T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MEME KANSERLİ HASTALARDA HASTALIKLA BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

ZEYNEP AVCIOĞLU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

MART
2023

T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MEME KANSERLİ HASTALARDA HASTALIKLA BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

ZEYNEP AVCIOĞLU

DANIŞMAN
DOÇ. DR. AYLİN AYDIN SAYILAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

MART
2023

ETİK BEYAN

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi; kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Zeynep Avcıoğlu

TEZ ONAYI

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Programında Yüksek Lisans öğrencisi Zeynep AVCIOĞLU tarafından Doç.Dr.Aylin AYDIN SAYILAN'ın danışmanlığında hazırlanan "Meme Kanserli Hastalarda Hastalıkla Başa Çıkma Tutumları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 21/03/2023 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı (Danışman)

[redacted]

Jüri

[redacted]

Jüri

[redacted]

İTHAF

Her daim yanımda olduğunu hissettiğim Annem'e ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sürecinde bana değerli görüş, bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren, meslek hayatım boyunca her anlamda örnek alacağım, öğrencisi olmanın onurunu her zaman hissettiğim çok değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN'a,

Desteklerini her zaman yanında hissettiğim, çıktığım bu yolda bir an olsun beni yalnız bırakmayan eşime, hayatıma anlam katan kızım Doğa'ya ve minik kahramanım oğlum Ege'ye,

Tezim boyunca desteklerini gördüğüm akademisyen arkadaşlarıma ve en önemlisi zorlu bir hastalık sürecinde araştırmaya katılmayı kabul edip bana destek olan tüm hastalara sağlıklarına bir an önce kavuşmalarını temenni ederek teşekkürlerimi sunarım.

Zeynep AVCIOĞLU

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN ..... İİ
TEZ ONAYI ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ X
ÖZET ..... Xİ
ABSTRACT ..... Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Meme Kanseri 3
2.1.1. Memenin Anatomi ve Fizyolojisi 3
2.1.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi 3
2.1.3. Meme Kanserinde Belirti ve Bulgular 4
2.1.4. Meme Kanserinde Risk Faktörleri 5
2.1.4.1 Değiştirilemeyen Risk Faktörleri 5
2.1.4.2 Yaşam Tarzı İle İlişkili Risk Faktörleri 7
2.1.4.3 Etkisi Belirsiz Risk Faktörleri 10
2.1.4.4 Kesin Olmayan, Doğruluğu Kanıtlanmamış Risk Faktörleri 10
2.2. Meme Kanseri Tedavi Yöntemleri 11
2.2.1. Lokal Tedavi Yöntemleri 11
2.2.1.1. Cerrahi Tedavi 11
2.2.1.2. Radyoterapi 13
2.2.2. Sistemik Tedavi Yöntemleri 14
2.2.2.1. Kemoterapi 15
2.2.2.2. Hormonoterapi 16
2.2.2.3. Hedefe Yönelik Tedavi 17
2.3. Başa Çıkmanın Tanımı 17
2.3.1. Meme Kanserinde Sıklıkla Yaşanan Sorunlar İle Başa Çıkma 18

2.4. Yaşam Kalitesinin Tanımı 19
2.4.1. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi 19
2.4.2. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler 20
2.4.3. Meme Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi 20
2.5. Meme Kanserinde Hemşirelik Bakımı 21
3. GEREÇ VE YÖNTEM 23
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 23
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 23
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dahil Edilmeme Kriterleri 23
3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 23
3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri 24
3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları 24
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 27
3.7. Araştırma Soruları 27
3.8. Veri Analizi 27
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 28
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu 28
4. BULGULAR 29
5. TARTIŞMA 53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 63
7. KAYNAKLAR 65
8. EKLER 75
EK-1 ETİK KURUL KARARI 75
EK-2 HASTA TANILAMA FORMU 78
EK-3 COPE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ 80
EK-4 EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ 84
EK-5 ÖLÇEK İZİNLERİ 86
EK-6 KURUM İZNİ 87
EK-7 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU 88
EK-8 ÖZGEÇMİŞ 90

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Kemoterapötik İlaç Grupları, İlaçlar, Etki Mekanizmaları ve Yan Etkileri..……16

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı…….....29

Tablo 4.2. Katılımcıların Meme Kanseri Tanısına İlişkin Özelliklerinin Dağılımları…….…….....30

Tablo 4.3. Katılımcıların Meme Kanseri Tanısı Sonrası Tedavileri ile ilgili Bilgilerinin Dağılımları……31

Tablo 4.4. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçek Maddelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Güvenirlik Değerleri……...32

Tablo 4.5. COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçek Maddelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Güvenirlik Değerleri……..……....33

Tablo 4.6. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Boyutlarının Analizi…….……..…34

Tablo 4.7. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları ile Sosyodemografik ve Tanıya İlişkin Özelliklerin Analizi……...…….…..37

Tablo 4.8. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları ile Medeni Durum, Çalışma Durumu, Meme Kanserine İlişkin Tanı ve Tedavi Süreci Arasındaki Fark……...…41

Tablo 4.9. COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Boyutları ile Sosyodemografik Özellikler ve Sağlık Durumunu Algılama Durumlarının

Analizi……..……..…45

Tablo 4.10. COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ile Meme Kanserine İlişkin Tanı ve Tedavi Süreci Arasındaki Fark……...……..……..……49

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ACS: American Cancer Society

ALND: Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu

ANOVA: Analysis Of Variance

Ark.: Arkadaşları

BRCA: Breast Cancer Susceptibility

COPE: Committee on Publication Ethics

DNA: Deoksiribo Nükleik Asit

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EORTC QLQ: European Organisation for Research and Treatment of Cancer

ET: Östrojen Tedavisi

GLOBACAN: Global Cancer Observatory

HT: Kombine Hormon Tedavisi

IARC: International Agency for Research on Cancer

MKC: Meme Koruyucu Cerrahi

RT: Radyasyon Tedavisi

RİA: Rahim İçi Araç

RNA: Ribonükleik Asid

SLNB: Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi

WHO : World Health Organization

ÖZET

Meme Kanserli Hastalarda Hastalıkla Başa Çıkma Tutumları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Bu çalışmada, meme kanserli hastaların hastalıkla başa çıkma tutumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlandı. Araştırmanın evrenini, bir tıp fakülte hastanesinde medikal onkoloji bölümüne ayaktan başvuru yapan hastalar oluşturdu. Veri toplama döneminde meme kanseri tanısı konmuş, araştırmaya katılmayı kabul eden 146 hasta, çalışmanın örneklemini oluşturdu. Araştırma verilerinin toplanmasında, Hasta Tanılama Formu, COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve EORTC QLQ-C30 (Version 3.0) Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı. Araştırmada elde edilen veriler, IBM SPSS 20 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak değerlendirildi. Gruplar arası ortalamaların karşılaştırılmasında iki örneklemde bağımsız örneklemler için t-testi, üç ve üçten daha fazla örneklemin ortalamasının kıyaslanmasında ise ANOVA testi, varsayımların sağlanmadığı durumlarda ise, iki bağımsız iki örneklem için Mann-Whitney U testi, üç veya daha fazla örneklemin karşılaştırılmasında da Kruskal-Wallis H Testi kullanıldı. Bu çalışmada, meme kanserli hastaların başa çıkma tutumları puan ortalamasının 155,86±21,95 olduğu saptandı. Meme kanserli hastaların problem odaklı başa çıkma tutumları yükseldikçe, fonksiyonel durumlarının iyiliği de anlamlı bir artış gösterdiği görüldü. Ayrıca hastaların sağlık durumu algıları kötüden iyiye doğru gittikçe global durumlarının iyiliği de anlamlı bir artış gösterdi. Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği incelendiğinde; problem odaklı başa çıkma tutumları ortalamasının yüksek olduğu; EORTC Yaşam Kalitesi Ölçeği incelendiğinde; Global Sağlık Durumu puan ortalamasının en yüksek olduğu saptandı. Bu çalışma sonucunda, meme kanserli hastaların başa çıkma tutumları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu; başa çıkma tutumları arttıkça yaşam kalitelerinin de yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Anahtar sözcükler: Meme Kanseri, Hemşirelik, Başa Çıkma, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

The Relationship Between Attitudes To Coping With The Disease And Quality Of Life in Patients With Breast Cancer

This study aimed to determine the relationship between the attitudes toward coping with the disease and the quality of life of patients with breast cancer. The population of the study consisted of outpatients who applied to the medical oncology department in a medical faculty hospital. 146 patients who were diagnosed with breast cancer during the data collection period and agreed to participate in the study constituted the sample of the study. The Patient Diagnosis Form, the COPE Coping Attitudes Assessment Scale, and the EORTC QLQ-C30 (Version 3.0) Quality of Life Scale were used to collect research data. The data obtained in the study were evaluated using the IBM SPSS 20 (Statistical Package for Social Sciences) program. For comparison of means between groups, t-test for independent samples in two samples, ANOVA test for comparison of means of three and more than three samples, Mann-Whitney U test for two independent samples in cases where the assumptions are not met, and Kruskal-test for comparison of three or more samples. The Wallis H Test was used. In this study, the mean score of coping attitudes of patients with breast cancer was found to be 155.86±21.95. It was observed that as the problem-focused coping attitudes of patients with breast cancer increased, the well-being of their functional status increased significantly. In addition, as the patient's perceptions of their health status went from bad to better, the well-being of their global status increased significantly. When the coping attitudes assessment scale was examined, it was found that the average of problem-focused coping attitudes was high, and when the EORTC Quality of Life Scale was examined, the mean score of Global Health Status was found to be the highest. As a result of this study, it was concluded that there is a significant relationship between coping attitudes and the quality of life of patients with breast cancer and that as coping attitudes increase, their quality of life also increases.

Key Words: Breast Cancer, Nursing, Handle, Quality of Life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde meme kanseri; en fazla kadınlarda görülen, sık tanı konulan kanser türleri arasında yer almaktadır. Dünyada her 10 meme kanserinden sadece 1'i (% 10) kalıtsal; yaklaşık % 90'u kalıtsal olmayan (nedeni tam olarak bilinmeyen) gen değişikliklerinden meydana gelmektedir (Globocan, 2020). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2020 yılı verilerine bakıldığında; dünyada görülen kanser vakalarının yaklaşık olarak 10,0 milyonunun ölümle sonuçlandığı ve 19,3 milyonunun yeni tanı almış kanser vakası olduğu bildirmektedir. 2020 yılı verilerine göre vakaların 2,3 milyonunu yani %11,7'sini kadın meme kanserlerinin oluşturduğu ve böylelikle akciğer kanserini geride bıraktığı bildirilmektedir (Globocan, 2020).

Başa çıkma; "kişiler stress altında kendi çevresinde veya kendi özünde yaşadığı zorluklara sebep olan içsel ve/veya dışsal beklentilerin giderilmesi için sürekli değişim gösteren tutum veya bilişsel çaba" olarak tanımlanmaktadır (Folkman ve Lazarus, 1984).

Meme kanseri tanısı konan bireylere bu süreç zarfında birçok tedavi yöntemi uygulanmaktadır. Buna bağlı olarak bireylerde bir takım yan etkiler meydana gelebilmektedir. Bu yan etkiler özellikle genç bireylerde psikolojik problemlere yol açmaktadır (Hubbeling vd., 2018). Yeterli destek mekanizmasına sahip bireyler yaşadığı sorunları daha iyi yönetebilme yeteneğine sahiptirler. Öncelikle var olan hastalığın bilincine varıp onu kabul etmek, dini açıdan tevekkülde bulunmak, farklı aktiviteler yapmak, eş, aile, arkadaş gibi sosyal çevreden manevi destek almak başa çıkma yöntemleri arasında sayılmaktadır (Tabrizi ve Alizadeh, 2018).

DSÖ'ne göre; yaşam kalitesi, kişinin sahip olduğu kültür ve değerler bütünü içinde kendi hayatını algılayış biçimini ortaya koymaktadır (WHO, 2022). Bu doğrultuda yaşam kalitesi bireyin hedefleri, beklentileri, ölçütleri ve kaygıları ile bağlantılı bir tanımdır (Noveiri vd., 2020).

Yaşam kalitesi üzerinde olumsuz yönde etkisi olan birçok etken bulunmaktadır. Bu etkenlerden bazıları akıl sağlığı, hastalık sürecinin olağandan uzun sürmesi,

metastaz, yaş, yaşam koşulları, gelir durumu, kronik rahatsızlıkarın varlığı, psikolojik sorunlar, tam iyilik halinin bozulması, fiziksel hareketsizlik, alkol ve madde tüketimi, yetersiz ve dengesiz beslenme, cinsiyet, destek sistemlerinin yetersiz olması, kötü yaşam koşulları olarak sıralanmaktadır (Gelin ve Ulus, 2015; Göl ve Aşılar, 2017).

Meme kanseri tanısı konan bireyler; tanılama aşaması ile birlikte, kendisinde ve sosyal çevresinde meydana gelen ruhsal değişimlerle beraber yaşamsal çöküntüler meydana gelmektedir (Özkan ve Akın, 2017). Tedavi sürecinin uzaması, bireylerde olumsuz yönde etkilenimler yaratmaktadır. Uygulanan tedavi yöntemlerinin neden olduğu komplikasyonlar doğrultusunda bireylerin yaşam kalitesi ve konforu etkilenmektedir (De Ligt vd., 2019).

Bu bilgiler doğrultusunda meme kanserli hastaların başa çıkma tutumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri

İnsanlar yaşamı boyunca normal olarak gelişen ve yeri geldiğinde bölünebilen hücrelerden oluşur. Bu hücreler normal olmadığında veya yaş ilerlediğinde ölürler. Kanser de bu süreçte başlar ve vücut yeni hücre yapmaya devam etse de anormal olan bu hücreler de çoğalmaya devam eder. Meme kanseri, memede başlayan kanser çeşididir (Amerikan Kanser Topluluğu, 2020).

2.1.1. Memenin Anatomi ve Fizyolojisi

Göğüsün ön kısmında yer alan meme ektodermal kökenli bir organdır. Ana görevi süt üretmektir. Toraks üzerinde sternum ile orta aksiler hattın arasında ve ikinci kosta ile altıncı kostalar arasında yer almaktadır. Meme bezinin içi, alveoller, duktuslar, fibröz ve yağ dokusundan oluşmaktadır. Bu alveoller lobülleri oluşturmaktadır. Meme başının etrafında yer alan kısıma areola denir (Ellis ve Mahadevan, 2013; Erel ve Atahan, 2019).

2.1.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Günümüzde meme kanseri; en fazla kadınlarda görülen, sık tanı konulan kanser türleri arasında yer almaktadır. Dünyada her 10 meme kanserinden sadece 1'i (% 10) kalıtsal; yaklaşık % 90'u kalıtsal olmayan (nedeni tam olarak bilinmeyen) gen değişikliklerinden meydana gelmektedir (Globocan, 2020).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2020 yılı verilerine bakıldığında; dünyada görülen kanser vakalarının yaklaşık olarak 10,0 milyonunun ölümle sonuçlandığı ve 19,3 milyonunun yeni tanı almış kanser vakası olduğu bildirmektedir. 2020 yılı verilerine göre vakaların 2,3 milyonunu yani % 11,7'sini kadın meme kanserlerinin oluşturduğu ve böylelikle akciğer kanserini geride bıraktığı bildirilmektedir (Globocan, 2020).

Meme kanseri orta yaşlı ve yaşlı kadınlarda görülmektedir. Meme kanseri tanısı konulduğu sırada ortalama yaş 62 olarak bulunmuştur. Bu, meme kanseri olan

kadınların % 50'sinin tanı konulduğunda 62 yaşında veya daha genç olduğu anlamına gelmektedir. Meme kanseri tanısı konulan kadınların çok az bir oranının 45 yaşından küçük olan kadınların oluşturduğu görülmektedir (ACS, 2020).

2020 Globacan'ın vermis olduğu istatiklere göre dünya çapında görülen meme kanseri ölüm oranları; Kuzey Amerika'da % 7,1, Latin Amerika ve Karayipler'de % 8,5, Afrika'da % 12,5, Avrupa ülkelerinde % 20,7 ve Asya ülkelerinde % 50,5 ve olarak bulunmuştur (Globacan, 2020).

Meme kanseri ölüm oranları 1989'dan bu yana istikrarlı bir şekilde azalmakta ve 2020 yılına kadar % 43'lük bir düşüş göstermektedir. Ölüm oranlarındaki düşüşün, tarama yöntemleri, artan farkındalık ve daha iyi tedaviler yoluyla daha erken tanı koyma sonucu olduğu tahmin edilmektedir (ACS, 2020).

2.1.3. Meme Kanserinde Belirti ve Bulgular

Memede meydana gelen değişiklikler veya meme kanseri tanısı sıklıkla kadınlar tarafından fark edilse de, % 20 oranında da şikayet olmaksızın hekim tarafından yapılan muayene ve tetkikler neticesinde rastgele ortaya çıkmaktadır (Candan Dönmez ve Yavuz Van Giersbergen, 2019; Güzel, 2021).

Meme kanserinde en sık rastlanan semptomların arasında kişilerin kendi kendilerine muayeneleri sırasında palpe edilen bir şişlik veya kitledir (çoğu meme kitlesi kanser değildir). Ele gelen kitlenin kenarlarının düzensiz ve ağrısız olması kanser olabilme ihtimali oldukça yüksektir. Bunun dışında kalan ağrılı, hassas, yumuşak ve yuvarlak olan kitlelerinde kanser olma olasılığı bulunmaktadır.

Meme kanserindeki diğer semptomlar;

- ✓ Memenin tamamının veya bir kısmının şişmesi
- ✓ Meme veya meme başı ağrısı
- ✓ Kol altında veya köprücük kemiği yakınında şişmiş lenf düğümleri cilt çukurluğu
- ✓ Meme ucunun geri çekilmesi (içe doğru dönmesi)

- ✓ Pul pul dökülmüş, kuru, kırmızı meme ucu veya göğüs derisi
- ✓ Meme ucunda akıntı olması (ACS, 2020)

Yapılan araştırmalar neticesinde kadınlara meme kanseri semptomları sorulduğunda; ilk sırayı memede ele gelen kitle almaktadır. Bu nedenle semptomları bulunan, şüpheli muayene bulguları olan hastaların yaş gruplarına uygun tarama yöntemlerine yönlendirilmesi önem kazanmaktadır (Özen vd., 2013; Güzel vd., 2019).

2.1.4. Meme Kanserinde Risk Faktörleri

Literatür incelendiğinde, meme kanseri ile ilgili yapılan araştırmalarda birçok yol katedilmesine rağmen kadınlarda büyük bir sağlık sorunu olan bu kanser türünün kesin tanı ve tedavisinin temelini oluşturan risk faktörleri açısından hala net bir sonuca varılamamıştır (Akyolcu vd., 2019).

Amerikan Kanser Topluluğu meme kanseri ile ilgili risk faktörlerini dört ana başlıkta ele almaktadır. Bunlar; 'Etkisi Belirsiz Faktörler', 'Değiştirilemeyen Risk Faktörleri', 'Yaşam Tarzı İle İlişkili Risk Faktörleri', 'Kesin Olmayan, Doğruluğu Kanıtlanmamış Risk Faktörleri' dir (ACS, 2020).

2.1.4.1 Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Cinsiyet

Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Bunun nedeni kadınlarda erkeklere oranla daha fazla hormonal değişikliklerin gözlenmesidir (Kayar, 2019). Östrojen hormonu meme kanseri nedenlerinde önemli bir rol oynamaktadır. Meme kanserindeki riskler arasında birçok değişken östrojenin etkisine doğrudan veya dolaylı yoldan bağlıdır (Jager, 2006).

İleri Yaş ‼

Yaşlandıkça, meme kanseri riskinin arttığı görülmektedir. Meme kanserinin tüm dünyada yaşa ve kadın cinsiyetine göre standardize edilmiş insidans oranı 15-24 yaş arası yüz binde 4.4, 25-49 yaş arası yüz binde 49.5, 50-69 yaş arası yüz binde 150.5, 70 ve üzeri yaş grubunda ise yüz binde 194.1 olduğu saptanmıştır (Globacan, 2020).

Doğrudan Ebeveynden Geçen Gen Değişikliği

Mutasyona uğrayan genler nedeniyle görülen meme kanseri vakalarının yaklaşık % 5 - % 10' unun genetik olduğu düşünülmektedir. BRCA1 veya BRCA2 genleri *n*ormal hücrelerde, hasarlı Deoksiribo Nükleik Asit (DNA) 'i onaran proteinlerin yapılmasına yardımcı olarak tümör oluşumunu engellemektedir. Genetik geçişli olan meme kanserinin en yaygın nedeni, bu genlerdeki mutasyondur (Rojas ve Stuckey, 2016; Jung vd., 2016; ACS, 2020).

Yoğun Meme Dokusu

Yoğun meme dokusu, memenin sertliği veya boyutu ile ilgili olmamakla birlikte, memedeki yağ dokusunun az olması ve lifli, grandüler dokunun fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Memedeki yoğun yağ dokusu ancak mamografi çekimi ile anlaşılabilmektedir (Moo,2018).

Mamogramda yoğun göğüsleri olan kadınlarda, tümörler beyaz renkte görüldüğünden tanılama aşamasında zorluklar yaşanmaktadır. Bu durumdan dolayı ortalama meme yoğunluğuna sahip kadınların, meme dokusu yoğun olan kadınlara göre meme kanseri görülme riski daha azdır (Singh, 2018; Soyak, 2019).

Menstruel Siklus

Meme kanserinde özellikle 12 yaştan önce adet görmeye başlamak ve menapozun 55 yaşından sonra olması, kadınlarda daha fazla adet döngüsü olacağından risk düzeyi artmaktadır. Bireyler bu dönemlerde progesteron ve östrojen hormonlarına daha fazla maruz kalmaktan dolayı risk düzeyinde artış görülmektedir (Tatur Dikmen ve Bayraktar, 2019; Karakaya vd., 2019).

Aile Öyküsü

Aile yakınları arasında meme kanseri öyküsünün olması riski arttırmaktadır. Birinci derece akrabalarda görülmesi, kadınlar için bu riski iki kat arttırmaktadır (Henderson, 2015; Ahern vd., 2017).

Bireyin Meme Kanseri Öyküsü

Kişinin kendisinde diğer memeden kaynaklı kanser öyküsüne sahip olması riski arttırmaktadır (ACS, 2020).

Irk

Genel olarak, beyaz ırkta meme kanseri görülme olasılığı siyah ırktan daha fazladır. Bunun nedeni siyah ırktaki bireylerin yaşadıkları bölgelerdeki sosyoekonomik düzeyin ve yaşam kalitesinin düşük olmasından kaynaklanmaktadır (Şentürk vd., 2018).

2.1.4.2 Yaşam Tarzı İle İlişkili Risk Faktörleri

Alkol

Kandaki östrojen seviyesini yükselten bir içecek olan alkol meme kanseri riskine yakalanma oranını arttırmaktadır. Günde 1 bardak alınan alkol yaklaşık olarak %7 ila %10 oranında, gün içinde 2 ila 3 bardak alkol almak ise yaklaşık %20 oranında içmeyenlere kıyasla daha yüksek riske sahiptir (Aune vd., 2012; Simapivapan, 2016).

Fazla Kilolu Olmak / Obezite ‼

Kilo olarak normal sınırlarının üzerinde olan kadınların; yaşamları boyunca yüksek insulin düzeyleri ile karşılaşma oranları normal kilodaki bayanlara göre daha fazladır. Yüksek insülin düzeyine sahip kadınların, meme kanserinin dışında diğer kanserlere de yakalanma oranları yüksektir.

Yapılan çalışmalar doğrultusunda kilolu olmanın meme kanseri riskini arttırıp arttırmadığı ile ilişkili sonuçlar değişkenlik göstermektedir. Örneğin:

- ✓ Menopoz sonrası meme kanseri riski, yetişkin kilo alan kadınlarda daha yüksektir.
- ✓ Menopozdan önce aşırı kilolu veya obez olan kadınlar için risk aslında daha düşüktür (Okutur, 2015; ACS, 2020).

Hareketsizlik

Menopoza girmiş kadınlarda; fiziksel olarak düşük tempoda aktivite yapmanın veya tamamen hareketsiz kalmanın meme kanseri riskini arttırdığı belirtilmektedir. Yetişkinlerin şiddetli yoğunlukta haftada 75 ila 150 dakika veya orta yoğunlukta 150 ila 300 dakika fiziksel aktivite yapması önerilmektedir (Uğurlu ve Güllüoğlu, 2015; ACS, 2020).

Doğum Öyküsü

İlk çocuğunu 30 yaş ve sonrası doğuranlar veya doğum yapmamış kadınların meme kanseri riskine yakalanma oranı doğum yapmış kadınlara oranla daha fazladır. Birden fazla doğum yapma öyküsü ve erken yaş meme kanserine yakalanma riskini azaltmaktadır (Kaymakçı, 2014; Uğurlu ve Güllüoğlu, 2015).

Emzirme Öyküsünün Olmaması

Emzirme döneminde menstruasyon sayısında azalma gözlendiğinden meme kanseri riskini azalttığı belirtilmektedir (ACS, 2020). Literatüre bakıldığında, gen değişikliği olan, emzirme süresi 12 ay ve üzeri olan kadınlarda meme kanseri riskinin % 32 oranında azaldığı saptanmıştır (Kotsopoulos vd., 2014; Kaymakçı, 2017). Yapılan diğer bir çalışmada ise; emziren kadınların hiç emzirmeyen kadınlara, ayrıca uzun süre devam eden emzirmenin daha kısa süreli emzirmeye göre meme kanseri riskini azalttığı saptanmıştır (Zhou vd., 2015).

Kontraseptif Kullanımı

Doğum kontrol yöntemleri olarak kullanılan birtakım yöntemlerin, meme kanseri riskini artırmaktadır.

Oral Kontraseptif Kullanımı: Doğum kontrol hapı ile aile planlaması yapan kadınların, kullanmayanlara istinaden meme kanseri riskinde atış gözlenmektedir. Ancak doğum kontrol hapı kullanılmadığında yaklaşık 10 yıl sonra bu risk normale dönmektedir (Atashi vd., 2020).

Doğum Kontrol Aşıları: Yapılan bazı araştırmalarda, doğum kontrolü için her 3 ayda bir uzun etkili progesteron iğneleri (Depo-Provera gibi) vurulmanın meme kanseri riskini arttırdığı görülmektedir (Li vd., 2012).

Rahim İçi Cihaz (RİA) ve Doğum Kontrol İmplantları: Bu doğum kontrol yöntemleri aynı zamanda teoride meme kanseri büyümesini tetikleyebilecek hormonlar ile uygulandığından; bazı araştırmalarda, RİA' nın hormon salgılama özelliğinden dolayı bu riskin arttığı saptanmıştır (Özsoy vd.,2017; ACS, 2020).

Menopoz Sonrası Hormon Tedavisi

Kombine Hormon Tedavisi (HT): Postmenapozal dönemde bazı hormon ilaçları kombine kullanılmaktadır. Bu durum meme kanserine yakalanma oranının etkilemektedir. Ancak bu riskin oluşabilmesi için ortalama 4 sene kadınların kombine hormon tedavisi almasından sonra gerçekleştiği görülmektedir. Kombine HT ayrıca kanserin daha sonraki bir dönemde görülme olasılığını da arttırmaktadır (Açıkgöz ve Yıldız, 2017; Smith vd., 2018; ACS, 2020).

Östrojen Tedavisi (ET): Literatüre bakıldığında; postmenopoz dönemde sadece östrojen kullanımına bağlı meme kanseri ile ilişkili farklı çalışmalar bulunmaktadır. Bunlardan bazıları biraz daha yüksek bir risk bulurken, diğerleri riskte herhangi bir artış veya hatta hafif bir risk düşüşü bulmuştur. Ancak uzun süre (15 yıldan uzun) sadece östrojen kullanıldığında, yumurtalık ve meme kanseri riskini arttırdığı tespit edilmiştir (Smith vd., 2018; ACS, 2020).

2.1.4.3 Etkisi Belirsiz Risk Faktörleri

Beslenme Şekli

Normal kilonun üzerinde veya obez olmak meme kanseri riskiyle ilişkilendirilirken, diyet ve meme kanseri riski arasında kesin bir bağlantı bulunmamaktadır. ACS 2020 verilerine göre; bazı çalışmalar, beslenmenin meme kanserine yakalanmada önemli bir yerinin olduğunu öne sürerken, bazı çalışmalarda ise; beslenmenin meme kanseri riski üzerinde etkisinin olmadığını ileri sürmektedir. Ayrıca bazı çalışmalarda; !yağ, kırmızı et ve işlenmiş et bakımından düşük, meyve ve sebzelerle yüksek bir diyetin meme kanseri riskini azalttığı görülmektedir (Kayan, 2019; ACS, 2020).

Sigara Dumanına Maruz Kalma

Amerikan Kanser Topluluğu'na göre; pasif içicilik ve meme kanseri riski arasındaki ilişki net değildir. Çoğu çalışma bir bağlantı bulamamıştır, ancak bazı çalışmalar özellikle menopoz öncesi kadınlarda riski artırabileceğini öne sürmektedir (Kaymakçı, 2017; ACS, 2020).

Gece Vardiya Sistemi ile Çalışmak

Geceleri devamlı olarak yapay ışığa maruz kalmak, melotonin hormon seviyesini azaltmaktadır. Bu hormon seviyesindeki değişikliklerden kaynaklı olarak östrojen hormon seviyesi artmakta ve dolayısıyla meme kanseri başta olmak üzere birçok jinekolojik kansere yakalanma riski artmaktadır (Menendez ve Martınez, 2018).

2.1.4.4 Kesin Olmayan, Doğruluğu Kanıtlanmamış Risk Faktörleri

Antiperspirant (Koltuk Altı Ter Önleyici) Kullanımı

Kullanılan ter önleyicilerde bulunan kimyasalların cilt yoluyla emilerek lenf dolaşımına katıldığını ve memede toksinlerin birikmesine neden olarak meme kanserine yol açtığını söylenmektedir. Ancak bu alandaki araştırmalar sınırlı olmakla birlikte, bazı çalışmalar meme kanserine görülme riski ile ter önleyici kullanımı arasında anlamlı bir bağlantı olmadığını göstermektedir (Allam, 2016; ACS, 2020).

Sütyen Kullanımı

Uygun olmayan sütyen kullanımının lenf akışını engelleyerek riski arttırdığı öne sürülmektedir. Literatüre bakıldığında, sütyen kullanımı ile meme kanseri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (Chen vd., 2014; ACS, 2020).

İstemli Küretaj

Çeşitli araştırmalar, ne isteyerek düşüklerin ne de kendiliğinden düşüklerin meme kanseri riski üzerinde genel bir etkisinin olmadığını ileri sürmektedir (ACS, 2020; Tong vd., 2020).

2.2. Meme Kanseri Tedavi Yöntemleri

Meme kanseri ile ilgili yapılan çalışmaların artması ve teknolojinin gelişmesi ile meme kanseri tedavi yöntemlerinde de artmalar gözlemlenmektedir. Tedavi yöntemleri tümörün yerine, boyutuna, özelliğine, evresine, kişinin bireysel özelliklerine, kişisel tercihlere göre değişkenlik göstermektedir. Kanser tanısı konan tüm hastalar tedavi seçeneklerinin her basamağında aktif rol almalılardır (Gnant ve Harbeck, 2017; Kaymakçı, 2017).

Meme kanseri tedavisinde kullanılan yöntemler; Lokal tedavi yöntemleri, sistemik tedavi yöntemleri ve hedefe yönelik tedavi yöntemleri olmak üzere üçe ayrılır (ACS, 2020).

2.2.1. Lokal Tedavi Yöntemleri

Cerrahi ve radyasyon gibi bazı tedaviler lokal tedavi yöntemidir. Bu tedavi seçeneğinde tümör vücudun geri kalanını etkilemeden lokal olarak tedavi edilir (ACS, 2020).

2.2.1.1. Cerrahi Tedavi

Meme kanseri olan kadınların çoğu tedavinin bir parçası olan ameliyat geçmişine sahiptirler (ACS, 2020). Cerrahi tedavide ilk hedef kanserli dokuyu çıkararak, lokal olarak tedavi etmektir. Uygulanacak olan cerrahi yöntemf seçiminde; hastanın yaşı,

kanserin boyutları ve yaygınlığı, psikososyal durumu, ek hastalıkların varlığı ve hastanın istek ve beklentilerinin dikkate alınması önemli rol oynamaktadır (Harmer, 2011; Kaymakçı, 2019).

Meme Koruyucu Cerrahi

Kanserli dokunun ve çevresindeki bazı normal dokuları çıkarmak için yapılan bir ameliyattır. Bu ameliyat ile sadece memenin kanser içeren kısmı çıkarılır. Ameliyatta memenin hangi bölgelerinin çıkarılacağı; tümörün yerine, büyüklüğüne ve diğer faktörlere bağlıdır. Bu ameliyat lumpektomi, kadranektomi, parsiyel mastektomi veya segmental mastektomi olarak 4 şekilde yapılmaktadır (Harmer, 2011; ACS, 2020).

Mastektomi

Sınırları net olmayan büyük tümörlerde, radyoterapi alamayan hastalarda meme dokusunun tamamının, bazen buna ek olarak diğer yakın dokuların da alındığı bir ameliyat türüdür. Ameliyatın nasıl yapıldığına ve ne kadar doku çıkarıldığına bağlı olarak birkaç farklı mastektomi türü vardır (Kaymakçı, 2017).

Basit (veya total) mastektomi: Bu ameliyat yöntemi ile meme ucu, areola, pektoralis majör kasının (ana göğüs kası) fasyası (örtülmesi) ve cilt dahil olmak üzere tüm meme çıkarılarak yapılan işlemdir. Duruma bağlı olarak birkaç koltuk altı lenf nodu da çıkarılabilir (Shaikh vd., 2021).

Modifiye Radikal Mastektomi: Bu ameliyat yöntemi ile pektoral kaslar korunarak; tüm meme, meme başı, areola ve aksiller lenf düğümleri çıkarılarak yapılan mastektomi türüdür (Shaikh vd., 2021).

Radikal mastektomi: Bu operasyon, tümör pektoral kaslara doğru büyüyorsa yapılabilir. Tüm meme ve cilt dokusunun, aksillar nodlarla birlikte pektoral kasların çıkarıldığı mastektomi türüdür (Aydın Özcan, 2021).

Cilt koruyucu mastektomi: Meme üzerindeki derinin çoğu yerinde bırakılır. Sadece meme dokusu, meme başı ve areola çıkarılır. Çıkarılan meme dokusu miktarı basit

bir mastektomi ile aynıdır. Vücudun diğer bölgelerinden implantlar veya dokular,ameliyat sırasında memeyi yeniden yapılandırmak için kullanılabilir (Shaikh vd., 2021).

Meme başı koruyucu mastektomi: Meme dokusunun çıkarılması ve meme derisinin kurtarılması nedeniyle cilt koruyucu mastektomiye benzer. Ancak bu işlemde, meme başı ve areola yerinde bırakılır (ACS, 2020).

Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi (SLNB)

Bu yöntem ile lenf nodları dokusal olarak araştırılır ve sentinel lenf nodlarındaki yayılımın olup olmadığı değerlendirilir. İşlem esnasında isosulfan blue boyası (5 ml) ve radyoaktif kolloid madde enjekte edilir, sonucuna göre sadece boyayı tutan kolun altındaki lenf düğümleri çıkarılır. Bu lenf düğümleri, muhtemelen kanserin ilk yayılacağı yerlerdir (Nazlı, 2019).

Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu (ALND)

Aksiller lenf nodlarında meydana gelen tutulumlarda boya kullanılmadan koltuk altı lenf nodunun çıkardığı yöntemdir. Hastanın durumuna göre lenf nodları hakkında en iyi bilgi kaynağı oaln ALND, geçmişte olduğu kadar günümüzde sık yapılmamaktadır. Kanserli bölgenin yok edilmesini sağlayarak kanserin evrelemesinde bize yardımcı olur (Müslümanoğlu ve Kayhan, 2012; Karanlık ve Igci, 2019).

2.2.1.2. Radyoterapi

Radyasyoterapi, cerrahi sonrası dönemde yüksek enerjili ışınların tümörün olduğu bölgeye kanserli hücrenin yok olmasını sağlamak amacı ile yapılan tedavidir (ACS, 2020). Radyoterapiye sıklıkla yara bölgesindeki onarım tamamlandığında ve ameliyattan 6-8 hafta sonra başlanmaktadır (Kaymakçı, 2017).

Tümörün durumuna, yerine ve diğer değişkenlere göre radyasyoterapi birkaç durumda uygulnmaktadır:

Meme koruyucu cerrahiden (MKC) sonra, kanserin aynı memede veya yakındaki lenf düğümlerinde tekrarlama şansını azaltmaya yardımcı olarak yayılımı önlemek ve yaşam kalitesini arttırmak için kullanılmaktadır (McGale vd., 2014).

Mastektomiden sonra; tümör boyutunun büyük olduğu durumlarda, bölgesel lenf nodlarında bulunuyorsa, ayrıca diğer dokulara yayılım göstermiş ileri evre hastalarda uygulanmaktadır (Tekbaş ve Dal Yılmaz, 2019; ACS, 2020).

Meme kanserinin tedavi yöntemlerinden biri olan radyoterapi teknolojinin ilerlemesiyle birlikte iki farklı şekilde uygulanmaktadır. Bunlar;

Dış ışın radyasyon tedavisi: Eksternal Radyasyon Tedavisi (RT) Meme kanseri olan kadınlar için en yaygın radyasyon tedavisi türüdür. Vücudun dışındaki bir cihaz , radyasyonu kanserden etkilenen bölgeye odaklar ve uygulanır. Hangi bölgelerin radyasyona ihtiyaç duyduğu, mastektomi veya meme koruyucu cerrahi (MKC) olup olmadığına ve kanserin yakındaki lenf düğümlerine ulaşıp ulaşmadığına bağlıdır (ACS, 2020).

Brakiterapi: Radyasyon ışınları (gamma, alfa veya beta) hastaya lokal yöntemle yalnızca kanserin çıkarıldığı bölgeye cihaz yerleştirilerek tedavinin sağlandığı yöntemdir. Bu yöntemle hastaya ameliyat olmadan da radyoterapi uygulanabilir (Tekbaş ve Dal Yılmaz, 2019).

Radyoterapi sonrası kanserin türüne, yerine, verilen radyasyonun dozuna ve kişinin genel sağlığına göre birçok yan etki görülmektedir. Bunlar; halsizlik, cilt problemleri, saç dökülmesi, memede şişme, ağrı, lenfödem belirtileri gözlenmektedir (Jagsi vd., 2020).

2.2.2. Sistemik Tedavi Yöntemleri

Vücutta bulunan tümör hücrelerini ilaç yoluyla ortadan kaldırmayı amaçlayan bir tedavi yöntemdir. Meme kanserinin türüne bağlı olarak seçilen tedavi yöntemiyle vücudun hemen hemen her yerindeki kanser hücrelerine ulaşabilinir. Kemoterapi, hormonterapi ve hedefe yönelik tedaviler sistemik tedaviyi oluşturmaktadır (ACS, 2020).

2.2.2.1. Kemoterapi

Kemoterapide öncelik kanser hücrelerinin ortadan kaldırılması veya yayılmasını önlemektir. Tedavinin etkililiği tümörün türüne, kullanılan kemoterapik ajanlara ve dozuna bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (Işık, 2013).

Kemoterapi günümüzde veriliş zamanına göre üç şekilde adlandırlımaktadır:

Neoadjuvan Kemoterapi: ! Genellikle ilk teşhis edildiğinde ameliyatla çıkarılamayacak kadar büyük olan, tümörü küçülterek cerrahide başarılı sonuçlar elde etmek için ve erken evre meme kanseri olan bireylerde tercih edilmektedir. Neoadjuvan kemoterapinin uzak metastaz riski olan hastalarda erken sistemik tedaviye başlanması ile sağkalım üzerinde olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir (Eralp, 2019; Seyhan Ak ve Çavdar, 2019).

Adjuvan Kemoterapi: ! Ameliyat sonrası kalan, yayılım gösteren, görüntüleme aşamasında dahi görülmesi zor olan kanser hücrelerinin yok omasını sağlamak amacıyla tercih edilmektedir. Bu yöntem ile tümör hücrelerinin büyümesi ve yayılması engellenerek kontrol altına alınması amaçlanmaktadır (Özer ve Aydıner, 2019).

Palyatif Kemoterapi: İleri evre kanser türünde semptomları azaltmak ve yaşam konforunu arttırmak amacıyla tercih edilmektedir (Baron, 2010).

Kemoterapide kullanılan ajanlar işlevselliğine, kimyasal yapılarına ve diğer ilaçlarla ilişkilerine göre beş sınıfta gruplandırılmaktadır. Bunlar; alkilleyici ajanlar, bitkisel alkoloidler, hormonlar, anti metabolitler ve anti tümör antibiyotikler (Baykara, 2016; Runowicz vd., 2016).

Tablo.2.1. Kemoterapötik İlaç Grupları, İlaçlar, Etki Mekanizmaları ve Yan Etkileri

Grup	İlaçlar	Etki Mekanizması	Yan etkiler
Antimetabolitler	Metotreksat Merkaptopürin 5-florourasil Gemsitabin Sitarabin	Hücre lerin çoğalmasında etkilidir.	Kemik iliği supresyonu Mukozit Ensefalopati Serebellar ataksi Miyokard iskemisi
Alkilleyici Ajanlar	Siklofosfamid Sisplatin Karboplatin Klorambusil Karmustin Busulfan Thiotepa	Nükleik asit yapısınının eklenmesi Plazma kolinesteraz aktivitesinin inhibe edilmesi Dokuların hızlı yıkımı	Ürat nefropatisi Kardiyotoksisite İnterstisyel pnömoni Pulmoner fibroz Kemik iliği supresyonu Hemorajik sistit Nefrotoksisite Periferik nöropati
Antibiyotikler	Mitoksantron Doksorubisin Mitomisin Bleomisin	DNA ve RNA sentez inhibisyonu Antimikrosidal etkinin yaratılması	Kardiyovsküler yan etki Hemolitik anemi ile akut böbrek hasarı
Hormonlar	Glukokortikoidler	Glukokortikoid steroidler	Yan etki düzeyi düşüktür
Bitkisel Alkoloidler	Paklitaksel Vincristin Etoposid Docetaksel Vinblastin	Hücreye şekil veren yapının bozulması Nükleik asit fonksiyonunun bozulması	Lökopeni Nöropati

(Kaynak: Büker, N., Şen, S. (2014). Onkoloji Hastasında Kemoterapi ve Bakım. In: G. Can (Ed.). Onkoloji Hemşireliği. (s.203-210), İstanbul: Nobel Matbaacılık.)

2.2.2.2. Hormonoterapi

Kanseri türleri östrojen ve progesteron gibi hormonlardan etkilenmektedirler. Meme kanseri hücreleri, östrojen ve progesterona bağlanan reseptörlere (proteinlere) sahiptir ve bu da büyümelerine yardımcı olur. Bu hormonların bu reseptörlere bağlanmasını durduran tedavi yöntemine hormon veya endokrin tedavisi denir (Seyhan Ak ve Çavdar, 2019; ACS, 2020).

Tümör östrojen hormonuna karşı büyüme gösterirse ER pozitif, progesteron hormonuna karşı büyüme gösterirse PR pozitif şeklinde ifade edilir. Bu duruma sahip meme kanserli kadınlar için hormonoterapi önerilmektedir. Kanserin geri gelme riskine göre tedaviye en az 5 yıl en fazla 10 yıl boyunca devam edilmektedir. Hormon reseptörü negatif olan meme kanserli kadınlarda etkinliği yoktur (Fenlon ve Townsend, 2011).

Hormon tedavisi genellikle kanserin geri gelme riskini azaltmaya yardımcı olmak için ameliyattan sonra (adjuvan tedavi olarak) veya ameliyattan önce (neoadjuvan tedavi olarak) başlanır. Tamoksifen ve Aromataz inhibitörleri en yaygın kullanılan hormonoterapi ilaçlarıdır (Seyhan Ak ve Çavdar, 2019). Tamoksifen menapoz öncesi veya menapoz sonrası dönemdeki meme kanserli hastalar için kullanılırken, aromatoz inhibitörleri sadece postmenapozal dönemde kullanılmaktadır (Waks, 2019).

2.2.2.3. Hedefe Yönelik Tedavi

Meme kanseri olan kadınların çoğunda, kanserli hücrelerin büyümesinde rol oynayan epidermal büyüme faktör grubundan olan HER2 proteini bulunmaktadır. Hedefe yönelik tedavide HER2 pozitifliği görülen hastalarda tümörün durumuna göre uygulanmaktadır. Bu yöntemle kanserli bölge hedef alınır ve tümörün ortadan kaldırılması sağlanarak bağışıklığın güçlendirilmesi amaçlanır. Bu tedavi yönteminde sıklıkla Trastuzumab (Herceptin) uygulanmaktadır. Kemoterapi ile beraber de uygulanan bir tedavi şeklidir. Tedavinin kemoterapiden farklı olarak daha hafif yan etkileri bulunmaktadır (Kara ve Akdoğan, 2013; Erol ve Karayurt, 2015).

2.3. Başa Çıkmanın Tanımı

Başa çıkma; "kişiler stress altında kendi çevresinde veya kendi özünde yaşadığı zorluklara sebep olan içsel ve/veya dışsal beklentilerin giderilmesi için sürekli değişim gösteren tutum veya bilişsel çaba" olarak tanımlanmaktadır (Folkman ve Lazarus, 1984).

Literatür incelendiğinde; bir tanıma göre başa çıkma; kişinin strese maruz kaldığı durumlarda çözüm yolu arayış biçimi olarak tanımlanmaktadır (Deniz ve Yılmaz, 2006). Bir başka tanımda ise; bireyin içsel ve dışsal uyaranlara karşı göstermiş olduğu bilişsel, duygusal ve davranışsal çabaların tamamı olarak tanımlanmaktadır (Ağargün vd., 2007).

Lazarus ve Folkman'a göre stresle başa çıkmada öncelikli ve en değerli husus kişilerin olaylara baktıkları noktalardır (Folkman ve Lazarus, 1984).

2.3.1. Meme Kanserinde Sıklıkla Yaşanan Sorunlar İle Başa Çıkma

Başa çıkma bireylerin isteklerine göre değişkenlik gösteren ve kişinin stres altındayken gösterdiği tutum ve davranışları içermektedir. Yaşanılan problemler karşısında kişiler etkili ve etkisiz olmak üzere iki şekilde başa çıkma tutumu sergilemektedirler (Taylor vd., 2011).

Meme kanseri tanısı konan bireylere bu süreç zarfında birçok tedavi yöntemi uygulanmaktadır. Buna bağlı olarak bireylerde bir çok yan etkiler meydana gelebilmektedir. Bu yan etkiler özellikle genç bireylerde psikolojik problemlere yol açmaktadır (Hubbeling vd., 2018).

Meme kanseri tanısı konan bireyler, tedavileri esnasında halsizlik, ağrı, uyku problemi, huzursuzluk, depresyon gibi fiziksel ve psikolojik sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle bireylerin yaşam standartlarını arttırması açısından etkili başa çıkma tutumlarını geliştirmeleri önem arz etmektedir (Lai vd., 2019).

Yeterli destek mekanizmasına sahip bireyler yaşadığı sorunları daha iyi yönetebilme yeteneğine sahiptirler. Öncelikle var olan hastalığın bilincine varıp onu kabul etmek, dini açıdan tevekkülde bulunmak, farklı aktiviteler yapmak, eş, aile, arkadaş gibi sosyal çevreden manevi destek almak başa çıkma yöntemleri arasında sayılmaktadır. Sosyal çevreden destek almak oldukça önemlidir (Tabrizi ve Alizadeh, 2018).

Focus program doğrultusunda desteklenen bireylerle ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında bireylerin yaşam kalitelerinde, başa çıkma tutumlarında ve iyileşme dönemlerinde iyi neticeler alındığı görülmektedir (Tabrizi ve Alizadeh, 2018).

F (family): Aile katılımı etkinliği, etkili iletişim kanallarını içermektedir.

O (optimist): İyimser tutum, yaşamdaki zorluklara karşı umudun artmasıyla psikolojik sorunlardan uzaklaşmaya yaramaktadır.

C (cope): Başa çıkma etkinliği, stresin azaltan teknikler ve stratejilerle birlikte sağlıklı yaşam tarzını vurgulamaktadır.

U (uncertainty): Belirsizliğin azaltılması, hastalık sürecinde sergilenen her olumlu tutum ve davranışlar, alınan her sağlıklı bilgi, hastalığın iyileşme dönemine katkı sağlamaktadır.

S (semptom): Semptom yönetimi, hastalığın semptomlarını kontrol altına alabilmek için öz bakım stratejilerini içermektedir (Tabrizi ve Alizadeh, 2018).

2.4. Yaşam Kalitesinin Tanımı

DSÖ'ne göre; yaşam kalitesi, kişinin sahip olduğu kültür ve değerler bütünü içinde kendi hayatını algılayış biçimini ortaya koymaktadır (WHO, 2022). Bu doğrultuda yaşam kalitesi bireyin hedefleri, beklentileri, ölçütleri ve kaygıları ile bağlantılı bir tanımdır (Noveiri vd., 2020).

Yaşam kalitesi kavramı; birçok alanda kullanılması, zaman içinde farklı değişkenlerle birlikte gelişme göstermesi, bireyden bireye farklılık göstermesi, çevresel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle tanımlanma aşamasında zorluk yaşanan bir kavramdır (Akdemir ve Birol, 2005).

Yaşam kalitesinin kriterlerine bakıldığında, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden hangi düzeyde memnun oldukları, hangi düzeyde rahatsız olduklarının tespit edilmesi amaçlanmaktadır (Kang vd., 2018). Böylelikle yaşam kalitesi bireyin kendisini tam olarak iyi hissetmesine, bulunduğu ortamdan doyum sağlayıp mutlu olmasına işaret etmektedir (Cobb vd., 2014).

2.4.1. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi

Filozoflar tarafından nitelikli yaşam kavramı senelerce yapılan araştırmalar doğrultusunda net bir karara varılamamıştır. Yıllar önce Tatarkiewicz mutluluğun anlamını tanımlayarak günümüzdeki yaşam kalitesini içeren kavramlara değinmiştir (Tatarkiewicz, 1976).

Yaşam kalitesi tanımı temel olarak ilk çağlardan bugüne kadar geçen süreçte farklılık gösteren yaşam koşulları ve bu farklılıkların getirdikleri değişimlerle birlikte kavramsallaşmaktadır. Bu kavramı doğrudan olmasada tanımlayan ilk filozof Aristo'

dur. Yaşamımızın sonundaki amacımızı Aristo ‘Eudaimonia’ olarak ifade etmiştir. Kelime anlamı; ‘iyi ruh hali, saadet ve mutluluk’ tur (Işık ve Meriç, 2010).

Thorndike; yaşam kalitesi kavramını tanımlayan ilk psikologtur. O’na göre; yaşam kalitesi, “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” dir. Andrew ve Withey yaşam kalitesi kavramını, “bireylerin doyumu ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi” ifade etmektedir (Özkan, 1999).

1970'lerde, yaşam kalitesi kavramı, tıbbi ilerlemenin bir sağlık göstergesiydi. Gerçekte yaşam kalitesi terimi, sağlık sorunlarının olmaması, esenlik, memnuniyet gibi psikososyal kavramları birleştirmektedir (Kızılcı, 1999; Panzini vd., 2017).

2.4.2. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesi üzerinde olumsuz yönde etkisi olan birçok etken bulunmaktadır. Bu etkenlerden bazıları akıl sağlığı, hastalık sürecinin olağandan uzun sürmesi, metastaz, yaş, yaşam koşulları, gelir durumu, kronik rahatsızlıkarın varlığı, psikolojik sorunlar, tam iyilik halinin bozulması, fiziksel hareketsizlik, alkol ve madde tüketimi, yetersiz ve dengesiz beslenme, cinsiyet, destek sistemlerinin yetersiz olması, kötü yaşam koşulları olarak sıralanmaktadır (Gelin ve Ulus, 2015; Göl ve Aşılar, 2017).

Literatüre bakıldığında, düzenli ve dengeli beslenmenin, günlük yaşam aktiviteleri doğrultusunda egzersiz yapmanın yaşam kalitesini arttırdığı tespit edilmiştir (Chen vd., 2018). Ayrıca geçim sıkıntısından kaynaklanan zorlukların, zor ulaşılan sağlık imkanları, bireysel destek sistemlerinin olmaması, hastalık ile ilgili geç kalınmış tanılamanın yaşam kalitesini azalttığı ifade edilmektedir (El Haidari vd., 2020).

2.4.3. Meme Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi

Kanser oluşumu ile birlikte bu alanda karşılaşılan semptomlar karşısında bireylerin yaşamsal niteliklerinin araştırılması, seneler öncesinde hasta bireylerin fiziksel aktivitelerinin araştırılması ile birlikte bir ölçek geliştirilmeye başlanmıştır (Karnofsky vd., 1948).

Günümüzde de halen sık karşılaştığımız kanser; ortaya çıkardığı komplikasyonlar nedeniyle yaşamımızı olumsuz yönde etkilemektedir. Bireyler üzerinde oluşturduğu huzursuzluk, korku, yaşam kaygısı gibi faktörlerden dolayı yaşam kalitesini negatif yönde etkileyen önemli bir sağlık sorunudur (Göl ve Aşılar, 2017).

Meme kanseri; tanılama süreci, belirti bulguları, tedavi aşamaları, karşılaşılan komplikasyonlar nedeni ile bireylerde bilişsel ve bedensel yönden önemli etkiler yaratmaktadır (Torun vd., 2020). Kanser tanısı konan bireylerde ruhsal yönden karşılaşılan sorunlardan hüzün, endişe, gelecek kaygısı, ölüm korkusu gibi hislerinin yanı sıra baş ağrısı, bulantı kusma, yorgunluk ve uykuya dalmada güçlük gibi bedensel sorunlar yaşam kalitelerinin azalmasına sebep olan faktörler arasında yer almaktadır (El Haidari vd., 2020; Gregucci vd., 2020).

Meme kanseri tanısı konan bireyler; tanılama aşaması ile birlikte, kendisinde ve sosyal çevresinde meydana gelen ruhsal değişimlerle beraber yaşamsal çöküntüler meydana gelmektedir (Özkan ve Akın, 2017). Tedavi sürecinin uzaması, bireylerde olumsuz yönde etkilenimler yaratmaktadır. Uygulanan tedavi yöntemlerinin neden olduğu komplikasyonlar doğrultusunda bireylerin yaşam kalitesi ve konforu etkilenmektedir (De Ligt vd., 2019).

Yaşam kalitesi kriterleri, öznel ve nesnel olmak üzere iki ayrı kategoride değerlendirilmektedir. Öznel verilerde; kişilerin kendi kendilerine gerçekleştirebilecekleri günlük aktivitelerine ve kişisel öz bakım ihtiyaçlarını karşılayabilme yetilerine bakılmaktadır. Nesnel verilerde ise; bireyin tamamen bilişsel ve ruhsal yönden kendini tam bir iyilik halinde görme durumuna bakılmaktadır (Ateş, 2011; Ovayolu, 2011). Bu bağlamda hastalıkla baş etme döneminde bireylerin yaşam standartlarını değerlendirmek amacıyla çeşitli yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmaktadır. Öncelikli olarak kişinin hastalığına uygun olan ölçeğin doğru ve eksiksiz olarak doldurulması önem arz etmektedir (Temiz, 2016).

2.5. Meme Kanserinde Hemşirelik Bakımı

Meme kanseri istatistiklerine bakıldığında artan tarama yöntemleri ile birlikte hızlı bir şekilde artış göstermektedir. Kişisel özellikler, yaşam koşulları, hastalığın klinik ilerleyişi, destek sistemlerinin varlığı hastaları meme kanseri yöentimi konusunda

etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Bireylerin meme kanseri tanısı konması ile birlikte sosyal çevresi tarafından oluşturulan destek düzeyi arttıkça, hastalığa karşı oluşturulan başa çıkma mekanizmaları artarak hastalığa uyum oranı ve kanser yönetim mekanıizması artmaktadır (Jang ve Kim, 2018).

Hemşireler; bireylerin, aile ve toplumların iyilik hallerini ideal sağlık düzeyine ve yaşam kalitesine ulaştırmayı hedefleme rolüne sahiptirler. Hemşireler bakım verici rolünü üstlendiklerinde öncelikle hastalığın hastayı ne düzeyde etkilediğini anlamak durumundadırlar (Ovayolu, 2017).

Hastaların karşılaştığı sorunlar, beden bütünlüğünün bozulması, ruhsal bütünlüğünün bozulması, kişisel özelliklerine, hastalığın seyrine, ek bir rahatsızlık varlığına ve çevresel destek düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Bu süreçte hemşire meme kanseri tanısı konmuş bireylere yaklaşırken bütüncül bir sağlık hizmeti sunarken kapsamlı bir bakım planı yapması gerekmektedir (Eker ve Aslan, 2017; Ovayolu, 2017).

Hemşireler meme kanseri ile mücadele eden bireylere eğitici rolü kapsamında; semptom yönetimini sağlanması, beslenme desteğinin sağlanması, ağrı yönetiminin sağlanması, anksiyetenin giderilmesi, beden algısının sağlanması, yaşam kalitesinin arttırılmasına yönelik eğitimler vermesi önem arz etmektedir. Bu eğitimleri planlarken hastayı ve ailesini bütüncül ele alıp değerlendirmektedir. Ayrıca meme kanserini yenen hasta ve ailelerine; hastalığın olası tekrarına yönelik ruhsal destek ihtiyaçları ve başa çıkma yöntemleri konusunda bilgilendirmeyi amaçlamaktadır (Gülcivan ve Topçu, 2017).

Meme kanseri tanısı konan bireylerde yaşam kalitesinin araştırılmasında ve bütüncül bakımda hemşirenin önemli rolü bulunmaktadır. Hemşireler bu süreçte hasta ve yakınlarını ruhsal ve fiziksel tam bir iyilik halinde değerlendirmelidir. Hemşireler hastalarda oluşabilecek komplikasyonların farkında olup bunların tedavi edilmesine yönelik girişimleri planlamalıdır. Oluşturduğu bakım planı ile birlikte hastayı bütüncül ele almalıdır (Göl ve Aşılar, 2017). Bu bağlamda meme kanseri ile mücadelede; hasta bireyin kendi öz bakım ihitiyaçlarını karşılaması ve yaşadığı ortama uyum sağlaması açısından hemşirenin önemli rolü bulunmaktadır (Ovayolu, 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma meme kanserli hastalarda hastalıkla başa çıkma tutumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Edirne Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane) Medikal Onkoloji Bölümünde Ağustos 2020 ile Ocak 2021 tarihleri arasında meme kanseri tanısı konmuş ayaktan başvuru yapan hastalar ile gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ağustos 2020 ile Ocak 2021 tarihleri arasında Edirne Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane) Medikal Onkoloji Bölümüne meme kanseri tanısı konmuş ayaktan başvuru yapan hastalar oluşturmuştur. Araştırmada basit rastlantısal örnekleme yöntemi ile ilgili tarihlerde araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan tüm hastalar dahil edilmiştir. 146 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dahil Edilmeme Kriterleri

3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü,
- ✓ 18 yaş ve üstü,
- ✓ İletişim sorunu olmayan,
- ✓ Türkçe konuşup anlayabilen,
- ✓ Meme kanseri tanısı konmuş hastalar araştırmaya dahil edildi.

3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan,
- ✓ 18 yaş ve altı olan,
- ✓ İletişim sorunu olan,
- ✓ Meme kanseri tanısı konmayan hastalar dahil edilmedi.

3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları

Çalışma verileri elde edilirken araştırmaya katılmaya gönüllü, araştırmaya dahil edilme kriterlerine sahip hastalar ile literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen 'Hasta Tanılama Formu (Ek-2)', 'COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (Ek-3)' ve 'EORTC QLQ-C30 (Version 3.0) Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-4)' kullanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Hasta Tanılama Formu (Ek-2)

Araştırmacı tarafından geliştirilen form; meme kanseri tansı konan hastaların tanıtıcı özelliklerinin bulunduğu, sosyodemografik özelliklerin yer aldığı sorulardan (çocuk sayısı, medeni durum, meslek, yaş, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu), tanıdan sonra geçen süre, ailede meme kanseri öyküsü, yakınlık derecesi, sağlığı algılama durumu, operasyon varlığı, tedavi yöntemleri ve destek alma durumu olmak üzere toplam 16 sorudan oluşmaktadır.

COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (Ek-3)

Carver ve arkadaşları tarafından 1989'da geliştirilmiş olan likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir (Carver vd., 1989). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2005'de Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği kişinin hangi başa çıkma tutumunu daha çok kullandığı hakkında yorum yapma olasılığı verir. Bu 15 başa çıkma tutumu şunlardır (Carver vd., 1989; Ağargün vd., 2005).

Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumları

- ✓ Aktif başa çıkma
- ✓ Plan yapma
- ✓ Diğer meşguliyetleri bastırma
- ✓ Geri durma
- ✓ Yararlı sosyal destek kullanımı

Duygu Odaklı Başa Çıkma Tutumları

- ✓ Duygusal sosyal destek kullanımı
- ✓ Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme
- ✓ Kabullenme
- ✓ Şakaya vurma
- ✓ Dini olarak başa çıkma.

İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları

- ✓ Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma
- ✓ İnkâr
- ✓ Zihinsel boş verme
- ✓ Davranışsal olarak boş verme
- ✓ Madde kullanımı

Her alt ölçekten toplam 4-16 arasında puan alınabilmektedir. Bu alt ölçeklerden ilk beşinin puanlarının toplamı sorun odaklı başa çıkma puanını, 6-10. alt ölçek puanlarının toplamı duygusal başa çıkma puanını, son beş alt ölçek puanlarının toplamı ise işlevsel olmayan başa çıkma puanını vermektedir (Ağargün vd., 2005).

Araştırmada kullanılan 'Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme' ölçeğinin güvenilirlik düzeyi; Cronbach Alpha 0,94 ile yeterli düzeydedir.

EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-4)

2004 yılında Güzelant ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlanmaş olan ölçek 30 sorudan oluşan 4'lü likert tipi ölçektir. Genel sağlık durumu skalası, fonksiyonel

skala ve semptom skalası olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Fonksiyonel Skala; fiziksel, rol, kognitif, emosyonel ve sosyal fonksiyonları içermektedir. Semptom Skalasında ise; yorgunluk, ağrı ve bulantı-kusma değerlendirilmektedir. Ayrıca dispne, insomnia, iştah kaybı, konstipasyon, diyare ve maddi zorluk durumu birer soru ile ölçülmektedir. Genel sağlık durumu skalası ve fonksiyonel skalada puan ortalaması yükseldikçe durumun iyiliğini göstermektedir. Semptom skalasında ise puan yükseldikçe semptom şiddetinin arttığını göstermektedir. Skorlamada alabilecekleri toplam en düşük puan 0, en yüksek puan ise 100'dür (Güzelant vd., 2004).

EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları ve skor değerlendirmesi aşağıda sunulmuştur (Fayers vd., 1997):

Fonksiyonel Skor: 15 Soru

Ham Skor (HS)= 15 maddenin toplamı / 15
Aralık= Yüksek puan (4)- En düşük puan (1)= 3
FS={1-(HS-1)/3}x100 formülü ile hesaplanır.
Not: Diğer alt boyutlarda aynı şekilde hesaplanır.

Semptom Skoru: 13 Soru

Ham Skor (HS)=13 maddenin toplamı / 13
Aralık=Yüksek puan (4)- En düşük puan (1)= 3
SS={(HS-1)/aralık}x100 formülü ile hesaplanır.
Not: Diğer alt boyutlarda aynı şekilde hesaplanır.

Genel Sağlık Skoru: 2 Soru

Ham Skor (HS)=2 maddenin toplamı / 2
Aralık= Yüksek puan (7)- En düşük puan (1)= 6
GSS={(HS-1)/aralık}x100 formülü ile hesaplanır.

EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğine ait Cronbach Alfa güvenirlik analizi sonuçları incelendiğinde 0,351-0,939 aralığında olduğu belirlenmiştir.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutları ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarıdır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; sosyodemografik özellikleri ve tedaviye ilişkin özellikler olarak belirlendi.

3.7. Araştırma Soruları

Meme kanserli hastalarda başa çıkma tutumları (COPE) ile yaşam kalitesi düzeyleri (EORTC QLQ-C30) arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Meme kanserli hastaların sosyodemografik özelliklerine göre COPE düzeyleri arasında anlamlı fark var mıdır?

Meme kanserli hastaların sosyodemografik özelliklerine göre EORTC QLQ-C30 düzeyleri arasında anlamlı fark var mıdır?

Meme kanserli hastaların tedavilerine ilişkin özelliklerine göre COPE düzeyleri arasında anlamlı fark var mıdır?

Meme kanserli hastaların tedavilerine ilişkin özelliklerine göre EORTC QLQ-C30 düzeyleri arasında anlamlı fark var mıdır?

3.8. Veri Analizi

Toplanan verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 20 programı kullanılmıştır. Sosyodemografik özelliklerin ve tedaviye ilişkin özelliklerin dağılımı frekans ve yüzde analizi olarak verilmiştir. COPE ve EORTC QLQ-C30 ölçeklerine ait tanımlayıcı istatistikler (maksimum değerler, minimum değerler, ortalama değerleri ve standart sapma değerleri) hesaplanmıştır. Gerekli varsayımların sağlanmadığı durumlarda ise parametrik olmayan (non-parametrik) testlerden yararlanılmıştır. Buna göre değişkenler arası ilişkilerin tespitinde Pearson Korelasyon Testini kullanılmak amaçlanmış, varsayımların sağlanmadığı durumlarda ise Spearman Sıra Farkları Kolerasyonu veya Kendall (tau-b) Sıra Korelasyon Testinden

faydalanılmıştır. Gruplar arası ortalamaların karşılaştırılmasında iki örneklemde bağımsız örneklemler için t-testi, üç ve üçten daha fazla örneklemin ortalamasının kıyaslanmasında ise ANOVA kullanılması amaçlanmıştır. Varsayımların sağlanmadığı durumlarda ise iki bağımsız iki örneklem için Mann-Whitney U testi, üç veya daha fazla örneklemin karşılaştırılmasında da Kruskal-Wallis H Testi kullanılmıştır.

Normallik varsayımın kontrolü için 30' dan büyük hacimli gruplarda Kolmogorov-Smirnov Normallik testi kullanılmıştır. Bu şartın sağlanmadığı durumlarda ($n<30$) ise Shapiro-Wilk Normallik testi kullanılmıştır. Ayrıca ölçeklerin güvenirlik düzeylerini belirlenmesinde Cronbach Alfa katsayısından yararlanılmıştır.

İstatistiki anlamlılık düzeyi $p< 0.05$ olarak belirlenmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılığı Edirne Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane) Medikal Onkoloji Bölümüne ayaktan başvuru yapan hastalar olduğundan tek bir merkezde çalışmanın gerçekleştirilmesidir.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanlığı'ndan yazılı izin (Sayı:69456409-199-E.3910) (Ek-1) ve çalışmanın yürütüldüğü Medikal Onkoloji Bölümünde yapılması adına kurum izni Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü'nden (Sayı:79056779-600-E.185617) alındı (Ek-6).

Çalışmanın örnekleminde araştırmaya katılması için davet edilen hastalara, çalışmanın amacı ile ilgili açıklama yapıldı ve hastanın çalışmaya katılımına ilişkin bilgilendirilmiş onamı yazılı olarak alındı (Ek-7).

Araştırmada veri toplama aşamasında kullanılacak olan ölçeklerin izinleri ölçeklerin geçerlilik güvenirliğinin yapıldığı yetkililerden e-posta yöntemi ile alındı (Ek-5).

4. BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler Tablo 4.1.'de aşağıda verilmiştir.

Tablo 1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	**Min-Max Değerler**	**Ort±S.S**
Yaş	31-94	57,62±13,99
Çocuk Sayısı	0-5	1,99±1,10

Özellikler		**n**	**%**
Medeni Durumu	Evli	108	74,0
	Bekar	11	7,5
	Dul/Boşanmış	27	18,5
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	17	11,6
	Ortaokul	62	42,5
	Lise	41	28,1
	Üniversite	25	17,1
	Lisansüstü	1	0,7
Çalışma Durumu	Çalışıyor	39	26,7
	Çalışmıyor	93	63,7
	Emekli	14	9,6
Gelir Durumu	Gelir giderden az	24	16,4
	Gelir gidere eşit	99	67,8
	Gelir giderden fazla	23	15,8
TOPLAM		**146**	**100,0**

Tablo 4.1'de katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılım incelendiğinde; katılımcıların yaş ortalamasının 57,62±13,99 olduğu, ortalama çocuk sayısının ise 1,99±1,10 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların medenin durumunda %74'ünün evli, %7,5'inin bekar ve %18,5'inin dul/boşanmış olduğu, eğitim durumunda %11,6'sı okur-yazar olmadığı, %42,5'i ortaokul mezunu, %28,1'i lise mezunu, %17,1'i Üniversite mezunu ve %0,7'si yüksek lisans mezunu/ lisansüstü mezunu olduğu, çalışma durumunda ise %26,7'sinin çalışıyor olduğu, %63,7'si çalışmadığı ve %9,6'sı emekli olduğu belirlendi. Katılımcıların gelir durumları değerlendirildiğinde ise; %16,4'ünün gelirin giderden az, %67,8'inin gelirin gidere eşit ve %15,8'inin gelirin giderden fazla olduğu belirlendi.

Tablo 4.2. Katılımcıların Meme Kanseri Tanısına İlişkin Özelliklerinin Dağılımları

Özellikler		**n**	**%**
Tanıdan bu yana geçen süre	1-6 ay	12	8,2
	7-12 ay	29	19,9
	1-3 yıl	52	35,6
	3 yıl ve üzeri	53	36,3
Ailede meme kanseri öyküsü	Var	52	35,6
	Yok	94	64,4
Meme kanseri öyküsü var ise yakınlık derecesi	Anne	16	30,8
	Teyze	20	38,5
	Hala	8	15,4
	Abla	8	15,4
	Yok	94	64,4
Meme kanserine yönelik ameliyat olma durumu	Evet	119	81,5
	Hayır	27	18,5
Sağlık durumunuzu algılama durumu	İyi	77	52,7
	Orta	53	36,3
	Kötü	16	11,0
Hastalıktan sonra arkadaş/iş çevresinin davranışının değişme durumu	Değişti	21	14,4
	Değişmedi	125	85,6
TOPLAM		**146**	**100,0**

Tablo 4.2'de katılımcıların meme kanseri tanısına ilişkin özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; katılımcıların %8,2'sinin 1-6 ay, %19,9'unun 7-12 ay, %35,6'sının 1-3 yıl ve %36,3'ünün 3 yıl ve daha fazla süre önce tanı aldığı, %35,6'sının ailelerinde meme kanseri öyküsü olduğu, %64,4'ünün ise olmadığı, ailelerinde meme kanseri öyküsü olanların %30,8'inin annesinde, %38,5'inin teyzesinde, %15,4'ünün halasında ve %15,4'ünün ise ablasında meme kanseri öyküsünün olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %81,5'inin meme kanserine yönelik ameliyat olurken, %18,5'inin olmadığı, %52,7'sinin sağlık durumunu iyi, %36,3'ü orta ve %11'i kötü olarak algıladıkları belirlendi. Ayrıca katılımcılar hastalıktan sonra arkadaş/iş çevresinin davranışın %14,4'ü değiştiği, %85,6'sının ise değişmediği belirlendi.

Tablo 4.3. Katılımcıların Meme Kanseri Tanısı Sonrası Tedavileri ile İlgili Bilgilerinin Dağılımları

Özellikler		**n**	**%**
Tanıdan sonra kemoterapi uygulanma durumu	Hayır	16	11,0
	Evet	130	89,0
Tanıdan sonra radyoterapi uygulanma durumu	Hayır	64	43,8
	Evet	82	56,2
Tanıdan sonra hormon tedavisi uygulanma durumu	Hayır	131	89,7
	Evet	15	10,3
Tanıdan sonra cerrahi tedavi uygulanma durumu	Hayır	32	21,9
	Evet	114	78,1
Tanıdan sonra akıllı ilaç tedavisi uygulanma durumu	Hayır	144	98,6
	Evet	2	1,4
Meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde yeterli destek alma durumu	Hayır	96	65,8
	Evet	50	34,2
TOPLAM		**146**	**100,0**
Meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde en öncelikli olarak kimden destek aldığı*	Eş	62	65,96
	Çocuk	14	14,89
	Aile	9	9,57
	Psikolog	4	4,26
	Kardeş	3	3,19
	Arkadaş	2	2,13
TOPLAM		**94***	**100,0**

** Cevap seçeneklerinin öncelik sırasına göre sıralanması istenmiştir.*

Tablo 4.3'de katılımcıların meme kanseri tanısı sonrası tedavileri ile ilgili bilgileri değerlendirildiğinde; katılımcıların %89' na tanıdan sonra tedavi olarak kemoterapi uygulandığı, %11' ine ise uygulanmadığı, %56,2' sine tanıdan sonra tedavi olarak radyoterapi uygulandığı, %43,8' ine ise uygulanmadığı, %10,3' üne tanıdan sonra tedavi olarak hormon tedavisi uygulandığı, %89,7' sine ise uygulanmadığı, %78,1' ine tanıdan sonra tedavi olarak cerrahi tedavisi uygulandığı, % 21,9' una ise uygulanmadığı, %1,4' üne tanıdan sonra tedavi olarak akıllı ilaç tedavisi uygulanmış olup, % 98,6' sına ise uygulanmadığı saptandı.

Katılımcıların %65,8' i meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde yeterli destek aldığını düşünürken, % 34,2' si ise yeterli destek aldığını düşünmediği belirlendi. En öncelikli olarak destek alınan kişi olarak eşlerini belirtenlerin oranı %65,96, çocuklarını belirtenlerin oranı %14,89, ailelerini belirtenlerin oranı %9,57, psikologlarını belirtenlerin oranı %4,26, kardeşlerini belirtenlerin oranı %3,19 ve arkadaşlarını belirtenlerin oranı %2,13 olduğu belirlendi.

Tablo 4.4. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçek Maddelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Güvenirlik Değerleri

Boyut	Alt Boyut	Madde Sayısı	Min-Mak	Ort±SS	Cronbach Alfa (α)
Fonksiyonel Skala	Fiziksel Fonksiyon	5 Madde	0-100	72,42±22,43	0,900
	Rol Fonksiyon	2 Madde	0-100	77,85±26,77	0,914
	Emosyonel Fonksiyon	4 Madde	0-100	61,19±26,18	0,948
	Kognitif Fonksiyon	2 Madde	0-100	90,98±16,27	0,618
	Sosyal Fonksiyon	2 Madde	0-100	66,10±23,93	0,908
Global Sağlık Durumu	(Genel İyilik Hali)	2 Madde	0-100	68,21±28,16	0,985
Semptom Skalası	Yorgunluk	3 Madde	0-100	44,14±25,57	0,938
	Bulantı-Kusma	2 Madde	0-100	40,52±25,89	0,965
	Ağrı	2 Madde	0-100	43,61±24,15	0,897
	Dispne	1 Madde	0-100	9,59±16,60	-
	İnsomnia	1 Madde	0-100	37,21±27,27	-
	İştah Kaybı	1 Madde	0-100	41,55±27,84	-
	Konstipasyon	1 Madde	0-100	12,33±19,58	-
	Diyare	1 Madde	0-100	6,40±18,90	-
	Maddi Zorluk	1 Madde	0-100	37,21±35,34	-

Tablo 4.4'de EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin boyut ve alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; fonksiyonel boyutta fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamasının 72,42±22,43, rol fonksiyon alt boyutunun 77,85±26,77, emosyonel fonksiyon alt boyutunun 61,19±26,18, kognitif fonksiyon alt boyutunun 90,98±16,27, sosyal fonksiyon alt boyutunun ise 66,10±23,93 olduğu belirlendi. Global sağlık durumu boyutunda genel iyilik hali alt boyut puan ortalamasının 68,21±28,16, yorgunluk alt boyut puan ortalamasının 44,14±25,57, bulantı-kusma alt boyut puan ortalamasının 40,52±25,89, ağrı alt boyut puan ortalamasının 43,61±24,15, dispne alt boyut puan ortalamasının ise 9,59±16,60 olduğu belirlenmiştir. Semptom skalası boyutunda insomnia alt boyut puan ortalamasının 37,21±27,27, iştah kaybı alt boyut puan ortalamasının 41,55±27,84, konstipasyon alt boyut puan ortalamasının 12,33±19,58, diyare alt boyut puan ortalamasının 6,40±18,90, maddi zorluk alt boyut puan ortalamasının ise 37,21±35,34 olduğu belirlendi. Araştırmada EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğine ait boyutların cronbach alfa güvenirlik katsayılarının 0,618-0,985 aralığında olduğu hesaplandı.

Tablodaki bu değerlere göre EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği tüm boyut ve alt boyutlarıyla güvenilir olduğu görüldü.

Tablo 4.5. COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçek Maddelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Güvenirlik Değerleri

Boyut	Alt Boyut	Madde Sayısı	Min-Mak	Ort±SS	Cronbach Alfa (α)
Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumları	Yararlı Destek Kullanımı	4 Madde	4-16	13,67±2,93	0,941
	Aktif Başa Çıkma	4 Madde	4-16	13,20±2,80	0,907
	Geri Durma	4 Madde	5-16	10,21±2,14	0,374
	Diğer Meşguliyetleri	4 Madde	4-16	9,74±2,17	0,413
	Plan Yapma	4 Madde	4-16	13,16±2,79	0,915
	Toplam	**20 Madde**	**24-79**	**59,97±11,15**	**0,934**
Duygu Odaklı Başa Çıkma Tutumları	Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	4 Madde	4-16	13,26±2,84	0,914
	Duygusal Destek Kullanımı	4 Madde	4-16	11,17±2,84	0,716
	Dini Olarak Başa Çıkma	4 Madde	6-16	14,33±1,99	0,830
	Şakaya Vurma	4 Madde	4-12	4,40±1,03	0,588
	Kabullenme	4 Madde	4-16	10,57±2,02	0,512
	Toplam	**20 Madde**	**24-71**	**53,73±8,35**	**0,888**
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları	Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Çıkarma	4 Madde	7-16	11,75±2,22	0,549
	İnkâr	4 Madde	4-15	8,52±2,17	0,512
	Zihinsel Boş Verme	4 Madde	7-16	11,98±2,02	0,480
	Davranışsal Boş Verme	4 Madde	4-16	5,24±2,43	0,810
	Madde Kullanımı	4 Madde	4-12	4,67±1,47	0,692
	Toplam	**20 Madde**	**31-71**	42,16±5,97	**0,704**
	COPE Genel Toplam	**60 Madde**	**83-221**	**155,86±21,95**	**0,940**

Tablo 4.5'de COPE başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinin toplam ve altboyut puan ortalamaları incelendiğinde; problem odaklı başa çıkma tutumları boyutunun toplam puan ortalamasının 59,97±11,15 olduğu, alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında yararlı destek kullanımı alt boyutunun 13,67±2,93, aktif başa çıkma alt boyutunun 13,20±2,80, geri durma alt boyutunun 10,21±2,14, diğer meşguliyetleri bastırma alt boyutunun 9,74±2,17, plan yapma alt boyutunun ise 13,16±2,79 puan ortalamasında olduğu belirlendi. Duygu odaklı başa çıkma tutumları boyutunun toplam puan ortalamasının 53,73±8,35 olduğu, alt boyut puan

ortalamalarına bakıldığında pozitif yeniden yorumlama ve gelişme alt boyutunun 13,26±2,84, duygusal destek kullanımı alt boyutunun 11,17±2,84, dini olarak başa çıkma alt boyutunun 14,33±1,99, şakaya vurma alt boyutunun 4,40±1,03, kabullenme alt boyutunun ise 10,57±2,02 puan ortalaması olduğu belirlendi. İşlevsel olmayan başa çıkma tutumları boyut toplam puan ortalamasının 42,16±5,97 olduğu, alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında, soruna odaklanma ve duyguları açığa çıkarma alt boyutunun 11,75±2,22, inkâr alt boyutunun 8,52±2,17, zihinsel boş verme alt boyutunun 11,98±2,02, davranışsal boş verme alt boyutunun 5,24±2,43, madde kullanımı alt boyutunun ise 4,67±1,47 puan ortalaması olduğu belirlendi. COPE başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinin genel toplam puan ortalamasının ise 155,86±21,95 olduğu bulundu.

Araştırmada COPE başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinin tüm boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayılarının 0,704-0,934 aralığında olduğu hesaplandı. Tablodaki bu değerlere göre COPE başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinin tüm boyutlarıyla güvenilir bulundu. Ayrıca COPE başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinin tamamına ait güvenirlik katsayısı ise 0,940 olarak hesaplandı. Buna göre COPE başa çıkma tutumları değerlendirme ölçeği güvenilir bir ölçek olarak bulundu.

Tablo 4.6. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Boyutlarının Analizi

EORTC QLQ-C30 Skala Boyutu	**COPE Boyutu**	**p**	**Analiz**
Fonksiyonel Skala	Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumları	***<0,001***	**r_s=0,561**
Fonksiyonel Skala	Duygu Odaklı Başa Çıkma Tutumları	***<0,001***	**r_s=0,426**
Fonksiyonel Skala	İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları	0,253	r_s=-0,095
Global Sağlık Durumu	Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumları	***<0,001***	**r_s=0,615**
Global Sağlık Durumu	Duygu Odaklı Başa Çıkma Tutumları	***<0,001***	**r_s=0,467**
Global Sağlık Durumu	İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları	0,218	r_s=0,102
Semptom Skalası	Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumları	***0,00***	**r_s=-0,493**
Semptom Skalası	Duygu Odaklı Başa Çıkma Tutumları	***<0,001***	**r_s=-0,493**
Semptom Skalası	İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları	0,754	r_s=0,026

Tablo 4.6'da EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği ile COPE başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinin boyutları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde;

yapılan spearman sıra farkları korelasyonu testi sonucunda meme kanserli hastaların fonksiyonel durumlarının iyiliği ile problem odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür *($r_s(146)= 0,561$, $p < 0,05$).* Bu ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların fonksiyonel durumlarının iyiliği ile problem odaklı başa çıkma tutumları ilişkili olup meme kanserli hastaların problem odaklı başa çıkma tutumları yükseldikçe fonksiyonel durumlarının iyiliği de anlamlı düzeyde arttığı görüldü.

Bu çalışmada, meme kanserli hastaların fonksiyonel durumlarının iyiliği ile duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür *($r_s(146)= 0,426$, $p < 0,05$).* Bu ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların fonksiyonel durumlarının iyiliği ile duygu odaklı başa çıkma tutumları ilişkili olup meme kanserli hastaların duygu odaklı başa çıkma tutumları yükseldikçe fonksiyonel durumlarının iyiliği de anlamlı bir düzeyde arttığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların fonksiyonel durumlarının iyiliği ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır *($r_s(146)=$* - 0,095 *, $p = 0,253$).* Buna göre; meme kanserli hastaların fonksiyonel durumlarının iyiliği ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir ilişkili bulunmadı.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların global sağlık durumlarının iyiliği ile problem odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür *($r_s(146)= 0,615$, $p < 0,05$).* Bu ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların global sağlık durumlarının iyiliği ile problem odaklı başa çıkma tutumları ilişkili olup meme kanserli hastaların problem odaklı başa çıkma tutumları yükseldikçe global sağlık durumlarının iyiliği de anlamlı bir düzeyde arttığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların global sağlık durumlarının iyiliği ile duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür *($r_s(146)= 0,467$, $p < 0,05$).* Bu ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların global sağlık durumlarının iyiliği ile duygu odaklı başa çıkma tutumları ilişkili olup meme kanserli hastaların duygu odaklı başa

çıkma tutumları yükseldikçe global sağlık durumlarının iyiliği de anlamlı bir düzeyde arttığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların global sağlık durumlarının iyiliği ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır $r_s(146)= 0,102 , p = 0,218)$. Buna göre; meme kanserli hastaların global sağlık durumlarının iyiliği ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir ilişkili bulunmadı.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların semptom şiddetleri ile problem odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü $(r_s(146) = -0,493 , p < 0,05)$. Bu ilişki negatif yönde ve orta güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların semptom şiddetleri ile problem odaklı başa çıkma tutumları ilişkili olup meme kanserli hastaların problem odaklı başa çıkma tutumları yükseldikçe semptom şiddetlerinin anlamlı bir düzeyde azaldığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların semptom şiddetleri ile duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü $(r_s(146)= -0,493, p < 0,05)$. Bu ilişki negatif yönde ve orta güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların semptom şiddetleri ile duygu odaklı başa çıkma tutumları ilişkili olup meme kanserli hastaların duygu odaklı başa çıkma tutumları yükseldikçe semptom şiddetlerinin anlamlı bir düzeyde azaldığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların semptom şiddetleri ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($r_s(146)=0,026 , p = 0,754$). Buna göre; meme kanserli hastaların semptom şiddetleri ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.7. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları ile Sosyodemografik ve Tanıya İlişkin Özelliklerin Analizi

Değişken-1	Değişken-2	p	Analiz
Fonksiyonel Skala	Yaş	***<0,001***	**r_s=-0,393**
Global Sağlık Durumu	Yaş	***<0,001***	**r_s= -0,288**
Semptom Skalası	Yaş	***<0,001***	**r_s=0,385**
Fonksiyonel Skala	Çocuk Sayısı	***<0,001***	**r_s=-0,293**
Global Sağlık Durumu	Çocuk Sayısı	0,128	r_s= -0,126
Semptom Skalası	Çocuk Sayısı	***0,002***	**r_s=0,256**
Fonksiyonel Skala	Eğitim Durumu	***<0,001***	**r_s=0,365**
Global Sağlık Durumu	Eğitim Durumu	***0,001***	**r_s= 0,282**
Semptom Skalası	Eğitim Durumu	***0,002***	**r_s=-0,326**
Fonksiyonel Skala	Gelir Durumu	***0,018***	***τ_b = 0,158***
Global Sağlık Durumu	Gelir Durumu	***0,012***	***τ_b = 0,177***
Semptom Skalası	Gelir Durumu	***0,036***	***τ_b = -0,141***
Fonksiyonel Skala	Tanıdan Bu Yana Geçen Süre	***0,003***	***τ_b = - 0,195***
Global Sağlık Durumu	Tanıdan Bu Yana Geçen Süre	***0,003***	***τ_b = - 0,189***
Semptom Skalası	Tanıdan Bu Yana Geçen Süre	***0,031***	***τ_b = 0,141***

Tablo 4.7'de EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği boyutları ile sosyodemografik ve tanıya ilişkin özellikler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi incelendiğinde; bu çalışmada meme kanserli hastaların yaşları ile fonksiyonel durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *($r_s(146)$= -0,393 , p < 0,05).* Bu ilişki negatif yönde ve orta güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların yaşları ile fonksiyonel durumlarının iyiliği ilişkili olup meme kanserli hastaların yaşları arttıkça fonksiyonel durumlarının iyiliği anlamlı bir düzeyde azaldığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların yaşları ile global sağlık durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *($r_s(146)$= -0,288 , p < 0,05).* Bu ilişki negatif yönde ve zayıf güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların yaşları ile global sağlık durumlarının iyiliği ilişkili (zayıf) olup meme kanserli hastaların yaşları arttıkça global durumlarının iyiliği de anlamlı bir düzeyde azaldığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların yaşları ile semptom şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *($r_s(146)$=0,385 , p < 0,05).* Bu

ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların yaşları ile septom şiddetleri ilişkili olup meme kanserli hastaların yaşları arttıkça semptom şiddetleri de anlamlı bir düzeyde arttığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların çocuk sayıları ile fonksiyonel durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *($r_s(146)= -0,293$, $p < 0,05$).* Bu ilişki negatif yönde ve zayıf güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların çocuk sayıları ile fonksiyonel durumlarının iyiliği ilişkili(zayıf) olup meme kanserli hastaların sahip oldukları çocuk sayıları arttıkça fonksiyonel durumlarının iyiliği anlamlı bir düzeyde azaldığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların çocuk sayıları ile global sağlık durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır *$r_s(146)$*= -0,126 *, $p = 0,128$).* Buna göre; meme kanserli hastaların çocuk sayıları ile global sağlık durumlarının iyiliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Bu çalışmada, meme kanserli hastaların çocuk sayıları ile semptom şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *($r_s(146)= 0,256$, $p < 0,05$).* Bu ilişki pozitif yönde ve zayıf güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların çocuk sayıları ile semptom şiddetleri ilişkili(zayıf) olup meme kanserli hastaların sahip oldukları çocuk sayıları arttıkça semptom şiddetlerinin de anlamlı bir düzeyde arttığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların eğitim durumları ile fonksiyonel durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *($r_s(146)=0,365$, $p < 0,05$).* Bu ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların eğitim durumları ile fonksiyonel durumlarının iyiliği ilişkili olup meme kanserli hastaların eğitim seviyeleri arttıkça fonksiyonel durumlarının iyiliği de anlamlı bir düzeyde arttığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların eğitim durumları ile global sağlık durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *($r_s(146)=0,282$, $p < 0,05$).* Bu ilişki pozitif yönde ve zayıf güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların eğitim durumları ile global sağlık durumlarının iyiliği

ilişkili(zayıf) olup meme kanserli hastaların eğitim seviyeleri arttıkça Global durumlarının iyiliği de anlamlı bir düzeyde arttığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların eğitim durumları ile semptom şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *($r_s(146)=-0,326$, $p < 0,05$).* Bu ilişki negatif yönde ve orta güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların eğitim durumları ile septom şiddetleri ilişkili olup meme kanserli hastaların eğitim seviyeleri arttıkça semptom şiddetleri de anlamlı bir düzeyde azaldığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların gelir durumları ile fonksiyonel durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *($\tau_b = 0,158$, $p < 0,05$).* Bu ilişki pozitif yönde ve zayıf güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların gelir durumları ile fonksiyonel durumlarının iyiliği ilişkili(zayıf) olup meme kanserli hastaların gelir seviyeleri arttıkça fonksiyonel durumlarının iyiliği de anlamlı bir düzeyde arttığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların gelir durumları ile global sağlık durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *($\tau_b = 0,177$, $p < 0,05$).* Bu ilişki pozitif yönde ve zayıf güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların gelir durumları ile global sağlık durumlarının iyiliği ilişkili(zayıf) olup meme kanserli hastaların gelir seviyeleri arttıkça global durumlarının iyiliği de anlamlı bir düzeyde arttığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların gelir durumları ile semptom şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *($\tau_b = -0,141$, $p < 0,05$).* Bu ilişki negatif yönde ve zayıf güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların gelir durumları ile septom şiddetleri ilişkili(zayıf) olup meme kanserli hastaların gelir seviyeleri arttıkça semptom şiddetleri de anlamlı bir düzeyde azaldığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların tanılarından bu yana geçen süre ile fonksiyonel durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *($\tau_b = - 0,195$, $p < 0,05$).* Bu ilişki negatif yönde ve zayıf güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların tanılarından bu yana geçen süre ile fonksiyonel durumlarının iyiliği ilişkili(zayıf) olup meme kanserli hastaların tanılarından bu yana

geçen süre arttıkça fonksiyonel durumlarının iyiliği anlamlı bir düzeyde azaldığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların tanılarından bu yana geçen süre ile global sağlık durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *(τ_b = - 0,189, $p < 0,05$).* Bu ilişki negatif yönde ve zayıf güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların tanılarından bu yana geçen süre ile global sağlık durumlarının iyiliği ilişkili(zayıf) olup meme kanserli hastaların tanılarından bu yana geçen süre arttıkça global durumlarının iyiliği de anlamlı bir düzeyde azaldığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların tanılarından bu yana geçen süre ile semptom şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *(τ_b = 0,141 , $p < 0,05$).* Bu ilişki pozitif yönde ve zayıf güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların tanılarından bu yana geçen süre ile septom şiddetleri ilişkili(zayıf) olup meme kanserli hastaların tanılarından bu yana geçen süre arttıkça semptom şiddetleri de anlamlı düzeyde azaldığı görüdlü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ile fonksiyonel durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *(τ_b = 0,405, $p < 0,05$).* Bu ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ile fonksiyonel durumlarının iyiliği ilişkili olup meme kanserli hastaların sağlık durumu algıları kötüden iyiye doğru gittikçe fonksiyonel durumlarının iyiliği de anlamlı bir düzeyde arttığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ile global sağlık durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *(τ_b = 0,548 , $p < 0,05$).* Bu ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ile global sağlık durumlarının iyiliği ilişkili olup meme kanserli hastaların sağlık durumu algıları kötüden iyiye doğru gittikçe global durumlarının iyiliğinin de anlamlı bir düzeyde arttığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ile semptom şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *(τ_b =*

- 0,405 , p < 0,05). Bu ilişki negatif yönde ve orta güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastalarınsağlık durumlarını nasıl algıladıkları ile septom şiddetleri ilişkili olup meme kanserli hastaların sağlık durumu algıları iyileştikçe, semptom şiddetlerinin anlamlı düzeyde azaldığı görüldü.

Tablo 4.8. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları ile Medeni Durum, Çalışma Durumu, Meme Kanserine İlişkin Tanı ve Tedavi Süreci Arasındaki Fark

Özellikler	n	Fonksiyonel Skala $\bar{X} \pm s$	Global Sağlık Durumu $\bar{X} \pm s$	Semptom Skalası $\bar{X} \pm s$
Medeni durum				
Evli	108	74,01±18,45	70,06±27,95	32,126±18,36
Bekâr	11	79,40±18,00	71,97±23,35	28,216±16,81
Dul / Boşanmış	27	59,75±25,81	59,26±29,90	45,116±23,57
KW (sd:2)		9,616	3,934	9,394
p		***0,008***	0,140	***0,009***
Çalışma durumu				
Çalışıyor	39	80,17±15,30	78,21±20,11	24,85±14,45
Çalışmıyor	93	68,84±21,67	64,70±29,75	37,36±20,90
Emekli	14	67,94±21,82	63,69±31,45	39,56±18,67
KW (sd:2)		12,814	5,496	16,361
p		***0,002***	0,064	***0,000***
Ailede meme kanseri öyküsünün varlığı				
Var	52	72,86±21,59	67,63±30,95	34,07±20,32
Yok	94	71,18±20,27	68,53±26,67	34,32±18,55
U		2199	2366,5	2267
p		0,316	0,746	0,467
Meme kanserine yönelik ameliyat olma durumu				
Evet	119	71,82±19,96	67,23±28,66	34,43±19,74
Hayır	27	71,60±24,06	72,53±25,92	33,33±20,95
U		1515,5	1452,5	1537
p		0,646	0,428	0,725
Tanı ve tedavi sürecinde yeterli destek alma durumu				
Evet	96			
Hayır	50			
U		1733,5	1802	1631
p		***0,006***	***0,012***	***0,001***

Tablo 4.8'de EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği boyutları ile medeni durum, çalışma durumu, meme kanserine ilişkin tanı ve tedavi süreci arasındaki fark

incelendiğinde; yapılan Kruskal-Wallis testi sonucunda; meme kanserli hastaların medeni durumlarına göre fonksiyonel durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir*(H(2)= 9,616, p < 0,05)*. Buna göre; "Dul/Boşanmış" durumdaki meme kanserli hastaların hem evli hem de bekâr olanlardan daha düşük Fonksiyonel durum iyiliğine sahip oldukları görülmüştür. Özetle meme kanserli hastaların medeni durumları fonksiyonel durumlarının iyiliğinde anlamlı bir fark olduğu bulundu.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların medeni durumlarına göre global sağlık durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı *(H(2)= 3,934, p = 0,140)*. Özetle meme kanserli hastaların medeni durumları global sağlık durumlarının iyiliğinde anlamlı bir fark görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların medeni durumlarına göre semptom şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı *(H(2)= 9,394 , p < 0,05)*. Buna göre; "Dul/Boşanmış" durumdaki meme kanserli hastaların hem evli hem de bekâr olanlardan daha yüksek semptom şiddetlerine sahip oldukları görüldü. Özetle meme kanserli hastaların medeni durumları semptom şiddetlerinde anlamlı bir fark olduğu görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların çalışma durumlarına göre fonksiyonel durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi *(H(2)=* 12,814*, p < 0,05)*. Buna göre; çalışmayan kanserli hastaların çalışanlardan daha düşük fonksiyonel durum iyiliğine sahip oldukları görüldü. Özetle meme kanserli hastaların çalışma durumları fonksiyonel durumlarının iyiliğinde anlamlı bir fark olduğu görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların çalışma durumlarına göre global sağlık durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmadı *(H(2)= 5,496 , p = 0,064)*. Özetle meme kanserli hastaların çalışma durumları global sağlık durumlarının iyiliğinde anlamlı bir fark görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların çalışma durumlarına göre semptom şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi *(H(2)= 16,361, p < 0,05)*. Buna göre; çalışan meme kanserli hastaların hem çalışmayan hem de emekli

olanlardan daha yüksek semptom şiddetlerine sahip oldukları görüldü. Özetle meme kanserli hastaların çalışma durumları semptom şiddetlerinde anlamlı bir fark olduğu görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların ailelerinde meme kanseri öyküsünün varlığına göre fonksiyonel durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır *(U=2199, p=0,316).* Buna göre; meme kanserli hastaların ailelerinde meme kanseri öyküsünün varlığı fonksiyonel durumlarının iyiliğinde anlamlı bir fark görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların ailelerinde meme kanseri öyküsünün varlığına göre global sağlık durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır *(U=2366,5, p=0,746).* Buna göre; meme kanserli hastaların ailelerinde meme kanseri öyküsünün varlığı global sağlık durumlarının iyiliğinde anlamlı bir fark görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların ailelerinde meme kanseri öyküsünün varlığına göre semptom şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır *(U=2267 , p=0,467).* Buna göre; meme kanserli hastaların ailelerinde meme kanseri öyküsünün varlığı semptom şiddetlerinde anlamlı bir fark görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların meme kanserine yönelik ameliyat olup olmamalarına göre fonksiyonel durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır *(U=1515,5 , p=0,646).* Buna göre; meme kanserli hastaların meme kanserine yönelik ameliyat olup olmamaları fonksiyonel durumlarının iyiliğinde anlamlı bir fark görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların meme kanserine yönelik ameliyat olup olmamalarına göre global sağlık durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır *(U=1452,5 , p=0,428).* Buna göre; meme kanserli hastaların meme kanserine yönelik ameliyat olup olmamaları global sağlık durumlarının iyiliğinde anlamlı bir fark görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların meme kanserine yönelik ameliyat olup olmamalarına göre semptom şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır *(U=1537 , p=0,725).* Buna göre; meme kanserli hastaların meme kanserine yönelik ameliyat olup olmamaları semptom şiddetlerinde anlamlı bir fark görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli destek alıp almamalarına göre fonksiyonel durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi *(U=1733,5 , p< 0,05).* Buna göre; tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli desteği alan meme kanserli hastaların fonksiyonel durumlarının yeterli destek almayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü. Özetle meme kanserli hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli destek alıp almadıkları fonksiyonel durumlarının iyiliğinde anlamlı bir fark olduğu görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli destek alıp almamalarına göre global sağlık durumlarının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi *(U=1802 , p< 0,05).* Buna göre; tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli desteği alan meme kanserli hastaların global sağlık durumlarının yeterli destek almayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü. Özetle meme kanserli hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli destek alıp almadıkları global sağlık durumlarının iyiliğinde anlamlı bir fark olduğu görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli destek alıp almamalarına göre semptom şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi *(U=1631 , p< 0,05).* Buna göre; tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli desteği alan meme kanserli hastaların semptom şiddetlerinin yeterli destek almayanlara göre anlamlı derecede daha düşük olduğu görüldü. Özetle meme kanserli hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli destek alıp almadıkları semptom şiddetlerinde anlamlı bir fark olduğu görüldü.

Tablo 4.9. COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Boyutları ile Sosyodemografik Özellikler ve Sağlık Durumunu Algılama Durumlarının Analizi

Değişken-1	Değişken-2	p	Analiz
Problem Odaklı BÇT	Yaş	***0,006***	**r_s=-0,227**
Duygu Odaklı BÇT	Yaş	0,123	r_s= -0,128
İşlevsel Olmayan BÇT	Yaş	*0,346*	r_s=-0,079
Problem Odaklı BÇT	Çocuk Sayısı	0,606	r_s= -0,043
Duygu Odaklı BÇT	Çocuk Sayısı	0,672	r_s= 0,035
İşlevsel Olmayan BÇT	Çocuk Sayısı	0,551	r_s=0,050
Problem Odaklı BÇT	Eğitim Durumu	***0,029***	**r_s=0,180**
Duygu Odaklı BÇT	Eğitim Durumu	0,673	r_s= 0,035
İşlevsel Olmayan BÇT	Eğitim Durumu	0,580	r_s=-0,046
Problem Odaklı BÇT	Gelir Durumu	0,087	τ_b = 0,114
Duygu Odaklı BÇT	Gelir Durumu	***0,038***	***τ_b = 0,139***
İşlevsel Olmayan BÇT	Gelir Durumu	0,433	τ_b = -0,053
Problem Odaklı BÇT	Tanıdan Bu Yana Geçen Süre	0,064	τ_b = - 0,119
Duygu Odaklı BÇT	Tanıdan Bu Yana Geçen Süre	0,233	τ_b = - 0,077
İşlevsel Olmayan BÇT	Tanıdan Bu Yana Geçen Süre	0,830	τ_b = -0,014

Tablo 4.9'de COPE başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği boyutları ile sosyodemografik özellikler ve sağlık durumunu algılama durumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi incelendiğinde; yapılan Spearman Sıra Farkları Korelasyonu testi sonucunda meme kanserli hastaların yaşları ile Problem Odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *($r_s(146)$ =-0,227, $p < 0,05$)*. Bu ilişki negatif yönde ve zayıf güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların yaşları ile problem odaklı başa çıkma tutumları ilişkili(zayıf) olup meme kanserli hastaların yaşları arttıkça problem odaklı başa çıkma tutumları anlamlı bir azalış gösterdiği saptandı.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların yaşları ile duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (*$r_s(146)$*= -0,128*, p = 0,123)*. Buna göre; meme kanserli hastaların yaşları ile duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında anlamlı ilişki görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların yaşları ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (*$r_s(146)$*= -

0,079 , *p = 0,346).* Buna göre; meme kanserli hastaların yaşları ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında anlamlı ilişki görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların çocuk sayıları ile problem odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır *($r_s(146)$= -0,043 , p = 0,606).* Buna göre; meme kanserli hastaların çocuk sayıları ile problem odaklı başa çıkma tutumları arasında anlamlı ilişki görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların çocuk sayıları ile duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır *($r_s(146)$= -0,035 , p = 0,672).* Buna göre; meme kanserli hastaların çocuk sayıları ile duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında anlamlı ilişki görülmedi.

Bu çalışmada, meme kanserli hastaların çocuk sayıları ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır *($r_s(146)$= -0,050 , p = 0,551).* Buna göre; meme kanserli hastaların çocuk sayıları ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında anlamlı ilişki görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların eğitim durumları ile problem odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *($r_s(146)$=0,180 , p < 0,05).* Bu ilişki pozitif yönde ve zayıf güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların eğitim durumları ile problem odaklı başa çıkma tutumları ilişkili(zayıf) olup meme kanserli hastaların eğitim seviyeleri arttıkça problem odaklı başa çıkma tutumları da anlamlı bir düzeyde arttığı görüldü.

Bu çalışmada, meme kanserli hastaların eğitim durumları ile duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır *($r_s(146)$= -0,035 , p = 0,673).* Buna göre; meme kanserli hastaların eğitim durumları ile duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında anlamlı ilişki görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların eğitim durumları ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır *($r_s(146)$= -0,046 , p = 0,580).* Buna göre; meme kanserli hastaların eğitim durumları ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında anlamlı ilişki görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların gelir durumları ile problem odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır *(τ_b = 0,114 , p = 0,087).* Buna göre; meme kanserli hastaların gelir durumları ile problem odaklı başa çıkma tutumları arasında anlamlı ilişki görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların gelir durumları ile duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *($r_s(146)$=0,139 , p < 0,05).*Bu ilişki pozitif yönde ve zayıf güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların gelir durumları ile duygu odaklı başa çıkma tutumları ilişkili(zayıf) olup meme kanserli hastaların gelir seviyeleri arttıkça duygu odaklı başa çıkma tutumları da anlamlı bir düzeyde arttığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların gelir durumları ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır *(τ_b = -0,053 , p = 0,433).* Buna göre; meme kanserli hastaların gelir durumları ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında anlamlı ilişki görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların tanılarından bu yana geçen süre ile problem odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır *(τ_b = -0,119 , p = 0,064).* Buna göre; meme kanserli tanılarından bu yana geçen süre ile problem odaklı başa çıkma tutumları arasında anlamlı ilişki görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların tanılarından bu yana geçen süre ile duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır *(τ_b = -0,077 , p = 0,233).* Buna göre; meme kanserli hastaların tanılarından bu yana geçen süre ile duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında anlamlı ilişki görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların tanılarından bu yana geçen süre ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır *(τ_b = -0,014 , p = 0,830).* Buna göre; meme kanserli hastaların tanılarından bu yana geçen süre ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında anlamlı ilişki görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ile problem odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *(τ_b = 0,391, $p < 0,05$)*. Bu ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ile problem odaklı başa çıkma tutumları ilişkili olup meme kanserli hastaların sağlık durumu algıları kötüden iyiye doğru gittikçe problem odaklı başa çıkma tutumları da anlamlı bir düzeyde arttığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ile duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü *(τ_b = 0,356 , $p < 0,05$)*. Bu ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Buna göre; meme kanserli hastaların sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ile duygu odaklı başa çıkma tutumları ilişkili olup meme kanserli hastaların sağlık durumu algıları kötüden iyiye doğru gittikçe duygu odaklı başa çıkma tutumları de anlamlı bir düzeyde arttığı görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır *(τ_b = 0,114 , p = 0,090)*. Buna göre; meme kanserli hastaların sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında anlamlı ilişki görülmedi.

Tablo 4.10. COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ile Meme Kanserine İlişkin Tanı ve Tedavi Süreci Arasındaki Fark

Özellikler	n	Problem Odaklı BÇT $\bar{X} \pm s$	Duygu Odaklı BÇT $\bar{X} \pm s$	İşlevsel Olmayan BÇT $\bar{X} \pm s$
Medeni durum				
Evli	101	60,78±10,79	54,49±8,21	42,22±6,13
Bekâr	11	60,64±12,07	51,73±7,16	42,00±4,17
Dul / Boşanmış	27	56,48±11,94	51,48±9,04	41,96±6,05
KW (sd:2)		3,238	4,670	0,092
p		*0,198*	0,097	*0,955*
Çalışma durumu				
Çalışıyor	39	80,17±15,30	78,21±20,11	24,85±14,45
Çalışmıyor	93	68,84±21,67	64,70±29,75	37,36±20,90
Emekli	14	67,94±21,82	63,69±31,45	39,56±18,67
KW (sd:2)		9,688	0,930	1,057
p		***0,008***	0,628	0,590
Ailede meme kanseri öyküsünün varlığı				
Var	52	59,54±13,05	53,35±8,26	42,71±7,12
Yok	94	60,21±10,02	53,94±8,43	41,85±5,22
U		2310,5	2269,5	2314,5
p		0,585	0,475	0,596
Meme kanserine yönelik ameliyat olma durumu				
Evet	119	59,50±11,42	53,49±8,45	42,32±6,05
Hayır	27	62,07±9,83	54,78±7,96	41,44±5,59
U		1417,000	1502,000	1413,500
p		0,339	0,598	0,330
Tanı ve tedavi sürecinde yeterli destek alma durumu				
Evet	96	61,96±9,44	55,01±6,73	42,33±5,04
Hayır	50	56,16±13,14	51,26±10,44	41,82±7,46
U		1733,5	1881	2061
p		***0,006***	***0,032***	0,161

Tablo 4.10'de COPE başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği ile meme kanserine ilişkin tanı ve tedavi süreci arasındaki fark incelendiğinde; yapılan Kruskal-Wallis testi sonucunda; meme kanserli hastaların medeni durumlarına göre problem odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır*(H(2)= 3,238 , p = 0,198)*. Özetle meme kanserli hastaların medeni durumları ile problem odaklı başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir fark görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların medeni durumlarına göre duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır*(H(2)=* 4,670*, p = 0,097)*. Özetle meme kanserli hastaların medeni durumları ile duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir fark görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların medeni durumlarına göre işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır*(H(2)=* 0,092*, p = 0,955)*. Özetle meme kanserli hastaların medeni durumları ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir fark görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların çalışma durumlarına göre problem odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü *(H(2)=* 9,688*, p < 0,05)*. Buna göre; çalışmayan kanserli hastaların çalışanlardan daha düşük problem odaklı başa çıkma tutumlarına sahip oldukları görüldü. Özetle meme kanserli hastaların çalışma durumları problem odaklı başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir fark olduğu görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların çalışma durumlarına göre duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır*(H(2)=* 0,930*, p = 0,628)*. Özetle meme kanserli hastaların çalışma durumları ile duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir fark görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların çalışma durumlarına göre işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır*(H(2)= 1,057, p = 0,590)*. Özetle meme kanserli hastaların çalışma durumları ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir fark görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların ailelerinde meme kanseri öyküsünün varlığına göre problem odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır*(U=2310,5 , p = 0,585)*. Özetle meme kanserli hastaların ailelerinde meme kanseri öyküsünün varlığı ile problem odaklı başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir fark görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların ailelerinde meme kanseri öyküsünün varlığına göre duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır*(U=2269,5 , p = 0,475).* Özetle meme kanserli hastaların ailelerinde meme kanseri öyküsünün varlığı ile duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir fark görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların ailelerinde meme kanseri öyküsünün varlığına göre işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır*(U=2314,5 , p = 0,596).* Özetle meme kanserli hastaların ailelerinde meme kanseri öyküsünün varlığı ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir fark görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların meme kanserine yönelik ameliyat olup olmamalarına göre problem odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır *(U=1417 , p = 0,339).* Özetle meme kanserli hastaların meme kanserine yönelik ameliyat olup olmamaları ile problem odaklı başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir fark görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların meme kanserine yönelik ameliyat olup olmamalarına göre duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır *(U=1502 , p = 0,598).* Özetle meme kanserli hastaların meme kanserine yönelik ameliyat olup olmamaları ile duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir fark görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların meme kanserine yönelik ameliyat olup olmamalarına göre işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır *(U=1413,5 , p = 0,330).* Özetle meme kanserli hastaların meme kanserine yönelik ameliyat olup olmamaları ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir fark görülmedi.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli destek alıp almamalarına göre problem odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi *(U=1733,5 , p< 0,05).* Buna göre; tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli desteği alan meme kanserli hastaların problem odaklı başa çıkma tutumlarının yeterli destek almayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu

görüldü. Özetle meme kanserli hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli destek alıp almadıkları problem odaklı başa çıkma tutumlarında anlamlı bir fark olduğu görüldü.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli destek alıp almamalarına göre duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi *(U=1881 , p< 0,05)*. Buna göre; tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli desteği alan meme kanserli hastaların duygu odaklı başa çıkma tutumlarının yeterli destek almayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü. Özetle meme kanserli hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli destek alıp almadıkları duygu odaklı başa çıkma tutumlarında anlamlı bir fark olduğu saptandı.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli destek alıp almamalarına göre işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır *(U=2061 , p = 0,161)*. Özetle meme kanserli hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli destek alıp almamaları ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir fark görülmedi.

5. TARTIŞMA

Meme kanseri günümüzde; en fazla kadınlarda görülen, sık tanı konulan kanser türleri arasında yer almaktadır. 2020 yılı verilerine göre vakaların 2,3 milyonunu yani %11,7'sini kadın meme kanserlerinin oluşturduğu ve böylelikle akciğer kanserini geride bıraktığı bildirilmektedir. (Globacan, 2020). Bir fakülte hastanesinde meme kanserli hastalarda hastalıkla başa çıkma tutumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Literatürde bu bilgiler doğrultusunda yapılan incelemede başa çıkma tutumları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Korkmaz, 2020; Kılıç Yangın, 2021).

Meme kanserinin gelişiminde, yaş arttıkça kanser oluşum riskinin de arttığı bilinmektedir. ACS verilerinde meme kanserinin en çok, orta yaşlı ve yaşlı kadınlarda görüldüğü tespit edilmiştir (ACS, 2020). Bu çalışmada da meme kanseri tanısı konan ve çalışmaya dahil olan hastaların ortalama yaşı 55,5 olarak bulundu. Literatür bilgisini doğrulayan ve meme kanserinin yaşla doğru orantılı olarak arttığını belirleyen bu çalışma, daha önce yapılan benzer çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir (Rızalar ve Altay, 2010; Atalay vd., 2011; Panjari vd., 2011; Öztürk, 2013; Sakallı vd., 2013; Kutlu vd., 2013). Bu durum meme kanseri risk faktörlerinin yaşla birlikte arttığını düşündürmektedir.

Günümüzde kanserli hastaların yaşam kalitesinin incelendiği çalışmalara oldukça sık rastlanmaktadır. Sağlık alanında gelişen teknolojinin bu araştırmaların yapılmasına olanak sağladığı görülmüştür. Literatürde de bu araştırmaları destekleyen çalışmaların değerlendirildiği görülmektedir (Ateş, 2011; Açıl, 2013; Kaya, 2016; Gürçayır, 2018; Kılıç Yangın, 2021).

Kanser hastalarının stres verici durumlar veya tedavi süreçleri boyunca yaşadıkları olumsuz etkenleri en aza indirmek veya tümüyle ortadan kaldırmak için bazı başa çıkma tutumlarını kullanmaları gerekmektedir (Tuncay vd., 2008).

Bu çalışmada meme kanserli hastaların başa çıkma tutumlarını incelemek amacıyla kullanılan COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin genel

ortalamasının 155,86±21,95 olduğu tespit edildi. Çalışmada kullanılan ölçeğin boyutlarına bakıldığında ise Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumlarının genel ortalaması 59,97±11,15; Duygu Odaklı Başa Çıkma Tutumlarının genel ortalaması 53,73±8,35; İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumlarının genel ortalaması ise 42,16±5,97 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda, meme kanserli hastaların hastalıkla başa çıkma tutumlarında problem odaklı başa çıkma tutumlarının yüksek düzeyde olduğu belirlendi. Literatür incelendiğinde; Karabulutlu ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, hastaların emosyonel odaklı baş etme yöntemlerini kullanmaya daha eğilimli olduklarını saptamışlardır. Kayri ve Boysan'ın (2007) yaptığı çalışmada ise probleme odaklanmayı tercih eden katılımcıların, işlevsel olmayan baş etme yöntemlerini daha az kullandıkları saptanmıştır. Literatürde görülen farklı başa çıkma yöntemlerinin kullanılmasının nedeni hastalık tanısı kaynaklı olabilir.

Araştırmada kullanılan COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde meme kanserli hastaların dini yönden Allah'a tevekkül etme baş etme yöntemini yüksek düzeyde kullandığı görüldü. Literatür incelendiğinde bu çalışmayı destekleyen araştırmalara rastlanmıştır. Atabay Erdoğan (2021) ortalama puanların dini başa çıkma tutumunda kısmen daha fazla olduğu, Mesquita ve arkadaşları (2013) yaptıkları bir çalışmada; manevi destek almak isteyen kanser hastalarının dini başa çıkmayı anlamlı bir şekilde kullandıklarını saptamıştır. Lotfi ve Karataş (2020), Çiftçi (2007)'nin yaptığı çalışmalarda da kanserle mücadele eden hastaların en çok dini olarak başa çıkma yöntemini kullandıkları sonucunu tespit etmişlerdir. Bu durum hastaların hastalıkla mücadele döneminde iyileşmeye yönelik inançlarının azaldığı noktada dini başa çıkma mekanizmalarını kullanmanın kanserle mücadelede etkili bir tutum olabileceğinin göstergesi olabilir. Ayrıca bu baş etme yönteminin sıklıkla kullanılmasının nedeni bu yöntemin; kolay ulaşılabilir ve maliyetsiz olması olabilir.

Bu araştırmada kullanılan COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde meme kanserli hastaların başa çıkma yöntemlerinden; mizah, şakaya vurma ve alkol/madde kullanımını daha düşük düzeyde tercih ettikleri görüldü. Literatüre bakıldığında; Atabay Erdoğan'ın (2021) yaptığı çalışmada şakaya vurma, davranışsal boş verme, madde kullanımı ve inkar tutumlarının en düşük

olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda stres etkeni yaşayan bireylerde hastalığın gerçekliğinin kabul edilmesi ve olumsuz duyguların azaltılmasında mizah tercih edilmeyen bir baş etme yöntemi olabilir.

Kanserli hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi; bireylerin bütüncül olarak ele alınıp tam bir iyilik halini ölçmek, özellikle hastalık sürecinde durum tespiti yaparak, tedavi etkinliğini değerlendirmek amacıyla önem arz etmektedir. Bu durum hastaların bundan sonraki süreçte ihtiyaçlarına yönelik bakım imkanları sağlayabilir (Gürçayır, 2016).

Bu çalışmada meme kanserli hastaların yaşam kalitesini incelemek amacıyla kullanılan EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutlarına bakıldığında ise Fonksiyonel Durum, Global Sağlık Durumu ve Semptom Şiddetlerinin alt boyut puan ortalamalarının güvenilir düzeyde olduğu belirlendi.

Fonksiyonel durum puan ortalamasının anlamlı görüldüğü bu çalışmada alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasının kognitif fonksiyon olduğu görüldü. Literatüre bakıldığında; Kaya'nın (2020) kanserli kadınlarda yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada çalışmamızdan farklı bulguya rastlanmıştır. Kutlutürkan ve arkadaşlarının (2019) 65 yaş ve üzeri kanserli hastaların semptomlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirildiği çalışmada, Randa ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmalarda da fonksiyonel durumun alt boyutlarında yaşam kalitesinin yüksek olduğu saptanmıştır. Bu farklılıklar çalışmaya katılan hastaların genel özelliklerinden (medeni durum, sağlığı olumlu yönde algılama durumu) kaynaklı olabilir.

Hastaların fonksiyonel durum alt boyutlarına bakıldığında en düşük puan ortalamasının emosyonel fonksiyon iken, en yüksek puan ortalamasının kognitif fonksiyon alt başlığına ait olduğu belirlendi. Literatüre bakıldığında çalışmamızdan farklı olarak; Kaya'nın (2016) meme kanserli kadınlarda yaşam kalitesini incelediği çalışmada ise en düşük fonksiyonel skala puanının kognitif fonksiyon olduğu saptanmıştır. Ayrıca Wallwiener ve arkadaşlarının (2017) meme kanserli hastalarda yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada da, hastaların en yüksek puanı fiziksel fonksiyonda, en düşük puanı sosyal fonksiyonda, Li ve arkadaşlarının (2017) incelemiş oldukları çalışmada hastaların en yüksek puanı sosyal fonksiyonda, en düşük puanı ise bilişsel fonksiyonda almış oldukları saptanmıştır. Literatürde yer

alan bu farklılıkların kanser hastalarında hastanın yaşı, tanı aşaması, tedavi süreci ve yaşanan komplikasyonlar gibi farklı faktörlerin; hastanın emosyonel, fiziksel, sosyal ve rol fonksiyonlarında belirleyici olmasından kaynaklı olabilir.

Bu çalışmada meme kanserli hastaların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde, Global Sağlık Durumu puan ortalaması 68,21±28,16 olarak saptandı. Literatüre bakıldığında; Bozec ve arkadaşları (2019) tarafından kanser cerrahisi geçiren hastaların yaşam kaliteleri değerlendirdiği çalışmada global sağlık durum ortalamasının 32,86 olarak, Gültekin ve arkadaşlarının (2008) akciğer kanseri olan hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada hastaların tüm alt ölçeklerde ortalamalarının 50 puan altında olduğu, Kutlutürkan ve arkadaşlarının (2019) 65 yaş ve üzeri kanserli hastaların semptomlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirildiği çalışmada genel sağlık skoru ortalama puanları 41,50±21,14 olarak saptanmıştır. Yapılan değerlendirmede global sağlık durumu ortalamalarındaki farklılığın örneklem seçimindeki değişkenlerden kaynaklı olabilir.

Meme kanserli hastaların semptom şiddeti değerlendirildiğinde; en yoğun görülen semptomların sırasıyla, yorgunluk, bulantı-kusma ve ağrı olduğu belirlendi. Semptom alt boyutlarındaki yüksek puanlar, hastaların semptomları şiddetli yaşadığını belirlemiştir. Literatüre bakıldığında; Wallwiener ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında en çok görülen semptomun yorgunluk, en az görülen semptomun ise bulantı ve kusmada olduğu, Li ve ark. (2017) çalışmasında ise en sık görülen semptomun maddi zorluk, en nadir görülen semptomun bulantı ve kusma olduğu, Kutlutürkan ve ark. (2019) çalışmasında kanser hastalarında sık görülen semptomların halsizlik, uykusuzluk ve iştah kaybı olduğu saptanmıştır. Literatürde yer alan çalışmalarda kanser tanılarında farklılıklar görülse de hastaların semptom şiddetlerinde benzer şikayetler görülebilir.

Yapılan bu çalışmada meme kanserli hastaların Yaşam Kalitesi ile Başa Çıkma Tutumları arasındaki ilişkiler incelediğinde; hastaların problem odaklı başa çıkma tutumları arttıkça fiziksel, emosyonel, sosyal ve bilişsel durumlarındaki iyilik halinde artma olduğu görüldü. Ayrıca hastaların duygu odaklı başa çıkma tutumları yükseldikçe fonksiyonel durumlarının iyiliğinde de anlamlı bir düzeyde arttığı görüldü. Matos ve arkadaşlarının (2017) palyatif bakım alan kanser hastalarında

yaptığı çalışmada dini başa çıkmayı çok kullanan hastaların, yaşam kalitesi düzeyleri yüksek saptanmıştır. Hastaların çoğu pozitif yönde dini açıdan olumlama yaptığında emosyonel yönden kendilerini iyi hissettikleri söylenebilir. Bunların dışında hastaların fonksiyonel durumları ile işlevsel olamayan tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Bu çalışmada meme kanserli hastaların problem odaklı başa çıkma tutumları yükseldikçe global sağlık durumlarının iyiliğinde anlamlı bir düzeyde arttığı belirlendi. Konkan ve arkadaşlarının (2014) intihar girişiminde bulunmuş hastaların baş etme tutumlarının incelendiği bir çalışmada, kadınların erkeklere kıyasla soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma stratejilerini daha çok kullanarak kendilerini daha iyi hissettikleri saptanmıştır. Bu durum tutarlılık açısından her iki gurubun yer aldığı bir çalışma ile araştırılabilir. Bunın yanısıra; hastaların tedavileri süresince planlı olabilmeleri, aktif başa çıkma yöntemlerini kullanmaları, olayları pozitif yönde yorumlayabilmeleri ve geliştirebilmeleri, destek sistemlerini olumlu yönde kullanabilmeleri genel iyilik hallerini de olumlu yönde etkisi olabilir.

Bu çalışmada meme kanserli hastalar yaşadıkları sorunlar karşısında probleme odaklanarak baş etme mekanizmalarını kullandıklarında hastalığına yönelik semptomları daha az düzeyde yaşadıkları belirlendi. Bireyler semptom yönetiminde destek sistemlerini yararlı kullanabilir ve aktif başa çıkma yöntemleri ile semptom şiddetlerini daha az yaşayabilirler.

Yaşam kalitesinin incelendiği meme kanserli hastaların yaşları arttıkça fonksiyonel durumlarının ve global sağlık durumlarının iyiliğinin azaldığı belirlendi. Yıldız ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada da yaş ile birlikte genel iyilik halinde azlama olduğu saptanmıştır. Ancak literatüre bakıldığında farklı görüşlerin yer aldığı; Heydarnejad ve arkadaşlarının (2011), Kılıçkap ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmalarda yaş ile yaşam kalitesi arasında anlam ilişkisi saptanmamıştır. Yaşlanmayla birlikte meydana gelen fiziksel kısıtlılıkların yaşanması, bireylerin kendilerini başkalarına bağımlı hissetmeleri yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilir.

Bu çalışmada meme kanserli hastaların çocuk sayıları arttıkça fonksiyonel sağlık durumlarındaki iyiliğin azaldığı belirlendi. Bu durumda ile birlikte çocuk sayısının

fazlalığı ile bireylerin fiziksel fonksiyonlarında, rol fonksiyonlarında ve emosyonel fonksiyonlarında düşüş olduğu belirlendi. Ayrıca çocuk sayısı fazla kadınların semptomlarını daha ağır yaşadığı belirlendi. Göl ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada da çocuk sahibi olma durumu ile fiziksel ve zihinsel sağlık puan ortalamaları arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde bu çalışma ile benzerlik gösteren Masson ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada, çocuk sahibi olmanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. Çocuklu ailelerin günlük yaşantılarında çocuklarına karşı olan sorumluklarını yerine getirmede fiziksel olarak daha fazla efor sarf etmeleri yaşam kalitelerinde olumsuz etkilere yol açabilir.

Bu çalışmada meme kanserli hastaların eğitim seviyeleri arttıkça fonksiyonel durumlarının iyiliği, global sağlık durumlarının iyiliğinde de anlamlı düzeyde arttığı görüldü. Ayrıca eğitim düzeyi arttıkça kişilerin semptom şiddetindeki yönetiminin daha iyi olduğu belirlendi. Gülcivan ve Topçu'nun (2017) meme kanserli hastaların yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirdiği çalışmada, Aslan ve arkadaşlarının (2006) kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin incelendiği çalışmada ve Ostby ve Armer' ın (2015) yaptığı çalışmada; eğitim durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu, eğitim durumu yüksek olguların daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Bu durumun bireylerin bilişsel düzeylerinin artmasına, karşılaşacakları ruhsal durumlarla daha iyi baş edebilmelerine ve dolayısıyla semptom yönetimini daha iyi sağlayabilmelerine olumlu yönde etkisi olabilir.

Bu çalışmada medeni durum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında; evli bireylerin dul/boşanmış bireylere göre fonksiyonel durumlarının daha iyi olduğu, semptom şiddetlerini de daha hafif atlattığı belirlendi. Literatüre bakıldığında; Ertem ve arkadaşlarının (2009) radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kalitelerini incelediği çalışmada, evli olan bireylerin daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğunu saptamıştır. Kılıçkap ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada evli olmanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir. Savcı'nın (2006) kanserli hastalarda yaptığı çalışmada, bu çalışmadan farklı olarak medeni durumun yaşam kalitesi üzerinde etkisi olmadığını tespit etmiştir. Bu bağlamda; evli olmanın yaşamı biriyle paylaşmanın, bireylerdeki yalnızlık hissini ortadan kaldırdığı, ayrıca

günlük yaşantımızda gerçekleştirmek zorunda olduğumuz sorumlulukların paylaşımında eşin önemli bir rolü olduğundan bireylerin yaşam kalitelerini olumlu yönde etkileyebilir.

Yapılan bu çalışmada meme kanserli hastaların yaşam kalitesi ölçeği ile olguların çalışma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde; Açıl'ın (2013) yaptığı çalışmaya paralel olarak çalışanların fonksiyonel durumlarının iyiliğinin daha yüksek olduğu belirlendi. Ancak global sağlık durumlarının iyiliğinde çalışma durumunun etkisinin, Gürel'in (2007) erişkin kanserli hastalardaki çalışmasında tespit ettiği gibi yaşam kalitesine etkisi bulunmamıştır. Bunun yanı sıra bu çalışmada, çalışan hastaların semptom şiddetlerini çalışmayan hastalara göre daha yoğun yaşadığı belirlenmiştir. Bu durumda bireyler; çalışırken kendilerini hem zihinsel hem de bedensel olarak iyi hissediyor aynı zamanda da efor sarfetmenin verdiği yorgunluk sonucu hastalıkla ilgili semptomları daha ağır yaşıyor olabilir.

Bu çalışmada hastaların gelir seviyeleri arttıkça fonksiyonel ve global sağlık durumlarının iyiliğinde anlamlı bir artış bulundu. Gelin ve arkadaşlarının (2015) yaptığı araştırmada da hastaların ekonomik durumu yükseldikçe yaşam kalitesi puanlarının da yükseldiği saptanmıştır. Ancak Haydarnejad ve arkadaşlarının (2011) kanserli hastaların yaşam kalitesi değerlendirilmesinde gelir düzeyiyle ilişki tespit edilmemiştir. Hastalıkla mücadele döneminde bireylerin sağlık hizmetlerine kolay ulaşmasında ve sosyal-psikolojik destek alabilmesinde maddi durumun önemli etkisi olabilir.

Bu çalışmada meme kanserli hastalarının tanılarından bu yana geçen süre ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında; süre arttıkça fonksiyonel ve global sağlık durumlarında anlamlı bir azalış belirlendi. Altıparmak ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada hastalık süresi üç aydan daha az olanların emosyonel fonksiyon alanının diğerlerine göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Kılıçkap (2009) ve Akın ve ark. (2008) yaptıkları çalışmalarda kanser tanısını yeni almış (1 yıldan az) hastaların daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Cui ve arkadaşları (2004) yaptığı çalışmada yeni tanı almış hastaların yaşam kalitesi, diğerlerinden daha düşük saptanmıştır. Bu çalışma literatür ile karşılaştırıldığında farklı bulgular elde edilmiştir. Bu durum, meme kanserli hastalarda tanılama süresi ne kadar geç olursa

buna bağlı olarak tedavi sürecinde de artış gözleneceğinden bireylerin tam iyilik hallerinde, emosyonel ve bilişsel zorluk yaşanmasına neden olabilir.

Yapılan bu çalışmada meme kanserli hastaların ailelerinde meme kanseri öyküsünün varlığının, ameliyat olup olmamalarının; fonksiyonel, global durumlarının ve semptom şiddetlerinin iyiliğinin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir ilişki görülmedi. Bu durumun bireylerin vücut bütünlüğündeki değişikliklerin emosyonel ve genel iyilik haline etkisinin olmadığının bir göstergesi olabilir.

Ayrıca çalışmada meme kanserli hastaların sağlık durumu algıları kötüden iyiye doğru gittikçe fonksiyonel durumlarının iyiliği ve global durumlarının iyiliğinde anlamlı bir artış bulundu. Bunun yanı sıra bireyler kendilerini ne kadar çok iyi hissederlerse semptom şiddetlerini algılama düzeylerin de anlamlı bir şekilde azalma belirlenmiştir. Bu durum bireylerin sağlık algılarının yaşam kalitesine olumlu etkisinin olduğunu gösterebilir.

Tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli destek alan meme kanserli hastaların almayanlara göre yaşam kaliteleri değerlendirildiği bu çalışmada; fonksiyonel durumlarının ve global sağlık durumlarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Bunun yanında meme kanserli hastaların destek sistemlerinin olması semptom şiddetlerini de daha düşük düzeyde yaşamasına neden olmuştur. Kılıçkap ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada ise aile desteğinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Bu bağlamda; meme kanserli hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli destek almaları kendilerini fiziksel, ruhsal ve bilişsel açıdan daha iyi hissetmelerine neden olabilir.

İlerleyen yaş ile birlikte bireyler birçok zorluklarla başa çıkmada ve yaşamda anlam farkındalığını algılamada sorunlar yaşamaktadır (Krause, 2007). Meme kanserli hastaların yaşları arttıkça aktif başa çıkma düzeylerinde azalma belirlenmiştir. Bunun yanında problem odaklı başa çıkma tutumlarında anlamlı bir azalış bulunmuştur. Bunın yanı sıra meme kanserli hastaların yaşları ile duygu odaklı başa çıkma tutumlarında ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu doğrultuda yaşlı bireylerin hastalıkla mücadele döneminde daha fazla destek sistemine ihtiyacı olabilir.

Yapılan bu çalışmada başa çıkma tutumlarının incelendiği meme kanserli hastaların eğitim seviyeleri arttıkça problem odaklı başa çıkma tutumlarında anlamlı bir artış saptandı. Bunun yanı sıra meme kanserli hastaların eğitim durumları ile duygu odaklı başa çıkma tutumları ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir ilişki görülmedi. Lotfi ve Karataş'ın (2020) meme kanserli yoksul kadınların baş etme süreçlerini inceledikleri çalışmada eğitim düzeyi düşük kişilerin kabullenme başa çıkma tutumunu eğitim düzeyi yüksek kadınlara göre daha çok kullandığını saptanmıştır. Böylece eğitim seviyesi arttıkça bireylerin içinde bulundukları duruma karşı farkındalıkları artar ve karşılaştığı stres verici durumla daha planlı bir şekilde baş edebilir. Problem odaklı başa çıkmada bireyler, kendilerini güçlü hissetmeye çabalar ve problemin kendi gücüyle çözülebilecek yönlerini bulmaya çalışırlar.

Başa çıkma tutumlarına ilişkin yapılan incelemede meme kanserli hastaların gelir seviyeleri arttıkça duygu odaklı başa çıkma tutumlarında anlamlı bir artış belirlendi. Ayrıca meme kanserli hastaların gelir durumları ile problem odaklı başa çıkma tutumları ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Literatüre bakıldığında Lotfi ve Karataş'ın (2020) meme kanserli yoksul kadınların baş etme süreçlerini inceledikleri çalışmada, aylık geliri düşük ve mesleği olmayan hastalarda başa çıkma tutumu olarak dini öğelerin daha çok kullanıldığı saptanmıştır. Bu bağlamda sters verici hastalık ile mücadele eden bireylerin maddi sorun yaşamaması önemli bir faktör olabilir.

Meme kanserli hastaların başa çıkma tutumları incelendiğinde; sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ile problem odaklı başa çıkma tutumları ve duygu odaklı başa çıkma tutumları ilişkili olup meme kanserli hastaların sağlık durumu algıları kötüden iyiye doğru gittikçe problem odaklı başa çıkma tutumları da anlamlı bir artış görüldü. Hopman ve Rijken'in (2015) yaptıkları araştırmada, hastalık süresi uzun, klinik olarak kötü seyreden hastaların pasif başa çıkma stratejilerini daha çok kullandıkları saptanmıştır. Tanı ve tedavi dönemindeki hastalar iyileşme süreçlerinin ilerleyişini gözlemledikçe kendisine pozitif yeniden yorumlama sağlayarak soruna odaklanabilir. Bunun yanı sıra meme kanserli hastaların sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları ilişkili bulunmamıştır. Bu durum; çalışmaya dahil olan kanser hastalarının inkar aşamasında olmayıp, kabullenme evrelerini tamamladıklarının göstergesi olabilir.

Meme kanserli hastaların başa çıkma tutumlarında çalışma durumları incelediğinde; çalışmayanların çalışanlardan daha düşük problem odaklı başa çıkma tutumlarına sahip oldukları belirlendi. Bu durum aktif çalışan bireylerin iş ortamı ile beraber yararlı destek sistemlerinin varlığından kaynaklı olabilir. Bunun yanı sıra hastaların çalışma durumları duygu odaklı başa çıkma tutumlarında ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarında etkili bir faktör olarak bulunmamıştır.

Bu çalışmada; meme kanserli hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli destek alıp almadıkları problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Akdeniz'in (2012) çalışmasında eşlerinden yeterli destek aldıklarını algılayan hastaların, hastalık dönemindeki sorunlar ile daha etkin bir şekilde baş ettiklerini tespit etmiştir. Ancak meme kanserli hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde yeterli destek alıp almamaları işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarında etkili bir faktör olarak bulunmamıştır. Bu durum hatsalıkla mücadelede destek mekanizmalarının önmeli olduğunu gösterebilir.

Yapılan bu çalışmada ailede meme kanseri öyküsü varlığı ile problem odaklı başa çıkma tutumları, duygu odaklı başa çıkma tutumları ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Literatüre bakıldığında ise; Korkmaz'ın (2020) kanser hastalarının stresle başetmeyi incelediği araştırmada kanserin aile öyküsünde var olmasının başetme tutumlarından; duygusal ve sosyal destek kullanımı ile plan yapma puanının arttığı saptanmıştır. Aydemir ve arkadaşlarının (2002) kronik böbrek yetmezliği hastalarının yakınlarında yaptığı çalışmada, gruplar arasındaki veriler anlamlı olmakla birlikte baş etme ile ilgili bulgu saptanmamıştır. Bu durum aile öyküsünün bireylerde stresle baş etmede etkisinin olmadığını gösterir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde tez çalışması kapsamında elde edilen bulgulara dayalı olarak ulaşılan sonuçlar, araştırma amaçlarına göre sunulmuş, ardından ulaşılan bu sonuçlar doğrultusunda hem uygulamaya, hem de ileride benzer konularda yapılacak araştırmalara yönelik önerilere yer verilmiştir.

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar araştırma soruları doğrultusunda sırasıyla aşağıda sunulmuştur.

- ✓ Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği için problem odaklı başa çıkma tutumları ortalaması yüksektir. İşlevsel olmayan başa çıkma tutumları ortalaması çoğu madde için daha düşüktür. Katılımcılar ölçeğin alt boyutu olan problem odaklı başa çıkma tutumlarından en yüksek yararlı destek kullanımını en düşük ise geri durma tutumu belirlendi.

- ✓ Meme kanserli hastaların yaşları arttıkça problem odaklı başa çıkma tutumlarında anlamlı bir azalış olduğu belirlendi.

- ✓ Yapılan araştırma sonuçları doğrultusunda çalışmayan katılımcıların çalışan katılımcılara göre daha düşük problem odaklı başa çıkma tutumlarına sahip oldukları belirlendi.

- ✓ Çalışmada elde edilen bilgiler doğrultusunda EORTC Yaşam Kalitesi Ölçeğinde Global Sağlık Durumu puan ortalamasının en yüksek olduğu görüldü. Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında en yüksek puanın kognitif fonksiyon olduğu, en düşük puanın emosyonel fonksiyon olduğu belirlendi.

- ✓ Semptom skalasında ise en yoğun görülen alt boyutların; yorgunluk, bulantı-kusma ve ağrı olduğu belirlendi.

- ✓ Yapılan araştırma sonuçları doğrultusunda meme kanserli hastaların çocuk sayıları arttıkça fonksiyonel sağlık durumlarındaki iyiliğin azaldığı belirlendi.

- ✓ Katılımcılar arasında evli bireylerin dul/boşanmış bireylere göre fonksiyonel durumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışan hastaların semptom şiddetlerini çalışmayan hastalara göre daha yoğun yaşadığı belirlendi.

- ✓ Tedavilerine ilişkin süreçlerde; meme kanserli hastaların tanı sürelerinin ve ameliyat durumlarının başa çıkma tutumlarının tüm boyutları ile anlamlı bir ilişki görülmedi.

- ✓ Tedavilerine ilişkin süreçlerde; meme kanserli hastaların tanıdan bu yana geçen süre arttıkça fonksiyonel ve global sağlık durumlarında anlamlı bir azalış olduğu belirlenmiştir. Ancak hastaların ameliyat olup olmamaları ile ilgili maddeye ilişkin yaşam kalitesinin tüm boyutları ile anlamlı bir ilişki görülmedi.

- ✓ Meme kanserli hastaların başa çıkma tutumları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşıldı.

Öneriler

- ✓ Yaşın ilerlemesi ile birlikte başa çıkma tutumlarında görülen yetersizlikler doğrultusunda kanserli hastalara rehabilitasyon kapsamında psikososyal destek imkanları arttırılabilir.

- ✓ Çalışan hastaların başa çıkma tutumlarının yüksek belirlenmesi doğrultusunda; bireylerin tedavi döneminde fiziksel açıdan imkan sağladığı sürece aktif çalışmaları desteklenmelidir.

- ✓ Dini başa çıkma tutumunun hastaları olumlu yönde etkilediği görülen manevi iyi oluşu yaşam kalitesini yükseltmede bir strateji olarak kullanılması önerilir.

- ✓ Evli bireylerde görülen yaşam kalitesinin anlamlı görülmesi doğrultusunda; evli olmayan bekar, dul/ boşanmış bireylerin psikososyal destek imkanlarından yararlanması desteklenmelidir.

- ✓ Son olarak düzenli aralıklarla meme kanserli hastaların başa çıkma tutumları ile yaşam kalitelerinin ölçülmesinin ve yaşam kalitesini geliştirici girişimlerin uygulanması önerilir.

7. KAYNAKLAR

Açıkgöz, A., Yıldız, E. (2017). Meme kanseri etiyolojisi ve risk faktörleri. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. 5(1):45-56.

Açıl, H. (2013), Meme Koruyucu Cerrahi Uygulanan Hastalarda Modifiye Radikal Mastektomi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 360051).

Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö. A., Kara, H. (2005). COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6(4), 221-6.

Ahern, T., Sprague, B., Bissell, C., Miglioretti, L., Buist, D., Braithwaite, D., Kerlikowske, K. (2017). Family history of breast cancer breast density and breast cancer risk in a breast cancer screening population. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 26(6):938- 944

Akdemir, N., Birol, L. (2011). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2.Baskı, Ankara, Sistem Ofset. 717-719.

Akdeniz, E. B. (2012). Meme Kanseri Olan Evli Kadın Hastaların Eşler Arası Uyum ve Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 3(2), 53-60

Akin, S., Can, G., Durna, Z., Aydiner, A. (2008). The quality of life and selfefficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. European Journal of Oncology Nursing 12, 449-456.

Akyolcu, N., Özhanlı, Y., Kandemir, D. (2019). Meme Kanserinde Güncel Gelişmeler. Journal of Health Science and Profession, 6(3), 583-94.

Allam, M. F. (2016). Breast cancer and deodorants/antiperspirants: a systematic review. Cent Eur J Public Health. 24(3):245-247

Altıparmak, S., Fadıloğlu, Ç., Gürsoy, Ş. T., Altıparmak, O. (2011). Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. Ege Tıp Dergisi. 50(2): 95-102.

American Cancer Society. 2020. American Cancer Society recommendations for early breast cancer detection in women without breast symptoms 2020. https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html sayfasından erişilmşiştir.

Aslan,Ö., Vural, H., Kömürcü, Ş., Özet, A. (2006). Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(1):15-28.

Atabay Erdoğan, B. (2021). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın başa çıkma tutumu ve işlevsellikle ilişkisinin incelenmesi. Tıpta Uzmanlık. Ondokuz Mayıs Üniveristesi Tıp Fakültesi Psikiyatri anabilim Dalı. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 689416).

Atalay, N.Ş., Selçuk, S.T., Ercidoğan, Ö., Akkaya, N., Sarsan, A., Yaren, A., Şahin, F. (2011). Meme Cerrahisi ve Aksiller Diseksiyon Uygulanan Meme Kanserli Hastalarda Üst Ekstremite Problemlerinin Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 57:186-92.

Atashi, A., Eslami, V., Olya, M., Mirzamohammadi, P., Zaferani, H., Hadizadeh, M. (2020). Knowledge, attitudes and practices toward breast cancer: Among midwives in a breast cancer educational seminar in Tehran. Archives of Breast Cancer. 6(2):29-36.

Ateş, A.S. (2011). Kemoterapiye Bağlı Alopesi Algısı ve Yaşam Kalitesi. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 282340).

Aune, D., Chan, DSM, Greenwood, D. C, Vieria, A. R., Navarro Rosenblatt, D. A, Vieria, R., Norat, T. (2012). Dietary fiber and breast cancer risk: a systematic review and metaanalysis ofprospective studies. Annals of Oncology. 23: 1394-1402.

Aydemir, Ç., Kasım, İ., Cebeci, S., Göka, E., & Tüzer, V. (2002). Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomlar. Kriz Dergisi , 10 (2): 29-39.

Aydin Özcan, D. (2021). Meme kanserinde cerrahi sonrası radyoterapi süresince uygulanılan egzersiz eğitiminin etkinliğinin araştırılması. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 666765)

Baron, R.H. (2010). Assessment and Management of Patients With Breast Disorders. In Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle LJ, Cheever KH. Editors. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 12th edition, USA: Lippincott Williams & Wilkins, s:1471-1502.

Baykara, O. (2016). Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 5(3): 154-165.

Bjordal, K., De Graeff, A., Fayers, P. M., Hammerlid, E., van Pottelsberghe, C., Curran, D., Söderholm, A. L. vd. (2000). 12 Country Field Study of the EORTC QLQ-C30 (Version 3,0) and the Head and Neck Cancer Specific Module (EORTC QLQ-H&N35) in Head and Neck Patients. European Journal of Cancer. 36(14): 1796-1807.

Bozec, A., Schultz, P., Gal, J., Chamorey, E., Chateau, Y., Dassonville, O., Benezery, K. (2019). Evaluation of the Information Given to Patients Undergoing Total Pharyngolaryngectomy and Quality of Life: A Prospective Multicentric Study. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 276(9):2531-2539

Büker, N., Şen, S. (2014). Onkoloji Hastasında Kemoterapi ve Bakım. In: G. Can (Ed.). Onkoloji Hemşireliği. İstanbul: Nobel Matbaacılık; s:203-210.

Candan Dönmez, Y., Yavuz Van Giersbergen, M. (2019). Meme kanserinde belirti/bulgular ve evreleme sistemi. Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı Türkiye Klinikleri, 15-19.

Carver, C. S, Scheier, M. F, Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: atheoretically based approach. J Pers Soc Psychol. 56(2):267-83.

Chen, L., (2014). Malone KE, Li CI. Bra wearing not associated with breast cancer risk: a population-based case-control study. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 23(10):2181-5.

Cobb, M., Puchalski, C.M., Rumbold, B. (2014). Editor. Spirituality in Healthcare'nde. 2. Baskı. Oxford University Press.

Cui, Y., Shu, X.O., Gao, Y., Cai, H., Wen, W., Ruan, Z.X., Jin, F., Zheng, W. (2004). The long-term impact of medical and sociodemographic factors on the quality of life of breast cancer survivors among Chinese women. Breast Cancer Research and Treatment, 87(2), 135-147.

Çiftçi, A. (2007). Hastalıklarla başa çıkmada dinin rolü: Kanser hastaları örneği. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numaras 209214).

De Ligt, K. M., Heins, M., Verloop, J., Ezendam, N., Smorenburg, C. H., Korevaar, J. C., & Siesling, S. (2019). The impact of health symptoms on health-related quality of life in early-stage breast cancer survivors. Breast cancer research and treatment, 178(3), 703– 711. https://doi.org/10.1007/s10549-019-05433-3 sayfasından erişilmiştir.

Deniz, M., Yılmaz, E. (2006). Üniversite Öğrencilerinin Duygusal Zekâ ve Stresle Başa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal, 3 (25), 17-26.

Eker, A., Aslan, E. (2017). Jinekolojik kanser hastalarında psiko-sosyal yaklaşım. HEAD. 14(4):298-303.

El Haidari, R., Abbas, L. A., Nerich, V., & Anota, A. (2020). Factors Associated with HealthRelated Quality of Life in Women with Breast Cancer in the Middle East: A Systematic Review. Cancers, 12(3), 696. https://doi.org/10.3390/cancers12030696 sayfasından erişilmiştir.

Ellis, H., Mahadevan, V. (2013). Anatomy and physiology of the breast. Surgery (Oxford), 31(1), 11-14.

Eralp, Y. (2019). Preoperative Systemic Therapy for Operable Breast Cancer. Aydiner A, Igci A, Soran A, editörler. Breast Cancer A Guide to Clinical Practice. Switzerland AG: Springer Nature.

Erel, S., Atahan, M. K. (2019). Memenin anatomisi, fizyolojisi ve değerlendirilmesi. Ed. Genel Cerrahi Kitabı. İstanbul: Akademisyen kitapevi.

Erol Ursavaş, F., Karayurt, Ö. (2015). Meme Kanseri ile Yaşamak, 1. Basım, İzmir, Kitapana, 26-83

Ertem, G., Kalkım, A., Bulut, S., Sevil, Ü. (2009). Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri Ve Yaşam Kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, 2(2):3-12.

Fayers, P. M., Aaronson, N. K., Bjordal, K., Curran, D., Groenvold, M. (1997). EORTC QLQ-C30 Scoring Manual, 3rd edn. EORTC Study Group on Quality of Life. Brussels.

Fenlon, D., Townsend, K. (2011). Endocrine treatment for breast cancer. Harmer V, Editor. Breast Cancer Nursing Care and Management. Second Edition, London, Blackwell Publishing. s:190-214.

Folkman, S., Lazarus, RS. (1984). Stress, Appraisal, and Coping, New York: Springer Publishing Company, s. 90.

Frankl, V.E. (2021). İnsanın anlam arayışı. (S. Budak, Çev.) Okuyan us Yayınları. İstanbul.

Gelin, D., Ulus, B. (2015). Hastanede kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 6(1).

Gelin, D., Ulus, B. (2015). Hastanede Kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi. (1):31-5.

GLOBOCAN (2020). International Agancy for Research on Cancer. Breast cancer, Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2020. Pupulation fact sheet in turkey.

https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population. sayfasından erişilmiştir.

Gnant, M., Harbeck, N., Thomssen, C. (2011). Summary of the consensus. Breast Care, 6:136-41. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3100376/pdf/brc0006-0136.pdf sayfasından erişilmiştir.

Göl, D. N., Aşılar, H. R. (2017). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(1), 29-39.

Gregucci, F., Caliandro, M., Surgo, A., Carbonara, R., Bonaparte, I., Fiorentino, A. (2020). Cancer patients in Covid-19 era: Swimming against the tide. Radiotherapy and oncology : journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology, 149, 109–110. https://doi.org/10.1016/j.radonc.2020.04.002 sayfasından erişilmiştir.

Gülcivan, G., Topçu, B. (2017). Meme Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesi ile Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışlarının Değerlendirilmesi. Namık Kemal Tıp Dergisi, 5(2), 63-74.

Gültekin, Z., Pinar, G., Pinar, T., v. (2008). Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. Uluslar Hematol-Onkoloji Dergisi.;18(2):99-106.

Gürçayır, D. (2016). Kolorektal Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 437740).

Gürel, D.K. (2007). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji kliniklerinde kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 193523).

Güzel, N. (2021). Meme kanseri tanısı konulmuş kadınlara verilen video destekli eğitimin etkinliği: Nonrandomize kontrollü araştırma. Doktora Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 681402).

Guzelant, A., Goksel, T., Ozkok, S., Tasbakan, S., Aysan, T., Bottomley, A. (2004). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. Eur J Cancer Care (Engl). 13(2):135-44.

Harmer, V. (2011). Surgery for breast cancer. Harmer V, Editor. Breast Cancer Nursing Care and Management. Second Edition, London, Blackwell Publishing. 81-102.

Henderson, I. C. (2015). Breast Cancer Fundamentals of Evidence-Based Disease Management. New York, Oxfort University Press. 1-23.

Heydarnejad, M. S., Hassanpour, D. A., Solati, D. K. (2011). Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. Afr Health Sci. 11(2):266-70

Hopman, P., Rijken, M. (2015). Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. Psychooncology. 24(1):11-8.

Hubbeling, H. G., Rosenberg, S. M., González-Robledo, M. C., Cohn, J. G., Villarreal-Garza, C., Partridge, A. H., Knaul, F. M. (2018). Psychosocial needs of young breast cancer survivors in Mexico City, Mexico. PloS one, 13(5), e0197931.

https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0197931&type=printable sayfasından erişilmiştir.

Işık, K. A., Meriç, M. (2010) Hayat Kalitesi (Quality Of Life) Kavramının Felsefik Temelleri Ege Akademik Bakış / Ege Academic Review 10 (1) 2010: 421-434 https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/558326 sayfasından erişilmiştir.

Işık, G. (2013). Meme kanseri tedavisinde paklitaksel yüklü polikatyonik ve anyonik siklodekstrin nanoküre formülasyonu ve in vitro değerlendirilmesi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Jager, D.S., Davidson, N.E. (2006). Estrogen carcinogenesis in breast cancer. N Engl J Med. 354(3):270-82

Jagsi, R., Griffith, K. A., Vicini, F., Boike, T., Burmeister, J., Dominello, M. M., vd. (2020). Toward Improving Patients' Experiences of Acute Toxicity From Breast Radiotherapy: Insights From the Analysis of Patient-Reported Outcomes in a Large Multicenter Cohort. Journal of clinical oncology. 38(34):4019.

Jang, M., & Kim, J. (2018). A structural model for stress, coping, and psychosocial adjustment: A multi-group analysis by stages of survivorship in Korean women with breast cancer. European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society, 33, 41–48. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.01.004 sayfasından erişilmiştir.

Jung, J., Kang, E., Gwak, J. M., Seo, A. N., Park, S. Y., Lee, A. S vd. (2016). Association betwen basal-like phenotype and BRCA1/2 germline mutations in korean breast cancer patients. Curr Oncol. 23(5):298-303.

Kankaya, B., Büyükaşık, S., Kapan, S., Halil, A. (2019). Meme kanseri tedavisinde güncel yaklaşım/Current Management İn Breast Cancer. Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi, 2(1):7- 10.

Kara, Ö., Akdoğan, B. (2013). Hedefe yönelik tedavilerde en sık görülen yan etkiler: Nasıl yönetilmeli? Üroonkoloji Bülteni. 12(3): 179-185

Karabulutlu, E., Tan, M., Erdem, N. ve Okanlı, A. (2005). Hemodiyaliz hastalarında stresle başetme ve sosyal destek. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(3), 56- 66.

Karanlık, H., Igci, A. (2019). Surgical Approach in Invasive Breast Cancer. Aydiner A, Igci A, Soran A, editörler, Breast Cancer A Guide to Clinical Practice. Switzerland AG; Springer Nature

Karnofsky, D., Abelmann, W., Craver, L. F., Burchenal, J. H. (1948). The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. with particular reference to bronchogenic carcinoma. Cancer, 1(4):634– 656

Kaya, G. (2016). Meme Kanserli Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Algılanan Aile Destek Düzeyinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 464930).

Kaya, D. (2020). Organ toksisiteleri. Ed. Can G. Onkoloji Hemşireliği Genişletilmiş ve Güncellenmiş 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 617-632.

Kayar, N. (2019). Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi eğitiminin meme kanseri korkusu ve sağlık inançlarına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 577297).

Kayan, S.(2019). Kadınların meme kanseri bilgi düzeyleri ile meme kanseri korkuları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 579315).

Kaymakçı, Ş.(2014). Meme hastalıkları. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Edi. Karadakovan A, Eti Aslan F. Ankara. 919-946.

Kaymakçı, Ş. (2017). Meme Hastalıkları, Karadakovan A, Etiasalan F. (Ed) Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitapevi: 977-985.

Kayri, M. ve Boysan, M. (2007). Araştırmalarda CHAID analizinin kullanımı ve baş etme stratejileri ile ilgili bir uygulama. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 40(2), 133-149.

Kılıç Yangın, Y. H. (2021). Kanser Hastalarında benlik saygısı, başa çıkma tutumları ve sosyodemografik özelliklerin yaşam kalitesi ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ana Bilim Dalı. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 670087).

Kılıçkap, S. (2019). Kanser Hastalarında Yaşam kalitesi ile hastalığın klinikopatolojik özellikleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kanser Epidemiyolojisi Programı. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 236940).

Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3: (2).

Konkan, R., Erkuş, G. H., Güçlü, O., Şenormanci, Ö., Aydin, E., Ülgen, M.C. (2014). İntihar girişiminde bulunan kişilerde başa çıkma tutumları. Nöro Psikiyatri Arş. 51(1):46-51

Korkmaz, Ö. (2020). Kanser hastalarında stres ve başetme yolları. Ruh Sağlığı. Yüksek Lisans Programı. İstanbul Bilgi Üniversitesi. Lisansüstü Programlar Enstitüsü. Afet Eğitimi ve Yönetimi Ana Bilim Dalı. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 625037).

Kotsopoulos, J., Lubinski, J., Moller, P., Lynch, H. T., Singer, C. F., Eng, C., Neuhausen, S. L, Karlan, B., Kim-Sing, C., Huzarski, T., Gronwald, J., vd. (2014). Hereditary Breast Cancer Clinical Study Group. Timing of oral contraceptive use and the risk of breast cancer in BRCA1 mutation carriers Breast Cancer Res Treat. 143(3): 579-586

Krause, N. (2007). Evaluating the stress-buffering function of meaning in life among older people. J Aging Health, 19(5), 792-812.

Kutlu, A.D., Çeçen, D., Coşkun, T., Eser, E. (2013). Mastektomili Hastalarda Yaşam Kalitesi: Longitudinal Çalışma. 4. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. 4-6 Nisan 2013. İzmir.100-101.

Kutlutürkan, S., Sözeri Öztürk, E., Böke Erdoğan, S., İyimaya, Ö., Bay, F., Gül, F. (2019). Yaşlı kanser hastalarında yaşam kalitesinin ve semptomların değerlendirilmesi. Van Tıp Derg, 26(4), 418-426.

Lai, H. L., Chen, C. I., Lu, C. Y., Yao, Y. C., & Huang, C. Y. (2019). Relationships among personality, coping, and concurrent health-related quality of life in women with breast cancer. Breast cancer (Tokyo, Japan), 26(5), 544–551.

Li, C. I., Beaber, E. F., Chen Tang, M. T., Porter, P. L, Dalling, M. R, Malone, K. (2012). E. Effect of depomedroxyprogesterone acetate on breast cancer risk among women 20 to 44 years of age.Prevention of Epidemiology. 72(8):2028-2035.

Li, L., Mo, F. K., Chan, S. L., Hui, E. P., Tang, N. S., Koh, J., Yeo, W., vd. (2017). Prognostic values of EORTC QLQ-C30 and QLQ-HCC18 index-scores in patients with hepatocellular carcinoma–clinical application of health-related quality-of-life data. BMC cancer, 17(1), 8.

Lotfi, S., Karataş, K., (2020). Meme kanseri hastası yoksul kadınlarda baş etme süreçlerinin incelenmesi. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi S:16 s:23-42

Masson, N., Dany, L., Cannone, P., Barlesi, F., Baciuchka, M., Tomasini, P. (2020). Illness representations and quality of life in French patients suffering from lung cancer. Psychology Health Medicine. 25(9):1119-29 .

Matos, T.D.S., Meneguin, S., Ferreira, MLDS., Miot, H. A. (2017). Quality of life and religious spiritual coping in palliative cancer care patients. Rev Lat Am Enfermagem. 10;25:e2910

McGale, P., Taylor, C., Correa, C., Cutter, D., Duane, F., Ewertz, M., vd. (2014). Effect of radiotherapy after mastectomy and axillary surgery on 10-year recurrence and 20-year breast cancer mortality: meta-analysis of individual patient data for 8135 women in 22 randomised trials. Lancet (London, England). 383(9935).

Menendez, J., Martınez, C. (2018). Melatonin: An antitumor agent in hormone dependent cancers. Int J Endocrinol. 12(3):39-48.

Mesquita, A. C, Chaves, É. de C.L., Avelino, C.C.V., Nogueira, D. A, Panzini, R. G., Carvalho, E. C. (2013). The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. Rev Lat Am Enfermagem. 21(2):539-45.

Moo, T., Sanford, R., Dang, C., Morrow, M. (2018). Overview of breast cancer therapy. PET Clin. 13(2):339-354.

Müslümanoğlu, M., Kayhan, M. (2012). Aksiller Nodların Değerlendirmesi. Müslümanoğlu, M. (Ed.). Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHFD) Meme Hastalıkları Kitabı. Bölüm 42, Güneş Tıp Kitabevleri: 373-383.

Nazlı, Y. (2019). Meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyumu ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 572391).

Noveiri, J. S., Shamsaei, F., Khodaveisi, M., Vanaki, Z., Tapak, L. (2020). Coping Assessment Tools in the Family Caregivers of Patients with Breast Cancer: A Systematic Review. Breast cancer (Dove Medical Press), 12, 11–26. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7008175/pdf/bctt-12-11.pdf sayfasından erişilmiştir.

Ostby, P., ve Armer, J.M. (2015) Complexities of adherence and post-cancer lymphoedema management, J Pers Med, Vol, 5(4), pp 370-388.

Okutur, K. (2015). Meme Kanseri, Onkoloji El Kitabı. Edi. Molinas Mandel N. Çukurova Nobel Tıp Kitapevi, 222-246.

Ovayolu, Ö. (2011). Kemoterapi Alan Meme Kanserli Kadınlara Uygulanan Aromaterapinin Semptomlara ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Programı.

https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 311380).

Ovayolu, Ö. (2017). Onkolojik sorunlar ve hemşirelik yönetimi. Ovayolu N, Ovayolu Ö, editorler. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Özen, B., Zincir, H., Kaya Erten, Z., Özkan, F., Elmalı, F. (2013). Genç kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi ve tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Meme Sağlığı Dergisi. 9:200-204.

Ozer, L., Aydiner, A. (2019). Adjuvant Chemotherapy for HER2-Negative Early-Stage Breast Cancer. Aydiner A, Igci A, Soran A, editörler. Breast Cancer A Guide to Clinical Practice. Switzerland AG: Springer Nature.

Özkan, S. (1999). Yaşam Kalitesinin Ölçümleri, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BFEF Psikiyatri, Psikoloji, Psikoformokoloji Dergisi: 7(2):5-13.

Özkan, M., Akın, S. (2017). Kanserli hastalarda yorgunluğun fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 25(3): 177-192. https://doi.org/10.17672/fnjn.343256 sayfasından erişilmiştir.

Özsoy, A., Barca, N., Dolek, B. A, Aktaş, H., Elverici, E., Araz, L., Özkaraoğlu, Ö. (2017). The relationship between breast cancer and risk factors: a single-center study. Eur J Breast Health. 13(3):145-149

Öztürk, D. (2013). Mastektomi Sonrası Uygulanan Meme Rekonstrüksiyonunun Kadının Cinsel Yaşamı Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Ensititüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yayınlanmamış https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 342079).

Panjari, M., Bell, R.J., Davis, S.R. (2011). Sexual Function After Breast Cancer. J Sex Med. 8:294-302.

Panzini, R.G., Mosqueiro, B. P, Zimpel, R. R, Bandeira, D. R., Rocha, N. S, Fleck, M.P. (2017). Quality-of life and spirituality. International Review of Psychiatry. 29(3): 263-82

Randa, S., Uğraş, G.A., Eser, K. (2019). Meme kanserli kadınların cerrahi girişim sonrası yaşadıkları üst ekstremite sorunlarının yaşam kalitesine etkisi. Mersin Univ Saglık Bilim Derg, 12(2), 170-181.

Rızalar, S., Altay, B. (2010). Meme Kanseri Olan Kadınların Erken Tanı Uygulamaları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,5 (14):73-87.

Rojas, K., Stuckey, A. (2016). Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. Clinical Obstetrics and Gynecology. 59(4): 651–672.

Runowicz, C. D, Leach, C. R., Henry, N. L., Henry, K. S., Mackey, H. T, Cowens- Alvarad, R.L, vd. (2016). American cancer society/American society of clinical oncology breast cancer survivorship care guideline. CA: a cancer journal for clinicians. 66(1): 43-73.

Sakallı, M., Tıkız, C., Topçu, E., Göksel, G., Örgüç, İ.Ş. (2013). Meme Cerrahisi Uygulanan Meme Kanserli Bireylerde Omuz Problemlerinin Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. 4. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. 4-6 Nisan 2013. İzmir.59.

Savcı, A. B. (2006). Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 196269).

Seyhan Ak, E., Çavdar, İ. (2019). Meme kanserinde sistemik tedaviler (kemoterapi, hormonoterapi, hedefe yönelik tedavi) ve hemşirelik bakımı. Uzun Ö, editör. Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 20-27.

Shaikh, K., Krishnan, S., (2021). Thanki R. Types, diagnosis, and treatment of breast cancer. In: Artificial Intelligence in Breast Cancer Early Detection and Diagnosis. Switzerland: Spinger.

Simapivapan, P., Boltong, A., Hodge, A. (2016). To what extent is alcohol consumption associated with breast cancer recurrence and second primary breast cancer? A systematic review. Cancer Treat Rev. 50:155-67

Singh, P., Abdullah, Z., Saleh, S. (2018). Community based clinical breast examination program: Is it feasible. Journal of Global Oncology. 4(3):36-42.

Smith, R. A., Andrews, K. S., Brooks, D., Fedewa, S.A., Manassaram-Baptiste, D., Saslow, D., Brawley, O.W., & Wender, R.C. (2018). Cancer screening in the United States, 2018: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening, CA Cancer J Clin, 68(4):297-316.

Soyak, R. (2019). Hemşirelerin Meme Kanseri, Meme Kanseri Risk Faktörleri, Belirtileri ve Tarama Yöntemlerine İlişkin Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 601714).

Şentürk, S., Bıçak, D., Akça, D. (2018). Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 3(5);35-39.

Tabrizi, M. F., Alizadeh, S. (2018). Family Intervention Based on the FOCUS Program Effects on Cancer Coping in Iranian Breast Cancer Patients: a Randomized Control Trial. Asian Pacific journal of cancer prevention APJCP, 19(6), 1523–1528. https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1523 sayfasından erişilmiştir.

Tatarkiewicz, W. (1976) Analysis of Happiness. Nijhoff, Den Haag http://dx.doi.org/10.1007/978-94-010-1380-2 sayfasından erişilmiştir.

Taylor, C.R, Lillis, C., Lemone, P., Lynn, P. (2011). Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care. (7 th.ed). Lippincotti Williams Q Wilks.

Tekbaş, S. (2019). Dal Yılmaz Ü. Meme kanserinde radyoterapi uygulanan hastanın hemşirelik bakımı. Uzun Ö, editör. Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 28-34

Temiz, G. (2016). Kemoterapi Uygulanan Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin ve Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 435698).

Tong, H., Wu, Y., Yan, Y., vd. (2020). No association between abortion and risk of breast cancer among nulliparous women: Evidence from a meta-analysis. Medicine (Baltimore). 99(19):20251.

Totur Dikmen, B., Bayraktar, N. (2019). Meme kanserinde risk faktörleri, erken tanı ve tarama programları. Uzun Ö, editör. Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri;. p.1-7.

Tuncay, T., Musabak, I., Gok, D.E., Kutlu, M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. Health and Quality of Life Outcomes, 6(1), 79.

Uğurlu, M. Ü, Güllüoğlu, B. M. (2015). Meme Kanseri için Risk ve Riskli Hastalara Yaklaşım. Selim Meme Hastalıkları. Edi. Uras C, Güllüoğlu BM, Aydoğan F. Nobel Tıp Kitapevleri, 85-95.

Yıldız, İ., Varol, M., Alacacıoğlu, A. (2014). Assessment of the quality of life in turkish breast cancer patients, The Journal of Breast Health. 10(4):216-221.

Waks, A.G., Winer, E.P. (2019). Breast Cancer Treatment: A Review. JAMA. 321(3):288-300.

Wallwiener, M., Matthies, L., Simoes, E., Keilmann, L., Hartkopf, A. D., Sokolov, A. N., Brucker, S. Y., vd. (2017). Reliability of an e-PRO tool of EORTC QLQ-C30 for measurement of health-related quality of life in patients with breast cancer: prospective randomized trial. Journal of medical Internet research, 19(9), e322.

WHO. (2022). WHOQOL: Measuring Quality of Life. https://www.who.int/tools/whoqol sayfasından erişilmiştir.

Zhou, Y., Chen, J., Li, Q., Huang, W., Lan, H., Jiang, H. (2015). Association between breastfeedingand breast cancer risk: evidence from a meta-analysis. Breastfeeding Medicine. 10(3):175- 182.

8. EKLER

EK-1 ETİK KURUL KARARI

T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 69456409-199-E.3910 21/02/2020
Konu : Etik Kurul Karar

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Aylin AYDINSAYILAN

İlgi : Etik Kurul Başkanlığı'nın 20/02/2020 tarihli ve 54001588-199-E.3783 sayılı yazısı.

İlgi yazıya istinaden; Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanlığına sorumlu araştırmacı olarak başvurduğunuz aşağıdaki çalışma Etik Kurulda değerlendirilmiş olup uygun görüldüğüne dair karar formu ekte sunulmuştur.
Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Serpil AKÖZCAN
Müdür V.

Sorumlu Araştırmacı/ Koordinatör	Yardımcı Araştırmacılar	Çalışma Konusu
Dr. Öğr. Üyesi Aylin AYDIN SAYILAN	Öğrenci/ Zeynep AVCIOĞLU	Meme Kanserli Hastalarda Hastalıkla Başa Çıkma Tutumları ile Yaşam kalitesi Arasındaki İlişki

Ek: Etik Kurul Karar Formu (2 Sayfa)

Adres: Kırklareli Üniversitesi Rektörlüğü Kayalı Kampüsü /KIRKLARELİ
Telefon: Faks:
e-posta: Elektronik Ağ: http://www.klu.edu.tr/

Zeynep USLU
Dahili: Zeynep USLU

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.
Evrak teyidi https://ebysorgu.klu.edu.tr adresinden 1I0L-UG0P-85M9 kodu ile yapılabilir.

EK-1 (DEVAMI)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2020-SBEK-02)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	MEME KANSERLİ HASTALARDA HASTALIKLA BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	P0174R01

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Kırklareli Üniversitesi Kayalı Kampüsü Merkezi Derslik-2
	TELEFON	0288 214 76 34
	FAKS	0288 214 70 86
	E-POSTA	sabe@klu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR	UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Aylin AYDIN SAYILAN			
		UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği			
		BULUNDUĞU MERKEZ	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI	UNVANI/ADI/SOYADI	Zeynep AVCIOĞLU			
		UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
		BULUNDUĞU MERKEZ	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü			
	BAŞVURULAN ETİK KURUN ADI		Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu			
	DESTEKLEYİCİ					
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ		YOK			
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ		FAZ 1	☐		
			FAZ 2	☐		
			FAZ 3	☐		
			FAZ 4	☐		
			Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
			Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
			İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
			İlaç dışı klinik araştırma	☒		
			Diğer ise belirtiniz			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

EK-1 (DEVAMI)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2020-SBEK-02)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	MEME KANSERLİ HASTALARDA HASTALIKLA BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	P0174R01

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	06.01.2020	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☒	Akademik Kurul/Kurum Kararı Başvuru Dilekçesi Başvuru Formu Araştırma Protokolü Kullanılacak Araç Gereçler Literatür Örnekleri Taahhütname Helsinki Bildirgesi Taahhütnamesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu Taahhütnamesi, İzin Belgeleri, Özgeçmişler CD

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:3	Tarih: 17.02.2020	Karar: Uygun Görüldü
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısı ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Yönergesi.
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Serpil AKÖZCAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	
Doç. Dr. Serpil AKÖZCAN (Başkan)	Nükleer Fizik	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐
Dr. Öğr. Üyesi Aylin AYDIN SAYILAN	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E☐	K☒	E☒	H☐	E☐	H☒
Dr. Öğr. Üyesi Figen DİĞİN	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐
Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN	Halk Sağlığı	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐
Dr. Öğr. Üyesi Kevser TOZDUMAN YARALI	Çocuk Gelişimi ve Eğitimi	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐

*:Toplantıda Bulunma

EK-2 HASTA TANILAMA FORMU

Anket No:

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma 'Meme Kanserli Hastalarda Hastalıkla Başa Çıkma Tutumları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiyi' incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Bu çalışma, sizin almış olduğunuz tedavi ve bakımı olumsuz yönde etkilemeyecektir. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Çalışmaya verdiğiniz katkı için teşekkür ederim.

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yükseklisans Öğrencisi Zeynep AVCIOĞLU

1. Yaşınız……
2. Medeni Durum: a. Evli ( ) b. Bekar ( ) c. Dul / Boşanmış ( )
3. Mesleğiniz:……
4. Çocuk Sayısı (Varsa):……
5. Eğitim durumunuz: a.Okur-yazar değil ( ) b.Ortaokul mezunu ( ) c.Lise Mezunu ( )
d. Üniversite mezunu ( ) e. Yükseklisans mezunu f. Lisansüstü mezunu ( )
6. Çalışma durumunuz: a. Çalışıyor ( ) b. Çalışmıyor ( ) c. Emekli ( )
7. Gelir durumunuz: a.Geliri giderden az ( ) b.Gelir gidere eşit ( )
c.Gelir giderden fazla ( )
8. Tanıdan bu yana geçen süre ne kadar? a. 1-6 ay ( ) b. 7-12 ay ( )
c. 1-3 yıl ( ) d. 3 yıl ve üzeri ( )
9. Ailede meme kanseri öyküsü var mı? a. Var ( ) b. Yok ( )
10. Meme kanseri öyküsü var ise yakınlık derecesi:……..
11. Meme kanserine yönelik ameliyat oldunuz mu? a. Evet ( ) b.Hayır ( )
12. Sağlık durumunuzu nasıl algılıyorsunuz? a. İyi ( ) b. Orta ( ) c. Kötü ( )
13. Hastalıktan sonra arkadaş / iş çevresinin davranışı: a. Değişti ( ) b. Değişmedi ( )
14. Tanıdan sonra hangi tedaviler uygulandı?.

a. Kemoterapi (Ne kadar süre/yıl……./Kaçıncı Kür……./Kaçıncı Doz…….)

b. Radyoterapi (Ne kadar süre/yıl……./Kaçıncı Kür……./Kaçıncı Doz…….)

c.Hormon Tedavisi (Ne kadar süre/yıl…./Kaçıncı Kür……./Kaçıncı Doz…….)

d. Cerrahi Tedavi ( ) e.Diğer ( )

15.Meme kanseri tedavi tanı ve tedavi sürecinde yeterli destek aldığınızı düşünüyor musunuz?

a. Evet ( ) b. Hayır ( )

16. Cevap EVET ise kimlerden destek aldınız ? Öncelik sırasına göre sıralayınız (1,2,3,4…)

a. Eş ( ) b. Kardeş ( ) c. Çocuk ( ) d. Arkadaş ( ) e. Aile ( ) f. Diğer ( )

EK-3 COPE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Adiniz: Yasiniz: Cinsiyetiniz: Tarih:

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla bas etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz secenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye calisin. Secenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Secenekleri belirtirken su belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım

3=Orta derecede böyle yaparım 4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka turlu meşguliyetlere yönelirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

4.Başkalarından bu tur sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

5.Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

13.Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

18.Allah`in yardımını umarım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

19.Bir eylem planı yaparım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

20.Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

23.Arkadaş veya akrabalarımdan moral ve manevi destek almaya çalışırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

24.Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

26.Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

28.Duygularımı dışarı vururum.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir acıdan ele almaya çalışırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

31.Sorunla karsılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir sure kendi haline bırakırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

36.Sorunla ilgili saka yaparım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

37.İstediğimi elde etmek için uğraşmayı bırakırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

41.Olumsuz şeyler yaparak islerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tur hisleri dışarıya yansıtırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek bunun için dobra dobra bir tavır takınırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardim olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adimi zamanında atarım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

59.Basıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

Çok teşekkürler

EK-4 EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

TURKISH

EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

Siz ve sağlığınız hakkında bazı şeylerle ilgileniyoruz. Lütfen soruların tamamını size en uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların "doğru" veya "yanlış" yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

Lütfen ad ve soyadınızın başharflerini yazınız: □□□□
Doğum tarihiniz (Gün, Ay, Yıl): □□□□□□□□
Bugünkü tarih (Gün, Ay, Yıl): 31 □□□□□□□□

		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1.	Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2.	Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3.	Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4.	Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5.	Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:		**Hiç**	**Biraz**	**Oldukça**	**Çok**
6.	İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7.	Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8.	Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9.	Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10.	Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11.	Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12.	Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13.	İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14.	Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15.	Kustunuz mu?	1	2	3	4
16.	Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4

Lütfen sonraki sayfaya geçiniz

EK-4 (DEVAMI)

Geçtiğimiz hafta zarfında:		**Hiç**	**Biraz**	**Oldukça**	**Çok**
17.	İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18.	Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19.	Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20.	Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21.	Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22.	Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23.	Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24.	Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25.	Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28.	Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ila 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü Mükemmel

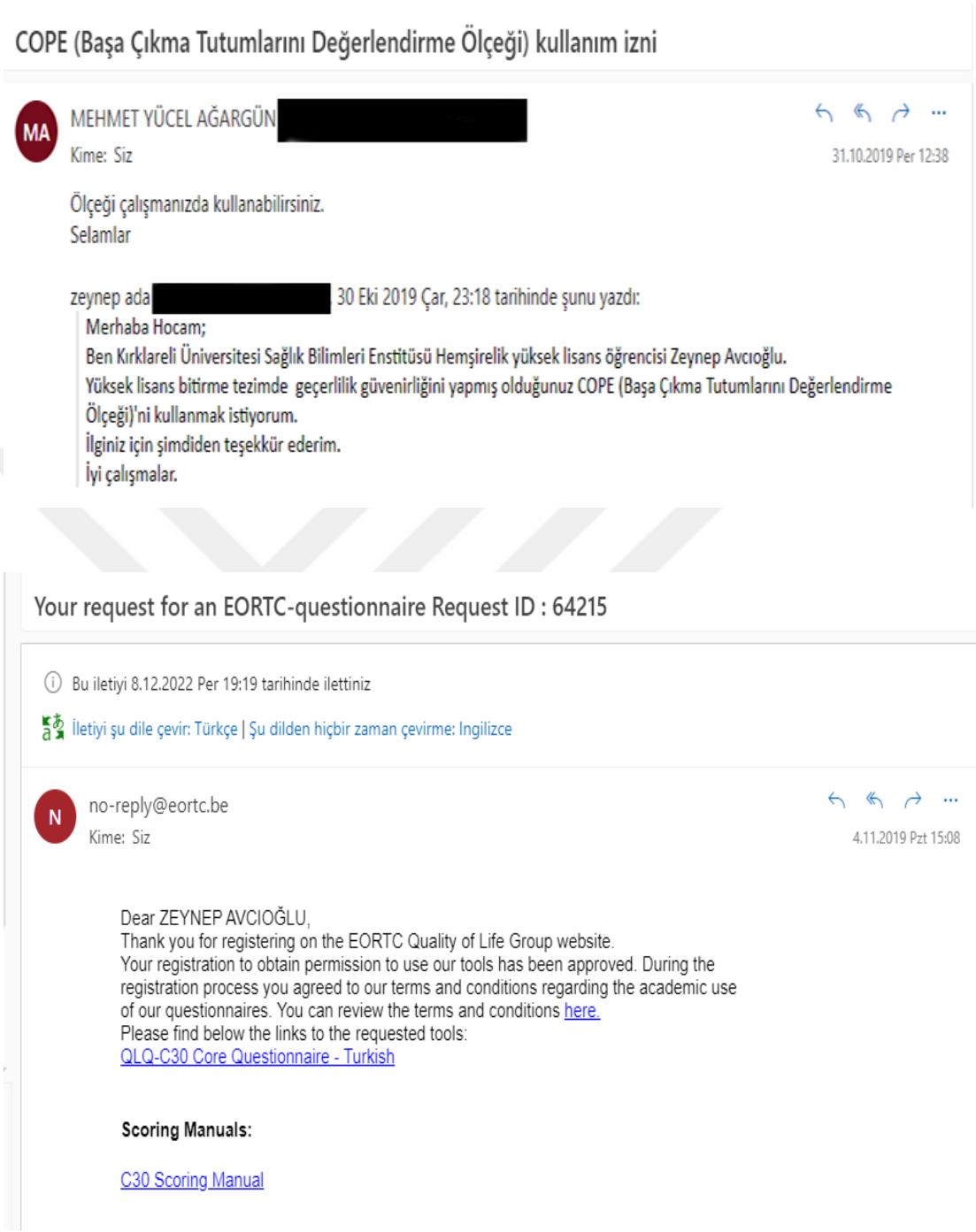
30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü Mükemmel

© Copyright 1995 EORTC Quality of Life Group. Bütün hakları saklıdır. Version 3.0

EK-5 ÖLÇEK İZİNLERİ



COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği) kullanım izni

MA MEHMET YÜCEL AĞARGÜN [redacted]
Kime: Siz
31.10.2019 Per 12:38

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Selamlar

zeynep ada [redacted] 30 Eki 2019 Çar, 23:18 tarihinde şunu yazdı:

> Merhaba Hocam;
> Ben Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik yüksek lisans öğrencisi Zeynep Avcıoğlu.
> Yüksek lisans bitirme tezimde geçerlilik güvenirliğini yapmış olduğunuz COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği)'ni kullanmak istiyorum.
> İlginiz için şimdiden teşekkür ederim.
> İyi çalışmalar.

Your request for an EORTC-questionnaire Request ID : 64215

Bu iletiyi 8.12.2022 Per 19:19 tarihinde iletiniz

İletiyi şu dile çevir: Türkçe | Şu dilden hiçbir zaman çevirme: Ingilizce

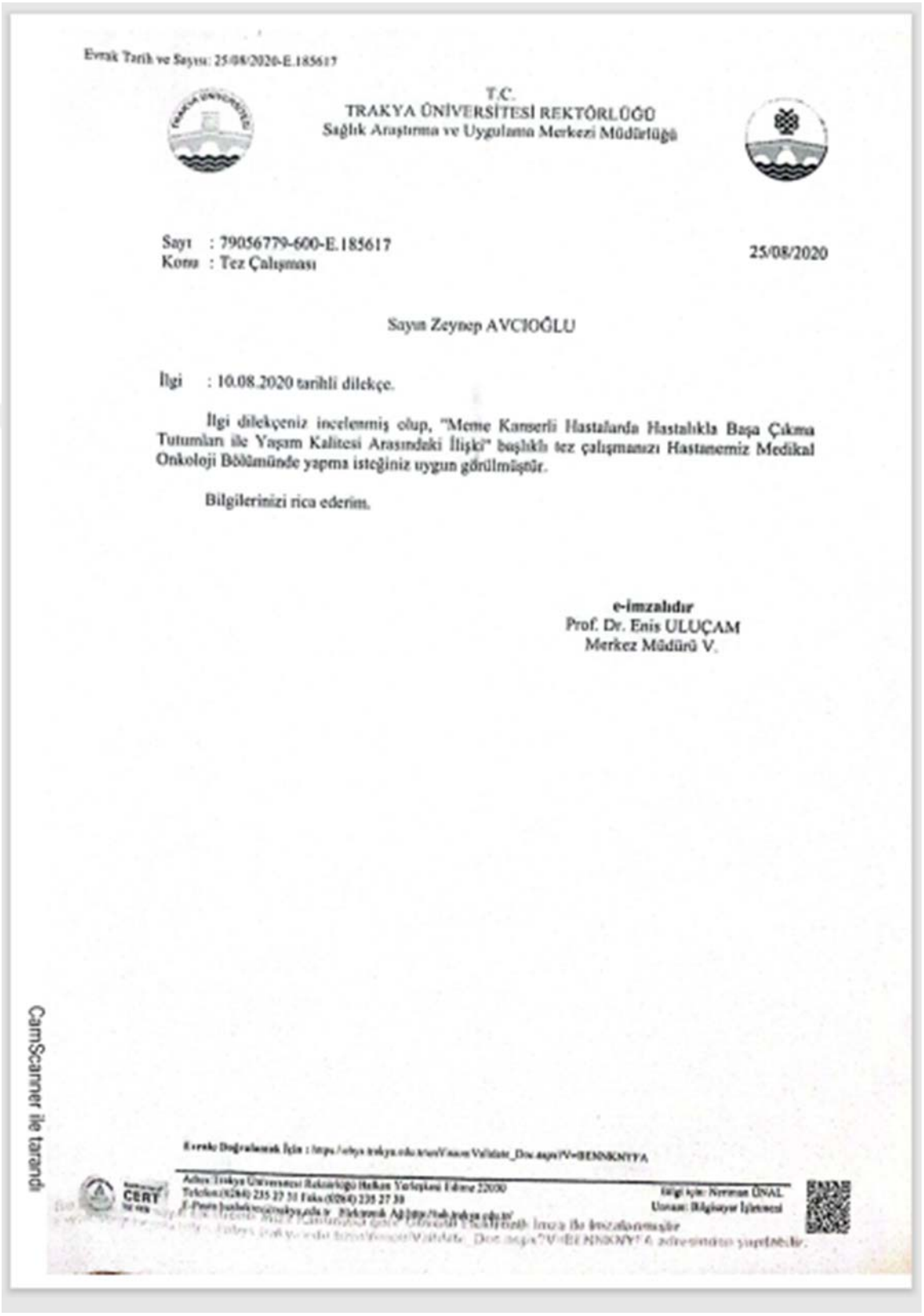
N no-reply@eortc.be
Kime: Siz
4.11.2019 Pzt 15:08

Dear ZEYNEP AVCIOĞLU,
Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.
Your registration to obtain permission to use our tools has been approved. During the registration process you agreed to our terms and conditions regarding the academic use of our questionnaires. You can review the terms and conditions here.
Please find below the links to the requested tools:
QLQ-C30 Core Questionnaire - Turkish

Scoring Manuals:

C30 Scoring Manual

EK-6 KURUM İZNİ



Evrak Tarih ve Sayısı: 25/08/2020-E.185617

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 79056779-600-E.185617
Konu : Tez Çalışması

25/08/2020

Sayın Zeynep AVCIOĞLU

İlgi : 10.08.2020 tarihli dilekçe.

İlgi dilekçeniz incelenmiş olup, "Meme Kanserli Hastalarda Hastalıkla Başa Çıkma Tutumları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışmanızı Hastanemiz Medikal Onkoloji Bölümünde yapma isteğiniz uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Enis ULUÇAM
Merkez Müdürü V.

Evrakı Doğrulamak İçin : https://ebys.trakya.edu.tr/ETBYS/Validate_Doc.aspx?V=BENBKNYYA

Adres: Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Hukuk Yerleşkesi Edirne 22030
Telefon (0284) 235 27 31 Faks (0284) 235 27 38
E-Posta: hastaneuygulama@trakya.edu.tr Elektronik Ağ: http://tuh.trakya.edu.tr/

Bilgi için: Nermin ÜNAL
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır
Doğrulama için https://ebys.trakya.edu.tr/ETBYS/Validate_Doc.aspx?V=BENBKNYYA adresinden yapılabilir.

CamScanner ile tarandı

EK-7 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, ‘Meme Kanserli Hastalarda Hastalıkla Başa Çıkma Tutumları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki’ tanımlayıcı olarak yapılmaktadır.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda sorulara vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve yalnız araştırmacı tarafından değerlendirilerek yalnız bu araştırma amacıyla kullanılacaktır. Ayrıca size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Çalışmayı kabul eden tüm hastalara Hasta Tanılama Formu uygulanacaktır. Ardından COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği) ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanacaktır.

Bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda sorulara vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve yalnız araştırmacı tarafından değerlendirilerek yalnız bu araştırma amacıyla kullanılacaktır. Bu araştırmadan istediğiniz zaman çekilebilme hakkına sahipsiniz ya da isteğinize bakılmaksızın araştırmacı/araştırmacılar tarafından araştırma dışında bırakılabilirsiniz. Böyle bir durumda ilişkileriniz olumsuz yönde etkilenmeyecektir. Gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Kimliğinizin gizli tutulması kaydı ile ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait bilgilere ulaşabileceklerdir. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilciniz söz konusu erişime izin vermiş olacaktır. Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir.

Veri toplama amacı ile size yöneltilen her bir soruyu, araştırmanın güvenilir olması için içtenlikle ve doğru olarak cevaplamanız gerekmektedir. İlgi ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

EK-7 (DEVAMI)

Katılımcının Beyanı,

Sayın Zeynep Avcıoğlu tarafından yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarılarak bu araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmadım ve yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine ve sadece bu araştırma amacıyla kullanılacağı konusunda özen gösterileceğine inanıyorum. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangibir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum ve herhangi bir ödeme talep etmiyorum." **Araştırmaya Gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. Tıbbi bilgilerimin kullanılmasına izin veriyorum. Araştırmaya katılmayı kabul etmediğim takdirde, tedavimin aksatılmadan eksiksiz yapılacağını biliyorum."**

Yukarıdaki bilgileri okudum ve bu koşullarda, bu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir zorlama ve baskı altında kalmadan katılmayı kabul ediyorum.

( ) Araştırmaya katılmayı **kabul ediyorum**. Katılımcının Adı- Soyadı: İmza:

( ) Araştırmaya katılmayı **kabul etmiyorum**. Katılımcının Adı- Soyadı: İmza:

Araştırma ekibinde yer alan ve yetkin bir araştırmacının
Adı-Soyadı/ İmzası/ Tarih
Zeynep AVCIOĞLU

EK-8 ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	ZEYNEP	**Soyadı**	AVCIOĞLU
Doğ.Yeri	[redacted]	**Doğ.Tar.**	[redacted]
Uyruğu	[redacted]	**Email**	[redacted]

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Lisans	[redacted]	[redacted]

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Kurum - Görevi	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	[redacted]	[redacted]
2.	[redacted]	[redacted]
3.	[redacted]	[redacted]
4.	[redacted]	[redacted]

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**ÜDS/YDS/YÖK DİL Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	[redacted]	[redacted]	[redacted]		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	[redacted]	[redacted]	[redacted]

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Araştırmacı Olarak Katılınan Klinik Araştırmaları

Ödemişte bulunan annelerin bebek bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemlerin incelenmesi 25-27 Haziran İstanbul 7.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

Sülü Uğurlu, E., Başbakkal, Z., Dayılar, H., Çoban, V. , Ada Z.(2013). Ödemişte bulunan annelerin bebek bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemlerin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. Cilt:2/3, syf:342-360

Dayılar, H., Şişman N., Ada Z., Candan Dönmez, Y. (2016).Mastektomili hastalarda beden algısının benlik saygısı üzerine etkisinin incelenmesi. Ege Klinikleri Tıp Dergisi.Cilt:54/1. syf: 8-14

Sağlık Çalışanlarının Kesici Delici Aletlerle Yaralanma Deneyimleri ve Yaralanmaya Yönelik tutum ve Davranışları (2018, Ocak Kalite Kongresi)
Hastaneye Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerindeki Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi (2018, Ocak Kalite Kongresi)

Bıkmaz, Z., Metin Akten, İ., Avcıoğlu Z. (2018). Türkiye'de Sağlık Alanında Yapılan Çalışan Memnuniyeti Konulu Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. 1.Uluslararası Hemşirelik Ve İnovasyon Kongresi bildiri Kitabı. İstanbul. syf:108-117

Bıkmaz, Z., Özdemir Ö., Avcıoğlu Z. (2018). Türkiye'de Pulmoner Hipertansiyon Konusunda Yapılan Lisansüstü Çalışmalarda Hemşireliğin Yeri. 1.Uluslararası Hemşirelik Ve İnovasyon Kongresi bildiri Kitabı. İstanbul. syf:214-222

Özen, N., Sayılan Aydın A., Mut, D., Samet Sayilan, Zeynep Avcioglu, Nursen Kulakac, Tevfik Ecder, Neriman Akyolcu. (2020). The effect of chewing gum on dry

mouth, interdialytic weight gain, and intradialytic symptoms: A prospective, randomized controlled trial. Hemodialysis International (25)1, 94 - 103

Katıldığı Programlar / Sertifika Programları:

1. Uluslar Arası Katılımlı Evde Bakım Kongresi:2006, İzmir

İstanbul 7.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi: 25-27 Haziran 2008

Eğiticinin Eğitimi Sertifikası, 2015, Kırklareli