

**MEME KANSERLİ HASTALARIN
YAŞAM KALİTESİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Gölbahar GÖLCİVAN

**Yüksek lisans tezi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Danışman: Yrd. Doç. Dr. Birol TOPÇU**

Tekirdağ-2017

T.C.
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI YÜKSEK
LİSANS TEZİ

MEME KANSERLİ HASTALARIN
YAŞAM KALİTESİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülbahar GÜLCİVAN

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Birol TOPÇU

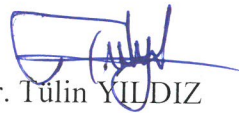
TEKİRDAĞ-2017


KABUL ve ONAY


Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde Yrd. Doç. Dr. Birol TOPÇU danışmanlığında
yürütülmüş bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi

24 / 04 / 2017


Doç. Dr. Tülin YILDIZ
Namık Kemal Üniversitesi
Jüri Başkanı


Doç. Dr. Sonay GÖKTAŞ
Medipol Üniversitesi
Üye


Yrd. Doç. Dr. Birol TOPÇU
Namık Kemal Üniversitesi
Üye

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gülbahar GÜLCİVAN'ın "Meme Kanseri Hastalarının Yaşam Kalitesi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi" başlıklı tezi 24.04.2017 günü saat 10:00'da Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Nilda TURGUT
Enstitü Müdür

ÖZET

Çalışma, meme kanseri olan hastalarda yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde Günübirlik Kemoterapi Ünitesine başvuran, 18 yaş üzerinde, çalışmaya katılmayı kabul eden, iletişim sorunu olmayan, 6. Doz kemoterapisini alan, Evre I-II de olan meme kanseri 150 hasta oluşturmaktadır.

Meme kanseri hastalarının kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerinin değerlendirilmesinde Hasta Tanılama Formu, yaşam kalitesinin sorgulanmasında SF-36 Formu, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sorgulanmasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği kullanılmıştır. Hastalara ölçekler, yüz-yüze, tek görüşmede uygulanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen veriler tanımlayıcı ve karşılaştırma istatistikleri kullanılarak değerlendirildi. Verilerin özelliği temel alınarak tanımlayıcı istatistiklerde yüzdelik, aritmetik ortalama, standart sapma tercih edilirken gruplar arası farkların değerlendirilmesinde parametrik ve parametrik olmayan testler kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde $p < 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Meme kanseri hastalarının yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; en düşük puan alan alt boyutun Emosyonel Rol Kısıtlılığı, en yüksek puan alan alt boyutun Mental Sağlık olduğu bulunmuştur. Meme kanseri olan hastaların sosyo-demografik özelliklerin yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde, yaşının, mesleki durumunun, eğitim durumunun, aylık gelirin ve aile tipinin önemli bir değişken olduğu belirlenmiştir.

Sağlıklı yaşama biçimi davranışları değerlendirildiğinde; en düşük puan alan alt boyutun fiziksel aktivite, en yüksek puan alan alt boyutun manevi gelişim, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ortalama puanının $154,20 \pm 24,22$ ile orta derecede iyi olduğu belirlenmiştir.

Meme kanseri olan hastaların sosyo-demografik özelliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi incelendiğinde, medeni durumun, eğitim düzeyinin,

mesleki durumun ve tedaviye destek olan kişilerin önemli bir değişken olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, Yaşam Kalitesi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

ABSTRACT

The study was conducted with the aim of evaluating the quality of life and healthy lifestyle behaviors in patients with breast cancer. The sample of the study consisted of 150 breast cancer patients who applied to the “Day-Care Chemotherapy Unit at Namik Kemal University Healthcare Application and Research Center”, who were over 18 years old, agreed to participate in the study, had no communication problems, took 6th dose chemotherapy and were stage on I-II.

“Patient Identification Form” was used in evaluating personal and medical characteristics of breast cancer patients, “SF-36 Form” was used in questioning the quality of life, “Scale of Healthy Life Style Behavior II” was used in questioning healthy lifestyle behaviors. Scales were applied to patients as face-to-face in single conversation. The data obtained from the study, was evaluated using descriptive and comparison statistics. Based on the characteristics of the data, while in descriptive statistics, percentage, arithmetic mean and standard deviation were preferred; in evaluating the differences between the groups, parametric and nonparametric tests were used. For statistical evaluation, $P < 0.05$ value was accepted as relevant.

When the quality of life of breast cancer patients was evaluated; it was found that the lowest scoring subscale was the Emotional Role Restriction, and the highest scoring subscale was the Mental Health. When the effects of socio-demographic characteristics on the quality of life of the patients with breast cancer were examined, it was determined that age, occupational status, educational status, monthly income and family type were significant variables.

When evaluating the healthy lifestyle behaviors; it was determined that the Physical Activity was the lowest scoring subscale, the Spiritual Development was the highest scoring subscale and the mean score of 154.20 ± 24.22 for healthy lifestyle behaviors was moderately good.

When the effects of socio-demographic characteristics on healthy lifestyle behaviors of the patients with breast cancer were examined, it was determined that

marital status, education level, occupational status and the people who supported the treatment were important variables.

Key Words: Breast Cancer, Quality of Life, Healthy Life Style Behaviors

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazmasına kadar her aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kullar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Glbahar GLCİVAN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmamın konusunun belirlenmesinde, çalışmalarımın sürdürülmesinde bana her açıdan yardımcı olan, yol gösteren tez danışmanın değerli hocam, Yard. Doç. Dr. Birol TOPÇU 'ya teşekkürü severek yerine getireceğim zevkli bir görev bilirim.

Aynı zamanada eğitimindeki destek ve katlılarından dolayı Namık Kemal Üniversitesi Hemşirelik Hizmetleri Müdür'üm ve Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Müdür'ü Sayın Hocam Yard. Doç. Dr. Tülin YILDIZ 'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Namık Kemal Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Günöbirlik Kemoterapi Ünitesinde çalışan hemşire arkadaşlarıma, mesai arkadaşım Seher YÜCER' e ve Özge Bengü URCANOĞLU 'na teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Üzerimdeki hakları hiçbir zaman ödeyemeyeceğim anneme, babama ve kardeşime, birlikteliğimiz boyunca beni destekleyen, her zaman yanımda olan Eşim Ahmet GÜLCİVAN'a ve biricik oğlum Bora 'ma çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
BEYAN.....	vii
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
KISALTMALAR.....	xi
TABLolar.....	xii
ŞEKİLLER.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Memenin Anatomisi.....	3
2.2. Meme Kanseri.....	4
2.3. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	5
2.4. Meme Kanserindeki Klinik Bulgular.....	8
2.5. Meme Kanserinde Tanı Yöntemleri.....	9
2.5.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM).....	9
2.5.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM).....	10
2.5.3. Mamografi.....	11
2.6. Meme Kanserinde Evrelendirme.....	11
2.7. Meme Kanseri Tedavisi.....	13
2.8. Yaşam Kalitesi.....	14
2.8.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı.....	14
2.8.2. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi.....	14
2.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.4. Veri Toplama Araçları ve Uygulanması.....	20
3.4.1. Hasta Tanılama Formu.....	20
3.4.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	21
3.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeği.....	23

4. BULGULAR.....	25
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	25
4.2. Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	28
4.3. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı.....	38
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
KAYNAKLAR	55
EKLER.....	65

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
SF-36	: Kısa Form (Short Form)-36
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TNM	: Tümör Lenf Nodu Metastaz

TABLULAR

- Tablo 1.** Meme Kanserinin Evrelendirilmesi
- Tablo 2.** Sf-36 Değerlendirme Yönergesi (Sorular ve Verilen Puanlar)
- Tablo 3.** Sf-36 Ölçeğinin 8 Parametresine Göre Sorularının Dağılımı
- Tablo 4.** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Güvenirlik Değerleri
- Tablo 5.** Sağlıklı Yaşam Biçimi Alt Ölçek Puan Ortalamaları
- Tablo 6.** Hastaların Sosyo-Demografik Dağılımı (n=150)
- Tablo 7.** Meme Kanserli Hastaların Yaş Dağılımlarına Göre Yaşam Kalitesinin Alt Ölçek Puanları
- Tablo 8.** Meme Kanserli Hastaların Mesleki Durumlarına Göre Yaşam Kalitesinin Alt Ölçek Puanları
- Tablo 9.** Meme Kanserli Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesinin Alt Ölçek Puanları
- Tablo 10.** Meme Kanserli Hastaların Medeni Duruma Göre Yaşam Kalitesinin Alt Ölçek Puanları
- Tablo 11.** Meme Kanserli Hastaların Aylık Gelir Duruma Göre Yaşam Kalitesinin Alt Ölçek Puanları
- Tablo 12.** Meme Kanserli Hastaların Aile Tipine Göre Yaşam Kalitesinin Alt Ölçek Puanları
- Tablo 13.** Meme Kanserli Hastaların Medeni Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Alt Ölçek Puanları
- Tablo 14.** Meme Kanserli Hastaların Eğitim Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Alt Ölçek Puanları
- Tablo 15.** Meme Kanserli Hastaların Çalışma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Alt Ölçek Puanları
- Tablo 16.** Meme Kanserli Hastaların Destek Veren Kişilere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Alt Ölçek Puanları

ŞEKİLLER

Şekil 1. Memenin Anatomisi

Şekil 2. Türkiye’de kadınlarda görülen ilk 10 kanser türü

Şekil 3. Kendi Kendine Meme Muayenesi yapma şekilleri

1. GİRİŞ

Kanser, yaşam kalitesine olumsuz etkisi nedeniyle önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (Saral,2008). Kanser her yıl milyonlarca insanın yaşamının sonlanmasına neden olmakta ve kalp hastalıklarında sonra ölüm sebepleri arasında ikinci sırayı almaktadır (Gençtürk, 2007). Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür, toplumun sosyoekonomik düzeyi yükseldikçe ortaya çıkışında artmaktadır (Özmete, 2007).

Meme kanseri sık görülmesi nedeniyle sağlıklı kadınlarda da endişe yaratan, aynı zamanda estetik açıdan da önemli bir hastalık olarak görülmektedir. Meme kanserinin erken tanı ve tedavisi ile, yaşam süresinde uzama, mortalitede azalma, yaşam kalitesinde artma ve psikososyal sıkıntıların önlenmesinde etkili olabilmektedir (Akdağ, 2014).

Yaşam kalitesi yüksek olan bireyler, bağımsız bir şekilde yaşamlarını sürdürürler, gereksinimlerini ve günlük yaşam aktivitelerini kendileri karşılarlar. Sağlıklı yaşam biçimi, kişilerin sağlığını etkileyen tüm davranışları kontrol edebilmesi ve günlük aktivitelerinde kendine uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergileyenlerin yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu ve sağlıklarını geliştirici davranışlar geliştirdikleri görülmüştür (Küçükberber, 2010).

Meme kanseri üzerine yapılan araştırmalar hızla ve artarak devam etmekte, bununla birlikte bu hastalık daha iyi tanınmakta ve daha başarılı tedaviler yapılmaktadır (Özmete, 2007). Meme kanserinin erken dönemde teşhis edilmesi ile birlikte sağkalım süresinde uzama görülmektedir. Bu uzun yaşam beklentisi hastalarda da yaşam kalitesi kavramını ortaya çıkarmıştır (Lemieux ve ark., 2011).

Hematoloji, onkoloji kliniklerinde hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde; kanser hastalığının kişilerin genel gereksinimlerini karşılamadaki ciddi ve önemli sorunlar yaratması ile tedavisinin de özellik taşıması önemli rol oynamaktadır. Aynı zamanda kemoterapi alan bireylerin yaşam kalitesinin

nasıl etkilendiğinin bilinmesi bu konuda hastalara destek verilmesi açısından da oldukça önem arz etmektedir (Arslan, 2000).

Sağlıklı yaşam biçiminin hastalıklara yakalanmayı azalttığı, ölüm oranlarını düşürdüğü görülmüş olup, kanserin önlenmesinde oldukça önemli bir yere sahiptir (Erci, 2009). Sadece sağlıklı bireyler değil, sağlık sorunu yaşayan bireylerde sağlıklarını koruyup, geliştirmek ve hastalıkla ilgili olumsuzluklarla başetmek, uygulanan tedavilere uyum sağlayıp yaşam kalitesini arttırmak için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını göstermelidirler (Karalar, 2010).

Bu çalışma kemoterapi alan bireylerin bakımında çok önemli bir faktör olan yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesini ve bu konuda ileride yapılacak olan diğer çalışmalara rehberlik etmesi amacı ile yapılmıştır.

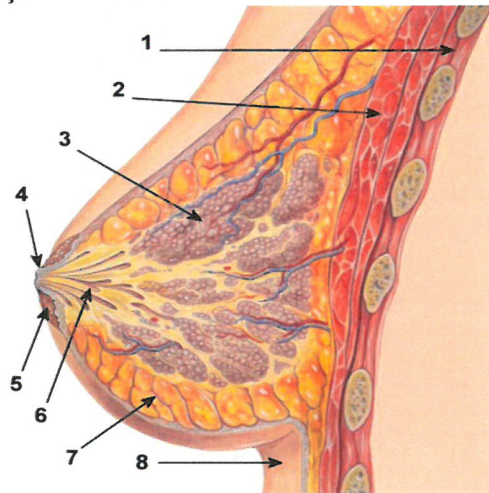
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Memenin Anatomisi

Meme toraksın üzerinde ve sternumun yanında ikinci ve altıncı kostalar arasında yer alan bir bezdir. Memenin boyutları kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte; genetik durum, yaş, kilo, gebelik, emzirme durumuna göre de değişme göstermektedir (Taşmalı, 2009; Karayurt, 2014). Laktasyonda olmayan bir memenin ağırlığı 150-200 gr, laktasyonda ise 400-500 gr ağırlığa kadar ulaşır (Spratt, 1995).

Meme derisinden derin fasyaya doğru uzanan “Cooper ligamentleri” bulunmaktadır. Meme kanserinde ise bu ligamentler kısalma ve çekme meydana getirmektedir. Bu durum meme kanserinin önemli bulgularından birini oluşturmaktadır. Memelerin orta bölümlerinde meme başı ve areola sirküler pigment alanları bulunmaktadır. Aerolada kıl folikülleri, yağ bezleri ve küçük kabartılar şeklinde meme bezleri bulunmaktadır (Öktem, 2012). Meme başı ve aerolada çok dallı sinir uçları ve Ruffini, Krause cisimcikleri bulunmakta bunlarda süt akımını sağlamaktadır (İtilli, 2009).

Şekil 1. Memenin Anatomisi



1. Göğüs Duvarı
2. Pektoral Kas
3. Lobüller
4. Meme Başı
5. Areola
6. Laktiferöz Kanal
7. Yağ Dokusu
8. Cilt

Kaynak: Taşmalı, 2009.

Meme dokusu 12-20 lobdan meydana gelir. Her lobda 10-200 kadar lobül bulunur. Her bir lobülde duktus çevresinde gruplaşmış sayıları 10 ile 100 arasında

değişen alveolden oluşur (Karayurt, 2014). Genç kadınlarda sayıca ve boyutça büyük olup menapozdan sonra sayıları azalır ve küçülürler (Osborne, 1991).

Gebelik sırasında, meme glandı kendini laktasyona hazırlar. Glandular dokuda proliferasyon ve gelişme olurken, aradaki yağ ve bağ dokusu miktarında azalma olur (Özmete, 2007).

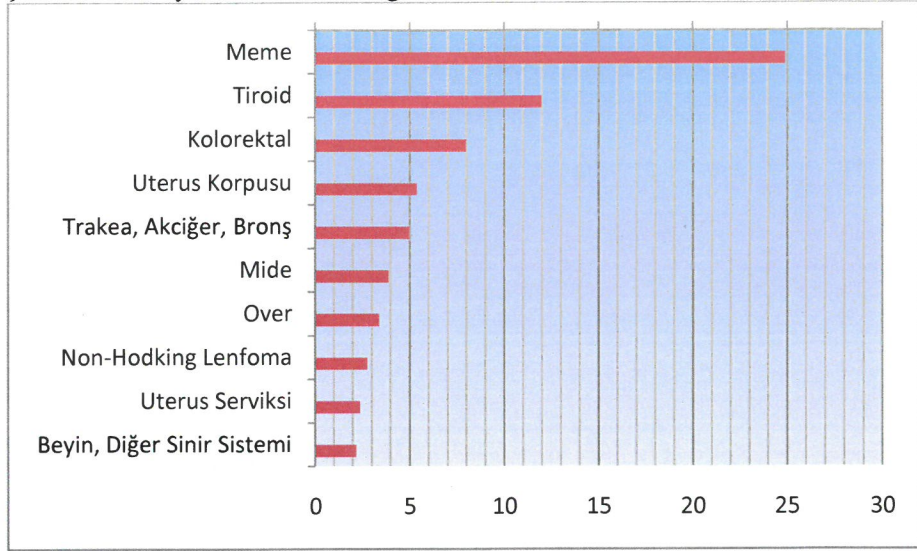
Memenin ana kanlanması internal mammarian ve lateral torasik arterlerle sağlamaktadırlar. Memenin yaklaşık %60'ı arteria mammaria internanın anterior perforan dallarıyla beslenmektedir. Kalan %30'u lateral torasik arterden kan alırlar (Güler, 2006). Internal torasik, aksiller ve posterior intercostal venlerin dalları memeyi drene etmektedirler. Vertebra ven dalları memenin venöz drenajında rol alırlar. Enternal mammarian, Skapular, Santral, İnterpektoral (Rotter), Aksiler Subklavikular olmak üzere altı tür aksiller lenf nodülleri bulunmaktadır. Memenin lenf akımının %75'i aksillaya, yüzde %25'i internal mammariaya olmaktadır (İtilli, 2009).

2.2. Meme Kanseri

Meme kanseri meme dokusunda epitelyal kökenli hücrelerden kaynaklanan maling tümörlerdir. En sık lobül ile terminal duktus birleşme yerindeki epitelden destek alan adenokanserdir ve noninvaziv (in situ) ve invaziv olarak sınıflandırılır. Noninvaziv (in situ) karsinomada maling hücreler çevre dokuya yayılmaksızın meme lobülleri veya kanalları içinde çoğalır. İnvaziv karsinomada ise maling hücreler memenin kanallarında ortaya çıkıp çevrede bulunan meme dokusuna, lenf yada kanallara yayılırlar (Bayram, 2012).

Sanayinin yaygın olduğu ülkelerde meme kanseri sık görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre meme kanseri dünyada görülen kanser türleri arasında ikinci sırada ve kadınlarda görülen kanserler arasında da ilk sırada yer almaktadır (Taşmalı, 2009). 2014 yılı sağlık istatistiklerine göre kadınlarda görülen kanser türlerinden meme kanseri 100.000 de 43,0 ile ilk sırada yer almaktadır (Şekil 2).

Şekil 2. Türkiye’de kadınlarda görülen ilk 10 kanser türü



Kaynak: http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/saglik_istatistikleri_2015.pdf

2.3. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Kadınlarda en sık karşılaşılan kanser türü meme kanseridir ve kadınlarda görülen tüm kanserlerin %24.9’ unu oluşturmaktadır (Şekil 2).

Birçok kanser türünde olduğu gibi, meme kanserinde de etiyojisi bilinmemektedir. Ancak yapılan çalışmalar risk faktörü oluşturabilecek bazı bulguları ortaya koymaktadır. Ancak meme kanserli hastaların %20’inde bu risk faktörlerinin bulunduğu vurgulanmaktadır (Kalaycı, 2002). Meme kanserlerinin azaltılmasında her toplumun kendi içinde riskleri ortaya koyması, risk gruplarını belirlemesi ve tarama programlarını yaygınlaştırması gerekmektedir. Çünkü meme kanserinde tek bir etiyojiden söz etmek mümkün değildir (Güler, 2006).

Meme kanseri oluşumundaki önemli risk faktörlerini şu şekilde sıralamak mümkündür;

a) Cinsiyet: Kadın olmak meme kanserindeki en önemli risk faktörünü oluşturmaktadır. Meme kanseri kadınlarda %99 iken erkeklerde %1 oranında görülmektedir (Smeltzer ve Bare, 2005). Bunun nedeni kadınların meme dokularının

daha fazla olması ve gelişimsel dönemdeki kadınlarda östrojen ve progesteron hormonal düzeylerinin değişim göstermesi olduğu bilinmektedir (ACS, 2010).

b) Yaş: Yaş faktörü meme kanseri görülmesinde önemli bir risk faktörüdür. Yaş arttıkça meme kanseri görülme oranı artmaktadır. Yaklaşık olarak meme kanserlerinin 2/3'ü 55 yaşından büyük kadınlarda görülmektedir (Akdağ, 2014).

c) Irk: Beyaz kadınlarda gelişme riski daha yüksek olmasına rağmen Afrika kökenli Amerikalı kadınların bu hastalıktan ölme riski daha yüksektir (Ürkmez, 2009; Gençay, 2007).

d) Genetik Faktörler: BRCA1 ve BRCA 2 gen mutasyonu taşıyıcılarının meme kanseri gelişimi açısından risk altında oldukları görülmüştür. BRCA1 geni mutasyonunda yaşam boyunca meme kanseri görülme riski yüzde 36-87, BRCA2 de yüzde 45-84'tür (Okutur, 2015).

e) Aile Öyküsü: Anne veya kız kardeşlerden herhangi birinde bile olması riski arttırırken her ikisinde de görülmesi meme kanseri oranını arttırmaktadır. Eğer ki menapoz öncesinde tanı konmuş ise risk daha da artmaktadır (Aydın, 2004).

f) Hormonal Faktörler: Hormonların meme kanseri üzerine etkileri 1986 yılında keşfedilmiştir (Ünal, 2003). Postmenapozal dönemde alınan hormon replasman tedavisi meme kanseri riskini arttırmaktadır (Okutur, 2014). Alınan hormon tedavisinin süresi uzadıkça meme kanseri görülme riski artmaktadır (Güllüoğlu, 2008).

g) Menarş Yaşı ve Menapoz: Menarş yaşı meme kanseri gelişme riskini etkileyen bir faktördür. Erken menarş ve geç menapoz meme kanseri gelişme riskini %30-50 arasında arttırmaktadır. Bununla birlikte geç menarş ve erken menapozda bu riski aynı oranda azaltmaktadır (Vogel, 2000).

h) Doğurganlık ve Emzirme Hikayesi: Doğum sayısının artmış olması meme kanseri riskini azaltmakla birlikte, geç doğum yapmış olmak, hiç doğum

yapmamak riski arttırmaktadır. Doğum sayısı arttıkça emzirme süreside artacağından emzirme süresinin artışı meme kanseri riskini azaltmaktadır (Can, 2012).

ı) İyi Huylu (Bening) Meme Hastalıklar: Bening meme hastalığı olan kadınların meme kanserine yakalanma risklerini artırdığı bilinmektedir. Bu hastalıklarda meme kanseri riskini etkileme durumuna göre üç grupta toplanmaktadırlar (ACS, 2017).

- **Non-proliferatif Lezyonlar:** Bu lezyonlar; Meme dokusunun fazla büyümesiyle ilişkisi olmayan fibrokistik hastalıkları, hiperplazileri ve mastit gibi lezyonları içermektedir.
- **Atipik Olmayan Proliferatif Lezyonlar:** Meme dokusundaki duktuslarda ve lobüllerdeki büyümelerle ortaya çıkan duktal hiperplazileri, kompleks fibroadenomları ve çeşitli papillomaları içermektedir.
- **Atipik Proliferatif Lezyonlar:** Meme dokusundaki duktuslarda ve lobüllerdeki hücrelerin aşırı büyümesi ve hücrelerin boyutlarının daha büyük, daha uzun görünmesiyle ortaya çıkan atipik duktal hiperplazileri ve atipik lobüler plazileri içermektedir (ACS, 2017).

i) Oral Kontraseptif ve Hormon Replasman Tedavisi Kullanımı: Uzun süreli kullanılan ve erken sürede başlanılan oral kontraseptiflerin meme kanseri riskini arttırdığı, hormon (östrojen) replasman tedavisinin uzun süreli kullanımlarda aynı şekilde riski arttırdığı görülmüştür (Aydın, 2004).

j) Radyasyona Maruz Kalma: Memenin geliştiği 10-14 yaş dönemlerinde radyasyona maruz kalmanın meme kanseri riskini arttırdığı, 40-45 yaşlarında ise radyasyona maruz kalmanın meme kanseri riskini etkilmediği görülmektedir (Koçak ve ark., 2015).

k) Sigara ve Alkol Kullanımı: Sigara kullanımı ile meme kanseri arasında bir ilişki bulunamamasına rağmen sigara içmenin zararlı etkilerinden dolayı

kullanılmaması önerilmektedir. Alkol kullanımının meme kanserini üzerine etkisi netlik kazanmamakla birlikte yakalanma riskini arttırdığı ifade edilmektedir (Chie ve ark., 2000).

1) Obezite: Çocukluk ve genç erişkinlik döneminde beslenme şekli olarak aşırı yağlı gıda tüketiminin hiperplastik büyümeyi etkilediği ve meme doku hücrelerinin arttırdığı görülmektedir. Buna istinaden yağlı yiyeceklerin çok tüketilmesi kanser yapıcı maddelerin alımının artmasına neden olmaktadır. Bu tarz beslenme hem şişmanlık hem de menarş yaşını küçülterek meme kanseri riskini arttırmaktadır (Yıldırım, 2002).

2.4. Meme Kanserindeki Klinik Bulgular

Hastalığın belirtileri yayılım derecesine ve kişiden kişiye göre değişim göstermektedir (Erden, 2015).

Meme kanserinin başlıca belirtilerini aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür;

Kitle: Meme kanserli hastaların %70'inde ilk bulgu olarak kitle ortaya çıkmaktadır. Bu kitlelerin %45 kadarı üst dış kadranda görülmektedir (Yıldırım, 2002). Genellikle bu kitleler sert, hareketsiz olup, genellikle rastlantı sonucunda bulunur (Onat, 2005).

Ağrı: Meme kanserinde ağrı %90 oranında görülmemekle birlikte nadir olarak tümör olan bölgede bıçak saplar tarzda son dönemde görülmektedir (Topuz, 2003).

Meme Başı Akıntısı: Meme kanseri olan hastaların meme başında akıntı olması %10 oranında ilk belirti olarak ortaya çıkmaktadır. Bu akıntı spontan olarak, tek taraflı, kanlı veya kanlı-seröz görünümündedir (Yılmaz, 2012).

Forgue Belirtisi: Tümörün bulunduğu yer memenin üst kadranında ise meme başı tümörün bulunduğu tarafa doğru çekme yapar. Böylece meme daha dolgun, dik görünümündedir (Topuz ve ark., 2003).

Meme Üzerindeki Deride Ödem, Portakal Kabuğu Görünüm (Pau d'orange): Memenin lenf damarlarına taşınan tümör hücreleri lenf damarlarını tıkayarak lenf dolaşımını bozar ve deride ödem oluşturur. Bozulan lenf akımı deri ve deri altı dokusunun beslenememesine neden olur. Böylece deri kalınlaşır, kıl folikülleri içeriye çekilmiş gibi kalır. Bu durum deriye portakal kabuğu görünümü kazandırır (Smeltzer ve Bare, 2005; ACS, 2010).

Meme Başında Retraksiyon: Bazı kadınlarda retraksiyon yapısal olabilmektedir. Daima iki taraflı olup memenin gelişimi ile oluşmaktadır. Memenin santral kısmında olan tümörler meme başının içine doğru çekmesine neden olmaktadır (Topuz ve ark., 2003).

Komşu Lenf Nodlarında Büyüme: Meme kanserinde tümörün lenfatik akım ile lenf nodlarına doğru ilerleyerek tıkanmasıyla gelişir. Büyüklüğü 5 mm büyük olduğunda ve sert yapıda ise lenf nodlarında metastaz olarak düşünülür (Topuz ve ark. 2003).

2.5. Meme Kanserinde Tanı Yöntemleri

Meme kanserinin tanısında sıklıkla kullanılan dört temel tanılama yöntemi bulunmaktadır. Bunlar; klinik meme muayenesi (KMM), kendi kendine meme muayenesi (KKMM), mamografi ve ultrasonografi yöntemleridir (Kersu, 2010).

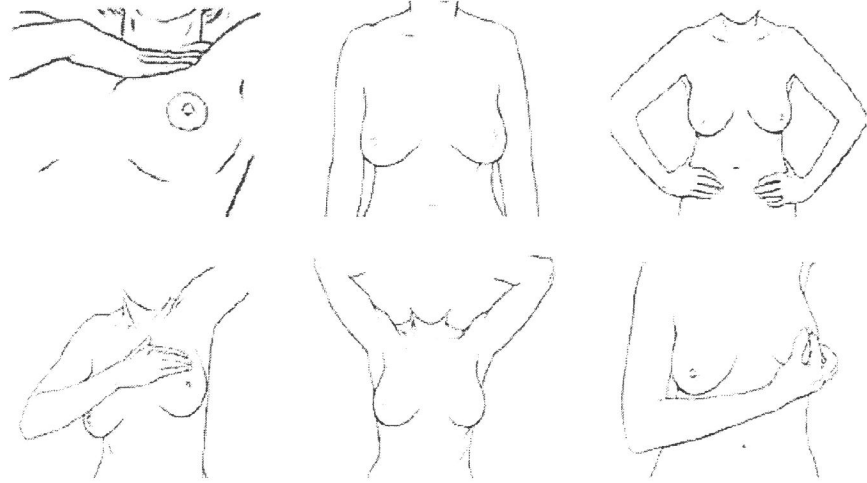
2.5.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Kadınların meme ve çevresindeki dokuları, kitle ve şekil değişikliklerini belirlemek amacıyla düzenli aralıklarla, simetrik bir şekilde, aynı yöntemleri kullanarak muayene etmesidir. Bu yöntem hem kolay hemde maliyetsiz olduğu için

çok önemli bir erken tanı yöntemidir. Kişinin KKMM etkin yapabilmesi için meme yapısını iyi tanması, bunu periyodik aralıklarla yapması ve muayene tekniklerini iyi bilmesi gerekmektedir (Akyolcu, 2011).

20 yaşından itibaren kadınların KKMM başlamaları gerekmektedir. İlk başta her hafta, daha sonra menstruasyonunun başlangıcından itibaren 5. ve 7. günlerinde uygulanır. Diğer günlerde meme dokusu daha duyarlı olduğu için yanlış sonuç verebilir. Menapozdaki kadınların ise belirledikleri herhangi bir günde KKMM yapmaları önerilmektedir (İtilli, 2009).

Şekil 3. Kendi Kendine Meme Muayenesi yapma şekilleri



2.5.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

Hekim tarafından veya yeterli deneyime sahip hemşireler tarafından memenin incelmesi ile yapılır. Her iki memeninde şekline, dokusuna, kitle varlığına, deriye ilişkin bulgulara bakılır. Bu kontrollerde tüm meme bölgesinin yanı sıra her iki koltuk altındaki lenf bezleride incelenmektedir (Engin, 2000).

2.5.3. Mamografi

Memeyi radyolojik olarak x ışını ile görüntüleme yöntemidir (Somunoğlu, 2009). Memedeki şüpheli alanları yada mikrokalsifikasyonları 1.5 kat büyütürken tanı konmayı sağlayan bir yöntemdir. Bu yöntemle birlikte klinik olarak %85 oranında meme kanseri tanısı konulabilmektedir (Thompson, 2005).

35 yaş altındaki kadınlarda meme yoğunluğunun yüksek olması nedeniyle memedeki değişiklikleri saptamada yetersiz kalmaktadır. Buda yanlış sonuç vermektedir (Rızalar, 2010).

Mamografi 40 yaşından sonra bayanların her yıl çekilmesi önerilmektedir. Mamografi yönteminin meme kanserini yakalamadaki başarı oranı yüzde 63-98'dir. Premenapozal dönemdeki bir kadının menstruasyonun ilk haftasında çekilmesi önerilmektedir (Kaymakçı, 2010).

2.6. Meme Kanseri Evrelendirme

Meme kanserinin evrelendirilmesi amacı ile Tümör Lenf Nodu Metastaz sistemi (TNM sınıflandırma sistemi) geliştirilmiştir (Canbulat, 2006).

Tablo 1. Meme kanserinin evrelendirilmesi

TX Tümörün boyutu belirlenememiştir.
T0 Tümör belirtisi yok.
Tis Kanser LCIS, DCIS ya da Tümör olmayan meme başının Paget Hastalığı türündendir.
T1 Tümör en büyük çapında 2cm ya da daha azdır.
T2 Tümör en büyük çapında 2 ila 5cm arasındadır.
T3 Tümör en büyük çapında 5cm den daha büyüktür.
T4 Tümörün büyüklüğü önemsizdir, tümörün kendisini göğüs duvarına yapıştırdığı ya da göğüs duvarındaki lenf bezlerine yayıldığı durumlarda kullanılır.
NX Lenf bezlerine yayılım belirlenememiştir (Örneğin lenf bezleri önceden alınmış olabilir).
N0 Kanser lenf bezlerine yayılmamıştır.
N1 Kanser yeri sabit olmayan lenf bezlerine yayılmıştır. (Tümörün bulunduğu göğüs ile aynı tarafta)
N2 Kanser yeri biri birilerine göre ya da koltuk altında bulunan diğer organlara göre sabit olan ve tümörün bulunduğu göğüs ile aynı tarafta bulunan lenf bezlerine yayılmıştır.
N3 Kanser tümörün bulunduğu göğüs ile aynı tarafta bulunan mamary ya da supracavicular lenf bezlerine yayılmıştır.
MX Kanserin metastaz yapıp yapmadığı belirlenememiştir.
M0 Kanser diğer/uzak organlara yayılmıştır.
M1 Kanser diğer/uzak organlara yayılmıştır.

Kaynak: Karabaş (2013), Kadın Öğretim Elemanlarının Meme Kanserine Bakışı ve Kansere Korkusunun İncelenmesi

Klinik Evre I :T1N0M0-T2N0M0

Klinik Evre II :T1N1M0-T2N1M0

Klinik Evre III :Herhangi bir T ve N, M0

Klinik Evre IV :Herhangi bir T ve N, M

T tümörün boyutunu; tümörün deriye ve göğüs duvarına yayılıp yayılmadığını, N lenf bezini; tümörün lenf bezlerine yayılıp yayılmadığını, M metastaz; uzak organlara metastaz olup olmadığını göstermektedir (Canbulat, 2006).

2.7. Meme Kanseri Tedavisi

Meme kanserinde en sık kullanılan tedavi yöntemleri; cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedavi yöntemleridir. Bunların dışında kemikiliği nakli, kök hücre nakli ve immunoterapi gibi tedavi yöntemleri de bulunmaktadır. Hastalara uygulanan tedavi yöntemleri lokal ve sistemik olarak ikiye ayrılmaktadır. Lokal yöntemler olarak radyoterapi ve cerrahi tedavi yer almaktadır. Bu tedavilerin amacı tümörün yok edilmesidir. Sistemik yöntemler kemoterapi ve hormonal tedavi yöntemleridir. Bunların amacı meme dışına yayılmış olan kanser hücrelerinin yok edilmesini sağlamaktır (Canbulat, 2006).

Cerrahi Tedavi: Meme kanserinde sık olarak uygulanan tedavi yöntemi radikal yaygın mastektomidir. Bunun yanında erken evrelerde yakalanan meme kanserlerinde hastaların beden imajlarının bozulmalarını en aza indirmek amacı ile meme koruyucu ameliyatlara da tercih edilebilmektedir (Öktem, 2012).

Radyoterapi: Radyoterapinin esas amacı hastalığın olduğu bölge olan meme ve çevre dokulara (çevresel lenf bezleri) geri gelmesini önlemektir. Genellikle cerrahi sonrasında uygulanmakla birlikte tümörü küçültmek amacı ile de cerrahi öncesinde de radyoterapi uygulanabilmektedir (Çağlar, 2007).

Kemoterapi: Metastaz yada hastalığın yaygın olduğu durumlarda uygulanan en etkili yöntemdir (Asoğlu, 2003). Kemoterapi ilaçları intravenöz yol veya oral yolla verilebilmektedir. Cerrahi tedavi sonrası veriliyorsa buna adjuvant kemoterapi denir ve vücutta bulunan kanser hücrelerini yok ederek hastalığın tekrarlama olasılığını azaltmaktadır (Canbulat, 2006).

Hormonal Tedavi: Sistemik tedavi yöntemlerinden biridir. En yaygın olarak kullanılan ilaç tamoksifenidir. Östrojen reseptör blokleri etkisi ile tümör hücresi üzerindeki geliştirici etkisini önlemekte ve sistolojik özellik taşımaktadır. Nüks ve sağkalımı doğrudan etkilemekte ve etkilenmemiş olan memeyide korumaktadır (Kaymakçı, 2010).

2.8. Yaşam Kalitesi

2.8.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Belirli bir eylemi gerçekleştirememek (belirli bir mesafeyi yürümek, bir işi başarabilmek vb.) bir işlev kaybı olarak değerlendirilirken, bu eylemi yerine getirememenin kişinin yaşamının niteliği üzerine olan algılanan etkisi yaşam kalitesi olarak tanımlanmaktadır (Eser, 2012).

Yıllar boyunca araştırmacılar, yaşam kalitesini tanımlamak için çeşitli tanımlar yapmışlardır. Araştırmaların çoğu yaşam kalitesini; mutluluk, doyum, uyum olarak tanımlamışlardır ve yaşam kalitesi kavramı; yaşam doyumunu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eş anlamlı olarak kullanılmıştır (Kızılcı, 1999). Ancak yaşam kalitesinin en önemli belirleyicilerinden biri olan yaşam memnuniyeti bireyseldir (Şahin, 2001).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesinin “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılayış biçimi” olarak tanımlanmaktadır (Ertem, 2009).

Yaşam kalitesi kavramı bir çok bilim dalında kullanılmasına rağmen; çok yönlü olması, sürekli değişim ve gelişmeler göstermesi, kişiden kişiye değişebilmesi, bireyin yaşamdan nasıl zevk aldığı, sosyal, psikolojik gibi bir çok faktörden etkilenmesi nedeniyle tanımlanması zor bir kavram olmuştur (Akdemir ve Birol, 2005).

2.8.2. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi

Kaliteli yaşamın ne olduğu filozoflar tarafından yıllarca tartışma konusu olmuştur. Yaklaşık 2000 yıl öncesi Tatariewicz mutluluğun doyumunun bir çeşidi

olduğunu söylemiştir. Bu tanım günümüzdeki yaşam kalitesi kavramını da içermektedir (Tatarzewicz, 1976).

Yaşam kalitesi kavramını ilk kez Thorndike sosyal çevrenin bireyde yansıyan çevresi olarak tanımlamıştır. Andrews ve Withey yaşam kalitesi kavramını bireylerin doyumunu ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi olarak tanımlamıştır (Özkan, 1999) Evans ve arkadaşları, yaşam kalitesini objektif ve subjektif göstergeler olarak ikiye ayırarak tanımlamışlardır. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri fiziksel iyilik hali olarak açıklanmakta ve fiziksel aktivitelerini yapmaktaki güçlük, fonksiyonel yetersizlik gibi konuları kapsamaktadır. Subjektif göstergeleri de kişinin psikolojik durumunu yansıtmaktadır ve emosyonel iyilik hali, psikolojik etki ile ilgili konuları kapsamaktadır (Dağıstan, 2014). 1960'lı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde politik tartışmalardan kaynağını alırken 1970'li yıllarda yaşam kalitesi kavramı sosyal bilimlere doğru genişlemeye başlamıştır. Gittikçe yaşam kalitesi kavramı önem kazanmış ve bunu değerlendirmede çeşitli ölçekler kullanılmıştır (Atkinson, 1981).

Kanser hastalarında kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerini üç başlık altında toplamak mümkündür. Bunlar; genel kapsamlı ölçekler, özel bir konuya yönelik ölçekler ve hastalığa özel ölçekler olarak ayrılmıştır (Yüce, 2012).

Genel kapsamlı ölçekler: Genel olarak hastaların sağlık, mental ve sosyal iyilik halleri konusunda bilgi veren ölçekleri içermektedir. Bunların arasında en çok kullanılan ölçekler; Kısa Form-36 (SF-36), Nottingham Sağlık Profili (NHP) ve Linear Analogue Self Assessment, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) olarak sayılabilmektedir (Yüce, 2012).

Özel bir konuya yönelik ölçekler: Psikolojik iyilik gibi sağlıkla ilgili özel bir alanda ölçüm yapabilmek için kullanılmaktadır. Bunlar arasında Beck Depresyon Ölçeği, görsel ağrı skalası gibi ölçekler yer almaktadır (Yüce, 2012).

Hastalığa özel ölçekler: Belirli hastalıklar hakkında hasta algılarını değerlendirmede kullanılan ölçekleri içermektedir. Kansere özgü yaşam kalitesi ölçeklerinden bir kaç Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü yaşam kalitesi

anketi (European Organization for the Research and Treatment of Cancer QLQ-C30, EORTC QLQ-C30), Visual Analogue Scale-Cancer (VASc) Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) gösterilebilmektedir (Yüce, 2012).

2.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlık olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde sağlık anlayışı; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakımı tanımlamaktadır (Yalçınkaya, 2007).

Walker, Sechrit ve Pender, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını “kendi kendine başlayan hareketlerin çok boyutlu modeli, iyilik seviyesini korumaya ve yükseltmeye hizmet eden algılar, kendini gerçekleştirme ve bireyseliğin tanımlanması” şeklinde tanımlamıştır (Ünalın ve ark., 2007).

Sağlık davranışı, bireyi hastalıklardan korumak aynı zamanda sağlıklı kalmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olarak tanımlanmaktadır (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004). Sağlığı geliştirme; bireyin, ailenin toplumun ve toplumu oluşturan grupların var olan sağlık durumlarını geliştirmek ve iyilik düzeylerini arttırmaya yönelik etkinlikler olarak tanımlanmaktadır (Yalçınkaya ve ark., 2007). Bireylerin olumlu sağlık davranışları kazanabilmeleri için kişilerin bu konularda bilgi sahibi olmaları ve edindikleri bilgilerle olumsuz davranış biçimini değiştirmek için kullanmaları gerekmektedir. Olumsuz sağlık davranışları ise, bireyin sağlığı için risk teşkil eden eylemleri içermektedir. Örneğin bunlar; sigara içme, alkol kullanma düzensiz yeme içme sayılabilmektedir (Black and Hawks, 2009).

Sağlıklı yaşam biçimini bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını control etmesi ve günlük aktivitelerinin yerinde getirmede uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir (Johnson, 2005).

Manevi Gelişim

Kendini gerçekleştirmiş birey, kendini iyi bir şekilde tanıır. Böylece güçlü ve zayıf yönlerini tanıyarak, belirli plan çerçevesinde hedeflerine ve amaçlarına yönelik bir yaşam sürer. Bu nedenle manevi gelişim ve beraberinde getirmiş olduğu kendini gerçekleştirme sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasında oldukça önemlidir (Ünal, 2013; Aksoy, 2010).

Umut insanın doğasında olan, yalnızlık ve acı çekmek gibi stresli durumlarla başa çıkmayı sağlayan en önemli unsurdur (Kelleci, 2005). Kanser tanısı almış bireylerin umutları zarar görebilir. Kanser hastalarının yaşama bağlanmasını sağlayan en önemli etken umuttur (Herth, 2000). Aynı zamanda hastaların tedaviye devam etmelerini, kendilerini iyi hissetmelerini sağlar. Böylece umut kanser hastalarının kaliteli yaşam sürmelerini sağlamaktadır (Lin ve ark., 2003).

Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak, koruyucu, hastalıkları önleyici ve sağlığı geliştiren tutum ve davranışları değiştirmesidir. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlık sorumluluğuna etki ederek sağlığına ne düzeyde katıldığını belirlemektedir (Çetiner, 2014). Herkes kendi sağlığından sorumludur, kişiler sağlıklarının değerlerini bilmeli ve onu korumaya çalışmalıdırlar (Bozhüyük ve ark., 2012).

Bireyin kendini ve vücudunu iyi tanıması, sağlığı ile ilgili bir değişiklik olduğunda hekime başvurması, düzenli aralıklarla sağlık kontrollerine gitmesi, gerekli önlemleri alması gibi davranışları içermektedir (Pender, 2002). Kanser kronik bir hastalık olarak kabul edildiğinden hasta ile birlikte ailesi ve yakınlarına destek verilmeli, hastalığın yönetimine etkin katılmaları sağlanmalı, kanser tanısı ile başa çıkmaları sağlanmalıdır (Kaya, 2007).

Fiziksel Aktivite

Birey tarafından aktivitelerin ne düzeyde uygulandığını göstermektedir. Kanser tedavisi gören hastalarda tedavi sırasında almış oldukları toksik tedaviler fiziksel aktivite düzeylerinde azalmalara neden olmaktadır. Bu sebeple kanser hastaları günlük işlerini yapabilmek için daha fazla enerji kullanmakta böylece daha çabuk yorulmaktadırlar. Egzersizler haftada birkaç kez olacak şekilde düzenli olarak yapıldığında kanserli hastalarda tedavi sırasında ve sonrasında yorgunluğu azaltmaktadır. Hastalara kişiye özel egzersiz programları düzenlenmelidir. Bu programlarda hastaların yaşına, fiziksel aktivite durumuna, kanserin evresine göre ayarlamalar yapılmalıdır. Yorgunluk şikayeti olan hastalara düşük düzeylerde programlar başlanmalı ve hastaların toleransına göre yavaş yavaş artırılmalıdır (Yeşilbalkan, 2007).

Beslenme

Sağlığın korunması ve geliştirmesi için vücudun besinlere ihtiyacı vardır. Yenilen besinlerle hastalıkların ortaya çıkması arasında bir ilişki bulunmaktadır. Sağlıksız beslenme sonucunda kanser dahil olmak üzere bazı hastalıklar yaygın olarak görülebilmektedir. (Esen ve Turgut, 2013). Kanser tedavisi sırasında beslenme ilgili iştahsızlık, bulantı, kusma gibi bir takım sıkıntılar yaşanmaktadır. Kanser hastalarında uygun beslenme sağlanarak komplikasyon gelişme riski azalmakta, kanser tedavisinin başarı oranı artmaktadır (Ertem, 2008).

Kişiler Arası İlişkiler

Bireyin yakın çevresinde bulunan kişilerle olan iletişimini ve süreklilik düzeyini belirlemektedir. Kanser tanısı almış bireylerin bir kısmı aile üyeleri ve diğer bireylerle yakın ilişkiler kurarlarken, bir kısımda kişiler arası ilişkilerden kaçınabilmektedirler. Bu hastalar kanser tanısının şoku, korkusu ve belirsizlik duygusu ile ilişkilerde sıkıntı yaşayarak sosyal desteğe daha çok ihtiyaç duymaktadırlar. Kanser hastaları bazen kendilerinde gerekli enerjiyi bulamamakta ve

en çok ihtiyaç duyduklarında gerekli destekleri görememektedirler. Ancak aile bireyleri ve arkadaşları bu hastalara nasıl davranacaklarını bilemediklerinden hastalarla temas kurmaktan kaçınmaktadırlar (Gümüş, 2006). Aile fertlerine tedavi süresince daha fazla görevler düşmektedir. Kişilerin evde kendilerinin üstlenmiş olduğu görevler, sorumluluklar değişebilmektedir. Evde en çok eşlerin anlayış geliştirmelerine ihtiyaç duyulmaktadır (Güner, 2008).

Stres Yönetimi

Stres yönetimi bireylerin stres oluşturabilecek kaynaklarını tanıma düzeylerini ve stres kontrol mekanizmalarını belirlemektedir (Yalnkaya ve ark., 2007). Stres, bireyin fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkararak, bireylerin yaşamlarını olumsuz etkilemektedir (Biol, 2005).

Kanser tanısı bireylerde geleceğe yönelik ciddi bir tehdit olarak algılanmaktadır. Bu bireyler yoğun ve uzun süreçli bir yola girmiş olmaları nedeniyle hastalığı kabullenmekte zorlanmakta ve bir takım psikososyal sıkıntılar yaşamaktadırlar. Psikososyal desteğin olması hastaların stres düzeyini azaltmakta ve böylece yaşam kalitesini arttırmaktadır (Gümüş, 2006).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma; meme kanserli hastaların yaşam kaliteleri ile sağlıklı yaşam biçimlerinin değerlendirilmesi amacıyla anket çalışması olarak planlandı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma, 15 Ekim 2015-15 Mayıs 2016 tarihleri arasında Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Günübirlik Tedavi Odasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 15 Ekim 2015-15 Mayıs 2016 tarihleri arasında Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Günübirlik Tedavi Odasında tedavi gören meme kanserli 165 hasta oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyerek tüm başvuru yapan hastalara ulaşılması hedeflendi. Ancak çalışmanın yapıldığı süre içinde çalışmaya katılmaya kabul etmeyen 15 hasta dışında araştırmanın örneklemi kalan 150 hasta oluşturdu. Örneklem grubundaki hastalara araştırma hakkında gerekli bilgiler verildikten sonra sözel onamları alındı.

3.4. Veri Toplama Araçları ve Uygulanması

Araştırma verilerinin toplanmasında 3 bölümden oluşan bir soru formu kullanıldı.

3.4.1. Hasta Tanılama Formu

Bu bölümde hastaların tanıtıcı özellikleri ile tedavi, durumlarını içeren 17 sorudan oluşan "Hasta Tanılama Formu" kullanıldı.

3.4.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde hastalığa özgü olmayan ve geniş açılı ölçüm yapmayı sağlayan SF-36 ölçeği Ware ve Sherbourne tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Göl, 2014). SF-36 hem hasta hemde sağlıklı popülasyonlarda yaşam kalitesini değerlendirmede, aynı zamanda değişik hasta grupları arasında karşılaştırma yapabilmeyi sağlayan 36 maddelik kısa bir formdur (Fujisava ve ark. 2010; Stojanovic, 2007). SF-36 ölçeğinin kendi kendini değerlendirme ölçeği olması, beş dakika gibi kısa bir sürede tamamlanabilmesi aynı zamanda sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ölçeğin avantajları arasındadır (Dağıstan, 2014).

Ölçek 36 maddeden oluşmakta ve 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Bunlar fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) (Arat, 2006; Aydemir, 1999; Aydemir ve ark., 1997). Ölçek son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Değerlendirme 4. ve 5. maddelerde evet/hayır biçiminde iken diğer maddelere likert tipi (üçlü-altılı) biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçek tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı puan vermektedir. Alt ölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumunu göstermektedir (Dağıstan, 2014).

SF -36'nın Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,851 elde edildi. Alt ölçekler için de ayrı ayrı hesaplandı; fiziksel fonksiyon 0,605, sosyal fonksiyon 0,613, emosyonel rol kısıtlanması 0,670, fiziksel rol kısıtlanması 0,746, ağrı 0,842, mental sağlık 0,642, enerji 0,670 ve sağlığın genel algılanması 0,600 bulundu.

Ağrı alt ölçeği 0,842 bulunarak yüksek derecede güvenilir bir ölçek bulunurken diğer tüm alt ölçekler 0,60 ile 0,80 arasında bulunarak oldukça güvenilir bulundu (Özdamar,2002).

Tablo 2. SF-36 Değerlendirme Yönergesi (Sorular ve verilen puanlar)

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	9.	10.	11.	11.	
a:5 b:4,4 c:3,4 d:2 e:1	a:5 b:4 c:3 d:2 e:1	Her bir şık için	Her bir şık için	Her bir şık için	a:5 b:4 c:3 d:2 e:1	a:6 b:5 c:4 d:3 e:2 f:1	a:5 b:4 c:3 d:2 e:1	a,e, d,h	b,c, f,g, i	a:1 b:2 c:3 d:4 e:5	a:1 b:2 c:3 d:4 e:5	a,c	b,d
		evet, oldukça:	Evet:1	Evet:1				a:5 b:4 c:3 d:2 e:1	a:1 b:2 c:3 d:4 e:5			a:1 b:2 c:3 d:4 e:5	a:5 b:4 c:3 d:2 e:1
		evet, biraz:2	Hayır:2	Hayır:2				a:5 b:4 c:3 d:2 e:1	a:1 b:2 c:3 d:4 e:5			a:1 b:2 c:3 d:4 e:5	a:5 b:4 c:3 d:2 e:1
		hayır, hiç:3						a:5 b:4 c:3 d:2 e:1	a:1 b:2 c:3 d:4 e:5			a:1 b:2 c:3 d:4 e:5	a:5 b:4 c:3 d:2 e:1

Tablo 3. SF-36 Ölçeğinin 8 Parametresine Göre Sorularının Dağılımı

Parametre	İlgili şıklar	En düşük ham puan	Olası ham puan
Fiziksel fonksiyon	$3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j$	10	20
Fiziksel rol	$4a+4b+4c+4d$	4	4
Ağrı	$7+8$	2	10
Genel sağlık	$1+11a+11b+11c+11d$	5	20
Enerji	$9a+9e+9g+9i$	4	20
Sosyal fonksiyon	$6+10$	2	8
Emosyonel rol	$5a+5b+5c$	3	3
Mental sağlık	$9b+9c+9d+9f+9h$	5	25

Puanlama skoru:(Elde edilen ham puan-en düşük ham puan/Olası ham puan)*100

3.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeği

“Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” Walker, Sechrist ve Pender tarafından (1987) tarafından geliştirilmiştir. Pender (1987) tarafından “Sağlığı Geliştirme Modelini” test etmek için geliştirilmiştir. Bir çok topluluk üzerinde yapılan çalışmalarda geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ölçektir (Esin, 1997).

Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından Türkçeye uyarlanmasına yönelik geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir (Çetiner, 2014).

Ölçek 52 madde ve 6 alt faktörden oluşmaktadır. Alt gruplar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Manevi gelişim (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52. madde), kişilerarası ilişkiler (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49. madde), beslenme (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50. madde), fiziksel aktivite (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46. madde), sağlık sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51. madde) ve stres yönetimi (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47. madde). Derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1 puan), bazen (2 puan), sık sık (3 puan), düzenli olarak (4 puan) olarak Kabul edilmektedir. Ölçeği tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir ve tüm maddeleri olumludur (Çetiner, 2014).

SYBDÖ-II ölçeğinin güvenilirlik katsayısı 0,92 olup bizim çalışmamızda ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayısı 0,881 bulunmuş olup Tablo 4'te verilmiştir. Alt ölçeklerin hepsi oldukça güvenilir, toplam ölçek güvenilirliği yüksek derecede güvenilir bulundu (Özdamar, 2002).

Tablo 4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Güvenirlik Değerleri

Alt boyutları	Min-max puanlar	Madde sayısı	Cronbach Alfa
Manevi gelişim	16-36	9	0.600
Kişilerarası ilişkiler	15-76	9	0.719
Beslenme	13-34	9	0.620
Fiziksel aktivite	8-28	8	0.682
Sağlık sorumluluğu	11-48	9	0.695
Stres yönetimi	10-32	8	0.622
SYBDÖ	89-193	52	0.881

4. BULGULAR

Meme kanserli hastaların yaşam kalitesinin alt boyutları incelendiğinde; en yüksek alt ölçek puanının mental sağlık 21,06±4,21, en düşük alt ölçek puanının emosyonel rol 4,28±1,15 olduğu görüldü. Diğer alt ölçek puan ortalamaları fiziksel fonksiyon 20,52±4,50, fiziksel rol kısıtlılığı 5,23±1,36, ağrı 7,88±2,11, genel sağlık 15,98±3,56, enerji 14,07±3,77, sosyal fonksiyon 6,59±2,06 olarak bulundu.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam ölçek puan ortalamaları 154,20±24,22 bulunmuş olup, en yüksek alt puan ölçeği manevi gelişim 26,67±4,40, en düşük alt ölçek puanı fiziksel aktivite 16,34±5,57 bulundu. Alt ölçek puan ortalamaları tablo 5' te verildi.

Tablo 5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Alt boyutları	min-max puanlar	Madde sayısı	\bar{x}	ss
Manevi gelişim	16-36	9	26,67	4,40
Kişilerarası ilişkiler	15-76	9	26,32	4,15
Beslenme	13-34	9	24,15	4,03
Fiziksel aktivite	8-28	8	16,34	5,59
Sağlık sorumluluğu	11-48	9	23,11	4,33
Stres yönetimi	10-32	8	20,64	3,65
SYBDÖ	89-193	52	154,20	24,22

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Meme kanseri tanısı alan hastaların sosyo-demografik özelliklerini incelediğimizde yaş ortalaması 46,6±10,17 olan hastaların %79'unun evli, %46'sının ilkokul mezunu, % 59'unun ev hanımı, %49'unun geliri giderine denk, %66'sının çekirdek aile yapısına sahip, %50'sinin hastalığına destek veren kişinin eşi, %44'ünün ilçede yaşadığı, %95'inin sağlık güvencesine sahip olduğu görüldü.

Hastaların tedavi yöntemi olarak %60'ını sadece kemoterapi tedavisi aldığı ve kemoterapinin yan etkilerinden de %43'ünün saç dökülmesinden şikayet ettiği görüldü. Hastaların %33.3'üne cerrahi işlem yapıldığı ve bu yapılan ameliyat sonrasında şikayetlerinin %36'sını psikolojik sıkıntılar oluşturduğu görüldü.

Ayrıca hastaların %91'inin sigara, %98'inin alkol kullanmadığı görüldü. Kanser hastalığına ek olarak %56'sının ek bir kronik hastalığa sahip olmadığı görüldü (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların Sosyo-Demografik Dağılımı (n=150)

Hastaların Kişisel Özellikleri		n	%
Yaş grubu	18yaş-30yaş	6	4
	31yaş-40 yaş	23	15,3
	41 yaş-60 yaş	101	67,3
	61 yaş ve üzeri	20	13,3
Medeni durumu	Evli	119	79,3
	Bekar	31	20,7
Eğitim durumu	Okur yazar	10	6,7
	İlkokul	69	46
	Ortaokul	14	9,3
	Lise	31	20,7
	Yüksekokul	26	17,3
Meslek	Çalışan	30	20
	Emekli	26	17,3
	İşsiz	5	3,3
	Ev hanımı	89	59,3
Gelir durumu	Gelir giderden az	59	39,3
	Gelir gidere denk	74	49,3
	Gelir giderden fazla	17	11,3
Aile tipi	Çekirdek aile	99	66
	Geniş aile	32	21,3
	Parçalanmış aile	8	5,3
	Yalnız yaşıyor	11	7,3
Destek veren	Eş	75	50
	Çocuklar	38	25,3
	Akrabalar	14	9,3
	Destek veren yok	23	15,3

Sağlık güvencesi	Yok	2	1,3
	Sgk	143	95,3
	Yeşil kart	5	3,3
Yaşanılan yer	Köy	35	23,3
	İlçe	66	44
	Şehir	49	32,7
Tedavi durumu	Kemoterapi	90	60
	Kemoterapi+radyoterapi	10	6,7
	Ameliyat+kemoterapi+radyoterapi	20	13,3
	Ameliyat+kemoterapi	30	20
Kemoterapiye bağlı şikayet	Cilt reaksiyonları	6	4
	Bulantı, kusma	32	21,3
	Saç dökülmesi	65	43,3
	Halsizlik, yorgunluk	43	28,7
	Kilo kaybı	4	2,7
Ameliyat sonrası şikayet	Psikolojik sıkıntı	18	12
	Beden imajında bozulma	12	8
	Cinsel fonksiyonlarda bozulma	5	3,3
	Ağrı	15	10,7
Sigara kullanımı	Evet	12	8
	Hayır	138	92
Alkol kullanımı	Evet	2	1,3
	Hayır	148	98,7
Ek kronik hastalık	Yok	84	56
	Tansiyon hastalığı	44	29,3
	Şeker hastalığı	12	8
	Obezite	1	0,7
	Diğer	9	6
Hastalıkla ilgili bilgi veren	Doktor	140	93,3
	Hemşire	1	0,7
	Yakını	5	3,3
	İnterner	4	2,7
Bilgi alırken yanınızda olan	Evet	132	22
	Hayır	18	12

4.2. Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Tablo 7. Meme kanserli hastaların yaş dağılımlarına göre yaşam kalitesinin alt ölçek puanları

Alt ölçek	Yaş grubu	Medyan (min-maks)	P değeri
Fiziksel fonksiyon	18-30	70 (40-90)	0,046
	31-40	60 (30-100)	
	41-60	33,33 (0-100)	
	60 üzeri	50 (0-95)	
Rol kısıtlılığı	18-30	0 (0-25)	0,259
	31-40	25 (0-100)	
	41-60	25 (0-100)	
	60 üzeri	12,5 (0-100)	
Ağrı	18-30	50 (30-70)	0,306
	31-40	50 (10-80)	
	41-60	60 (0-90)	
	60 üzeri	50 (0-100)	
Enerji	18-30	37,5 (20-90)	0,038
	31-40	45 (5-80)	
	41-60	55 (15-90)	
	60 üzeri	42,5 (15-85)	
Genel sağlık	18-30	60 (45-85)	0,225
	31-40	50 (25-85)	
	41-60	55 (20-100)	
	60 üzeri	45 (15-80)	
Sosyal fonksiyon	18-30	50 (12,5-87,5)	0,140
	31-40	50 (12,5-100)	
	41-60	62,5 (0-100)	
	60 üzeri	50 (12,5-100)	
Emosyonel rol	18-30	0 (0-100)	0,564
	31-40	33,33 (0-100)	
	41-60	33,33 (0-100)	
	60 üzeri	33,33 (0-100)	
Mental sağlık	18-30	54 (40-100)	0,106
	31-40	52 (28-88)	
	41-60	64 (28-100)	
	60 üzeri	52 (12-92)	

Hastaların fiziksel fonksiyon alt boyut ortalamaları ve enerji alt boyut puan ortalamaları yaş değişkeni açısından aralarında anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p<0,05$).

Hastaların fiziksel fonksiyonellik alt boyutta 18-30 yaş arasında olan hastaların diğer yaş grubundaki hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. Bunun sebebinin yaşlanma fiziksel yetersizlikleri beraberinde getirdiğinden yaş arttıkça yaşam kalitesi düşmekte ve en düşük yaş grubu 18-30 yaş olduğundan genç hastalarda yaşam kalitesinin yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Enerji alt boyutta 41-60 yaş arasında olan hastaların diğer yaş grubundaki hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. En düşük puan ortalamasının da 18-30 yaş arasında olan hastalarda olduğü görüldü. Bu yaş grubundaki hastalar sınavlara hazırlanmakta, 30 yaşa yakın olanlarda çalışma yıllarının yeni dönemleri olduğü için enerjilerini işe ve küçük çocuklarına verdikleri için kendilerini yorgun hissetmekte olabilecekleri düşünöldü.

41-60 yaş arasındaki hastalar çalışmamızın büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Bu hastalar çocuklarını büyötmüş, hayata bakış açıları değişmiştir, çok fazla kronik hastalıklara sahip olmadıklarında tüm enerjilerinin kendilerine kullanmakta olduğü düşünölmektedir.

Tablo 8. Meme kanserli hastaların mesleki durumlarına göre yaşam kalitesinin alt ölçek puanları

Alt ölçek	Meslek	Medyan (min-maks)	P değeri
Fiziksel fonksiyon	Çalışan	62,5 (20-100)	0,036
	Emekli	40 (0-90)	
	İşsiz	65 (30-70)	
	Ev hanımı	50 (5-170)	
Rol kısıtlılığı	Çalışan	12,5 (0-100)	0,157
	Emekli	0 (0-100)	
	İşsiz	25 (0-100)	
	Ev hanımı	25 (0-100)	
Ağrı	Çalışan	60 (10-90)	0,914
	Emekli	60 (20-100)	
	İşsiz	50 (30-90)	
	Ev hanımı	60 (0-90)	
Enerji	Çalışan	42,5 (20-90)	0,595
	Emekli	50 (15-85)	
	İşsiz	50 (45-90)	
	Ev hanımı	50 (5-90)	
Genel sağlık	Çalışan	60 (30-100)	0,042
	Emekli	60 (25-95)	
	İşsiz	40 (20-85)	
	Ev hanımı	50 (15-95)	
Sosyal fonksiyon	Çalışan	50 (0-100)	0,900
	Emekli	62,5 (0-100)	
	İşsiz	50 (50-62,5)	
	Ev hanımı	62,5 (0-100)	
Emosyonel rol	Çalışan	33,33 (0-100)	0,615
	Emekli	33,33 (0-100)	
	İşsiz	33,33 (0-100)	
	Ev hanımı	33,33 (0-100)	
Mental sağlık	Çalışan	60 (28-96)	0,469
	Emekli	66 (32-96)	
	İşsiz	76 (44-100)	
	Ev hanımı	60 (12-100)	

Hastaların fiziksel fonksiyon ve genel sağlık anlayışının alt boyut puan ortalamalarının çalışma durumuna göre anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p<0,05$).

Hastaların fiziksel fonksiyon boyutlarında işsiz olan hastaların puanları, diğer çalışma grubundaki hastaların puanlarında göre anlamlı derecede yüksek bulundu.

Genel sağlık alt boyutlarında çalışan ve çalışıp emekli olan hastaların puanları, işsiz ve ev hanımı olan hastaların puanlarına göre yüksek olduğu, işsiz olanların genel sağlık alt boyut puanı düşük olduğu bulundu. Bunun sebebinin çalışan ve emekli olan hastaların ekonomik özgürlüklerinin olması, kendi ayakları üzerlerinde durabildiğinden en ufak bir sıkıntılarında tıbbi hizmetlere daha çabuk ulaşabilmekte olduğu düşünülmektedir.

Tablo 9. Meme kanserli hastaların eğitim düzeylerine göre yaşam kalitesinin alt ölçek puanları

Alt ölçek	Eğitim düzeyi	Medyan (min-maks)	P değeri
Fiziksel fonksiyon	Okur-yazar	40 (5-70)	0,202
	İlkokul	50 (0-95)	
	Ortaokul	55 (30-170)	
	Lise	50 (0-90)	
	Yüksekokul	55 (20-100)	
Rol kısıtlılığı	Okur-yazar	37,5 (0-100)	0,718
	İlkokul	25 (0-100)	
	Ortaokul	12,5 (0-100)	
	Lise	25 (0-100)	
	Yüksekokul	12,5 (0-100)	
Ağrı	Okur-yazar	50 (10-80)	0,389
	İlkokul	60 (0-100)	
	Ortaokul	50 (0-80)	
	Lise	60 (10-90)	
	Yüksekokul	60 (30-90)	
Enerji	Okur-yazar	47,5 (15-85)	0,768
	İlkokul	50 (15-90)	
	Ortaokul	52,5 (20-65)	
	Lise	50 (5-90)	

	Yüksekokul	45 (15-90)	
Genel sağlık	Okur-yazar	52,5 (25-70)	0,020
	İlkokul	50 (15-95)	
	Ortaokul	50 (35-75)	
	Lise	60 (20-95)	
	Yüksekokul	65 (30-100)	
Sosyal fonksiyon	Okur-yazar	56,25 (12,5-87,5)	0,433
	İlkokul	62,5 (0-100)	
	Ortaokul	50 (0-100)	
	Lise	62,5 (0-100)	
	Yüksekokul	50 (0-100)	
Emosyonel rol	Okur-yazar	66,66 (0-100)	0,209
	İlkokul	33,33 (0-100)	
	Ortaokul	33,33 (0-100)	
	Lise	66,66 (0-100)	
	Yüksekokul	33,33 (0-100)	
Mental sağlık	Okur-yazar	64 (12-92)	0,042
	İlkokul	56 (28-100)	
	Ortaokul	60 (28-88)	
	Lise	72 (32-100)	
	Yüksekokul	60 (40-96)	

Hastaların genel sağlık ve mental sağlık alt boyut puan ortalamalarının eğitim düzeyi durumuna göre anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p<0,05$). Eğitim durumu değişkenine göre diğer alt ölçeklerde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların genel sağlık boyutlarında yüksek okul mezunu hastaların puanları, diğer çalışma grubundaki hastaların puanlarında göre yüksek bulundu. Eğitimli bireyler sağlıklı yaşam ile ilgili daha çok bilgiye sahip olmakta, bilinçli baş etme mekanizmalarını daha iyi kullanabilmekte ve tedaviye bağlı gelişebilecek yan etkilerle daha iyi baş edebilmektedirler.

Mental sağlık alt boyutlarında lise mezunu hastaların puanları, ilkokul mezunu hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek bulundu.

Tablo 10. Meme kanserli hastaların medeni duruma göre yaşam kalitesinin alt ölçek puanları

Alt ölçek	Medeni durum	Medyan (min-maks)	P değeri
Fiziksel fonksiyon	Evli	50 (0-100)	0,933
	Bekar	50 (5-170)	
Rol kısıtlılığı	Evli	25 (0-100)	0,098
	Bekar	0 (0-100)	
Ağrı	Evli	60 (0-100)	0,407
	Bekar	60 (0-90)	
Enerji	Evli	50 (5-95)	0,783
	Bekar	45 (15-90)	
Genel sağlık	Evli	55 (15-100)	0,902
	Bekar	50 (20-85)	
Sosyal fonksiyon	Evli	62,5 (0-100)	0,232
	Bekar	50 (0-100)	
Emosyonel rol	Evli	33,33 (0-100)	0,129
	Bekar	33,33 (0-100)	
Mental sağlık	Evli	60 (28-100)	0,831
	Bekar	60 (12-100)	

Meme kanserli hastaların medeni durum ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte ($p>0,05$) emosyonel rol ve mental sağlık alt puanları bekar hastalarla eşit olmakla birlikte diğer tüm alt gruplarda evli olan hastaların puanları yüksek bulundu.

Evli hastaların evde eşlerinin, çocuklarının destek olmasının nedeniyle yaşam kalitesinin yüksek olacağı gibi, bekar olan hastaların yalnızlık, sosyal desteğinin olmaması gibi nedenlerle hastaların yaşam kalitesinin düşük olması beklenebilecek bir sonuç olarak düşünülebilir.

Tablo 11. Meme kanserli hastaların aylık gelir duruma göre yaşam kalitesinin alt ölçek puanları

Alt ölçek	Aylık gelir	Medyan (min-maks)	P değeri
Fiziksel fonksiyon	Gelir giderden az	50 (10-95)	0,436
	Gelir gidere denk	52,5 (0-100)	
	Gelir giderden fazla	55 (25-170)	
Rol kısıtlılığı	Gelir giderden az	25 (0-100)	0,572
	Gelir gidere denk	25 (0-100)	
	Gelir giderden fazla	25 (0-100)	
Ağrı	Gelir giderden az	60 (0-90)	0,290
	Gelir gidere denk	60 (10-100)	
	Gelir giderden fazla	60 (0-80)	
Enerji	Gelir giderden az	50 (5-90)	0,607
	Gelir gidere denk	50 (15-90)	
	Gelir giderden fazla	45 (20-75)	
Genel sağlık	Gelir giderden az	45 (15-95)	0,048
	Gelir gidere denk	57,5 (25-100)	
	Gelir giderden fazla	60 (40-85)	
Sosyal fonksiyon	Gelir giderden az	62,5 (0-100)	0,645
	Gelir gidere denk	56,25 (0-100)	
	Gelir giderden fazla	50 (37,5-100)	
Emosyonel rol	Gelir giderden az	33,33 (0-100)	0,527
	Gelir gidere denk	33,33 (0-100)	
	Gelir giderden fazla	33,33 (0-100)	
Mental sağlık	Gelir giderden az	60 (28-100)	0,299
	Gelir gidere denk	60 (12-100)	
	Gelir giderden fazla	60 (32-84)	

Hastaların gelir durumuna göre yaşam kalitesi alt puanların puan ortalamaları incelendiğinde; genel sağlık alt ölçeğinde anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$).

Hastaların, genel sağlık alt boyutlarında geliri giderden fazla olan hastaların puanları, geliri giderden az olan hastaların puanlarına göre anlamlı derecede farklı bulundu. Gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı görülmektedir. Bunun sebebinin gelir durumu iyi olan hastaların daha iyi yaşam standartlarına sahip

olmalarının, tedavilerini aksatmadan yaptırabildikleri, daha iyi bakım alabilmeleri yaşam kalitelerini olumlu yönde etkileyeceği düşünölmektedir.

Mental sağlık, emosyonel rol ve rol kısıtlılığı alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte aynı değerlerde olduğu göröldü ($p>0,05$).

Tablo 12. Meme kanserli hastaların aile tipine göre yaşam kalitesinin alt ölçek puanları

Alt ölçek	Aile tipi	Medyan (min-maks)	P değeri
Fiziksel fonksiyon	Çekirdek	50 (0-170)	0,595
	Geniş	57,5 (10-85)	
	Parçalanmış	42,5 (25-90)	
	Yalnız yaşıyor	50 (20-95)	
Rol kısıtlılığı	Çekirdek	25 (0-100)	0,440
	Geniş	25 (0-100)	
	Parçalanmış	37,5 (0-100)	
	Yalnız yaşıyor	0 (0-100)	
Ağrı	Çekirdek	60 (0-100)	0,531
	Geniş	70 (10-90)	
	Parçalanmış	65 (0-80)	
	Yalnız yaşıyor	60 (40-90)	
Enerji	Çekirdek	50 (5-90)	0,598
	Geniş	50 (20-90)	
	Parçalanmış	52,5 (25-85)	
	Yalnız yaşıyor	50 (20-85)	
Genel sağlık	Çekirdek	50 (15-100)	0,899
	Geniş	57,5 (20-95)	
	Parçalanmış	65 (30-75)	
	Yalnız yaşıyor	55 (35-80)	
Sosyal fonksiyon	Çekirdek	50 (0-100)	0,003
	Geniş	62,5 (25-100)	
	Parçalanmış	43,75 (0-75)	
	Yalnız yaşıyor	37,5 (12,5-75)	
Emosyonel rol	Çekirdek	33,33 (0-100)	0,258
	Geniş	33,33 (0-100)	
	Parçalanmış	66,66(0-100)	
	Yalnız yaşıyor	0 (0-100)	
Mental sağlık	Çekirdek	60 (12-100)	0,733
	Geniş	62 (28-100)	
	Parçalanmış	74 (40-88)	
	Yalnız yaşıyor	66 (32-92)	

Hastaların sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamaları aile tipine göre anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p<0,05$).

Yapmış olduğumuz çalışmada sosyal fonksiyon boyutlarında geniş aile yapısına sahip hastaların puanları, yalnız yaşayan ve parçalanmış aile yapısına sahip hastaların puanlarında göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Bunun sebebinin geniş aileye sahip olan bireylerin psikolojik yönden daha fazla desteklenmesi ve aile içinde iş yüklerinin paylaşılması nedeniyle yaşam kalitesinin daha yüksek olacağı düşünülmektedir.

Hastaların yaşam kalitesi ölçeğın tüm alt boyutların puan ortalamalarının sigara ve alkol kullanımı değişkeni açısından incelendiğinde aralarında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Yaptığımız çalışmada sosyal güvence durumunun yaşam kalitesi puanları üzerine etkisiz olduğu saptandı ($p>0,05$). Hastaların yaşadıkları yerin yaşam kalitesi üzerine etkisinin olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Yaptığımız çalışmada hastaların gördükleri tedavi şekillerinin yaşam kalitesi puanları üzerine etkisiz olduğu bulundu ($p>0,05$).

4.3. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı

Tablo 13. Meme kanserli hastaların medeni durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt ölçek puanları

Alt ölçek	Medeni durum	$\bar{X} \pm ss$	P değeri
Sağlık sorumluluğu	Evli	23,57±4,17	0,009
	Bekar	21,32±4,51	
Fiziksel aktivite	Evli	16,24±5,18	0,660
	Bekar	16,74±7,05	
Beslenme	Evli	24,33±4,07	0,279
	Bekar	23,45±3,89	
Manevi gelişim	Evli	26,96±4,31	0,111
	Bekar	25,54±4,61	
Kişilerarası ilişkiler	Evli	26,68±4,11	0,032
	Bekar	24,90±4,03	
Stres yönetimi	Evli	20,67±3,69	0,833
	Bekar	20,51±3,54	
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları	Evli	156,25±24,25	0,042
	Bekar	146,35±22,79	

Medeni durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları evli olan hastaların bekar olan hastalara oranla yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). Bekar olan bireyler kendi sağlık sorunları ile ilgili mesuliyet kendilerinde olduklarından tanı tedavi sürecinde kendi başlarına habereket etmek durumunda olup, başka bir kişinin bu sürece müdahalede bulunmasını istemeyebilmektedirler. Ancak evlilik durumunda eşinin ve çocukların sağlık durumunun takibi gerekirse verilebilecek bir karara etki etmek durumunda kalabilmektedirler. Bu durum evli kişilerin bekar bireyelere oranla sağlık konusunda kendilerinin dışında bir kişinin de sorumluluğunu taşımasını zorunlu hale getirmektedir. Aynı zamanda evli bireyler eş ve çocukların çevresi ile de iletişim halinde olup kişilerarası ilişkiler düzeyi yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Tablo 14. Meme kanserli hastaların eğitim durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt ölçek puanları

Alt ölçek	Eğitim durumu	$\bar{X} \pm ss$	P değeri
Sağlık sorumluluğu	Okur-yazar	23,00±4,94	0,212
	İlkokul	23,05±4,26	
	Ortaokul	22,07±3,91	
	Lise	22,32±4,19	
	Yüksekokul	24,80±4,49	
Fiziksel aktivite	Okur-yazar	13,20±5,75	0,114
	İlkokul	16,47±6,06	
	Ortaokul	16,07±4,12	
	Lise	15,48±4,94	
	Yüksekokul	18,38±5,24	
Beslenme	Okur-yazar	22,60±3,16	0,000
	İlkokul	23,81±4,07	
	Ortaokul	22,85±4,70	
	Lise	23,38±3,49	
	Yüksekokul	27,26±5,24	
Manevi gelişim	Okur-yazar	26,60±4,08	0,115
	İlkokul	26,13±4,71	
	Ortaokul	25,57±4,44	
	Lise	26,70±4,31	
	Yüksekokul	28,69±3,28	
Kişilerarası ilişkiler	Okur-yazar	27,10±3,51	0,018
	İlkokul	25,59±4,20	
	Ortaokul	24,28±3,79	
	Lise	27,12±4,38	
	Yüksekokul	28,07±3,28	
Stres yönetimi	Okur-yazar	19,60±3,74	0,089
	İlkokul	20,07±3,27	
	Ortaokul	20,14±3,08	
	Lise	22,09±4,29	
	Yüksekokul	21,07±3,76	
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları	Okur-yazar	151,70±28,15	0,031
	İlkokul	151,28±23,96	
	Ortaokul	149,28±24,56	
	Lise	152,09±24,99	
	Yüksekokul	168,07±18,47	

Eğitim düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi incelendiğinde; beslenme alışkanlığı puanının diğer tüm gruplara göre yüksek okul mezunlarının, kişiler arası ilişkiler puanının ortaokul mezunlarına göre yüksekokul mezunlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının ilkokul mezunlarına göre yüksekokul mezunlarının yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Yüksekokul mezunu bireylerin beslenme ile ilgili daha fazla makale okuyup yenilikleri takip etmeleri, eğitim durumu arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının artması da beklenen bir sonuçtur.

Tablo 15. Meme kanserli hastaların çalışma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt ölçek puanları

Alt �lek	çalışma durumu	$\bar{X} \pm ss$	P değeri
Sağlık sorumluluğu	alışan	24,50±4,49	0,107
	Emekli	22,57±4,28	
	İşsiz	25,60±4,39	
	Ev hanımı	22,60±4,21	
Fiziksel aktivite	alışan	18,00±4,76	0,323
	Emekli	16,07±4,63	
	İşsiz	17,00±5,14	
	Ev hanımı	15,83±6,08	
Beslenme	alışan	26,20±4,16	0,004
	Emekli	24,92±3,73	
	İşsiz	23,80±4,20	
	Ev hanımı	23,25±3,83	
Manevi gelişim	alışan	28,10±3,87	0,255
	Emekli	26,50±4,19	
	İşsiz	26,80±5,67	
	Ev hanımı	26,23±4,53	
Kişilerarası ilişkiler	alışan	27,06±4,06	0,596
	Emekli	26,57±3,53	
	İşsiz	25,00±4,79	
	Ev hanımı	26,06±4,32	
	alışan	21,26±3,94	
	Emekli	21,15±3,05	

Stres yönetimi	İşsiz	20,24±3,42	0,472
	Ev hanımı	20,64±3,73	
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları	Çalışan	165,76±4,49	0,013
	Emekli	154,38±21,64	
	İşsiz	163,40±31,91	
	Ev hanımı	149,74±24,43	

Hastaların çalışma durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisini değerlendirdiğimizde beslenme alışkanlığı puanının ev hanımlarına oranla çalışan hastaların ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının ev hanımlarına oranla çalışan kadınlarda daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Trakya bölgesinde ev hanımlarının gün tanımı adı altında hamur işi tarzında karbonhidrat ve şekerden ağırlıklı beslenmeleri fazla miktardadır. Çalışan bayanların ise daha düzenli yemek saatlerinin olması, erken saatte kahvaltılarını edip iş yerlerinde öğlen yemeklerini yemiş olmaları daha düzenli bir beslenme alışkanlıkları kazanılmasını, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek olabilmesini sağlamaktadır.

Tablo 16. Meme kanserli hastaların destek veren kişilere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt ölçek puanları

Alt ölçek	Çalışma durumu	$\bar{X} \pm ss$	P değeri
Sağlık sorumluluğu	Eş	23,54±4,19	0,207
	Çocuklar	22,50±4,60	
	Akrabalar	24,42±3,34	
	Destek veren yok	21,91±4,67	
Fiziksel aktivite	Eş	16,50±5,36	0,840
	Çocuklar	15,63±6,74	
	Akrabalar	16,78±5,11	
	Destek veren yok	16,56±4,73	
Beslenme	Eş	24,28±3,98	0,486
	Çocuklar	23,36±4,51	
	Akrabalar	25,14±3,08	
	Destek veren yok	24,43±3,92	
	Eş	27,04±4,29	
	Çocuklar	25,50±3,87	

Manevi gelişim	Akrabalar	28,21±3,01	0,173
	Destek veren yok	26,73±5,84	
Kişilerarası ilişkiler	Eş	27,21±4,20	0,017
	Çocuklar	24,73±3,81	
	Akrabalar	27,00±3,28	
	Destek veren yok	25,60±4,31	
Stres yönetimi	Eş	20,93±4,13	0,321
	Çocuklar	19,68±2,64	
	Akrabalar	21,14±3,61	
	Destek veren yok	20,95±3,40	
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları	Eş	157,90±24,66	0,093
	Çocuklar	147,05±23,82	
	Akrabalar	159,92±19,69	
	Destek veren yok	150,47±23,92	

Meme kanserli hastalarda kişiler arası ilişkiler alt ölçeği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Kişiler arası ilişkiler alt ölçeğinde eşi destek olanların çocuklarından destek olanlara göre daha yüksek bulundu. Bunu sebebinin; kanser zaten korkutucu bir hastalıktır hangi türü olursa olsun bu hastalığa yakalandığını çocuklarını üzmemek için söylemekten çekinir. Ancak bu kişilere bir destekte gerekir bunu sağlayacak kişide daha önce bir çok sorununu, dedini paylaştığı eşinden başlakası değildir. Eşlerinde hastaların kendilerini soyutlamamaları için daha çok sosyal desteği sağlamaya çalıştıkları düşünüldü.

Meme kanserli hastalar da yaşın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; yaş değişkeninin hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları etkilemediği belirlendi ($p>0,05$).

Hastaların aile tipinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; aile tipinin hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları etkilemediği belirlendi ($p>0,05$).

Hastaların gelir durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; gelir durumunun önemli bir değişken olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Meme kanserli hastalarda uygulanan tedavi yöntemlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; tedavi şeklinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$).

Meme kanserli hastalara uygulanan kemoterapinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; kemoterapinin yan etkilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$).

Meme kanserli hastaların yaşadığı yerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; yaşanan yerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$).

Sigara ve alkol kullanımının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi değerlendirildiğinde; sigara ve alkol kullanımının hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$).

Ek kronik bir hastalığın olmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; başka bir hastalığın olmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Kanser tanısı almış bireylerde hastalığa ve tedavi yöntemlerine bağlı olarak yaşanan semptomlar bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bir takım sıkıntılar yaratabilmektedir. Kemoterapi tüm sistemleri etkileyen bir tedavi yöntemi olduğu için bireyin günlük yaşamını sürdürmelerini zorlayabilmektedir. Bu bireylerde aynı zamanda anksiyete, korku, beden imajlarında bozulma, aile ve sosyal ilişkilerde bozulmalara neden olabilmektedir.

Hastaların yaşam kalitesi açısından fiziksel fonksiyon alt boyut ortalamaları ve enerji alt boyut puan ortalamaları yaş değişkeni açısından aralarında anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p<0,05$). Hastaların fiziksel fonksiyonellik alt boyutta 18-30 yaş arasında olan hastaların diğer yaş grubundaki hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. Enerji alt boyutta 41-60 yaş arasında olan hastaların diğer yaş grubundaki hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. En düşük puan ortalamasının 18-30 yaş arasında olan hastalarda olduğu görüldü. Acaray (2004)' ın kronik hemodiyaliz hastalarında, Tekbaş (2010) 'ın jinekolojik kanserli hastalarda, Koltarla (2008) 'nın sağlık personellerinde yapmış oldukları çalışmalarda yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü görüldü. Bizim çalışmamızın aksine Ardahan (2006)' ın, prostat kanserli hastalarda, Given ve ark. (1994)' ın kanser hastalarında, Rustoen ve ark. (1999)' ın yeni teşhis kınmuş kanser hastalarında, Kızılcı (1999)' ın kemoterapi alan hastalarda yapmış oldukları çalışmalarda yaşam kalitesinin yaş değişkeninden etkilenmediği görüldü.

Hastaların çalışma durumuna göre fiziksel fonksiyon ve genel sağlık anlayışının alt boyut puan ortalamalarının anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p<0,05$). Hastaların fiziksel fonksiyon boyutlarında işsiz olan hastaların puanları, diğer çalışma grubundaki hastaların puanlarında göre anlamlı derecede yüksek bulundu.

Genel sağlık alt boyutlarında işsiz olan hastaların puanları daha düşük bulundu. Reis, (2003)' ın jinekoloji kanserlerde, Kulu (2010)' ın mesane tümörlü

hastalarda yapmış oldukları çalışmalarda çalışma durumu değişkeninden etkilenmediği görüldü.

Hastaların genel sağlık ve mental sağlık alt boyut puan ortalamalarının eğitimi düzeyi durumuna göre anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p<0,05$). Hastaların genel sağlık boyutlarında yüksek okul mezunu hastaların puanları, diğer çalışma grubundaki hastaların puanlarında göre yüksek bulundu. Eğitim düzeyi arttıkça sağlık anlayışı olumlu yönde artmakta, sağlık anlayışı olumlu yönde artıp bilinçli baş etme mekanizmalarını daha iyi kullanabilmekte ve tedaviye bağlı gelişebilecek yan etkilerle daha iyi baş edebilmektedirler. Tüm bunların sonucunda yaşam kalitesinin artacağı düşünülmektedir.

Mental sağlık alt boyutlarında lise mezunu hastaların puanları, ilkokul mezunu hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Yapmış olduğumuz çalışmamızın sonuçlarına benzer olarak Özarlan (2013)'nin diabetik koroner hastalarında, Suet-ching (2001)'in diyaliz hastalarında, Tekbaş (2010)'ın jinekolojik kanserli hastalarda, Hacıoğlu (2014)'nin hipertansiyonlu hastalarda yapmış olduğu çalışmalarda eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı görüldü. Koltarla (2008)'nin sağlık personellerinde, Lutgendoft (2002)'un jinekolojik kanser hastalarında yapmış oldukları çalışmalarda eğitim durumunun yaşam kalitesinin alt ölçek puanlarını etkilemediği görüldü.

Meme kanserli hastaların medeni durum ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte ($p>0,05$) emosyonel rol ve mental sağlık alt puanları bekar hastalarla eşit olmakla birlikte diğer tüm alt gruplarda evli olan hastaların puanları yüksek bulundu. Bekar olan hastaların yalnızlık, sosyal desteğinin olmaması gibi nedenlerle hastaların yaşam kalitesinin düşük olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamıza paralel olarak Koltarla (2008)'nin sağlık personellerinde, Suet-ching. (2001)'in diyaliz hastalarında, Kızılcı (1999)'nin kemoterapi alan hastalarda yapmış oldukları çalışmalarda medeni durum ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı görüldü. Çalışmamızın aksine Ardahan (2006)'nin prostat kanserli hastalarda, Acaray (2009)'ın kronik hemodiyaliz hastalarında yaptıkları çalışmalarda bekar hastaların yaşam kalitesinin yüksek olduğu görüldü.

Hastaların gelir durumuna göre yaşam kalitesi alt puanların puan ortalamaları incelendiğinde; genel sağlık alt ölçeğinde anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Hastaların, genel sağlık alt boyutlarında geliri giderden fazla olan hastaların puanları, geliri giderden az olan hastaların puanlarına göre anlamlı derecede farklı bulundu. Gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı görülmektedir. Bunun sebebinin gelir durumu iyi olan hastaların daha iyi yaşam standartlarına sahip olmalarının, yaşamdan daha iyi doyum alındığı, tedavilerini aksatmadan yaptırabildikleri, daha iyi bakım alabilmeleri yaşam kalitelerini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Küçükberber (2010)' in kalp hastalarında yapmış olduğu çalışmada çalışmamıza benzer olarak gelir durumu iyi olanların genel sağlık algısı yüksek bulundu. Çalışmamızın aksine Kulu (2010)' nun mesane tümörlü hastalarda, Reis (2003)' in jinekoloji kanserlerde yaptığı çalışmalarda gelir durumunun yaşam kalitesini etkilemediği görüldü. Suet-ching (2001)' in diyaliz hastalarında, Tekbaş (2010)' ın jinekoloji kanserlerinde yapmış oldukları çalışmalarda gelir durumu arttıkça yaşam kalitesinin arttığı görüldü. Mental sağlık, emosyonel rol ve rol kısıtlılığı alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte aynı değerlerde olduğu görüldü ($p>0,05$).

Hastaların sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamaları aile tipine göre anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p<0,05$). Yapmış olduğumuz çalışmada sosyal fonksiyon boyutlarında geniş aile yapısına sahip hastaların puanları, yalnız yaşayan ve parçalanmış aile yapısına sahip hastaların puanlarında göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bunun sebebinin geniş aileye sahip olan bireylerin psikolojik yönden daha fazla desteklenmesi ve aile içinde iş yüklerinin paylaşılması nedeniyle yaşam kalitesinin daha yüksek olacağı düşünülmektedir. Ardahan (2006)' ın prostat kanserli hastalarda yapılan çalışmasında çekirdek aile yapısına sahip bireylerin yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuş. Çalışmamıza benzer olarak Acaray (2004)' ın kronik hemodiyaliz hastalarında yaptığı çalışmasında geniş aile yapısına sahip bireylerin yaşam kaliteleri yüksek bulunmuştur.

Hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutların puan ortalamalarının sigara ve alkol kullanımı değişkeni açısından incelendiğinde aralarında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Koltarla (2008)' nin sağlık personellerinde alkol kullanmanın yaşam kalitesine etkisinde anlamlı fark

bulunmamıştır. Çalışmamızın aksine Küçükberber (2011)' in kalp hastalarında yapmış olduğu çalışmada alkol kullanan hastaların sosyal fonksiyon alt ölçeği puanı yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak Kulu (2010)' nun mesane tümörlü hastalarda yaptığı çalışmada sigara kullanmanı yaşam kalitesine etkisinin olmadığı görülmüştür. Çalışmamızın aksine Küçükberber (2011)' in kalp hastalarında yapmış olduğu çalışmada sigara kullanmanın fiziksel fonksiyon ve mental rol alt puanları yüksek bulunmuştur.

Yaptığımız çalışmada sosyal güvence durumunun yaşam kalitesi puanları üzerine etkisiz olduğu saptandı ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Özarlan (2013)' nin diyabetik koroner arter hastalarında, Acaray (2009)' in kronik hemodiyaliz hastalarında, Savcı (2006)' nin kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada sosyal güvence durumunun yaşam kalitesine etkisiz olduğu bulunmuştur.

Hastaların yaşadıkları yerin yaşam kalitesi üzerine etkisinin olmadığı görüldü ($p>0,05$). Çalışmamızın aksine Küçükberber (2011)' in kalp hastalarında yapmış olduğu çalışmada sosyal fonksiyon mental sağlık ve enerji alt ölçekleri anlamlı bulunmuştur.

Yaptığımız çalışmada hastaların gördükleri tedavi şekillerinin yaşam kalitesi puanları üzerine etkisiz olduğu bulundu ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Ardahan (2006)' in prostat kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada tedavi şekillerinin yaşam kalitesi puanları üzerine etkisiz olduğu görülmüştür.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları değerlendirildiğinde en düşük alt puan ortalamasının, fiziksel aktivite olduğu görüldü. Çalışmamıza benzer olarak Thanavaro ve ark (2006)' nin koroner kalp hastalığı olan kadınlarda yapmış olduğu çalışmada en düşük alt ölçek puan ortalamasının fiziksel aktivite olduğunu belirtmiştir. Uğur (2009)' un kanser merkezine başvuran kadınlarda yapmış olduğu çalışmada, Küçükberber (2011)' in kalp hastalarında yapmış olduğu çalışmada da en düşük alt ölçek puanın fiziksel aktivite olduğu görülmüştür. Bunun toplum olarak fiziksel aktivite alışkanlığımızın az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. En yüksek alt ölçek puanın manevi gelişim olduğu görülmüştür. Çalışmamıza benzer olarak Altun (2002)' un Kocaeli halkında yapmış olduğu çalışmada en yüksek paunu

manevi gelişimden almıştır. Çalışmamızda SYBD ortalama puanı $154,20 \pm 24,22$ bulunmuş olup, Smith ve Bashore (2006) 'nin kanser hastalarında yaptıkları çalışmada SYBD ortalama puanının $133,05 \pm 21,52$, Ardahan (2006) 'ın prostat kanserli hastalarda yaptığı çalışmada $124,54 \pm 8,61$ olduğu görülmüştür.

Medeni durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları evli olan hastaların bekar olan hastalara oranla yüksek olduğu bulundu ($p < 0,05$). Çalışmamızın aksine Karalar (2010) 'ın kanser hastalarında, Ardahan (2006) 'ın prostat kanserli hastalarda, Uğur (2009) 'un kanser tarama merkezine başvuran kadınlarda yapmış oldukları çalışmalarda medeni durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği görülmüştür. Hacıoğlu (2014) 'nın hipertansiyonlu hastalarda yapmış olduğu çalışmada bekar olan hastaların, Özarlan (2013) 'ın diyabetik koroner arter hastalarında ve Küçükberber (2011) 'in kalp hastalarındaki çalışmalarında evli hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları yüksek bulunmuştur.

Eğitim düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi incelendiğinde; beslenme alışkanlığı puanının diğer tüm gruplara göre yüksek okul mezunlarının, kişiler arası ilişkiler puanının ortaokul mezunlarına göre yüksek okul mezunlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının ilkökul mezunlarına göre yüksek okul mezunlarının yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Özarlan (2013) 'ın diyabetik koroner arter hastalarında, Küçükberber (2011) 'in kalp hastalarında yapmış oldukları çalışmalarda da eğitim arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı görülmüştür. Altay ve ark. (2015) 'nin hemşirelerde yaptığı çalışmada üniversite ve üstü eğitime sahip bireylerde kendinin gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları, Hacıoğlu (2014) 'nın hipertansiyonlu hastalarda üniversite ve üstü eğitime sahip olan kişilerde beslenme dışındaki diğer tüm alt ölçek puanında ve sağlıklı yaşam biçimi toplam puanı yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda beslenmenin eğitim seviyesine bağlı olarak artmasında kişilerin genelde çalışıyor olması ve daha düzenli beslenme alışkanlığına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Hastaların çalışma durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisini değerlendirdiğimizde beslenme alışkanlığı puanının ev hanımlarına oranla çalışan hastaların ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının ev hanımlarına oranla çalışan kadınlarda daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Küçükberber (2011)' in kalp hastalarında yapmış olduğu çalışmada çalışan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları yüksek bulunmuştur. Çalışan bireylerin maddi ve manevi imkanlarının yüksek olması, sağlığı geliştirme davranışları için gerekli olanaklara ulaşmalarının daha kolay olması nedeniyle bu bireylerin beslenme puanlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Meme kanserli hastalara destek olma durumunun; kişiler arası ilişkiler alt ölçeği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Kişiler arası ilişkiler alt ölçeğinde eşi destek olanların çocuklarından destek olanlara göre daha yüksek bulundu. Genelde kanser olduğunu öğrenen hastalar çocuklarının üzülmemesi için hastalıklarını çocuklarından saklamaktadırlar. Bu nedenle daha çok eş ile paylaşımlarda bulunmaktadırlar. Hasta grubunun yarısında eşinden destek görmesi nedeniyle bu grubun yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur.

Meme kanserli hastalar da yaşın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; yaş değişkeninin hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Ardahan (2006)' in prostat kanserli hastalarda, Çetiner (2014)' in hastane çalışanlarında yapmış oldukları çalışmalarda yaşın sağlıklı yaşam biçimleri davranışlarını etkilemediği görülmüştür. Çalışmamızın aksine Özarslan (2013)' in diabetik koroner arter hastalarında yapmış olduğu çalışmada genç hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları yüksek bulunmuştur. Aktay ve ark., (2015)' nin yapmış olduğu çalışmada 41 yaş ve üzeri hemşirelerde kendini gerçekleştirme, beslenme, sağlık sorumluluğu ve kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanları, Uğur (2009)' un kanser tarama merkezine başvuran kadınlarda yapmış olduğu çalışmada yaşın artması ile kişiler arası ilişkilerin ve manevi gelişimin arttığı görülmüştür. Hacıoğlu (2014)' nun hipertansiyonlu hastalarda yapmış olduğu çalışmada yaş ilerledikçe beslenme, stres yönetimi ve toplam puan ortalamaları yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaların aile tipinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; aile tipinin hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Karalar (2010)' ın kanser hastalarında, Ardahan (2006)' ın prostat kanserli hastalarda, Bostan (2013)' ın hemşirelerde, Kılıç (2012)' ın ameliyathane hemşirelerinde, Kuşdemir (2015)' in üniversite öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmalarda aile tipinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği görülmüştür. Çalışmamızın aksine Altay ve ark. (2015)' nin çalışanlarda yapmış olduğu çalışmada çekirdek aile yapısına sahip bireylerin kendinin gerçekleştirme alt ölçek puanı yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaların gelir durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; gelir durumunun önemli bir değişken olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamızın aksine Bostan (2013)' ın hemşireler üzerinde yapmış olduğu çalışmada, Hacıoğlu (2014)' nun hipertansiyonlu hastalarda, Kuşdemir (2015)' in üniversite öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmalarda gelir durumu yüksek olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Karalar (2010)' ın kanser hastalarında yapmış olduğu çalışmada gelir durumu orta düzeyde olan bireylerin beslenme alt ölçek puanları yüksek bulunmuştur. Uğur (2009)' un kanser tarama merkezine başvuran kadınlarda yapmış olduğu çalışmada geliri gidere eşit olan kadınları, geliri giderenden az olan kadınlara göre kişilerarası ilişkiler ve beslenme alt ölçek puanları yüksek bulunmuştur.

Meme kanserli hastalarda uygulanan tedavi yöntemlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; tedavi şeklinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamızın aksine Ardahan (2006)' ın prostat kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada ameliyat sonrasında tedavi gören hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını puanının yüksek olduğu görülmüştür.

Meme kanserli hastalara uygulanan kemoterapinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; kemoterapinin yan etkilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$).

Meme kanserli hastaların yaşadığı yerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; yaşanan yerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Karalar (2010)' ın kanser hastalarında, Kılıç (2012)' ın ameliyathane hemşirelerinde yapmış olduğu çalışmada yaşanan yerin etkisinin olmadığını belirtmiştir. Çalışmamızın aksine Özarlan (2013)' ın diyabetik koroner arter hastalarında yapmış olduğu çalışmada yaşanan yerin beslenme, kendini gerçekleştirme, stress yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının toplam puanını ilde yaşayanlarda yüksek bulmuştur. Uğur (2009)' un kanser tarama merkezine başvuran kadınlarda yapmış olduğu çalışmada ilde yaşayanların, diğer yerlerde yaşayanlara göre fiziksel aktivite puanının yüksek olduğu görülmüştür.

Sigara ve alkol kullanımının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi değerlendirildiğinde; sigara ve alkol kullanımının hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Karalar (2010)' ın kanser hastalarında, Savaşan ve ark. (2013)' nin koroner arter hastalarında yapmış oldukları çalışmalarda alkol ve sigara kullanımının etkisiz olduğunu bulmuştur. Kuşdemir (2015)' in üniversite öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmada sigara içmeyenlerin manevi gelişim ve beslenme alt ölçek puanlarının yüksek olduğu, alkol kullanmayanların manevi gelişim ve stress yönetimi puanlarının yüksek olduğu görülmüştür.

Ek bir kronik hastalığın olmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde başka bir hastalığın olmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Karalar (2010)' ın kanser hastalarında, Altay (2015)' ın çalışanlarda yaptığı çalışmada, Hacıoğlu (2014)' nun hipertansiyonlu hastalarda ve Cihangiroğlu ve ark. (2011)' nin öğrencilerde yapılmış oldukları çalışmalarda ek bir hastalığa sahip olmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirtmişlerdir. Çalışmamızın aksine Kılıç (2012)' ın ameliyathane hemşirelerinde yapmış olduğu çalışmada ek bir kronik hastalığı olmayanların kendini gerçekleştirme ve fiziksel aktivite puanları yüksek bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanserin hastalarda yarattığı fiziksel, ruhsal ve sosyal değişiklikler kişilerin yaşam kalitelerinin tartışılmasına yol açmıştır. İnsanlar artık yaşamın uzunluğundan çok kalitesi ile ilgilenmektedir. Yaşam kalitesi 1980' li yıllarda hemşirelikte tanınmaya başlanmıştır. Günümüzde de yaşam kalitesi ölçümleri hemşirelik girişimlerinin sonuçlarının değerlendirilmesinde kabul görmektedir.

- Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunun 41-60 yaş arasında, evli, ilkokul mezunu, ev hanımı, çekirdek aile yapısına sahip, ilçede yaşayan ve gelir durumunun gidere denk olan bireylerdir.
- 18-30 yaş arasındaki hastaların diğer yaş gruplarına göre fiziksel fonksiyon, 31-40 yaş arasındaki hastaların diğer yaş gruplarına göre enerji alt boyutunun yaşam kalitesi ölçeğinde yüksek puan aldığı saptandı.
- İşsiz olanların fiziksel fonksiyon alt ölçek puanları yüksek bulunmuş olup, çalışan ve emekli olanların genel sağlık puanları yüksek bulundu.
- Hastaların eğitim durumunun yüksek okul mezunlarında genel sağlık alt boyutunda yüksek olup, lise mezunu olanlarda mental sağlık puanları yüksek saptandı.
- Medeni durum değişkenine göre, yaşam kalitesi açısından fark olmadığı bulundu.
- Gelir düzeyi yükseldikçe, yaşam kalitesinin genel sağlık alt puanının yükseldiği görüldü.
- Hastaların aile tipinin, geniş aileye sahip olan bireylerde sosyal fonksiyon alt puanının yüksek olduğu saptandı.

- Meme kanserli hastaların sigara ve alkol kullanma durumlarının yaşam kalitesi üzerine etkisiz olduğu görüldü.
- Hastalara uygulanan tedavi yönteminin yaşam kalitesi üzerine etkisiz olduğu görüldü.
- Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları iyi düzeyde olup, hastalar alt boyutlardan en yüksek puanı manevi gelişimden, en düşük puanı fiziksel aktiviteden almıştır.
- Hastaların yaş değişkeninin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında etkili olmadığı saptandı.
- Eğitim durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyut puanları incelendiğinde beslenme alışkanlığı puanının diğer tüm gruplara göre yüksek okul mezunlarının, kişiler arası ilişkiler puanının ortaokul mezunlarına göre yüksek okul mezunlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının ilkökul mezunlarına göre yüksek okul mezunlarının yüksek olduğu saptandı.
- Hastaların çalışma durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi değerlendirildiğinde beslenme alışkanlığı puanının ev hanımlarına oranla çalışan hastalarında daha yüksek olduğu bulundu.
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanının ev hanımlarına oranla çalışan kadınlarda daha yüksek olduğu bulundu.
- Hastalığına destek olma değişkenine göre, kişiler arası ilişkiler alt ölçeğinde eşi destek olanların, çocukları destek olanlara göre daha yüksek olduğu saptandı.
- Aile tipi değişkenine göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; aile tipinin hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi.

- Hastaların gelir durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; gelir durumunun önemli bir değişken olmadığı belirlendi.
- Ek kronik bir hastalığın olmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; başka bir hastalığın olmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerileri vermek mümkündür.

- Eğitim düzeyi düşük olana hastalara yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda eğitimler verilmelidir.
- Meme kanseri tedavisinde kemoterapi alan hastalara verilecek olan bakım planlanırken bireysel özellikleri (yaş, eğitim durumu) dikkate alınarak planlanmalıdır.
- Hastalarla birlikte aynı zamanda hasta yakınlarında bakım kapsamına dahil edilmelidir.
- Kemoterapi alan hastalara yaşam kalitesinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi vurgulanmalıdır.
- Sağlık personelleri tarafından hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve yaşam kalitelerinin düzenli olarak değerlendirilmesi vurgulanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Acaray, A. (2004). Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2004:8 (1).
- Akdağ, S. (2014). Kadınların Tarama ve Tanısal Amaçlı Mamografi Uygulaması İlgili Bilgi, Düşünce ve Davranışların Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Yüksek Lisans Programı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Akdemir, N., Birol, L. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara. System offset.3-20.
- Aksoy, T. (2010). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Hacettepe Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Akyolcu, N., Uğraş, G.A. (2011). Kendi Kendine Meme Muayenesi: Erken Tanıda Ne Kadar Önemli ? Meme Sağlığı Dergisi. 7(1):10-14
- Altay, B., Çavuşoğlu, F., Güneşan, İ. (2015). Tıp Fakültesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 8(1):12-18.
- Altıntaş, E. (2006). Panik Bozukluklarda Yaşam Kalitesi;3 Aylık İzlem Çalışması. Çukurova Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Ruh Sağlığı Hastalıkları Uzmanlık Tezi. Adana.
- Altun, İ., (2002). Kocaeli’de Yaşayan Halkın Sağlıkla İlgili Tutumlarına ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bir Çalışma. Sağlık ve Toplum, 12 (3):41-51.
- American Cancer Society, Breast Cancer Fact & Figurest 2010. Atlanta, American Cancer Society, 2010.
- American Cancer Society, <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/breast-cancer-risk-factors-you-cannot-change.html>-27.03.2017.
- Arat, Z. (2006). Hemodiyaliz Hasta ve Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu, Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Ardahan, M. (2006). Prostat Kanseri Hastalarında Yaşam Kalitesinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı İlişkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi22 (2):1-14.

- Arslan, S. (2000). Kanserli Hatalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim dalı. Yüksek lisans tezi. Erzurum.
- Asoğlu, O., Keçer, M. (2003). Meme Kanseri Tedavisinde Mastektomiler, Endikasyon ve Teknikleri. Meme Kanseri. İstanbul:Nobel Tıp Kitapevi.:275-288.
- Atkinson, T. (1981). Public Perceptions of The Quality of Life, Prceptive Canada III. Statistics Canada. Ottawa.
- Aydemir, Ö. (1999). Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü: Kısa Form-36. 3-P Dergisi, (7):14-22.
- Aydemir, Ö., ve ark. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türkiye Psikiyatri Dergisi, (8):208-7.
- Aydın, İ., Işıklı, Z. (2004). Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi İnançları. 3. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi Bilidirisi Özet Kitabı. Üniversite Yayınları. Edirne.
- Bayram, Z. (2012). Meme Kanseri Kemoterapi Alan Hastalarda Semptomların ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Biol, L. (2005). Hemşirelik Süreci. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şt.7. Baskı. Basmane/İzmir.
- Black, M.J. ve Hawks, J.H. (2009). Medikal-Sugical Nursing. USA:Saunders Elsevier Publishing.
- Bostan, N. (2013). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçi, E., Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. Turkish Journal Of Family Medicine and Primary Care. 1:13-21
- Can, G. (2012) Kronik Hastalıklarda Bakım. Durna, Z. (Ed.). Nobel Kitabevi. İstanbul:188.

- Canbulat, N. (2006). Sağlık Çalışanlarının Mem Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mamografiye İlişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Erzurum.
- Chie, W.C., ve ark. (2000). Age At Any Full-term Pregnancy And Breast Cancer Risk. Am J Epidemiol 151:715-722.
- Cihangiroğlu, Z., Deveci, E. S. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi 16(2):78-83.
- Çağlar, N. B. (2007). Meme Kanserinde Radyoterapi (Işın Tedavisi) Nasıl Yapılır ?. Tanıdan Tedaviye Meme Kanseri Gerçeği. 1. Baskı, Mersin:Can Matbaacılık:39-43.
- Çalıkapan, M. (2004). Meme Kanserinde Prognostik Faktörlerin Hastanemiz Olgu Serisindeki Sağkalıma Etkisi. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği Klinik Şef v: Operatör Dr Selahattin Vural. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Çetiner, S. H. (2014). Hastane Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Dağistan, G. (2014). Kansere Hastalarında Ağrının Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkileri. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Antalya.
- Erci, B. (2009). Halk Sağlığı Hemşireliği. Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşam. Behice E.(Ed). Göktuğ Yayıncılık. Fırat Matbaacılık. Ankara.192-201.
- Erden, D. (2015). Meme Kanseri Olan Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Stresle Başa Çıkma Tutumları. Bahçeşehir Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Ertem, G. (2008). Kansere Hastalarında Beslenme ve Hemşirelik Yaklaşımı. Dirim Tıp Gazetesi. 83:56-63.
- Ertem, G., Kaklım. A., Bulut, S., Sevil. Ü. (2009). Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2(2):3-12.

- Esen, F., Turgut, A. (2013). Sağlıklı Yaşam:Sağlıklı Yaşamının Önemi. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları. 1. Baskı. Eskişehir.
- Eser, E. (2012). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu. Manisa.
- Evrensel, T. (2000) Meme Kanserinde Etiyoloji Risk Faktörleri ve Koruma. Ed: Engin K. Meme Kanseri Bursa, Nobel Tıp Kitap Evleri. 2000:81-84
- Fujisava, M ve ark. (2000). Assesment of Healty-Related Quality Of Life in Renal Transplant and Hemodialysis Patients Using the SG-36 Health Survey. Urology. 2000. Auu 1;56(2):201-6.
- Gençay, T. (2007). Hasta ve Sağlık Çalışanlarının Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Meme Kanseri Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Saptanması. Taksim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Gençtürk, N. (2007). Meme Kanserinden Korunma, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(4):72-87.
- Given et al. (1994). The İmpact Of Age, Treament And Symptom On The Physical And Mental Health Of Cancer Patients. Cancer Supplement 70:2128-2138.
- Gökçe, S. (2010). Renal Replasman Tedavisi Alan Hastalarda Yaşam Kalitesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Göl, N. (2014). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Erzincan Üniversitesi , Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Erzincan.
- Güler, D. (2006). Mastalji, Yaşam Kalitesi, Depresyon. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. Uzmanlık tezi. İstanbul.
- Güllüoğlu, B.M. (2008). Meme Hastalıklarına Yaklaşım: Meme Kanseri İçin Risk Değerlendirilmesi ve Tarama Stratejileri. Türk Aile Hekimleri Dergisi. 12(1):9-17.
- Gümüş, A. B. (2006). Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler. Meme Sağlığı Dergisi. 2(3):108-114.
- Güner, İ.C. (2008). Meme Kanseri ve Eşlerin Desteği. Gaziantep Tıp Dergisi.1:46-49.

- Gürel, D. K. (2007). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.
- Hacıoğlu, N. (2014). Hipertansiyonlu Hastaların Risk Faktörleri, Algıladıkları Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Herth, K. (2000). Enhancing Hope in People with a First Recurrence of Cancer. *Journal Advanced Nursing*. 32:1431-1441.
- İtilli, Ö. (2009). Hastanemiz Meme Polikliniğine Başvuran Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Davranışları ve Mamografi, Meme Ultrasonografi Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. Uzmanlık tezi. İstanbul.
- Johnson, R.L. (2005). Gender Differences in Health-promoting Lifestyles of African Americans. *Public Health Nurse*. 22(2):130-137.
- Kalaycı, G. (2002). Genel Cerrahi. Cilt-1. Nobel Tıp Kitap Evleri. İstanbul.
- Karabaş, S. (2013). Kadın Öğretim Elamanlarının Meme Kansere Bakışı ve Kanser Konusunun İncelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı. Gaziantep.
- Karalar, Ü. G. (2010). Kanser Tanısı Alan Erişkin Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Değişkenlerinin Tanımlanması. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans. İstanbul.
- Kaya, H. (2007). Onkolojide Hasta ve Ailenin Eğitimi. Can, G. (Ed). *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıt Dayalı Semptom Yöntemi*. Mavi Gelişim Danışmanlık Tic. A.Ş. İstanbul:255-262.
- Karayurt, Ö. (2014). Onkoloji Hemşireliği. Can, G. (Ed.). Nobel Kitap Evi. İstanbul:619.
- Kaymakçı, Ş. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Karadovan, A.& Aslan, F. (Ed). Adana. Nobel Kitapevi. 977-991.

- Kelleci, M. (2005). Kanser Hastalarının Umudun Geliştirilmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 6:41-47.
- Kersu, Ö. (2010). Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Eğitim Verilen Kadınlarda Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Yapma Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir.*
- Kılıç, E. (2012). Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.*
- Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 3:(2).
- Koçak. S., Çelik. L, Özbaş. S., Dizbay. S., Tükün. A., Yalçın. B. (2010). Meme Kanseri Risk Faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon. *Meme Sağlığı Dergisi*. 7(4):216-220.
- Koltarla, S. (2008). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. *Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği. Uzmanlık Tezi. İstanbul.*
- Kulu, A. (2010). Mesane Tümörlü Hastalara Uygulanan Cerrahi Girişimler Sonrası Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Edirne.*
- Kuşdemir, D. C. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2015.*
- Küçükberber, D. (2010). Kalp Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.*
- Lemieux, J., Goodwin, P.J., Bordeleau, L.J., Lauzier, S., Theberge, V.(2011). 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.

- Lin, C. C., Lai, Y.L. ve Ward, S.E. (2003). Effect of Cancer Pain of Penformance Status, Mood State and Hope Among Taiwanese Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Managemenet.* 25:29-37.
- Lutgendorf S.K., Anderson, B., Ullrich P., Erica L. (2002). Quality Of Life and Mood İn Women With Gynecologic Cancer a One Year Prospective. *Cancer*:94(1):131-40.
- Okutur, K. (2014). *Onkoloji El Kitabı*. Mandel, M., (Ed.). Adana:Çukurova Nobel Kitabevi.
- Onat, H., Başaran, M. (2005). *Meme Kanseri Risk Faktörleri ve Koruma*, 1. Baskı, Nobel Kitapevleri 91-170.
- Osborne M.P. (1991). *Breast Development and Anatomy*. In. Haris JRB, Helleman S, Henderson IC, Kinve DW, eds. *Breast Disease*. 2nd Edition. Philedelphia: J.B. Lippincott:1-13.
- Öktem, A. (2012). *Afyon Kocatepe Üniversitesinde Sağlıkla İlgili Bölümler Dışında 3. ve 4. Sınıf Kız Öğrencilerin Meme Kanseri Ve Kendi Kendini Meme Muayenesi Hakkında Bilgi Düzeylerinin ve Uygulama Durumlarının Belirlenmesi*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar.
- Özarlan, B. Ö. (2013). *Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hatalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Özdamar, K. (2002). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi-1*. 4. Baskı. Kaan Kitabevi. Eskişehir: 673.
- Özkan, S. (1999). *Yaşam Kalitesinin Ölçümleri, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BFEF Psikiyatri, Psikoloji, Psikoformokoloji Dergisi*: 7(2):5-13.
- Özmete, S. (2007). *Cerrahi Tedavi Uygulanan Meme Kanseri Hastalarının Erken Dönem Sonuçları*. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Adana.
- Pender, N. J., Murdaugh, C.L. ve Parsons, M.A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*, Four Edition, New Jersey, 13-209.

- Reis, N. (2003). Jinekolojik Kanselerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.
- Rızalar, S., Altay, B. (2010). Meme Kanseri Olan Kadınların Erken Tanı Uygulamaları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 5(14):73-87.
- Rustoen, T., Moum, T., Wiklund, I., Hanestad, B.R. (1999). Quality Of Life İn Newly Diagnosed Cancer Patients. J Adv Nurs, 29(2), 490-498
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015, http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/saglik_istatistikleri_2015.pdf. Erişim Tarihi: 11.12.2016
- Saral, K. E. (2008). Meme Kanseri Hastalarının Kansere Uyumlarının Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Savaşan, A., Ayten, M., Ergene, O. (2013). Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umtsuzuk. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 4(1):1-6.
- Savcı A.B. (2006). Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Erzurum.
- Sert, F. ve ark. (2013). Meme Kanseri Tanılı Olgularda Uygulanan Tedavinin Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. J Breast Health 2013; 9: 57-63.
- Smeltzer S.C., Bare. B.G. (2005). Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 10 th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, USA. 1445-1484.
- Smith, A.B. ve Bahore, L. (2006). The Effect Of Clinic- Based Health Promotion Education On Perceived Health Status and Death Promotion Behaviors Of Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. Journal Of Pediatric Oncology Nursing. 23(6):326-334.
- Somunoğlu, S. (2009). Meme Kanseri: Belirtileri ve Erken Tanıda Kullanılan Tarama Yöntemleri, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi: 4(10):103-122.

- Spratt, J.S., Tabin, G.R., Gross Anatomy of the Breast. In: Donegan, W.L., Spratt, J.S., ed. Cancer of the Breast. 4 th. Edition. Philedephia. London: W. B. Saunders 22-42:1995.
- Stojanovic, M., Stojanovic, V. Assement of Health-Related Quality Of Life in Patients Treated With Hemodiaysis in Sebria. İnfluence of Comorbidity, Age And Income. Artif Organs. 2007. Jan 31(1):53-60.
- Suet-Ching WL (2001). The Guality Of Life Hong Kong Dialysis Patients, JAdv Nurse, 35(2):218-227.
- Şahin, N. (2001). Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi (Kırıkkale Devlet ve SSK Hastaneleri Örneği). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Taşmalı, Y. (2009). Meme Lezyonlarında Difüzyon-Stır Ağırlıklı Manyetik Rezonans Bulguları İle Patolojik Kolerasyon. T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Tatarzewicz W. (1976). Analysis of Happiness. PWN-Polish Scientific Publishers.
- Tekbaş, S. (2010). Jinekolojik Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Tedavi Bakımının Etkileri. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı. Doktora Tezi. Edirne.
- Thanavaro, J.L., Moore, S.M., Anthony, M., Narsavage, G., Delicath, T., (2006). Predictors of Health Promotion Behavior in Women Without Prior History of Coronary Heart Disease. Applied Nursing Research 19:149-155.
- Thompson, P. A., Lopez, A. M., Stopeck, A. (2005). Breast Cancer Prevention: Fundamentals of Cancer Prevention, Ed: Alberts D.S., Hess LM. Spssinger:255-276.
- Topuz, E., Aydın, A., Dinçer, M. (2003). Meme Kanseri. Nobel Kitapevleri. İstanbul.
- Uğur, G. H. (2009). Kanser Tarama Merkezine Başvuran Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Samsun.

- Ünal, O., Kars. B. (2003). Post Menapozal Hormon Tedavisi ve Kanseri Riski. TJOD-Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler.1.:54-57
- Ünal, D., Şenol, V., Öztürk, A., Erkorkmaz, Ü. (2007). Meslek Yüksekokullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 14(2):101-109
- Ürkmez, E. (2009). Eskişehirde 40-49 Yaş Arası Kadınlarda Gail Modeli İle Meme Kanseri Riski Taraması. Osman Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir.
- Vogel, V.G. (2000). Breast Cancer Prevention: A Review Of Current Evidence. CA Cancer L Clin 2000;50:156-170.
- Yalçınkaya, M., Özer, F., Karamanoğlu, A. (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Kor Hek 6(6):409-420.
- Yeşilbalkan, Ö.U. (2007). Anemi ve Yorgunluk. Can. G. (Ed). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. Mavi Gelişim Danışmanlık Tic. A.Ş. İstanbul:13-24
- Yıldırım, M. (2002). Klinik Jinekoloji, 3. Baskı, Çağdaş Medikal Kitapevi, 611-626.
- Yılmaz, D. (2012). Bir Yerleşim Bölgesindeki Kadınların Meme Kanseri Taramaları Konusunda Farkındalık ve Duyarlılıkların Sapanması. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Program Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Yüce, D. (2012). Kanseri Hastalarında Yaşam Kalitesi Belirleyicileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kanseri Epidemiyoloji Program Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Zaybak, A. ve Fadiloğlu, Ç. (2004). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 20(1):71-95.
- <http://www.esatorhon.com/?p=248> (Erişim Tarihi:20.12.2015).

EKLER

ANKET

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma “ *Meme Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi* ” amacı ile planlanmıştır. Sorulara içtenlikle yanıt vermeniz ve gönüllü katılımınız çalışma sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Eğer çalışmaya katılırsanız elde edilen veriler gizli tutulup sadece eğitim ve bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Katılarınız için teşekkür ederim.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği

Yüksek Lisans Öğrencisi Gülbahar Gülcivan

1) Kaç yaşındasınız?

2) Medeni durumunuz nedir?

Evli () Bekar ()

3) Eğitim düzeyiniz nedir?

Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Yüksek okul ()

4) Meslek grubunuz nedir?

Çalışan () Emekli () İşsiz () Ev hanımı ()

5) Ailenizin toplam aylık geliri nedir?

Gelir giderden az () Gelir gidere denk () Gelir giderden fazla ()

6) Aile tipiniz nedir?

Çekirdek () Geniş () Parçalanmış () Yalnız yaşıyor ()

7) Bakım açısından destek veren kimse var mı?

Eş () Çocuklar () Akrabalar () Destek veren kimse yok ()

8) Sağlık güvenceniz nedir?

Yok () Sgk () Yeşil Kart ()

9) En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?

Köy () İlçe () Şehir ()

10) Tedavi durumunuz nedir?

Kemoterapi () Ameliyat-Kemoterapi-Radyoterapi () Ameliyat-Kemoterapi-Hormon Tedavisi ()

Kemoterapi- Radyoterapi-Hormon Tedavisi () Kemoterapi-Radyoterapi () Ameliyat-Kemoterapi ()

Kemoterapi- Hormon Tedavisi () Ameliyat-Kemoterapi-Radyoterapi-Hormon Tedavisi ()

11) Meme cerrahisi(ameliyatı) yapıldı ise en çok hangi şikayetiniz var?

() Psikolojik sıkıntılar(depresyon, anksiyete)

() Beden imajında bozulma

() Cinsel yaşamda bozulma

() Ağrı

12) Kemoterapinin yan etkilerine bağlı olarak en çok hangi şikayetiniz var?

() Cilt reaksiyonları

() Bulantı, kusma

() Saç dökülmesi

() Halsizlik, yorgunluk

() Kilo kaybı

13) Sigara kullanıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

14) Alkol kullanıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

15) Kronik bir hastalığınız var mı?

Yok () Yüksek Tansiyon () Şeker Hastalığı () Obezite () Diğer ().....

16) Hastalığınızla ilgili ayrıntılı bilgiyi kimden aldınız?

Doktor () Hemşire () Yakın () İnternet ()

17) Hastalığınızla ilgili ayrıntılı bilgi alırken yanınızda kimse var mıydı?

Evet () Hayır ()

YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı :

Tarih :

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
İ. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir zaman	bazen	sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programlar izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım(hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekme, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personellerine önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım(örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla)				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personellerinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				

23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlıkpersoneline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için danışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt, veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeye yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				