

BERNA NUR BERKER HEMŐİRELIK YL TEZİ

by Berna Nur Berker

Submission date: 02-Sep-2019 01:09PM (UTC+0300)

Submission ID: 1166203529

File name: Berna_Tez_02.09.2019.doc (4.05M)

Word count: 17404

Character count: 112450



KOÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MEME KANSERİ TEDAVİ SÜRECİNDEKİ KADINLARIN
FONKSİYONEL DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

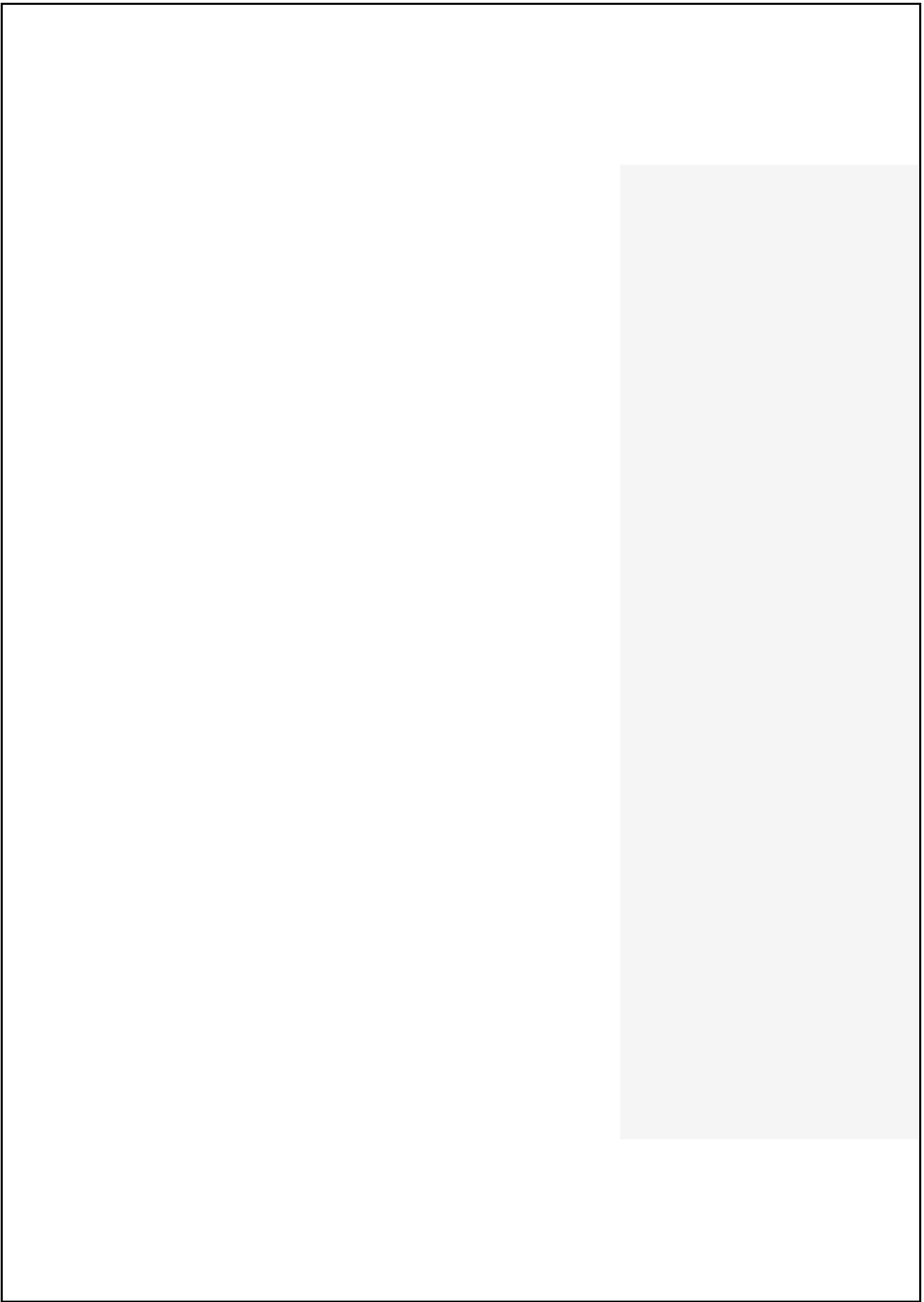
Berna Nur Berker

HEMŞİRELİKTE YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

(İç Hastalıkları Hemşireliği)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2019





KOÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MEME KANSERİ TEDAVİ SÜRECİNDEKİ KADINLARIN
FONKSİYONEL DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

Berna Nur BERKER

32
HEMŞİRELİKTE YÜKSEK LİSANS TEZİ
(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)
İSTANBUL-2019
Prof. Dr. Kafiye EROĞLU

79

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelikte Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Bema Nur Berker,

“MEME KANSERİ TEDAVİ SÜRECİNDEKİ KADINLARIN FONKSİYONEL
DURUMLARININ BELİRLENMESİ”

26
konulu Yüksek Lisans tezini ... tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

BAŞKAN

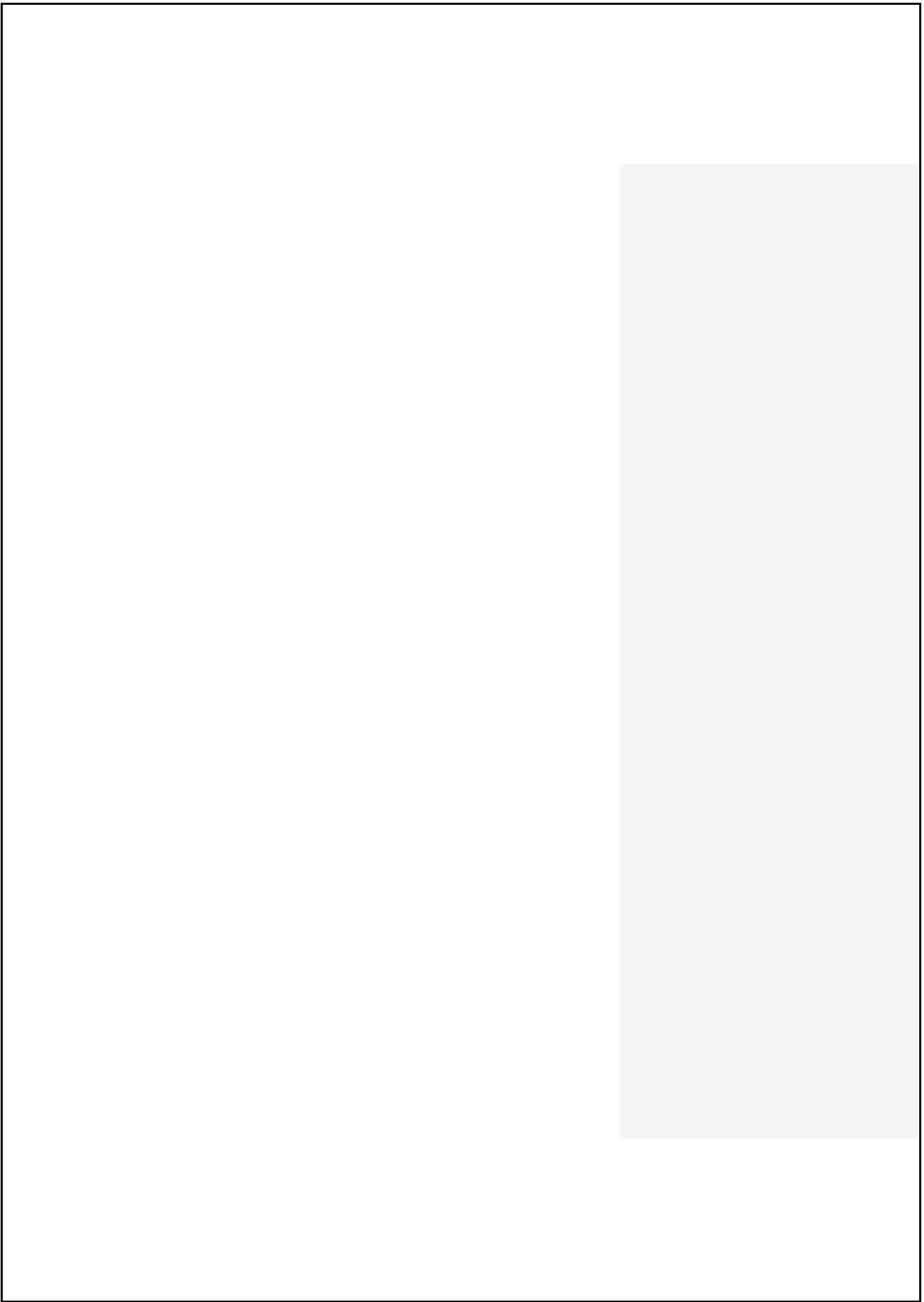
Prof. Dr. Kafiye Eroğlu

ÜYE

Prof. Dr. Perihan Güner

ÜYE

Prof. Dr. Besti Üstün



TEŞEKKÜR

27 Tez çalışmam boyunca benden vaktini, ilgisini ve desteğini esirgemeyen, bilgileriyle bana ışık tutan kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Kafiye EROĞLU'na, Tez önerisinden itibaren kapılarını hep açık tutup, katkılarıyla beni zenginleştiren değerli jüri hocalarım Prof. Dr. Perihan GÜNER ve Prof. Dr. Besti ÜSTÜN'e, Tecrübeleri ve güler yüzü ile bana rol model olan değerli hocam Doç. Dr. Şeyda ÖZCAN'a,

Lisans eğitimimden beri hemşirelik mesleğim için hep daha çok çalışmam konusunda ve her konuda maddi ve manevi desteklerini hep hissettiğim sevgili nişanlım Sefa DÖĞER'e,

Hemşireliği seçmem konusunda beni hep destekleyen ve mesleğimi bana sevdiren, eğitim hayatımda, yurtiçi ve yurt dışı deneyimlerimde beni destekleyen sevgili abim Dr. Cem YILMAZ'a,

10 Stresli araştırma dönemim boyunca yanımda olan değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Refika Genç KOYUCU ve Dr. Öğr. Üyesi Orkun GÜRBÜZ ile sevgili iş arkadaşlarıma, Destek ve dualarını eksik etmeyen başta kardeşim Kerem Berker, babam Hikmet Berker ve annem Süheyla Berker'e teşekkür ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Berna Nur BERKER

ÖZET

Meme Kanseri Tedavi Sürecindeki Kadınların Fonksiyonel Durumlarının Belirlenmesi

Meme kanseri tedavi sürecinde olan kadınların fonksiyonel durumlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Araştırma tanımlayıcı türde olup, Şubat 2019-Mayıs 2019 tarihleri arasında İstanbul Onkoloji Hastanesi Meme Hastalıkları birimi, radyoterapi ve kemoterapi birimlerinde yürütülmüştür. 18-75 yaş aralığında, tanısını bilen, tedavi sürecindeki 102 meme kanseri hastası araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırma için Koç Üniversitesi Etik Kurulu'ndan, ilgili kurumdan ve hastalardan yazılı izin alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan hasta tanımlayıcı anket formu ve Fonksiyonel Durum Ölçeği (Kanser) ile hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile incelenmiştir. Değerlendirmelerde Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmış ve tanımlayıcı istatistikler medyan (Min-Max) olarak verilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman sıra korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Çalışmada hastaların çoğunluğunun 30 yaş üzerinde, 53,41±11 yaş aralığında olduğu, %78,4'ünün evli %30,5'inin lisans ve üzeri seviyede eğitime sahip, %47,1'inin çalışmadığı ve %95inin sosyal güvenceye sahip oldukları belirlenmiştir. Hastaların %70,6'sının ekonomik durumunu gelir gidere eşit olarak belirttiği, %87,3'ünün ailesiyle birlikte yaşadığı, %75,5'inin bakımıyla yükümlü olduğu birey olmadığı ve %81'inin evinde başka bir hasta olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %74,5'inin bakımında aile bireylerinden yardım aldığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların %81,4'üne son 12 ay içerisinde meme kanseri tanısı konmuş olup, %88,2'sinin ilk kez meme kanseri tanısıyla karşılaştığı, %11,8'inin nüks meme kanseri tanısı aldığı, %81,4'ünün metastazının olmadığı belirlenmiştir. Tedavi alan hastaların %58,8'inde bilinen başka bir hastalık olmadığı, tedavi alan hastaların %84,3'ünün kemoterapi, %78,4'ünün cerrahi, %57,8'inin radyoterapi, %40,2'sinin hedefe yönelik tedavi ve %19,6'sının hormon tedavisi aldıkları saptanmıştır. Hastalara en çok uygulanan cerrahi uygulamalar arasında: %43,9 ile meme koruyucu cerrahi ilk sırayı almaktadır. Çalışmaya katılanların Fonksiyonel Durum Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortancası 116 (Min 60, Max:153) puandır. Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında en yüksek puanı alan fiziksel fonksiyonu (Med:45), psikolojik, genel iyilik hali sosyal ve gastrointestinal fonksiyon izlemiştir. Hastaların fonksiyonel durumları sosyodemografik özelliklerinden, hastalık özelliklerinden ve tedavi özelliklerinden etkilendiği saptanmıştır. Meme kanseri tedavi süresince hastanın fonksiyonlarının değerlendirilip fonksiyonel durumuna göre bakım verilmesi ve fonksiyonların iyileştirilmesi için hastalara eğitim verilmesi önerilir.

Anahtar Sözcükler: Meme Kanseri, Fonksiyonel Durum, Kanser Tedavisi

ABSTRACT

103

Determination Of Functional Status Of Women In Breast Cancer

69

Treatment Process

It is aimed to determine the functional status of women in the process of breast cancer treatment. The research was descriptive and conducted between February 2019-May 2019 in Istanbul Oncology Hospital Breast Diseases Unit, radiotherapy and chemotherapy units. The sample of the study consisted of 102 breast cancer patients aged 18-75 years who were diagnosed and treated. Written consent was obtained from Koç University Ethics Committee, relevant institution and patients. Data were collected through face-to-face interviews with the patient descriptive questionnaire and Functional Status Scale (Cancer), which was prepared by the researcher. The suitability of the data for normal distribution was examined by Shapiro Wilks test. Kruskal Wallis and Mann-Whitney U tests were used in the evaluations and the descriptive statistics were given as median (Min-Max). The relationships between the variables were examined by Spearman rank correlation coefficient. In the study, the majority of patients were over 30 years of age, 53.41 ± 11 years of age, 78.4% were married, 30.5% had undergraduate and higher education, 47.1% were not working and 95% had social security. It has been identified. It was determined that 70.6% of the patients stated their economic status as equal to income and expense, 87.3% lived with their families, 75.5% were not individuals with care and 81% were not another patient in their home. 74.5% of the patients received help from family members in their care. 81.4% of the patients included in the study were diagnosed with breast cancer in the last 12 months, 88.2% were first diagnosed with breast cancer, 11.8% were diagnosed with recurrent breast cancer, 81.4% no metastasis. There was no known disease in 58.8% of patients receiving treatment, 84.3% of patients receiving chemotherapy, 78.4% of surgery, 57.8% of radiotherapy, 40.2% of targeted treatment and hormone therapy was found in 19.6%. Among the most common surgical applications; With 43.9%, breast conserving surgery takes the first place. The mean score of the participants was 116 (Min 60, Max: 153) from Functional Status Scale. When the subscales of the scale were examined, physical function (Med: 45), psychological, general well-being, social and gastrointestinal function followed the highest score. Functional status of the patients was affected by sociodemographic characteristics, disease characteristics and treatment characteristics. During breast cancer treatment, it is recommended to evaluate the patient's functions and to provide care according to their functional status and to provide training for patients to improve their functions.

Keywords: Breast Cancer, Functional Status, Cancer Treatment

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	i
BEYAN	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER	viii
TABLolar	ix
GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi ...	
1.2. Araştırmanın Amacı...	
1.3. Araştırma Soruları ...	
2. GENEL BİLGİLER...	
2.1. Meme Kanseri	
2.1.1. Meme Kanserinin Tanımı	
2.1.2. Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi	
2.1.3. Meme Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	
2.1.4. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi	
2.1.5. Meme Kanserinin Sınıflandırılması ve Evrelendirilmesi	
2.1.6. Meme Kanserinin Tanılanması	
2.1.7. Meme Kanserinin Tedavisi	
2.1.7.1. Cerrahi Tedavi	
2.1.7.2. Radyoterapi	
2.1.7.3. Kemoterapi ve Hedefe Yönelik Tedavi	
2.1.7.4. Hormon Tedavisi	
2.2. Fonksiyonel Durum	
2.2.1. Fonksiyonel Durum Kavramı	
2.2.2. Meme Kanseri Tedavisinde Fiziksel Fonksiyon	
2.2.3. Meme Kanseri Tedavisinde Sosyal Fonksiyon	

2.2.4. Meme Kanseri Tedavisinde Psikolojik Fonksiyon	
2.2.5. Meme Kanseri Tedavisinde Genel İyilik Hali	
2.2.6. Meme Kanseri Tedavisinde Gastrointestinal Semptomlar (Bulantı)	
2.3. Meme Kanseri Tedavi Sürecinde Hemşirelik Bakımının Fonksiyonel Duruma Etkisi	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın tipi ...	
3.2. Araştırmanın yeri ve zamanı ...	
3.3. Araştırmanın evreni ve örneklemi ...	
3.4. Veri toplama araçları ...	
3.4.1. Hasta Tanıma Anketi	
3.4.2. Fonksiyonel Durum Ölçeği	
3.5. Verilerin Toplanması	37
3.6. Araştırma planı ...	
3.7. Verilerin değerlendirilmesi ...	
3.8. Araştırmanın sınırlılıkları ve yaşanan zorluklar	34
3.9. Etik Kurul Onayı ...	
4. BULGULAR ...	
5. TARTIŞMA ...	
6. SONUÇ VE ÖNERİLER ...	
7. KAYNAKLAR ...	
8. EKLER	

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

Aİ: Aromataz İnhibitörleri

FYÖ: Fonksiyonel Yaşam Ölçeği

MR: Manyetik Rezonans

GLOBOCAN: Global Cancer Observatory

AJCC: American Joint Committee On Cancer

TNM: Tumor, Node, Metastasis

HER2: Human Epidermal Growth Factor Receptor 2

ER: Estrogen Receptor

PR: Progesteron Receptor

MKC: Meme Koruyucu Cerrahi

SLNB: Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi

SERM: Selektif Östrojen Reseptör Modülatörü

ŞEKİLLER

Şekil 1. Meme Anatomisi

Şekil 2. Dünya her yaşta kadınlarda 2018 kanser insidans ve mortalite oranları

Şekil 3. Dünya her iki cinsiyette kanser insidans ve mortalite istatistikleri

Şekil 4. Türkiye'de 2018 yılında her iki cinsiyette görülen yeni kanser vakaları oransal grafiği

Şekil 5. Türkiye'de 2018 yılında kadın cinsiyette görülen yeni kanser vakaları oransal grafiği

Şekil 6. Türkiye her yaşta kadınlarda 2018 kanser insidans ve mortalite oranları

TABLÖLAR

Tablo 1. AJCC TNM Tümör Sınıflandırması

Tablo 2. AJCC TNM Lenf Nodu Sınıflandırması

Tablo 3. AJCC TNM Metastaz Sınıflandırması

Tablo 4. Tümör zelliklerine Göre Meme Kanseri Evreleri

Tablo 5. Fonksiyonel Yaşam leđi Alt Boyutları

Tablo 6. Ölçek bütünü ve alt ölçeklerin güvenirlik analizi

Tablo 7. Araştırma Takvimi

Tablo 8. Hastaların Bazı Tanımlayıcı zellikleri

Tablo 9. Hastaların Hastalık zelliklerine İlişkin Verilerinin Dağılımları

Tablo 10. Hastaların Fonksiyonel Durum leđinin Puan Ortalamalarının Dağılımları

Tablo 11. Hastaların Tedavi Rejimleri ile Alt lek ve lek Btn Puanları Arasındaki İlişkiler

Tablo 12. Hastaların Tanımlayıcı zelliklerine Göre Fonksiyonel Durum leđi ve Alt Boyutları

Tablo 13. Hastaların Hastalık zelliklerine Göre Fonksiyonel Durum leđi ve lek Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

17 1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Meme kanseri dünyada (Bray et al., 2018) ve ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanser türüdür (Gültekin & Boztaş, 2014). Kanserden ölüm sebeplerinde akciğer kanserinden sonra ikinci sırayı almaktadır. Kadınlarda ölüm sebeplerinde ise ilk sıradadır. Meme kanseri gelişmiş ülkelerde daha sık görülmekle birlikte, gelişmekte olan ülkelerde de giderek artış göstermektedir. Türkiye'de ise kadınlarda en sık görülen ilk on kanser türü arasında olup, yüzbinde 41,6 ile ilk sıradadır (Gültekin & Boztaş, 2014). Bununla birlikte bilim ve teknolojiadaki gelişmeler, kanser tanı ve tedavi yöntemlerinde ilerlemelere neden olmuş, tarama programları ile meme kanserinin erken evrede yakalanmasına ve tedavi edilmesine olanak sağlamıştır. Dolayısıyla meme kanserinde ortalama yaşam süresi artmıştır (Bray et al., 2018).

Meme kanserinde hastalığın evresine ve türüne göre tedavi yöntemleri kemoterapi, hormon tedavisi, radyoterapi, cerrahi ve hedefe yönelik tedavi olmak üzere değişebilmektedir (Bland, Copeland, Klimberg, & Gradishar, 2017; Sezer, Cosar Alas, Cicin, Hoscokun, & Tuncbilek, 2010). Her bir tedavi sürecinde hastalar farklı birçok sorun ve komplikasyonla baş etmek zorunda kalmaktadır (Runowicz et al., 2016; Senkus et al., 2015).

Cerrahi tedavilerde teknolojik gelişmelerle radikal mastektomi ve aksiller diseksiyonun yerini meme koruyucu cerrahi ve sentinel lenf nodu biyopsi teknikleri alsa da (Denizgil & Sönmez, 2015; Erdemir & Çırlak, 2013) lenf ödem ve hareket kısıtlılığı sorunları hastaların günlük yaşam aktivitelerini engelleyen komplikasyonlar olarak görülmektedir (Bakar, Berdici, Şahin, & Pala, 2014; Runowicz et al., 2016). Ayrıca memeye yapılan cerrahi müdahale veya memenin kaybı; kadınlarda memenin kadınlığı ve anneliği simgelemesi sebebiyle (Akdeniz, 2012; Çavdar, 2006; Emilee, Ussher, & Perz, 2010), beden imajında değişim, eşler arası ve aile içi rol-ilişkilerde bozulma ve cinsellikle ilgili psikososyal sorunlara neden olabilmektedir (Bayraktar, 2015; Denizgil &

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Sönmez, 2015; Ussher, Perz, & Gilbert, 2012). Bunun yanı sıra tüm cerrahilerde olduğu gibi meme cerrahileri sonrasında yaşanan ağrı da hastaların günlük yaşamlarını etkilemektedir (Bayraktar, 2015; Beyaz, Ergönerç, Altıntoprak, & Fuat Erdem, 2012; Bruce et al., 2014).

Hormonal tedavi sürecinde; azalmış östrojen seviyesi sebebiyle osteoporoz riski (Hines et al., 2010; Kuller, Matthews, & Meilahn, 2000) yanında menapozal dönemde yaşanan; sıcak basması, vajinal kuruluk, libidoda azalma gibi sorunlar yaşanabilmektedir (Burstein, Griggs, Prestrud, & Temin, 2010; Burstein et al., 2014; Çavdar, 2006; İzmirli et al., 2006).

Radyoterapi sürecinin; erken döneminde, alyuvarların etkilenmesine bağlı halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık, ışın alan bölgelerde; cilt reaksiyonları, bölgesel komşuluk sebebiyle özofajit ve disfaji sorunu yaşanabilmektedir. Geç dönemde ise, meme dokusunda renk değişiklikleri ve fibroz, akciğer hasarı, kosta kırılabilirliğinde artış sorunu görülebilmektedir. Yine lenf ödem ve omuz hareketlerinde kısıtlılık, brakial pleksopati, sol memeye ışın alan hastalarda kardiyak problemler görülebilmektedir (Aksu, 2015; Darby et al., 2013; Özçınar et al., 2010).

Kemoterapi sürecinde; tümörün boyutuna, türüne, biyolojik özelliklerine ve metastaz yapma ⁹⁷duruma göre farklı sistemik tedavi protokolleri kullanılmaktadır (Perez et al., 2014; von Minckwitz et al., 2012). Bu sistemik tedavilerde genel olarak, bulantı, kusma, halsizlik, nöropeni, nöropatiler, güçsüzlük, miyelosupresyonlar, kardiyak toksisite, alopesi, mukozitler, kognitif bozukluklar, kilo kaybı, rol kayıpları, beden algısında değişiklikler, ruh hali değişiklikleri, libidoda azalma, trombosit sayısında azalmaya bağlı kanama riski, kabızlık ve ishal gibi gastrointestinal sorunlar yaşanabilmektedir (Başaran & Çabuk, 2008; Gökmen, 2008).

Yukarıda belirtildiği hastalık varlığı ve tedavi süreci nedeniyle bireyler günlük aktivitelerini yerine getirmede zorlanma nedeniyle fiziksel, sosyal ve duygusal pek çok sorun yaşayabilmektedir. (Bektaş & Akdemir, 2006; Kokkonen et al., 2017). Buna bağlı olarak hastaların fonksiyonel ²⁹durumları kötüleşmekte ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir (Kokkonen et al., 2017, Smith, Avis, & Assmann, 1999; Wensing, Vingerhoets, & Grol, 2001). Literatürde fonksiyonel

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

durum bireyin ihtiyaçlarını bağımsız karşılayabilmesi, rollerini gerçekleştirilmesi, fizyolojik, ruhsal ve duygusal iyilik halini devam ettirebilmesi ile ilgili bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Leidy, 1994).

Mastektomi veya lumpektomi cerrahi tedavilerini almış meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada; her iki grubunda yaşam kalitesi puanlarının düşük, semptom yüklerinin fazla olduğu saptanmıştır (Chow et al., 2016). Başka bir çalışmada meme kanseri hastalarının yaşadıkları semptomların fonksiyonel durumlarını kötüleştirdiği, semptomlara göre fonksiyonel durumlarının farklılık gösterdiği, fonksiyonel durumu düşük olan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Dodd, Cho, Cooper, & Miaskowski, 2010). Ülkemizde ise meme kanserinin farklı boyutlarını araştıran pek çok çalışma (Akdeniz, 2012; Aksu, 2015; Bayraktar, 2015; Çavdar, 2006; Çeler, Özyurt, Elbi, & Özcan, 2017; Denizgil & Sönmez, 2015; Gökmen, 2008; İzmirli et al., 2006; Özçınar et al., 2010; Özkan & Alçalar, 2009) bulunmakla birlikte meme kanserli hastaların fonksiyonel durumlarını ortaya koyan sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmada akciğer, kolon ve meme kanseri tedavisi alan hastalar arasında meme kanseri hastaları fonksiyonel durumu en kötü olan grup olarak belirlenmiş ve geniş örneklem grubunda meme kanseri hastalarının fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi önerisinde bulunulmuştur (Bektaş & Akdemir, 2006).

Meme kanseri daha önce belirtildiği gibi kanser türlerine göre sağ kalımı yüksek ancak tedavi süreci ve etkileri uzun bir hastalıktır. Lokal tedavi sonrası sistemik tedavi (endokrin tedavi, hedefe yönelik tedavi) 10 yıl kadar sürmekte ve bu sürede hastanın tedaviye uyumu izlenerek fonksiyonel durumlarının takibi önem kazanmaktadır. Hemşireler meme kanseri tedavi sürecindeki kadınlarda yaşanan sorunların çözümü ya da şiddetinin azaltılması ve yaşam kalitesinin en iyi hale getirilmesinden sorumludur. Bireyin fonksiyonel durumunun belirlenmesi, sorunların doğru saptanmasına ve uygun bakım verilmesine olanak sağlamaktadır. Hastanın fonksiyonel durumu belirlendiğinde genel bir bakım değil hastanın ihtiyaçlarına özel bir bakım verilerek yaşam kalitesi yükseltilebilmektedir (Jaltuszewska & Basiński, 2016). Tedavi süresince hasta hastanede ve evde; hemşirenin bakım ve gözetimde olduğunda tedavilerin yan etkilerini daha az

22

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

yaşamakta ve tüm fonksiyonlarını daha bağımsız yerine getirebilmektedir (Burstein et al., 2010; Cardoso et al., 2017; Runowicz et al., 2016; Senkus et al., 2015).

Bu çalışma ile meme kanseri tedavisi almakta olan bireylerin fonksiyonel sağlık durumları belirlenerek, tedavilere göre bakım ihtiyaçları farklılıklarının ortaya çıkarılması hedeflenmiştir. Elde edilecek sonuca göre uygulanacak hemşirelik bakımının hastalarının yaşam kalitesi yükseltileceği düşünülmüştür.

1.2 Araştırmanın Amacı

Meme kanseri tedavi sürecinde olan kadınların fonksiyonel durumlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

1.3 Araştırma Soruları

Bu çalışmada aşağıda yer verilen sorulara yanıt aranmıştır:

1. Meme kanseri tedavi sürecinde olan kadınların fonksiyonel durum düzeyi nedir?
2. Meme kanseri tedavi sürecinde olan kadınların fonksiyonel durum alt boyutları (fiziksel, psikolojik, sosyal fonksiyonları, genel iyilik hali ve gastrointestinal semptomlar) ne düzeydedir?
3. Meme kanseri tedavi sürecinde olan kadınların sosyodemografik özellikleri ile fonksiyonel durum düzeyi arasında ilişki var mıdır?
4. Meme kanseri tedavi sürecinde olan kadınların hastalık özellikleri ile fonksiyonel durum düzeyi arasında ilişki var mıdır?

22

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

2. Genel Bilgiler

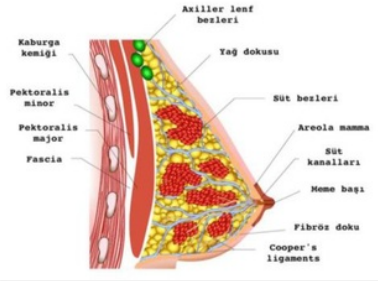
2.1. Meme Kanseri

2.1.1. Meme Kanserinin Tanımı

Bir organ veya dokudaki hücrelerin kontrolsüz olarak bölünüp çoğalmasıyla ortaya çıkan, çevre dokuları sarabilme özelliğine sahip, kan veya lenf sistemi yoluyla diğer organları yayılabilen hastalığa kanser denir. Malignite olarak da adlandırılabilir. Meme dokusundan kaynaklanan kansere meme kanseri adı verilir. En sık görülen meme kanseri türü süt kanallarından başlayan duktal karsinomlardır (NCI, 2016).

2.1.2. Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi

Meme pektoral fasiyanın önünde ikinci kosta ve altıncı kosta arasında yer alır. Meme Cooper ligamentleri (bağlar) ile torakal duvara sabitlenir. Meme glandula mammaria adı verilen meme bezleri, yağ doku ve bağ dokudan oluşmaktadır. Her meme 15-25 lobdan oluşup bu loblar lobüllere, lobüller ise "ductulilactiferi" adı verilen süt kanallarına açılmaktadır. Süt kanalları meme başında birleşir (Şekil 1). Memenin büyük çıkıntısı olan meme başının çevresi pigmentli bir alan olan areola ile çevrilidir (Bland et al., 2017; Nuralina, Boztepe, & Atakan, 2006; Şahinoğlu, 2009).



Şekil 7. Meme Anatomisi (Erkara, 2016)

Memenin sinir iletimi genellikle 4., 5. ve 6. interkostal sinirler aracılığı ile olmakla beraber meme başında 4. interkostalden gelen sinirler aracılığı ile süt akımı

inervasyonu sağlanmaktadır. Memede kanlanmayı aksiller arter dalları, intermaltorasik arter ve posteriorinterkostal arterler sağlamaktadır. Venöz dolaşımı aksiller intermaltorasik ve posteriorinterkostal venleri sağlar. Menstrual siklus boyunca memenin damarsallaşması (vaskularitesi) değişmektedir. Malign tümörlerin yayılımındaki rolü sebebiyle memede lenfatik drenajın klinik açıdan önemi büyüktür. Memenin lenfatik drenajı %75-80 oranında aksiller lenf nodları üzerinden, geriye kalan 20-25 lenf ise intermaltorasik bölgedeki lenf nodlarından drene olmaktadır (Bland et al., 2017; Özmen et al., 2012; Şahinoğlu, 2009; Vorherr, 2012).

Endokrin bir organ olan memenin primer fonksiyonu postpartum dönemde bebeği beslemektir. Meme embriyolojik dönemde klavikulerin orta hattı üzerinde bulunan ve süt çizgisi adı verilen epitelyal proliferasyon bölgesinde tek bir ektodermal tomurcuktan gelişir. Puberteye kadar, kız ve erkek çocuklarda aynıdır. (Bland et al., 2017; Özmen et al., 2012; Vorherr, 2012).

Pubertede, kız çocuklarında hormon stimülasyonu ile normal şeklini alır. Memenin gelişimi ve fizyolojik fonksiyonları endokrin olarak düzenlenir. Puberte döneminde meme dokusunun gelişimini sağlayan esas hormonlar östrojen ve progesterondur. Memeler normal şeklini aldıktan sonra kadınlarda menstrüelsiklus boyunca değişiklikler gösterirler. (Bland et al., 2017; Özmen et al., 2012; Vorherr, 2012).

Gebelik döneminde yine hormonlarla fizyolojik değişiklikler geçiren memede prolaktin etkisiyle kanallarlar büyür ve dallanır, lobüller gelişir, meme ağırlığı ve hacmi artar, areola pigmentasyonu en yüksek seviyeye gelir. Gebelik boyunca meme kolostrumla dolar ve postpartum döneminde salgılanmaya başlar. Emzirmenin kesilmesi ve laktasyonun durmasıyla zaman içerisinde memeler eski haline geri dönerler. (Bland et al., 2017; Özmen et al., 2012; Vorherr, 2012).

Menapoz döneminde ise östrojen ve progesteron azalmasıyla birlikte lobüler üniteler azalmaya başlar. Glandüler doku atrofiye uğrarken bunun yerini yağ dokusu almaya başlar. Bu yoğunluk azalması mammografi görüntülerinin duyarlılığının artmasına sebep olur (Bland et al., 2017; Özmen et al., 2012; Vorherr, 2012).

2.1.3. Meme Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanserinde etiyojisi tam olarak bilinmemektedir. Ancak literatürde bazı risk faktörlerinin meme kanseri riski ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. En bilinen risk faktörü yaş, cinsiyet, ırk gibi demografik faktörlerdir. (ACS, 2017; Bland et al., 2017; Özmen et al., 2012; Tao et al., 2015; Wellings, Vassiliades, & Abdalla, 2016; Yavuz & Dolgun, 2015).

Yaş meme kanserinde de önemli bir risk faktörüdür. Her 10 yaş yaşlanmayla meme kanseri riski 2 katına çıkmaktadır (ACS, 2017; "Breast cancer symptoms," 2018).

Kadın cinsiyetinde olmak en önemli risk faktörü olup erkek cinsiyete göre meme kanseri görülme oranı 100 kat fazladır (ACS, 2017; Bland et al., 2017; Özmen et al., 2012; Tao et al., 2015; Wellings et al., 2016; Yavuz & Dolgun, 2015).

Irak ve etnik kökenler arasında da meme kanseri insidansı arasında belirgin farklar bulunmaktadır. Latin olmayan beyaz kadınlar siyahilere göre 65-84 yaş arasında daha yüksek mortalite ve insidans oranlarına sahipken 40 yaş öncesi meme kanserinde siyahi kadınlarda meme kanseri insidansı daha yüksektir. Siyahi kadınların her yaşta meme kanserinden ölme sıklıkları beyaz kadınlara göre daha yüksektir ve spesifik alt tiplere bakıldığında siyahilerde en yüksek sıklıkta triple negatif olarak tanımlanan agresif prognozlu meme kanseri alt türü görülmektedir. Ayrıca Latin ve Asya ırklarında meme kanseri insidansı ve mortalite her yaşta daha düşüktür (ACS, 2017).

Östrojen hormonuna maruz kalma süresi meme kanseri riski ile ilişkili bulunmuştur. Hormon maruziyeti arttıkça meme kanseri riski artmaktadır (ACS, 2017; McPherson, Steel, & Dixon, 2000).

Birçok epidemiyolojik çalışma postmenapozal kadınlarda yaşam kalitesini artırmak için kullanılan hormon replasman tedavilerinin artmış meme kanseri riski ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmalar östrojen ve progesteron kombine replasmanı alan kadınlarda meme kanseri riskinin yalnız östrojen replasmanı alan kadınlara göre daha fazla arttığını göstermektedir (Chlebowski, Aragaki, & Anderson, 2015; Narod, 2011). Histerektomi yapılmış ve yalnız östrojen replasmanı alan kadınlarda ise meme kanseri riski azaldığı görülmüştür (ACS, 2017)

Erken menarş, geç menapoz, oral kontraseptiflerin kullanımı, ilk canlı doğumu geç yaşta yapmış olmak, hiç doğum yapmamış olmak gibi doğurganlıkla ilişkili durumlar meme kanseri riskini artırmaktadır (Burstein, Griggs, Prestrud, & Temin, 2010; Narod, 2011; Nelson et al., 2012; Özmen et al., 2012; Vorherr, 2012; Yavuz & Dolgun, 2015). İlk doğumlarını 20 yaşından önce dünyaya getiren kadınlarda meme kanseri gelişme riski %50 azalırken, ilk doğumlarını 35 yaşından sonra gerçekleştiren veya tam gebelik dönemi geçirmemiş olan kadınlarda meme kanseri riski yükselmektedir (Lambertini et al., 2016).

Daha önce meme kanseri tanısı almış bir kadının karşı memede veya aynı memenin başka bir yerinde tekrar meme kanseri görülme riski normal riskten 3-4 kat fazladır (Bray et al., 2018).

Bir kadının *anne, kız kardeş, teyze veya kızma meme kanseri teşhisi komulduysa* kadın daha yüksek risk altındadır (Schwab et al., 2015). Meme kanseri vakalarının kabaca %5 ile %10'unun kalıtsal kökenli olduğu düşünülmektedir (Bray et al., 2018). BRCA1 veya BRCA2 mutasyonu taşıyıcıları özellikle risk altındadır (Wellings et al., 2016). BRCA1 mutasyonu taşıyan kadınlar yaşamları boyunca %55-65 oranında meme kanserine yakalanma riskine sahipken BRCA2 mutasyonu taşıyan kadınlar %45 hastalık gelişme riskine sahiptir (Skol, Sasaki, & Onel, 2016).

Obezitenin premenapozal dönemde meme kanseri riskini artırmadığı düşünülmekte ve bu konu hakkında araştırmalar sınırlı bulunmaktadır (Nelson et al., 2012). Ancak postmenapozal kadınlarda meme kanseri gelişme riskinin obezite ile artış gösterdiği belirtilmektedir. Dört bağımsız çalışmanın metaanalizinde post menapozal obez olan kadınların östrojen Reseptör pozitif (ER+) meme kanseri gelişme riskinin 4 kat fazla olduğu ortaya çıkmıştır (Vrieling, Buck, Kaaks, & Chang-Claude, 2010).

Alkol tüketimi meme kanseri riskini artırmaktadır. Günde bir alkollü içecek tüketen kadınlarda alkol tüketmeyenlere kıyasla meme kanseri riski daha yüksek bulunmuştur. Elli üç çalışmanın meta analizinde, günde bir kez bir adet tüketilen alkollü içeceğin meme kanseri gelişme riskini %7 günde 2 ila 3 alkollü içecek tüketen kadınlarda %20 arttığı belirlenmiştir (Sanjosé Llongueras et al., 2002).

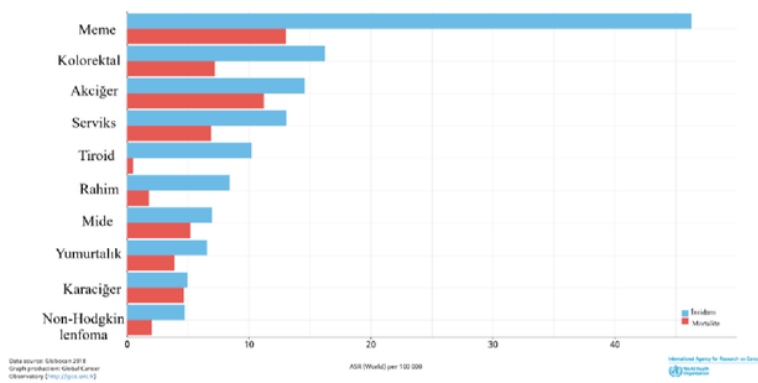
Aşırı radyasyona maruz kalma önemli bir risk faktörüdür. Radyasyon maruziyet yaşı küçüldükçe meme kanseri gelişme riski artış göstermektedir (Koo, Henderson, Dwyer, & Skandarajah, 2015).

62

2.1.4. Meme Kanseri İnsidansı

Meme kanseri dünyada kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Kadınlarda ölüm sebeplerinde ilk sırayı alan ve her yıl yeni tanı konan kanser vakaları içerisinde de en fazla görülen kanser türüdür. Meme kanseri gelişmiş ülkelerde daha sık görülmekle birlikte, gelişmekte olan ülkelerde de giderek artış göstermektedir. Meme kanseri vaka sayısında artış olmakla birlikte bilim ve teknolojiye gelişmelerle meme kanserinde ortalama yaşam süresinin arttığı ve meme kanserine bağlı ölüm hızının süreklilik göstererek yavaşladığı vurgulanmaktadır (Bray et al., 2018). GLOBOCAN 2019 raporunda; 2018 yılında 2.088.849 yeni meme kanseri vakası kaydedildiği belirtilmektedir. Tüm kanserler içinde her iki cinsiyete birlikte bakıldığında %11,6'sını sadece kadın cinsiyetine bakıldığında ise %46,3'ünü meme kanseri oluşturmaktadır. Kanserden ölüm nedenlerinin %13'ü de meme kanseridir (Şekil 2. ve Şekil 3.) (Bray et al., 2018).

Field Code Changed



Şekil 8. Dünya her yaşta kadınlarda 2018 kanser insidans ve mortalite oranları (Bray et al., 2018)

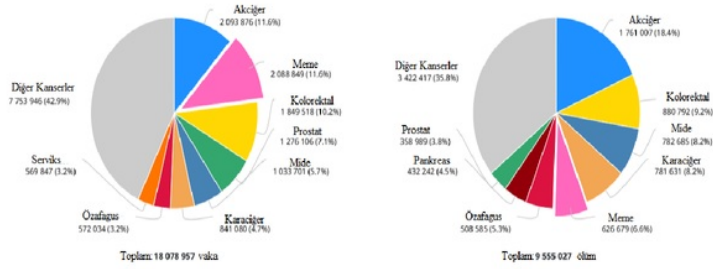
MEME

Kaynak: Globocan 2018



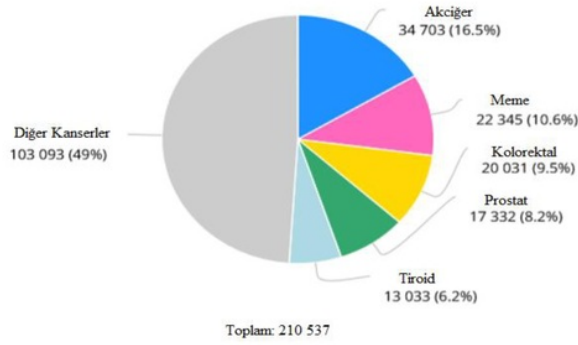
2018 yılında yeni vaka sayısı, her iki cinsiyette, her yaşta

2018 yılında ölümlerin sayısı, her iki cinsiyette, her yaşta

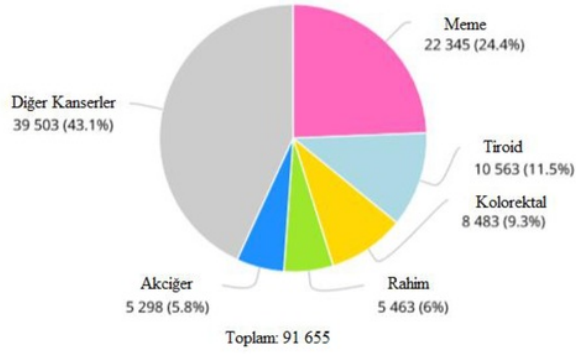


Şekil 9. Dünya her iki cinsiyette kanser insidans ve mortalite istatistikleri (Bray et al., 2018)

GLOCOBAN 2019 raporunda 2018 yılında Türkiye’de ortaya çıkan yeni kanser vaka sayısının 22.345 olduğu ve tüm kanserler içinde her iki cinsiyette %10.6 (Şekil 4.), kadın cinsiyetin de ise %24.4 oranında görüldüğü (Şekil 5.) saptanmıştır (Bray et al., 2018).



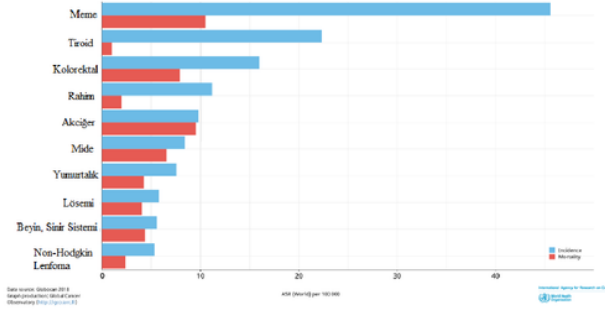
Şekil 10. Türkiye’de 2018 yılında her iki cinsiyette görülen yeni kanser vakaları oransal grafiği (Bray et al.,



2018)

Şekil 11. Türkiye’de 2018 yılında kadın cinsiyette görülen yeni kanser vakaları oransal grafiği (Bray et al., 2018)

Meme kanseri kanserden ölüm sebeplerinde 2018 yılında Türkiye’de kadın cinsiyeti için yüzde 10.5 ile mortalitesi en yüksek kanser türüdür (IARC, 2019).



Şekil 12. Türkiye her yaşta kadınlarda 2018 kanser insidans ve mortalite oranları (Bray et al., 2018)

2.1.5. Meme Kanserin Sınıflandırılması ve Evrelendirilmesi

Tüm kanserlerde tümörün evrelenmesi ve sınıflandırılması tedavi protokollerinin belirlenmesi için önem taşımaktadır. Meme kanserinin evresi tümörün boyutuna ve hormon reseptörlerinin olup olmasına göre değişmektedir. Eskiden evreleme yalnızca tümörün boyutu ve anatomik yayılım özelliklerine göre yapılırken, günümüzde diğer biyolojik faktörler evrelemede ve tedavi şemalarında önem kazanmıştır (Özmen et al., 2012).

Amerikan Kanser Komitesi (American Joint Committee for Cancer-AJCC) tarafından 1959 yılından itibaren tüm malign tümörler için TNM [T(tümör), N (bölgesel lenf Nodu), M (uzak Metastaz)] sınıflandırması kullanılmaya başlanmıştır. TNM sınıflandırması literatür değişiklikleri ile yenilenecek güncellenmektedir. Meme kanseri evresi, genellikle 0 ila IV arasında bir sayı olarak ifade edilmektedir (Amin et al., 2017; Sobin, Gospodarowicz, & Wittekind, 2011).

Tümör sınıflandırmasında tümörün anatomik özellikleri ve boyutu kullanılmaktadır (Tablo 1, 2, ve 3) (Amin et al., 2017).

Tablo 1. AJCC TNM Tümör Sınıflandırması (Amin et al., 2017)

Tümör Kategorisi	Tümör Özelliği
TX	Primer tümör değerlendirilemiyor.
T0	Primer tümör olduğuna dair kanıt yok
Tis (DCIS)	İn sitti duktal karsinom, invaziv olmayan primer tümör
T1	Tümör ≤ 20 mm in en büyük yerinde
T2	Tümör > 20 ve ≤ 50 mm en büyük yerinde
T3	Tümör > 50 mm en büyük yerinde
T4	Metastaz yapan herhangi bir boydaki tümör

Lenf Nodlarının sınıflandırılmasında klinik (cN) ve patolojik (pN) olmak üzere iki tür sınıflandırma yapılmaktadır (Tablo 2.)

Tablo 2. AJCC TNM Lenf Nodu Sınıflandırması (Amin et al., 2017)

Lenf Nodu Kategorisi	Lenf Nodu Özelliği
CNXb	Bölgesel lenf bezleri değerlendirilemiyor (örn. önceden çıkarılmış)
cN0	Bölgesel lenf nodu metastazı yok
cN1	Hareketli seviye I ve II aksiller lenf nodlarına metastazlar
cN1mic	Mikrometastazlar (yaklaşık 200 hücre, 0,2 mm'den büyük, ancak 2,0 mm'den büyük olmayan)
cN2	Sabit veya keçeleşmiş seviye I ve II aksiller lenf nodlarında metastaz

Tablo 2. AJCC TNM Lenf Nodu Sınıflandırması (Amin et al., 2017) (devam)

cN2a	Seviye I ve II aksiller lenf nodlarında birbirine bağlanmış veya diğer yapılardaki metastazlar
cN2b	Aksiller lenf nodu metastazı yokluğunda sadece iç meme lenf nodlarında metastazlar
cN3	Seviye III aksiller lenf düğümlerinde düzey I ve II aksiller lenf düğümü tutulumunda metastaz; veya seviye I ve II aksiller lenf nodu metastazı olan iç meme lenf nodlarında metastaz
cN3a	Seviye III aksiller lenf düğümlerinde metastaz
cN3b	İç meme lenf nodu ve aksiller lenf nodu metastazları
cN3c	Supraklaviküler lenf nodlarında metastazlar
Pnx	Bölgesel lenf düğümleri değerlendirilemiyor
pN0	Bölgesel lenf nodu metastazı tanımlanmadı
pN1	mikrometastazlar veya seviye 1-3 aksiller lenf nodlarında metastaz; ve / veya sentinel lenf nodu biyopsisi ile mikrometastaz veya makrometastaz içeren klinik olarak negatif iç meme lenf düğümleri
pN1mi	Mikrometastazlar (yaklaşık 200 hücre, 0,2 mm'den büyük, ancak 2,0 mm'den büyük olmayan)
pN1a	1-3 aksiller lenf nodlarında metastaz, 2,0 mm'den büyük en az bir metastaz

Tablo 2. AJCC TNM Lenf Nodu Sınıflandırması (Amin et al., 2017) (devam-
2)

pN1b	İç meme sentinel lenf bezlerinde metastazlar
pN1c	pN1a ve pN1b birlikte
pN2	4-9 aksiller lenf nodlarında metastaz; veya aksiller lenf nodu metastazı yokluğunda görüntüleme ile pozitif internal meme lenf nodları
pN2a	4-9 aksiller lenf nodlarında metastaz
pN2b	Mikroskopik onaya bakılmaksızın klinik olarak saptanan iç meme lenf düğümlerinde metastaz; patolojik olarak negatif aksiller lenf bezleri olan
pN3	10 veya daha fazla aksiller lenf nodunda veya seviye III aksiller lenf düğümlerinde metastaz
pN3a	10 veya daha fazla aksiller lenf nodunda metastaz veya seviye III aksiller lenf düğümlere metastazlar
pN3b	cN2b varlığında pN1a veya pN2a veya pN1b varlığında pN2a
pN3c	Supraklaviküler lenf nodlarında metastazlar

TNM sistemine göre uzak doku ve organ metastazı varlığı ve yokluğuna göre sınıflandırılmaktadır (Tablo 3.).

Tablo 3. AJCC TNM Metastaz Sınıflandırması (Amin et al., 2017)

Metastaz Kategorisi	Metastaz Özelliği
M0	Uzak metastazların klinik veya radyografik kanıtı yok
M1	Klinik ve radyografik araçlarla ve/veya histolojik olarak kanıtlanmış, 0.2 mm'den büyük metastazlarla tespit edilen uzak metastazlar

Bu sınıflandırmalar kanserin evresini belirler (Tablo 4.). Tüm bu sınıflandırmalar dışında tümörün biyolojik, histopatolojik özellikleri de evrelemede önemlidir. Anatomik evrelemeye ek olarak tümörün gradi, östrojen reseptör (ER) durumu, progesteron reseptör (PR) durumu, insan epidermal büyüme faktörü 2 reseptörü (Human Epidermal Growth Factor Receptor 2- HER2) durumu tümör evresini etkilemektedir. Neoadjuvan tedavi ile tam patolojik cevap alındığında evre belirtilmez. Araştırmalarda sağ kalımların incelenmesi bu evrelemelere göre yapıp kanserin prognozunun tahmini için evreleme önemlidir. Bu evrelere göre tedavi rehberleri güncellenmekte ve takip edilmektedir (Amin et al., 2017).

Tablo 4. Tümör Özelliklerine Göre Meme Kanseri Evreleri (Amin et al., 2017)

Evre	Tümör Özellikleri
Evre 0	Tis, N0, M0
Evre IA	T1, N0, M0
Evre IB	T0, N1mi, M0 T1, N1mi, M0
Evre IIA	T0, N1, M0 T1, N1, M0 T2, N0, M0
Evre IIB	T2, N1, M0 T3, N0, M0
Evre IIIA	T0, N2, M0 T1, N2, M0 T2, N2, M0 T3, N1, M0 T3, N2, M0
Evre IIIB	T4, N0, M0 T4, N1, M0 T4, N2, M0
Evre IIIC	Herhangi bir T, N3, M0
Evre IV	Herhangi bir T, herhangi bir N, M1

2.1.6. Meme Kanserinin Tanılanması

Meme kanserinin tanısında vazgeçilmez yöntem fizik muayene, görüntüleme ve sitopatolojiden oluşan üçlü tanı yöntemidir. Meme kanserinde taramasında düzenli kendi kendine meme muayenesi ve klinik meme muayenesi ile çeşitli görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Altın standart mamografi olup ayrıca meme ultrasonografisi, mamosintigrafisi, meme MR'ı (manyetik rezonans) ve duktografi gibi görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Ancak kesin tanı biyopsi

ile konulmaktadır. Genel olarak kullanılan biyopsiler; ince iğne aspirasyon biyopsisi, kesici iğne (core) biyopsi, vakum aspirasyonu biyopsisi, tel ile işaretli (stereotaktik) biyopsi, ve eksizyonel biyopsilerdir (Özmen et al., 2012; Senkus et al., 2015)

2.1.7. Meme Kanserinin Tedavisi

Meme kanseri tedavisi sistemik tedaviler ve lokal tedaviler olarak ikiye ayrılabilir. Cerrahi tedaviler ve radyoterapiler lokal tedavilerdir. Kemoterapi, hedefe yönelik tedaviler ve endokrin tedaviler ise sistemik tedavilerdir (Bland et al., 2017).

2.1.7.1. Cerrahi Tedavi

Meme kanserlerinde uygulanan cerrahi tedavilerin ilki mastektomidir. Mastektomi 1890'lı yıllardan itibaren uygulanmaya başlamıştır. Başlangıçta meme ile birlikte tüm pektoral kasların ve aksilla dokusunun rezeksiyonunu içeren radikal mastektomiler yapılırken zamanla pektoral kasların çıkarılmasının mastektomi sonrası yaşam süresini artırmadığı ve pek çok komplikasyona sebep olması sebebiyle pektoral kasların korunduğu modifiye radikal mastektomilere geçiş yapılmıştır. Günümüzde radikal mastektomi uygulaması tamamen son bulmuştur. Memeyi korumaya engel durum varsa veya hasta mastektomiyi tercih ediyorsa modifiye mastektomiler uygulanmaz. Meme kanseri erken evrelerdeyse, hastanın cerrahi sonrasında radyoterapi almasına engel bir durum yoksa, hasta kabul ediyorsa ve tümör meme oranı uygunsa meme kanserinde günümüzde meme koruyucu cerrahiler (MKC) uygulanmaktadır (Cardoso et al., 2017; Özmen et al., 2012).

2.1.7.2. Radyoterapi

Radyasyon tedavisi (radyoterapi), kanser hücrelerini öldürmek ve tümörleri küçültmek için yüksek doz radyasyon kullanan bir kanser tedavisidir (NCI, 2016). Meme kanseri tedavisinde radyoterapi küratif tedavi olarak tümörü yok etmek ya da cerrahi tedavi sonrası lokal nükslerden korunmak için, neoadjuvan tedavi olarak cerrahi tedavi öncesi tümör boyutlarını küçültüp ameliyat edilebilir boyuta getirmek amaçlı veya palyatif amaçla lokal nüks ve metastazların sebep olduğu ağrıyı azaltmak için kullanılır (Bland et al., 2017; Gradishar et al., 2018). Erken evre meme kanserinde uygulanan meme koruyucu cerrahilerden sonra radyoterapi nüks riskini

anlamli derecede azaltılmaktadır. Erken evre meme kanseri tedavi rehberlerinde postoperatif radyoterapi standart olarak bulunmaktadır (Gradishar et al., 2018). Tümör boyutu yeri ameliyat şekli ve metastaz durumu gibi özellikler ile ışınlanmanın türü ve şekli belirlenerek tüm meme veya parsiyel meme ışınlaması yapılır (Belka, 2013). Meme kanseri radyoterapi uygulamalarının komplikasyonlarını yönetmek hastanın yaşam kalitesi için önemlidir. Meme kanserinde radyoterapinin erken dönem komplikasyonları genellikle cilt reaksiyonları, memede ödem, yağ nekrozu, radyoterapi pnömonisi, distrofik kalsifikasyonlar ve plevral efüzyondur. Radyoterapinin tamamlanmasından yıllar sonra da gelişebilecek geç dönem komplikasyonlar ise meme fibrozisi, glandüleratrofi, emzirme bozuklukları, pulmoner fibrozis, kardiyomyopati, kol ödemi, omuz fonksiyon bozuklukları, brakial pleksopati, kot fraktürleri ve ışınlamaya bağlı gelişebilecek sekonder malignitelerdir(Senkus-Konefka & Jassem, 2006; Zur et al., 2016).

2.1.7.3. Kemoterapi ve Hedefe Yönelik Tedavi

Kanser hücrelerinin büyümesini, bölünmelerini durdurarak veya kanser hücrelerini öldürerek etki eden biyolojik ilaç tedavisine kemoterapi denir. Bu ilaçlar neoplastik ilaçlar veya sitotoksik ajanlar olarak da adlandırılırlar (NCI, 2016) .

Kemoterapi ameliyatlardan önce tümörün ameliyatla çıkarılabileceği boyuta gelmesi amacıyla neoadjuvan tedavi olarak kullanılabildiği gibi tek başına veya diğer tedavi yöntemleri ile kombine olarak adjuvan tedavi olarakta kullanılmaktadır. Adjuvan kemoterapi erken evre meme kanserinde oluşabilecek metastazları önlemek ve tam şifanın sağlanması amaçlı kullanılırken metastatik meme kanserinde tam şifa mümkün olmayıp sitotoksikler yaşam süresinin uzatılması ve semptomatik palyasyon amaçlı kullanılmaktadır (Gökmen, 2008).

Son yıllarda gelişen moleküler biyolojik teknolojiler ile hücre içinde hedefe etki eden ajanlar geliştirilmeye başlanmıştır. Kemoterapi ve radyoterapi şemaları ile kullanıldığında sağ kalımları artırması ve kemoterapiye göre daha az toksik olmaları sebebiyle bu hedefe yönelik tedavilerin kullanımı gün geçtikçe artış göstermektedir. Hedefe yönelik tedavilerin etki etmesi için hücre içinde bir hedefe bağlanmaları gerekmektedir. Bu nedenle hedefe yönelik tedaviler her hasta kullanılmayıp ancak hedef reseptörler pozitif olan hastalarda başarıyla kullanılmaktadırlar (Baykara,

2016). Meme kanserinde günümüz teknolojisinde HER2+ hastalarda hedefe yönelik tedaviler başarı ile uygulanmaktadır (Gradishar et al., 2018).

2.1.7.4. Hormonal Tedavi

Meme kanserinin bir kadın kanseri olarak görülmesinin sebebi östrojen hormonudur (ACS, 2017). Östrojen reseptör pozitif (ER+) ve progesteron reseptör pozitif (PR+) meme kanserleri tüm meme kanserlerinin %75 ini oluşturmaktadır. Yaşla beraber hormon reseptör meme kanseri görülme sıklığı artar (Miller et al., 2016).

Hormon tedavisinin hedefi östrojen üretiminin veya aktivitesinin engellenmesidir. Over ablasyonu veya östrojen baskılanması 50 yaş altı kadınlarda sağ kalımı uzatıp lokal nüksleri azaltmaktadır (Burstein et al., 2016).

Endokrin tedavide Selektif Östrojen Reseptör Modülatörleri (SERM) ve Aromataz İnhibitörleri (AI) kullanılır. Meme kanserinde başarıyla kullanılan SERM Tamoksifen ve Toremifen'dir(Gradishar et al., 2018). Tamoksifen infertilite tedavisinde kullanılan meme dokusunda östrojen üretimini baskımlarken kemik ve endometriyum östrojen üretimini artıran bir modülatördür. Hem postmenapozal hem premenapozal hastalarda kullanılmaktadır. Ancak premenapozal hastalarda doğurganlığı artırma etkisi bulunduğundan gebelikten korunma konusunda önlem alınmalı ve korunma konusunda hasta ve partneri eğitilmelidir (Paluch-Shimon et al., 2017; Paluch-Shimon et al., 2016). Cerrahi veya radyoterapi ile overablasyonu meme kanserinde nüksü azaltıp sağ kalımı uzatırken (Burstein et al., 2016), BRCA1 ve BRCA2 mutasyonu olan hastalarda over kanseri riskini de ortadan kaldırmaktadır. Radyoterapi ile overablasyonu abdominal ve kolon yapışıklıklarına sebep olabilirken laparoskopik cerrahi ile over ablasyonlarının yapılmasıyla gelişebilecek komplikasyonlar da azalmıştır (Bland et al., 2017). Postmenapozal kadınlarda androstenadion ve testosteron androjenleri yağ, kas ve meme gibi periferik dokularda aromataz enzimleriyle östojene dönüşür. Bu enzimlerin çalışmasını durdurarak serum östojenini düşürmek için postmenapozal hastalarda aromataz inhibitörleri kullanılır (Finlayson & Jacobs, 2010).

Östrojen reseptör modülatörleri ve aromataz inhibitörleri genellikle az yan etki gösterirler (Bland et al., 2017; Burstein et al., 2010; Ramchand, Lim, &

Grossmann, 2016). Başlıca görülen yan etkiler; kardiyovasküler yan etkiler (Foglietta et al., 2017; Lintermans & Neven, 2015; Xu, Chlebowski, Shi, Barac, & Haque, 2019; Zhao et al., 2015), kemik ve iskelet üzerindeki yan etkiler (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group, 2015; Hadji et al., 2017; Ramchand, Cheung, Yeo, & Grossmann, 2019), kas ve eklemlerle ilgili yan etkiler (Goss et al., 2016; Wright et al., 2017) ve jinekolojik yan etkilerdir (George et al., 2017; Lemke, Madsen, & Dains, 2017; Lyman, 2015; Šestak & Cuzick, 2016; Taylor & Jane Lowe Meisel, 2017). Özellikle aromataz inhibitörleri osteoporoz riskini artırmakta kemik yoğunluğunda azalmaya sebep olmaktadır. Aromataz inhibitörlerini kullanan tedavi öncesinde ve tedavi süresince düzenli olarak kemik dansimetresi ölçülmeli gerektiğinde kalsiyum, D vitamini ve bifosfonat grubu ilaçlarla kemik yoğunluğu korunmalıdır (Stratton et al., 2017; Thomas et al., 2017; Tremblay et al., 2018).

2.2. Fonksiyonel Durum

2.2.1. Fonksiyonel Durum Kavramı

Kanser tedavisinde gelişmeler, tedavilerin etkinliğinin artması, uzayan yaşam sürelerinin beraberinde hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal ve genel fonksiyonlarını da koruma ve iyileştirme ihtiyacını ortaya çıkarmıştır (Bektaş & Akdemir, 2006). Kanser hastalarının fonksiyonel durumlarını belirlemek için 1984 yılında Schipper ve arkadaşları tarafından Fonksiyonel Yaşam Ölçeği- Kanser (FYÖ-K) geliştirilmiştir (Schipper, Clinch, McMurray, & Levitt, 1984). Fonksiyonel durum bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığı ile ilişkili günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme, temel gereksinimlerini karşılama, günlük rollerini gerçekleştirme, sağlık ve iyilik durumunu sürdürme durumudur (Leidy, 1994).

2.2.2. Meme Kanseri Tedavisinde Fiziksel Fonksiyon

Meme kanserli hastalarda hastalık ve tedavinin etkilerine bağlı olarak fiziksel fonksiyonlarında bozukluklar meydana gelmektedir. Memenin cinsellikteki önemi ve endokrin bir organ olması sebebiyle meme kanseri hastaları sıklıkla cinsel problemler yaşamaktadır (Emilee et al., 2010; Taylor & Jane Lowe Meisel, 2017). Diğer başlıca kronik hastalıkları yönetememe, ağrı, yorgunluk, uyku örüntüsünde bozulma, hipertansiyon, kalp rahatsızlıkları, artrit, fiziksel aktivitede azalma, kilo değişimi, bulantı, kusma, diyare, konstipasyon, kilo kaybı, idrar yapma alışkanlığında değişiklik ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük, dispne ve lenfödem gibi sorunlar hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir.

2.2.3. Meme Kanseri Tedavisinde Sosyal Fonksiyon

Meme kanseri tedavisi süresince hastaların sosyal fonksiyonları, rolleri ve ilişkilerinde hastalığı algılama biçimlerine göre bozulmalar görülmektedir. Özellikle evlilik ve aile rollerinde karmaşa, sosyal izolasyon, iş kayıpları, yalnızlık, mali kaynakların tükenmesi gibi sosyal sağlık bozulmaları sıklıkla görülmektedir (Kroenke, Kubzansky, Schernhammer, Holmes, & Kawachi, 2006; Özdemir, 2017).

2.2.4. Meme Kanseri Tedavisinde Psikolojik Fonksiyon

Meme kanseri tanı sürecinde kadınların şok, inanamama ve inkâr tepkileri vermektedirler. Kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedaviler kadın tarafından beden imajına, cinsel kimliğe yönelik bir tehdit olarak algılanmaktadır (Eker & Aslan, 2017). Meme kanseri tanısından itibaren hastalar çaresizlik, ümitsizlik, korku, üzüntü ve yalnızlık yaşamaktadırlar (Aksan & Gizir, 2017). Meme kanseri hastalarında uzun süren yorgunluk ve uyku örüntüsünde bozulmalar majör depresyon belirtisi olabilir (Ho, Rohan, Parent, Tager, & McKinley, 2015). Meme kanseri hastalarında depresyon riskine karşı bakım veren hemşireler belirtilerin farkında olmalıdır (Maass, Roorda, Berendsen, Verhaak, & de Bock, 2015). Meme kanserinde yaşa göre kadının sosyal sorumluluklarını tehdit edebileceği için tanı konulan yaşam dönemi önemlidir. Benlik saygısına ve beden imajına zarar vermesi tüm kadınlarda tehdittir, fakat özellikle partneri olmayan genç bir kadın için bu tehdit daha ciddi olabilir. Meme kanserine yüklenen anlam da yaşa göre değişir. Güvenli bir evi ve ailesi olan ileri yaşta bir kadın için yaşamı sürdürme ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme daha önemli olabilir. Emziren bir kadın için emzirmenin kesintiye uğraması suçluluk duygusunu da ortaya çıkarabilir (Özmen et al., 2012). Özellikle cerrahi tedavi alan hastalarda beden imajında bozulmanın ve etkilerinin en az indirilmesi için kontrendikasyon yoksa hastaya erken rekonstrüksiyon önerilmeli ve uygulanmalıdır (Holland, Archer, & Montague, 2016). Meme kanseri tedavisi süresince geleceğe yönelik belirsizlik duygusu, nüks korkusu, ölüm korkusu, aylık kaygısı, öz yeterliliğini ve beden otonomisini kaybetme korkusu, görünümde değişme korkusu, kendini eksik hissetme, başkalarına muhtaç hale düşme korkusu, çekiciliğini ve cinsel fonksiyonlarını kaybetme endişesi, bakım verici rolünde zorlanma korkusu ve suçluluk gibi durumlar sıklıkla görülmektedir (Özkan & Alçalar, 2009).

2.2.5. Meme Kanseri Tedavisinde Genel İyilik Hali

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı "Sağlık; yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" şeklinde tanımlamaktadır (Karimi & Brazier, 2016). İyilik hali fiziksel, ruhsal ve sosyal

sağlığın iyi olmasıdır. Sağlık kavramından daha öte bir kavram olup Westgate iyilik halini “iyilik hali, bireyin duygusal ve fiziksel gereksinimlerini anlaması ve yaşam biçimini bu gereksinimleri doyumaya yönelik olarak düzenlemesini içeren bir kendine bakma sürecidir” olarak tanımlamıştır (Westgate, 1996). İyilik hali subjektif bir kavram olup kişinin kendini algılamasına göre değişebilir bir kavramdır (Somunoğlu, 1999). Kanser hastalarında iyilik hali fiziksel, mental ve sosyal fonksiyonların tamamının iyi olmasını içerir. İyilik hali kişinin geçmiş deneyimlerinden, yaş, cinsiyet, ekonomik durum, eğitim düzeyi, kültürel birikimi, inancı gibi sosyodemografik özelliklerinden etkilenen öznel bir kavramdır (Vachon, 2008).

2.2.6. Meme Kanseri Tedavisinde Gastrointestinal Semptomlar (Bulantı)

Bulantı ve kusma diğer kanser tedavilerine göre meme kanserinde daha az sıklıkta ve şiddette görülmektedir (Clemons et al., 2016). Son yıllarda kanser tedavisinde en önemli değişikliklerden biri mide bulantısı ve kusma sıklığını ve yoğunluğunu büyük ölçüde azaltan antiemetik tedavilerin geliştirilmesi olmuştur. Ancak halen kemoterapi sonrası bir çok hastada bulantı ve kusma görülmektedir (Navari & Aapro, 2016). Bulantı ve kusma hastalarda sıvı elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, anoreksiya, iştahsızlık gibi fizyolojik etkilere sebep olup hastanın yaşam kalitesini düşürmekte ve hastanın tedaviye uyumunu olumsuz etkilemektedir. Bu konuda gerekli profilaktik önlemler alınmalı, masaj, gevşeme egzersizleri ve benzeri nonfarmakolojik antiemetik yöntemler konusunda hasta ve ailesine eğitim verilmelidir (Arslan & Özdemir, 2015).

2.3. Meme Kanseri Tedavi Sürecinde Fonksiyonel Durum ve Hemşirelik Bakımı

Onkolojik hastalarda bakımın en önemli unsurlarından birisi hastaların yaşam kalitesidir. Sağlık ekibi ve bakım verenler mümkün olduğu kadar somatik semptomların şiddetinin azaltılması ve fonksiyonel durumun en iyi hale getirilmesini hedeflemekte ve bunun için çaba göstermektedir. Hastaların algıladıkları yaşam kalitelerini sosyodemografik özellikleri büyük ölçüde etkilemektedir. Doğru ve kişiye özel bakımın verilebilmesi bireyin fonksiyonel durumunun belirlenip

sorunlarının saptanmasına bağlıdır. Hastanın fonksiyonel durumu belirlendiğinde genel bir bakım değil hastanın ihtiyaçlarına özel bir bakım vererek yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmelidir (Jaltuszewska & Basiński, 2016).

Meme kanseri tedavisi hasta ve çevresini etkileyen uzun bir süreçtir. Meme kanserli hastanın bakımında hemşirenin görevleri meme kanserinden etkilenen insanların tanı, tedavi ve takip ilişkili fiziksel ve psikososyal durumlarının farkında olup, meme kanserinden etkilenen bireylere ve ailesine eğitim ve destek vermek, semptomlar için önlem almak ve multidisipliner ekibin parçası olup işbirlikçi bakım vermektir (Eicher et al., 2012; Karayurt & Andıç, 2011).

Memeye uygulanan her cerrahi girişimde ameliyat öncesi iyi bir değerlendirme, hasta eğitimi ve iyi bir hemşirelik bakımı hastanın komplikasyonlardan korunması ve homeostazın sağlanması açısından önemlidir. Meme cerrahisinden sonra kanama, enfeksiyon ve seroma kontrolü için drenaj kullanılmaktadır. Dren takibi yapılmalı ve drenaj miktarı 24 saatte ml altına düştüğünde dren çekilmelidir. Yara yeri enfeksiyonu açısından hasta izlenmeli, hasta ve bakım verenlerine eğitim verilmelidir. Hastada gelişebilecek lenfödemini önlemek ve eklem açıklığını sürdürmek için egzersizler öğretilmeli ve takibi yapılmalıdır. Cerrahi sırasında aksillaya bir müdahale yapıldıysa hasta kol ölçümleri yapıp düzenli olarak takip edilmelidir. Hastaya lenfödem hakkında bilgi verilmeli ve kolunu koruması öğretilmelidir (Bayraktar, 2015; Özmen et al., 2012).

Meme kanserinde radyoterapinin erken ve geç dönem komplikasyonlarının yönetiminde hastaya tedavi ile ilgili bilgi verilmeli ve hasta takip edilerek bütüncül hemşirelik yaklaşımıyla hastanın komplikasyonları önlenmeli veya en aza indirilmelidir (Hendershot et al., 2016).

Kemoterapi alan hastaların yaşadığı semptomlar kemoterapi hemşiresi tarafından yakından takip edilmelidir. Kemoterapik ajanlar tümörlerle birlikte normal vücut hücrelerini de etkilerler ve hastalar istenmeyen yan etkilere maruz kalmaktadırlar. Bu yan etkiler hemapoetik hücrelerin normal yapısının bozulması nedeniyle lökopeni, nötropeni, trombositopeni ve anemi gibi etkiler başlıca olmak üzere bulantı, kusma, halsizlik, nöropatiler, güçsüzlük, miyelosupresyonlar, kardiyak toksisite, alopesi, mukozitler, kognitif bozukluklar, kilo kaybı, rol kayıpları, beden algısında değişiklikler, ruh hali değişiklikleri, libidoda azalma, trombosit sayısında

azalmaya bağlı kanama riski, kabızlık ve ishal gibi gastrointestinal sorunlardır (Başaran & Çabuk, 2008; Bland et al., 2017; Can, 2015b; Gökmen, 2008). Semptomların kontrolünde hemşirelerin sorumlulukları vardır. Onkoloji hastalarına bakım veren hemşireler bu semptomlara karşı önlemleri almalı, hastaları takip etmeli ve erken müdahale ederek hastaların fonksiyonel durumlarını sürdürmesini sağlamalıdır (Andersen, Christensen, Kehlet, & Bidstrup, 2015; Can, 2015a; Şentürk, Bıçak, & Akça, 2018).

Hedefe yönelik tedavilerin başarıları kanser evreleme sistemlerinin yenilenmesinde önemli bir faktör olmuştur (Giuliano et al., 2017). Hedefe yönelik tedavilerin farklı yan etkileri vardır. Akne, cilt kuruluğu, saç ve tımak değişiklikleri gibi cilt reaksiyonları ile nadiren rastlanan kardiyak, pulmoner, metabolik ve oküler toksisiteler ve hipersensitiviteler de görülebilmektedir (Sodergren et al., 2016). Bu süreçte güvenli tedavinin uygulanması, tedavi sürecinde hastanın izlenmesi ve semptomların yönetimi hemşire sorumluluğundadır. Hemşireler ayrıca oluşan toksisiteleri izleyip kayıt tutmalıdır (Can, 2015a)

17

3. GEREÇ ve YÖNTEM:

3.1.Araştırmanın tipi

Bu araştırma tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul'da Meme Sağlığı Merkezi olarak kurulmuş ayrı tıbbi birimi olan hastanelerden İstanbul Onkoloji Hastanesinde yürütülmüştür. İstanbul Onkoloji Hastanesi; meme merkezi 50 yataklı olup, 1 uzman meme cerrahı, 1 meme radyoloğu, 2 meme patoloğu, 3 radyasyon onkoloğu, 3 medikal onkoloğu, 1 meme koordinatörü ve 32 hemşire ile tarama, tanı, tedavi ve takip hizmetlerinin tümünün yapıldığı bir merkezdir. Ayda ortalama 30, yılda yaklaşık 400 meme kanseri hastasına hizmet vermektedir. Burada hemşireler hastaların kliniğe gelişinden itibaren bütüncül bir bakım vermekte, tedavinin her aşamasında aktif rol almaktadırlar. Multidisipliner ekibin parçası olarak hastaların lenfödem takiplerini, port katater bakımlarını, seroma oluştuğunda seroma aspirasyonunu ve takibini yapar, hasta eğitimini verirler. Tedaviye bağlı gelişebilecek olası yan etkilerin önlenmesi, erken tanınması ve yönetiminden yine birincil sorumlu sağlık çalışanı hemşirelerdir.

30

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini hastanede Kasım 2017- Kasım 2018 tarihleri arasında bir yıl içinde tedaviye gelmiş 430 hasta oluşturmaktadır.

Örnekleme büyüklüğü güç analizi kullanılarak ortalama tahminine dayalı örnekleme büyüklüğü belirleme yöntemi ile hesaplanmıştır.

Ortalama tahminine dayalı örnekleme büyüklüğü yöntemi $n = Z^2\sigma^2/d^2$ formülü ile belirlenmiştir.

n: Örnekleme büyüklüğü

Z: Belirlenen güven düzeyi için belirlenen standart değer (%95 için Z:1,96)

σ : Tahmini standart Sapma (Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği için her alt boyut standart sapmaları ile hesaplama yapılmış en yüksek örneklem büyüklüğünü veren grup için fiziksel fonksiyonlar standart sapması olan 10.29 alınmıştır)

d: Hata marjı yüzdesi (%2)

$n=(1,96)^2 \cdot (10,29)^2 / 2^2=101,69 \sim 102$ Yapılan hesaba göre; %95 güven aralığında 102 hasta örneklem olarak belirlenmiştir.

Örneklem Seçim Kriterleri

Örneklemi oluşturacak bireyler aşağıda özelliklere göre seçilmiştir:

- Tanısını biliyor olmak,
- 18 - 75 yaş arasında olmak,(Geriatri semptomlarının sonucu etkilememesi için 75 yaş ve üzerindeki hastalar ile ergenlik dönemi değişimin yaşandığı 18 yaş altı (WHO, 2015).örnekleme alınmamıştır)
- Meme kanseri tanısıyla sistemik (kemoterapi, hormonoterapi veya hedefe yönelik tedavi) veya lokal (cerrahi, radyoterapi) tedavilerden en az birini alıyor olmak,
- Son tedavi kürü veya işlemini son 2 ay içerisinde almış olmak.

10

3.4. Veri Toplama araçları

Araştırmanın verileri; Tanımlayıcı Anket Formu (EK-1) ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (EK-2) (Bektaş & Akdemir, 2006) aracılığıyla toplanmıştır.

5

3.4.1. Tanımlayıcı Anket Formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından oluşturulmuş olup; kadınların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanan form üç bölümden ve 21 sorudan oluşmaktadır. *Birinci bölüm*; hastaların yaş, aile yapısı, ekonomik durumu, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, sağlık güvencesi ve destek mekanizmaları gibi sosyodemografik özelliklerini, *ikinci bölüm*; hastalık tanısı, süresi, önceki hastalık geçmişi ile metastaz ve nüks durumlarını, *üçüncü bölüm ise* tedavi şekli, tedavi süresi, kür zamanlarına ilişkin soruları içermektedir.

3.4.2. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (EK-2)

Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi amacı ile Schipper, Clinch, McMurray, ve Levitt tarafından 1984 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı katsayıları 0.64 ile 0.87 aralığında değişmektedir (Schipper et al., 1984& Levitt, 1984).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Bektaş ve Akdemir tarafından yapılmıştır (Bektaş & Akdemir, 2006). Güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık Cronbach Alpha kat sayısı 0,79 iken, alt boyutları; fiziksel fonksiyonlar 0,86, psikolojik fonksiyonlar 0,82, genel iyilik hali 0,73, sosyal fonksiyonlar 0,89 ve gastrointestinal semptomlar 0,91 olarak bulunmuştur. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği'nin geçerlik çalışması ise; ölçüt geçerliği, yapı geçerliği ve kapsam geçerliği yöntemleri kullanılarak yapılmıştır. Yapılan faktör analizlerinde tüm alt boyut ve ölçek maddelerinde faktör yükleri 0,40 olarak saptanmıştır.

Yedili likert tipinde hazırlanan ölçekte yanıtlar olumludan olumsuz doğru doğrusal skala puanlamasından oluşmaktadır (hiçbir zaman / sürekli, iyi değil / çok iyi, çok yeterli / çok yetersiz vb.). Ölçekte maksimum puan 154, minimum puan 22'dir. Yüksek puanlar fonksiyonel durumun çok iyi olduğunu düşük puanlar ise fonksiyonel durumun kötü olduğunu göstermektedir. Fiziksel Fonksiyonlar, Psikolojik Fonksiyonlar, Genel İyilik Hali, Sosyal Fonksiyonlar ve Gastrointestinal Semptomlar (Bulantı) olmak üzere 5 alt boyut ve 22 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte Fiziksel Fonksiyonlara ilişkin 9 madde, Psikolojik Fonksiyonlara ilişkin 6 madde, Genel İyilik Haline ilişkin 3 madde, Sosyal Fonksiyonlara ilişkin 2 madde ve Gastrointestinal Semptomlara ilişkin 2 madde bulunmaktadır (Tablo 5.).

Tablo 5. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Alt Boyutları

Alt Boyutlar	Soru Numaraları
Fiziksel Fonksiyonlar	4,6,7,10,11,13,15,20,22
Psikolojik Fonksiyonlar	1,2,3,9,18,21
Genel İyilik Hali	8,12,14
Sosyal Fonksiyonlar	16,19
Gastrointestinal Semptomlar	5,17

Bu çalışmada ölçek alt boyutları ve bütünü güvenirlik katsayıları değerlendirildiğinde “genel iyilik alt ölçeği” orta düzeyde bir güvenirlik katsayısına sahip olduğu, diğer alt ölçeklerin ve ölçek bütününe ise yüksek düzeyde güvenirlik katsayılarına sayısına sahip oldukları belirtilebilir (Tablo 6.).

Tablo 6. Ölçek bütünü ve alt ölçeklerin güvenirlik analizi

Ölçek	Madde sayısı	Cronbach Alpha
Fiziksel Fonksiyonlar	9	0,788
Psikolojik Fonksiyonlar	6	0,811
Genel iyilik Hali	3	0,567
Sosyal Fonksiyonlar	2	0,738
Gastrointestinal Fonksiyonlar	2	0,707
Fonksiyonel Durum Ölçeği	22	0,898

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, kurum izni alınmasından sonra yüz yüze görüşme yolu ile katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmesinin ve kişisel onam alınmasının ardından (EK-3) tanımlayıcı anket formu (EK-1) ve fonksiyonel durum ölçeği (EK-2) kullanılarak toplanmıştır. Ankete başlamadan önce katılımcılara anketin amacı, içeriği, süresi, gizlilik gibi konularda bilgi verilmiştir.

3.6. Araştırma Planı

Tablo 7. Araştırma Takvimi

AYLAR	Literatür tarama ve tez konusunun belirlenmesi	Tez önerisinin hazırlanması	Öneri sınavı	Etik kurul izni	İstanbul Onkoloji Hastanesi Kurum İzni	Verilerin toplanması	Veri analizi ve rapor yazılması	Tez bitirme sınavı
10.18	X							
11.18		X						
12.18			12.12.2018					
01.19				31.01.2019				
02.19					11.02.2019	X		
03.19						X		
04.19						X		
05.19						X		
06.19							X	
07.19							X	
09.19								X

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 22.0 programı ile yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile incelenmiştir. Verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmış ve tanımlayıcı istatistikler medyan (Min-Max) olarak verilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman sıra korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Kategorik verilerin tanımlayıcı istatistikleri frekans ve yüzde olarak verilmiştir. Tüm analizlerde "p" değerleri 0.05 'den eşit ve küçük değerler için istatistiksel olarak anlamlı yorumu yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Zorluklar

Araştırmaya başlarken İstanbul ilinde yer alan ve meme kanserli hastalara hizmet veren başka bir hastane ile izin için görüşülmüş ancak söz konusu kurumda çalışmanın yürütülebilmesi için tez danışmanı olarak klinikten bir hekimin görevlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu sebeple bu hastane araştırma planından çıkarılmış ve bu durum veri toplama süresinin uzamasına neden olmuştur.

3.9. Etik Kurul Onayı

Araştırma için Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 31.01.2019 tarih ve 2019.040.IRB3.023 karar nolu etik kurul izni (EK-4) ve İstanbul Onkoloji Hastanesi Başhekimliğinden 11.02.2019 tarihli kurum izinleri alınmıştır (EK-5).

Araştırmacı tarafından hazırlanan yazılı onam formu için hastaların isminin alınmaması belirtildiğinden hastalardan isimsiz yazılı onamları (EK-3) alınmıştır.

1 4. Bulgular

Bu bölümde araştırma verilerinin analizi ile elde edilen bulgular tanımlayıcı bulgular ve meme kanseri tedavi sürecinde kadınların fonksiyonel durum ölçek puanlarına ilişkin bulgular olmak üzere iki başlık altında toplanmıştır.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 8. Hastaların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler	S	%
Yaş		
<31	11	10.8
32-38	8	7.9
39-45	15	14.8
46-52	22	21.5
53-59	17	16.7
60-66	18	17.6
67 ve üzeri	19	18.7
Yaş ortalaması		
$\bar{x} \pm SS$: 53,41 \pm 11,97		
Medeni durum		
Evli	80	78.4
Bekar	22	21.6
Eğitim		
Okur-yazar değil	4	3.9
Okur-yazar	3	2.9
İlkokul	29	28.4
Ortaokul	5	4.9
Lise	30	29.4
Lisans ve Üzeri	31	30.5
Meslek		
Ev Hanımı	48	47.1
Memur	6	5.9
İşçi	14	13.7
Emekli	29	28.4
Serbest Meslek	5	4.9
Sosyal güvencesi		
Olan	97	95.1
Olmayan	5	4.9
Ekonomik Durum Algısı		
Gelir gidere göre az	8	7.8
Gelir gideri dengeler	72	70.6
Gelir gidere göre yüksek	22	21.6

Tablo 8. Hastaların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri (devam)

Evde kimlerle yaşıyor		
Yalnız	9	8.8
Ailesi ile	89	87.3
Bakım evinde	4	3.9
Bakmakla yükümlü olduğu kişi		
Olan	25	24.5
Olmayan	77	75.5
Ailesinde kendisinden başka hasta olması		
Olan	21	20.6
Olmayan	81	79.4
Bakımında yardım alma		
Alan	76	74.5
Almayan	26	25.5
Yardım Alınan Konu (n:76) *		
Hastane İşlemleri ve İlaç Alma	63	82.9
Ev İşleri ve Alışveriş	74	97.4
Beslenme ve Bireysel Temizlik	34	44.7
Maddi Destek	33	43.4
TOPLAM	102	100.0

*Hastaların birden fazla konuda yardım almaları nedeniyle n katlanmıştır.

Tablo 8'de hastaların çoğunluğunun 30 yaş üzerinde, yaş ortalamasının $53,41 \pm 11,9$ olduğu, %78,4'ünün evli %30,5'inin lisans ve üzeri seviyede eğitime sahip, %47,1'inin çalışmadığı ve, %95,1'inin sosyal güvenceye sahip oldukları görülmektedir. Kadınların %70,6'sının ekonomik durumunu gelir gidere eşit olarak belirttiği, %87,3'ünün ailesiyle birlikte yaşadığı, %75,5'inin bakımıyla yükümlü olduğu birey olmadığı ve %81'inin evinde başka bir hasta olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %74,5'inin bakımında aile bireylerinden yardım aldığı saptanmıştır. Yardım alan hastaların %97,4'ü ev işleri ve alışveriş, %82,9'u hastane işlemleri ve ilaç alma, %44,7'si beslenme ve bireysel temizliklerinde ve %43,4'ü ise maddi destek konularında yardım aldıklarını ifade etmiştir (Tablo 8.).

Tablo 9. Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Verilerinin Dağılımı

Hastalık Özellikleri	n=102	%
Tanı Süresi		
0-12 ay	83	81.4
13 ay ve üzeri	19	18.6
Alınan Tedavi *		
Kemoterapi**	86	84.3
Radyoterapi**	59	57.8
Cerrahi Tedavi**	80	78.4
Hedefe Yönelik Tedavi	41	40.2
Hormon Tedavisi	20	19.6
Tedavi şekli ***		
Kombine	88	86.3
Kombine olmayan	14	13.7
Metastaz		
Metastaz yok	83	81.4
Yakın metastaz	9	8.8
Uzak metastaz	10	9.8
Kanser Dışında Hastalık Varlığı		
Olan	42	41.2
Olmayan	60	58.8
Nüksü Olma		
Olan	12	11.8
Olmayan	90	88.2

*Hastaların birden fazla tedavi seçeneklerini almanın nedeniyle n katlanmışdır.

** Tedavi özellikleri bulgular içinde verilmiştir.

*** Hastaların birden fazla tedaviyi aynı anda alma durumlarına göre birden fazla tedavi çeşidi uygulanan hastalar kombine tedavi, tek tedavi şekli uygulanan hastalara kombine olmayan tedavi olarak gruplandırılmıştır.

Hastaların %81,4'üne son 12 ay içerisinde meme kanseri tanısı konmuş olup, %88,2'sinin ilk kez meme kanseri tanısıyla karşılaştığı, %11,8'inin nüks meme kanseri tanısı aldığı, %81,4'ünün metastazının olmadığı, %8,8'inin lenf nodu metastazı olduğu ve %9,8'inin uzak metastazı olduğu belirlenmiştir.

Tedavi alan hastaların %58,8'inde bilinen başka bir hastalık olmamakla birlikte %41,2'sinde farklı bir kronik hastalık bulunmaktadır. Tedavi alan hastaların %84,3'ünün kemoterapi, %78,4'ünün cerrahi, %57,8'inin radyoterapi, %40,2'sinin hedefe yönelik tedavi ve %19,6'sının hormon tedavisi aldıkları saptanmıştır. Hastaların %86,3'ü birden fazla tedavi şeklini kombine olarak alırken %13,7'si yalnız bir tedavi rejimi almaktadır (Tablo 9). Kombine tedavi alan hastaların %18,6'sı kemoterapi ve cerrahi tedavi, %17,6'sı kemoterapi+ radyoterapi+ cerrahi ve hedefe yönelik tedavi, %15,7'si kemoterapi+ radyoterapi ve cerrahi, %2'si radyoterapi ve hormon tedavisi, %2'si hormon ve hedefe yönelik tedavi alırken %2'si kemoterapi, cerrahi tedavi, hormon ve hedefe yönelik tedavi kombinasyonu aldıkları belirlenmiştir. Hastalara bireysel ve hastalık özelliklere bağlı olarak farklı cerrahi tedavi uygulanmıştır. Yapılan cerrahi uygulamalar arasında; %43,9 ile meme koruyucu cerrahi ilk sırayı alırken bu tedaviyi sırasıyla %20,7 ile meme koruyucu cerrahi ve aksiller diseksiyonun birlikte uygulanması, %18,3 ile mastektomi ve aksiller diseksiyon uygulanması, %11 ile mastektomi ve %6,1 ile mastektomi ile eş zamanlı rekonstrüksiyon cerrahi uygulamaları izlemiştir. Kemoterapi alan hastaların ortalama kür sayısı 10 (1-55) olup en son alınan kemoterapi üzerinden geçen gün ortalaması 21 (7-150)'dir. Radyoterapi alan hastaların ortalama kür sayısı 27,5 (1-35) olup son radyoterapi kürü üzerinde geçen gün sayısı ortalaması 5 (1-120)'dir. Cerrahi tedavilerin üzerinden geçen gün sayısı ortalama 67 (2-270) gündür.

4.2.Hastaların Fonksiyonel Durumlarına İlişkin Bulguları

Bu bölümde hastaların Fonksiyonel Durum Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları ve bağımsız değişkenlerle fonksiyonel durum arasındaki ilişkiye yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo 10. Hastaların Fonksiyonel Durum Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanlarının Dağılımı

n=102	(Min-Max)	Medyan
Fiziksel Fonksiyonlar	(19-63)	45
Psikolojik Fonksiyonlar	(12-42)	32
Genel iyilik hali	(5-21)	17
Sosyal Fonksiyonlar	(3-14)	12
Gastrointestinal Fonksiyonlar	(2-14)	14
Toplam Fonksiyonel Durum	(60-153)	116

Çalışmaya katılanların Fonksiyonel Durum Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortancası 116 olup minimum puan 60, maksimum puan 153 olarak hesaplanmıştır. Fiziksel fonksiyon puan ortancası 45, psikolojik fonksiyon puan ortancası 32, genel iyilik hali alt ölçek puan ortancası 17, sosyal fonksiyon alt ölçek puan ortancası 12 ve gastrointestinal fonksiyon alt ölçek puan ortancası 14 olarak bulunmuştur (Tablo 10). Araştırmamıza göre çalışmaya katılan hastaların fiziksel fonksiyonları orta, psikolojik fonksiyonları orta, genel iyilik halleri iyi, sosyal fonksiyonları iyi ve gastrointestinal fonksiyonları çok iyi olarak nitelendirilebilir. Toplam fonksiyonel durumlarının da 116 puan ile iyi olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 11. Hastaların Tedavi Rejimlerine Göre Fonksiyonel Durum Ölçeği ve alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Tedavi Rejimleri	Fiziksel Fonksiyon	Psikolojik Fonksiyon	Genel İyilik Hali	Sosyal Fonksiyon	Gastrointestinal Fonksiyon	Fonksiyonel Durum
Kemoterapi kür sayısı (n=88)	-0,184 (0,086)	-0,003 (0,981)	-0,171 (0,111)	-0,156 (0,147)	0,119 (0,270)	-0,104 (0,337)
Son kemoterapi tarihi gün (n=86)	-0,018 (0,866)	-0,057 (0,604)	-0,022 (0,843)	-0,002 (0,986)	0,196 (0,071)	-0,021 (0,851)
Radyoterapi kür sayısı (n=60)	-0,342 (0,008)	-0,136 (0,300)	-0,235 (0,071)	-0,343 (0,007)	-0,263 (0,042)	-0,325 (0,011)
Son radyoterapi tarihi gün (n=59)	-0,207 (0,116)	-0,338 (0,009)	-0,218 (0,097)	-0,244 (0,062)	0,066 (0,617)	-0,289 (0,027)
Son cerrahi tarihi gün (n=81)	-0,013 (0,907)	-0,051 (0,649)	0,003 (0,978)	-0,221 (0,047)	0,113 (0,314)	-0,062 (0,583)

*Spearman Korelasyon

Kemoterapi kür sayısı ve son kemoterapi üzerinden geçen gün ile fonksiyonel durum ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Radyoterapi kür sayısı ile fonksiyonel durum ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, radyoterapi kür sayısı ile fiziksel fonksiyon (, sosyal fonksiyon, gastrointestinal semptomlar ve ölçek bütünü arasında ters yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki ($p<0,05$) saptanmıştır. Radyoterapi kür sayısı ile diğer alt boyut ve toplam ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamakla birlikte ($p>0,05$). hastanın almış olduğu radyoterapi kür sayısı arttıkça hastaların fiziksel, sosyal, gastrointestinal ve genel fonksiyonel durumlarının olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Son radyoterapi tarihi ile fonksiyonel durum ölçeği ve alt ölçek boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, son radyoterapi tarihi gün sayısı ile psikolojik fonksiyon alt ölçeği ($p<0,05$) ve ölçek bütünü ($p<0,05$) arasında ters yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Son cerrahi tarihi günü ile fonksiyonel durum ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, sadece sosyal fonksiyon alt ölçeği arasında ters yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Cerrahi işlem ardından geçen süre arttıkça hastaların sosyal fonksiyonlarının düştüğü ortaya çıkmıştır (Tablo 11).

25
Tablo 12. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Fonksiyonel Durum Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	n	Fonksiyonel Durum Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları															
		Fiziksel Fonksiyon			Psikolojik Fonksiyon			Genel İyilik Hali			Sosyal Fonksiyon			Gastrointestinal Semptomlar			TOPLAM
		Median 40 (min-max)	Sıra ort.	Median (min- max)	Sıra ort.	Median (min- max)	Sıra ort.	Median (min- max)	Sıra ort.	Median (min- max)	Sıra ort.	Median (min- max)	Sıra ort.	Median (min- max)	Sıra ort.	Median (min- max)	Sıra ort.
Yaş																	
<31 yaş (a)	11	37,5 (33-48)	37,5	28,5 (24-34)	41,25	13 (5-21)	48,00	8,5 (5-13)	38,63	12,5 (8-14)	47,38	99 (81-126)	36,38				
32-38 yaş arası (b)	8	47,5 (26-53)	55,94	27,5 (26-35)	40,38	18 (13-21)	63,38	11 (3-14)	47,50	13 (11-14)	51,94	119,5 (82-129)	51,25				
39-45 yaş arası (c)	15	51 (33-63)	63,67	32 (13-41)	50,50	15 (11-21)	41,83	12 (6-14)	59,03	11 (8-14)	37,10	121 (80-143)	54,50				
46-52 yaş arası (d)	22	43,5 (19-63)	45,93	27 (12-42)	40,48	15 (6-21)	44,75	12 (3-14)	51,32	14 (8-14)	68,50	109 (60-153)	45,00				
53-59 yaş arası (e)	17	40 (24-63)	43,00	35 (12-41)	60,47	17 (10-21)	52,06	10 (3-14)	43,79	14 (5-14)	58,15	112 (77-152)	49,26				
60-66 yaş arası (f)	18	48,5 (24-63)	58,97	35,5 (22-41)	66,56	18 (9-21)	62,14	13 (3-14)	58,86	13 (6-14)	47,75	128,5 (66-152)	64,47				
67 yaş ve üzeri (g)	19	43,5 (25-63)	49,86	33 (17-42)	49,50	17 (9-21)	52,14	11 (4-14)	50,00	12,5 (2-14)	40,92	116 (67-153)	49,56				
χ^2		7,02		11,018		6,503		4,373		16,77		5,904					
sd		6		6		6		6		6		6					

P	0,319	0,088	0,369	0,626	0,010	0,434
----------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Tablo 12. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Fonksiyonel Durum Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (devam-1)

Post Hoc ^{***}		c-d: 0,001									
		d > c									
Medeni Durum											
Evli	46 (19-63)	32 (12-42)	52,12 (6-21)	17 (6-21)	54,33 (3-14)	12 (3-14)	52,744 (2-14)	14 (2-14)	50,47 (60-153)	116 (60-153)	52,44
Bekar	44 (25-54)	29,5 (15-40)	49,25 (5-21)	15 (5-21)	41,23 (3-14)	11 (3-14)	47 (5-14)	14 (5-14)	55,25 (81-133)	113 (81-133)	48,09
z/p**	-0,493/0,622	-0,403/0,687	-1,849/0,064	-0,823/0,411	-0,726/0,468	-0,611/0,541					
Eğitim											
Okur yazar (a)	42 (19-59)	36 (12-41)	50,29 (9-21)	19 (9-21)	57 (3-14)	13 (3-14)	60,29 (3-14)	14 (3-14)	55,29 (60-149)	120 (60-149)	47,36
İlkokul (b)	43 (25-56)	47,86 (12-42)	28 (6-21)	13 (6-21)	38,21 (3-14)	12 (3-14)	46,59 (2-14)	12 (2-14)	44,67 (67-145)	109 (67-145)	42,97
Ortaoku l (c)	40 (32-41)	29,90 (18-39)	46,10 (11-18)	18 (11-18)	54,70 (10-14)	12 (10-14)	61,40 (11-14)	13 (11-14)	44,70 (83-120)	115 (83-120)	43,40
Lise (d)	47 (24-63)	58,53 (13-42)	54,12 (12-21)	17,5 (12-21)	61,52 (3-14)	12 (3-14)	54 (8-14)	14 (8-14)	57,72 (80-153)	121 (80-153)	57,43
Lisans ve Üzeri (e)	47 (24-63)	54,27 (23-42)	57,13 (5-21)	17 (5-21)	52,48 (3-14)	11 (3-14)	50,10 (5-14)	13 (5-14)	52,11 (66-153)	122 (66-153)	55,98
χ²	6,229	3,408	9,732	2,359	3,812	4,849					

df	4	4	4	4	4	4	4
p*	0,183	0,492	0,045	0,670	0,432	0,303	0,303

Tablo 12. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Fonksiyonel Durum Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (devam-2)

Meslek	Post Hoc***												
	d> b												
Ev Hanımı	48	42	44,35	32	47,25	15	44,22	12	50,89	14	50,19	111	44,79
		(19-63)		(12-42)		(6-21)		(3-14)		(2-14)		(60-145)	
Memur	6	40	44,75	29,5	44,08	17	54,08	10,5	46,92	11,5	38,25	107	44,75
		(32-54)		(24-35)		(12-21)		(8-14)		(5-14)		(94-127)	
İşçi	14	48	56,93	28,5	46	18	57,43	11	42,50	13	48,43	125,5	51,82
		(26-53)		(24-41)		(5-21)		(3-14)		(10-14)		81-129	
Emekli	29	46	59,43	35	59,67	18	57,76	12	56,43	14	53,67	125	60,67
		(24-63)		(17-42)		(9-21)		(3-14)		(7-14)		(66-153)	
Serbest Meslek	5	60	67	37	69,20	20	65,40	14	59,50	14	76	145	69,90
		(33-63)		(28-41)		(15-20)		(7-14)		(14-14)		(97-152)	
χ^2			7,063		5,870		5,981		2,746		5,884		7,511
sd			4		4		4		4		4		4
P*			0,133		0,209		0,201		0,601		0,208		0,111
Sosyal güvence													
Olan	97	44	51,22	32	50,75	17	51,67	11	49,75	14	50,76	115	50,79

	(19-63)	(12-42)	(5-21)	(3-14)	(2-14)	(60-153)							
Olmayan	5	47	56,90	34	66,10	12	48,20	14	85,50	14	65,90	121	65,20
	(43-47)	(32-36)	(9-21)	(14-14)	(11-14)	(109-132)							
z/p**	-0,419/0,675	-1,133/0,257	-0,257/0,797	-2,692/0,007	-1,207/0,228	-1,062/0,288							

Tablo 12. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Fonksiyonel Durum Ölçeği ve Altı Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (devam-3)

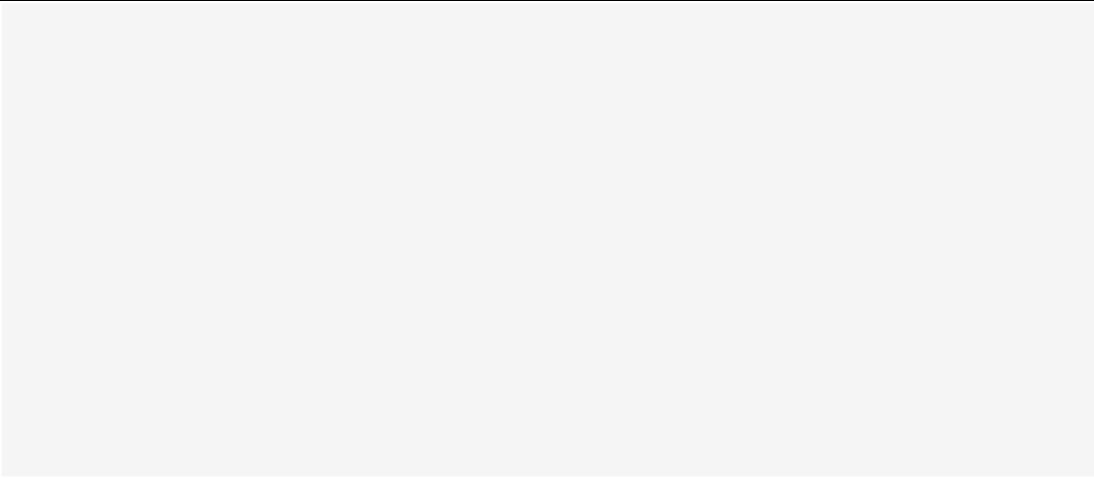
Ekonomik Durum Algısı													
Gelir gidere göre az	8	42	42,25	32	47,94	12	27,25	10,5	42,13	11	25,56	108,5	35,69
	(19-51)	(12-36)	(9-17)	(3-14)	(6-14)	(60-120)							
Gelir gidere dengeler	72	42	47,90	31,5	48	17	51,98	11	49,88	14	51,74	114	48,70
	(24-63)	(13-42)	(5-21)	(3-14)	(2-14)	(66-153)							
Gelir gidere göre yüksek	22	51	66,64	35	64,25	17,5	58,75	14	60,23	14	60,16	128	66,41
	(26-63)	(12-41)	(12-21)	(3-14)	(9-14)	(77-152)							
X ²		7,629	5,224	6,787	3,062	9,396	8,526						
df		2	2	2	2	2	2						
p*		0,022	0,073	0,034	0,216	0,009	0,014						

Post Hoc***
b-c: 0,011
a-c: 0,001
a-b: 0,015
a-c: 0,001
a-c: 0,005
b-c: 0,016
a<c
a<b
a<c
b<c

Bakımla Yüklü Olduğu Kişi

Olan	25	43	52,66	28	44,48	17	58,60	12	57,28	14	52,02	109	52,10
	(32-63)	(17-42)	(11-21)	(8-14)	(6-14)	(83-153)							
Olmayan	77	47	51,12	33	53,78	17	49,19	12	49,62	14	51,33	117	51,31

	(19-63)	(12-42)	(5-21)	(3-14)	(2-14)	(60-153)
z/p^{**}	-0,226/0,821	-1,367/0,172	-1,388/0,165	-1,148/0,251	-0,109/0,913	-0,117/0,907



Tablo 12. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Fonksiyonel Durum Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (devam-4)

Ailesinde kendisinden başka hasta olması													
Olmaya	81	47	52,30	32	17	50,60	12	50,74	14	51,77	117	51,30	
n		(19-63)	(12-42)	(5-21)	(3-14)	(2-14)	(60-153)						
Olana	21	42	48,40	33	18	54,95	11	54,43	13	50,48	115	52,39	
n		(33-59)	(17-41)	(11-21)	(7-14)	(9-14)	(90-149)						
z/p**		-0,539/0,590	-0,274/0,784	-0,603/0,546	-0,520/0,603	-0,192/0,847	-0,137/0,891						
Bakımda Yardım Alma													
Alan	76	47	43,74	32	15	15,28	12	10,64	13,5	11,87	115	112,67	
n		(24-63)	(15-42)	(5-21)	(3-14)	(2-14)	(66-153)						
Almaya	26	43	43,38	31	17	17,12	10,5	10,08	14	12,77	118,5	111,92	
n		(19-60)	(12-41)	(11-21)	(3-14)	(5-14)	(60-145)						
z/p**		-0,215/0,829	-0,800/0,424	-1,475/0,140	-0,965/0,335	-1,088/0,277	-0,142/0,887						

*Kruskal Wallis **Mann Whitney U ***Bonferroni

Yaş ile fonksiyonel durum ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, Bonferroni düzeltmesi yapılmış 36-45 yaş grubu ile 46-52 yaş grubu arasında ($\alpha^*=\alpha/k=0,05/18=0,0027$), yaş ile sadece gastrointestinal semptomlar alt ölçeği arasında aynı yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer alt boyut ve toplam ölçek puanı ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). İki grup arasında yaş arttıkça gastrointestinal semptomların iyileştiği görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 12).

Medeni durumlarına göre hastaların fonksiyonel durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 12).

Eğitim durumları incelendiğinde eğitim durumu arttıkça genel iyilik halinin arttığı görülmüştür. Bonferroni düzeltmesi yapıldığında lise mezunlarının genel iyilik hali alt boyut puanları ile ilkokul mezunlarının genel iyilik hali alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Lise mezunu grubun genel iyilik hali ilkokul mezunlarından daha yüksektir ($p>0,05$) (Tablo 12).

Mesleklerine göre gruplar karşılaştırıldığında fonksiyonel durum ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 12).

Sosyal güvence durumlarına göre gruplar arasında yalnızca sosyal fonksiyon alt boyut puan türünde düşük düzeyde anlamlı ilişki ($p<0,05$) (Tablo 12) bulunmuştur.

Ekonomik durum algısına göre fonksiyonel durum ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, fiziksel fonksiyon, genel iyilik hali, gastrointestinal semptomlar alt boyut puanları ve toplam fonksiyonel durum ölçeği puanları arasında anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Geliri giderinden yüksek hasta grubunun fiziksel fonksiyonları geliri giderinden yüksek ve geliri giderinden az hasta gruplarına göre daha yüksektir. Geliri giderinden az hasta grubunun genel iyilik hali alt boyut puanı geliri gidere denk ve geliri giderden yüksek hasta gruplarına göre anlamlı olarak daha düşüktür. Geliri giderinden az olan hasta grubunun gastrointestinal semptomları geliri gidere denk ve geliri giderinden fazla hasta gruplarından daha kötüdür. Geliri giderinden çok olan hasta grubunun toplam Fonksiyonel Durum Ölçeği puanları geliri giderine denk hasta gruplarına ve geliri giderinden az hasta gruplarına göre anlamlı daha yüksektir ($p>0,05$) (Tablo 12).

6 Bakımına yardımcı olunması durumu ile fonksiyonel durum ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 12).

6 Ailede kendisinden başka hastanın bulunma durumu ile fonksiyonel durum ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 12).

6 Bakmakla yükümlü olduğu kişinin bulunma durumu ile fonksiyonel durum ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 12)

Tablo 13. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Fonksiyonel Durum Ölçeği ve Ölçek Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Özellikler	N	Fonksiyonel Durum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları																
		Fiziksel Fonksiyon			Psikolojik Fonksiyon			Genel İyilik Hali			Sosyal Fonksiyon			Gastrointestinal Semptomlar			TOPLAM	
		Median (Min-max)	Sıra ort.	Median (Min-max)	Sıra ort.	Median (Min-max)	Sıra ort.	Median (Min-max)	Sıra ort.	Median (Min-max)	Sıra ort.	Median (Min-max)	Sıra ort.	Median (Min-max)	Sıra ort.	Median (Min-max)	Sıra ort.	
Tam Süresi																		
0-12 ay	83	44 (19-63)	50,34 (12-42)	32 (5-21)	17 (5-21)	51,81 (3-14)	11 (3-14)	49,31 (2-14)	14 (2-14)	49,02 (60-153)	50,03 (60-153)	115 (60-153)	49,02 (60-153)	115 (60-153)	50,03 (60-153)	115 (60-153)	50,03 (60-153)	
13 ay ve üzeri	19	49 (25-63)	56,58 (15-42)	34 (6-20)	18 (6-20)	50,13 (3-14)	14 (3-14)	61,04 (13-14)	14 (13-14)	62,32 (74-153)	57,92 (74-153)	125 (74-153)	62,32 (74-153)	125 (74-153)	57,92 (74-153)	125 (74-153)	57,92 (74-153)	
z/p**		-0,831/0,406	-0,172/0,863	-0,225/0,822	-0,225/0,822	-1,594/0,111	-1,594/0,111	-1,910/0,056	-1,910/0,056	-1,049/0,294	-1,049/0,294	-1,049/0,294	-1,049/0,294	-1,049/0,294	-1,049/0,294	-1,049/0,294	-1,049/0,294	
Tedavi Şekli																		
Kombine olan	88	47 (26-63)	55,95 (22-41)	32 (5-21)	17 (5-21)	51,36 (3-14)	12 (3-14)	51,02 (5-14)	13 (5-14)	43,02 (81-152)	52,88 (81-152)	117 (81-152)	43,02 (81-152)	117 (81-152)	52,88 (81-152)	117 (81-152)	52,88 (81-152)	
Kombine olmayan	14	44 (19-63)	50,35 (12-42)	32 (6-21)	17 (6-21)	51,54 (3-14)	12 (3-14)	51,62 (2-14)	14 (2-14)	53,70 (60-153)	51,14 (60-153)	115 (60-153)	53,70 (60-153)	115 (60-153)	51,14 (60-153)	115 (60-153)	51,14 (60-153)	
z/p**		-0,775/0,438	-0,559/0,576	-0,025/0,980	-0,025/0,980	-0,085/0,933	-0,085/0,933	-1,593/0,111	-1,593/0,111	-0,240/0,810	-0,240/0,810	-0,240/0,810	-0,240/0,810	-0,240/0,810	-0,240/0,810	-0,240/0,810	-0,240/0,810	

Tablo 13. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Fonksiyonel Durum Ölçeği ve Ölçek Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (devam-1)

Metastaz													
Metastaz yok (a)	83	47 (19-63)	55,83 (12-42)	32 (12-42)	52,76 (5-21)	17 (5-21)	53,20 (3-14)	12 (3-14)	50,14 (2-14)	14 (2-14)	51,21 (60-153)	120 (60-153)	54,32
Yakın Metastaz (b)	9	40 (24-44)	30,06 (24-39)	34 (24-39)	53,89 (13-21)	17 (13-21)	55,44 (5-14)	12 (5-14)	56,11 (6-14)	14 (6-14)	53,89 (94-120)	109 (94-120)	41,22
Uzak Metastaz (c)	10	41 (25-47)	34,90 (13-35)	27 (13-35)	38,90 (9-17)	15 (9-17)	33,80 (3-14)	13 (3-14)	58,60 (3-14)	13,5 (3-14)	51,75 (71-125)	109 (71-125)	37,35
X ²		9,681	2,028		4,058		1,011		0,079				4,132
df		2		2		2		2		2			2
p*		0,008		0,363		0,131		0,603		0,961			0,127
Post Hoc***		a-b: 0,017 a-c: 0,028 a>b a>c											
Kanser Dışında Hastalık Varlığı													
Olmayan	60	47 (19-63)	56,32 (12-42)	32 (12-42)	51,34 (5-21)	17 (5-21)	55,16 (3-14)	12 (3-14)	53,43 (5-14)	14 (5-14)	52,43 (60-153)	117 (60-153)	54,28
Olan	42	42,5 (24-59)	44,62 (20-42)	31,5 (20-42)	51,73 (6-21)	16 (6-21)	46,27 (3-14)	11 (3-14)	48,74 (2-14)	13,5 (2-14)	50,17 (66-149)	115 (66-149)	47,52
z/p**		-1,968/0,049	-0,065/0,948		-1,501/0,133		-0,806/0,420		-0,412/0,681				-1,136/0,256
Nüfus													
Olan	12	51 (25-63)	67,42 (27-42)	37 (27-42)	74,71 (11-21)	16,5 (11-21)	56,67 (3-14)	12 (3-14)	51,88 (8-14)	13 (8-14)	48,42 (84-153)	125,5 (84-153)	66,29
Olmayan	90	43 (19-63)	49,38 (12-42)	31 (12-42)	48,41 (5-21)	17 (5-21)	50,81 (3-14)	12 (3-14)	51,45 (2-14)	14 (2-14)	51,91 (60-153)	114 (60-153)	49,53
z/p**		-1,987/0,047	-2,897/0,004		-0,647/0,517		-0,048/0,962		-0,416/0,678				-1,845/0,065

Tablo 13. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Fonksiyonel Durum Ölçeği ve Ölçek Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (devam-2)

Uygulanan Cerrahi		82											
Mastektomi (a)	14	51 (19-60)	31,5 (12-41)	40,43 (9-21)	16 (9-21)	40,43 (3-14)	11,5 (3-14)	41,18 (11-14)	14 (7-14)	49,11 (60-145)	121 (83-153)	45,14	
Meme Koryucu Cerrahi (b)	36	47 (32-63)	33,5 (17-42)	47,78 (9-21)	18 (9-21)	46,68 (7-14)	12 (7-14)	47,58 (7-14)	14 (7-14)	41,97 (67-153)	120,5 (83-153)	49,93	
Mastektomi ve Aksiller Diseksiyon (c)	15	42 (24-49)	24 (17-36)	30,27 (9-21)	16 (9-21)	40,30 (3-14)	9 (3-14)	36,23 (7-14)	14 (7-14)	38,53 (66-132)	94 (66-132)	31,20	
Meme Koryucu Cerrahi ve Aksiller Diseksiyon (d)	17	29 (24-63)	27 (20-42)	39,00 (6-20)	16 (6-20)	32,47 (3-14)	10 (3-14)	33,53 (2-14)	14 (2-14)	36,85 (67-153)	94 (67-153)	29,74	
χ^2		15,593	6,072	4,261	5,245	2,913	11,815						
df		3	3	3	3	3	3						
p*		0,001	0,108	0,235	0,155	0,405	0,008						
Post Hoc***		b-d: 0,001											
		b>d											

Tablo 13. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Fonksiyonel Durum Ölçeği ve Ölçek Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (devam-3)

Tedavi Şekli	17	47	54,59	32	51,97	18	53,26	12	51,32	13	37,91	117	52,68
		(33-63)		(22-41)		(5-21)		(4-14)		(5-14)		(81-152)	
kemoterapi (a)	17	47	54,59	32	51,97	18	53,26	12	51,32	13	37,91	117	52,68
Kemoterapi ve Cerrahi (Fogelietta et al.)	22	43,5	41,34	31	44,05	17	47,39	11,5	44,11	11,5	41,11	112	41,45
		(24-63)		(17-42)		(9-21)		(3-14)		(3-14)		(66-153)	
Radyoterapi ve Cerrahi (c)	10	53	66,60	30	41,00	19	57,50	13	62,20	14	61,55	128,5	59,05
		(32-56)		(15-41)		(9-21)		(10-14)		(11-14)		(83-145)	
Kemoterapi, radyoterapi ve Cerrahi (d)	46	43	44,71	33,5	49,95	16	44,28	11	45,54	14	52,08	112,5	47,00
		(19-63)		(12-42)		(6-21)		(3-14)		(2-14)		(60-153)	
P		0,058		0,640		0,442		0,275		0,038		0,334	
Post Hoc***													

a-c:0,023
a-d:0,043
a<c a<d

* Kruskal Wallis **Mann Whitney U ***Bonferroni

Tablo 13'te görüldüğü gibi tanı süresi 0-12 ay ile 1-5 yıl olan hastaların fonksiyonel durum ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastanın hastalığının metastaz durumuna göre fonksiyonel durum ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında sadece "fiziksel fonksiyon alt ölçek" puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). "Metastaz yok" grubunun "fiziksel fonksiyon alt ölçek" puanları "yakın metastaz" ve "uzak metastaz" gruplarından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. "Metastaz yok" grubunun ölçek puanı "yakın metastaz" ve "uzak metastaz" gruplarının ölçek puanlarından daha yüksektir. "Fiziksel fonksiyon alt boyut" puanı bakımından uzak metastaz ile yakın metastaz arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 13).

Kanser dışında hastalık bulunma durumuna göre fonksiyonel durum ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; sadece fiziksel fonksiyon alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kanser dışında hastalık olmayanların fiziksel fonksiyon alt boyut puanları daha yüksektir (Tablo 13).

Tedavi şekli gruplarına göre fonksiyonel durum ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında ilişkiye bakıldığında; sadece gastrointestinal fonksiyon alt boyut puanında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Gastrointestinal fonksiyon alt boyut puanı ile kemoterapi grubu ile "Radyoterapi ve Cerrahi" ve "Kemoterapi, radyoterapi ve Cerrahi" grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kemoterapi grubunun gastrointestinal fonksiyon alt boyut puanı diğer gruplara göre daha düşüktür (Tablo 13.).

Kanserin nüks olma durumuna ile fonksiyonel durum ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; ölçeğin sadece fiziksel fonksiyon ve psikolojik fonksiyon alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ölçeğin fiziksel fonksiyon alt boyut puanı ile nüks olanların puanı ilk kez meme kanseri tanısı konanlara göre daha yüksektir. Psikolojik fonksiyon alt boyut puanı ile nüks olanlarda olmayanlara göre daha yüksektir (Tablo 13). Uygulanan cerrahi tipi ile fiziksel fonksiyon alt boyut puanı ve toplam fonksiyonel Durum Ölçeği puanları arasında fark anlamlı bulunurken ($p<0,05$) diğer alt boyutlarda

anlamsız bulunmuştur. ($p>0.05$). Çoklu gruplarda Bonferroni düzeltmesi yapılmış olup yalnız meme koruyucu cerrahi geçiren hastaların fiziksel fonksiyon alt boyut puanları, meme koruyucu cerrahi ve aksiller diseksiyon uygulanan hastaların fiziksel fonksiyon alt boyut puanlarından daha yüksek bulunmuştur (Tablo 13).

5. TARTIŞMA

Meme kanseri tedavi süreci kadınları fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak etkileyen uzun bir süreçtir. Tüm bu süreçlerin yönetimi için hastaların fonksiyonel durumları belirlenmeli hangi fonksiyonlarının azalıp nasıl bir bakım gereksinimi olduğu saptanmalıdır (Bektaş & Akdemir, 2006; Kokkonen et al., 2017). Bu çalışma da meme kanseri tedavisi gören hastaların fonksiyonel durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamızda meme kanseri tedavisi gören hastaların fonksiyonel durumlarına bakıldığında hastaların toplam fonksiyonel durum ölçeği puan ortancası 116 (60-153) ile iyi durumdadır (Tablo 10). 2012'de Akciğer kanseri hastaları ile yapılan bir çalışmada hastaların toplam fonksiyonel durum ölçeği puan ortalamaları 103.3 ± 21.7 olarak bulunmuş olup (Yaranoğlu, 2012), 2019'da yapılan bir başka çalışmada meme kanserli kadınların tedavi sürecinde toplam fonksiyonel durum ölçeği puan ortalamaları $107,93 \pm 14,4$ olarak bulunmuştur (Aybar, 2019). Ölçeğin alt boyut puanlarına baktığımızda en yüksek puandan en düşük puana göre incelendiğinde ilk sırayı fiziksel fonksiyon alırken bunu psikolojik, genel iyilik hali, gastrointestinal semptomlar ve sosyal fonksiyon izlemiştir (Tablo 10.). Çalışma sonucumuz literatürle kısmen benzerlik göstermektedir. Erden (2015)'in çalışmasında ilk üç fonksiyon çalışmamızla benzer sırayı izlemiş (fiziksel, psikolojik genel iyilik hali) diğer iki fonksiyonda bizim sonucumuzdan farklı olarak sosyal fonksiyonu gastrointestinal semptomlar izlemiştir. Bu farklılığın sebebi hastaların farklı sosyodemografik özellikleri olabilir.

Meme kanserinde radyoterapinin erken döneminde sıklıkla cilt reaksiyonları, memede ödem, yağ nekrozu, radyoterapi pnömonisi, distrofik kalsifikasyonlar ve plevral efüzyon gibi semptomlar görülmektedir. Radyoterapi sonrası görülebilecek geç dönem komplikasyonlar ise meme fibrozisi, glandüler atrofi, emzirme bozuklukları, pulmoner fibrozis, kardiyomyopati, kol ödemi, omuz fonksiyon bozuklukları, brakiyal pleksopati, kot fraktürleri ve ışınlamaya bağlı gelişebilecek sekonder malignitelerdir. Radyoterapi kür sayısı arttıkça memeye alınan ışın artar ve bu komplikasyonların görülme sıklığı artabilir (Senkus-Konefka & Jassem, 2006; Zur et al., 2016). Araştırmamızda radyoterapi

kür sayısı arttıkça kadınların fiziksel ve sosyal fonksiyon puanlarının düştüğü ($p<0,05$), ortaya çıkmıştır (Tablo 11). Bu durum yüz yüze görüşülen kadınların ifadelerinde belirttikleri üzere bağışıklık sistemlerinin zayıflaması sebebiyle kimseyle görüşmek istememeleri, birçoğunun tedavi dışında evden çıkmak istememelerine ve biriyle görüşürse hasta olacaklarını düşündüklerinden tedavi süresince sosyal ortamlarından kendilerini izole etmelerine dayandırılabilir.

Çalışmamızda literatürde olmayan son radyoterapi tarihi üzerinden geçen gün sayısı ile psikolojik fonksiyon ve toplam fonksiyonel durum puanı arasında ters yönde anlamlı ilişki ($p<0,05$) saptanmıştır (Tablo 11.). Bu sonuç, çalışmaya alınan hastaların tedavi süreçleri devam etmekte iken son kür üzerinden süre geçtikçe bir sonraki tedavi tarihinin yaklaşıyor olması nedeniyle anksiyetelerinin artmış olabileceğini düşündürülebilir.

Meme cerrahisi geçirmiş kadınların ameliyattan sonraki 5 yıl boyunca algıladıkları sosyal destek üzerine yapılan nitel bir çalışmada (Drageset, Lindström, Giske, & Underlid, 2016) Kadınların cerrahi geçirdikleri sırada yeterli sosyal desteği gördüklerini, yakınlarını yanlarında bulduklarını ancak ilk yıldan itibaren sosyal desteklerinin azaldığını, çevrelerinin artık onlara teşhis değil normal bir birey olarak baktığı için ilgilerinin normalleşip azaldığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Çalışmamızda literatürü destekler özellikle olup son cerrahi işlem üzerinden geçen zaman ile sosyal fonksiyon arasında ters yönde anlamlı ilişki ($p<0,05$) saptanmıştır (Tablo 11). Hastaların cerrahi operasyonları üzerinden geçen zaman arttıkça sosyal fonksiyonlarının azaldığı söylenebilir.

Meme kanseri tanısından tedavi sürecine kadar genellikle genç hastalar beden imajında meydana gelen değişimlerden daha çok etkilenmektedir (Paterson, Lengacher, Donovan, Kip, & Tofthagen, 2016). Kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedaviler kadın tarafından beden imajına ve cinsel kimliğe yönelik bir tehdit olarak algılanmaktadır (Eker & Aslan, 2017). Meme kanseri tanısı almasından itibaren hastalar üzüntü, çaresizlik, ümitsizlik, korku ve yalnızlık yaşamaktadırlar (Aksan & Gizir, 2017). Genç kadınlarda genellikle daha agresif meme kanseri türleri görülmekte ve tedavilerinde cerrahiye ek

olarak kemoterapi ve radyoterapi sıklıkla kullanılmaktadır (Johnson, Chien, & Bleyer, 2013). Literatür tedavi sonrası beden imgesinde bozulma, cinsel işlevde bozulma, benlik saygısında azalma ve depresyon gibi psikolojik fonksiyon bozulmalarının genç hasta popülasyonunda daha fazla olduğunu göstermektedir (Collins et al., 2011; Panjari, Bell, & Davis, 2011; Rasmussen, Hansen, & Elverdam, 2010). Ancak çalışmamızda yaş grupları ile psikolojik fonksiyon alt puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,005$) (Tablo 12). Bu sonuçta çalışma grubumuzun yaş ortalamasının 50'nin üzerinde olmasının etkisi olabilir. Çalışmamız Bektaş & Akdemir'in (2006) çalışma sonucu ile benzerlik taşırken Erden'in sonucu ile farklılık göstermektedir. Erden'in (2015) çalışmasında 30-40 yaş hasta grubunun fiziksel fonksiyonları ve genel iyilik hali durumu 41-50 yaş aralığındaki hastalara göre düşük bulunmuş olup bu durum hastaların yaş aldıkça ve hayat tecrübesi edindikçe baş etmelerinin gelişmesi sebebine dayandırılmıştır. Çalışmamızda literatürden farklı bir sonuç olarak 39-45 yaş aralığındaki hastaların gastrointestinal semptomlarının 46-52 yaş aralığındaki kadınlara göre daha kötü olduğu ve daha çok bulantı yaşadıkları ortaya çıkmıştır. (Tablo-12.). Bu farklılık farklı tedavi şemalarından ve hastaların kişisel özelliklerinden kaynaklanabilir.

Literatür kanserli hastaların medeni durumları ve meslekleri ile fonksiyonel durumları arasında anlamlı ilişki olmadığını ortaya koymaktadır (Dedeli, Fadiloğlu, & Uslu, 2008; Erden, 2015). Araştırma sonucumuz (Tablo 12.) literatürü desteklemektedir.

İyilik hali sübjektif bir kavram olup kişinin kendini algılamasına göre değişebilir bir kavramdır (Somunoğlu, 1999). İyilik hali fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığın iyi olmasını içeren bir kavram olup Westgate iyilik halini "iyilik hali, bireyin duygusal ve fiziksel gereksinimlerini anlaması ve yaşam biçimini bu gereksinimleri doyurmaya yönelik olarak düzenlemesini içeren bir kendine bakma sürecidir" olarak tanımlamıştır (Westgate, 1996). Araştırmamızda lise mezunu kadınların genel iyilik halinin ilkökul mezunlarından daha yüksek olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır (Tablo 12).

İyilik hali kişinin geçmiş deneyimlerinden, yaş, cinsiyet, ekonomik durum, eğitim düzeyi, kültürel birikimi, inancı gibi sosyodemografik özelliklerinden etkilenen öznel bir kavramdır (Vachon, 2008). Eğitim düzeyi artması ile genel iyilik halinin artması literatürü desteklemektedir. Çalışmalar ekonomik durum algısı yüksek hastaların algılanan sosyal destek düzeylerinin de yüksek olduğunu göstermektedir (Ayaz, Efe, & Korukluoğlu, 2008). Irkı ne olursa olsun sosyoekonomik düzeyi düşük olan hastalar daha az bakıma ulaşmakta ve genel iyilik halleri sosyoekonomik düzeyleriyle orantılı etkilenmektedir (Pehlivan, Yıldırım, & Fadiloğlu, 2013; Silber et al., 2018). Amerikan Kanser Birliği'nin 1989'da yayınladığı raporda sosyo-ekonomik düzeyi düşük kanser bireylerin yaşam kalitesini artıran eylemleri daha az gerçekleştirdiği, kanser ağrısını sosyoekonomik düzeyi yüksek bireylerden daha çok yaşadığı, gereken tedavi ve bakımı yetersiz maddi olanakları nedeniyle yeterli düzeyde alamadıkları ve tedavi almak için harcadıkları gayretin başka semptomlara sebep olduğu, yer almaktadır (Sondik, 1989). Çalışmamızda hastaların ekonomik durum algıları ile Fonksiyonel durum ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında ilişki incelendiğinde; fiziksel fonksiyon, genel iyilik hali, gastrointestinal semptomlar alt boyut puanları ve Fonksiyonel Durum Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı ($p<0,05$) fark bulunmuştur (Tablo 12). Geliri giderinden yüksek hasta grubunun fiziksel fonksiyon puanları geliri gidere denk ve geliri giderinden az hasta gruplarına göre daha yüksektir. Geliri giderinden az hasta grubunun genel iyilik hali alt ölçek puanı geliri gidere denk ve geliri giderden yüksek hasta gruplarına göre anlamlı olarak daha düşüktür. Geliri giderinden az olan hasta grubunun gastrointestinal semptomları geliri gidere denk ve geliri giderinden fazla hasta gruplarından daha kötüdür. Geliri giderinden çok olan hasta grubunun toplam Fonksiyonel Durum Ölçeği puanları geliri giderine denk ve geliri giderinden az hasta gruplarına göre anlamlı derecede ($p<0,05$) daha yüksektir. Bu durum geliri yüksek hasta grubunun hastalık ve tedavi ile ilgili daha çok seçeneğe sahip olması, ekonomik olarak stresinin daha az olması, alternatif baş etme yöntemlerine daha kolay erişiyor olması ile ilişkilendirilebilir. Hastaların ailesinde kanserli birey bulunma durumu ile fonksiyonel durumları arasında anlamlı ($p>0,05$) ilişki bulunmamaktadır.

(Tablo 12.). Sonucumuz literatürü desteklemektedir. (Bektaş & Akdemir, 2006; Erden, 2015).

Yapılan çalışmalar hastaların bakımında yardımcı olan yakınlarının olmasının hastaların algıladıkları sosyal desteklerini artırdığını, ruhsal ve sosyal durumlarını iyileştirdiğini göstermektedir (Gündüz, 2019; Şentürk et al., 2018). Hastaların bakımlarında yardım alma durumları ile fonksiyonel durumları arasında anlamlı fark ($p>0,05$) bulunmamıştır (Tablo 12.). Literatürde yardım alma ile fonksiyonel durum ilişkisine bakılan başka çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda da hastaların tanı süresi ile fonksiyonel durum ölçeği puan ve alt boyut puanları arasında anlamlı ($p>0,05$) ilişki bulunmamıştır. (Tablo 13.). Çalışmamız literatürü (Bektaş & Akdemir, 2006; Erden, 2015) destekler niteliktedir.

Erken evre meme kanserlerinde küratif tedaviler başarı ile uygulanırken metastatik meme kanserleri için henüz tedaviler palyatif tedavi aşamasında kalmaktadır. Farklı dokulardan zemin alan tümörlerin kontrolünün sağlanması, hastaların kanser ağrısının önüne geçilmesi amacıyla genelde birden fazla tedavi şeklinin palyatif olarak hastaya uygulanmasına sebep olmaktadır (Baykara, 2016; Cardoso et al., 2017). Daha fazla tedavi kombinasyonlarını çoklu ve uzun süreli alan metastatik hasta grubu daha fazla semptomla karşılaşmaktadır (Yıldırım, Kaçmaz, & Özkan, 2013). Çalışmamız bu yönde literatürü desteklemektedir. Metastazi olmayan grubun fiziksel fonksiyonları uzak organ metastazi olan hastalardan ve yakın metastazi olan hastalardan daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 13).

Kanser dışında hastalık varlığına ile fonksiyonel durum arasında ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak kronik hastalıkların hastaların fiziksel fonksiyonlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği ortaya koyan bazı çalışmalar (Eraksoy, 2017; Yeşil, Uslusoy, & Korkmaz, 2016) bulunmaktadır. Araştırma sonucumuz bu bilgiyi destekler niteliktedir. Kanser dışında hastalığı olan hastaların sadece fiziksel fonksiyon puanları kanser dışında hastalığı olmayan hastalara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 13.).

Hastaların aldıkları tedaviler fonksiyonel durumlarını etkilemektedir (Ramchand et al., 2019; Stratton et al., 2017; Tremblay et al., 2018; White et al., 2017; Wright et al., 2017; Xu et al., 2019). Araştırmamızda hastalar aldıkları tedavilere göre incelenirken, yalnız gastrointestinal semptomlar (bulantı) ile tedavi seçenekleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu fark kemoterapiden kaynaklanmaktadır. Kemoterapi alan hasta grubunun gastrointestinal semptomları radyoterapi ve cerrahi alan hastalardan kötü olabilmektedir. Kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi birlikte alan hastaların bulantısı yalnız radyoterapi ve cerrahi tedavisi uygulanan hastalardan daha fazla olmaktadır (Tablo 13). Bulantı ve kusma diğer kanser tedavilerine göre meme kanserinde daha az sıklıkta ve şiddette görülmektedir (Clemons et al., 2016). Son yıllarda kanser tedavisinde mide bulantısı ve kusma sıklığını ve yoğunluğunu büyük ölçüde azaltan antiemetik tedavilerin geliştirilmesine rağmen kemoterapi sonrası bir çok hastada bulantı ve kusma görülmeye devam etmektedir (Navari & Aapro, 2016). Araştırmamız literatürü desteklemektedir.

Nüks olma durumuna göre hastaların fonksiyonel durumları incelendiğinde fiziksel ve psikolojik fonksiyon alt boyut puanlarında anlamlı farklılık ($p<0,05$) görülürken, diğer alt boyut puanlarında ve fonksiyonel durum ölçeği toplam puanı arasında fark anlamsız bulunmuştur. Nüks meme kanseri tedavisi alan hastaların fiziksel fonksiyonları ilk kez meme kanseri tedavisi alan hastaların fiziksel fonksiyonlarından yüksektir. Yine nüks meme kanseri tedavisi alan hastaları psikolojik fonksiyonları ilk kez meme kanseri tedavisi sürecini yaşayan hastalara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 13). İlk kez meme kanseri tanısı alan ve tedaviye başlayan hastalar büyük bir bilinmezliğe girip, bilmedikleri ve sonucunu kestiremedikleri bir sürece başlamaktadırlar. Oysa nüks meme kanseri hastaları bu süreci daha önce başarı ile atlattığı tedavi akışlarına daha hâkim ve tedavi sürecinde kendi hayatını daha önce planlamış olduklarından bu konuda tecrübelerinin gerek fiziksel fonksiyonlarını gerek psikolojik fonksiyonlarını iyileştirdiğini düşündürmektedir.

Gelişen teknoloji ile radikal cerrahiler yerini minimal invaziv cerrahilere bırakmıştır. Geçmişte mastektomi ve aksiller diseksiyon meme kanserinin altın standardı sayılırken günümüzde meme koruyucu cerrahiler mastektominin yerini

almıştır (Asoglu et al., 2005). Yine aksiller diseksiyon uygulamaları gelişen biyopsi teknikleri ile aksiller lenf nodları negatif olan hastaları gereksiz aksiller diseksiyondan; lenfatik drenaj, seroma oluşumu, infeksiyon, sinir lezyonları, lenfödem, omuz ekleminde hareket kısıtlılığı ve ağrı gibi komplikasyonlardan korumak için rutin uygulamalardan çıkartılarak hastaların tedavi sonrası yaşam kaliteleri ve fonksiyonlarının sürdürülebilirliği sağlanmaya başlamıştır (Giuliano et al., 2011; Mansel et al., 2006). Araştırmamızda uygulanan cerrahi türüne göre gruplar karşılaştırıldığında da yalnız meme koruyucu cerrahi geçiren hastaların fiziksel fonksiyon alt puanları ve genel fonksiyonel puanları meme koruyucu cerrahi ve aksiller diseksiyon uygulanan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 13). Sonucumuz literatürü desteklemektedir.

1 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Meme kanseri tedavi sürecinde olan kadınların fonksiyonel durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

- Çalışmada tedavi almakta olan meme kanseri hastalarının çoğunluğunun 30 yaş üzerinde, yaş ortalamasının $53,41 \pm 11,9$ olduğu, %78,4'ünün evli %30,5'inin lisans ve üzeri seviyede eğitime sahip, %47,1'inin çalışmadığı ve %95,1'inin sosyal güvenceye sahip oldukları görülmektedir. Kadınların %70,6'sının ekonomik durumunu gelir gidere eşit olarak belirttiği, %87,3'ünün ailesiyle birlikte yaşadığı, %75,5'inin bakımıyla yükümlü olduğu birey olmadığı ve %81'inin evinde başka bir hasta olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %74,5'inin bakımında aile bireylerinden yardım aldığı saptanmıştır (Tablo 8-).
- Çalışmaya katılan hastaların %81,4'üne son 12 ay içerisinde meme kanseri tanısı konmuş olup, %88,2'sinin ilk kez meme kanseri tanısıyla karşılaştığı, %11,8'inin nüks meme kanseri tanısı aldığı, %81,4'ünün metastazının olmadığı, %8,8'inin lenf nodu metastazı olduğu ve %9,8'inin uzak metastazı olduğu belirlenmiştir (Tablo 9-).
- Tedavi alan hastaların %58,8'inde bilinen başka bir hastalık olmamakla birlikte %41,2'sinde farklı bir kronik hastalık bulunmaktadır. Tedavi alan hastaların %84,3'ünün kemoterapi, %78,4'ünün cerrahi, %57,8'inin radyoterapi, %40,2'sinin hedefe yönelik tedavi ve %19,6'sının hormon tedavisi aldıkları saptanmıştır. Hastaların %86,3'ü birden fazla tedavi şeklini kombine olarak alırken %13,7'si yalnız bir tedavi rejimi almaktadır (Tablo 9). Hastalara bireysel ve hastalık özelliklere bağlı olarak yapılan farklı cerrahi uygulamalar arasında; %43,9 ile meme koruyucu cerrahi ilk sırayı alırken bu tedaviyi sırasıyla %20,7 ile meme koruyucu cerrahi ve aksiller diseksiyonun birlikte uygulanması, %18,3 ile mastektomi ve aksiller diseksiyon uygulanması, %11 ile mastektomi ve %6,1 ile mastektomi ile eş zamanlı rekonstrüksiyon cerrahi uygulamaları izlemiştir (Tablo 9-).

- Çalışmaya katılanların Fonksiyonel Durum Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortancası 116 olup minimum puan 60, maksimum puan 153 olarak hesaplanmıştır. Fiziksel fonksiyon puan ortancası 45, psikolojik fonksiyon puan ortancası 32, genel iyilik hali alt ölçek puan ortancası 17, sosyal fonksiyon alt ölçek puan ortancası 12 ve gastrointestinal fonksiyon alt ölçek puan ortancası 14 olarak bulunmuştur. Araştırmamıza göre çalışmaya katılan hastaların fiziksel fonksiyonları orta, psikolojik fonksiyonları orta, genel iyilik halleri iyi, sosyal fonksiyonları iyi ve gastrointestinal fonksiyonları çok iyi olarak nitelendirilebilir. Toplam fonksiyonel durumlarının da 116 puan ile iyi olduğunu söyleyebiliriz (Tablo 10.).
- Çalışmada hastalara uygulanan radyoterapi kür sayısı arttıkça kadınların fiziksel ve sosyal fonksiyon puanlarının düştüğü ($p<0,05$) ortaya çıkmıştır (Tablo 11).
- Çalışmamızda son cerrahi işlem üzerinden geçen zaman arttıkça kadınların sosyal fonksiyonlarının azaldığı ($p<0,05$) saptanmıştır (Tablo 11).
- Araştırmamızda lise mezunu kadınların genel iyilik halinin ilkokul mezunlarından daha yüksek olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır (Tablo 12).
- Çalışmamızda hastaların ekonomik durum algıları iyileştikçe fonksiyonel durumları, fiziksel fonksiyonları, genel iyilik halleri, gastrointestinal fonksiyonları da iyileşmektedir (Tablo 12).
- Çalışmamızda metastazı olmayan meme kanseri hastalarının fiziksel fonksiyonları metastatik meme kanseri hastalarının fiziksel fonksiyonlarından daha iyi durumdadır (Tablo 13).
- Kanser dışında kronik hastalığı olan hastaların fiziksel fonksiyonları kanser dışında hastalığı olmayan hastalara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 13).
- Tedavi kombinasyonunda kemoterapi tedavisi alan hastalar kemoterapi almayan hastalara göre daha çok bulantı ve kusma yaşamakta olup,

kemoterapi hastalarının gastrointestinal fonksiyonları daha kötüdür (Tablo 13.).

- İlk kez meme kanseri tanısı alıp tedavi görmekte olan hastaların fiziksel fonksiyonları ve psikolojik fonksiyonları, nüks meme kanseri tanısı alıp tedavi gören hastaların fiziksel ve psikolojik fonksiyonlarından daha düşük olarak bulunmuştur (Tablo 13.).
- Çalışmamızda yalnız meme koruyucu cerrahi geçiren hastaların fiziksel fonksiyonları ve genel fonksiyonel durumları meme koruyucu cerrahi ve aksiller diseksiyon uygulanan hastalardan daha iyi bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 13).

Öneriler

- Çalışmamızda son cerrahi işlem üzerinden geçen zaman arttıkça kadınların sosyal fonksiyonlarının azaldığı saptanmıştır. Bu nedenle hastaların cerrahi tedavi sonrası sosyal destek gruplarına yönlendirilmesi, gerekirse sosyal fonksiyonların sürdürülebilmesi için sosyal çalışmacılardan destek alınması
- Çalışmamızda hastaların ekonomik durum algıları iyileştikçe fonksiyonel durumları, fiziksel fonksiyonları, genel iyilik halleri ve gastrointestinal fonksiyonlarının iyileştiği saptanmıştır. Bu nedenle kanser hastalarının ekonomik durumlarını destekleyen iyileştirici politikaların üretilmesinde hemşirelerin rol alması,
- Kemoterapi alan hastaların diğer tedavilere göre daha çok bulantı kusma sorununa neden olduğu ve fonksiyonu olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Bu nedenle, kemoterapi tedavisi alan hastalarının bulantı- kusma yönetiminin etkin yapılması ve antiemetik tedaviler ve non-farmakolojik girişimler ile gastrointestinal fonksiyonların desteklenmesi,
- Meme koruyucu cerrahi geçiren hastalarda aksiller diseksiyon uygulananların fiziksel fonksiyonları ve fonksiyonel durumları aksillaya dokunulmayan hastalara göre daha kötü bulunmuştur. Aksiller diseksiyon uygulanan hastalarda fonksiyonların sürdürülmesi ve

lenfödemin önlenmesi amacıyla izlem yapılması ve hastalara bakım konusunda eğitim verilmesi.

- Çalışmamız yalnız bir hastanede sınırlı hasta ile gerçekleştirildiğinden çalışmanın çok merkezli ve daha geniş popülasyonda yeniden yapılması önerilir.

Kaynakça

- ACS, A. C. S. (2017). Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018. *Atlanta: American Cancer Society*.
- Akdeniz, E. B. (2012). Meme Kanseri Olan Evli Kadın Hastaların Eşler Arası Uyum ve Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 3(2).
- Aksan, A. T., & Gizir, C. A. (2017). Sağlık Psikolojik Danışmanlığı Çerçevesinde Meme Kanseri Kadınların Yaşantıları ve Psiko-Sosyal Gereksinimleri. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13(3), 977-999.
- Aksu, G. (2015). Meme Kanseri Radyoterapi Sonrası Gelişen Komplikasyonlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Radiation Oncology-Special Topics*, 1(2), 80-86.
- Amin, M. B., Greene, F. L., Edge, S. B., Compton, C. C., Gershenwald, J. E., Brookland, R. K., . . . Winchester, D. P. (2017). The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more "personalized" approach to cancer staging. *CA: a cancer journal for clinicians*, 67(2), 93-99.
- Andersen, K. G., Christensen, K. B., Kehlet, H., & Bidstrup, P. E. (2015). The effect of pain on physical functioning after breast cancer treatment. *The Clinical journal of pain*, 31(9), 794-802.
- Arslan, M., & Özdemir, L. (2015). Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmanın yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri. *Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi*, 30(1).
- Asoglu, O., Muslumanoglu, M., Igci, A., Ozmen, V., Karanlık, H., Ayalp, K., . . . Parlak, M. (2005). Breast conserving surgery after primary chemotherapy in locally advanced breast cancer. *Acta Chirurgica Belgica*, 105(1), 62-68.
- Ayaz, S., Efe, Ş. Y., & Korukluoğlu, S. (2008). Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28(6), 880-885.
- Aybar, D. Ö. (2019). Kemoterapi Alan Meme Kanseri Hastalarda Solunum Egzersizinin Buantı Kusma ve Fonksiyonel Duruma Etkisi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). *Firat University, Graduate School of Health Sciences, Elazığ*.
- Başaran, G., & Çabuk, D. (2008). Meme kanserinde adjuvan sistemik tedavi ilkeleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Oncology Special Topics*, 1(1), 23-46.
- Baykara, O. (2016). KANSER TEDAVİSİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165.
- Bayraktar, N. (2015). Meme kanserinde cerrahi tedavi ve bakım. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Nursing-Special Topics*, 1(1), 7-12.
- Bektaş, H. A., & Akdemir, N. (2006). Kanseri bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 26(5), 488-499.
- Belka, C. (2013). Radiation Oncology reviewer acknowledgment 2012. *Radiation Oncology*, 8(1), 63.
- Bland, K. I., Copeland, E. M., Klimberg, V. S., & Gradishar, W. J. (2017). *The breast: comprehensive management of benign and malignant diseases*: Elsevier Inc.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*.
- Breast cancer symptoms. (2018). *Australia, Healthdirect*

- Burstein, H. J., Griggs, J. J., Prestrud, A. A., & Temin, S. (2010). American society of clinical oncology clinical practice guideline update on adjuvant endocrine therapy for women with hormone receptor–positive breast cancer. *Journal of oncology practice*, 6(5), 243-246.
- Burstein, H. J., Lacchetti, C., Anderson, H., Buchholz, T. A., Davidson, N. E., Gelmon, K. E., . . . Stearns, V. (2016). Adjuvant endocrine therapy for women with hormone receptor–positive breast cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update on ovarian suppression. *Journal of Clinical Oncology*, 34(14), 1689-1701.
- Can, G. (2015a). *Onkoloji hemşireliği: Nobel Tıp Kitabevleri*.
- Can, G. (2015b). ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİNDE KANITTAN UYGULAMAYA KONSENSUS 2014.
- Cardoso, F., Costa, A., Senkus, E., Aapro, M., André, F., Barrios, C., . . . Cardoso, M. (2017). 3rd ESO–ESMO international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC 3). *Annals of oncology*, 28(1), 16-33.
- Chlebowski, R. T., Aragaki, A. K., & Anderson, G. L. (2015). Menopausal hormone therapy influence on breast cancer outcomes in the Women's Health Initiative. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 13(7), 917-924.
- Clemons, M., Bouganim, N., Smith, S., Mazzeo, S., Vandermeer, L., Segal, R., . . . Wheatley-Price, P. (2016). Risk model–guided antiemetic prophylaxis vs physician's choice in patients receiving chemotherapy for early-stage breast cancer: a randomized clinical trial. *JAMA oncology*, 2(2), 225-231.
- Collins, K. K., Liu, Y., Schootman, M., Aft, R., Yan, Y., Dean, G., . . . Jeffe, D. B. (2011). Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast cancer research and treatment*, 126(1), 167-176.
- Çavdar, İ. (2006). Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. *Meme sağlığı dergisi*, 2(2), 64-66.
- Çeler, H. G., Özyurt, B. C., Elbi, H., & Özcan, F. (2017). Meme Kanseri Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesinin ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 18(2), 164-174.
- Dedeli, Ö., Fadiloğlu, Ç., & Uslu, R. (2008). Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23(3), 132-139.
- Denizgil, T., & Sönmez, İ. (2015). *Meme Kanseri Nedeni ile Meme Koruyucu Cerrahi Geçirmiş Kadınlarla Mastektomi Operasyonu Geçirmiş Kadınlar Arasında Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Dayum ve Cinsel Yaşantıların Karşılaştırılması*. Paper presented at the Yeni Symposium.
- Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T., & Underlid, K. (2016). Women's experiences of social support during the first year following primary breast cancer surgery. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(2), 340-348.
- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group, E. (2015). Aromatase inhibitors versus tamoxifen in early breast cancer: patient-level meta-analysis of the randomised trials. *The Lancet*, 386(10001), 1341-1352.
- Eicher, M., Kadmon, I., Claassen, S., Marquard, S., Pennery, E., Wengstrom, Y., & Fenlon, D. (2012). Training breast care nurses throughout Europe: the EONS postbasic curriculum for breast cancer nursing. *Eur J Cancer*, 48(9), 1257-1262. doi:10.1016/j.ejca.2011.07.011
- Eker, A., & Aslan, E. (2017). Psychosocial Approaches for Gynecological Cancer Patients/Jinekolojik Kanser Hastalarında Psiko-sosyal Yaklaşım. *Journal of Education and Research in Nursing*, 14(4), 298-304.
- Emilee, G., Ussher, J. M., & Perz, J. (2010). Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas*, 66(4), 397-407.
- Eraksoy, H. (2017). Kronik Hastalıklar, Kronik Hepatit B ve Yaşam Kalitesi. *KLİMİK Dergisi*, 30(3), 100.

- Erdemir, F., & Çırlak, A. (2013). Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(4).
- Erden, D. (2015). Meme Kanseri Olan Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Stresle Başa Çıkma Tutumları (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). *Bahçeşehir University, Graduate School of Health Sciences, İstanbul*.
- Erkara, D. (2016). Meme Anatomisi ve İşlevi.
- Finlayson, C., & Jacobs, L. (2010). *Early Diagnosis and Treatment of Cancer: Breast Cancer*: Saunders.
- Foglietta, J., Inno, A., de Iulius, F., Sini, V., Duranti, S., Turazza, M., . . . Gori, S. (2017). Cardiotoxicity of aromatase inhibitors in breast cancer patients. *Clinical breast cancer*, 17(1), 11-17.
- George, A., McLachlan, J., Tunariu, N., Della Pepa, C., Migali, C., Gore, M., . . . Banerjee, S. (2017). The role of hormonal therapy in patients with relapsed high-grade ovarian carcinoma: a retrospective series of tamoxifen and letrozole. *BMC cancer*, 17(1), 456.
- Giuliano, A. E., Connolly, J. L., Edge, S. B., Mittendorf, E. A., Rugo, H. S., Solin, L. J., . . . Hortobagyi, G. N. (2017). Breast cancer—major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. *CA: a cancer journal for clinicians*, 67(4), 290-303.
- Giuliano, A. E., Hunt, K. K., Ballman, K. V., Beitsch, P. D., Whitworth, P. W., Blumencranz, P. W., . . . Morrow, M. (2011). Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. *Jama*, 305(6), 569-575.
- Goss, P. E., Ingle, J. N., Pritchard, K. I., Robert, N. J., Muss, H., Gralow, J., . . . Rubin, S. (2016). Extending aromatase-inhibitor adjuvant therapy to 10 years. *New England Journal of Medicine*, 375(3), 209-219.
- Gökmen, E. (2008). Meme kanserinde kemoterapi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Oncology Special Topics*, 1(1), 60-67.
- Gradishar, W. J., Anderson, B. O., Balassanian, R., Blair, S. L., Burstein, H. J., Cyr, A., . . . Giordano, S. H. (2018). Breast cancer, version 4.2017, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 16(3), 310-320.
- Gültekin, M., & Boztaş, G. (2014). Türkiye kanser istatistikleri. *Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*, 43.
- Gündüz, F. (2019). *KANSERLİ HASTA VE BAKIM VERENLERİNİN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK İLE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ*.
- Hadji, P., Aapro, M. S., Body, J.-J., Gnani, M., Brandi, M. L., Reginster, J. Y., . . . Baber, R. (2017). Management of Aromatase Inhibitor-Associated Bone Loss (AIBL) in postmenopausal women with hormone sensitive breast cancer: Joint position statement of the IOF, CABS, ECTS, IEG, ESCEO, IMS, and SIOG. *Journal of bone oncology*, 7, 1-12.
- Hendershot, E., Maloney, A.-M., Fawcett, S., Sarvanantham, S., McMahon, E., Gupta, A., & Mitchell, L. (2016). Advanced practice nurses: Improving access to fertility preservation for oncology patients. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 26(1), 40-45.
- Ho, S.-Y., Rohan, K. J., Parent, J., Tager, F. A., & McKinley, P. S. (2015). A longitudinal study of depression, fatigue, and sleep disturbances as a symptom cluster in women with breast cancer. *Journal of pain and symptom management*, 49(4), 707-715.
- Holland, F., Archer, S., & Montague, J. (2016). Younger women's experiences of deciding against delayed breast reconstruction post-mastectomy following breast cancer: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of health psychology*, 21(8), 1688-1699.

- izmirli, M., Yılmaz, B. D., Alan, Ö., Yalçiner, M., Berberoğlu, E., & Ünsal, M. (2006). Adjuvant treatment results and prognostic factors in patients with stage I-III operated breast cancer. *TURKISH JOURNAL OF ONCOLOGY*, 21(2).
- Jajtuszewska, S., & Basiński, A. (2016). Quality of life and functional status of patients treated for neoplastic disease in mid-northern Poland. *Applied nursing research*, 32, 85-90.
- Johnson, R. H., Chien, F. L., & Bleyer, A. (2013). Incidence of breast cancer with distant involvement among women in the United States, 1976 to 2009. *Jama*, 309(8), 800-805.
- Karayurt, Ö., & Andıç, S. (2011). Meme Bakım Hemşireliği. *The Journal of Breast Health*, 7.
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645-649.
- Kokkonen, K., Saarto, T., Mäkinen, T., Pohjola, L., Kautio, H., Järvenpää, S., & Puustjärvi-Sunabacka, K. (2017). The functional capacity and quality of life of women with advanced breast cancer. *Breast cancer (Tokyo, Japan)*, 24(1), 128-136. doi:10.1007/s12282-016-0687-2
- Koo, E., Henderson, M. A., Dwyer, M., & Skandarajah, A. R. (2015). Management and prevention of breast cancer after radiation to the chest for childhood, adolescent, and young adulthood malignancy. *Annals of surgical oncology*, 22(3), 545-551.
- Kroenke, C. H., Kubzansky, L. D., Schernhammer, E. S., Holmes, M. D., & Kawachi, I. (2006). Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol*, 24(7), 1105-1111.
- Lambertini, M., Santoro, L., Del Mastro, L., Nguyen, B., Livraghi, L., Ugolini, D., . . . Azim Jr, H. A. (2016). Reproductive behaviors and risk of developing breast cancer according to tumor subtype: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Cancer treatment reviews*, 49, 65-76.
- Leidy, N. K. (1994). Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: toward a coherent analytical framework. *Nursing research*, 43(4), 196-202.
- Lemke, E. A., Madsen, L. T., & Dains, J. E. (2017). *Vaginal Testosterone for Management of Aromatase Inhibitor-Related Sexual Dysfunction: An Integrative Review*. Paper presented at the Oncology nursing forum.
- Lintermans, A., & Neven, P. (2015). Safety of aromatase inhibitor therapy in breast cancer. *Expert opinion on drug safety*, 14(8), 1201-1211.
- Lyman, G. H. (2015). Hormone therapy. *Oxford American Handbook of Oncology*, 165.
- Maass, S. W., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F., & de Bock, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: a systematic review. *Maturitas*, 82(1), 100-108.
- Mansel, R. E., Fallowfield, L., Kissin, M., Goyal, A., Newcombe, R. G., Dixon, J. M., . . . Monypenny, I. (2006). Randomized multicenter trial of sentinel node biopsy versus standard axillary treatment in operable breast cancer: the ALMANAC Trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(9), 599-609.
- McPherson, K., Steel, C., & Dixon, J. (2000). ABC of breast diseases: breast cancer—epidemiology, risk factors, and genetics. *BMJ: British Medical Journal*, 321(7261), 624.
- Miller, K. D., Siegel, R. L., Lin, C. C., Mariotto, A. B., Kramer, J. L., Rowland, J. H., . . . Jemal, A. (2016). Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA: a cancer journal for clinicians*, 66(4), 271-289.
- Narod, S. A. (2011). Hormone replacement therapy and the risk of breast cancer. *Nature reviews Clinical oncology*, 8(11), 669.
- Navari, R. M., & Aapro, M. (2016). Antiemetic Prophylaxis for Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. *New England Journal of Medicine*, 374(14), 1356-1367. doi:10.1056/NEJMr1515442
- NCI, N. C. I. (2016). NCI dictionary of cancer terms.

- Nelson, H. D., Zakher, B., Cantor, A., Fu, R., Griffin, J., O'meara, E. S., . . . Trentham-Dietz, A. (2012). Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 156(9), 635-648.
- Nuralina, L., Boztepe, G., & Atakan, N. (2006). Meme ve Meme Başının İnflamatuvar Hastalıkları. *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology*, 16(1), 14-22.
- Özçınar, B., Güler, S. A., Özmen, V., Güllüoğlu, B. M., Kocaman, N., Özkan, M., . . . Keçer, M. (2010). MEME KANSERİNDE LOKAL/BÖLGESEL TEDAVİ SONRASI GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR VE BUNLARIN HASTA YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİ. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 6(1).
- Özdemir, D. (2017). *Onkoloji Eğitim hemşireliği biriminde eğitim alan meme kanseri hastalarında stresle başa çıkma yolları ve algılanan sosyal destek düzeyleri*. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özkan, S., & Alçalar, N. (2009). Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 5(2).
- Özmen, V., Cantürk, Z., Çelik, V., Güler, N., Kapkaç, M., Koyuncu, A., . . . Utkan, Z. (2012). Meme Hastalıkları Kitabı. *Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara*.
- Paluch-Shimon, S., Pagani, O., Partridge, A. H., Abulkhair, O., Cardoso, M.-J., Dent, R. A., . . . Margulies, A. (2017). ESO-ESMO 3rd international consensus guidelines for breast cancer in young women (BCY3). *The Breast*, 35, 203-217.
- Paluch-Shimon, S., Pagani, O., Partridge, A. H., Bar-Meir, E., Fallowfield, L., Fenlon, D., . . . Geraghty, J. (2016). Second international consensus guidelines for breast cancer in young women (BCY2). *The Breast*, 26, 87-99.
- Panjari, M., Bell, R. J., & Davis, S. R. (2011). Sexual function after breast cancer. *The journal of sexual medicine*, 8(1), 294-302.
- Paterson, C., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E., & Toftagen, C. S. (2016). Body image in younger breast cancer survivors: a systematic review. *Cancer nursing*, 39(1), E39.
- Pehlivan, S., Yıldırım, Y., & Fadiloğlu, Ç. (2013). Kanser, kültür ve hemşirelik.
- Perez, E. A., Romond, E. H., Suman, V. J., Jeong, J.-H., Sledge, G., Geyer Jr, C. E., . . . Swain, S. M. (2014). Trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for human epidermal growth factor receptor 2-positive breast cancer: planned joint analysis of overall survival from NSABP B-31 and NCCTG N9831. *Journal of Clinical Oncology*, 32(33), 3744.
- Ramchand, S. K., Cheung, Y.-M., Yeo, B., & Grossmann, M. (2019). The effects of adjuvant endocrine therapy on bone health in women with breast cancer. *Journal of Endocrinology*, 1(aop).
- Ramchand, S. K., Lim, E., & Grossmann, M. (2016). Adjuvant endocrine therapy in women with oestrogen-receptor-positive breast cancer: how should the skeletal and vascular side effects be assessed and managed? *Clinical endocrinology*, 85(5), 689-693.
- Rasmussen, D. M., Hansen, H. P., & Elverdam, B. (2010). How cancer survivors experience their changed body encountering others. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 154-159.
- Runowicz, C. D., Leach, C. R., Henry, N. L., Henry, K. S., Mackey, H. T., Cowens-Alvarado, R. L., . . . Jacobs, L. A. (2016). American cancer society/American society of clinical oncology breast cancer survivorship care guideline. *CA: a cancer journal for clinicians*, 66(1), 43-73.
- Sanjosé Ulongueras, S., Hamajima, N., Hirose, K., Tajima, K., Rohan, T., Calle, E. E., & Heath Jr, C. (2002). Alcohol, tobacco and breast cancer-collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58 515 women with breast cancer and 95 067 women without the disease. *British Journal of Cancer*, 2002, vol. 87, p. 1234-1245.

- Schipper, H., Clinch, J., McMurray, A., & Levitt, M. (1984). Measuring the quality of life of cancer patients: the Functional Living Index-Cancer: development and validation. *Journal of Clinical Oncology*, 2(5), 472-483.
- Schwab, F. D., Kilic, N., Huang, D. J., Schmid, S. M., Vetter, M., Schötzau, A., & Güth, U. (2015). Personal or first-degree family breast cancer history: which has higher impact on tumor detection and tumor size in breast cancer. *Archives of gynecology and obstetrics*, 291(6), 1387-1394.
- Senkus-Konefka, E., & Jassem, J. (2006). Complications of breast-cancer radiotherapy. *Clinical Oncology*, 18(3), 229-235.
- Senkus, E., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rutgers, E., . . . Cardoso, F. (2015). Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology*, 26(suppl_5), v8-v30.
- Šestak, I., & Cuzick, J. (2016). Endometrial cancer risk in postmenopausal breast cancer patients treated with tamoxifen or aromatase inhibitors. *Expert review of endocrinology & metabolism*, 11(5), 425-432.
- Sezer, A., Cosar Alas, R., Cicin, I., Hoscoskun, Z., & Tuncbilek, N. (2010). Breast Conserving Surgery And Sentinel Lymph Node Biopsy In Locally Advanced Breast Cancer: Single Center Experience. *Medical Journal of Trakya University*. doi:10.5174/tutfd.2010.03298.1
- Silber, J. H., Rosenbaum, P. R., Ross, R. N., Reiter, J. G., Niknam, B. A., Hill, A. S., . . . Even-shoshan, O. (2018). Disparities in breast cancer survival by socioeconomic status despite medicare and medicaid insurance. *The Milbank Quarterly*, 96(4), 706-754.
- Skol, A. D., Sasaki, M. M., & Onel, K. (2016). The genetics of breast cancer risk in the post-genome era: thoughts on study design to move past BRCA and towards clinical relevance. *Breast Cancer Research*, 18(1), 99.
- Sobin, L. H., Gospodarowicz, M. K., & Wittekind, C. (2011). *TNM classification of malignant tumours*: John Wiley & Sons.
- Sodergren, S. C., Copson, E., White, A., Efficace, F., Sprangers, M., Fitzsimmons, D., . . . Johnson, C. D. (2016). Systematic review of the side effects associated with anti-HER2-Targeted therapies used in the treatment of breast cancer, on behalf of the EORTC quality of life group. *Targeted oncology*, 11(3), 277-292.
- Somunoğlu, S. (1999). Kavramsal açıdan sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 4(1).
- Sondik, E. (1989). Cancer statistics review. *US Government Printing Office*, 1973.
- Stratton, J., Hu, X., Soulos, P. R., Davidoff, A. J., Puztai, L., Gross, C. P., & Mougalian, S. S. (2017). Bone density screening in postmenopausal women with early-stage breast cancer treated with aromatase inhibitors. *Journal of oncology practice*, 13(5), e505-e515.
- Şahinoğlu, K. (2009). Memenin Cerrahi Anatomisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Plastic Surgery Special Topics*, 1(2), 1-5.
- Şentürk, S., Bıçak, D., & Akça, D. (2018). Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1), 35-39.
- Tao, Z., Shi, A., Lu, C., Song, T., Zhang, Z., & Zhao, J. (2015). Breast cancer: epidemiology and etiology. *Cell biochemistry and biophysics*, 72(2), 333-338.
- Taylor, C. E., & Jane Lowe Meisel, M. (2017). Management of Breast Cancer Therapy-Related Sexual Dysfunction. *Breast Cancer*, 31(10).
- Thomas, G. A., Cartmel, B., Harrigan, M., Fiellin, M., Capozza, S., Zhou, Y., . . . Ligibel, J. (2017). The effect of exercise on body composition and bone mineral density in breast cancer survivors taking aromatase inhibitors. *Obesity*, 25(2), 346-351.

- Tremblay, D., Patel, V., Fifer, K. M., Caro, J., Kolodka, O., Mandelli, J., & Shapiro, C. L. (2018). Management of bone health in postmenopausal women on aromatase inhibitors (AIs): a single health care system experience. *Supportive Care in Cancer, 26*(1), 197-202.
- Vachon, M. L. (2008). *Meaning, spirituality, and wellness in cancer survivors*. Paper presented at the Seminars in Oncology Nursing.
- von Minckwitz, G., Eidtmann, H., Rezai, M., Fasching, P. A., Tesch, H., Eggemann, H., . . . Kreienberg, R. (2012). Neoadjuvant chemotherapy and bevacizumab for HER2-negative breast cancer. *New England Journal of Medicine, 366*(4), 299-309.
- Vorherr, H. (2012). *The breast: morphology, physiology, and lactation*: Elsevier.
- Vrieling, A., Buck, K., Kaaks, R., & Chang-Claude, J. (2010). Adult weight gain in relation to breast cancer risk by estrogen and progesterone receptor status: a meta-analysis. *Breast cancer research and treatment, 123*(3), 641-649.
- Wellings, E., Vassiliades, L., & Abdalla, R. (2016). Breast cancer screening for high-risk patients of different ages and risk-which modality is most effective? *Cureus, 8*(12).
- Westgate, C. E. (1996). Spiritual wellness and depression. *Journal of Counseling & Development, 75*(1), 26-35.
- White, R., Agashe, V. R., Duhig, A., Floyd, J., Maiese, B. A., & Slaff, S. (2017). Quality of Life (QOL), Functional Status (FS), and Survival in Triple Negative Breast Cancer (TNBC): Discordance of Definitions Among a Targeted Literature Review and Stakeholder Interviews. *Value in Health, 20*(9), A453. doi:10.1016/j.jval.2017.08.312
- WHO. (2015). *World report on ageing and health*: World Health Organization.
- Wright, L. E., Harhash, A. A., Kozlow, W. M., Waning, D. L., Regan, J. N., She, Y., . . . Marks, A. R. (2017). Aromatase inhibitor-induced bone loss increases the progression of estrogen receptor-negative breast cancer in bone and exacerbates muscle weakness in vivo. *Oncotarget, 8*(5), 8406.
- Xu, X., Chlebowski, R. T., Shi, J., Barac, A., & Haque, R. (2019). Aromatase inhibitor and tamoxifen use and the risk of venous thromboembolism in breast cancer survivors. *Breast cancer research and treatment, 1-10*.
- Yaranoğlu, C. (2012). Kemoterapi alan akciğer kanserli hastalarda yorgunluk ve uyku kalitesinin fonksiyonel durum üzerine etkisi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). *Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, Ankara*.
- Yavuz, M., & Dolgun, E. (2015). Meme kanserinde risk faktörleri ve korunma. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Nursing-Special Topics, 1*(1), 1-6.
- Yeşil, T., Uslusoy, E. Ç., & Korkmaz, M. (2016). KRONİK HASTALIĞI OLANLARA BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜ VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5*(4), 54-66.
- Yıldırım, N. K., Kaçmaz, N., & Özkan, M. (2013). İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. *Journal of Psychiatric Nursing, 4*(3), 153-158.
- Zhao, X., Liu, L., Li, K., Li, W., Zhao, L., & Zou, H. (2015). Comparative study on individual aromatase inhibitors on cardiovascular safety profile: a network meta-analysis. *OncoTargets and therapy, 8*, 2721.
- Zur, M., Shai, A., Levi, M., Bitterman, A., Shiloni, E., Ben Yosef, R., & Steiner, M. (2016). Short-term complications of intra-operative radiotherapy for early breast cancer. *Journal of surgical oncology, 113*(4), 370-373.

7. EKLER

EK-1 Tanımlayıcı Anket Formu

EK-2 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği

EK-3 Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK-4 Koç Üniversitesi Etik Kurul Kararı

EK-5 İstanbul Onkoloji Hastanesi Başhekimliği İzin Yazısı

EK-1
KİŞİSEL BİLGİ FORMU

I. KİŞİSEL BİLGİLER

1. Yaşınız:

2. Medeni durumunuz:

a. Evli b. Bekar

3. Eğitim durumunuz:

a. Okur-yazar değil

b. Okur-yazar

c. İlkokul

d. Ortaokul

e. Lise

f. Yüksekokul / Fakülte ve üstü

4. Mesleğiniz / İşiniz / Çalışma statünüz:

a. Ev hanımı

b. Memur

c. İşçi

d. Emekli (Nereden olduğunu açıklayınız)

e. Serbest meslek

f. Diğer (açıklayınız)

5. Sosyal güvenceniz:

a. Var

b. Yok

6. Ailenizin gelir durumu giderinize göre nasıl?

- a. Gelir gidere göre az
- b. Gelir gideri dengeler
- c. Gelir gidere göre yüksek

7. Yerleşim yeriniz:

- a. İstanbul İçi
- b. İstanbul Dışı

8. Evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

- a. Yalnız
- b. Diğer aile bireyleriyle (Açıklayınız).....
- c. Diğer (Açıklayınız)

9. Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi / kişiler var mı?

- a. Yok
- b. Var (Açıklayınız).....

10. Ailenizde sizden başka hasta olan var mı?

- a. Hayır
 - b. Evet
- (Açıklayınız).....

11. Sizin bakımınızda yardımcı olan / olanlar var mı?

- a. Evet (12. soruya geçiniz)
- b. Hayır (II. Kısma geçiniz)

12. Kimler yardımcı oluyor?

- a. Eş
- b. Çocuklar
- c. Diğer aile bireyleri (Açıklayınız).....
- d. Diğer (Açıklayınız)

13. Hangi konularda yardımcı oluyor / oluyorlar?

- a. Hastane işlemleri
- b. İlaç alma
- c. Ev işleri
- d. Alışveriş
- e. Beslenme
- f. Bireysel temizlik ve bakım
- g. Maddi destek sağlama
- h. Diğer (açıklayınız)

II. Hastalık İle İlgili Bilgiler

14. Tanı Süresi:

- a. 0-12 ay
- b. 1-5 yıl
- c. 6 yıl ve üzeri

15. Metastaz durumu:

- a. Metastaz yok
- b. Yakın metastaz
- c. Uzak metastaz

16. Kanser dışında başka hastalığın varlığı:

- a. Hastalık yok
- b. Hipertansiyon
- c. Koroner arter hastalığı
- d. Konjestif kalp yetmezliği
- e. Solunum sistemi hastalıkları
- f. Gastrointestinal sistem problemleri
- g. Nörolojik problemler
- h. Kas-iskelet sistemi problemleri

- i. Diyabet
- j. Hepatit B / Hepatit C / AIDS
- k. Diğer (açıklayınız)

17. Tekrarlama (nüks) durumu:
- a. Nüks var
 - b. Nüks yok

III. Tedavi İle İlgili Bilgiler:

18. Tedavi Şekli: (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a. Kemoterapi
- b. Radyoterapi
- c. Cerrahi
- d. Hormon tedavisi
- e. Hedefe yönelik tedavi

19. Toplam Alınan Kür Sayısı:

- a. Kemoterapi:
- b. Radyoterapi:

20. En son uygulanan tedavi zamanı:

- a) Kemoterapi:
- b) Radyoterapi:
- c) Cerrahi:

21. Cerrahi Tedavi uygulanma durumu ve Cerrahi şekli (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. Cerrahi uygulanmadı
- b. Mastektomi
- c. Meme Koruyucu Cerrahi
- d. Meme Rekonstrüksiyonu
- e. Aksiller diseksiyon
- f. Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi

EK-2

Lütfen aşağıdaki sorulara son iki hafta içindeki aktivitelerinize ve sağlık durumunuza göre cevap veriniz.

1.Çoğu insan zaman zaman depresyon belirtileri hisseder. Siz bu duyguları ne kadar sıklıkla hissediyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Hiçbir zaman Sürekli

2.Günlük yaşamınızdaki sorunlarınızı kolay çözebiliyor musunuz?

1 2 3 4 5 6 7
İyi değil Çok iyi

3.Hastalığımız ne kadar sık aklımıza geliyor?

1 2 3 4 5 6 7
Devamlı Hiçbir zaman

4.Dinlenmeye fırsat bulabiliyor musunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Fırsat bulabiliyorum. Hiç fırsat bulamıyorum.

5. Bulantı günlük işlerinizi etkiliyor mu?

1 2 3 4 5 6 7
Hiç etkilemiyor Çok etkiliyor

6. Bugün kendinizi ne kadar iyi hissediyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Son derece kötü Son derece iyi

7. Bugün kendinizi yemek pişirecek / küçük ev işleri yapabilecek kadar yeterli hissediyor musunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Çok yeterli Çok yetersiz

8. Son iki haftada hastalığınız yakınlarınıza zorluk yaşattı mı?

1 2 3 4 5 6 7
Hiç zorluk yaşatmadı Çok fazla zorluk yaşattı

9. Yaşama isteğinizin azaldığını ne sıklıkla hissediyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Daima Hiçbir zaman

10.Son bir ay içinde iş yerinde / evdeki verimliliğinizden memnun musunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Hiç memnun değilim Çok memnunuz

11.Bugün kendinizi ne kadar huzursuz hissediyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Hiç huzursuz hissetmiyorum Çok huzursuz hissediyorum

12.Size göre, hastalığınız, son iki haftada, en yakınlarınızla ilişkilerinizi ne kadar bozdu?

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen bozdu Hiç bozmadı

13.Ağrı ya da rahatsızlıklar günlük aktivitelerinizi ne kadar etkiliyor?

1 2 3 4 5 6 7
Hiç etkilemiyor Çok etkiliyor

14.Son iki haftada hastalığınız size kişisel olarak ne kadar zorluk yaşattı?

1 2 3 4 5 6 7
Çok fazla zorluk yaşattı Hiç zorluk yaşatmadı

15.Ev ile ilgili günlük sorumluluklarınızın ne kadarını tamamlayabiliyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Hepsini Hiçbirini

16.Son iki haftada en yakınlarınızı görmeye / onlarla birlikte zaman geçirmeye ne kadar istekliydimiz?

1 2 3 4 5 6 7
İsteksizdim Çok istekliydim

17.Son iki haftada kaç kez bulantınız oldu?

1 2 3 4 5 6 7
Hiç olmadı Çok fazla oldu

18.Gelecekte ne kadar korkuyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Devamlı korkuyorum Hiç korkmuyorum

19. Son iki haftada arkadaşlarınızı görmeye / onlarla birlikte zaman geçirmeye ne kadar istekliydimiz?

1 2 3 4 5 6 7
İsteksizdim Çok
istekliydim

20. Sizce son iki haftada yaşadığımız ağrı ya da rahatsızlıkların ne kadar hastalığımızla ilgiliydi?

1 2 3 4 5 6 7
Hiçbiri Hepsi

21. Sizde uygulanan tıbbi tedaviye ne kadar güveniyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Hiç güvenmiyorum Çok güveniyorum

22. Sizce bugün ne kadar iyi görünüyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Son derece kötü Son derece iyi

EK-3

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın

Katılacağınız bu çalışma bilimsel bir çalışma olup araştırmanın adı 'Meme Kanseri Tedavi Sürecindeki Kadınların Fonksiyonel Durumlarının Belirlenmesi' dir.

Bu çalışmanın amacı meme kanseri tedavi sürecindeki hastaların fonksiyonel durumlarının ve etki eden tedavi ilişkili faktörlerin belirlenmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılma kararınızdan önce sizi bilgilendirmek isterim. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz belgeyi imzalayınız.

Bu çalışma İstanbul Onkoloji Hastanesinde tedavi almakta olan 18-75 yaş aralığındaki meme kanseri hastalarının fonksiyonel durumlarını (fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar, sosyal fonksiyonlar, iyilik hali, gastrointestinal semptomlar) incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmanın anlamlı bir sonuca ulaşabilmesi için tedavi sürecinde olan 102 meme kanseri hastasına ulaşılması gerekmektedir. Çalışmaya gönüllü katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; araştırmacılar tarafından size, sizi ve hastalığınızı tanımlayan, tedavi şeklinizle ve fonksiyonel durumunuzu ölçmeye yarayan anket formundaki sorular sorulacaktır. Anket uygulaması yaklaşık 20 dakika sürecektir. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Çalışmamızda size yönelik herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırmadan elde edilen bilgiler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Sizden öğrendiğimiz her bilgi gizli kalacak, kimseye paylaşılmayacaktır. Tüm veriler, sınırlı erişime sahip güvenli ve şifreli bir veri tabanında tutulacaktır. Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize herhangi bir etki altında kalmadan karar verebilirsiniz. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma

Sayfa 2 / 2

yol açmayacaktır. Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olursa araştırmacınız Berna Nur Berker'e 0507 509 8102 numaralı telefondan başvurabilirsiniz. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırmanın sonucunda elde edilen bilgiler ile burada tedavi olan meme kanseri hastalarının fonksiyonel durumları belirlenmiş olacaktır ve geliştirilmesi için de yol gösterici olacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün;

Adı-Soyadı:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Berna Nur Berker

Tarih ve İmza:

EK-4

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



Toplantı Tarihi:	31.01.2019
Karar No:	2019.040.IRB3.023
Sorumlu Araştırmacı:	Berna Nur Berker
Araştırma Başlığı:	MEME KANSERİ TEDAVİ SÜRECİNDEKİ KADINLARIN FONKSİYONEL DURUMLARININ BELİRLENMESİ
Başlangıç tarihi:	04.02.2019
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversitemiz "**Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu**" tarafından araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin 6 aydan daha fazla gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihinin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Etik bakımdan sorun çıkması ya da şüpheli bir olay/beklenmeyen etki görülmesi durumunda derhal etik kurul bilgilendirilmelidir.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.

Saygılarımla,

Hakan S. Örer
Başkan

Koç Üniversitesi Etik Kurulun Sekreteryası T: 0212 338 11 76 chr@ku.edu.tr

EK-5



Rumelifeneri Yolu
Sarıyer 34450 İstanbul
T: 0212 338 11 54
F: 0212 338 11 65
www.gsbh.ku.edu.tr

06/02/2019

İstanbul Onkoloji Hastanesi Başhekimliği'ne

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programında öğrenim gören Berna Nur Berker'in HSGN 599 nolu Tez Çalışması kapsamında **Meme Kanseri Tedavi Sürecindeki Kadınların Fonksiyonel Durumlarının Belirlenmesi** başlıklı araştırmayı gerçekleştirmesi planlanmaktadır. Araştırma projesi ile ilgili etik kurul izni ilişiktir. Prof. Dr. Kafiye Eroğlu danışmanlığında yürütülecek söz konusu araştırma projesi kapsamında İstanbul Onkoloji Hastanesi'nde veri toplama çalışması yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesini görüş ve onayınıza sunarım.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Yasemin Gürsoy Özdemir
Direktör

EK-1: Etik Kurul İzni
EK-2: Veri Toplama Formu

Uygundur

BERNA NUR BERKER HEMŞİRELİK YL TEZİ

ORIGINALITY REPORT

15%

SIMILARITY INDEX

10%

INTERNET SOURCES

4%

PUBLICATIONS

12%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Bahcesehir University Student Paper	1%
2	www.tmhdf.org.tr Internet Source	1%
3	Submitted to Trakya University Student Paper	1%
4	Submitted to TechKnowledge Turkey Student Paper	1%
5	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Student Paper	1%
6	Submitted to Okan Aniversitesi Student Paper	<1%
7	www.kanservakfi.com Internet Source	<1%
8	www.vtb.uscourts.gov Internet Source	<1%
9	Submitted to Ataturk Universitesi Student Paper	<1%

10

Submitted to Nevşehir Üniversitesi

Student Paper

<1%

11

toad.edam.com.tr

Internet Source

<1%

12

Submitted to Eastern Mediterranean University

Student Paper

<1%

13

prezi.com

Internet Source

<1%

14

www.khsdergisi.com

Internet Source

<1%

15

www.dicle.edu.tr

Internet Source

<1%

16

www.phdernegi.org

Internet Source

<1%

17

acikerisim.deu.edu.tr

Internet Source

<1%

18

Submitted to Istanbul University

Student Paper

<1%

19

Submitted to Erciyes Üniversitesi

Student Paper

<1%

20

www.toplumsalsiddetalkongresi.org

Internet Source

<1%

21

Submitted to Akdeniz University

Student Paper

<1%

22

www.atmos-chem-phys-discuss.net

Internet Source

<1%

23

Submitted to Inonu University

Student Paper

<1%

24

dspace.trakya.edu.tr

Internet Source

<1%

25

www.erpacongress.com

Internet Source

<1%

26

Submitted to Koc University

Student Paper

<1%

27

Submitted to Marmara University

Student Paper

<1%

28

alopsikolog.net

Internet Source

<1%

29

e-dergi.atauni.edu.tr

Internet Source

<1%

30

www.ichastalikhemsireligi.com

Internet Source

<1%

31

Submitted to Bethesda-Chevy Chase High School

Student Paper

<1%

32

Submitted to Cumhuriyet University

Student Paper

<1%

33

docs.neu.edu.tr

Internet Source

<1%

34

Submitted to Ahi Evran Aniversitesi

Student Paper

<1%

35

library.neu.edu.tr

Internet Source

<1%

36

toad.halileksi.net

Internet Source

<1%

37

gshs.ku.edu.tr

Internet Source

<1%

38

Submitted to Canakkale Onsekiz Mart University

Student Paper

<1%

39

Megan Flanigan, Gwen Wyatt, Rebecca Lehto.
"Spiritual Perspectives on Pain in Advanced
Breast Cancer: A Scoping Review", Pain
Management Nursing, 2019

Publication

<1%

40

MIHLAYANLAR, Esmâ and UMAROĞULLARI,
Filiz. "Kalker Taş Duvarlarda Sıcaklık ve Nem
Performansının İncelenmesi", Çukurova
Üniversitesi, 2016.

Publication

<1%

41

EKER, ASLI and ASLAN, ERGÜL. "Jinekolojik
Kanser Hastalarında Psiko-sosyal Yaklaşım",
Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 2017.

<1%

42	Submitted to Üsküdar Üniversitesi Student Paper	<1%
43	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Student Paper	<1%
44	dergipark.org.tr Internet Source	<1%
45	openaccess.inonu.edu.tr:8080 Internet Source	<1%
46	library.cu.edu.tr Internet Source	<1%
47	istanbulsaglik.gov.tr Internet Source	<1%
48	abstractpicker.com Internet Source	<1%
49	Submitted to Haliç Üniversitesi Student Paper	<1%
50	Submitted to Islamic University of Gaza Student Paper	<1%
51	Submitted to Ankara University Student Paper	<1%
52	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Student Paper	<1%

53	genetikvekanser.blogspot.com Internet Source	<1%
54	ww.cash4appliances.org Internet Source	<1%
55	etheses.whiterose.ac.uk Internet Source	<1%
56	Submitted to Girne American University Student Paper	<1%
57	doczz.biz.tr Internet Source	<1%
58	Submitted to Pamukkale Üniversitesi Student Paper	<1%
59	www.spandidos-publications.com Internet Source	<1%
60	iconsanar.com Internet Source	<1%
61	docplayer.biz.tr Internet Source	<1%
62	Submitted to Mugla University Student Paper	<1%
63	search.scielo.org Internet Source	<1%
64	dcyogunbakim.org Internet Source	<1%

65

www.ittes.org.tr

Internet Source

<1%

66

KARAYURT, Özgül and ANDIÇ, Saadet. "Meme bakım hemşireliği", Meme Hastalıkları Araştırma ve Tedavi Derneği, 2011.

Publication

<1%

67

RIZA TÜRKOĞLU, Ali, ÇOBAN, Soner, GÜZELSOY, Muhammet, ÖZGÜNAY, Tuncay, ÖZTÜRK, Murat, ÜNAL, Dursun, DEMİRBAŞ, Murat and DEMİRCİ, Hakan. "Transperitoneal Laparoskopik Nefrektomi-İlk Deneyimlerimiz", Galenos Yayınevi, 2016.

Publication

<1%

68

Submitted to Hacettepe University

Student Paper

<1%

69

bura.brunel.ac.uk

Internet Source

<1%

70

www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080

Internet Source

<1%

71

acikerisim.isikun.edu.tr:8080

Internet Source

<1%

72

TUNÇ AKSAN, Aygül and GİZİR, Cem Ali. "Sağlık Psikolojik Danışmanlığı Çerçevesinde Meme Kanseri Kadınların Yaşantıları ve Psiko-Sosyal Gereksinimleri", Mersin Üniversitesi,

<1%

2017.

Publication

73 www.frontiersin.org <1 %
Internet Source

74 erc.endocrinology-journals.org <1 %
Internet Source

75 www.ebulten-senaturk.org <1 %
Internet Source

76 studylibtr.com <1 %
Internet Source

77 www.journalagent.com <1 %
Internet Source

78 www.uhgsfkongre2017.org <1 %
Internet Source

79 angora.baskent.edu.tr <1 %
Internet Source

80 kutuphane.pamukkale.edu.tr <1 %
Internet Source

81 nursingdepartment.nursing.ankara.edu.tr <1 %
Internet Source

82 "Breast Cancer Management for Surgeons", <1 %
Springer Nature, 2018
Publication

83 www.isfaw.org

Internet Source

<1%

84

www.habervole.com

Internet Source

<1%

85

herkules.oulu.fi

Internet Source

<1%

86

www.taviloglu.com

Internet Source

<1%

87

repositorio.ufjf.br

Internet Source

<1%

88

Submitted to European University of Lefke

Student Paper

<1%

89

orca.cf.ac.uk

Internet Source

<1%

90

"Breast Cancer", Springer Nature, 2017

Publication

<1%

91

YILDIZ-FINDIK, Ümmü, SEMERCİ, Remziye, AVCIBAŞI, İlker Murat, ÜNVER, Seher and KIZILCIK-ÖZKAN, Zeynep. "Bir Grup Hemşirelik Öğrencisinin Mesleğe Yönelik İmaj Algısı", Sade Ajans, 2017.

Publication

<1%

92

www.researchonline.mq.edu.au

Internet Source

<1%

93

www.esp.org

Internet Source

<1%

94

Matteo Lambertini, Massimo Di Maio, Francesca Poggio, Olivia Pagani et al. "Knowledge, attitudes and practice of physicians towards fertility and pregnancy-related issues in youngBRCA-mutated breast cancer patients", *Reproductive BioMedicine Online*, 2019

Publication

<1%

95

"Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie", Springer Science and Business Media LLC, 2017

Publication

<1%

96

Submitted to Celal Bayar Üniversitesi

Student Paper

<1%

97

Submitted to University of Witwatersrand

Student Paper

<1%

98

Tiago Vieira Augusto, Georgina Correia-da-Silva, Cecília M P Rodrigues, Natércia Teixeira, Cristina Amaral. "Acquired resistance to aromatase inhibitors: where we stand!", *Endocrine-Related Cancer*, 2018

Publication

<1%

99

Submitted to Istanbul Aydin University

Student Paper

<1%

100

GÜN, Yasemin and KORKMAZ, Medet.
"Treatment adaptation and Quality of life of
hypertensive patients", Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi,
2014.

Publication

<1%

101

GÜLBEN, Kaptan and BERBEROĞLU, Ali Uğur.
"Factors Affecting Survival After Mastectomy in
Invasive Lobular Carcinoma of the Breast",
Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
2015.

Publication

<1%

102

Submitted to University of Leeds

Student Paper

<1%

103

ÖZDEMİR, Ülkü, TAŞCI, Sultan and KARAKUŞ,
Gonca. "KEMOTERAPİ ALAN HEMATOLOJİK
KANSERLİ YAŞLI BİREYLERİN YAŞADIĞI
SEMPTOMLAR VE FONKSİYONEL
DURUMLARI", Geriatri Derneği, 2017.

Publication

<1%

Exclude quotes

Off

Exclude matches

< 3 words

Exclude bibliography

On

BERNA NUR BERKER HEMŞİRELİK YL TEZİ

GRADEMARK REPORT

FINAL GRADE

/100

GENERAL COMMENTS

Instructor

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 7

PAGE 8

PAGE 9

PAGE 10

PAGE 11

PAGE 12

PAGE 13

PAGE 14

PAGE 15

PAGE 16

PAGE 17

PAGE 18

PAGE 19

PAGE 20

PAGE 21

PAGE 22

PAGE 23

PAGE 24

PAGE 25

PAGE 26

PAGE 27

PAGE 28

PAGE 29

PAGE 30

PAGE 31

PAGE 32

PAGE 33

PAGE 34

PAGE 35

PAGE 36

PAGE 37

PAGE 38

PAGE 39

PAGE 40

PAGE 41

PAGE 42

PAGE 43

PAGE 44

PAGE 45

PAGE 46

PAGE 47

PAGE 48

PAGE 49

PAGE 50

PAGE 51

PAGE 52

PAGE 53

PAGE 54

PAGE 55

PAGE 56

PAGE 57

PAGE 58

PAGE 59

PAGE 60

PAGE 61

PAGE 62

PAGE 63

PAGE 64

PAGE 65

PAGE 66

PAGE 67

PAGE 68

PAGE 69

PAGE 70

PAGE 71

PAGE 72

PAGE 73

PAGE 74

PAGE 75

PAGE 76

PAGE 77

PAGE 78

PAGE 79

PAGE 80

PAGE 81

PAGE 82

PAGE 83

PAGE 84

PAGE 85

PAGE 86

PAGE 87

PAGE 88

PAGE 89

PAGE 90

PAGE 91

PAGE 92

PAGE 93

PAGE 94

PAGE 95

PAGE 96

PAGE 97

PAGE 98

PAGE 99

PAGE 100

RUBRIC: RUBRIC TEST

0 / 5.64

CRITERION 1 (12%)

0 / 12

Test

SCALE 1 Test
(12)

CRITERION 2 (11%)

0 / 12

Test

SCALE 1 Test
(12)

CRITERION 3 (12%)

0 / 12

Test

SCALE 1 Test
(12)

CRITERION 4 (12%)

0 / 12

Test

SCALE 1 Test
(12)