

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MEME KANSERİ HASTALARINDA EGZERSİZ ÖZ YETERLİLİK
ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN
İNCELENMESİ**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

**HAZIRLAYAN
Yük. Lis. Öğr. Nilüfer BOZKURT**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Fisun ŞENUZUN**

İZMİR- BORNOVA

2009

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MEME KANSERİ HASTALARINDA EGZERSİZ ÖZ YETERLİLİK
ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN
İNCELENMESİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ

Yüksek Lisans Tezi

HAZIRLAYAN
Yük. Lis. Öğr. Nilüfer BOZKURT

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Fisun ŞENUZUN


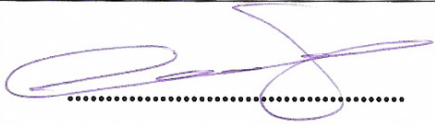
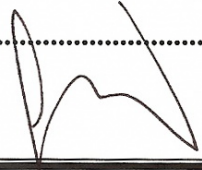
İZMİR- BORNOVA

2009

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Adı Soyadı

İmza

Başkan: Doç. Dr. Fisun ŞENUZUN (Danışman)	
Üye: Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU	
Üye: Doç. Dr. Canfeza SEZGİN	

Yüksek Lisans Tezinin Kabul Edildiği Tarih: 19.06.2009

ÖNSÖZ

Mesleki eğitim sürecimde her anlamda büyük katkılarını, desteğini ve ilgisini gördüğüm çok değerli danışmanım Sn. Doç. Dr. Fisun ŞENUZUN' a,

Eğitimimde emeği geçen, araştırmanın her aşamasında görüşlerine başvurduğum tez jüri üyesi ve İç Hastalıkları Hemşireliği A.B.D. Başkanı Sn. Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU' na,

Araştırmanın istatistiklerinin yapılması aşamasında bilgi, deneyim ve zamanını benimle paylaşan Sn. Hatice ULUER' e,

Araştırmaya desteklerinden dolayı Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi' nde görevli olan tüm öğretim üye ve elemanlarına, meslektaşlarıma ve çalışan personellere,

Eğitimimde emeği geçen Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları A.B.D.' nin tüm öğretim üyelerine,

Tezimin tüm aşamalarında manevi desteğini esirgemeyen sevgili arkadaşım ve dostum Yük. Hemş. Saadet CİN' e,

Araştırmaya katılan tüm hastalarım ve ailelerine,

Sürekli yanımda olduğunu bana hissettirerek beni destekleyen eşime,

TEŞEKKÜRLERİMİ sunarım.

Nilüfer BOZKURT

İZMİR-2009

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
EKLER.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv

BÖLÜM I

GİRİŞ ve GENEL BİLGİLER

1. Giriş.....	1
2. Araştırmanın Konusu.....	2
3. Araştırmanın Amacı.....	2
4. Hipotezler.....	2
5. Araştırmanın Önemi.....	3
6. Sınırlamalar.....	4
7. Tanımlar.....	4
8. Genel bilgiler.....	6
1.8.1. Memenin Anatomisi.....	6
1.8.2. Meme Dokusu ve Meme Hastalıkları.....	7
1.8.2.1 Memenin Bening Hastalıkları.....	9
1.8.2.2 Memenin Malign Hastalıkları.....	14
1.8.2.2.1 Non-İnfiltratif Meme Maligniteleri.....	18
1.8.2.2.2 İnfiltratif Meme Maligniteleri.....	20
1.8.2.2.3 Diğer Malign Meme Lezyonları.....	22

1.8.3. Meme Kanserini Doğal Seyri ve Gelişimi	23
1.8.4 Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	24
1.8.5 Meme Kanserinin Dünyadaki Dağılımı ve Epidemiyolojisi	27
1.8.6 Evreleme ve Meme Kanseri Tipleri	27
1.8.7 Erken Evre Meme Kanserinin Tedavisi ve Tedavi Komplikasyonları.....	32
1.8.7.1 Evre I/II Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisinde Uygulanan Yöntemler ve Komplikasyonlar.....	34
1.8.7.1.1 Mastektomiler.....	34
1.8.7.1.2 Meme Koruyucu Cerrahi Girişiler.....	35
1.8.7.1.2.1 MKC için Mutlak Kontredikasyonlar.....	35
1.8.7.1.2.2 MKC için Göreceli Kontredikasyonlar....	36
1.8.7.1.2.3 MKC Tedavisinin Uzun Dönemdeki Komplikasyonlar.....	36
1.8.7.1.2.4 MKC’ de Lokal Nüksü Etkileyen Faktörler.....	36
1.8.7.1.2.5 Post- op Dönemde Ortaya Çıkan Komplikasyonlar.....	37
1.8.7.2 Evre I/II Meme Kanserinde Sistemik Tedavi ve Komplikasyon.....	37
1.8.7.3 Evre I/II Meme Kanserinde Koruyucu Cerrahi ve Mastektomiden Sonra Radyoterapi ve Radyoterapi Komplikasyonları.....	38
1.8.8 Kansere Bağlı Yorgunluk.....	40
1.8.8.1 Patofizyoloji/ Etyoloji.....	41
1.8.8.2 Belirtiler	42
1.8.8.3 Yorgunluğa Neden Olabilecek Faktörler.....	42

1.8.8.4 Tanı-Değerlendirme.....	43
1.8.8.4.1 Öykü.....	43
1.8.8.4.2 Ecog Performans Ölçeği.....	43
1.8.8.4.3 Fizik Muayene.....	43
1.8.8.4.4 Laboratuvar Çalışmaları.....	43
1.8.8.4.5 Yorgunluk Sınıflaması.....	43
1.8.8.4.6 NCCN'in Yorgunluk Uygulama Rehberi (The NCCN) Practice Guidelines For Fatigue).....	46
1.8.9 Kanserde Egzersizin Önemi.....	47
1.8.9.1 Egzersiz Uygulamaları.....	48
1.8.9.2 Egzersiz Uygulamalarının Yararları.....	49
1.8.9.3 Egzersiz Uygulamalarının Riskleri.....	50
1.8.10 Kanserde Öz Yeterlilik.....	50
1.8.11 Kanserde Yaşam Kalitesi.....	54
1.8.12 Kanserde Fonksiyonel Kapasite.....	58
1.8.13 Ölçek Uyarlama Çalışmaları.....	63
1.8.13.1 Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi.....	65
1.8.13.1.1 Geçerlik.....	67
1.8.13.1.1.1 İçerik/Kapsam Geçerliği.....	67
1.8.13.1.1.2 Yapı Geçerliği.....	70
1.8.13.1.2 Güvenirlik.....	71
1.8.13.1.2.1 Devamlılık / Süreklilik/ Zamana Göre Değişmezlik Katsayısı.....	72
1.8.13.1.2.2 Eşdeğer katsayısı.....	73

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 Araştırmanın Tipi	79
2.2 Kullanılan Gereçler.....	79
2.3 Kullanılan Yöntem	81
2.3.1 Geçerlik.....	81
2.3.2 Güvenirlik.....	82
2.4 Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	83
2.5 Araştırmanın Evreni.....	84
2.6 Araştırmada Örneklem Sayısı ve Büyüklüğü.....	84
2.7 Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenler.....	85
2.8 Veri Toplama Yöntemi.....	86
2.9 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	86
2.10 Verilerin Analizi.....	87
2.11 Etik Açıklamalar.....	88

Bölüm III

BULGULAR

3.1. Geçerlik ve Güvenirlik Aşamasında Hastalara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler.....	89
3.2. ‘Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği’ nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarına İlişkin Veriler.....	112
3.2.1. Geçerlik Sonuçları	
3.2.1.1. Dil Geçerliği	112
3.2.1.2. İçerik Geçerliği	113
3.2.1.3. Paralel Form Geçerliği.....	118
3.2.2. ‘Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği’ nin Güvenirlik Sonuçları.....	118
3.2.2.1. Zamana Karşı Değişmezlik.....	118
3.2.2.2. Ölçeğin İki-Yarım Test Güvenirliği.....	119
3.2.2.3. Ölçeğin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı.....	120
3.2.2.4. İç tutarlılık.....	121
3.3. ‘Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Verilerle Karşılaştırılması.....	123
3.3.1. ‘Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması.....	123
3.3.2. ‘Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Sağlık, Sağlık Alışkanlıklarına ve Genel Sağlık Öyküsüne Yönelik Verilerle Karşılaştırılması.....	127
3.3.3. ‘Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Yorgunluk Tanılamasına Yönelik Verilerle Karşılaştırılması.....	132

3.3.4. ‘Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği’’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Borg Yorgunluk Ölçeği ile Karşılaştırılması.....	133
3.3.5. ‘Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği’’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Hastalık Evresi ile Karşılaştırılması.....	134
3.3.6. ‘Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği’’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Teşhisin Konulma Zaman Aralığı ile Karşılaştırılması.....	135

Bölüm IV

TARTIŞMA

4.1. Hastalarla İlgili Tanıtıcı Bilgilerin İncelenmesi.....	137
4.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	137
4.1.2. Hastaların Sağlık ve Sağlık Alışkanlıklarına Yönelik Özelliklerinin İncelenmesi... 	140
4.1.3. Hastaların Genel Sağlık Öyküsüne Yönelik Özelliklerinin İncelenmesi.....	141
4.1.4. Hastaların Yorgunluk TanılamasınaYönelik Özelliklerinin İncelenmesi.....	143
4.1.5. Hastaların Bilişsel Algılamalarına Yönelik Özelliklerinin İncelenmesi.....	143
4.1.6. Hastaların Kendini Algılama- Kavramalarına Yönelik Özelliklerinin İncelenmesi..	144
4.1.7. Hastaların Rol ve İlişkilerine Yönelik Özelliklerinin İncelenmesi.....	144
4.1.8. Hastaların Cinsellik- Üremelerine Yönelik Özelliklerinin İncelenmesi.....	145
4.1.9. Hastaların Stres ile Başetme Şekline Yönelik Özelliklerinin İncelenmesi.....	145
4.1.10. Hastaların İnanç ve Değerlerine Yönelik Özelliklerinin İncelenmesi.....	145
4.1.11. Hastaların Sistem Sorgulamasına Yönelik Özelliklerinin İncelenmesi.....	145
4.1.12. Hastaların Psikososyal SorgulamasınaYönelik Özelliklerinin İncelenmesi.....	146
4.2. Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği’ nin Geçerlik ve Güvenirliliğinin Değerlendirilmesi	
4.2.1. Geçerliliğinin Değerlendirilmesi.....	146
4.2.1.1. Dil Geçerliliği.....	146
4.2.1.2. İçerik Geçerliliği.....	146
4.2.2. Güvenirliliğinin Değerlendirilmesi.....	147
4.2.2.1. Zamana Karşı Değişmezlik.....	147
4.2.2.2. Ölçeğin İki Yarım Test Güvenirliliği.....	147
4.2.2.3. Ölçeğin Cronbach Alfa Çözümlemeleri.....	148
4.2.2.4. İç Tutarlılık.....	148

Bölüm V

SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

5.1.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Sonuçları.....	149
5.1.2. Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlilik Sonuçları.....	150

5.2. ÖNERİLER

5.2.1. 'Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği' nin Geçerlik ve Güvenirliliğine Yönelik Öneriler.....	152
---	-----

BÖLÜM VI

ÖZET	153
SUMMARY	156

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR.....	159
----------------	-----

EKLER

EK 1. Meme Kanseri Çalışma Soru Formu	169
EK 2. Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği.....	179
EK 3. Yürüyüş Bandı Egzersiz Formu.....	180
EK 4. Araştırma Kapsamına Alınmak İstenen Hastalardan Alınan Katılım Hasta Onam Formu.....	181
EK 5. Exercise Self Efficacy Scale.....	182
EK 6. Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeğinin Yazılı İzni (Exercise Self Efficacy Scale).....	183
EK 7. Treadmill Walking (Yürüyüş Bandı Egzersiz Formunun İngilizce Versiyonu).....	184
EK 8. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul Kabul Yazısı	185
EK 9. Ege Üniversitesi Hastane İzn Yazısı.....	186
ÖZGEÇMİŞ	187

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No:</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1: Hastalara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler.....	90
Tablo 2: Hastaların Sağlık ve Sağlık Alışkanlıklarına Yönelik Bilgiler.....	94
Tablo 3: Hastaların Genel Sağlık Öyküsüne Yönelik Bilgiler.....	97
Tablo 4: Hastaların Yorgunluk Tanılamasına Yönelik Bilgiler.....	100
Tablo 5: Hastaların Bilişsel Algılamalarına Yönelik Bilgiler.....	102
Tablo 6: Hastaların Kendini Algılama- Kavramalarına Yönelik Bilgiler.....	104
Tablo 7: Hastaların Rol-İlişkiye Yönelik Bilgiler.....	105
Tablo 8: Hastaların Cinsellik- Üremelerine Yönelik Bilgiler.....	106
Tablo 9: Hastaların Stres ile Başetme Bilgileri.....	107
Tablo 10: Hastaların İnanç ve Değerlerine Yönelik Bilgileri.....	108
Tablo 11: Hastaların Sistem Sorgulamasına Yönelik Bilgileri.....	109
Tablo 12: Hastaların Psikososyal Sorgulamasına Yönelik Bilgileri	111
Tablo 13: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği'nin Ortalama, Standart Hata ve Min-Max Dağılımları.....	114
Tablo 14: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği'nin Kendal Uyuşum Katsayısı.....	115
Tablo 15: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği Birinci Uygulama Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	116
Tablo 16: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği İkinci Uygulama Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	117
Tablo 17: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği ile Yürüyüş Bandı Egzersiz Formunun Paralel Form Geçerliliği.....	118
Tablo 18: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği Test-Tekrar Test Güvenirlilik Sonucu.....	119

Tablo 19: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği Birinci Uygulama İki –Yarım Test Güvenirlilik Analizi Sonuçları.....	119
Tablo 20: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği İkinci Uygulama İki –Yarım Test Güvenirlilik Analizi Sonuçları.....	120
Tablo 21: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği Birinci ve İkinci Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayısı Sonuçları.....	120
Tablo22: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği Birinci Uygulama Madde Toplam Korelasyon Sonuçları.....	121
Tablo 23: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği İkinci Uygulama Madde Toplam Korelasyon Sonuçları.....	122
Tablo 24: EÖYÖ’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Grupları ile Karşılaştırılması.....	123
Tablo 25: EÖYÖ’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Durumları ile Karşılaştırılması.....	124
Tablo 26: EÖYÖ’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Yaşadığı Yer ile Karşılaştırılması.....	125
Tablo 27: EÖYÖ’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Meslek Grupları ile Karşılaştırılması.....	126
Tablo 28: EÖYÖ’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Sigara Kullanımı ile Karşılaştırılması.....	127
Tablo 29: EÖYÖ’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Diyabet Durumu ile Karşılaştırılması.....	127
Tablo 30: EÖYÖ’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Hipertansiyon ile Karşılaştırılması.....	128
Tablo 31: EÖYÖ’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Görme Bozukluğu ile	

Karşılaştırılması.....	129
Tablo 32: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Yaşamda Duyulan İsteksizlik ile Karşılaştırılması.....	129
Tablo 33: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Uyku Problemi ile Karşılaştırılması.....	130
Tablo 34: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Eklem Ağrıları ile Karşılaştırılması.....	131
Tablo 35: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Metastaz ile Karşılaştırılması.....	131
Tablo 36: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Yorgunluk Düzeyi ile Karşılaştırılması.....	132
Tablo 37: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Borg Yorgunluk Ölçeği ile Karşılaştırılması.....	133
Tablo 38: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Hastalık Evresi ile Karşılaştırılması.....	134
Tablo 39: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Teşhisin Konulma Zamanı ile Karşılaştırılması.....	135

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No:</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Yaşlara Göre Kadınlarda Meme Kanseri Görülme Sıklığı.....	16
Şekil 2. TNM Evrelendirme Tablosu.....	30
Şekil 3. Yorgunluğa Neden Olabilecek Faktörler.....	42
Şekil 4. Ecog Performans Skalası.....	43
Şekil 5. Yorgunluk İçin Merkezi Ve Periferal Model.....	44
Şekil 6. Akut ve Kronik Yorgunluk Modeli: Ayırt Edici Özellikler.....	45
Şekil 7. Kansere Bağlı Yorgunluğun Yönetimi için Bakım Standartları.....	46
Şekil 8. Hastalara Anket Formlarının Uygulanış Sırası.....	86

BÖLÜM I

1.1. GİRİŞ

Meme kanseri, kadınlarda en çok görülen kanser türü olmasının yanısıra, kanser ölüm nedenlerinin de başında gelmektedir. Günümüzde ABD’ de, sekiz kadından biri, Avrupa ülkelerinde on kadından biri meme kanserine yakalanmaktadır (32).

Dünyada her yıl 10 milyon kanser olgusunun %10’ u, yaklaşık bir milyonu meme kanseridir. Dünyada meme kanseri nedeniyle yıllık ölüm sayısı 400.000 dolayındadır (32,90).

Meme kanserinin görülme sıklığı son yıllarda giderek artmaktadır. Hastalığın gösterdiği artış, tüm gelişmiş batı ülkelerinde izlenmektedir. Meme kanseri görülme oranı artış göstermekle birlikte, teknolojik gelişme ve erken tanı olanaklarının artmasına bağlı olarak, meme kanseri ölüm oranı artış göstermektedir (90).

Meme kanseri, yalnızca hastanın potansiyel sağkalımını değil, kozmetiğini, emosyonel, psikolojik ve fiziksel bütünlük gibi öğelerini de etkileyen, sadece hastayı değil, yakın çevresini, iş hayatını, evini derinden sarsan sosyal bir hastalık olarak en fazla araştırmaya konu olmuş kanser türüdür. Meme kanserinin biyolojik davranış çeşitliliğinin çok geniş bir spektrumda olması, tedavi standardının belirlenmesini de zorlaştırmaktadır (90).

Yorgunluk yaşayan hastalara ortak tavsiye olan faaliyetleri azaltma ve dinlenme, kemoterapi alan hastalarda fonksiyonel yeteneklerdeki azalmayı hızlandırabilmektedir. Yatakta dinlenerek geçirilen süre ve hareketsizlik yorgunluğa katkıda bulunmaktadır (26,28,72). Genel tavsiyenin karşıtı olarak, egzersiz yapmak kanser tedavisinin neden olduğu yorgunluğu önleyebilmektedir. Kanser tedavisinin yan etkileri olan fiziksel ve fizyolojik etkileri azalttığı, yorgunluğu engelleyebildiğine dair kanıtlar vardır. Fonksiyonel yetenek, tedavinin yan etkilerinin artması ve ilerleyen fiziksel zayıflamayla yavaşlayabilir, bu da güçsüzlük ve kolay yorulma olarak isimlendirilebilir. Meydana gelen semptomlar topluluğu (yorgunluk artışı, öz-

yeterlilik kaybı, günlük davranışlarda yetersizlik, sosyal ilişki kaybı ve iş gücünde azalma) hastanın yaşam kalitesi üzerine negatif etkisi vardır (81).

Yorgunluk, kanser hastaları tarafından yaşanan en ortak problemlerden biridir. Bu semptom, kemoterapi ve radyoterapi gören hastaların %70' ini etkilemektedir. Yorgunluğun, yetersiz beslenme, azalan uyku, biyomedikal değişiklikler, harekette azalma, psikososyal faktörler ve yaşam kalitesinin azalmasıyla ilişkilendirilmesine rağmen, kanser etyolojisinde tedavi ile yorgunluğun bağlantılı olduğu açıkça belirtilmiştir. Adjuvan kemoterapi alan meme kanserli kadınlar, yorgunluk, anksiyete, depresyon ve fiziksel aktivitelerde azalma hissetmişlerdir. Fiziksel hareketsizlik kanser hastasının daha fazla halsizlik yaşamasına neden olmakta ve adjuvan kemoterapide yorgunluğu arttırabilmektedir. Egzersiz, kanser hastalarında tedaviyle bağlantılı olan yan etkilerdeki genel tepkiyi önlemektedir ya da azaltmaktadır. Ayrıca, eğer fiziksel faaliyet için kapasite sürdürülürse veya egzersiz ile artırılırsa, birey daha az yorgunlukla faaliyetleri yapabilmektedir (90).

1.2. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Araştırmanın konusu; Meme Kanseri Hastalarında Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliğinin İncelenmesidir.

1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın temel amacı; Meme Kanseri Hastalarında Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliğinin İncelenmesidir.

1.4. HİPOTEZLER

H₁ : “Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği” Türk toplumu için güvenilirliği yüksek bir araçtır.

H₂ : “Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği” Türk toplumu için geçerliği yüksek bir araçtır.

1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Meme kanseri kadınlar arasında en sık karşılaşılan kanser türüdür. Her 8 kadından birinin hayatının belirli bir zamanında meme kanserine yakalanacağı bildirilmektedir. Her kadının hayatı boyunca meme kanserine yakalanma riski vardır. Kadın yaşlandıkça, risk daha da artmaktadır. Meme kanseri, pek çok ülkede olduğu gibi, ülkemizde de, kadınlarda sık görülen kanserlerden biridir (89,93).

Yayılmı göstermeden, erken dönemde tanı konması durumunda, hastaların yalnızca %5' i ilk 5 yıl içinde yaşamını yitirmekte, %95' inden fazlası hayatta kalmaktadır. Tanı yöntemlerindeki hızlı ilerlemelere karşın meme kanseri özellikle 35-55 yaş grubu kadınlar arasında önde gelen ölüm nedeni olmaya devam etmektedir. Kendi kendini muayene, doktor muayenesi ve mammografi; sonucu önemli derecede etkileyebilmektedir. Çoğu durumda, bu hastalığın kökünü kazıyabilme olasılığı bulunmaktadır ve hem erken tanıyı hem erken tedaviyi sağlamak için, çaba gösterilmesi gerekmektedir (12,93).

Yorgunluk kanserli hastada en sık görülen ve en rahatsız edici belirtidir. Sıklıkla aktif olarak tedavi gören hastalar başta olmak üzere henüz onkolojik tedavi almamış, çoğunlukla ileri evre kanserli hastalarda görülebilen ve hastaların % 36-96' sında karşılaşılan bir semptomdur (40).

Adjuvan kemoterapi alan meme kanserli kadınlar, tedavi boyunca gördükleri ortak yan etkinin yorgunluk olduğunu tanımlamışlardır (4,49,80). Adjuvan kemoterapi alan meme kanserli kadınlar, yorgunluk, anksiyete, depresyon, fiziksel aktivitelerde azalma hissetmişlerdir. Fiziksel hareketsizlik kanser hastasının daha fazla halsizlik yaşamasına neden olmakta ve adjuvan kemoterapide yorgunluğu arttırabilmektedir.

Egzersiz, kanser hastalarında tedaviyle bağlantılı olan yan etkilerdeki genel tepkiyi önlemektedir ya da azaltmaktadır (2,4,49,102). Ayrıca, eğer fiziksel faaliyet için kapasite

sürdürülürse veya egzersiz ile artırılırsa, birey daha az yorgunlukla faaliyetleri yapabilmektedir (2,4,90).

Meme kanserli kadınlarda, egzersiz derecesinin arttırılması, yaşam kalitesinin fiziksel ve psikolojik bileşenlerini iyileştirmektedir (endişe durumu, depresyon, genel durum, öz bakım, fonksiyonel kapasite ve bulantı derecesi). Son çalışmalar, kanserli hastalarda rehabilitasyon ve egzersiz arasındaki ilişkiyi incelemiş ve meme kanserli hastalarda egzersizin psikolojik ve fizyolojik iyiliği arttırdığı gözlenmiştir (56). Buna rağmen, meme kanserli kadınlarda yorgunluk ve öz-yeterlilikte, egzersizin etkilerini araştıran hiçbir çalışma yoktur. Ülkemizde meme kanserli bireyler üzerine geliştirilmiş egzersiz programına yönelik uygulamalar mevcut değildir. Bu neden ile bu çalışma meme kanseri olan bireylerde egzersiz programlarının geliştirilmesinde ve sürdürülmesinde kullanılacak olan öz-yeterlilik modelinin türkçe formunun oluşturulmasında önemli bir basamak oluşturacaktır (49).

1.6. SINIRLAMALAR

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesinde gerçekleştirilmiştir.

1.7. TANIMLAR

Yorgunluk: Yorgunluk kişiler tarafından halsizlik, bitkinlik, ağırlık hissi, çabuk yorulma, yavaşlama, enerji kaybı, güçsüzlük, kuvvet kaybı gibi terimlerle tanımlanmaktadır.

Öz Yeterlilik: Öz-yeterlilik, bireyin belirli bir zamanda belirli bir günlük aktiviteyi gerçekleştirmeye yönelik olarak kendi muhakemesi ile algıladığı veya var olduğuna inandığı beceriyi kendi kendine ölçmesi olarak tanımlanmaktadır.

Yaşam Kalitesi: Bireysel iyi oluşu tanımlamak için sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenlerle belirlenen, ölüm ve yaşam süresi, özrürlük, fonksiyonel durum (sosyal,

psikolojik veya fiziksel), sağlığın algılanması ve sosyo-kültürel dezavantajları içeren temel bir kavramdır.

Fonksiyonel Kapasite: Zorlu bir çaba sırasında varılan maksimum metabolik değeri ifade etmektedir.

1.8. GENEL BİLGİLER

1.8.1. Memenin Anatomisi

Meme, kadınlarda 2-3. kaburga ile 6-7. kaburga arasında yer alan, içte sternumun kenarından dışta ön veya orta koltuk çizgisine kadar uzanan fibroglandüler bir organdır. Cildin yüzeysel fasyasının yüzeysel ve derin katları arasında yer almaktadır (89).

Meme genelde dairesel ya da gözyaşı damlası şeklindedir. Ancak, meme dokusu köprücük kemiğinden sütyen çizgisine ve göğüs kemiğinden koltuk altına kadar bulunabilmektedir. Bu nedenle kişisel göğüs kontrolleri yapılırken bu alanların tümünün kontrol edilmesi ve mastektomi yapılırken bu alanlardaki dokularında alınması çok önemlidir (60).



Meme, süt bezlerinden, süt kanallarından, dolgu malzemesi olan yağ dokusundan ve taşıyıcı olan lif dokusundan oluşmaktadır. Süt bezleri lob adı verilen gruplarda toplanmaktadır. Her lob, pek çok sayıda daha küçük lob içermektedir (60).

Bu küçük loblar sayısı bir düzineye varan ve küçük üzümlere benzeyen minik ampul şeklindeki bezleri içermekte ve süt burada üretilmektedir. Memelere dokunulduğunda yumru yumru hissedilmesinin nedeni budur. Duct adı verilen küçük kanalcıklar üretilen sütü memenin ucuna taşımaktadır. Memenin içinde kas yoktur ama pectoralis major ve pectoralis minor adı verilen iki kas memenin altındaki kaburgalara bağlanmaktadır (60).

Memenin içinde memeye oksijen ve besin taşıyan damarlar vardır. Damarda kan ile beraber dolaşımda olan lenf sıvısı, damar duvarlarından sızar ve hücrelerin arasındaki boşlukta birikmektedir. Bunların toplanması ve ana kan dolaşımına geri kazandırılması için lenf kanalları vardır. Bu kanallar boyunca lenf sıvısı, lenf bezleri adı verilen organlar tarafından süzülür. Memede toplanan lenf sıvısının büyük bir bölümü koltuk altına doğru toplanmakta, burada harici lenf bezleri tarafından süzöldükten sonra lenf sıvısı dolaşım sistemine geri dönmektedir (89).

Doğumdan yaşlılığa dek olan süreç içerisinde meme belkide insan vücudunda en fazla değişime uğrayan organdır. İlk adetten bir ya da iki yıl kadar önce kadınlık hormonları olan östrojen ve progesteronun etkisi ile göğüsler büyümeye başlamaktadır. Doğurgan olunan süreç içerisinde göğüsler adet dönemleri ile paralellik gösteren ve kadınlık hormonlarının kandaki düzeyleri tarafından tetiklenen aylık değişimler geçirirler. Hamileliğe hazırlanmış gibi her ay süt bezleri aktif hale geçerler ve göğüsler şişer, hormon değerlerinin normale dönmesi ile süt bezleri yeniden aktif olmayan hale dönmektedir (89).

Menopoz ile birlikte, hormon düzeylerinde düşmeler görölmekte ve süt bezlerinin bir bölümü küçölmekte veya yok olmaktadır. Yağ dokusu bu dokuların yerlerinin bir kısmını doldurmaktadır. Bütün bu değişimler boyunca, hücrelerin genetik kodunu içeren DNA zarar görebilmektedir. Hücrenin tüm özelliklerini içinde barındıran DNA, aynı zamanda hücrelerin nasıl bölünmesi ve çoğalması gerektiğine ilişkin bilgiler de içermektedir. DNA da oluşabilecek böylesine değişimler kansere yol açabilmektedir (60).

1.8.2. Meme Dokusu ve Meme Hastalıkları

Memeler, bebeğin belli bir gelişim aşamasına kadar besin ihtiyacını karşılamak üzere süt üretmekten ve salgılamaktan sorumlu yapılardır. Memeler ergenlik öncesi dönemde kız ve erkek çocuklarında yaklaşık aynı büyüklükte olmalarına karşın, ergenlik döneminde

yumurtalıklarda östrojen hormonu üretiminin başlamasıyla hızlı bir şekilde gelişim göstermektedir. Memelerin ulaştığı nihai büyüklük genetik etkenlerle yakından ilgili olmakla beraber, vücudun yağ oranı da büyüklüğü etkileyen diğer bir etkidir.

Meme mikroskopik olarak asini ve duktusları oluşturan epitelyal elemanlar, onları destekleyen muskuler ve fasial elemanlar, yağ dokusu, kan damarları, sinir ve lenf yollarını içermektedir. Meme glandı her biri ayrı bir salgı kanalı ile meme başına açılan 15-20 lobdan oluşmaktadır. Her lobda 20-40 kadar lobül bulunmaktadır. Lobül, toplayıcı bir duktus çevresine yerleşmiş 10-100 kadar asiniden oluşmaktadır.

Asiniler birleşerek terminal duktusları, bunlar birleşerek laktifer (segmental) duktusları oluşturmaktadır. Bu duktuslar da meme başının arkasında biraz genişliyerek laktifer sinüsleri oluşturmaktadır (55,81). Meme kanseri lobüldeki asini epitelinden kaynak alırsa lobüller kanser olarak tanımlanmaktadır (89).

Duktal epitelinden kaynaklanan kanserlere duktal kanser denir. Asiner ve duktal epitelin altında bulunan kan ve lenf damarların sonlandığı "bazal membran" kanserlere insitu kanserler adı verilmektedir. Duktal veya lobüler insitu kanserler henüz kan ve lenf damarlarına invazyon yapmamış olduklarından lenfatik ve uzak metazlara yol açmamaktadır. Ancak duktuslar içinde yayılabilir ve çok odaklı olabilmektedirler. Bazal membranı aşan kanserlere invazif kanserler adı verilmektedir. Memenin invazif kanserlerinin yaklaşık %15' i kadarı lobüller, %85' i duktal kanserlerden oluşmaktadır (89,90).

Memede görülen hastalıklar yerleşim ve tutulum lokalizasyonlarına göre gruplandırılırsa;

Meme derisinde; Epidermal ve sebace kistler, nörofibromatozis, Mondor hastalığı, steatositoma multipleks, inflamatuvar karsinoma, deri nekrozu, piyoderma gangrenozum, candidal intertrigo, herpes zoster enfeksiyonu (zona), sifiliz ve melanom görülen hastalıklardır.

Meme başı-areola kompleksinde görülen hastalıklar; Dermatit, meme başı adenomu, hidradenitis süpurativa, leomyom, paget hastalığı.

Majör subareoler duktuslarda; Duktal ektazi, soliter papillomlar, papiller karsinom.

Terminal duktuslarda; Duktal hiperplaziler, multiple periferik papillomlar, radyal skar ve kompleks sklerozan lezyonlar, duktal adenom, duktal insitu karsinom, invaziv duktal karsinom, tübüler karsinom, müsinöz karsinom, medüller karsinom, invaziv kribriform karsinom, adenoid kistik karsinom, yassı hücreli kanser, metaplastik karsinom ve sekretuar karsinom görülebilmektedir.

Meme lobüllerinin hastalıkları; Kistler, galaktosel, juvenil papillomatozis, fibroadenomlar ve kompleks fibroadenomlar, filloides tümör, tübüler adenom, laktasyon adenomu, sklerozan adenozis, lobüler neoplaziler ve invaziv lobüler karsinomdur.

Memenin stromasında ise; Yağ nekrozu, lipom, fibroadenolipom (hamartom), fibrozis, mastit ve meme absesi, pseudoanjioamatöz stromal hiperplazi, sütür kalsifikasyonu, hemanjiom, diyabetik fibröz meme hastalığı, ekstraabdominal desmoid tümör, lenfoma, anjiosarkom ve metastatik meme hastalıkları görülmektedir. Meme hastalıkları benign ve malign meme hastalıkları olarak gruplandırılmaktadır (89,90).

1.8.2.1 MEMENİN BENİGN HASTALIKLARI

Benign meme hastalıkları tüm meme hastalıklarının yaklaşık olarak %90' ını oluşturmaktadır. Benign meme lezyonları palpe edilebilir olmaları ya da radyografik bulgu vermelerinin yanı sıra bu lezyonları takiben gelişecek meme kanseri riskinin belirlemeleri nedeniyle de önemlidir (89).

1. Fibrokistik Hastalık: En sık görülen meme hastalığıdır. Kadınların büyük bir kısmında puberteden sonra gelişen parankimal bir değişikliktir. Klinik spektrumu oldukça geniştir. Asemptomatik olabilmekte, hasta ağrı, hassasiyet veya değişik boyutlarda memede ele

gelen kitle şikayeti ile gelebilir. Fibrokistik hastalıkta fibröz bağ dokusunda aşırı bir proliferasyon, duktus epitelinde ve lobüllerde hiperplazi gibi değişiklikler görülebilmektedir. Bunlar ayrı ayrı veya hepsi bir arada bulunabilmektedir. Meme kistleri 35-50 yaş arasında perimenapozal dönemde oldukça sık görülen lezyonlardır. Meme kistleri meme lobüllerinden kaynaklanan içi sıvı dolu lezyonlardır. Fibrokistik hastalığın en sık komponenti olduğu gibi, soliter kistler de görülmektedir. Fibröz değişikliklerin ön planda olduğu şekillerde meme parankimi homojen ve yoğun görülmektedir. Epitelyal hiperplazinin belirgin olduğu şekillerde (terminal duktal hiperplazi ve lobüler hiperplazi) sklerozan adenozis denilen ileri aşamada memede diffüz nodüler yoğunluk artışının eşlik ettiği dağınık küçük kalsifikasyonlar mevcut olmaktadır. Bu form daha az sıklıkta görülmektedir. Çoğunlukla bilateral ve simetrik olmasına rağmen lokalize formunda vardır ve maligniteyi taklit edebilmektedir (81).

2. Fibroadenom: Fibrokistik hastalıktan sonra en sık görülen meme hastalığıdır. Fibroadenomlar puberteden sonra ve genellikle 25-30 yaşından önce ortaya çıkan östrojene duyarlı yavaş büyüyen benign tümörlerdir. 30-35 yaşından küçük kadınlarda en sık rastlanılan meme kitleleridir. Olguların %10-20' si multipl olup, bilateral olabilmektedir. Gebelik ve laktasyon sırasında boyutları artarken, menapozdan sonra gerilemektedir (89).

3. Juvenil Fibroadenom: Puberteden hemen sonra görülen ve çok hızlı büyüyen dev fibroadenomlardır. Histolojik ve radyolojik özellikleri diğer fibroadenomlara benzemektedir. Bazen dev boyutlara ulaşarak tüm memeyi kaplayabilirler, hızlı büyüme göstermelerine karşın malign potansiyel taşımamaktadır.

4. Sistosarkoma Filloides: Malign potansiyel taşıyan, büyük, lobüle keskin sınırlı, homojen-heterojen eko yapısında solid kitlelerdir. İntrakanaliküler fibroadenomun dev bir formudur. Fibroadenom ile farkı, boyut ve hücre sayısıdır. Sistosarkoma filloides büyük kavernoöz yapılar şeklinde kistik alanlar, dejenerasyon ve kanama odakları içermektedir. Çoğu benign karakterde olup %5' den az oranda malign transformasyon gelişebilmektedir. Malign

türlerinde tümör stroması fibrosarkoma çok benzemektedir. Sistosarkom, küçük boyutlarda olduğu zaman kliniği ve radyolojisi aynı fibroadenom gibidir. Ayırıcı tanıda boyut dışında belirgin radyolojik bir kriter yoktur. Fibroadenoma benzer bir tümörün boyutu 6-8 cm' yi aşıyorsa sistosarkoma filloides akla gelmelidir (89).

5. İntraduktal Papillom: Papillom en sık subareolar alandaki geniş duktusların içerisinde gelişmektedir. Memenin papiller lezyonları biyopsi yapılan benign meme neoplazmalarının %10' undan daha azı ve meme karsinomlarının %1-2' sine karşılık gelmektedir. Memenin papiller lezyonları benign veya malign olabilirler. En sık görülen benign papiller meme neoplazmı papillomadır. Soliter intraduktal papillom sıklıkla meme başı akıntısıyla ortaya çıkan, memenin yaygın benign neoplazmıdır. Klasik olarak konvansiyonel galaktografi ile tesbit edilmektedir . Malign papiller lezyonlar ise papiller DCIS ve invaziv papiller karsinomadır. İntraduktal papillomlar hiperplastik yapıda diffüz papiller oluşumlardır. Duktus içerisinde epitel proliferasyonu ile karakterize lezyonlardır. Her yaşta ancak en sık geç reproduktif ve postmenapozal dönemde görülmektedirler. İntraduktal papillom serösanginöz meme başı akıntısının en önemli nedenidir. Duktal epitelin hiperplastik proliferasyonu olup duktal sistem içinde her yerde ve çok sayıda görülebilirler. Tek veya çok sayıda olabilirler. Tek intraduktal papillomun en belirgin semptomu meme başı akıntısıdır. Genellikle subareolar bölgedeki büyük duktuslara yerleşmiştir. Geniş tabanlı ve pedinküllü olduklarında büyük duktusları genişletip tıkayabilirler. İleri derecede duktal dilatasyon kist ve intrakistik papillom formasyonuna neden olabilmektedir. İntraduktal papillomun postmenapozal dönemde malign dejenerasyon riski vardır. Papillomlar bazen küçük punktat kalsifikasyonlar içermektedir (89).

6. Lipom: Lipomlar asemptomatik, yavaş büyüyen, düzgün konturlu, mobil kitlelerdir. Mammografide ince yoğun bir kapsül ile çevrili düzgün konturlu radyolusend lezyon olarak görülmektedir. Tamamen yağlı memelerde lipomu seçebilmek zordur. Lipomlarda kalsifikasyon çok nadir izlenmektedir. Ultrasonografik olarak düzgün ve keskin konturlu, çok

az posterior akustik şiddetlenme gösteren, orta derecede homojen yapıda ve yağ ile eş ekojenite gösteren lezyonlardır.

7. Fibroadenolipom (Hamartoma): Lipomun oldukça nadir bir varyantıdır. Lipomatöz dokunun içerisinde fibröz ve adenomatöz doku proliferasyonları mevcuttur. Lezyon ince bir kapsülle çevrilidir. Mammografik olarak yuvarlak veya ovoid, keskin sınırlı ve düzgün konturlu, nonhomojen, iç yapısı salam dilimine benzer, stromal meme lezyonlarıdır.

8. Memenin Yağ Nekrozu: Memede yağ nekrozu genellikle travmaya sekonder gelişmektedir. Biyopsi veya operasyon geçirmiş memelerde sıklıkla görülmektedir. Böyle durumlarda hücrelerden lipidin salınımına sekonder gelişen yağ içeren bir kavite ve etrafında fibröz doku oluşmaktadır. Meme stromasının lezyonudur.

9. Hematom: Hematomlar en sık memeye yapılan cerrahi müdahale veya biyopsilerden sonra görülmektedir. Mammografide düzensiz konturlu bir kitle ile çevresindeki stromal dokuda yoğunluk artışı izlenmektedir. Daha ileri aşamalarında ise düzgün konturlu kitleye veya hemorajik kiste dönüşmektedir. Beraberinde cilt kalınlaşması trabeküler patternde kabalaşma da görülebilmektedir. Hematomlar genellikle bir kaç hafta içinde yerinde skar dokusu veya distorsiyon bırakarak kaybolurlar. Hematomlar veya kalan skar dokusu nadiren kalsifiye olmaktadır.

10. Mastit ve Abse: Akut mastit genellikle laktasyonda görülen memenin enfeksiyonudur. Abse ve diğer kronik hastalıklarla da ilişkilidir. Radyolojik görünümü inflamatuvar karsinomu taklit etmektedir. Yaygın parankimal yoğunluk artışı, cilt kalınlaşması ve aksiller LAP bulguları saptanmaktadır. Akut abse antibiyotik tedavisine hızlı bir şekilde yanıt vermektedir. Mammografik olarak abse düzensiz konturlu kitle, çevresinde distorsiyon ve cilt kalınlaşması şeklinde görülmektedir. Kronik mastit, yaşlı kadınlarda görülen memenin aseptik enflamatuvar bir lezyonudur. Bu hastalığa plazma hücreli mastit adı verilmektedir. Olaylar duktuslar içerisindeki sekresyonun, periduktal bağ dokusuna sızması sonrası ortaya

çıkılmaktadır. Granülomatöz mastit (granülomatöz lobülit) etyolojisi bilinmeyen, klinik olarak meme kanserini taklit eden, memenin nadir görülen inflamatuvar bir hastalığıdır. Çoğunlukla genç kadınlarda ve hamilelikten sonra 6 yıl içinde görülmektedir. Meme absesi de genellikle laktasyondaki hastalarda oluşmakta, çoğunlukla retroareoler yerleşimlidir (89).

11. Adenozis: Adenozis memenin glandüler elemanlarını ilgilendiren bir lezyonu tarif etmektedir. Mammografilerinde benign kalsifikasyonlar izlenmektedir.

12. Galaktosel: İçerisinde süt dolu meme kistleridir. Süt veren veya hamile kadınlarda palpable kitle izlenmekte, laktasyondan sonra yıllarca görülebilmektedir. Multiple, uni ya da bilateral olabilirler. Tanı aspirasyondan sonra konulmaktadır. Mammografide değişik dansitede düzgün yuvarlak kitleler şeklinde izlenmektedir.

13. Fibrom ve Leomyoma: Fibroma iyi huylu ve düzgün konturludur ve memenin glandüler dokusunda yer almaktadırlar. Leomyoma memenin nadir görülen nonepitelyal tümörlerinden biridir. Meme başında gelişen nipple leomyomaların damar çeperindeki (vasküler leomyom) ya da derideki düz kaslardan (yüzeysel-kütanöz leomyom) geliştiği düşünülmektedir. Meme parankimindeki leomyomlar çok nadirdir (89,90).

14. Duktal Ektazi (Plazma Hücreli Mastit): Memenin subareoler bölgesindeki toplayıcı kanallarının dilatasyonu ve etraflarında iltihabi reaksiyon ve fibrozis ile karakterizedir. İlk şikayet meme başı akıntısıdır. Koyu ve renkli bir akıntı oluşmaktadır. Hastalık ilerledikçe periduktal fibrozis ve iltihabi lenfosit infiltrasyonu oluşmaktadır. Genişleyen duktuslar palpasyon ile hissedilebilmektedir. İleri dönemlerde gelişen fibrozise bağlı olarak meme başı retraksiyonu görülebilmektedir.

15. Hemanjiom: Memenin stromal vasküler lezyonudur. Mammografide iyi sınırlı, makrolobüle kitle ile beraberinde punktat kalsifikasyonlar izlenmekte, %1.2-11 oranında görülmektedir .

16. Radyal Skar (Benign sklerozan duktal lezyon) ve Kompleks Sklerozan Lezyonlar: Radyal skarın sklerozan adenozisin bir varyantı olduğu düşünölmektedir. Santral skleroz ve değişen derecelerde epitelyal proliferasyon, apokrin metaplazi ve papilloma formasyonu ile karakterizedir. Radyal skarlar 1 cm üzeri büyüklükte ise kompleks sklerozan lezyon adını almaktadır. Sklerotik bir merkeze uzanan tuböler çizgisel yapılardan oluşmaktadır. Lezyonun periferindeki duktuslar fibrokistik değişiklikler göstermektedirler. Radyal skarın önemi radyolojik olarak tubuler meme kanserine çok benzemesinden kaynaklanmaktadır (89).

17. Fokal Meme Fibrozisi: Memenin fokal fibrozisi skarlar veya diabet mastopatisi ile ilgilidir. Memeye yönelik girişimsel işlemlerden sonra oluşabilmektedir. Fibrozis sıklıkla mammografi ve ultrasonografilerde nonkalsifiye lezyon şeklinde görölmektedir.

18. Lenfatik Filariasis: Lenfatik filaryazis bir nematod parazit olan Wuchereria Bancrofti tarafından meydana gelmektedir. Memede çok nadir görölmektedir.

1.8.2.2 MEMENİN MALİGN HASTALIKLARI

Meme kanserleri kadınlarda görölen en sık kanserdir, kansere bağlı ölümlerin %17' si meme kanseri nedeniyle oluşmaktadır. Hereditör bazı sendromlar varlığında da meme kanseri görölme sıklığı artmaktadır. Bu sendromlardan bazıları şunlardır;

Hereditör meme-over kanseri sendromu: Bu sendromlu tüm kişilerin mutant BRCA1 geninin taşıdığı kabul edilmekte ve 70 yıllık yaşam boyunca meme kanseri oluşma riski de %85 olarak hesaplanmaktadır (89).

Bölgeye spesifik hereditör meme kanseri: BRCA2 geniyle yakın ilişkili olan bu sendromda hastalık premenopozal dönemde erken yaşta ortaya çıkmakta ve billateral başlangıç göstermektedir. Bu kişilerde meme kanseri oluşma riski % 90 olarak hesaplanmıştır.

Li-Fraumeri sendromu: 1969 yılında tarif edilen otozomal dominant bu sendromda meme kanseri ile birlikte çeşitli maligniteler ailenin değişik bireylerinde ortaya çıkmaktadır. Aile bireylerinde yumuşak doku sarkomları, beyin tümörleri, lösemi ve akciğer kanserleri, adrenal korteks tümörleri görülebildiği için SBLA sendromu olarak adlandırılan bu sendromda yumuşak doku sarkomu veya osteosarkoma tanılı çocukların annelerinde meme kanseri ortaya çıkmaktadır (89).

Cowden Sendromu: Otozomal dominant nadir bir sendrom olup, iskelet sistemi anomalileri, multipl mukokütanöz hamartomlar, gastrointestinal sistem tümörleri, tiroid tümörü ve memede fibrokistik değişiklikler birarada görülmektedir. Bu sendroma sahip kadınların yaklaşık yarısında meme kanseri gelişmesi riski vardır, %25 oranında da bilateral meme tümörü gelişebilmektedir (89).

Muir Sendromu: Multiple cilt tümörleri ve gastrointestinal sistemin multipl selim ve habis tümörleri ile seyreden otozomal dominant geçişli nadir bir sendromdur. Bu sendromda kadınlarda özellikle menapoz sonrası dönemde olmak üzere meme kanseri oluşma riski oldukça yüksektir (89).

Kadınlarda meme kanseri gelişim riskini artıran faktörler vardır. Meme kanseri erkeklere göre kadınlarda yüz kat daha fazla izlenir.

Yaş; yirmi yaşın altında ise meme kanseri oldukça nadirdir. 20 yaş sonrasında insidans giderek yükselmekte ve 45-55 yaşlar arasında plato yapmaktadır. 55 yaşından sonra insidanda hızla yükselme izlenmektedir (89).

Şekil 1: Yaşlara göre kadınlarda meme kanseri görülme sıklığı

25-yaşında	19.608 kadından birinde
30-yaşında	2.525 kadından birinde
35-yaşında	622 kadından birinde
40-yaşında	217 kadından birinde
45-yaşında.	93 kadından birinde
50-yaşında.	50 kadından birinde
55-yaşında	33 kadından birinde
60-yaşında	24 kadından birinde
65-yaşında	17 kadından birinde
70-yaşında	14 kadından birinde
75-yaşında	11 kadından birinde
80-yaşında	10 kadından birinde
85-yaşında	9 kadından birinde
86-yaş ve üzeri yaşlarda	8 kadından birinde

(National Cancer Institute, Surveillance, Epidemiology, and Results Program & American Cancer Society, 1993).

Soygeçmişinde (aile hikayesinde) özellikle anne veya kızkardeşlerinde meme kanseri olan kadınlarda risk daha fazladır. Bunlarda hastalık ortalama 10-12 yıl daha erken çıkmaktadır. Meme kanseri olan hastalarda, karşı memede kanser geliştirme riski de belirgin şekilde artmaktadır. Meme kanserli ailelerde bilateral meme kanseri vakaları insidansı da artmıştır. Özellikle ailede bilateral meme kanser görülmesi genç yaşta meme kanserine yakalanma riskini artırmaktadır. Önceden yapılan meme biyopsilerinde sellüler atipi, atipik duktal hiperplazi, lobüler neoplazi, juvenil papillomatozis görülen kadınlarda meme kanseri riski artmıştır. Kan grubu (0) olanlarda benign meme hastalıkları, over kistleri ve genç yaşlarda

meme kanseri gözlenmiştir. Bir çok çalışma geciken menarşın meme kanseri riskini 1/3-1/2 oranında azalttığını göstermiştir. 12 yaşından önce menarş ise insidansı 2 kat artırmaktadır. Erken menarş meme kanseri gelişiminde bir risk faktörüdür. Hiç doğum yapmamış kadınlarda insidans artış gözlenmiştir. İlk gebeliği 30 yaşından sonra olan kadınlarda meme kanserine yakalanma riski, 18 yaşından sonra ilk gebeliği olanlardan daha yüksektir. Geç menapoza giren kadınlarda da insidans artmış olarak izlenmektedir. Yüksek östrojen ve progesteron hormon düzeylerinin meme kanseri riskini artırdığı gözlenmiştir. Postmenapozal dönemde yapılan düşük doz hormon replasman tedavisinde ciddi bir risk artışı izlenmemiştir. Ancak yüksek doz hormonun 10-15 yıl ve daha uzun süreli kullanımında meme kanseri riskini 2-3 kat artırdığı görülmüştür (89).

Coğrafi bölgeler arasında da meme kanseri insidansı yönünden belirgin fark görülmüş olup; Hollanda' da yüzde 24.19, A.B.D'de yüzde 21.38 iken, Japon kadınlarda yüzde 3.76 olarak hesaplanmıştır. Çevresel faktörlerin etkin olduğu, Amerika' ya göç eden Japon kadınlarda insidansın arttığı izlenmiştir. Pestisitlere maruz kalanlarda da meme kanseri riski artmaktadır. Diyetle yağ ve kolesterol alımı çok önemlidir. Kişi başına düşen yağ tüketimi ile meme kanseri arasında direkt korelasyon bulunmuştur. Bu ilişki postmenapozal kadınlarda, premenapozal kadınlara oranla daha şiddetlidir. Postmenapozal obesitede ve kronik alkol kullananlarda da risk artmaktadır.

Radyasyon meme kanserinde de risk faktörüdür. Atom bombasından sonra iyonizan radyasyona maruz kalanlar, postpartum mastit nedeniyle radyoterapi uygulanmış kişiler, tüberküloz nedeni ile floroskopi ile takip edilen hastalar ve radyasyona maruz kalan hayvan modellerinde meme kanseri riskinin arttığı gözlenmiştir. Son yıllarda yapılan genetik çalışmalar, özellikle premenapozal meme kanserinin etyolojisinde genetik faktörlerin ön plana çıktığını göstermiştir. Mutasyona uğramış BRCA1 ve BRCA2 genlerini taşıyanlarda meme kanseri riski belirgin artmıştır. Bu genler 17 ve 13. kromozomlar üzerinde yerleşmiştir ve

genleri taşıyanlarda yaklaşık % 85 oranında meme kanseri görülmektedir. Tüm meme kanserlerinin %5' inde de BRCA1 ve BRCA2 genleri pozitif bulunmuştur. 13. Kromozomda bulunan resesif Retinoblastoma geni bir tümör supressör gendir, bu kromozomda heterojenitenin kaybı premenapozal meme kanserine neden olmaktadır. Kolon kanserinde olduğu gibi 17. kromozomdaki P53 supressör geni de meme kanseri gelişmesinde önemli bir gendir, genin kaybı ile meme kanseri arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Yine erb-B-2 onkogeninin meme ve over kanseri prognozunu belirlemede önemli bilgiler verdiği gösterilmiştir (90).

Meme kanserlerinde majör risk faktörleri aile hikayesi, önceki hikayede meme kanseri olması, genetik olarak yatkınlık, BCRA1 ve BCAC2 genlerini taşıması, önceden geçirilen diğer benign meme hastalıklarıdır. Benign meme hastalıklarından, fibrokistik hastalık, solid veya papiller orta derecede hiperplaziler, fibrovasküler nüveli papilloma, atipik duktal veya lobüler hiperplaziler, neoplaziler (lobüler Karsinoma insitu) ile meme kanseri birlikteliği fazladır. Minör risk faktörleri ise, erken menarş, geç menapoz, obesitesi olan postmenapozal kadınlar, alkol alımı, düşük doz radyasyon, diabetes mellitus. ileri yaş, ilk doğumunu geç yaşta yapan kadınlar, pestisitlere maruz kalma, uzun süreli oral kontraseptif ilaç alımıdır. Meme kanserlerinin histopatolojisinin incelendiğinde; % 90' ının duktus epitelinden, % 10' unun lobül epitelinden köken aldığı görülmektedir. Memesinde ele gelen kitle olan kadınlarda malignensi tespit etme oranı (15.2/1000 muayene), memede ele gelen kitlesi olmayanlara göre (2.8/1000) daha yüksektir. Meme kanserleri sınıflandırılması klinik veya histopatolojik olarak yapılmaktadır (90).

1.8.2.2.1 NON-İNFİLTRATİF MEME MALİGNİTELERİ

1. Duktal Karsinoma İn Situ: DCIS tanısı konmuş kadınlarda, kanser hücreleri oluştukları süt kanalları içerisinde kalmış ve memenin yağı dokusuna ya da lenf bezleri gibi

vücudun diğer organlarına sıçramamışlardır. DCIS genellikle (yaklaşık olarak % 80 oranında) mammogram üzerinde küçük kalsiyum birikimleri (mikrokalsifikasyonlar) olarak görülmektedir. Daha az yaygın olmakla birlikte (yaklaşık olarak % 15 oranında), DCIS kalsifikasyonlar ve kitle olarak bulunmaktadır. Nadiren (yaklaşık olarak % 5 oranında), DCIS olarak tanımlanan kitlelerde mikrokalsifikasyonlar görülmez. Kuşku bölgede DCIS olup olmadığının belirlenmesi için meme biyopsisi yapılması gerekmektedir. DCIS için standart tedavi şekli, meme koruyucu terapi (lumpektomi yada kadranektomi) ve ardından gelen radyasyon tedavisidir. Genel olarak bakıldığında DCIS tanısı konmuş hastaların yaklaşık olarak yarısı lumpektomiyi tercih ederken diğer yarısı mastektomiyi tercih edebilmektedir. DCIS tanısı konmuş hastalar tedavi seçeneklerini doktorları ile detaylı olarak tartışmalıdır. Son yıllarda meme koruyucu cerrahi yöntemleri gittikçe artan sıklıkta ve başarıyla kullanılmaktadır.

(90)



2. Lobüler Karsinoma İn Situ: LCIS aslında meme kanseri için yüksek risk olduğunun bir göstergesidir. LCIS lerin pek çoğu memede şüpheli görülen başka bölgelerin biyopsisi yapılırken şans eseri bulunmaktadır. LCIS'in mikroskopik özellikleri normal hücrelerden farklı ve kanser hücrelerine daha benzer olsa da, genel olarak bakıldığında LCIS kanser olarak davranmaz ve bu yüzden de kanser gibi tedavi edilmez. LCIS yalnızca memenin herhangi bir yerinde kanser oluşması riskinin arttığını gösteren bir göstergedir. LCIS tanısı konmuş hastaların yıllık rutin mamografilerle takipleri önerilebilmektedir.

1.8.2.2.2 İNFİLTRATİF MEME MALİGNİTELERİ

1. İnfiltratif Duktal Karsinom (Skiröz Karsinom): Duktal karsinomlar bazal membranı tahrip edip geçtiğinde infiltratif karsinom olarak adlandırmaktadır. Meme kanserlerinin %65-75' inden fazlasını oluşturmaktadır. Prognozu en kötü olan meme kanseridir. Multisentrik veya bilateral olabilmektedir. Epitelyal ve stromal komponentlerden oluşmaktadır. Fibröz stromal komponent tümörün karakteristik klinik ve mammografik özelliklerini vermektedir.

2. İnfiltratif Lobüler Karsinom: Meme malignitelerinin %7-10' unu oluşturmaktadır. Bilateral ve multisentrik olma sıklığı infiltratif duktal karsinomdan iki kat fazladır, %20 oranında bilateraldir. Mammografilerde daha çok parankim yapısında bozukluk şeklinde görülmektedir. Histolojik veya mammografik olarak infiltratif duktal karsinomu taklit edebilmektedir. Bu kanser türünde bazen mammografik olarak bulgu saptanamayabilir, ayrıca hastalar klinik olarak asemptomatik olabilir, böylece fizik muayene ve mammografi incelemelerinde gözden kaçırılabilir. Bu gibi durumlarda ultrasonografi gibi diğer teknikler kullanılmalıdır.

3. Meduller Karsinom: Tüm meme kanserlerinin %5-7' sini oluşturmaktadır. Mammografide iyi sınırlı kitle görünümündedir. Duktal tip kanserlere göre daha genç hasta grubunda görülmektedir. 35 yaşından genç kadınlarda görülen meme tümörlerinin %11' i meduller kanserdir. Düşük grade' li ve iyi prognozlu tümörlerdir. Aksiller lenf nodları meduller karsinomlarda reaktif olarak büyüyebilirler ve bu durum klinik evrelendirmede yanıltıcı olabilmektedir (90).

4. Kolloid Karsinom (Müsinöz karsinom): Genellikle ileri yaş kadınlarda görülmektedir. Tüm meme kanserlerinin %1-7' sini oluşturmaktadır. Genç yaş grubunda %1,75 ve üzeri yaş grubunda ise %7 oranında görülmektedir. Tümör yavaş büyür ve gelişir, prognozu iyidir ve lenf nodu metastazı hemen hiç görülmemektedir. Mammografilerde oldukça iyi sınırlı

kitleler şeklinde izlenmektedir. Düzgün konturlu, kalsifikasyon veya desmoplastik reaksiyon göstermeyen kitlelerdir. Patolojik olarak tümör bol miktarda müsinöz materyal ile çevrili karsinom hücrelerinden oluşmaktadır. Kolloid kanser kitleleri ultrasonografide düzgün veya hafifçe düzensiz konturlu, posterior akustik şiddetlenme gösteren homojen veya nonhomojen yapıda hipoekojen lezyonlardır (90).

5. Tubüler Karsinom: Meme kanserlerinin %2' sini oluşturmaktadır. Tümör dokusunun %75' i tubüler yapılardan oluşan infiltrate duktal karsinomadır. Tümör içerisinde tubül formasyonu izlenmektedir. Prognoz oldukça iyidir. Uzun spikülasyonlar ve mikrokalsifikasyonlar içeren küçük tümörlerdir ve boyut ortalaması yaklaşık 1 cm bulunmaktadır. Histopatolojik olarak tümör, yoğun elastik stroma içinde dağınık yerleşimli tubüllere benzeyen iyi diferansiye tümöral yapılardan oluşmaktadır. Tubüller %60 oranında mammografik olarak tespit edilen mikrokalsifikasyonlar içermektedirler. Tubüler karsinomların aksiller lenf nodu metastazları daha az görüldüğünden ve prognozu daha iyi olduğundan bu tip meme kanserlerinin erken teşhisi özellikle önemlidir (90).

6. Adenoid Kistik Karsinom: Adenoid kistik karsinoma genellikle tükürük bezlerinde görülen adenokarsinomanın nadir bir varyantıdır. Ancak bu formdaki tümörler meme, trakeo-bronşial ağaç, uterin serviks, larenks ve bartolin bezinde de görülmektedir. Meme kanserlerinin %1' den daha küçük bir bölümünü oluşturmaktadır. Aksiller lenf nodu tutulumu ve uzak metastazlar nadir görülmektedir. Mammografide diğer benign ve malign tümörlere benzer yuvarlak, lobule nodüller şeklinde görülmektedir (90).

7. İnfiltratif Papiller Karsinom: Tüm meme kanserlerinin %1-2' sini oluşturmaktadır. Ortalama yaş 63-67' dir. Mammografide geniş ve iyi sınırlı kitleler halinde izlenirler, makrolobülasyon izlenebilir, tek veya multiple sahalarda mikrokalsifikasyonlar sıktır. Ultrasonografide ise kompleks kistik kitle görülmektedir (90).

8. Paget Hastalığı (Meme başı karsinoması): Paget hastalığı meme başının kronik ekzamatoid görünümü ile beraber santral duktal karsinomun bulunmasıdır. Paget tüm meme kanserlerinin %1-5' i oranında izlenmektedir. Genellikle unilateraldir. Meme başında yanma, kaşınma ve ağrı ile başlamaktadır. Hiperemi ve ülserasyon meydana gelmektedir. Cilt lezyonu genelde derinde bulunan infiltratif veya intraduktal meme kanseri ile ilişkilidir. İleri yaşlarda siktir. Mammografilerde meme başı ve areolada kalınlaşma, subareoler kitle, meme başında kalsifikasyonlar izlenmektedir. Meme başının altındaki duktuslar dilatedir. Sıklıkla menapozal veya perimenapozal kadınlarda görülmektedir.

9. İnflamatuvar Meme Kanseri: Meme kanserleri içerisinde en letal form olan inflamatuvar meme kanser ilk olarak 1814 yılında Charles Bell tarafından memede kitle, ağrı ve kitlenin üzerindeki ciltte renk değişikliği olarak tanımlanmıştır (90).

1.8.2.2.3 DİĞER MALİGN MEME LEZYONLARI

1. Lenfoma ve Lösemi: Memenin primer non-hodgkin lenfoması memenin malign lezyonlarını % 0.1-0.5' ini oluşturmaktadır. Lenfomatöz veya lösemik depozitler genellikle dissemine ve multisentrik hastalığın infiltrasyonlarıdır. Lenfomalar aksiller veya intramammar lenfadenopatiler oluşturabilir ya da iyi veya kötü sınırlı meme nodülleri şeklinde görülebilmektedirler (90).

2. Metaplastik Kanseler: Skuamöz ve sarkomatöz metaplastikler en sık invaziv duktal karsinomlarda, primer meme sarkomlarında ve phylloid tümörde görülebilen yassı hücreli, spindle hücreli ya da heterolog mezenşimal büyüme gibi patolojik bulgulardır. Genellikle az diferansiye tümörlerde görülürler ve kötü prognoz göstermektedirler. Meme kanserlerinde metaplastik değişiklikler seyrekdir (90).

3. Sarkomlar: Fibrosarkomlar en sık primer meme sarkomlarıdır. Fibroadenoma benzerler, ancak düzensiz konturlu, lokal infiltrasyon gösteren ve çok hızlı büyüyen kitlelerdir (90).

4. Metastatik Meme Lezyonları: Memeye metastazlar, meme malignitelerinin %1-2'sini oluşturmaktadır. Mammografik görünümüleri fibroadenoma benzeyen iyi sınırlı bir kitle şeklinde olabilmektedir. Memeye en sık karşı memeden, lenfoma, melanom, yumuşak doku sarkomları, granülositik sarkoma, akciğer bronş karsinomu, mide, prostat, over ve serviks malignitelerinin metastazları görülmektedir. Daha az sıklıkla memeye metastatik tranzisyonel hücreli karsinoma metastazı bildirilmiştir. Memeye metastazların %85'i soliter ve unilateraldir. Meme kanserlerinin kendi metastazları ise sıklıkla, akciğer, karaciğer, kemik, plevra, sürrenal ve böbreklere olmaktadır. Daha az sıklıkla metastazlar dalak, pankreas, over, beyin, temporal kemik ve tiroide izlenmektedir (90).

1.8.3. Meme Kanserinin Doğal Seyri ve Gelişimi

Meme kanseri büyüme hızı ve klinik tablo açısından oldukça heterojenlik göstermekle birlikte, doğal gelişimi ve seyri genellikle uzun yılları kapsamaktadır. Klinik olarak saptanamayan, ancak mamografide saptanabilir büyüklüğe erişen bir meme kanserinin preklinik gelişimi 5-10 yıl olabilmektedir. Klinik olarak saptanabilen 1 cm büyüklüğe erişmesi veya semptom vermesi için ise birkaç yıl daha geçmesi gerekmektedir. Klinik gelişimi 30-40 yıla uzayan kanserler bildirilmiştir (90).

Primer meme kanseri, bir veya birden fazla hücrenin normal proliferasyon ve diferansiyasyon özelliğini kaybetmesi ile başlamaktadır. Bir süre, duktus veya lobüllerin bazal membranını aşmayan bu çoğalma, zamanla bazal membranı geçerek çevre dokuya invaziv karakter kazanmaktadır. Bu olaylar erken veya geç, yani tümör gelişiminin her kademesinde oluşabilmektedir. Bu nedenle meme kanserinin kliniği de, çok geniş bir yelpazede heterojenlik

göstermektedir. Böylece bazı hastaların tümörleri uzun yıllar lokalize kalırken bazı hastalarda çok erken evrede dahi uzak metastazlar görülür ve şifa, tanı anında imkansızdır (90).

1.8.4. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Son 20 yılda, meme kanserini tanı ve tedavisinde önemli aşamalar kaydedilmiş, kanser gelişme riski yüksek kadınları saptamaya yönelik risk faktörleri, moleküler biyoloji ve genetik bilimin de katkılarıyla belirlenmeye çalışılmıştır (60) .

Bazı özellikleri taşıyan kadınlarda, meme kanserinin daha sık görüldüğü bilinmektedir. Bu özelliklere risk faktörleri denilmektedir. Bu risk faktörlerini taşıyan kişilerin mutlaka meme kanserine yakalanacakları söylenemez. Sadece, bu faktörleri taşımayanlara göre, daha fazla meme kanserine yakalanma olasılıkları olduğu bilinmektedir. Bu faktörleri taşımayan kişiler de meme kanserine yakalanabilirler. Meme kanserine yakalanan kadınların yarısı, bu risk faktörlerini hiç taşımamaktadır. Bu nedenle, risk faktörlerinin taşımayan kişiler de olağan kontrollerini yaptırmalıdır. Meme kanserine yakalanma riskini artıran faktörleri kısaca şunlardır(60);

Yaş: İleri yaş önemli bir risk faktörüdür. Yeni meme kanseri tanısı konan kadınların %70' i, 50 yaş üzerindedir. Diğer bir deyimle, yaşı 50 yaş üzerinde olan kadınlarda meme kanseri görülme sıklığı, yaşı 50 yaşın altında olan kadınlardan 4 kat daha fazladır. Bu nedenle, 50 yaş üzerindeki her kadın, mutlaka yılda bir defa hekime baş vurarak muayene olmalı ve mamografi çektirmelidir.

Kişisel meme kanseri hikayesi: Daha önce meme kanseri geçirmiş ve tedavi olmuş kadınlarda, diğer memede kansere gelişme olasılığı normal kadınlara göre 3-4 kat daha fazladır.

Ailede meme kanseri hikayesi: Aile yakınları arasında meme kanserine yakalanmış kadınların, meme kanserine yakalanma olasılığı, diğer kadınlara göre daha fazladır. Örneğin,

kız kardeşi veya annesi meme kanserine yakalanan bir kadının, meme kanserine yakalanma riski, diğer kadınlardan 2-5 kat daha fazladır. Bu kadınlar daha sık ve dikkatli izlenmelidir. Bu şekilde sorunları olan kadınlar, meme kanseri genetik danışmanlığının yapıldığı kliniklere başvurarak risklerini hesaplattırmaları gerekmektedir. Eğer aile geçiş riski yüksek bulunursa, genetik testi yaptırmalıdırlar.

Daha önce meme biopsisi yapılmış olması: Memede bir kitle nedeni ile biopsi yapılmış ve iyi huylu bir tümör saptanmış olabilir. Bazı kanser olmayan iyi huylu tümörlerin bulunması, kanser gelişme riskini değişik oranlarda artırabilmektedir. Bu, tümörün hücresel yapısına göre değişmektedir. Örneğin, yapılan bir biopside, çıkartılan kitlenin patolojik incelemesi sonucu atipik hiperplazi tanısı konmuş kadınlarda (bu tamamen iyi huylu bir tümördür), meme kanseri gelişme oranı normal kadınlara göre daha fazladır.

Fertil çağ süresi: Adet görmeye erken başlanması, menepoza geç girilmesi, fertil çağı uzatmaktadır. Bu sırada kadın daha uzun süre östrojen hormonu etkisi altında kalmakta, meme kanseri gelişme riski artmaktadır. Erken menopoza giren kadınlarda hormon tedavisi yapılmıyor ise, meme kanseri riski önemli ölçüde azalmaktadır. Elli yaşından sonra adet görmeye devam eden kadınlarda, meme kanserine yakalanma riski az da olsa artmaktadır.

Doğurganlık hikayesi: İlk çocuğu doğurma yaşı önemlidir. İlk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran kadınlarda meme kanseri görülme oranı 20 yaşından önce doğuranlara göre 2 kat fazladır. Hiç çocuk doğurmayan kadınlarda risk hafif yükselmektedir (60).

Sosyoekonomik seviyenin yüksekliği: Varlıklı, sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kadınlarda, meme kanseri görülme oranı daha fazladır. Bu ailelerin kızları daha iyi beslendikleri için daha erken gelişmekte ve erken yaşta adet görmeye başlamaktadır. Ayrıca bu çocuklar büyüdükleri zaman eğitim ve iş nedeni ile daha geç evlenmekte ve daha geç çocuk sahibi olmaktadır. Bu nedenlere bağlı olarak fertil çağın erken başlaması, geç doğurma gibi

nedenler sebep olarak sayılabilir. Ayrıca bunların dışında başka faktörler de rol almaktadır (60).

Östrojen hormonu tedavisi görenler: Menopoz nedeni ile uzun süre östrojen tedavisi (10 yıldan fazla) gören kadınlarda, meme kanseri oranı artmaktadır. Fakat, hormon tedavisi almayan kadınlarda da, kalp hastalıklarında ve osteoporoz gibi sorunlarda artış ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, menopoz yakınmalarının azaltılması amacı ile, östrojen verilmesi önerilebilir fakat, mutlaka bir hekim kontrolü altında yapılmalıdır (60).

Doğum kontrol hapı kullanılması: Bu konuda farklı görüşler olmakla birlikte hafif bir risk artışı olduğu ileri sürülmektedir. On yıl önce doğum kontrol hapını bırakmış olan kadınlarda ise, bu risk tamamen ortadan kalkmaktadır (60).

Alkol kullanılması: Fazla alkol alan kadınlarda, almayan kadınlara göre risk nispeten artmaktadır. Günde 3 bardak yüksek dereceli alkol içen bir kadının meme kanserine yakalanma riski, hiç içmeyen kadına göre 2 kat daha fazladır. Alkol alımının günde bir kadeh ile sınırlandırılması önerilmektedir (60).

Sigara: Sigaranın kesin bir etkisi gösterilememiştir. Fakat, genel sağlığı etkilediğinden dolayı bırakılması önerilmektedir (60).

Şişmanlık ve yağlı beslenme: Bazı çalışmalarda şişmanlığın, özellikle 50 yaş üzerindeki kadınlarda meme kanserine yakalanma riskini artırdığı gözlenmiştir. Özellikle, doymuş yağların fazla bulunduğu yağlı et gibi yemekler ve yağlı süt ürünlerinin fazla alınmasının bu riski artırdığı ileri sürülmektedir (60).

Egzersiz: Yoğun egzersiz ve jimnastik yapan kadınlarda meme kanseri riskinin azaldığı gözlenmiştir. Bu nedenle, tüm kadınlara önerilmektedir.

Beslenme: Meme kanseri ile beslenmenin önemli ilişkisi vardır. Sebze ve meyveden zengin beslenme, ağır yağlı yiyeceklerden uzak durulması önerilmektedir. Günlük gıda alımına

C vitamini, betakaroten gibi antioksidanların eklenmesinin koruyucu etkisi olduğu ileri sürülmektedir. Kısaca;

- Şişmanlığın azaltılması
- Alkol alınıyorsa bırakılması
- Hafif egzersiz yapılması (haftada 4 saat tempolu yürüyüş)
- Sebze ve meyvenin bol tüketilmesi, gibi basit önlemler ile meme kanseri riski %30-40 oranında azaltılabilmektedir (60).

1.8.5. Meme Kanserinin Dünyadaki Dağılımı ve Epidemiyolojisi

Meme kanseri Batı dünyasında insidans ve yıllık mortalite açısından çoktandır birinci sıraya oturmuş, olağanüstü önemde bir hastalık olarak disiplinlerarası ilgi odağı haline gelmiştir. Dünyada yılda görülen 10 milyon yeni kanser olgusunun %10' u, yani 1 milyonu meme kanseridir. Dünyada meme kanserinden ölüm ise 400.000 dolayındadır (32,85).

Dünya istatistiklerine baktığımızda, meme kanserinden ölümlerin Japonya hariç sanayileşmemiş ülkelerde yoğunlaştığını, özellikle batı ve kuzey Avrupa ile ABD'de insidansın arttığı görülmektedir. Ülkemizde, kanser olgularının bildirimini 1982 yılında zorunlu hale getirilmiştir. Bu tarihten itibaren bildirimler Kanserle Savaş Daire Başkanlığı'na yapılmaktadır. Türkiye'de meme kanseri erkeklerde %1, kadınlarda %27 oranında bildirilmiştir (32,85,90).

1.8.6. Evreleme ve Meme Kanseri Tipleri

Mamografik tetkiklerin yaygınlaşması, sentinel lenf nodu diseksiyonu ve moleküler tanı yöntemlerinin geliştirilmesi invazif meme kanserlerinin daha erken evrelerde saptanmasına yol açmıştır (8).

Evrelendirme (Staging) doktorların tümörün boyutunu ve yerini belirlemek için yaptıkları bir sınıflamadır. Evrelendirme, kanser tedavisindeki seçeneklerin belirlenmesinde

çok önemli bir işlemdir. Evrelendirme amacı ile aralarında klinik meme kontrolünün ve biyopsinin de olduğu bazı testler ve Toraks grafisi, Mamografi, Kemik Taraması, Bilgisayarlı Tomografi, Ultrasonografik Görüntüleme ve Manyetik Rezonans taraması gibi görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Bunlara ek olarak hastaların genel sağlık durumunun belirlenmesi ve kanserin bazı organlara sıçrayıp sıçramadığının belirlenmesi amacı ile kan testleri de yapılmaktadır (60).

TNM Evrelendirme Sistemi

Kanserin evrelendirilmesi amacı ile TNM sistemi geliştirilmiştir. Burada T tümörün boyutunu, N lenf bezlerinin durumunu (lymph Nodes) ve M ise kanserin metastaz yapıp yapmadığını göstermektedir (8,29).

T (Tümörün Boyutu): T ve ardından gelen 0 ile 4 arasındaki rakam tümörün boyutunu ve deriye ya da memenin altında bulunan göğüs duvarına sıçrayıp sıçramadığını belirtmektedir. T'nin ardından gelen rakamın büyük olması daha büyük ve daha yaygın bir tümörün göstergesidir (8,29,60,89).

TX: Tümörün boyutu belirlenememiştir.

T0: Tümör belirtisi yoktur.

Tis: Kanser LCIS, DCIS ya da tümör olmayan meme başının Paget Hastalığı türündendir.

T1: Tümör en büyük çapında 2 cm ya da daha azdır.

T2: Tümör en büyük çapında 2 ile 5 cm arasındadır.

T3: Tümör en büyük çapında 5 cm' den daha büyüktür.

T4: Tümörün büyüklüğü önemsenmeksizin, tümörün göğüs duvarına ya da lenf bezlerine yayıldığı durumlarda kullanılır (8,17).

N (Lenf Bezleri): N ve ardından gelen 0 ile 3 arasındaki rakam kanserin memeye yakın lenf bezlerine yayılıp yayılmadığını göstermektedir. N' nin ardından gelen rakamın büyüklüğü daha fazla ve daha uzak lenf bezlerine sıçramayı belirtir.

NX: Lenf bezlerine yayılım belirlenememiştir. (lenf bezleri daha önce alınmış olabilir)

N0: Kanser lenf bezlerine yayılmamıştır.

N1: Kanser bulduğu meme ile aynı tarafta bulunan koltuk altı lenf bezlerine sıçramıştır ve tutulumlu lenf bezleri hareketlidir.

N2: Kanser tümörün bulunduğu meme ile aynı tarafta bulunan lenf bezlerine sıçramıştır ve tutulumlu lenf bezleri hareketsizdir-fiksedir.

N3: Kanser tümörün bulunduğu meme ile aynı tarafta bulunan supraclavicular (ana dolaşım sistemi) lenf bezlerine ya da her iki meme arasındaki lenf bezi zincirine (internalmammary) sıçramıştır (8,17) .

M (Metastaz): M ve ardından gelen 0 ya da 1 ile gösterilmektedir. M1 olması durumunda kanser metastaz yapmıştır yani diğer/uzak organlara ya da memeye yakın olmayan lenf bezlerine (köprücük kemiğinin üstünde olan lenf bezleri gibi) sıçramıştır.

MX: Kanser metastaz yapıp yapmadığı belirlenememiştir.

M0: Kanser diğer/uzak organlara sıçramamıştır.

M1: Kanser diğer/uzak organlara sıçramıştır (8,17).

Şekil 2: TNM evrelendirme tablosu

Evre	Tümör(T)	Lenf Bezleri(N)	Metastaz(M)
Evre0	Tis	N0	M0
EvreI	T1	N0	M0
Evre IIA	T2	N0	M0
Evre IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Evre IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
Evre IIIB	T4	N önemsiz	M0
	T önemsiz	N3	M0
Evre IV	T önemsiz	N önemsiz	M1

Evre 0: Aynı zamanda 'in-situ' olarak da adlandırılır, bu terim “yerinde sınırlı” anlamına gelmektedir. Evre 0 olan kanserler yerlerinde sınırlı ve çevre dokulara sıçramamış kanserlerdir. Klinik kontrollerde tanısı konan kanserlerin yaklaşık olarak %15 ile %20' si Evre 0 kanserlerdir (8,17).

Evre 0 kanserler oluştukları yerlere göre ikiye ayrılmaktadır. Süt bezlerinde (lobes) süt kanalı dışındaki dokudan kaynaklanmışsa Lobular carcinoma in situ ya da kısaca LCIS, eğer

süt kanallarında (ducts) oluşmuşlarsa ductal carcinoma in situ ya da kısaca DCIS olarak adlandırılırlar (8,29).

Evre (Stage) I: Orijinal tümör 2 cm ya da daha küçüktür ve kanser lenf bezlerine sıçramamıştır. Evre I kanser tedavisi için genellikle izlenen iki yöntem vardır.

Meme koruyucu tedavi: Lumpektomi (kanserli kitlenin etrafında bir parça sağlıklı meme dokusu ile birlikte alınması) ve koltuk altı lenf bezlerinin alınmasını takip eden radyasyon tedavisi.)

Mastektomi (kanserin bulunduğu memenin alınması operasyonu) ve koltuk altı lenf bezlerinin çıkarılması (8,17).

Evre (Stage) IIA: Orijinal tümör 2 ile 5 cm arasındadır ve lenf bezlerine sıçramamıştır.

Evre (Stage) IIB: Orijinal tümör 2 ile 5 cm arasındadır ve koltuk altı lenf bezlerine sıçramıştır, ya da orijinal tümör 5 cm' den daha büyüktür ve koltukaltı lenf bezlerine sıçramamıştır. Evre II için genelde uygulanan tedavi şekli Evre I ile aynıdır (lumpektomi ve koltuk altı lenf bezlerinin çıkarılması ya da mastektomi), ancak eğer tümör büyükse ya da lenf bezlerine sıçramışsa radyasyon tedavisinin tamamlayıcı olarak önerilmesi daha yaygındır (8,17).

Evre (Stage) IIIA: Orijinal tümör koltuk altı lenf bezlerine ve meme dışı dokulara sıçramıştır. Evre IIIA meme kanseri için standart tedavi mastektomidir ve sonrasında bazı durumlarda memenin yeniden yapılmasını hedefleyen estetik operasyonlar planlanabilmektedir. Tümörün sağlıklı meme dokusundan bir kesim ile ayrılabilmesinin olası olduğu durumlarda, lumpektomi de yapılabilmektedir. Operasyon sonrasında genellikle radyasyon tedavisi ve sistematik tedavi olarak kemoterapi ve hormon tedavisi uygulanmaktadır. Eğer tümör çok büyükse, operasyon öncesinde tümörün boyunun küçültülmesi amacıyla kemoterapi uygulanabilir, bu tip kemoterapi uygulamalarına neoadjuvant kemoterapi denir. Bazı

durumlarda neoadjuvant kemoterapiye yardımcı olması amacıyla operasyon öncesi hormon tedavisi de uygulanmaktadır (8,17,29).

Evre (Stage) IIIB: Orijinal tümörün boyutuna bakılmaksızın, tümörün kendisini meme duvarına bağladığı ve (pektoral) lenf bezlerine sıçradığı durumlarda kanser Evre IIIB olarak neoadjuvant kemoterapi ile başlamaktadır. Orijinal tümörün boyunun istenen oranda küçülmesi ile birlikte, lumpektomi veya mastektomi yapılmaktadır. Operasyon sonrası uygulanan standart tedavi ise radyasyon tedavisi, kemoterapi ve hormon tedavisidir.

Evre (Stage) IV: Kanser meme dışına vücudun diğer bölümlerine (kemikler, akciğer, karaciğer ya da beyin gibi) sıçramıştır. Evre IV meme kanserinin tedavisinde temel amaç yaşam süresini ve kalitesini arttırmak ve hastanın şikayetlerini gidermektir. Tedavide genelde kemoterapi ve hormon tedavisi gibi tüm vücudu etkileyen sistematik tedaviler uygulanmaktadır. Hastanın şikayetlerinin azaltılması amacı ile bazı durumlarda mastektomi önerilebilmektedir (8,17,29,89).

1.8.7.Erken Evre Meme Kanserinin Tedavisi ve Komplikasyonları

Bir kadının tedavi seçenekleri hastalığının evresi ve aşağıdaki faktörlere göre değişmektedir:

- ❖ Tümörün büyüklüğünün memenin büyüklüğüne oranı.
- ❖ Laboratuvar testlerinin sonuçları (örneğin kanser hücrelerinin büyümesinin hormonlara bağlı olup olmaması gibi)
- ❖ Menopoz olup olmadığı
- ❖ Genel sağlığı

Aşağıdakiler her evre için yaygın olarak kullanılan tedaviler: (Diğer tedaviler bazı kadınlar için uygun olabilir.) Klinik çalışmalar meme kanserinin her evresinde bir seçenek olabilir (8,17,29,89).

Evre 0: Evre 0 meme kanserinde lobular carcinoma in situ (LCIS) veya ductal carcinoma in situ (DCIS):

LCIS: LCIS olan çoğu kadınlar başka bir tedaviye gerek duymazlar. Onun yerine doktor meme kanseri belirtileri için düzenli takip önerebilmektedir. Bazı kadınlar meme kanseri oluşumu riskini azaltmak için tamoksifen kullanabilmektedirler. Diğerleri yeni önleyici tedavi çalışmalarına katılabilirler. Tek memede LCIS olması her iki meme içinde kanser riskini arttırmaktadır. Bu yüzden LCIS olan çok az kadında, kanser oluşumunu önlemek için her iki memenin de alındığı ameliyatı (bilateral prophylactic mastectomy) önerilebilmektedir. Cerrah, bunlarda koltukaltındaki lenf bezlerini almaz.

DCIS: DCIS olan çoğu kadın memenin alınmadığı ameliyatı takiben radyoterapi görmektedir. Bazıları total mastektomi olmayı seçebilirler. Koltukaltındaki lenf bezleri genelde alınmaz. DCIS olan kadınlar, yayılabilen meme kanserinin oluşumunu önlemek için tamoksifen kullanabilirler (8,17,89).

I, II ve IIIA Evreleri

I, II, ya da III A evrelerinde meme kanseri olan kadınlar kombine tedavi görebilirler. Bazıları (özellikle I. ve II. Evreler) meme alınmayan ameliyatı takiben radyoterapi görmektedir. Diğerlerinde mastektomi gerekebilir. Her iki yaklaşımla da kadınların genelde (özellikle I. ve II. Evreler) koltukaltı lenf bezleri alınmaktadır. Doktor, 3' ten fazla koltukaltı lenf bezlerinde kanser hücresi bulursa ya da memedeki tümör büyükse mastektomiden sonra radyoterapi önermektedir (8,17,89).

Meme alınmayan ameliyat (takiben radyoterapi) ve mastektomi arasındaki seçim bir çok faktöre göre değişir:

- Tümörün boyutu, yeri ve evresi
- Kadının memesinin boyutu
- Kanserin belirli özellikleri

- Kadının memesinin alınmaması hakkında hissettikleri
- Kadının radyoterapi istememesi (korkması)
- Kadının radyoterapi merkezine gidebilecek durumda olması.

Bazı kadınlar (özellikle II veya IIIA evresindekiler) ameliyattan önce kemoterapi görmektedirler. Bu tedaviye neoadjuvan terapi denir. Ameliyattan önce kemoterapi büyük tümörün küçülmesini sağlamakta, böylece memenin alınmadığı ameliyat mümkün olmaktadır.

Ameliyattan sonra bir çok kadın adjuvant terapi (kemoterapi, hormon terapisi ya da her ikisi) görmektedir. Adjuvant terapi, kalan kanser hücrelerinin yok edilmesini ve kanserin memede veya başka bir yerde tekrar oluşmasını engellemektedir (7,10,60,67).

1.8.7.1. Evre I/II Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisinde Uygulanan Yöntemler ve Komplikasyonlar

Meme kanserinin cerrahi tedavisinde pek çok teknik uygulanmıştır. Ancak bunların bir bölümü artık terk edilmiştir. Uygulanan yöntemler aşağıda kısaca özetlenmiştir (89).

1.8.7.1.1. Mastektomiler

Radikal Mastektomi: Bu ameliyatta meme glandı, üzerini örten cilt, memebaşı, areola, pektoralis majör ve minör kasları, aksiller lenf nodülleri ve yağ dokusu çıkarılmaktadır.

Modifiye Radikal Mastektomi: Bu ameliyatta meme, üzerini örten cilt, memebaşı ve areola, aksillert lenf nodülleri çıkarılmaktadır. Bazı olgularda pektoralis minör de kesilmekte veya çıkarılmaktadır. Ancak pektoralis majör'e dokunulmaz. Bu ameliyat halen tüm ülkelerde meme kanserinin cerrahi tedavisinde standart ameliyat olarak kabul edilmektedir.

Basit (Simple, Total) Mastektomi: Bu ameliyatta meme glandı, üzerini örten cilt, areola ve meme başı çıkarılmaktadır. Aksiller lenf nodülleri çıkarılmamaktadır. Meme koruyucu cerrahi girişim sonrası nüks eden hastalarda, yaygın insitu duktal kanserlerde, ileri evre tümörle de temizlik amacı ile uygulanmaktadır.

Subkutan (Cilt ve/veya Memebaşı-Areola Koruyucu) Mastektomiler: Bu ameliyatta meme cildi, bazen memebaşı ve areola sağlam bırakılmakta, cilt altı yağ dokusu ve meme glandı çıkarılmaktadır. Aksiller diseksiyon ilave edilir veya edilmeyebilir (60,89).

1.8.7.1.2. Meme Koruyucu Cerrahi Girişimler

Meme koruyucu ceerahi girişimlerin amacı; kanseri tedavi ederken, lokal nüks ve hastalısız yaşam oranlarında bozulmaya neden olmaksızın, geride bırakılan memede kabul edilebilir bir kozmetik sonuç elde etmektir. Bu ameliyatta çıkarılan meme dokusunun sınırlarında kanser hücresi bulunmamalı, yani ‘temiz sınır’ elde edilmiş olmalıdır. Bu ameliyatlar başlıca iki grupta incelenir.

- Lumpektomiler
- Kadranektomi

Lumpektomi: Tümör, çevresindeki bir miktar normal meme dokusu ile birlikte çıkarılmalıdır. Bu ameliyatta çıkarılan meme dokusunun sınırlarında ‘kanser hücresi’ bulunmamalı ‘temiz sınır’ elde edilmiş olmalıdır. Tümörün üzerindeki cilt ve altındaki pektoral fasya çıkarılmaz. Kozmetik sonuç oldukça iyidir (60,89).

Kadranektomi: Bu ameliyatta tümör, içinde bulunduğu meme kadranı (memenin yaklaşık ¼’ü), üzerini örten cilt ve altındaki pektoral fasya çıkarılmaktadır. Büyük bir meme dokusu ve cilt çıkarıldığı için kozmetik sonuç çok iyi değildir. Standart olarak MKC’de memeye yapılan girişimlere, daima aksiller lenf nodülü diseksiyonu ilave edilmektedir (60,89).

1.8.7.1.2.1 MKC için Mutlak Kontrendikasyonları

- Mamografide memede diffüz malign görünümlü mikrokalsifikasyonların olması.
- Memenin birden fazla kadranında kanser bulunması.
- Meme bölgesinde daha önce radyoterapi uygulanmış olması.
- Gebelik (son trimestrdeki gebelik MKC uygulanabilir)

- Tekrarlayan eksizyonlara rağmen cerrahi sınır pozitifliğinin devam etmesi (67,89).

1.8.7.1.2.2 MKC için Göreceli Kontrendikasyonları

- Küçük bir memede büyük bir tümör.(5 cm' den büyük)
- Kollagen vasküler hastalık (skleroderma, romatoid artrit, lupus eritematosiz gibi)
- Çok büyük veya büyük ve sarkık memeler
- Meme başının altında santral olarak lokalize olmuş tümörler (20,89).

1.8.7.1.2.3 MKC Tedavisinin Uzun Dönem Komplikasyonları

Erken evre meme kanseri olan hastaların standart tedavisi olan meme koruyucu cerrahi ve radyoterapinin 5 yılı aşan izleminde görülen komplikasyonlar sıklık sırasına göre, kol ödemi, meme derisinde fibrosiz, omuz hareketi kısıtlanması, radyasyon pnömonisi, nöropati, yağ nekrozu ve kot fraktürü olarak sıralanabilmektedir (67).

1.8.7.1.2.4 MKC'de Lokal Nüksü Etkileyen Faktörler

Modifiye radikal mastektomi yapılmış hastalarda meme duvarında, cilt, ciltaltı ve pektoral kas ön yüzünde ortaya çıkan yinelemelere lokal nüks adı verilmektedir (24).

Meme koruyucu cerrahi yapılmış hastalarda primer tümörün çıkarıldığı yerde (tümör yatağı) ortaya çıkan yinelemeler gerçek lokal nükslerdir. Ancak memede primer tümörden uzakta, başka kadranlarda ortaya çıkan yinelemeleri, multisentrik tümörlerin gelişmesi veya ikinci primer tümörler olarak algılamak mümkündür. Meme koruyucu cerrahi ve radyoterapi uygulanan hastalarda 5 yıl sonunda lokal nüks oranı %7.5-18 arasında değişmektedir (31,89).

Meme koruyucu cerrahide lokal nüksü etkileyen faktörler:

- Hasta risk faktörü (Yaşın 35' in altında olması, genetik duyarlılık [BRCA-1 ve BRCA-2 pozitifliği])
- Tümör risk faktörleri (EIC, cerrahi rezeksiyon sınırının yakınlığı ve pozitifliği)

- Tedavi risk faktörleri (Tümör eksizyonunun genişliği, boost kullanımı, adjuvan sistemik tedavi kullanımı) (67,89)

1.8.7.1.2.5 Post-op Dönemde Ortaya Çıkan Komplikasyonlar

Genel Komplikasyonlar

- Kanama, hematom
- Yara enfeksiyonu
- Doku nekrozu
- Seroma

Aksiller Disseksiyona Bağlı Komplikasyonlar

- Torakodorsal sinirin kesilmesine bağlı kol ve omuz hareketlerinde kısıtlanma
- Torasikus longus sinirinin kesilmesine bağlı skapula alata ve omuz ağrısı
- İnterkostobrakial sinirin kesilmesine bağlı aksilla ve kolun iç yüzünde duyu azalması
- Kronik ağrı sendromu
- Ağrılı lenfatik tıkanma
- Kol ödemi (89)

1.8.7.2. Evre I/II Meme Kanseri Sistemik Tedavi ve Komplikasyonları

Meme kanseri tedavisi ile ilgili kararlar hasta ve doktor tarafından birlikte alınmalıdır. Bu kararlar alınırken, kanserin evresi, hastanın yaşı, diğer sağlık problemleri, önerilen tedavilerin riskleri ve getirecekleri yararlar göz önünde tutulmalıdır. Meme kanseri tanısı konmuş kadınların hemen hepsi meme ameliyatı geçirmektedirler. Ameliyat sonrası bu tedaviyi tamamlamak amacıyla, radyasyon tedavisi, kemoterapi, hormon tedavisi ve monoklonal antikor tedavisi gibi bugün standartlaşmış olan kanser tedavilerinden biri ya da birkaçı uygulanmaktadır (60,67,89).

Bu tedaviler yerel ve sistemik tedaviler olmak üzere iki ana grupta toplanabilmektedir. Yerel tedaviler vücudun yalnızca bir bölgesinde yapılan ameliyat ya da radyasyon tedavisidir. Sistemik tedavi ise vücudun tüm üzerinde yapılan tedavilerdir (60).

Meme kanserinin tedavisinde kullanılan sistemik tedavi seçenekleri arasında kemoterapi, hormon tedavisi ve monoklonal antikor tedavi vardır. Gözlemlenebilen tümörün ameliyat ile alınması sonrasında yapılan sistemik tedavi alınmış olan tümörden ayrılarak vücudun başka yerlerine gitmiş olabilecek kanser hücrelerini yok etmeyi hedeflemektedir (60,67,89).

1.8.7.3. Evre I/II Meme Kanserinde Koruyucu Cerrahi ve Mastektomiden Sonra Radyoterapi ve Radyoterapi Komplikasyonları

Kanserin lokal olarak çıkarılmasından sonra, klinik olarak izlenemeyen meme kanseri hücreleri olabileceğinden bu tür lokal tümör kontrolü için radyoterapi uygulanabilir (32).

Radyoterapi yüksek enerjili ışınların kullanılması ile kanser hücrelerinin bölünmesinin ve çoğalmasının önlenmesi işlemidir. Radyoterapi genellikle ameliyat sonrasında yapılmakta ve ameliyat bölgesi civarında memede, meme duvarında ve kol altında kalmış olabilecek kanser hücrelerini yok etmeyi amaçlamaktadır. Çok nadir olmakla birlikte, radyoterapi, ameliyat öncesinde tümörün boyutunu küçültmek amacı ile de kullanılmaktadır (60).

Meme koruyucu cerrahinin ardından en azından 6 veya 7 haftalık radyoterapi uygulanmaktadır. Radyasyon tedavisi, ameliyatlı bölgenin iyileşmesine zaman tanımak amacıyla genelde 1 ay sonra uygulanmaya başlanmaktadır. Radyoterapi ayrıca tüm memenin alındığı durumlarda veya ileri derecedeki meme kanseri hastalarında tümörün küçültülmesi amacıyla da uygulanabilmektedir (9,10,17).

Radyoterapi çeşitleri:

- External Beam Radiation (Dış Radyasyon)
- Internal Beam Radiation (İç Radyasyon)

External Beam Radiation: Bu uygulama biçiminde radyasyon harici bir kaynaktan vücuttaki kanserli bölgeye uygulanmaktadır. Radyoterapiye başlamadan önce radyasyonun vücudun istenilen bölgesine odaklanabilmesi amacıyla doğru açıları saptayacak ölçümler yapılır ve belirlenen noktalar mürekkeple hastanın cildine işaretlenir. Ameliyattan sonra tedavilerinin bir bölümü olarak radyoterapi alacak olan hastalar genelde en az altı hafta boyunca haftada beş gün hastanede yatmaya gerek kalmaksızın ayaktan tedavi almaktadırlar. Her tedavi seansı genelde birkaç dakika sürmekte; makine ayarlamalarıyla birlikte tüm seans 15 ile 30 dakika arası bir zaman almakta ve ağrısız bir tedavi yöntemidir. Radyasyonun verilmesine başlanmadan önce teknisyen odadan çıkar ve dışarıda iken içeriye yerleştirilmiş bir kamera aracılığı ile hastayı monitörden gözlemler. Bunun yanı sıra, diyafon sistemi aracılığı ile hasta istediği zaman radyasyon fizikçisi ve teknisyen ile sesli iletişim kurabilmektedir (9,10,60).

Radyasyon tedavisinin geçici yan etkileri:

- Aşırı yorgunluk
- Neutropenia (akyuvarlarda azalma)
- Meme şişkinliği veya hassasiyet
- Memede ağırlık hissi
- Meme cildinde güneş yanığı tipinde değişiklikler
- İştahsızlık

B. Internal Beam Radiation: “Brachytherapy” (veya internal radiation) yönteminin meme kanser hastalarındaki uygulaması ile ilgili çalışmalar devam etmektedir. Radyasyonun harici bir kaynaktan verilmesi yerine radyoaktif maddeler doğrudan merkeze yakın meme dokusunun içine yerleştirilmektedirler. “Brachytherapy” yönteminde 10 ile 20 arası plastik kateter cerrahi müdahale ile meme dokusunun içine tümörün yanına yerleştirilmektedir. Bu kateterler radyoaktif maddenin vücutta hedeflenen bölgeye verilmesine yardımcı olmaktadır. Daha sonra teknisyenler radyoaktif madde içeren (Iridium-192) minik çekirdekleri kateterlere verirler. Bir

hafta boyunca dokuz ya da daha fazla sayıda olmak üzere, kataterler kısa bir süre için yüksek dozlu radyasyon almak için "brachytherapy" cihazına bağlanırlar. Tedavilerin her biri genelde 10 dakika sürer ve ağrısızdır.Çoğunlukla 1 hafta sonra tüpler çıkartılmaktadır.

“Brachytherapy” meme kanseri hastalarına uygulanan standart tedavi yöntemi değildir. Ağız, serviks (rahim boynu) veya prostat gibi vücudun diğer organlarındaki kanserli bölgelere uygulanmaktadır. Yan etki olarak ise enfeksiyon ve memede şişkinlik olabilmektedir (9,10,60).

Meme koruyucu cerrahi ve radyoterapi için uygun hasta grubu;

- Erken evre olgular,
- Yakın takip edilebilecek hastalar,
- Yapılan cerrahi ile negatif cerrahi sınır sağlanabilecek hastalar,
- Yoğun aksiller tutulumu olmayan hastalar,
- Küçük meme büyük tümör, areola yerleşimli tümör, multisentrik tümör gibi cerrahi kozmesisi etkileyecek faktörlere sahip olmayan olgular,

Yaşlı, atrofik cilde sahip olmayan, büyük ve sarkık memesi olmayan ve uygulanan radyoterapi ile iyi kozmetik sonuç elde edilmesi öngörülen hastalar, skleroderma, ataksi talenjeksi gibi radyoterapi uygulamasında sakınca olabilecek hastalığı bulunmayan meme koruyucu cerrahi ve radyoterapiye uygun hasta grubunu oluşturmaktadır (89).

1.8.8. Kansere Bağlı Yorgunluk

Çok boyutlu bir sorun olduğundan tanımlanması zordur ve her duruma uygulanabilecek genel bir tanımın olmaması nedeni ile yorgunluğu hastalar; halsizlik, bitkinlik, ağırlık hissi, çabuk yorulma, yavaşlama, enerji kaybı, güçsüzlük, kuvvet kaybı gibi terimlerle tanımlamaktadırlar. Yorgunluk kanserli hastada en sık görülen ve en rahatsız edici belirtidir. Sıklıkla aktif olarak tedavi gören hastalar başta olmak üzere henüz onkolojik tedavi almamış, çoğunlukla ileri evre kanserli hastalarda görülebilen ve hastaların %36-96’ sında karşılaşılan bir semptomdur (8).

Yorgunluk; radyasyon terapisi, kemoterapi, veya biyoterapi alan kanserli hastalarda, bir çok yayınlanmış çalışmalarda %70-75' inden fazla hastanın etkilendiği ortak bulgulardan biridir (43,47,67,90).

Araştırma çalışmaları, kemoterapi ya da radyoterapi görme sırasında hastaların %99' undan fazlasında yorgunluğun gözleendiği, %60' ında da orta seviyede yorgunluğun gözleendiği bulunmuştur (67,68,80). Ayrıca çalışmalar, tedavi gören meme kanserli hastaların deneyimlediği yorgunluğun şiddet ve süresinin, sağlık kontrolleriyle olandan fazla olduğunu göstermektedir (20,62,63). Aslında yorgunluk, adjuvan kemoterapi alan meme kanserli hastalarda en çok sıkıntı veren yan etki olarak dikkate alınmıştır (7,25,70,80).

Adjuvan kemoterapi alan meme kanserli kadınlar, tedavi boyunca gördükleri ortak yan etkinin yorgunluk olduğunu tanımlamışlardır (7,25,70,80). Adjuvan kemoterapi alan meme kanserli kadınlar, yorgunluk, anksiyete ve depresyon, fiziksel aktivitelerde azalma hissetmişlerdir. Fiziksel hareketsizlik kanser hastasının daha fazla halsizlik yaşamasına neden olmakta ve adjuvan kemoterapide yorgunluğu arttırabilmektedir.

Egzersiz, kanser hastalarında tedaviyle bağlantılı olan yan etkilerdeki genel tepkiyi önlemektedir ya da azaltmaktadır (2,4,49,102). Ayrıca, eğer fiziksel faaliyet için kapasite sürdürülürse veya egzersiz ile artırılırsa, birey daha az yorgunlukla faaliyetleri yapabilmektedir (2,4).

1.8.8.1. Patofizyoloji/Etyoloji

Yorgunluğun etyolojisinde ilk düşünülmesi gereken neden kaşeksidir. Konak ve tümör arasındaki kompleks etkileşimin sonucu oluşan kaşeksinin başlıca nedenleri arasında tümör nekroz faktörü, IL-1 ve 6 gibi konağın salgıladığı sitokinlerle; lipolitik faktörler, toxohormon L-2 ve proteolitik ara metabolizma ürünleri gibi tümörün salgıladığı ürünlerin yanı sıra ilerlemiş bir kanserde özellikle tip-2 kas lifleri içeren tümörsüz kas dokusunun ürettiği aşırı laktik asit sayılabilmektedir (8,32).

Yorgunluk hastanın iyilik hissini yok ettiği gibi günlük performansını, aktivitelerini, meslek yaşamını, ailesi ve arkadaşlarıyla olan ilişkilerini, duygu durumunu, cinsel yaşamını ve tedaviye olan dayanıklılığını, uyumunu ve hastanın yaşam kalitesini son derece olumsuz etlimektedir (8,32).

1.8.8.2. Belirtiler

Güçsüzlük, uykuda azalma, dikkatte azalma, uykusuzluk, iştahta azalma, konfüzyon, depresyon, solgunluk

1.8.8.3. Yorgunluğa Neden Olabilecek Faktörler

Yorgunluğa neden olabilecek faktörler Şekil 3’de yer almaktadır (100).

Şekil 3: Yorgunluğa Neden Olabilecek Faktörler (100)

Fizyolojik	<i>-Tümörde aktif büyüme</i> <i>-Enfeksiyon, ateş ve operasyon ile ilgil hipermetabolik durumlar</i> <i>-Kronik ağrı</i> <i>-Dispne</i> <i>-Anemiye sekonder olarak gelişen aerobik enerji metabolizmasında bozulma</i> <i>-Anoreksiya, bulantı, kusma, yetersiz besin alma</i>
Psikolojik	<i>- Anksiyete, depresyon</i> <i>- Üzüntü</i>
Durumsal	<i>- Hareketsizlik</i> <i>- Uyku bozukluğu</i> <i>- İlişkide problem</i> <i>- Tanı testleri</i> <i>- İlaçlar</i>

1.8.8.4. Tanı- Değerlendirme

1.8.8.4.1. Öykü

Yorgunluğun değerlendirilmesinde; başlangıç (ani, sürekli), lokalizyon (lokalize, genel), performans (performans ölçekleri; ECOG (Eastern Cooperative Oncology Grup) sorulmaktadır.

1.8.8.4.2. ECOG Performans skalası

Şekil 4: ECOG Performans skalası

ECOG Skoru	Tanımlamalar
0	Normal aktiviteler yapıyor.
1	Semptomlar mevcut, fakat normal aktivitelerde sınırlama yok.
2	Semptomatik, fakat zamanın %50' den fazlası yatak dışında.
3	Semptomatik ve zamanın %50' den fazlası yatakta.
4	Yatağa bağımlı.

1.8.8.4.3. Fizik Muayene

1.8.8.4.4. Laboratuvar Çalışmaları

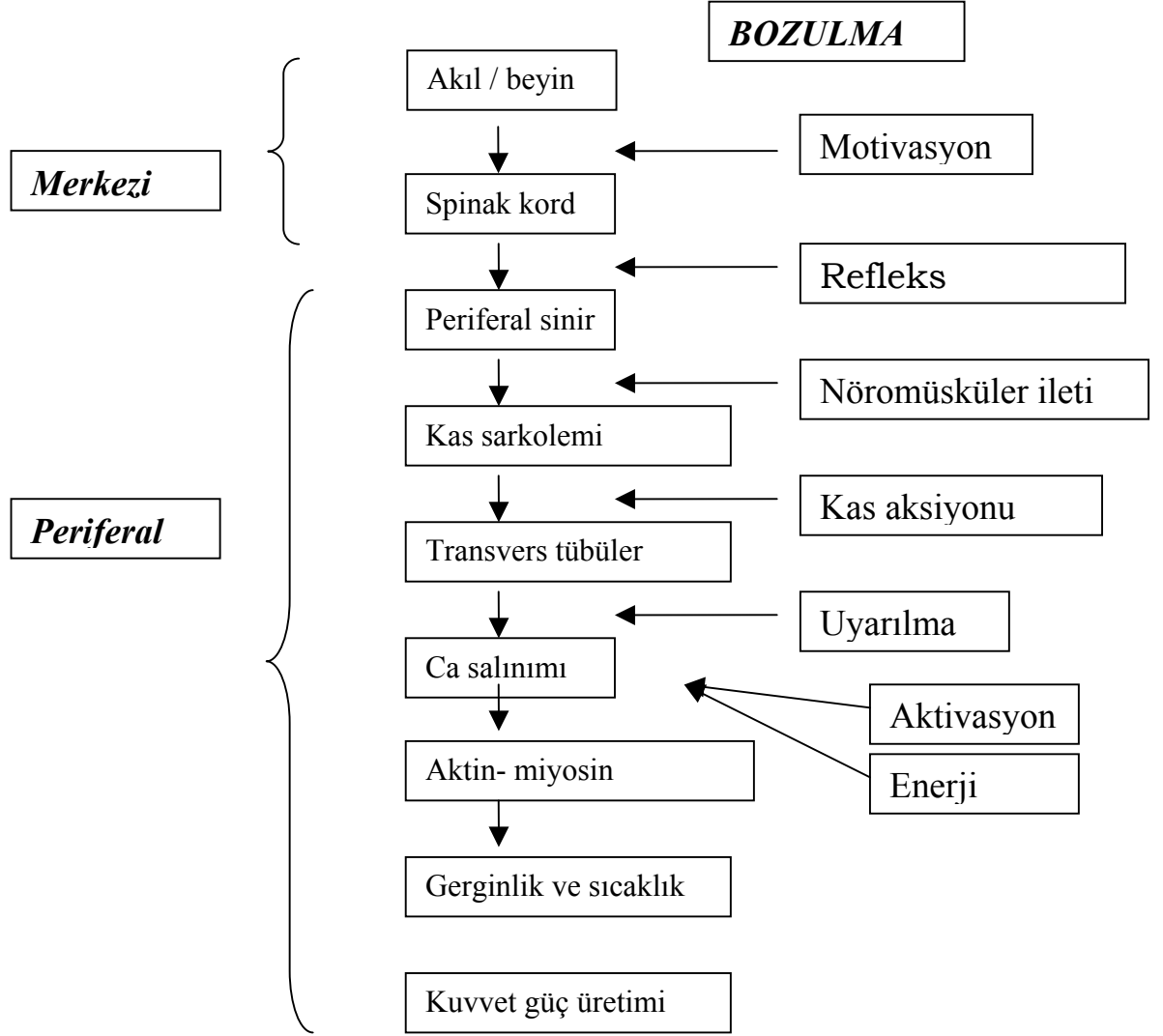
Hemoglobin, lökosit, Na, K, Ca, Mg, kan glikozu, üre, karaciğer enzimleri, T3, T4, ilaç düzeyleri bakılmaktadır.

1.8.8.4.5 Yorgunluk Sınıflaması

Literatürde yorgunluğun birçok sınıflama sistemi bulunmaktadır. Birçok disiplin anlaşılması zor olan bu sorunu anlamak ve en iyi tanımı yapmak için girişimlerde bulunarak yorgunluğu sınıflandırmışlardır. Yorgunluk olarak tarif edilen semptom araştırmacılar tarafından orijinine ve nedenine odaklanarak; santral, periferik, patolojik, psikolojik veya mental yorgunluk şeklinde tanımlanmıştır. Fizyologlar yorgunluğu merkezi sinir sistemi

mekanizmaları olaya dahil olduğunda merkezi olarak, periferal sinir sistemi mekanizmaları söz konusu olduğunda periferal olarak ele almaktadırlar (49).

Şekil 5: Yorgunluk İçin Merkezi Ve Periferal Model (49)



Bu fizyolojik mekanizmaların kanser ve hastalık durumu gibi anormal süreçler tarafından nasıl etkilendiği konusunda çok az şey bilinmektedir. Kronik yorgunlukta hem merkezi hem de periferal mekanizmalar olaya katılabilmektedir. Akut yorgunluğun nedeni genellikle tanımlanabilmektedir ve özel bir aktivite veya mekanizma ile ilişkilidir (49).

Şekil 6 : Akut ve Kronik Yorgunluk Modeli: Ayırt Edici Özellikler (49)

ÖZELLİK	AKUT YORGUNLUK	KRONİK YORGUNLUK
<i>Amacı-fonksiyonu</i>	Koruyucu	Bilinmemekte, koruyucu olmayabilir, nonfonksiyonel
<i>Risk altındaki populasyon</i>	Primer olarak sağlıklı hastalar	Primer olarak klinik populasyon
<i>Etyoloji</i>	Genellikle saptanır. Genellikle tek bir mekanizma ve nedenden oluşur, bazı aktivite veya çabaların yapılmasına ilişkin olarak yaşanır	Saptanamayabilir. Birçok ve ek nedenlerden oluşur. Bazı aktivite veya çabaların yapılması ile ilişkin değildir.
<i>Algılama</i>	Normal/olağan. Özel iş veya aktivitelerinin yapılması sonucunda beklenir. Primer olarak vücudun ve belli bir kısmında veya sisteminde lokalizedir. Hoş-hoş olmayan	Anormal/(olağandışı). Geçmiş deneyimlere göre aşırı veya gereğinden fazla. Generalize/ tüm bedeni ve zihni kapsar. Hoş olmayan.
<i>Zaman boyutu başlangıç</i>	Hızlı	Sinsi/kademeli Kümülatif eşik modeli
<i>Süresi</i>	Kısa/gün veya hafta	Uzun; kalıcı, uzun süre, bir aydan daha fazla
<i>Pattern iyileşme boyutu</i>	Aralıklı/arasıra Genellikle iyi bir gece uykusu, yeterli dinlenme, uygun beslenme, egzersiz programı veya stres yönetim teknikleri ile hafifler geçmez.	Sürekli/tekrarlayan Bu yöntemlerle tam olarak geçmez Kombine yaklaşımlar gerekli olabilmektedir.
<i>Günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi</i>	Hızlı çözümlenir Küçük/az	Hızla çözümlenemez Büyük

1.8.8.4.6 NCCN'in Yorgunluk Uygulama Rehberi (The NCCN Practice Guidelines For Fatigue)

NCCN kansere bağlı yorgunluk sorununu ortaya çıkarmak için yorgunluk alanındaki uzman kişilerle bir panel gerçekleştirmiştir. Kansere bağlı yorgunluk klinik uygulama rehberi ilk kez 2000 yılında yayımlanmış ve bu alandaki klinik araştırmalar ve deneyimler, ve bakım için tavsiye edilen öneriler doğrultusunda sentez edilerek 2003 yılında revize edilmiştir (100).

NCCN panelde ayrıca kansere bağlı yorgunluğun yönetimi için bakım standartları geliştirmiştir. (şekil 7)

şekil 7: Kansere Bağlı Yorgunluğun Yönetimi için Bakım Standartları (63)

- Yorgunluk hastaların kendi ifadeleri ile ve diğer veri kaynakları kullanılarak değerlendirilebilen subjektif bir deneyimdir.
- Yorgunluk izlenebilir, değerlendirilebilir ve klinik uygulama rehberlerine göre yönetilebilir.
- Tüm hastalar ilk kontrollerinde, belirli aralıklarla ve klinik olarak endike olduğu zaman yorgunluk bakımından izlenebilirler.
- Yorgunluk hastalığın tüm evrelerinde, tedavi süresince ve tedaviyi takiben tanımlanabilir, değerlendirilebilir, izlenebilir, kayıt edilebilir ve tedavi edilebilir.
- Yorgunluk değerlendirmesi ve yönetiminde uzmanlaşmış sağlık bakım profesyonelleri gerekli zamanlarda danışmanlık yapabilmelidir.
- Yorgunluk yönetimi için rehberler oluşturmak için multidisipliner kurumsal komiteler kurulmalıdır.
- Yorgunluğun değerlendirilmesi ve yönetiminde sağlık bakım profesyonellerinin sahip

olduğu bilgi ve becerilerin aktarıldığı eğitim ve öğretim programları geliştirilmelidir.

- Hastalar ve aileler tüm sağlık bakımının ayrılmaz bir parçası olan yorgunluk yönetiminde bilgilendirilmelidirler.
- Kansere bağlı yorgunluk klinik bakım çalışma sonuçlarını içermelidir.
- Kaliteli yorgunluk yönetimi kurumda sürekli kalite geliştirme projelerini içermelidir.
- Tıbbi bakım anlaşmaları yorgunluk tedavisinin masraflarını kapsamalıdır.
- Yetersizlik sigortaları yorgunluğun sürekli etkilerini takip etmelidir.

1.8.9 Kanserde Egzersizin Önemi

Düzenli fiziksel aktivite kronik hastaların çoğunda, hastalığın önlenmesinde önemli unsurları, rehabilitasyon, hastalık ilerlemesinin kontrolü ve yaşam kalitesinin düzeltilmesini, gerekli olduğu kadar yükseltmektedir (2,82). Henüz toplumda erişkinler arasında egzersizi arttırmak için etkili yollarda önemli boşluklar bulunmaktadır. Türkiye’de özellikle ileri yetişkin kadınlar arasında fiziksel aktivite oranları düşüktür (67). Araştırmalar, Türk nüfusunda çeşitli yaş gruplarında, düzenli egzersiz alışkanlıklarının düşük olduğunu göstermektedir. 40-49 yaş grubu içinde kadınların %65’inin çok düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip oldukları aynı zamanda %30’ un hafif, %2’ nin orta seviyede, önerilen fiziksel aktiviteye sahip olduklarını göstermektedir (66,67). 60-69 yaş grubundaki kadınların %10’ unun hafif fiziksel aktivite seviyeleri olmasına ve hiç birinin orta seviye yapma yeteneklerine sahip değil iken %90’ da fiziksel aktivitenin çok düşük olması hayal kırıklığına uğratmaktadır (66,67).

Spor yapmanın yararlarını gösteren birçok araştırma vardır. Bir araştırma da düzenli egzersiz yapmanın meme kanserinden ölümleri azalttığı gösterilmektedir. Egzersiz, meme kanserine yakalanmayı olduğu gibi, hastalığı yenenlerin yeniden kanser olmasını da önlemektedir.

Washington- Journal of the American Medical Association (JAMA) adlı tıp dergisinin yaptığı araştırmada, haftada 3-5 saat orta hızla düzenli yapılan yürüyüşün ölüm oranını yaklaşık %50 oranında azalttığı belirtilmiştir.

Kansere 1994-1998 yılları arasında yakalanmış yaklaşık 3000 hemşireyi 2002' ye kadar inceleyen araştırmacılar, düzenli yürüyüş yapan bu kadınların yaşama şanslarının, hastalığa yakalanmış ve 'hayatını evde oturarak geçiren' kadınlara oranla iki kat daha fazla olduğu belirtmişlerdir (16).

Araştırmayı yürüten araştırmacıların başında Harvard Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Dr. Michelle Holmes, bunu 'egzersizin vücutta yağ oranı ve meme kanseri riskini arttırdığı bilinen estrogen hormonunu azaltmasına bağlamaktadır. Egzersiz hormon düzeyleriyle bağlantılı kanser geçiren kadınlarda daha da yararlı olmaktadır. Egzersiz aynı zamanda bağışıklık sistemini de güçlendirmektedir (2).

Son araştırmalar, 36 çalışma gözden geçirilmiş ve kanser tanısı takibinde fiziksel egzersiz ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi tanımlamıştır (2). Bu çalışmalar tutarlı bir şekilde, egzersizin tedavi sırasında ya da sonrasında yaşam kalitesine (kardiyovasküler ve kas sağlığı, kişisel düşünce, ruhsal durum, yorgunluk) önerilen egzersize (tür, süre, sıklık, yoğunluk) kanserin yerine, kanser tedavisine ya da uygulama zamanına bağlı kalmadan yararlı etkileri kanıtlanmıştır.

1.8.9.1 Egzersiz Uygulamaları

Neredeyse 50 yıllık yatakta istirahat çalışmaları, hareketsizlik ve yatakta istirahatın yıkıcı ruhsal ve fiziksel sağlık sonuçlarını açıkça ispatlamıştır. Buna rağmen, atletler veya fiziksel olarak aktif olan kanser hastaları egzersizi, kanser stresi ile başa çıkmakta bir yol olarak tanımlamışlardır (73). Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda yapılan devam çalışmalarında, yorgunluk hissinin azaltılmasında bireyselleşmeye katılma, denetim, muhtemel iyileştirici egzersiz programının yararlı olduğunu göstermiştir (91) .

Bu çalışmaların hepsi, tedavi boyunca egzersiz uygulayan hastalarda, yorgunluğun önemli düzeylerde düştüğünü göstermiştir. Ayrıca, bu çalışmaların çoğu, meme kanserli hastaların örneklerinden oluşmuştur.

Meme kanserli kadınları kapsayan çalışmalar, yaşam kalitesinin fiziksel ve psikolojik unsurların çoğu, egzersiz seviyesini arttırmakla uyumlu olduğunu göstermektedir. Bunlar (endişe durumu, depresyon, genel durum, öz bakım, öz saygı, fonksiyonel kapasite, yorgunluk, ve bulantı derecesini) kapsamaktadır (62).

Egzersiz yaşam oranında artışa, fonksiyonel kapasitenin artmasına, işe daha erken dönmeye ve yorgunlukla mücadeleye olanak sağlamaktadır. Düzenli fiziksel aktivitelerin diğer avantajları kalp hızının azalması, kan basıncının düşmesi, lipid profilinin düzelmesi, psikososyal iyi oluş hissidir.

1.8.9.2. Egzersiz Uygulamalarının Yararları

Egzersiz hemodinamik, hormonal, metabolik, nörolojik ve solunum fonksiyonları üzerinde çeşitli yararlı etkiler oluşturmaktadır. Egzersizin yararları aşağıdaki başlıklar altında incelenebilmektedir:

1. Fizyolojik:

-Maksimal O₂ tüketiminde artma ve anaerobik eşikte yükselme. O₂ transport sisteminin egzersiz adaptasyonu ile aerobik kapasitenin artması demek, günlük yaşam aktiviteleri sırasında daha az O₂ harcayarak daha çok iş yapabilmek ve daha az yorulmak, dolayısı ile fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesinin artması demektir. Anaerobik kapasite artışı periferik ve santral mekanizmalarla oluşmakta olup, ilk üç ayda yoğunluk göstermekte, ancak 6 aya kadar da ilerleme kayıtlı edilebilmekte ve bu artış %10-30' lara ulaşabilmektedir (14,45,70) .

-Aerobik kapasite arttıkça istirahat ve egzersiz sırasındaki kalp hızı ve sistolik kan basıncı değerlerinde azalma meydana gelmektedir (14,34).

2. Semptomatik: Yorgunlukta azalma sağlanmaktadır (14).

3. Psikolojik: Anksiyete ve depresyon düzeyinde azalma, kendine saygı ve güvende artış egzersizin elle tutulur derecede belirgin yararlarındandır. Eğitim sonucunda aktivitelerden korkma, hastalık ve yorgunluk hissi, emosyonel labilite ve kaderci tutumda da azalma kaydedilmektedir (14,53).

4. Epidemiyolojik: Son çalışmalar, kanserli hastalarda rehabilitasyon ve egzersiz arasındaki ilişkiyi incelemiş ve meme kanserli hastalarda egzersizin psikolojik ve fizyolojik iyiliği arttırdığı gözlenmiştir. Son araştırmalar, 36 çalışma gözden geçirilmiş ve kanser tanısı takibinde fiziksel egzersiz ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi tanımlamıştır (3,23,28,69). Bu çalışmalar tutarlı bir şekilde, egzersizin tedavi sırasında ya da sonrasında yaşam kalitesine (kardiyovasküler ve kas sağlığı, kişisel düşünce, ruhsal durum,yorgunluk) reçete edilen egzersize (tür, süre, sıklık yoğunluk) kanserin yerine, kanser tedavisine ya da uygulama zamanına bağlı kalmadan yararlı etkileri kanıtlanmıştır (14,58).

5. Ekonomik: Fonksiyonel kapasiteye ilişkin tam olumlu değişiklikler, hastanın üretkenliğinde artma, hareketsizliğe bağlı yorgunluk nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurma sıklığında ve kullanılan ilaç miktarında azalma sağlayarak, egzersiz için harcanan zaman ve finansal kaynağın ekonomik bir yarar haline dönüşmesini sağlamaktadır (14) .

1.8.9.3. Egzersiz Uygulamalarının Riskleri

1. Ortopedik: Egzersize bağlı kas–iskelet sistemine ilişkin yaralanmalar egzersizin tipi, şiddeti ve uygulanış şekli ile yakından ilgilidir. Egzersiz programında ortopedik yaralanma olasılığını en aza indirmek için egzersiz seanslarını gün aşırı düzenlemekte yarar vardır (14).

1.8.10 Kanserde Öz Yeterlilik

Öz yeterlilik kavramı ilk kez Albert Bandura tarafından 1977 yılında, “Bilişsel Davranış Değişimi” kapsamında ileri sürülmüştür. Güçlü bir bireysel yeterlilik duygusunundaha sağlıklı

olma, daha yüksek başarı ve daha yeterli sosyal bütünleşme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu kavram okul başarısı, emosyonel bozukluklar, mental ve fiziksel sağlık, kariyer seçimi ve sosyopolitik değişim gibi pek çok farklı alanda kullanılabilir (3,84).

Birey bir sonuca ulaşabileceğine inanıyorsa, daha etkin davranır ve yaşamının gidişini kendisi belirler. Bu “yapabilirim” inancı, bireyin içinde bulunduğu koşulları kontrol altına alma duygusunu yansıtır (5).

Öz yeterlilik, bireyin nasıl hissedeceği, düşüneceği ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliğidir. Düşük öz yeterlilik duygusu depresyon, anksiyete ve çaresizlik ile birlikte. Ayrıca böyle bireyler düşük öz güvene sahiptirler ve bireysel başarıları ve gelişimleri hakkında kötümser düşünceler beslerler. Güçlü bir bitirme hissi ise, işlemleri kavramayı kolaylaştırır ve akademik performansı artırır (57).

Öz yeterlilik düzeyi, harekete geçmek için güduları engelleyebilir ya da artırabilir. Öz yeterlilik yüksek olan bireyler daha karmaşık ve riskli görevleri seçebilirler, hedefleri yüksektir ve bu hedeflere ulaşmak için azimle çalışırlar. Bununla birlikte öz yeterlilik, gerçekçi olmayan iyimserlikle ve hayallerle aynı değildir. Aksine, deneyime dayanır, mantıklı olmayan riski almaya yol açmaz ve bireyin yeteneklerini geliştirmesiyle atak davranışlara öncülük eder. Bireyin kendi yeteneklerini, kapasitesini daha objektif bir şekilde değerlendirmesini sağlar (3).

Bandura (1977) insanların, yaşamları boyunca edindikleri deneyimlere dayalı olarak, kendi baş etme yeteneklerine ilişkin özel inançlar geliştirdiklerini ve sahip oldukları öz-yeterlik inançları büyüdükçe davranış değişikliğinin de arttığını belirtmiştir. Böylelikle, bir davranışın başarı ile yapılmasında, kişinin sahip olduğu yeterlik inancının, o davranışın yapılmasını etkilediği ve yönlendirdiği söylenebilir.

Öz-yeterlik inancı, **“bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinliği organize edip, başarılı olarak yapma kapasitesine duyduğu inanç”** olarak ifade edilmektedir (Bandura, 1994). Bandura’ya göre öz-yeterlik inancı, yeteneklerimiz üzerindeki inanca dayanır

ve belirli amaçlara ulaşmak için belirli bir davranışı organize etmek ve onu gerçekleştirmek için gereklidir (77).

Öz-yeterlik inancı, birbiri ile etkileşim hâlinde olan başlıca dört bilgi kaynağına dayandırılmaktadır (11,13). Bunlar;

1. Performans Başarıları (Yapılan İşler ve Erişilen Hedefler): Bireyin giriştiği işlerde gösterdiği başarı onun daha sonra benzer işlerde başarılı olacağına göstergesidir. Dolayısıyla yaşanan başarı ödül etkisi yapmakta ve bireyi gelecekte de benzer davranışlara güdülemektedir. Performans başarısı, kişisel tecrübe boyunca kesin bir görevin üzerinde idareyi sürdürmeyi kapsamaktadır. Kişisel tecrübe boyunca kazanılan performans başarıları, kişinin, pratik boyunca becerilerini arttırdığından ve geliştirdiğinden beri öz-yeterliliğin en kuvvetli kaynaklarıdır.

2. Dolaylı Yaşantılar (Başkalarının Deneyimleri): Pek çok beklenti diğer kişilerin deneyimlerinden kaynaklanır. Başka kişilerin başarılarını gözlemek, kişinin başarılı olabileceği beklentisine girmesini sağlayabilir.

3. Sözel İkna: Bir davranışın başarıyla yapılabileceğine ilişkin teşvik ve öğütlerle bireyin cesaretlendirilmesi, öz-yeterlik beklentilerinin değişmesine neden olabilir. Sözlü ikna, davranışın faydasını kabul eden kuvvetli sözlü cesaretlendirme ve bireyin davranışı başarmakta yaptığı ilerlemeyi kapsamaktadır.

4. Duygusal Durum: Bireyin davranışa girişeceği sırada bedensel ve duygusal olarak iyi durumda olması girişimde bulunma olasılığını artırır.

Araştırmalarda, insanların davranışı gerçekleştirmeden önce, öz-yeterlik düzeylerine bağlı olarak, davranışla ilgili iyimser ya da kötümser düşüncelere sahip oldukları; bunun da davranışa hazırlanmalarını etkilediği belirtilmektedir. Ayrıca, öz-yeterliği yüksek insanların davranış yapıldıktan sonra öz-yeterliği düşük insanlara oranla daha fazla çaba gösterdiği ve bu çabalarını uzun süre sürdürdükleri bildirilmektedir. Buna bağlı olarak, öz-yeterliği yüksek olan

kişilerin engellerle karşılaştıklarında daha hızlı toparlanabildikleri ve hedeflerine bağlılıklarını sürdürdükleri belirtilmekte ve öz-yeterliğin yüksek olmasının aynı zamanda insanların zorlayıcı ortamlar seçmesine, çevrelerini araştırmasına ya da yeni çevreler yaratmasına olanak verdiği de söylenmektedir (11,13).

Öz yeterlilik, belirli bir koşulda ya da diyet ve egzersiz gibi belirli bir davranış bağlamındaki kişisel beceriler üzerine odaklanması ile davranışa has ve dinamiktir. Öz yeterlilik yüksek oranda bağlam ve olguya bağımlı olmasından dolayı, belirli bir görev veya aktiviteye göre ölçüm araçları geliştirmek durumundadır. İşlevsel aktiviteler için öz yeterlilik beklentileri, bireyin belirli bir zamanda belirli bir günlük aktiviteyi gerçekleştirmeye yönelik olarak kendi muhakemesi ile algıladığı veya var olduğuna inandığı beceriyi kendi kendine ölçmesi ile operasyonel olarak tanımlanmaktadır.

Fiziksel aktivitelerle ilişkili olan öz yeterlilik beklentilerinin ölçülmesi, günlük yaşamdaki aktivitelere dair asıl performansın tahmini ve düşük öz yeterlilik beklentileri ve motivasyonuna sahip bireylerin tanımlanması için kullanılmaktadır (7,10,85).

Bu bireyler bir kez tanımlandıklarında, fiziksel aktivitelerle ilgili öz yeterlilik beklentilerini kuvvetlendirmek için uygun müdahaleler uygulanabilir ve bu sayede fiziksel performans iyileştirilebilir (7).

Öz-yeterlilik Teorisi sosyal kavramsal teoride olduğu gibi, duygusal etkilerin, düşünce modellerinin, motivasyon düzeylerinin ve davranış etkili yeteneklerin nasıl kişisel algıları etkilediğini açıklamaktadır (10).

Öz-yeterlilik teorisi, geniş şekilde sağlık psikolojisinde kullanılmıştır. Örneğin, yüksek yeterlilik beklentileri, egzersiz rejimine bağlılık ile ilişkilendirilmiştir. Öz-yeterlilik kanser hastalarında fonksiyonel, fiziksel problemler ve fizyolojik adaptasyon arasındaki ilişkiyi açıklamada araştırmaya ihtiyaç duymaktadır (58).

1.8.11 Kanserde Yaşam Kalitesi

Genel anlamda yaşam kalitesi denildiğinde, sağlıklı kişiler için de söz konusu olan birçok faktör tanımın içine girmektedir. Yüksek ve düzenli bir gelir, yaşanılan çevrenin kalitesi, eğitim düzeyi ve özgür yaşam sağlıklı kişilerde de yaşam kalitesini yakından ilgilendiren ve etkileyen faktörlerdir. Bu faktörler doğal olarak hastalık durumunda da yaşam kalitesini yakından etkilemektedir. Ancak tıp literatüründe yaşam kalitesinden söz ederken daha az genel bir terim olan "sağlık ile ilgili yaşam kalitesi" teriminin tercih edilmesi önerilmektedir. İyi gelir düzeyi ve eğitim düzeyi veya yaşanılan çevrenin kalitesi direkt sağlık ile ilgili değişkenler olmamakla birlikte, kişi hastalandığında bu değişkenlerin de içinde bulunduğu birçok faktör sağlığı yakından ilgilendirebilmektedir (16).

Yaşam kalitesi tanımının hayatın birçok boyutunu içermesi gerektiği konusunda fikir birliği olmakla birlikte, bu boyutların hangileri olması gerektiği halen tartışılan bir konudur. En geniş tanımlamalardan biri *Patrick* ve *Erickson* tarafından yapılmıştır (4). Yazarlar ölüm ve yaşam süresi, yetersizlik, fonksiyonel durum (sosyal, psikolojik veya fiziksel), sağlık persepsiyonu ve sosyal-kültürel dezavantajları içeren bir temel kavram tanımlamışlardır (16).

Hoernquist ise yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosyal, aktivite, maddi ve yapısal alanda tatminiyet ihtiyacının derecesi olarak tanımlamıştır. *Cella*; fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin kombinasyonundan oluşan bir iyilik hali üzerinde durmaktadır. *Szalai*'ne göre yaşam kalitesi bireyin yaşamının iyi ve tatminkar özelliklerinin genel değerlendirmesidir. *Mc Daniel* ve *Bach*, yaşam kalitesinin dört temel özelliğinden bahsetmektedirler; (4)

- a) Dinamik özelliği (zaman içinde değişim gösterebilmesi)
- b) Çok boyutluluk
- c) İnteraktif olması (bireyler ve çevre ile olan etkileşimden etkilenmesi)
- d) Bireyin beklentileri ve yaşamındaki olaylara uyum göstermesi

Campbell, yaşam kalitesinin " üzerinde birçok kişinin konuştuğu, ancak kimsenin bu konuda ne yapacağını tam olarak bilemediği" bir antite olduğunu vurgulamaktadır. *Fayos* ve *arkadaşları* ise yaşam kalitesi tanımını; hastaların kendi yaşamlarını değerli buldukları şekilde sürdürme yetileri şeklinde yapmışlardır. *Shaw* yaşam kalitesini bir formül ile tanımlamaktadır; "yaşam kalitesi = doğal ihtiyaçlar (hastanın ailesinin bu yöndeki çabaları+toplumun bu yöndeki çabaları)" Yaşam kalitesinin tanımlanmasında yaşanan problemlerin bir kısmı bu alanda çalışan kişilerin farklı açılardan yaklaşımlarından doğmaktadır. Örneğin sosyal bilimler alanında çalışanlar daha çok psikolojik ve sosyal iyilik hali üzerinde dururken; tıp bilimi biyolojik, psikolojik ve klinik sonuçlar açısından değerlendirme yapmaktadır. Yaşam kalitesini, engelliliğin sübjektif persepsiyonu olarak değerlendirmek bu kavramın tanımlanmasını kolaylaştırıcı bir yaklaşımdır (4).

Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi: Değerlendirmede standart "normal" kabul edilen değil, bireyin olabileceğinin en iyisi olmalıdır. Sadece hastanın veya hastanın bakımı ile ilgilenen kişilerin görüşü yeterli değildir, hastalığı yaşayan bireyin sübjektif görüşü de önemlidir. İlk dönemlerde yaşam kalitesi, fonksiyonel durum ile eşdeğer tutulmuş ve değerlendirilmesinde Karnofsky performans durumu skalası ve Zubrod skalası kullanılmıştır. Ancak çalışmalar fonksiyonel durum ve genel yaşam kalitesi arasında zayıf bir korelasyon olduğunu göstermiştir. Genel yaşam kalitesi sadece fonksiyonel yetileri değil; aynı zamanda semptomları, tedavilerin yan etkilerini, sosyal, psikolojik, ruhsal, ailesel ve finansal bakış açıları gibi değişik boyutları da içermektedir. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılacak ölçütler çok boyutlu, sübjektif, kullanışlı, geçerli ve güvenilir olması gerekmektedir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi hasta merkezlidir, hastanın görüşlerini vurgular. Hastaları sadece "olgular" olarak değil, hastalıkla direkt ilişkili olmayan yaşam alanları da olan bireyler olarak ele almaktadır. Doktorlar genellikle tüm sorunları var olan hastalıkla ilişkili olarak ele alma eğilimindedirler. Yaşam kalitesi, hastalıkların mekanik

tedavisi ve semptomların iyileştirilmesinde yoğunlaşan günümüz tıbbına hürmanistik bir bakış açısı getirmektedir. Yaşam kalitesi, hastanın sorunlu yaşam bölümünü tanımlamaya yardım etmektedir. Bu sorunların üstesinden gelmesine yardım edilen hasta daha iyi hissedebilir ve sağlık sektöründen daha az talepte bulunmaktadır (2).

Sağlık hizmetlerinin geleneksel modellerinde amaç, hastalığın tedavisi ve acı çekmenin sonlandırılması iken günümüzde bu amaç sağlığın sürdürülmesi ve artırılmasına yardımcı olarak yaşam biçiminin bireysel felsefesinin yaratılmasına dönüşmüştür. Bu nedenle hekimlerin ve sağlık yöneticilerinin üzerine çok büyük görevler düşmektedir. Yaşam kalitesi birey üzerinde etkili olan tüm durum ve faktörleri kapsamaktadır. Günümüzde sağlık statüsüne ilişkin değerlendirmeler yapılırken en çok mortalite ve morbidite göstergesi temel alınmaktadır. Bu verilerin bir toplumda mevcut hastalıkların yapısı ve miktarı konusunda çok önemli bilgiler sağladığı tartışmasızdır ancak bu verilerin eksikliği, bu hastalıkların faaliyetleri ne kadar sınırladığı konusunda bir fikir vermemesidir (4,6).

Yaşam Kalitesi terimi ilk defa 1800' lerin başlarında Bentham tarafından "iyi olma durumunun" ölçümleri ile ilgili yaklaşımlara yer veren, tanımlayıcı psikoloji konulu bir makalede geçmiştir. Bentham' a göre doğa insanoğlunu "ağrı" ve "haz" gibi iki ana duygunun egemenliği altına sokmuştur. Daha sonra terminolojide bunların yerini "klinik yeti kaybı" ve "yaşam kalitesi" terimleri almıştır (6).

Bu çerçevede; 1940'da geliştirilen Karnofsky' nin Kanser İ için İşlevsel Durum Ölçeği ve New York Kalp Birliği Sınıflandırması hasta sağlığı açısından geliştirilen ilk ölçeklerdir. İlk sağlık durumu ile ilgili ölçekler; belirtileri, anatomik bulguları, iş durumunu ve günlük yaşam etkinliklerini içermektedir. Ağrı yeti bozuklukları olan kişilerin işlevsel durumlarının klinisyenler tarafından incelenmesi 1950' lerde başlamıştır. Klinisyenler ile sosyal bilimcilerin bir araya gelişi ile 1970' lerde ilk modern sağlık durumu soru formları oluşturulmuştur. Bu formlar ilk olarak ABD'de kullanılmaya başlanmıştır (6).

Daha sonraki yıllarda; sağlık harcamalarındaki artış, yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfus grubundaki artış, teknolojinin ilerlemesi ile birlikte hastalıkların biyolojik yönden tedavisinde önemli gelişmeler sağlamıştır. Bu gelişmeler, hastaların psiko-sosyal sorunları ile daha fazla ilgilenme zorunluluğu yaratmıştır. Ek olarak, hastalıklar için etkili ilaçlar piyasaya sürüldükçe, bu ilaçlar arasındaki farkı da belirleyen unsur hastanın tedavi sırasındaki rahatlığı olmuştur. Böylece hastaların yaşam kalitesi giderek daha fazla ilgi çekmiştir. Yaşam kalitesi; yaşam doyumu, öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik gibi bileşenlerden oluşmaktadır. Ayrıca; bireyin içinde bulunduğu çevre, ekonomik durumu, ilişkileri gibi yaşamı ilgilendiren pek çok unsurda doyumu içine alan bir kavramdır. Genel anlamda ise, bireysel iyi oluşu tanımlamak için sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenlerle belirlenir, ölüm ve yaşam süresi, özürlülük, fonksiyonel durum (sosyal, psikolojik veya fiziksel), sağlığın algılanması ve sosyo-kültürel dezavantajları içeren temel bir kavramdır (6).

Yaşam kalitesi terimi hekimler, filozoflar, psikologlar, politikacılar, din bilginleri, ve şairler tarafından sık kullanılan bir terimdir. Klinisyenlere göre fiziksel olarak kişinin kendini iyi hissetmesi yeterli bir kriter olabilirken, psikologlar duygusal ve algısal kavramlarda yeterlilikle uğraşmaktadırlar. Yaşam kalitesinin matematiksel olarak ölçümü de bu tanımlar nedeniyle oldukça güçtür (7).

1980 yılların başlarında yaşam kalitesi kavramı sağlık ölçümü ile ilgili literatürlerde yer almaya başladı. Fakat bu tanıma ilk olarak 1958 yılında Dünya Sağlık örgütünün anayasasında rastlanılır. Dünya sağlık örgütünün “ Sağlık yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönde tam bir iyilik halidir.” şeklindeki tanımı artık klasikleşmiştir. Büyük ihtimalle bu tanım araştırmacıları, sağlığı sosyal, mental ve fiziksel olarak irdelemek, bileşenlerini bulmak ve ölçmek için metotlar ve araçlar geliştirmeye yöneltmiştir (7).

1.8.12 Kanserde Fonksiyonel Kapasite

Meme kanseri morbidite oranı dünyada giderek artmakta ve konu ile ilgili tedavi yöntemleri gelişmektedir. Tanı ve tedavi olanaklarının artması ile kanserli hastaların prognozu giderek artan bir iyileşme gözlenmektedir. Kanser rehabilitasyon programları bu olguların fonksiyonel yetenekleri ve yaşam kalitelerini arttırmaları ve yeni durumlara uyum sağlamalarını olanaklı kılmaktadır. Meme kanserli hastaların tedavisinde başarı ile uygulanan çeşitli cerrahi yöntemler, radyoterapi ve kemoterapi hastaların büyük çoğunluğunda iyileşme sağlamakta ancak beraberinde çeşitli fonksiyonel bozukluklara yol açmaktadır. Son on yıl içinde çeşitli tedavi protokolleri geliştirilmiştir (89).

Hareketsizliğin insan organizması üzerinde olumsuz etkiler meydana getirdiği, çok eski dönemlerden beri bilinmektedir. Beden hareketliliğini azaltan bir hastalık, yaralanma veya belirli bir neden olmadan insanların sedanter yaşam tarzını seçmeleri sonucunda, organizmanın pek çok fonksiyonunda gerilemeler ortaya çıkmaktadır (89).

Hareketsizliğin olumsuz yöndeki etkileri başlıca 4 grup insan üzerinde incelenmiştir:

1. Hastalık ya da yaralanma sonucu uzun süre yatak istirahati yapan kişiler,
2. Çeşitli paralitik (felç) durumlar nedeniyle nöromüsküler (sinir-kas iletimi) aktivitesi önemli ölçüde kısıtlanan hastalar,
3. Yerçekimi etkisini azaltan, oturma, yatma gibi değişik pozisyonlarda uzun süre kalan kişiler,
4. Uzay yolculuklarında ve uzun süreli su altı çalışmalarında yer çekimsiz ortamda bulunanlar.

Sayılan bu inaktivite tiplerinin her biri, kısa süre içinde, gizli fizyolojik değişikliklere yol açabilmektedir. Ortostatizm gibi belirgin klinik tablolar 5-7 gün içinde ortaya çıkabildikleri halde, ankiloz veya böbrek taşı gibi komplikasyonlar, ancak bir kaç ay sonra görülebilirler.

Hareketsizliğin mekanizmasının daha iyi anlaşılabilmesi amacıyla, fizik kapasiteyle ilgili bazı kavramları hatırlatmakta yarar vardır:

1.Fonksiyonel kapasite: Zorlu bir çaba sırasında varılan maksimum metabolik değeri ifade eder.

2.Fizyolojik maksimum potansiyel: Aynı kişinin sistemli bir antreman programından sonra varabildiği maksimum metabolik değerdir.

3.Fonksiyonel rezerv: Fonksiyonel kapasite ile fizyolojik maksimum potansiyonel arasındaki farktır (89).

Hareketin daha da azalması, örneğin kesin yatak istirahati halinde, fonksiyonel kapasite iyice azalır. Daha sonraki dönemde bu durumdaki bir kişiye birden bire aşırı fizik aktivite programı verilirse, fonksiyonel kapasitede iyileşme sağlanamaz. Kişinin önceki fonksiyonel kapasitesi ve rezervi dikkate alınarak yavaş yavaş artan yoğunlukta bir egzersiz programı verilerek durumu düzeltilmeye çalışılmaktadır.

Düzenli fizik egzersizler yapan kişinin fonksiyonel kapasiteleri, fizyolojik maksimum potansiyel düzeyine çok yakın olduğu halde sedanter kişilerde fonksiyonel kapasite düşüklüğü çok belirgindir. Fonksiyonel rezerv önemli ölçüde azalmıştır.

Uzun süreli hareketsizliğin sistemler üzerindeki etkilerini şu şekilde özetleyebilmektedir; Merkez Sinir Sistemi Duygusal algılamada azalma olması nedeniyle bazı duyu bozuklukları gelişebilir, parestezi ve ağrı eşiğinde düşmeler görülebilmektedir.

İstirahat sırasında kaslarda kasılmalar yapılmadığı takdirde, motor verimlilikte azalmalar belirmektedir. Özellikle felçli hastalar durumun çok belirgin örneğidir.

Sedanter kişilerde otonom sinir sistemi oldukça dengesizdir. Düşük veya aşırı aktivite şeklinde fonksiyonel bozukluklar saptanabilmektedir. Bu dengesizlik kardiovasküler sistemin çalışmasını da olumsuz yönde etkilemektedir.

Aktivite azlığı, kişilerde anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunların gelişmesine de zemin hazırlamaktadır (89).

- **Hareket Sistemi:** Hareket azlığının uzun zaman sürecinde en belirgin etkileri hareket sistemini oluşturan elamanlardan ortaya çıkmaktadır. En önemli belirtiler kas ve kemik dokularında görülen değişikliklerdir. Hareket azlığıyla birlikte kas gücü azalmaya başlamaktadır. Örneğin hiç bir fiziksel rahatsızlığı olmayan bir kişinin bir haftalık kesin yatak istirahatinden sonra eldeki kavrama gücü %20 oranında azalmaktadır. Kısa süre içinde kaslarda atrofi (kas kaybı) gelişmektedir. Atrofinin derecesi, hareketsizliğin süresine bağlıdır.

Atrofi, güç kaybı ve duyarlılığın azalması sonucu, hareketlerin koordinasyonunda yetersizlik ortaya çıkmaktadır. Bu durum hem alt, hem de üst uzuvlarda görülmekte ve günlük yaşamda beceri isteyen aktivitelerin yapılmasında veya sportif aktivitelerin yapılması sırasında eksiklik ortaya çıkmaktadır (89).

- **İskelet Sistemi:** Hareketsizliğin en olumsuz etkilerinden biri, kemik dokusunda ortaya çıkan osteoporozdur. Bilindiği gibi kemik yapımının paralel olarak, kişinin dayanıklılığında da azalma olmaktadır. Diğer taraftan hareketsiz düzenli olabilmesi ve kemik kitlesinin yenilenebilmesi için, tendonların (bağlar) çekme fonksiyonu ile oluşan gerilmelere ve ayak ta durma sırasındaki yer çekimi kuvvetine gereksinim vardır. Hareket azaldığı durumlarda ise kemiğin organik ve inorganik elemanlarındaki kayıplar sonucunda, kemik kitlesi azalmaya başlamakta, kemikteki kalsiyumun mobilize olmasıyla geçici bir hiperkalsemi (kan kalsiyum seviyesinin artışı) ve yumuşak doku içinde ektopik kalsifikasyonlar (kemikleşmeler) gelişebilmektedir. Sonuçta kemiklerin kırılabilirliği artmakta ve kendiliğinden ya da minör travmalarla kırılma olasılığı ortaya çıkmaktadır.

Kemik dokusunun yanı sıra eklemlerde aktif ve pasif hareketlerin azlığına bağlı sertlikler gelişmekte ve eklem hareket açıklığı azalmaya başlamaktadır. Başlangıçta geri dönüşebilir nitelikte olan sertleşme, hareketsizliğin uzun sürmesi halinde kemiksel nitelik kazanmakta ve geri dönüşümü mümkün olmayan eklem hasarları ortaya çıkmaktadır (89).

- Kardiovasküler Sistem: Uzun süre hareketsizlik sonucunda kardiovasküler sistem büyük zarar görmekte ve bazal koşulların üzerindeki metabolik gereksinimleri karşılayamaz duruma gelmektedir. Kardiovasküler sistemdeki gerilemenin en belirgin göstergesi, maksimum oksijen tüketiminin (Max V02) azalmasıdır. 10 günlük yatak istirahatından sonra tamamen sağlıklı ve genç kişilerde dahi Max V02' nin %20 oranında, kalp atım hacminin ise %10 oranında azaldığı gösterilmiştir. Bir kaç günlük istirahatten sonra dahi, aynı şiddetteki egzersize verilen nabız yanıtında artma olmaktadır.

Kardiovasküler sistemle ilgili bir diğer olumsuz gelişme kan basıncıyla ilgilidir. Uzun süre istirahatlardan sonra ortostatizm denilen durum gelişmekte ve kan basıncı dengesi bozulmakta ve kişi ayağa kalktığında ani tansiyon düşüklüğü olmaktadır (89).

Toplar damarlar üzerindeki kasların pompalayıcı etkilerinin azalması sonucu venöz yatakta birikmeler olmakta ve tromboflebit gelişebilmektedir. Pıhtılaşma mekanizmasındaki değişiklikler, trombosit kümeleşmesindeki artış, tromboflebit gelişmesine yardımcı olmaktadır (89).

- Solunum Sistemi: Hareketsizliğe bağlı olarak solunum sistemi ile ilgili hemen tüm parametrelerde gerileme olmakta ve sonunda kısıtlayıcı tip solunum bozukluğu tablosu ortaya çıkmaktadır. Sağlıklı kişilerde solunum parametrelerinde önemli bir düşme görülmemesine karşın istirahat süresinin uzaması durumunda, örneğin felçli hastalarda, solunum kapasitesi ve fonksiyonel solunum kapasitesinde %25-50 oranında azalmalar olmaktadır. Sınırlayıcı tarzdaki gelişmeler ve yatay pozisyonun akciğer dolaşımı üzerindeki etkisi sonucu solunum-kanlanma oranında önemli bozukluklar ortaya çıkmaktadır.

Ayrıca mukus temizleme fonksiyonlardaki azalmaya bağlı olarak, solunum sisteminde mukus birikmeye başlamaktadır. Bu koşullar altında öksürük mekanizması bozulur. Karın kaslarındaki zayıflık durumu daha da kötüleştirir ve basit bir üst solunum yolu enfeksiyonunda ciddi akciğer rahatsızlıkları gelişmektedir (89).

- **Sindirim Sistemi:** Hareket azlığı, sindirim sistemindeki aktivitelerin azalmasına yol açmaktadır. Bu azalma, hem içeriğin ilerletilmesinde hem de salgılama fonksiyonlarında olmaktadır. Sonuçta bir taraftan iştah kaybı gelişirken, diğer taraftan bağırsak hareketlerindeki azalma nedeniyle kabızlık görülmektedir.

- **Endokrin (hormonlar) ve Böbrek (renal) Sistemler:** Endokrin sistemin diğer sistemlerle karşılıklı etkileşmesi sonucu, önemli metabolik ve renal değişiklikler görülmektedir.

Vücudun uzun süre yatay pozisyonda kalması nedeniyle hücre dışındaki sıvılar, kılcal damar yatağının venöz (toplar damar) kısmına geçmekte ve kirli kanın kalbe dönüşünde artma olmaktadır. Sonuç olarak, sağ atriumun (kalp kulakçığı) hacim sensörlerinde bir uyarılmayla birlikte antidiüretik hormonda azalma ortaya çıkmakta ve idrar çıkışı artmaktadır. Hareketsizliğin etkisiyle sodyum ve kalsiyum atılımı da artmaktadır. İdrarla fazla kalsiyum atımı, üriner yolda tıkanma ve enfeksiyon faktörlerinin etkisiyle, hareketsiz kişilerde idrar yollarında taşlar oluşmaya başlamaktadır (89).

- **Deri:** Uzun süreli hareketsizlik, deri ve deri üzerindeki oluşumları da olumsuz yönde etkilemektedir. Deri altındaki yağ dokusundaki incelme ve deri gerginliğinin bozulması nedeniyle basınç yaraları gelişebilmektedir. Aynı vücut bölgelerinin sürekli olarak basınç altında kalmaları ve bu bölgedeki basıncın kılcal damar basıncın üzerine çıkması, yara oluşumunu kolaylaştıran dış etkenlerin başında gelmektedir. Saydığımız tüm bu olumsuz gelişmeler, hareketsizliğe bağlı problemlerin yalnızca bir kısmıdır. Hareketsizliğin uzun sürdüğü durumlarda, olumsuz gelişmelerden etkilenen doku ve sistemler durmadan artmakta ve bir noktada yaşamı tehdit eder duruma gelebilmektedir (89).

1.8.13 ÖLÇEK UYARLAMA ÇALIŞMALARI

Son yıllarda ülkemizdeki hemşirelik araştırmalarında giderek artan oranda egzersiz uygulamalarının önemini değerlendirmek amacıyla geliştirilen ya da uyarlanan ölçekler kullanılmaktadır (37). Kullanılan ölçeklerin büyük bir çoğunluğu farklı bir kültürde geliştirilmiş olup ülkemize uyarlanmış ölçeklerdir (38). Ölçek uyarlamasının ortaya çıkarabileceği problemler nedeni ile çalışmalarda kullanılacak ölçüm araçların toplumların kültürel ve sosyal yapılarına uygun olarak geliştirilmesi gereklidir. Ancak bazı kavramlar bir çok toplumlar için ortak fenomenler olduğundan başka toplumlarda yürütülen çalışmaların görmezden gelinmesi doğru bir davranış olmayacaktır. Ölçek uyarlamasının tercih edilmesinin bazı nedenleri vardır. Uluslararası yayınlarda yeterince tanınan ve üzerinde bilgi birikimi bulunan bir ölçeği Türkçe'ye kazandırarak kullanmak, araştırmacının yeni bir ölçek hazırlamak için geçireceği süreyi kısaltır. Alanındaki kuramsal ve uygulamalı çalışmalara ayıracağı süreyi arttırır ve araştırmacıya iletişim kolaylığı ve karşılaştırılabilir bilgi sağlar.

Test/ölçek uyarlama çalışmalarının bireysel, araştırmacılara sağladığı kazançlar kadar, ülke açısından da sağladığı kazançlardan söz edilebilir. Bunlar arasında teknik bilgilerin (istatistiksel analiz, bilgisayar paket programlarının kullanımı, programlama becerilerinin yaygınlaşması, uluslararası ortak araştırma ilişkilerinin kurulması ve yazışmalar yoluyla bilgi alışverişi sayılabilir (71). Farklı kültürlerde geliştirilen ölçekleri uyarlamanın yaratacağı psikolinguistik (anlatım, dil) problemleri, deneysel ve istatistiksel tekniklerle, en aza indirgendiğinde ölçeklerin bir çok global kavramı ölçebileceği ve uluslar arası/ kültürlerarası karşılaştırma ve tartışma olanağı sağlayacağı da vurgulanmaktadır (39).

Belirli bir dilde ve kültürde geliştirilen bir çok ölçek o kültüre özgü kavramlaştırma ve örnekleme özellikleri taşır. Bir kültürde geçerli ve güvenilir olarak belirlenen bir test başka bir kültürde bu özelliklere sahip olmayabilir. Bir ölçeğin farklı dil ve kültürlerde uygulanabilir olması için yapılan sistematik hazırlık çalışmaları, ölçek uyarlaması olarak adlandırılır.

Uyarlama çalışmalarında, bir ölçeği geliştirirken izlenen basamakların ve yürütülen işlemlerin pek çoğu, hatta neredeyse hemen hepsi ölçek uyarlaması için de gerekli ve zorunludur. Hatta bazı noktalarda orijinalinde yapılanlardan daha fazlasının yapılması gerekmektedir. Uyarlama aşamaları, ölçekteki anlatımların/maddelerin eş anlama gelip gelmediğinin denetlenmesinden başlayarak, ölçeğin iç yapısında ve psikometrik özelliklerinde değişimler olup olmadığının ortaya çıkarılmasına kadar giden bir dizi anlamsal, kültürel ve istatistiksel tekniklerin ustaca kullanılması da önem kazanmaktadır. Bu nedenle uyarlama çalışmaları birinci sınıf araştırma becerilerinin sergilenmesini gerektiren önemli araştırma etkinlikleridir. Uyarlanan bir ölçek başkaları tarafından da hazır bir araç olarak kullanılabilirdiğinden, ölçek uyarlama büyük sorumluluğu da beraberinde getirir. Ölçeğin orijinalinde bir eksiklik varsa ve Türkçe'ye uyarlanan kişi tarafından bu eksiklik giderilmedi ise ölçeği alıp değişik gruplara uyarlayanlar da aynı yanlışlığı sürdürecekler demektir. Araştırmacılar, yalnızca kendi kullanımlarından değil aynı zamanda meslektaşlarının kullanımlarından da sorumluluk duymalı ve gerekli uyarılarda bulunmalıdır (40,102).

Ölçek uyarlamalarında sıklıkla gözlenen bir durum, farklı bir kültürde geliştirilen ölçeği ülkemize uyarlayanların asıl hedeflerinin bir araştırma sorusuna yanıt aramak olduğu, ölçek üzerinde çalışmanın ise bir ön hazırlık, bir yan ürün olarak ortaya çıktığıdır. Diğer bir deyişle ölçek uyarlamak bir çok araştırmanın asıl amacı değil öncelikli amacı olmaktadır. Temel amaç bu ölçeğin kullanılacağı araştırmaya göre değişir ve araştırmacı amaca ulaşmak için oldukça zahmetli, karmaşık ve zaman alan bu öncelikli amacı gerçekleştirmek zorundadır. Araştırmacının temel amacına ulaşmak için kullanacağı ölçme araçlarının güvenilirliği ve geçerliliği için harcayacağı çaba ve zaman, araştırmacının enerji, zaman ve kaynaklarının büyük bir kısmını harcamasına yol açacaktır. Bunun sonucunda araştırmacının temel amacına yönelik yapılacak çalışmalara yeterince zaman ayıramamakta, bu temel bölüm zayıf kalabilmektedir (39).

Aynı testin diğer kültürlerde, diğer dillerde uygulanabilir ve anlamlı olması için sistematik bir şekilde incelenmesi ve üzerinde çalışılması, yürütülen çalışmaların büyük bir dikkatle gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Hatta basit gibi görünen ölçek çevirilerinin bile ne denli özenle yapılması gerektiği ortadadır (78).

Ölçek uyarlaması aşamaları aşağıdaki başlıklar altında özetlenebilir:

- Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/ dil uyarlaması
- Psikometrik özelliklerin incelenmesi
- Kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması

1.8.13.1 PSİKOLİNGÜİSTİK ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Hemşirelik literatüründe kültürler arası çatışmalar değerli ve mutlaka önerilen çalışmalardır. Ancak ölçeklerin çeviri süreçleri ya da çeviri metodlarının birbirine üstünlüğü avantajları, dezavantajları konusunda yeterince çalışma yoktur (18). Çeviri yapacak kişilerin sadece o dili çok iyi biliyor olmaları değil her iki kültürü de çok iyi tanıyor olmaları gerekmektedir ancak bu yeterli değildir (78).

Bir kültürde kullanılan bir ölçeğin başka bir kültürde de kullanılabilmesi için ölçeğin bir dilden başka bir dile çevrilmesi basit bir çeviri işleminden çok daha öte çalışmaları gerektirir (18). Yapılan işlem “çeviri” işlemi değil “uyarlama” süreci olmalıdır. Çünkü bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi o ölçeğin doğasını bir miktar değiştirir. Bu değişim, kaçınılmazı olanaksızdır, dilden kaynaklanan (psikolinguistik) farklılıklardan ortaya çıkar. Farklılıkların azaltılması yada en aza indirilmesi ve çevrilen dili kullanan insanlara uygulanarak standardizasyonunun yapılması, ölçek uyarlamasının temel işlemlerini oluşturur (39).

Ölçeklerin tek taraflı çevirisi ölçek çevirilerinde en sık kullanılan yoldur ancak bazı sınırlılıkları vardır. Çevirinin başarısı tamamen çeviren kişinin bilgi ve becerisine bağlıdır.

Çeviren kişinin bilgi ve becerisi iyi olsa bile yine de tek başına yeterli bir yöntem olmamaktadır. Yapılan çalışmalar tek taraflı çeviri yapılarak kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliğinin düşük olduğunu göstermiştir. Geri çeviri yöntemi daha az ekonomik ve daha fazla zaman gerektiren bir yol olmasına rağmen kültürlerarası ölçek uyarlamalarında en çok önerilen yollardan birisidir (19).

Bunun için en az iki çevirmenin olması gerekmektedir. Zaman ve ekonomik durumlar elverdiğinde ikiden fazla çevirmenin kullanılması da mümkündür. Tekrar çeviri ölçek çevirilerinde önerilen bir yol olmakla birlikte bazen çevirmenler ölçek çevirilerinde benzer sonuçlara ulaştığı ve görüş ayrılığı oluşmayan bir form elde edilmiş olsa bile kültüre uygun çeviride yetersizlikler olmakta ve kullanımında güçlükler yaşanmaktadır. Bu nedenle ön uygulamanın yapılması önerilmektedir (18,78).

Dil geçerliği için önerilen bir diğer yöntem de hedef gruba formun her iki dildeki şeklinin uygulanması ve sonuçların karşılaştırılmasıdır ancak bu yöntemde her iki dilde iyi bilen hedef gruba ulaşma gücüğü yaşanabilmekte ve ulaşılacak bu grubun özelliklerinin hedef grubun özelliklerinden farklı olma olasılığı taşımaktadır (78).

ÖLÇEĞİN GEÇERLİK ve GÜVENİRLİĞİ

İyi bir ölçme aracında olması gereken vazgeçilmez iki temel özellik **geçerlik** ve **güvenirliktir**. Geçerlik, ölçme aracının ölçülmek istenen özelliği doğru ve tam olarak ölçebilmesidir. Güvenirlik ise ölçme aracının ölçülen özelliği tutarlı ve hep aynı şekilde ölçebilme özelliğidir. Güvenilir olmayan ölçme sonuçları, hatalarla yüklü, tutarsız sonuçlardır ve geçerli olmazlar. Güvenilir olmayan ölçme sonuçlarının geçerliliğine bakmaya gerek yoktur. Güvenirliğin sağlanması geçerlik için önkoşuldur, ancak geçerli olduğunu göstermez. Bu nedenle ölçme aracının geçerli ve güvenilir olması birbirinden bağımsız olarak düşünülemez (35).

1.8.13.1.1 GECERLİK

Geçerlik / geçerlilik (validity), bir ölçme aracının “neyi”, ne denli “isabetli/ doğru” olarak ölçtüğünü gösterir . Geçerlik, bir veri toplama aracının yalnız ölçmeyi planladığı özellikleri ölçüyor olması anlamına gelir (90). Ölçme aracının, ölçülmek istenilen özelliği ne denli isabetli ölçtüğünün göstergesi geçerlik katsayısı ile belirlenir. Bir ölçmenin geçerli sayılabilmesinin ilk koşulu onun güvenilir olmasıdır. Standardizasyon grupları üzerinde sınanmış ve geçerliği saptanmış bir ölçme aracının farklı özelliklere sahip yeni örneklem gruplarına uygulandıktan sonra (Örn: Yetişkin gruplarda geçerliği saptanmış bir ölçme aracının adölesan grubunda kullanılması gibi...) geçerliğine tekrar bakılmalıdır. Bu işleme sağlama geçerliği (cross- valididation) / geçerlik sağlaması da denir. Ölçek geliştirmede sık kullanılan geçerlik türleri aşağıda belirtilmiştir (98).

İçerik/ kapsam geçerliği

- Yüzeysel geçerlik (uzman görüşü)
- Uygulama geçerliği / Ölçüt bağımlı geçerlik;
 - *Tahminsel geçerlik
 - *Eş zamanlı geçerlik

Yapı geçerliği

- Faktör analizi
- Birleşen ve ayırt eden geçerlik
- Bilinen Gruplar Karşılaştırılması

1.8.13.1.1.1 İÇERİK / KAPSAM GEÇERLİĞİ (CONTENT VALIDİTY)

İçerik geçerliği, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenilen özellik alanını yeterli düzeyde ölçüp ölçmediğini temsil edip etmediğini gösterir. Kapsam geçerliği sınanırken, “Ölçme aracı maddeleri ölçülen özellik alanını, amaçlanan düzeyde temsil ediyor mu?”,

“Ölçme aracının maddelerinin içeriği ve niteliği ölçülmesi amaçlanan özelliği yansıtıyor mu?” sorularının yanıtı aranır. Önce ölçülmek istenen kavram tanımlanır, kavramla ilgili değişkenler ve varsa alt boyutları açıklanır. Daha sonra ölçülmesi amaçlanan kavrama / özelliğe uygun maddeler hazırlanır. Bu maddeler belirlenirken geniş kapsamlı bir inceleme yapılmalıdır. Ölçme aracının ifadeleri, ölçülmek istenen özelliğin tümünü ya da istenen boyutunu tüm yönleriyle ölçecek özellikte olmalıdır. Ölçekteki maddelerin test amaçlarına nedenli hizmet ettiği, diğer bir deyişle maddelerin yeterliliği; yüzeysel geçerlik/ görünüm geçerliği(uzman görüşü alma) ve uygulama geçerliği çalışmaları ile değerlendirilir (98).

Yüzeysel geçerlikte tanımlanmış evren ile ölçme aracının bölümleri arasındaki ilişki değerlendirilir. İçerik geçerliğinde en sık kullanılan yöntem uzman görüşü alma şeklindedir (34). Ölçme aracındaki madde / ifadelerin ölçülmek istenilen özelliği temsil edici bir örneklem grubu oluşturup oluşturmadıklarını belirlemek için, hakem olarak kabul edilen, konuyla ilgili uzmanların görüşüne sunularak değerlendirmeleri istenir. Uzman sayısının en az üç olması gerekir, ancak yirmi gibi yüksek de olabilir. Uzman önerilerine göre gerekli düzenlemeler yapılır. Değerlendirme sonunda amaca hizmet eden, etkin ve yeterli olarak nitelendirilen maddeler seçilerek ölçme aracının kapsamına alınır. Uzman görüşü alma yolu ile değerlendirmede geçerlik seviyesini sayısal değerle belirtme olanağı yoktur. Sadece kanaatlere göre bir kabul söz konusudur. Yüzeysel geçerlik, ölçme aracının hangi değişkeni ölçtüğünü değil, ölçer gibi görüldüğünü belirler. Kapsam geçerliliğinin sayısal değerlerle kanıtlanması, araştırmacı tarafından geliştirilecek bir dereceleme ölçütünün uzmanlara verilmesi ile sağlanabilir. Araştırmacı, ölçüm aracını uzmanlara göndermeden önce her madde için kaç uzmanın olumlu görüş bildirmesi gerektiğine karar vermelidir. İçerik geçerliliği için uzman grubu incelemesinde “en az uyum sınırı”nın altında olan maddeler ölçme aracından çıkarılmalı ya da yeniden düzenlenmelidir (34).

Uygulama Geçerliği / Ölçüt Bağımlı Geçerlik (Empirical Validity)

Ölçüt geçerliği ya da uyum geçerliği olarak bilinir. Uygulama geçerliği en az yanılma payı olan geçerlik ölçütüdür. Ancak ölçüt alınacak özelliğin iyi seçilmesi gerekir. Örn: Atılganlık ölçeğinden yüksek puan alan bireyler, günlük yaşamlarında yakın çevrelerince atılgan olarak değerlendirilmiyorsa, atılganlığı ölçmek için kullanılan ölçeğin uygulama geçerliliğinin olduğu söylenemez.

Uygulama geçerliği ilgilendiği zaman dilimine göre; *tahminsel geçerlik* ve *halihazır geçerlik* adını alır. Her ikisinde de ölçme aracının puanları bir dış ölçütle karşılaştırılarak puan dizisi arasındaki ilişki düzeyine bakılır, iki ölçüt arasında yüksek korelasyon bulunursa sınanan ölçme aracının geçerli ölçüm yaptığı kabul edilir (34).

- Tahminsel Geçerlik (Predictive Validity)

Tahminsel geçerlik; önkestirim, kestirisel, yordama geçerliği olarak da isimlendirmektedir. Bir ölçme aracının geçerliliğini ortaya koymanın yollarından biri de, ölçme aracından alınan sonuçların gelecekte gözlenecek, ölçülebilecek bir davranışın, performansın ne düzeyde tahmin edilebildiğine yordayabildiğine / kestirebildiğine bakmaktır. Burada kullanılan ölçüt, performansın gerçek ortamlarda sonradan elde edilen ölçümleridir. Tahminsel geçerlik için önce ölçme aracı uygulanır ve değerlendirilir. Sonra ölçülen özellik için ölçüt alınan değişkenin belirgin olarak görülebileceği yeterli süre kadar beklenir ve ölçüt alınan değişkenin uygulamadaki durumu değerlendirilir. Geliştirilen ölçme aracının sonuçları ile ölçüt değişken sonuçları arasındaki ilişkiye bakılır. Anlamalı bir ilişki bulunmuşsa ölçme aracının tahmin geçerliği olduğu kabul edilir.Örn: Bir müzik yeteneği testinden alınan puan bireyin gerçek müzik performansı ile karşılaştırılır. Ölçüm puanı ile bir süre sonra gözlenen performans arasındaki ilişki yükseldikçe, ölçme aracının tahminsel geçerliliğe sahip olduğu kabul edilir (32).

- Halihazır Geçerlik (Concurrent Validity)

Tahminsel geçerlik, belli bir zaman aralığı gerektirdiğinden her zaman uygun olmayabilir, bu durumlarda halihazır geçerlik ile yetinilir. Ölçüt değişken ile değerlendirme aynı zamanda yapılır (35). Benzer ölçekler geçerliği, zamandaş ölçek geçerliği, eş zamanlı ölçek geçerliği olarak da bilinen halihazır geçerlikte, bir ölçme aracının geçerliği, ölçüm anında varolan bir ölçekle karşılaştırılarak yapılır. Burada önemli olan nokta kriter ölçütünün güvenilirliği ve geçerliliği ispatlanmış bir ölçüt olmasıdır. Başarı durumunu ölçen bir ölçme aracının geçerliliği için; öğrencinin başarı test puanı ile başarıyı diğer gözlem / ölçüm kullanılarak elde edilen sonuçlar arasındaki ilişkinin saptanması örnek olarak verilebilir (35).

1.8.13.1.1.2 YAPI GEÇERLİĞİ (CONSTRUCT VALIDITY)

Yapı / kavram geçerliği, ölçme aracının ölçtüğünü iddia ettiği teorik yapıyı (kavramı, boyutu) ne derece ölçebildiğini gösterir. Yapı geçerliğini belirlemede *faktör analizi* ve *birleşene ayırteden geçerlik*, *bilinen grup karşılaştırılması* ve *hipotezin test edilmesi* gibi çeşitli yöntemler kullanılır. En sık kullanılan yöntem faktör analizidir (98).

a. Faktör Analizi

Faktör Analizi, ölçek puanlarının yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde önemli yeri vardır. Hemşirelik araştırmalarında sık kullanılmaktadır. Aynı yapıyı ölçen çok sayıda değişkenden, az sayıda tanımlanabilir anlamlı değişken keşfetmeye yönelik çok değişkenli bir istatistiktir. Faktör analiziyle, ölçülen yapıda birbiriyle yüksek korelasyon gösteren özellikler birer faktör altında kümelendirilir. Faktör analizi değişkenler arasındaki ilişkiyi faktör olarak isimlendirilen çok daha az sayıdaki gözlenemeyen gizli değişkenler bakımından açıklamayı sağlamak üzere düzenlenmiş tetkiktir.

Açıklayıcı ve doğrulayıcı olmak üzere iki temel yöneme ayrılmaktadır. Açıklayıcı faktör analizinde değişkenler arasındaki ilişkiden hareketli faktör bulmaya, teori üretmeye

yönelik bir işlem, doğrulayıcı faktör analizinde ise değişkenler arasındaki ilişkiye dair daha önce saptanan bir hipotezin test edilmesi sözkonusudur (35).

b. Bilinen Gruplar Karşılaştırması

Bilinen gruplar karşılaştırılmasında, ölçülecek yapının dayandığı teoriye bağlı olarak bir test uygulandığında anlamlı olarak farklı puanların elde edileceği gruplar (bir grupta düşük, diğer grupta yüksek) olması gibi tanımlanır (98).

c. Birleşen ve Ayırteden Geçerlik

Ölçme aracı puanının, kendine benzeyen değişkenler ya da ölçümlerle (Örn: Kaygı düzeyi ile doyumsuzluk puanı) kuramsal olarak anlamlı yüksek korelatif ilişki (birleşen geçerlik / benzer sonuçlu geçerlik), kendinden farklı olan değişkenlerle (Örn: Kaygı düzeyi ile iyilik hali) ise sıfır ya da anlamsız ilişki göstermesi beklenir. Bu durum sağlanırsa geçerlik saptanmış olur (37).

1.8.13.1.2 GÜVENİRLİK

Güvenirlilik (reliability), bir ölçme aracıyla farklı zamanlarda yapılan ölçümler arasında aynı sonuçların alınması, sonuçlar arasında tutarlılığın olmasıdır (98). Güvenirliği düşük olan bir ölçümün, bilimsel değeri de düşük olarak kabul edilmektedir (34). Ölçme aracının güvenirliliğini; ölçme aracının maddelerinin hatalı olması, çok kolay ya da zor olması, homojen olmaması, sayısının az olması, yanıtlayan bireylerin nitelikleri, ölçme aracının uygulanmasından ve test puanlamasından kaynaklanan hatalar etkiler. Güvenirlilik düzeyinin yüksek olması için; (35)

Ölçme aracının maddeleri ;

- Açık bir şekilde ifade edilmeli,
- Uygun sayıda olmalı,
- Güçlük derecesi orta düzeyde olmalı

- İçerik yönünden homojen olmalı
 - *Uygulama ve puanlama standart koşullarda yapılmış olmalı
 - *Uygulayıcı, ölçme aracını uygularken, yanıtlayıcıların tutarsızlığına duyarlı olmalıdır.

Bir ölçüm aracının güvenilirliği tek boyutun sınanması ile belirlenemez. Birden çok yöntem kullanılarak güvenilirlik pekiştirilebilir. Güvenirliği ölçmede en sık kullanılan yöntemler Pearson Moment Çarpımı, Spearman- Brown, Çift seri (bi-serial) korelasyon katsayısı, Kuder-Richardson 20 ya da Cronbach alfa katsayısının hesaplanmasıdır (68). Ölçme aracının güvenilirliğinin göstergesi ölçme aracının hata payıdır. Aynı bireyler üzerinde birden çok ya da farklı gruplardaki bireyler üzerinde yapılmış ölçüm puanlarının standart hata değerlerinin küçük olması, ölçme aracının güvenilirliğinin yüksek olduğu anlamına gelir (35).

Güvenirlik Katsayısı

Güvenirlik Katsayısı (reliability coefficient), bir ölçme aracının iki uygulaması arasındaki korelasyon katsayısıdır. Güvenirlik katsayıları genellikle korelasyon katsayıları ile hesaplanır. Güvenirlik katsayıları 0 ile 1 arasında değişir ve pozitif değerli olmaları beklenir. Değer +1'e yaklaştıkça güvenirliliğin yüksek olduğu kabul edilir. Aşağıda güvenirlik katsayısı hesaplama yöntemleri verilmiştir (35).

1.8.13.1.2.1. Devamlılık/ Süreklilik/ Zamana Göre Değişmezlik K (Stability)

Test- Tekrar Test Güvenirliği

Bir ölçme aracının tekrarlanan uygulamalar arasında tutarlı sonuçlar verebilme gücünün bir ölçütüdür (37). Aynı ölçme aracı değişik zamanlarda bireylere uygulandığında, bireylerin ölçme aracı maddelerine verdiği yanıtların benzer yani tutarlı olması, o ölçme aracının değişmezliğini gösterir. Bu güvenilir bir ölçme aracı için gereken bir özelliktir .

Değişmezlik özelliği, test-tekrar test ölçümleri ile değerlendirilir ve en sık kullanılan güvenilirlik analizlerinden biridir (34).

İki test arasındaki süre birinci uygulamada verilen yanıtları hatırlamaya yetecek kadar kısa, ölçeğin ölçtüğü özellik bakımından yanıtlayıcıların önemli ölçüde değişmelerine yetecek kadar uzun olmamalıdır. Sürenin ortalama 2-6 hafta arasında olması önerilmektedir. Bir ölçme aracının aynı gruba benzer koşullarda, belirli zaman aralıklarıyla iki kez uygulanmasıyla elde edilen puanların korelasyonu hesaplanır. Önceki ve sonraki ölçüm arasındaki korelasyon katsayısı, ölçme aracının puanının zaman içindeki değişmezliğinin göstergesi olup, güvenilirlik katsayısı olarak kabul edilir (34,35). Eğer ölçüm puanları arasındaki korelasyon katsayısı yüksekse ölçme aracı güvenilirdir. Test-tekrar test korelasyon katsayısı yeterli düzeyde olsa bile ileri analiz yapılmalıdır. Bunun için iki ölçüm sonuçlarının puan ortalamaları ve standart sapmaları incelenmektedir. Her iki ölçüm sonucunun benzer olması gereklidir (38). Alt ölçekleri bulunan bir ölçüm aracında tüm bu sınamalar her bir alt ölçek için ayrı olarak yapılmalıdır (34,35).

1.8.13.1.2.2. Eşdeğerlik Katsayısı (Coefficient of Eguivalence)

Paralel Form Güvenirligi

Paralel form yöntemi, alternatif form yöntemi olarak da bilinir. İki eşdeğer formun deneklere uygulanıp aralarındaki korelasyon ilişkisine bakılmasına dayanır. Bulunan katsayı eşdeğerlik katsayısı olarak bilinir. Katsayının en az .70 ve üzeri olması beklenir. İki testin paralel olabilmesi için aynı değişkeni ölçmesi yanı sıra ortalamalarının, standart sapmalarının, varyanslarının, kovaryanslarının, madde sayılarının ve tiplerinin eşit olması gerekir. Ayrıca paralel formlarla yapılan ölçümlerde ölçmenin eşdeğer olabilmesi için her iki ölçeğin madde sayısı, niteliği, kullandığı ölçme tekniği, faktör yapısı ve ölçtükleri davranış bakımından da birbirine denk olması gerekir. Bu özelliklerden dolayı eşdeğer form ölçütlerinin yerine

getirebilmesi araştırmacılar için oldukça zordur. İki form aynı gruba aynı anda ve aynı koşullarda uygulanmalıdır. Bazen iki form aynı anda uygulanıyorsa bir testin diğer teste etkisi farklı sonuçlar çıkmasına neden olabilir. Bu nedenle deneklerin bir yarısının bir forma öncelikli diğer yarısının ikinci forma öncelikle cevap vermeleri sağlanmalıdır (34, 37, 55).

Bağımsız Gözlemler Arası Uyum

Farklı uygulayıcıların aynı zamanda aynı ölçme araçlarını kullandıklarında elde edilen puanların uyumlu olmasını ifade eder. Özellikle gözleme dayalı veri toplamada ya da birden fazla veri toplayıcının bulunduğu çalışmada, ölçme ya da gözlem sırasında gözlemcilerin davranışlarından kaynaklanabilecek hataları en aza indirecek önlemler alındıktan sonra, ölçme aracının güvenilirliği için gözlemciler arası uyum sınanmalıdır (34,35,98). Gözlemciler arası uyumun değerlendirilmesinde korelasyon, t testi, varyans analizi, Cronbach alfa katsayısı, kapa istatistiği gibi değişik yöntemler kullanılmaktadır (37).

Dil esdeğerliği

Aynı ölçme aracının farklı iki dildeki formlarının aynı gruba aynı zamanda uygulanması ile elde edilen puanlar arasındaki korelasyona bakılarak belirlenir (34).

İç Tutarlık Katsayısı

En sık kullanılan güvenilirlik saptama yöntemidir (35). İç tutarlılığın dayandığı temel görüş, ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek için birbirinden bağımsız maddelerden oluştuğu ve bunların ölçme aracının bütününe hizmet ettiği, birbirine eşit ağırlıkları olduğu varsayımdır. Bu nedenle iç tutarlığa, ölçme aracının benzeşikliği de denmektedir (34). İç tutarlık katsayısını hesaplamada farklı istatistik formüllerinin kullanıldığı çok sayıda yöntem vardır. Bu yöntemlere ilişkin açıklayıcı bilgiler aşağıda verilmiştir. Veri türleri ve koşullar

uygun olduğu sürece, ölçme aracının güvenilirliğini sınamak ve pekiştirmek için birden fazla yöntem kullanılmalıdır.

İç tutarlılığı hesaplama yöntemleri ;(35,98)

- İki yarım test (split-half) tutarlık katsayısı yöntemleri: Sperman Brown, Stanley, Rulon, Flanagan, Mossier, Horst gibi...
- Madde toplam korelasyon katsayısı ve item-remainder korelasyon katsayısı yöntemleri
- Kuder Richarson 20, 21 ve alfa katsayısı yöntemi.

İki Yarım Test / Yarıya Bölme / Testi Yarılama Güvenirliği (Split-Half)

Bir gruba uygulanan ölçme aracının soruları iki eşit yarıya bölünür ve bireylerin iki eşdeğer yarıdan aldıkları puanlar arasındaki ilişki Sperman-Brown, Stanley, Rulon, Flanagan, Mossier, Horst gibi yöntemler kullanılarak iki yarım test güvenilirlik katsayısı bulunur (34). Bulunan değer iç tutarlık hakkında bilgi verir. Eğer iki ayrı soru grubu arasındaki korelasyon yüksekse ölçme aracının bütününün birbirleriyle yakından ilişkili sorulardan oluştuğu sonucuna varılır (34,35,98). Bu durum ölçme aracının bir yarısında yer alan maddelerin diğeri yarısındakilerle aynı özelliği ölçmesidir. Aksi takdirde yöntem uygulanamaz. Geçmişte sık kullanılan bu yöntem işlemler bilgisayar ortamında yapılmaya başlandıktan sonra sık kullanılmamaktadır (98).

Madde Analiz / Madde- Toplam Puan Korelasyon Katsayısı

Madde hesaplamasına dayalı iç tutarlık hesaplaması bazı kaynaklarda geçerlik, bazı kaynaklarda güvenilirlik kapsamında ele alınmaktadır. Genelde bir güvenilirlik sorunudur. Maddeler arası ilişki ne kadar yüksekse, ölçeğin o ölçüde etik boyutluluğünü, yani maddelerin aynı özelliği ölçtüğünü gösterir. Bu özellik geçerlik açısından da ölçülmesi istenen özelliğin kapsamını temsil etmesi bakımından önemlidir (35). Madde analizi ile ölçme aracını oluşturan

maddelerin ölçme aracının toplam puanına ne kadar katkıda buldukları ve böylece ölçme aracının bütünüyle ne derecede ilişkili olduğu belirlenir. Madde toplam puan korelasyonu bir maddenin ayırt edicilik index'ini verir. Bu da o maddenin geçerliği demektir (68). Likert'in ölçek tanımında madde puanları dizisi sürekli bir puan olarak kabul edildiğinden madde puanları ile ölçek puanları arasındaki korelasyon Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı düzeltilmiş formülü ile hesaplanmaktadır (98). Düzeltilmiş formül için madde puanları ile ölçek puanları arasındaki korelasyon hesaplanırken, söz konusu maddenin puanları hariç tutularak ölçek puanının yeniden hesaplanması gerektiği, aksi takdirde korelasyon katsayısının gerçekte olduğundan yüksek çıkma eğiliminde olduğu bildirilmektedir. Her madde için elde edilen korelasyon katsayısı ne kadar yüksekse, maddenin amaçlanan davranışı ölçmede etkin ve yeterli olduğunu gösterir. Kesin olmamakla birlikte madde seçiminde kabul edilebilir katsayının .25 değerinden büyük olması beklenir. Madde - toplam puan korelasyonlarının negatif olmaması gerekir, bu durum ölçeğin toplanabilirlik özelliğini bozar. Eksi değer ya da sıfıra yakın bir değer elde edilmesi maddenin ölçülmek istenen tutumu ölçmede yetersiz kaldığını gösterir. Bu durumda düşük korelasyona sahip maddeler, diğer analiz sonuçlarına bakılmadan ölçme aracından çıkarılır (35,98).

Ayırt Etme Gücü/ Alt- Üst Grup Ortalamaları Farkına Dayalı Madde Analizi

Likert ölçekleme tekniği yüksek hızlı bilgisayarların ortaya çıkışından önce geliştirildiğinden, özellikle büyük veri kümeleri için korelasyon katsayılarının hesaplanmasının güç olması ve fazla zaman gerektirmesi nedeniyle, ölçeklerin madde analizinin yapılmasında ikinci bir yol olarak "iç tutarlık ölçütüne dayalı madde analizi" yapılması önerilmiştir . Madde seçme işlemi, en yüksekten en düşüğe doğru sıralanan dağılımın alt %27 ve üst %27' lik grup verileri üzerinde gerçekleştirilir. Her bir madde için; üst gruptaki yanıtlayıcıların madde puan ortalamaları ile alt gruptaki yanıtlayıcıların madde puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı

olup olmadığı t testi ile analiz edilir (35). Günümüzde bilgisayarın yaygın olarak kullanılması nedeniyle alt-üst grup verileri ile yapılan t testi yerine tüm grup verilerinin kullanıldığı korelasyon analizine dayalı madde seçilmesi önerilmektedir (98).

Cronbach Alfa ve Kuder- Richardson 20 ve 21 Güvenirlik Katsayısı

Likert tipi ölçeklerin güvenilirliğinin sınanmasında en sık kullanılan Cronbach alfa katsayısı, ölçme aracı içinde bulunan maddelerin homojenliğinin bir ölçüsüdür. Bu teknikle, ölçtüğünü varsaydığınız nitelikleri ölçen ölçek maddelerinin kendi içlerinde ne kadar birbiriyle ilişkili oldukları, ne kadar homojen bir soru grubu oluşturdukları, aynı ögenin özelliklerini yoklayan maddelerden oluşup oluşmadığı tesbit edilir (35,37). Madde puanları 0-1 şeklinde olan ölçeklerde iç tutarlılık hesaplaması için Cronbach alfa yerine Kuder Richardson (KR) 20 tekniği kullanılır. KR 21 tekniği ise ölçekteki her sorunun güçlük derecesinin aynı olduğu varsayımında kullanılır. Pratikte ise KR 21 kullanılmaz. Ölçülmek istenen özellik alanı homojen olduğunda Cronbach alfa katsayısı yüksek çıkar (37). Cronbach alfa katsayısı 0 ile 1 arasında değişim gösterir. Bir ölçme aracında yeterli sayılabilecek güvenilirlik katsayısı olabildiğince 1'e yakın olmalıdır (37). Alfa katsayısı .40'dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değildir, .40 -59 arası düşük güvenirlikte, .60 -79 arası oldukça güvenilir, .80 - 1.00 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (68). Alfa katsayısı, ölçme aracının tüm alt bölümlerinin birbirine göre tutarlılığını sınamada kullanıldığı gibi, her bir alt boyutun maddelerinin kendi içinde birbirine göre tutarlı olup olmadığını sınamada kullanılır (35). Cronbach alfa katsayısını ölçme aracındaki madde sayısında etkiler. Ölçme aracında madde sayısı ne kadar fazla ise alfa değeri o kadar yüksek çıkar. Madde sayısı az olan ölçeklerde alfa sayısı olduğundan daha düşük çıkar, iyi bir gösterge değildir (71). Bu nedenle, bu katsayıların 3-5 maddelik ölçme araçları için kullanmaktan kaçınılması, kullanıldığında da sonuçların dikkatle yorumlanması gerektiği önerilmektedir. Bir madde ile Cronbach alfa katsayısı

hesaplanamaz. Alfa katsayısının hesaplanabilmesi için ilgili niteliği ölçen en az iki maddenin bulunması gerektiği belirtilmektedir (23).

BÖLÜM II

GEREÇ ve YÖNTEM

2.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma meme kanseri hastalarında ‘Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği’ nin Türk toplumu için güvenilirlik ve geçerliğini test etmek amacı ile metodolojik bir çalışma olarak planlanmıştır.

2.2 KULLANILAN GEREÇLER

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile araştırmacı tarafından literatüre dayanılarak hazırlanmış aşağıdaki veri toplama gereçleri kullanılmıştır (12,35,68).

- Meme Kanseri Çalışma Soru Formu (Ek I)
- Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği (Ek II)
- Yürüyüş Bandı Egzersiz Formu (EK III)
- Katılım Onam Formu (EK IV)

2.2.1 Meme Kanseri Çalışma Soru Formu

Konuya ilişkin literatür ışığında araştırmacı tarafından hazırlanan hasta tanıtım formu altı bölümden oluşmaktadır (35,68).

A. Bireye ilişkin sosyo-demografik özellikler: Yaş, medeni durum, yaşadığı yer, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi ve sosyal güvencesini içeren 18 sorudan oluşmaktadır.

B. Sağlık ve sağlık alışkanlıklarına yönelik sorular: Sigara, alkol kullanım durumu, boy, kilo ve iştah durumunu içeren 9 sorudan oluşmaktadır.

C. Genel sağlık öyküsü ve tedaviye yönelik sorular: İlk semptom, diyabet ve tansiyon durumu, boşaltım şekli, aktivite durumu, uyku düzeni, yorgunluk tanınması, bilişsel-algılama,

kendini algılama-kavrama, rol-ilişki, cinsellik-üreme durumu, stres ile başetme durumu, inanç ve değerlerini içeren 13 sorudan oluşmaktadır.

D. Sistem tanılmasına yönelik sorular: Solunum, kalp ve dolaşım sistemi, gastrointestinal, genitoüriner, kas-iskelet, deri, endokrin, nörolojik ve psikososyal durumunu içeren 9 sorudan oluşmaktadır.

E. Laboratuvar değerlerine yönelik sorular: Bu sorular hasta dosyasından bakılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

a. Tam kan sayımı: Hemoglobin, hemotokrit, lökosit, eritrosit ve trombosit değerlerini içermektedir.

b. Biyokimya incelemeleri: Sodyum, potasyum, kalsiyum, klor ve total protein değerlerini içermektedir.

F. Hastalığa ilişkin değişkenler: Tanı koyulma zamanı, hastalığın evresi, uygulanan tedavi, metastaz olup olmadığını içeren 4 sorudan oluşmaktadır.

2.2.2 Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği (EXERCISE SELF EFFICACY SCALE) (ESS)

Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği (ESS) Bandura (1997) tarafından geliştirilmiştir. ESS ölçeği toplam %0' dan %100' lük maksimum güce kadar derecelendirilen 18 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılar yeterlilik inançlarının gücüne göre 100 puanlık ölçek 10 birimlik aralıklar ile 0' dan (yapılamıyor) 50' ye (orta seviyede kesinlikle yapabiliyor) ve 100' e (kesinlikle yapabiliyor) kadar kaydedecektir. İç tutarlılık güvenilirliği 0.94' tür (12).

2.2.3 Yürüyüş Bandı Egzersiz Formu

Yürüyüş Bandı Egzersiz Formu (YBEF); bireylerin egzersiz seviyesini değerlendirmelerine yönelik olarak kendine ne derece güvendiğini sınamak amacı ile kullanılmakta olan bir formdur. YBEF, altı maddeden oluşup, genel değerlendirilmesi; 0 ile

100 arasında nümerik değerlendirme şeklinde olup, 0 hayır, 50 belki, 100 ise evet anlamına gelmektedir. Özellikle öz yeterliliğe yönelik egzersiz çalışmalarında paralel form olarak kullanılmaktadır (2,9,15).

2.3 ARAŞTIRMADA KULLANILAN YÖNTEMLER

“Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği” nin Psikometrik Uygunluğu

2.3.1 Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği'nin Geçerliliği

“Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği” için kullanılan geçerlik teknikleri ve yapılan işlemler aşağıda verilmiştir.

Geçerlik Tekniği	Geçerlik Tekniği İçin Yapılan İşlem
“Kapsam Geçerliliği”	-Uzman Görüşü Alma
“İçerik Geçerliliği”	-Kendall Uyuşum Katsayısı (W) (Kendall Coefficient Of Concordance)
“Paralel form Geçerliliği”	-Pearson's Momentler Çarpımı Korelasyonu Tekniği.

2.3.1.1 Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeğinin Dil Geçerliliğine İlişkin Yapılan Çalışmalar:

Araştırmada kullanılan “Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği” nin Türk toplumuna uyarlanmasına yönelik olarak geçerliliğini test etmek için araştırmanın ilk aşamasında ölçeğin dil geçerliliğine yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Öncelikle bir İngilizce Öğretmeni tarafından çeviri yapılan ölçek daha sonra İngilizce' yi iyi bilen ve ana dili Türkçe olan 5 kişi tarafından Türkçe' ye çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirilerindeki en uygun ifadeler seçilerek ölçek tekrar

oluşturulmuştur. Ölçeğin son haline ise ana dili Türkçe olan ve bu konu hakkında ayrıntılı bilgi verilen Ege Üniversitesi Yabancı Diller Yüksek Okulu' nda İngilizce okutmanı olarak görev yapan bir kişi tarafından yeniden İngilizce' ye çevrilmiştir. İngilizce' ye çevrilen ölçek yeniden iki kişi tarafından Türkçe' ye çevrilip Türkçe' ye çevrilen son metinlerin ölçeğin ilk halleriyle aynı olup olmadığının değerlendirilmesi yapılmıştır. İngilizce' ye çevirinin ölçek ifadeleri ile karşılaştırılması yapılmış ve gerekli düzeltmeleri yapıldıktan sonra Türkçeleştirilen son formlar içerik geçerliliği açısından 10 kişilik uzman görüşüne sunulmuştur. Alınan öneriler sonucu ifadeler daha anlaşılır hale getirilmiş ve ölçeğe son şekli verilmiştir. Ölçek daha sonra ön uygulama için kullanılmıştır.

2.3.1.2 Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeğinin Yapı-Kapsam Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

Ölçeğin oluşturulan Türkçe formu, kapsam geçerliliği için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu' nda görev yapmakta olan 2 öğretim üyesine, Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi' nde görev yapmakta olan 6 doktora, Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu' nda görev yapmakta olan 2 öğretim üyesine verilmiştir. Uzmanlar ölçek maddelerini ayırt edicilik, anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, kültürel uygunluk açısından incelemişler ve her bir maddeyi "1" ile "4" arasında değişen puanlarla (1: Hiç uygun değil, 2: Maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekir, 3: Uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4: Çok uygun) değerlendirerek görüşlerini bildirmişlerdir. Alınan öneriler sonucunda daha anlaşılır hale getirilen ifadelerle ölçeğe son hali verilmiştir.

2.3.2. GÜVENİRLİK

"Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği" için kullanılan güvenilirlik teknikleri ve yapılan işlemler aşağıda görülmektedir.

Güvenirlilik Tekniği	Güvenirlilik Tekniği İçin Yapılan İşlem
“Zamana Göre Değişmezlik”	-Pearson Momentler arpımı korelasyon katsayısı hesaplama
“İç Tutarlılık” “İç tutarlılık Katsayısı”	-Cronbach Alpha katsayısı hesaplama -Madde Toplam Puan Korelasyon Tekniği -İki yarım test güvenirliliği -Guttman Split-half -Spearman-Brown” güvenirlilik katsayıları

2.4 ARAşTIRMANIN YERİ ve ZAMANI

Araştırmada kullanılan “Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği” nin geçerlik ve güvenirliliğini saptamak için araştırmanın örneklemi; şubat 2009 - Nisan 2009 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Kemoterapi Ünitesi’ ne tedavi almak için gelen 180 kadın hasta oluşturmuştur.

Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi bünyesinde yer almaktadır. Yapımına 1995 yılında başlanan hastane 2004 yılında hizmete açılmıştır. Oluřumunda Ege Üniversitesi Rektörlüđü dışında, İzmir Valiliđi ve Kemik İliği Transplantasyon Vakfı (KİTVAK)’ ın önemli katkıları olmuştur.

Onkoloji Hastanesi, ana hastane binası ve laboratuvar binası olarak iki ayrı bölümde inşa edilmiştir. Ana hastane üç kattan oluşmaktadır. Giriş katında, erişkin ve çocuk onkoloji kliniklerine ait poliklinikler, ayaktan kemoterapi üniteleri ve diğer destek birimleri, birinci katta erişkin onkoloji kliniği ve özel girişim ünitesi, ikinci katta çocuk onkoloji kliniği, kanserli çocuk hastalar için Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı ilköğretim okulu ve kemik iliği-kök hücre nakli üniteleri yer almaktadır. Hastanenin en üst katında eğitim ve öğretim için bir toplantı ve

konferans salonu bulunmaktadır. Hastane 70 hasta yatağına sahiptir. Yıllık yeni kayıtlı hasta kapasitesi 1000-1200 kadardır. Günde yaklaşık 100 kadar hastaya ayaktan kemoterapi hizmeti verilmektedir.

Laboratuvar kompleksi iki katlı olup zemin katta iyot tedavisi bölümü, kriyoprezervasyon ve aferez üniteleri, üst katta ise kanser genetiği, moleküler biyoloji, moleküler farmakoloji, immunoloji ve hücre kültürü gibi ileri araştırmaların da yapılacağı alanlar bulunmaktadır. Burada radyasyon korumalı laboratuvar odaları, 37 °C sıcak ve +4 °C soğuk odalar da vardır. Bu bina ana hastaneye kapalı bir ara geçitle bağlantılıdır. Tüm bina klimatize olup HEPA filtre sistemi ile donatılmıştır.

Çocuk Onkoloji ve Erişkin Onkoloji kliniklerinde dört profesör ve beş doçent öğretim üyesi ile üç onkoloji uzmanı ve yan dal ihtisası yapanlar çalışmaktadır.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Kemoterapi Ünitesi'nde toplam 6 hemşire görev yapmaktadır. 8. ⁰⁰ - 17. ⁰⁰ şiftinde çalışılmaktadır. Hastaların tedavi protokollerine ait ilaçlar üniteye bağlı bir ilaç hazırlama odasında hazırlanmakta ve hazırlık işlemi bittikten sonra ilaçlar kemoterapi ünitesine getirilmekte ve hastalara uygulanmaktadır. Kemoterapi Ünitesi'nde günde 35-40 kişiye, ayda ortalama 200 kişiye, yılda ortalama 2500 kişiye hizmet verilmektedir.

2.5 ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırma evrenini 01.02.09 – 01.04.2009 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tülay Aktaş Onkoloji ve Kemik İliği Transplantasyon Hastanesi'nde meme kanseri tanısı ile kemoterapi gören 180 kadın hasta oluşturmuştur.

2.6 ARAŞTIRMANIN ÖRNEK SAYISI VE BÜYÜKLÜĞÜ

Araştırmada kullanılacak “Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği” nin geçerlik ve güvenilirliğini saptamada örneklem büyüklüğünün tesbiti için ölçekteki madde sayısı temel alınarak “Madde

Sayısı x 10⁹ formülünden yararlanılmıştır. Araştırma örneklemini 01.02.09 – 01.04.2009 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesine tedavi için başvuran, araştırma sınırlılıklarına uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden meme kanseri tanısı ile adjuvan kemoterapi gören 180 kadın hasta oluşturmuştur. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi'nde meme kanseri tanısı ile adjuvan kemoterapi gören minimum 25 yaş, primer meme kanseri teşhisi konan, soruları cevaplamada yeterli derecede Türkçe okuyup, yazabilen (ilkokulun tamamlaması), bilgilendirilmiş onam formunu (Ek IV) imzalayan hastalar alınmıştır.

Bununla birlikte aşağıdaki durumları olan hastalar örnekleme alınmamıştır.

- Telefonu olmayan ya da kullanamayan,
- Kemoterapi, radyoterapi ya da biyoterapi öncesinde öyküsünün olması,
- Nörolojik veya psikiyatrik rahatsızlığın olması,
- Ortopedik kısıtlamaların olması,
- Serebrovaskular ve/veya periferel damar hastalığının olması,
- Pulmoner anfizemin olması.

2.7 BAĞIMLI ve BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bağımsız Değişkenler:

- Demografik değişkenler; hastanın yaş, eğitim düzeyi, mesleği, yaşadığı yer,
- Sağlık ve sağlık alışkanlıklarına yönelik değişkenler; sigara içme durumu,
- Genel sağlık öyküsüne yönelik değişkenler; diyabet ve hipertansiyon varlığı, uykuya başlamada problem, yorgunluk düzeyi, borg ölçeği, yaşamda isteksizlik-umutsuzluk varlığı, görme bozukluğu, nörolojik problem varlığı,
- Hastalığa ilişkin değişkenler; teşhisin koyulma zamanı, metastaz olup olmadığı, hastalığın evresidir.

Bağımlı Değişkenler: Egzersiz öz yeterlilik düzeyi

2.8 VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar örneklem grubunu oluşturmuştur. Araştırma kapsamına alınan hastalara araştırma hakkında bilgi verilmiş, araştırma için yazılı izinleri alınmıştır. Uygulamada hastalara “Meme Kanseri Çalışma Soru Formu, Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği, Yürüyüş Bandı Egzersiz Formu” yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. 2 hafta sonra “Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği ve Yürüyüş Bandı Egzersiz Formu’ nun tekrar uygulaması yapılmıştır.

2.9 VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI

Meme kanseri tanısı ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi’nde kemoterapi gören, araştırma sınırlılıklarına uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara anket formu, yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanarak hastanın verdiği yanıtlar kaydedilmiştir. Hasta ile ilgili olan bazı genel bilgiler (hastalık evresi, süresi, metastaz varlığı, vb.) hasta dosyasından alınmak sureti ile doldurulmuştur.

Araştırma kapsamındaki hastalardan verilerin toplanması hastalar klinikte buldukları süre içerisinde belirlenmiş olup, sadece adresleri ve telefonları alınmıştır.

Şekil 8. Hastalara Anket Formlarının Uygulanış Sırası

1. Görüşme (Yüz yüze)	2. Görüşme (Yüz yüze)
<i>İlk görüşme</i>	<i>2 hafta sonra</i>
1-Meme Kanseri Çalışma Soru Formu (Ek I)	1-Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği (Ek II)
2-Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği (Ek II)	2-Yürüyüş Bandı Egzersiz Formu(Ek III)
3-Yürüyüş Bandı Egzersiz Formu (Ek III)	
4- Katılım Onam Formu (EK IV)	

2.10 VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmadan elde edilecek verilerin analizi özel bir bilgisayarda Statistical Package For Social Science (SPSS) 15.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Ölçeklerin dil geçerliliğini test etmek için çeviri / tekrar çeviri ve ön test yöntemleri kullanılmıştır. İçerik / kapsam geçerliliğini test etmek için uzman görüşlerinin alınması yöntemine başvurulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde aşağıdaki istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

Araştırmanın amacına uygun olarak toplanan verilerin değerlendirilmesi için şu istatistiksel analizler kullanılmıştır:

1. Hastalarla ilgili tanıtıcı bilgiler sayı ve yüzde olarak verilmiştir.
2. Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek için aşağıda maddeler halinde verilen yöntemler kullanılmıştır.

2.1. Geçerlilik çalışmalarına yönelik olarak;

a. Dil geçerliliği

b. İçerik geçerliliği: Uzman görüşüne başvurularak yapılmıştır ve Kendall Uyuşum Katsayısı (W) (Kendall Coefficient Of Concordance) kullanılarak hesaplanmıştır.

c. Paralel form geçerliliği: Pearson's Momentler Çarpımı Korelasyonu Tekniği.

2.2. Güvenirlilik çalışmasına yönelik olarak

a. Zamana karşı değişmezlik (test-tekrar test güvenirliliği): Pearson's Momentler Çarpımı Korelasyonu Tekniği

b. İç tutarlılık (internal consistency): “Cronbach Alpha Çözümlemesi”, “Madde Toplam Puan Korelasyon Tekniği”, “İki yarım test güvenirliliği”, “Guttman Split-half” ve “Spearman-Brown” güvenirlilik katsayıları yararlanılarak gerçekleştirilmiştir.

2.3. Hastaların yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, meslek, sigara kullanma durumu, teşhisin konulma zamanı, hastalığın evresi, metaztas durumu, uykuya başlamada problem, yorgunluk düzeyi, yaşamda duyulan isteksizlik, borg ölçeği, görme bozukluğu, nörolojik problem varlığı,

diyabet ve hipertansiyon olma durumlarına göre benzer bir dağılım gösterip göstermediklerini test etmek amacıyla **student t** ve **ANOVA** testi yapılmıştır.

2.11 ETİK YAKLAŞIMLAR

“Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği” nin Türkçe’ye çevrilip Türkiye’de uygulanabilmesi için Albert Bandura’ dan izin alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Bilimsel Etik Kurulundan onay alınmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği’ nden ve Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi’ nden izin alınmıştır. Anket formu uygulanmadan önce hastalara araştırmanın amacı ve formların içeriği hakkında açıklamalarda bulunulup, katılımları için yazılı onamları alınmıştır (Ek IV).

BÖLÜM III

BULGULAR

Çalışmada bulgular üç başlık altında verilmiştir.

1. Geçerlik ve güvenirlik aşamasında örnekleme dahil edilen, kemoterapi gören 180 meme kanserli kadın hastanın tanıtıcı bilgileri,
2. Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği' nin geçerlik ve güvenirlik analizleri,
3. Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamasının bağımsız değişkenlerle karşılaştırılması.

3.1. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK AŞAMASINDA HASTALARA İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Bu bölümde hastaların yaşı, medeni durumu, evlilik süresi, kaçınıcı evliliği, yaşadığı yer, çocukluğunun geçtiği yer, eğitim durumu, eşinin eğitim durumu, mesleki durum, eşinin mesleki durumu, çocuk sayısı, gelir düzeyi, sosyal güvenlik durumu yer almaktadır.

Tablo 1: Hastalara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

Tanıtıcı Bilgiler n: 180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>Yaş Grubu</u>		
- 25-44	50	27,7
- 45-64	117	65,1
- 65 - ↑	13	7,2
<u>Medeni Durumu</u>		
- Evli	135	75,0
- Bekar	12	6,7
- Dul (Vefat etmiş)	25	13,9
- Boşanmış	8	4,4
<u>Kaçıncı Evlilik</u>		
- Hiç evlilik yok	12	6,7
- 1	168	93,3
<u>Yaşadığı Yer</u>		
- Büyükşehir	115	63,9
- İlçe	62	34,4
- Köy	3	1,7
<u>Cocukluğunun Geçtiği Yer</u>		
- Büyükşehir	94	52,2
- İlçe	66	36,7
- Köy	20	11,1
<u>Eğitim Durumu</u>		
- İlkokul	84	47,8
- Ortaokul - Lise	52	28,3
- Fakülte/Yüksekokul	44	23,9
<u>Çalışma Durumu</u>		
- Tam gün	18	10,0
- Yarım gün	9	7,0
- Emekli	50	27,7
- Ev hanımı	103	59,4
Toplam	180	100,00

Tanıtcı Bilgiler n: 180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>Meslek Durumu</u>		
- Devlet Memuru	49	27,2
- İşçi	9	5,0
- Özel	15	8,3
- Ev hanımı	107	59,4
<u>Çocuğunuz varmı</u>		
- Evet	151	83,9
- Hayır	29	16,1
<u>Gelir Düzeyi</u>		
- Asgari ücret altı	6	3,3
- Asgari ücret	4	2,2
- Asgari ücret üstü	170	94,5
<u>Kazancınız ihtiyaclarınızı karsılıyormu?</u>		
- Evet	37	20,6
- Hayır	143	79,4
<u>Sosyal Güvence</u>		
- Emekli sandığı	93	51,7
- SSK	66	36,7
- Bağ-kur	19	10,6
- Yeşil kart	1	0,6
- Özel sigorta	1	0,6
TOPLAM	180	100,00

Tanıtcı Bilgiler n: 180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>Evlilik Süresi*</u>		
- 0-10 yıl	7	5,1
- 11-20 yıl	27	20,0
- 21-30 yıl	48	35,5
- 31-40 yıl	43	31,9
- 41 yıl ve ↑	10	7,5
<u>Eşinizin Eğitim Durumu*</u>		
- Okur Yazar Değil	12	8,8
- İlkokul	40	29,7
- Ortaokul	8	6,0
- Lise	30	22,2
- Fakülte/Yüksekokul	45	33,3
<u>Eşin Çalışma Durumu*</u>		
- Tam gün	62	45,9
- Çalışmıyor	2	1,5
- Emekli	69	51,1
- Malülen Emekli	2	1,5
<u>Eşin Meslek Durumu*</u>		
- Devlet Memuru	76	56,2
- İşçi	29	21,4
- Özel	16	11,8
- Belediye	14	10,6
TOPLAM	135	100,00

* N= 135 (Sadece evli olan hastalar)

Tanıtcı Bilgiler n: 180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>Çocuk Sayısı*</u>		
- 1	34	22,5
- 2	80	52,9
- 3	24	15,9
- 4	9	5,9
- 5	4	2,7
<u>Çocuk Cinsiyeti*</u>		
- Kadın	76	50,3
- Erkek	75	49,7
<u>Cocuğun Yaşadığı Yer*</u>		
- Aile yanında	79	52,3
- Ayrı	72	47,7
TOPLAM	151	100,00

* N= 151 (Toplam Çocuk Sayısı)

Tablo 1' de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan hastaların %27.7' si 25-44 yaş, %65.1' i 45-64 yaş, %7.2' si 65 yaş ve üstü yaş grubunda olup, yaş ortalaması \bar{X} : 50.03 olarak bulunmuştur. Hastaların %75' inin evli, evlilik süresi olarak %35.5' inin 21-30 yıl grubunda, %93.3' ünün ilk evliliği, %63.9' unun büyükşehirde yaşadığı, %52.2' sinin çocukluğunun büyükşehirde geçtiği, %47.8' inin ilkokul mezunu, %33.3' ünün eşi fakülte mezunu, %59.4' ünün ev hanımı, %51.1' inin eşinin emekli, %59.4' ünün belediyede çalıştığı, %56.2' sinin eşinin devlet memuru, %83.9' unun çocuk sahibi, %22,5' inin tek çocuğa sahip, çocukların %50.3' ünün kadın, çocuklardan %52.3' ünün ailesiyle yaşadığı, %94.5' inin gelir durumunun asgari ücret üstü, %79.4' ünün kazancının ihtiyaçlarını karşılayamadığı, %51.7' sinin sosyal güvenlik durumunun emekli sandığı olduğu saptanmıştır.

Tablo 2: Hastaların Sağlık ve Sağlık Alışkanlıklarına Yönelik Bilgiler

Sağlık Ve Sağlık Alışkanlıklarına Yönelik Bilgiler n: 180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>Sigara İctiniz mi?</u>		
- Evet	53	29,4
- Hayır	127	70,6
TOPLAM	180	100,00
<u>Su anda Sigara İcme Durumu*</u>		
- Evet	12	22,6
- Hayır	41	77,4
TOPLAM	53	100,00
<u>Günde Sigara İcme Miktarı**</u>		
- Arasıra	7	58,3
- Yarım paketten az	3	25,0
- Yarım paket	2	16,7
TOPLAM	12	100,00
<u>Sigarayı Bırakama Zamanı***</u>		
- 0-12 ay	18	43,9
- 13-24 ay	5	12,2
- 25- 36 ay	4	9,8
- 37- 48 ay	2	4,8
- 49 ay ve ↑	12	29,3
<u>Sigara Bırakıldığında İcilen Miktar***</u>		
- Arasıra	16	39,0
- Yarım paketten az	15	36,5
- Yarım paket	-	-
- 1 ile 2 paket	9	22
- 2 paketten fazla	1	2,5
TOPLAM	41	100,00

* N= 53 (Şu anda sigara kullanan ve kullanmayan hastalar) ** N= 12 (Şu anda sigara kullanan hastalar) *** N= 41 (Şu anda sigara kullanmayan hastalar)

Sağlık Ve Sağlık Alışkanlıklarına Yönelik Bilgiler n: 180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>Alkol Kullanım Durumu</u>		
- Evet	-	-
- Hayır	180	100,0
<u>İştah Durumu</u>		
- Az	31	17,2
- Orta	56	31,1
- İyi	93	51,7
<u>Kilo Verme İhtiyacı</u>		
- Evet, 1-5 kilo	52	28,9
- Evet, 6-10 kilo	14	7,8
- Evet, 10 kilodan fazla	113	62,8
- Hayır	1	0,6
<u>Kilo Verme Uygulamaları</u>		
- Evet, Diyet ile	6	3,4
- Evet, Egzersiz ile	-	-
- Evet, Diyet ve Egzersiz	-	-
- Hayır	174	96,7
<u>Kilo Alma İhtiyacı</u>		
- Evet, 1-5 kilo	5	2,8
- Evet, 6-10 kilo	1	0,6
- Evet, 10 kilodan fazla	1	0,6
- Hayır	173	96,2
<u>Kilo Alma Uygulamaları</u>		
- Evet, Diyet ile	2	1,1
- Hayır	178	98,9
TOPLAM	180	100,00

Sağlık Ve Sağlık Alışkanlıklarına Yönelik Bilgiler n: 180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>Baska İlaç kullanımı</u>		
- Analjezik	10	5,6
- Antidepresan	14	7,8
- Hormon	1	0,6
- Yok	155	86,0
<u>Teshisin Konulma Zamanı</u>		
- 0-12 ay	110	61,2
- 13-24 ay	33	18,4
- 25-36 ay	17	9,6
- 37- 48 ay	9	5,1
- 49 ay ve ↑	11	6,2
<u>Hastalığın Evresi</u>		
- Evre I	-	-
- Evre II	19	10,6
- Evre III	84	46,7
- Evre IV	77	42,8
<u>Metastaz Durumu</u>		
- Evet	77	42,8
- Hayır	103	57,2
TOPLAM	180	100,00

Tablo 2’ de hastaların en fazla oran ile %70.6’ sının hiç sigara içmemiş, %77.4’ ünün şu anda sigara içmediği, %58.3’ ünün arasına sigara içtiği, %43.9’ unun sigarayı bırakma aralığı 0-12 ay, %39.9’ unun sigara bıraktığında arasına sigara içtiği, %100’ nün alkol kullanmadığı, %51.7’ sinin iştah durumunun iyi olduğu, %62.8’ inin kilo vermeye ihtiyacının 10 kilodan fazla olduğu, %96.7’ sinin kilo vermek için herhangi bir uygulama yapmadığı, %96.2’ sinin kilo almaya ihtiyacının olmadığı, %98,9’ sinin kilo almak için herhangi bir uygulama

yapmadığı, %7.8' inin antidepresan kullandığı, %61.2' sinin teşhis konulma aralığının 0-12 ay, %46.7' sinin evre 3 ve %57.2' sinin metastazının olmadığı saptanmıştır.

Tablo 3: Hastaların Genel Sağlık Öyküsüne Yönelik Bilgiler

Genel Sağlık Öyküsü n:180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>İlk Semptom</u>		
- Kitle	164	91,1
- Ağrı	7	3,9
- Akıntı	2	1,1
- Muayene	7	3,9
<u>İlk Semptom Zamanı</u>		
- 1 ay önce	4	2,2
- 2 ay önce	3	1,7
- 3 ay önce	41	22,8
- 4 ay önce	18	10,0
- 5 aydan fazla	114	63,3
<u>Diyabet Durumu</u>		
- Evet	12	6,7
- Hayır	168	93,3
TOPLAM	180	100,00
<u>Diyabet Tedavisi Alma*</u>		
- Evet	12	100,00
- Hayır	-	-
<u>Diyabet Tedavisi*</u>		
- İnsulin	7	58,3
- Oral ilaç	5	41,7
- Diyet	-	-
TOPLAM	12	100,00

* N= 12 (Sadece diyabet olan hastalar)

Genel Sağlık Öyküsü n:180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>Hipertansiyon</u>		
- Evet	22	12,2
- Hayır	158	87,8
<u>Defekasyon Durumu</u>		
- Normal	78	43,3
- Diyare	31	17,2
- Konstipasyon	71	39,
<u>Defekasyon Sıklığı (gün)</u>		
- 1	155	86,1
- 2	6	3,3
- 3	19	10,6
<u>İdrar Boşaltım Durumu</u>		
- Normal	180	100,0
- Dizüri	-	-
- İnkontinans	-	-
- Oligüri	-	-
- Polüri	-	-
<u>İdrar Karşılama Biçimi</u>		
- Tuvalet	180	100,0
- Sürgü	-	-
- Üriner katater	-	-
- Diğer	-	-
<u>Büyük Tansiyon</u>		
- 90	10	5,6
- 100	3	1,7
- 110	66	36,7
- 120	48	26,7
- 130	42	23,3
- 140	11	6,1
Toplam	180	100,00

Genel Sağlık Öyküsü n:180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>Küçük Tansiyon</u>		
- 60	4	2,2
- 70	97	53,9
- 80	62	34,4
- 90	17	9,4
<u>Solunum Sayısı</u>		
- 9	1	0,6
- 10	111	61,7
- 11	65	36,1
- 12	3	1,7
<u>Ekstremitelerde Hareket Yeteneği</u>		
- Normal	180	100,0
<u>Basıncı Altında Kalan Bölgeler</u>		
- Ayak topukları	7	3,9
- Problem yok	173	96,1
<u>Bir Gecedeki Uyku Süresi</u>		
- 4-6 saat	35	19,4
- 7-9 saat	145	80,6
<u>Uykuyu Kesintiye Uğratan Durum Varlığı</u>		
- Evet	47	26,1
- Hayır	133	73,9
<u>Uykuya Başlamada Problem Varlığı</u>		
- Evet	47	26,1
- Hayır	133	73,9
<u>Nabız</u>		
- 70-76	44	24,5
- 77-82	136	75,5
<u>Ateş</u>		
- 36	15	8,3
- 37	162	90,0
- 38	3	1,7
TOPLAM	180	100,00

Tablo 3' te hastaların genel sağlık öyküsüne yönelik bilgileri yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların en fazla oran ile %91.1' nin ilk semptomunun kitle, %63.3' nün ilk semptomu farketme zaman aralığının 5 aydan fazla, %6.7' sinin diyabet olduğu, %100.0' ün diyabet tedavisi aldığı, %58.3' ün insülin kullandığı, % 12.2'sinin hipertansiyon olduğu, %43.3' ünün defekasyon durumunun normal , %86.1' inin defekasyona günde 1 defa çıktığı, %100' ünün idrar boşaltım durumunun normal, %36.7'sinin büyük tansiyonun 110 , %53.9' unun küçük tansiyonunun 70, %61.7' sinin solunum sayısının 10, %100' ünün ekstremitelerde hareket yeteneğinin normal, %3.9' unun basınç altında kalan bölgesinin topuk, %80.6'sının bir gecede uyku süresinin 7-9 saat aralığı, %73.9' unun uykusunun kesintiye uğramadığı, %73.9' unun uykuya başlamada problem yaşadığı, %75.5' inin nabız aralığının 77-82, %90' ının vücut sıcaklığının 37 °C olduğu saptanmıştır.

Tablo 4: Hastaların Yorgunluk Tanılamasına Yönelik Bilgiler

Yorgunluk Tanılaması Bilgileri n:180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>Yorgunluk Düzeyi</u>		
- 1	23	12,8
- 2	100	55,6
- 3	39	21,7
- 4	13	7,2
- 5	5	2,8
<u>Yorgunluğun Gün İçinde Kötüleşme Durumu</u>		
- Evet	-	-
- Hayır	180	100,0
TOPLAM	180	100,00

Yorgunluk Tanılaması Bilgileri n:180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>Yaşamda İsteksizlik,Umitsuzluk</u>		
<u>Duyguları Varlığı</u>		
- Evet	13	7,2
- Hayır	167	92,8
<u>Yorgunluğun Aile ve Arkadaş İlişkilerine</u>		
<u>Olumsuz Etkisi</u>		
- Evet	1	0,6
- Hayır	179	99,4
<u>Borg</u>		
- 6,7,8	123	68,4
- 9,10	39	21,7
- 11,12	18	10,0
TOPLAM	180	100,00

Tablo 4’ de hastaların yorgunluk tanılamasına yönelik bilgileri yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların çoğunluğunun (%55.6) 2. düzeyde yorgunluk yaşadığı, tamamının gün içinde yorgunluğunun kötüleşmediği, %92.8’ inin yaşamda isteksizlik, umutsuzluk duygularının olmadığı, %99.4’ ünün yorgunluğunun aile ve arkadaş ilişkilerine olumsuz etkisinin olmadığı, %68.4’ ünün borg aralıklarına göre yorgunluğunun 6-7-8 (çok çok hafif) olduğu saptanmıştır.

Tablo 5: Hastaların Bilişsel Algılamalarına Yönelik Bilgiler

Bilişsel-Algılama Bilgileri n:180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>İşitme Güçlüğü</u>		
- Evet	-	-
- Hayır	180	100,0
<u>Görme Bozukluğu</u>		
- Var	42	23,3
- Yok	138	76,7
<u>İşitme Cihazı Kullanımı</u>		
- Var	-	-
- Yok	180	100,0
<u>Gözlük Kullanımı</u>		
- Var	42	23,3
- Yok	138	76,7
<u>Dokunma/Hissetme Duyusunda Kayıp</u>		
- Var	60	33,3
- Yok	120	66,7
<u>Koku Almada Değişiklik</u>		
- Var	114	63,3
- Yok	66	36,7
<u>Tat Almada Değişiklik</u>		
- Var	113	62,8
- Yok	67	37,2
<u>Konsantre Olma Problemi</u>		
- Var	36	20,0
- Yok	144	80,0
<u>En Kolay Öğrenme Şekli</u>		
- Okuma	106	58,9
- Dinleme	74	41,1
TOPLAM	180	100,00

Bilişsel-Algılama Bilgileri n:180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>Öğrenmede Zorluk</u>		
- Var	3	1,7
- Yok	177	98,3
<u>Son Günlerde Herhangi Bir Değişiklik</u>		
- Var	29	16,1
- Yok	151	83,9
TOPLAM	180	100,00

Tablo 5’ te hastaların bilişsel algılamalarına yönelik bilgileri yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların tamamında işitme güçlüğü olmadığı, %76.7’ sinde görme bozukluğu olmadığı, %100’ünün işitme cihazı kullanmadığı, %76.7’ sinin gözlük kullanmadığı, %66.7’ sinin dokunma-hissetme duyusunda kayıp olmadığı, %63.3’ünün koku kaybı olduğu, %62.8’ inin tat almada değişiklik olduğu, % 80’ inin konsantre olmada problem olmadığı, %58.9’unun en kolay öğrenme şeklinin okuma olduğu, %98.3’ ünün öğrenmede zorluk yaşamadığı ve %83.9’ unun son günlerde herhangi bir değişiklik yaşamadığı saptanmıştır.

Tablo 6: Hastaların Kendini Algılama- Kavramalarına Yönelik Bilgiler

Kendini Algılama-Kavrama Bilgileri n:180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>Algılanan Korku ve Tehlike</u>		
- Var	1	0,6
- Yok	179	99,4
<u>Ruhsal Durumda Değişiklik</u>		
- Var	3	1,7
- Yok	177	98,3
<u>Hareketsizlik</u>		
- Var	1	0,6
- Yok	179	99,4
<u>Durumun Kontrolün Dışında Olduğu Hissi</u>		
- Var	3	1,7
- Yok	177	98,3
<u>Beden Bilinci</u>		
- Var	178	98,8
- Yok	2	1,2
TOPLAM	180	100,00

Tablo 6’ da hastaların kendini algılama- kavramalarına yönelik bilgileri yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların en fazla oran ile %99.4’ ünün korku ve tehlike algılamadığı, %98.3’ ünün ruhsal durumunda değişiklik olmadığı, %99.4’ ünün hareketsizliğinin olmadığı, %98.3’ ünün durumun kontrol dışında olduğu hissiniin olmadığı, %98.8’ inin beden bilincine sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 7: Hastaların Rol-İlişkiye Yönelik Bilgiler

Rol-İlişki Bilgileri n:180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>Rolünü Yerine Getirme Yeteneği</u>		
- Var	180	100,0
- Yok	-	-
<u>İlişki Zorluğu</u>		
- Var	2	1,1
- Yok	178	98,9
<u>Yaşamda Önemli Kişiler</u>		
- Aile	178	98,9
- Arkadaşlar	2	1,1
- Akrabalar	-	-
<u>Aile İlişkilerinde Zorluk</u>		
- Var	-	-
- Yok	180	100,0
<u>Kendine Zarar Verme Riski</u>		
- Var	-	-
- Yok	180	100,0
<u>Diğer İnsanlara Zarar Verme Riski</u>		
- Var	-	-
- Yok	180	100,0
TOPLAM	180	100,00

Tablo 7’ de hastaların rol-ilişkiye yönelik bilgileri yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların en fazla oran ile %100’ ünün rolünü yerine getirme yeteneğine sahip olduğu, %98.9’ unun ilişki zorluğu yaşamadığı, %98.9’ unun yaşamında önemli kişilerin aile olduğu, %100’ ünün aile ilişkilerinde zorluk yaşamadığı, kendine zarar verme riski durumunun ve diğer kişilere zarar verme durumunun olmadığı saptanmıştır.

Tablo 8: Hastaların Cinsellik- Üremelerine Yönelik Bilgiler

Cinsellik-Üreme Bilgileri n:180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>Cinsel Yaşamda Değişiklik</u>		
- Var	180	100,0
- Yok	-	-
<u>Kontraseptif Kullanımı</u>		
- Var	-	-
- Yok	180	100,0
<u>Menstrasyon Durumu</u>		
- Var	-	-
- Yok	180	100,0
TOPLAM	180	100,00

Tablo 8’ de hastaların cinsellik- üremelerine yönelik bilgileri yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların tamamının cinsel yaşamında değişiklik olduğu, kontraseptif kullanmadığı, menstrasyon durumunun olmadığı saptanmıştır.

Tablo 9: Hastaların Stres ile Başetme Bilgileri

Stres ile Başetme Bilgileri n:180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>Yaşam Zorlukları</u>		
- Kemoterapi	173	96,1
- Maddi zorluklar	7	3,9
<u>Yaşam Değişiklikler</u>		
- Kemoterapi	180	100,0
- Ağrı	-	-
<u>Stresörlerle Başetme Şekli</u>		
- Aile desteği	180	100,0
- Arkadaş desteği	-	-
<u>Stresörlerle Başetmede Kullanılan Kaynaklar</u>	180	100,0
- Aile desteği	-	-
- Arkadaş desteği	-	-
<u>Aile Desteği Düzeyi</u>		
- Az	8	4,4
- Biraz	74	41,1
- Çok	98	54,5
TOPLAM	180	100,00

Tablo 9’ da hastaların stres ile başetme bilgileri yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların en fazla oran ile %96.1’ inin kemoterapinin yaşam zorluğu oluşturduğu, %100’ ünün yaşam değişikliğinin kemoterapi olduğu, stresörlerle başetme şeklinin aile desteği olduğu ve %54.4’ ünün aile desteği düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 10: Hastaların İnanç ve Değerlerine Yönelik Bilgileri

İnanç ve Değerler n:180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>İnanç ve Değerler</u>		
- Var	180	100,0
- Yok	-	-
<u>Dini İnançların Önemi</u>		
- Var	180	100,0
- Yok	-	-
<u>Dini Uygulamalar</u>		
- Var	180	100,0
- Yok	-	-
TOPLAM	180	100,00

Tablo 10’ da hastaların inanç ve değerlerine yönelik bilgileri yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların tamamının inanç ve değerlere sahip olduğu, dini inançlarının önemli olduğu ve dini uygulamalarının olduğu saptanmıştır.

Tablo 11: Hastaların Sistem Sorgulamasına Yönelik Bilgiler

Sistemlerin Sorgulanmasına Yönelik Bilgiler n:180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>Solunum</u>		
- Nefes darlığı	28	15,6
- Öksürük	16	8,9
- Balgam çıkarma	1	0,6
- Problem yok	135	74,9
<u>Gastrointestinal</u>		
- Karın ağrısı	11	6,1
- Sarılık	-	-
- Bulantı	79	43,9
- Splenomegali	-	-
- Hazımsızlık	-	-
- Hematemez	-	-
- Problem yok	90	50,0
<u>Kas-İskelet (Eklem Ağrısı)</u>		
- Var	135	75,0
- Yok	45	25,0
<u>Deri</u>		
- Kaşıntı	2	1,1
- Kuruluk	67	37,2
- Döküntü	-	-
- Solukluk	-	-
- Ödem	-	-
- Kaşıntı-Kuruluk	86	47,8
- Problem yok	25	13,9
Toplam	180	100,0

Sistemlerin Sorgulanmasına Yönelik Bilgiler n:180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>Endokrin</u>		
- Hipertroidi	-	-
- Hipotroidi	-	-
- Problem yok	180	100,0
<u>Nörolojik</u>		
- Ekstremitelere yayılan ağrı	81	45,0
- Problem yok	99	55
Toplam	180	100,0

Tablo 11’ de hastaların sistem sorgulamasına yönelik bilgileri yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların en fazla oran ile %15.6’ sında nefes darlığı olduğu, %43.9’ unda bulantı olduğu, %75’ inde eklem ağrıları olduğu, %47.8’ inde kaşıntı ve kuruluk olduğu, %45’ inde ekstremitelerde yayılan ağrı olduğu saptanmıştır.

Tablo 12: Hastaların Psikososyal Sorgulamasına Yönelik Bilgiler

Psikososyal Sorgulamasına Yönelik Bilgiler n:180	Sayı (S)	Yüzde (%)
<u>Psikososyal</u>		
- Davranışsal problemler	-	-
- Stes	103	57,2
- Keder	-	-
- Üzüntü	74	41,1
- Aile içi tartışma	-	-
<u>Başa Çıkma</u>		
- İyi	77	42,8
- Orta	103	57,2
- Zayıf	-	-
<u>Bakım Verenlerin Varlığı</u>		
- Evet	180	100,0
- Hayır	-	-
Toplam	180	100,0

Tablo 12’ de hastaların psikososyal sorgulamasına yönelik bilgileri yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların en fazla oran ile %57.2’ sinde stres yaşandığı, %57.2’ sinde stresle başa çıkmada orta seviyede olduğu, %100’ ünde bakım verenlerin varlığı saptanmıştır.

3.2. 'EGZERSİZ ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ' NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMALARINA İLİŞKİN VERİLER

Bu bölümde hastaların egzersiz öz yeterliliklerini değerlendirmek için Bandura (1997) tarafından geliştirilen “Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği” nin (EÖYÖ) geçerlik ve güvenirlik analizine ilişkin bulgular aşağıda yer almaktadır.

3.2.1. GEÇERLİK SONUÇLARI

3.2.1.1. DİL GEÇERLİLİĞİ

Araştırmada kullanılan “Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği” nin Türk toplumuna uyarlanmasına yönelik olarak geçerliliğini test etmek için araştırmanın ilk aşamasında ölçeklerin dil geçerliliğine yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Öncelikle bir İngilizce Eğitmeni tarafından çeviri yapılan ölçekler daha sonra İngilizce’ yi iyi bilen ve ana dili Türkçe olan 5 kişi tarafından Türkçe’ ye çevrilmiştir. Ölçeklerin Türkçe çevirilerindeki en uygun ifadeler seçilerek ölçekler tekrar oluşturulmuştur. Ölçekler son haline ise ana dili Türkçe olan ve bu konu hakkında ayrıntılı bilgi verilen Ege Üniversitesi Yabancı Diller Yüksek Okulu’ nda İngilizce okutmanı olarak görev yapan bir kişi tarafından yeniden İngilizce’ye çevrilmiştir. İngilizce’ ye çevrilen ölçekler yeniden iki kişi tarafından Türkçe’ ye çevrilip Türkçe’ ye çevrilen son metinlerin ölçeklerin ilk halleriyle aynı olup olmadığının değerlendirilmesi yapılmıştır. İngilizce’ ye çevirinin ölçek ifadeleri ile karşılaştırılması yapılmış ve gerekli düzeltmeleri yapıldıktan sonra Türkçeleştirilen son formlar içerik geçerliliği açısından 10 kişilik uzman görüşüne sunulmuştur. Alınan öneriler sonucu ifadeler daha anlaşılır hale getirilmiş ve ölçeklere son şekli verilmiştir. Ölçekler daha sonra ön uygulama için kullanılmıştır.

3.2.1.2. İçerik Geçerliği

Ölçeğin oluşturulan Türkçe formu, kapsam geçerliliği için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu' nda görev yapmakta olan 2 ğretim yesine, Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi' nde görev yapmakta olan 6 doktora, Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu' nda görev yapmakta olan 2 ğretim üyesine verilmiştir. Uzmanlar lek maddelerini ayırt edicilik, anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, kültürel uygunluk açısından incelemişler ve her bir maddeyi "1" ile "4" arasında değişen puanlarla (1: Hiç uygun değil, 2: Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir, 3: Uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4: Çok uygun) değerlendirerek görüşlerini bildirmişlerdir. Alınan neriler sonucunda daha anlaşılır hale getirilen ifadelerle ölçeğe son hali verilmiştir.

Uzmanlar tarafından yapılan değerlendirme sonucunda; Egzersiz z Yeterlilik leği için ortalama, standart hata ve min-max değerleri aşağıdaki şekilde saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo 13: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği'nin Ortalama, Standart Hata Ve Min-Max Dağılımları

	N	Ortalama (X)	Standart Hata	Min	Max
1. Yorgun olduğumda	10	4,00	,00	4,00	4,00
2. İşten dolayı baskı altında hissettiğim durumlarda	10	3,90	,31	3,00	4,00
3. Kötü havalarda	10	4,00	,00	4,00	4,00
4. Egzersize ara vermeme neden olan yaralanmanın iyileşmesinden sonra	10	3,80	,42	3,00	4,00
5. Kişisel problemlerim sırasında ya da sonra	10	4,00	,00	4,00	4,00
6. Keyifsiz hissettiği zaman	10	4,00	,00	4,00	4,00
7. Endişeli hissettiğim zaman	10	4,00	,00	4,00	4,00
8. Egzersize ara vermeme neden olan hastalığın iyileşmesinden sonra	10	4,00	,00	4,00	4,00
9. Egzersiz yaparken fiziksel rahatsızlık hissettiğim zaman	10	4,00	,00	4,00	4,00
10. Tatil sonrasında	10	4,00	,00	4,00	4,00
11. Evde yapılacak çok fazla işim olduğunda	10	4,00	,00	4,00	4,00
12. Ziyaretçilerim (misafirlerim) olduğunda	10	4,00	,00	4,00	4,00
13. Yapacak daha ilginç bir şeyler olduğu zaman	10	4,00	,00	4,00	4,00
14. Egzersiz hedefime ulaşamamışsam	10	3,90	,31	3,00	4,00
15. Aile ya da arkadaşlarımdan destek almıyorsam	10	3,90	,31	3,00	4,00
16. Tatil süresince	10	4,00	,00	4,00	4,00
17. Başka zaman kısıtlamalarım olduğunda	10	3,90	,31	3,00	4,00
18. Aile problemleri yaşadıkten sonra	10	4,00	,00	4,00	4,00
Genel Puan Ortalaması	10	75,33	8,70	50,00	94,44

Kapsam geçerliliği için 10 uzman görüşüne başvurulmuş ve uzmanların “Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği” maddelerine verdiği en düşük ve en yüksek puanlar ve maddelerin puan ortalamaları yukarıda verilmiştir. En düşük ortalamaya sahip olan madde 3,80 madde ortalaması ile 4. maddedir. Puan ortalamalarının yanı sıra uzmanların maddelerin ifade şekli ve içeriği konusundaki önerileri de değerlendirilmiştir. Yapılan *Kendal Uyuşum Katsayısı Analizi* **0,321 (p>0.05)** olarak saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı şekilde değerlendirilmiştir (Tablo 14).

Kendall İyi Uyuşum Katsayısı (W) (Kendall Coefficient Of Concordance) korelasyon testi uygulanarak ölçeğin içerik geçerliliği gerçekleştirilmiştir (Tablo 14).

Tablo 14: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği'nin Kendal Uyuşum Katsayısı

Uzman Görüşü (n)	W	χ^2	SD	p
10	,113	19,12	17	,321

Ölçekteki 18 maddeninin içerik geçerliliği için 10 uzmanın verdiği yanıtlara göre yapılan istatistiksel analizde: **W: .113, p:.321** olarak saptanmıştır. Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği' nin her bir maddesinin uygulanabilirliği ve anlaşılır olduğu konusunda uzman görüşleri istatistiksel olarak birbiri ile uyumlu bulunmuştur.

Tablo 15: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği Birinci Uygulama Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Madde	Ortalama	Standart Sapma	N
Madde 1	70,88	8,34	180
Madde 2	70,88	7,93	180
Madde 3	70,33	8,04	180
Madde 4	79,55	12,22	180
Madde 5	80,00	11,43	180
Madde 6	81,38	12,27	180
Madde 7	81,50	12,16	180
Madde 8	81,72	12,22	180
Madde 9	72,33	10,19	180
Madde 10	75,11	9,99	180
Madde 11	72,77	9,27	180
Madde 12	73,16	9,48	180
Madde 13	73,44	9,53	180
Madde 14	75,11	10,05	180
Madde 15	73,38	9,81	180
Madde 16	75,44	9,64	180
Madde 17	74,44	9,87	180
Madde 18	74,61	9,65	180

Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği birinci uygulama madde puan ortalamalarının dağılımı yukarıda verilmiştir. Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği'nin birinci uygulama madde toplam puan ortalaması; en düşük puan \bar{X} :70,33 "Kötü havalarda" (madde 3), en yüksek madde puan

ortalamasına \bar{X} :81,72 sahip madde “Egzersize ara vermeme neden olan hastalığın iyileşmesinden sonra” (madde 8) olarak saptanmıştır.

Tablo 16: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği İkinci Uygulama Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Madde	Ortalama	Standart Sapma	N
Madde 1	70,72	8,25	180
Madde 2	70,55	8,03	180
Madde 3	70,61	8,26	180
Madde 4	79,33	11,89	180
Madde 5	80,72	11,43	180
Madde 6	81,33	11,74	180
Madde 7	81,44	11,58	180
Madde 8	81,38	11,66	180
Madde 9	72,94	10,17	180
Madde 10	74,94	9,83	180
Madde 11	73,55	8,94	180
Madde 12	73,94	9,60	180
Madde 13	74,44	9,64	180
Madde 14	75,55	9,81	180
Madde 15	74,94	9,65	180
Madde 16	75,94	9,61	180
Madde 17	75,33	9,53	180
Madde 18	75,38	9,59	180

Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği İkinci Uygulama Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı yukarıda verilmiştir. Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği'nin ikinci uygulama madde toplam puan ortalaması; en düşük puan $\bar{X} : 70,55$ “İşten dolayı baskı altında hissettiğim durumlarda” (madde 2), en yüksek madde puan ortalamasına $\bar{X} : 81,44$ sahip madde “Endişeli hissettiğim zaman” (madde 7) olarak saptanmıştır.

3.2.1.3. Paralel Form Geçerliliği

Tablo 17: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği ile Yürüyüş Bandı Egzersiz Formunun Paralel Form Geçerliliği

Paralel Form Uygulaması	n	Paralel Form Puanlarının Korelasyonu	
		r	p
Birinci Uygulama	180	,622	.000
İkinci Uygulama	180	,619	.000

Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği ile Yürüyüş Bandı Egzersiz Formu' nun birinci ve ikinci uygulamaları arasındaki paralel form puanlarının korelasyonu katsayısı (Tablo 17) istendik düzeyde yüksek bulunmuştur (34, 37, 55).

3.2.2. GÜVENİRLİLİK SONUÇLARI

3.2.2.1. Zamana Karşı Değişmezlik

Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği 180 meme kanseri hastasına 15 gün ara ile yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak tekrar uygulanmış, elde edilen sonuçlar Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 18: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği Test-Tekrar Test Güvenirlilik Sonucu

	2. UYGULAMA
1. UYGULAMA	,968

Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği'nin birinci ve ikinci uygulamaları arasındaki test- tekrar test güvenirlilik katsayısı $r = ,968$ (Tablo 18) istendik düzeyde yüksek bulunmuştur. *Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği*'nin zamansal süreçteki tutarlılığı yeterli düzeydedir.

3.2.2.2. Ölçeklerin İki –Yarım Test Güvenirliliği

Araştırmada Egzersiz öz Yeterlilik Ölçeği'nin iki yarım test güvenirlilik katsayılarını elde etmek için; Gutman Split- half güvenirlilik katsayısı ölçeğin ilk yarısı ve son yarısı, Spearman-Brown güvenirlilik katsayısı ölçeği tek ve çift numaralar şeklinde ayırarak ve her iki yarı için ayrı ayrı Cronbach Alfa güvenirlilik katsayıları hesaplanarak her uygulama için ayrı hesaplanmıştır (Tablo 19,20).

Tablo 19: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği Birinci Uygulama İki –Yarım Test Güvenirlilik Analizi Sonuçları

BİRİNCİ UYGULAMA	
İki yarı Arasındaki Korelasyon	,79
Gutman Split-half Güvenirlilik Katsayısı	,88
Spearman-Brown Güvenirlilik Katsayısı	,88
9 Maddelik 1. yarı Cronbach Alpha Değeri	,96
9 Maddelik 2. yarı Cronbach Alpha Değeri	,97
MADDE	18
N	180

Tablo 20: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği İkinci Uygulama İki –Yarım Test Güvenirlilik Analizi Sonuçları

İKİNCİ UYGULAMA	
İki yarı Arasındaki Korelasyon	,75
Gutman Split-half Güvenirlilik Katsayısı	,85
Spearman-Brown Güvenirlilik Katsayısı	,85
9 Maddelik 1. yarı Cronbach Alfa Değeri	,96
9 Maddelik 2. yarı Cronbach Alfa Değeri	,98
MADDE	18
N	180

Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği' nin hem birinci hem ikinci uygulamaları için yeterli düzeyde yüksek Gutman Split- Half, Spearman-Brown ve Cronbach Alpha güvenirlilik katsayıları elde edilmiştir. Sonuçlara göre Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği' nin tek ve çift numaralı maddelerinden oluşan iki yarısı bir biri ile tutarlıdır ve ayrı ayrı güvenirlilikleri yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 19,20).

3.2.2.3. Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayısı

Tablo 21: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği Birinci ve İkinci Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayısı Sonuçları

	N	Madde Sayısı	Cronbach Aplha
BİRİNCİ UYGULAMA	180	18	,978
İKİNCİ UYGULAMA	180	18	,977

Cronbach Alpha sonuçları Tablo 21' de görüldüğü gibi oldukça yüksektir. Güvenirliliği belirlemek için kullanılan aralıklı yöntemde ilk uygulamada Cronbach Alpha değeri .978,

ikinci uygulamada ise .977 olarak bulunmuş ve ölçeğin Cronbach Alpha değerleri yüksek olarak saptanmıştır.

3.2.2.4. İç Tutarlılık

Araştırmada Kullanılan Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği'nin maddeleri için Pearson Korelasyon Katsayısı hesaplanmış bu şekilde tek tek bütün maddelerin ölçeğin bütünü ile tutarlılığı belirlenmiştir (Tablo 22, 23).

Tablo 22: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği Birinci Uygulama Madde Toplam Korelasyon Sonuçları

MADDELER	Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıktığında Ölçek Varyansı	Madde Toplam Korelasyonu	Madde Çıktığında Ölçek Alfa
1	1285,22	22568,10	,774	,977
2	1285,22	22664,19	,775	,977
3	1285,77	22616,71	,784	,977
4	1276,55	21685,27	,761	,978
5	1276,11	21563,56	,858	,976
6	1274,72	21225,06	,895	,976
7	1274,61	21250,68	,896	,976
8	1274,38	21249,34	,891	,976
9	1283,77	22222,52	,740	,978
10	1281,00	22114,07	,795	,977
11	1283,33	22182,12	,835	,977
12	1282,94	22054,41	,864	,976
13	1282,66	22009,60	,876	,976
14	1281,00	21942,01	,851	,976
15	1282,72	21997,57	,853	,976
16	1280,66	21964,91	,881	,976
17	1281,66	21867,59	,895	,976
18	1281,50	21931,25	,893	,976

Tablo 23: Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği İkinci Uygulama Madde Toplam Korelasyon Sonuçları

MADDELER	Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıktığında Ölçek Varyansı	Madde Toplam Korelasyonu	Madde Çıktığında Ölçek Alfa
1	1292,38	21459,62	,759	,976
2	1292,55	21474,99	,775	,976
3	1292,50	21450,14	,762	,976
4	1283,77	20625,87	,760	,976
5	1282,38	20457,39	,848	,975
6	1281,77	20307,43	,872	,975
7	1281,66	20362,57	,867	,975
8	1281,72	20319,36	,875	,975
9	1290,16	21028,46	,756	,976
10	1288,16	20972,59	,806	,976
11	1289,55	21132,76	,827	,975
12	1289,16	20899,30	,854	,975
13	1288,66	20907,70	,847	,975
14	1287,55	20855,44	,851	,975
15	1288,1667	20889,91	,853	,975
16	1287,1667	20820,41	,883	,975
17	1287,77	20844,19	,882	,975
18	1287,72	20818,80	,886	,975

Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği' nin hastalara uygulama sonucunda tüm maddelerin madde toplam korelasyon puanları yeterli düzeyde yüksek olarak saptanmıştır.

**3.3. ‘Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği’ nin Toplam Puan Ortalamalarının
Verilerle Karşılaştırılması**

**3.3.1. ‘Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği’ nin (EÖYÖ) Toplam Puan Ortalamalarının
Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması**

Tablo 24: EÖYÖ’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Grupları ile Karşılaştırılması

EÖYÖ’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Grupları ile Karşılaştırılması				
Yaş	N	X	SS	SH
25-44	50	79,74	6,99	,98
45-64	117	74,74	8,12	,75
65 -↑	13	63,76	7,97	2,21
Toplam	180	75,33	8,70	,64

EÖYÖ’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Grupları ile Karşılaştırılması				
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	F	p
Gruplararası	2754,62	2	22,52	,00
Grup içi	10823,39	177		
Toplam	13578,01	179		

Hastaların yaş grupları ile EÖYÖ’ nin toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 24’ de verilmiştir.

25-44 yaş grubundaki 50 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 79,74 \pm 6,99$; 45-64 yaş grubundaki 117 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 74,74 \pm 8,12$ ve 65-↑ yaş grubundaki 13 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 63,76 \pm 7,97$ ’ dir. Yaş grubu ile

EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (F=22,52, p<0,05) (Tablo 24).

Tablo 25: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Durumları ile Karşılaştırılması

EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Durumları ile Karşılaştırılması				
Eğitim Durumu	N	X	SS	SH
<i>İlkokul</i>	84	73,65	8,87	,96
<i>Ortaokul</i>	24	74,58	8,57	1,74
<i>Lise</i>	28	79,12	9,51	1,79
<i>Fakülte-Yüksekokul</i>	44	76,56	7,11	1,07
Toplam	180	75,33	8,70	,64

EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Durumları ile Karşılaştırılması				
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	F	p
Gruplararası	721,08	3	3,29	,022
Grup içi	12856,93	176		
Toplam	13578,01	179		

Hastaların eğitim durumları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 25' te verilmiştir.

İlkokul mezunu olan 84 hastanın EÖYÖ puan ortalaması $\bar{X} : 73,65 \pm 8,87$; ortaokul mezunu olan 24 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 74,58 \pm 8,57$; lise mezunu olan 28 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 79,12 \pm 9,51$ ve fakülte/yüksekokul mezunu olan 44 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 76,56 \pm 7,11$ ' dir. Eğitim durumu ile EÖYÖ toplam

puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (F=3,29, p<0,05) (Tablo 25).

Tablo 26: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Yaşadığı Yer ile Karşılaştırılması

EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Yaşadığı Yer ile Karşılaştırılması				
Yaşadığı Yer	N	X	SS	SH
Büyükşehir	115	75,70	8,38	,78
İlçe	62	74,62	9,48	1,20
Köy	3	76,29	3,34	1,93
Toplam	180	75,33	8,70	,64

EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Yaşadığı Yer ile Karşılaştırılması				
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	F	p
Gruplararası	49,50	2	,324	,724
Grup içi	13528,51	177		
Toplam	13578,01	179		

Hastaların yaşadığı yer ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 26' da verilmiştir.

Büyükşehirde yaşayan 115 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 75,70 \pm 8,38$; İlçede yaşayan 62 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 74,62 \pm 9,48$ ve köyde yaşayan 3 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 76,29 \pm 3,34$ 'dür. Yaşanılan yer ile EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (F=,324; p>0,05) (Tablo 26).

Tablo 27: EÖYÖ' nün Toplam Puan Ortalamalarının Meslek Grupları ile Karşılaştırılması

EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Meslek Grupları ile Karşılaştırılması				
Meslek Grupları	N	X	SS	SH
Devlet Memuru	49	76,31	8,30	1,18
İşçi	9	74,50	8,99	2,99
Özel	15	78,00	6,56	1,69
Ev Hanımı	107	74,58	9,10	,88
Toplam	180	75,33	8,70	,64

EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Meslek Grupları ile Karşılaştırılması				
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	F	p
Gruplararası	219,20	3	,963	,412
Grup içi	13358,81	176		
Toplam	13578,01	179		

Hastaların meslek grupları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 27' de verilmiştir.

Devlet memuru olan 49 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 76,31 \pm 8,30$; işçi olan 9 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 74,50 \pm 8,99$; özel sektörde çalışan 15 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 78,00 \pm 6,56$ ve ev hanımı olan 107 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 75,33 \pm 8,70$ 'dir . Meslek grubu ile EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (F=,963; p>0,05) (Tablo 27).

3.3.2. ‘Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Sağlık, Sağlık Alışkanlıklarına ve Genel Sağlık Öyküsüne Yönelik Verilerle Karşılaştırılması

Tablo 28: EÖYÖ’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Sigara Kullanımı ile Karşılaştırılması

EÖYÖ Toplam Puan Ortalaması		N	X	SS	Sd	t	P
Sigara Kullanımı	E	53	76,85	7,70	178	1,51	,132
	H	127	74,70	9,05			

Hastaların sigara kullanma durumları ile EÖYÖ’ nin toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 28’ de verilmektedir.

Sigara kullanan hastaların EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X}:76,85\pm7,70$; sigara kullanmayan hastaların EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X}:74,70\pm9,05$ olarak bulunmuştur. Hastaların sigara kullanma durumları ile EÖYÖ’ nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=1,51$, $p=,132$) (Tablo 28).

Tablo 29: EÖYÖ’ nin Toplam Puan Ortalamalarının Diyabet Durumu ile Karşılaştırılması

EÖYÖ Toplam Puan Ortalaması		N	X	SS	Sd	t	P
Diyabet Durumu	E	12	68,75	10,22	178	-2,76	,006
	H	168	75,81	8,43			

Hastaların diyabet durumları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 29' da verilmektedir.

Diyabet hastalarının EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 68,75 \pm 10,22$; diyabet hastası olmayanların EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 75,81 \pm 8,43$ olarak bulunmuştur. Hastaların diyabet durumları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t = -2,76$, $p = ,006$) (Tablo 29).

Tablo 30: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Hipertansiyon ile Karşılaştırılması

EÖYÖ Toplam Puan Ortalaması		N	X	SS	Sd	t	P
Hipertansiyon	E	22	69,21	8,14	178	-3,63	,000
	H	158	76,19	8,46			

Hastaların hipertansiyon durumları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 30' da verilmektedir.

Hipertansiyon hastalarının EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 69,21 \pm 8,14$; hipertansiyon hastası olmayanların EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 76,19 \pm 8,46$ olarak bulunmuştur. Hastaların hipertansiyon durumları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t = -3,63$, $p = ,000$) (Tablo 30).

Tablo 31: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Görme Bozukluğu ile Karşılaştırılması

EÖYÖ Toplam Puan Ortalaması		N	X	SS	Sd	t	P
Görme Bozukluğu	E	42	75,93	8,32	178	,509	,612
	H	138	75,15	8,84			

Hastaların görme bozuklukları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 31' de verilmektedir.

Görme bozukluğu olan hastalarının EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X}:75,93\pm 8,32$; görme bozukluğu olmayanların EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X}:75,15\pm 8,84$ olarak bulunmuştur. Hastaların görme bozukluğu durumları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=,509$, $p=,612$) (Tablo 31).

Tablo 32: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Yaşamda Duyulan İsteksizlik ile Karşılaştırılması

EÖYÖ Toplam Puan Ortalaması		N	X	SS	Sd	t	P
Yaşamda Duyulan İsteksizlik	E	13	69,95	6,83	178	-2,34	,020
	H	167	75,75	8,71			

Hastaların yaşamda duydukları isteksizlik ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 32' de verilmektedir. Yaşamda isteksizlik duyguları olan hastalarının EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X}:69,95\pm6,83$; yaşamda isteksizlik duyguları olmayanların EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X}:75,75\pm8,71$ olarak bulunmuştur. Hastaların yaşamda isteksizlik duyguları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-2,34$, $p=,020$) (Tablo 32).

Tablo 33: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Uyku Problemi ile Karşılaştırılması

EÖYÖ Toplam Puan Ortalaması		N	X	SS	Sd	t	P
Uykuya Başlamada Problem	E	47	75,40	7,51	178	,057	,955
	H	133	75,31	9,12			

Hastaların yaşadıkları uyku problemi ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 33' te verilmektedir.

Uyku problemi olan hastalarının EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X}:75,40\pm7,51$; uyku problemi olmayanların EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X}:75,31\pm9,12$ olarak bulunmuştur. Hastaların yaşadıkları uyku problemi ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=,057$, $p=,955$) (Tablo 33).

Tablo 34: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Eklem Ağrıları ile Karşılaştırılması

EÖYÖ Toplam Puan Ortalaması		N	X	SS	Sd	t	P
Eklemlerde Ağrı	E	135	73,86	8,68	178	-4,12	,00
	H	45	79,77	7,20			

Hastaların eklem ağrıları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 34' de verilmektedir.

Eklem ağrısı olan hastalarının EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X}:73,86\pm 8,68$; eklem ağrısı olmayanların EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X}:79,77\pm 7,20$ olarak bulunmuştur. Hastaların eklem ağrıları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-4,12$, $p=,000$) (Tablo 34).

Tablo 35: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Metastaz ile Karşılaştırılması

EÖYÖ Toplam Puan Ortalaması		N	X	SS	Sd	t	P
Metastaz Durumu	E	77	74,01	9,13	178	-2,37	,019
	H	103	77,01	7,77			

Hastaların metastaz durumları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 35' de verilmektedir.

Metastazı olan hastalarının EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X}:74,01\pm9,13$; metastazı olmayan hastalarının EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X}:77,01\pm7,77$ olarak bulunmuştur. Hastaların metastaz durumları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($t=-2,37$, $p=,019$) (Tablo 35).

3.3.3. Yorgunluk tanılması

Tablo 36: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Yorgunluk Düzeyi ile Karşılaştırılması

EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Yorgunluk Düzeyi ile Karşılaştırılması				
Yorgunluk Düzeyi	N	X	SS	SH
1	23	78,69	7,21	1,50
2	100	75,76	9,17	,91
3	39	74,07	7,96	1,27
4	13	74,31	7,15	1,98
5	5	63,88	4,26	1,90
Toplam	180	75,33	8,70	,64

EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Yorgunluk ile Karşılaştırılması				
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	F	p
Gruplararası	1008,95	4	3,51	,009
Grup içi	12569,05	175		
Toplam	13578,01	179		

Hastaların yaşadıkları yorgunluk derecesi ile EÖYÖ' nin birinci ve ikinci görüşmedeki puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 36' da verilmiştir. Hastaların yorgunluk dereceleri

0-10 aralığında değerlendirilmiştir. Yorgunluk derecesi 5' in üzerinde olan hasta bulunmamaktadır.

Yorgunluk derecesi 1 olan 23 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 78,69 \pm 7,21$; yorgunluk derecesi 2 olan 100 hastanın EÖYÖ puan ortalaması $\bar{X} : 75,76 \pm 9,17$; yorgunluk derecesi 3 olan 39 hastanın EÖYÖ puan ortalaması $\bar{X} : 74,07 \pm 7,96$; yorgunluk derecesi 4 olan 13 hastanın EÖYÖ puan ortalaması $\bar{X} : 74,31 \pm 7,15$ ve yorgunluk derecesi 5 olan 5 hastanın EÖYÖ puan ortalaması $\bar{X} : 63,88 \pm 4,26$ ' dir. Yorgunluk derecesi ile EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (F=3,51; p<0,05) (Tablo 36).

3.3.4. Borg Yorgunluk Ölçeği

Tablo 37: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Borg Yorgunluk Ölçeği ile Karşılaştırılması

Borg Yorgunluk Ölçeği	EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Borg Yorgunluk Ölçeği ile Karşılaştırılması			
	N	X	SS	SH
6,7,8 (çok, çok hafif)	123	76,31	8,88	,80
9,10 (çok hafif)	39	74,07	7,96	1,27
11,12 (hafif)	18	71,41	7,97	1,87
Toplam	180	75,33	8,70	,64

EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Borg Yorgunluk Ölçeği ile Karşılaştırılması				
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	F	p
Gruplararası	455,90	2	3,07	,04
Grup içi	13122,11	177		
Toplam	13578,01	179		

Hastaların borg yorgunluk derecesi ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 37' de verilmiştir. Hastaların borg yorgunluk dereceleri 6-20 aralığında değerlendirilmiştir. Yorgunluk derecesi 12' nin üzerinde olan hasta bulunmamaktadır.

Yorgunluk derecesi 6,7,8 (çok,çok hafif) olan 123 hastanın EÖYÖ puan ortalaması \bar{X} :76,31±8,88; yorgunluk derecesi 9,10 (çok hafif) olan 39 hastanın EÖYÖ puan ortalaması \bar{X} :74,07±7,96; yorgunluk derecesi 11,12 (hafif) olan 18 hastanın EÖYÖ puan ortalaması \bar{X} :71,41±7,97' dir. Borg yorgunluk derecesi ile EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (F=3,075; p<0,05) (Tablo 37).

3.3.5. Hastalık Evresi

Tablo 38: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Hastalık Evresi ile Karşılaştırılması

EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Hastalık Evresi ile Karşılaştırılması				
Hastalık Evresi	N	X	SS	SH
<i>Evre 2</i>	19	78,59	6,50	1,49
<i>Evre 3</i>	84	75,74	8,86	96
<i>Evre 4</i>	77	74,09	8,85	1,00
Toplam	180	75,33	8,70	,64

	EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Hastalık Evresi ile Karşılaştırılması			
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	F	p
Gruplararası	333,73	2	2,230	,111
Grup içi	13244,28	177		
Toplam	13578,01	179		

Hastaların hastalık evresi ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 38' de verilmiştir.

Hastalık evresi 2 olan 19 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X}:78,59\pm6,50$; hastalık evresi 3 olan 84 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X}:75,74\pm8,86$; hastalık evresi 4 olan 77 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X}:74,09\pm8,85$ ' dir. Hastalık evresi ile EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (F=2,230; p>0,05) (Tablo 38).

3.3.6. Teşhisin Konulma Zamanı

Tablo 39: EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Teşhisin Konulma Zamanı ile Karşılaştırılması

	EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Teşhisin Konulma Zamanı ile Karşılaştırılması			
Teşhisin Konulma Zamanı	N	X	SS	SH
0-12 ay	110	75,97	8,72	,83
13-24 ay	33	73,98	8,92	1,55
25-36 ay	17	74,60	8,05	1,95
37-58 ay	9	71,35	9,79	3,26
49 ve ↑ ay	11	77,37	7,93	2,39
Toplam	180	75,33	8,70	,64

EÖYÖ' nin Toplam Puan Ortalamalarının Teşhisin Konulma Zamanı ile Karşılaştırılması				
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	F	p
Gruplararası	302,49	4	,99	,41
Grup içi	13275,52	175		
Toplam	13578,01	179		

Hastaların teşhislerini konulma zaman aralığı ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 39' da verilmiştir.

Teşhisin konulma zaman aralığı 0-12 ay olan 110 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 75,97 \pm 8,72$; teşhisin konulma zaman aralığı 13-24 ay olan 33 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 73,98 \pm 8,92$; teşhisin konulma zaman aralığı 25-36 ay olan 17 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 74,60 \pm 8,05$; teşhisin konulma zaman aralığı 37-48 ay olan 9 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 71,35 \pm 9,79$ ve teşhisin konulma zaman aralığı 49 ay ve üzeri olan 11 hastanın EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 77,37 \pm 7,93$ dir. Teşhisin konulma zaman aralığı ile EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F=,997$; $p>0,05$) (Tablo 39).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. Hastalarla İlgili Tanıtıcı Bilgilerin İncelenmesi

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan hastalardan elde edilen sosyo-demografik, sağlık ve sağlık alışkanlıkları, genel sağlık öyküsü, yorgunluk tanılması, kendini algılama ve kavrama, bilişsel algılama, rol-ilişki, cinsellik- üreme, stres ile başetme, inanç ve değerler, sistem sorgulaması ve laboratuvar incelemelerine yönelik özellikleri ile ‘Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği’ nin geçerlik ve güvenirlik çalışması sonuçların değerlendirilmesi açıklanmıştır .

4.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırma verilerinin incelenmesine göre; araştırma kapsamına alınan 180 kadın hastanın %27.7’ sinin 25-44 yaş grubunda, %65.1’ inin 45-64 yaş grubunda, %7.2’ sinin 65 yaş ve üstü yaş grubunda olup, yaş ortalaması \bar{X} : 50.03 olarak bulunmuştur (Tablo 1). Yaş grubu ile EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (F=22,52, p<0,05) (Tablo 24). En yüksek EÖYÖ toplam puan ortalaması \bar{X} : 79,74±6,99 ile 25-44 yaş grubunda olduğu gözlenmektedir (Tablo 24). Genç hastalarda egzersiz öz yeterliliğine uyumun daha yüksek olduğu görülmektedir. Peuckmann’ ın çalışmasında (2006) genç meme kanserli hastaların egzersize uyumunun ve yaşam kalitesinin yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Araştırma sonucu ile Peuckmann’ ın çalışması uygunluk göstermektedir (70).

Hastaların medeni durumlarına göre dağılımına bakıldığında %75.0' ının evli, %6.7'sinin bekar, %13.9' unun dul (vefat etmiş), % 4.4' ünün boşanmış ve %93.3' ünün tek evlilik yapmış olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Hastaların yaşadıkları yere göre dağılımına bakıldığında %63.9'unun büyükşehirde, %34.4'ünün ilçede, %1.7'sinin köyde yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 1). Yaşanılan yer ile EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F=,324$; $p>0,05$) (Tablo 26).

Hastaların çocukluklarının geçtiği yere göre dağılımına bakıldığında %52.2' sinin büyükşehirde, %36.7' sinin ilçede ve %11.1' inin köyde geçtiği belirlenmiştir (Tablo 1).

Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında %47.8' inin ilkokul, %28.3' ünün ortaokul-lise, %23.9' unun fakülte/yüksekokul mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Eğitim durumu ile EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($F=3,29$, $p<0,05$) (Tablo 25). En yüksek EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 79,12 \pm 9,51$ ile lise olduğu gözlenmektedir. Eğitimin egzersiz öz yeterliliğine uyumu arttırdığı görülmektedir. Peuckmann' ın çalışmasında (2006) kısa dönem eğitim almış kanserli hastaların egzersize uyumunun ve yaşam kalitesinin az olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırma sonucu ile Peuckmann' ın çalışması uygunluk göstermektedir (70).

Hastaların iş-mesleki durumlarına bakıldığında %59.4' ünün ev hanımı, %27.2' sinin devlet memuru, %8.3' ünün özel sektörde çalıştığı ve %5.0' ının işçi oldukları görülmektedir (Tablo 1). Meslek grubu ile EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F=,963$; $p>0,05$)(Tablo 27).

Hastaların çalışma durumlarına bakıldığında %59.4' ünün çalışmadığı, %27.9' unun emekli olduğu, %10.0' unun tam gün çalıştığı ve %7.0' ının yarım gün çalıştığı saptanmıştır (Tablo 1).

Hastaların %83.9' unun çocuğunun olduğu, 16.1' inin çocuk sahibi olmadığı saptanmıştır (Tablo 1).

Hastaların gelir düzeylerine bakıldığında %94.5' inin asgari ücret üstü, %3.3' ünün asgari ücret altı, %2.2' sinin asgari ücret aldığı, %79.4' ünün kazancının ihtiyaçlarını karşılayamadığı ve %20.6' sının ihtiyaçlarını karşılayabildiği saptanmıştır (Tablo 1).

Hastaların sosyal güvencelerine göre dağılıma bakıldığında %51.7' sinin Emekli Sandığı, %36.7' sinin SSK, %10.6' sının Bağ-kur, %0.6' sının Yeşil kart ve % 0.6' sının Özel sigortaya bağlı oldukları saptanmıştır (Tablo 1).

Hastaların evlilik sürelerine bakıldığında %35.5' inin 21-30 yıl, %31.9' unun 31-40 yıl, %20.0' inin 11-20 yıl, %7.5' inin 41 yıl üzeri ve %5.1' inin 0-10 yıl aralığında oldukları saptanmıştır (Tablo 1).

Hastaların eşlerinin eğitim durumuna bakıldığında %33.3' ünün fakülte/yüksekokul, %29.7' sinin ilkokul, %22.2' sinin lise, %6.0' inin ortaokul mezunu olduğu ve %8.8' nin okur-yazar olmadığı saptanmıştır (Tablo 1).

Hastaların eşlerinin iş-mesleki durumlarına bakıldığında %56.2' sinin devlet memuru, %21.4' ünün işçi, %11.8' inin özel sektörde ve %10.6' sının belediyede çalıştığı saptanmıştır (Tablo 1).

Hastaların sahip oldukları çocuk sayısına bakıldığında %52.9'unun 2 çocuk, %22.5' inin 1 çocuk, %15.9' unun 3 çocuk, %5.9' unun 4 çocuk ve %2.7' sinin 5 çocuk sahip olduğu, çocukların cinsiyetine bakıldığında %50.3' ünün kadın, %49.7' sinin erkek olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Çocukların %52.3' ünün ailesiyle beraber yaşadığı ve %47.7' sinin ailesinden ayrı yaşadığı saptanmıştır (Tablo 1).

4.1.2. Hastaların Sağlık ve Sağlık Alışkanlıklarına Yönelik Özelliklerinin İncelenmesi

Hastaların hayatlarının belli dönemlerinde sigara içme durumlarına bakıldığında %29.4' ünün içtiği, %70.6' sının içmediği, %22.6' sının hala içmekte olduğu ve %77.4' ünün şu anda içmediği, sigara içenlerinin %58.3' ünün günde arasıra içtiği, %25.0' inin günde yarım paketten az içtiği ve %16.7' sinin günde yarım paket içtiği saptanmıştır. Sigara içmeyi bırakan hastaların sigarayı bırakma zaman aralığına bakıldığında %43.9' unun 0-12 ay , %29.3' ünün 13-24 ay ve üzeri, %12.2' sinin 25-36 ay, %9.8' inin 37-48 ay aralığında olduğu saptanmıştır. Sigara bırakıldığında içilen miktarlara bakıldığında %39.0' inin arasıra, %36.5' inin yarım pakettten az, %22.0' inin 1 ile 2 paket, %2.5' inin 2 paketten fazla içtiği saptanmıştır (Tablo 2). Hastaların sigara kullanma durumları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=1,51$, $p=,132$) (Tablo 28).

Hastaların alkol kullanım durumlarına bakıldığında tamamının alkol kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Hastaların iştah durumlarına bakıldığında %51.7' sinin iştahının iyi, %31.1' inin orta, %17.2' sinin az olduğu, %62.8' inin 10 kilodan fazla kilo vermeye ihtiyacı olduğu, %28.9' unun 5-10 kilo vermeye ihtiyacı olduğu, %7.8' inin 6-10 kilo vermeye ihtiyacı olduğu ve %0.6' sının kilo vermeye ihtiyacı olmadığı, hastaların %96.7' sinin kilo vermek için hiç bir uygulama yapmadığı, %3.4' ünün diyet yaptığı, %96.2' sinin kilo almaya ihtiyacı olmadığı, %2.8' inin 1-5 kilo almaya ihtiyacı olduğu, %0.6' sının 6-10 kilo almaya ihtiyacı olduğu, %0.6' sının 10 kilodan fazla kilo almaya ihtiyacı olduğu, %98.9' unun kilo almak için hiç bir uygulama yapmadığı, %1.1' inin diyet uyguladığı saptanmıştır (Tablo 2).

Hastaların kullandığı ilaçlara bakıldığında %7.8' inin antidepresan, %5.6' sının analjezik, %0.6' sının hormon kullandığı ve %86.0' inin ilaç kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Teşhisin konulma zamanına göre dağılıma bakıldığında %61.2' sinin 0-12 ay arasında ve %18.4' ünün 13-24 ay arasında, %9.6' sının 25-36 ay arasında, %5.1' inin 37-48 ay arasında ve %6.2 'sinin 49 ay ve üzerinde kanser tanısı aldığı saptanmıştır (Tablo 2). Teşhisin konulma zaman aralığı ile EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (F=,997; p>0,05) (Tablo 39).

Hastalığın evrelerine göre dağılıma bakıldığında %10.6' sının ikinci evrede, %46.7'sinin üçüncü evrede ve %42.8' inin dördüncü evrede olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Hastalık evresi ile EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (F=2,230; p>0,05) (Tablo 38).

Hastalığın metastaz durumuna bakıldığında hastaların %57.2'sinde metastaz olmadığı, %42.8' inde metastaz olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Hastaların metastaz durumları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=-2,37, p=,019) (Tablo 35). Metastazı olmayan hastalarının EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X} : 77,01 \pm 7,77$ olduğu saptanıp egzersize uyumları yüksek bulunmuştur (Tablo 35).

4.1.3. Hastaların Genel Sağlık Öyküsüne Yönelik Özelliklerinin İncelenmesi

Hastalara ilk semptomları sorulduğunda %91.1' inin ele gelen kitle, %3.9' unun memede ağrı, %1.1' inin memede akıntı ve %3.9' unun muayene sırasında farkedildiğini belirtmişlerdir. Hastalara ilk semptomlarını ne zaman farkettileri sorulduğunda %63.3' ünün 5 aydan fazla, %22.8' sinin 3 ay önce, %10.0' inin 4 ay önce, %1.7' sinin 2 ay önce ve %2.2' sinin 1 ay önce farkettilerini belirtmişlerdir (Tablo 3).

Hastaların diyabet durumuna bakıldığında %93.3' ünün diyabet olmadığı, %6.7' sinin diyabet olduğu, diyabet olanların %100.0' inin tedavi aldığı, tedavi alanların %58.3' ünün insulin kullandığı, %41.7' sinin oral tedavi gördüğü saptanmıştır (Tablo 3). Hastaların diyabet durumları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur ($t=-2,76$, $p=,006$) (Tablo 29). Diyabet hastası olmayanların EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X}:75,81\pm 8,43$ olduğu saptanıp egzersize uyumları yüksek bulunmuştur (Tablo 29).

Hastaların hipertansiyon durumlarına bakıldığında %87.8' inin hipertansiyon olmadığı ve %12.2' sinin hipertansiyon olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Hastaların hipertansiyon durumları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-3,63$, $p=,000$) (Tablo 30). Hipertansiyon hastası olmayanların EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X}:76,19\pm 8,46$ olduğu saptanıp egzersize uyumları yüksek bulunmuştur (Tablo 30).

Hastaların defekasyon durumlarına bakıldığında %43.3' ünün normal, %39.4' ünün konstipasyon, %17.2' sinin diyare olduğu, %86.1' inin günde bir defa defekasyon yaptığı, %10.6' sının günde 3 defa ve %3.3' ünün günde 2 defa defekasyon yaptığı, hastaların %100.0' inin normal idrara çıktığı saptanmıştır (Tablo 3).

Hastaların büyük tansiyonlarına bakıldığında %36.7' sinin büyük tansiyonunun 110 olduğu, küçük tansiyonlarına bakıldığında %53.9' unun küçük tansiyonunun 70 olduğu, solunum sayılarına bakıldığında %61.7' sinin solunum sayısının 10 olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Hastaların %100.0' ında ekstremitelerde hareket yeteneğinin normal olduğu, %3.9' unda basınç altında kalan bölgelerin topuklar olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Hastaların bir gecede uyku sürelerine bakıldığında %80.6' sının bir gecede 7-9 saat arası uyuduğu, %19.4' ünün bir gecede 4-6 saat arası uyuduğu, %73.9' unun uykuyu kesinteye uğratan herhangi bir durum olmadığı ve uykuya başlamada bir problem yaşamadığı, %26.1' in uykuyu kesinteye uğratan herhangi bir durum olduğu ve uykuya başlamada problem yaşadığı saptanmıştır (Tablo 3). Hastaların yaşadıkları uyku problemi ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=,057$, $p=,955$) (Tablo 33).

Hastaların nabızlarına bakıldığında %75.5' inin 77-82 arasında nabız atımı olduğu, ateşlerine bakıldığında %90.0' inin ateşinin 37 olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

4.1.4. Hastaların Yorgunluk TanılamasınaYönelik Özelliklerinin İncelenmesi

Hastaların en fazla oran ile %55.6' sının 2. düzeyde yorgunluk yaşadığı, %100.0' inin yorgunluğun gün içinde kötüleşmediği, %92.8' inin yaşamda isteksizlik, umutsuzluk duygularının olmadığı, %99.4' ünde yorgunluğun aile eve arkadaş ilişkilerine olumsuz etkisi olmadığı, %68.4' ünde borg aralıklarına göre 6-7-8 (çok çok hafif) olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Yorgunluk düzeyi arttıkça hastaların egzersize uyumları azalmıştır. Hastalara egzersize yönelik verilecek eğitim ile egzersizin yorgunluk düzeyine olan olumlu etkisinin mutlaka açıklanması gerektiğini bize göstermektedir.

Yorgunluk düzeyi ile EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (F=3,51; p<0,05) (Tablo 36).

4.1.5. Hastaların Bilişsel Algılamalarına Yönelik Özelliklerinin İncelenmesi

Hastaların en fazla oran ile %100' ünde işitme güçlüğü olmadığı, %76.7' sinde görme bozukluğu olmadığı, %100' ünün işitme cihazı kullanmadığı, %23.3' ünde gözlük kullanımının olduğu, %66.7' sinde dokunma-hissetme duyusunda kayıp olmadığı, %63.3' ünde koku kaybı olduğu, %62.8' inde tat almada değişiklik olduğu, %80' inde konsantre olmada problem olmadığı, %58.9' unda en kolay öğrenme şeklinin okuma olduğu, %98.3' ünde öğrenmede zorluk olmadığı ve %83.9' unda son günlerde herhangi bir değişiklik olmadığı saptanmıştır (Tablo 5).

Hastaların görme bozukluğu durumları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (t=,509, p=,612) (Tablo 31).

4.1.6. Hastaların Kendini Algılama- Kavramalarına Yönelik Özelliklerinin İncelenmesi

Hastaların en fazla oran ile %99.4' ünde algılanan korku ve tehlike durumunun olmadığı, %0.6' sında algılanan korku ve tehlike durumunun olduğu, %98.3' ünde ruhsal durumda değişiklik olmadığı, %1.7' sinde ruhsal durumda değişiklik olduğu, %99.4' ünde hareketsizliğin olmadığı, %98.3' ünde durumun kontrol dışında olduğu hissiniin olmadığı, %1.7' sinde durumun kontrol dışında olduğu hissiniin olduğu, %98.8' inde beden bilincinin olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Holmes' ın çalışmasında (2002) egzersizin hastanın ruhsal durumunu iyileştirdiği, beden bilincini sağladığı saptanmıştır. Araştırma sonucu ile Holmes' ın çalışması uygunluk göstermektedir (2).

Hastaların yaşamda isteksizlik duyguları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-2,34$, $p=,020$) (Tablo 32). Yaşamda isteksizlik duyguları olmayanların EÖYÖ toplam puan ortalaması $x=75,75\pm 8,71$ olduğu saptanıp egzersize uyumları yüksek bulunmuştur (Tablo 32). Egzersize uyumda motivasyonun önemini belirtme açısından anlamlı bir sonuçtur.

4.1.7. Hastaların Rol ve İlişkilerine Yönelik Özelliklerinin İncelenmesi

Hastaların en fazla oran ile %100' ünde rolünü yerine getirme yeteneğine sahip olduğu, %98.9' unda ilişki zorluğu olmadığı, %98.9' unun yaşamında önemli kişilerin aile olduğu, %100' ünde aile ilişkilerinde zorluk olmadığı, %100' ünde kendine zarar verme riski durumunun olmadığı, %100' ünde diğer kişilere zarar verme durumunun olmadığı saptanmıştır (Tablo 7).

4.1.8. Hastaların Cinsellik- Üremelerine Yönelik Özelliklerinin İncelenmesi

Hastaların en fazla oran ile %100' ünde cinsel yaşamda değişiklik durumunun varlığı, %100' ünde kontraseptif kullanımının olmadığı, %100' ünde menstrasyon durumunun olmadığı saptanmıştır (Tablo 8).

4.1.9. Hastaların Stres ile Başetme Şekline Yönelik Özelliklerinin İncelenmesi

Hastaların en fazla oran ile %96.1'inde kemoterapinin yaşam zorluğu oluşturduğu, %100' ünde kemoterapinin yaşam değişikliği olduğu, %100' ünde stresörlerle başetme şeklinin aile desteği olduğu, %100' ünde stresörlerle başetmede kullanılan kaynağın aile desteği olduğu, %54.4' ünde aile desteği düzeyinin çok olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

4.1.10. Hastaların İnanç ve Değerlerine Yönelik Özelliklerinin İncelenmesi

Hastaların tümünde inanç ve değerlerin var olduğu, dini inançların önemli olduğu, ve dini uygulamaların olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

4.1.11. Hastaların Sistem Sorgulamasına Yönelik Özelliklerinin İncelenmesi

Hastaların en fazla oran ile %15.6' sında nefes darlığı olduğu, %43.9' unda bulantı olduğu, %75' inde eklem ağrıları olduğu, %47.8' inde kaşıntı ve kuruluk olduğu, %45' inde ekstremitelerde yayılan ağrı olduğu, %57.2' sinde stres yaşandığı, %57.2' sinde başa çıkmada orta seviyede olduğu, %100' ünde bakım verenlerin varlığı saptanmıştır (Tablo 11). Hastaların eklem ağrıları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-4,12$, $p=,000$) (Tablo 34). Eklem ağrısı olmayanların EÖYÖ toplam puan ortalaması $\bar{X}:79,77\pm7,20$ olduğu saptanıp egzersize uyumları yüksek bulunmuştur (Tablo 34).

4.1.12. Hastaların Psikososyal SorgulamasınaYönelik Özelliklerinin İncelenmesi

Hastaların en fazla oran ile %57.2’ sinde stres yaşadığı, %57.2’ sinde stresle başa çıkmada orta seviyede olduğu, %100’ ünde bakım verenlerin varlığı saptanmıştır. (Tablo 12).

4.2. Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği’ nin Geçerlik ve Güvenirliliğinin Değerlendirilmesi

4.2.1. Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeğinin Geçerlilik Sonuçlarının İncelenmesi

4.2.1.1. Dil Geçerliliği

Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği’ nin Türk toplumunda uygulanabilir olabilmesine yönelik olarak, geçerlilik ve güvenirliliğini belirlemek için ilk aşama da dil eşdeğerliliği yapılmıştır.

Sonrada ölçeğin orijinal formu ile bu çeviri karşılaştırılmış ve uzman görüşleri doğrultusunda uygun düzeltmeler yapılmıştır.

4.2.1.2. İçerik Geçerliliği

Dil geçerliliği yapılan Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeğinin içerik geçerliliği 10 uzman görüşü alınarak gerçekleştirilmiştir. Ölçekteki 18 maddenin içerik geçerliliği için 10 uzmanın verdiği cevaplara göre ortalama, standart hata ve min-max değerleri elde edilmiştir (Tablo 13). Daha sonrasında Kendall İyi Uyuşum Katsayısı (W) (Kendall Coefficient Of Concordance) korelasyon testi uygulanarak (**W:,.113 , p:,.321**) (**p>0.05**) ölçeğin içerik geçerliliği gerçekleştirilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı şekilde değerlendirilmiştir (Tablo 14). Bu sonuca göre ‘Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği’ nin Türk toplumu için geçerliği yüksek bir ölçek olarak bulunmuş ve **H₂** hipotezi kabul edilmiştir.

4.2.2. Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeğinin Güvenirlilik Sonuçlarının İncelenmesi

4.2.2.1. Zamana Karşı Değişmezlik

Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği adjuvan kemoterapi gören 180 kadın hastaya 15 gün ara ile yüz yüze görüşme tekrar uygulanmış, elde edilen sonuçlar Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Birinci ve ikinci görüşmelerden elde edilen korelasyon katsayı 0.96 orijinal Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği' nin korelasyon katsayısı .0.94' tür. Araştırmanın test-tekrar test değeri orijinal çalışmadan daha yüksek bulunmasının nedeninin dil geçerliliği aşamasında uzman görüşlerinden yararlanılarak geçerli, doğru, kolay ifadeler oluşturulması olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada ölçeğin test-tekrar test güvenirlilik katsayıları tatmin edici düzeydedir. Çünkü güvenirlilik katsayısı 1' e ne kadar yakınsa ölçekler o kadar güvenilir olduğu bildirilmektedir (34,35).

4.2.2.2. Ölçeğin İki Yarım Test Güvenirliği

Araştırmada EÖYÖ' nin iki yarım test güvenirlilik katsayılarını elde etmek için; Gutman Split- half güvenirlilik katsayısı ölçeğin ilk yarısı ve son yarısı ve Spearman-Brown güvenirlilik katsayısı ölçeği tek ve çift numaralar şeklinde ayrılarak ve her iki yarı için Cronbach Alpha güvenirlilik katsayıları hesaplanarak her uygulama için ayrı ayrı olarak hesaplanmıştır (Tablo 19, 20).

Egzersiz öz yeterlilik ölçeğinin birinci ve ikinci uygulama ve araştırma kapsamındaki hastalar arasındaki korelasyonu .79, .75, Gutman Split half güvenirlilik katsayı .88, .85, Sperman Brown katsayısı .88, .85, 1. yarı Cronbach Alpha Değeri .96, .97, 2. yarı Cronbach Alpha Değeri .96, .98, olarak bulunmuştur (Tablo 19,20).

Egzersiz öz yeterlilik ölçeğinin iki yarım test güvenilirlik sonuçları her iki uygulama ve tüm hasta grubu için yeterli düzeyde yüksektir. Çünkü güvenilirlik katsayısı 1' e ne kadar yakınsa ölçekler o kadar güvenilir olduğu bildirilmektedir (37).

4.2.2.3. Ölçeğin Cronbach Alfa Çözümlemeleri

Egzersiz öz yeterlilik ölçeğinin birinci uygulama değeri .978, ikinci uygulama değeri .977 olarak saptanmıştır (Tablo 21). Bu sonuca göre 'Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği'nin Türk toplumu için güvenilirliğinin yüksek bir ölçek olarak bulunmuş ve H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

4.2.2.4. İç Tutarlılık

Araştırmada kullanılan Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeğinin maddeleri için Pearson Korelasyon Katsayısı hesaplanmış bu şekilde tek tek bütün maddelerin ölçeğin bütünü ile tutarlılığı belirlenmiştir (Tablo 22,23).

Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği' nin birinci uygulama sonrasında ve ikinci uygulama sonrasında madde toplam korelasyon puanı 0,20 nin üzerinde olması nedeni ile hiçbir madde ölçekten çıkarılmamış, örneklem grubuna (N:180) ölçeğin 18 maddesi uygulanmıştır.

Madde toplam korelasyon puanı yükseldikçe sorunun etkinliği artmaktadır. Korelasyon katsayısı değerinin 0.20 olması hali minimum etkinlik derecesi olarak kabul edilmektedir (42).

Araştırma kapsamındaki tüm hastaların (N:180) madde korelasyon dağılımlarında da tüm maddelerin korelasyon katsayılarının yeterli düzeyde çıkması hiçbir maddenin çıkarılmamasının doğruluğunu bir kez daha göstermektedir (Tablo 22,23).

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

5.1.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Sonuçları

♣ Hastaların %27.7' sinin 25-44 yaş grubunda, %65.1' inin 45-64 yaş grubunda, %7.2' sinin 65 ve üstü yaş grubunda ve yaş ortalamasının \bar{X} :50.03 olduğu (F=22,52, p<0,05) ,

♣ Hastaların medeni durumlarının %75.0' inin evli, %6.7'sinin bekar, %13.9' unun dul (vefat etmiş), %4.4' ünün boşanmış oldukları ve %93.3' ünün tek evlilik yapmış oldukları,

♣ Hastaların %63.9'unun büyükşehirde, %34.4'ünün ilçede, %1.7'sinin köyde yaşadığı (F=,324; p>0,05),

♣ Hastaların %47.8' inin ilkokul, %28.3' ünün ortaokul-lise, %23.9' unun fakülte/yüksekokul mezunu olduğu (F=3,29, p<0,05),

♣ Hastaların %59.4' ünün ev hanımı, %27.2' sinin devlet memuru, %8.3' ünün özel sektörde çalıştığı ve %5.0' inin işçi oldukları (F=,963; p>0,05),

♣ Hastaların sigara içme durumlarına bakıldığında %29.4' ünün sigara içtiği, %70.6' sının sigara içmediği (t=1,51, p=,132),

♣ Hastalığın teşhis süresine bakıldığında %61.2' sinin 0-12 ay arasında olduğu (F=,997; p>0,05),

♣ Hastalığın evrelerine göre dağılıma bakıldığında %10.6' sının ikinci evrede, %46.7' sinin üçüncü evrede ve %42.8' inin dördüncü evrede olduğu (F=2,230; p>0,05),

♣ Hastalığın metastaz durumuna bakıldığında hastaların %57.2' sinde metastaz olmadığı, %42.8' inde metastaz olduğu (t=-2,37, p=,019),

- ♣ Hastaların diyabet durumuna bakıldığında % 93.3' ünün diyabet olmadığı, %6.7' sinin diyabet olduğu ($t=-2,76$, $p=,006$),
- ♣ Hastaların hipertansiyon durumlarına bakıldığında %87.8' inin hipertansiyon olmadığı ve %12.2' sinin hipertansiyon olduğu ($t=-3,63$, $p=,000$),
- ♣ Hastaların %26.1' in uykuyu kesinteye uğratan herhangi bir durum olduğu ve uykuya başlamada problem yaşadığı ($t=,057$, $p=,955$),
- ♣ Hastaların %7.2' sinin yaşamda isteksizlik, umutsuzluk duydukları ($t=-2,34$, $p=,020$),
- ♣ Hastaların %23.3' ünde görme bozukluğu olduğu ($t=,509$, $p=,612$),
- ♣ Hastaların %75' inde eklem ağrıları olduğu ($t=-4,12$, $p=,000$),
- ♣ Hastaların %55.6' sının 2. düzeyde yorgunluk yaşadığı ($F=3,51$; $p<0,05$)
- ♣ Hastaların %68.4' ünün borg aralıklarına göre yorgunluğunun 6-7-8 (çok çok hafif) olduğu ($F=3,075$; $p<0,05$) görülmüştür.

5.1.2. 'Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlilik Sonuçları

- ♣ Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği' nin dil geçerliliği için uzman görüşü ve içerik geçerliliği için 10 uzman görüşü alınmıştır. Kendal iyi uyum katsayısı ($W:.113$, $p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 14).
- ♣ Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği' nin test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.968 bulunmuştur (Tablo18).
- ♣ Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği' nin birinci ve ikinci uygulama ve araştırma kapsamındaki hastalar arasındaki korelasyonu .79, .75, Gutman Split half güvenilirlik katsayısı .88, .85, Sperman Brown katsayısı .88, .85, 1. yarı Cronbach Alpha Değeri .96, .97, 2. yarı Cronbach Alpha Değeri .96, .98, olarak bulunmuştur (Tablo 19, 20).

♣ Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği' nin birinci, ikinci uygulama için Cronbach Alfa değeri .978, .977 olarak bulunmuştur (Tablo 19,20).

5.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlara göre, şu önerilerde bulunmaktadır:

- 1- Türkçe geçerliliği ve güvenirliği sınanmış '*Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği*' tüm Ülke genelinde çalışmalarda kullanımını sağlamak amacı ile onkoloji Merkezlerine ölçeğin tanıtılması,
- 2- Türkçeleştirilerek geçerliliği ve güvenirliği yapılan '*Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği*' nin kanser hastalarına yönelik egzersiz programlarında kullanılması,
- 3- Kanser hastalarında semptom yönetiminde egzersiz programlarına yer verilmesi,
- 4- Onkoloji Hemşirelerinde sürekli eğitim programlarında öz yeterlilik ve egzersiz konularının yer alması

BÖLÜM VI

ÖZET

MEME KANSERİ HASTALARINDA EGZERSİZ ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırma kemoterapi alan meme kanserli hastalarda ‘Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği’ nin Türk toplumu için güvenilirlik ve geçerliliğini test etmek amacı ile metodolojik bir çalışma olarak planlanmıştır.

Araştırmada kullanılan “Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği” nin geçerlik ve güvenilirliğini saptamak için araştırmanın örneklemi; Şubat 2009 - Nisan 2009 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Kemoterapi Ünitesi’ ne tedavi almak için gelen 180 kadın hasta oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak; “Meme Kanseri Çalışma Soru Formu, Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği, Yürüyüş Bandı Egzersiz Formu” yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. 2 hafta sonra “Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği ve Yürüyüş Bandı Egzersiz Formu’ nun tekrar uygulaması yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, ki-kare testi, student t, ANOVA ve tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeğinin geçerliliği çalışmalarında; egzersiz öz yeterlilik ölçeğinin dil geçerliliği için uzman görüşü ve içerik geçerliliği için 10 uzman görüşü alınmıştır. Kendal iyi uyum katsayısı ($W: .113$, $p > 0.05$) bulunmuştur. Güvenirlilik çalışmalarında ise; Test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.968 bulunmuştur. Egzersiz öz yeterlilik ölçeğinin birinci, ikinci uygulama için iki yarı arasındaki korelasyon $.79$, $.75$, Gutman Split Half güvenilirlik katsayıları $.88$, $.85$, Spearman Brown katsayısı $.88$, $.85$, 1. yarı Cronbach Alpha Değeri $.96$,

.97, 2. yarı Cronbach Alpha Değeri .96, .98, olarak bulunmuştur. Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği' nin birinci, ikinci uygulama için Cronbach Alfa değeri .978, .977 olarak bulunmuştur.

Yaş grubu ile EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (F=22,52, p<0,05). En yüksek EÖYÖ toplam puan ortalaması \bar{X} :79,74±6,99 ile 25-44 yaş grubunda olduğu gözlenmektedir. Genç hastalarda egzersiz öz yeterliliğine uyumun daha yüksek olduğu görülmektedir.

Yaşanılan yer, meslek grubu, hastaların sigara kullanma durumları, teşhisin konulma zaman aralığı, hastalık evresi, uyku problemi ve görme bozukluğu durumu ile EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Eğitim durumu ile EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (F=3,29, p<0,05). En yüksek EÖYÖ toplam puan ortalaması \bar{X} :79,12±9,51 ile lise olduğu gözlenmektedir. Eğitimin egzersize uyumu arttırdığı görülmektedir.

Metastazı olmayan hastalarının egzersize uyumları yüksek bulunmuştur.

Hastaların diyabet durumları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=-2,76, p=,006). Diyabet hastası olmayanların egzersize uyumları yüksek bulunmuştur.

Hastaların hipertansiyon durumları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=-3,63, p=,000). Hipertansiyon hastası olmayanların egzersize uyumları yüksek bulunmuştur

Hastaların yaşamda isteksizlik duyguları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=-2,34, p=,020). Yaşamda isteksizlik duyguları olmayanların egzersize uyumları yüksek bulunmuştur.

Hastaların eklem ağrıları ile EÖYÖ' nin toplam puan ortalamaları arasındaki fark

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-4,12$, $p=,000$). Eklem ağrısı olmayanların egzersize uyumları yüksek bulunmuştur.

Yorgunluk derecesi ile EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($F=3,51$; $p<0,05$).

Borg yorgunluk derecesi ile EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($F=3,075$; $p<0,05$).

Anahtar Kelime: Meme Kanseri, Egzersiz, Öz yeterlilik

SUMMARY

RELIABILITY AND VALIDITY OF EXERCISE SELF-EFFICACY SCALE IN THE BREAST CANCER PATIENTS

A research has been planned as a metadological research in order to test the validity and reliability of the “Exercise Self-Efficacy Scale” in the breast cancer patients who receive chemotherapy.

In order to determine the validity and reliability of the “Exercise Self-Efficacy Scale”, the sample of the research; was formed by the 180 patients who came to the Ege University Medicine Faculty Tulay Aktas Oncology Hospital Chemotherapy Unit to receive treatment between the dates of February 2009-April 2009. As the data collection tools, “Breast Cancer Study Questionnaire, Exercise Self-Efficacy Scale, Treadmill Walking Form” has been applied by making face-to-face interviews. After 2 weeks, “Exercise Self-Efficacy Scale and Treadmill Walking Band Form” were reapplied.

In the evaluation of the data collected; number, proportion, chi-square test, student t, ANOVA and one-way variance analyses have been applied.

In the validity study of the Exercise Self-Efficacy Scale; expert opinion was taken for the validity of the language and 10 expert opinions were taken for the validity of the content. Kendal good correspondance coefficient (W:113, $p>0.05$) was found. In the reliability studies, on the other hand ; test-repeat reliabiliy coefficient was found as 0.968. The correlation between the two halves of the Exercise Self-Efficacy Scale for the first and the second application were found as .79, .75; and Gutman Split Half reliability coefficients were found as .88, .85, Spearmen Brown coefficients were found as also .88, .85. Cronbach Alpha value of

the Exercise Self-Efficacy Scale for the first and second application were found as .978, .977, respectively.

A statistically significant difference has been determined in the one-way variance analysis of the total point averages between the age group and ESS ($F=22,52$, $p<0,05$). The highest ESS total point average is seen in the 25-44 age group with a value of $\bar{X} : 79,74 \pm 6,99$. It is also seen that the correspondance in the younger patients to the exercise is relatively higher.

In the one-way variance analysis made between the ESS total point averages and the living location, occupational group, the smoking usage of the patients, the time of the diagnosis made, the phase of the illness, sleeping problem and seeing disorder situations; no statistically significant difference has been determined.

In the one-way variance analysis made between the ESS total point averages and the educational status; no statistically significant difference has been determined ($F=3,29$, $p<0,05$). The highest ESS total point average is seen in the high school with a value of $\bar{X} : 79,12 \pm 9,51$. It is seen that education increases the correspondance to the exercise.

The correspondance to the exercise of the patients who have no metastasis were found as high.

The difference between the diabetes situations of the patients and the ESS total point averages was found statistically significant ($t=-2,76$, $p=,006$). The correspondance to the exercise of the patients who have no diabetes were found as high.

The difference between the hypertension situations of the patients and the ESS total point averages was found statistically significant ($t=-3,63$, $p=,000$). The correspondance to the exercise of the patients who have no hypertension were found as high.

The difference between the unwillingness emotions of the patients and the ESS total point averages was found statistically significant ($t=-2,34$, $p=,020$). The correspondance to the exercise of the patients who have no unwillingness emotions in life were found as high.

The difference between the joint pain of the patients and the ESS total point averages was found statistically significant ($t=-4,12$, $p=,000$). The correspondance to the exercise of the patients who have no joint pain were found as high.

The difference between the tiredness level of the patients and the ESS total point averages was found statistically significant in the one-way variance analysis made ($F=3,51$; $p<0,05$).

In the one-way variance analysis made in the comparison of the Borg tiredness level and the ESS total point averages, a stastically significant difference was found ($F=3,075$; $p<0,05$).

Key Words: Breast Cancer, Exercise, Self-efficacy

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

1. Akvardar, Y. (2006). Alkol Bağımlılığında Yaşam Kalitesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD. PPT Sunusu
2. American College of Sports Medicine. (2002). Clinical Exercise Physiology: Musculoskeletal, Neuromuscular, Neoplastic, Immunologic and Hematologic Conditions, Philadelphia, Lippincott Williams &Wilkins, 5(2):296-303
3. Andrew, S., Vialle, W. (1998). Nursing Students Selfefficacy, Self Regulated Learning And Academicperformance İn Science, Nursing Times, 76:427-435
4. Andrykowski, MA., Curran, SL., Lightner, R. (1998). Off-Treatment Fatigue İn Breast Cancer Survivors:A Controlled Comparison. Journal Of Behavioral Medicine, 21(1):1-18
5. Armeli, S., Gunthert, K., Lawrence, C. (2001). Stressorappraisals, Coping And Post-Event Outcomes: Thedimensionality And Antecedents Of Stress-Related Growth. J Soc Clin Psychol , 20:366-395
6. Arslan, Ş., Gökçe, Y. (1999). Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirimi, Turkish Journal of Geriatrics , Geriatri 2(4): 173- 178
7. Ateş, M., Yıldırım, A., İşçi, E. Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi ve Yıllara Uyarlanan Kalite, http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/goto.aspx?İd=2595 (Erişim Tarihi: 07.12.2007)
8. Aydemir, Ö. Yaşam Kalitesi Ölçümü, Sağlıkta Birikim, 1(2):12, http://www.bayar.edu.tr/~saglik/sagliktabirikim/2/9_13.pdf (Erişim Tarihi:11.01.2009)
9. Aydın, A., Topuz, E. (2003). Erken Evre Meme Kanseri: Sistemik Tedavi ve Komplikasyonları, Ss: 161-182
10. Baltalı, E. (1994). Erken Evre Meme Kanserlerinde Adjuvan Tedavi Prensipleri, Türk Hematoloj-Onkoloji Dergisi, Hacettepe Doktorlar Yayınevi, 4(2):22-26

11. Bandura, A. (1994). Self-efficacy, In V.S. Ramachaudran(Ed.), Encyclopedia of Human Behavior, Newyork: Academic Press , 4:71-81
12. Bandura, A. (1997). Self efficacy, The Exercise Of Control, New York: W.H. Freeman.
13. Bandura, A. (1977). Self-Efficacy, Toward a Unifying Theory of Behavioral Change, Psychological Review, 84(2): 191-215
14. Bernice, M. (1998). Nursing Care of The Client with Breast Cancer, In: Itano JK, Taoka KN (Ed) Core Curriculum for Oncology Nursing Fourth Edition, (23): 492-509
15. Beyazova, M., Gökçe Kutsal, Y. (2000). “Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon”, Güneş Kitapevi:Ankara, Ss:1142-1158
16. Breast Cancer (A.D.A.M.), (2001), P 1, adam.about.com/od/breastcancer/Breastcancer/Breast_Cancer.htm - 17k – (Erişim Tarihi: 15.12.2008)
17. Breast Cancer (A.D.A.M.), 2004 Ss: 1-12, Linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S14702045 (Erişim Tarihi: 15.12.2008)
18. Carlson, ED. (2000). A Case Study in Translation Methodology Using the Health Promotion Lifestyle Profile, Public Health Nursing, 17(1): 61-70
19. Carmen, C., Chang, A. (1999). “Stres Associated With Tasks for Family Caregivers of Patients with Cancer in Hong Kong”, Cancer Nursing 22(4): 260-265
20. Carson, C., Lasker, S., Stanfill, P. (2002). Cancer and Exercise. Exercise for Cancer Patients. Ss: 9-10
21. Conte, P. (2002). Examining Standart of Care for Breast Cancer Patients with Bone Metastases, Therapeutic Focus, Italy, Ss: 3-4
22. Courneya, KS., Mackey, JR., Quinney, HA. (2002). Neoplasms ACSM’s Resources for Clinical Exercise Physiology, American College of Sports Medicine, (15): 179-190
23. Çimen, S. (2003) . “15-18 Yaş Grubu Gençlerde Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği” ‘nın Geliştirilmesi. (Doktora Tezi), T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik

Anabilim Dalı, İstanbul.

24. Dimeo, FC. (2000). Effects of Exercise on Cancer-Related Fatigue, *Cancer Supplement*, 92(6): 1689-1693
25. Dimeo, F., Fetscher, S., Lange, W., Mertelsmann, R., Keul, J. (1997). Effects Of Aerobic Exercise On The Physical Performance And Incidence Of Treatment-Related Complications After High-Dose Chemotherapy, *Blood*, 90(9): 3390-3394
26. Dimeo, FC., Rumberger, BG., Keul, J. (1998). Aerobic Exercise As Therapy For Cancer Fatigue, *Medicine&Science in Sports&Exercise*, 30(4): 475-478
27. Dimeo, FC., Scwartz, S., Fietz, T., Wanjura, T., Bnoning, D., Thiel, E. (2003). Effects of Endurance Training On The Physical Performance Of Patients With Hematological Malignancies During Chemotherapy, *Support Care Cancer*, 11:623-628
28. Dimeo, FC., Steglitz, RD., Novelli-Fischer, U., Fetscher, S., Mertlesmann, R., Keul, J. (1997). Correlation Between Physical Performance And Fatigue In Cancer Patients, *Annals of Oncology*, 8:1251-1255
29. Dimeo, FC., Steglitz, RD., Novelli-Fischer, U., Fetscher, S., Keul, J. (1999). Effects of Physical Activity On The Fatigue And Psychological Status Of Cancer Patients During Chemotherapy, *Cancer*, 85(19): 2273-2277
30. Dimeo, FC., Tilman, MHM., Bertz, H., Kanz, L., Mertelsmann, R., Keul. J. (1997). Aerobic Exercise In The Rehabilitation Of Cancer Patients After High Dose Chemotherapy, *Cancer*, 79(9):1717-1722
31. Dinçer M. (2003). Erken Evre Meme Kanserinde Koruyucu Cerrahi ve Mastektomiden Sonra Radyoterapi ve Radyoterapi Komplikasyonları, *Olgular Işığında Meme Kanseri*, Ss: 184-199
32. Dorcas, RH., İnanç, N. 81998). Meme Kanseri, İn: Platin N (Ed) *Hemşireler için Kanser El Kitabı*, (7): 259-273

33. Egzersiz Yapın, Kanseri Riskini Azaltın. <http://www.voanews.com/turkish/archive/2005-voal14.cmf> (Erişim Tarihi: 07.09.2007)
34. Erefe, İ. (1999). Veri Toplama Araçlarının Niteliği, Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri, Odak Ofset, İstanbul, Ss:187-194
35. Ergin, DY. (1995). “Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik”, M.Ü. Atatürk Eğitim Bilimleri Dergisi.; 7: 125-148
36. Franklin, B.A., Gordon, S., Timmis, G.C. (1991). “Exercise Prescription For Hypertensive Patients”, *Annals Med*, 23: 279-287
37. Gözüm, S., Aksayan, S. (1999). “Özetkililik - Yeterlik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlik ve Yeterliği”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (1)
38. Gözüm, S., Aksayan, S. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması için Rehber I, Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması, *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1): 9 -14
39. Gözüm, S., Aksayan, S. (2002) “Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması için Rehber II, Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4(2): 9-20
40. Grant, M. (1996). Fatigue and Quality of Life With Cancer, *Fatigue in Cancer*. 19: 353-363
41. Gürsoy, AA. (2005). Meme Kanseri Tedavisine Bağlı Lenfödem ve Hemşirelik Bakımı, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (2): 18-23
42. Halk Sağlığı için Meme Kanseri. <http://www.kanserleyasamak.org/kanser1.php?content=9> (Erişim Tarihi: 07.09.2007)
43. Harvey, S. (2003). Breast Cancer (A.D.A.M.), health.nytimes.com/health/guides/disease/breast-cancer/references.html (Erişim Tarihi: 25.09.2008)
44. Haydaroğlu, A., Özşaran, Z., Akgündüz, Ö., Kamer, SA., Yalman, D., Dubova, S., Aras, A., Kapkaç, M., Özdemir, N. (2006). Meme Koruyucu Cerrahi ve Radyoterapi Uygulanan

Eeken Evre Meme Kanserlerinde Lokal Kontrol ve Sağkalımı Etkileyen Prognostik Faktörler, Meme Sağlığı Dergisi, 2(2): 71-76

45. Hoeman, S.P. (1996). Rehabilitation Nursing, Second Edition, Mosby: Boston, Ss:401-416

46. Hoffman, L., Macneil, B. (1992). Exercise, Natural Immunity, and Cancer, Causation Correlation, or Conunudrum, Watson RR, Eisinger M (Ed), Exercise And Disease, 4:38-53

47. Irvine, D., Vincent, L.L., Bubela, N., Thompson, L., Graydon, J. (1994). The Prevalence And Correlates Of Fatigue in Patients Receiving Treatment With Chemotherapy and Radiotherapy, Cancer Nursing, 17(5): 367-378

48. İrdesel, J., Özkan, L., Kurt, M., Kahraman, S., Küçükoğlu, S., Taşdelen, İ., Engin, K. (2005). Aksiller Diseksiyon ve Radyoterapi Uygulanan Olgularda Omuz Kısıtlılığı ve Lenfödem Gelişiminin Önlenmesinde Rehabilitasyonun Rolü, Uludağ Üni. Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 6(1):81-89

49. Jacobs, L.A., Piper, B.F. (1996). The Phenomenon Of Fatigue And Cancer Patient, Cancer Nursing, A Comprehensive Textbook, Second Edition, WB Saunders Company, pp:1193-1207

50. Jacobsen, P.B., Hann, D.M., Azzarello, L.M., Horton, J., Balducci, L., Lyman, G.H. (1999). Fatigue In Women Receiving Adjuvant Chemotherapy For Breast Cancer: Characreristics, Course, And Correlates. Journal Of Pain And Symptom Management, 18(4):233-242

51. Kadın Sağlığı, Meme Kanserini Egzersiz ile Yenin. <http://www.sevgimoda.com/meme-kanseri.html> (Erişim Tarihi: 21.07.2007)

52. King, A.C., Haskell, A.L., Taylor, B., Kraemer H.C., CeBusk, R.F. (1991). Group- vs Home-Based Exercise Training in Healthy Older Men and Women, JAMA, 266(11):1535-1542

53. Kocatepe, K. Kendi Kendine Meme Muayenesi. www.jinekoloji.net/kkmm.htm-27k (Erişim Tarihi: 03.08.2007)

54. Korede, L.A., Calzone, K.A., Zujewski, J. (2005). Meme Kanseri Riskini Değerlendirme. Aylık Aktüel Tıp Dergisi Sendrom, Logos Yayıncılık, 17(10):20-23

- 55.** Küçükgüçlü, Ö. (2004). Bakım Verenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumunu için Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, (Doktora Tezi), İzmir
- 56.** Lucia, A., Conrad, E., Perez, M. (2003). Cancer-Related Fatigue, Exercise Physiology Assist Oncologists. *The Lancet Oncology*, 4:616-625
- 57.** Marcus, B.H., Selby, V.C., Niaura, R.S., Rossi, J.S. (1992). Self-efficacy and the Stages of Exercise Behavior Change. *Res Q Exerc Sport*, 63:60-66
- 58.** McGee, H. (1994). Cardiac Rehabilitation, The Role of Psychological Intervention, *Journal of Psychological Medicine*, 11(4): 151-152
- 59.** Mefferd, K., Nichols, J.F., Pakiz, B., Rock, C.L. (2007). A Cognitive Behavioral Therapy Intervention to Promote Weight Loss Improves Body Composition and Blood Lipid Profiles Among Overweight Breast Cancer Survivors, *Breast Cancer Treatment*, 104: 145-152
- 60.** Meme Kanseri ve Risk Faktörleri, http://www.metam.org/sss.php?id=71_(Erişim Tarihi: 05.07.2008)
- 61.** Meme Kanseri ve Tedavi Yöntemleri, <http://www.metam.org/hastaliklar.php?id=32> (Erişim Tarihi: 05.07.2008)
- 62.** Miaskowski, R., Portenoy, R.K. (1998). Update On Assessment And Management Of Cancer-Related Fatigue, *Supportive Oncology*, 1(2):1-10
- 63.** Mock, V., Pickett, M., Ropka, M.E., Lin, E.M., Stewart, K.J., Rhodes, V.A., McDaniel, R., Grim, P.M., Krum, S. (2005). Fatigue and Quality Of Life Outcomes Of Exercise During Cancer Treatment, *Cancer Practice*, 9(3):119-127
- 64.** Morrow, G.R., Andrews, P.L.R., Hickok, J.T., Roscoe, J.A., Matteson, S. (2002). Fatigue Associated With Cancer And Its Treatment, *Support Cancer Care*, 10:389-398
- 65.** Nakagawa, T., Huang, S.K., Martinez, Sr. (2007). Prognostic Factors and Staging, *Current Medical Literature, Breast Cancer*, 19(2): 57-59

66. Onat, A. (2000). Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı Ohan Matbaacılık: İstanbul, Ss:16-23
67. Onat, A., Surdum, A.G., Senocak, M., Ornek, Y. (1992). Plasma Lipids And Their Interrelationship in Turkish Adults, Journal of Epidemiology and Community Health, 45:470-476
68. Özdamar, K. (2002). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. 4. Baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir, Ss:661- 673
69. Özmen, V. (2003). Evre I/II Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisi ve Komplikasyonları, Olgular Işığında Meme Kanseri, Ss:131-147
70. Peuckmann, V., Ekholm, O., Rasmussen, N.K., Moller, S., Groenvold, M., Christiansen, J.E., Sjogren, P. (2007). Health-Related Quality of Life in Long-Term Breast Cancer Survivor, Breast Cancer , 104:39-46
71. Pierce, A. G. (1995). Measurement, Talbot L.A. Principles and Practice of Nursing Research. Mosby St. Louis, 2:265- 290
72. Polock, M.L., Wilmore, J.H., Fox, S.M. (1984). “Exercise in Health and Disease”, W.B. Saunders Company, Philadelphia, Ss:298-368, 374-382
73. Ream, E., Browne, N., Glaus, A., Knipping, C., Frei, I.A. (2003). Quality and Efficacy Educational Materials on Cancer-Related Fatigue, Views of Patients From Two European Countries, European Journal of Oncology Nursing, 7(2):99-109
74. Royle, M.H. (2001). A Behavioral Medicine Perspective: Fatigue in Cancer, A Multidimensionaal Approach, 5:87-101
75. Saquib, N., Flatt, S.W., Natarajan, L., Thomsan, C.A, Bardwell, W.A, Caan, B., Rock, C.L, Pierce, J.P. (2007). Weight Gain and Recovery of Pre-cancer After Breast Cancer Treatments: Evidence from the Women’s Healthy Eating and Living (WHEL) Study, Breast Cancer Res Treat, 105:177-186

- 76.** Savaşır, I.(1994). Ölçek Uyarlamasındaki Sorunlar ve Bazı Çözüm Yolları, Türk Psikoloji Dergisi, 9 (33), 27-32
- 77.** Schmitz, G.S., Schwarzer, R. (2000) Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern, Längsschnitt-Befunde Mit Einem Neuen Instrument. Zeitschrift Für Pädagogische Psychologie, 14(1):12-25
- 78.** Schnaper, L.A., Hughes, K.S. (2007). The Use Of Radiation in the Elderly, Breast Cancer Online January, Published Online by Cambridge Uni. Press, 10(1):1-3
- 79.** Scholz, U., Dona, B.G., Sud, A., Schwarzer, R., (2002), Is General Self-Efficacy A Universal Construct?, European Journal of Psychological Assessment, 18 (3):242-251
- 80.** Schwartz, A.L. (1998). Patterns of Exercise and Fatigue in Physically Active Cancer Survivors, Oncology Nursing Forum, 25(3):485-494
- 81.** Schwartz, L.A. (1999). Fatigue Mediates The Effect of Exercise on Quality of Life. Quality of Life Research, 8:529-538
- 82.** Schwartz, L.A. (2000). Daily Fatigue Patterns and Effect Exercise in Women with Breast Cancer, Cancer Practice, 8(1):16-24
- 83.** Schwartz, L.A., Mori, M., Gao, R., Nail, L.M., King, M.E. (2001). Exercise Reduces Daily Fatigue In Women With Breast Cancer Receiving Chemotherapy, Medicine&Science In Sports&Exercise, 33(5):718-723
- 84.** Schwarzer, R., Fuchs, R. (1995). Changing Risk Behaviorsand Adopting Health Behaviors, The Role of Selfefficacy Beliefs, A Bandura (Ed), Self-Efficacy İn Changing Societies, New York, Cambridge University Press, Ss:259-288
- 85.** Selçuk, B., Dalyan, M., Akyüz, M., Çakçı, A. (2000). Meme Cerrahisi ve Aksiller Diseksiyon Uygulanan Hastalarda Üst Ekstremitte Musküloskeleteal Problemler, Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi, 12(2):15-17

- 86.** Shephard, J. (1993). Exercise in the Prevention and Treatment of Cancer, *Sports Medicine*, 15(4): 259-280
- 87.** Stone, P., Richards, M., Hardy, J. (1998). Fatigue in Patients With Cancer. *European Journal of Cancer*, 34(11):1660-1670
- 88.** Symptom& Diagnosis. <http://www.breastcancer.org/symptom/index.jsp> (Erişim Tarihi: 25.04.2008)
- 89.** Uslu, T. (2005). Hareteksizliğin Bedensel Etkileri, http://romatizmaturk.com/jl/index.php?option=com_content&task=view&id=300&Itemid=47, (Erişim Tarihi: 08.05.2008)
- 90.** Ünal, H. (2003). Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisi. İn, Serdengeçti S, Demir G (Ed) *Güncel Klinik Onkoloji*, Ss:169-177
- 91.** Üskent, N. (2003). Meme Kanserinin Doğal Seyri, Gelişimi, Risk Faktörleri, Olgular Işığında Meme Kanseri, Ss:1-14
- 92.** What Are The General Guidelines for Treating Breast Cancer? *Breast Cancer (A.D.A.M.)*, 2001, www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~ckyOPJo21gB3zvc-116k (Erişim Tarihi: 06.08.2007)
- 93.** WHO. (1998). Development of The World Health Organization WHOQOL_BREF Quality Of Life Assessment, *Psychological Medicine*, 28(3):551-558
- 94.** Winer, E.P., Morrow, M., Osborne, C.K., Harris, J.R. (2001). Malign Tumors of the Breast Cancer. İn, Devita VT, Hellman S, Rosenberg SA (Ed) *Principles& Practice of Oncology*. 6th Edition, 2:1651-1706
- 95.** Winning, M.L. (2006). Therapeutic Exercise, Guidelines and Precautions. *Fatigue in Cancer*, 18:339-349
- 96.** Winning, M.L. (2006). The Role of Exercise in Cancer Therapy. İn: Watson RR, Eisinger M (Ed) *Exercise and Disease*, 5:64-69

- 97.** Wood, G.L, Haber, J. (2002) “ Reliability and Validity”, Nursing Research, Methods, Appraisal and Utilization, Mosby St. Louis, Ss: 311- 330
- 98.** Van der Bijl, J.J., Baggett-Shortridge, L.M. (2002). The Theory and Measurement of The Self-Efficacy Construct (Chapter) , Lenz, ER & Baggett-Shortridge, LM (Eds), Self Efficacy In Nursing, Research and Measurement Perspective, New York: Springer Publishing Company.
- 99.** Yellen, S.B., Cella, D.F., Webster, K., Blendowski, C., Kaplan, E. (1997). Measuring Fatigue and Other Anemia-Related Symptoms with Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) Measurement System, Journal of Pain And Symptom Management, 13(2):63-74
- 100.** Yeşilbalkan, ÖU. (2007). Anemi ve Yorgunluk. Hematolojik Sorunlar, Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi, Ss:18
- 101.** Yurtaslan, A. Meme Kanseri, Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, <http://www.onkoloji.gov.tr/index.php?id=>, (Erişim Tarihi: 04.08.2007)
- 102.** Zhou, P.G.S. (2007). Factors Affecting Outcome for Young Women with Early Stage Invasive Breast Cancer Treated with Breast- Conserving Therapy, Breast Cancer res Treat, 101:51-5

EKLER

EK 1 MEME KANSERİ ÇALIŞMA SORU ANKETİ FORMU

ADAY NO:
PROTOKOL NO:

KAYIT YARIHI: / /

DEMOGRAFİK SORULAR

1. Doğum tarihiniz nedir? ----/-----/-----

2. Kaç yaşındasınız? -----

3. Şu anda evlimisiniz?

(1) Evet

(2) Hayır

⇒ Belirtiniz: (1) Hiç evlenmemiş

(2) Dul

(3) Boşanmış

4. Şuandaki evliliğiniz kaç yıldır devam ediyor? (Eğer 1 yıldan az ise lütfen '0' yazınız)

----- yıl

5. Kaç defa evlendiniz? (Eğer hiç evlenmediyseniz lütfen '0' yazınız)

6. Nerede yaşıyorsunuz?

Cadde:

Şehir:

7.Çocukluğunuz nasıl bir yerde geçti? (Çocukluğunuz geçtiği yeri en iyi anlatan şıkkı seçiniz)

a. (1) Büyük şehir

b. (2) Kasaba

c. (3) Köy

8. Kaç yıllık eğitimi tamamladınız? ----- yıl

9.Eğitim geçmişiniz nedir? (Alınan en yüksek eğitime göre tamamlayınız)

- a.Okur Yazar değil b. Okur Yazar c.İlkokul d.Ortaoku e.Lise
f. Fakülte/Yüksekokul

10. Eğer uygun ise eşinizin eğitim durumu?

- a.Okur Yazar değil b. Okur Yazar c.İlkokul d.Ortaoku e.Lise
f. Fakülte/Yüksekokul

11. Şu andaki işiniz nedir? Eğer uygunsa eşinizin işi nedir?

Şuandaki işiniz	Eşinizin ya da partnerinizin işi
(1) Tam gün çalışıyor (2) Yarım gün çalışıyor (3) Çalışmıyor (4) Emekli ama tam ya da yarım gün çalışıyor (5) Emekli (6) Malülen emekli (7) Ev hanımı	(1) Tam gün çalışıyor (2) Yarım gün çalışıyor (3) Çalışmıyor (4) Emekli ama tam ya da yarım gün çalışıyor (5) Emekli (6) Malülen emekli (7) Ev hanımı

12. Mesleğiniz nedir? Eğer uygunsa eşinizin mesleği nedir?

	Sizin	Eşinizin
Mesleğiniz?
Yaşamın büyük kısmında mesleğinizi yaptınız?	<input type="checkbox"/> (1) Evet <input type="checkbox"/> (2) Hayır ⇒Belirtiniz:.....	<input type="checkbox"/> (1) Evet <input type="checkbox"/> (2) Hayır ⇒ Belirtiniz:

13. Çocuğunuz var mı?

- (2) Hayır (1) Evet ⇒ Kaç tane

14. Eğer çocuğunuz varsa, büyükten küçüğe doğru sıralayınız

İsim	Cinsiyet	Yaş	Sizinle mi yaşıyor?
1.	<input type="checkbox"/> (1) Kadın <input type="checkbox"/> (2) Erkek	-- yaş	<input type="checkbox"/> (2) Hayır <input type="checkbox"/> (1) Evet ⇒ Belirtiniz: <input type="checkbox"/> (1) Tam yıl <input type="checkbox"/> (2) Yılın Bir kısmı (....)ay
2.	<input type="checkbox"/> (1) Kadın <input type="checkbox"/> (2) Erkek	-- yaş	<input type="checkbox"/> (2) Hayır <input type="checkbox"/> (1) Evet ⇒ Belirtiniz: <input type="checkbox"/> (1) Tam yıl <input type="checkbox"/> (2) Yılın Bir kısmı (....)ay
3.	<input type="checkbox"/> (1) Kadın <input type="checkbox"/> (2) Erkek	-- yaş	<input type="checkbox"/> (2) Hayır <input type="checkbox"/> (1) Evet ⇒ Belirtiniz: <input type="checkbox"/> (1) Tam yıl <input type="checkbox"/> (2) Yılın Bir kısmı (....)ay
4.	<input type="checkbox"/> (1) Kadın <input type="checkbox"/> (2) Erkek	-- yaş	<input type="checkbox"/> (2) Hayır <input type="checkbox"/> (1) Evet ⇒ Belirtiniz: <input type="checkbox"/> (1) Tam yıl <input type="checkbox"/> (2) Yılın Bir kısmı (....)ay

15. Evinizde sizinle beraber kaç kişi yaşıyorsunuz?

-- Yetişkin (en az 18 yaşında)

-- Çocuk (18 yaşından küçük)

16. Lütfen evinizde kimler yaşıyor, belirtiniz?

Sizin dışınızda evinizde yaşayanlar	Birey sayısı
<input type="checkbox"/> (1) Eş ya da partner	
<input type="checkbox"/> (2) Çocuk	Çocuk ()
<input type="checkbox"/> (3) Anne/baba	Anne/baba ()
<input type="checkbox"/> (4) B.anne/B.baba	B.anne/B.baba ()
<input type="checkbox"/> (5) Torun	Torun ()
<input type="checkbox"/> (6) Diğer akraba	Diğer akraba ()
<input type="checkbox"/> (7) Akraba olmayanlar	Akraba olmayanlar ()

17. Aylık brüt geliriniz nedir?

- (1) 0 – 100,00 YTL
 (2) 110,00 – 300,00 TL
 (3) 301,00 – 500,00 TL
 (4) 501,00 – 700,00 TL
 (5) 701,00 – 900,00 TL
 (6) 901,00 – 1,100,00 TL
 (7) 1,101,00 – 2,000,00 TL
 (8) 2,101,00 – 3,000,00 TL
 (9) 3,101,00 TL ya da daha fazla

18. Kazancınız genel ihtiyaçlarınızı karşılıyor mu?

- (1) Evet (2) Hayır

SAĞLIK VE SAĞLIK ALIŞKANLIKLARINA YÖNELİK SORULAR

19. Hiç sigara içtiniz mi?

- (1) Evet
 (2) Hayır

a. Şu anda içiyormusunuz?

- (1) Evet
 (2) Hayır

b. Günde ne kadar?

- (1) Arasıra
 (2) Yarım paketten az
 (3) Günde yarım paket
 (4) 1 ile 2 paket günde
 (5) 2'den fazla

c. Ne zaman sigarayı bıraktınız?

...../.....
Ay Yıl

d. Bıraktığınızda ne kadar içiyordunuz?

- (1) Arasıra
 (2) Yarım paketten az
 (3) Günde yarım paket
 (4) 1 ile 2 paket günde
 (5) 2'den fazla

20.Şu anda alkollü içecek içiyormusunuz?

- (1) Evet
 (2) Hayır

21. Boy uzunluğunuz kaçtır?

----- cm

22. Kaç kilosunuz?

----- kilogram

23. İştah Durumunuz

- a. Az b.Orta c. İyi

24. Kilo vermeye ihtiyacınızın olduğunu düşünüyor musunuz?

- (1) Evet, 1-5 kilo
 (2) Evet, 6-10 kilo
 (3) Evet, 10 kilodan fazla
 (4) Hayır

25. Kilo vermeye çalışıyor musunuz?

- (1) Evet, diet ile
 (2) Evet , egzersiz ile
 (3) Evet , diyet ve egzersiz ile
 (4) Hayır

26. Kilo almaya ihtiyacınız olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- (1) Evet , 1-5 kilogram
 (2) Evet, 6-10 kilogram
 (3) Evet , 10 kilogram'dan fazla
 (4) Hayır

27.Kilo almaya çalışıyor musunuz?

- (1) Evet, diyet ve ekler ile
 (2) Evet, diğer metodlar ile
 (3) Hayır

GENEL SAĞLIK ÖYKÜNÜZ VE TEDAVİNİZE YÖNELİK SORULAR

28. İlk semptomları ne zaman farkettiler?

- (1) 1 ay önce
 (2) 2 ay önce
 (3) 3 ay önce
 (4) 5 ay önce
 (5) 5 aydan fazla

29. İlk semptomunuz nedir?

30. Diyabetiniz var mı?

(1) Evet → Şu anda bu durum için doktorunuz tedavi başladımı?

(2) Hayır

(1) Evet (Ne tedavisi uygulanıyor?)

(2) Hayır

a. Insulin

b. Oral ilaç tedavisi

c. Diyet

31. Yüksek tansiyonunuz var mı?

(1) Evet → Şu anda bu durum için doktorunuz tedaviye başladımı?

(2) Hayır

(1) Evet

(2) Hayır

32. Boşaltım Şekli:

-Defekasyon (şekli, sıklığı, özelliği):

Normal

Diyare

Konstipasyon

Melena

Müküs

Defekasyon sıklığı:/gün

-İdrar boşaltım durumu: Normal

Dizüri

İnkontinans

Oligüri

Poliüri

-İdrar yapma gereksinimini karşılama biçimi: Tuvalet

Sürgü/ördek

Üriner katater

Diğer

33. Aktivite-Egzersiz Şekli:

- Fizik Bulgular: Kan basıncı:/..... Solunum: Nabız: Beden ısısı:

-Ekstremitelerin hareket yeteneği: Normal Kontraktür Ampütasyon Dolaşım/duyu azalması ya da kaybı

- Basınç altında kalan bölgeler: Baş Skapula Sakrum bölgesi Dirsek Ayak topukları

34.Uyku-İstirahat

- Normal bir gecede kaç saat uyuyorsunuz?saat/gece
-Uykuyu kesintiye uğratan bir durum var mı? Var Yok
-Uykuya başlama bir problem var mı? Var Yok
-Rahat uyumak ve gevşemek için kullanılan yöntem: Var Yok

YORGUNLUK TANILAMASI:

*Gün boyunca yaşadığınız yorgunluğun düzeyi (şiddeti) nedir?

0

10

- *Gün içinde yorgunluğunuz gittikçe kötüleşir mi?
*Yaşamınızda isteksizlik, umutsuzluk duygularınız var mı?
*Yorgunluğunuz aile ve arkadaş ilişkilerinizi olumsuz etkiliyor mu?

Egzersiz Düzeyi	Algılanan Yorgunluk (BORG)	Maksimal Kalp Hızı %	İstiharat Kalp Hızı +
	Çok, çok hafif	6	
		7	
		8	
	Çok hafif	9	
		10	
Düşük	Hafif	11	50-65
		12	10-25
Orta	Biraz Zor	13	60-75
		14	20-35
Yüksek	Zor (ağır)	15	70-85
		16	30-55
	Çok zor	17	
		18	
	Çok, çok zor	19	
		20	

35.Bilişsel-Algılama şekli

- İşitme gücünüz: Var Yok İşitme cihazı kullanıyor mu? Var Yok
Görme bozukluğu: Var Yok Gözlük kullanıyor mu? Var Yok
Dokunma/hissetme bir değişiklik var mı? Var Yok
Koku alma bir değişiklik var mı? Var Yok
Tat alma bir değişiklik var mı? Var Yok
Konsantre olma/dikkatini toplama problemi: Var Yok
En kolay öğrenme şekli? A)Okuma B)Dinleme Öğrenmede zorluk Var Yok
Son günlerde herhangi bir değişiklik var mı? Var Yok

36.Kendini algılama, Kavrama Şekli:

- Algılanan herhangi bir korku ve tehlike: Var Yok
Ruhsal durumda değişiklik Var Yok
Enerjisini kendine yöneltme yeteneği-hareketsizlik:

36.Kendini algılama, Kavrama Şekli:

- Algılanan herhangi bir korku ve tehlike: Var Yok
Ruhsal durumda değişiklik Var Yok
Enerjisini kendine yöneltme yeteneği-hareketsizlik:
Durumun kontrolü dışında olduğunu hissetme: Var Yok
Beden bilinci? Bireysel kimliği:

37.Rol-ilişki şekli

- Rolünü yerine getirme yeteneği, mesleği: Var Yok
Evlilik durumu: Var Yok
Herhangi bir kişilerarası ilişki zorluğu var mı? Var Yok
Yaşamında önemli olan kişiler: A)Aile B)Arkadaş C)Akraba
Aileye ilişkin herhangi bir zorluğu var mı? Var Yok
Kendine zarar verme riski var mı? Var Yok
Diğerlerine yönelik zarar verme riski var mı? Var Yok

38.Cinsellik-üreme:

- Cinsel yaşamda değişiklik: Var Yok
Kontraseptif kullanımı: Var Yok
Menstrasyon öyküsü: Var Yok

39.Stres ile Başetme/Tolere etme durumu

- Hastanın algıladığı stresörler/yaşam zorlukları: A)Kemoterapi B)Ağrı C)Maddi
Yakın geçmişte yaşanan önemli yaşam değişiklikleri: A)Kemoterapi B)Ağrı C)Maddi
Stresörlerle başetme şekli: A)Aile B)Arkadaş C)Akraba
Stresörlerle başetmede kullanılan kaynaklar: A)Aile B)Arkadaş C)Akraba
Sahip olunan aile desteğinin algılanma düzeyi: Yok: Az: Biraz: Çok:

40.İnanç ve Değerler Şekli:

- Yaşam hakkındaki inanç ve değerleri: Var Yok
Dini inançları ve dinin kendisi için önemi: Var Yok
Yararlı dini uygulamaları: Var Yok

**41.SİSTEMLERİN
SORGULANMASI****SOLUNUM**

- Nefes darlığı Hemoptizi
 Öksürük Tbc öyküsü
 Balgam çıkarma Göğüste yanma hissi

KALP VE DOLAŞIM SİSTEMİ

- Çaba dispnesi Ödem
 Gece gelen dispne Siyanoz
 Ortopne Venöz bozukluk
 Göğüste ağrı Senkop

GASTROİNTESTİNAL

- Karın ağrısı Hazımsızlık
 Sarılık Melena
 Bulantı: Hematemez

Splenomegali (Felty's send.):

GENİTOÜRİNER

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Dizüri | <input type="checkbox"/> Poliüri |
| <input type="checkbox"/> Noktüri | <input type="checkbox"/> Oligüri |
| <input type="checkbox"/> Pollaküri | <input type="checkbox"/> Polidipsi: |
| <input type="checkbox"/> İnkontinans | <input type="checkbox"/> Vajinal akıntı |
| <input type="checkbox"/> Hematüri | <input type="checkbox"/> Menstrüel durum |
| | <input type="checkbox"/> Üretritis (Akıntı vb.) |

KAS-İSKELET

- | | |
|---|--|
| Eklem ağrısı: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok | Deformite: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok |
| Tutulan eklem sayısı: | Kas ağrısı-güçsüzlüğü: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok |
| | Osteoporoz: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok |

DERİ

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Kaşıntı | <input type="checkbox"/> Deri altı nodülleri |
| <input type="checkbox"/> Kuruluk | <input type="checkbox"/> Solukluk |
| <input type="checkbox"/> Döküntüler | <input type="checkbox"/> Ödem |
| <input type="checkbox"/> Tırnaklar | |

ENDOKRİN

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertroidi | <input type="checkbox"/> Hipotroidi |
|--------------------------------------|-------------------------------------|

NÖROLOJİK

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tremor | <input type="checkbox"/> Bayılma |
| <input type="checkbox"/> İnme | <input type="checkbox"/> Ekstremitelerde parestezi |
| | <input type="checkbox"/> Ekstremitelere yayılan ağrı |

PSİKOSOSYAL

- Davranışsal problemler Stres: Keder: Üzüntü: Aile içi tartışma:
- Başa çıkma: İyi Orta Zayıf
- İhtiyaç duyduğunuzda size bakım veren birileri var mı? Evet Hayır

LABORATUVAR İNCELEMELERİ

Tam kan sayımı:

Hb:
Htc:
Lökosit:
Eritrosit:
Trombosit:

Biyokimya İncelemeleri:

Na:
K:
Ca:
Cl:
T.Protein:

42. Şu anada başka bir nedenden ötürü hiç hap kullanıyormusunuz?

- (1) Evet → 1. Analjezik 2. Antidepresan 3. Hormon 4. Diğer
- (2) Hayır

43.Sosyal güvenceniz nedir?

a. Emekli sandığı b. SSK c. Bağ-kur d. Yeşil kart e. Özel sigorta f. Sosyal güvence yok

44. Hastalığınızın teşhisi ne zaman kondu (Dosyadan)?.....

45. Hastalığın evresi

1- Grade I

2- Grade II

3- Grade III

4- Grade IV

46. Hastalık tedavisi

1-Uygulanmıyor 2-Radyoterapi 3-Cerrahi 4-Kemoterapi 5-Hormon tedavisi 6- Diğer

47. Metastaz var mı?

a. Evet

b. Hayır

EK II
EGZERSİZ ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

Aday no:

Kayıt tarihi:

Talimat: 1-18 numaralı her soru için düzenli olarak haftada 3 veya daha fazla egzersiz programlarını yapabilmeye ne kadar güvendiğinizi derecelendirmelisiniz.

Lütfen her durum için egzersiz programlarını yapmada hissettiğiniz güveni en iyi şekilde anlatan dereceyi seçiniz.

0 **10** **20** **30** **40** **50** **60** **70** **80** **90** **100**
Hiç yapılamaz **Bazıları yapılabilir** **Kesin Yapılabilir**

- GÜVEN**
(0-100)
1. Yorgun olduğumda
 2. İşten dolayı baskı altında hissettiğim durumlarda
 3. Kötü havalarda
 4. Egzersize ara vermeme neden olan yaralanmanın iyileşmesinden sonra
 5. Kişisel problemlerim sırasında ya da sonra
 6. Keyifsiz hissettiği zaman
 7. Endişeli hissettiğim zaman
 8. Egzersize ara vermeme neden olan hastalığın iyileşmesinden sonra
 9. Egzersiz yaparken fiziksel rahatsızlık hissettiğim zaman
 10. Tatil sonrasında
 11. Evde yapılacak çok fazla işim olduğunda
 12. Ziyaretçilerim (misafirlerim) olduğunda
 13. Yapacak daha ilginç bir şeyler olduğu zaman
 14. Egzersiz hedefime ulaşamamışsam
 15. Aile ya da arkadaşlarımdan destek almıyorsam

16. Tatil süresince
17. Başka zaman kısıtlamalarım olduğunda
18. Aile problemleri yaşadktan sonra

EK III
YÜRÜYÜŞ BANDI EGZERSİZ FORMU

Listedeki her bir aktiviteyi başarıyla yapabileceğinize ne kadar güveniyorsanız, lütfen o şıkkı seçiniz. (Yürüyüş bandında yürüyebileceğime inanıyorum.)

1. Yüksek tempoda durmadan 5 dakika

0 % 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Hayır

Belki

Evet

--	--	--

2. Yüksek tempoda durmadan 10 dakika

0 % 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Hayır

Belki

Evet

--	--	--

3. Yüksek tempoda durmadan 15 dakika

0 % 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Hayır

Belki

Evet

--	--	--

4. Yüksek tempoda durmadan 20 dakika

0 % 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Hayır

Belki

Evet

--	--	--

5. Yüksek tempoda durmadan 25 dakika

0 % 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Hayır

Belki

Evet

--	--	--

6. Yüksek tempoda durmadan 30 dakika

0 % 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Hayır

Belki

Evet

EK IV
ÇALIŞMAYA KATILIM ONAM FORMU

--	--	--

ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINMAK İSTENEN HASTADAN ALINAN

KATILIM HASTA ONAM FORMU

‘Meme Kanseri Hastalarında Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Ve Güvenirliliğinin İncelenmesi’ amacı ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesinde araştırma programı hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Tüm sorularım uygun şekilde cevaplandırılmıştır. İsim ve tıbbi durumuma ilişkin tüm bilgilerin gizli kalacağını biliyorum. Bu formu okudum ve anladım. Bana verilen hizmeti etkilemeksizin ve araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih: / /

Hasta Adı-Soyadı / İmza:

Hemşire Adı-Soyadı / İmza:

EK V
EXERCISE SELF EFFICACY SCALE

ID Number □□□□□□□□□□	Administration Date: □□ / □□ / □□□□ (Day) (Month) (Year)
-----------------------------	--

Direction: For numbers 1-18 you should rate **HOW CONFIDENT** you are that you could perform exercise routine regularly (Three or more times a week) in each situation.

Please rate from 0 to 100 the number that best describes your feelings of **CONFIDENCE to PERFORM EXERCISE ROUTINES** in each situation according to the following scale:

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	------------

	CONFIDENCE (0-100)
1. When I am tired
2. When I am feeling under pressure from work
3. During bad weather
4. After recovering from an injury that caused me to stop exercising
5. During or after experiencing personal problems
6. When I am feeling depressed
7. When I am feeling anxious
8. After recovering from an illness that caused me to stop exercising
9. When I feel physical discomfort when I exercise
10. After a vacation
11. When I have too much work to do at home
12. When visitors are present
13. When there are other interesting things to do
14. If I don't reach my exercise goal
15. Without support from my family or friends

16. During a vacation
17. When I have other time commitments
18. After experiencing family problems

**EK VI
(EXERCISE SELF-EFFICACY SCALE) EGZERSİZ ÖZ YETERLİK ÖLÇEĞİNİN
YAZILI İZİNİ**

Albert Bandura Permission granted to use the Exercise Self-Efficacy
Scale.



☆ kimden ● nilüfer bozkurt <nlfrbzkr@gmail.com> 13 Kas (6 gün önce)
kime Albert Bandura <bandura@psych.stanford.edu>
tarih 13.Kas.2008 21:10
konu Re: permission
gönderen alan gmail.com

2008/11/13, Albert Bandura <bandura@psych.stanford.edu>:

Permission granted to use the Exercise Self-Efficacy Scale.

AB

Thank you very much.

Nilüfer Bozkurt wrote:

Dear Mr Bandura,

I am a master student of oncology nursing at the Ege University. I am from Turkey. My Thesis name is "Reliability and Validity of Exercise Self-efficacy Scale in the Breast Cancer Patients". I want to use your " Exercise Self Efficacy Scale". I wonder it is possible to use your scale. I look forward to hear from you as soon as possible. Thank you.

Your sincerely.

Nilüfer Bozkurt

EK VII**YÜRÜYÜŞ BANDI EGZERSİZ FORMUNUN İNGİLİZCE VERSİYONU****TREADMILL WALKING**

Please indicate how confident you are that you can successfully do each of the activities listed below. For example, if you *are very confident* that you can walk on the treadmill for 5 minutes at a fast pace, say yes. If you do not think you can do it, say no.

I BELIEVE THAT I CAN WALK ON THE TREADMILL:

1. For **5 minutes at a fast pace** without stopping

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
NO					MAYBE					Yes

2. For **10 minutes at a fast pace** without stopping

%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
NO					MAYBE					Yes

3. For **15 minutes at a fast pace** without stopping

%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
NO					MAYBE					Yes

4. For **20 minutes at a fast pace** without stopping

%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
NO					MAYBE					Yes

5. For **25 minutes at a fast pace** without stopping

%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
NO					MAYBE					Yes

6. For **30 minutes at a fast pace** without stopping

% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
NO MAYBE Yes

--	--	--


EK VIII
EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU ETİK KURUL KABUL
YAZISI

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI :2009-04
KONU :Etik Kurul Başvuru Onayı hk.

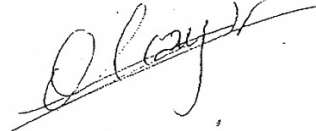
Bornova /İZMİR
06.01.2009

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Onkoloji Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Nilüfer BOZKURT'un danışman öğretim üyesi Doç.Dr.Fisun ŞENÜZUN'un sorumluluğunda 01.01.2009 – 01.03.2009 tarihleri arasında yapılması planlanan “**Meme Kanseri Hastalarında Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliğinin İncelenmesi**” konulu araştırma 06.01.2009 tarihinde **Bilimsel Etik Kurulu** tarafından incelenmiş ve “**Araştırmanın Yürütülmesi Uygun**” bulunmuştur. 

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Prof.Dr.Olcay ÇAM
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı



EK IX
EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ İZİN YAZISI

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI: B.30.2EGE. 0.AJ.73.01/H-137
KONU:

09.02/2009

EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İLGİ: 165 sayılı ve 20.01.2009 tarihli yazınız.

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Onkoloji Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencilerinden Nilüfer BOZKURT'UN "Meme Kanseri Hastalarında Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliğinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını 01 Şubat 2009-01 Nisan 2009 tarihleri arasında İç Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Erişkin Onkoloji Bilim Dalında yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Necil KÜTÜKCÜLER
Başhekim

ÖZGEÇMİŞ

Nilüfer BOZKURT 25.08.1979 yılında İzmir’ de doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini İzmir’ de tamamladı.

1998 yılında Çanakkale Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ nda lisans eğitimine başladı ve 2002 yılında mezun oldu. Aynı yıl Özel Altınordu Hastanesi’ nde ameliyathane hemşiresi olarak göreve başladı. 2004 yılında Özel Altınordu Hastanesi’ nden ayrıldı. 2005 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’ nün açmış olduğu İç Hastalıkları Hemşireliği A.B.D. Onkoloji Hemşireliği’ nde yüksek lisans eğitimine başladı ve halen öğrenimi devam etmektedir.

Yabancı dili İngilizce’ dir. Evlidir.