

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez yöneticisi  
Prof. Dr. Özgül EROL

**MEME KANSERLİ KADINLARDA DEPRESYON  
DURUMU VE YAŞAM KALİTESİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

**Çisem ORHAN**

Referans no: 10242303

EDİRNE-2019

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez yöneticisi  
Prof. Dr. Özgül EROL

**MEME KANSERLİ KADINLARDA DEPRESYON  
DURUMU VE YAŞAM KALİTESİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

**Çisem ORHAN**

**Destekleyen Kurum:**

**Tez No:**

EDİRNE-2019

**T.C.**  
**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ**  
**Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü**

**ONAY**

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde Prof. Dr. Özgül EROL danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Çisem ORHAN tarafından tez başlığı “**Meme Kanserli Kadınlarda Depresyon Durumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**” olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **12/06/2019** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından “**Yüksek Lisans Tezi**” olarak kabul edilmiştir.

  
İmza  
Prof. Dr. Özgül EROL  
JÜRİ BAŞKANI  
(Danışman)

  
İmza  
Dr. Öğr. Üyesi Seda KURT  
ÜYE

  
İmza  
Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR  
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ  
Enstitü Müdürü



## **TEŞEKKÜR**

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince yardım ve desteğini esirgemeyen, tecrübelerinden faydalandığım değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Özgül EROL'a, ders dönemim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım sevgili hocam Prof. Dr. Serap ÜNSAR'a, veri toplama aşamasında bana gönülden destek olan Trakya Üniversitesi Balkan Onkoloji Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi Hemşirelerine, beni bu yolda güdüleyen arkadaşım Selda BULUT'a ve her daim aldığım kararları destekleyen babam Sabri ORHAN ve annem Nurcan ORHAN'a en içten duygularıyla teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

<b>GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	1
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	3
<b>MEME KANSERİ</b> .....	3
<b>MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ</b> .....	3
<b>MEME KANSERİ ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ</b> .....	4
<b>MEME KANSERİNDE KLİNİK BULGULAR</b> .....	8
<b>MEME KANSERİNDE EVRELEME</b> .....	9
<b>MEME KANSERİNDE TARAMA VE ERKEN TANI YÖNTEMLERİ</b> .....	11
<b>MEME KANSERİNDE TEDAVİ</b> .....	13
<b>MEME KANSERİNDE KORUNMA DÜZEYLERİ</b> .....	16
<b>MEME KANSERİNE KARŞI GELİŞEN PSİKOLOJİK TEPKİLER</b> .....	16
<b>DEPRESYON</b> .....	18
<b>MEME KANSERİNDE DEPRESYON</b> .....	19
<b>YAŞAM KALİTESİ</b> .....	20
<b>MEME KANSERİNDE YAŞAM KALİTESİ</b> .....	20
<b>GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	22
<b>BULGULAR</b> .....	27
<b>TARTIŞMA</b> .....	50
<b>SONUÇLAR VE ÖNERİLER</b> .....	60
<b>ÖZET</b> .....	63
<b>SUMMARY</b> .....	65
<b>KAYNAKLAR</b> .....	67
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	76
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	78
<b>EKLER</b>	

## SİMGE VE KISALTMALAR

<b>AC</b>	: Doksorubisin (A), Siklofosfamid (C)
<b>AJCC</b>	: American Joint Committee on Cancer
<b>BDE</b>	: Beck Depresyon Envanteri
<b>BKİ</b>	: Beden Kitle İndeksi
<b>BRCA</b>	: Breast Cancer Susceptibility Gene
<b>CES-D</b>	: Center for Epidemiological Studies–Depression Scale
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental
<b>ECOG</b>	: Eastern Cooperative Oncology Group
<b>ER</b>	: Östrojen Reseptörü
<b>FAC</b>	: Fluorouracil (F),Doksorubisin (A), Siklofosfamid (C)
<b>FACT-B</b>	: Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Scale
<b>HADS</b>	: Hospital Anxiety and Depression Scale
<b>HER-2</b>	: Human Epidermal Growth Factor Receptor Protein
<b>IARC</b>	: International Agency for Research on Cancer
<b>ICD</b>	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
<b>KKMM</b>	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
<b>KMM</b>	: Klinik Meme Muayenesi
<b>KT</b>	: Kemoterapi
<b>MKC</b>	: Meme Koruyucu Cerrahi
<b>MRG</b>	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
<b>MRM</b>	: Modifiye Radikal Mastektomi
<b>RT</b>	: Radyoterapi

**SPSS** : Statistical Package for Social Sciences

**TNM** : Tümör Lenf Nodu Metastaz Sistemi

**UICC** : Union International Against Cancer

**USG** : Ultrasonografi



## GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, organizmada oluşan atipik hücrelerin, kontrolsüz ve anormal şekilde bölünüp çoğalması ile ortaya çıkmaktadır (1,2). Günümüzde gelişmiş ülkelerdeki mortalite nedenleri incelendiğinde, %25'inin kanser kaynaklı olduğu bildirilmektedir (3-5). 2017 yılı istatistiklerine göre, ülkemizde dolaşım sistemi hastalıkları %39,7 oran ile birinci sırada ölüm nedeni olarak yer alırken, iyi ve kötü huylu tümörler %19,6 oran ile ikinci sırada ölüm nedeni olarak bildirilmiştir (6). Sağlık alanının en önemli hastalıklardan biri olan kanser, fiziksel bir patoloji olmanın yanı sıra beraberinde psikososyal sorunları da taşıyan bir hastalık grubudur (4,7).

Meme kanseri, tüm dünyada ve ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanser türüdür (8-14). 2014 yılı Sağlık Bakanlığı kanser istatistiklerine göre, ülkemizde halen her dört kadından birinin meme kanserine yakalanmaya devam ettiği bildirilmektedir (14). Kadında meme, birçok toplumda doğurganlığı, estetik görünümü, çekiciliği, bereketi simgeleyen bir organ olarak algılanmaktadır. Meme kanseri, kadın için değerli olan bu organa karşı tehlike oluşturduğundan psikolojik yükü ağır ve önemli bir sağlık problemidir (4,15).

Meme kanseri insidansının her geçen yıl artış gösterdiği, bununla ilişkili olarak meme kanserine bağlı ölüm oranının ise aynı düzeyde artmadığı bildirilmektedir. Son yıllarda meme kanserinin erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler, kanserin erken dönemde fark edilip tedavi edilmesini sağlamıştır. Bu durum, hem meme kanserine bağlı ölüm oranının azalmasına hem de yaşam süresinin uzamasına katkı sağlamıştır. Yaşam süresinin uzamasıyla bireyin yaşam kalitesi ve hastalığa bağlı psikolojik durumu ile ilgili konular önem kazanmaktadır (7,11,16).



Yaşam kalitesi kavramı; bireyin yaşantısının subjektif olarak bütüncül bir şekilde değerlendirilmesi ya da bireyin anlık fonksiyon düzeyini değerlendirerek bundan memnun olup olmadığını ifade etmesidir (16). Sağlık alanında yaşam kalitesinin, hastalık ve tedaviyle ilişkili olarak bedensel, duygusal, sosyal ve faaliyet alanını kapsayan çok boyutlu bir kavram olduğu kabul edilmektedir (17). Bir başka deyişle, "kişinin günlük yaşantısından aldığı doyum" olarak tanımlanan yaşam kalitesi, kemoterapi alan kanser hastalarında tedavi süresince olumsuz yönde etkilenmektedir (17,18).

Kanser, hasta bireylerde olumsuz ruhsal ve psikososyal durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (3,19). Günümüzde meme kanseri tedavisinde büyük ilerlemeler kaydedilsede hastalıkla ilişkili semptomlar, hastalığın hızla ilerlemesi ya da tedavinin yan etkilerine maruz kalınması gibi durumlar hastaları strese sokan önemli faktörlerdendir (20). Meme kanseri kadında; inkar, anksiyete, sosyal izolasyon, umutsuzluk, geleceğin belirsizliği, endişe, ölüm korkusu, dişilik özelliklerini ya da cinsel fonksiyonunu kaybetme kaygısı gibi negatif algıları beraberinde getirmektedir (9,19,21). Kanserde sık görülen önemli bir psikolojik problem olan depresyon, zamanla hasta bireylerin yaşam doyumunu, kişisel bakımını, hastalığa ve tedaviye uyumunu azaltmaktadır (9,22).

Bu araştırma, meme kanserli kadınlarda depresyon durumu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

## **GENEL BİLGİLER**

### **MEME KANSERİ**

Meme kanseri, hücre mutasyonu sonucu memede malign özellik gösteren kanser hücresinin, kontrolsüz olarak bölünüp çoğalması ile ortaya çıkmaktadır. Meme kanseri, memenin lobüler ve duktal epitelinden köken almaktadır (23). Meme kanserinin bazı türlerinde bu oluşum yıllar içinde gelişirken, bazılarında ise kısa sürede gelişmektedir (24).

Meme kanserinde malign hücreler, meme lobülleri ya da kanalları ile sınırlı kalıp çevre dokuya yayılım göstermezlerse noninvaziv (in situ) karsinoma, bazal hücreleri aşarak çevre dokulara, kan veya lenf dolaşımına yayılırsa invaziv (infilte) karsinoma olarak adlandırılırlar (15,25).

### **MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ**

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserdir ve kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık %25-30'unu oluşturmaktadır (8,26,27). Kadınlarda kansere bağlı ölüm nedenleri arasında ise akciğer kanserinden sonra ikinci sırada meme kanseri gelmektedir (11,23,26). Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan Globocan 2018 verilerine göre, dünya çapında yaklaşık 2,1 milyon yeni kadın meme kanseri teşhisi konacağı ve kanserli kadınların her dördünden birinin meme kanseri tanısı alacağı bildirilmiştir (13).

Gelişmiş ülkelerde meme kanseri sıklığının, az gelişmiş ülkeler ve Asya ülkelerine göre daha fazla olduğu bildirilmektedir (23,26,27). Amerika Birleşik Devletleri ve Batı Avrupa ülkelerinde meme kanserine bağlı mortalite artışı benzer oranlardadır (15). Meme kanseri insidansının Avustralya/Yeni Zelanda, Kuzey Avrupa (İngiltere, İsveç, Finlandiya ve Danimarka), Batı Avrupa (Belçika, Hollanda ve Fransa), Güney Avrupa'da en yüksek olduğu

bildirilmiştir (13). Güney Amerika ve Doğu Avrupa ülkelerinde orta sıklıkla, Japonya’da ise daha az sıklıktadır (15). Globocan 2012 verilerine göre, dünyada kadınlarda en sık görülen ilk beş kanser türünün dağılımı sırasıyla meme, kolorektal, uterus serviksi, akciğer, uterus korpusu olarak bildirilirken, Türkiye’de ise bu kanser sıralaması meme, tiroid, kolorektal, uterus korpusu, akciğer olarak bildirilmiştir (14).

Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılı Türkiye kanser istatistiklerinde, meme kanserinin kadınlarda %43,8 oran ile en fazla görülen kanser türü olduğu ve kanser tanısı konan her dört kadından birinin meme kanserli olduğu bildirilmiştir (14).

## **MEME KANSERİ ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ**

Meme kanserinin etiyojisi kesin olarak bilinmemektedir. Birçok kanser türünde olduğu gibi oluşumunda belirli bir etkenden söz etmek olası değildir. Ancak meme kanseri oluşumuna neden olabilecek bazı önemli risk faktörleri belirlenmiştir (15,23,24). Meme kanseri etiyojisinde etken kabul edilen risk faktörleri; kalıtsal, hormonal, çevresel, sosyal faktörler şeklinde belirlensede meme kanserli kadınların %70-80'inin bu risk faktörlerinden herhangi birine sahip olmadığı bildirilmektedir (4,28,29). Meme kanseri oluşumundaki önemli risk faktörleri şu şekilde kategorize edilebilir;

### **Demografik Özellikler**

**Cinsiyet:** Kadın olmak, meme kanseri için en önemli risk faktörüdür. Malign meme tümörlerinin kadınlarda görülme riski, erkeklere oranla 100 kat daha fazladır (11,15,30).

**Yaş:** Kadınlarda yaş, meme kanseri oluşumunda en önemli risk faktörlerindedir (30). Yaşın ilerlemesiyle birlikte meme kanseri görülme sıklığı artmaktadır (8,15,24,31). Yaşamı boyunca altı kadından birinin noninvaziv karsinoma, sekiz kadından birinin ise invaziv karsinoma ile karşılaşma riski taşıdığı ve bu riskin önemli ölçüde ileri yaştan kaynaklandığı bildirilmiştir (11).

**İrk:** Beyaz ırklı kadınlarda meme kanseri insidansı daha yüksek olmasına rağmen siyah ırklı kadınlarda meme kanserine bağlı ölüm oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (11).

## **Reprodüktif Öykü**

**Erken menarş:** Erken menarş yaşı (<12 yaş) meme kanseri oluşumunda önemli bir risk faktörü olarak bilinmektedir (15,23,32). Menarşın geciktiği her yıl için kanser riski %20 oranda azalmaktadır (24). Bunun nedeni ise endojen östrojene daha uzun süre maruziyet ile ilişkilidir (24,30,33).

**Geç menopoz:** Menopozun gecikmesi (>55yaş) meme kanseri gelişiminde önemli bir risktir (15,31). Menopozun her bir yıllık gecikmesi, meme kanseri gelişme riskini %3 oranında arttırır (8). 35-40 yaşından önce ooferektomi yapılan kadınlarda meme kanseri ile karşılaşma riski %75 oranında azalmaktadır (15,24).

**İlk Doğum- İlk Hamilelik Yaşı:** İlk doğum yaşı (<20 yaş, >35 yaş) ile meme kanseri arasında ilişki bulunduğu; hiç doğum yapmamış kadınlarda meme kanseri riskinin, doğum yapmış kadınlara göre yüksek olduğu bildirilmektedir (32,34). Hiç doğum yapmamış kadınlarda, 35 yaş üzerinde doğum yapan kadınlara göre meme kanseri ile karşılaşma riskinin yaklaşık %50 oranında daha fazla olduğu bildirilmiştir (30). Hiç doğum yapmamış olmak meme kanseri rölatif riskini 1,2-1,7 arttırmaktadır (11).

**Laktasyon:** Emzirmenin meme kanseri riskini azalttığı belirtilmiştir (11,30,33,34). Her 12 aylık emzirme periyodunun meme kanseri oluşma riskini %4,3 oranında düşürdüğü bildirilmektedir (30,32).

## **Ailesel/Genetik Faktörler**

**Aile öyküsü:** Özellikle birinci derece akrabalarında (anne, kız kardeş, kız çocuk) meme kanseri olan kadınlar, daha fazla meme kanseri riski taşımaktadır (15,23,24,34,35). Meme kanserli yakını olmayan kadınlarda meme kanseri insidansı %7,8 iken, bir tane meme kanserli birinci derece yakını olması insidansı %13,3'e, iki tane meme kanserli birinci derece yakını olması ise %21,1'e çıkartmaktadır (35).

**Genetik mutasyon:** Meme kanseri vakalarının yaklaşık %5-10'unda otozomal dominant geçişli genetik bir nedenin var olduğu belirtilmektedir (23,24,30,33). Genetik geçişli meme kanserlerinde, 17 numaralı kromozomda bulunan BRCA1 (Breast Cancer Susceptibility Gene) ve 13 numaralı kromozomda bulunan BRCA2 genlerini etkileyen bir

mutasyon mevcuttur (15,23). BRCA mutasyonu olan kadınların hayat boyu meme kanseri ile karşılaşma riski daha fazladır (15,23,24).

### **Çevresel Faktörler**

**Dışardan verilen hormonlar:** Kadınlarda meme kanseri gelişiminde dışarıdan verilen hormonların (hormon replasman tedavisi, oral kontraseptif) etkisi tartışmalıdır (15,30). Günümüzde çoğu oral kontraseptif içeriğinde hem östrojen hem de progesteron hormonu bulunmaktadır. Bu dengelenmiş ve az miktarda östrojen içeren hormonal tedavinin meme kanseri artışındaki etkisi net olarak açıklanamamıştır (23,33). Postmenopozal kadınların uzun süreli östrojen hormonu (hormon replasman tedavisi) kullanımı meme kanseri riskini arttırmaktadır (11,23).

**Sigara ve alkol kullanımı:** Sigara kullanımının meme kanseri oluşumundaki etkisini inceleyen çalışmaların sonuçları çelişkilidir (8,30). Günlük 2-3 kadeh alkol kullanımının östrojen seviyesini yükselttiği ve meme kanseri insidansını %20 oranında arttırdığı bildirilmektedir (33). Sigara içen ve alkol kullanan kadınlarda ise meme kanseri riski artmaktadır (8).

**Radyasyon:** Genç yaşlarda yüksek dozda radyasyon alınmasının meme kanseri riskini arttırdığı bildirilmiştir (23,30,32). Ancak tanı amacıyla yapılan işlemlere (mamografi, radyografi vb.) bağlı olarak radyasyona maruz kalmanın meme kanseri riski ile ilişkisi tartışmalıdır. Bazı kaynaklar mamografinin meme kanserindeki etkisini önemsenmeyecek kadar düşük olarak kabul ederken (15,24), farklı kaynaklar ise düşük dozda uygulanan radyasyonun dahi meme kanseri oluşumunu arttırdığını, bu nedenle gereksiz yere radyasyona maruziyetin önlenmesi için tanı işlemlerinde seçici davranılması gerektiğini bildirmektedir (30).

**Yaşam koşulları:** Sosyoekonomik durumu yüksek olan kadınlarda meme kanseri gelişme riski, sosyoekonomik durumu düşük olan kadınlara göre daha fazladır.

### **Diğer Faktörler**

**Yağlı Diyet:** Doymuş yağ içeriği ve kalorisi yüksek yiyeceklerin uzun süreli tüketiminin vücutta östrojen düzeyini yükselterek meme kanseri insidansında artışa neden olduğu yapılan bazı çalışmalarda bildirilsede, farklı çalışmalarda çelişkili sonuçlar da elde edilmiştir (11,15).

**Egzersiz:** Adölesan çağda düzenli spor yapmak, östrojen seviyesini düşürerek meme kanseri gelişme riskini azaltmaktadır (11,23,24,34). Düzenli egzersiz yapan kadınlarda meme kanserine yakalanma riski % 10-20 oranında azalmaktadır (32).

**Memede daha önceden kanser ya da atipik hiperplazi olması:** Meme kanseri tedavisi görmüş kadınlarda ikinci kez meme kanseri gelişme riski, ilk tanı sonrasındaki her yıl için %1 oranda artmaktadır (11,23). Memede atipik hiperplazi olması kanser riskini 2-4 kat arttırmaktadır (23,24).

**Literatürde meme kanseri risk faktörleri, rölatif risk özelliklerine göre üçe ayrılmıştır (33):**

**Rölatif riskin 4,0' den fazla olduğu faktörler;**

- 65 yaş üzeri olmak,
- Atipik hiperplazi varlığı,
- Genetik mutasyonlar,
- Duktus karsinomu in situ,
- Lobüler karsinoma in situ,
- Göğüslerin yoğun olması,
- 40 yaş öncesi kişisel meme kanseri öyküsü,
- Birinci derecede akrabada meme kanseri öyküsü (İki ya da daha fazla).

**Rölatif riskin 2,1 ve 4,0 arasında olduğu faktörler;**

- Kişisel meme kanseri varlığı (>40yaş),
- Menopozdan sonra endojen östrojen veya testosteronun yüksek seviyeleri,
- Yüksek doz radyasyona maruz kalmak (Göğüse),
- Birinci derecede bir akrabada meme kanseri öyküsü.

**Rölatif riskin 1,1 ve 2,0 arasında olduğu faktörler;**

- Alkol kullanımı,
- Ashkenazi yahudi ırkı,
- Dietilstilbestrole maruz kalmak,
- Erken menarş (<12 yaş),
- Sosyoekonomik durumun yüksek olması,
- Doğum yaşı (>30 yaş),
- Geç menopoz (>55 yaş),

- Emzirmemek,
- Tam dönem hamilelik yaşamamış olmak,
- Obezite (Postmenopozal),
- Endometrium veya yumurtalık kanseri öyküsü,
- Duktal hiperplazi ve fibroadenom öyküsü,
- Uzun süreli östrojen ile progesteron içeren hormon tedavisi,
- Oral kontraseptif kullanımı.

## **MEME KANSERİNDE KLİNİK BULGULAR**

Meme kanserinin başlıca klinik bulguları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

### **Kitle**

Memede ele gelen kitlenin olması, kanserli kadınların %70'inde ilk bulgu olarak ortaya çıkmaktadır (28). Memedeki kitlelerin %48 kadarı üst dış kadranda görülmektedir (15).

### **Ağrı**

Meme kanserinde çok sık görülen bir bulgu değildir. Genellikle hastalığın ilerlemiş dönemlerinde ortaya çıkmaktadır (24,36).

### **Meme Başı Akıntısı**

Meme kanserli kadınların yaklaşık %10'uda meme ucundan akıntı gelmesi durumu yaşanır (28,37). Kanlı veya sulu akıntılar, tek taraflı ve kendiliğinden geliyorsa anormal kabul edilmektedir (37).

### **Forge Belirtisi**

Kitlenin bulunduğu göğsün yukarıda, dik ve dolgun hal almasıdır. Bu belirti memenin üst kadranda görülen kanserlerde meme başının kitleye doğru çekilmesiyle kendini belli etmektedir (38).

### **Memede Ödem, Portakal Kabuğu Görünümü (Pau d'orange)**

Malign hücreler cooper ligamentlerindeki lenf damarları boyunca yayılarak derinin yüzeyel lenf damarlarına ulaşır. Lenf dolaşımı bozulan memede lenfödem oluşur. Bu

durumda meme derisi kalınlaşır ve kıl folikülleri deri içine çekilmiş gibi hal alır ve deride portakal kabuğu görünümü (pau d'orange) ortaya çıkar (36,38).

### **Meme Başında Retraksiyon**

Memenin merkezi kısmında oluşan maligniteler, meme ucunun içeriye doğru çekilmesine sebep olmaktadır (38).

### **Deride Eritem ve Ülserasyon**

Malign hücrelerin meme derisine yayılarak ve deride eritem ile ülserasyon gelişmesi sıklıkla geç dönem meme kanserlerinde ortaya çıkabilmektedir (36).

### **Lenf Nodlarında Büyüme**

Malign kanser hücrelerinin lenf dolaşımı boyunca ilerleyerek lenf nodlarını tıkaması ile büyüme gerçekleşir. Sert yapıda olan lenf nodlarının, büyüklüğü 5 mm'ye ulaştığında metastaz olabileceği düşünülmektedir (38).

### **MEME KANSERİNDE EVRELEME**

Meme kanserinde evreleme, tümörlerin patolojik özelliklerine göre yapılmaktadır. Böylece gerek prognozun belirlenmesinde gerek kanserin vücutta yaygınlığının anlaşılmasında gerekse de uygun tedavi planının seçilmesinde en güvenilir yol oluşturulmuş olur (23). Meme kanserinde tümörün evresinin belirlenmesi amacı ile dünyada ve ülkemizde en sık Union International Against Cancer (UICC) ve American Joint Committee on Cancer (AJCC)'nin oluşturduğu Tümör Lenf Nodu Metastaz Sistemi (TNM) kullanılmaktadır. AJCC'nin yeni TNM Sınıflandırma Sistemi aşağıdaki tablolarda özetlenmiştir. Bu tablolara göre primer tümörü **T**, bölgesel lenf nodlarını **N**, uzak metastazları **M** ifade etmektedir (39).



**Tablo 1. Meme Tümörlerinin TNM Sınıflaması (39)**

<p><b>Primer Tümör (T)</b></p> <p><b>Tx:</b> Değerlendirilemeyen primer tümör <b>T0:</b> Primer tümöre ait bulgu yok <b>Tis:</b> İn situ karsinom <b>Tis:</b> Duktal karsinom in situ (DCIS) <b>Tis:</b> Lobüler karsinom in situ (LCIS) <b>Tis:</b> Meme başının paget hastalığı <b>T1:</b> En büyük çapı <math>\leq 20</math> mm olan tümör <b>T1mi:</b> En büyük çapı <math>\leq 1</math> mm olan mikroinvazif tümör <b>T1a:</b> Tümörün çapı <math>&gt;1</math> mm ancak <math>\leq 5</math> mm <b>T1b:</b> Tümörün çapı <math>&gt;5</math> mm ancak <math>\leq 10</math> mm <b>T1c:</b> Tümörün çapı <math>&gt;10</math> mm ancak <math>\leq 20</math> mm <b>T2:</b> Tümörün çapı <math>&gt;20</math> mm ancak <math>\leq 50</math> mm <b>T3:</b> Tümörün çapı <math>&gt;50</math> mm <b>T4:</b> Tümör herhangi bir çapta, göğüs duvarı ya da cilde yayılım <b>T4a:</b> Pektoralis majör kası dışında göğüs duvarına yayılım <b>T4b:</b> İnflamatuvar karsinoma için gerekli olan özellikler yoktur, cilt ülserasyonu ya da ipsilateral satellit nodülleri ve/veya ödemi (peau d'orange dahil) gelişir <b>T4c:</b> T4a ve T4b bulguları birlikte <b>T4d:</b> İnflamatuvar Karsinom</p>
<p><b>Bölgesel Lenf Nodları (N)</b></p> <p><b>Nx:</b> Daha önceden çıkarıldığı için lenf nodları değerlendirilemiyor <b>N0:</b> Bölgesel lenf nodu metastazı yok <b>N1:</b> İpsilateral mobil level I, II aksiller lenf nodu ya da nodlara metastaz <b>N2:</b> İpsilateral, komşu dokulara yapışık veya yığın yapmış level I, II aksiller lenf nodu metastazı veya klinik olarak aksiller lenf nodu metastazına ait olmayıp ipsilateral internal mammarian nodlarında klinik olarak saptanmış metastaz. <b>N2a:</b> İpsilateral birbirlerine ya da komşu dokulara yapışık level I, II aksiller lenf nodu metastazı. <b>N2b:</b> Klinik olarak aksiller lenf nodu metastazı olmaksızın sadece ipsilateral internal mammarial nodlarında klinik olarak saptanmış metastaz <b>N3:</b> Level I, II aksiller lenf nodu tutulumu olsun ya da olmasın ipsilateral infraklavikular (level III aksiller) lenf nodlara metastaz ya da klinik olarak level I, II aksiller lenf nodu metastazı ile birlikte ipsilateral internal mammarial nodlarda klinik olarak saptanmış metastaz ya da aksiller ya da internal mammarian lenf nodu tutulumu olsun ya da olmasın ipsilateral supraklavikular nodlara metastaz <b>N3a:</b> İpsilateral infraklavikular lenf nodlara metastaz <b>N3b:</b> İpsilateral internal mammarial nodlara ve aksiller lenf nodlara metastaz <b>N3c:</b> İpsilateral supraklavikular nodlara metastaz</p>
<p><b>Uzak Metastaz (M)</b></p> <p><b>Mx:</b> Değerlendirilemeyen uzak metastaz <b>M0:</b> Klinik veya radyografik uzak metastaz kanıtı yoktur fakat metastaza ait semptom ve bulgusu olmayan hastada kan dolaşımında, kemik iliğinde veya diğer bölgesel olmayan lenf nodlarında 0.2 mm daha büyük olmayan moleküler depozitler veya mikroskopik olarak saptanmış tümör hücreleri varlığı <b>M1:</b> Klasik klinik ve radyografik yöntemlerle belirlenen ve/veya histolojik olarak kanıtlanmış 0.2 mm'den büyük saptanabilir uzak metastazlar varlığı</p>

**Tablo 2. Meme Kanserinde Evreleme (39)**

<b>EVRE</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
<b>Evre 0</b>	Tis	N0	M0
<b>Evre IA</b>	T1	N0	M0
<b>Evre IB</b>	T0 T1	N1mi N1mi	M0 M0
<b>Evre IIA</b>	T0 T1 T2	N1 N1 N0	M0 M0 M0
<b>Evre IIB</b>	T0 T1 T2	N1 N1 N0	M0 M0 M0
<b>Evre IIIA</b>	T0 T1 T2 T3 T3	N2 N2 N2 N1 N2	M0 M0 M0 M0 M0
<b>Evre IIIB</b>	T4 T4 T4	N1 N2 N2	M0 M0 M0
<b>Evre IIIC</b>	Herhangi bir T	N3	M0
<b>Evre IV</b>	Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1

### **MEME KANSERİNDE TARAMA VE ERKEN TANI YÖNTEMLERİ**

Meme kanserinde tarama ve erken tanılamaya yönelik geliştirilen yeni yöntemler, hastaların erken dönemde tespit edilmesi, uygun tedavilere ulaşmalarının sağlanması ve sağkalım oranlarının artırılması ile ilgili sonuçları iyileştirmektedir (36).

### **MEME MUAYENESİ**

#### **Kendi Kendine Meme Muayenesi**

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), düzenli uygulandığında memede daha önceden var olmayan kitle ve şekil değişikliklerinin erken dönemde fark edilmesini sağlayan basit, maliyetsiz ve noninvaziv bir yöntemdir. Kişinin KKMM'yi etkin yapabilmesi için meme yapısını iyi tanıması, muayene tekniklerine hakim olması ve bunu belirli periyotlarla tekrarlaması önemlidir (12,40). Kadınların KKMM'yi öğrenmesi ve 20 yaşından itibaren düzenli olarak uygulaması, oluşabilecek meme kanserinin erken evrede tanınmasını sağlayacak ve dolayısıyla tedavisini kolaylaştıracaktır (15). KKMM'nin, premenopozal

dönemde her ay menstruasyon başlangıcından itibaren 5-7.günlerde ve memelerin hassas olmadığı zamanda, postmenopozal dönemde ise her ayın belirlenmiş bir gününde yapılması uygundur (41).

### **Klinik Meme Muayenesi**

Klinik meme muayenesi (KMM), hastanın oturur ve yatar pozisyonunda uygulanmaktadır. İnceleme ve palpasyon yöntemi ile otururken aksillalar, yatarken ise memeler kitle varlığı açısından değerlendirilir. İnceleme ile muayenede; memelerin volümü, kaslar üzerindeki hareketleri, asimetrisi, deride kabarıklık, meme ucunda içe çekilme, renk değişikliği, ülserasyon olup olmadığı değerlendirilir (15,27). Palpasyon ile; sterno-kleido-mastoid, klavikula altı ve üstü, boyun ve sternumdan orta koltukaltı çizgisine kadarki kısım parmakların iç yüzeyi kullanılarak lenfadenopati açısından muayene edilir (15). Amerikan Kanser Derneği, 20-39 yaş arası kadınların üç yılda bir kez, 40 yaşından sonra ise yılda bir kez hekim tarafından yapılan fiziksel meme muayenesini kanserin erken dönemde tanınması için önermektedir (27,40).

## **GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ**

### **Mamografi**

Mamografi, memedeki kanser oluşumlarının erken evrede tanınmasında uzun yıllardır kullanılan etkili bir görüntüleme yöntemidir (27,41). Meme dokusu yoğunluğunun fazla olduğu kadınlarda, memedeki değişiklikleri mamografi ile saptamak güçleşmektedir. Bu nedenle mamografiye ek olarak ultrasonografi (USG) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi ek yöntemler de kullanılmaktadır (15). Kadınlara 40 yaşından itibaren her yıl düzenli olarak mamografi çektirmeleri önerilmektedir (33,41).

### **Ultrasonografi**

Ultrasonografi, meme dokusunda mamografi veya fizik muayenede ortaya çıkan anormal bulguları ses dalgalarından faydalanılarak değerlendirme yöntemidir (33). Meme kanserinde daha sık mamografiden sonra kullanılan bir tanılama tekniğidir (27). Mamografiye ve memedeki girişimsel işlemlere yardımcı bir tanı yöntemidir. Ancak 30 yaşından küçük, hamile veya emzirme dönemindeki kadınlarda ilk tercih olarak kullanılır (41). Ayrıca genç kadınlarda kitlenin karakterinin (kistik-solid) belirlenmesinde önemli bir tekniktir (15,27,41).

## **Manyetik Rezonans Görüntüleme**

Memedeki kitlelerin belirlenmesinde en duyarlı ve özgül tanı yöntemidir. Mamografik ve ultrasonografik olarak belirsiz lezyonların değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (15). Meme implantlarının değerlendirilmesinde, meme dokusu yoğunluğunun fazla olduğu kadınlarda, ileri lokal meme kanseri olan hastalarda tedaviye yanıtın incelenmesinde, koruyucu cerrahi uygulanan kadınların takibinde kullanılan görüntüleme tekniğidir (27). Yüksek meme kanseri riski olan kadınlarda, mamografiyle birlikte MRG yapılması tanıda duyarlılığı %93-100 aralığına taşımaktadır (41).

## **GİRİŞİMSSEL İŞLEMLER (DOKU İNCELEMESİ)**

Memedeki bir kitlenin kesin olarak kanser olup olmadığını belirleyen tek tanı yöntemi doku incelemesidir. Bu amaçla kullanılan yöntemler; ince iğne aspirasyon biyopsisi, kalın iğne biyopsisi, stereotaksik biyopsi ve işaretleme veya cerrahi (insizyonel/eksizyonel) biyopsidir (15).

## **MEME KANSERİNDE TEDAVİ**

Meme kanserinde tedavi, lokal veya sistemik olarak uygulanmaktadır. Lokal tedavi; direkt tümörlü dokuya, lenf nodlarına uygulanan radyoterapi ile cerrahi tedaviden oluşmakta ve tümörün yok edilmesi amaçlanmaktadır. Sistemik tedavi ise vücudun tamamına etki eden kemoterapi, hormonal tedavi ya da hedefe yönelik tedaviden oluşmaktadır. Bu tedavilerle, meme dışına metastaz yapmış kanser hücrelerinin yok edilmesi amaçlanır (25,33). Tüm bu tedavi rejimleri tek başına veya birlikte uygulanabilmektedir (20,42,43). Meme kanseri tedavi şekli belirlenirken kanserin evresi, patolojik özellikleri, metastaz durumu, hastanın yaşı, menopoz durumu, tercihleri gibi kriterler baz alınmaktadır (24,25,33,44).

## **LOKAL TEDAVİ**

### **Cerrahi Tedavi**

Meme kanseri tedavisinde en yaygın uygulanan seçenek cerrahi tedavidir (45). Meme kanserinde uygulanan cerrahi tedavinin temel hedefi, kanserli dokuyu memeden çıkartmak ve hastalığın evresini tespit etmektir. Meme kanserinde uygulanan cerrahi tedavi başlıca mastektomi ve meme koruyucu cerrahidir (33). Meme cerrahisi yıllar içerisinde gelişmiş ve buna bağlı olarak kullanılan tekniklerde yenilenmiştir. Meme kanseri cerrahisinde uygulanan yöntemler ilerleme aşamalarına göre aşağıda belirtilmiştir (46):

**Radikal mastektomi:** Meme ve aksiller lenf nodlarının tamamı ile pektoralis majör-minör kaslarının diseksiyonunu içerir (27,46). Ancak kozmetik ve fonksiyonel olmadığı için günümüzde meme cerrahisinde en nadir kullanılan tekniktir (33).

**Modifiye radikal mastektomi:** Modifiye radikal mastektomi (MRM), memenin pektoralis majör kasının fasyası ile düzey I, düzey II aksiller lenf nodlarının diseksiyonunu içerir. En sık kullanılan meme cerrahisi yöntemidir (47).

**Basit mastektomi (Total mastektomi):** Aksiller lenf nodlarının dışında pektoralis majör kasının fasyası ile memenin tamamının diseksiyonunu içerir (46). Aksiller lenf nodlarından biyopsi amaçlı örnekler alınabilir.

**Meme koruyucu cerrahi:** Meme koruyucu cerrahi (MKC), sadece memenin tümörlü kısmının diseksiyonunu içerir. Bu nedenle diğer cerrahi yöntemlere göre daha kozmetik ve fonksiyoneldir. MKC’de tümör ile tümör çevresindeki bir miktar hastalısız meme dokusu birlikte çıkarıldıktan sonra uygun dozda radyoterapi ile tümörün yok edilmesi hedeflenir (46). Özellikle evre I-II meme kanserinde tercih edilen bir cerrahi yöntemdir (27). Lumpektomi, tümörektomi, kadrantektomi ve geniş tümör eksizyonu MKC olarak yapılan ameliyatlardır (15).

### **Radyoterapi**

Radyoterapi (RT), kanserli hücrelerin iyonize radyasyon (yüksek enerjili X ışını) kullanılarak tahrip edilmesidir (48). Radyoterapi, erken evre meme kanserinin tedavisinde MKC'den sonra uygulanan tamamlayıcı bir tedavidir (46,49). MKC sonrası uygulanan radyoterapi ile meme kanseri tekrarının yaklaşık %50 oranında, meme kanseri mortalitesinin ise yaklaşık %20 oranında azaldığı bildirilmiştir (50). Radyoterapi, internal veya eksternal şekilde verilmektedir (15). Memeye uygulanan radyoterapiye bağlı olarak; his kaybı, yorgunluk, bulantı, kusma, nötropeni, iştahsızlık, güçsüzlük, ışın alınan cilt yüzeyinde kuruma, yanık, renk değişikliği gibi yan etkiler gelişebilmektedir (15,48).

## **SİSTEMİK TEDAVİ**

### **Kemoterapi**

Kemoterapi (KT) tedavisi, ilaç yoluyla kanserli hücrelerin çoğalmasının önlenmesi, tahrip edilmesi ya da ortadan kaldırılması yöntemidir (51). Cerrahi tedavi sonrasında verilen adjuvan kemoterapi ise mikrometastazları ortadan kaldırıp, kanserin nüksünü ve ölüm riskini azaltmayı ve yaşam süresini uzatmayı amaçlar (15,38). Kemoterapötik ajanlar; yorgunluk, bulantı, kusma, iştahsızlık, mukozitler, alopesi, kemik iliği supresyonu, cilt ve tırnak değişiklikleri, cinsel problemler, enfeksiyon, konstipasyon, diyare, halsizlik, ağrı, nörotoksisite gibi birçok yan etkilere neden olmaktadır (15,50,51).

### **Hormonal Tedavi**

Östrojen ve progesteron, meme kanseri gelişimini teşvik eden hormonlardır. Bu nedenle meme kanserinde biyopsi ile tümörden alınan örnekte östrojen ve progesteron reseptör varlığı incelenmelidir. Östrojen reseptörleri pozitif (ER+) olan hastalarda, östrojen seviyesini düşürmek veya östrojenin meme kanseri hücreleri üzerindeki etkisini kırmak için hormon tedavisi tercih edilmektedir. Bu tedavide en yaygın kullanılan ilaç Tamoxifen'dir. Hormon tedavisinde vücudun östrojen kullanımını engellendiğinden bireylerde sıcak basması, vajinal kuruluk ya da kaşıntı, uykusuzluk, terleme, cinsel istekte azalma, bulantı, kusma, adet düzensizliği gibi menopoza benzer etkiler ortaya çıkmaktadır (15,33).

### **Hedefe Yönelik Tedavi (Biyolojik Tedavi)**

Meme kanserlerinin yaklaşık %17'sinde, kanserin büyümesini teşvik eden human epidermal growth factor receptor proteini (HER2/neu) aşırı üretilir. Bu proteine karşı geliştirilmiş monoklonal antikor tedavisi, günümüzde meme kanserinde yaygın olarak kullanılmaktadır. İlk onaylanmış monoklonal antikor olan Transtuzumab (Herceptin), HER2 proteinini doğrudan hedef alarak kanser hücrelerinin yüzeylerinde bulunan reseptörleri inhibe eder ve hücrelerin kontrolsüzce çoğalmasını engeller (15,23,33). Literatürde yapılmış bir çalışmanın sonuçlarına göre transtuzumabın erken evre HER2+ olan meme kanserinde kemoterapiye ek verilmesinin, tek başına kemoterapiye kıyasla, rekürrens ve ölüm riskini sırasıyla %52 ve %33 oranında azalttığı bildirilmiştir (33).

## **MEME KANSERİNDE KORUNMA DÜZEYLERİ**

### **Birincil Korunma**

Birincil korunma, kanser oluşum sürecindeki kalıtsal, çevresel ve biyolojik risk faktörlerini değişime uğratarak kanser insidansını azaltmayı hedefler (15,23). Meme kanseri oluşumunda pek çok risk faktörü belirlenmiş olsada, hastalığın etiyojisi bilinmediğinden birincil korunma ile hastalık kesin olarak önlenememektedir (52). Obezitenin engellenmesi, alkol alımının kısıtlanması, fiziksel aktivitenin artırılması, sağlıklı beslenme gibi değiştirilebilen risk faktörlerinin kontrol altına alınması ve sağlıklı kadınların değiştirilemeyen risk faktörleri hakkında farkındalıklarının artırılması, meme kanseri insidansının azaltılmasında faydalı olacak önlemlerdir (15,23,52).

### **İkincil Korunma**

İkincil korunma çalışmaları, hastalığı belirti ve bulgu vermediği dönemde tespit ederek, morbidite ve mortaliteyi azaltmak için uygulanan taramalardır. Böylece tamamen iyileşme şansı yükselmekte, sağkalım süresi ve yaşam konforu artmaktadır. İkincil korunma kapsamındaki çalışmalar; ayrıntılı anamnez, KKMM, mamografi, KMM'dir (15,23,52).

### **Üçüncül Korunma**

Bu düzeydeki korunma, tıbbi ve sosyal rehabilitasyonu kapsamakta dolayısıyla erken dönemde komplikasyonların önlemesini, ağrının giderilmesini ve sağkalım süresinin uzatılmasını hedeflemektedir (15).

## **MEME KANSERİNE KARŞI GELİŞEN PSİKOLOJİK TEPKİLER**

Kanserli bireylerde, tanı aldıkları andan itibaren tedavinin bitimine kadarki dönemde, farklı psikolojik tepkiler ortaya çıkmaktadır (4,53,54). Bireylerde psikolojik stres yaratan kanser gelecek planlarının bozulması, fonksiyonelliğini yitirme, çözülmesi mümkün olmayan bir durum gibi algılanmakta ve hasta birey ile yakınlarını ruhsal ve ekonomik yönden sarsmaktadır (55,56). Meme kanserinin hastalar üzerinde çok boyutlu olumsuz etkileri vardır. Meme kanserli kadınlar, hastalığa bağlı fiziksel bozuklukların yanı sıra psikososyal ve varoluşsal yönden de birçok sorunla mücadele etmektedir (7,55). Hasta bireyin kansere psikolojik yaklaşımı; endişe, stres, gerginlik, sağlığını kaybetme korkusundan; hastalığın önemini yadsıma, hastalığı kendisine başlatılan bir savaş olarak görme ya da kaderci bir tavırla hastalığı kabullenmeye kadar geniş bir yelpazede değişir. Kanser tanısı alan hastaların,

hastalığa verdiği psikolojik tepkiler birçok araştırmacı tarafından sınıflandırılmıştır. Elizabeth-Kübler Ross kanser hastalığına karşı gelişen psikolojik tepkileri **inkar, öfke, pazarlık, depresyon, kabullenme** olarak ele almıştır (57).

### **İnkâr**

Genel olarak kanserli bireyin tanısına ilk aşamada gösterdiği en sık tepki geçici şok olma (56) ile hastalığa veya ciddiyetine inanmamadır (54). Şok dönemi sonrasında bireylerin bu aşamada en sık verdiği yanıt “Ben hasta olamam hayır, bu asla doğru değil” şeklindedir (56,58). Birey inkar ederek dayanılması güç olan hastalık gerçeğini bilinç dışına atmaya çalışır (4). Başarılı bir savunma olmadığı bilindiği halde kişinin mevcut duruma adapte olması ya da keskin savunma mekanizmasını zamanla azaltması için bireye süre tanır (58). Fakat inkar durumu kişinin gerçeği görmesini engelleyecek, yapılması gereken takip ve tedaviyi reddedecek seviyede ise zararlıdır. İnkâr evresi birkaç saatten birkaç gün ya da haftaya kadar sürebilir (4).

### **Öfke**

Hastalık daha fazla yadsınmadığında bireylerde başkaldırma, hırçınlık, öfke duyguları ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde “Neden ben?, Ben bu hastalığı hak edecek ne yaptım?” soruları yöneltilir (4,58). Hasta birey öfkesini Tanrı’ya, çevresindeki sağlıklı bireylere veya sağlık personellerine yönlendirebilir. Bu nedenle hasta yakınlarının ve sağlık çalışanlarının en çok zorlandığı dönemdir (4). Hastalığın ağırlı zamanlarında bireyin öfke seviyesi daha da artabilir (53). Bu dönemde hastanın öfke duyguları bastırılmaya çalışılmamalı, hastanın yanında bulunduğu hissettirilmeli, empati yapıp hastanın bu dönemi el birliği ile atlatması konusunda destek olunmalıdır (58).

### **Pazarlık**

Hasta birey bu aşamada hastalığını kabul etmeye başlar. Tanrı veya sağlık çalışanlarıyla tekrar sağlığına kavuşabilmek için pazarlık yapar (53) ve uyumlu davranışlar sergileyip iyileşmek için çaba gösterir (56,59). Özellikle Tanrı’ya karşı gösterdiği iyimser davranışlara karşılık iyileşmesi yönünde ödüllendirileceğini düşünür (4,58). Ayrıca pazarlık dönemi, bireyin yaşarken elde etmek istediği maddi ve manevi yatırımları için (çocuğunun mezuniyetini veya evlendiğini görmek, mal sahibi olmak vb.) zaman üretmeye çalıştığı dönemdir (53).



## **Depresyon**

Depresyon, kanserli bireylerde en yoğun yaşanan psikolojik tepkilerdendir (56). Sık sık tekrarlanan tetkikler, ameliyata bağı organ kaybı, hastanede kalma süresinin uzaması, kemoretapi ya da radyoterapi gibi tedaviler depresif dönemin gelişmesine zemin hazırlar (4). Bu evrede hastalar geçmiş yaşantılarına, kayıplarına, hatalarına yönelirler ve kendilerini ölüme hazırlamaya başlayarak genellikle sessizce yas tutarlar. Hastalarda bıkkınlık, ümitsizlik, enerji kaybı ön plandadır (59).

## **Kabullenme**

Bu dönemde ise birey artık hasta olduğunu kabul etmiş ve yeni kimliğini tamamen benimsemiştir (56). Elizabeth-Kübler Ross tarafından bu dönem, hastanın duygusal boşluğu olarak ifade edilmektedir. Sanki artık bireyin ağrısı yoktur veya hastalıkla mücadelesi bitmiştir (4). Kabullenme, hastanın mutlu olduğu bir evre olarak değerlendirilmemelidir. Hastanın artık sözel iletişimi neredeyse yoktur. Durumunun ciddiyetinin farkına varmış ve güven arayışı içine girmiştir. Bu evrede hasta yalnız olmadığını hissetmelidir (4,56,58).

Bu evreler sırasıyla yaşanabileceği gibi bazen evreler aynı anda görülebilir veya bazı evreler hiç yaşanmayabilir (4,58). Tepki sürelerinin gereğinden fazla uzaması, hastanın diğer evreye geçememesi, psikolojik yardımı ve tedaviyi gerektirebilir (60).

## **DEPRESYON**

Duygudurum bozuklukları, bireyin günlük yaşam aktivitelerini önemli derecede kısıtlayan, zamanı birkaç haftadan birkaç aya kadar sürebilen, belirti kümelerinden oluşan, dönem dönem tekrarlayabilen yaşantılardır. Depresyon, duygudurum bozukluklarının klinik tablosunu belirleyen önemli bir sendromdur. Kökeni “depress” olan depresyon kelimesi, Latince “depressus”tan yani alçakta olmaktan türemiştir (61).

Depresyon; şiddeti, belirtileri ve hastalık seyri açısından kişiden kişiye farklılık gösteren bir duygudurum bozukluğudur (62). Kişilerin konuşma ve hareketlerinde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duyguları ile uyku-iştah gibi psikofizyolojik işlevlerde azalma belirtilerini içeren ve yoğun elemkeder duygularının olduğu bir yaşantıdır (63).

Depresyon durumundaki patoloji; kişinin içsel duygusal durumunun devamlı patolojisiyken, bir duygulanım veya mevcut duygusal içeriğin dışı vurulan ifadesi değildir. Kişinin kötü bir gün geçirmesi veya hayal kırıklığına uğramasından kaynaklanan "mutsuz olma hali" duygudurum bozukluklarından ayırt edilmelidir. Bu nedenle bilimsel olarak kabul

görmüş, standart tanı ölçütleri kullanılmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilmiş DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10) yaygın olan kullanılan tanı ölçütleridir (64).

Ülkemizde kadınlarda depresyon insidansının %5,4 olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışmaya göre depresyonun kadınlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğü; 18-44 yaşları arası özellikle de 25 yaşın üzerindeki kadınlarda görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir (62).

### **MEME KANSERİNDE DEPRESYON**

Meme kanseri, kadınların en önemli sağlık sorunlarından biridir ve ciddi psikososyal sorunları beraberinde getirmektedir (7,57,65). Kanserli bireylerin, primer kanser tanısını takiben %14 ile %38 oranında psikiyatrik bozuklukla karşı karşıya kaldığı (55) ve kanserde en sık görülen psikiyatrik bozukluğun depresyon olduğu bildirilmektedir (3,5,22,55). Kanserli bireylerde depresyon oranı %4,5 ile %58 aralığındadır (3,66).

Meme kanserli kadınların tanı aldıkları dönemde yaşadıkları yoğun duygusal stres, tedavi esnasında ve sonraki dönemlerde yeterli psikolojik destek alamamaları, RT, KT ya da cerrahi gibi uygulanan tedavi yöntemleri (9,18,67), kanserin ileri evrede olması, eşlik eden başka fiziksel hastalıklar depresyon gelişme riskini tetiklemektedir (59). Kanserli bireylerde depresyon, hastaların iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilerken hastanede yatma süresi ile maliyetini arttırmakta, zamanla kişisel bakımını ve tedaviye uyumu azaltmaktadır (22,57,66). Bu nedenle kanserli hastalarda depresyonun göz ardı edilmemesi için disforik belirtiler, özgüvensizlik, haz yitimi, değersizlik, çaresizlik, aşırı bağımlılık, suçluluk duygusu ve intihar düşüncelerinin üzerine gidilmelidir (4,66). Hastalığın etkili bir şekilde tedavi edilmesinden sonra dahi depresyon belirtileri uzun süre hasta bireylerde görülebilir. Bu da kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (55).

Karakoyun ve ark.'nın (67) yaptıkları çalışmada, meme kanserli hastaların %19,2'sinde şiddetli depresyon olduğu saptanmıştır. Jones ve ark.'nın (68) çalışmasında, meme kanseri tanısının konulmasından ilk altı ay sonra depresif belirtilerin %20 oranında, ikinci altı ayda ise %12,9 oranında arttığı saptanmıştır. Akel ve ark.'nın (69) yaptıkları çalışmada, meme kanserli hastaların %24,7'sinin değişik düzeylerde depresyonu olduğu ve %4,7'sinin ise depresyon düzeyinin şiddetli olduğu tespit edilmiştir. Yapılan farklı bir çalışmada meme kanserli hastaların %45'inde depresyon olduğu belirlenmiştir (70).

## **YAŞAM KALİTESİ**

Yaşam kalitesi kavramının geçmişi, toplumsal ya da tıp alanında çok eski çağlara kadar uzanmaktadır (71). Aristo ile Platon'un iyi bir yaşam ve mutluluk konuları üzerindeki yoğun çalışmaları, yaşam kalitesi kavramının aslında daha o dönemlerden itibaren var olduğunu göstermektedir. Aristo'nun "Nikomakhos'a Etik", Platon'un "Devlet" adlı yapıtları, yaşam kalitesi etrafındaki tartışmaların bugün olduğu gibi antik dönemde de var olduğuna işaret etmektedir (72). Tıp alanında yaşam kalitesi kavramı, ilk olarak 1960 yılında Long tarafından yayınlanan "On the Quantity and Quality of Life" adlı çalışmada yer almıştır (71).

İlk olarak Thorndike tarafından tanımlanan yaşam kalitesi kavramı; "sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi" olarak ifade edilmiştir (73). Yaşam kalitesi; bireyin yaşamının öznel ve holistik bir şekilde değerlendirilmesi ya da bireylerin o anki fonksiyonelliğini değerlendirerek bundan memnun olup olmadıklarını ifade eden, kişisel iyilik durumunun bir anlatımıdır (16). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise yaşam kalitesini "bireyin kendi yaşamını, yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, kriterleri ve sosyal ilişkilerine yönelik algılaması" olarak tanımlamıştır (74,75). Sağlıkta yaşam kalitesi ise; hastalığın ve uygulanan tedavinin hasta üzerindeki etkilerinin yine hastanın kendisi tarafından değerlendirilmesidir (71). Günümüzde yaşam kalitesi, tüm bilimlerin ulaşmayı istediği evrensel bir hedef olsada ortak bir tanımı yoktur. Ancak yapılan tüm tanımlarda, insan faktörü ve onun kendi yaşamını öznel değerlendirmesi ortak özelliktir (74).

Çok boyutlu karmaşık bir koleksiyon olan sağlıkta yaşam kalitesi kavramının, objektif ve subjektif göstergeleri mevcuttur. Objektif göstergeler; kişinin fiziksel aktivite yapabilme yeteneği, çalışabilme durumu, hastalık belirtileri gibi fizyolojik konuları içerirken, subjektif göstergeler; kişinin psikososyal iyilik hali, yaşamdan aldığı doyum, maddi iyilik hali gibi konuları içermektedir (73,74,76).

## **MEME KANSERİNDE YAŞAM KALİTESİ**

Sağlık alanında yaşam kalitesi, bireylerin hastalık döneminde bedensel, duygusal, sosyal ve faaliyet alanının iyilik halini kapsayan kompleks ve çok boyutlu bir kavramdır (2,3,17,20). Meme kanserinin erken tanı ve tedavisindeki gelişmelere paralel olarak sağkalım oranlarındaki artış, kişilerin tedavi sürecinde yaşam kalitesi kavramını daha da önemli hale getirmektedir (77). Kanserde uygulanan tüm tedavi yöntemleri, hastaların fonksiyonel ve ruhsal hallerini olumsuz olarak etkilemekte ve dolayısıyla yaşam kalitelerini azaltmaktadır (43).

Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, tedavinin yan etkisi olarak ortaya çıkan anemi, yorgunluk, iştahsızlık, alopesi, cinsel fonksiyonlarda bozulma, bulantı-kusma, enfeksiyon gibi semptomlara ek olarak (17,43) tedavi döneminde ortaya çıkan depresyon ve anksiyete gibi duygusal stresler, hastaların yaşamından aldığı doyumunu azaltmaktadır (18). Çelik ve ark.'nın (67) meme kanserli kadınlarda yaptıkları çalışmada anksiyete ve depresyonun kanserle mücadeleyi ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir.

Meme kanseri cerrahisi ya da radyoterapi gibi diğer tedavi yöntemleri sonucu gelişebilen lenfödem, ağrı, gerginlik, üst ekstremitelerde fonksiyon bozukluğu gibi fiziksel bozukluklar veya beden imajının bozulmasına bağlı gelişen psikososyal stresler meme kanserli hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (78). Kement ve ark.'nın (79) yaptıkları çalışma sonucunda, meme kanserli hastalara uygulanan MKC'nin, sağlıklı bireylere göre fiziksel açıdan yaşam kalitesini azalttığı ve diğer yandan MKC'nin MRM ile karşılaştırıldığında hastalarda hem fiziksel hem de ruhsal açıdan daha iyi bir yaşam kalitesi sağladığı bildirilmiştir.

Kanserli bireylerin hastalık döneminde aile ve arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek, fiziksel ve duygusal anlamda yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilemektedir (2). Ayrıca tanı ve tedavi döneminde hastalara verilen uygun hemşirelik danışmanlıkları ile tedavilerin olası yan etkileri daha iyi kontrol edilmekte ve hastaların özbakım gücü ve yaşam kaliteleri artmaktadır (43).

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ**

Bu araştırma, meme kanserli kadınlarda depresyon durumu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırma, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

### **ARAŞTIRMA SORULARI**

1. Meme kanserli kadınların sosyodemografik, hastalık ve tedaviyle ilişkili özellikleri ile depresyon durumları arasında fark var mıdır?
2. Meme kanserli kadınların sosyodemografik, hastalık ve tedaviyle ilişkili özellikleri ile yaşam kaliteleri arasında fark var mıdır?
3. Meme kanserli kadınların depresyon durumları ile yaşam kaliteleri arasında ilişki var mıdır?

### **ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN**

Bu araştırma, bir üniversite hastanesinin ayaktan kemoterapi ünitesinde Eylül 2017-Aralık 2018 tarihleri arasında yapıldı.

### **ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

#### **Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinin ayaktan kemoterapi ünitesinde meme kanseri tanısı ile tedavi gören kadın hastaların tamamı oluşturmaktadır.

## **Araştırmanın Örneklemi**

Araştırma örnekleminin belirlenmesinde, korelasyon kat sayısına dikkat edilerek hesaplama yapıldı. İstatistiksel hesaplama sonucunda,  $r=0,30$  korelasyon kat sayısı baz alınarak %95 güven aralığında 0,80 güç ön görülerek 138 hastanın araştırma kapsamına alınması planlandı. Araştırmanın örneklemini, Eylül 2017-Aralık 2018 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 142 meme kanserli kadın oluşturdu.

## **ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ**

Bu araştırmaya, Eylül 2017-Aralık 2018 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde meme kanseri tanısı ile ayaktan kemoterapi alan, kadın olan, 18 yaşından büyük, Türkçe iletişim kurabilen, görüşmeyi engelleyecek herhangi bir sağlık sorunu olmayan, ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) performans skoru 0-2 olan, çalışmaya katılmaya gönüllü hastalar dahil edildi.

## **ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ**

### **Bağımsız değişkenler**

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, araştırmaya katılan meme kanserli kadınların kişisel özellikleri (yaş, boy, kilo, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, gelir düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, sağlık güvencesi, yaşadığı yer, sigara-alkol kullanımı) ile hastalığa ve tedaviye ilişkin özellikler (hastalığın tanı süresi, evresi, ECOG performans düzeyi, ilk adet yaşı, menopoz durumu, ilk doğum yaşı, doğum sayısı, emzirme süresi, oral kontraseptif kullanma durumu, ailede meme kanseri öyküsü, ailede meme kanseri dışında kanser öyküsü, eşlik eden kronik hastalık öyküsü, tedavi protokolü, ilave ilaç kullanımı, bitkisel ilaç kullanımı, radyoterapi veya kemoterapi tedavisi alıp almadığı) oluşturmaktadır.

### **Bağımlı Değişkenler**

Araştırmanın bağımlı değişkenleri araştırmaya katılan meme kanserli kadınların depresyon durumunu değerlendiren Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve yaşam kalitelerini değerlendiren Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği-Meme Kanseri (FACT-B)'dir.

## **VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmada hastalar hakkında bilgi toplamak için konu ile ilgili literatür taraması yapılarak ‘Hasta Tanıtım Formu’ oluşturuldu. Meme kanserli kadınların depresyon durumlarını değerlendirmek için 'Beck Depresyon Envanteri', yaşam kalitelerini değerlendirmek için 'Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği-Meme Kanseri' kullanıldı.

### **Hasta Tanıtım Formu**

Hasta tanıtım formu, araştırmacılar tarafından literatür incelemesi doğrultusunda araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınların kişisel özellikleri (yaş, boy, kilo, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, gelir düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, sağlık güvencesi, yaşadığı yer, sigara-alkol kullanma), hastalığa ilişkin özellikleri (hastalığın tanı süresi, evresi, ECOG performans düzeyi, ilk adet yaşı, menopoz durumu, ilk doğum yaşı, doğum sayısı, emzirme süresi, oral kontraseptif kullanma durumu, ailede meme kanseri öyküsü, ailede meme kanseri dışında kanser öyküsü, eşlik eden kronik hastalık öyküsü) ve tedaviye ilişkin özelliklerini (tedavi protokolü, ilave ilaç kullanımı, bitkisel ilaç kullanımı, radyoterapi veya kemoterapi tedavisi alıp almadığı) içeren 30 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

### **Beck Depresyon Envanteri**

Bu araştırmada, meme kanserli kadınların depresyon durumlarını değerlendirmek için BDE kullanıldı (Ek 2). Bu ölçek, 1961 yılında Aaron T. Beck ve ark. tarafından geliştirilmiştir (80). Bir öz bildirim ölçeği olan BDE, depresyon şiddetini saptamak ve depresyon sırasındaki bilişsel, bedensel, duygusal ve motivasyonel belirtileri ortaya koymak amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde, 1989 yılında Hisli tarafından yapılmış ve cronbach alfa değeri 0,80 olarak belirlenmiştir (81,82). Bu araştırmada ise ölçeğin cronbach alfa değeri 0,53 olarak belirlendi.

21 soruluk ölçekte, belirti kategorisinin her biri için 0-3 puan aralığında dört seçenek vardır. Hastanın uygulama günü dahil olmak üzere, son bir hafta içinde kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi işaretlemesi istenir. Ölçekte toplam puan 9 veya daha az ise “depresyon yok”, 10–16 ise “hafif depresyon”, 17–23 ise “orta depresyon”, 24 ve daha fazla ise “şiddetli depresyon” olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Toplam puanın yüksek olması, depresyon şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir (81,82).

## **Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği-Meme Kanseri (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Scale)**

Bu araştırmada, meme kanserli kadınların yaşam kalitelerini değerlendirmek için FACT-B ölçeği kullanıldı (Ek 3). Kanserli hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek için oluşturulan Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) ölçekleri, 1987'den beri geliştirilmektedir. FACT ölçekleri çeşitli hastalık gruplarına özgü şekilde uyarlanmıştır. Meme kanseri hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için geliştirilmiş olan formu ise FACT-B'dir. Ölçek toplam 36 soru ve beş alt boyuttan oluşmaktadır (46,83,84).

1. Bedeni Durum Alt Boyutu (Physical Well-Being); enerji düzeyi, ağrı, bulantı varlığı, yan etkilerden etkilenme düzeyine yönelik 7 sorudan oluşmaktadır.
2. Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyutu (Social/Family Well-Being); aile ve sosyal çevre ile yakınlık, iletişim, alınan destek düzeyi ve cinsel yaşama yönelik 7 soru içermektedir.
3. Duygusal Durum Alt Boyutu (Emotional Well-Being); duygu durumu, ümit düzeyi, endişe, sinirlilik, ölüm korkusu ve hastalık ile başa çıkma durumuna yönelik 6 sorudan oluşmaktadır.
4. Faaliyet Durumu Alt Boyutu (Functional Well-Being); günlük faaliyetlerini sürdürme, hastalığı kabullenme, yaşamdan zevk alma, uyku ve yaşam kalitesine yönelik 7 sorudan oluşmaktadır.
5. Diğer Endişeler Alt Boyutu (Additional Concerns); ise meme kanserine özgü 9 sorudan oluşmaktadır. FACT-B'ye özgü meme kanseri boyutu (Breast Cancer Subscale) ilaçların yan etkisine ve cerrahi tedaviye bağlı ortaya çıkabilen fiziksel semptomlar ve psikolojik faktörlere yönelik sorular içermektedir.

Ölçeğin her maddesi 5'li likert tipi skala ("hiç": 0, "çok az": 1, "biraz": 2, "oldukça": 3, "çok fazla": 4) üzerinden değerlendirilmektedir. Hastalardan, tedaviye bağlı son 7 gün içerisindeki etkilenme düzeylerini dikkate alarak soruları yanıtlamaları istenmektedir. Ölçekten toplam alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 148'dir. Puanın yüksek olması yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir. Ölçekte bazı maddeler ters olup, bu maddelerin ters çevrilmesi ve her alt boyutta yer alan maddelerin puanlarının toplanması ile alt puanları hesaplanmaktadır. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği 1997 yılında Brady ve ark. (83) tarafından yapılmış olup cronbach alfa değeri toplam ölçek için 0,90, ölçek



alt boyutları için ise 0,63-0,86 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada ise cronbach alfa değeri toplam ölçek için 0,83 olarak belirlendi.

### **ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ**

Araştırmanın yapılabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek 4) ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden (Ek 5) gerekli izinler alındı.

Beck Depresyon Envanteri'nin araştırmada kullanılabilmesi için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Hisli'den ölçeğin kullanımı için izin alındı (Ek 6).

Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği-Meme Kanseri'nin araştırmada kullanılabilmesi için www.facit.org sitesinden mail yoluyla izin alındı (Ek 7).

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalara, araştırmanın amacı ve uygulanma biçimi hakkında açıklama yapıldı ve hastalardan sözel olarak izin alındı.

### **VERİLERİN TOPLANMASI**

Hasta tanıtım formu, Beck Depresyon Envanteri ve Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği-Meme Kanseri, bir üniversite hastanesinin ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran meme kanserli kadınlara uygulandı. Araştırmada kullanılan materyaller, ayaktan kemoterapi alan meme kanseri kadınlara ilaç aldıkları zaman diliminde uygun ortam sağlandıktan sonra yüz yüze okunarak ortalama 20 dakikalık süre içinde dolduruldu.

### **VERİLERİN DEğERLENDİRİLMESİ**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. İkidenden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman Brown Korelasyon analizi kullanıldı.  $p < 0,05$  değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

## BULGULAR

Araştırma, Eylül 2017-Aralık 2018 tarihleri arasında, meme kanserli kadınların depresyon durumu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla 142 meme kanserli kadın ile yapıldı. Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında tablolar halinde sunuldu:

- Meme kanserli kadınların kişisel özellikleri ile hastalığa ve tedaviye ilişkin özelliklerinin dağılımı,
- Meme kanserli kadınların BDE ve FACT-B ölçeklerine ilişkin puan dağılımı,
- Meme kanserli kadınların kişisel, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ile depresyon durumları ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması,
- Meme kanserli kadınların depresyon durumları ile yaşam kalitelerinin karşılaştırılması.

### **MEME KANSERLİ KADINLARIN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİ İLE HASTALIĞA VE TEDAVİYE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI**

#### **Kişisel Özelliklerin Dağılımı**

Tablo 3'te meme kanserli kadınların kişisel özelliklerine ilişkin dağılımı yer almaktadır. Meme kanserli kadınların yaş ortalamaları  $54,29 \pm 10,72$  yıl, kilo ortalamaları  $74,96 \pm 14,46$  kg, boy ortalamaları  $160,67 \pm 5,49$  cm ve beden kitle indeksi (BKİ) ortalamaları  $29,07 \pm 5,63$  kg/m<sup>2</sup> olarak saptandı (Tablo 3).

Meme kanserli kadınların %58'inin ilkokul mezunu olduğu, %80'inin evli olduğu, %64'ünün ev hanımı olduğu, %73'ünün gelirinin giderine denk olduğu ve %78'inin çalışmadığı belirlendi (Tablo 3).

Meme kanserli kadınların %82'sinin çekirdek tipi ailesinin olduğu, %96'sının SGK kapsamında olduğu, %52'sinin kasabada yaşadığı tespit edildi (Tablo 3). Ayrıca meme kanserli kadınların %63'ünün sigara kullanmadığı, %29'unun sigarayı bıraktığı ve %97'sinin ise alkol kullanmadığı belirlendi (Tablo 3).

**Tablo 3. Kişisel özelliklerin dağılımı (n=142)**

<b>Kişisel Özellikler</b>		<b>Ort. ± S.S</b>	<b>Min-Max</b>
<b>Yaş (yıl)</b>		54,29± 10,72	25-84
<b>Boy (cm)</b>		160,67±5,49	146-175
<b>Kilo (kg)</b>		74,96±14,46	47-124
<b>BKI (kg/m<sup>2</sup>)</b>		29,07±5,63	18,36-46,67
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Eğitim Düzeyi</b>	Okuryazar değil	12	8
	İlkokul	82	58
	Ortaokul	10	7
	Lise	22	15
	Yüksekokul/Üniversite	16	11
<b>Medeni Durum</b>	Evli	113	80
	Bekar	6	4
	Dul/Boşanmış	23	16
<b>Meslek Grubu</b>	Ev hanımı	91	64
	Emekli	22	15
	Memur	6	4
	Serbest Meslek	8	6
	Diğer	15	11
<b>Gelir Düzeyi</b>	Gelirim giderimden az	34	24
	Gelirim giderimle denk	103	73
	Gelirim giderimden fazla	5	4
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışıyorum	6	4
	Çalışmıyorum	111	78
	Şimdiki hastalığım nedeniyle çalışmıyorum	25	18
<b>Aile Tipi</b>	Yalnız yaşıyorum	9	6
	Çekirdek aile	117	82
	Geniş aile	16	11
<b>Sağlık Güvencesi</b>	SGK	136	96
	Yeşilkart	6	4
<b>Yaşanılan Yer</b>	Şehir	45	32
	Kasaba	74	52
	Köy	23	16
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>	Evet	11	8
	Hayır	90	63
	Bıraktım	41	29
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>	Evet	3	2
	Hayır	138	97
	Bıraktım	1	1

### **Hastalığa İlişkin Özellikler**

Tablo 4'te hastalığa ilişkin özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Meme kanserli kadınların %13'ünün I.evre, %42'sinin II.evre, %32'sinin III.evre, %13'ünün IV.evre'de olduğu tespit edildi (Tablo 4).

Meme kanserli kadınların ECOG performans düzeyi incelendiğinde, %87'sinin performans skoru, '1: Hastalık semptomları var, aktivite düzeyi normal, günlük yaşam aktivitelerini yerine getiriyor.' olarak belirlendi (Tablo 4).

Meme kanserli kadınların %80'inin menopoza girdiği ve %64'ünün postmenopozal kanser türüne sahip olduğu saptandı (Tablo 4).

Meme kanserli kadınların %73'ünün oral kontraseptif kullanmadığı, oral kontraseptif kullananların ortalama 3,33±4,17 yıl süre ile kullandığı tespit edildi (Tablo 4).

Meme kanserli kadınların tanı süresi ortalaması 1,42±2,66 yıl, ilk adet yaşı ortalamaları 13±1 yıl, ilk doğum yaşı ortalamaları 23±5 yıl, doğum sayısı ortalamaları 2±1, emzirme süresi ortalamaları 27±21 ay olarak bulundu (Tablo 4).

Meme kanserli kadınların %17'sinin ailesinde (birinci derece akrabalar) meme kanseri öyküsü saptandı (Tablo 4). Ayrıca meme kanserli kadınların %48'inin ailesinde meme kanseri dışında başka bir veya birkaç kanser öyküsü olduğu belirlendi (Tablo 4).

Meme kanserli kadınların %49'unun eşlik eden kronik hastalık öyküsünün olduğu tespit edildi (Tablo 4).

**Tablo 4. Hastalığa ilişkin özelliklerin dağılımı (n=142)**

<b>Hastalığa İlişkin Bulgular</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hastalığın Evresi</b>	Evre I	18	13
	Evre II	60	42
	Evre III	46	32
	Evre IV	18	13
<b>ECOG Performans Düzeyi</b>	‘‘0’’	3	2
	‘‘1’’	124	87
	‘‘2’’	15	11
<b>Menopoz Durumu</b>	Evet	113	80
	Hayır	29	20
<b>Kanser Türü</b>	Premenopozal meme kanseri	51	36
	Postmenopozal meme kanseri	91	64
<b>Oral Kontraseptif Kullanma Durumu</b>	Evet	38	27
	Hayır	104	73
	<b>Ort. ± SS</b>	<b>Min-Max</b>	
<b>Tanı süresi (yıl)</b>	1,42±2,66	0,25-17	
<b>İlk Adet Yaşı (yıl)</b>	13±1	9-17	
<b>İlk Doğum Yaşı (yıl)</b>	23±5	16-41	
<b>Doğum sayısı</b>	2±1	1-5	
<b>Emzirme Süresi (ay)</b>	27±21	0-96	
<b>Oral Kontraseptif Kullanma süresi (yıl)</b>	3,33±4,17	0,25-15	
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ailede Meme Kanseri Öyküsü (Birinci derece akrabalar)</b>	Evet	24	17
	Hayır	118	83
<b>Ailede Meme Kanseri Dışında Başka Kanser Öyküsü</b>	Evet	68	48
	Hayır	74	52
<b>Eşlik Eden Kronik Hastalık Öyküsü</b>	Evet	70	49
	Hayır	72	51

### **Tedaviye İlişkin Özellikler**

Tablo 5 ve 6'da tedaviye ilişkin özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Meme kanserli kadınların tedavi protokolleri incelendiğinde ise; %38'inin AC [Doksorubisin (A), Siklofosfamid (C)], %2,1'inin FAC [Fluorouracil (F), Doksorubisin (A), Siklofosfamid (C)], %0,7'sinin Siklofosfamid (C), %27,5'inin Dosetaksel, %32,4'ünün Paklitaksel, %0,7'sinin Kapesitabin, %1,4'ünün Vinorelbin, %1,4'ünün Karboplatin, %26,1'inin Transtuzumab, %4,2'sinin Pertuzumab, %0,7'sinin Pembrolizumab tedavisi aldığı saptandı (Tablo 5).

Meme kanserli kadınların %45'inin tedavi dışında ilave ilaç veya ilaçlar kullandığı, ilave ilaç kullananların %25'inin antihipertansif kullandığı bulundu. Hastaların %3,5'inin bitkisel ilaç/madde kullandığı (%0,7 'sinin ak zencefil, %0,7'sinin bitkisel vitamin kapsülü, %0,7'sinin çin mantarı kapsülü, %0,7'sinin ısırgan otu çayı, %0,7'sinin propolis damla) belirlendi (Tablo 6). Ayrıca meme kanserli kadınların radyoterapi ve cerrahi tedavi alma

durumları incelendiğinde; %30'unun radyoterapi aldığı ve %77'sine cerrahi tedavi uygulandığı belirlendi (Tablo 6).

**Tablo 5. Tedaviye ilişkin özelliklerin dağılımı (n=142)**

Tedavi Protokolü	n	%
AC	54	38
FAC	3	2,1
Siklofosfamid	1	0,7
Dosetaksel	39	27,5
Paklitaksel	46	32,4
Kapesitabin	1	0,7
Vinorelbin	2	1,4
Karboplatin	2	1,4
Transtuzumab	37	26,1
Pertuzumab	6	4,2
Pembrolizumab	1	0,7

**Tablo 6. Tedaviye ilişkin özelliklerin dağılımı (n=142)**

Tedaviye İlişkin Özellikler	n	%	
<b>Kullanılan İlave İlaç</b>	Evet	64	45
	Hayır	78	55
<b>Kullanılan İlaç Türü</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Antihipertansif	Evet	35	25
Oral Antidiyabetik	Evet	21	15
Antiemetik	Evet	1	1
İnsülin	Evet	3	2
Antihistaminik	Evet	1	1
Antiaritmik	Evet	6	4
Antiagregan	Evet	2	1
Bronkodilatör	Evet	4	3
Statin Grubu	Evet	4	3
Betabloker	Evet	1	1
Antidepresan	Evet	6	4
Anksiyolitik	Evet	2	1
Tiroid İlacı	Evet	11	8
<b>Kullanılan Bitkisel İlaç /Madde</b>	Evet	5	3,5
	Hayır	137	96,5
<b>Kullanılan Bitkisel İlaç/Madde Türü</b>	Ak Zencefil	1	0,7
	Bitkisel Vitamin Kapsülü	1	0,7
	Çin Mantarı Kapsülü	1	0,7
	Isırgan Otu Çayı	1	0,7
	Propolis Damla	1	0,7
<b>Radyoterapi Tedavisi Alma Durumu</b>	Evet	42	30
	Hayır	100	70
<b>Cerrahi Tedavi Alma Durumu</b>	Evet	110	77
	Hayır	32	23

## **MEME KANSERLİ KADINLARIN BDE ve FACT-B ÖLÇEKLERİNE İLİŞKİN PUAN DAĞILIMI**

Tablo 7’de meme kanserli hastaların depresyon durumlarına ve yaşam kalitelerine ilişkin hesaplanan ölçek puanları yer almaktadır.

Bu araştırmada, meme kanserli kadınların depresyon durumları BDE ile değerlendirilerek ortalama ölçek puanı  $15,58 \pm 3,53$  olarak saptandı ve depresyon düzeylerinin hafif-orta derece olduğu belirlendi (Tablo 7).

Araştırma kapsamındaki meme kanserli kadınların yaşam kaliteleri FACT-B ölçeği ile değerlendirilerek toplam ölçek ortalama puanı  $79,61 \pm 9,18$  olarak saptandı ve yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu belirlendi (Tablo 7). FACT-B ölçeğinin alt boyut puanları incelendiğinde ise; meme kanserli kadınların yaşam kalitesine ilişkin bedeni durum alt boyutu ortalama puanı  $13,18 \pm 3,00$  bulunmuş olup orta düzeyde, sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu ortalama puanı  $20,70 \pm 2,57$  bulunmuş olup iyi düzeyde, duygusal durum alt boyutu ortalama puanı  $13,09 \pm 2,15$  bulunmuş olup orta düzeyde, faaliyet durumu alt boyutu ortalama puanı  $14,27 \pm 2,41$  bulunmuş olup orta düzeyde, diğer endişeler alt boyutu ortalama puanı  $18,36 \pm 2,83$  bulunmuş olup orta düzeyde olduğu tespit edildi (Tablo 7).

**Tablo 7. Meme kanserli kadınların depresyon durumu ve yaşam kalitesine ilişkin ölçek puanları**

<b>Ölçek Puanlarının Dağılımı</b>	<b>Ort. <math>\pm</math> S.S</b>	<b>Min-Max</b>
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	$15,58 \pm 3,53$	6-26
<b>FACT-B Ölçeği ve Alt Boyutları</b>		
<b>Bedeni durum</b>	$13,18 \pm 3,00$	6-25
<b>Sosyal yaşam ve aile durumu</b>	$20,70 \pm 2,57$	15-26
<b>Duygusal durum</b>	$13,09 \pm 2,15$	6-22
<b>Faaliyet durumu</b>	$14,27 \pm 2,41$	9-22
<b>Diğer endişeler</b>	$18,36 \pm 2,83$	12-28
<b>FACT-B Ölçek Toplam</b>	$79,61 \pm 9,18$	63-117

## **MEME KANSERLİ KADINLARIN KİŞİSEL, HASTALIK VE TEDAVİYE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ İLE DEPRESYON DURUMLARI VE YAŞAM KALİTELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Meme kanserli kadınların depresyon durumu ile yaş, BKİ, tanı süresi ve doğum sayısı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 8).

Meme kanserli kadınların yaşam kalitesine ilişkin sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu ile yaş, BKİ ve doğum sayısı değişkenleri arasında negatif yönlü (sırasıyla  $r = -0,395$ ,  $p = 0,000$ ,  $r = -0,183$ ,  $p = 0,029$  ve  $r = -0,284$ ,  $p = 0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $p<0,05$ ), (Tablo 8). Bulunan ilişkiye göre meme kanserli kadınların yaşları, BKİ'leri ve doğum sayıları arttıkça, sosyal yaşam ve aile durumuna ilişkin yaşam kaliteleri azalmaktadır. Meme kanserli kadınların yaşam kalitesine ilişkin sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu ile tanı süresi değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 8).

Meme kanserli kadınların yaşam kalitesine ilişkin faaliyet durumu alt boyutu ile doğum sayısı değişkeni arasında negatif yönlü ( $r = -0,213$ ,  $p = 0,015$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $p<0,05$ ), (Tablo 8). Bu ilişkiye göre meme kanserli kadınların doğum sayısı arttıkça faaliyet durumuna ilişkin yaşam kaliteleri azalmaktadır. Ancak meme kanserli kadınların yaşam kalitesine ilişkin faaliyet durumu alt boyutu ile yaş, BKİ ve tanı süresi değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 8).

Meme kanserli kadınların yaşam kalitesine ilişkin diğer endişeler alt boyutu ile doğum sayısı değişkeni arasında negatif yönlü ( $r = -0,213$ ,  $p = 0,015$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $p<0,05$ ), (Tablo 8). Buna göre meme kanserli kadınların doğum sayıları arttıkça diğer endişelere ilişkin yaşam kaliteleri azalmaktadır. Ancak meme kanserli kadınların yaşam kalitesine ilişkin diğer endişeler alt boyutu ile yaş, BKİ ve tanı süresi değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 8).

Meme kanserli kadınların toplam yaşam kaliteleri ile yaş ve doğum sayısı değişkenleri arasında negatif yönlü (sırasıyla;  $r = -0,238$ ,  $p = 0,004$  ve  $r = -0,226$ ,  $p = 0,010$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $p<0,01$ ), (Tablo 8). Bir başka deyişle, meme kanserli kadınların yaşları ve doğum sayıları arttıkça toplam yaşam kaliteleri azalmaktadır. Ancak meme kanserli kadınların toplam yaşam kaliteleri ile BKİ ve tanı süresi değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 8).

Meme kanserli kadınların yaşam kalitesine ilişkin bedeni durum ve duygusal durum alt boyutları ile yaş, BKİ, tanı süresi ve doğum sayısı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 8).



**Tablo 8. Meme kanserli kadınların yaş, BKİ, tanı süresi, doğum sayısı ile depresyon durumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki (n=142)**

		Yaş	BKİ	Tanı Süresi	Doğum Sayısı
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	<i>r</i>	-0,006	-0,026	0,124	0,047
	<i>p</i>	0,945	0,761	0,143	0,598
<b>FACT-B Ölçeği ve Alt Boyutları</b>					
<b>Bedeni durum</b>	<i>r</i>	-0,076	-0,053	-0,019	-0,112
	<i>p</i>	0,371	0,528	0,825	0,203
<b>Sosyal yaşam ve aile durumu</b>	<i>r</i>	-0,395	-0,183	-0,039	-0,284
	<i>p</i>	<b>0,000**</b>	<b>0,029*</b>	0,647	<b>0,001**</b>
<b>Duygusal durum</b>	<i>r</i>	-0,017	-0,121	0,079	0,027
	<i>p</i>	0,843	0,152	0,350	0,761
<b>Faaliyet durumu</b>	<i>r</i>	-0,160	-0,056	0,041	-0,213
	<i>p</i>	0,057	0,507	0,626	<b>0,015*</b>
<b>Diğer endişeler</b>	<i>r</i>	-0,118	-0,131	-0,066	-0,213
	<i>p</i>	0,163	0,121	0,435	<b>0,015*</b>
<b>FACT-B Ölçek Toplam</b>	<i>r</i>	-0,238	-0,143	0,009	-0,226
	<i>p</i>	<b>0,004**</b>	0,090	0,917	<b>0,010*</b>

rp: Spearman Brown Korelasyonu \*p<0,05 \*\*p<0,01

Meme kanserli kadınların eğitim düzeyi ile yaşam kalitesine ilişkin sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ), (Tablo 9). Bulunan farka göre meme kanserli kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe, sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutuna ilişkin yaşam kaliteleri artmaktadır. Meme kanserli kadınların eğitim düzeyi ile depresyon durumu ve yaşam kalitesine ilişkin bedeni durum, duygusal durum, faaliyet durumu ve diğer endişeler alt boyutları ile toplam yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 9).

**Tablo 9. Meme kanserli kadınların eğitim düzeyi ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142)**

Eğitim Düzeyi		n	Ort. ± S.S	X <sub>KW</sub>	p	Anlamlı Fark
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Okuryazar değil	12	16,17 ± 3,56	2,887	0,577	Yok
	İlkokul	82	15,67± 3,30			
	Ortaokul	10	14,40 ±3,47			
	Lise	22	16,14 ±3,31			
	Yüksekokul/Üniversite	16	14,69 ±4,90			
<b>FACT-B Ölçeği ve Alt Boyutları</b>						
<b>Bedeni durum</b>	Okuryazar değil	12	12,75 ±2,01	0,763	0,943	Yok
	İlkokul	82	13,06 ±2,70			
	Ortaokul	10	13,90 ±4,12			
	Lise	22	13,36 ± 2,97			
	Yüksekokul/Üniversite	16	13,44 ±4,38			
<b>Sosyal yaşam ve aile durumu</b>	Okuryazar değil	12	19,58±2,07	15,692	<b>0,003*</b>	* Okuryazar değil ile Lise * Okuryazar değil ile Yüksekokul/Üniversite * İlkokul ile Lise * İlkokul ile Yüksekokul/Üniversite
	İlkokul	82	20,24±2,54			
	Ortaokul	10	21,60±2,22			
	Lise	22	21,50±2,61			
	Yüksekokul/Üniversite	16	22,19±2,37			
<b>Duygusal durum</b>	Okuryazar değil	12	12,42±1,38	5,265	0,261	Yok
	İlkokul	82	12,91±1,62			
	Ortaokul	10	14,20±3,01			
	Lise	22	13,09±2,31			
	Yüksekokul/Üniversite	16	13,81±3,62			
<b>Faaliyet durumu</b>	Okuryazar değil	12	13,58±2,75	1,846	0,764	Yok
	İlkokul	82	14,17±1,99			
	Ortaokul	10	14,70±2,63			
	Lise	22	14,82±2,48			
	Yüksekokul/Üniversite	16	14,31±3,72			
<b>Diğer endişeler</b>	Okuryazar değil	12	18,58±2,64	4,254	0,373	Yok
	İlkokul	82	17,89±2,47			
	Ortaokul	10	19,80±3,94			
	Lise	22	18,45±2,79			
	Yüksekokul/Üniversite	16	19,56±3,58			
<b>FACT-B Ölçek Toplam</b>	Okuryazar değil	12	76,92±6,96	5,010	0,286	Yok
	İlkokul	82	78,28±7,16			
	Ortaokul	10	84,20±12,18			
	Lise	22	81,23±9,14			
	Yüksekokul/Üniversite	16	83,31±15,05			

X<sub>KW</sub>:Kruskal Wallis Testi \*p<0,05

Meme kanserli kadınların medeni hali ile depresyon durumu ve toplam yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ), (Tablo 10). Bulunan farka göre meme kanserli evli kadınların, bekar ve dul/boşanmış kadınlara göre depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu ve meme kanserli evli kadınların, dul/boşanmış kadınlara göre toplam yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Meme kanserli kadınların medeni hali ile yaşam kalitesine ilişkin bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum, faaliyet durumu ve diğer endişeler alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 10).

**Tablo 10. Meme kanserli kadınların medeni hali ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142)**

Medeni Hal		n	Ort. $\pm$ S.S	$X_{kw}$	p	Anlamlı Fark
Beck Depresyon Envanteri	Evli	113	15,02 $\pm$ 3,50	16,393	0,000*	*Evli ile Bekar *Evli ile Dul/Boşanmış
	Bekar	6	18,33 $\pm$ 2,16			
	Dul/Boşanmış	23	17,65 $\pm$ 2,92			
<b>FACT-B Ölçeği ve Alt Boyutları</b>						
Bedeni durum	Evli	113	13,37 $\pm$ 3,00	2,905	0,234	Yok
	Bekar	6	13,83 $\pm$ 3,31			
	Dul/Boşanmış	23	12,09 $\pm$ 2,83			
Sosyal yaşam ve aile durumu	Evli	113	20,94 $\pm$ 2,47	4,436	0,109	Yok
	Bekar	6	20,33 $\pm$ 2,50			
	Dul/Boşanmış	23	19,61 $\pm$ 2,90			
Duygusal durum	Evli	113	13,25 $\pm$ 2,17	3,931	0,140	Yok
	Bekar	6	13,17 $\pm$ 3,13			
	Dul/Boşanmış	23	12,30 $\pm$ 1,64			
Faaliyet durumu	Evli	113	14,50 $\pm$ 2,38	3,926	0,140	Yok
	Bekar	6	13,83 $\pm$ 2,48			
	Dul/Boşanmış	23	13,30 $\pm$ 2,36			
Diğer endişeler	Evli	113	18,54 $\pm$ 2,93	2,207	0,332	Yok
	Bekar	6	18,17 $\pm$ 2,40			
	Dul/Boşanmış	23	17,52 $\pm$ 2,31			
FACT-B Ölçek Toplam	Evli	113	80,59 $\pm$ 9,19	8,180	0,017*	*Evli ile Dul/Boşanmış
	Bekar	6	79,33 $\pm$ 10,01			
	Dul/Boşanmış	23	74,83 $\pm$ 7,64			

$X_{kw}$ : Kruskal Wallis Testi \*  $p<0,05$

Meme kanserli kadınların meslek grupları ile depresyon durumu ve yaşam kalitesine ilişkin bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum, faaliyet durumu ve diğer endişeler alt boyutları ile toplam yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 11).

**Tablo 11. Meme kanserli kadınların meslek grubu ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142)**

	Meslek Grubu	n	Ort. ± S.S	X <sub>kw</sub>	p
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Ev hanımı	91	15,55±3,51	3,928	0,416
	Emekli	22	15,23±4,35		
	Memur	6	14,83±4,26		
	Serbest Meslek	8	17,75±2,25		
	Diğer	15	15,47±2,45		
<b>FACT-B Ölçeği ve Alt Boyutları</b>					
<b>Bedeni durum</b>	Ev hanımı	91	13,23±2,78	0,296	0,990
	Emekli	22	12,77±3,01		
	Memur	6	13,00±2,76		
	Serbest Meslek	8	13,00±2,93		
	Diğer	15	13,67±4,47		
<b>Sosyal yaşam ve aile durumu</b>	Ev hanımı	91	20,43±2,40	5,149	0,272
	Emekli	22	20,73±3,03		
	Memur	6	21,50±3,02		
	Serbest Meslek	8	20,75±2,76		
	Diğer	15	21,93±2,55		
<b>Duygusal durum</b>	Ev hanımı	91	12,82±2,04	5,314	0,257
	Emekli	22	13,82±2,70		
	Memur	6	13,83±1,47		
	Serbest Meslek	8	12,38±1,41		
	Diğer	15	13,73±2,22		
<b>Faaliyet durumu</b>	Ev hanımı	91	14,22±2,27	1,475	0,831
	Emekli	22	14,14±2,68		
	Memur	6	15,33±2,34		
	Serbest Meslek	8	13,88±1,73		
	Diğer	15	14,60±3,22		
<b>Diğer endişeler</b>	Ev hanımı	91	18,24±2,63	6,896	0,141
	Emekli	22	17,45±2,70		
	Memur	6	20,50±2,59		
	Serbest Meslek	8	18,88±3,36		
	Diğer	15	19,27±3,56		
<b>FACT-B Ölçek Toplam</b>	Ev hanımı	91	78,95±8,13	2,627	0,622
	Emekli	22	78,91±10,61		
	Memur	6	84,17±10,19		
	Serbest Meslek	8	78,88±6,75		
	Diğer	15	83,20±13,01		

X<sub>kw</sub>:Kruskal Wallis Testi

Meme kanserli kadınların gelir durumları ile depresyon durumu ve yaşam kalitesine ilişkin bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum, faaliyet durumu ve diğer endişeler alt boyutları ile toplam yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 12).

**Tablo 12. Meme kanserli kadınların gelir durumu ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142)**

Gelir Durumu		n	Ort. ± SS	X <sub>KW</sub>	p
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Gelirim giderimden az	34	15,76±2,79	4,594	0,101
	Gelirim giderimle denk	103	15,38±3,75		
	Gelirim giderimden fazla	5	18,60±2,30		
<b>FACT-B Ölçeği ve Alt Boyutları</b>					
<b>Bedeni durum</b>	Gelirim giderimden az	34	13,76±3,18	2,046	0,360
	Gelirim giderimle denk	103	13,03±2,96		
	Gelirim giderimden fazla	5	12,40±2,61		
<b>Sosyal yaşam ve aile durumu</b>	Gelirim giderimden az	34	20,82±2,47	1,086	0,581
	Gelirim giderimle denk	103	20,61±2,63		
	Gelirim giderimden fazla	5	21,60±2,30		
<b>Duygusal durum</b>	Gelirim giderimden az	34	13,06±1,56	0,075	0,963
	Gelirim giderimle denk	103	13,11±2,34		
	Gelirim giderimden fazla	5	13,00±1,87		
<b>Faaliyet durumu</b>	Gelirim giderimden az	34	14,94±2,30	4,783	0,092
	Gelirim giderimle denk	103	14,10±2,44		
	Gelirim giderimden fazla	5	13,40±2,07		
<b>Diğer endişeler</b>	Gelirim giderimden az	34	18,38±2,71	0,902	0,637
	Gelirim giderimle denk	103	18,32±2,94		
	Gelirim giderimden fazla	5	19,00±0,71		
<b>FACT-B Ölçek Toplam</b>	Gelirim giderimden az	34	80,97± 8,40	1,483	0,476
	Gelirim giderimle denk	103	79,17± 9,58		
	Gelirim giderimden fazla	5	79,40± 5,41		

X<sub>KW</sub>: Kruskal Wallis Testi

Meme kanserli kadınların çalışma durumları ile yaşam kalitesine ilişkin sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler alt boyutları ve toplam yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ), (Tablo 13). Bu farka göre çalışan meme kanserli kadınların, çalışmayan veya hastalığı nedeniyle çalışmayan meme kanserli kadınlara göre sosyal yaşam ve aile durumu ile diğer endişeler alt boyutlarına ilişkin yaşam kaliteleri ve toplam yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. Meme kanserli kadınların çalışma durumları ile

depresyon durumu ve yaşam kalitesine ilişkin bedeni durum, duygusal durum, faaliyet durumu alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 13).

**Tablo 13. Meme kanserli kadınların çalışma durumu ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142)**

Çalışma Durumu		n	Ort. $\pm$ SS	X <sub>KW</sub>	p	Anlamlı Fark
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Çalışıyorum	6	14,17 $\pm$ 2,14	1,919	0,383	Yok
	Çalışmıyorum	111	15,57 $\pm$ 3,69			
	Şimdiki hastalığım nedeniyle çalışmıyorum	25	16,00 $\pm$ 3,03			
<b>FACT-B Ölçeği ve Alt Boyutları</b>						
<b>Bedeni durum</b>	Çalışıyorum	6	16,17 $\pm$ 3,19	5,498	0,064	Yok
	Çalışmıyorum	111	12,97 $\pm$ 2,69			
	Şimdiki hastalığım nedeniyle çalışmıyorum	25	13,40 $\pm$ 3,91			
<b>Sosyal yaşam ve aile durumu</b>	Çalışıyorum	6	22,83 $\pm$ 2,04	8,216	<b>0,016*</b>	*Çalışıyorum ile Çalışmıyorum *Çalışmıyorum ile Çalışmıyorum
	Çalışmıyorum	111	20,40 $\pm$ 2,55			
	Şimdiki hastalığım nedeniyle çalışmıyorum	25	21,52 $\pm$ 2,42			
<b>Duygusal durum</b>	Çalışıyorum	6	14,17 $\pm$ 1,33	4,137	0,126	Yok
	Çalışmıyorum	111	12,94 $\pm$ 2,20			
	Şimdiki hastalığım nedeniyle çalışmıyorum	25	13,52 $\pm$ 2,02			
<b>Faaliyet durumu</b>	Çalışıyorum	6	16,33 $\pm$ 1,97	5,032	0,081	Yok
	Çalışmıyorum	111	14,10 $\pm$ 2,30			
	Şimdiki hastalığım nedeniyle çalışmıyorum	25	14,56 $\pm$ 2,80			
<b>Diğer endişeler</b>	Çalışıyorum	6	21,00 $\pm$ 1,67	9,670	<b>0,008*</b>	*Çalışıyorum ile Çalışmıyorum
	Çalışmıyorum	111	18,01 $\pm$ 2,59			
	Şimdiki hastalığım nedeniyle çalışmıyorum	25	19,28 $\pm$ 3,53			
<b>FACT-B Ölçek Toplam</b>	Çalışıyorum	6	90,50 $\pm$ 7,18	11,137	<b>0,004*</b>	*Çalışıyorum ile Çalışmıyorum *Çalışmıyorum ile Çalışmıyorum
	Çalışmıyorum	111	78,41 $\pm$ 8,27			
	Şimdiki hastalığım nedeniyle çalışmıyorum	25	82,28 $\pm$ 11,31			

X<sub>KW</sub>: Kruskal Wallis Testi \* $p<0,05$

Meme kanserli kadınların aile tipi ile depresyon durumu ve yaşam kalitesine ilişkin duygusal durum alt boyutu arasında anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ), (Tablo 14). Bu farka göre yalnız yaşayan meme kanserli kadınların, çekirdek tip ailede yaşayanlara göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. Ayrıca geniş aileye sahip meme kanserli kadınların duygusal durum alt boyuna ilişkin yaşam kalitelerinin, çekirdek aileye sahip olanlara göre daha düşük olduğu bulundu. Meme kanserli kadınların aile tipi ile yaşam kalitesine ilişkin bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, diğer endişeler ve faaliyet durumu alt boyutları ve toplam yaşam kalitesi arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 14).

**Tablo 14. Meme kanserli kadınların aile tipi ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142)**

Aile Tipi		n	Ort. $\pm$ SS	X <sub>kw</sub>	p	Anlamlı Fark
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Yalnız yaşıyorum	9	18,33 $\pm$ 2,55	7,759	0,021	*Yalnız yaşıyorum ile Çekirdek aile
	Çekirdek aile	117	15,27 $\pm$ 3,58			
	Geniş aile	16	16,31 $\pm$ 3,03			
<b>FACT-B Ölçeği ve Alt Boyutları</b>						
<b>Bedeni durum</b>	Yalnız yaşıyorum	9	12,00 $\pm$ 3,12	1,438	0,487	Yok
	Çekirdek aile	117	13,26 $\pm$ 2,83			
	Geniş aile	16	13,31 $\pm$ 4,08			
<b>Sosyal yaşam ve aile durumu</b>	Yalnız yaşıyorum	9	20,00 $\pm$ 2,96	1,236	0,539	Yok
	Çekirdek aile	117	20,79 $\pm$ 2,57			
	Geniş aile	16	20,38 $\pm$ 2,45			
<b>Duygusal durum</b>	Yalnız yaşıyorum	9	12,67 $\pm$ 1,73	6,016	0,049	*Çekirdek aile ile Geniş aile
	Çekirdek aile	117	13,27 $\pm$ 2,11			
	Geniş aile	16	12,00 $\pm$ 2,39			
<b>Faaliyet durumu</b>	Yalnız yaşıyorum	9	13,33 $\pm$ 2,18	1,275	0,529	Yok
	Çekirdek aile	117	14,37 $\pm$ 2,36			
	Geniş aile	16	14,13 $\pm$ 2,90			
<b>Diğer endişeler</b>	Yalnız yaşıyorum	9	18,11 $\pm$ 2,57	0,775	0,679	Yok
	Çekirdek aile	117	18,47 $\pm$ 2,86			
	Geniş aile	16	17,69 $\pm$ 2,82			
<b>FACT-B Ölçek Toplam</b>	Yalnız yaşıyorum	9	76,11 $\pm$ 7,11	3,220	0,200	Yok
	Çekirdek aile	117	80,16 $\pm$ 9,09			
	Geniş aile	16	77,50 $\pm$ 10,59			

X<sub>kw</sub>: Kruskal Wallis Testi \* $p<0,05$

Meme kanserli kadınların yaşadıkları yer ile depresyon durumu ve yaşam kalitesine ilişkin bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum, faaliyet durumu ve diğer endişeler alt boyutları ile toplam yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 15).

**Tablo 15. Meme kanserli kadınların yaşadıkları yer ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması(n=142)**

Yaşanılan Yer		n	Ort. ± SS	X <sub>KW</sub>	P
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Şehir	45	15,29± 3,92	0,970	0,616
	Kasaba	74	15,55± 3,34		
	Köy	23	16,26± 3,40		
<b>FACT-B Ölçeği ve Alt Boyutları</b>					
<b>Bedeni durum</b>	Şehir	45	13,00± 3,23	0,040	,0980
	Kasaba	74	13,28 ± 2,77		
	Köy	23	13,22± 3,36		
<b>Sosyal yaşam ve aile durumu</b>	Şehir	45	21,02± 2,63	1,427	0,490
	Kasaba	74	20,62± 2,65		
	Köy	23	20,30± 2,18		
<b>Duygusal durum</b>	Şehir	45	13,13± 2,54	2,210	0,331
	Kasaba	74	13,27± 1,92		
	Köy	23	12,43± 2,00		
<b>Faaliyet durumu</b>	Şehir	45	13,93± 2,53	2,853	0,240
	Kasaba	74	14,32± 2,46		
	Köy	23	14,78± 1,98		
<b>Diğer endişeler</b>	Şehir	45	18,40± 2,82	2,672	0,263
	Kasaba	74	18,09± 2,91		
	Köy	23	19,13± 2,56		
<b>FACT-B Ölçek Toplam</b>	Şehir	45	79,49± 9,87	0,103	0,950
	Kasaba	74	79,59± 9,08		
	Köy	23	79,87± 8,48		

X<sub>KW</sub>: Kruskal Wallis Testi

Meme kanserli kadınların sigara kullanma durumu ile depresyon durumu ve yaşam kalitesine ilişkin bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum, faaliyet durumu ve diğer endişeler alt boyutları ile toplam yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 16).



**Tablo 16. Meme kanserli kadınların sigara kullanma durumu ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142)**

Sigara Kullanma Durumu		n	Ort. ± SS	X <sub>KW</sub>	p
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Evet	11	16,82±3,71	1,071	0,585
	Hayır	90	15,48±3,49		
	Bıraktım	41	15,49±3,60		
<b>FACT-B Ölçeği ve Alt Boyutları</b>					
<b>Bedeni durum</b>	Evet	11	13,45±4,39	0,153	0,927
	Hayır	90	13,08±2,78		
	Bıraktım	41	13,34±3,12		
<b>Sosyal yaşam ve aile durumu</b>	Evet	11	22,00±1,84	4,797	0,091
	Hayır	90	20,38±2,42		
	Bıraktım	41	21,05±2,94		
<b>Duygusal durum</b>	Evet	11	13,27±1,95	0,933	0,627
	Hayır	90	13,14±2,00		
	Bıraktım	41	12,93±2,53		
<b>Faaliyet durumu</b>	Evet	11	15,00±2,10	1,905	0,386
	Hayır	90	14,30±2,26		
	Bıraktım	41	14,02±2,79		
<b>Diğer endişeler</b>	Evet	11	18,27±3,32	0,012	0,994
	Hayır	90	18,37±2,65		
	Bıraktım	41	18,37±3,14		
<b>FACT-B Ölçek Toplam</b>	Evet	11	82,00 ±10,42	0,727	0,695
	Hayır	90	79,27 ±8,01		
	Bıraktım	41	79,71 ±11,21		

X<sub>KW</sub>: Kruskal Wallis Testi

Meme kanserli kadınların premenopozal-postmenopozal kanser tanısı alma durumu ile yaşam kalitesine ilişkin sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu arasında anlamlı fark bulundu ( $p < 0,05$ ), (Tablo 17). Bulunan farka göre premenopozal meme kanseri tanısı alan kadınların sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutuna ilişkin yaşam kaliteleri ile toplam yaşam kaliteleri, postmenopozal tanı alan kadınlara göre daha yüksektir. Meme kanserli kadınların premenopozal-postmenopozal kanser tanısı alma durumlarına göre depresyon durumu ile yaşam kalitesine ilişkin bedeni durum, duygusal durum, faaliyet durumu ve diğer endişeler alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ), (Tablo 17).

**Tablo 17. Meme kanserli kadınların premenopozal/postmenopozal kanser tanısı alma durumları ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142)**

Premenopozal/ Postmenopozal Kanser Tanısı Alma Durumu		n	Ort. ± SS	U	p
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Premenopozal meme kanseri	51	15,69±3,06	2229,000	0,696
	Postmenopozal meme kanseri	91	15,53±3,79		
<b>FACT-B Ölçeği ve Alt Boyutları</b>					
<b>Bedeni durum</b>	Premenopozal meme kanseri	51	13,69±3,70	2127,000	0,408
	Postmenopozal meme kanseri	91	12,90±2,51		
<b>Sosyal yaşam ve aile durumu</b>	Premenopozal meme kanseri	51	21,80±2,14	1399,500	<b>0,000*</b>
	Postmenopozal meme kanseri	91	20,08±2,60		
<b>Duygusal durum</b>	Premenopozal meme kanseri	51	13,31±2,29	2030,500	0,211
	Postmenopozal meme kanseri	91	12,97±2,07		
<b>Faaliyet durumu</b>	Premenopozal meme kanseri	51	14,69±2,57	2080,000	0,302
	Postmenopozal meme kanseri	91	14,04±2,29		
<b>Diğer endişeler</b>	Premenopozal meme kanseri	51	18,90±3,34	2031,000	0,215
	Postmenopozal meme kanseri	91	18,05±2,47		
<b>FACT-B Ölçek Toplam</b>	Premenopozal meme kanseri	51	82,39±10,08	1708,500	<b>0,009*</b>
	Postmenopozal meme kanseri	91	78,04 ±8,29		

U: Mann Whitney U Testi \*p<0,05

Meme kanserli kadınların ailesinde meme kanseri öyküsü ile toplam yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark bulundu ( $p<0,05$ ), (Tablo 18). Bulunan farka göre ailesinde meme kanseri olan hastaların toplam yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. Meme kanserli kadınların ailesinde meme kanser öyküsü ile depresyon durumu ve yaşam kalitesine ilişkin bedeni durum, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, faaliyet durumu ve diğer endişeler alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 18).

**Tablo 18. Meme kanserli kadınların ailede meme kanseri öyküsü ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142)**

Ailede Meme Kanseri Öyküsü		n	Ort. ± SS	U	p
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Evet	24	15,50±3,61	1373,000	0,814
	Hayır	118	15,60±3,53		
<b>FACT-B Ölçekği ve Alt Boyutları</b>					
<b>Bedeni durum</b>	Evet	24	14,17±2,75	1064,000	0,054
	Hayır	118	12,98±3,02		
<b>Sosyal yaşam ve aile durumu</b>	Evet	24	21,42±2,26	1159,500	0,159
	Hayır	118	20,55±2,61		
<b>Duygusal durum</b>	Evet	24	13,58±2,06	1106,500	0,088
	Hayır	118	12,99±2,16		
<b>Faaliyet durumu</b>	Evet	24	14,75±2,21	1174,000	0,184
	Hayır	118	14,18±2,44		
<b>Diğer endişeler</b>	Evet	24	18,46±2,75	1356,000	0,742
	Hayır	118	18,34±2,86		
<b>FACT-B Ölçek Toplam</b>	Evet	24	82,38 ±9,00	1052,500	<b>0,048*</b>
	Hayır	118	79,04 ±9,15		

U: Mann Whitney U Testi \*p<0,05

Meme kanserli kadınların eşlik eden kronik hastalık öyküsü ile yaşam kalitesine ilişkin bedeni durum, duygusal durum, faaliyet durumu ve diğer endişeler alt boyutları ile toplam yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ), (Tablo 19). Bu farka göre, eşlik eden kronik hastalığı bulunan meme kanserli kadınların bedeni durum, duygusal durum, faaliyet durumu ve diğer endişeler alt boyutlarına ilişkin yaşam kaliteleri ile toplam yaşam kaliteleri azalmaktadır. Meme kanserli kadınların eşlik eden kronik hastalık öyküsü ile depresyon durumu ve yaşam kalitesine ilişkin sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 19).

**Tablo 19. Meme kanserli kadınların eşlik eden kronik hastalık öyküsü ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142)**

Eşlik Eden Kronik Hastalık Öyküsü		n	Ort. ± SS	U	P
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Evet	70	16,07±3,74	2144,000	0,124
	Hayır	72	15,11±3,28		
<b>FACT-B Ölçeği ve Alt Boyutları</b>					
<b>Bedeni durum</b>	Evet	70	12,53±2,60	1973,500	<b>0,025*</b>
	Hayır	72	13,82±3,24		
<b>Sosyal yaşam ve aile durumu</b>	Evet	70	20,53±2,55	2261,000	0,287
	Hayır	72	20,86±2,60		
<b>Duygusal durum</b>	Evet	70	12,64±2,16	1918,500	<b>0,013*</b>
	Hayır	72	13,53±2,06		
<b>Faaliyet durumu</b>	Evet	70	13,83±2,45	1983,500	<b>0,027*</b>
	Hayır	72	14,71±2,30		
<b>Diğer endişeler</b>	Evet	70	17,74±2,56	1937,000	<b>0,017*</b>
	Hayır	72	18,96±2,97		
<b>FACT-B Ölçek Toplam</b>	Evet	70	77,27 ±8,38	1777,000	<b>0,002*</b>
	Hayır	72	81,88 ±9,42		

U : Mann Whitney U Testi \*p<0,05

Meme kanserli kadınların kullandıkları ilave ilacın olup olmaması ile yaşam kalitesine ilişkin bedeni durum, duygusal durum, faaliyet durumu ve diğer endişeler alt boyutları ile toplam yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark saptandı (p<0,05), (Tablo 20). Bu farka göre ilave ilaç kullanan meme kanserli kadınların bedeni durum, duygusal durum, faaliyet durumu ve diğer endişeler alt boyutlarına ilişkin yaşam kaliteleri ile toplam yaşam kaliteleri azalmaktadır. Meme kanserli kadınların kullandıkları ilave ilacın olup olmaması ile depresyon durumu ve yaşam kalitesine ilişkin sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05), (Tablo 20).

**Tablo 20. Meme kanserli kadınların ilave ilaç kullanımı ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142)**

İlave İlaç Kullanımı		n	Ort.±SS	U	P
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Evet	64	15,83±3,79	2362,000	0,581
	Hayır	78	15,38±3,32		
<b>FACT-B Ölçeği ve Alt Boyutları</b>					
<b>Bedeni durum</b>	Evet	64	12,48±2,65	1950,000	<b>0,024*</b>
	Hayır	78	13,76±3,17		
<b>Sosyal yaşam ve aile durumu</b>	Evet	64	20,30±2,52	2027,000	0,052
	Hayır	78	21,03±2,58		
<b>Duygusal durum</b>	Evet	64	12,50±2,16	1756,000	<b>0,002*</b>
	Hayır	78	13,58±2,03		
<b>Faaliyet durumu</b>	Evet	64	13,56±2,29	1684,500	<b>0,001*</b>
	Hayır	78	14,86±2,36		
<b>Diğer endişeler</b>	Evet	64	17,80±2,54	2001,500	<b>0,041*</b>
	Hayır	78	18,82±2,98		
<b>FACT-B Ölçek Toplam</b>	Evet	64	76,64±8,08	1629,500	<b>0,000*</b>
	Hayır	78	82,04±9,37		

U: Mann Whitney U Testi \*p<0,05

Meme kanserli kadınların radyoterapi alma durumları ile yaşam kalitesine ilişkin diğer endişeler alt boyutu arasında anlamlı fark saptandı (p<0,05), (Tablo 21). Bu farka göre radyoterapi alan meme kanserli kadınların diğer endişeler alt boyutuna ilişkin yaşam kaliteleri azalmaktadır. Meme kanserli kadınların radyoterapi alma durumları ile depresyon durumu ve yaşam kalitesine ilişkin bedeni durum, duygusal durum, faaliyet durumu, sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05), (Tablo 21).

**Tablo 21. Meme kanserli kadınların radyoterapi alma durumu ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142)**

Radyoterapi Alma Durumu		n	Ort.±SS	U	P
Beck Depresyon Envanteri	Evet	42	15,95±3,85	1901,500	0,373
	Hayır	100	15,43±3,40		
<b>FACT-B Ölçeği ve Alt Boyutları</b>					
Bedeni durum	Evet	42	13,12±2,80	2097,500	0,991
	Hayır	100	13,21±3,10		
Sosyal yaşam ve aile durumu	Evet	42	20,55±2,52	2026,000	0,739
	Hayır	100	20,76±2,60		
Duygusal durum	Evet	42	13,40±1,96	1842,500	0,243
	Hayır	100	12,96±2,22		
Faaliyet durumu	Evet	42	14,05±2,09	1905,500	0,380
	Hayır	100	14,37±2,53		
Diğer endişeler	Evet	42	17,50±2,58	1609,500	<b>0,027*</b>
	Hayır	100	18,72±2,86		
FACT-B Ölçek Toplam	Evet	42	78,62 ±7,94	1943,500	0,484
	Hayır	100	80,02 ±9,66		

U: Mann Whitney U Testi \*p<0,05

Meme kanserli kadınların cerrahi tedavi alma durumu ile yaşam kalitesine ilişkin diğer endişeler alt boyutu ve toplam yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark saptandı (p<0,05), (Tablo 22). Bu farka göre meme cerrahisi geçirmiş kanserli kadınların diğer endişeler alt boyutuna ilişkin yaşam kaliteleri ile toplam yaşam kaliteleri azalmaktadır. Meme kanserli kadınların cerrahi tedavi alma durumlarına göre depresyon durumu ile yaşam kalitesine ilişkin bedeni durum, duygusal durum, faaliyet durumu, sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05), (Tablo 22).

**Tablo 22. Meme kanserli kadınların cerrahi tedavi alma durumu ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142)**

Cerrahi Tedavi Alma Durumu		n	Ort.±SS	U	P
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Evet	110	15,67±3,42	1546,000	0,294
	Hayır	32	15,28±3,95		
<b>FACT-B Ölçeği ve Alt Boyutları</b>					
<b>Bedeni durum</b>	Evet	110	13,01±2,96	1513,000	0,225
	Hayır	32	13,78±3,11		
<b>Sosyal yaşam ve aile durumu</b>	Evet	110	20,65±2,65	1748,000	0,953
	Hayır	32	20,84±2,32		
<b>Duygusal durum</b>	Evet	110	13,11±2,19	1757,000	0,988
	Hayır	32	13,03±2,06		
<b>Faaliyet durumu</b>	Evet	110	14,13±2,37	1490,000	0,184
	Hayır	32	14,78±2,52		
<b>Diğer endişeler</b>	Evet	110	17,85±2,59	932,000	<b>0,000*</b>
	Hayır	32	20,09±2,97		
<b>FACT-B Ölçek Toplam</b>	Evet	110	78,75±9,09	1272,000	<b>0,017*</b>
	Hayır	32	82,53±9,04		

U: Mann Whitney U Testi \*p<0,05

### **MEME KANSERLİ KADINLARIN DEPRESYON DURUMU İLE YAŞAM KALİTESİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Meme kanserli kadınların depresyon durumu ile toplam yaşam kaliteleri arasında negatif yönlü ( $r = -0,458$ ,  $p = 0,000$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $p < 0,01$ ), (Tablo 23). Bir başka deyişle, meme kanserli kadınların depresyon düzeyleri arttıkça toplam yaşam kaliteleri azalmaktadır.

Meme kanserli kadınların depresyon durumu ile yaşam kalitesine ilişkin bedeni durum alt boyutu arasında negatif yönlü ( $r = -0,443$ ,  $p = 0,000$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $p < 0,01$ ), (Tablo 23). Bu ilişkiye göre meme kanserli kadınların depresyon düzeyleri arttıkça bedeni durum alt boyutuna ilişkin yaşam kaliteleri azalmaktadır.

Meme kanserli kadınların depresyon durumu ile yaşam kalitesine ilişkin sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu arasında negatif yönlü çok düşük düzeyde ( $r = -0,097$ ,  $p = 0,249$ ) bir ilişki bulundu. Ancak bulunan bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ), (Tablo 23). Bir başka deyişle, meme kanserli kadınların depresyon durumu ile yaşam kalitesine ilişkin sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu arasında ilişki yoktur.

Meme kanserli kadınların depresyon durumu ile yaşam kalitesine ilişkin duygusal durumu alt boyutu arasında negatif yönlü ( $r = -0,418$ ,  $p = 0,000$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir

ilişki bulundu ( $p<0,01$ ), (Tablo 23). Bu ilişkiye göre meme kanserli kadınların depresyon düzeyleri arttıkça duygusal durumu alt boyutuna ilişkin yaşam kaliteleri azalmaktadır.

Meme kanserli kadınların depresyon durumu ile yaşam kalitesine ilişkin faaliyet durumu alt boyutu arasında negatif yönlü ( $r= -0,369$ ,  $p= 0,000$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $p<0,01$ ), (Tablo 23). Bir başka deyişle, meme kanserli kadınların depresyon düzeyleri arttıkça faaliyet durumu alt boyutuna ilişkin yaşam kaliteleri azalmaktadır.

Meme kanserli kadınların depresyon durumu ile yaşam kalitesine ilişkin diğer endişeler alt boyutu arasında negatif yönlü ( $r= -0,241$ ,  $p= 0,004$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $p<0,01$ ), (Tablo 23). Bu ilişkiye göre meme kanserli kadınların depresyon düzeyleri arttıkça diğer endişeler alt boyutuna ilişkin yaşam kaliteleri azalmaktadır.

**Tablo 23. Meme kanserli kadınların depresyon durumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki (n=142)**

FACT-B Ölçeği ve Alt Boyutları		Beck Depresyon Envanteri
Bedeni durum	<i>r</i>	-0,443
	<i>p</i>	<b>0,000**</b>
Sosyal yaşam ve aile durumu	<i>r</i>	-0,097
	<i>p</i>	0,249
Duygusal durum	<i>r</i>	-0,418
	<i>p</i>	<b>0,000**</b>
Faaliyet durumu	<i>r</i>	-0,369
	<i>p</i>	<b>0,000**</b>
Endişe durumu	<i>r</i>	-0,241
	<i>p</i>	<b>0,004**</b>
FACT-B Ölçek Toplam	<i>r</i>	-0,458
	<i>p</i>	<b>0,000**</b>

r<sub>p</sub>: Spearman Brown Korelasyonu \*\* $p<0,01$



## TARTIŞMA

Bu araştırma, meme kanserli kadınlarda depresyon durumu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için, Eylül 2017-Aralık 2018 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran 142 meme kanserli kadına uygulanan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Kanser, organizmada oluşan atipik hücrelerin, kontrolsüz ve anormal şekilde bölünüp çoğalması ile ortaya çıkmaktadır (1,2). Meme kanseri tüm dünyada ve ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanser türüdür ve kadın sağlığını tehdit eden en önemli sorunlardan biridir (9-14,34,85). Kanser, bireylerin hem yaşam kalitesini düşürmekte ve çeşitli psikosozyal sorunlara yol açmakta hem de ölümlerine neden olmaktadır (3,17). Son yıllarda meme kanserinin erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler, kanserin erken dönemde fark edilmesini sağlamıştır. Bu durum, kansere bağlı mortalite oranlarında düşüşe ve sağkalım süresinde uzamaya olanak sağlamıştır (11,86). Yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak bireyin yaşam kalitesi ve hastalığa bağlı psikosozyal durumu ile ilgili konular gündeme gelmektedir (7,16).

Bu araştırmada, meme kanserli kadınların yaş ortalaması  $54,29 \pm 10,72$  yıl olarak saptandı ve %80'inin evli olduğu belirlendi (Tablo 3). Sağlık Bakanlığı 2014 yılı verilerinde, bu araştırma ile uyumlu olarak, ülkemizde meme kanseri tanısı almış kadınların %44,5'inin 50-69 yaş aralığında olduğu bildirilmektedir (14). Kaya'nın (50) meme kanserli kadınlarla yaptığı çalışmada, kadınların yaş ortalaması  $53,7 \pm 11,9$  yıl olarak saptanmış ve %78,4'ünün evli olduğu belirlenmiştir. Gülcivan'ın (38) meme kanserli kadınlarla yaptığı çalışmada, kadınların yaş ortalaması  $46,6 \pm 10,17$  yıl olarak saptanmış, %67,3'ünün 41-60 yaş aralığında ve %79'unun evli olduğu belirlenmiştir. So ve ark.'nın (20) meme kanserli hastalarla yaptığı

çalışmada, hastaların yaş ortalaması 51,70±10,32 yıl olarak saptanmış ve %77,1'inin evli olduğu tespit edilmiştir. Kadında ileri yaş, meme kanseri görülme sıklığını arttıran önemli bir risk faktörüdür (15,24,31,33). Yapılan çalışmaların benzer sonuçlarına göre, meme kanserli kadınların yaş ortalamalarının sıklıkla 50 yaş üzerinde olduğu ve çoğunluğunun evli olduğu görülmektedir.

Bu araştırmada, meme kanserli kadınların %58'inin ilkokul mezunu, %64'ünün ev hanımı olduğu ve %78'inin çalışmadığı belirlendi (Tablo 3). Kaya'nın (50) meme kanserli hastalarla yaptığı çalışmada, kadınların %69,3'ünün ev hanımı olduğu ve %85,2'sinin çalışmadığı belirlenmiştir. Gülcivan'ın (38) meme kanserli hastalarla yaptığı çalışmada, hastaların %46'sının ilkokul mezunu ve %59,3'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır. Türk'ün (87) meme kanserli hastalarla yaptığı çalışmada, hastaların %63,2'sinin ilkokul mezunu olduğu ve %91,2'sinin çalışmadığı bulunmuştur. Yapılan çalışmaların benzer bulgularına göre ülkemizdeki meme kanserli kadınların çoğunluğunun eğitim düzeyinin düşük olduğu, ev hanımı oldukları ve büyük kısmının çalışmadığı görülmektedir. 2017 eğitim istatistikleri de, ülkemizdeki kadınların %32,7'sinin ilkokul mezunu olduğunu bildirmektedir (88). Ayrıca 2017 yılı kadın istatistikleri, okuryazar olmayan kadınların işgücüne katılımının %15,2, yükseköğretim mezunu kadınların işgücüne katılımının ise %71,3 olduğunu bildirmiştir (89). Meme kanserinin eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda çoğunlukta olmasının, kadınların KKMM konusunda yeterince bilinçli olmadıkları veya muayene tekniklerini iyi bilmediklerinden kaynaklandığı tahmin edilmektedir.

Bu araştırmada, meme kanserli kadınların %64'ünün postmenopozal meme kanseri tanısı aldığı saptandı (Tablo 4). Postmenopozal kanser tanılı grubun daha fazla olmasının, meme kanseri vakalarının sıklıkla ileri yaştaki kadınlarda ortaya çıkmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Sert ve ark.'nın (16) yaptıkları çalışmada, meme kanserli kadınların %45,9'unun premenopozal, %54,1'inin postmenopozal meme kanseri tanısı aldığı belirlenmiştir. Bu çalışmalardan farklı olarak Canario ve ark.'nın (90) yaptıkları çalışmada, meme kanserli kadınların %61,4'ünün premenopozal, %38,6'sının postmenopozal, Akın'ın (28) yaptığı çalışmada, meme kanserli kadınların %67,4'ünün premenopozal, %32,6'sının postmenopozal, Ancoli Israel ve ark.'nın (91) yaptıkları çalışmada ise, çalışma grubundaki meme kanserli kadınların %41,2'sinin premenopozal, %30,7'sinin postmenopozal, %11,8'inin ise perimenopozal meme kanseri tanısı aldığı saptanmıştır.

Meme kanserinin etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte meme kanseri oluşumuna neden olan birçok risk faktörü belirlenmiştir (24,92,93). Erken menarş, ilk doğum yaşı, ailede (birinci derece akrabalar) meme kanseri öyküsü, yaşam biçimi gibi faktörler

meme kanseri oluşumundaki bazı önemli risklerdendir. Bu araştırmada, meme kanserli kadınların ilk adet yaşı ortalamaları  $13\pm 1$  yıl, ilk doğum yaşı ortalamaları  $23\pm 5$  yıl, doğum sayısı ortalamaları  $2\pm 1$  olarak belirlendi ve %17'sinin ailesinde (birinci derece akrabalar) meme kanseri olduğu saptandı (Tablo 4). Bener ve ark.'nın (55) yaptıkları çalışmada, meme kanserli hastaların %67,4'ünün doğum sayısının üçten az olduğu, %17,8'inin birinci derece akrabalarında kanser öyküsü olduğu saptanmıştır. Yılmaz'ın (37) meme kanserli kadınlarla yaptığı çalışmada da benzer şekilde, hastaların %82,2'sinin ilk doğumunu 30 yaşından önce yaptığı, %81,6'sının ilk adet yaşının 12-14 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu araştırmada, meme kanserli kadınların BKİ ortalamaları  $29,07\pm 5,63$  kg/m<sup>2</sup> olarak saptandı ve hastaların fazla kilolu oldukları tespit edildi (Tablo 3). Literatürde, postmenopozal dönemde fazla kilolu olan kadınlarda meme kanseri gelişme riskinin zayıflara oranla 1,5 kat arttığı bildirilmektedir (33).

Meme kanseri, kadınlarda depresyonun ortaya çıkmasına neden olan önemli bir sağlık sorunudur (68,94). Bu araştırmada, meme kanserli kadınların depresyon durumu BDE ile değerlendirilerek ortalama ölçek puanı  $15,58\pm 3,53$  olarak bulundu ve depresyon düzeylerinin hafif-orta düzeyde olduğu saptandı (Tablo 7). İzci ve ark.'nın (19) yaptıkları çalışmada, çalışma grubundaki meme kanserli hastaların BDE ortalama ölçek puanı  $8,93\pm 7,09$  olarak bulunmuş ve depresyonlarının olmadığı saptanmıştır. Bener ve ark.'nın (55) yaptıkları çalışmada, meme kanserli kadınların BDE ortalama ölçek puanı  $25,1\pm 7,7$  olarak bulunmuş ve depresyon düzeylerinin orta-şiddetli düzeyde olduğu bulunmuştur. Göl'ün (95) çalışmasında, meme kanserli kadınların BDE ortalama ölçek puanı  $28,06\pm 10,51$  olarak bulunmuş ve meme kanserli hastaların %83,1'inde depresyon olduğu belirlenmiştir. Velioglu'nun (59) çalışmasında, meme kanserli kadınların BDE ortalama puanı  $17,95\pm 13,54$  olarak bulunmuş ve hastaların %48,1'inde depresyon olduğu tespit edilmiştir. Abu Helalah ve ark.'nın (70) yaptıkları çalışmada, meme kanserli hastaların depresyon durumu HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) ile değerlendirilerek ortalama ölçek puanı  $18,0\pm 9,0$  olarak bulunmuş ve hastaların %45 'inde depresyon olduğu belirlenmiştir. Begovic Juhant ve ark.'nın (96) yaptıkları çalışmada, meme kanserli hastaların depresyon düzeyleri CES-D (Center for Epidemiological Studies–Depression Scale) ile değerlendirilerek ortalama ölçek puanı  $18,39\pm 11,28$  olarak bulunmuş ve hastalarda potansiyel depresyon bulgularının olduğu bildirilmiştir. Tüm bu çalışma sonuçlarına göre, meme kanserli hastaların depresyon düzeylerinin; tanı alma süresi, hastalık evresi, uygulanan tedavi türü, hastalığı kabullenme şekli, sosyal destek düzeyleri ile değişebileceği öngörülmektedir.

Bu araştırmada, meme kanserli kadınların yaşam kaliteleri FACT-B ölçeği ile değerlendirilerek toplam ölçek ortalama puanı  $79,61 \pm 9,18$  olarak bulundu ve yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu saptandı (Tablo 7). Türk'ün (87) yaptığı çalışmada, mastektomi uygulanan hastaların yaşam kalitesi FACT-B ölçeği ile değerlendirilerek toplam ölçek ortalama puanı  $68,47 \pm 22,44$  olarak bulunmuş ve yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Begovic Juhant ve ark.'nın (96) meme kanserli kadınlarda beden imajının depresyon ve yaşam kalitesine etkisini inceledikleri çalışmada, yaşam kalitesi FACT-G ölçeği ile değerlendirilerek toplam ölçek ortalama puanı  $72,61 \pm 19,03$  olarak bulunmuş ve yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Gelin ve Ulus'un (17) yaptıkları çalışmada, kanserli hastaların yaşam kalitesi FACT-G ölçeği ile değerlendirilerek toplam ölçek ortalama puanı  $60,73$  olarak bulunmuş ve yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmaların benzer sonuçları, çok boyutlu bir kavram olan yaşam kalitesinin genelinin ya da bazı alt boyutlarının kanser hastalarında olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir.

Bu araştırmadaki meme kanserli kadınların, yaşam kalitelerine ilişkin bedeni durum, duygusal durum, faaliyet durumu ve diğer endişeler alt boyutlarının orta düzeyde, sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutunun ise iyi düzeyde olduğu bulundu. Yaşam kalitesine ilişkin sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutunun ortalama puanı  $20,70 \pm 2,57$  olarak saptandı ve diğer yaşam kalitesi alt boyutlarına göre daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 7). Bu araştırmaya benzer olarak, Abu Helalah ve ark.'nın (70) meme kanserli kadınlarla yaptıkları çalışmada, hastaların yaşam kalitelerine ilişkin en yüksek puanın sosyal işlevsellik alt boyutunda olduğu saptanmıştır. Safaee ve ark.'nın (97) meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada, hastaların yaşam kalitesine ilişkin bilişsel ve sosyal işlevsellik alt boyutlarının diğer alt boyutlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Lanza ve ark.'nın (98) meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada, hastaların yaşam kalitesinin fonksiyonel durumlarına ilişkin en yüksek puanı, sosyal fonksiyon alt boyutundan aldıkları belirtilmiştir. Bu araştırmada, meme kanserli kadınların depresyon düzeylerinin hafif-orta derecede olmasının, yaşam kalitesine ilişkin sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutunun iyi düzeyde olmasıyla ilişkili olabileceği düşünölmektedir. Nitekim yapılan çalışmalarda da, hasta bireylerin birlikte yaşadıkları kişilerden, özellikle de eşlerinden sosyal destek görmelerinin, hastalığa uyumlarını arttırıp psikososyal açıdan olumlu yönde etki sağladığı bildirilmektedir (7,20,99-102).

Bu araştırmada, meme kanserli kadınlarda depresyon durumu ile yaş değişkeni arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 8). Cvetkovic ve Nenadovic'in (103) meme kanserli hastaların depresyon durumunu inceledikleri çalışmada, meme kanserli hastaların yaşları

arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı bulunmuştur. Grabsch ve ark.'nın (104) erken ve ileri evredeki meme kanserli kadınlarda psikiyatrik bozuklukları inceledikleri çalışmada, depresyon düzeyinin genç kadınlarda anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Arabacı'nın (105) mastektomili kadınların ruhsal durumlarını incelediği çalışmada, hastaların yaşları arttıkça depresyon alt boyutuna ilişkin puanın azaldığı saptanmıştır. Genç bireylerin yaşam beklentileri, hayalleri, gelecek kaygıları daha fazladır. Bu nedenle kanser gibi ölümcül sonuçları olan bir hastalıkla karşılaşan gençlerin depresyona daha eğilimli oldukları düşünülmektedir. Göl (95) ise bu çalışmalardan farklı olarak kemoterapi alan kanserli hastaların depresyon durumunu incelediği çalışmada, hastaların yaşları arttıkça ve özellikle 60 yaş üzerinde depresyon şiddetinin de arttığını saptamıştır.

Bu araştırmada, meme kanserli kadınların yaşları arttıkça yaşam kalitesine ilişkin sosyal yaşam ve aile durumu alt boyut puanlarının azaldığı saptandı (Tablo 8). Bu araştırmaya benzer şekilde, Yan ve ark. (106) meme kanserli hastalarda yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, hastaların yaşları arttıkça sosyal yaşam ve aile durumuna ilişkin yaşam kalitelerinin azaldığını bildirmiştir. Pınar ve ark. (107) tarafından yapılan çalışmada ise, meme kanserli hastaların yaşları arttıkça yaşam kalitesine ilişkin genel iyilik hallerinin azaldığı, yaş değişkeni ile sosyal durum alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmadığı saptanmıştır.

Bu araştırmada, okuryazar olmayan meme kanserli kadınların depresyon puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Ancak meme kanserli kadınların eğitim düzeyi ile depresyon durumu arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 9). Benzer şekilde Velioglu'nun (59) yaptığı çalışmada, meme kanserli kadınların eğitim düzeyi ile depresyon durumu arasında fark saptanmamıştır. Hindistan ve ark.'nın (108) yaptıkları çalışmada ise, okuryazar olmayan/okuryazar olan hastaların, ilköğretim, lise ve üniversite mezunlarına göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Akel ve ark.'nın (69) yaptıkları çalışmada da, eğitim düzeyi düşük olan meme kanserli hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe insanların merakları artmakta ve bilgiye hızla ulaşmaları kolaylaşmaktadır. Eğitim düzeyi düşük olan kadınların meme kanseri konusunda bilgileri daha sınırlı olacağından hastalığa, tedavi sürecine ve geleceğe ilişkin kaygılarının daha yoğun olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada, meme kanserli kadınların eğitim seviyesi yükseldikçe sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutuna ilişkin yaşam kalitelerinin arttığı saptandı (Tablo 9). Kaminska ve ark.'nın (85) mastektomi veya meme koruyucu cerrahi uygulanan meme kanserli hastalarda yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, eğitim seviyesi yüksek olan hastalarda yaşam

kalitesine ilişkin fiziksel ve sosyal iyilik halinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Al Naggar ve ark.'nın (109) meme kanserli hastalarda yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, meme kanserli hastaların eğitim seviyesi yükseldikçe, sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutuna ilişkin yaşam kalitelerinin de arttığı saptanmıştır. Gelin ve Ulus'un (17) yaptıkları çalışmada, hastaların eğitim seviyesi yükseldikçe sosyal yaşam ve aile durumu ile faaliyet durumuna ilişkin yaşam kalitelerinin arttığı bulunmuştur. Eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin, baş etme mekanizmalarını daha iyi kullanabildikleri ve bununla ilişkili olarak yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada, bekar ve dul/boşanmış olan meme kanserli kadınların evlilere kıyasla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 10). Bu araştırmaya benzer şekilde, Arabacı (105) ve Göl (95) tarafından yapılan çalışmalarda bekar hastaların depresyon düzeyinin, evli olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Velioğlu'nun (59) çalışmasında ise meme kanserli hastaların medeni durumu ile depresyon düzeyi arasında fark saptanmamıştır. Bu bağlamda, medeni durumun depresyon düzeyini her zaman etkileyen bir faktör olmadığı ancak bu araştırmaya ve benzer çalışma sonuçlarına dayanarak, evli olmanın sosyal bir destek sağlayarak hasta bireyleri depresyondan koruduğu söylenebilir.

Bu araştırmada, evli olan meme kanserli kadınların dul/boşanmış olanlara göre toplam yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 10). Türk'ün (87) çalışmasında evli olan meme kanserli kadınların bekar olanlara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gülcivan'ın (38) çalışmasında, meme kanserli kadınların medeni durumları ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmamış ancak yaşam kalitesine ilişkin emosyonel rol ve mental sağlık alt boyutları haricindeki tüm yaşam kalitesi alt boyut puanlarının evli kadınlarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Yan ve ark.'nın (106) yaptıkları çalışmada, evli meme kanserli hastaların yaşam kalitesine ilişkin sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalardan farklı olarak Ganesh ve ark.'nın (110) meme kanserli hastalarda yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada bekar ve dul/boşanmış olan meme kanserli kadınların, evlilere kıyasla yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu araştırmada, meme kanserli kadınların meslek grubu ile depresyon durumu ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 11). Ancak memur olan kadınların diğer meslek gruplarına göre depresyon puanının daha düşük olduğu, toplam yaşam kalitesi puanının ise daha yüksek olduğu belirlendi. Yan ve ark.'nın (106) meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada, kamuda çalışanların diğer meslek gruplarına göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Arslan ve ark.'nın (18) yaptıkları çalışmada en yüksek

depresyon düzeyinin serbest meslek çalışanlarında, en düşük depresyon düzeyinin ise memurlarda olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun devlete bağlı kurumlarda çalışan ve düzenli geliri olan bireylerin geleceğe yönelik endişelerinin daha az olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada, meme kanserli kadınların gelir düzeyi ile depresyon durumları ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 12). Begovic Juhant ve ark.'nın (96) meme kanserli kadınlarla yaptıkları çalışmada, gelir düzeyi yüksek olan hastaların depresyon düzeylerinin daha düşük, yaşam kalitelerinin ise daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yan ve ark.'nın (106) yaptıkları çalışmada, gelir düzeyi yüksek olan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gülcivan'ın (38) meme kanserli hastalarla yaptığı çalışmada, gelir düzeyi yüksek olan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gelin ve Ulus'un (17) yaptıkları çalışmada, kanserli hastaların gelir düzeyi yükseldikçe yaşam kalitelerinin arttığı tespit edilmiştir. Her ne kadar gelir düzeyinin yüksek olması çeşitli olanaklara ulaşmayı kolaylaştırsada, bu araştırmadaki meme kanserli kadınların çoğunluğunun gelirinin giderine denk olmasından dolayı gelir düzeyleri ile depresyon durumları ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı farkın ortaya çıkmadığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada, çalışan meme kanserli kadınların çalışmayan veya şimdiki hastalığı nedeniyle çalışmayanlara göre toplam yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 13). Ganesh ve ark.'nın (110) meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada da çalışan hastaların çalışmayanlara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Pınar ve ark.'nın (107) yaptıkları çalışmada, herhangi bir işte çalışan hastaların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Aydın (76) tarafından yapılan bir çalışmada, çalışan hastaların faaliyet durumuna ilişkin yaşam kaliteleri ve toplam yaşam kalitelerinin çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Begovic Juhant ve ark.'nın (96) meme kanserli kadınlarla yaptıkları çalışmada, ev dışında farklı bir yerde çalışan hastaların duygusal ve sosyal duruma ilişkin yaşam kaliteleri ile toplam yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışan hastaların, çalışarak ekonomik özgürlük elde etmelerinin yanı sıra hastalık ve tedavi ile ilgili konulardan uzaklaşacak bir uğraşlarının olmasının psikososyal anlamda da yaşam kalitelerini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada, yalnız yaşayan meme kanserli kadınların depresyon düzeylerinin, çekirdek ailede yaşayanlardan daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 14). Yalnız yaşayan meme kanserli kadınların, sosyal destek yetersizliğinden dolayı depresyon düzeylerinin daha yüksek olabileceği beklenen bir sonuç olarak düşünülmektedir. Ayrıca bu araştırmada, geniş ailede yaşayan meme kanserli kadınların duygusal durumla ilişkili yaşam kalitelerinin, çekirdek

ailede yaşayanlara göre daha düşük olduğu tespit edildi (Tablo 14). Geniş aile ortamında, meme kanserli kadınların hastalığı ile ilgili duygularını rahat ifade edememesi veya geniş ailelerde aile ekonomisinin sağlık giderlerine bağlı daha fazla sarsılması gibi nedenlerin kanserli bireylerin duygusal durumunu olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Bu araştırmada, meme kanserli kadınların yaşadıkları yer ile depresyon durumu ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 15). Gülcivan (38) ile Arslan ve ark. (18) tarafından yapılan çalışmalarda, bu araştırmaya benzer şekilde yaşanan yer ile yaşam kalitesi arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Aydın'ın (76) yaptığı çalışmada ise, ilde yaşayan hastaların ilçe ve köyde yaşayanlara göre toplam yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu araştırmada, meme kanserli kadınların sigara içme durumları ile depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 16). Depresyon düzeyi yüksek olan bireylerin sigara içmeye meyilli oldukları bilinsede, bu araştırmadaki hastaların büyük çoğunluğunun sigara kullanmamaları nedeniyle depresyon düzeyleri ve sigara içme durumları arasında anlamlı fark bulunmadığı düşünülmektedir. Özet ve ark.'nın (5) çalışmasında da benzer şekilde kanser hastalarının sigara içme durumları ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Arabacı'nın (105) mastektomili kadınlarda yaptığı çalışmada ise, sigara içen hastaların depresyon puanının, içmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmada, premenopozal meme kanseri tanısı alan kadınların toplam yaşam kalitelerinin, postmenopozal tanı alan kadınlardan daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 17). Postmenopozal meme kanserli kadınların ileri yaşta olmaları, varsa kronik hastalıklarına ek olarak meme kanseri tanısı almaları gibi nedenlerin yaşam kalitelerini azalttığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada, ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların toplam yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 18). Bu durumun, ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların, meme kanserinin nasıl tedavi edildiği ya da tedaviye bağlı ne gibi yan etkilerin görüleceğinin daha önceden deneyimlenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Akel ve ark.'nın (69) yaptıkları çalışmada ise meme kanserli hastaların ailesinde meme kanseri öyküsü olup olmaması ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Bu araştırmada, eşlik eden kronik hastalık öyküsü olan ve ilave ilaç kullanan meme kanserli kadınların bedeni durum, duygusal durum, faaliyet durumu ve diğer endişelere ilişkin yaşam kaliteleri ile toplam yaşam kalitelerinin azaldığı saptandı (Tablo 19), (Tablo 20). Bu araştırmaya benzer şekilde, Aydın (76) ve Göl (95) tarafından yapılan çalışmalarda, eşlik eden



kronik hastalığı olan meme kanserli hastaların yaşam kalitelerinin azaldığı saptanmıştır. Bayram (111), Kaya (50) ve Temiz (112) tarafından yapılan çalışmalarda ise, hastaların eşlik eden kronik hastalık öyküsü ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Kronik hastalıkların, yaşam boyu süren tedavi süreci ve çoklu ilaç kullanımını gerektirmeleri nedeniyle, kanser hastalarını olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitelerini düşürdüğü düşünülmektedir.

Bu araştırmada, radyoterapi alan meme kanserli hastaların diğer endişeler alt boyutuna ilişkin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu, cerrahi tedavi alan meme kanserli hastaların da diğer endişeler alt boyutuna ilişkin yaşam kalitesi ile toplam yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptandı (Tablo 21), (Tablo 22). Kaya'nın (50) yaptığı çalışmada, yaşam kalitesine ilişkin genel iyilik halinin, cerrahi tedavi alan hastalarda daha düşük olduğu saptanmıştır. Akel ve ark.'nın (69) yaptıkları çalışmada, radyoterapi alan meme kanserli hastaların, almayanlara göre bedeni durum ve diğer endişelere ilişkin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca Akel ve ark.'nın (69) yaptıkları çalışmada, cerrahi tedavi alan meme kanserli hastaların faaliyet durumuna ilişkin yaşam kalitelerinin cerrahi tedavi almayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Meme cerrahisi geçiren ya da radyoterapi alan kadınlarda kol disfonksiyonu, ağrı, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe, beden imajında bozulma, kadınlığı sembolize eden organının kaybı gibi durumların yaşam kalitesini azalttığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada, meme kanserli kadınların depresyon durumu ile yaşam kalitesine ilişkin diğer endişeler, duygusal durum, faaliyet durumu, bedeni durum alt boyutları ve toplam yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 23). Araştırma kapsamındaki meme kanserli kadınların depresyon düzeyleri arttıkça toplam yaşam kaliteleri ile belirtilen alt boyutlara ilişkin yaşam kalitelerinin azaldığı belirlendi. İzci ve ark.'nın (19) meme kanserli kadınlarla yaptıkları çalışmada, depresyon düzeyi artan hastaların yaşam kalitelerinin de azaldığı saptanmıştır. Göl'ün (95) yaptığı çalışmada, depresyon düzeyi yüksek olan hastaların yaşam kalitelerine ilişkin mental sağlık ve fiziksel sağlık alt boyutlarının azaldığı belirlenmiştir. Begovic Juhant ve ark.'nın (96) yaptıkları çalışmada, meme kanserli kadınların depresyon düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı belirtilmiştir. Çelik ve ark.'nın (67) meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada, hastaların depresyon düzeyleri arttıkça fiziksel fonksiyon, rol performansı, duygusal ve bilişsel durum ile sosyal ilişkiye yönelik yaşam kalitelerinin azaldığı saptanmıştır. Kutlu ve ark.'nın (3) yaptıkları çalışmada, depresyonu olan hastaların yaşam kalitelerine ilişkin tüm alt boyut puanlarının anlamlı olarak düştüğü bulunmuştur. Literatür çalışmalarının ortak sonucu olarak, kanser hastalarının depresyon

düzeyleri arttıkça, toplam yaşam kalitelerinin ve yaşam kalitesine ilişkin pek çok alt boyutun beklenen şekilde olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir.



## SONUÇ VE ÖNERİLER

### SONUÇLAR

Meme kanserli kadınlarda depresyon durumu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu tanımlayıcı araştırmada, elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

- Araştırma kapsamındaki meme kanserli kadınların, BDE toplam puan ortalaması  $15,58 \pm 3,53$  olarak saptandı ve depresyon durumlarının hafif-orta düzeyde olduğu belirlendi.
- Araştırma kapsamındaki meme kanserli kadınların FACT-B toplam puan ortalaması  $79,61 \pm 9,18$  olarak saptandı ve yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu belirlendi. Meme kanserli kadınların yaşam kalitesine ilişkin sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutunun diğer yaşam kalitesi alt boyutlarına göre daha iyi düzeyde olduğu tespit edildi.
- Meme kanserli kadınların eğitim düzeyi ile depresyon durumu arasında anlamlı fark bulunmadı. Ancak meme kanserli kadınların eğitim düzeyi arttıkça sosyal yaşam ve aile durumuna ilişkin yaşam kalitesinin arttığı bulundu.
- Meme kanserli evli kadınların, dul/boşanmış kadınlara göre depresyon düzeylerinin daha düşük ve toplam yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu tespit edildi.
- Meme kanserli kadınların meslek grubu, gelir düzeyi, sigara kullanma durumu, yaşadıkları yer ile depresyon durumu ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmadı.

- Meme kanserli kadınların çalışma durumu ile depresyon durumu arasında anlamlı fark bulunmadı. Ancak çalışan meme kanserli kadınların, çalışmayanlara göre yaşam kalitesine ilişkin sosyal yaşam ve aile durumu ve diğer endişeler alt boyutları ile toplam yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptandı.
- Yalnız yaşayan meme kanserli kadınların, çekirdek ailede yaşayanlara göre depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu ve çekirdek ailede yaşayan meme kanserli kadınların, geniş ailede yaşayanlara göre duygusal duruma ilişkin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulundu.
- Meme kanserli kadınların eşlik eden kronik hastalık öyküsü ve ilave ilaç kullanmaları ile depresyon durumu arasında anlamlı fark bulunmadı. Ancak eşlik eden kronik hastalığı olan ve ilave ilaç kullanan meme kanserli kadınların bedeni durum, duygusal durum, faaliyet durumu ve diğer endişelere ilişkin yaşam kalitesi alt boyutları ile toplam yaşam kalitelerinin azaldığı saptandı.
- Meme kanserli kadınların radyoterapi tedavisi almaları ile depresyon durumu arasında anlamlı fark bulunmadı. Ancak meme kanserli radyoterapi alan kadınların, diğer endişelere ilişkin yaşam kalitelerinin azaldığı saptandı.
- Meme kanserli kadınların cerrahi tedavi almaları ile depresyon durumu arasında anlamlı fark saptanmadı. Ancak meme kanserli cerrahi tedavi alan kadınların, diğer endişelere ilişkin yaşam kaliteleri ile toplam yaşam kalitelerinin azaldığı saptandı.
- Meme kanserli kadınların depresyon düzeyleri arttıkça, bedeni durum, duygusal durum, faaliyet durumu ve diğer endişelere ilişkin yaşam kaliteleri ile toplam yaşam kalitelerinin azaldığı saptandı.

## **ÖNERİLER**

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Sağlık profesyonelleri tarafından meme kanserli kadınların kişisel, hastalık ya da tedavi ile ilişkili özelliklerinin, depresyon durumu ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Tedavi döneminde hastaların depresyon durumu ve yaşam kaliteleri değerlendirilerek gereksinimleri doğrultusunda ihtiyaçları olan fiziksel, sosyal ve duygusal destek sağlanmalıdır. Bu konuda hasta yakınlarının da bilgi ve farkındalığı artırılmalıdır.

Meme kanserli kadınlarda olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasına, sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesine ve hastalığa uyumlarının artırılmasına katkı sağlayacak,

depresyon durumu ile yaşam kalitesini değerlendiren daha kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmektedir.



## ÖZET

Bu tanımlayıcı araştırma, meme kanserli kadınlarda depresyon durumu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

Araştırma, bir üniversite hastanesinde Eylül 2017-Aralık 2018 tarihleri arasında ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran 142 meme kanserli kadına uygulandı. Veriler, "Hasta Tanıtım Formu", "Beck Depresyon Envanteri" ve "Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği-Meme Kanseri" ile toplandı. Verilerin istatistiksel analizinde  $p<0,05$  değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

Meme kanserli kadınların, BDE toplam puan ortalaması  $15,58\pm 3,53$  olarak saptandı ve depresyon durumlarının hafif-orta düzeyde olduğu belirlendi. Meme kanserli kadınların medeni durumu ve aile tipi ile depresyon durumu arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Meme kanserli kadınların FACT-B toplam puan ortalaması  $79,61\pm 9,18$  olarak saptandı ve yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu belirlendi. Meme kanserli kadınların eğitim düzeyi, medeni durumu, çalışma durumu, aile tipi, radyoterapi alma, cerrahi tedavi alma, eşlik eden kronik hastalık öyküsü, ilave ilaç kullanımı ile yaşam kalitesinin bazı alt boyutları ya da toplam yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Meme kanserli kadınların meslek grubu, gelir düzeyi, sigara kullanma durumu, yaşadıkları yer ile depresyon durumu ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Meme kanserli kadınların depresyon düzeyleri arttıkça genel yaşam kalitelerinin azaldığı saptandı. Sağlık profesyonelleri tarafından, meme kanserli hastaların depresyon durumu ve yaşam kalitelerinin tedavi döneminde değerlendirilmesi ve hastalara

gereksinimleri doğrultusunda ihtiyaçları olan fiziksel, sosyal ve duygusal desteğin sağlanması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Meme kanseri, depresyon, yaşam kalitesi, kadın.



# **EVALUATION OF DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH BREAST CANCER**

## **SUMMARY**

This descriptive study was planned to evaluate the depression and quality of life of women with breast cancer.

The study was conducted with 142 women with breast cancer who applied to an outpatient chemotherapy unit of a university hospital between September 2017-December 2018. "Patient Information Form", "Beck Depression Inventory" and "Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Scale" were used for data collection.  $p < 0,05$  value was accepted as statistically significant.

The mean BDE total score of women with breast cancer was found to be  $15,58 \pm 3,53$  and mild to moderate levels of depression were determined. Significant differences were found between marital status, family type and depression ( $p < 0,05$ ). The mean FACT-B total score of women with breast cancer was found to be  $79,61 \pm 9,18$  and the quality of life was found to be moderate. Significant differences were found between education level, marital status, working status, family type, had received radiotherapy, surgical treatment, chronic history of additional disease, other drug use and some sub-dimensions and total quality of life of women with breast cancer ( $p < 0,05$ ). No significant difference was found between the occupation, income level, smoking status, residence, depression and quality of life of women with breast cancer ( $p > 0,05$ ).



It was determined that the overall quality of life of women with breast cancer decreased as their depression levels increased. It is recommended by health professionals to evaluate the depression status and quality of life of breast cancer patients during the treatment period and to provide physical, social and emotional support to the patients according to their needs.

**Key words:** Breast cancer, depression, quality of life, women.



## KAYNAKLAR

1. Can G. Neoplastik Hastalıklar ve Bakım. Durna Z. (Editör). İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul:Akademi Basın ve Yayıncılık;2013.s.256-271.
2. Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Tekir Ö. Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. KÜ Tıp Fak Derg 2015;17(1):27-36.
3. Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Selçuk Üniv Tıp Derg 2011;27(3):149-153.
4. Tünel M, Vural A, Evlice YE, Tamam L. Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2012;21(3):189-219.
5. Özet A, Öztürk B, Borazan E, Sağlam K, Koçak N, Kömürcü Ş, ve ark. Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. Türk Aile Hek Derg 2012;16(2):55-60.
6. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm Nedeni İstatistikleri,2017. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620>. Erişim Tarihi: 11 Eylül 2018.
7. Çam O, Saka Ş, Babacan Gümüş A. Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2009;5(2):73-81.
8. Sun YS, Zhao Z, Yang ZN, Xu F, Lu HJ, Zhu ZY, et al. Risk factors and preventions of breast cancer. Int. J. Biol. Sci.2017;13(11):1387-1397.
9. Işık I. Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde gelişen psikososyal sorunlar ve destekleyici hemşirelik girişimleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2014;11(3):58-64.
10. Çakır S, Kafadar MT, Arslan ŞN, Türkan A, Kara B, İnan A. Meme kanseri tanısı konmuş kadınlarda risk faktörlerinin güncel veriler ışığında gözden geçirilmesi. FNG & Bilim Tıp Dergisi 2016;2(3):186-194.

11. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay Sak S, Tükün A, Yalçın B. Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 konsensus raporu. Meme Sağlığı Dergisi 2011;7(2):47-67.
12. Akyolcu N, Uğraş, GA. (2011).Kendi kendine meme muayenesi: erken tanıda ne kadar önemli ?. Meme Sağlığı Dergisi 2011;7(1):10-14.
13. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. Ca Cancer J Clin 2018;68(6):394-424.
14. T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Kanser İstatistikleri,2015. Ankara,2018. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2015.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf). Erişim Tarihi:13 Kasım 2018.
15. Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları. Karadakovan A, Eti Aslan F (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana:Nobel Kitabevi;2010.s.975-1000.
16. Sert F, Özşaran Z, Eser E, Alanyalı S, Haydaroğlu A, Aras A. Quality of life assesment of applied therapy to breast cancer patients. EurJ Breast Health 2013;9:57-63.
17. Gelin D, Ulus B. Hastanede kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler. ACU Sağlık Bil Derg 2015;6(1):31-35.
18. Arslan S, Çelebioğlu A, Tezel A. Kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam doyumunun belirlenmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008;28(5):628-634.
19. İzci F, Sarsanov D, Erdogan Zİ, İlgün AS, Çelebi E, Alço G, ve ark. Impact of personality traits, anxiety, depression and hopelessness levels on quality of life in the patients with breast cancer. EurJ Breast Health 2018;14(2):105-111.
20. So WK, Marsh G, Ling WM, Leung FY, Lo JC, Yeung M, et al. Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. Eur J Oncol Nurs 2010;14(1):17-22.
21. Güner İC. Meme kanseri ve eşlerin desteği. Gaziantep Tıp Dergisi 2008;14(1):46-49.
22. Tokgöz G, Yaluğ I, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler/Prevalence of major depression in patients with cancer and related factors. Anadolu Psikiyatri Derg 2008;9(2):59-66.
23. Başaran GA, Onat H. Meme Kanseri. Erol Ç, Onat H (Editörler). Onkoloji. Ankara:MN Medikal & Nobel Tıp Kitabevi;2008.s.193-206.
24. Can G. Meme Kanseri ve Bakım. Durna Z. (Editör), Akın S (Yard. Editör). Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri;2012.s.187.200.
25. Aydın A, Topuz, E. Meme Kanseri Tanı-Tedavi-Takip İstanbul Konsensusu

2006. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2007.s.1-76.

26. Türkiye Meme Hastalıları Dernekleri Federasyonu (TMHDF), Ulusal Meme Kanseri Veri Tabanı (UMKVT) Verilerinin Analizi. Türkiye'de Meme Kanseri 20.000 Hastanın Analizi. Özmen V. (Editör), Özmen T, Doğru V. (Yard. Editörler). İstanbul:Cinius Yayınları;2017.s.11-192.
27. Aydın A, Topuz E, Dinçer M, Özmen V. Meme Kanseri. Aydın A, Topuz E (Editörler). Onkoloji El Kitabı. İstanbul:Turgut Yayıncılık A.Ş.;2006.s.149-198.
28. Akın S. Meme Kanseri Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz-Etkiliklerinin Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
29. Öncü KH. Mastektomi Ameliyatı Olmuş Meme Kanseri Kadınların, Mastektomi Sonrası Eş Uyumu İle Yalnızlık Düzeyinin İncelenmesi (tez). Samsun: On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
30. Açıköz A, Yıldız EA. Meme kanseri etiyolojisi ve risk faktörleri. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi 2017;5(1):45-56.
31. Rojas K, Stuckey A. Breast cancer epidemiology and risk factors. Clin Obstet Gynecol 2016;59(4):651-672.
32. Steiner E, Klubert D, Knutson D. Assessing breast cancer risk in women. Am Fam Physician 2008;78(12):1361-1366.
33. American Cancer Society. Breast Cancer Fact & Figures 2017-2018. Atlanta: American Cancer Society;2017. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2017-2018.pdf>. Erişim Tarihi: 10 Ocak 2019.
34. Güllüoğlu BM. Approach to common breast diseases: risk evaluation and screening strategies for breast cancer. Türk Aile Hek Derg 2008;12(1):9-17.
35. Berg WA. Tailored supplemental screening for breast cancer: what now and what next?. AJR 2009;192(2):390-399.
36. T.C Milli Eğitim Bakanlığı. Meme Cerrahisi Yanık ve Reconstructive Cerrahi Hemşirelik Bakımı. Ankara;2013. [http://megep.meb.gov.tr/mte\\_program\\_modul/moduller\\_pdf/Meme%20Cerrahisinde,%20Yan%C4%B1k%20Ve%20Reconstruct%C4%B1ve%20Cerrahide%20Bak%C4%B1m.pdf](http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Meme%20Cerrahisinde,%20Yan%C4%B1k%20Ve%20Reconstruct%C4%B1ve%20Cerrahide%20Bak%C4%B1m.pdf). Erişim Tarihi: 15 Eylül 2018.

37. Yılmaz D. Bir Yerleşim Bölgesindeki Kadınların Meme Kanseri Taramaları Konusunda Farkındalık ve Duyarlılıkların Saptanması (tez). Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
38. Gülcivan G. Meme Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi (tez). Tekirdağ: Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.
39. Compton CC, Byrd DR, Garcia-Aguilar J, Kurtzman SH, Olawaiye A, Washington MK (Çeviri: S. Ergüney). AJCC Kanser Evreleme Atlası. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2013.s.419-440. <http://www.kanservakfi.com/upload/file/ajcc-kanser-evreleme-atlasi.pdf>. Erişim Tarihi: 15 Eylül 2018.
40. Seçginli, S. Meme Kanseri Taraması: Son Yenilikler Neler?. TAF Prev Med Bull 2011;10(2):193-200.
41. Utkan NZ. Meme Kanseri. Özçelik MF (Editör). Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayınları;2018.s.298-313.
42. Sio TT, Chang K, Jayakrishnan R, Wu D, Politi M, Malacarne D, et al. Patient age is related to decision-making, treatment selection, and perceived quality of life in breast cancer survivors. World J Surg Oncol2014;12(1):230.
43. Akçay D, Gözüm S. Kemoretafi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilerin eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2012;8(4):191-199.
44. Yeniay L. Meme Kanseri Tedavisi. Özçelik MF (Editör). Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayınları;2018.s.314-318.
45. Yeşilyurt DS, Fındık ÜY. Informational Needs of Postmastectomy Patients. J Breast Health 2016;12(4):155-157.
46. Yalçın Ö. Meme Kanseri Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirliği (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
47. Koçan S, Gürsoy A. Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. J Breast Health 2016;12:145-150.
48. Ertem G, Kaklım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009;2(2):3-12.
49. Kara FG, Haydaroğlu A, Eren H, Kitapçioğlu G. Comparison of different techniques in breast cancer radiotherapy planning. J Breast Health 2014;10(2):83-87.

50. Kaya G. Meme Kanseri Kadınlarında Yaşam Kalitesi ve Algılanan Aile Destek Düzeyinin Belirlenmesi (tez). Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
51. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(1):15-28.
52. Gençtürk N. Meme kanserinde korunma. Anadolu Hem Sağ Bil Derg 2007;10(4):72-82.
53. Alamiş B. Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Hastalık Algısı, Anksiyete, Depresyon ve Eş Uyumu İlişkisi: Kontrollü Bir Çalışma (tez). İstanbul: Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.
54. Dülgerler Ş, Çam O. Kanser Tanısı Konan Hastalarda Tanıyı Söyleme Süreci Ve Hemşirelik Yaklaşımları. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016;2(1):15-19.
55. Bener A, Alsulaiman R, Doodson L, Agathangelou T. Depression, hopelessness and social support among breast cancer patients: in highly endogamous population. Asian Pac J Cancer Prev 2017;18(7):1889-1896.
56. Taze SS. Cerrahi Girişim Sonrası Meme Kanseri Kadınların Yaşadıkları Deneyimler (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
57. Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2014;28(2):85-92.
58. Kanat BB, Yılmaz Özpolat AG. (2016). Kanser hastalarında travma sonrası büyüme kavramı. Turk J Clin Lab 2016;7(4):106-110.
59. Velioğlu EG. Meme Kanseri Hastalarında Depresyon, Anksiyete ile Utanç, Suçluluk İlişkisinin Değerlendirilmesi (tez). Hatay: Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
60. Açıkmeşe NI. Kanser Hastalarında İç-Dış Kontrol Odağının Depresyon Üzerine Etkisinin Araştırılması (tez) İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
61. Çelik FH Hocaoglu Ç. Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Journal of Contemporary Medicine 2016;6(1):51-66.
62. Tokdemir M, Örs OP, Perçinel İ, Belirgan S, Gökdağ C, Öngel K, Gönül, S. Depresif hastaya yaklaşım: olgu sunumu. Smyrna Tıp Dergisi 2017:50-53.
63. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan Günümüze depresyonun epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. Klinik Psikiyatri 2007;10(6):3-10.

64. Örsel S. Depresyonda tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. Klinik Psikiyatri 2004;Ek 4:17-24.
65. Aksan AT, Gizir CA. Sağlık psikolojik danışmanlığı çerçevesinde meme kanserli kadınların yaşantıları ve psiko-sosyal gereksinimleri. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2017;13(3):977-999.
66. İmamoğlu F. Kanser Hastalarında Algıladıkları Sosyal Desteğin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi (tez). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2016.
67. Çelik ÖK, Görkem I, Şahin S, Orcin E, Alanyalı H, Kinay M. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. Med Onkol 2010;27 (1):108-113.
68. Jones SMW, Lacroix AZ, Li W, Zaslavsky O, Wassertheil-Smoller S, Weitlauf J, et al. Depression and quality of life before and after breast cancer diagnosis in older women from the Women's Health Initiative. J Cancer Surviv 2015;9(4):620-629.
69. Akel R, El Darsa H, Anouti B, Mukherji D, Temraz S, Raslan R, et al. Anxiety, depression and quality of life in breast Cancer patients in the Levant. Asian Pac J Cancer Prev 2017;18(10):2809-2816.
70. Abu Helalah M, Al Hanaqta M, Alshraideh H, Abdulbaqi N, Hijazeen J. Quality of life and psychological well-being of breast cancer survivors in Jordan. Asian Pac J Cancer Prev 2014;15(14):5927-5936.
71. Müezzinoğlu, T. Yaşam kalitesi. Üroonkoloji Bülteni 2005;1:25-29.
72. Edisan Z, Kadioğlu F. The ancient predecessors of "quality of life"/Yaşam kalitesi kavramının antik dönemdeki öncülleri. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2013;3(3):1-4.
73. Karayurt Ö, Dicle A, Malak AT. Paylaşılmamış deneyim: Deprem bölgesinde kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen etmenler. FÜ Sağlık Bilimleri Dergisi 2008;22(6):327-332.
74. Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi 2016;8(15):137-150.
75. Kulu A. Mesane Tümörlü Hastalara Uygulanan Cerrahi Girişimler Sonrası Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
76. Aydın E. Kemoterapi Tedavisi Gören Hastalarda Yaşam Kalitesi İle Cinsel Yaşam Arasındaki İlişki (tez). Samsun: On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

77. Akça M, Ata A, Nayır E, Erdoğan S, Arıcan, A. Impact of surgery type on quality of life in breast cancer patients. *J Breast Health* 2014;10(4):222-228.
78. Bakar Y, Tuğral A, Özdemir Ö, Duygu E, Üyetürk Ü. Translation and validation of the Turkish version of lymphedema quality of life tool (LYMQOL) in patients with breast cancer related lymphedema. *Eur J Breast Health* 2017;13(3):123-128.
79. Kement M, Gezen C, Aşık A, Karaöz A, Ustaalioglu BÖ, Bilici A ve ark. Meme kanserli Türk kadınlarında meme koruyucu cerrahi ve modifiye radikal mastektomi; yaşam kalitesine yönelik ileriye dönük bir analiz. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2011;31(6):1377-1384.
80. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
81. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği Güvenirligi, *Psikoloji Dergisi* 1989;23:3-13.
82. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma, *Psikoloji Dergisi* 1989;22:118-126.
83. Brady MJ, Cella DF, Mo F, Bonomi AE, Tulsky DS, Lloyd SR et al. Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast quality-of-life instrument. *J Clin Oncol* 1997;15(3):974-986.
84. Webster K, Cella D, Yost K. The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System:properties, applications and interpretation. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1(1):1-7.
85. Kaminska M, Ciszewski T, Kukielka-Budny B, Kubiowski T, Baczewska B, Makara-Studzinska M et al. Life quality of women with breast cancer after mastectomy or breast conserving therapy treated with adjuvant chemotherapy. *Ann Agric Environ Med* 2015;22(4):724-730.
86. Lemieux J, Goodwin PJ, Bordeleau LJ, Lauzier S, Theberge V. Quality-of-life measurement in randomized clinical trials in breast cancer: an updated systematic review (2001-2009). *J Natl Cancer Inst* 2011;103:178-231.
87. Türk KE. Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden İmajı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.
88. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Eğitim İstatistikleri, 2017. [http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1018](http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1018). Erişim Tarihi: 25 Nisan 2019.
89. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Kadın İstatistikleri,2017. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27594>. Erişim Tarihi: 12 Ocak 2019.



90. Canario ACG, Cabral PUL, Paiva LCD, Florencio GLD, Spyrides MH, Gonçalves AKDS. Physical activity, fatigue and quality of life in breast cancer patients. *Rev Assoc Med Bras* 2016;62(1):38-44.
91. Ancoli Israel S, Liu L, Rissling M, Natarajan L, Neikrug AB, Palmer BW et al. Sleep, fatigue, depression, and circadian activity rhythms in women with breast cancer before and after treatment: a 1-year longitudinal study. *Support Care Cancer* 2014; 22(9):2535-2545.
92. Aslan FE, Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007;3:63-68.
93. Kaminska K, Nalejska E, Kubiak M, Wojtysiak J, Zolna L, Kowalewski J et al. Prognostic and Predictive Epigenetic Biomarkers in Oncology. *Mol Diagn Ther* 2018.s.1-13.
94. Vahdaninia M, Omidvari S, Montazeri A. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Soc Psychiat Epidemiol* 2010;45(3):355-361.
95. Göl ND. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi (tez). Erzincan: Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
96. Begovic Juhant A, Chmielewski A, Iwuagwu S, Chapman LA. Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 2012;30(4):446-460.
97. Safaee A, Moghimi Dehkordi B, Zeighami B, Tabatabaee HR, Pourhoseingholi MA. Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Indian J Cancer* 2008;45(3):107-111.
98. Lanza M, Bergmann A, Ferreira MGDCL, Aguiar SSD, Dias RDA, Abrahao KDS et al. Quality of life and volume reduction in women with secondary lymphoedema related to breast cancer. *Int J Breast Cancer* 2015:1-6.
99. Fang SY, Chang HT, Shu BC. The moderating effect of perceived partner empathy on body image and depression among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2015;24(12):1815-1822.
100. Yoo GJ, Levine EG, Aviv C, Ewing C, Au A. Older women, breast cancer, and social support. *Support Care Cancer* 2010;18:1521-1530.
101. Öztunç G, Yeşil P, Paydaş S, Erdoğan S. Social support and hopelessness in patients with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14(1):571-578.

102. Amelia T, Lisa MR, Jean S, Ann B. The influence of breast cancer survivors' Perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: A longitudinal analysis. *J Psycho Health* 2008;25(4):433-449.
103. Cvetkovic J, Nenadovic M. Depression in breast cancer patients. *Psychiatry Res* 2016;240:343-347.
104. Grabsch B, Clarke DM, Love A, Mckenzie DP, Snyder RD, Bloch S, et al. Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: a cross-sectional survey. *Palliat Support Care* 2006;4(1):47-56.
105. Arabacı E. Mastektomili Kadınların Ruhsal Durumlarının İncelenmesi (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
106. Yan B, Yang LM, Hao LP, Yang C, Quan L, Wang LH, et al. Determinants of quality of life for breast cancer patients in Shanghai, China. *PLoS One* 2016;11(4):1-14.
107. Pınar G, Algıer L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *UHOD* 2008;18(3):141-149.
108. Hindistan S, Pekmezci H, Nural N, Güner SG. Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar. *Cumhuriyet Hem Der* 2015;4(1):1-9.
109. Al Naggat RA, Nagi NM, Ali MM, Almuasli M. Quality of life among breast cancer patients in Yemen. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;2(9):2335-2341.
110. Ganesh S, Lye MS, Lau FN. Quality of life among breast cancer patients In Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016;17(4):1677-1684.
111. Bayram Z. Meme Kanserli Kemoterapi Alan Hastalarda Semptomların ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
112. Temiz G. Kemoterapi Uygulanan Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin ve Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.

## TABLÖLAR LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Meme tümörlerinin TNM sınıflaması .....	10
<b>Tablo 2.</b> Meme kanserinde evreleme .....	11
<b>Tablo 3.</b> Kişisel özelliklerin dağılımı (n=142).....	28
<b>Tablo 4.</b> Hastalığa ilişkin özelliklerin dağılımı (n=142).....	30
<b>Tablo 5.</b> Tedaviye ilişkin özelliklerin dağılımı (n=142).....	31
<b>Tablo 6.</b> Tedaviye ilişkin özelliklerin dağılımı (n=142).....	31
<b>Tablo 7.</b> Meme kanserli kadınların depresyon durumu ve yaşam kalitesine ilişkin ölçek puanları .....	32
<b>Tablo 8.</b> Meme kanserli kadınların yaş, BKİ, tanı süresi, doğum sayısı ile depresyon durumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki (n=142). .....	34
<b>Tablo 9.</b> Meme kanserli kadınların eğitim düzeyi ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142).....	35
<b>Tablo 10.</b> Meme kanserli kadınların medeni hali ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142).....	36
<b>Tablo 11.</b> Meme kanserli kadınların meslek grubu ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142).....	37
<b>Tablo 12.</b> Meme kanserli kadınların gelir durumu ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142).....	38
<b>Tablo 13.</b> Meme kanserli kadınların çalışma durumu ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142).....	39
<b>Tablo 14.</b> Meme kanserli kadınların aile tipi ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142).....	40

<b>Tablo 15.</b> Meme kanserli kadınların yaşadıkları yer ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142) .....	41
<b>Tablo 16.</b> Meme kanserli kadınların sigara kullanma durumu ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142) .....	42
<b>Tablo 17.</b> Meme kanserli kadınların premenopozal/postmenopozal kanser tanısı alma durumları ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142) .....	43
<b>Tablo 18.</b> Meme kanserli kadınların ailede meme kanseri öyküsü ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142) .....	44
<b>Tablo 19.</b> Meme kanserli kadınların eşlik eden kronik hastalık öyküsü ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142) .....	45
<b>Tablo 20.</b> Meme kanserli kadınların ilave ilaç kullanımı ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142) .....	46
<b>Tablo 21.</b> Meme kanserli kadınların radyoterapi alma durumu ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142) .....	47
<b>Tablo 22.</b> Meme kanserli kadınların cerrahi tedavi alma durumu ile depresyon durumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (n=142) .....	48
<b>Tablo 23.</b> Meme kanserli kadınların depresyon durumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki (n=142) .....	49

## ÖZGEÇMİŞ

Çisem ORHAN, 1993 yılında İstanbul Küçükçekmece’de doğmuştur. İlk ve orta öğrenimini Edirne Uzunköprü, lise öğrenimini Tekirdağ Hayrabolu’da tamamlamıştır. 2015 yılında Kırklareli Üniversitesi hemşirelik bölümünden mezun olmuştur.

2015-2018 yıllarında İstanbul’da özel bir hastanede hemşire olarak çalışmıştır. 2018 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’ne hemşire olarak atanmıştır ve halen bu görevini sürdürmektedir.

## **EKLER**

**Ek 1.** Hasta Tanıtım Formu

**Ek 2.** Beck Depresyon Envanteri

**Ek 3.** Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği-Meme Kanseri

**Ek 4.** Etik Kurul İzni

**Ek 5.** Kurum İzni

**Ek 6.** Beck Depresyon Envanteri Kullanım İzni

**Ek 7.** Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği-Meme Kanseri Kullanım İzni

## Ek 1. Hasta Tanıtım Formu

Sayın Gönüllü,

Bu anket Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü - İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Çisem ORHAN'ın, Prof. Dr. Özgül EROL danışmanlığında, **meme kanserli kadınlarda depresyon durumu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi** amacıyla sürdürdüğü tez çalışması için hazırlanmıştır. Araştırma, tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacak olup sorulara vereceğiniz cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır. Değerli vaktinizi ayırıp çalışmaya katkı sağladığınız için teşekkür ederiz.

### HASTA TANITIM FORMU

**Kişisel Özellikler**

**Anket No: \_\_\_\_\_**

**Görüşme Tarihi:** \_\_\_\_\_ **Protokol No:** \_\_\_\_\_

**Adınız- Soyadınız :** \_\_\_\_\_ **Yaşınız :** \_\_\_\_\_

**Boyunuz :** \_\_\_\_\_ **Kilonuz:** \_\_\_\_\_ **BKİ:** \_\_\_\_\_

**Eğitim Düzeyiniz :** 1-Okuryazar değil 2-İlkokul 3-Ortaokul 4-Lise  
5-Yüksekokul/Üniversite

**Medeni Durumunuz :** 1-Evli 2-Bekar 3-Dul/Boşanmış

**Mesleğiniz :** 1-Ev hanımı 2-Emekli 3-Memur 4- Serbest Meslek 5-Diğer

**Gelir Düzeyiniz :** 1-Gelirim giderimden az 2-Gelirim giderimle denk  
3-Gelirim giderimden fazla

**Çalışma Durumunuz :** 1-Çalışıyorum 2-Çalışmıyorum  
3-Şimdiki hastalığım nedeniyle çalışmıyorum

**Aile Tipiniz:** 1-Yalnız yaşıyorum 2-Çekirdek aile 3-Geniş aile

**Sağlık Güvenceniz :** 1-SGK 2-Yeşilkart

**Yaşadığınız Yer :** 1-Şehir 2- Kasaba 3- Köy

**Sigara Kullanıyor Musunuz?** 1-Evet .....adet/gün 2-Hayır  
3-Bıraktım ..... ay-yıl önce

**Alkol Kullanıyor Musunuz ?** 1-Evet .....adet/gün 2-Hayır  
3-Bıraktım ..... ay-yıl önce

## Hastalığa İlişkin Özellikler

Tanı Süreniz: \_\_\_\_\_ ay/yıl

Hastalığın Evresi : \_\_\_\_\_

### **ECOG Performans Düzeyi :**

0=Aktivite düzeyi normal.

1=Hastalık semptomları var, aktivite düzeyi normal, günlük yaşam aktivitelerini yerine getiriyor.

2=Gününün %50 sini yatak dışında geçirir, genellikle desteğe ihtiyacı var.

3=Gününün %50 sinden fazlasını yatak içinde geçirip hemşirelik bakımına ihtiyaç duyar.

4=Yatağa bağımlı, hospitalizasyona ihtiyacı var.

İlk Adet Yaşı: \_\_\_\_\_

Menopoz Durumu : \_\_\_\_\_

İlk Doğum Yaşı : \_\_\_\_\_ Doğum sayısı : \_\_\_\_\_ Emzirme Süresi : \_\_\_\_\_

Oral Kontraseptif Kullanma Durumu: 1-Evet - ise kullanma süreniz \_\_\_\_\_ 2-Hayır

Ailenizde (Birinci derece akrabalar) meme kanseri öyküsü var mı ? 1-Evet 2-Hayır

Ailenizde meme kanseri dışında başka bir kanser öyküsü var mı ?

1-Hayır 2-Evet – ise hangi kanser türü \_\_\_\_\_

Eşlik eden kronik hastalıklarınız var mı ? 1-Evet-ise \_\_\_\_\_ 2-Hayır

## Tedavive İlişkin Özellikler

Tedavi Protokolü : \_\_\_\_\_ 1) \_\_\_\_\_ mg.

2) \_\_\_\_\_ mg. 3) \_\_\_\_\_ mg. 4) \_\_\_\_\_ mg.

Kullandığımız ilave ilaç var mı ?: 1-Hayır 2-Evet ise türü \_\_\_\_\_

Kullandığımız bitkisel ilaç/madde var mı ? 1-Hayır 2-Evet ise türü \_\_\_\_\_

Radyoterapi tedavisi gördünüz mü ? 1-Hayır 2-Evet ise türü \_\_\_\_\_ Tarih:

Cerrahi tedavi gördünüz mü ? 1-Hayır 2-Evet ise türü \_\_\_\_\_ Tarih:



## Ek 2. Beck Depresyon Envanteri

### BDE

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son birhafta içindeki (su an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4)	a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Cezalandırılmışım gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılmışım gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum

9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10)	a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11)	a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışmıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)	a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18)	a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok

19) a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum  
b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım  
c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım  
d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım

20) a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor  
b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var  
c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor  
d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum

21) a. Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok  
b. Eskişine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum  
c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim  
d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

*Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği Güvenirliği, Psikoloji Dergisi, 23, 3-13.*

*Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma, Psikoloji Dergisi, 22, 118-126.*

### Ek 3. Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği-Meme Kanseri

Aşağıdaki listede sizinle aynı hastalığı olan diğer insanların önemli olduğunu söylediği bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen **son 7 günü** göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.

<b><u>BEDENİ DURUM</u></b>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GP1	Enerjim düşük .....	0	1	2	3	4
GP2	Bulantım var .....	0	1	2	3	4
GP3	Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum .....	0	1	2	3	4
GP4	Ağrım var .....	0	1	2	3	4
GP5	Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor .....	0	1	2	3	4
GP6	Kendimi hasta hissediyorum .....	0	1	2	3	4
GP7	Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum .....	0	1	2	3	4

<b><u>SOSYAL YAŞAM ve AİLE DURUMU</u></b>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GS1	Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum .....	0	1	2	3	4
GS2	Ailemden manevi destek görüyorum .....	0	1	2	3	4
GS3	Arkadaşlarımdan destek görüyorum .....	0	1	2	3	4
GS4	Ailem hastalığımı kabullendi .....	0	1	2	3	4
GS5	Ailemle hastalığım konusundaki iletişimden memnunum .....	0	1	2	3	4
GS6	Kendimi hayat arkadaşına (veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum .....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Aşağıdaki soruyu lütfen şu anki cinsel ilişki durumunuzu göz önüne almadan yanıtlayınız. Eğer bu soruya cevap vermemeyi tercih ederseniz, lütfen yandaki kutuyu işaretleyip bir sonraki bölüme geçiniz.</i>					
GS7	Cinsel hayatım tatmin edici .....	0	1	2	3	4

Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.

<b><u>DUYGUSAL DURUM</u></b>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol- dukça	Çok fazla
GE1	Kendimi üzgün hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GE2	Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum .....	0	1	2	3	4
GE3	Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum .....	0	1	2	3	4
GE4	Kendimi sinirli hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GE5	Ölmekten korkuyorum .....	0	1	2	3	4
GE6	Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum .....	0	1	2	3	4

<b><u>FAALİYET DURUMU</u></b>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol- dukça	Çok fazla
GF1	Çalışabiliyorum (ev işi dahil).....	0	1	2	3	4
GF2	İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor.....	0	1	2	3	4
GF3	Hayattan zevk alabiliyorum.....	0	1	2	3	4
GF4	Hastalığımı kabullendim.....	0	1	2	3	4
GF5	İyi uyuyorum.....	0	1	2	3	4
GF6	Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum .....	0	1	2	3	4
GF7	Şu anda hayatımın kalitesinden memnunum .....	0	1	2	3	4

Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.

	<b><u>DİĞER ENDİŞELER</u></b>	<b>Hiç</b>	<b>Çok az</b>	<b>Biraz</b>	<b>Ol- dukça</b>	<b>Çok fazla</b>
B1	Nefes darlığı çekiyorum.....	0	1	2	3	4
B2	Kıyafetlerimin üzerimde nasıl durduğu konusunda tedirginim.....	0	1	2	3	4
B3	Kollarımdan biri ya da her ikisi şiş veya dokununca hassas .....	0	1	2	3	4
B4	Kendimi cinsel yönden çekici hissediyorum .....	0	1	2	3	4
B5	Saçımın dökülmesi beni rahatsız ediyor.....	0	1	2	3	4
B6	Diğer aile fertlerimin bir gün aynı hastalığa yakalanabileceklerinden endişe duyuyorum.....	0	1	2	3	4
B7	Stresin (sıkıntının) hastalığım üzerindeki etkisinden endişe duyuyorum .....	0	1	2	3	4
B8	Kilomdaki değişiklik beni rahatsız ediyor.....	0	1	2	3	4
B9	Kendimi kadın gibi hissedebiliyorum.....	0	1	2	3	4
B2	Vücudumun belirli yerleri ağrıyor .....	0	1	2	3	4

## Ek4. Etik Kurul İzni

### TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2017/202	
	PROTOKOL ADI	Meme Kanseri Kadınlar Depresyon Durumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Özgül EROL	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 13/10	Tarih: 26.07.2017	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Özgül EROL'un sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Çisem ORHAN'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödemediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

#### ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Üfret VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KOSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Öğretim. Gör. Uzm. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

\*Araştırma ile ilişki  
\*\*Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL  
Dekan  
Dekan Yrd.

## Ek 5. Kurum İzni



T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü  
Öğrenci İşleri Birimi



Sayı : 75134475-100 -E.159693  
Konu : Eğitim - Öğretim İşleri (Genel)

18/09/2017

### SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığının 12/09/2017 tarih ve E.157672 sayılı yazısı.

Danışmanlığım Hemşirelik Anabilim Öğretim Üyesi Doç.Dr.Özgül EROL'un yaptığı Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Çisem ORHAN'a " **Meme Kanserli Kadınlarda Depresyon Durumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**" başlıklı tez çalışması verilmiştir.

Tez çalışmasını Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Balkan Onkoloji Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim.

**e-İmzalıdır**

Prof. Dr. Tamnam SİPAHİ  
Enstitü Müdürü V.

Ek:Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığının (16 sayfa)

18/09/2017 Memur  
18/09/2017 Enstitü Sekreteri

Döndü GÜMÜŞKAYA  
Talat TAŞKAN

Adres: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Balkan Yerleşkesi Enstitüler Binası 22030 Merkez/Edirne

Telefon: 2842353098 Faks: 2842357655  
E-Posta: saahl@trakya.edu.tr Elektronik Ağ: http://sbc.trakya.edu.tr/

Bilgi için: Döndü GÜMÜŞKAYA  
Unvanı: Memur



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.





T.C.  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 30804820-020 -E.172167  
Konu : Çisem Orhan Tez Çalışması hk.

30/10/2017

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 25/10/2017-E.171352 sayılı yazı

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Çisem ORHA' nın " Meme Kanseri Kadınlar da Depresyon Durumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını Trakya Üniversitesi Sağlık ve Uygulama Merkezi Balkan Onkoloji Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

**e-imzalıdır**

Prof. Dr. İrfan ÇİÇİN  
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanı

27/10/2017 Sekreter

Hülya GELDİ

Adres:Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Balkan Yerleşkesi 22030 Edirne  
Telefon:2842357653 Faks:2842357652  
E-Posta:dekanlik@trakya.edu.tr Elektronik Ağ:http://tipfak.trakya.edu.tr

Bilgi için: Hülya GELDİ  
Unvanı: Sekreter



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

## Ek 6. Beck Depresyon Envanteri Kullanım İzni

Sayın Orhan,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

14 Temmuz 2017 02:13 tarihinde Nesrin Hisli Sahin <[nesrinhislisahin@gmail.com](mailto:nesrinhislisahin@gmail.com)> yazdı:

Sent from my iPad

Begin forwarded message:

**From:** çisem orhan <[cisemorhan@gmail.com](mailto:cisemorhan@gmail.com)>  
**Date:** 17 June 2017 at 08:33:09 GMT-4  
**To:** [nesrinhislisahin@gmail.com](mailto:nesrinhislisahin@gmail.com)  
**Subject:** Beck Depresyon Envanteri Kullanım İzni

Merhaba Nesrin Hanım,

Ben Çisem Orhan, Trakya Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümü'nde yüksek lisansına devam ediyorum. Yürütmeyi planladığım tez çalışmamda sizin tarafınızdan Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan Beck Depresyon Envanteri'ni izniniz olursa çalışmamda kullanmak istiyorum. Geri dönüş yaparsanız çok sevinirim.

Saygılarımla, iyi çalışmalar.

## Ek 7. Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği-Meme Kanseri Kullanım İzni



### FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT

*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations ("FACIT System") are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. The terms of this license will grant permission Licensor provides to CISEM ORHAN ("Investigator") the licensing agreement outlined below.*

This letter serves notice that CISEM ORHAN is granted license to use the **Turkish** version of the **FACT-Binonenot for profit study**:

This current license is only extended to CISEM ORHAN's research project subject to the following terms:

- 1) (CISEM ORHAN) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, CISEM ORHAN will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) (CISEM ORHAN) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name "FACIT" will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.

www.FACIT.org 381 South Cottage Hill, Elmhurst, IL, USA 60126 FAX: +1.630.279.9465 information@FACIT.org



- 5) This license is for paper administration only and is not extended to electronic data capture. Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org
- 6) In no cases may any FACIT questionnaire be placed on the internet without password protection. To do so is considered a violation of copyright.
- 7) Licensor reserves the right to withdraw this license if CISEM ORHAN engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 8) There are no fees associated with this license.
- 9) This license is effective upon date issued by FACIT.org and expires at the completion of CISEM ORHAN's project.
- 10) CISEM ORHAN agrees to provide FACIT.org with a copy of any publication which results from this study.

Issued on: May 10, 2017

Shannon C Romo  
Assistant Business Manager  
FACIT.org  
381 S. Cottage Hill Avenue  
Elmhurst, IL 60126 USA  
www.FACIT.org

www.FACIT.org 381 South Cottage Hill, Elmhurst, IL, USA 60126 FAX: +1.630.279.9465 information@FACIT.org