



## KANSER HASTALARINDA HASTA GÜÇLENDİRMENİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

### Effect of Patient Empowerment on Quality of Life in Cancer Patients

Sümeyye ÖZMEN<sup>1</sup>  Kübranur KOCAKAYA<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Burdur

<sup>2</sup>Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Burdur

Geliş Tarihi / Received: 20.10.2023

Kabul Tarihi / Accepted: 22.01.2024

### ÖZ

Kanser, uzun süreli tedavi gerektiren, hastanın yaşam kalitesini düşüren ve hatta ölümlle sonuçlanabilen bir hastalıktır. Kanser hastalarının hastalıkları hakkında bilgi ve farkındalık düzeyinin artırılarak güçlendirilmeleri, aktif katılımlarının sağlanması tedavi sürecinin başarısında önemli rol oynamaktadır. Bu çalışmada Ankara'da kamuya bağlı bir onkoloji hastanesinde ayakta tedavi gören kanser hastalarında hasta güçlendirmenin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemek amaçlanmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olan bu çalışmada 400 kanser hastasına anket formu uygulanmıştır. Veri toplama aracı, Hasta Güçlendirme Ölçeği, SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve sosyodemografik sorulardan oluşmaktadır. Hasta güçlendirmenin ve yaşam kalitesinin bekarlarda, üst gelir grubundakilerde, gençlerde, en az lisans eğitimi alanlarda, öğretmenlerde ve çocuk sahibi olmayanlarda diğerlerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hasta güçlendirme ile yaşam kalitesi arasında orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Hasta güçlendirmeye yönelik eğitimlerin dijital platformlarla desteklenerek, sürecin iki paydaşı olan hasta ve sağlık personelinde özellikle hastalar ile yakın temasta olan hemşirelerde farkındalık oluşturacak çalışmalar yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Hasta güçlendirme, Kanser, Yaşam kalitesi.

### ABSTRACT

Cancer is a disease that requires long-term treatment, reduces the patient's quality of life and may even result in death. Empowering cancer patients by increasing their level of knowledge and awareness about their disease and ensuring their active participation play an important role in the success of the treatment process. In this study, it was aimed to examine the effect of patient empowerment on quality of life in cancer patients receiving outpatient treatment in a public oncology hospital in Ankara. In this descriptive and cross-sectional study, a questionnaire was applied to 400 cancer patients. The data collection tool consists of Patient Empowerment Scale, SF-12 Quality of Life Scale and sociodemographic questions. It was found that patient empowerment and quality of life were higher in singles, those in the upper income group, young people, those with at least a bachelor's degree, teachers and those who did not have children. A moderate positive significant relationship was found between patient empowerment and quality of life. It is thought that it would be beneficial to support trainings for patient empowerment with digital platforms and to carry out studies that will raise awareness in patients and healthcare personnel, especially nurses who are in close contact with patients.

**Keywords:** Cancer, Patient empowerment, Quality of life.

## GİRİŞ

Günümüzde sosyal, ekonomik, tıbbi, bilimsel ve teknolojik alanlarda meydana gelen gelişmelerden dolayı ortalama yaşam süresi uzamıştır. Bununla birlikte yaşlı nüfus sayısı artmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2022). Demografik göstergelere göre, dünya yaşlı nüfus oranı 2015 yılında yaklaşık %8.5 iken; 2021 yılında %9.6 (TÜİK, 2016; TÜİK, 2022) olmuştur. Türkiye’de yaşlı nüfus oranları ise 2012’de %7.5 iken; 2021 yılında %9.7 (TÜİK, 2013; TÜİK, 2022)’ye çıkmıştır. Gelecek dönemlerde bu oranın artarak devam edeceği tahmin edilmektedir (TÜİK, 2022).

Nüfus yapısında yaşanan değişimin mortalite ve morbidite oranları üzerinde de etkileri olmaktadır (Demirci ve Kaya, 2022). Yaşlı nüfusun artması ve ortalama yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların görülme sıklığını artırmaktadır (Sağlık Bakanlığı [SB], 2014). Kronik hastalıklar, tüm dünyada dolaşım sisteminden sonra ikinci sırada gelen ölüm sebepleri arasındadır (SB, 2021). 2012 yılında kronik hastalıklardan dolayı tüm dünyada ölen kişi sayısının 38 milyon olduğu ve 2030 yılında 52 milyon olacağı varsayılmaktadır (SB, 2017). Kronik hastaların sayısında meydana gelen artış beraberinde sağlık kaynaklarının daha fazla kullanımına ve bağımlı nüfusun artmasına neden olmaktadır (Aydemir ve Yaşar, 2020). Kronik hastalıkların maliyetlerinin yüksek olması, kaynak yetersizliği sorunları ile birlikte ekonomik yükün artmasına yol açmaktadır (SB, 2014). Herhangi bir önlem alınmadığı takdirde, kronik hastalıkların gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın ülkelerin sağlık sisteminde sürdürülebilirlik açısından küresel bir tehdit oluşturacağı düşünülmektedir (SB, 2014).

Kronik hastalıklar, *“herhangi bir enfeksiyon etkeni ile ilişkilendirilmeyen, bulaşıcı olmayan ve çoğu kez uzun süreli olan (kimi zaman yaşam boyu sürebilen), yavaş seyirli, kronik bir dizi hastalığı ifade eder.”* şeklinde tanımlanmaktadır (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı [TÜSEB], 2021). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kronik hastalıkları dört başlık altında toplamıştır. Bunlar; kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları, obezite ve diyabettir (World Health Organization [WHO], 2020). Her geçen yıl artan şekilde karşılaşılan ve uzun süreli tedavi gerektiren ve ölüm sonuçları olan kronik hastalıkların başında ise kanser gelmektedir (The International Agency for Research on Cancer [IARC], 2022; SB, 2022). Günümüzde tıp ne kadar ilerlemiş olsa da kanser hala en önemli sağlık sorunlarından biri olmaya devam etmektedir.

IARC (2022) tarafından sunulan istatistiklerde; 2018 yılında 18.1 milyon yeni kanser vakası görülürken; 2020 yılında ise bu sayının 19.3 milyona yükseldiği görülmektedir. GLOBOCAN (Global Cancer Observatory) 2020 verilerine göre ise 2040 yılında bu oranın

28.4 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca Dünya çapında her 5 kişiden birinin hayatının bir döneminde kansere yakalandığı ve 8 erkekten birinin ve 11 kadından birinin ise hastalıktan öldüğü vurgulanmaktadır. 50 milyondan fazla insanın hayatında bir kez kanser geçirdikten sonra 5 yıl içerisinde tekrar hastalanabildiği belirtilmektedir (Globocan, 2020). Kanser tanısı alan kişi sayısındaki artışın bireylerdeki sağlık bilincinin artması, sağlık kurumlarına ve hekime kolay ulaşılabilmesi, teknolojiye ve kanser tedavisindeki gelişmelerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca hareketsizlik, sağlıksız beslenme, kanserojen maddelere maruz kalma gibi faktörler de kanser tanısı alan kişilerin sayısını artırabilmektedir (Çakır, 2009).

Kronik hastalıklar hem ülkeleri ekonomik boyutta tehdit etmekte hem de hastaların yaşam kalitesini belirgin şekilde azaltmaktadır (İncirkuş ve Nahçıvan, 2015). Yaşam kalitesi, kişilerin bireysel algılama düzeylerine göre farklılık gösterdiğinden çok boyutlu, ölçülmesi ve tanımlanması zor bir kavramdır (Ekici ve Zengin Çelik, 2022). WHO'ya (2003) göre "*kişinin kendi amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve çıkarlarına göre bir kültür ve değer sisteminde kendi yaşamını algılaması*" dır. Diğer bir ifadeyle yaşam kalitesi bireylerin içinde bulunduğu kalıplardan oluşan bir çerçeve ile hayatı algılamasıdır. Boylu Aydın ve Paçacıoğlu (2016), yaşam kalitesini "*objektif ve subjektif faktörler*" başlığında değerlendirebileceğini ifade etmiştir. Objektif faktörler bireyin yaşam kalitesini etkileyen dışsal etkenler iken; subjektif faktörler ise bireyin bu dışsal etkenleri psikolojik anlamda algılama şekli ve tatmin olma düzeyidir (Yetim, 2018). Örneğin bireyin kendisini soğuktan ve dışarıdaki olumsuzluklardan koruyabilecek, fiziksel olarak içinde oturabileceği bir eve sahip olması objektif faktör iken; bireyin o evde huzurlu, mutlu ve güvenilir bir ortamda yaşamasını sağlayarak psikolojik anlamda yaşam kalitesinin artması subjektif faktördür.

Kronik hastalıkların tüm olumsuzluklarına rağmen önlenebilir boyutlarının olması kamu otoritelerinin çözüm bulunması gerektiği inancını pekiştirmektedir. Kronik hastalıkların oluşmasını önlemek ve oluştuğunda ise yaşam kalitesini korumak için geliştirilen çözümlerin ilk sıralarında hasta güçlendirme gelmektedir. Hastaların yaşam kalitesinin artırılması tedavi süreçlerine katılımlarının sağlanması ve hastalık yönetimi becerilerinin geliştirilmesine bağlıdır (İncirkuş ve Nahçıvan, 2015). Toplumdaki bireylerin mevcut yaşam koşulları iyileştirildiğinde ve hastalık bilgi düzeyleri artırıldığında sağlıklı toplum hedefine yaklaşılabilmektedir. Dolayısıyla hasta güçlendiriminin hem kişilerin yaşam kalitesi hem de ülkelerin sağlık ekonomisi üzerinde olumlu etkileri olabilmektedir (WHO, 2020).

Hasta güçlendirme, ülkelerin sağlık hizmeti göstergelerini iyileştirmede bir araçtır (Dalkılıç ve Kurtoğlu, 2021). Hasta güçlendirme, 1972 yılında hasta özerkliği kavramı ile

ortaya çıkmasına rağmen sağlık terminolojisine yeni girmiştir (Steele, Blackwell, Gutman ve Jackson, 1987). Hasta güçlendirme *“sağlık personelinin hastalarını; hastalıkları konusunda daha bağımsız, daha kontrollü ve daha bilinçli kararlar alabilmesi için eğitmesi ve geliştirmesi”* dir (Kaya ve Işık, 2018). Bir diğer tanıma göre ise *“bir bireyin kendi sağlığı için öz yönetim faaliyetlerinde daha fazla yeteneğe sahip olduğu bir süreçtir”* şeklinde ifade edilmektedir (Yolcu ve Durna, 2021). Agner ve Braun (2018) tarafından ise *“hastaların kendi yaşamlarından sorumlu olma kapasitesini keşfetmelerine ve geliştirmelerine yardımcı olma”* olarak tanımlanmaktadır.

Hasta güçlendirme, hastalıkla baş edebilmeyi ve öz yeterliği artırmaktadır (Teymori, Alhani ve Kazemnejad, 2017). Bu sayede hasta, hastalık sürecini nasıl idare edeceğini öğrenmektedir (Kaya ve Işık, 2018). Dolayısıyla hasta güçlendirmeyle sağlık personeli ve hasta arasındaki bilgi asimetrisi seviyesi azalır ve hastalar sağlık personeline ve sağlık kurumlarına daha az ihtiyaç duyarlar. Hasta güçlendirme aracılığıyla hem sağlık durumunda, memnuniyette artış, hem hastanelerde bekleme, yoğunluk azalacak; hem de sağlık personeline gösterilen saygı, bağlılık duygularında artış yaşanabilmektedir. Ayrıca maliyet tasarrufu gibi olumlu sonuçları olmaktadır (Bridges, Loukanova ve Carrera, 2008). DSÖ'nün 2020 hedeflerinde *“Sağlık hizmetlerinden memnuniyeti, sağlık sistemi performansını ve sağlık hizmetlerinin sonuçlarını iyileştirmek maksadıyla hasta merkezli bir sağlık hizmetinin gerekliliği”* ifade edilerek hasta güçlendiriminin önemi vurgulanmaktadır (WHO, 2013).

Literatürde hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi kavramları KOAH (Tabari vd., 2018); astım (Teymori vd, 2017); diyaliz (Raheb, Kazemi, Alipour, Hosseinzadeh ve Teymori, 2018), diyabet, hipertansiyon hastaları ve genel olarak kronik hastalık taşıyan kişiler üzerinde çalışılmıştır (Pelin, 2017; Tabari vd., 2018; Yılmaz, Kar ve Kaya, 2020). Yapılan araştırmalar incelendiğinde kronik hastalarda hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi kavramlarının uluslararası kaynaklarda sıklıkla yer almasına rağmen; ulusal kaynaklarda yeterince araştırılmadığı tespit edilmiştir. Alden (2014) tarafından yapılan çalışma dışında ise; spesifik olarak kanser hastalarında hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi değişkenlerinin bir arada araştırıldığı bir çalışma bulunamamıştır. Türkiye’de hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi ilişkisine dair araştırmalar kronik hastaların geneline eğilirken; bu çalışmada spesifik olarak kanser hastalarına odaklanması ve farklı ölçeklerin kullanılması özgünlük oluşturmaktadır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu çalışmada kanser hastalarında hasta güçlendirme yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemek amaçlanmaktadır. Böylece hasta güçlendirme etkilerinin kanser hastalarının yaşamları üzerindeki etkisi ortaya çıkarılarak literatüre ve konunun aktörlerine katkı sağlanması hedeflenmektedir. Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel bir niteliktedir.

### Araştırma Hipotezleri

H<sub>1</sub>: Kanser hastalarında hasta güçlendirme yaşam kalitesi üzerinde fark vardır.

H<sub>2</sub>: Kanser hastalarında hasta güçlendirme yaşam kalitesi üzerindeki etkisi sosyodemografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.

### Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ankara ilinde yer alan kamuya bağlı bir onkoloji hastanesinde son 1 yıldır tedavi gören 18 yaş üzerindeki kanser hastaları (N=3500) oluşturmaktadır. Örneklem olarak; evrendeki kişi sayısı % 95 güven düzeyinde ve  $\pm 5$  hata payı ile hesaplandığında ulaşılacak katılımcı sayısının en az 346 olduğu belirlenmiştir (Gürbüz ve Şahin, 2018). Çalışmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmış olup, araştırmanın yapıldığı Mayıs-Ekim 2022 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 400 hasta örneklemini oluşturmaktadır.

### Veri Toplama Aracı

Çalışmada elde edilen veriler, yüz yüze anket yöntemi ile toplanmıştır. Anket formu, üç bölümden oluşmaktadır. Öncelikle katılımcıların sosyodemografik bilgilerini içeren 8 soruya (cinsiyet, medeni durum, meslek, gelir düzeyi, yaş, eğitim durumu, kanser türü ve çocuk sayısı) yer verilmiştir. İkinci bölüm Hasta Güçlendirme Ölçeği'nden (37 soru) ve üçüncü bölüm ise SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden (12 soru) oluşmaktadır.

İkinci bölümde yer alan "Hasta Güçlendirme Ölçeği", hasta güçlendirme düzeylerini ölçmek için Small (2012) tarafından geliştirilmiştir. Kaya ve Işık (2018) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçek 37 ifadeden ve 5 boyuttan oluşmaktadır. Katılımcıların ifadeleri 1 ile 5 arasında puanlanan "Kesinlikle Katılmıyorum"dan "Kesinlikle Katılıyorum" a kadar uzanan 5 li likert ölçeğinde değerlendirilmektedir. Verilen cevapların ortalamasının 5'e yakın olması hasta güçlendirmesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Üçüncü bölümde yer alan "SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği" ise yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilen SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin kısaltılmasıyla elde edilmiştir. Gandek vd.,

(1998) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği, Soylu ve Kütük (2021) tarafından yapılmıştır. Toplamda 12 maddeden ve 8 alt boyuttan oluşan ölçek, FBÖ (Fiziksel Bileşen Özeti) ve MBÖ (Mental Bileşen Özeti) olmak üzere 2 ana boyuttan oluşmaktadır. FBÖ, fiziksel işlevsellik (2 madde), fiziksel rol (2 madde), genel sağlık (1 madde), beden ağrısı (1 madde) olmak üzere 4 boyuttan ve MBÖ ise sosyal işlevsellik (1 madde), duygusal rol (2 madde), mental sağlık (2 madde), enerji (1 madde) olmak üzere 4 boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte toplam puan skor hesaplaması yapılmaktadır. Puan skoru 0 ile 100 aralığındadır. Sorulara verilen cevapların puanları azaldıkça yaşam kalitesinin azaldığının, puanlar arttığında ise yaşam kalitesinin arttığının göstergesidir (Soylu ve Kütük, 2021). Ölçekte ağırlık skor hesaplaması kullanılmaktadır. Hesaplamanın yapılabilmesi için SF-36'nın resmî web sitesinden faydalanılmıştır. Yapılan skor hesaplamalarına ait puanlar SPSS 26.0 programına aktarılmıştır.

### **Geçerlilik ve Güvenirlilik Analizi**

Çalışmada kullanılan ölçeklerin çarpıklık ve basıklık değerleri -1.5, +1.5 aralığında olduğundan kabul edilebilir sınırın içerisinde bulunduğu ve normal dağılım gösterdikleri tespit edilmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Hasta Güçlendirme Ölçeği'nin Cronbach's alpha değeri 0.963; Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Cronbach's alpha değeri ise 0.911 olarak bulunmuştur. Cronbach's alpha değerleri  $0.80 \leq \alpha \leq 1.00$  olduğundan; ölçekler yüksek düzeyde güvenilir olarak değerlendirilebilmektedir (Özdamar, 1999). Hasta Güçlendirme Ölçeği'nin alt boyutları kapsamında kişisel kontrol (0.893); karar alma (0.868); kimlik/özdeşlik (0.903); başkaları ile etkileşim (0.874); bilme ve anlama (0.878) olarak tespit edilmiştir. Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin ana boyutları ise FBÖ (0.895) ve MBÖ (0.755) olarak belirlenmiştir.

### **Veri Analizi**

Bu çalışmadaki veriler, SPSS 26.0 paket programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklem T testi, ANOVA, korelasyon ve regresyon analizleri kullanılmıştır.

### **Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma için Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi etik kurulundan (Etik Kurul Tarih 11.05.2022 Toplantı No:2022/05 Karar No: GO 2022/684) onay alınmıştır. Çalışma sürecinde Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uyulmuştur. Ayrıca araştırma yapılan kurumdan resmi izin alınarak uygulama yapılmıştır.

## Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu araştırma Ankara'da kamuya bağlı yalnızca bir onkoloji hastanesinde son 1 yıldır ayakta tedavi gören kanser hastaları üzerinde yapılmıştır. Elde edilen veriler, katılımcıların sübjektif görüşleriyle sınırlıdır. Bu nedenle araştırma sonuçları tüm hastanelerdeki kanser hastalarına genellenemez.

## BULGULAR

Bu çalışmada elde edilen bulgulara dair sosyodemografik bilgiler Tablo 1'de yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %58.8 (235)'inin kadın, %73.8 (295)'i evli, %25 (100)'ü ev hanımı, %50.3 (201)'ü 7500 üstü gelire sahip, %51.5 (206)'i 40-60 yaş aralığında, %40 (160)'i ilkökul ve ortaokul mezunu, %29 (116)'u meme kanseri, %38.5 (154)'i 3 ve üzeri çocuğa sahiptir (Tablo1).

**Tablo 1.** Katılımcılara Ait Sosyodemografik Bilgiler

DEĞİŞKENLER	N	%	DEĞİŞKENLER	N	%		
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	235	58.8	<b>Gelir</b>	7500₺ ve altı	199	49.8
	Erkek	165	41.3		7500₺ üstü	201	50.3
<b>Yaş</b>	40 yaş altı	98	24.5	<b>Eğitim Durumu</b>	İlkokul ve ortaokul	160	40.0
	40-60 yaş	206	51.5		Lise	114	28.5
	60 üzeri	96	24.0		Üniversite ve üzeri	126	31.5
<b>Meslek</b>	Ev Hanımı	100	25.0	<b>Kanser Türü</b>	Meme	116	29.0
	Emekli	72	18.0		Karaciğer	66	16.5
	Öğretmen	29	7.3		Kolon	58	14.5
	Diğer	199	49.8		Mide	31	7.8
<b>Çocuk Sayısı</b>	0	57	14.3	Akciğer	63	15.8	
	1	63	15.8	Diğer (Prostat, rahim, böbrek, tiroid, pankreas vb.)	66	16.5	
	2	126	31.5	<b>Toplam</b>	<b>400</b>	<b>100</b>	
3 ve üzeri	154	38.5					
<b>Medeni Durum</b>	Bekar	105	26.3				
	Evli	295	73.8				

Cinsiyet, medeni durum ve gelir durumu değişkenlerine göre Hasta Güçlendirme Ölçeği ile Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem T testi kullanılmıştır. Hasta güçlendirme düzeyleri açısından cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenir iken ( $p < 0.05$ ); yaşam kalitesi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç vermemiştir ( $p > 0.05$ ). Buna göre, hasta güçlendiriminin kadınlarda ( $\bar{X}=3.68$ ) erkeklere ( $\bar{X}=3.47$ ) göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizleri (İki Grup)

Değişkenler	Hasta Güçlendirme		Yaşam Kalitesi	
	Ort.	SS	Ort.	SS
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	3.68	0.695	53.05	25.66
Erkek	3.47	0.772	52.47	26.54
	<b>t=2.824</b>	<b>p=0.005</b>	t=0.458	p=0.82
<b>Medeni Durum</b>				
Bekar	3.82	0.690	61.67	25.69
Evli	3.51	0.733	49.66	25.41
	<b>t=3.731</b>	<b>p=0.000</b>	<b>t=4.122</b>	<b>p=0.000</b>
<b>Gelir Durumu</b>				
7500₺ ve altı	3.49	0.762	47.09	23.74
7500₺ üzeri	3.71	0.689	58.48	26.93
	<b>t=-3.089</b>	<b>p=0.002</b>	<b>t=-4.485</b>	<b>p=0.000</b>

Medeni durum ve gelir durumu değişkenleri açısından hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, bekarlarda ( $\bar{X}=3.82$ ) evlilere ( $\bar{X}=3.51$ ) oranla hasta güçlendirme ( $p<0.001$ ) ve yaşam kalitesinin ( $p<0.001$ ) daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca 7.500₺ üzeri gelire ( $\bar{X}=3.71$ ) sahip olanların 7.500₺ ve altı ( $\bar{X}=3.49$ ) gelire sahip olanlara göre hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3'te yapılan ANOVA testi sonucunda katılımcıların hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeyinin yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $F=41.671$ ,  $p<0.05$ ;  $F=43.948$ ,  $p<0.05$ ). Varyans homojenliği sağlandığından yapılmış olan bonferroni testi sonucuna göre bütün yaş gruplarının birbirleri ile arasında anlamlı bir farklılığa sahip olduğu, 40 yaş altı katılımcıların hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeylerinin en yüksek olduğu ve yaş arttıkça hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeyinin azaldığı görülmektedir.

Tablo 3'te katılımcıların hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeylerinin eğitime göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $F=39.796$ ,  $p<0.05$ ;  $F=40.899$ ,  $p<0.05$ ). Farkı belirlemek için yapılan post hoc testlerinden bonferroni testi sonucuna göre tüm eğitim gruplarının birbirinden anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Lisans ve üzeri eğitime sahip olan katılımlarda hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Buna göre eğitim düzeyi arttıkça hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeylerinin de arttığı görülmektedir.

Tablo 3'te yapılan ANOVA testi sonucunda katılımcıların hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeyinin meslek değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $F=9.207$ ,  $p<0.05$ ;  $F=31.680$ ,  $p<0.05$ ). Farklılığı tespit etmek amacıyla yapılan post hoc testlerinden bonferroni testi sonucuna göre hasta güçlendirme düzeyinde emekli ile öğretmen, emekli ile



diğer meslekler arasında anlamlı farklılık görülmektedir. Ayrıca yaşam kalitesi düzeyine incelendiğinde ev hanımı ile öğretmen, ev hanımı ile diğer, emekli ile öğretmen, emekli ile diğer meslekler arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Analizler sonucuna göre hasta güçlendirme ve yaşam kalitesinin öğretmenlerde daha etkili olduğu saptanmıştır.

Tablo 3'te yapılmış olan ANOVA testi sonucunda katılımcıların hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeylerinin sahip olduğu kanser türüne göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $F=3.396$ ,  $p<0.001$ ;  $F=3.046$ ,  $p<0.001$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan post hoc testlerinden biri olan bonferroni testi sonucuna göre meme ile diğer, kolon ile diğer, mide ile diğer kanser türleri arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Ayrıca yaşam kalitesi düzeyine bakıldığında kolon ile diğer, mide ile diğer arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Analizlerin sonucuna göre hasta güçlendirme düzeyinin en yüksek meme kanserlerinde; yaşam kalitesinin ise en yüksek mide kanserlerinde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3'te yapılan ANOVA testi sonucuna göre katılımcıların hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeylerinin çocuk sayısına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $F=15.371$ ,  $p<<0.05$ ;  $F=15.980$ ,  $p<0.05$ ). Farklılığı tespit etmek amacıyla yapılan post hoc testlerinden bonferroni testi sonucuna göre hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeyinde 0 ile 3 ve üzeri, 1 ile 3 ve üzeri, 2 ile 3 ve üzeri çocuğa sahip olanlarda anlamlı farklılıklar görülmektedir. Sonuç olarak çocuğu olmayanların diğerlerine göre hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeylerinin en yüksek seviyede olduğu saptanmıştır.

**Tablo 3.** Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizleri (İkiden Fazla Grup)

Değişkenler	Hasta Güçlendirme		Yaşam Kalitesi	
	Ort	SS	Ort.	SS
<b>Yaş</b>	3.59	0.734	52.81	25.99
40 yaş altı	3.93	0.579	65.27	24.99
40-60 yaş	3.67	0.677	55.43	25.13
60 yaş üzeri	3.08	0.733	34.48	17.96
	<b>F=41.671</b>	<b>p=0.000</b>	<b>F=43.948</b>	<b>p=0.000</b>
<b>Eğitim Durumu</b>	3.59	0.734	52.81	25.99
İlkokul ve ortaokul	3.26	0.744	40.35	21.02
Lise	3.66	0.657	56.50	24.63
Lisans ve üzeri	3.96	0.581	65.31	26.04
	<b>F=38.511</b>	<b>p=0.000</b>	<b>F=40.899</b>	<b>p=0.000</b>
<b>Meslek</b>	3.59	0.734	52.81	25.99
Ev Hanımı	3.49	0.663	41.89	21.50
Emekli	3.27	0.779	36.91	19.70
Öğretmen	3.87	0.589	64.26	26.27
Diğer	3.72	0.727	62.39	25.10
	<b>F=9.207</b>	<b>p=0.000</b>	<b>F=31.680</b>	<b>p=0.000</b>
<b>Kanser Türü</b>	3.59	0.734	52.81	25.99
Meme	3.73	0.675	51.26	25.01
Karaciğer	3.60	0.716	50.92	24.24

Kolon	3.68	0.681	60.62	25.04
Mide	3.71	0.693	61.34	26.92
Akciğer	3.52	0.767	54.05	26.28
Diğer	3.30	0.814	45.39	27.49
	<b>F=3.396</b>	<b>p=0.005</b>	<b>F=3.046</b>	<b>p=0.010</b>
<b>Çocuk Sayısı</b>	3.59	0.734	52.81	28.26
0	3.87	0.823	64.23	24.32
1	3.74	0.654	57.53	25.50
2	3.76	0.624	58.07	22.55
3 ve üzeri	3.30	0.720	42.36	25.99
	<b>F=15.371</b>	<b>p=0.000</b>	<b>F=15.980</b>	<b>p=0.000</b>

Tablo 4’te görüldüğü üzere bu çalışmada hasta güçlendirme ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r=0.604$ ). Korelasyon katsayısının 0.60’ın üzerinde olması orta düzeyde pozitif yönlü ilişkinin varlığını göstermektedir (Özdamar, 1999). Dolayısıyla hasta güçlendirme düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düzeyi de artmaktadır.

Tablo 4 incelendiğinde Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutları arasında en yüksek ortalamanın kimlik/özdeşleşme ( $\bar{X}=3.87 \pm 0.753$ ) alt boyutunda ve en düşük ortalamanın ise kişisel kontrol alt boyutunda ( $\bar{X}=3.43 \pm 0.856$ ) olduğu saptanmıştır. Hasta Güçlendirme Ölçeği’nin genel ortalamasına bakıldığında ise ( $\bar{X}=3.59 \pm 0.734$ ) ortalamasının üzerinde bir değere sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4’te yer alan Yaşam Kalitesi Ölçeği ve 2 ana boyutu incelendiğinde; MBÖ ( $\bar{X}=56.48 \pm 23.30$ )’nin FBÖ ( $\bar{X}=49.15 \pm 30.92$ ) ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin genel ortalamasına incelendiğinde ( $\bar{X}=52.81 \pm 25.99$ ) orta düzeyde bir değere sahip olduğu saptanmıştır.

Araştırma değişkenleri arasındaki korelasyon katsayıları da Tablo 4’te yer almaktadır. Buna göre kişisel kontrol boyutu ile karar alma ( $r=0.845$ ,  $p<0.01$ ), kimlik/ özdeşleşme ( $r=0.905$ ,  $p<0.01$ ), bilme/ anlama ( $r=0.905$ ,  $p<0.01$ ) boyutları arasında yüksek düzeyde bir ilişki var iken kişisel kontrol ve başkaları ile etkileşim ( $r=0.466$ ,  $p<0.01$ ) arasında orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Son olarak hasta güçlendiriminin başkaları ile etkileşim ( $r=0.610$ ,  $p<0.01$ ) boyutu ile orta düzeyde bir ilişki var iken kişisel kontrol ( $r=0.946$ ,  $p<0.01$ ), karar alma ( $r=0.893$ ,  $p<0.01$ ), kimlik/özdeşleşme ( $r=0.921$ ,  $p<0.01$ ), bilme/ anlama ( $r=0.949$ ,  $p<0.01$ ) arasında yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır.

Yaşam kalitesi değişkeninin alt ana boyutları incelendiğinde ise FBÖ ile MBÖ ( $r=0.836$ ,  $p<0.01$ ) boyutları arasında yüksek düzeyde ilişki bulunmuştur. Son olarak yaşam kalitesinin alt boyutları ile arasında yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır.

**Tablo 4.** Araştırma Değişkenlerine Ait Ortalama, Standart Sapma ve Korelasyon Değerleri

Değişkenler	$\bar{X}$	SS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kişisel Kontrol	3.43	0.856	1								
Karar Alma	3.46	0.860	0.845**	1							
Kimlik/ Özdeşleşme	3.87	0.753	0.858**	0.785**	1						
Başkaları ile Etkileşim	3.46	1.07	0.466**	0.360**	0.431**	1					
Bilme/ Anlama	3.65	0.772	0.905**	0.820**	0.873**	0.490**	1				
<b>Hasta Güçlendirme</b>	3.59	0.734	0.946**	0.893**	0.921**	0.610**	0.949**	1			
FBÖ	49.15	30.92	0.618**	0.548**	0.605**	0.258**	0.601**	0.613**	1		
MBÖ	56.48	23.30	0.519**	0.453**	0.606**	0.256**	0.517**	0.534**	0.836**	1	
<b>Yaşam Kalitesi</b>	52.81	25.99	0.600**	0.529**	0.606**	0.268**	0.589**	<b>0.604**</b>	0.969**	0.945**	1

\*\* Korelasyon 0.001 anlamlı (iki yönlü),  $\bar{X}$ : Ortalama, SS: Standart Sapma

Çalışmada regresyon analizi yapılmış ve iki farklı regresyon modeli oluşturulmuştur. Tablo 5’te oluşturulan iki farklı regresyon modelinin sonuçları yer almaktadır. Hasta güçlendirmenin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ortaya koymak üzere oluşturulan regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler modelin anlamlı olduğunu göstermektedir (F=228.911; p<0.001). Hasta güçlendirme, yaşam kalitesi üzerindeki toplam varyansın %36.5’ini açıklamaktadır. Regresyon modelinde, regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde, katılımcıların hasta güçlendirme düzeylerinin yükselmesi yaşam kalitelerini istatistiksel olarak artırmaktadır (t=15.130; p<0.001).

**Tablo 5.** Regresyon Analiz Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	Std. Error	$\beta$	t	P
Hasta Güçlendirme	(Sabit)	2.698	0.066		40.630	0.000
	<b>Yaşam Kalitesi</b>	0.017	0.001	<b>0.604**</b>	15.130	0.000
	<b>R=0.604</b>	<b>R<sup>2</sup>=0.365</b>	<b>F= 228.911</b>	<b>p&lt;0.001</b>	<b>Durbin Watson=1.903</b>	

## TARTIŞMA

Bu çalışmada, kanser hastalarında hasta güçlendirmenin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Ayrıca katılımcıların hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeylerinin sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği ortaya konulmuştur.

Yapılan analizler sonucunda; hasta güçlendirme seviyesinin orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Literatürde yer alan diğer çalışmalar mevcut bulguyu destekler niteliktedir (Ağlamış, 2021; Dalkılıç, 2022; Kaya, 2018; Kaya ve Işık, 2019). Diğer değişken olan yaşam kalitesinin ise orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin uzun hali olan SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni veya SF 12 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni kullanan diğer çalışmalarda ise yaşam kalitesi daha düşük düzeylerde olduğu görülmüştür (Pelin, 2017). Bu çalışmada katılımcıların hasta güçlendirme seviyesinin yüksek iken, yaşam kalitesi düzeyinin daha düşük seviyede olmasının nedeni, katılanların çoğunun hastalıklarının 2. ya da 3. kez nüksetmesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Hasta Güçlendirme Ölçeği'nin alt boyutları incelendiğinde, Kaya ve Işık (2019) tarafından yapılan çalışmaya benzer şekilde kimlik/özdeşleşme boyutunun diğer boyutlara göre daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu görülmüştür. Kimlik/özdeşleşme boyutu hastaların hastalıkları hakkındaki düşüncelerini ifade ederken kişisel kontrol boyutu başkalarının yardımına ihtiyaç duyma düzeylerini ifade etmektedir (Yılmaz vd., 2020). Bu açıdan incelendiğinde kimlik/özdeşleşme boyutunun yüksek çıkması hastaların hastalıklarına karşı pozitif bir görüşe sahip olduğunu ifade ederken, kişisel kontrolün düşük olması hastaların başkalarının yardımına ihtiyaç duyması ve kendi başına yaşamını sürdürememesi olarak açıklanabilir.

Bu çalışmada kanser hastalarında hasta güçlendirme ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ve orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu daha önce kronik hastalar üzerinde yapılmış olan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (Pelin, 2017; Yılmaz vd., 2020). Ayrıca literatürü destekler nitelikte hasta güçlendirmenin yaşam kalitesini etkilediği tespit edilmiştir (Alden, 2014; Raheb vd., 2018; Tabari vd., 2018; Tan ve Patır, 2021).

Sosyodemografik özellikler açısından ise hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeylerinde medeni duruma, mesleğe, aylık gelir düzeyine, yaşa, eğitim düzeyine, kanser türüne ve çocuk sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet değişkeni ise yalnızca hasta güçlendirme düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Kadınlarda erkeklere göre hasta güçlendirmenin daha yüksek olduğu

tespit edilmiştir. Bu bulgu daha önce yapılmış olan bazı çalışmalar ile benzerlik gösterirken (Ağlamış, 2021; Pelin, 2017); literatürde cinsiyete göre farklılık görülmeyen çalışmalar da bulunmaktadır (Small, Bower, Chew-Graham, Whalley ve Protheroe, 2013; Yılmaz vd., 2020). Ayrıca çalışmada yaşam kalitesinin cinsiyete göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Yapılan bazı çalışmalar bu bulguyu desteklerken (Yılmaz vd., 2020), bazıları ise yaşam kalitesinin cinsiyete göre farklılık gösterdiğini ifade etmektedir (Ağlamış, 2021; Çetinel Özen, 2021). Mevcut çalışmada kadınlarda hasta güçlendirme düzeyinin yüksek olmasının nedeninin, kadınların tedavi sürecinde sağlık çalışanlarının uyarılarına erkeklere göre daha fazla dikkat etmesinden kaynaklanabildiği düşünülmektedir. Yaşam kalitesi düzeyleri ise hem kadın hem erkeklerin hastalıktan benzer şekilde etkilendiklerinden farklılık göstermeyebilmektedir.

Medeni duruma göre hasta güçlendirme düzeyinde istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir. Bekarlarda hasta güçlendirme düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer taraftan yapılan bazı çalışmalarda hasta güçlendiriminin medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Ağlamış, 2021; Dalkılıç, 2022; Kaya, 2018). Bu çalışmada yaşam kalitesi düzeyinin medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği tespit edilmiş ve bekarlarda yaşam kalitesi düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Soylu ve Kütük (2021)'ün yapmış olduğu çalışmada mevcut olan çalışmayı destekler niteliktedir. Pelin (2017) tarafından yapılan çalışmada evlilerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu, diğer yayınlarda ise yaşam kalitesinin medeni durum ile ilişkisinin olmadığını ifade edilmiştir (Ağlamış, 2021; Çetinel Özen, 2021; Kaya, 2018). Bu çalışmada bekarlarda hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olmasının nedeninin, evlilere oranla daha az sorumluluğa sahip olmaları ve kendilerine bakma fırsatlarının daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeylerinin mesleğe göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Benzer olarak Kaya (2018) tarafından yapılan çalışmada hasta güçlendiriminin; Erdem ve Ergüney (2005) tarafından yapılan çalışmada ise yaşam kalitesinin mesleğe göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bu çalışmada hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeylerinin öğretmenlerde diğer meslek gruplarına göre daha yüksek çıkmasının nedeninin öğretmenlerin anlamaya, anlatmaya ve gelişmeye yatkın olmalarından kaynaklandığı varsayılmaktadır.

Bu çalışmada literatürle uyumlu olarak gelir düzeyi yükseldikçe hasta güçlendirme düzeyinin de artma eğiliminde olduğu belirlenmiştir (Ağlamış, 2021; Kaya, 2018; Pelin, 2017). Ayrıca çalışmada yaşam kalitesinin gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve gelir düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi düzeyinin arttığı

belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar da bu bulguyu destekler niteliktedir (Boylu Aydın ve Paçacıoğlu, 2016; Yetim, 2018). Demirkıran (2012)'ın yapmış olduğu çalışmada ise gelir düzeyi yüksek fakat isteği ve enerjisi olmayan kişilerin yaşam kalitesi düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Mevcut çalışmada gelir düzeyine göre farklılığın ortaya çıkmasının nedeninin gelir düzeyi ile eğitim düzeyinin doğru orantılı olması ve eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada literatüre benzer olarak hasta güçlendiriminin yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiği, genç olanların hasta güçlendirme düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Ağlamış, 2021; Kaya, 2018; Pelin, 2017; Yılmaz vd., 2020). Fakat Chiauzzi vd., (2016) tarafından yapılan çalışmada daha yaşlı ve daha eğitilmiş insanlarda güçlendirimin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmada yaşam kalitesinin yaşa göre anlamlı fark gösterdiği tespit edilmiş ve genç olanların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda bu bulgu ile benzerlik göstermektedir (Boylu Aydın ve Paçacıoğlu, 2016; Erdem ve Ergüney, 2005; Soylu ve Kütük, 2021). Yaşlı bireylerde hastalıkların artmasından ve dikkat seviyelerinin düşmesinden dolayı hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeylerinin azalma eğiliminde olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar ve mevcut çalışma bu düşünceyi destekler niteliktedir.

Bu araştırmada literatürde yer alan diğer çalışmalarla benzer olarak eğitim düzeyi yükseldikçe hasta güçlendirme düzeyinin arttığı tespit edilmiştir (Ağlamış, 2021; Dalkılıç, 2022; Dalkılıç ve Kurtoğlu, 2021; Kaya, 2018; Pelin, 2017; Small vd., 2013; Yılmaz vd., 2020). Ayrıca çalışmada yaşam kalitesi eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiş ve eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düzeyinin arttığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar da bu durum ile benzerlik göstermiştir (Boylu Aydın ve Paçacıoğlu, 2016; Çetinel Özen, 2021; Ekici ve Zengin Çelik, 2022; Pelin, 2017; Soylu ve Kütük, 2021; Yetim, 2018). Eğitim düzeyi arttıkça; dolaylı olarak sağlık bilinci ve sağlık okuryazarlığı da artmaktadır.

Mevcut çalışmada hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeylerinin hastalık türüne göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Yapılan çalışmaların çoğunluğu bu çalışma ile benzerlik gösterirken (Chiauzzi vd., 2016; Tabari vd., 2018; Teymori vd., 2017; Yılmaz vd., 2020) Kaya (2018) ve Ağlamış (2021)'ın yapmış olduğu çalışmalarda hastalık türü ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmada farklılığın olma nedeninin, kanser türlerinin hastaların hayatında farklı etkilere neden olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yani beyinde tümör olan biriyle meme kanseriyle meme kanseri veya gırtlak kanserinin hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeylerinin aynı olması beklenemez. Son olarak bu çalışmada çocuğu olmayanların

hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek seviyede olduğu keşfedilmiştir. Literatürde ise çocuk sayısını dikkate alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bulgulardan yola çıkarak sosyodemografik özelliklere göre hasta güçlendirme ve yaşam kalitesinin farklılaştığı söylenebilir.

### **Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Araştırmanın kamuya bağlı bir onkoloji hastanesinde ayakta tedavi gören kanser hastalarına uygulanması dolayısıyla tüm kanser hastalarına genellenememesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Ortalama yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusun artmasına ve kronik hastalıklarla karşılaşma sıklığının artmasına neden olmuştur. Her yıl artan şekilde karşılanan kronik hastalıkların başında ise kanser gelmektedir. Nüfus içerisinde kanser hastalarının sayısının artıyor olması hem bireyler açısından hem de ülke ekonomileri açısından yadsınamaz bir tehdit oluşturmaktadır. Bu yüzden kanser hastalarının hasta güçlendirmeyle, hastalıkları hakkında bilinç düzeyi artırılarak tedavi sürecinde aktif rol alması sağlanmalı ve uzun süren bu hastalık sürecinde yaşam kaliteleri maksimum seviyede iyi hale getirilmelidir.

Çalışmada yapılan analizler sonucunda, hasta güçlendirme düzeyinin orta düzeyin üzerinde olduğu yaşam kalitesi düzeyinin ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Mevcut çalışmada hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiş, hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının ise kendi aralarında anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi düzeylerinin bekarlarda, üst gelir grubundakilerde, gençlerde, en az lisans eğitimi alanlarda, öğretmenlerde ve çocuk sahibi olmayanlarda diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kadınlarda erkeklere göre hasta güçlendirme düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmaya benzer şekilde hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi kavramları özellikle kronik hastalıklar üzerinde daha spesifik olarak çalışılması gerektiği önerilmektedir. Ayrıca hasta güçlendirmeye yönelik eğitimlerin dijital platformlarla desteklenerek, sürecin iki paydaşı olan hasta ve sağlık personeli özellikle hastalar ile yakın temasta bulunan hemşireler tarafında farkındalık oluşturulmasına yönelik çalışmalar yapılmasının ve zaman içerisindeki değişimlerinin dikkate alınarak şekillendirilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

- Agner, J. & Braun, K. L. (2018). Patient empowerment: a critique of individualism and systematic review of patient perspectives. *Patient Education and Counseling*, 101(12), 2054-2064. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.07.026>
- Ağlamış, M. (2021). Kronik Hastalarda Hasta Güçlendirme ve Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi: Erzurum İli Örneği (Yüksek Lisans Tezi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi (Tez no: 713509).
- Alden, D. (2014). Decision aid influences on factors associated with patient empowerment prior to cancer treatment decision making. *Medical Decision Making*, 34(7), 884-98. <https://doi.org/10.1177/0272989X14536780>
- Aydemir, İ. ve Yaşar, M. E. (2020). Demografik değişim kuramının sağlık, hastalık ve sağlık harcamaları üzerindeki etkisine ilişkin literatür değerlendirilmesi. *Siirt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(15), 102-116. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/susbid/issue/54983/709244>
- Boylu Aydınır, A. ve Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15), 137-150. <https://doi.org/10.20990>
- Bridges, J. F. P., Loukanova, S. ve Carrera, P. (2008). "Patient empowerment in health care", in *international encyclopedia of public health*; Elsevier:San Diego, CA, USA:17-28. [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=Patient+empowerment+in+health+care&author=Bridges,+J.F.P.&author=Loukanova,+S.&author=Carrera,+P.&publication\\_year=2008&pages=17%E2%80%9328](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Patient+empowerment+in+health+care&author=Bridges,+J.F.P.&author=Loukanova,+S.&author=Carrera,+P.&publication_year=2008&pages=17%E2%80%9328)
- Chiauzzi, E., DasMahapatra, P., Cochin, E., Bunce, M., Khoury, R. & Dave, P. (2016). Factors in patient empowerment: a survey of an online patient research network. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 9(6), 511-523. <https://doi/10.1007/s40271-016-0171-2>
- Çakır, B. (2009). *Kanserden korunma stratejileri ve güncel yaklaşımlar*. İçinde: *Halk Sağlığı ile ilgili güncel sorunlar ve yaklaşımlar*. (Haz: D. Aslan), 256-259, Ankara: Ankara Tabip Odası.
- Çetinel Özen, Ö. (2021). Sağlık Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Bir Özel Hastane Zinciri Örneği (Yüksek Lisans Tezi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi (Tez no: 670114).
- Dalkılıç, S. ve Kurtoğlu, R. (2021). Hastaların tüketicileştirilmesi ve hasta güçlendirme. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(3), 456-471. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2163717>
- Dalkılıç, S. (2022). Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Davranışları ve Sağlıkla İlgili İnternet Kullanımının Hasta Güçlendirme Üzerindeki Etkisi: E-Sağlık Okuryazarlığının Aracılık Rolü (Doktora Tezi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi (Tez no: 722420).
- Demirci, Ş. ve Kaya, S. (2022). Türkiye’de yaşlı bireyler arasında bulaşıcı olmayan hastalık ve risk faktörlerinin birliktelik kuralları analizi ve sosyal ağ analizi ile incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi, Vizyoner Dergisi*, 13(34), 535-550. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.948245>
- Demirkıran, S. (2012). Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları (Yüksek Lisans Tezi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi (Tez no: 325222).
- Ekici, Y. E. ve Zengin Çelik, H. (2022). Yaşam kalitesi yaklaşımlarının çevre, kent ve planlama ekseninde değerlendirilmesi. *Eksen Dokuz Eylül Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 3(2), 19-37. <https://doi.org/10.58317/eksen.1117389>
- Erdem, N. ve Ergüney, S. (2005). Kroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences*, 8(3), 1-9. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ataunihem/issue/2631/33842>



- Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Apolone, G. B., Brazier J. E., Kassa, S., ... Sullivan, M. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol*, 51(11), 1171-1178. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00109-7](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00109-7)
- Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2018). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (5. Baskı)*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- IARC- International Agency for Research on Cancer (2022). 25.08.2023 tarihinde <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/40-All-cancers-excluding-non-melanoma-skin-cancer-fact-sheet.pdf> adresinden erişildi.
- İncirkuş, K. ve Nahcivan, N. Ö. (2015). Kronik hastalık yönetimi için bir rehber kronik bakım modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 23(1), 66-75. <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/248472/>
- Kaya, N. ve Işık, O. (2018). Hasta güçlendirme ölçeğinin türkçe geçerlilik ve güvenirliliği. *Sakarya Üniversitesi İşletme Bilimi Dergisi (JOBS)*, 6(1), 27-42. <https://doi.org/10.22139/jobs.403021>
- Kaya, N. (2018). Hasta Hakları Bilgi Düzeyi ile Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki (Yüksek Lisans Tezi) YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi (Tez no: 492369).
- Kaya, N. ve Işık, O. (2019). *Hastaların hasta güçlendirmeye ilgili değerlendirmeleri*. 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 1523-1534.
- Özdamar, K. (1999). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- Pelin, M. (2017). Kronik Hastalık Yönetiminde Hasta Rolü, yaşam kalitesi ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi (Tez no: 452528).
- Raheb, G., Kazemi, S. V., Alipour, F., Hosseinzadeh, S. & Teymouri, R. (2018). Effectiveness of self-care training program based on empowerment model on quality of life among hemodialysis patients in the city of sari, Iran. *Middle East Journal of Family Medicine*, 1;7(10), 16.-23. <https://doi.org/10.5742/MEWFM.2018.93236>
- Sağlık Bakanlığı (2022). 25.08.2023 [https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40564,saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf?0\\_](https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40564,saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf?0_) adresinden erişildi.
- Sağlık Bakanlığı Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması. (2017). Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörlerinin Prevalansı 2017. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 2018. 25.08.2023 tarihinde [https://ohsad.org/wp-content/uploads/2018/12/28310saglik-istatistikleri-yilligi-2017pdf\\_\\_\\_\\_\\_](https://ohsad.org/wp-content/uploads/2018/12/28310saglik-istatistikleri-yilligi-2017pdf_____) adresinden erişildi.
- Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, (2021). Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması. 25.08.2023 tarihinde [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kalpvedamar/raporlar\\_NCD.kohort.\\_27.10.2021.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kalpvedamar/raporlar_NCD.kohort._27.10.2021.pdf) adresinden erişildi.
- Sağlık Bakanlığı. (2014). Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara. 25.08.2023 tarihinde <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/11306/0/turkiye-kronik-hava-yolu-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programipdf.pdf> adresinden erişildi.
- Small, N. L. (2012). Patient empowerment in long-term condition: Development and validation of a new measure (Unpublished Phd Thesis), University of Manchester <https://research.manchester.ac.uk/en/studentTheses/patient-empowerment-in-long-term-conditions-development-and-valid>
- Small, N., Bower, P., Chew-Graham, C. A., Whalley, D. & Protheroe, J. (2013). Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. *BMC Health Serv Res* 13, 263. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-263>

- Soylu, C. ve Kütük, B. (2021). SF-12 yaşam kalitesi ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Ege Üniversitesi, Türk Psikiyatri Dergisi*, 33(2), 108-117. <https://doi.org/10.5080/u25700>.
- Steele D. J., Blackwell B., Gutman M. C. ve Jackson, T.C. (1987). The activated patient: a review of the active patient concept. *Patient Education Couns*, 10(1), 3-23. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(87\)90059-0](https://doi.org/10.1016/0738-3991(87)90059-0)
- Tabachnick, B.G. ve Fidell, L.S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Tabari, F., Pedram Razi, S. H., Asadi Gharabaghi, M., Torabi, S., Mehran, A., Mohamadinejad, F., ... Zivlaci, M. (2018). Effect of education based on family-centered empowerment model on the quality of life of elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease (copd). *Medical Science*, 22(91), 301-311. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11204.58249>
- Tan, M. ve Patır, S. (2021). Covid-19 pandemisi döneminde hasta güçlendiriminin mental iyi oluşa etkisinin incelenmesi. *Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, 4(2), 157-170. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2005701>
- Teymori, F., Alhani, F. & Kazemnejad, A. (2017). The effect of family-centered empowerment model on self-efficacy and self-esteem of the children with asthma. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*, 7(1), 18-26. [https://www.researchgate.net/publication/318865608\\_The\\_Effect\\_of\\_FamilyCentered\\_Empowerment\\_Model\\_on\\_Self-Efficacy\\_and\\_Self-Esteem\\_of\\_the\\_Children\\_With\\_Asthma](https://www.researchgate.net/publication/318865608_The_Effect_of_FamilyCentered_Empowerment_Model_on_Self-Efficacy_and_Self-Esteem_of_the_Children_With_Asthma)
- TÜİK, (2013). İstatistiklerle Yaşlılar, 2012\_25.08.2023 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Istatistiklerle-Yaslilar-2012-13466> adresinden erişildi.
- TÜİK, (2016). İstatistiklerde Yaşlılar, 2015. 25.08.2023 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Istatistiklerle-Yaslilar-2015> adresinden erişildi.
- TÜİK, (2022). Dünya Nüfus Günü, 2022. 25.08.2023 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Dunya-Nufus-Gunu-2022-45552> adresinden erişildi.
- TÜİK, (2022). İstatistiklerde Yaşlılar, 2021. 25.08.2023 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Istatistiklerle-Yaslilar-2021-45636> adresinden erişildi.
- TÜSEB. (2021). Bulaşıcı olmayan hastalıklar nelerdir? Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü, 25.08.2023 tarihinde [https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/yayinlar/diger/pdf/10-08-2021\\_\\_611284782296e\\_](https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/yayinlar/diger/pdf/10-08-2021__611284782296e_) adresinden erişildi.
- WHO- World Health Organization (2003). Health and Development Through Physical Activity and Sport, 25.08.2023 tarihinde [http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO\\_NMH\\_NPH\\_PAH\\_03.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_NMH_NPH_PAH_03.2.pdf) adresinden erişildi.
- WHO, GLOBOCAN. (2020). Cancer Tomorrow. Erişim Adresi (25.08.2023): <https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/about#data-and-methods>
- WHO, Regional Office for Europe. (2013). Health 2020: a European Policy Framework and Strategy for the 21<sup>st</sup> century. WHO, Regional Office for Europe. 25.08.2023 tarihinde <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326386> adresinden erişildi.
- WHO. (2020). Global Action Plan for The Prevention And Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. 25.08.2023 tarihinde <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236> adresinden erişildi.
- Yetim, B. (2018). Yaşam Memnuniyeti ve Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri: Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet ve Sağlık Statüsünün Rolü (Yüksek Lisans Tezi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi (Tez no: 508620).
- Yılmaz, A., Kar, A. ve Kaya, M. (2020). Hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Sakarya Üniversitesi İşletme Bilimi Dergisi*, 8(1), 97-114. <https://doi.org/10.22139/jobs.682555>

---

Yolcu, S. ve Durna, Z. (2021). Tip 2 diyabet hastalarının bireysel yönetim eğitimi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 290-304. <https://dergipark.org.tr/tr/download/issue-full-file/66433>