±4.25	22 (12-30)	152.12±25.92	157.5 (83-191)
50-64 yaş (n=157)	72.59±11.01	73 (28-94)	34.47±5.45	34 (19-45)	22.66±3.97	23 (9-30)	21.97±4.12	23 (9-30)	151.69±22.43	152 (68-191)
≥65 yaş (n=90)	70.93±12.12	73 (23-93)	34.39±5.91	35 (14-45)	22.84±4.13	24 (6-30)	20.87±4.33	21 (8-30)	149.03±23.32	151 (52-186)
	<i>p</i> <sup>a</sup> <b>0.019*</b>	<i>F</i> :3.360	<sup>b</sup> <b>0.643</b>	<i>F</i> :0.558	<sup>b</sup> <b>0.968</b>	<i>F</i> :0.086	<sup>b</sup> <b>0.241</b>	<i>F</i> :1.405	<sup>b</sup> <b>0.259</b>	<i>F</i> :1.346
<i>Post Hoc I&gt;4</i>										
<b>Cinsiyet</b>										
Kadın(n=247)	73.09±12.53	74 (23-95)	34.79±5.89	35 (14-45)	22.7±4.16	24 (6-30)	21.55±4.1	22 (9-30)	152.13±24.03	155 (52-191)
Erkek (n= 123)	72.59±10.86	73 (35-93)	34.28±5.42	34 (17-45)	22.94±4.03	23 (10-30)	21.34±4.52	22 (8-30)	151.15±21.61	151 (82-189)
	<i>p</i> <sup>a</sup> <b>0.702</b>	<i>T</i> :0.383	<sup>a</sup> <b>0.422</b>	<i>T</i> :0.804	<sup>a</sup> <b>0.587</b>	<i>T</i> :-0.543	<sup>a</sup> <b>0.655</b>	<i>T</i> :0.447	<sup>a</sup> <b>0.703</b>	<i>T</i> :0.381
<b>Medeni durum</b>										
Evli (n=291)	72.25±11.92	73 (28-94)	34.54±5.63	35 (17-45)	22.7±4.02	23 (9-30)	21.45±4.09	22 (8-30)	150.93±22.89	153 (68-191)
Bekar (n=79)	75.42±11.97	78 (23-95)	34.91±6.14	35 (14-45)	23.05±4.45	24 (6-30)	21.61±4.77	22 (9-30)	154.99±24.33	156 (52-191)
	<i>p</i> <sup>a</sup> <b>0.037*</b>	<i>T</i> :-2.095	<sup>a</sup> <b>0.607</b>	<i>T</i> :-0.515	<sup>a</sup> <b>0.508</b>	<i>T</i> :-0.663	<sup>a</sup> <b>0.765</b>	<i>T</i> :-0.299	<sup>a</sup> <b>0.169</b>	<i>T</i> :-1.329
<b>Çalışma durumu</b>										
Çalışıyor (n=74)	75.62±11.37	78 (28-95)	34.54±5.72	34.5 (19-45)	22.76±4.33	23 (9-30)	21.01±4.18	21 (12-30)	153.93±22.75	155 (68-189)
Çalışmıyor (n=296)	72.25±12.06	73 (23-94)	34.64±5.75	35 (14-45)	22.78±4.06	24 (6-30)	21.6±4.25	22 (8-30)	151.27±23.36	152.5 (52-191)
	<i>p</i> <sup>a</sup> <b>0.030*</b>	<i>T</i> :2.176	<sup>a</sup> <b>0.899</b>	<i>T</i> :-0.127	<sup>a</sup> <b>0.960</b>	<i>T</i> :-0.051	<sup>a</sup> <b>0.289</b>	<i>T</i> :-1.061	<sup>a</sup> <b>0.378</b>	<i>T</i> :0.883
<b>Meslek</b>										
Serbest meslek (n=50)	74.46±12.55	76.5 (45-93)	34.78±5.6	34 (21-44)	22.86±4.66	24 (10-30)	22.86±4.6	23.5 (13-30)	154.96±24.88	158 (93-191)
Ev hanımı (n=139)	72.53±11.06	73 (30-91)	35.04±5.34	35 (19-45)	22.67±3.97	23 (12-30)	21.6±3.85	22 (12-30)	151.83±21.62	154 (83-189)
Memur (n=21)	74.24±14.43	76 (28-95)	33.9±6.21	34 (19-44)	22±4.8	23 (9-28)	20.1±3.82	20 (12-28)	150.24±26.23	155 (68-180)
İşçi (n=39)	75.82±12.19	78 (37-94)	35.31±6.11	36 (23-45)	22.95±4.61	23 (12-30)	21±4.51	21 (9-30)	155.08±23.93	158 (97-191)
Emekli (n=121)	71.58±12.25	73 (23-94)	34.02±6.04	34 (14-45)	22.98±3.79	23.5 (6-29)	21.21±4.4	22 (8-30)	149.78±23.75	151 (52-189)
	<i>p</i> <sup>b</sup> <b>0.289</b>	<i>F</i> :1.251	<sup>b</sup> <b>0.562</b>	<i>F</i> :0.744	<sup>b</sup> <b>0.878</b>	<i>F</i> :0.300	<sup>b</sup> <b>0.070</b>	<i>F</i> :2.188	<sup>b</sup> <b>0.612</b>	<i>F</i> :0.671
<b>Eğitim durumu</b>										
İlkokul ve altı (n=183)	72.07±11.44	73 (30-94)	34.92±5.38	35 (17-45)	22.91±3.83	23 (12-30)	21.63±4.11	22 (8-30)	151.52±21.92	153 (82-191)
Ortaokul (n=56)	70.84±12.17	72 (23-89)	33.27±6.05	33.5 (14-45)	22.2±4.45	23 (6-29)	21.11±4.54	21 (9-29)	147.41±24.39	148 (52-181)
Lise (n=87)	75.33±11.68	76 (45-95)	34.4±5.62	34 (21-45)	22.74±4.36	24 (10-30)	21.52±4.45	22 (12-30)	153.99±23.54	152 (93-191)
Lisans/ Lisansüstü (n=44)	74.36±13.91	78 (28-90)	35.5±6.81	36 (19-44)	23.07±4.36	24 (9-30)	21.27±4.05	21 (12-30)	154.2±26.21	159 (68-187)
	<i>p</i> <sup>b</sup> <b>0.079</b>	<i>F</i> :2.281	<sup>b</sup> <b>0.190</b>	<i>F</i> :1.596	<sup>b</sup> <b>0.677</b>	<i>F</i> :0.508	<sup>b</sup> <b>0.858</b>	<i>F</i> :0.255	<sup>b</sup> <b>0.353</b>	<i>F</i> :1.090

**Tablo 4.4: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kanser Güçlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=370) (Devamı)**

	Kişisel Güç		Sosyal Destek		Kanser Güçlendirme Ölçeği Sağlık Bakımı		Topluluk		Toplam	
	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
<b>Sosyal güvence</b>										
<b>Var (n=310)</b>	73.2±11.79	74 (23-95)	34.67±5.76	35 (14-45)	22.92±4.05	23 (6-30)	21.49±4.22	22 (8-30)	152.28±23	155 (52-191)
<b>Yok (n=60)</b>	71.48±12.96	71.5 (30-93)	34.32±5.68	35 (19-43)	22.05±4.37	23 (13-30)	21.45±4.35	21 (12-30)	149.3±24.45	151 (83-191)
<b>p</b>	<sup>a</sup> 0.310	T:1.018	<sup>a</sup> 0.659	T:0.441	<sup>a</sup> 0.134	T:1.501	<sup>a</sup> 0.951	T:0.062	<sup>a</sup> 0.363	T:0.910
<b>Gelir durumu</b>										
<b>Gelir giderden az (n=190)</b>	72.04±12.86	73 (23-94)	34.42±5.92	34 (14-45)	22.77±4.08	23 (6-30)	21.59±4.16	22 (9-30)	150.81±24.36	152 (52-191)
<b>Gelir gidere denk (n=156)</b>	73.62±10.99	75 (28-92)	34.56±5.57	35 (19-44)	22.88±4.03	23 (9-30)	21.43±4.35	22 (8-30)	152.49±22.31	155 (68-189)
<b>Gelir giderden fazla (n=24)</b>	75.42±10.73	74.5 (55-95)	36.58±5.11	37 (26-45)	22.17±4.94	21.5 (10-30)	20.96±4.25	21 (10-30)	155.13±20.15	154 (125-189)
<b>p</b>	<sup>b</sup> 0.272	F:1.306	<sup>b</sup> 0.216	F:1.540	<sup>b</sup> 0.729	F:0.317	<sup>b</sup> 0.775	F:0.255	<sup>b</sup> 0.615	F:0.489
<b>Kronik hastalık varlığı</b>										
<b>Evet (n=163)</b>	71.26±12.89	73 (23-94)	34.17±6.08	34 (14-45)	22.54±4.19	23 (6-30)	21.36±4.16	22 (8-30)	149.33±24.73	152 (52-191)
<b>Hayır (n=207)</b>	74.23±11.07	75 (38-95)	34.97±5.44	35 (21-45)	22.97±4.05	24 (10-30)	21.58±4.31	22 (9-30)	153.75±21.85	155 (94-191)
<b>p</b>	<sup>a</sup> 0.018*	T:-2.380	<sup>a</sup> 0.180	T:-1.342	<sup>a</sup> 0.323	T:-0.990	<sup>a</sup> 0.615	T:-0.504	<sup>a</sup> 0.069	T:-1.824
<b>Sürekli ilaç kullanımı</b>										
<b>Evet (n=210)</b>	71.35±12.59	73 (23-94)	34.22±5.86	34 (14-45)	22.52±4.06	23 (6-30)	21.27±4.06	22 (8-30)	149.36±23.85	151.5 (52-191)
<b>Hayır (n=60)</b>	74.99±10.83	76 (38-95)	35.14±5.55	35 (22-45)	23.12±4.17	24 (10-30)	21.76±4.45	22 (9-30)	155.01±22.05	157 (94-191)
<b>p</b>	<sup>a</sup> 0.004**	T:-2.929	<sup>a</sup> 0.127	T:-1.528	<sup>a</sup> 0.165	T:-1.391	<sup>a</sup> 0.276	T:-1.090	<sup>a</sup> 0.020*	T:-2.331
<b>Çocuk varlığı</b>										
<b>Yok (n=60)</b>	77.50±8.99	78.5 (52-95)	36.03±4.95	36 (22-44)	24.12±3.88	24 (12-30)	22.33±3.79	23 (16-30)	159.98±17.61	159 (105-189)
<b>Var (n=310)</b>	72.04±12.3	73 (23-94)	34.34±5.84	35 (14-45)	22.52±4.11	23 (6-30)	21.32±4.31	22 (8-30)	150.22±23.87	152 (52-191)
<b>p</b>	<sup>a</sup> 0.001*	T:4.033	<sup>a</sup> 0.036*	T:2.100	<sup>a</sup> 0.006**	T:2.779	<sup>a</sup> 0.089	T:1.706	<sup>a</sup> 0.001**	T:3.691

<sup>a</sup>Kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

<sup>a</sup>Student t test

<sup>b</sup>Oneway ANOVA test

\*p<0.05

\*\*p<0.01

Hastaların yaşlarına göre Kanser Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,019$ ). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; 40 yaş altındakilerin aldıkları puanlar 65 yaş ve üzerinelilerden istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p=0,011$ ).

Hastaların medeni durumlarına göre bekarların ve çalışanların Kanser Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç” alt boyutundan aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0,037$ ,  $p=0,030$ ).

Hastaların kronik hastalık varlıklarına göre hastaların Kanser Güçlendirme Ölçeği “Sosyal Destek”, “Sağlık Bakımı”, “Topluluk” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Ancak kronik hastalığı olmayanların Kanser Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç” alt boyutundan aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p=0,018$ ).

Hastaların sürekli ilaç kullanımlarına göre Kanser Güçlendirme Ölçeği “Sosyal Destek”, “Sağlık Bakımı”, “Topluluk” alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Sürekli ilaç kullanmayan hastaların Kanser Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç” alt boyutundan ve ölçeği toplamından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p=0,004$ ,  $p=0,020$ ).

Çocuğu olmayanların Kanser Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç”, “Sosyal Destek”, “Sağlık Bakımı” alt boyutundan ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p=0,001$ ,  $p=0,036$ ,  $p=0,006$ ,  $p=0,001$ ).

Hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, çalışma durumu, eğitim durumu, sosyal güvence varlığı ve gelir durumuna göre hastaların Kanser Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç”, “Sosyal Destek”, “Sağlık Bakımı”, “Topluluk” toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.5: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Kanser Güçlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=370)**

	Kanser Güçlendirme Ölçeği									
	Kişisel Güç		Sosyal Destek		Sağlık Bakımı		Topluluk		Toplam	
	Ort±Ss	Medyan (Min- Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min- Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min- Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min- Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min- Maks)
<b>Kanser türü</b>										
Meme CA (n=164)	73.28±12.78	75 (28-95)	34.78±5.92	35 (19-45)	22.76±4.14	24 (9-30)	21.57±4.11	22 (12-30)	152.40±24.38	156.5 (68-191)
Kolon CA (n=34)	75.03±10.38	74 (50-93)	35.29±4.90	34.5 (25-45)	22.79±3.96	23 (13-30)	21.47±4.53	21 (9-30)	154.59±20.72	152 (97-191)
Mide CA (n=27)	69.15±12.71	71 (35-88)	33.26±6.53	33 (17-45)	21.30±3.96	20 (10-29)	20.07±4.26	20 (10-27)	143.78±23.51	149 (82-187)
Üro-genital CA (n=55)	72.78±11.94	74 (23-91)	34.64±5.78	35 (14-44)	23.38±4.32	23 (6-29)	22.15±4.39	22 (9-30)	152.95±24.19	153 (52-186)
Pankreas CA (n=18)	71.39±8.96	73 (54-88)	33.78±4.93	35 (23-39)	20.94±3.75	21 (16-29)	20.56±3.99	20 (15-29)	146.67±19.07	146 (115-176)
Lenfoid CA (n=6)	71.00±13.42	72.5 (51-90)	32.17±7.36	31.5 (22-41)	20.50±4.04	21.5 (13-24)	19.33±3.39	18.5 (17-26)	143.00±24.58	142 (105-171)
Hematolojik CA (n=5)	74.20±14.20	80 (54-87)	36.00±9.27	39 (21-45)	24.20±1.92	24 (22-27)	20.80±4.60	23 (15-26)	155.20±28.97	169 (113-183)
Gırtlak ve soluk borusu CA (n=9)	64.22±13.94	62 (45-86)	31.44±5.57	33 (21-40)	21.11±4.48	21 (14-27)	18.78±6.36	20 (8-27)	135.56±24.61	137 (93-176)
Akciğer CA (n=33)	73.52±10.11	74 (51-93)	34.82±5.17	34 (23-43)	24.61±3.16	24 (16-30)	22.55±3.54	23 (15-29)	155.48±19.36	157 (115-186)
Diğer(n=19)	76.68±8.85	78 (57-90)	36.21±4.20	37 (26-42)	22.95±4.58	24 (14-30)	21.95±4.2	24 (16-29)	157.79±18.44	162 (115-183)
	<i>p</i> <sup>c</sup> 0.255	<i>H</i> :11.305	<sup>c</sup> 0.489	<i>H</i> :8.458	<sup>c</sup> 0.008**	<i>H</i> :22.193	<sup>c</sup> 0.237	<i>H</i> :11.592	<sup>c</sup> 0.136	<i>H</i> :13.645
	<i>Post Hoc</i>				<b>9&gt;3,5</b>					
<b>Kanser evresi</b>										
I. evre (n=30)	75.33±14.12	78 (28-93)	35.40±5.95	36 (19-45)	22.47±4.62	24 (9-29)	21.87±5.04	22.5 (9-30)	155.07±27.16	157 (68-191)
II. evre (n=74)	72.76±12.09	74 (39-90)	34.61±6.05	34.5 (19-45)	22.80±4.15	24 (13-30)	21.32±4.26	22 (12-30)	151.49±24.35	157 (84-189)
III. evre (n=160)	73.02±11.06	73 (37-95)	34.63±5.38	34.5 (21-44)	22.74±4.02	23 (10-30)	21.41±4.14	22 (8-30)	151.81±21.67	152.5 (93-187)
IV. evre (n=106)	72.22±12.67	73.5 (23-94)	34.38±6.04	35 (14-45)	22.91±4.13	24 (6-30)	21.58±4.18	22 (9-30)	151.08±23.79	152 (52-191)
	<i>p</i> <sup>b</sup> 0.660	<i>F</i> :0.247	<sup>b</sup> 0.864	<i>F</i> :0.247	<sup>b</sup> 0.963	<i>F</i> :0.095	<sup>b</sup> 0.929	<i>F</i> :0.151	<sup>b</sup> 0.873	<i>F</i> :0.234
<b>Alınan Kemoterapi Kürü Sayısı</b>										
1 (n=24)	76.17±16.15	82 (28-93)	35.21±7.44	38.5 (19-45)	23.88±4.71	24.5 (9-30)	23.00±5.31	21.5 (12-30)	158.25±31.82	170.5 (68-191)
2 (n=42)	69.60±11.51	70.5 (38-88)	33.02±6.16	33 (19-44)	22.19±3.82	22 (12-30)	20.40±4.66	19 (8-30)	145.21±23.35	147 (84-187)
3 (n=53)	73.04±10.21	75 (45-95)	34.98±5.61	35 (21-43)	22.79±3.96	23 (12-29)	21.38±3.9	21 (13-28)	152.19±20.51	155 (93-182)
4 (n=42)	74.38±11.13	75.5 (43-91)	35.07±5.19	35 (24-43)	22.26±3.78	23 (15-28)	21.45±3.91	22 (14-29)	153.17±21.35	152 (100-182)
5 (n=36)	75.81±8.62	76 (54-93)	35.64±5.26	36 (21-45)	23.47±3.64	23.5 (10-29)	21.53±4.4	21.5 (10-30)	156.44±17.02	157.5 (110-186)
6 ve üzeri (n=173)	72.29±12.60	74 (23-94)	34.49±5.62	35 (14-45)	22.75±4.31	23 (6-30)	21.56±4.1	22 (9-30)	151.09±24.00	153 (52-189)
	<i>p</i> <sup>b</sup> 0.146	<i>F</i> :1.651	<sup>b</sup> 0.393	<i>F</i> :1.042	<sup>b</sup> 0.514	<i>F</i> :0.851	<sup>b</sup> 0.318	<i>F</i> :1.181	<sup>b</sup> 0.222	<i>F</i> :1.405
<sup>c</sup> Kruskal Wallis Ttest	<sup>b</sup> Oneway ANOVA Test				* <i>p</i> <0.05		** <i>p</i> <0.01			

**Tablo 4.5: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Kanser Güçlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=370) (Devamı)**

	Kişisel Güç		Sosyal Destek		Sağlık Bakımı		Topluluk		Toplam	
	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
<b>Kemoterapi dışında tedavi varlığı</b>										
<b>Evet (n=283)</b>	73.36±11.14	74 (39-91)	34.8±5.62	35 (19-45)	22.47±4.5	23 (10-30)	21.68±4.35	22 (8-30)	152.31±22.98	155 (84-191)
<b>Hayır (n=87)</b>	72.79±12.25	74 (23-95)	34.56±5.78	35 (14-45)	22.87±3.99	23 (6-30)	21.42±4.21	22 (9-30)	151.64±23.35	153 (52-191)
<b>p</b>	<sup>a</sup> 0.701	T:0.384	<sup>b</sup> 0.727	T:0.350	<sup>b</sup> 0.456	T:-0.747	<sup>b</sup> 0.621	T:0.495	<sup>b</sup> 0.815	T:0.234
<b>Cerrahi tedavi</b>										
<b>Evet (n=130)</b>	74.77±11.4	77 (28-94)	35.45±5.56	36 (19-45)	23.24±4.05	24 (9-30)	21.69±4.43	22 (9-30)	155.15±22.42	157 (68-191)
<b>Hayır (n=153)</b>	71.93±12.2	73 (23-95)	34.17±5.79	34 (14-45)	22.53±4.13	23 (6-30)	21.37±4.14	22 (8-30)	149.99±23.51	152 (52-191)
<b>p</b>	<sup>a</sup> 0.029*	T:2.191	<sup>a</sup> 0.040*	T:2.057	<sup>a</sup> 0.113	T:1.587	<sup>a</sup> 0.481	T:0.705	<sup>a</sup> 0.041*	T:2.048
<b>Radyoterapi</b>										
<b>Evet (n=131)</b>	72.28±10.82	73 (35-94)	34.03±5.63	34 (17-45)	23.01±3.57	23 (13-30)	20.95±3.89	21 (11-30)	150.27±20.84	151 (82-189)
<b>Hayır (n=152)</b>	73.28±12.58	74 (23-95)	34.94±5.78	35 (14-45)	22.65±4.38	23 (6-30)	21.77±4.4	22 (8-30)	152.64±24.45	156 (52-191)
<b>p</b>	<sup>a</sup> 0.446	T:-0.747	<sup>a</sup> 0.146	T:-1.456	<sup>a</sup> 0.401	T:0.842	<sup>a</sup> 0.072	T:-1.801	<sup>a</sup> 0.348	T:-0.939
<b>İmmünoterapi</b>										
<b>Evet (n=19)</b>	69.84±14.86	75 (23-86)	32.05±7.1	33 (14-41)	22.26±4.93	23 (6-28)	20.74±5.22	23 (9-27)	144.89±30.01	152 (52-181)
<b>Hayır (n=264)</b>	73.09±11.81	74 (28-95)	34.75±5.63	35 (17-45)	22.81±4.07	23 (9-30)	21.52±4.18	22 (8-30)	152.17±22.8	153 (68-191)
<b>p</b>	<sup>a</sup> 0.250	T:-1.151	<sup>a</sup> 0.045*	T:-2.008	<sup>a</sup> 0.576	T:-0.560	<sup>a</sup> 0.433	T:-0.785	<sup>a</sup> 0.184	T:-1.332
<b>Diğer tedavi</b>										
<b>Evet (n=23)</b>	74.48±9.54	76 (54-88)	35.87±5.82	36 (20-45)	23.26±3.67	24 (17-30)	21.96±3.76	23 (12-28)	155.57±20.07	162 (108-185)
<b>Hayır (n=260)</b>	72.82±12.13	74 (23-95)	34.53±5.73	35 (14-45)	22.75±4.14	23 (6-30)	21.45±4.27	22 (8-30)	151.55±23.43	153 (52-191)
<b>p</b>	<sup>a</sup> 0.522	T:0.642	<sup>a</sup> 0.280	T:1.082	<sup>a</sup> 0.562	T:0.581	<sup>a</sup> 0.579	T:0.555	<sup>a</sup> 0.423	T:0.802
<b>Tedavi sürecinde en fazla olumsuz yönde etkileyen sorun</b>										
<b>Fiziksel sorunlar (ağrı, kas krampları, yorgunluk) (n=140)</b>	73.63±11.07	74.5 (38-95)	34.79±4.75	35 (19-44)	23.10±3.73	24 (10-30)	22.06±4.06	23 (8-30)	153.58±20.76	156.5(84-189)
<b>Beslenme ile ilgili sorunlar (iştahsızlık, bulantı-kusma, kısıtlamalar) (n=84)</b>	73.46±11.57	74 (35-93)	34.98±6.07	35 (17-45)	22.68±4.4	23 (10-29)	21.29±4.27	22 (9-30)	152.4±23.39	152.5(82-191)
<b>Hastalığa bağlı fiziksel görünümle ilgili sorunlar (n=56)</b>	71.70±13.04	74.5 (30-93)	33.91±6.44	34 (19-44)	22.64±4.38	23 (12-30)	21.63±4.02	21.5 (14-30)	149.88±25.47	153 (83-191)
<b>Yalnızlık, iş/okul ortamından ve sosyal çevreden uzaklaşma (n=38)</b>	72.95±13.28	73.5 (23-94)	34.92±6.82	35 (14-44)	22.76±4.74	24 (6-29)	20.92±4.98	20 (9-30)	151.55±27.73	151 (52-186)
<b>Hastaneye bağımlı olma durumu (n=52)</b>	71.46±13.06	73 (28-90)	34.10±6.08	34.5 (19-44)	22.23±3.91	23 (9-30)	20.50±4.20	21 (12-30)	148.29±23.60	151.5(68-187)
<b>p</b>	<sup>b</sup> 0.735	F:0.501	<sup>b</sup> 0.766	F:0.459	<sup>b</sup> 0.758	F:0.470	<sup>b</sup> 0.179	F:1.580	<sup>b</sup> 0.611	F:0.655

<sup>a</sup>Student t test

<sup>b</sup>Oneway ANOVA test

\* $p < 0.05$

\*\* $p < 0.01$

**Tablo 4.5: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Kanser Güçlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=370) (Devamı)**

	Kanser Güçlendirme Ölçeği									
	Kişisel Güç		Sosyal Destek		Sağlık Bakımı		Topluluk		Toplam	
	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
<b>Ailede kanser öyküsü</b>										
<b>Var (n=200)</b>	72.83±11.35	74 (23-93)	34.54±5.43	34 (14-45)	22.89±3.92	23 (6-30)	21.72±4.14	22 (8-30)	151.97±22.08	152.5 (52-189)
<b>Yok (n=170)</b>	73.04±12.72	74 (30-95)	34.71±6.09	35 (19-45)	22.65±4.34	24 (10-30)	21.21±4.34	21 (9-30)	151.61±24.58	153 (83-191)
<b>p</b>	<sup>a</sup> 0.870	T:-0.164	<sup>a</sup> 0.768	T:-0.295	<sup>a</sup> 0.592	T:0.536	<sup>a</sup> 0.250	T:1.152	<sup>a</sup> 0.882	T:0.148
<b>Hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi alma</b>										
<b>Evet (n=345)</b>	73.23±12.14	74 (23-95)	34.75±5.78	35 (14-45)	22.94±4.1	24 (6-30)	21.64±4.23	22 (8-30)	152.57±23.35	154 (52-191)
<b>Hayır (n=25)</b>	68.64±8.65	67 (50-83)	32.8±4.92	33 (25-43)	20.48±3.58	20 (13-29)	19.28±3.77	18 (9-27)	141.2±18.94	141 (97-181)
<b>p</b>	<sup>a</sup> 0.064	T:1.857	<sup>a</sup> 0.101	T:1.643	<sup>a</sup> 0.004**	T:2.924	<sup>a</sup> 0.007**	T:2.712	<sup>a</sup> 0.018*	T:2.377
<b>Aldığı tedaviye bağlı istenmeyen, olumsuz etki ve/veya hastalık</b>										
<b>Evet (n=128)</b>	74.00±10.01	75 (35-95)	34.74±4.89	34 (17-45)	22.73±3.81	23 (10-30)	21.05±4.16	21 (9-30)	152.52±19.02	152 (82-189)
<b>Hayır (n=242)</b>	72.36±12.89	73 (23-94)	34.55±6.15	35 (14-45)	22.81±4.27	23.5 (6-30)	21.71±4.27	22 (8-30)	151.42±25.2	154.5 (52-191)
<b>p</b>	<sup>a</sup> 0.176	T:1.357	<sup>a</sup> 0.742	T:0.329	<sup>a</sup> 0.860	T:-0.176	<sup>a</sup> 0.160	T:-1.409	<sup>a</sup> 0.636	T:0.474
<b>Reçete ve tedavi dışı ilaç/vitamin/mineral veya gıda takviyesi kullanma</b>										
<b>Evet (n=112)</b>	71.87±13.33	73 (30-94)	34.12±6.29	34 (19-45)	22.67±4.02	23 (10-30)	21.25±4.19	21 (10-30)	149.9±24.77	152 (83-191)
<b>Hayır (n=258)</b>	73.38±11.35	74 (23-95)	34.83±5.48	35 (14-45)	22.83±4.16	24 (6-30)	21.58±4.26	22 (8-30)	152.62±22.53	155 (52-191)
<b>p</b>	<sup>a</sup> 0.264	T:-1.119	<sup>a</sup> 0.270	T:-1.105	<sup>a</sup> 0.738	T:-0.335	<sup>a</sup> 0.490	T:-0.691	<sup>a</sup> 0.301	T:-1.036
<b>Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi varlığı</b>										
<b>Evet (n=219)</b>	72.85±11.98	73 (23-93)	34.79±5.72	35 (14-45)	22.86±4.03	23 (6-30)	21.47±4.31	22 (8-30)	151.96±22.97	153 (52-191)
<b>Hayır (n=151)</b>	73.03±12.03	75 (28-95)	34.36±5.77	35 (19-45)	22.66±4.24	23 (9-30)	21.5±4.15	22 (12-30)	151.56±23.68	153 (68-189)
<b>p</b>	<sup>a</sup> 0.885	T:-0.145	<sup>a</sup> 0.484	T:0.701	<sup>a</sup> 0.653	T:0.451	<sup>a</sup> 0.933	T:-0.084	<sup>a</sup> 0.871	T:0.163
<b>Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim varlığı</b>										
<b>Evet (n=174)</b>	72.27±13.04	73 (23-94)	34.57±5.95	34 (14-45)	22.44±3.92	23 (6-29)	21.24±4.21	22 (9-30)	150.52±23.78	152 (52-191)
<b>Hayır (n=196)</b>	73.51±10.96	74 (28-95)	34.65±5.56	35 (19-44)	23.08±4.27	23.5 (9-30)	21.7±4.26	22 (8-30)	152.93±22.74	155.5 (68-189)
<b>p</b>	<sup>a</sup> 0.323	T:-0.989	<sup>a</sup> 0.896	T:-0.131	<sup>a</sup> 0.139	T:-1.483	<sup>a</sup> 0.295	T:-1.050	<sup>a</sup> 0.320	T:-0.996

<sup>a</sup>Student T test

\* $p < 0.05$

\*\* $p < 0.01$

Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre kanser güçlendirme ölçeği toplam ve alt boyutlarının karşılaştırılması neticesinde hastaların kanser türlerine göre Kanser Güçlendirme Ölçeği “Sağlık Bakımı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,008$ ). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; Akciğer kanseri olanların puanları Mide kanseri ve Pankreas kanseri olanlardan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p=0,001$ ,  $p=0,00$ ).

Kanser türlerine, alınan kemoterapi kür sayısına ve evrelerine göre hastaların Kanser Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç”, “Sosyal Destek”, “Topluluk” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Kemoterapi dışında İmmünoterapi tedavisi alan hastaların Kanser Güçlendirme Ölçeği “Sosyal Destek” alt boyutundan aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır ( $p=0,045$ ).

Hastaların kemoterapi dışında tedavi almasına göre Kanser Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç”, “Sosyal Destek”, “Sağlık Bakımı”, “Topluluk” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Kemoterapi dışında cerrahi tedavi alanların Kanser Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç”, “Sosyal Destek” alt boyutundan ve toplamından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p=0,029$ ,  $p=0,040$ ,  $p=0,041$ ).

Kemoterapi dışında Cerrahi tedavi varlığına göre hastaların Kanser Güçlendirme Ölçeği “Sağlık Bakımı”, “Topluluk” alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Hastaların kemoterapi dışında Radyoterapi, İmmünoterapi ve diğer tedavi varlığına göre Kanser Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç”, “Sosyal Destek”, “Sağlık Bakımı”, “Topluluk” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Hastaların tedavi sürecinde en fazla olumsuz yönde etkileyen soruna göre Kansere Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç”, “Sosyal Destek”, “Sağlık Bakımı”, “Topluluk” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Ailede kanser öyküsü, hayat tarzında hastalığa bağlı değişim, yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi, reçete ve tedavi dışı ilaç/vitamin/mineral veya gıda takviyesi ve aldığı tedaviye bağlı istenmeyen, olumsuz etki ve/veya hastalık varlığına göre hastaların Kansere Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç”, “Sosyal Destek”, “Sağlık Bakımı”, “Topluluk” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Hastaların hastalığı ve tedavi ile ilgili bilgi alma durumuna göre Kansere Güçlendirme Ölçeği “Sağlık Bakımı”, Topluluk” alt boyutundan ve ölçeği toplamından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p=0,004$ ;  $p<0,01$ ,  $p=0,007$ ;  $p<0,01$ ,  $p=0,018$ ;  $p<0,05$ ).

Hastaların hastalığı ve tedavi ile ilgili bilgi alma durumuna göre Kansere Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç”, “Sosyal Destek” alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

#### 4.5. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular

**Tablo 4.6: Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları**

	<b>Madde Sayısı</b>	<b>Medyan (Min-Maks)</b>	<b>Ort±Ss</b>
<b>Global Distres İndeksi</b>	10	2 (0.3-4)	2.10±0.70
<b>Fiziksel Semptom Distres Skoru</b>	12	2 (0.8-3.8)	2.07±0.57
<b>Psikolojik Semptom Distres Skoru</b>	6	2 (0.7-4)	2.13±0.70
<b>Toplam MSDÖ Puanı</b>	32	2 (0.9-3.6)	2.04±0.51

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği, *Global Distres İndeksi* puanları 0,3 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama puan 2,10±0,70 olarak, *Fiziksel Semptom Distres Skoru* 0,8 ile 3,8 arasında değişmekte olup, ortalama 2,07±0,57 olarak, *Psikolojik Semptom Distres Skoru* 0,7 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama 2,13±0,70 olarak, Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği toplamından aldıkları puanlar 0,9 ile 3,6 arasında değişmekte olup, ortalama puan 2,04±0,51 olarak belirlenmiştir.

#### 4.6. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular

**Tablo 4.7: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=370)**

	Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği							
	Global Distres İndeksi		Fiziksel Semptom Distres Skoru		Psikolojik Semptom Distres Skoru		Toplam MSDÖ	
	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
<b>Cinsiyet</b>								
<b>Kadın(n=247)</b>	2.11±0.71	2 (0.3-4)	2.10±0.57	2 (0.8-3.8)	2.13±0.70	2 (0.7-4)	2.05±0.51	2 (0.9-3.6)
<b>Erkek (n= 123)</b>	2.09±0.67	2 (0.7-3.5)	2.02±0.55	2 (0.8-3.3)	2.14±0.70	2 (0.9-4)	2.01±0.52	2 (1.1-3.2)
	<i>p</i> <sup>a</sup> 0.799	<i>T</i> :0.255	<sup>a</sup> 0.187	<i>T</i> :1.321	<sup>a</sup> 0.872	<i>T</i> :-0.162	<sup>a</sup> 0.444	<i>T</i> :0.766
<b>Yaş</b>								
<b>&lt;40 yaş (n=39)</b>	2.00±0.72	1.9 (0.9-4)	2.09±0.59	2 (1.2-3.8)	2.04±0.57	1.9 (1.3-3.7)	2.04±0.48	2 (1.3-3.6)
<b>40-49 yaş (n=84)</b>	2.17±0.74	2.2 (0.7-3.9)	2.06±0.61	2 (0.8-3.4)	2.13±0.75	1.9 (0.7-4)	2.08±0.56	2.1 (1.1-3.5)
<b>50-64 yaş (n=157)</b>	2.05±0.66	2 (0.3-3.6)	2.06±0.55	2 (1-3.6)	2.09±0.7	2 (0.7-3.8)	2±0.48	1.9 (0.9-3.4)
<b>≥65 yaş (n=90)</b>	2.16±0.7	2.2 (0.5-3.8)	2.10±0.55	2.1 (0.8-3.3)	2.25±0.69	2.2 (1-4)	2.06±0.52	2 (0.9-3.1)
	<i>p</i> <sup>b</sup> 0.385	<i>F</i> :1.017	<sup>b</sup> 0.953	<i>F</i> :0.113	<sup>b</sup> 0.319	<i>F</i> :1.176	<sup>b</sup> 0.698	<i>F</i> :0.478
<b>Medeni durum</b>								
<b>Evli (n=291)</b>	2.12±0.70	2.1 (0.3-4)	2.07±0.58	2 (0.8-3.8)	2.17±0.70	2 (0.7-4)	2.04±0.52	2 (0.9-3.6)
<b>Bekar (n=79)</b>	2.03±0.67	1.9 (0.9-3.6)	2.09±0.52	2 (1.1-3.6)	2.01±0.66	1.9 (0.7-3.7)	2.01±0.46	2 (1.2-3.4)
	<i>p</i> <sup>a</sup> 0.337	<i>T</i> :0.961	<sup>a</sup> 0.835	<i>T</i> :-0.209	<sup>a</sup> 0.081	<i>T</i> :1.748	<sup>a</sup> 0.617	<i>T</i> :0.500

**Tablo 4.7: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=370) (Devamı)**

	Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği							
	Global Distres İndeksi		Fiziksel Semptom Distres Skoru		Psikolojik Semptom Distres Skoru		Toplam MSDÖ	
	<i>Ort±Ss</i>	<i>Medyan</i> ( <i>Min-Maks</i> )	<i>Ort±Ss</i>	<i>Medyan</i> ( <i>Min-Maks</i> )	<i>Ort±Ss</i>	<i>Medyan</i> ( <i>Min-Maks</i> )	<i>Ort±Ss</i>	<i>Medyan</i> ( <i>Min-Maks</i> )
<b>Çalışma Durumu</b>								
<b>Çalışıyor (n=74)</b>	1.94±0.73	1.8 (0.9-4)	1.92±0.57	1.8 (0.9-3.8)	2.02±0.72	1.9 (0.7-4)	1.92±0.53	1.8 (0.9-3.6)
<b>Çalışmıyor (n=296)</b>	2.14±0.68	2.1 (0.3-3.9)	2.11±0.56	2.1 (0.8-3.6)	2.16±0.69	2 (0.7-4)	2.07±0.5	2.1 (0.9-3.5)
	<i>p</i> <b>0.024*</b>	<i>T</i> : -2.274	<i>a</i> <b>0.009**</b>	<i>T</i> : -2.613	<i>a</i> 0.137	<i>T</i> : -1.489	<i>a</i> <b>0.022*</b>	<i>T</i> : -2.303
<b>Meslek</b>								
<b>Serbest meslek (n=50)</b>	2.1±0.64	2.3 (0.7-3.4)	2.09±0.54	2.1 (0.8-3.1)	2.19±0.65	2 (0.7-3.5)	2.07±0.47	2.1 (1.1-2.9)
<b>Ev hanımı (n=139)</b>	2.19±0.73	2.2 (0.3-3.9)	2.1±0.55	2.1 (0.8-3.6)	2.22±0.68	2.1 (0.7-4)	2.1±0.48	2.1 (0.9-3.5)
<b>Memur (n=21)</b>	1.90±0.62	1.8 (0.9-3)	1.98±0.55	1.9 (1-3.2)	1.86±0.87	1.8 (0.7-4)	1.87±0.51	1.8 (0.9-2.8)
<b>İşçi (n=39)</b>	2.04±0.76	2 (1-4)	2.14±0.7	2 (1.1-3.8)	2.12±0.67	2 (1.3-3.7)	2.09±0.60	2 (1.2-3.6)
<b>Emekli (n=121)</b>	2.05±0.67	2 (1-3.6)	2.02±0.56	2 (0.9-3.5)	2.05±0.71	1.9 (0.7-3.8)	1.97±0.52	1.9 (1.1-3.4)
	<i>p</i> <sup>b</sup> 0.322	<i>F</i> : 1.175	<sup>b</sup> 0.648	<i>F</i> : 0.621	<sup>b</sup> 0.125	<i>F</i> : 1.814	<sup>b</sup> 0.120	<i>F</i> : 1.843
<b>Eğitim durumu</b>								
<b>İlkokul ve altı (n=183)</b>	2.11±0.69	2.1 (0.3-3.8)	2.08±0.53	2 (0.8-3.6)	2.14±0.66	2 (0.7-3.8)	2.03±0.48	2 (0.9-3.3)
<b>Ortaokul (n=56)</b>	2.15±0.66	2.1 (1-3.8)	2.14±0.56	2.1 (1-3.3)	2.20±0.73	2 (0.7-4)	2.10±0.48	2.1 (1.1-3.1)
<b>Lise (n=87)</b>	2.05±0.70	2 (0.7-3.6)	2.00±0.60	2 (0.8-3.5)	2.13±0.70	2 (0.7-4)	2.00±0.54	2 (0.9-3.4)
<b>Lisans/ Lisansüstü (n=44)</b>	2.06±0.77	1.9 (0.9-4)	2.13±0.64	1.9 (1.3-3.8)	2.03±0.81	2 (0.7-3.8)	2.04±0.61	1.9 (1.2-3.6)
	<i>p</i> <sup>b</sup> 0.810	<i>F</i> : 0.322	<sup>b</sup> 0.457	<i>F</i> : 0.869	<sup>b</sup> 0.692	<i>F</i> : 0.486	<sup>b</sup> 0.688	<i>F</i> : 0.492

<sup>a</sup>Kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

<sup>a</sup>Student T test

<sup>b</sup>Oneway ANOVA Test

\**p*<0.05

\*\**p*<0.01

Tablo 4.7: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=370) (Devamı)

		Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği							
		Global Distres İndeksi		Fiziksel Semptom Distres Skoru		Psikolojik Semptom Distres Skoru		Toplam MSDÖ	
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Sosyal güvence	Var (n=310)	2.06±0.70	2 (0.3-4)	2.04±0.57	2 (0.8-3.8)	2.10±0.71	2 (0.7-4)	2.01±0.52	1.9 (0.9-3.6)
	Yok (n=60)	2.30±0.63	2.3 (0.7-3.5)	2.24±0.53	2.3 (0.8-3.6)	2.30±0.60	2.2 (1.1-3.7)	2.20±0.42	2.2 (1.1-3.1)
		<i>p</i> <sup>a</sup> 0.016*	<i>T</i> :-2.412	<i>a</i> 0.015*	<i>T</i> :-2.449	<i>a</i> 0.046*	<i>T</i> :-2.005	<i>a</i> 0.006**	<i>T</i> :-2.747
Gelir durumu	Gelir giderden az (n=190)	2.19±0.71	2.2 (0.7-4)	2.16±0.61	2.1 (0.8-3.8)	2.17±0.68	2 (0.7-4)	2.10±0.52	2.1 (1.1-3.6)
	Gelir gidere denk (n=156)	2.00±0.67	2 (0.3-3.9)	1.97±0.49	1.9 (0.8-3.4)	2.09±0.72	2 (0.7-4)	1.96±0.49	1.9 (0.9-3.5)
	Gelir giderden fazla (n=24)	2.06±0.69	2.2 (1-3.3)	2.07±0.58	2.2 (1.1-3.2)	2.19±0.69	2.2 (0.7-3.3)	2.05±0.46	2.1 (1.3-3.1)
		<i>p</i> <sup>b</sup> 0.049*	<i>F</i> :3.035	<i>b</i> 0.010*	<i>F</i> :4.679	<i>b</i> 0.543	<i>F</i> :0.612	<i>b</i> 0.038*	<i>F</i> :3.292
		<i>Post Hoc I&gt;2</i>		<i>I&gt;2</i>				<i>I&gt;2</i>	
Kronik hastalık varlığı	Evet (n=163)	2.10±0.68	2.1 (0.5-3.8)	2.11±0.55	2.1 (0.8-3.6)	2.14±0.71	2 (0.7-4)	2.06±0.48	2.1 (0.9-3.4)
	Hayır (n=207)	2.10±0.71	2 (0.3-4)	2.05±0.58	2 (0.8-3.8)	2.13±0.69	2 (0.7-4)	2.02±0.53	1.9 (1.1-3.6)
		<i>p</i> <sup>a</sup> 0.944	<i>T</i> :0.070	<i>a</i> 0.265	<i>T</i> :1.117	<i>a</i> 0.805	<i>T</i> :0.247	<i>a</i> 0.522	<i>T</i> :0.641
Sürekli ilaç kullanımı	Evet (n=210)	2.12±0.66	2.2 (0.5-3.8)	2.11±0.53	2 (0.8-3.6)	2.16±0.7	2 (0.7-4)	2.05±0.48	2 (0.9-3.4)
	Hayır (n=60)	2.07±0.74	2 (0.3-4)	2.02±0.6	2 (0.8-3.8)	2.1±0.7	2 (0.7-4)	2.02±0.54	1.9 (1.1-3.6)
		<i>p</i> <sup>a</sup> 0.484	<i>T</i> :0.700	<i>a</i> 0.128	<i>T</i> :1.525	<i>a</i> 0.423	<i>T</i> :0.803	<i>a</i> 0.490	<i>T</i> :0.691
Çocuk varlığı	Yok (n=60)	1.85±0.70	1.7 (0.7-3.8)	1.93±0.55	1.9 (0.9-3.4)	1.97±0.68	1.9 (0.7-4)	1.91±0.45	1.9 (1.1-2.9)
	Var (n=310)	2.15±0.69	2.1 (0.3-4)	2.10±0.57	2.1 (0.8-3.8)	2.17±0.70	2.1 (0.7-4)	2.06±0.52	2.1 (0.9-3.6)
		<i>p</i> <sup>a</sup> 0.002**	<i>T</i> :-3.119	<i>a</i> 0.037*	<i>T</i> :-2.096	<i>a</i> 0.040*	<i>T</i> :-2.057	<i>a</i> 0.037*	<i>T</i> :-2.095

<sup>a</sup>Student T test

<sup>b</sup>Oneway ANOVA Test

\**p*<0.05

\*\**p*<0.01

Hastaların çalışma durumlarına göre çalışmayanların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi”, “Fiziksel Semptom Distres Skoru” ve ölçek toplam puanları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (p=0,024, p=0,009, p=0,022).

Hastaların çocuğu olma durumlarına göre çocuğu olanların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi”, “Fiziksel Semptom Distres Skoru”, “Psikolojik Semptom Distres Skoru” ve ölçeğin toplamından aldıkları puanları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (p=0,002, p=0,037, p=0,040, p=0,037).

Hastaların sosyal güvence durumlarına göre, sosyal güvencesi olmayanların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi”, “Fiziksel Semptom Distres Skoru”, “Psikolojik Semptom Distres Skoru” ve ölçek toplamından aldıkları puanları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (p=0,016, p=0,015, p=0,046, p=0,006).

Hastaların gelir durumuna göre Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi”, “Fiziksel Semptom Distres Skoru” ve ölçeğin toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,049, p=0,010, p=0,038). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; geliri giderinden az olanların aldıkları puanlar, geliri giderine denk olanlardan daha yüksektir (p=0,040, p=0,007, p=0,029).

Hastaların gelir durumuna, çalışma durumuna, mesleğine ve eğitim durumuna göre hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Psikolojik Semptom Distres Skoru” alt boyutundan aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Hastaların kronik hastalık varlığına, sürekli ilaç kullanımına, cinsiyetine, yaşına ve medeni durumuna göre hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi”, “Fiziksel Semptom Distres Skoru”, “Psikolojik Semptom Distres Skoru”, alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

**Tablo 4.8: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=370)**

	Global Distres İndeksi		Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği				MSDÖ Toplam	
	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Fiziksel Semptom Distres Skoru		Psikolojik Semptom Distres Skoru		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
			Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)		
<b>Kanser türü</b>								
Meme CA (n=164)	2.12±0.73	2 (0.5-4)	2.08±0.57	2 (0.8-3.8)	2.13±0.75	2 (0.7-3.8)	2.05±0.51	2 (0.9-3.6)
Kolon CA (n=34)	2.06±0.7	2 (0.7-3.4)	2.07±0.6	2 (0.8-3.6)	2.11±0.59	2.1 (1.3-2)	2.02±0.49	1.9 (1.1-3.1)
Mide CA (n=27)	2.05±0.65	2.3 (1.3-3)	2.19±0.49	2.2 (1.3-3.2)	2.1±0.56	2 (1.3-3.4)	2.13±0.44	2.1 (1.5-3.1)
Üro-genital CA (n=55)	2±0.69	1.9 (1-3.3)	1.94±0.61	1.8 (0.9-3.4)	2.05±0.67	2 (0.9-4)	1.92±0.56	2 (1.1-3.4)
Pankreas CA (n=18)	2.04±0.46	2 (1.5-2.9)	1.9±0.43	1.9 (1.3-2.6)	2.08±0.6	2 (1.3-3.5)	1.85±0.4	1.8 (1.3-2.7)
Lenfoid CA (n=6)	1.69±0.57	1.7 (0.9-2.4)	1.77±0.45	1.6 (1.4-2.6)	1.77±0.3	1.8 (1.4-2.2)	1.68±0.36	1.6 (1.3-2.3)
Hematolojik CA (n=5)	2.42±0.76	2.3 (1.6-3.3)	2.34±0.55	2.4 (1.7-3.1)	2.33±0.85	2.1 (1.7-3.8)	2.17±0.53	2.1 (1.7-2.8)
Gırtlak ve soluk borusu CA (n=9)	2.2±0.7	2.4 (1-3.1)	2.22±0.43	2.1 (1.7-2.9)	2.53±0.75	2.5 (1.3-3.4)	2.32±0.51	2.2 (1.5-3)
Akciğer CA (n=33)	2.32±0.66	2.3 (1-3.8)	2.21±0.47	2.2 (1.3-3.3)	2.36±0.81	2.5 (0.7-4)	2.18±0.49	2.2 (1.4-3.2)
Diğer(n=19)	2.02±0.75	1.8 (0.3-3)	2.19±0.73	2.3 (1.2-3.3)	1.99±0.46	1.9 (1.3-2.7)	2.05±0.54	2.1 (1.4-3.1)
	<i>p</i> <sup>c</sup> 0.520	<i>H</i> :8.139	<sup>c</sup> 0.122	<i>H</i> :14.022	<sup>c</sup> 0.463	<i>H</i> :8.722	<sup>c</sup> 0.078	<i>H</i> :15.483
<b>Kanser evresi</b>								
I. evre (n=30)	1.98±0.71	1.8 (0.5-3.7)	2.11±0.65	2 (0.8-3.3)	1.99±0.7	1.9 (0.7-3.8)	2.02±0.54	2 (0.9-3.2)
II. evre (n=74)	2.01±0.67	1.9 (0.7-3.8)	2.02±0.55	2 (0.8-3.4)	1.91±0.69	1.8 (0.7-4)	1.93±0.48	1.9 (1.1-3.3)
III. evre (n=160)	2.08±0.66	2 (0.3-3.9)	2.02±0.51	2 (1-3.4)	2.16±0.66	2 (0.7-3.8)	2.02±0.47	2.1 (0.9-3.5)
IV. evre (n=106)	2.22±0.76	2.3 (0.7-4)	2.19±0.62	2.2 (0.9-3.8)	2.29±0.72	2.3 (0.7-4)	2.14±0.56	2.1 (1.1-3.6)
	<i>p</i> <sup>b</sup> 0.124	<i>F</i> :1.933	<sup>b</sup> 0.073	<i>F</i> :2.337	<sup>b</sup> 0.003**	<i>F</i> :4.777	<sup>b</sup> 0.041*	<i>F</i> :2.772
	<i>Post Hoc</i>				<b>4&gt;2</b>		<b>4&gt;2</b>	
<b>Alınan Kemoterapi Kürü Sayısı</b>								
1 (n=24)	1.98±0.67	1.9 (1-3.2)	2.06±0.57	2 (1-3.6)	1.93±0.75	1.9 (0.7-4)	1.91±0.47	1.8 (1.2-2.9)
2 (n=42)	2.07±0.72	2.1 (0.5-3.9)	1.96±0.63	1.8 (0.8-3.4)	2.11±0.67	2 (1-3.8)	1.96±0.56	1.9 (0.9-3.5)
3 (n=53)	2.16±0.68	2.1 (1-3.3)	2.12±0.52	2.2 (1.1-3.3)	2.33±0.68	2.3 (1.1-3.8)	2.13±0.5	2.1 (1.1-3.1)
4 (n=42)	2.11±0.68	2.2 (0.8-3.8)	2.1±0.59	2.2 (1.1-3.3)	2.18±0.7	2.1 (0.7-3.5)	2.06±0.55	2.1 (0.9-3.3)
5 (n=36)	2.00±0.66	2 (0.3-3.3)	1.95±0.51	1.8 (1.2-3.2)	2.07±0.66	2 (0.7-3.8)	2.02±0.46	2 (1.1-3.1)
6 ve üzeri (n=173)	2.13±0.72	2 (0.7-4)	2.11±0.57	2.1 (0.8-3.8)	2.11±0.7	2 (0.7-4)	2.04±0.5	2 (1.1-3.6)
	<i>p</i> <sup>b</sup> 0.808	<i>T</i> :0.457	<sup>b</sup> 0.457	<i>T</i> :0.937	<sup>b</sup> 0.258	<i>T</i> :1.312	<sup>b</sup> 0.526	<i>T</i> :0.834

<sup>b</sup>Oneway ANOVA Test

<sup>c</sup>Kruskal Wallis Test

\**p*<0,05

\*\**p*<0,01

**Tablo 4.8: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=370) (Devamı)**

	Global Distres İndeksi		Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği				MSDÖ Toplam	
	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Fiziksel Semptom Distres Skoru	Psikolojik Semptom Distres Skoru	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
<b>Kemoterapi dışında tedavi varlığı</b>								
Evet (n=283)	1,94±0,54	1,9 (1-3,3)	1,95±0,48	1,9 (1-3,6)	1,96±0,66	1,9 (0,7-4)	1,89±0,43	1,8 (1,1-2,9)
Hayır (n=87)	2,15±0,73	2,1 (0,3-4)	2,11±0,59	2,1 (0,8-3,8)	2,19±0,7	2,1 (0,7-4)	2,08±0,52	2,1 (0,9-3,6)
	<i>p</i> <sup>a</sup> <b>0,015*</b>	F:-2,446	<i>b</i> <b>0,010*</b>	F:-2,615	<i>b</i> <b>0,007**</b>	F:-2,711	<i>b</i> <b>0,003**</b>	F:-3,043
<b>Cerrahi tedavi</b>								
Evet (n=130)	2,12±0,76	2,1 (0,3-3,8)	2,12±0,61	2,1 (0,8-3,5)	2,16±0,72	2 (0,7-3,8)	2,08±0,55	2,1 (1,1-3,4)
Hayır (n=153)	2,09±0,66	2 (0,5-4)	2,05±0,54	2 (0,8-3,8)	2,12±0,69	2 (0,7-4)	2,01±0,48	2 (0,9-3,6)
	<i>p</i> <sup>a</sup> <b>0,724</b>	T:0,353	<i>a</i> <b>0,240</b>	T:1,177	<i>a</i> <b>0,611</b>	T:0,509	<i>a</i> <b>0,190</b>	T:1,314
<b>Radyoterapi</b>								
Evet (n=131)	2,18±0,72	2,1 (0,5-4)	2,11±0,59	2,1 (0,8-3,8)	2,30±0,70	2,2 (0,9-3,8)	2,12±0,52	2,1 (0,9-3,6)
Hayır (n=152)	2,06±0,68	2 (0,3-3,9)	2,06±0,55	2 (0,8-3,6)	2,04±0,68	1,9 (0,7-4)	1,99±0,5	1,9 (0,9-3,5)
	<i>p</i> <sup>a</sup> <b>0,108</b>	T:1,612	<i>a</i> <b>0,388</b>	T:0,865	<i>a</i> <b>0,001**</b>	T:3,292	<i>a</i> <b>0,026*</b>	T:2,231
<b>İmmünoterapi</b>								
Evet (n=19)	2,22±0,78	2,3 (1-3,8)	2,07±0,66	2,2 (0,9-3)	2,32±0,78	2,2 (1,3-4)	2,02±0,55	2,2 (1,1-2,8)
Hayır (n=264)	2,09±0,69	2 (0,3-4)	2,08±0,56	2 (0,8-3,8)	2,12±0,69	2 (0,7-4)	2,04±0,51	2 (0,9-3,6)
	<i>p</i> <sup>a</sup> <b>0,447</b>	T:0,761	<i>a</i> <b>0,953</b>	T:-0,059	<i>a</i> <b>0,256</b>	T:1,137	<i>a</i> <b>0,896</b>	T:-0,130
<b>Diğer tedavi</b>								
Evet (n=23)	2,13±0,82	2 (1-4)	2,07±0,68	1,9 (1,1-3,8)	1,93±0,69	1,9 (0,7-3,7)	2,01±0,57	1,9 (1,3-3,6)
Hayır (n=260)	2,10±0,69	2 (0,3-3,9)	2,08±0,56	2 (0,8-3,6)	2,15±0,7	2 (0,7-4)	2,04±0,51	2 (0,9-3,5)
	<i>p</i> <sup>a</sup> <b>0,812</b>	T:0,239	<i>a</i> <b>0,961</b>	T:-0,049	<i>a</i> <b>0,161</b>	T:-1,406	<i>a</i> <b>0,811</b>	T:-0,239
<b>Tedavi sürecinde en fazla olumsuz yönde etkileyen sorun</b>								
Fiziksel sorunlar (ağrı, kas krampları, yorgunluk) (n=140)	2,05±0,73	2 (0,3-4)	2,02±0,56	1,9 (0,9-3,8)	2,14±0,7	2 (0,7-4)	2,01±0,5	1,9 (1,1-3,6)
Beslenme ile ilgili sorunlar (iştahsızlık, bulantı-kusma, kısıtlamalar) (n=84)	2,15±0,62	2,2 (1-3,8)	2,14±0,55	2,1 (1,1-3,6)	2,09±0,6	2,1 (0,9-3,5)	2,05±0,49	2,1 (1,1-3,3)
Hastalığa bağlı fiziksel görünümle ilgili sorunlar (n=56)	2,07±0,69	2 (0,8-3,7)	2,15±0,62	2 (1,1-3,3)	2,01±0,71	2 (0,7-3,5)	2,07±0,51	2,1 (1,2-3,2)
Yalnızlık, iş/okul ortamından ve sosyal çevreden uzaklaşma (n=38)	2,26±0,67	2,1 (1-3,5)	2,15±0,55	2,2 (1-3,6)	2,32±0,75	2 (1-3,8)	2,17±0,51	2,1 (1,2-3,1)
Hastaneye bağımlı olma durumu (n=52)	2,07±0,75	2 (0,5-3,9)	1,99±0,56	1,9 (0,8-3,4)	2,19±0,77	2 (0,7-4)	1,95±0,57	1,9 (0,9-3,5)
	<i>p</i> <sup>a</sup> <b>0,492</b>	F:0,854	<i>b</i> <b>0,265</b>	F:1,313	<i>b</i> <b>0,313</b>	F:1,194	<i>b</i> <b>0,355</b>	F:1,102

<sup>a</sup>Student t test

<sup>b</sup>Oneway ANOVA test

\**p*<0,05

\*\**p*<0,01

**Tablo 4.8: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=370) (Devamı)**

	Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği							
	Global Distres İndeksi		Fiziksel Semptom Distres Skoru		Psikolojik Semptom Distres Skoru		MSDÖ Toplam	
	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
<b>Ailede kanser öyküsü</b>								
<b>Var (n=200)</b>	2.06±0.70	2 (0.7-4)	2.04±0.54	2 (0.8-3.8)	2.13±0.70	2 (0.7-4)	2.02±0.49	2 (0.9-3.6)
<b>Yok (n=170)</b>	2.14±0.70	2.1 (0.3-3.9)	2.11±0.59	2.1 (0.8-3.6)	2.14±0.70	2 (0.7-4)	2.06±0.53	2.1 (0.9-3.5)
	<i>p</i> <sup>a</sup> 0.295	T:-1.048	<sup>a</sup> 0.249	T:-1.154	<sup>a</sup> 0.945	T:-0.069	<sup>a</sup> 0.517	T:-0.649
<b>Hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi alma</b>								
<b>Evet (n=345)</b>	2.09±0.70	2 (0.3-4)	2.06±0.58	2 (0.8-3.8)	2.12±0.70	2 (0.7-4)	2.03±0.52	2 (0.9-3.6)
<b>Hayır (n=25)</b>	2.27±0.61	2.3 (1-3.3)	2.22±0.35	2.2 (1.4-2.8)	2.33±0.69	2.2 (1.3-4)	2.19±0.31	2.2 (1.4-2.8)
	<i>p</i> <sup>a</sup> 0.210	T:-1.256	<sup>a</sup> 0.048*	T:-2.055	<sup>a</sup> 0.163	T:-1.398	<sup>a</sup> 0.026*	T:-2.326
<b>Aldığı tedaviye bağlı istenmeyen, olumsuz etki ve/veya hastalık</b>								
<b>Evet (n=128)</b>	2.16±0.67	2.1 (0.7-3.8)	2.16±0.54	2.2 (0.9-3.3)	2.23±0.65	2.1 (0.7-3.8)	2.13±0.48	2.1 (1.1-3.3)
<b>Hayır (n=242)</b>	2.07±0.71	2 (0.3-4)	2.03±0.58	2 (0.8-3.8)	2.08±0.72	2 (0.7-4)	1.99±0.52	1.9 (0.9-3.6)
	<i>p</i> <sup>a</sup> 0.237	T:1.184	<sup>a</sup> 0.028*	T:2.205	<sup>a</sup> 0.051	T:1.961	<sup>a</sup> 0.010*	T:2.576
<b>Reçete ve tedavi dışı herhangi bir ilaç/vitamin/mineral veya gıda takviyesi kullanma</b>								
<b>Evet (n=112)</b>	2.21±0.72	2.2 (0.3-3.8)	2.15±0.57	2.1 (1-3.6)	2.26±0.69	2.2 (1-4)	2.13±0.49	2.1 (1.1-3.4)
<b>Hayır (n=258)</b>	2.05±0.68	2 (0.5-4)	2.04±0.56	2 (0.8-3.8)	2.08±0.69	2 (0.7-4)	2.00±0.51	2 (0.9-3.6)
	<i>p</i> <sup>a</sup> 0.055	T:1.925	<sup>a</sup> 0.078	T:1.769	<sup>a</sup> 0.020*	T:2.336	<sup>a</sup> 0.024*	T:2.263
<b>Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi varlığı</b>								
<b>Evet (n=219)</b>	2.16±0.66	2.2 (0.5-4)	2.13±0.58	2.1 (0.8-3.8)	2.17±0.69	2 (0.7-3.8)	2.07±0.51	2.1 (0.9-3.6)
<b>Hayır (n=151)</b>	2.01±0.74	1.9 (0.3-3.9)	2.00±0.53	1.9 (0.8-3.5)	2.08±0.71	2 (0.7-4)	1.99±0.5	1.9 (0.9-3.5)
	<i>p</i> <sup>a</sup> 0.037*	T:2.092	<sup>a</sup> 0.027*	T:2.228	<sup>a</sup> 0.230	T:1.203	<sup>a</sup> 0.161	T:1.406
<b>Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim varlığı</b>								
<b>Evet (n=174)</b>	2.30±0.66	2.3 (1-4)	2.24±0.60	2.3 (1-3.8)	2.28±0.67	2.2 (0.7-3.8)	2.17±0.53	2.2 (1.1-3.6)
<b>Hayır (n=196)</b>	1.92±0.68	1.8 (0.3-3.9)	1.93±0.50	1.9 (0.8-3.4)	2.00±0.69	1.9 (0.7-4)	1.92±0.46	1.9 (0.9-3.5)
	<i>p</i> <sup>a</sup> 0.001**	T:5.369	<sup>a</sup> 0.001**	T:5.346	<sup>a</sup> 0.001**	T:3.795	<sup>a</sup> 0.001**	T:5.013

<sup>a</sup>Student t test

\**p*<0,05

\*\**p*<0,01

Hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi alan hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Fiziksel Semptom Distres Skoru” alt boyutundan ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır (p=0,048, p=0,026).

Aldığı tedaviye bağlı istenmeyen, olumsuz etki ve/veya hastalık olanların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Fiziksel Semptom Distres Skoru” alt boyutundan aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (p=0,028).

Aldığı tedaviye bağlı istenmeyen, olumsuz etki ve/veya hastalık olanların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği toplamından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır (p=0,010).

Reçete ve tedavi dışı herhangi bir ilaç/vitamin/mineral veya gıda takviyesi kullananların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Psikolojik Semptom Distres Skoru” alt boyutundan ve ölçeğin toplamından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (p=0,020, p=0,024).

Yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi olanların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Fiziksel Semptom Distres Skoru” alt boyutundan aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (p=0,027).

Hayat tarzında hastalığa bağlı değişim olanların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi”, “Fiziksel Semptom Distres Skoru”, “Psikolojik Semptom Distres Skoru” ve ölçeği toplamından alt boyutundan aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (p=0,001, p=0,001, p=0,001, p=0,001).

Hastaların kanser evrelerine göre Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Psikolojik Semptom Distres Skoru” ve ölçeğin toplamında aldıkları puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (p=0,003, p=0,041). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; 4. evrede olan hastaların puanları, 2. evrede olan hastalardan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir (p=0,004, p=0,03).

Kemoterapi dışında tedavi alan hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi”, “Fiziksel Semptom Distres Skoru”, “Psikolojik Semptom

Distres Skoru” ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır ( $p=0,015$ ,  $p=0,010$ ,  $p=0,007$ ,  $p=0,003$ ).

Kemoterapi dışında radyoterapi alan hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Psikolojik Semptom Distres Skoru” alt boyutundan ve ölçek toplamında aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p=0,001$ ,  $p=0,026$ ).

Hastaların kanser türlerine, alınan kemoterapi kür sayısına, kemoterapi dışında cerrahi tedavi alma durumuna, kemoterapi dışında diğer tedavi varlığına, kemoterapi dışında immünoterapi tedavi alma durumuna ve tedavi sürecinde en fazla olumsuz yönde etkileyen soruna göre Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi”, “Fiziksel Semptom Distres Skoru”, “Psikolojik Semptom Distres Skoru”, alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Kemoterapi dışında Radyoterapi alma durumuna göre hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi”, “Fiziksel Semptom Distres Skoru”, alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Ailede kanser öyküsü görülme durumuna göre hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi”, “Fiziksel Semptom Distres Skoru”, “Psikolojik Semptom Distres Skoru”, alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi alma durumuna göre hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi”, “Psikolojik Semptom Distres Skoru”, alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

#### 4.7. Kanser Güçlendirme Ölçeği ve Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular

Tablo 4.9: Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ile Kanser Güçlendirme Ölçeği Puanlarının İlişkisi

		Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği				
		Global Distres İndeksi	Fiziksel Semptom Distres Skoru	Psikolojik Semptom Distres Skoru	Toplam MSDÖ	
Kanser Güçlendirme Ölçeği	Kişisel Güç	r	-0.219	-0.151	-0.223	-0.195
		p	<b>0.001**</b>	<b>0.004**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>
	Sosyal Destek	r	-0.166	-0.088	-0.173	-0.146
		p	<b>0.001**</b>	0.092	<b>0.001**</b>	<b>0.005**</b>
	Sağlık Bakımı	r	-0.165	-0.061	-0.178	-0.121
		p	<b>0.001**</b>	0.242	<b>0.001**</b>	<b>0.020*</b>
	Topluluk	r	-0.119	-0.049	-0.159	-0.102
		p	<b>0.022*</b>	0.348	<b>0.003**</b>	0.050
	Toplam	r	-0.205	-0.119	-0.218	-0.177
		p	<b>0.001**</b>	<b>0.022*</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi” puanları ile Kanser Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü (Global Distres İndeksi arttıkça, Kişisel Güç puanı azalan) istatistiksel açıdan anlamlı zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=-0,219$ ;  $p=0,001$ ).

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi” puanları ile Kanser Güçlendirme Ölçeği “Sosyal Destek” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü (Global Distres İndeksi arttıkça, Sosyal Destek puanı azalan) istatistiksel açıdan anlamlı çok zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=-0,166$ ;  $p=0,001$ ).

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi” puanları ile Kanser Güçlendirme Ölçeği “Sağlık Bakımı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü (Global Distres İndeksi arttıkça, Sağlık Bakımı puanı azalan) istatistiksel açıdan anlamlı çok zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=-0,165$ ;  $p=0,001$ ).

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi” puanları ile Kanser Güçlendirme Ölçeği “Topluluk” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü (Global Distres İndeksi arttıkça, Topluluk puanı azalan) istatistiksel açıdan anlamlı çok zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=-0,119$ ;  $p=0,022$ ).

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi” puanları ile Kanser Güçlendirme Ölçeği toplamından aldıkları puanlar arasında negatif yönlü (Global Distres İndeksi arttıkça, toplam puanı azalan) istatistiksel açıdan anlamlı zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=-0,205$ ;  $p=0,001$ ).

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Fiziksel Semptom Distres Skoru” puanları ile Kanser Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı çok zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=-0,223$ ;  $p=0,001$ ).

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Fiziksel Semptom Distres Skoru” puanları ile Kanser Güçlendirme Ölçeği toplamından aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı çok zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=-0,119$ ;  $p=0,022$ ).

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Psikolojik Semptom Distres Skoru” puanları ile Kanser Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=-0,223$ ;  $p=0,001$ ).

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Psikolojik Semptom Distres Skoru” puanları ile Kanser Güçlendirme Ölçeği “Sosyal Destek” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı çok zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=-0,173$ ;  $p=0,001$ ).

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Psikolojik Semptom Distres Skoru” puanları ile Kanser Güçlendirme Ölçeği “Sağlık Bakımı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı çok zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=-0,178$ ;  $p=0,001$ ).

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Psikolojik Semptom Distres Skoru” puanları ile Kanser Güçlendirme Ölçeği “Topluluk” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı çok zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=-0,159$ ;  $p=0,003$ ).

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Psikolojik Semptom Distres Skoru” puanları ile Kanser Güçlendirme Ölçeği toplamından aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=-0,218$ ;  $p=0,001$ ).

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği toplamından aldıkları puanlar ile Kanser Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı çok zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=-0,195$ ;  $p=0,001$ ).

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği toplamından aldıkları puanlar ile Kanser Güçlendirme Ölçeği “Sosyal Destek” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı çok zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=-0,146$ ;  $p=0,001$ ).

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği toplamından aldıkları puanlar ile Kanser Güçlendirme Ölçeği “Sağlık Bakımı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı çok zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=-0,121$ ;  $p=0,001$ ).

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Fiziksel Semptom Distres Skoru” puanları ile Kanser Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği toplamından aldıkları puanlar ile Kanser Güçlendirme Ölçeği “Topluluk” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “toplamından aldıkları puanlar ile Kanser Güçlendirme Ölçeği toplamından aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı çok zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=-0,177$ ;  $p=0,001$ ).

Çalışmaya katılanların Kanser Güçlendirme Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği toplam puanı üzerine etkisi incelenmek üzere Lineer Regresyon Analizi uygulanmıştır. Modelin sonuçları Tablo 4.10’de görülmektedir.

**Tablo 4.10: Kanser Güçlendirme Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Üzerine Etkisinin İncelenmesinde Lineer Regresyon Analizi**

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken Kanser Güçlendirme Ölçeği	Standartlaştırılmayan $\beta$	Std.Hata	Standartlaştırılan $\beta$	t	p	F	Model (p)	R <sup>2</sup>
Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği	Sabit	2,609	0,173		15,081	0,001**			
	Kişisel güç	-0,010	0,004	-0,237	-2,509	0,013*			
	Sosyal Destek	0,003	0,009	0,038	0,393	0,694	3,681	0,001**	0,039
	Sağlık Bakımı	0,001	0,010	0,009	0,110	0,912			
	Topluluk	0,001	0,009	0,008	0,107	0,915			

Lineer regresyon analizi

\*\* $p < 0,01$

Kanser Güçlendirme Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği toplam puanı üzerine etkisi incelenmek üzere yapılan Enter Regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=3,681$ ;  $p=0,001$ ;  $p < 0,01$ ). Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği toplam puanın belirleyicisi olarak kişisel güç ile ilişkili olduğu görülmektedir. Kanser güçlendirme Memorial semptomların açıklama oranı %3,9 olup zayıf düzeyde olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılanların kişisel güç skorlarındaki bir birimlik artış, Kanser Güçlendirme Ölçeği toplamından aldıkları puanı 0,237 kat ( $\beta=-23,7\%$  CI:-0,018-0,002) düşürmektedir ( $p=0,013$ ;  $p < 0,05$ ). Sosyal destek, sağlık bakımı ve topluluk skorlarının modelde anlamlı olarak yer almadığı görülmektedir.

Çalışmaya katılanların Kanser Güçlendirme Ölçeğinden aldıkları toplam puanların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği toplam puanı üzerine etkisi incelenmek üzere Lineer Regresyon Analizi uygulanmıştır. Modelin sonuçları Tablo 4.16'da görülmektedir.

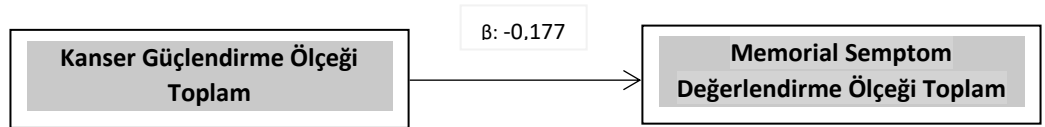
**Tablo 4.11: Kanser Güçlendirme Ölçeği Toplam Puanlarının Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Üzerine Etkisinin İncelenmesinde Lineer Regresyon Analizi**

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Standartlaştırılmayan $\beta$	Std. Hata	Standartlaştırılan $\beta$	t	p	F	Model (p)	R2
	Sabit	2,625	0,173		15,207	0,001**			
Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği	Kanser Güçlendirme	-0,004	0,001**	-0,177	-3,446	0,001**	11,873	0,001**	0,031

Lineer regresyon analizi

\*\* $p < 0,01$

Kanser Güçlendirme Ölçeği toplam puanların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği toplam puanı üzerine etkisi incelenmek üzere yapılan Enter Regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=11,873$ ;  $p=0,001$ ;  $p < 0,01$ ). Kanser güçlendirme Memorial semptomlarını açıklama oranı %3,1 olup zayıf düzeyde olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılanların kanser güçlendirme puanlarındaki bir birimlik artış, Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği toplamından aldıkları puanı 0,177 kat ( $\beta=-23,7\%$  CI:-0,006-0,002) düşürmektedir ( $p=0,001$ ;  $p < 0,01$ ).



## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Kanser hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde giderek artan, coğrafi sınır tanımayan bir sağlık sorunudur (Deniz, 2022). Kanser tedavileri, hastalığın sürecini yavaşlatmayı, durdurmayı veya geriletmeyi hedefleyen antineoplastik ilaçlar, kemoterapötikler ve sitotoksik ajanlar gibi çeşitli ilaçların kullanımını içerir (Arslankılıç vd., 2020; Purut vd., 2022). Son yıllarda kanser tedavisinde önemli ilerlemeler kaydedilmesine rağmen, tedavi sürecinde sağlıklı hücreler de zarar görebilir ve bu durum yan etkilere yol açabilir. Bu yan etkiler, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir ve tedavi sürecini zorlaştırabilir (Yüce ve Muz, 2020).

Hasta güçlendirme, hastaların kimliklerini ve özgüvenlerini yeniden keşfetmelerini, bilgi ve becerilerini geliştirerek sağlıklarını yönetmelerini sağlayan bir süreçtir. Bu süreç, hastaların özerkliklerini artırarak sağlık profesyonelleriyle daha sağlıklı iletişim kurmalarını ve sağlık hizmetlerine aktif katılım göstermelerini sağlar (Özmen ve Kocakaya, 2024).

Kemoterapi alan hastaların güçlendirilmesi, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz, stres yönetimi ve uyku düzenlemesi gibi faktörlerle desteklenerek yaşam kalitesinin artırılmasını hedefler. Hemşireler, bu süreçte hayati bir rol oynayarak hastaların tedavi sürecine aktif katılımını sağlar ve komplikasyonların önlenmesine yardımcı olur (David vd., 2023; Kim vd., 2023)

Bu çalışma kemoterapi alan hastaların yaşadığı semptomlar ve güçlendirme arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmadır. Çalışmadan elde edilen bulgular literatür kapsamında tartışılmıştır.

Hastaların yaş ortalaması  $55,41 \pm 12,64$  yıl olup, kadın, evli, ilkokul mezunu, ev hanımı, çocuk sahibi, sosyal güvencelerinin olduğu ve gelirinin giderinden az olduğu görülmüştür (Tablo 4.1). Hastaların kronik hasta ve tansiyon hastası olduğu görülmüştür (Tablo 4.2). Hastaların meme kanseri, 3. evre, 6 ve üzeri kemoterapi tedavisi aldığı, kemoterapi dışında da en sık cerrahi ve radyoterapisi tedavisi aldığı ve

tedavi sürecinde en fazla olumsuz yönde etkileyen sorunun fiziksel sorunlar (ağrı, kas krampları, yorgunluk) olduğu görülmüştür (Tablo 4.2).

Hastaların ailede kanser öyküsü olduğu, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi aldığı, aldığı tedaviye bağlı yaşadığı istenmeyen, olumsuz etki ve/veya hastalık olmadığı, reçete ve tedavi dışı herhangi bir ilaç/vitamin/mineral veya gıda takviyesi kullanmadığı ve yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişinin eşleri olduğu görülmüştür (Tablo 4.2).

Hastaların Kanser Güçlendirme Ölçeği'nin Kişisel Güç, Sosyal Destek, Sağlık Bakımı ve Topluluk alt boyutları ile toplam puan ortalamaları sırasıyla  $72,92 \pm 11,98$ ,  $34,62 \pm 5,74$ ,  $22,78 \pm 4,11$ ,  $21,48 \pm 4,24$  ve  $151,80 \pm 23,23$  olarak bulunmuştur. Kanser Güçlendirme Ölçeği'nde elde edilen toplam puan ortalaması,  $151,80$  olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, ölçeğin ortalamasından yüksek ortalama aldığını göstermektedir. Elde edilen bulgular Van den Berg ve arkadaşlarının (2013) 140, Shin ve Park, (2017) 264 meme kanserli hasta ile gerçekleştirdiği çalışmada ve Karabulutlu ve arkadaşlarının (2021) 286 kanserli hasta ile gerçekleştirdikleri çalışma ile benzer sonuçlar göstermektedir.

40 yaş altında olan hastaların Kanser Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç” alt boyutundan aldıkları puanlar 65 yaş ve üzerindeki hastaların aldıkları puanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.4). Bu bulgu, genç hastaların daha yüksek kişisel güç algısına sahip olduklarını göstermektedir. Genç hastaların daha yüksek kişisel güç algısına sahip olmalarının birkaç nedeni olabilir. Genç bireyler genellikle daha yüksek enerji seviyelerine, daha fazla fiziksel dayanıklılığa ve genellikle daha geniş sosyal destek ağlarına sahiptirler. Bu faktörler, hastalıkla başa çıkma stratejilerini ve genel olarak yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir. Ayrıca, genç hastaların teknolojiye ve bilgilere erişimi daha kolaydır, bu da onları hastalıkla ilgili daha iyi bilgilendirilmiş ve bu nedenle daha güçlü hissetmelerine katkıda bulunabilir (Smith vd., 2015). Ayrıca, 65 yaş ve üzerindeki hastaların daha düşük kişisel güç algısına sahip olmaları, fiziksel güç ve dayanıklılığın azalması, sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar, sosyal izolasyon ve kronik hastalıkların varlığı ile açıklanabilir. Yaşlı hastalar, genellikle kronik hastalıkların ve tedavi süreçlerinin getirdiği yüklerle başa çıkmak zorunda kalırlar, bu da onların kişisel güç algısını olumsuz yönde etkileyebilir. Ayrıca, yaşlı bireylerde bilişsel

gerileme ve depresyon gibi psikolojik faktörler de kişisel güç algısının düşük olmasına katkıda bulunabilir (Rowland ve Bellizzi, 2014).

Sosyal destek, tüm yaş gruplarında kanser hastalarının kişisel güç algısını etkileyen önemli bir faktördür. Ancak, genç hastalar genellikle daha geniş sosyal destek ağlarına sahiptir. Arkadaşlar, aile üyeleri ve topluluk desteği, genç hastaların hastalıkla başa çıkma süreçlerinde daha güçlü hissetmelerine yardımcı olabilir. Bu destek ağları, hastaların motivasyonunu artırarak ve psikolojik dayanıklılıklarını güçlendirerek hastalıkla başa çıkmalarını kolaylaştırır (Zebrack vd., 2014). Eğitim seviyesinin ve bilgilendirme süreçlerinin de kişisel güç algısı üzerinde etkisi vardır. Genç bireyler genellikle daha yüksek eğitim seviyelerine sahip olup, hastalık ve tedavi süreçleri hakkında bilgiye daha hızlı ve kolay erişebilirler. Bu bilgi düzeyi, hastaların kendilerini daha güçlü hissetmelerine ve hastalıkla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olabilir (Arora vd., 2013). Bu bulgular, genç kanser hastalarının kişisel güç algısının daha yüksek olduğunu ve bu durumun hastalıkla başa çıkma süreçlerinde önemli bir avantaj sağladığını göstermektedir. Yaşlı hastalar için ise, ek destek mekanizmalarının ve bilgilendirme süreçlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu sonuçlar, kanser hastalarının yaşa bağlı olarak farklı ihtiyaçlarının olduğunu ve bu ihtiyaçların karşılanmasının hastalıkla başa çıkma süreçlerinde önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Kronik hastalığı olmayan hastaların Kanser Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç” alt boyutundan aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Sürekli ilaç kullanımı olmayanların Kanser Güçlendirme Ölçeği “Kişisel Güç” alt boyutundan ve ölçeğin toplamından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.4). Bu durum kronik hastalığı olan kişilerde ek semptomların yaşanmasından kaynaklanabilmektedir. Kronik hastalıklar, uzun süreli seyir gösteren, genellikle tam tedavisi mümkün olmayan ve kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen sağlık sorunlarıdır. Bu hastalıklar, vücudun bir veya birden fazla sistemini etkileyerek geri dönüşsüz hasara ve fonksiyon bozukluklarına yol açabilmektedir. Akciğer, rektum-kolon ve meme kanseri tanısı ile tedavisi sürdürülen hastaların işlevsel durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada (Verkissen, 2021) kanser dışında başka kronik hastalık tanısı almanın işlevsel yaşam üstünde olumsuz etkileri olduğu görülmüştür. Kronik hastalıklar, yaşam kalitesini birçok

yönden olumsuz etkileyebilen karmaşık sağlık sorunlarıdır. Bu hastalıklarla yaşayan bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmek için hastalığın semptomlarını ve komplikasyonlarını kontrol altına almak, ek semptomların önlenmesi için gerekli adımları atmak ve hastanın ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurmak önemlidir (Kumsar ve Yılmaz, 2014).

Kanser türlerine göre hastaların Kanser Güçlendirme Ölçeği "Sağlık Bakımı" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.5). Akciğer kanseri olan hastaların puanları mide kanseri ve pankreas kanseri olan hastalardan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Akciğer kanseri hastalarının Kanser Güçlendirme Ölçeği'nin "Sağlık Bakımı" alt boyutunda daha yüksek puan almasının birkaç nedeni olabilir. İlk olarak, akciğer kanseri tedavisinde son yıllarda immunoterapi ve hedefe yönelik tedaviler gibi yenilikçi yöntemlerle önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu, hastaların sağlık hizmetlerinden daha memnun kalmasına katkıda bulunabilir. İkinci olarak, akciğer kanseri için yapılan erken tanı ve tarama programları daha yaygındır. Erken tanı ve tedavi, hastaların sağlık hizmetleriyle ilgili olumlu algısını artırabilir. Üçüncü olarak, mide ve pankreas kanserlerinin prognozları genellikle daha kötü ve tedavi seçenekleri daha sınırlıdır. Bu da bu hastaların sağlık hizmetlerinden aldığı memnuniyeti olumsuz etkileyebilmektedir (Adjei ve Liu, 2023; Siegel vd., 2023).

Kanser Güçlendirme Ölçeği, hastaların kendilerini ne kadar güçlü ve kontrol sahibi hissettiklerini değerlendiren bir ölçektir. Çalışmada elde edilen zayıf ilişki, bu ölçeğin semptom yönetimi stratejileri ile ele alınması gerektiğini göstermektedir (Tablo 4.9). Özellikle hastaların semptom yönetimi konusunda eğitilmeleri ve desteklenmeleri, güçlendirme düzeylerini artırabilir. Literatürde, hastaların semptom yönetimi konusunda bilgilendirilmelerinin ve desteklenmelerinin güçlendirme düzeylerini artırdığına dair kanıtlar mevcuttur (Jones vd., 2018; White vd., 2021). Kanser gibi kronik bir hastalıkla yaşayan bir bireyle iş birliği içinde çalışmak, bu kronik hastalıkla yaşama deneyimi üzerine düşüncelerini kolaylaştırır. Böylece, hasta ve sağlık çalışanı arasındaki paylaşılan güç, birlikte karar vermeyi ve plan yapabilmeyi destekler (Kim vd., 2023).

Kanser hastalarında semptom yönetimi, hastaların yaşam kalitesini ve psikososyal durumlarını doğrudan etkileyen önemli bir faktördür. Çalışmada elde edilen zayıf negatif korelasyon, semptomların artmasının hastaların kendilerini güçsüz hissetmelerine neden olabileceğini düşündürmektedir (Tablo 4.9). Bu durum, özellikle semptomların kontrol altına alınmadığı ya da yeterli destek mekanizmalarının bulunmadığı hastalarda daha belirgin olabilir. Literatürde, semptomların iyi yönetilmesinin hastaların güçlenme düzeyini artırabileceği yönünde bulgular bulunmaktadır (Smith vd., 2019; Brown vd., 2020). Bu çalışmalara paralel olarak, çalışmada da semptomların artmasının güçlendirme üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu görülmüştür.

Literatürde semptom yükünün yüksek olduğu hastaların psikolojik ve sosyal açıdan daha fazla zorluk yaşadığı, bu nedenle güçlendirme seviyelerinin de düştüğü belirtilmektedir (Adam vd., 2023). Bununla birlikte, ilişkinin zayıf olması, güçlendirme seviyesini etkileyen diğer faktörlerin de önemli olduğunu göstermektedir. Sosyal destek, bireyin kişilik özellikleri, tedavi sürecindeki destek hizmetleri gibi değişkenler, güçlendirme seviyesini önemli ölçüde etkileyebilir (Avery vd., 2023).

Hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği, Global Distres İndeksi puanları, Fiziksel Semptom Distres Skoru, Psikolojik Semptom Distres Skoru ve ölçeğin toplamından aldıkları puanların ortalamaları sırasıyla  $2,10 \pm 0,70$ ,  $2,07 \pm 0,57$ ,  $2,13 \pm 0,70$  ve  $2,04 \pm 0,51$  olarak ortalamanın üzerinde bulunmuştur (Tablo 4.6). Çalışmada bulunan puan ortalamaları literatürdeki puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür (Atay, 2019; Özdemir, 2024; Sözeri Öztürk, 2019; Türkarlan, 2023).

Gelir durumuna göre hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi”, “Fiziksel Semptom Distres Skoru” ve ölçeği toplamından aldıkları puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.7). Geliri giderinden az olan hastaların aldıkları puanlar, geliri giderine denk olan hastalardan daha yüksektir. Lee ve ark (2023) tarafından 200 hasta ile yapılan ve fiziksel belirtiler ile depresyon arasındaki ilişkide finansal zorlukların incelendiği çalışmada, fiziksel semptomlar ile mali zorluklar ve depresyon arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca, fiziksel semptomlar ile depresyon arasındaki ilişkinin kısmen benzer nitelikte olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, kanser hastalarının gelir

düzeının bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlık durumları üzerindeki etkilerini vurgulamaktadır.

Çalışmayan hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi”, “Fiziksel Semptom Distres Skoru” ve ölçeği toplamından aldıkları puan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.7). Akın vd., (2010) 352 akciğer kanserli hastayla yapmış olduğu çalışmada çalışmamızı destekler nitelikte sonuç elde edilmiştir. Bu durum, çalışmanın sağladığı sosyal ve ekonomik desteğin, kanser hastalarının semptom yükü ve genel sağlık durumları üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Düşük gelir düzeyine sahip bireylerde, yaşam standartlarının düşük olması semptomların olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Ayrıca ekonomik sorunlar sağlık hizmetlerine erişimde ve profesyonel destek alımında yetersizliklere yol açarak semptomların şiddetlenmesine katkıda bulunabilir. Sosyal destek ve finansal güvence, hastaların çalışma durumu ile ilişkilidir ve bu faktörlerin iyileşmesi hastaların yaşam kalitesini artırabilmektedir (Fenn ve ark, 2014).

Sosyal güvencesi olmayan hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Global Distres İndeksi”, “Fiziksel Semptom Distres Skoru”, “Psikolojik Semptom Distres Skoru” ve ölçek toplamından aldıkları puanları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.7). Sosyal güvence eksikliği, hastaların sağlık hizmetlerine erişimini sınırlandırarak, tedavi süreçlerinde gecikmelere ve semptomların daha şiddetli yaşanmasına yol açabilir. Bu bulgular, sosyal güvencenin kanser hastalarının semptom yükü ve genel sağlık durumları üzerindeki olumlu etkisini vurgulamaktadır. Ülkemizde kanser hastalarına verilen sağlık hizmetleri belli şartlarda devlet güvencesi altında ücretsiz olarak sağlanmaktadır (Zengin ve Öztuna, 2018). Kale ve Carroll (2016) tarafından yapılan bir çalışmada, sosyal güvencesi olmayan kanser hastalarının, sosyal güvencesi olanlara kıyasla daha fazla fiziksel ve psikolojik sıkıntı yaşadığı belirtilmiştir. Bu hastalar, sağlık hizmetlerine erişimde ve tedavi sürecinde önemli zorluklarla karşılaşmaktadır.

Kanser evrelerine göre hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği “Psikolojik Semptom Distres Skoru” ve ölçeğin toplamında aldıkları puan arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.8). 4.evre olan hastaların puanları, 2. Evre olan hastalardan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir. Kanser ilerlemesi ile hastaların yaşadığı psikolojik stres düzeyleri de

artmaktadır. İleri evre kanser hastaları, hastalığın prognozu, tedavi süreçlerinin zorluğu ve yaşam süresine dair belirsizlik gibi nedenlerle daha yüksek düzeyde psikolojik distres yaşayabilirler. Bu durum, 4. evre kanser hastalarının MSDÖ "Psikolojik Semptom Distres Skoru" ve toplam puanlarının daha yüksek olmasını açıklayabilir. Bu bulgu, literatürdeki diğer çalışmalarla da uyumludur. Adler ve Page (2008) kanser hastalarında hastalık ilerledikçe psikolojik stresin arttığını ve bu hastaların daha fazla destek ve müdahaleye ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir.

Kemoterapi dışında tedavi alanların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği toplamından aldıkları puan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır (Tablo 4.8). Kemoterapi dışında radyoterapi alanların ise Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği toplamından aldıkları puan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Kemoterapi, genellikle daha yoğun ve sistemik yan etkilere neden olan bir tedavi yöntemi olarak bilinirken, cerrahi ve radyoterapi gibi diğer tedavi yöntemleri daha lokalize ve kontrol edilebilir yan etkilerle ilişkilendirilebilir (Katta vd., 2023).

Hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi alan hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği "Fiziksel Semptom Distres Skoru" alt boyutundan ve ölçeği toplamından aldıkları puan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük, fakat Kanser Güçlendirme Ölçeği toplamından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.8). Hastalık ve tedavi hakkında bilgi sahibi olmak, hastaların kendi kendine yönetim becerilerini artırır. Bu, semptomların daha az rahatsızlık verici olmasını sağlar çünkü hastalar semptomları hafifletmek için hangi adımları atacaklarını bilirler. Örneğin, ağrı yönetimi, diyet değişiklikleri ve fiziksel aktiviteler hakkında bilgi sahibi olmak, semptomların yoğunluğunu ve sıklığını azaltabilir. Hastalık ve tedavi hakkında bilgi alan hastaların, fiziksel semptom distres skoru ve toplam semptom yükü açısından daha iyi durumda olmaları, bilgiye dayalı semptom yönetiminin etkisini göstermektedir. Bu bulgular, hastaların bilgilendirilmesinin ve eğitilmesinin sağlık hizmetlerinde önemli bir yer tutması gerektiğini ve bu yaklaşımın hasta sonuçlarını iyileştirebileceğini göstermektedir (Ertürk Yavuz ve Gürsoy, 2021; Pekmezci ve Hintistan, 2014).

Hastaların yapamadığı aktivitelerde yardımcı kişi olanların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği "Fiziksel Semptom Distres Skoru" alt boyutundan aldıkları

puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.8). Bölükbaş Yurdoğlu'nun (2023) yapmış olduğu çalışmada yaşanılan semptomları yönetme konusunda yardıma ihtiyaç duyan katılımcılar, ihtiyaç duymayanlara kıyasla daha fazla, daha sık ve daha şiddetli semptomlar yaşadığı ve bu semptomlardan daha fazla sıkıntı duyduğu belirtilmiştir. Yardımcı kişiye ihtiyaç duyan hastalar, genellikle hastalığın ileri evrelerinde olup, fiziksel bağımsızlıklarını büyük ölçüde kaybetmiş olabilmektedirler. Bu durum, hastaların yaşadıkları fiziksel semptomların daha yoğun ve rahatsız edici olmasına neden olabilir. Yardımcı kişiye ihtiyaç duyulması, hastaların günlük yaşam aktivitelerini tek başına yerine getiremedikleri anlamına gelmekte ve bu da fiziksel distres düzeylerini artırabilecektir (Yıldız vd.,2016).

Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği sonuçlarının Kanser Güçlendirme Ölçeği üzerindeki etkileri değerlendirildiğinde (Tablo 4.9), psikolojik semptom distressinin anlamlı bir negatif etki göstermesi, kanser hastalarının psikolojik desteğe ne kadar ihtiyaç duyduğunu ve bu desteğin hastaların güçlendirilmesi üzerindeki önemini vurgulamaktadır. Multidisipliner iş birliği ile yapılan güçlendirme eğitimlerinin kanser hastalarında psikolojik distressi azalttığı ve yaşam kalitesini iyileştirdiği bulunmuştur (Liu vd., 2023). Ayrıca, yapılan bir sistematik incelemede, psikolojik distressi yönetmek için farmakolojik olmayan müdahalelerin etkili olduğu ve bu tür müdahalelerin hastaların psikolojik ve sosyal desteğini artırdığı belirtilmiştir (Paley vd., 2023). Bu tür müdahaleler, hastaların kendi kendine yönetim becerilerini geliştirmelerine yardımcı olabilir ve genel güçlendirme düzeylerini artırabilir.

Tablo 4.10'da yapılan lineer regresyon analizinde Kanser Güçlendirme Ölçeği psikolojik semptom distressinin ( $p=0.001$ ) Kanser Güçlendirme Ölçeği puanını anlamlı şekilde düşürdüğünü göstermektedir. Ancak, global distres ve fiziksel semptom distressi anlamlı bir etki göstermemektedir. Bu bağlamda psikolojik distressin yönetiminin, hastaların yaşam kalitesini ve güçlenmesini artırmada kritik bir unsur olarak değerlendirilmesi düşünülebilir. Kanser hastalarında psikolojik distressin yaygınlığı ve etkisi üzerine yapılan bir çalışmada, psikolojik distressin kanser hastalarının yaşam kalitesi üzerinde önemli bir olumsuz etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (Negussie vd., 2023). Benzer şekilde, başka bir çalışmada da psikolojik distressin yönetimi ve kanser hastalarının güçlendirilmesi için multidisipliner yaklaşımların önemli olduğu vurgulanmıştır (Liu vd., 2023).

Hemşireler, güçlendirme sürecine dahil olmak ve bunun faydalarını görmek için en uygun konumdadır. En iyi sonuçları elde etmek için hemşirelerin tanımı netleştirmeleri, uygun bir ölçüm seçmeleri ve güçlendirme stratejileri konusunda eğitilmeleri gerekmektedir (Kim, Choe ve Kim,2023).

Çalışmada, kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptom distressinin Kanser Güçlendirme Ölçeği üzerindeki negatif etkisi görülmüştür (Tablo 4.8). Bu bulgu, psikolojik desteğin kanser tedavisi süreçlerinde ne kadar kritik olduğunu bir kez daha ortaya koymaktadır. Tedavi ile psiko-onkolojik yaklaşımlar kanser süresince yaşanan fiziksel, duygusal, bilişsel sorunların azaltılmasında önemli yere sahiptir. Kanser hastalarının tedavi süreçlerinde psikolojik destek ve güçlendirme programlarının entegrasyonu bu nedenle önemlidir (Şahin, Kocamaz ve Yıldırım, 2020).

Semptomlar, hastaların yaşam kalitesini belirleyen önemli faktörlerdir. Hastalığın ilerlemesi, fiziksel ve psikolojik semptomların artmasına neden olabilir ve bu da tedaviye uyumu engelleyebilir. Semptomların tanınması, değerlendirilmesi ve kontrol edilmesi tedavinin etkinliği açısından kritik öneme sahiptir. Kanser hastalıklarının artışı, yalnızca bakım hizmetlerinin artırılmasıyla çözülemez. Hastaların sağlık hizmetlerine dahil edilerek sorumlulukların paylaşılması, genel sağlık göstergelerini olumlu yönde etkileyebilir. Hasta güçlendirme, yalnızca profesyonellerin hastalara bilgi aktarmasıyla sınırlı kalmamalıdır; güçlendirilmiş hastaların, benzer durumdaki diğer hastalarla iletişim kurabilecekleri imkanlar sağlanmalıdır. Bu yaklaşım, hasta güçlendirme konusunda atılacak adımların önemini daha da artırmaktadır (Kaya ve Işık, 2019).

Çalışmada bulunan negatif yönlü ilişki, hastaların semptom yönetimi konusunda daha fazla desteğe ihtiyaç duyduklarını göstermektedir (Tablo 4.9). Özellikle semptomların yoğun olduğu durumlarda, hastaların güçlendirme seviyelerini artırmak için psikolojik destek, danışmanlık hizmetleri ve semptom yönetimi eğitimlerinin verilmesi önemlidir. Bu tür müdahaleler, hastaların hem fiziksel hem de psikolojik durumlarını iyileştirebilir.

Kemoterapi alan hastalarda güçlendirmenin yaşanan semptomlara etkisi konusunda elde edilen bulgular, güçlendirmenin hastaların yaşadıkları semptomlara etkisinin önemini vurgulamaktadır. Psikolojik semptom distressinin güçlendirme üzerindeki

negatif etkisi, bu hastaların semptom yönetimi ve psikolojik destek ihtiyaçlarını daha iyi anlamamıza yardımcı olmuştur. Bu bağlamda, kanser tedavi süreçlerinde güçlendirme ve psikolojik destek programlarının entegrasyonu, hastaların yaşam kalitesini artırmada ve tedaviye uyumu sağlamada hayati bir öneme sahiptir.

Sonuç olarak, çalışmada Kanser Güçlendirme Ölçeği ve Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği puanları arasında negatif yönlü bir ilişki bulunduğunu bulunmuştur. Bu bulgu, kanser hastalarında semptom yönetimi ve psikolojik desteğin önemini vurgulamaktadır.



## ALTINCI BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Kemoterapi alan hastalarda güçlendirmenin yaşanan semptomlara etkisi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların yaş aralığı 22-87 arasında olmakla birlikte, ortalama  $55,41 \pm 12,64$  yıl olup kadın, ilkokul mezunu, evli, 2 çocuklu, ev hanımı, çalışmayan, geliri giderden az, sosyal güvencesi olduğu bulunmuştur.

Hastaların kronik hastalığa sahip olduğu, en çok görülen kronik hastalığın hipertansiyon olduğu ve bu nedenle sürekli ilaç kullandığı görülmüştür.

Kanser türünün en çok meme kanseri olduğu ve III. evrede olduğu, 6 ve üzeri kür kemoterapi aldığı ve tedavi sürecinde en fazla olumsuz yönde etkileyen sorunun fiziksel sorunlar (ağrı, kas krampları, yorgunluk) olduğu bulunmuştur.

Kanser Güçlendirme Ölçeğinde toplam puan ortalamasının ortalamanın üzerinde var olduğu, Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeğinin toplam puan ortalamasının ise orta düzey olduğu görülmektedir.

Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ile Kanser Güçlendirme Ölçeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,001$ ), zayıf negatif korelasyon ( $-0,177$ ) gözlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; hemşirelere hastaların kemoterapide yaşadıkları semptomlar ve hasta güçlendirmenin önemine yönelik farkındalıklarını sağlamak amacıyla için hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi, sağlık sisteminin etkin işleyişi açısından hemşirelerin hastaları desteklemesi için gerekli faaliyetleri ve bilgileri kapsayan hasta eğitiminin düzenlenmesi, kanser hastaların kemoterapinin yan etkileriyle başa çıkabilmeleri için özellikle hemşirelerin hastaları kendi sağlıkları hakkında karar almalarına yönelik hasta güçlendirme programlarının düzenlenmesi, hastaların semptomlarını yönetmek ve güçlendirme düzeylerini artırmak için multidisipliner bir yaklaşım benimsenmesi, hastaların güçlendirilmesi amacıyla destek grupları, bireysel danışmanlık ve eğitim programları düzenlenmelidir. Gelecek çalışmalarda, kemoterapi alan hastaların güçlendirilmesi ve yaşanan semptomların

mekanizmaları daha detaylı olarak incelenmeli, hastaların güçlendirmesine ve yaşanan semptomların azaltılmasına yönelik stratejiler geliştirmelidir.



## KAYNAKÇA

- Abduloeva, N. K., Scriabin, M. V., Skripko, O. A., Kaitova, S.K., Ryandjina, R. A., Kazakova, K. N. ve Moiseenko, V. M. (2023). History of cancer hormonotherapy. *Практическая онкология*, 24(2): 105-118.
- Adam, R., Nair, R., Duncan, L. F., Yeoh, E., Chan, J., Vilenskaya, V. ve Gallacher, K. I. (2023). Treatment burden in individuals living with and beyond cancer: A systematic review of qualitative literature. *Plosone*, 18(5).
- Admoun, C. ve Mayrovitz, H. N. (2022). *The etiology of breast cancer*. Exon Publications: 21-30.
- Adler, N. E. ve Page, A. E. K. (Ed.). (2008). *Cancer care for the whole patient: meeting psychosocial health needs*. Washington, DC: National Academies Press, 81-153.
- Adjei, A. A. ve Liu, S. V. (2023). Advances in lung cancer treatment. *Cancer Journal for Clinicians*, 73(1): 22-35.
- Acuña Mora, M., Sparud-Lundin, C., Moons, P. ve Bratt, E. L. (2022). Definitions, instruments and correlates of patient empowerment: a descriptive review. *Patient Education and Counseling*, 105(2): 346–355.
- Akay, B. ve Adadioğlu, Ö. (2023). Diyare İçinde S. Oğuz, V. Ünver, G. Çamcı ve V. Kocatepe (Edt.), *Semptom Yönetimi ve Hemşirelik*. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri, 476-495.
- Aker, Ö. ve Baykal, D. (2024). Kanser hastalarında uyku sorunlarının yönetiminde non-farmakolojik yaklaşımlar. *Atlas Journal of Medicine*, 4(10): 95-100.
- Akın, S., Can, G., Aydın, A., Özdiilli, K. ve Durna, Z. (2010). Quality of life, symptom experience and distress of lung cancer patients under going chemotherapy. *European journal of oncology nursing*, 14(5): 400-409.
- Akıncı, A. Ç. ve Aksoy, S. D. (2019). Kanserli kadınlarda cinsel sorunlar. *Journal of Academic Research in Nursing (JAREN)*, 5(2): 156-162.
- Akıncı, A. Ç. ve Savcı, C. (2019). Kanserli erkek hastalarda cinsel sorunlar. *Androloji Bülteni*, 22: 57-62.

- Alghamdi, M. S., Alhussain, A. A. ve Baker, O. G. (2022). Empowerment in the health care context: concept analysis. *Saudi Journal of Nursing and Health Care*, 5(9): 176-181.
- Arora, N. K., Finney Rutten, L. J., Gustafson, D. H., Moser, R. ve Hawkins, R. P. (2013). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and healthcare providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22: 474-486.
- Artaç, M. (2016). Cancer care in Turkey. *Gastrointestinal Cancers Symposium Daily News*, 8.
- Atay, M. (2019). *Kemoterapi tedavisi gören kanser hastalarında psikolojik dayanıklılık ve hayatın anlamının yaşanan semptomlar üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Avery, J., Thomas, R., Howell, D. Ve Dubouloz Wilner, C-J. (2023). Empowering cancer survivors in managing the iron health: a paradoxical dynamic process of taking and letting go of control. *Qualitative Health Research*. 33(5): 412-425.
- Bailo, L., Guidi, P., Vergani, L., Marton, G. ve Pravettoni, G. (2019). The patient perspective: investigating patient empowerment enablers and barriers with in the oncological care process. *E-Cancer Medical Science*, 13(912): 1-15.
- 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 işlevinin değerlendirilmesi ve cinsel danışmanlık. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3): 210-215.
- Bilsin, E. ve Bal Yılmaz, H. (2018). Kanserli hastalarda tat alma değişikliği. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2): 259-266.
- Blackadar, C. B. (2016). Historical review of thecauses of cancer. *World journal of clinical oncology*, 7(1): 54.
- Bölükbaş Yurdoğlu, G. (2023). *Kemoterapi uygulanan kanserli hastalarda semptomların ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Demiroğlu Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I. ve Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3): 205-313.
- Brown, K., Miller, A. ve Smith, L. (2020). The impact of symptom management on empowerment in cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 38(15): 1234-1241.
- Cai, Q., Cheng, J., Ge, J. ve Luo, J. (2023). Research progress of targeted drugs in tumortherapy. Highlights in Science, *Engineering and Technology*, 36: 567-576.
- Can, G. (2021). Onkoloji. İçinde N. Enç (Ed.), *İç Hastalıkları Hemşireliği* (3. Baskı). İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri: 459–508.
- Çakmak, S. ve Nural, N. (2020). Kemoterapi ve radyoterapi alan hastalarda oral mukozit: bir gözden geçirme. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 13(3): 185-194.
- Demir, B. ve Barutca, S. (2021). Kanser tedavileri ve alopesi: bir sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine*, 6(2): 96-104.
- Deniz, E. B. (2022). Kanser epidemiyolojisi. *Turkey Health Literacy Journal*, 3(2): 102-111.
- Deo, S., Gowda, S. M. ve Bhoriwal, S. (2021). Epidemiology of cancer. Garg, R. ve Bhatnagar, S. (Der.), *Textbook of onco-anesthesiology*. Singapur, Springer: 7-12.
- Erbay, E. (2019). Güç ve güçlendirme kavramları bağlamında sosyal hizmet uygulaması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 19(42): 41-64.
- Erdoğan Yüce, G. ve Muz, G. (2020). Kanser hastalarında tedaviye bağlı bulantı ve kusmanın yönetimi. *Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 9(2): 116-124.
- Erkoca, S., (2018). *Meme kanseri nedeni ile kemoterapi tedavisi alan hastalarda tat duyusu değişikliğinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Sanko Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

- Ertürk Yavuz, M. ve Gürsoy, A. (2021). Kanser olan hastalara verilen eğitimin öz bakıma etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(2): 273-279.
- Fenn, K. M., Evans, S. B., McCorkle, R., DiGiovanna, M. P., Puzstai, L., Sanft, T., ... ve Chagpar, A. B. (2014). Impact of financial burden of cancer on survivors' quality of life. *Journal of Oncology Practice*, 10(5): 332-338.
- Fischer, K. M. (2022). Cancer treatment: past, present and future. *J Cancer Res Treat & Prev*, 1(1): 1-10.
- GLOBOCAN (2024). *Age-standardized rate (world) per 100 000, incidence in 2022*. Cancer TODAY. IARC
- Gol, J., Terpstra, T., Lucassen, P., Houwen, J., vanDulmen, S., Olde Hartman, T. C. ve Rosmalen, J. (2019). Symptom management for medically unexplained symptoms in primarycare: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 69(681): 254-261.
- Gürdap, Z. ve Cengiz, Z. (2023). Sağlık Bakım Sisteminde Hastayı Güçlendirme: Fırsatlar ve Zorluklar. *Artuklu International Journal of Health Sciences*, 3(1): 74-81.
- Hosick., H. L., Rizzo., C., Campanella., J. J. ve Alder., R. (2023). *Cancer. Magill's Medical Guide* (Online Edition). Salem Press.
- International Agency for Research on Cancer (IARC) (2023). *İnsanlara yönelik kanserojen tehlikelerin belirlenmesine ilişkin IARC monografı*. Dünya Sağlık Örgütü. <https://monographs.iarc.who.int/agents-classified-by-the-iarc/> [20.04.2024].
- Izgu, N. ve Gök Metin, Z. (2020). Kemoterapi ve radyoterapi alan kanserli bireylerde yorgunluk ve spiritüel iyilik hali: tanımlayıcı-korelasyonel bir çalışma. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3): 310-317.
- Jones, M., Davis, A. ve Taylor, R. (2018). Education and support in symptom management for cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 26(7): 789-798.
- Kabak Solak, T., Solak, Ü. ve Avşar, G. (2022). Kanserli bireylerde uyku kalitesini artırmaya yönelik yapılan hemşirelik girişimleri: sistematik derleme. *Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 2(1): 19-29.

- Kalaycıoğlu, G. (2023). *Kemoterapi alan hastaların öz bakım yönetimi ve hasta güçlendirme arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Kale, H. P. ve Carroll, N. V. (2016). Self-reported financial burden of cancer care and its effect on physical and mental health-related quality of life among US cancer survivors. *Cancer*, 122(8): 283-289.
- Karagil, F. M. A. ve Harmancı, H. (2020). Kanser tanısı alan birey ve ailesinde ruh sağlığı. *Karatay Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9: 63-90.
- Karataş, M., Başcılar, M. ve Pak Güre, M. D. (2022). Semptom yönetiminde tıbbi sosyal hizmet uygulamaları. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 19: 103–119.
- Katta, B., Vijayakumar, C., Dutta, S., Dubashi, B. ve Nelamangala Ramakrishnaiah, V. P. (2023). The incidence and severity of patient-reported side effects of chemotherapy in routine clinical care: a prospective observational study. *Cureus*, 15(4): 1-7.
- Kaya, N. ve Işık, O. (2019). *Hastaların hasta güçlendirmeyle ilgili değerlendirmeleri*. 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi. Sakarya Üniversitesi.
- Kayım, F. (2021). *Güçlendirme yaklaşımı nedir*. İstanbul Gelişim Üniversitesi. [https://gavsispanel.gelisim.edu.tr/Document/fkayim/20210504011920889\\_e17a5f23-213d-4029-8230-2f2f6f90846a.pdf](https://gavsispanel.gelisim.edu.tr/Document/fkayim/20210504011920889_e17a5f23-213d-4029-8230-2f2f6f90846a.pdf) [09.05.2024]
- Kırca, K. (2020). Oral Mukozit. S. Kapucu ve S. Kutlutürkan (Edt.), *Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği*, Ankara: Hipokrat Kitabevi, 261-272.
- Kim, S. H., Choe, Y. H. ve Kim, D. H. (2023). Patient empowerment in cancer care: a scoping review. *Cancer Nursing*, 10-1097.
- Koç, G. ve Uslu Şahan, F. (2020). Cinsellik ve Üreme Sorunları İçinde S. Kapucu ve S. Kutlutürkan (Edt.), *Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği*. Ankara: Hipokrat Kitabevi, 281-287.
- Kumsar, A. K. ve Yılmaz, F. T. (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2): 62-70.

- Kurnat-Thoma, E. L., Graves, L. Y. ve Billones, R. R. (2022). A concept development for the symptom science model 2.0. *Nursing Research*, 71(6): E48-E60.
- Kurt, B. (2020). Kemoterapi S. Kapucu ve S. Kutlutürkan (Edt.), *Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği*. Ankara: Hipokrat Kitabevi, 51–69.
- Kutlutürkan, S. ve Uyvarlıoğlu, A. E. (2021). Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. N. Vakan ve S. Çelik (Eds.), *Tüm Yönleriyle İç Hastalıkları Hemşireliği*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 447-490.
- Kutlutürkan, S., Öztürk, E. S., Erdoğan, S. B., İyimaya, Ö., Bay, F. ve Gül, F. (2019). Yaşlı kanser hastalarında yaşam kalitesinin ve semptomların değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*, 26(4): 418-426.
- Lean, M., Fornells-Ambrojo, M., Milton, A., Lloyd-Evans, B., Harrison-Stewart, B., Yesufu-Udechuku, A., Kendall, T. ve Johnson, S. (2019). Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 214(5): 260–268.
- Lee, E. M., Jiménez-Fonseca, P., Hernández, R., Cruz-Castellanos, P., Fernández-Montes, A., Rogado, J., ... ve Calderon, C. (2023). The role of financial difficulties as a mediator between physical symptoms and depression in advanced cancer patients. *Current Oncology*, 30(6): 5719-5726.
- Liu, C., Li, W., Liu, T., Du, C., Luo, Q., Song, L., Liu, X. ve Zhou, Y. (2023). Effect of multidisciplinary collaborative empowerment education on psychological distress and quality of life in patients with colorectal cancer undergoing chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 31(2): 116.
- MacKee, N. (Ed.) (2022). *Understanding chemotherapy. A guide for people with cancer, their families and friends*. Cancer Council Australia.
- Mahmood, A. ve Srivastava, R. (2022). CHAPTER 3- Etiology of cancer. B. P. Jain ve S. Pandey (Edt.), *Understanding Cancer*. Yeni Delhi, Hindistan: Academic Press, 37-62.
- Mısırlıoğlu, P. E. ve Köse, B. (2023). Kanserde Kaşeksi ve Beslenme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 32(1): 26-32.

- Mishra, R. ve Bassi, P. (2023). *Drug Targeting to Cancer Cells Through Stimuli-Responsive Imine Bonds: Fascinating Aspects of Site Specificity. Polymer-Drug Conjugates*. Amerika Birleşik Devletleri: Academic Press, 207-224.
- Moini, J., Avgeropoulos, N. G. ve Badolato, C. (2022). *Global Epidemiology of Cancer: Diagnosis and Treatment*. Amerika Birleşik Devletleri: John Wiley & Sons, 178-219.
- Naegele, M. (2020). Symptom management – pflegewissenschaftliche Modelle in der Theorieund Praxis. *Der Onkologe*, 26(11): 998–1009.
- National Cancer Institute (2023). *Stem Cell Transplants in Cancer Treatment* <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/stem-cell-transplant> [04.04.2024].
- Negussie, F., Giru, B. W., Yusuf, N. T. ve Gela, D. (2023). Psychological distress and associated factors among cancer patients in public hospitals, Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC psychology*, 11(1): 41.
- Ok, F. (2023). Anksiyete. Oğuz, S., Ünver, V., Çamcı, G. ve Kocatepe, V. (Ed.), *Semptom Yönetimi ve Hemşirelik*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri, 22-38.
- Ovayolu, N. (2016). Onkolojik Sorunlar ve Hemşirelik Yönetimi. N. Ovayolu ve Ö. Ovayolu (Ed.), *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları ile Kronik Hastalıklar*. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 460-488.
- Ovayolu, N. ve Güzel, H. (2022). Palyatif Bakım. E. Ünsal Avdal (Ed.), *Kronik Hastalıkların Tedavi ve Bakımında Algoritmalar ve Klinik Karar Verme, İç Hastalıkları Hemşireliği*. Ankara: Hipokrat Kitabevi, 105-124.
- Ölçer, Z. ve Oskay, Ü. (2020). Kanser hastalarına yönelik BETTER modeline dayalı cinsel danışmanlık. *Androloji Bülteni (Andrology Bulletin)*, 22(3): 177-182.
- Özdemir, H. (2024). *Covid-19 pandemisi sürecinde kemoterapi alan meme kanserli hastalarda mobil uygulama ile geliştirilen interaktif hemşire desteği programının hasta sonuçlarına etkisi*. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Özdemir, Z., Alaca, C., Gökgün, E., Yıldırım, H., Ataman, G., Öztürk, Ö., Şükür, Y., E. ve Taşkın, S. (2023). Jinekolojik kanserlerin kadınların cinsel yaşam

- kalitelerine etkilerinin belirlenmesi. *Journal of Ankara University Faculty of Medicine/Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 76(2): 101-107.
- Özdoğan, M. (2020). *Kanserin kendisi veya tedavilerine bağlı ishal neden olur nasıl tedavi edilir?* <https://www.drozdogan.com/kanser-tedavi-yan-etki-ishal-neden-olur-nasil-tedavi-edilir/> [16.04.2024].
- Özkan Tuncay, F. (2020). İştahsızlık, Kilo Kaybı, Kaşeksi S. Kapucu ve S. Kutlutürkan (Edt.), *Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği*. Ankara: Hipokrat Kitabevi, 295-311.
- Özkan, İ. ve Eroğlu, N. (2022). Kemoterapi Alan Akciğer Kanseri Hastalarda Tat Değişiklerinin Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(1): 33-42.
- Özmen, S. ve Kocakaya, K. (2024). Kanseri hastalarında hasta güçlendirmenin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 12(1): 100-117.
- Öztürk, N., Kocabıyık, B. Ç., Arıkan, F. ve Coşkun, H. Ş. (2020). Kanseri hastalarında konstipasyon sıklığı ve gelişme riskinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(3): 178-184.
- Özyıldırım Koç, B., Güler, Ö. ve Yücens, B. (2021). Akciğer, kolorektal ve baş-boyun kanseri olan hastalarda anksiyete, depresyon ve intihar olasılığı. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 22(1): 21-28.
- Paley, C. A., Boland, J. W., Santarelli, M., Murtagh, F. E., Ziegler, L. ve Chapman, E. J. (2023). Non-pharmacological intervention stoma nage psychological distress in patients living with cancer: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 22(1): 88.
- Pazarcıkcı, F. (2017). Kemoterapi alan kanseri hastalarında uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1): 11-21.
- Pehlivan, Z., Güner, S. G. ve Nural, N. (2022). Kanseri hastalarında bir semptom konstipasyon: literatür incelemesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1): 139-144.
- Pekmezci, H., Köse, B. G., Akbal, Y., Özdemir, V. A. ve Çol, B. K. (2022). Kemoterapi alan kanseri hastalarının semptom yönetiminde tamamlayıcı terapi

- kullanımları. *Journal of Health Academics/Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(3): 211-219.
- Pekmezci, H. ve Hintistan, S., (2014). *Kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi*. 16. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Antalya, Turkey, 284-285.
- Pekonen, A., Eloranta, S., Stolt, M., Virolainen, P. ve Leino-Kilpi, H. (2020). Measuring patient empowerment- a systematic review. *Patient education and counseling*, 103(4): 777-787.
- Polat Dünya, C. ve Can, G. (2020). İmmünoterapi S. Kapucu ve S. Kutlutürkan (Edt.), *Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği*. Ankara: Hipokrat Kitabevi, 105-129.
- Portz, D., (2017). Alopecia. Eggert, J. (Ed.) *Cancer Basics*. Pittsburgh, Pennsylvania: Oncology Nursing Society, 357-365.
- Rowland, J. H. ve Bellizzi, K. M. (2014). Cancer survivorship issues: Life after treatment and implications for an aging population. *Journal of Clinical Oncology*, 32(24): 2662-2668.
- Quazi, S. (2023). Stem Cell Therapy in Cancer. In: Malviya, R., Sundram, S. (Edt.) *Targeted Cancer Therapy in Biomedical Engineering. Biological and Medical Physics, Biomedical Engineering*. Singapore: Springer, 905-933.
- Saeed, R. F., Awan, U. A., Saeed, S., Mumtaz, S., Akhtar, N. ve Aslam, S. (2023). *Targeted therapy and personalized medicine*. *Cancer Treatment and Research*, 185: 177-205
- Salman, T. ve Dinçkal, Ç. (2022). Kanser ve immünoterapi. H. Koçdor, A. Pabuççuoğlu, F. Zihnioğlu ve F. Sağın (Der.), *Sağlık Biyoteknolojisi*, (1. Baskı). Ankara: Türkiye Klinikleri, 78-84.
- Saruhan, Ç. (2020). Cancer, side effects of chemotherapy and nursing care. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 5(1), 51-63.).
- Schottenfeld, D. ve Fraumeni J. F. (Eds.). (2006). *Cancer Epidemiology and Prevention*. Britanya: Oxford University Press, 338-390.

- Shin, S., ve Park, H. (2017). Effect of empowerment on the quality of life of the survivors of breast cancer: The moderating effect of self-help group participation. *Japan Journal of Nursing Science*, 14(4), 311-319.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., Wagle, N. S. ve Jemal, A. (2023). Cancer statistics, 2023. *CA: a cancer journal for clinicians*, 73(1): 17-48.
- Smith, J., Thompson, P. ve Lee, H. (2019). Symptom management and patient empowerment in oncology. *Cancer Nursing*, 42(4): 245-252.
- Smith, A. W., Bellizzi, K. M., Keegan, T. H., Zebrack, B., Chen, V. W., Neale, A. V. ve Hamilton, A. S. (2015). Health-related quality of life of adolescent and young adult patients with cancer in the United States: the AYA HOPE study. *Journal of Clinical Oncology*, 31(17): 2136-2145.
- Sözeri Öztürk, E. (2020). Tat ve Koku Almada Değişim S. Kapucu ve S. Kutlutürkan (Edt.), *Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği*. Ankara: Hipokrat Kitabevi, 281-287.
- Sözeri Öztürk, E., (2019). *Meme kanserli hastalarda mobil uygulama ile semptom izlem sürecinin semptom kontrolü ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A. ve Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality world wide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 71(3): 209-249.
- Şahin, H., Kocamaz, D. ve Yıldırım, M. (2020). Kanser sürecinde psikolojik sorunlar ve psiko-onkoloji. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 2(3): 136-141.
- Tanrıkut, R. ve Ayşegül, K. (2023). Son 10 yılda hemşirelik alanında semptom yönetimi konulu yüksek lisans ve doktora tezlerin retrospektif incelenmesi. *Medical Research Reports*, 6(3): 164-182.
- Tarakçıoğlu Çelik, G. H., (2016). Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4): 93-100.
- Tariq, M. R., Ali, S. W., Khan, S. A., Yamen, R., Iqbal, S., Safdar, W., ve Sheas, M. N. (2023). Hormonaltherapies in cancers. *İçinde Therapeutic Approaches in Cancer Treatment*. Cham: Springer International Publishing, 91-104.

- Tilak, T. V. S. V. G. K., Patel, A. ve Kapoor, A. (2023). Molecular basis and clinical application of targeted therapy in oncology. *Medical Journal Armed Force sIndia*, 79(2): 128-135.
- Titzer, H. (2018). Symptom management: Eine multiprofessionelle Aufgabe. *Pflegezeitschrift*, 71(6): 26–29.
- Tolasa, A. G. ve Tokem, Y. (2022). Kanser hastalarındaki bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelik uygulamalarının etkinliğinin incelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2): 215-221.
- Tuominen, L., Ritmala-Castrén, M., Nikander, P., Mäkelä, S., Vahlberg, T. ve 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.
- Türkarlan, E. (2023). *Kemoterapi alan hastalarda spiritüel iyilik halinin yaşanan semptomlara etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023). *Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2022*. data.tuik.gov.tr. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679> [28.04.2024]
- Uğurlu, G. K., Uğurlu, M., Akıncı, M. B., Gaygusuz, D. I., Erol, S., Apaydın, Z. K. ve Çayköylü, A. (2021). Kanser hastalarında yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve uyku bozukluklarının tedavisinde uyku hijyeni ve psikopatolojinin yeri: Bir yol analizi çalışması. *Genel Tıp Dergisi*, 31(4), 344-348.
- Urvaylıoğlu, A. E. (2020). Ağrı S. Kapucu ve S. Kutlutürkan (Edt.), *Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği*. Ankara: Hipokrat Kitabevi, 201–233.
- Uysal, E. ve Akbörü, M. H. (2021). Kanser hastalarında görülen malnütrisyon, sarkopeni ve kaşeksi nedenleri. *Turkish Journal of Oncology*, 35(1): 17-21.
- White, R., Black, S. ve Green, D. (2021). Enhancing empowerment in cancer patients through effective symptom management. *Psycho-Oncology*, 30(2): 123-132.
- Yıldırım, Y., Tokem, Y., Bozkurt, N., Fadıloğlu, C., Uyar, M. ve Uslu, R. (2011). Reliability and validity of the Turkish version of the memorial symptom

assessment scale in cancer patients. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 12(12): 3389-3396.

Yıldırım, D. ve Kocatepe, V. (2023). Uykusuzluk S. Oğuz, V. Ünver, G. Çamcı ve V. Kocatepe (Edt.), *Semptom Yönetimi ve Hemşirelik. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri*, 476-495.

Yıldırım, F. ve Ünver, V. (2023). Yorgunluk S. Oğuz, V. Ünver, G. Çamcı ve V. Kocatepe (Edt.), *Semptom Yönetimi ve Hemşirelik. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri*, 370-402.

Yıldız, H. (2020). Diyare ve Konstipasyon S. Kapucu ve S. Kutlutürkan (Edt.), *Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği. Ankara: Hipokrat Kitabevi*, 295–311.

Yıldız, E., Dedeli, O. ve Pakyüz, S. C. (2016). Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Journal of Education and Research in Nursing*, 13(3): 216-226.

Yılmaz, A., Kar, A. ve Kaya, M. (2020). Hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi ilişkisi. *İşletme Bilimi Dergisi*, 8(1): 97-114.

Yılmaz Karabulutlu, E., Bahçecioglu Turan, G. ve Karaman, S. (2021). Turkish validity and reliability study of cancer empowerment scale. *Psychiatria Danubina*, 33(suppl 13): 314-320.

Yılmaz, M. (2016) Kronik Hastalıklarda Uyum Süreci İçinde N. Ovayolu ve Ö. Ovayolu (Ed.), *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları ile Kronik Hastalıklar. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi*, 598-607.

van den Berg, S. W., van Amstel, F. K. P., Ottevanger, P. B., Gielissen, M. F. M. ve Prins, J. B. (2013). The Cancer Empowerment Questionnaire: Psychological Empowerment in Breast Cancer Survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 31(5), 565–583.

Verkissen, M. N., De Vleminck, A., Groenvold, M., Jabbarian, L. J., Bulli, F., Cools, W., ... & Deliens, L. (2021). Functional impairment, symptom severity, and overall quality of life in patients with advanced lung or colorectal cancer in six European countries: baseline findings from the ACTION study. *Supportive Care in Cancer*, 29, 5797-5810.

Zebrack, B. J., Block, R., Hayes-Lattin, B., Embry, L., Aguilar, C., Meeske, K. A. ve Cole, S. (2014). Psychosocial service use and unmet need among recently diagnosed adolescent and young adult cancer patients. *Cancer*, 120(12): 201-214.

Zengin, O. ve Öztuna, B. (2018). Kanser hastalarına yönelik sosyal hizmetler ve sosyal güvenlik düzenlemeleri. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 18(1): 1-14.

Zipfel, S., Schäffeler, N. ve Stengel, A. (2021). Patient empowerment in zeiten einer zunehmend digitalisierten medizin. PPM-Psychotherapie. *Psychosomatik-Medizinische Psychologie*, 71(01): 7-8.



## EKLER

### EK-1. Tanımlayıcı Hasta Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma kemoterapi alan hastalarda güçlendirmenin yaşanan semptomlara etkisini araştırmak amacıyla planlanmaktadır. Veri toplama aracı olarak, Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, Kanser Güçlendirme Ölçeği ve Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği kullanılacaktır. Araştırmanın güvenilir sonuçlara ulaşması ve sonuçlardan yararlanılabilmesi için cevaplarınızın gerçek ve kişisel görüş ve düşüncelerini yansıtması çok önemlidir. Soruları size en yakın seçeneği işaretleyerek eksiksiz cevaplamanız bekleniyor. Çalışmaya olan katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Saygılarımızla.

Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK  
Tez Danışmanı

Emre AKKUŞ  
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü  
İç Hastalıkları Hemşireliği  
Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz:

1. Erkek      2. Kadın

3. Medeni durumunuz:

1.Evli      2.Bekar

4. Çalışma durumunuz:

1.Çalışıyor      2.Çalışmıyor

5. Mesleğiniz:

1. Serbest Meslek

2. Ev Hanımı

3. Memur

4. İşçi

5. Emekli

6. Diğer (Açıklayınız):.....

6. Eğitim durumunuz:

1. İlkokul

2. Ortaokul

3. Lise

4. Üniversite

5. Lisansüstü

7. Sosyal güvenceniz:

1.Var 2.Yok

8. Size göre gelir durumunuz?

1.Gelir giderden az 2.Gelir gidere denk 3.Gelir giderden fazla

9. Kanser dışında başka kronik hastalığınız var mı?

1.Evet 2.Hayır

10. Cevabınız evet ise hastalığın tanısı:.....

11. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

1.Evet 2.Hayır

12. Çocuk sayınız:.....

13. Kanser türü:

1. Meme CA
2. Kolon CA
3. Mide CA
4. Üro-genital CA
5. Pankreas CA
6. Lenfoid CA
7. Hematolojik CA
8. Gırtlak ve soluk borusu CA
9. Akciğer CA
10. Diğer (Açıklayınız):.....

14. Kanser evresi?

1. I. Evre 2. II. Evre 3. III. Evre 4. IV. Evre

15. Kaç kür kemoterapi aldınız?

1.1 2.2 3.3 4.4 5.5 6.6 ve üzeri

16. Kemoterapi dışında almış olduğunuz tedaviler: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1.Cerrahi tedavi 2.Radyoterapi 3.İmmünoterapi 4. Yok  
5. Diğer :(Açıklayınız) .....

17. Tedavi sürecinden fazla olumsuz yönde etkileyen sorun nedir?

1. Fiziksel sorunlar (ağrı, kas krampları, yorgunluk)
2. Beslenme ile ilgili sorunlar (iştahsızlık, bulantı-kusma, kısıtlamalar)
3. Hastalığa bağlı fiziksel görünümle ilgili sorunlar
4. Yalnızlık, iş/okul ortamından ve sosyal çevreden uzaklaşma
5. Hastaneye bağımlı olma durumu
6. Diğer:(Açıklayınız).....

18. Ne kadar süre tedavi görüyorsunuz? Ay:.....

19. Ailenizde kanser öyküsü var mı?

1.Var 2.Yok

20. Hastalığınızla ve tedavinizle ilgili bilgi aldınız mı?

1.Evet 2.Hayır

21. İlk hastalık tanısı ne zaman kondu (Yıl):.....

22. Reçete ve tedavi dışı herhangi bir ilaç/vitamin/mineral veya gıda takviyesi kullanma:

1.Evet 2.Hayır

23. Yapamadığınız aktivitelerde yardımcı kişi/ kişiler var mı?

1. Evet Kişi/Kişileri Açıklayınız:.....

2. Hayır

## EK-2. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği

MEMORIAL SEMPTOM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ														
Bölüm1:														
Açıklama: Aşağıda sıralanmış 24 semptom bulunmaktadır. Her birini dikkatlice okuyun. Eğer geçen hafta boyunca semptom yaşadysanız, bu semptomu NE SIKLIKTA yaşadığınızı, genellikle ne kadar <b>ŞİDDETLİ</b> olduğunu ve bu semptomun size <b>NE KADAR SIKINTI VERDİĞİNİ</b> veya <b>NE KADAR CANINIZI SIKTIĞINI</b> uygun sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Eğer hiç semptom yaşamadıysanız “SEMPTOM YAŞAMADIM” sütununa “X” işareti koyunuz.														
GEÇEN HAFTA BOYUNCA	YAŞAMADIM	EĞER EVET İSE NE SIKLIKTA Yaşadınız?				EĞER EVET İSE Genellikle ne kadar <b>ŞİDDETLİ</b> idi?				EĞER EVET İSE Size ne kadar <b>SIKINTI</b> Verdi?				
		Nadiren	Ara Sıra	Genellikle	Sürekli	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Çok fazla
Aşağıdaki semptomlardan herhangi birini yaşadınız mı?														
Dikkati toplamada zorluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ağrı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Halsizlik		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Öksürük		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kendini sinirli hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ağız kuruluğu		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Bulantı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Uyku hali		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
El veya ayaklarda uyuşukluk/karıncalanma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Uyumada zorluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Şişkinlik hissi		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İdrar yapmada zorluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kusma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Nefes darlığı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İshal		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kendini üzgün hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Terleme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Endişelenme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Cinsel istek veya aktivite ile ilgili sorunlar		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kaşıntı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İştahsızlık		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Baş dönmesi		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Yutma güçlüğü		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Huzursuzluk hissi		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

Bölüm2:

Yönerge: Aşağıda sıralanmış 8 semptom bulunmaktadır. Her birini dikkatlice okuyun. Eğer geçen hafta boyunca semptom yaşadığınız, bu semptomu genellikle ne kadar **ŞİDDETLİ** olduğunu ve bu semptomun size **NE KADAR SIKINTI VERDİ** veya **NE KADAR CANINIZI SIKTIĞINI** uygun sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Eğer hiç semptom yaşamadıysanız “**SEMPTOM YAŞAMADIM**” sütununa “**X**” işareti koyunuz.

GEÇEN HAFTA BOYUNCA Aşağıdaki semptomlardan herhangi birini yaşadınız mı?	YAŞAMADIM	EĞER EVET İSE Genellikle ne kadar ŞİDDETLİ idi?				EĞER EVET İSE Size ne kadar SIKINTI VERDİ?				
		Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Çok fazla
Ağız yaraları		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Yiyeceklerin tadını almada değişiklik		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kilo kaybı		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Saç dökülmesi		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kabızlık		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kol veya bacaklarda şişlik		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kendim gibi görünmüyorum		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Cilt değişiklikler		1	2	3	4	0	1	2	3	4

**EK-3. Kanser Güçlendirme Ölçeği**

Size uygun kutucuğa “X” İşareti koyunuz.	Kesinlikle Katılmıyorum 1	Katılmıyorum 2	Kararsızım 3	Katılıyorum 4	Kesinlikle Katılıyorum 5
Sağlık çalışanlarıyla iyi bir ilişkim var.					
Toplumda kanseri olanlar dikkate alınmıyor.					
Başkaları için bir anlam ifade edebileceğimi hissediyorum.					
Hayatta bir amacım var.					
Çevremdeki insanlar beni kabulleniyor.					
Sağlık çalışanları, yapamadıklarına değil yapabildiklerime odaklanıyor.					
Sınırlarımı nasıl belirleyeceğimi biliyorum.					
Çevremdeki insanlar bana kulak veriyor.					
Çevremdeki insanlar beni olduğum gibi kabul ediyor.					
Ne yapmam ve ne yapmamam gerektiğini biliyorum.					
Toplumumuzda kanseri olanlar tamimiyle kabul görmektedir.					
İyi giden şeylerden memnunum.					
Önüme çıkan sorunlarla nasıl başa çıkacağımı biliyorum.					
Ne zaman ihtiyacım olsa sağlık çalışanlarına ulaşabiliyorum.					
Hayatımdan nasıl sorumlu olacağıma ben karar veririm.					
Sevdiğim insanlar bana destek oluyor.					
İhtiyacım olduğunda uygun desteği alabiliyorum.					
Hayata devam etmeyi istiyorum.					
Toplumumuzda bir vatandaş olarak haklarıma saygı duyuluyor.					
Hayatımın bir düzeni var.					
Artık hastalık hayatımın merkezinde değil.					
Yardım istemekten çekinmem.					
Toplumumuzda, kanseri olan kişilere sosyal güvence sağlanır.					
Ev dışında düzenli bir sosyal hayatım var.					
Kendi deneyimlerimi benzer deneyimler yaşayan insanlarla paylaşabilirim.					
İyi yönlerimin farkındayım.					
Çevremdeki insanlarla iyi bir ilişkim var.					
Toplumumuz benim yapacağım katkılara da olanak sağlar.					
İyi bir sağlık hizmet desteği almaktayım.					
Bir yere ait olduğumu hissediyorum.					
Değerli olduğumu düşünüyorum.					
Olumsuz düşünceleri olumlu düşüncelere çeviriyorum.					
Hayatımın beni bugün olduğum kişi olarak nasıl şekillendirdiğini görebiliyorum.					
Evde huzurlu ve güvende hissediyorum					
Her gün yapacak bir işim var.					
Toplumumuzda kanserli bireylere ayrımcılık yapılmamaktadır.					
Önemli gördüğüm şeyleri yapıyorum.					
Zayıf yönlerimle başa çıkabilirim.					
Çevremdeki insanlara güvenebilirim.					
Kendime güvenirim					

## EK-4. Ölçek Kullanım İzinleri



Yasemin Yıldırım <[redacted]>  
25.01 (Per), 23:23



Sayın Akkuş,  
Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'ni çalışmanızda kullanabilirsiniz.  
Kolay gelsin..

iPhone'umdan gönderildi

Emre AKKUŞ <[redacted]> şunları yazdı (25 Oca 2024 21:25):

**DIKKAT: Bu e-posta kurum dışından gönderilmiştir. Zararlı dosya veya bağlantılar (link) içeriyor olabilir. Kaynağından emin olmadığınız dosyaları açmayınız, bağlantılara (link) tıklamayınız. Şüpheli durumlarda lütfen Bilgi İşlem Daire Başkanlığı ryg.yardim@mail.ege.edu.tr adresine bilgi veriniz.**

**Ege Üniversitesi Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, e-posta yoluyla kullanıcı ve şifre bilgisi istememektedir.**

**Lütfen hiçbir koşulda parolanızı linklere tıklayıp yazmayınız!**

Sayın Prof. Dr. Yasemin Hocam,  
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı'nda danışman hocam sayın Prof. Dr. Ayşe Nefise Bahçecik ile yüksek lisans tez aşamasındayım. Kemoterapi alan hastalarla ilgili planladığımız çalışmada sorumlu yazar olduğunuz Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'ni kullanmak istiyorum. Ölçeği kullanabilmek için izninizi bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Emre AKKUŞ  
İç Hastalıkları Hemşireliği  
Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

### Kanser Güçlendirme Ölçeği Kullanım İzni Hk.



gülcan bahcecioğlu <[redacted]>  
25.01 (Per), 21:25



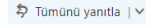
kanser güçlendirme.docx  
46 KB

İndir

Kolay gelsin



Emre AKKUŞ  
25.01 (Per), 21:12



Sayın Doç. Dr. Gülcan Hocam,  
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı'nda danışman hocam sayın Prof. Dr. Ayşe Nefise Bahçecik ile yüksek lisans tez aşamasındayım. Kemoterapi alan hastalarla ilgili planladığımız çalışmada sizin ve arkadaşlarınızın geliştirmiş olduğu Kanser Güçlendirme Ölçeği'ni kullanmak istiyorum. Ölçeği kullanabilmek için izninizi bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Emre AKKUŞ  
İç Hastalıkları Hemşireliği  
Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

## EK-5. Etik Kurul İzin Belgesi



T.C.  
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : E-20292139-050.04-2400015557  
Konu : Etik Kurul Kararı (Emre AKKUŞ)

29.04.2024

Sayın Emre AKKUŞ  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Kemoterapi Alan Hastalarda Güçlendirmenin Yaşanan Semptomlara Etkisi" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurulumuzun 25.03.2024 tarihli ve 2024/02 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN  
Kurul Başkanı

Ek: Emre AKKUŞ

Belge Doğrulama Kodu: T7UDPCT

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi: <https://ubys.izu.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index>

Adres: Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul

Bilgi için :

Selda Şenol  
Yeminli Katip

Telefon No:

Faks No:

Telefon No:

e-Posta:

İnternet Adresi:

Direkt Hat:

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



	<b>ETİK ONAY BELGESİ</b>	Doküman No	ET-FR-675
		İlk Yayın Tarihi	27.11.2023
		Revizyon Tarihi	22.12.2023
		Revizyon No	01
		Sayfa	1/1

Tarih	25.03.2024
Sayı	2024/02
Araştırmanın Niteliği	Yüksek Lisans Tezi
Araştırmanın Adı	<i>Kemoterapi Alan Hastalarda Güçlendirilmenin Yaşanan Semptomlara Etkisi</i>
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı	Emre AKKUŞ
Danışman Adı Soyadı	Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK
Karar	UYGUNDUR

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.)

(Katıldı)

Prof. Dr. Kadir CANATAN  
**Başkan**

(Katıldı)

Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ  
**Başkan V.**

(Katıldı)

Prof. Dr. Mustafa ATEŞ  
**Üye**

(Katıldı)

Prof. Dr. Beytullah KAYA  
**Üye**

(Katılmadı)

Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK  
**Üye**

(Katıldı)

Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU  
**Üye**

(Katıldı)

Av. Bilal ŞAMAT  
**Üye**

Kurul Yeminli Kâtibi

Selda ŞENOL

Dokümantasyon Onayı Prof. Dr. İbrahim GÜNEY Yönetim Sistemleri Tem.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: F99A39U Belge Takip Adresi: <https://ubys.izu.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index>



## EK-6. Hastane Çalışma İzni



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

### EĞİTİM PLANLAMA KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi : 02.05.2024  
Toplantı No : 3  
Karar No : 9  
Başkan : Prof. Dr. Gökhan Tolga ADAŞ  
Üyeler : Prof. Dr. Cemal KURAL, Prof. Dr. Esra ŞEVKETOĞLU, Prof. Dr. Murat EKİN, Prof. Dr. Abdülbaki KUMBASAR, Doç. Dr. Gülsüm Oya HERGÜNSEL, Doç. Dr. Özlem POLAT, Doç. Dr. Musa ÇIRAK

#### KARAR

Hastanemizde Hemşire olarak görev yapmakta olan Emre AKKUŞ, “Kemoterapi Alan Hastalarda Güçlendirmenin Yaşanan Semptomlara Etkisi” başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını kurumumuzda yürütmeyi talep etmektedir.

Adı geçeninin talebi Eğitim Planlama Kurulu kararı ile **uygun** görülmüştür.

BAŞKAN  
Prof. Dr. Gökhan Tolga ADAŞ  
Başhekim

HASTANE EĞİTİM KOORDİNATÖRÜ  
Prof. Dr. Cemal KURAL

ÜYE  
Prof. Dr. Esra ŞEVKETOĞLU

ÜYE  
Prof. Dr. Abdülbaki KUMBASAR

ÜYE  
Prof. Dr. Murat EKİN

ÜYE  
Doç. Dr. Gülsüm Oya HERGÜNSEL

ÜYE  
Doç. Dr. Özlem POLAT

ÜYE  
Doç. Dr. Musa ÇIRAK

# ÖZGEÇMİŞ

**Emre AKKUŞ**

## A. EĞİTİM

**Yüksek Lisans:** İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, 2024.

**Lisans:** Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Programı, 2019, İstanbul.

## B. MESLEKİ DENEYİM

2019-2020 Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis Hemşiresi, Kistik Fibrozis Hemşiresi

2020-Halen Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis Hemşiresi

## C. PROJELERİ

2015 - Proje CoFactor, Halk Sağlığı Taramaları

## D. YAYINLARI

Akkuş, E. ve Bahçecik, A. N. (2024) Empowerment in patients receiving chemotherapy treatment, Karakurt, P. ve Kızılkaya Namlı, A. (Ed.) 7th International "Artemis" Congress On Health And Sport Sciences, (ss 254-255)

Akkuş, E. (2018) Türkiye’de Refleksoloji Uygulaması Konusunda Yayınlanan Hemşirelik Tezlerinin İncelenmesi: Sistemik Derleme, I. Ulusal Hemşirelik Öğrencilerinin Bilime Yolculuğu Kongresi 22-23 Ekim 2018, (Poster Bildiri İkinciliği)

## **E. AKADEMİK ETKİNLİKLER**

7th International "Artemis" Congress On Health and Sport Sciences March 26-27, 2024, Zoom, Online

I. Ulusal Hemşirelik Öğrencilerinin Bilime Yolculuğu Kongresi 22-23 Ekim 2018, İstanbul, Türkiye

