



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Esasları

Yüksek Lisans Tezi

**MEME KANSERİ TANISI ALAN BİREYLERİN MANEVİ İYİ OLUŞLARI VE
DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

Gizem Nur KATI
ORCID: 0000-0002-8994-0044

Danışman
Doç. Dr. Hilal TÜRK BEN POLAT
ORCID: 0000-0002-4848-0993

Konya – 2023



TEŞEKKÜR

Gerek tez sürecimde gerek henüz başında olduğum akademik hayatımda beni bilgi, deneyim ve sevgisiyle destekleyen, her zaman sabırla ve güler yüzüyle yanımda olan çok kıymetli danışmanım Sayın Doç. Dr. Hilal TÜRK BEN POLAT' a,

Değerli zamanlarını, deneyimlerini ve görüşlerini paylaşan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Serpil SU ve Dr. Öğr. Üyesi Gül den BASİT'e,

Yüksek lisans eğitimimin belli bir sürecine kadar danışmanlığımı yapan, öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyacağım Sayın Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ'a,

Hoşgörüsünü, ilgisini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam Sayın Prof. Dr. Hamdi ARBAĞ'a,

Bizlere her zaman yardımcı olan Necmettin Erbakan Üniversitesi Seydişehir Kâmil Akkanat Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı Sayın Prof. Dr. Şükrü Nail GÜNER'e, Dekan yardımcısı Dr. Öğr. Üyesi İbrahim ÇETİN'e ve hemşirelik bölümündeki değerli öğretim üyelerine,

Tezimin istatistiksel analiz kısmında destek olan Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BAYAR'a,

Büyük özveri ve çabalarla bugünlere gelmemde en çok katkıda bulunan, bir gün bile desteklerini esirgemeyen, her zaman benimle gurur duyan canım annem, babam ve ablama,

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm katılımcılara, en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Gizem Nur KATI

Haziran 2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TEZ ONAY SAYFASI.....	vii
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	viii
BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ	ix
SİMGELER	x
KISALTMALAR.....	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xiii
ÖZET	xiv
ABSTRACT	xv
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırma Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Meme Kanseri	3
2.2 Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	3
2.3 Meme Kanseri Etiyolojisi.....	3
2.4. Meme Kanseri Risk Faktörleri	3
2.4.1. Değiştirilemeyen risk faktörleri	4
2.4.2. Yaşam tarzı ile ilişkili değiştirilebilir risk faktörleri	6
2.4.3. Belirsiz risk faktörleri.....	8
2.4.4. Kanıtlanmamış /tartışmalı meme kanseri risk faktörleri	9
2.5. Meme Kanserinin Evreleri	9
2.6. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları	10
2.7 Meme Kanseri Tedavi Yöntemleri	10
2.7.1. Cerrahi tedavi	11
2.7.2. Kemoterapi	12
2.7.3. Radyoterapi	12
2.7.4. Hormonoterapi	13
2.7.5. İmmünoterapi	13
2.7.6 Hedefe yönelik tedavi.....	13
2.8. Meme Kanserli Bireylerin Tedaviye Bağlı Yaşadığı Semptomlar.....	13
2.9. Meme Kanserli Bireylerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri	14
2.9.1. Sağlık hizmeti ve bilgilendirme ile ilişkili gereksinimler	15

2.9.2. Günlük yaşam ile ilişkili gereksinimler	15
2.9.3. Cinsellik ile ilişkili gereksinimler	16
2.9.4. Psikolojik ile ilişkili gereksinimler	16
2.10. Manevi İyi Oluş ve Meme Kanserli Bireylerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri	16
2.10.1. Maneviyat.....	16
2.10.2. Manevi iyi oluş.....	17
2.10.3. Meme kanserli bireylerde manevi bakım ve hemşirelik	18
3.GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Türü	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4. Örnek Seçimi.....	19
3.4.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri:	19
3.4.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri:.....	20
3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları	20
3.5.1. Tanıtıcı bilgi formu (EK 1)	20
3.5.2. Manevi iyi oluş ölçeği (FACIT-Sp-12) (EK 2).....	20
3.5.3. Destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği kısa türkçe formu (DeBGÖ-KF 29 ^{Tr}) (EK 3)	21
3.6. Verilerin Toplanması.....	21
3.7. Ön Uygulama	22
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	22
3.8.1. Bağımlı değişkenler.....	22
3.8.2. Bağımsız değişkenler	22
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	22
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
3.11. Verilerin Analizi.....	23
4.BULGULAR	25
4.1 Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Ait Bulgular	25
4.2. Hastaların Manevi İyi Oluş Ölçeği (FACIT-Sp-12) Puan Ortalamasına Ait Bulgular	27
4.3. Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (DBGÖ) Puan Ortalamasına Ait Bulgular	29
4.4. FACIT-Sp-12 ile DBGÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	33
5.TARTIŞMA	37
5.1 Hastaların Manevi İyi Oluş Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarına Ait Bulguların Tartışılması.....	37
5.2 Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarına Ait Bulguların Tartışılması	40
5.3 Hastaların Manevi İyi Oluşları ile Destekleyici Bakım Gereksinimleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47

6.1. Sonuçlar.....	47
6.2. Öneriler.....	48
7. KAYNAKLAR.....	49
8. EKLER.....	63
EK 1 Tanıtıcı Bilgi Formu	63
EK 2 Manevi İyi Oluş Ölçeği (FACIT-Sp-12).....	66
EK 3 Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Türkçe Formu (DeBGÖ-KF 29Tr)....	67
EK 4 Etik Kurul Onayı.....	70
EK 5 Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Başhekimliği Çalışma İzni	71
EK 6 Manevi İyi Oluş Ölçeği (FACIT-Sp-12) Kullanım İzni	72
EK 7 Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Türkçe Formu (DeBGÖ-KF 29 ^{Tr}) Kullanım İzni.....	73



TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Gizem Nur KATI**'nın "**Meme Kanseri Tanısı Alan Bireylerin Manevi İyi Oluşları ve Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi**" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya/ 02.06.2023

Tez Danışmanı	Doç. Dr. Hilal TÜRK BEN POLAT Necmettin Erbakan Üniversitesi	İmzası
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Gül den BAS İT Necmettin Erbakan Üniversitesi	İmzası
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Fatoş KORK MAZ Hacettepe Üniversitesi	İmzası

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 13/06/2023 tarih ve 14/01 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasibe VURAL

Enstitü Müdürü

TEZ ÇALIŞMASI ORİJİNALLİK RAPORU

Meme Kanseri Tanısı Alan Bireylerin Manevi İyi Oluşları ve Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi başlıklı tez çalışmamın toplam **89** sayfalık kısmına ilişkin, **11.06.2023** tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%14** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Önsöz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dahil
10. 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%30) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

12.06.2023

Gizem Nur KATI

Doç. Dr. Hilal TÜRK BEN POLAT

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynaklar listesine eklendiğini beyan ederim.

02/06/2023

Gizem Nur KATI

SİMGELER

\bar{X} : Ortalama

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: Anlamlılık Düzeyi

r: Korelasyon katsayısı

Mak: Maksimum

Min: Minimum

Med: Medyan/Ortanca

SS: Standart Sapma

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

KISALTMALAR

ACS: American Cancer Society

ADH: Atipik Duktal Hiperplazi

Aİ: Aromatoz İnhibitörleri

AJCC: American Joint Committee On Cancer Stajin (Amerikan Kanser Komitesi)

ALH: Atipik Lobüler Hiperplazi

ALND: Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu

BIA-ALCL: Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma (Meme İmplantıyla İlişkili Anaplastik Büyük Hücreli Lenfoma)

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BRCA1: Breast Cancer Gene 1

BRCA2: Breast Cancer Gene 2

DeBGÖ-KF 29: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Form 29

DKIS: Duktal Karsinoma İn Situ

EBRT: External Beam Radiotherapy (Eksternal Işın Radyoterapisi)

FACIT-Sp-12: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy- Spiritual Well-Being 12 (Manevi İyi Oluş Ölçeği)

GLOBOCAN: Global Cancer Observatory (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı Küresel Kanser Gözlemleri)

HER2: Human Epidermal Growth Factor Receptor 2

IARC: The International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı)

MKC: Meme Koruyucu Cerrahi

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

PCB: Polychlorinated Biphenyls (Poliklorlu Bifenil)

SHK: Skuamöz Hücreli Karsinom

SLNB: Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi

TNM: Tümör (T), Lenf nodu (N), M (Metastaz)



TABLolar LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1.1 Meme Kanseri Klinik Anatomik Evreleme	10
Tablo 4.1 Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n:148).....	25
Tablo 4.2 Hastaların Bazı Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (n:148)	26
Tablo 4.3 FACIT-Sp-12 Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n:148).....	27
Tablo 4.4 Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre FACIT-Sp-12 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n:148).....	27
Tablo 4.5 Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre FACIT-Sp-12 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n:148)	28
Tablo 4.6 DBGÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n:148).....	29
Tablo 4.7 Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre DBGÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n:148)	30
Tablo 4.8 Hastaların Bazı Hastalık Özelliklerine Göre DBGÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n:148).....	32
Tablo 4.9 Hastaların FACIT-Sp-12 Toplam ve Alt Boyutları ve DBGÖ Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n:148)	33
Tablo 4.10 Hastaların Bazı Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri ile FACIT-Sp-12 Toplam ve Alt Boyutları ve DBGÖ Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n:148).....	33

ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Esasları
Yüksek Lisans

MEME KANSERİ TANISI ALAN BİREYLERİN MANEVİ İYİ OLUŞLARI VE DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Gizem Nur KATI

Konya-2023

Meme kanseri tanısı alan bireyler hastalık sürecinde yaşadıkları sorunlar karşısında kendisini yalnız, amaç ve anlamdan yoksun hissedebilirler ve manevi ihtiyaçları ön plana çıkabilir. Meme kanseri tedavisi sürecinde hastaların destekleyici bakım gereksinimleri artabilir. Bu araştırma meme kanseri tanısı alan bireylerin manevi iyi oluşlarını ve destekleyici bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde olup, örneklemini Konya İli Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde Ekim 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında yatarak ya da ayakta kanser tedavisi alan 148 meme kanseri hastası oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan Tanıtıcı Bilgi Formu, Manevi İyi Oluş Ölçeği (FACIT-Sp-12) ve Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (DeBGÖ-KF 29^{Tr}) kullanılmıştır. Veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca en yüksek değerler ve en düşük değerler ile özetlenmiştir. İki grup arasındaki farkın test edilmesi için normal dağılım sağlayan verilerde bağımsız gruplarda T testi, normal dağılım sağlamayan verilerde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki grup arasında farkın test edilmesi için normal dağılım sağlayan verilerde ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), normal dağılım göstermeyen verilerde Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Anlamlı farklığın belirlenmesi amacıyla yapılan ileri analizlerde normal dağılım gösteren verilerde Tukey testi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının karşılaştırıldığı korelasyon analizlerinde normal dağılım gösteren verilerde Pearson Korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyen verilerde Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmada meme kanseri tanısı alan bireylerin manevi iyi oluş ölçeği toplam puan ortalaması $37,50\pm 7,08$, destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği toplam puan ortalaması $62,75\pm 15,67$ olarak bulunmuştur. Çalışma durumu ve hastalık sürecinde destekleyici bakıma ihtiyaç duyma durumu ile manevi iyi oluş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Meme kanserli hastaların manevi iyi oluş düzeyi ile destekleyici bakım gereksinimleri arasında ($r=-0,415$) negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak; meme kanserli bireylerin manevi iyi oluşlarının iyi düzeyde, destekleyici bakım gereksinimlerinin düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Bireylerin manevi iyi oluş düzeyi arttıkça destekleyici bakım gereksinimleri azalmaktadır. Meme kanseri tanısı alan bireylerin manevi ihtiyaçlarının tespit edilerek manevi bakımlarının sağlanması ve manevi iyi oluşlarının artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Destekleyici bakım gereksinimleri, Kanseri, Manevi iyi oluş, Meme kanseri.

ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Graduate School of Health Sciences
Nursing Department
Fundamentals of Nursing
Master Thesis

DETERMINING THE SPIRITUAL WELL-BEING AND SUPPORTIVE CARE NEEDS OF INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH BREAST CANCER

Gizem Nur KATI

KONYA-2023

Individuals diagnosed with breast cancer may feel lonely, deprived of purpose and meaning in the face of the problems they experience during the disease process, and their spiritual needs may come to the fore. Supportive care needs of patients may increase during the breast cancer treatment process. This research was conducted to determine the spiritual well-being and supportive care needs of individuals diagnosed with breast cancer.

The research is descriptive and correlational, and its sample consisted of 148 breast cancer patients who received inpatient or outpatient cancer treatment between October 2022 and January 2023 at the Medical Oncology Clinic of Necmettin Erbakan University Faculty of Medicine in Konya. Introductory Information Form generated by the researcher, Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) and Supportive Care Needs Scale (DeBGÖ-SF 29^{Tr}) were used to collect data. To test the difference between the two groups, the T test was used in independent groups for normally distributed data, and the Mann Whitney U test was used for data that did not provide a normal distribution. In order to test the distinction between more than two groups, One Way Analysis of Variance (ANOVA) was used for data with a normal distribution, and the Kruskal Wallis test was used for data that did not show a normal distribution. Tukey test was used for data showing a normal distribution in further analyses to determine the significant difference. In the correlation analysis in which the scale scores were compared, Pearson Correlation analysis was used for normally distributed data, and Spearman Correlation analysis was used for data that did not show normal distribution. The significance level was determined as $p < 0.05$.

In this research, the mean score of the individuals diagnosed with breast cancer was found to be 37.50 ± 7.08 on the moral well-being scale, and $62,75 \pm 15,67$ on the supportive care needs scale. A statistically significant difference was found between working status and the need for supportive care during the disease process and spiritual well-being ($p < 0,05$). It was determined that there is a negative and weak significant relationship between the level of the spiritual well-being of patients with breast cancer and their supportive care needs ($r = -0,415$).

In conclusion, it was found that individuals with breast cancer have good spiritual well-being and low supportive care needs. As the level of spiritual well-being of individuals increases, their supportive care needs decrease. It is recommended to determine the spiritual needs of individuals diagnosed with breast cancer, to provide their spiritual care and to increase their spiritual well-being.

Keywords: Breast cancer, Cancer, Spiritual well-being, Supportive care needs.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Meme kanseri hem dünyada hem de ülkemizde kadınlar arasında görülen kanser türleri arasında birinci sırada yer alır (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017). Kanser, memede yer alan hücrelerin ve dokuların büyümesinde rol oynayan genlerin mutasyona uğraması sebebiyle bu yapıların kontrolsüz bir şekilde çoğalmasına ve farklılaşmasına neden olmaktadır (Winters ve ark., 2017). International Agency on Cancer for Research (IARC) 2020 yılı verilerine göre; Dünyadaki meme kanseri insidansı yüz binde 47.8 iken Türkiye’de bu oran yüz binde 46,6 olarak belirtilmiştir (GLOBOCAN, 2020).

Meme kanseri, bireyleri hastalık sürecinde fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal olarak olumsuz etkileyerek (Akuoko ve ark., 2022a), kişinin kendisini yalnız, amaç ve anlamdan yoksun hissetmesine yol açmaktadır (Leão ve ark., 2022). Bireyler tedavi sürecinde beden imajında bozulma, aile içinde rol değişiklikleri ve gelecekle ilgili belirsizlik gibi birçok sorunla karşılaşmaktadır (Günüşen ve ark., 2013; Devi ve Fong, 2019). Hastaların bu zorlu sürece uyum sağlamasında maneviyatın önemli bir güç kaynağı olduğu (Jimenez-Fonseca ve ark., 2018; Senmar ve ark., 2020) ve yaşadıkları sorunlarla baş edebilmek için manevi desteğe ihtiyaç duydukları bildirilmektedir (Devi ve Fong, 2019; Bu ve ark., 2022). Maneviyatın hastaların acısını hafifletmede ve varoluşlarının anlamını bulmada rolü olduğu düşünülmektedir (Muzdalifah ve ark., 2022). Meme kanseri tanısı alan bireylerin iyileşme sürecinin desteklenmesinde ve yaşamında yeni anlam ve amaç kazandırılmasında manevi desteğin önemli olduğu ifade edilmiştir (Leão ve ark., 2022; Gálvez-Hernández ve ark., 2017). Meme kanseri tanısı alan bireylerin %92,1’inin en az bir manevi destek ihtiyacı olduğu saptanmıştır (Akuoko ve ark., 2022a). Bu ihtiyaçların karşılanmaması bireylerin manevi iyi oluş düzeyinin düşük olmasına neden olmaktadır (Pearce ve ark., 2012; Phenwan ve ark., 2019).

Manevi iyi oluşun, meme kanseri tanısı alan bireylerin ve ailelerin hastalık süreciyle mücadele etmesinde önemli bir güç olabileceği (Musarezaie ve ark., 2013) ve yüksek düzeyde manevi iyi oluşa sahip olan hastaların daha düşük düzeyde destekleyici bakım gereksinimi duyabileceği bildirilmiştir (Abu-Odah ve ark., 2022). Destekleyici bakım, bireylerin tanı almasından itibaren yaşam sonu döneme kadar kişinin ve ailesinin hastalık süreciyle başa etmesinde fiziksel, duygusal, psikolojik, sosyal ve bilgi gereksinimlerinin karşılanması olarak ifade edilen temel bir bakım hizmetidir (Chou ve ark., 2020). Destekleyici bakım gereksinimleri içinde yer alan manevi bakım, stresli durumlar karşısında bireylerin baş etme mekanizmalarını

güçlendiren ve yaşamda anlam bulmasını sağlayan uygulamalardır (Saraçoğlu, 2019). Hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılanmaması bireylerde ruhsal sorunlar görülmesine neden olabileceği gibi fiziksel sağlıklarını ve iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (Paterson ve ark., 2022).

Literatürde meme kanserli hastalarda manevi iyi oluşun değerlendirildiği çalışmalar mevcut olmasına rağmen (Jafari ve ark., 2013; Musarezaie ve ark., 2013; Al-Natour ve ark., 2017; Komariah ve ark., 2021; Koral ve Cirak, 2021; Echeverri-Herrera ve ark., 2022; Muzdalifah ve ark., 2022), manevi iyi oluş ve destekleyici bakım gereksinimlerinin birlikte incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Meme kanseri tanısı alan bireylerin tedavi sürecinde manevi ihtiyaçlarının karşılanması ile manevi iyi oluşlarının artacağı ve daha az destekleyici bakım gereksinimi duyacakları düşünülmektedir. Bu nedenle, bu çalışma meme kanseri tanısı alan bireylerin manevi iyi oluş düzeylerini ve destekleyici bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, meme kanseri tanısı alan bireylerin manevi iyi oluş düzeyleri ve destekleyici bakım gereksinimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

- 1) Meme kanserli bireylerin manevi iyi oluşları hangi düzeydedir?
- 2) Meme kanserli bireylerin destekleyici bakım gereksinimleri hangi düzeydedir?
- 3) Meme kanserli bireylerin sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile manevi iyi oluş ve destekleyici bakım gereksinimleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?
- 4) Meme kanserli bireylerin manevi iyi oluşları ile destekleyici bakım gereksinimleri arasında ilişkili var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri

Meme kanseri, Dünya’da ve ülkemizde kadınlarda görülen kanser türleri arasında ilk sırada yer almaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017). Çoğunlukla kadınlarda görülmesine rağmen erkekler de yaklaşık %1 oranında meme kanseri görülmektedir (Gucalp ve ark., 2019; Khan ve Tirona, 2021). Meme kanseri, memede bulunan meme başı dokuları, kanalları ve süt bezindeki hücrelerin büyümesini düzenleyen genlerin mutasyona uğramasıyla bu yapıların kontrolsüz bir şekilde çoğalması ve farklılaşması ile meydana gelmektedir (Winters et al., 2017). Kanserleşme, memenin farklı bölgelerinde oluşabilirken en yaygın olarak memenin lobüller kısmında görülür (Winters ve ark., 2017; American Cancer Society, 2023).

2.2 Meme Kanseri Epidemiyolojisi

IARC tarafından yayınlanan 2020 yılı verilerine göre, dünyadaki meme kanseri insidansının yüz binde 47,8 olduğu, 2,26 milyondan fazla yeni meme kanseri teşhisi konulduğu ve yaklaşık 685.000 ölüm meydana geldiği bildirilmiştir (GLOBOCAN, 2020)

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri Yıllığı 2017 verilerine göre, Türkiye’de her iki cinsiyet ve her yaş grubunda meme kanseri insidansı yüz binde 47,7’dir ve her 4 kadından 1’i meme kanseridir (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017). Ülkemizde 2020 yılı verilerine göre beş yıllık meme kanseri prevalans oranı 83,979’dur ve mortalite oranı yüz binde 12,9’dur (GLOBOCAN, 2020).

2.3 Meme Kanseri Etiyolojisi

Meme kanserinin gelişiminde genetik, hormonal faktörler, benign meme hastalıkları ve önceden meme kanseri tanısı alma durumu gibi birçok risk faktörü olduğu belirtilse de etiyojisi tam olarak açıklanamamaktadır (Admoun ve Mayrovitz, 2022).

2.4. Meme Kanseri Risk Faktörleri

American Cancer Society (ACS) meme kanseri risk faktörlerini değiştirilemeyen, kişinin yaşam tarzı ile ilişkili değiştirilebilir, belirsiz ve kanıtlanmamış/tartışmalı risk faktörleri olarak 4’e ayırmıştır (American Cancer Society, 2023).

2.4.1. Değiştirilemeyen risk faktörleri

Cinsiyet

Meme kanseri hem kadınlarda hem de erkeklerde görülebilen bir kanser türü olup, kadın cinsiyetine sahip olmak meme kanseri riskini oldukça fazla arttırmaktadır (Akram ve ark., 2017). Tüm meme kanseri vakalarının yaklaşık %1'i erkeklerde görülmektedir (Zehr, 2019; Fox et al., 2022).

Yaş

Yaşlanma, meme kanseri için en önemli risk faktörlerinden birisidir (Sun ve ark., 2017). Vakaların yaklaşık %80'i 50 yaş ve üzerinde görüldüğü ve artan meme kanseri insidansının karsinogenezis ve zaman içinde gerçekleşen hücrel modifikasyonlar ile ilişkilidir (Admoun ve Mayrovitz, 2022). Türkiye'de meme kanseri tanısı konulan kadınların yüz binde 60'ının 25-49 yaş aralığında, yüz binde 135,6'sının 50-69 yaş aralığında olduğu bildirilmiştir (GLOBOCAN, 2020).

Genetik mutasyonlar

Meme kanserinin yaklaşık %5 ile %10'unun kalıtsal olduğu düşünülmektedir (Akram et al., 2017). Kalıtsal meme kanserine tümör baskılayıcı görev yapan BRCA1 ve BRCA2 genlerindeki mutasyonların neden olduğu düşünülmektedir (Sun ve ark., 2017). Büyük bir örnekleme yapılmış olan prospektif çalışmaya göre, meme kanseri riski BRCA1 mutasyonu taşıyıcılarında %72, BRCA2 mutasyonu taşıyıcılarında %69 olduğu bildirilmiştir (Kuchenbaecker ve ark., 2017).

Aile öyküsü

Aile öyküsü, meme kanseri vakaların yaklaşık %5-%10'u ile ilişkili olup, önemli bir risk faktörüdür (Liu ve ark., 2021). Birinci derece akrabalarında (anne, kız kardeş ve kızları) bir meme kanseri vakası olan kadınların kanser olma riski iki katına çıkarken (Admoun ve Mayrovitz, 2022; American Cancer Society, 2023), akrabaları arasında birden fazla meme kanseri öyküsü olan kadınları meme kanserine yakalanma riski 2.5 kat artmaktadır (Brewer ve ark., 2017).

Meme kanseri öyküsü

Kişisel meme kanseri öyküsü, düşükte olsa meme kanseri gelişme riski ile ilişkilidir (Admoun ve Mayrovitz, 2022). Bir memede kanser varlığının diğer memedeki riski 4 kat arttırdığı bildirilmektedir (Akram ve ark., 2017).

Irk ve etnik köken

Meme kanseri insidansı dünya çapında farklılık göstermektedir (Admoun ve Mayrovitz, 2022). Meme kanseri insidans oranları genellikle Kuzey Amerika, Avustralya/Yeni Zelanda, Kuzey ve Batı Avrupa'da daha yüksek iken çoğu Afrika ve Asya ülkesinde daha düşüktür (Baade, 2017). Ancak 45 yaşın altındaki siyahi kadınların meme kanseri insidansı beyaz kadınlara göre daha yüksekken, 60 ile 84 yaş arasında meme bu oran beyaz kadınlarda siyahi kadınlara göre daha yüksektir (Yedjou ve ark., 2019).

Boy

Boy uzunluğu ile meme kanseri arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Al-Ajmi ve ark., 2018; Choi ve ark., 2019). Yapılan bir meta-analizde, boy uzunluğundaki her 10 cm'lik artışın kanser riskini yaklaşık %17 oranında arttırdığı tahmin edilmiştir (Zhang ve ark., 2015).

Meme dokusunun yoğunluğu

Meme dokusunun radyolojik görüntülemesinde fibro-glandüler doku miktarının fazla olması yoğun meme dokusu olarak adlandırılır (American Cancer Society, 2023). Yoğun meme dokusu olan kadınlarda meme kanserinin görülme riski, ortalama meme dokusu yoğunluğu olan kadınlara göre 2 kat daha yüksektir (Bodewes ve ark., 2022).

Benign (iyi huylu) meme hastalıkları

Bening meme hastalığı olan kadınlarda ortalama 15 yıl boyunca meme kanseri riskinin devam ettiği bildirilmiştir (Posso ve ark., 2022). Daha önce Atipik Duktal Hiperplazi (ADH) ve Atipik Lobüler Hiperplazi (ALH) tanısı alanların her iki memesinde de kanser görülme sıklığının 3-4 kat arttığı bildirilirken, özellikle premenopozal dönemde bu lezyonların saptanması riski yaklaşık 7 kat arttırmaktadır (Göktaş, 2021).

Erken menarş ve geç menopoz

Erken menarş (12 yaşından önce) ve geç menopoz (55 yaşından sonra) meme kanseri riskini arttırmaktadır (Youn ve Han, 2020). Menarştaki her 1 yıllık gecikmenin meme kanseri riskini %5 oranında azalttığı, menopozdan sonra her 1 yıllık gecikme meme kanseri riskini %3 oranında arttırdığı bildirilmiştir (Sun ve ark., 2017). Erken menarş ve geç menopozun meme kanseri ile ilişkisi kadının yaşam boyu östrojene daha fazla maruz kalması ile ilişkilendirilmiştir (Admoun ve Mayrovitz, 2022).

Radyasyon maruziyeti

Özellikle meme yapısının gelişmekte olduğu 10-14 yaş aralığında Hodgkin veya Non-Hodgkin lenfoma tedavisi için toraks bölgesine uygulanan radyasyon meme kanseri riskini arttırmaktadır (American Cancer Society, 2023). Kırk yaşından önce radyasyon tedavisi alanların meme kanserine yakalanma riski daha fazladır (Göktaş, 2021).

2.4.2. Yaşam tarzı ile ilişkili değiştirilebilir risk faktörleri

Alkol kullanımı

Alkol kullanımı meme dokusunun östrojenlere duyarlılığını artırarak serum östrojen düzeyini yükselterek meme kanseri riskini artırır (Liu ve ark., 2015; White ve ark., 2017). Haftada en az üç veya dört gün alkol tüketenlerde meme kanseri riski 3,9 kat daha fazla olduğu ve 50 yaşın altında 10 yıldan fazla süredir alkol kullanan kadınların meme kanseri görülme riskinin 3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Vieira ve ark., 2018).

Obezite

Obezite, meme kanseri riski ile ilişkili faktörlerden biridir (Admoun ve Mayrovitz, 2022) ve meme kanseri riskini %18 oranında artırdığı bildirilmiştir (Poorolajal ve ark., 2021). Obezite, özellikle postmenopozal dönemde artan yağ dokusu östrojen seviyesinde artışa yol açarak meme kanseri için önemli bir risk faktörüken (Bhardwaj ve ark., 2019; Mohanty ve Mohanty, 2019), premenopozal dönemde meme kanserine karşı koruyucu bir etkisi olduğu düşünülmektedir (García-Estévez ve ark., 2021; Poorolajal ve ark., 2021). Bu durumun sebebi, premenopozal dönemde östrojen overlerde üretilirken, postmenopozal dönemde overlerin fonksiyonunun azalmasıyla birlikte östrojenin yağ dokusu tarafından üretilmesidir (Bhardwaj ve ark., 2019).

Fiziksel aktivite

Düzenli fiziksel aktivitenin östrojen seviyesini azaltarak meme kanserine karşı koruyucu bir etkisi olduğu (Chen ve ark., 2019; Shamsirian ve ark., 2020) ve meme kanseri riskini %9 oranında azalttığı bildirilmiştir (Poorolajal ve ark., 2021). Fiziksel aktivite, postmenopozal dönemde meme kanseri riskini azaltan önemli bir faktörken, premenopozal dönemde risk üzerine yeterince etkisi bulunmamaktadır (Neilson ve ark., 2017; Neil-Sztramko ve ark., 2017).

Çocuk sahibi olmak

Doğum yapmamış ve ilk doğumunu 30 yaşından sonra yapan kadınlarda meme kanserine yakalanma riski %37 oranında artmaktadır (Poorolajal ve ark., 2021). Doğum yapmamış kadınların doğum yapmışlara kıyasla meme kanseri görülme riski %30 daha fazladır (Nindrea ve ark., 2017).

Emzirme

Yapılan çalışmalarda emzirmenin, meme kanserine karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir (Unar-Munguía ve ark., 2017; Tan ve ark., 2018). Emziren kadınların meme kanserine yakalanma riskinin emzirmeyenlere göre %13 daha az olduğu bulunmuştur (Poorolajal ve ark., 2021). Ayrıca 13-24 aylık emzirmenin meme kanseri oluşumuyla ters bir ilişkisi olduğu bildirilmiştir (Shamshirian ve ark., 2020).

Oral kontraseptif kullanımı

Oral kontraseptif kullanan kadınların, hiç kullanmayanlara kıyasla meme kanserine yakalanma riski daha yüksektir (Nindrea ve ark., 2017; Barańska, 2022). Beş yıldan daha uzun süreli oral kontraseptif kullanan kadınlarda meme kanserine yakalanma riski daha fazladır (Park ve ark., 2022). Ayrıca her 1 yıllık kullanım meme kanseri riskini %0,7 oranında arttırmaktadır (Ji ve ark., 2019).

Hormon replasman tedavisi

Hormon replasman tedavisine postmenopozal dönemde başlayan kadınların premenopozal dönemde başlayan kadınlara göre meme kanserine yakalanma riski daha yüksektir (Hodis ve ark., 2018). Riskin en az 2 yıllık kullanımdan sonra arttığı, tedavi kesildikten 5 yıl sonra normale döndüğü belirtilmektedir (Vinogradova ve ark., 2020).

Meme implantları

Meme implantları, tam net olmamakla birlikte Anaplastik Büyük Hücreli Lenfoma (BIA-ALCL) ve Skuamöz Hücreli Karsinom gibi bazı kanser türlerinin oluşumuna neden olabileceği için meme kanseri riskini arttırabilmektedir (American Cancer Society, 2023). Yapılan bazı çalışmalar kadınlarda kozmetik meme implantasyonunun meme kanseri riski ile ilişkisi olmadığını gösterirken (Frame, 2015; Noels ve ark., 2015), bazı çalışmalarda meme implantlarının meme kanseri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Sondén ve ark., 2020; Fracol ve ark., 2021).

2.4.3. Belirsiz risk faktörleri

Beslenme, diyet ve vitaminler

Genel olarak kırmızı et, işlenmiş gıdalar, soya ürünleri ve yağlı gıdaların tüketimi yüksek östrojen düzeyi ile ilişkili olduğu için meme kanseri riskinin arttırırken; meyve, sebze ve lif ağırlıklı gıda tüketimi kanser riskini %23 oranında azaltmaktadır (Jung ve ark., 2013; De Cicco ve ark., 2019; Poorolajal ve ark., 2021).

D3 vitamini, folat, B6 vitamini ve beta karoten vitaminlerinin meme kanserine karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir (Mokbel ve Mokbel, 2019). D vitamini, kanser hücrelerinin proliferasyonunu ve invazyonunu azaltarak antikansorejen etki göstermektedir (Voutsadakis, 2021).

Çevresel kimyasallar

Bazı plastiklerde, kozmetik ve kişisel bakım ürünlerinde, böcek ilaçlarında ve poliklorlu bifenillerde (PCB) bulunan kimyasal maddeler östrojen dengesini bozarak meme kanseri riskini arttırabilir (American Cancer Society, 2023). Özellikle kozmetik ürünlerde kullanılan parabenlerin, meme kanseri ile ilişkisi net değildir (Koual ve ark., 2020; Liu ve ark., 2021). Ancak parabenlerin meme karsinogenezi ile ilgili bazı endokrin ve intrakrin hedeflere olumsuz etkisi olduğu da bildirilmiştir (Mehdi Amin ve ark., 2019; Hager ve ark., 2022). Ayrıca kadınlar arasında kullanımı oldukça yaygın olan saç boyaları meme karsinogenezinin oluşumunda rol oynamaktadır (Xu ve ark., 2021). Yapılan başka bir çalışmada saç boyası kullanımının meme kanseri gelişme riskini %18,8 arttırdığı bulunmuştur (Gera ve ark., 2018).

Sigara tüketimi

Sigara tüketimi metabolizma ve bağışıklık sistemini olumsuz etkileyerek meme kanseri riskini arttırmaktadır (Macacu ve ark., 2015; Islam ve ark., 2022). Aktif sigara içmenin meme kanserine yakalanma riskini %7 oranında arttırdığı bildirilmiştir (Poorolajal ve ark., 2021).

Gece vardiyası sistemi ile çalışmak

Yapılan çalışmalarda gece vardiyası sistemi ile çalışan kadınların meme kanserine yakalanma riskinin daha yüksek olabileceği bildirilmiştir (Rivera ve ark., 2020; Wei ve ark., 2021). Beş yıl ve üzeri gece vardiyasında çalışan hemşirelerin meme kanserine yakalanma riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur (Erdem ve ark., 2017). Riskin artmasının nedenleri; gece yapay ışığa maruz kalma, uyku düzeninin bozulması, melatonin seviyesinin azalması ve sirkadiyen ritmin bozulması olarak düşünülmektedir (Sarah ve ark., 2020).

2.4.4. Kanıtlanmamış /tartışmalı meme kanseri risk faktörleri

Deodorant kullanımı

Yapılan çalışmalarda deodorant kullanımı ile meme kanseri riski arasındaki ilişki net bir şekilde açıklanmamıştır (Klotz ve ark., 2017; Mughees ve ark., 2022). Ancak deodorantların içindeki kimyasal maddelerin deri yoluyla emildiğini, lenf dolaşımını engellediğini ve memede toksin birikmesi sonucunda meme kanserine yol açtığı düşünülmektedir (Martini, 2020).

Sütyen kullanımı

Sütyen kullanımının memedeki lenf akışını engelleyerek meme kanserine neden olduğu iddia edilmektedir (American Cancer Society, 2023). Fakat çalışmalarda sütyen bedeninin ve modelinin, ortalama giyilen saat/gün sayısının, düzenli olarak sütyen kullanımının ve sütyenle uyumanın meme kanseri ile ilişkisi olmadığı bulunmuştur (Chen ve ark., 2014; So ve ark., 2015).

İsteyerek küretaj olma

Gebelik boyunca östrojen seviyesinin düşük düzeyde olması meme kanserine karşı koruyucu bir etki gösterdiği bildirilmiştir (Deng ve ark., 2018). İsteyerek küretaj olma ile meme kanseri arasında ilişki olduğunu bulan (Brind ve ark., 2018; Islam ve ark., 2022) ya da net bir ilişki olmadığını bulan çalışmalar vardır (Deng ve ark., 2018; Tong ve ark., 2020). Üç ve üstü küretaj geçiren kadınların postmenopozal dönemde meme kanseri riskinin arttığı bulunmuştur (Yuan et al., 2019).

2.5. Meme Kanserinin Evreleri

Meme kanserinin evrelendirilmesinde hastalığın anatomik boyutunu, tümörün derecesini, hormon reseptör ekspresyonunu, tedavi ve prognozunu belirlemek için Amerikan Kanser Komitesi (AJCC) tarafından belirlenen TNM evreleme sistemi kullanılmaktadır (Zhu ve Doğan, 2021). TNM evrelemesine göre; T (primer tümör), N (periferik lenf bezleri) ve M (uzak metastaz) olarak değerlendirilmektedir (Giuliano et al., 2017) (Tablo 1).

Tablo 1.1 Meme Kanseri Klinik Anatomik Evreleme

Evre	TNM
Evre 0	Tis N0M0
Evre 1A	T1 N0M0
Evre 1B	T0-1 NmicM0
Evre 2A	T0-1N1M0 ya da T2N0M0
Evre 2B	T2N1M0 ya da T3N0M0
Evre 3A	T0-2N2M0 ya da T3N1-2M0
Evre 3B	T4N0-2M0
Evre 3C	T1-4N3M0
Evre 4	T1-4N0-3M1

(Giuliano ve ark., 2017)

2.6. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları

Meme kanserinin en yaygın belirtisi ağrısız ele gelen kitledir (Winters ve ark., 2017). Kenarları düzensiz olan ağrısız, sert bir kitlenin kanser olma ihtimali daha yüksek iken bazı kitleler yumuşak, yuvarlak, hassas ve hatta ağırlı olabilir (American Cancer Society, 2023). Meme kanserinin diğer belirti ve bulguları şunlardır:

- Memenin tamamında veya bir kısmında şişlik
- Meme derisinde cilt çukurluğu (bazen portakal kabuğu gibi görünür)
- Meme başı ağrısı
- Meme ucunun retraksiyonu (içe çekilmesi)
- Meme ucu veya meme derisinde ülser ve eritem
- Meme başı akıntısı
- Lenf nodlarında büyüme (Alkabban ve Ferguson, 2023).

2.7 Meme Kanseri Tedavi Yöntemleri

Meme kanseri tedavisi hastalığın evresi, prognozu, hastanın durumu ve tedavi komplikasyonları gibi çeşitli faktörlere göre değişebilir (Angahar, 2017). Tedavide asıl amaç, kanseri lokal olarak kontrol altına almak ve metastatik yayılma riskini azaltmaktır (Simon ve Robb, 2022). Diğer bir amacı ise cerrahi müdahale sonrası olabilecek en iyi kozmetik sonuca ulaşmak ve tedaviye bağlı ortaya çıkan komplikasyonlar sonrasında bireyin rehabilitasyonunu sağlamaktır (Göktaş, 2021).

Meme kanserinin tedavisi lokal ve sistemik tedavi olmak üzere ikiye ayrılır (Göktaş, 2021). Lokal tedavide cerrahi ve radyoterapi uygulanır; sistematik tedavide radyoterapi ve cerrahi tedaviye ek olarak kemoterapi, hormonoterapi ve hedefe yönelik tedaviler uygulanmaktadır (American Cancer Society, 2023).

2.7.1. Cerrahi tedavi

Erken evre meme kanserinin tedavisinde genellikle cerrahi tedavi uygulanır (Czajka ve Pfeifer, 2022). Meme kanserinin cerrahi tedavisinde kanserin evresine ve boyutuna bağlı olarak, meme koruyucu cerrahi veya mastektomi olarak iki yöntem uygulanmaktadır (Angahar, 2017).

Meme koruyucu cerrahi (MKC)

Meme koruyucu cerrahi için kadrantektomi, lumpektomi, parsiyel mastektomi ve geniş lokal eksizyon gibi çeşitli terimler kullanılmaktadır (Czajka ve Pfeifer, 2022). Bu tedavi yönteminde amaç, memenin sadece kanseri içeren kısmı ve çevredeki normal dokuların belirli bir bölümünün çıkarmasıdır (American Cancer Society, 2023).

Memenin büyük bir kısmının korunmasına ve iyi bir kozmetik sonuç elde edilmesine imkân sağlayan MKC, genellikle evre I ve II olan hastalarda tercih edilmektedir (Moo et al., 2018; Göktaş, 2021). MKC sonrasında lokal nüksleri önlemek için radyoterapi ve kemoterapi uygulanmaktadır (Goethals ve Rose, 2023)

Mastektomi

Mastektomi, memenin tamamının veya belirli bir kısmının çıkarılmasıdır (Goethals ve Rose, 2023). Mastektominin radikal, modifiye radikal, basit, deri koruyucu ve subkutanöz olmak üzere beş farklı uygulama tekniği bulunmaktadır (American Cancer Society, 2023). İleri evre meme kanserlerinde mastektomi sonrası ek olarak radyasyon tedavisi önerilmektedir (Remick ve Amin, 2023).

Radikal mastektomi: 20. Yüzyıla kadar meme kanseri tedavisinde temel bir tedavi olarak kabul edilen radikal mastektomi, ciddi komplikasyonlara (parestezi, kolda lenfödem, costa kırırdağı hasarı ve pnömotoraks) neden olduğu için çok fazla tercih edilmemektedir (Plesca ve ark., 2016; Jones ve Lancaster, 2018). Günümüzde endikasyonları oldukça kısıtlı olan radikal mastektomi; memenin pektoralis majör kası ve bölgesel lenfatiklerle birlikte tam blok halinde rezeksiyonunu içerir (Goethals ve Rose, 2023).

Basit mastektomi: Pektoralis kasları korunarak tüm meme dokusunun, meme başının, areola ve bazı lenf bezlerinin çıkarılması işlemidir (Gürdil Yılmaz ve Altun Uğraş, 2021).

Modifiye radikal mastektomi: Meme dokusunun tamamı ile seviye I-III aksiller lenf bezlerinin çıkarılması işlemidir (Czajka ve Pfeifer, 2022). Erken evre meme kanserinde

uygulanabilen bu yöntem meme koruyucu cerrahisinin uygulanamadığı evre 3 tümörlerinde, değişik kadranlarda birden çok tümörün bulunduğu durumlarda ve tümör/meme hacmi oranı büyük olan hastalarda tercih edilmektedir (Göktaş, 2021).

Deri koruyucu mastektomi: Sadece meme dokusu, meme ucu ve areola çıkarılması işlemidir (American Cancer Society, 2023). İşlem sonrasında memenin görünümünü iyileştirmek için rekonstrüksiyon işlemi yapılabilir (Akram ve ark., 2017).

Subkutanöz (meme başı-areola koruyucu) mastektomi: Meme derisi, meme başı ve areolanın korunarak meme dokusunun çıkarılması işlemidir. Subkutanöz mastektomi genellikle meme başı ve areoladan uzakta (2 cm'den fazla) tümörlerde, erken evre meme kanserinde ve meme ucunda kanser belirtisi olmayan hastalarda tercih edilir (American Cancer Society, 2023)

2.7.2. Kemoterapi

Kemoterapide amaç, kanserli hücrelerin yok edilmesi ve proliferasyonun kontrol altına alınmasıdır (Amjad ve ark., 2022). Kemoterapi ajanları oral, intravenöz, subkutan, intramüsküler, intratekal olarak verilebilir (Amjad ve ark., 2022). Genellikle kemoterapide antrasiklinler, taksanlar, vinca alkaloidleri, kapesitabin, eribulin, gemsitabin ve platin tuzları gibi sitotoksik ajanlar kullanılır (Göktaş, 2021).

Kemoterapi protokolü hastanın yaşına, kanserin evresine ve metastaz varlığına göre belirlenir (Shien ve Iwata, 2020). Kombinasyon olarak uygulanan kemoterapi, tedavinin başarısını artırır ve hastaların daha az toksisite yaşamasını sağlar (Fisusi ve Akala, 2019). Meme kanserinde kemoterapi; adjuvan ve neoadjuvan olarak iki şekilde uygulanmaktadır. Adjuvan kemoterapi cerrahi işlemden sonra genellikle nüks etme riski yüksek olan hastalarda uygulanırken, neoadjuvan kemoterapi cerrahi işlem öncesinde tümörü küçültmek için uygulanır (Shien ve Iwata, 2020; Amjad ve ark., 2022).

2.7.3. Radyoterapi

Radyoterapi, kanser hücrelerini yok etmede X ışınlarının veya parçacıklarının kullanıldığı bir tedavi yöntemidir (FitzGerald ve ark., 2022). Meme kanserinin tedavisinde cerrahi ve sistematik tedavinin yanında önemli bir rol oynamaktadır (Göktaş, 2021). Meme koruyucu cerrahisi sonrasında lenf nodu ve lokal nüksleri önlemek, bölgesel ve uzak metastazın neden olduğu ağrıyı hafifletmek amacıyla uygulanmaktadır (Braunstein ve Bellon, 2020; Shah ve ark., 2020; Hennequin ve ark., 2022). Meme kanseri tedavisinde çoğunlukla Eksternal Işın Radyoterapisi (EBRT) ve brakiterapi uygulanmaktadır (American Cancer Society, 2023).

2.7.4. Hormonoterapi

Hormonoterapi, östrojen salınımını baskılama ve tümörün büyümesini engellemek amacıyla östrojen reseptör blokörleri, selektif östrojen reseptör modülatörü (SERM) ve aromatoz inhibitörlerinin (Aİ) kullanıldığı tedavi şeklidir (Gürdil Yılmaz ve Altun Uğraş, 2021). Tamoksifen, östrojen reseptörü pozitif olan hastalarda en sık kullanılan ilaçtır (Chan et al., 2020) ve meme dokusunda antiöstrojenik etki gösterirken, kemik ve endometrium üzerinde östrojenik gösterir (Farrar ve Jacobs, 2022). Tamoksifen tedavisindeki en yaygın yan etkileri ise sıcak basması, düzensiz menstürasyon, vajinal akıntı ve duyu durum bozukluklarıdır (Farrar ve Jacobs, 2022). Ayrıca tamoksifen kullanımı derin ven trombozu ve endometriyal kanser insidansında artışa neden olabilir (Göktaş, 2021). Aİ kullananlarda görülen yan etkiler ise kas iskelet semptomları (artrit, miyalji, atralji gibi) ve otoimmün romatizmal hastalıklardır (Hyder ve ark., 2021).

2.7.5. İmmünoterapi

İmmünoterapi, kanser hücrelerini daha etkin bir şekilde yok etmek için bireyin immün sistemindeki hücrelerin kullanılmasıdır (Özlük ve ark., 2017; Abbott ve Ustoyev, 2019). Bu tedavide amaç, tümör hücrelerinin baskıladığı immün sistemi yeniden aktive etmek ve tümör hücrelerini sistem tarafından tanınır hale getirmektir (Özlük ve ark., 2017). Son yıllarda, meme kanseri tedavisinde immünoterapi kullanımını umut vadeden gelişmeler göstermesine rağmen tedavinin etkinliğine dair net kanıtlar ortaya konmamıştır (Barzaman ve ark., 2021; Franzoi ve ark., 2021).

2.7.6 Hedefe yönelik tedavi

Meme kanseri tedavisi için hedefe yönelik tedavilerin geliştirilmesinde son 25 yılda önemli ilerlemeler kaydedilmiştir (Jacobs ve ark., 2022). Meme kanserinin daha agresif ilerlemesine neden olan Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 (HER2)'ye karşı bir monoklonal antikor olarak geliştirilen Trastuzumab (Herceptin) gibi ilaçların uygulandığı bir tedavidir (Gürdil Yılmaz ve Altun Uğraş, 2021; Demir Cetinkaya ve Biray Avcı, 2022). Hedefe yönelik tedavilerin HER2 pozitif meme kanserinde, metastaz varlığında ve adjuvan tedavide sağkalımı arttırdığı bildirilmiştir (Bradley ve ark., 2021).

2.8. Meme Kanserli Bireylerin Tedaviye Bağlı Yaşadığı Semptomlar

Meme kanserli hastaların aldığı tedaviye bağlı ciddi sorunlar yaşayabilmektedir ve bu durum hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Bhattacharyya ve ark., 2020). Meme cerrahisi sonrasında hastaların genellikle yaşadığı sorunlar; seroma, enfeksiyon,

hematom, mastektomi flep nekrozu, yara ayrılması, kronik ağrı, Mondor hastalığı, yağ nekrozu, nöropati ve venöz tromboembolizmdir (Al-Hilli ve Wilkerson, 2021). Özellikle sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) ve aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND) olan hastalarda postoperatif dönemde en fazla lenfödem oluşmaktadır (Gillespie ve ark., 2018; McLaughlin ve ark., 2020; Noguchi ve ark., 2021). Lenfödeme bağlı olarak hastalarda ağrı, fonksiyon bozukluğu, beden imajında bozulma ve çeşitli psikolojik problemler bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir (Gillespie et al., 2018).

Meme kanseri tedavisinde sıklıkla kullanılan kemoterapiye bağlı hastalarda, bulantı, kusma, iştahsızlık, kilo kaybı, ağrı, anemi ve alopesi gibi yan etkiler görülmektedir (Gürdil Yılmaz ve Altun Uğraş, 2021). Uzun dönem kemoterapi alan hastalarda; yorgunluk, uykusuzluk, bilişsel bozukluklar, periferik nöropati, cinsel işlev bozuklukları, kardiyotoksosite gibi ciddi sorunlar meydana gelebilir (Di Nardo ve ark., 2022).

Radyoterapiye bağlı, hastalar memede ödem ve sertleşme, hiperpigmentasyon, kızarıklık, yağ nekrozu, ağrı, yorgunluk gibi sorunlar yaşayabilmektedir (Jensen ve ark., 2017). Uzun dönem radyoterapi alan hastalarda; akciğer ve kalp toksisitesi, deri ve deri altı fibroz, costa kırıkları ve nadiren de olsa radyasyona bağlı ikincil kanserler gibi sorunlar meydana gelmektedir (Bathily et al., 2019).

Hormonoterapi tedavisi süresince hastalar, biyolojik (dislipidemi), fiziksel (kilo alımı, sıcak basması, vajinal kuruluk, libido azalmasına bağlı cinsel bozuklukları) ve psikososyal (anksiyete, depresif bozukluklar, beden imajının bozulması) sorunlar yaşayabilirler (Saghatchian ve Lesur, 2019).

2.9. Meme Kanseri Bireylerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri

Destekleyici bakım, hastalığın teşhisinden itibaren yaşam sonu döneme kadar bireyin ve ailesinin süreçle başa çıkmasına yardımcı olan fiziksel, duygusal, psikolojik, sosyal ve bilgi ihtiyaçlarını karşılayan temel bir bakım hizmeti olarak tanımlanmaktadır (Chou ve ark., 2020). Bu ihtiyaçların karşılanmaması bireylerin ruhsal sorunlar yaşamasına neden olabilir ve bu da fiziksel sağlıklarını ve iyileşme durumlarını olumsuz etkileyebilir (Paterson et al., 2022). Kanseri bireylerin destekleyici bakım gereksinimleri cinsiyet, eğitim düzeyi, kanser evresi, tümör boyutu, tedavi şekli, medeni durum, sosyoekonomik durum ve tıbbi öyküsüne göre değişmektedir (Chou ve ark., 2020). Meme kanseri tanısı alan bireylerin destekleyici bakım

gereksinimleri; sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam, cinsellik ve psikolojik olarak sınıflandırılır (Chowdhury et al., 2021).

2.9.1. Sağlık hizmeti ve bilgilendirme ile ilişkili gereksinimler

Kanser tanısı alan bireylerin ihtiyaç duyduğu konularda bilgilendirme yapılması, etkin bir destekleyici bakımın en önemli bileşeni olarak kabul edilmektedir (Fletcher ve ark., 2017). Yapılan çalışmalarda meme kanserli hastaların en çok sağlık hizmeti ve bilgilendirme konusunda gereksinimi olduğu bildirilmiştir (Wang ve ark., 2018; Al-Azri ve ark., 2022). Özellikle yeni tanı alan meme kanserli hastalar tedavi ve takip sürecinde daha çok bilgilendirilmeye ihtiyaç duymaktadır (Sussman ve ark., 2018; Chou ve ark., 2020). Hastaların bilgi ihtiyaı duydukları konular ise hastalık süreci (kanseri tanıma, risk faktörleri, doğru bilinen yanlışlar), tedavide yaşanılan sorunlar (tedavi seçenekleri, prognoz, tedaviye uyum, komplikasyonlar, maliyet, mevcut destek hizmetleri) ve bilgi kaynakları (sözlü-yazılı-görsel-işitsel bilgi, internet siteleri, sağlık profesyonelleri, meme kanserini atlatan bireyler) olarak bildirilmiştir (McRoy ve ark., 2018; Akuoko ve ark., 2022b). Sağlık profesyonelleri, hasta ve ailesinin zorlu tedavi sürecinde hastalık ve semptomlarıyla baş edebilmeleri için tanı konulduğu andan itibaren iletişime başlamalı; iletişim kurmadan önce hasta ve ailesinin bilgi gereksinimleri tespit edilmelidir (Temiz ve Durna, 2020; Bu ve ark., 2022). Özellikle bu süreçte iletişimin güven verici olması ve devamlılığının sağlanması oldukça önemlidir (Paterson ve ark., 2022).

2.9.2. Günlük yaşam ile ilişkili gereksinimler

Günlük yaşam aktiviteleri, bireyin asgari düzeyde bağımsız bir yaşam sürmesini sağlayan temel faaliyetler dizisidir. Temel olarak beslenme, boşaltım, banyo yapma, giyinme gibi kişisel bakım faaliyetlerini ve enstrümantal olarak ev işi yapma, alışveriş yapma, taşıt kullanma ve içe gitme gibi uzun süreli faaliyetleri içermektedir (Mlinac ve Feng, 2016; Neo ve ark., 2017). Meme kanseri tanısı alan kadınlar, tedaviye bağlı yaşadıkları komplikasyonlar (yorgunluk, anemi, lenfödem) nedeniyle temizlik, yemek yapma, market alışverişi gibi günlük işlerde yardıma ihtiyaç duyarlar (Akuoko ve ark., 2022b). Bireyler günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yapamadıklarında yaşam kaliteleri düşer (Park ve ark., 2021). Özellikle meme cerrahisi sonrası en sık görülen komplikasyonlardan biri olan lenfödeme bağlı bireyler, günlük aktiviteleri gerçekleştirmekte zorluk çekmekte ve yardıma ihtiyaç duymaktadır (Thomaz ve ark., 2018; Alsharif ve ark., 2021; Arikan Dönmez ve ark., 2021).

2.9.3. Cinsellik ile ilişkili gereksinimler

Meme kanserli hastalarda tanı, tedavi ve iyileşme dönemlerinde cinsel fonksiyon bozuklukları görülebilir (Silva Ferreira ve ark., 2022). Bu durum premenopozal dönemdeki kadınları daha fazla etkilemektedir (Kufel-Grabowska ve ark., 2022; Silva Ferreira ve ark., 2022). Mastektomi ameliyatı olan kadınların meme kaybı yaşaması beden imajını olumsuz etkilemekte ve cinsel sorunlara neden olmaktadır (Davies et al., 2017). Kemoterapi ve radyoterapi tedavisi alan kadınlarda cinsel uyarılma bozuklukları, disparoni ve orgazm bozukluğu ortaya çıkar ve bu durum eşler arasındaki ilişkiyi olumsuz bir şekilde etkileyebilir (Ghizzani ve ark., 2018; Maleki ve ark., 2021). Kadınlar bu tür sorunları konuşurken utanç duyabileceği için hemşirelerin hastalara tedavi sürecinde yaşayabileceği cinsel sorunlar hakkında bilgi vermesi, yönlendirmesi ve danışmanlık yapması gerekmektedir (Den Ouden ve ark., 2019).

2.9.4. Psikolojik ile ilişkili gereksinimler

Meme kanseri tanısı alan hastalar zorlu tedavi süreciyle birlikte umutsuzluk, öfke, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik problemler yaşayabilirler (Dinapoli ve ark., 2021; Fortin ve ark., 2021). Bunun nedeni ise hastaların kanser teşhisi ve tedavisinin yarattığı psikolojik yükü etkin bir şekilde baş edememelerinden kaynaklanır (Bu ve ark., 2022). Özellikle hastaların genç yaşta tanı alması, güçlü sosyal destek alamaması, tedavi süreci ve yaşanan semptomlar, ölüm korkusu, hastalığın nüksetmesi, beden imajında değişim ve cinsel problemler psikolojik sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır (Tsaras ve ark., 2018). Bu sorunlarının üstesinden gelebilmek için bireyler ailelerinin, yakınlarının, meme kanserini atlatan kişilerin ve sağlık profesyonellerinin manevi desteğine ihtiyaç duyarlar (Akuoko ve ark., 2022b).

2.10. Manevi İyi Oluş ve Meme Kanserli Bireylerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri

2.10.1. Maneviyat

Maneviyat kavramı Latince “yaşamı hissetmek anlamına gelen, kişinin kendisi ve diğerleriyle olan ilişkilerini, evrendeki yerini, hayatın anlamını anlama ve kabul etme çabası olup, yaşam boyu kazanılan deneyimlerin sonucu” olarak tanımlanmaktadır (Gürsu Orhan ve Ay Yaşar, 2018). Maneviyat özellikle hastalık gibi zor durumlarda ön plana çıkar (Weathers ve ark., 2016). Kişinin bu durumla baş etmesi için umut, güç, rahatlama ve huzur vermesinin yanı sıra acıyı, ağrıyı azaltır, kişinin hastalığını kabullenmesini kolaylaştırır (Gümüş ve ark., 2014).

Kanser tanısı alan bireyler tedavi süreci ile yaşadığı duruma uyum sağlamakta zorlanabilir ve çeşitli psikolojik sorunlar (anksiyete, depresyon, intihar girişimi vb.)

yaşayabilirler (Cheng ve ark., 2019). Sorunlar karşısında bireyler kendini yalnız, amaçsız ve anlamsız hissedebilir ve maneviyata yönelme ihtiyacı duyabilirler (Leão ve ark., 2022). Maneviyatın kanser hastalarının sürece uyum sağlamaları için önemli bir güç ve başa çıkma kaynağı olduğu bildirilmiştir (Jimenez-Fonseca ve ark., 2018; Senmar ve ark., 2020).

2.10.2. Manevi iyi oluş

Manevi iyi oluş, “çevre ile iletişim kurmak, hayatta anlam ve amaca sahip olmak, daha yüksek bir güce inanmak ve bu güçle ilişki kurmak” olarak tanımlanmaktadır (Gomez ve Fisher, 2003). Varoluşsal ve dinsel olmak üzere manevi iyi oluşun iki boyutu bulunmaktadır: Varoluşsal boyut, bireyin benlik ve dış dünya ile irtibatını kapsarken, dinsel boyut ise kişinin Tanrı ile olan ilişkisini ifade eder (Gürsu Orhan ve Ay Yaşar, 2018). Kavramsal çerçeve olarak manevi iyi oluş; anlam, barış ve inanç bileşenlerini içermektedir. Anlam kavramı bireyin hastalık gibi önemli olaylarda yaşamlarında ve ilişkilerinde anlam bulabilmesini, barış kavramı kişinin kendisiyle ve çevresiyle barış içinde olmasını, inanç kavramı ise hastalık ile manevi ve dini inançları arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır (Cheng ve ark., 2019).

Dünya’da en yaygın kanser türü olduğu bilinen meme kanserinin bireyler üzerinde fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal etkileri olduğu bilinmektedir (Akuoko ve ark., 2022a). Meme kanserinin tedavi sürecinde bireyler beden imajında değişim, aile içi rol değişiklikleri ve gelecekle ilgili belirsizlik gibi birçok sorunla karşılaşabilirler (Günüşen ve ark., 2013; Devi ve Fong, 2019). Bireyler etkin bir şekilde bu sorunlarla baş edemediklerinde manevi desteğe ihtiyaç duymaktadır (Devi ve Fong, 2019; Bu ve ark., 2022). Manevi destek, hastanın daha büyük bir güçle denge ve bağlantı hissetmesine yardımcı olmak şeklinde tanımlanır. Manevi desteğin meme kanserli hastaların iyileşme sürecini desteklediği ve hayata karşı yeni anlam ve amaç kazandırdığı bildirilmiştir (Gálvez-Hernández ve ark., 2017; Leão ve ark., 2022).

Meme kanseri tanısı alan bireylerde yapılan çalışmalarda orta düzeyde manevi ihtiyacı olduğu (Du et al., 2022) ve hastaların %92,1 oranında en az bir manevi ihtiyacının olduğu bildirilmiştir (Akuoko et al., 2022a). Manevi bakım ihtiyaçlarının karşılanmaması bireylerin daha düşük düzeyde manevi iyi oluşluk yaşamlarına neden olmaktadır (Pearce ve ark., 2012; Phenwan ve ark., 2019). Kanser gibi ciddi bir hastalıkla mücadele eden hasta ve aileleri için manevi iyi oluşun önemli bir güç olabileceği ifade edilmiştir (Musarezaie ve ark., 2013). Yapılan çalışmalarda kanser tanısı alan bireylerin manevi iyi oluş düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir (Cheng ve ark., 2019; Merath ve ark., 2020). Düşük düzeyde manevi iyi oluşluğa

sahip kanser hastalarının daha fazla destekleyici bakım gereksinimi duyabileceği ifade edilmiştir (Abu-Odah ve ark., 2022).

2.10.3. Meme kanserli bireylerde manevi bakım ve hemşirelik

Destekleyici bakım gereksinimleri kapsamında yer alan manevi bakım, bireylerin stresli durumlar karşısında baş etme mekanizmalarını güçlendirmeyi amaçlayan, ihtiyaç duyduğu konularda danışmanlık hizmeti veren ve bireyin yaşadıklarına anlam bulmasını sağlayan müdahaleleri içermektedir (Saraçoğlu, 2019). Hemşireler, kanser tanısı alan bireylerin destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılanmasında önemli bir rol oynar (Muntlin Athlin ve ark., 2018) ve bireylerin yaşam kalitesini arttırmayı, hastanın konforunu sağlamayı, tedaviye uyumunu kolaylaştırmayı hedeflerler (Al-Bahri ve ark., 2019; Brown ve ark., 2021).

Meme kanserinin tanı ve tedavisi, kişide önemli psikolojik sorunlara yol açabilmekte ve bireylerin hastalığa uyumunu güçleştirerek manevi ihtiyaçlarını artırmaktadır (Musarezaie ve ark., 2013). Hemşireler, meme kanseri tanısı alan bireylerin hastalık ve tedavi süresinde yaşadıkları zorluklar karşısında manevi olarak güçlenmeleri için manevi bakım uygulamalarını bilmelidir (Günüşen ve ark., 2013). Hemşirelik müdahaleleri içinde yer alan manevi bakım uygulamaları; hasta ile güven ilişkisi kurma, empati yapma, hastanın kaygılarını ve değerlerini anlama, hastanın dini inançlarını önemseme ve dikkate alma gibi terapötik yaklaşımlardır (Taylor ve ark., 2019). Ancak, hemşirelerin genellikle manevi bakımı subjektif olarak ele almaları, hastaların manevi ihtiyaçlarını değerlendirememeleri ve manevi bakım sağlama konusunda eksiklik yaşamaları sebepleriyle hastalara manevi bakım uygulanamamaktadır (Caldeira ve ark., 2016). NANDA I tarafından da hemşirelerin manevi bakım uygulamaları tavsiye edilmesine rağmen (Herdman ve Kamitsuru, 2018), hemşireler tarafından hastaların fiziksel ihtiyaçları manevi ihtiyaçlarına göre daha fazla önemsendiği (Du et al., 2022) ve meme kanseri tanısı alan bireylerin ihtiyaç duydukları manevi desteğin hemşireler tarafından yeterince karşılanmadığı bildirilmiştir (Xia ve ark., 2018; Devi ve Fong, 2019). Ercan ve ark. hemşirelerin %53,8'inin, Akça ve ark ise %43,3'ünün manevi bakım verdiğini bildirmiştir (Ercan ve ark., 2018; Akça ve ark., 2022).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı şekilde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya İli Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde yer alan yataklı servislerde ve ayaktan tedavi ünitesinde yapılmıştır. Tıbbi Onkoloji kliniği, G Blok 3. ve 4. katlarda toplam 53 yatak ile hizmet vermektedir. 18 oda 2 kişilik ve 17 oda 1 kişiliktir. Tıbbi Onkoloji polikliniği, G Blok zemin katta 4 poliklinik odası mevcuttur. Ayaktan tedavi ünitesi, G Blok 1. katta 47 birim ile kemoterapi ve kanser destek tedavileri sunmaktadır. İki radyasyon onkolojisi polikliniği ve 13 yataklı radyasyon onkolojisi servisinde hastaların ayaktan ve yatarak takip ve tedavisi yapılmaktadır. Yataklı servisler ve ayaktan tedavi ünitelerinde belediyenin görevlendirmiş olduğu personeller tarafından hastalara iş ve uğraşı etkinlikleri yaptırılmaktadır. Ayrıca hastaların isterlerse psikolojik danışmanlık hizmeti alabilecekleri iki psikolog bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Konya İli Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde yatarak ya da ayaktan kanser tedavisi alan bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme, Akuoko ve ark. (2022a)'nın çalışması referans alınarak G*Power 3.1.9.4 paket programında yapılan hesaplamaya göre 0.95 güç, 0.58 etki büyüklüğü, 0.05 hata payı ile örneklemin en az 128 kişi olması gerektiği hesaplanmıştır. Bu sayı literatüre göre %15 artırılmış (128+20) (Yıldırım Kaptanoğlu, 2013), örneklemin 0.95 güç, 0.58 etki büyüklüğü, 0.05 hata payı ile 148 kişi çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.4. Örnek Seçimi

Örnek seçiminde, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden belirli bir kuruma başvuranların seçildiği gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Belirlenen hastanenin tıbbi onkoloji kliniğinde meme kanseri tedavisine devam eden ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalar örnekleme dahil edilmiştir.

3.4.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 18 yaş ve üzeri olan
- Okur-yazar olan
- En az 1 ay önce meme kanseri tanısı alan

- Terminal dönemde olmayan
- Araştırmaya gönüllü olan

3.4.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri:

- Sorulara etkin cevap vermeye ve iletişim kurmaya engel olacak herhangi bir fiziksel, psikolojik ve bilişsel fonksiyon kaybı olan bireyler

3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Tanıtıcı Bilgi Formu, Manevi İyi Oluş Ölçeği (FACIT-Sp-12) ve Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (DeBGÖ-KF 29Tr) kullanılmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı bilgi formu (EK 1)

Literatür taraması yapılarak (Aktürk ve ark., 2017; Özbayır ve ark., 2017) araştırmacı tarafından tanıtıcı bilgi formu oluşturulmuştur. Tanıtıcı bilgi formu meme kanseri tanısı almış bireylerin; sosyodemografik özelliklerini ve hastalık özelliklerini içeren toplamda 16 (yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKİ), medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, ek kronik hastalık varlığı, kanser evresi, teşhis aldıktan sonraki süre, tedavi şekli, hastalık süresince başkasından yardım alma durumu, yardım aldıysa kimden aldığı, hastalık süresince destekleyici bakım gereksinimine ihtiyaç duyma durumu, hastalık süresince en çok ihtiyaç duyulan bakım gereksinimi) sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Manevi iyi oluş ölçeği (FACIT-Sp-12) (EK 2)

Ölçeğin orijinali Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Spiritual Well-being Scale (FACIT–SP) olarak Peterman ve ark. (2002) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması Aktürk ve ark. (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçek kanser hastalarının ya da diğer kronik hastalıklarda bireylerin manevi iyiliğini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. 3 alt boyutu olan ölçek (barış, anlam ve inanç) manevi iyiliğin tüm bileşenlerini derinlemesine araştırmaya yardımcı olur. Ölçek beşli likert tipte olup 12 maddeden oluşmaktadır.

Ölçeğin maddeleri 0 ile 4 arası (0-Hiç, 4-Çok fazla) numaralandırma sistemine sahiptir. Anlam alt boyutu (Madde 2,3,5,8) toplam 0-16 puan aralığında, Barış alt boyutu (madde 1,4,6,7) toplam 0-16 puan aralığında, İnanç alt boyutu (Madde 9,10,11,12) toplam 0-16 puan aralığında olup ölçek toplam puanı 0-48 puandır. Ölçek puanının yüksek olması manevi iyiliğin daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin toplam Cronbach alfa değeri 0.87’dir. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri; anlam boyutu 0.78; barış boyutu 0.81; inanç boyutu

0.93'tür (Aktürk ve ark., 2017). Bu araştırmada ise toplam Cronbach alfa değeri 0.81 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri; anlam boyutu 0.70; barış boyutu 0.66; inanç boyutu 0.75 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği kısa türkçe formu (DeBGÖ-KF 29^{Tr}) (EK 3)

Boyes ve ark. (2009) tarafından geliştirilen ölçek, kanser hastalarının destekleyici ihtiyaçlarını tanımlamayı amaçlamaktadır. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik güvenirlik çalışması Özbayır ve ark. (2017) tarafından yapılmıştır. DeBGÖ-KF 29^{Tr}, sağlık hizmeti ve bilgilendirme 14 madde (12,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,28,29), günlük yaşam 5 madde (1,2,3,4,5), cinsellik 3 madde (14,15,27) ve psikolojik 7 madde (6,7,8,9,10,11,13) ihtiyaçlarını içeren dört faktörlü bir yapıya sahip olup, toplam 29 maddeden oluşmaktadır.

Ölçekteki her maddede beş cevap seçeneği bulunmaktadır. Bu seçenekler, 1 = Benim için uygun değil, 2 = Benim için yeterli, 3 = Biraz ihtiyacım oldu, 4 = Oldukça ihtiyacım oldu ve 5 = Çok fazla ihtiyacım oldu şeklindedir. Ölçek toplam puanı 29 puan ile 145 puan arasında değişmektedir. Daha yüksek puanlar, destekleyici bakıma daha fazla ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Ölçeğin herhangi bir kesim noktası bulunmamakta, her bir alt ölçekten alınan puanın yüksekliği o alandaki destekleyici bakım ihtiyacının fazlalığına işaret etmektedir. Alternatif bir kullanım olarak, ölçek algılanan karşılanmamış ihtiyaçların varlığı/yokluğu ve sayısı hakkında bilgi elde etmek için de kullanılabilir (3 veya daha yüksek puanlama karşılanmamış ihtiyaç olarak kabul edilmektedir). Ölçeğin toplam Cronbach alfa değeri ise 0.93'tür. Ölçeğin alt boyutlarının cronbach alfa değerleri; sağlık hizmeti ve bilgilendirme boyutu: 0.95, günlük yaşam boyutu: 0.83, cinsellik boyutu: 0.91, psikolojik boyutu: 0.88'dir (Özbayır ve ark., 2017). Bu araştırmada ise toplam Cronbach alfa değeri 0.83 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının cronbach alfa değerleri; sağlık hizmeti ve bilgilendirme boyutu: 0.66, günlük yaşam boyutu: 0.70, cinsellik boyutu: 0.86, psikolojik boyutu: 0.85 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, gerekli izinler alındıktan sonra Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde en az 1 ay önce meme kanseri tanısı almış ayaktan ve yatarak tedavi olan bireylerden Ekim 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmacı tarafından, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan bireyler ile ayaktan tedavi aldığı ünite/hasta odasında yüz yüze görüşme yapılmış ve her görüşme

yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Bilgilendirilmiş onam, hastanın mahremiyeti gözetilerek araştırmacı tarafından hazırlanmış bilgilendirilmiş onam formu kullanılarak alınmıştır. Hastanın, hastalığına ait bazı bilgileri bilmediği durumlarda veriler araştırmacı tarafından hasta dosyalarından (BKİ, kanser evresi ve tedavi şekli) sağlanmıştır. Veriler toplanırken Covid 19'a karşı koruma tedbirlerine dikkat edilmiştir.

3.7. Ön Uygulama

Araştırma öncesi soruların anlaşılabilirliğini ve uygunluğunu değerlendirmek amacıyla tıbbi onkoloji kliniğinde kanser tedavisine devam edilen ve araştırma kriterlerini taşıyan 10 meme kanserli hastaya soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek için ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda tanıtıcı bilgi formlarıyla ilgili bir düzenleme yapılmamıştır. Ancak bazı yaşlı hastaların görme problemlerinden dolayı soruları okumada güçlük çektiği için soruların araştırmacı tarafından katılımcılara okunarak uygulanması kararlaştırılmıştır. Ön uygulama esnasında veri toplanan hastalar araştırmanın örnekleme dahil edilmemiştir.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

3.8.1. Bağımlı değişkenler

Yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKİ), medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, ek kronik hastalık varlığı, kanser evresi, teşhis aldıktan sonraki süre, tedavi şekli, hastalık süresince başkasından yardım alma durumu, yardım aldıysa kimden aldığı, hastalık süresince destekleyici bakım gereksinimine ihtiyaç duyma durumu, hastalık süresince en çok ihtiyaç duyulan bakım gereksinimi

3.8.2. Bağımsız değişkenler

- Manevi İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalaması
- Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Puan Ortalaması

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 14.09.2022 tarih ve 2022/272 karar sayılı etik kurul onayı (EK 4),

Araştırmanın yapıldığı Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Başhekimliğinden 28.09.2022 tarih ve E-14567952-900-248616 sayılı çalışma izni (EK 5),

Manevi İyi Oluş Ölçeği' nin (FACIT-Sp-12) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan sorumlu yazar Doç. Dr. Ümmühan Aktürk'ten kullanım izni (EK 6),

Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Türkçe Formu' nun (DeBGÖ-KF 29^{Tr}) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan sorumlu yazar Dr. Öğr. Üye. Özlem Soyer Er'den kullanım izni (EK 7),

Anket formları doldurulmadan önce de meme kanseri tanısı alan bireylerden araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece tek bir hastanede yapılması nedeniyle meme kanseri hastalarının tamamına genellenememesi araştırmanın sınırlılığıdır.

3.11. Verilerin Analizi

Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Science) 22.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). Veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca en yüksek değerler ve en düşük değerler ile özetlenmiştir.

Verinin normallik analizini karşılayıp karşılamadığını test etmek için çarpıklık ve basıklık değerleri, histogramlar ve Q-Q plot değerleri incelenmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerleri -1 ve +1 değerleri arası normal dağılım kabul edilmiştir. İki grup arasındaki farkın test edilmesi için normal dağılım sağlayan verilerde bağımsız gruplarda T testi, normal dağılım sağlamayan verilerde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki'den çok grup arasında farkın test edilmesi için normal dağılım sağlayan verilerde ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), normal dağılım göstermeyen verilerde Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Anlamlı farklığın belirlenmesi amacıyla yapılan ileri analizlerde normal dağılım gösteren verilerde Tukey testi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının karşılatıldığı korelasyon analizlerinde normal dağılım gösteren verilerde Pearson Korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyen verilerde Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Korelasyon değerlendirilmesinde $r \leq 0,25$ çok zayıf; $0,26 \leq r \leq 0,49$ zayıf; $0,50 \leq r \leq 0,69$ orta; $0,70 \leq r \leq 0,89$ kuvvetli; $0,90 \leq r < 1$ ise çok kuvvetli kabul edilmiştir (Erdoğan ve ark., 2018). Ölçeklerin araştırma grubu için güvenilirliği Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Bütün analiz sonuçları için anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.



4.BULGULAR

4.1 Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Ait Bulgular

Tablo 4.1 Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n:148)

Özellikler	$\bar{X}\pm SS$	Min-Max
Yaş (yıl)	52,44±11,73	24-90
BKİ	28,68±5,53	15,44-43,37
Çocuk Sayısı	2,33±1,28	0-6
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	148	100
Erkek	0	0
Medeni Durum		
Evli	128	86,5
Bekar	20	13,5
Eğitim Durumu		
Okuryazar-İlköğretim	98	66,2
Ortaöğretim	7	4,7
Lise	21	14,2
Üniversite ve üzeri	22	14,9
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	14	9,5
Gelir gidere eşit	112	75,7
Gelir giderden çok	22	14,9
Çalışma Durumu		
Evet	20	13,5
Hayır	128	86,5

Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de sunulmuştur. Hastaların yaş ortalaması 52,44±11,73, BKİ ortalaması 28,68±5,53, çocuk sayısı ortalaması 2,33±1,28’dir. Hastaların tamamının kadın cinsiyetinde, %86,5’i evli, %66,2’ si okuryazar-ilköğretim mezunu, %75,7’sinin geliri giderine eşit olduğu ve %86,5’inin çalışmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.2 Hastaların Bazı Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (n:148)

Özellikler	$\bar{X}\pm SS$	Med(Min-Max)
Teşhis Aldıktan Sonraki Süre (Ay)	43,64±54,80	18(2-240)
	n	%
Ek Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	55	37,2
Hayır	93	62,8
Kanser Evresi		
Evre 1	22	14,9
Evre 2	48	32,4
Evre 3	35	23,6
Evre 4	43	29,1
Tedavi Şekli		
Cerrahi	5	3,4
Cerrahi +Kemoterapi	60	40,5
Cerrahi+ Radyoterapi	1	0,7
Cerrahi +Hormon Tedavisi	3	2,0
Cerrahi + Kemoterapi+ Radyoterapi	31	20,9
Cerrahi + Kemoterapi+ Hormon Tedavisi	14	9,5
Cerrahi + Kemoterapi+ Radyoterapi+ Hormon Tedavisi	34	23,0
Hastalık Süresince Başkasından Destekleyici Bakım Alma Durumu		
Evet	132	89,2
Hayır	16	10,8
Destekleyici Bakım Alınan Kişi *		
Eş ve çocuk	117	79,1
Diğer aile üyeleri	70	47,3
Arkadaş	38	25,7
Hemşire	3	2,0
Diğer (Sağlık Çalışanı, Komşu)	5	3,4
Hastalık Süresince Destekleyici Bakım Gerekmesine İhtiyaç Duyma Durumu		
Evet	62	41,9
Hayır	86	58,1
Bakım Gerekmesine İhtiyaç Duyulan Konular *		
Kişisel temizlik ve giyim	53	35,8
Boşaltım	29	19,6
Yeme içme	31	20,9
Hareket/yürüme	42	28,4
İletişim	2	1,4
Diğer (Psikososyal)	5	3,4

*Katılımcıların birden fazla sayıda cevabı olmuştur.

Hastaların bazı hastalık özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.2’de sunulmuştur. Hastaların; teşhis aldıkları süre (ay) ortalaması 43,64±54,80 olduğu, %62,8’inde ek kronik hastalık bulunmadığı, %29,1’inin evre 4 kanser olduğu, %40,5’inin cerrahiye ek olarak kemoterapi aldığı, %89,2’sinin destekleyici bakım aldığı, %79,1’inin eşinden ve çocuğundan

destekleyici bakım aldığı, %41,9'unun destekleyici bakıma ihtiyaç duyduğu ve %35,8'inin kişisel temizlik ve bakım konusunda ihtiyacı olduğu saptanmıştır.

4.2. Hastaların Manevi İyi Oluş Ölçeği (FACIT-Sp-12) Puan Ortalamasına Ait Bulgular

Tablo 4.3 FACIT-Sp-12 Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n:148)

Ölçek ve Alt Boyutlar	$\bar{X}\pm SS$	Min	Max	Cronbach's Alfa
FACIT-Sp-12 Toplam Puanı	37,50±7,08	8	48	0,81
Anlam Boyutu	11,85±3,32	0	16	0,70
Barış Boyutu	10,71±3,42	0	16	0,66
İnanç Boyutu	14,93±1,85	5	16	0,75

Hastaların Manevi İyi Oluş Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 4.3'te sunulmuştur. Hastaların Manevi İyi Oluş Ölçeği toplam puan ortalaması 37,50±7,08, Anlam alt boyutu ortalaması 11,85±3,32, Barış alt boyut ortalaması 10,71±3,42 ve İnanç alt boyutu ortalaması 14,93±1,85 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4 Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre FACIT-Sp-12 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n:148)

	FACIT-Sp-12 Toplam Puan		Anlam Boyutu		Barış Boyutu		İnanç Boyutu	
	Med (Min-Max)	Test ve p değeri	$\bar{X}\pm SS$	Test ve p değeri	$\bar{X}\pm SS$	Test ve p değeri	Med (Min-Max)	Test ve p değeri
Medeni Durum								
Evli	38(8-48)	Z=-1,174	11,82±3,34	t=-0,214	10,60±3,21	t=-1,032	16(5-16)	Z=-0,351
Bekar	40,5(19-48)	U=1071,00 p=0,240	12,00±3,32	p=0,831	11,45±4,54	p=0,304	16(12-16)	U=1224,00 p=0,726
Eğitim Durumu								
Okuryazar-İlköğretim ^a	37(8-48)		11,13±3,32		10,63±3,51		16(5-16)	
Ortaöğretim ^b	40(28-48)	KW=6,937 p=0,074	12,85±2,79	F=5,587	11,28±2,87	F=0,119	16(11-16)	KW=3,725
Lise ^c	42(25-47)		14,00±2,00	p=0,001	10,66±3,30	p=0,949	16(13-16)	p=0,293
Üniversite ve üzeri ^d	41,5(19-48)		12,68±3,53	c>a	10,95±3,42		16(10-16)	
Gelir Durumu								
Gelir giderden az	36(8-47)		10,14±3,97		9,35±4,78		15(5-16)	
Gelir gidere eşit	39(12-48)	KW=1,761 p=0,415	11,93±3,21	F=2,341	10,84±3,29	F=1,227	16(8-16)	KW=2,079
Gelir giderden çok	40(22-48)		12,50±3,29	p=0,100	10,90±2,97	p=0,296	16(10-16)	p=0,354
Çalışma Durumu								
Evet	41,5(19-48)	Z=-1,972	13,25±3,27	t=2,042	11,20±3,88	t=0,679	16(10-16)	Z=-1,485
Hayır	37,5(8-48)	U=929,00 p=0,049	11,63±3,29	p=0,043	10,64±3,35	p=0,498	16(5-16)	U=1043,00 p=0,138

Z/U: Mann Whitney U testi, t: Bağımsız Gruplarda t Testi, KW: Kruskal Wallis, F: ANOVA

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre manevi iyi oluş ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 4.4' de yer almaktadır.

Hastaların medeni durumları ve gelir durumlarına göre manevi iyi oluş ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların eğitim durumu ile manevi iyi oluş ölçeği anlam alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesi amacıyla yapılan Tukey post-hoc analizine göre lise mezunlarının anlam puanının, okuryazar-ilköğretim mezunlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastaların çalışma durumuna göre manevi iyi oluş ölçeği toplam ve anlam alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre manevi iyi oluş toplam ve anlam alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.5 Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre FACIT-Sp-12 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n:148)

	FACIT-Sp-12 Toplam		Anlam Boyutu		Barış Boyutu		İnanç Boyutu	
	Med (Min-Max)	Test ve p değeri	$\bar{X}\pm SS$	Test ve p değeri	$\bar{X}\pm SS$	Test ve p değeri	Med (Min-Max)	Test ve p değeri
Ek Kronik Hastalık Varlığı								
Evet	38(8-48)	Z=-0,693	11,21±3,74	t=-1,793	10,65±3,80	t=-0,168	15(5-16)	Z=1,414
Hayır	39(19-48)	U=2383,00 p=0,488	12,22±3,01	p=0,075	10,75±3,19	p=0,867	16(8-16)	U=2238,50 p=0,157
Kanser Evresi								
Evre 1	39(22-48)		12,68±2,99		10,86±3,18		16(9-16)	
Evre 2	38,5(24-47)	KW=1,322	11,72±2,81	F=0,502	11,56±2,89	F=1,864	16(8-16)	KW=0,235
Evre 3	40(19-48)	p=0,724	12,05±3,58	p=0,788	10,42±3,68	p=0,138	16(10-16)	p=0,972
Evre 4	37(8-48)		11,39±3,79		9,93±3,73		16(5-16)	
Hastalık Süresince Başkasından Destekleyici Bakım Alma Durumu								
Evet	39(8-48)	Z=-0,049	11,94±3,13	t=1,004	10,76±3,25	t=0,499	16(5-16)	Z=-0,462
Hayır	37(12-48)	U=1048,00 p=0,961	11,06±4,68	p=0,317	10,31±4,67	p=0,619	16(12-16)	U=989,00 p=0,644
Hastalık Süresince Destekleyici Bakım Gereksinimine İhtiyaç Duyma Durumu								
Evet	36(8-47)	Z=-4,291	10,51±3,62	t=-4,394	9,61±3,62	t=3,358	15(5-16)	Z=-2,707
Hayır	41(22-48)	U=1563,50 p=0,000	12,81±2,74	p=0,000	11,51±3,04	p=0,001	16(8-16)	U=2042,50 p=0,007

Z/U: Mann Whitney U testi, t: Bağımsız Gruplarda t Testi, KW: Kruskal Wallis, F: ANOVA

Hastaların hastalık özelliklerine göre manevi iyi oluş ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 4.5' te yer almaktadır.

Hastaların ek kronik hastalık varlığı, kanser evresi ve hastalık süresince başkasından destekleyici bakım alma durumuna göre manevi iyi oluş ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların hastalık süresince destekleyici bakım gereksinimine ihtiyaç duyma durumuna göre manevi iyi oluş ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalık süresince destekleyici bakım gereksinimine ihtiyaç duymayanların manevi iyi oluş ölçeği toplam ve alt boyutları puanları, ihtiyaç duyanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

4.3. Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (DBGÖ) Puan Ortalamasına Ait Bulgular

Tablo 4.6 DBGÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n:148)

Ölçek ve Alt Boyutlar	$\bar{X}\pm SS$	Min	Max	Cronbach's Alfa
DBGÖ Toplam Puanı	62,75±15,67	31	111	0,83
Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Gereksinimleri	20,84±5,84	14	53	0,66
Günlük Yaşam Gereksinimleri	18,29±5,20	5	25	0,70
Cinsellik Gereksinimleri	4,20±2,96	3	15	0,86
Psikolojik Gereksinimleri	19,41±8,54	7	35	0,85

Hastaların DBGÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarına ilişkin bulguları Tablo 4.6'da sunulmuştur. Hastaların DBGÖ toplam puan ortalaması 62,75±15,67, sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimi alt boyutu ortalaması 20,84±5,84, günlük yaşam gereksinimi alt boyut ortalaması 18,29±5,20, cinsellik gereksinimi alt boyutu ortalaması 4,20±2,96 ve psikolojik gereksinim alt boyut ortalaması 19,41±8,54 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.7 Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre DBGÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n:148)

	DBGÖ Toplam		Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Gereksinimleri		Günlük Yaşam Gereksinimleri		Cinsellik Gereksinimleri		Psikolojik Gereksinimler	
	$\bar{X}\pm SS$	Test ve p değeri	Med (Min-Max)	Test ve p değeri	$\bar{X}\pm SS$	Test ve p değeri	Med (Min-Max)	Test ve p değeri	$\bar{X}\pm SS$	Test ve p değeri
Medeni Durum										
Evli	63,25±15,36	t=0,968	20(14-48)	Z=-0,149	18,61±5,16	t=1,908	3(3-15)	Z=-1,960	19,62±8,54	t=0,766
Bekar	59,60±17,60	p=0,335	19(14-53)	U=1253,50 p=0,882	16,25±5,14	p=0,058	3(3-4)	U=1031,50 p=0,050	18,05±8,66	p=0,445
Eğitim Durumu										
Okuryazar-İlköğretim ^a	62,70±16,18		19,5(14-48)		18,91±5,12		3(3-15)		19,01±8,74	
Ortaöğretim ^b	59,00±7,87	F=0,391	18(15-28)	KW=1,566	17,14±5,81	F=1,998	3(3-10)	KW=1,566	17,28±7,71	F=0,534
Lise ^c	65,52±18,50	p=0,759	21(14-53)	p=0,667	18,14±4,86	p=0,117	3(3-11)	p=0,667	20,90±9,29	p=0,659
Üniversite ve üzeri ^d	61,54±12,31		21(14-27)		16,04±5,65		3(3-15)		20,45±7,28	
Gelir Durumu										
Gelir giderden az	67,35±22,68	F=0,932	17,5(14-48)	KW=1,037	18,71±5,95	F=2,266	3(3-15)	KW=0,188	22,35±9,45	F=0,917
Gelir gidere eşit	67,71±15,56	p=0,396	20(14-53)	p=0,596	18,66±5,01	p=0,107	3(3-15)	p=0,910	19,10±8,55	p=0,402
Gelir giderden çok	60,04±9,91		21,5(14-59)		16,13±5,36		3(3-11)		19,09±7,92	
Çalışma Durumu										
Evet	63,85±18,18	t=0,334	19,5(14-53)	Z=-0,270	18,20±4,64	t=0,090	3(3-11)	Z=-0,887	20,15±10,09	t=0,414
Hayır	62,58±15,31	p=0,739	20(14-48)	U=1232,00 p=0,787	18,31±5,26	p=0,929	3(3-15)	U=1167,50 p=0,375	19,29±8,31	p=0,679

t: Bağımsız Gruplarda t Testi, Z/U: Mann Whitney U testi, F: ANOVA, KW: Kruskal Wallis

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre DBGÖ toplam ve alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 4.7' de yer almaktadır.

Hastaların medeni durumuna, eğitim durumuna, gelir durumuna ve çalışma durumuna göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği toplam ve alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).



Tablo 4.8 Hastaların Bazı Hastalık Özelliklerine Göre DBGÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n:148)

	DBGÖ Toplam		Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Gereksinimleri		Günlük Yaşam Gereksinimleri		Cinsellik Gereksinimleri		Psikolojik Gereksinimler	
	$\bar{X}\pm SS$	Test ve p değeri	Med (Min-max)	Test ve p değeri	$\bar{X}\pm SS$	Test ve p değeri	Med (Min-Max)	Test ve p değeri	$\bar{X}\pm SS$	Test ve p değeri
Ek Kronik Hastalık Varlığı										
Evet	62,49±16,52	t=-0,158	20(14-53)	Z=-0,430	19,10±4,50	t=1,465	3(3-15)	Z=-1,942	18,54±8,85	t=-0,949
Hayır	62,91±15,24	p=0,875	20(14-34)	U=2449,50 p=0,667	17,81±5,54	p=0,145	3(3-15)	U=2209,50 p=0,052	19,92±8,36	p=0,344
Kanser Evresi										
Evre 1	66,22±15,70		21(14-34)		18,50±4,85		3(3-13)		21,18±8,31	
Evre 2	58,64±15,16	F=1,806	19(14-33)	KW=6,046	18,04±5,8	F=0,059	3(3-15)	KW=4,791	16,81±8,26	F=2,515
Evre 3	63,45±17,47	p=0,149	20(14-53)	p=0,109	18,42±4,48	p=0,981	3(3-15)	p=0,188	19,65±9,07	p=0,061
Evre 4	65,00±14,17		21(14-48)		18,37±5,27		3(3-12)		21,20±8,06	
Hastalık Süresince Başkasından Destekleyici Bakım Alma Durumu										
Evet	63,30±15,52	t=1,220	20(14-53)	Z=-0,142	18,44±5,10	t=1,005	3(3-15)	Z=-0,334	19,71±8,60	t=1,229
Hayır	58,25±16,72	p=0,225	20(14-32)	U=1033,00 p=0,888	17,06±6,00	p=0,317	3(3-15)	U=1017,50 p=0,738	16,93±7,79	p=0,221
Hastalık Süresince Destekleyici Bakım Gereksinimine İhtiyaç Duyma Durumu										
Evet	65,20±16,44	t=1,625	22(14-48)	Z=-2,244	19,12±4,91	t=1,660	3(3-15)	Z=-0,899	20,24±8,79	t=1,003
Hayır	60,98±14,94	p=0,106	19(14-53)	u=2090,00 p=0,025	17,69±5,35	p=0,099	3(3-15)	U=2501,50 p=0,369	18,81±8,35	p=0,317

t: Bağımsız Gruplarda t Testi, Z/U: Mann Whitney U testi, F: ANOVA, KW: Kruskal Wallis

Hastaların hastalık özelliklerine göre DBGÖ toplam ve alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 4.8’ de yer almaktadır.

Hastaların ek kronik hastalık varlığına, kanser evresine, hastalık süresince başkasından destekleyici bakım alma durumuna göre DBGÖ toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların hastalık süresince destekleyici bakım gereksinimlerine ihtiyaç duyma durumuna göre sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$).

4.4. FACIT-Sp-12 ile DBGÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 4.9 Hastaların FACIT-Sp-12 Toplam ve Alt Boyutları ve DBGÖ Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n:148)

	DBGÖ Toplam		Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Gereksinimleri		Günlük Yaşam Gereksinimleri		Cinsellik Gereksinimleri		Psikolojik Gereksinimleri	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
FACIT-Sp-12 Toplam	-0,415**	0,000	-0,248**	0,002	-0,353**	0,000	0,081**	0,327	-0,385**	0,000
Anlam Boyutu	-0,286*	0,000	-0,111**	0,179	-0,327*	0,000	0,074**	0,371	-0,220*	0,007
Barış Boyutu	-0,520*	0,000	-0,309**	0,000	-0,365*	0,000	0,004**	0,958	-0,490*	0,000
İnanç Boyutu	-0,234**	0,004	-0,156**	0,059	-0,130**	0,116	0,114**	0,167	-0,267**	0,001

*Pearson (Normal Dağılım)

** Spearman (Normal Olmayan Dağılım)

Hastaların manevi iyi oluş ölçeği toplam ve alt boyutları ve destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki Pearson ve Spearman korelasyonları kullanılarak tespit edilmiştir ve analiz sonuçları Tablo 4.9 da sunulmuştur.

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre; manevi iyi oluş ölçeği puanları ile destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği puanları arasında ($r=-0,415$) negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki vardır.

Manevi iyi oluş ölçeği puanları ile destekleyici bakım gereksinimleri ölçeğinin alt boyutları olan sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri puanları arasında ($r=-0,248$) negatif yönlü çok zayıf düzeyde, günlük yaşam gereksinimleri ($r=-0,353$) ve psikolojik

gereksinimleri puanları arasında ($r=-0,385$) negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Manevi iyi oluş ölçeğinin anlam alt boyutu puanları ile destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği ($r=-0,286$) ve günlük yaşam gereksinimleri puanları arasında ($r=-0,327$) negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Manevi iyi oluş ölçeğinin barış alt boyutu puanları ile destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği puanları arasında ($r=-0,520$) negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki, sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri ($r=-0,309$), günlük yaşam gereksinimleri ($r=-0,365$) ve psikolojik gereksinimler puanları arasında ($r=-0,490$) negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Manevi iyi oluş ölçeğinin inanç alt boyutu puanları ile destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği ($r=-0,234$) ve psikolojik gereksinimler puanları arasında ($r=-0,267$) negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.10 Hastaların Bazı Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri ile FACIT-Sp-12 Toplam ve Alt Boyutları ve DBGÖ Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n:148)

	Yaş		Teşhis Aldıktan Sonraki Süre (Ay)	
	r	p	r	p
FACIT-Sp-12 Toplam	-0,212**	0,010	-0,027**	0,749
Anlam Boyutu	-0,311*	0,000	-0,022**	0,794
Barış Boyutu	0,059*	0,480	-0,022**	0,795
İnanç Boyutu	-0,254**	0,002	0,016**	0,847
DBGÖ Toplam	-0,252*	0,002	0,010**	0,907
Sağlık Hizmeti Gereksinimleri	-0,174**	0,035	-0,005**	0,949
Günlük Yaşam Gereksinimleri	-0,104*	0,207	-0,016**	0,850
Cinsellik Gereksinimleri	-0,286**	0,000	0,072**	0,386
Psikolojik Gereksinimleri	-0,271*	0,001	-0,013**	0,880

*Pearson (Normal Dağılım)

** Spearman (Normal Olmayan Dağılım)

Hastaların bazı sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile manevi iyi oluş ölçeği toplam ve alt boyutları ve destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 4.10 da sunulmuştur.

Yaş değişkeni ile manevi iyi oluş ölçeği toplam puanları arasında ($r=-0,212$) negatif yönlü çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki, anlam alt boyutu ($r=-0,311$) ve inanç alt boyutu puanları arasında ($r=-0,254$) negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Teşhis aldıktan sonra hastalık süresi değişkeni ile manevi iyi oluş ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur

Yaş değişkeni ile destekleyici bakım gereksinimleri toplam puanı ($r=-0,252$), cinsellik gereksinimleri alt boyutu ($r=-0,286$) ve psikolojik gereksinimler alt boyutu puanları arasında ($r=-0,271$) negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki; sağlık hizmeti gereksinimleri alt boyutu puanları arasında ($r=-0,174$) negatif yönlü çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Teşhis aldıktan sonra hastalık süresi değişkeni ile destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği toplam ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.





5.TARTIŞMA

Çalışmanın bulguları üç başlık altında tartışılmıştır:

1. Hastaların Manevi İyi Oluş Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarına Ait Bulguların Tartışılması
2. Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarına Ait Bulguların Tartışılması
3. Hastaların Manevi İyi Oluşları ile Destekleyici Bakım Gereksinimleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.1 Hastaların Manevi İyi Oluş Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarına Ait Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda meme kanseri tanısı alan bireylerin manevi iyi oluş ölçeği toplam puan ortalaması yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Meme kanserli hastalarda yapılan çalışmalarda manevi iyi oluş ölçeği toplam puan ortalamaları; Jafari ve ark. (2013) çalışmamızdan daha düşük düzeyde, Koral ve Cirak (2021) çalışmamızla yaklaşık aynı düzeyde bulurken, Al-Natour ve ark. (2017), Dewan ve ark. (2022) ve Muzdalifah ve ark. (2022) çalışmamızdan daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Puan ortalamalarında farklılık olmasının sebebi, örneklem gruplarında yer alan meme kanserli bireylerin sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin değişkenlik göstermesinin manevi iyi oluş düzeylerine etki etmesiyle açıklanabilir.

Araştırma sonuçlarımıza göre hastaların manevi iyi oluşları medeni durum, gelir durumu, ek kronik hastalık varlığı, kanser evresi, destekleyici bakım alma durumundan etkilenmemektedir.

Araştırmamızda çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre manevi iyi oluşları yüksektir. Bulgumuza benzer olarak onkoloji hastalarının çalışma durumu ile manevi iyi oluşları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve serbest meslekte çalışanların çalışmayanlara göre daha yüksek manevi iyi oluş toplam puanı olduğu bildirilmiştir (Köktürk Dalcalı ve ark., 2021). Jinekolojik kanserli hastalarda çalışma durumu ile manevi iyi oluş arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Feng ve ark., 2021). Bulgumuzdan farklı olarak meme kanserli hastaların çalışma durumu ile manevi iyi oluş arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Musarezaie ve ark., 2013). Başka bir çalışmada ise ekonomik güvencesi olan meme kanserli

kadınların ile manevi iyi oluş toplam ve anlam alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (Echeverri-Herrera ve ark., 2022). Onkoloji hastalarının çalışma durumu ile manevi iyi oluşları arasında anlamlı ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Kavalalı Erdoğan ve Koç, 2021; Farahani ve ark., 2022). Hastalık sürecinde bireyin çalışmaya devam etmesi kendisini iyi hissetmesine neden olabileceğini ve bu durumun hastaların yaşamındaki anlam duygusunu güçlendirerek manevi iyi oluşlarını yükseltebileceğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda hastalık süresince destekleyici bakım gereksinimine ihtiyaç duymayan hastaların manevi iyi oluşları yüksektir. Çalışma bulgumuza benzer olarak hastaların desteğe gereksinim duyma ve sağlık hizmeti ile ilgili bilgilendirme konusunda ihtiyaç duyma durumu ile manevi iyi oluş arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Rha ve ark., 2022). Literatürde manevi bakım ihtiyaçları karşılanmadığında bireylerin manevi iyi oluşlarının daha düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir (Phenwan ve ark., 2019). Bu durum hastaların anlam ve barış alt boyut puan ortalamalarını olumsuz etkilemektedir (Pearce ve ark., 2012). Çalışma bulgumuzdan farklı olarak onkoloji hastalarının bakım gereksinimine ihtiyaç duyma durumu ile manevi iyi oluş arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Farahani ve ark., 2022). Hastaların tanı almasından itibaren sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam, cinsellik ve psikolojik alanlarda destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılanmaması daha yüksek düzeyde manevi iyi oluşa sahip olabileceklerini düşündürmüştür. Bakım gereksinimlerinin hastalık sürecinde hastanın kendisi tarafından karşılanmasının hayatına anlam katarak manevi iyi oluşu yükselttiği düşünülmektedir.

Araştırmamızda meme kanseri tanısı alan bireylerin manevi iyi oluş ölçeği alt boyutlarından anlam boyutu puan ortalamasının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Meme kanserli hastalarda yapılan çalışmalarda anlam alt boyut ortalamaları; Jafari ve ark. (2013) çalışmamızla yaklaşık aynı düzeyde bulurken, Muzdalifah ve ark. (2022) çalışmamızdan daha yüksek düzeyde bulunmuştur. İleri evre meme kanseri olan hastaların tanı alma aşamasında yaşamlarında bir anlam arayışı içinde olduğu bildirilmektedir (Akuoko ve ark., 2022a). Onkoloji hastalarının hastalık sürecinde yaşamlarında ve ilişkilerinde anlam bulabilmesi, yaşadığı zorluklarla daha güçlü bir şekilde başa çıkmasına yardımcı olur (Jimenez-Fonseca ve ark., 2018). Artan anlam duygusunun ise hastalık semptomlarını hafiflettiği belirtilmiştir (Albusoul ve ark., 2022). Bulgumuzda anlam alt boyutunun orta düzeyde olması, hastaların tedavi sürecinde yaşayabileceği sorunlar karşısında yaşamlarında yeterince anlam bulamaması ile açıklanabilir.

Araştırmamızda lise mezunlarının anlam boyutu puan ortalamasının, okuryazar-ilköğretim mezunlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bulgumuza benzer olarak; Koral ve Cirak (2021) meme kanserli hastalarla yaptığı çalışmada eğitim durumu ile manevi iyi oluş toplam puanı arasında ilişki olmadığını ve lise mezunu hastaların manevi iyi oluş puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Echeverri-Herrera ve ark. (2022) meme kanserli hastalarda ve Gonzalez ve ark. (2014) onkoloji hastalarında eğitim durumu ile manevi iyi oluş toplam, barış ve inanç alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuştur. Bulgumuzdan farklı olarak Musarezaie ve ark. (2013) meme kanserli hastalarda, Senmar ve ark. (2020) ve Kavalalı Erdoğan ve Koç (2021) onkoloji hastalarında yüksek eğitim düzeyi ile manevi iyi oluş arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Meme kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi ile manevi iyi oluşları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Komariah ve ark., 2021). Eğitim düzeyi düşük olan hastalarda maneviyatın hastalık sürecinde önemli bir rol oynadığı bildirilmektedir (Pahlevan Sharif ve Ong, 2019). Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların ise kanser tanısı almasıyla birlikte maneviyata yönelmiş olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda meme kanseri tanısı alan bireylerin manevi iyi oluş ölçeği alt boyutlarından barış alt boyutu puan ortalamasının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Meme kanserli hastalarda yapılan çalışmalarda barış alt boyut ortalamaları; Jafari ve ark. (2013) çalışmamızdan daha düşük düzeyde bulurken, Muzdalifah ve ark. (2022) çalışmamızdan daha yüksek düzeyde bulmuştur. Kendisiyle ve çevresiyle barış içinde olan meme kanserli hastaların daha yüksek manevi iyi oluşa sahip olduğu ve bireylerin yaşamını daha değerli hissettiği bildirilmiştir (Phenwan ve ark., 2019). Bulgumuzda barış alt boyutunun orta düzeyde olması, bireylerin kanser tanısı almasıyla birlikte yaşadığı suçluluk, öfke ve kızgınlık gibi olumsuz duyguların kendisiyle ve çevresiyle olan ilişkilerinde bozulmalara yol açabileceğini düşündürmüştür.

Araştırmamızda meme kanseri tanısı alan bireylerin manevi iyi oluş ölçeği alt boyutlarından olan inanç alt boyutu ortalamasının yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Meme kanserli hastalarda yapılan çalışmalarda inanç alt boyut ortalamaları; Jafari ve ark. (2013) çalışmamızdan biraz daha düşük düzeyde bulurken, Al-Natour ve ark. (2017) ve Muzdalifah ve ark. (2022) çalışmamızdan daha yüksek düzeyde bulmuştur. İnanç alt boyutunun genellikle din ve dini inançlarla ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Jafari ve ark., 2013). Bulgumuzda inanç alt

boyutunun yüksek düzeyde olması, bireylerin hastalık sürecinde yaşadıkları sorunlar karşısında dini ve manevi inançlarından güç bulabilmeleriyle açıklanabilir.

5.2 Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarına Ait Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda meme kanseri tanısı alan bireylerin destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği toplam puan ortalaması düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri toplam puan ortalamasını Demirci ve ark. (2023) çalışmamızdan daha yüksek düzeyde bulurken, hematopoetik kök hücre nakli yapılan kadın hastaların destekleyici bakım gereksinimleri toplam puan ortalamasını Yıldız Kabak ve ark. (2021) çalışmamızdan daha düşük düzeyde bulunmuştur. Bulgumuz örneklem grubumuzda yer alan bireylerin hastalık süresince yeterli destekleyici bakım almasıyla açıklanabilir.

Araştırma sonuçlarımıza göre hastaların destekleyici bakım gereksinimleri, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, ek kronik hastalık varlığı, kanser evresi, destekleyici bakım alma durumundan etkilenmemektedir.

Araştırmamızda meme kanseri tanısı alan bireylerin destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutlarından olan sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri alt boyutu ortalamasının düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri alt boyut ortalamasını Demirci ve ark. (2023) çalışmamızdan daha yüksek düzeyde bulurken, hematopoetik kök hücre nakli yapılan kadın hastaların sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri alt boyut ortalamasını Yıldız Kabak ve ark. (2021) çalışmamızla yaklaşık aynı düzeyde bulmuştur. Meme kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği en yüksek alt boyutu ortalamasının sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri olduğu bildirilmiştir (Wang ve ark., 2018; Akuoko ve ark., 2022a; Al-Azri ve ark., 2022). Literatürde kanser hastalarının tedavi sürecinde en fazla bilgilendirme gereksinimi olduğu ve hastaların tanı almasından itibaren süreç içerisinde bilgi gereksinimlerinin değiştiği ifade edilmiştir (Fletcher ve ark., 2017). Hastaların aldığı sağlık hizmetinden memnun olması ve tanı konulmasından itibaren süreç içerisinde ihtiyaç duydukları konularda sağlık profesyonelleri tarafından yeterli bir şekilde bilgilendirilmeleri bireylerin daha az düzeyde sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimi duyduklarını düşündürmektedir.

Araştırmamızda hastalık süresince destekleyici bakım gereksinimine ihtiyaç duyanların sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri daha yüksektir. Yapılan çalışmalarda meme kanseri tanısı alan hastaların en çok sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimi olduğu bulunmuştur (Pérez-Fortis ve ark., 2017; Eggins ve ark., 2022; Akuoko ve ark., 2022a; Al-Azri ve ark., 2022). Çalışma bulgumuzdan farklı olarak meme kanserli hastaların orta düzeyde destekleyici bakıma gereksinimi olduğu bildirilmiştir (Wang ve ark., 2018; Shaikh ve ark., 2022). Ayrıca kanser hastalarının sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri kapsamında hastalık süreci, tedavide yaşanan sorunlar, bakım vericilerin bilgilendirilmesi ve ulaşılabilecek bilgi kaynakları ile ilgili ihtiyaçları olduğu belirtilmiştir (Akuoko ve ark., 2022b; Paterson ve ark., 2022). Kanser hastalarının hastalık süresince çeşitli sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri olduğu ve bu gereksinimlerinin karşılanması sonucunda bireylerin daha iyi bir hastalık süreci geçirebileceği söylenebilir.

Araştırmamızda meme kanseri tanısı alan bireylerin destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutlarından olan günlük yaşam gereksinimleri alt boyutu ortalamasının yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların günlük yaşam gereksinimleri alt boyutu ortalamasını Demirci ve ark. (2023) çalışmamızla yaklaşık aynı düzeyde bulurken, hematopoetik kök hücre nakli yapılan kadın hastaların günlük yaşam gereksinimleri alt boyutu ortalamasını Yıldız Kabak ve ark. (2021) çalışmamızdan daha düşük düzeyde bulmuştur. Meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada en yüksek alt boyutu ortalamasının günlük yaşam gereksinimleri olduğu bildirilmiştir (Lo-Fo-Wong ve ark., 2020). Meme kanseri hastalarının tedaviye bağlı yaşadıkları komplikasyonlar (yorgunluk, anemi, lenfödem) nedeniyle temizlik, yemek yapma, market alışverişi gibi günlük işlerde bir başkasının desteğine ihtiyaç duydukları ifade edilmiştir (Akuoko ve ark., 2022b). Bulgumuz doğrultusunda hastaların tedavi sürecine bağlı yaşadıkları komplikasyonlar nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede güçlük yaşadıkları söylenebilir.

Araştırmamızda meme kanseri tanısı alan bireylerin destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutlarından olan cinsellik gereksinimleri alt boyutu ortalamasının düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların cinsellik gereksinimleri alt boyutu ortalamasını Demirci ve ark. (2023) çalışmamızla daha yüksek düzeyde bulurken, hematopoetik kök hücre nakli yapılan kadın hastaların cinsellik gereksinimleri alt boyutu ortalamasını Yıldız Kabak ve ark. (2021) çalışmamızla yaklaşık aynı düzeyde bulmuştur. Meme kanserli hastalarda yapılan çalışmalarda en düşük alt boyutu ortalamasının cinsellik

gereksinimleri olduğu bildirilmiştir (Wang ve ark., 2018; Lo-Fo-Wong ve ark., 2020). Mastektomi ameliyatı olan kadınların meme kaybına bağlı beden imajlarının olumsuz etkilendiği, kemoterapi ve radyoterapi tedavisi alan kadınlarda ise cinsel uyarılma bozuklukları, dispareni ve orgazm bozuklukları gibi cinsel sorunlar yaşadığı ifade edilmiştir (Ghizzani ve ark., 2018). Çalışmamızda cinsellik gereksinimleri alt boyutundan düşük puan alınması kadınların tedaviye bağlı yaşadığı cinsel sorunları ifade etmekten çekinmesiyle açıklanabilir.

Araştırmamızda meme kanseri tanısı alan bireylerin destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutlarından olan psikolojik gereksinimler alt boyutu ortalamasının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların psikolojik gereksinimler alt boyutu ortalamasını Demirci ve ark. (2023) çalışmamızdan daha yüksek düzeyde bulurken, hematopoetik kök hücre nakli yapılan kadın hastaların psikolojik gereksinimler alt boyutu ortalamasını Yıldız Kabak ve ark. (2021) çalışmamızdan daha düşük düzeyde bulmuştur. Meme kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda bireylerin en fazla psikolojik gereksinimlerinin olduğu bildirilmiştir (Eggins ve ark., 2022; Shaikh ve ark., 2022). Meme kanseri tanısı alan kadınların gelecekle ilgili belirsizlik, hastalığın nüksetme riski ve ölüm korkusu gibi psikolojik sorunlar yaşayabildiği ve bu zorlu sürecin üstesinden gelebilmek için psikolojik desteğe ihtiyaç duydukları ifade edilmiştir (Akuoko ve ark., 2022b).

5.3 Hastaların Manevi İyi Oluşları ile Destekleyici Bakım Gereksinimleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Meme kanseri tanısı alan bireylerin manevi iyi oluş düzeyi arttıkça destekleyici bakım gereksinimleri azalmaktadır. Yüksek düzeyde manevi iyi oluşa sahip olan onkoloji hastalarının daha az destekleyici bakım gereksinimi duyabileceği bildirilmiştir (Abu-Odah ve ark., 2022). Hastalık sürecinde bireyler yaşadıkları sorunlarla baş etmek için manevi desteğe ihtiyaç duymaktadır (Devi ve Fong, 2019; Bu ve ark., 2022). Hastaların karşılanmamış manevi ihtiyaçları, manevi iyi oluşlarının ve bakım memnuniyetlerinin azalmasına neden olmaktadır (Pearce ve ark., 2012). Bu doğrultuda meme kanseri tanısı alan bireylerin manevi ihtiyaçlarının karşılanması manevi iyi oluşlarını yükselterek daha az destekleyici bakım gereksinimi duymasına neden olabilir.

Meme kanseri tanısı alan bireylerin manevi iyi oluş düzeyi arttıkça sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri azalmaktadır. Yapılan çalışmalarda meme kanseri tanısı alan hastaların en fazla sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri olduğu bildirilmiştir (Wang

ve ark., 2018; Akuoko ve ark., 2022a; Al-Azri ve ark., 2022). Hastaların tanı almasıyla birlikte endişe ve korkularını giderilmesinde sağlık hizmeti ve bilgilendirme ihtiyaçlarının karşılanması oldukça önemlidir (Fletcher ve ark., 2017). Hastaların bilgi ihtiyaçlarının karşılanması ve sağlık hizmetinden etkin bir şekilde faydalanması hastalık sürecini daha iyi yönetmesini sağlayarak bireylerin manevi iyi oluşlarını yükseltebilir.

Meme kanseri tanısı alan hastaların manevi iyi oluş düzeyi arttıkça günlük yaşam gereksinimleri azalmaktadır. Meme kanseri tanısı alan kadınlar tedavi sürecinde yaşadığı komplikasyonlar nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken başkalarının desteğine ihtiyaç duymaktadır (Akuoko ve ark., 2022b). Meme cerrahisi sonrasında gelişen lenfödeme bağlı hastalar ev işleri, alışveriş ve kişisel bakımlarını gerçekleştirirken sürekli bir desteğe ihtiyaç duydukları bildirilmiştir (Arikan Dönmez ve ark., 2021). Hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımlı olması kişinin kendisini başkalarına karşı yük olarak görmesine ve bu durum bireylerin manevi iyi oluşluğunu azaltabileceği söylenebilir.

Meme kanseri tanısı alan hastaların manevi iyi oluş düzeyi arttıkça psikolojik gereksinimleri azalmaktadır. Onkoloji hastalarında manevi iyi oluş ile psikolojik sıkıntı durumu arasında negatif bir ilişki olduğu, psikolojik sıkıntı düzeyi arttıkça manevi iyi oluşun azaldığı ve hastalığa uyumun zorlaştığı bildirilmiştir (Jimenez-Fonseca ve ark., 2018). Meme kanseri tanısı alan bireylerde depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunların görülme riskinin yüksek olduğu ve maneviyat bu sorunların üstesinden gelmesine yardımcı olan bir destek kaynağı olarak görmektedir (Tsaras ve ark., 2018). Hastaların yaşadıkları psikolojik sorunlar karşısında maneviyattan güç almaları manevi iyi oluşlarını olumlu etkileyerek daha az psikolojik gereksinim duymalarına neden olabilir.

Meme kanseri tanısı alan hastaların anlam düzeyi arttıkça destekleyici bakım gereksinimleri azalmaktadır. Hastalık sürecinde bireylerin yaşamlarında ve ilişkilerinde anlam bulabilmesi yaşadığı zorluklarla daha güçlü başa çıkmasına yardımcı olur (Jimenez-Fonseca ve ark., 2018). Kanser hastalarının manevi ihtiyaçları karşılanmadığında anlam duyguları azalmaktadır (Pearce ve ark., 2012). İleri evre meme kanseri olan kadınların teşhis alma sürecinde yaşamlarında bir anlam arayışında olduğu belirtilmektedir (Akuoko ve ark., 2022a). Hastaların yaşamlarında ve ilişkilerindeki anlam duygusu, yaşadığı zorluklarla başa çıkmada önemli bir güç kaynağı olarak hastalık sürecinde daha az psikolojik gereksinim duymalarını sağlayabilir.

Meme kanseri tanısı alan hastaların anlam düzeyi arttıkça günlük yaşam gereksinimleri azalmaktadır. Kanser hastalarında artan anlam duygusunun hastalık semptomlarının şiddetini hafiflettiği belirtilmektedir (Albusoul ve ark., 2022). Bu bağlamda artan anlam duygusu hastaların semptomlarını hafifletmesine yardımcı olarak daha az günlük yaşam gereksinimi duyacağı söylenebilir.

Meme kanseri tanısı alan hastaların barış düzeyi arttıkça destekleyici bakım gereksinimleri azalmaktadır. Maneviyatın bileşenlerinden de biri olan barış kavramı, hastalığa uyum sağlama ve hastalığın prognozu üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabileceği bildirilmiştir (Jimenez-Fonseca ve ark., 2018). Bu doğrultuda hastaların tanı almasından itibaren kendisiyle ve çevresiyle barış içinde olması hastalık sürecini daha iyi geçirmesini sağlayarak bireylerin destekleyici bakım gereksinimlerini azaltabilir.

Meme kanseri tanısı alan hastaların barış düzeyi arttıkça sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri azalmaktadır. Bütüncül bir bakım içinde kanser hastalarının manevi ihtiyaçlarının sağlık profesyonelleri tarafından ele alınması bireylerin manevi iyi oluşlarını yükseltmede önemli bir rol oynayabilir (Merath ve ark., 2020). Yüksek manevi iyi oluşa sahip olan meme kanserli hastaların kendisiyle ve çevresiyle barış içinde olduğu ve yaşamlarını daha değerli hissettiği bildirilmektedir (Phenwan ve ark., 2019). Barış düzeyi yüksek olan hastaların ihtiyaç duyduğu konularda sağlık profesyonellerinden daha fazla bilgilendirilme talebinde bulunması sağlık hizmetinden memnuniyet duymalarını sağlayabilir.

Meme kanseri tanısı alan bireylerin barış düzeyi arttıkça günlük yaşam gereksinimleri azalmaktadır. Kendisiyle ve çevresiyle barış içinde olan meme kanserli hastaların daha yüksek manevi iyi oluşa sahip olduğu ve günlük yaşam aktivitelerini daha rahat bir şekilde karşılayabileceği bildirilmiştir (Phenwan ve ark., 2019). Kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada barış alt boyutunun fiziksel iyilik hali ile pozitif yönlü orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (Cheng ve ark., 2019). Kanser hastalarının yüksek barış düzeyine sahip olması bireylerin fiziksel sağlıklarını ve semptom deneyimini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (Albusoul ve ark., 2022). Barış düzeyi yüksek olan hastaların tedaviye bağlı yaşadığı fiziksel semptomlarını daha iyi kontrol altına alabilmesi günlük yaşam gereksinimlerini azaltabilir.

Meme kanseri tanısı alan hastaların barış düzeyi arttıkça psikolojik gereksinimleri azalmaktadır. Yapılan bir çalışmada barış alt boyutu ile depresif semptomlar arasında negatif yönlü orta düzeyde ($r=-0,54$) anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (Gonzalez ve ark., 2014).

Onkoloji hastalarında barış alt boyutu arttıkça psikolojik dayanıklılığın arttığı saptanmıştır (Kavak ve ark., 2021; Ölmez ve ark., 2022). Hastalık sürecinde yaşanan zorluklar karşısında kendisiyle ve çevresiyle barış içinde olan bireylerin psikolojik gereksinimlerinin daha az olabileceği söylenebilir.

Meme kanseri tanısı alan hastaların inanç düzeyi arttıkça destekleyici bakım gereksinimleri azalmaktadır. İnanç alt boyutunun bireylerin manevi iyi oluşları üzerinde önemli bir yeri olduğu ve kanser hastalarının yaşadıkları semptomlarla baş etmesinde yardımcı olduğu bildirilmektedir (Komariah ve ark., 2021). Hastaların yaşadıkları sorunların üstesinden gelebilmek için manevi inançlarından güç alması destekleyici bakım gereksinimlerini azaltabilir.

Meme kanseri tanısı alan hastaların inanç düzeyi arttıkça psikolojik gereksinimler azalmaktadır. Onkoloji hastalarında yapılan çalışmalarda inanç alt boyutu arttıkça psikolojik dayanıklılığın arttığı saptanmıştır (Kavak ve ark., 2021; Ölmez ve ark., 2022). Bireylerin hastalık sürecinde yaşadıkları ruhsal sorunlar karşısında manevi inançlarından güç bulması inanç düzeyini yükselterek daha az psikolojik gereksinim duymalarını sağlayabilir.

Araştırmamızda hastaların yaşı arttıkça manevi iyi oluş, anlam ve inanç düzeyi azalmaktadır. Literatürde yer alan çalışmalarda Musarezaie ve ark. (2013) meme kanserli hastalarda, Feng ve ark. (2021) jinekolojik kanserli hastalarda yaş ile manevi iyi oluş toplam puanı arasında pozitif bir ilişki olduğunu bulmuşlardır (Musarezaie ve ark., 2013; Feng ve ark., 2021). Onkoloji hastalarında yapılan çalışmalarda hastaların yaş ile manevi iyi oluş toplam puanı arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Lazenby ve Khatib, 2012; Kavak ve ark., 2021; Kavalalı Erdoğan ve Koç, 2021). Çalışma bulgumuzdan farklı olarak meme kanserli hastaların yaşı ile manevi iyi oluş toplam ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Echeverri-Herrera ve ark., 2022). Onkoloji hastalarıyla yapılan çalışmalarda yaş ile manevi iyi oluş toplam puanı arasında ilişki olmadığı bulunmuştur (Gonzalez ve ark., 2014; İzgü ve ark., 2020; Senmar ve ark., 2020; Köktürk Dalcalı ve ark., 2021; Farahani ve ark., 2022). Literatürde yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin yaşam zorlukları karşısında baş etme yöntemi olarak maneviyatın önemli bir yeri olduğu ve maneviyatın hayatın anlam bulmaya ve üstün bir güçle ilişki içinde olmaya yardımcı olduğu ifade edilmiştir (Gürsu Orhan ve Ay Yaşar, 2018). Ayrıca manevi iyi oluş onkoloji hastalarında ölüm ile ilgili duyguların yoğun yaşamasına neden olabilir (Kavalalı Erdoğan ve Koç, 2021). Yaş arttıkça meme kanseri tanısı alan bireylerin manevi iyi oluşlarının azaldığı söylenebilir.

Araştırmamızda yaş arttıkça destekleyici bakım gereksinimleri, sağlık hizmeti gereksinimleri, cinsellik gereksinimleri ve psikolojik gereksinimleri azalmaktadır. Çalışma bulgumuza benzer olarak 50 yaş altı meme kanserli hastalarının psikolojik ve cinsellik gereksinimleri alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Akuoko ve ark., 2022a). Meme kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda genç hastaların yaşlı hastalara göre destekleyici bakım gereksinimlerinin daha fazla olduğu (Wang ve ark., 2018), yaşın artmasıyla birlikte hastaların daha az cinsel gereksinimleri olduğu bildirilmiştir (Pérez-Fortis ve ark., 2017). Çalışma bulgumuzdan farklı olarak meme kanserli hastalarda yaşın artmasına bağlı psikolojik gereksinimlerinin Eggins ve ark. (2022), sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimlerinin Lo-Fo-Wong ve ark. (2020) ve günlük yaşam gereksinimlerinin Pérez-Fortis ve ark. (2017) daha fazla olduğu saptanmıştır (Pérez-Fortis ve ark., 2017; Lo-Fo-Wong ve ark., 2020; Eggins ve ark., 2022). Yapılan diğer çalışmalarda ise meme kanserli hastalarda yaş ile destekleyici bakım gereksinimleri toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (Sleight ve ark., 2018; Chou ve ark., 2020; Al-Azri ve ark., 2022). Genç hastaların hayattaki sorumluluklarının yaşlı hastalara göre fazla olması hastalık sürecinde daha fazla destekleyici bakım gereksinimi duyabileceklerini düşündürmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Meme kanseri tanısı alan bireylerin manevi iyi oluşları ve destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlendiği bu çalışmada elde edilen sonuçlar;

- Meme kanseri tanısı alan bireylerin manevi iyi oluş toplam puan ortalamasının iyi düzeyde olduğu bulunmuştur. Manevi iyi oluş ölçeğinin anlam ve barış alt boyutları puan ortalamalarının orta, inanç alt boyutu puan ortalamasının ise iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Meme kanseri tanısı alan bireylerin destekleyici bakım gereksinimleri toplam puan ortalamasının düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Destekleyici bakım gereksinimleri ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları; sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri ve cinsellik gereksinimleri düşük, günlük yaşam gereksinimleri yüksek ve psikolojik gereksinimlerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların manevi iyi oluş ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre;
- Lise mezunu olan hastaların anlam alt boyu puan ortalamasının, ilköğretim mezunlarına göre yüksek bulunmuştur.
- Çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre daha yüksek manevi iyi oluş ve anlam alt boyut puanlarına sahip olduğu bulunmuştur.
- Hastalık süresince destekleyici bakım gereksinimine ihtiyaç duymayanların manevi iyi oluş ve alt boyutları olan anlam, barış ve inanç puan ortalamalarının, ihtiyaç duyanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Hastaların destekleyici bakım gereksinimleri toplam ve alt boyut puan ortalamalarının sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre;
- Hastalık süresince destekleyici bakım gereksinimine ihtiyaç duyanların sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Meme kanseri tanısı alan bireylerin manevi iyi oluş ile destekleyici bakım gereksinimleri arasında ($r=-0,415$) negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

- Meme kanseri tanısı alan bireylerin tanı, tedavi ve iyileşme dönemindeki destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi,
- Meme kanseri tanısı alan bireylerin sosyodemografik ve hastalık özellikleri dikkate alınarak destekleyici bakım gereksinimlerin karşılanması,
- Hastaların özellikle günlük yaşam gereksinimlerinin tespit edilmesi ve gereksinimleri doğrultusunda hasta ve ailesinin desteklenmesi,
- Hemşirelerin, hastaların tanı almasından itibaren destekleyici bakım gereksinimlerini karşılanmasına yönelik hasta ve ailesini bilgilendirmesi ve uygun girişimleri planlanması,
- Hastaların manevi iyi oluşlarını yükseltmesine yönelik randomize kontrollü çalışmaların planlanması,
- Farklı kanser türlerinde olan hastaların manevi iyi oluş ve destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi,
- Manevi iyi oluşun destekleyici bakım gereksinimlerinin sağlanmasında önemli ve maliyet etkin bir güç olduğu, hemşirelik bakımının planlanmasında ve uygulanmasında göz önünde bulundurulması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Abbott, M., & Ustoyev, Y. (2019). Cancer and the Immune System: The history and background of immunotherapy. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(5), 150923 <https://doi.org/10.1016/J.SONCN.2019.08.002>
- Abu-Odah, H., Molassiotis, A., & Yat Wa Liu, J. (2022). Analysis of the unmet needs of palestinian advanced cancer patients and their relationship to emotional distress: results from a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/S12904-022-00959-8>
- Admoun, C., & Mayrovitz, H. N. (2022). The etiology of breast cancer. *Breast Cancer*, 21–30. <https://doi.org/10.36255/EXON-PUBLICATIONS-BREAST-CANCER-ETIOLOGY>
- Akça, S. Ö., Gülnar, E., & Özveren, H. (2022). Spiritual care competence of nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 53(5), 225–231. <https://doi.org/10.3928/00220124-20220407-05>
- Akram, M., Iqbal, M., Daniyal, M., & Khan, A. U. (2017). Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological Research*, 50(1), 33. <https://doi.org/10.1186/S40659-017-0140-9>
- Aktürk, Ü., Erci, B., & Araz, M. (2017). Functional evaluation of treatment of chronic disease: Validity and reliability of the Turkish version of the Spiritual Well-Being Scale. *Palliative & Supportive Care*, 15(6), 684–692. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000013>
- Akuoko, C. P., Chambers, S., & Yates, P. (2022a). Supportive care needs of women with advanced breast cancer in Ghana. *European Journal of Oncology Nursing*, 58, 102142. <https://doi.org/10.1016/J.EJON.2022.102142>
- Akuoko, C. P., Chambers, S., & Yates, P. (2022b). Healthcare providers' perspectives of the supportive care needs of women with advanced breast cancer in Ghana. *BMC Women's Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/S12905-022-01931-7>
- Al-Ajmi, K., Lophatananon, A., Ollier, W., & Muir, K. (2018). Risk of breast cancer in the UK biobank female cohort and its relationship to anthropometric and reproductive factors. *PloS One*, 13(7). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0201097>
- Al-Azri, M., Al-Bimani, K., Al-Maqbali, A. A., Al-Riyami, H., Al-Shabnooti, A. K., ve ark. (2022). The unmet supportive care needs of omani women diagnosed with breast cancer. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 22(4), 515. <https://doi.org/10.18295/SQUMJ.9.2021.135>
- Al-Bahri, A., Al-Moundhri, M., Al-Mandhari, Z., & Al-Azri, M. (2019). role of the family in treatment decision-making process for omani women diagnosed with breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 102(2), 352–359. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2018.08.026>
- Albusoul, R. M., Hasaniien, A. A., Abdalrahim, M. S., Zeilani, R. S., & Al-Maharma, D. Y. (2022). The effect of spiritual well-being on symptom experience in patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 30(8), 6767–6774. <https://doi.org/10.1007/S00520-022-07104-4/TABLES/3>
- Al-Hilli, Z., & Wilkerson, A. (2021). Breast surgery: management of postoperative complications following operations for breast cancer. *The Surgical Clinics of North America*, 101(5), 845–863. <https://doi.org/10.1016/J.SUC.2021.06.014>
- Alkabban, F., & Ferguson, T. (2022). *Breast cancer-* StatPearls- NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482286/>
- Al-Natour, A., Al Momani, S. M., & Qandil, A. M. A. (2017). The relationship between spirituality and quality of life of jordanian women diagnosed with breast cancer. *Journal of Religion and Health*, 56(6), 2096–2108. <https://doi.org/10.1007/S10943-017-0370-8/TABLES/3>

- Alsharif, F., Almutairi, W., Shibily, F., Alhothari, F., Batwa, F., ve ark. (2021). The level of lymphedema awareness among women with breast cancer in the kingdom of saudi arabia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 1–10. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18020627>
- American Cancer Society. (2023). (2023, March 23). Breast Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer.html>
- Amjad, M., Chidharla, A., & Kasi, A. (2022). Cancer chemotherapy. *Fundamentals of Pharmaceutical Nanoscience*, 401–427. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9164-4_15
- Angahar, L. T. (2017). An overview of breast cancer epidemiology, risk factors, pathophysiology, and cancer risks reduction. *MOJ Biology and Medicine*, Volume 1(Issue 4). <https://doi.org/10.15406/MOJBM.2017.01.00019>
- Arikan Dönmez, A., Kuru Alici, N., & Borman, P. (2021). Lived experiences for supportive care needs of women with breast cancer-related lymphedema: a phenomenological study. *Clinical Nursing Research*, 30(6), 799–808. <https://doi.org/10.1177/1054773820958115>
- Baade, P. (2017). Geographical variation in breast cancer outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(5), 523. <https://doi.org/10.3390/IJERPH14050523>
- Barańska, A. (2022). oral contraceptive use and assessment of breast cancer risk among premenopausal women via molecular characteristics: systematic review with meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22). <https://doi.org/10.3390/IJERPH192215363>
- Barzaman, K., Moradi-Kalbolandi, S., Hosseinzadeh, A., Kazemi, M. H., Khorramdelazad, H., ve ark. (2021). Breast cancer immunotherapy: current and novel approaches. *International Immunopharmacology*, 98, 107886. <https://doi.org/10.1016/J.INTIMP.2021.107886>
- Bathily, T., Borget, I., Rivin del Campo, E., Rivera, S., & Bourgier, C. (2019). partial versus whole breast irradiation: side effects, patient satisfaction and costs. *Cancer radiotherapie : Journal de La Societe Francaise de Radiotherapie Oncologique*, 23(2), 83–91. <https://doi.org/10.1016/J.CANRAD.2018.06.020>
- Bhardwaj, P., Au, C. M. C., Benito-Martin, A., Ladumor, H., Oshchepkova, S., ve ark. (2019). Estrogens and breast cancer: mechanisms involved in obesity-related development, growth and progression. 189, 161. <https://doi.org/10.1016/J.JSBMB.2019.03.002>
- Bhattacharyya, G. S., Doval, D. C., Desai, C. J., Chaturvedi, H., Sharma, S., ve ark. (2020). Overview of Breast Cancer and Implications of Overtreatment of Early-Stage Breast Cancer: An Indian Perspective. *JCO Global Oncology*, 6, 789–798. <https://doi.org/10.1200/go.20.00033>
- Bodewes, F. T. H., van Asselt, A. A., Dorrius, M. D., Greuter, M. J. W., & de Bock, G. H. (2022). Mammographic breast density and the risk of breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *The Breast*, 66, 62–68. <https://doi.org/10.1016/J.BREAST.2022.09.007>
- Boyes, A., Girgis, A., & Lecathelinais, C. (2009). Brief assessment of adult cancer patients' perceived needs: development and validation of the 34-item supportive care needs survey (SCNS-SF34). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(4), 602–606. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2753.2008.01057.X>
- Bradley, R., Braybrooke, J., Gray, R., Hills, R., Liu, Z., ve ark. (2021). Trastuzumab for early-stage, HER2-positive breast cancer: a meta-analysis of 13 864 women in seven randomised trials. *The Lancet. Oncology*, 22(8), 1139–1150. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00288-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00288-6)
- Braunstein, L. Z., & Bellon, J. R. (2020). Contemporary issues in breast cancer radiotherapy. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 34(1), 1–12. <https://doi.org/10.1016/J.HOC.2019.08.014>

- Brewer, H. R., Jones, M. E., Schoemaker, M. J., Ashworth, A., & Swerdlow, A. J. (2017). Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure. *Breast Cancer Research and Treatment*, 165(1), 193–200. <https://doi.org/10.1007/S10549-017-4325-2>
- Brind, J., Condly, S. J., Lanfranchi, A., & Rooney, B. (2018). Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a systematic review and meta-analysis of studies on south asian women. *Issues in Law & Medicine*, 33(1), 33–54. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30831018/>
- Brown, T., Cruickshank, S., & Noblet, M. (2021). Specialist breast care nurses for support of women with breast cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005634.PUB3>
- Bu, X., Jin, C., Fan, R., Cheng, A. S. K., Ng, P. H. F., Xia, Y., ve ark. (2022). Unmet needs of 1210 Chinese breast cancer survivors and associated factors: a multicentre cross-sectional study. *BMC Cancer*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/S12885-022-09224-W>
- Caldeira, S., Timmins, F., De Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2016). Nursing diagnosis of “spiritual distress” in women with breast cancer: prevalence and major defining characteristics. *Cancer Nursing*, 39(4), 321–327. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000310>
- Chan, C. W. H., Law, B. M. H., So, W. K. W., Chow, K. M., & Wayne, M. M. Y. (2020). Pharmacogenomics of breast cancer: highlighting CYP2D6 and tamoxifen. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 146(6), 1395–1404. <https://doi.org/10.1007/S00432-020-03206-W/FIGURES/2>
- Chen, L., Malone, K. E., & Li, C. I. (2014). Bra wearing not associated with breast cancer risk: a population based case-control study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 23(10), 2181. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-14-0414>
- Chen, X., Wang, Q., Zhang, Y., Xie, Q., & Tan, X. (2019). Physical activity and risk of breast cancer: a meta-analysis of 38 cohort studies in 45 study reports. *value in health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 22(1), 104–128. <https://doi.org/10.1016/J.JVAL.2018.06.020>
- Cheng, Q., Liu, X., Li, X., Wang, Y., Mao, T., & Chen, Y. (2019). Improving spiritual well-being among cancer patients: implications for clinical care. *Supportive Care in Cancer*, 27(9), 3403–3409. <https://doi.org/10.1007/S00520-019-4636-4/TABLES/3>
- Choi, Y. J., Lee, D. H., Han, K. Do, Yoon, H., Shin, C. M., Park, Y. S., ve ark. (2019). Adult height in relation to risk of cancer in a cohort of 22,809,722 Korean adults. *British Journal of Cancer*, 120(6), 668–674. <https://doi.org/10.1038/S41416-018-0371-8>
- Chou, Y. H., Chia-Rong Hsieh, V., Chen, X. X., Huang, T. Y., & Shieh, S. H. (2020). Unmet supportive care needs of survival patients with breast cancer in different cancer stages and treatment phases. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 59(2), 231–236. <https://doi.org/10.1016/J.TJOG.2020.01.010>
- Chowdhury, S. H., Banu, B., Akter, N., & Hossain, S. M. (2021). Unmet supportive care needs and predictor of breast cancer patients in Bangladesh: A cross-sectional study. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 28(8), 1687–1695. <https://doi.org/10.1177/10781552211039114>
- Czajka, M. L., & Pfeifer, C. (2022). Breast Cancer Surgery. *British Journal of Medical Practitioners*, 13(1), 1. <https://doi.org/10.1093/med/9780198839248.003.0013>
- Davies, C. C., Brockopp, D., Moe, K., Wheeler, P., Abner, J., ve ark. (2017). Exploring the lived experience of women immediately following mastectomy: a phenomenological study. *Cancer Nursing*, 40(5), 361–368. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000413>
- De Cicco, P., Catani, M. V., Gasperi, V., Sibilano, M., Quaglietta, M., ve ark. (2019). Nutrition and breast cancer: a literature review on prevention, *Treatment and Recurrence. Nutrients*, 11(7). <https://doi.org/10.3390/NU11071514>

- Demir Cetinkaya, B., & Biray Avci, C. (2022). Molecular perspective on targeted therapy in breast cancer: a review of current status. *Medical Oncology*, 39(10), 149. <https://doi.org/10.1007/S12032-022-01749-1>
- Demirci, P. Y., Tunuğ, Ş., Vurgeç, B. A., & Sürücü, Ş. G. (2023). Relationship between supportive care needs with coronavirus anxiety and death anxiety of women with gynecologic cancer during the COVID-19 pandemic. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 49(3), 1019–1027. <https://doi.org/10.1111/JOG.15537>
- Den Ouden, M. E. M., Pelgrum-Keurhorst, M. N., Uitdehaag, M. J., & De Vocht, H. M. (2019). Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed. *Breast Cancer*, 26(3), 326–332. <https://doi.org/10.1007/S12282-018-0927-8>
- Deng, Y., Xu, H., Zeng, X., & Tarantino, G. (2018). Induced abortion and breast cancer: An updated meta-analysis. *Medicine*, 97(3). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009613>
- Devi, M. K., & Fong, K. C. (2019). Spiritual experiences of women with breast cancer in singapore: a qualitative study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 145–150. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_77_18
- Dewan, M. F., Lyons, K. S., Song, M., & Hassouneh, D. (2022). Factors associated with depression in breast cancer patients in saudi arabia. *Cancer Nursing*, 45(2), E524–E530. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000996>
- Di Nardo, P., Lisanti, C., Garutti, M., Buriolla, S., Alberti, M., ve ark. (2022). Chemotherapy in patients with early breast cancer: clinical overview and management of long-term side effects. *Expert Opinion on Drug Safety*. 21(11), 1341–1355. <https://doi.org/10.1080/14740338.2022.2151584>
- Dinapoli, L., Colloca, G., Di Capua, B., & Valentini, V. (2021). Psychological aspects to consider in breast cancer diagnosis and treatment. *Current Oncology Reports*, 23(3). <https://doi.org/10.1007/S11912-021-01049-3>
- Du, S., Li, K., Wang, C., Li, Y., Li, J., ve ark. (2022). Spiritual needs and their associated psychosocial factors among women with breast cancer: a cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 78(12), 4113–4122. <https://doi.org/10.1111/JAN.15416>
- Echeverri-Herrera, S., Nowels, M. A., Qin, B., Grafova, I. B., Zeinomar, N., ve ark. (2022). Spirituality and financial toxicity among Hispanic breast cancer survivors in New Jersey. *Supportive Care in Cancer*, 30(12), 9735–9741. <https://doi.org/10.1007/S00520-022-07387-7/TABLES/3>
- Eggs, R., Fowler, H., Cameron, J., Aitken, J. F., Youl, P., ve ark. (2022). Supportive care needs and psychosocial outcomes of rural versus urban women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 31(11), 1951–1957. <https://doi.org/10.1002/PON.5977>
- Ercan, F., Körpe, G., & Demir, S. (2018). Bir üniversite hastanesinde yataklı servislerde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 29(1), 17–22. <http://dx.doi.org/10.12996/gmj.2018.05>
- Erdem, J. S., Notø, H. Ø., Skare, Ø., Lie, J. A. S., Petersen-øverleir, M., ve ark. (2017). Mechanisms of breast cancer risk in shift workers: association of telomere shortening with the duration and intensity of night work. *Cancer Medicine*, 6(8), 1988. <https://doi.org/10.1002/CAM4.1135>
- Erdoğan S., Nahcivan N., & Esin MN. (2018). *Hemşirelikte araştırma* (3rd ed.). Nobel Tıp Kitapevi.
- Farahani, A. S., Ashrafzadeh, H., Akbari, M. E., Motefakker, S., Khademi, F., ve ark. (2022). The mediating role of spiritual health in adherence to treatment in patients with cancer. *International Journal of Cancer Management* <https://doi.org/10.5812/IJCM-127820>
- Farrar, C., & Jacobs, T. (2022). *Tamoxifen*. Encyclopedia of Toxicology: Third Edition, 471–473. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-386454-3.00066-X>

- Feng, Y., Liu, X., Lin, T., Luo, B., Mou, Q., ve ark. (2021). Exploring the relationship between spiritual well-being and death anxiety in patients with gynecological cancer: a cross-section study. *BMC Palliative Care*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12904-021-00778-3/TABLES/4>
- Fisusi, F. A., & Akala, E. O. (2019). Drug combinations in breast cancer therapy. *Pharmaceutical Nanotechnology*, 7(3), 3. <https://doi.org/10.2174/2211738507666190122111224>
- FitzGerald, T. J., Bishop-Jodoin, M., Laurie, F., Riberdy, C., Aronowitz, J. N., ve ark. (2022). *Radiation Therapy. Cancer: Prevention, Early Detection, Treatment and Recovery*, 447–461. <https://doi.org/10.1002/9781119645214.ch24>
- Fletcher, C., Flight, I., Chapman, J., Fennell, K., & Wilson, C. (2017). The information needs of adult cancer survivors across the cancer continuum: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 100(3), 383–410. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2016.10.008>
- Fortin, J., Leblanc, M., Elgbeili, G., Cordova, M. J., Marin, M. F., ve ark. (2021). The mental health impacts of receiving a breast cancer diagnosis: A meta-analysis. *British Journal of Cancer*, 125(11), 1582. <https://doi.org/10.1038/S41416-021-01542-3>
- Fox, S., Speirs, V., & Shaaban, A. M. (2022). Male breast cancer: an update. *Virchows Archiv*, 480(1), 85–93. <https://doi.org/10.1007/S00428-021-03190-7/FIGURES/2>
- Fracol, M., Shah, N., Dolivo, D., Hong, S., Giragosian, L., ve ark. (2021). Can breast implants induce breast cancer immunosurveillance? an analysis of antibody response to breast cancer antigen following implant placement. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 148(2), 287–298. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000008165>
- Frame, J. D. (2015). Commentary on: Breast implants and the risk of breast cancer: a meta-analysis on cohort studies. *Aesthetic Surgery Journal*, 35(1), 63–65. <https://doi.org/10.1093/ASJ/SJU093>
- Franzoi, M. A., Romano, E., & Piccart, M. (2021). Immunotherapy for early breast cancer: too soon, too superficial, or just right? *Annals of Oncology : Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 32(3), 323–336. <https://doi.org/10.1016/J.ANNONC.2020.11.022>
- Gálvez-Hernández, C. L., González-Robledo, M. C., Barragán-Carrillo, R., & Villarreal-Garza, C. (2017). Special needs of young women with breast cancer in limited resource settings. *Revista Investigacion Clinica*, 69, 210–222. <https://doi.org/10.24875/RIC.17002285>
- García-Estévez, L., Cortés, J., Pérez, S., Calvo, I., Gallegos, I., ve ark. (2021). Obesity and breast cancer: a paradoxical and controversial relationship influenced by menopausal status. *Frontiers in Oncology*, 11. <https://doi.org/10.3389/FONC.2021.705911>
- Gera, R., Mokbel, R., Igor, I., & Mokbel, K. (2018). Does the use of hair dyes increase the risk of developing breast cancer? a meta-analysis and review of the literature. *Anticancer Research*, 38(2), 707–716. <https://doi.org/10.21873/ANTICANRES.12276>
- Ghizzani, A., Bruni, S., & Luisi, S. (2018). The sex life of women surviving breast cancer. *Gynecological Endocrinology*, 34(10), 821–825. <https://doi.org/10.1080/09513590.2018.1467401>
- Gillespie, T. C., Sayegh, H. E., Brunelle, C. L., Daniell, K. M., & Taghian, A. G. (2018). Breast cancer-related lymphedema: risk factors, precautionary measures, and treatments. *Gland Surgery*, 7(4), 379. <https://doi.org/10.21037/GS.2017.11.04>
- Giuliano, A. E., Connolly, J. L., Edge, S. B., Mittendorf, E. A., Rugo, H. S., ve ark. (2017). Breast cancer-major changes in the American Joint Committee on cancer eighth edition cancer staging manual. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67(4), 290–303. <https://doi.org/10.3322/CAAC.21393>
- GLOBOCAN. (2020). (2023, May 10). Cancer Today. <http://gco.iarc.fr/today/home>

- Goethals, A., & Rose, J. (2023). *Mastectomy*. StatPearls Publishing.
- Gomez, R., & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1975–1991. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00045-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00045-X)
- Gonzalez, P., Castañeda, S. F., Dale, J., Medeiros, E. A., Buelna, C., ve ark. (2014). Spiritual well-being and depressive symptoms among cancer survivors. *Official Journal of the Multinational Association Supportive Care in Cancer*, 22(9), 2393–2400. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2207-2>
- Göktaş, S. (2021). Meme cerrahisinde bakım. In M. Karadağ & H. Bulut (Eds.), *Cerrahi hemşireliği kavram haritası ve akış şemalı* (2nd ed., pp. 933–989). Vize Basın Yayın.
- Gucalp, A., Traina, T. A., Eisner, J. R., Parker, J. S., Selitsky, S. R., Park, B. H ve ark. (2019). Male breast cancer: a disease distinct from female breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 173(1), 37. <https://doi.org/10.1007/S10549-018-4921-9>
- Gumus, F., Baran, G., & Zengin, L. (2014). Spiritual care in nursing. *International Journal of Basic and Clinical Studies (IJBCS)*, 3(1), 102–106.
- Günüşen, N. P., Inan, F. Ş., & Üstün, B. (2013). Experiences of turkish women with breast cancer during the treatment process and facilitating coping factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(5), 3143–3149. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.5.3143>
- Gürdil Yılmaz, S., & Altun Uğraş, G. (2021). Memenin cerrahi gerektiren hastalıkları ve hemşirelik bakımı. In S. Arslan (Ed.), *Cerrahi hemşireliğinde temel kavramlar ve bakım* (1st ed., pp. 543–573). Akademik Kitabevi.
- Gürsu Orhan, & Ay Yaşar. (2018). Din, manevi iyi oluş ve yaşlılık. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 11(61),1176-1190 <https://doi.org/10.17719/jisr.2018.3007>
- Hager, E., Chen, J., & Zhao, L. (2022). Minireview: parabens exposure and breast cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3). <https://doi.org/10.3390/IJERPH19031873>
- Hennequin, C., Belkacémi, Y., Bourgier, C., Cowen, D., Cutuli, B., ve ark. (2022). Radiotherapy of breast cancer. *Cancer/Radiothérapie*, 26(1–2), 221–230. <https://doi.org/10.1016/J.CANRAD.2021.11.013>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2018–2020* (Eleventh). Thieme.
- Hodis, H. N., Bauer, H. J., Rawlins, D. B., & Sarrel, P. M. (2018). Menopausal hormone therapy and breast cancer: what is the evidence from randomized trials? *Climacteric : The Journal of the International Menopause Society*, 21(6), 521. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1514008>
- Hyder, T., Marino, C. C., Ahmad, S., Nasrazadani, A., & Brufsky, A. M. (2021). Aromatase inhibitor-associated musculoskeletal syndrome: understanding mechanisms and management. *Frontiers in Endocrinology*, 12. <https://doi.org/10.3389/FENDO.2021.713700>
- Islam, M. A., Sathi, N. J., Abdullah, H. M., & Tabassum, T. (2022). A meta-analysis of induced abortion, alcohol consumption, and smoking triggering breast cancer risk among women from developed and least developed countries. *International Journal of Clinical Practice*,. <https://doi.org/10.1155/2022/6700688>
- İzgülü, N., & Metin, Z. G., (2020). Kemoterapi ve radyoterapi alan kanserli bireylerde yorgunluk ve spiritüel iyilik hali: tanımlayıcı-korelasyonel bir çalışma. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 7(3), 310–317. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.684123>

- Jacobs, A. T., Martinez Castaneda-Cruz, D., Rose, M. M., & Connelly, L. (2022). Targeted therapy for breast cancer: An overview of drug classes and outcomes. *Biochemical Pharmacology*, 204. <https://doi.org/10.1016/J.BCP.2022.115209>
- Jafari, N., Farajzadegan, Z., Zamani, A., Bahrami, F., Emami, H., ve ark. (2013). Spiritual well-being and quality of life in Iranian women with breast cancer undergoing radiation therapy. *Supportive Care in Cancer*, 21(5), 1219–1225. <https://doi.org/10.1007/S00520-012-1650-1/TABLES/1>
- Jensen, K. E., Soril, L. J. J., Stelfox, H. T., Clement, F. M., Lin, Y., ve ark. (2017). Side effects associated with the use of intensity-modulated radiation therapy in breast cancer patients undergoing adjuvant radiation therapy: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 48(4), 402–413. <https://doi.org/10.1016/J.JMIR.2017.09.002>
- Ji, L. W., Jing, C. X., Zhuang, S. L., Pan, W. C., & Hu, X. P. (2019). Effect of age at first use of oral contraceptives on breast cancer risk: an updated meta-analysis. *Medicine*, 98(36). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015719>
- Jimenez-Fonseca, P., Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P. J., Carmona-Bayonas, A., Beato, C., ve ark. (2018). The mediating role of spirituality (meaning, peace, faith) between psychological distress and mental adjustment in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 26(5), 1411–1418. <https://doi.org/10.1007/S00520-017-3969-0/FIGURES/1>
- Jones, C., & Lancaster, R. (2018). Evolution of operative technique for mastectomy. *The Surgical Clinics of North America*, 98(4), 835–844. <https://doi.org/10.1016/J.SUC.2018.04.003>
- Jung, S., Spiegelman, D., Baglietto, L., Bernstein, L., Boggs, D. A. ve ark. (2013). Fruit and vegetable intake and risk of breast cancer by hormone receptor status. *Journal of the National Cancer Institute*, 105(3), 219–236. <https://doi.org/10.1093/JNCI/DJS635>
- Kavak, F., Özdemir, A., & Dural, G. (2021). The relation between spiritual wellbeing and psychological resilience among patients diagnosed with advanced gastrointestinal cancer. *Current Psychology*, 40(4), 1788–1794. <https://doi.org/10.1007/S12144-018-0116-0/TABLES/4>
- Kavalalı Erdoğan, T., & Koç, Z. (2021). Loneliness, death perception, and spiritual well-being in adult oncology patients. *Cancer Nursing*, 44(6), E503–E512. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000930>
- Khan, N. A. J., & Tirona, M. (2021). An updated review of epidemiology, risk factors, and management of male breast cancer. *Medical Oncology*, 38(4). <https://doi.org/10.1007/S12032-021-01486-X>
- Klotz, K., Weistenhöfer, W., Neff, F., Hartwig, A., Van Thriel, C., ve ark. (2017). The health effects of aluminum exposure. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(39), 653. <https://doi.org/10.3238/ARZTEBL.2017.0653>
- Komariah, M., Firdaus Hasymi Zul Khairul, M., Paudel, K., & Latif, A. (2021). Correlation between spiritual well-being and level of fatigue among patients suffering from breast cancer. *Jurnal Kepawataran Padjadjaran*. <http://jkp.fkep.unpad.ac.id/index.php/jkp/article/view/1592/283>
- Koral, L., & Cirak, Y. (2021). The relationships between fear of cancer recurrence, spiritual well-being and psychological resilience in non-metastatic breast cancer survivors during the COVID-19 outbreak. *Psycho-Oncology*, 30(10), 1765. <https://doi.org/10.1002/PON.5727>
- Koual, M., Tomkiewicz, C., Cano-Sancho, G., Antignac, J. P., Bats, A. S., ve ark. (2020). Environmental chemicals, breast cancer progression and drug resistance. *Environmental Health*, 19(117). <https://doi.org/10.1186/S12940-020-00670-2>
- Köktürk Dalcalı, B., Durgun, H., & Can, Ş. (2021). Spiritual well-being and quality of life in patients who receive treatment in oncology units. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*. 2(2), 536–553. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.812182>

- Kuchenbaecker, K. B., Hopper, J. L., Barnes, D. R., Phillips, K.-A., Mooij, T. M., ve ark. (2017). Risks of breast, ovarian, and contralateral breast cancer for BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *JAMA*, 317(23), 2402–2416. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.7112>
- Kufel-Grabowska, J., Lachowicz, M., Bartoszkiewicz, M., Ramlau, R., Maliszewski, D., ve ark. (2022). Sexual health in breast cancer patients in Poland. *Nowotwory. Journal of Oncology*, 72(2), 74–79. <https://doi.org/10.5603/NJO.A2022.0008>
- Lazenby, M., & Khatib, J. (2012). Associations among patient characteristics, health-related quality of life, and spiritual well-being among arab muslim cancer patients. *Journal of Palliative Medicine*, 15(12), 1321–1324. <https://doi.org/10.1089/JPM.2012.0208>
- Leão, D. C. M. R., Pereira, E. R., Silva, R. M. C. R. A., Rocha, R. C. N. P., Cruz-Quintana, F., ve ark. (2022). Spiritual and emotional experience with a diagnosis of breast cancer: a scoping review. *Cancer Nursing*, 45(3), 224–235. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000936>
- Liu, G., Cai, W., Liu, H., Jiang, H., Bi, Y., ve ark. (2021). The association of bisphenol a and pthalates with risk of breast cancer: a meta-analysis. *Public Health*, 18, 2375. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052375>
- Liu, L., Hao, X., Song, Z., Zhi, X., Zhang, S., ve ark. (2021). Correlation between family history and characteristics of breast cancer. *Scientific Reports*, 11(1), 6360. <https://doi.org/10.1038/S41598-021-85899-8>
- Liu, Y., Nguyen, N., & Colditz, G. A. (2015). Links between alcohol consumption and breast cancer: a look at the evidence. *Women's Health*, 11(1), 65. <https://doi.org/10.2217/WHE.14.62>
- Lo-Fo-Wong, D. N. N., de Haes, H. C. J. M., Aaronson, N. K., Van Abbema, D. L., den Boer, M. D., ve ark (2020). Risk factors of unmet needs among women with breast cancer in the post-treatment phase. *Psycho-Oncology*, 29(3), 539. <https://doi.org/10.1002/PON.5299>
- Macacu, A., Autier, P., Boniol, M., & Boyle, P. (2015). Active and passive smoking and risk of breast cancer: a meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 154(2), 213–224. <https://doi.org/10.1007/S10549-015-3628-4>
- Maleki, M., Mardani, A., Ghafourifard, M., & Vaismoradi, M. (2021). Qualitative exploration of sexual life among breast cancer survivors at reproductive age. *BMC Women's Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/S12905-021-01212-9>
- Martini, M. C. (2020). Deodorants and antiperspirants. *Annales de Dermatologie et de Venereologie*, 147(5), 387–395. <https://doi.org/10.1016/J.ANNDER.2020.01.003>
- McLaughlin, S. A., Brunelle, C. L., & Taghian, A. (2020). Breast cancer–related lymphedema: risk factors, screening, management, and the impact of locoregional treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 38(20), 2341. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.02896>
- McRoy, S., Rastegar-Mojarad, M., Wang, Y., Ruddy, K. J., Haddad, T. C., ve ark. (2018). Assessing unmet information needs of breast cancer survivors: exploratory study of online health forums using text classification and retrieval. *JMIR Cancer*, 4(1). <https://doi.org/10.2196/CANCER.9050>
- Mehdi Amin, M., Tabatabaeian, M., Chavoshani, A., Amjadi, E., Hashemi, M., ve ark. (2019). Paraben content in adjacent normal-malignant breast tissues from women with breast cancer. *Biomedical and Environmental Sciences*, 32(12), 893–904. <https://doi.org/10.3967/BES2019.112>
- Merath, K., Palmer Kelly, E., Hyer, J. M., Mehta, R., Agne, J. L., ve ark. (2020). Patient perceptions about the role of religion and spirituality during cancer care. *Journal of Religion and Health*, 59(4), 1933–1945. <https://doi.org/10.1007/S10943-019-00907-6/TABLES/4>
- Mlinac, M. E., & Feng, M. C. (2016). Assessment of activities of daily living, self-care, and independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(6), 506–516. <https://doi.org/10.1093/ARCLIN/ACW049>

- Mohanty, S. S., & Mohanty, P. K. (2019). Obesity as potential breast cancer risk factor for postmenopausal women. *Genes & Diseases*, 8(2), 117–123. <https://doi.org/10.1016/J.GENDIS.2019.09.006>
- Mokbel, K., & Mokbel, K. (2019). Chemoprevention of breast cancer with vitamins and micronutrients: a concise review. *In Vivo*, 33(4), 983–997. <https://doi.org/10.21873/INVIVO.11568>
- Moo, T. A., Sanford, R., Dang, C., & Morrow, M. (2018). Overview of breast cancer therapy. *PET Clinics*, 13(3), 339. <https://doi.org/10.1016/J.CPET.2018.02.006>
- Mughees, M., Chugh, H., & Wajid, S. (2022). Mechanism of phthalate esters in the progression and development of breast cancer. *Drug and Chemical Toxicology*, 45(3), 1021–1025. <https://doi.org/10.1080/01480545.2020.1802480>
- Muntlin Athlin, Å., Brovall, M., Wengström, Y., Conroy, T., & Kitson, A. L. (2018). Descriptions of fundamental care needs in cancer care, An exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), 2322–2332. <https://doi.org/10.1111/JOCN.14251>
- Musarezaie, A., Naji-Esfahani, H., Ghasemi, T. M.-G., Karimian, J., & Ebrahimi, A. (2013). Investigation of the SWB and its relation with demographic parameters in patients with breast cancer referred to an oncology hospital affiliated to the Isfahan university of medical sciences. *Journal of Education and Health Promotion*, 2(1), 42. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.115844>
- Muzdalifah, F., Ariyani, M., Gazadinda, R., & Tsalitsaturrajbiyah. (2022). Spiritual Well-Being as a Predictor of Quality of Life Among Breast Cancer Patients in Indonesia. Proceedings of the 3rd Borobudur International Symposium on Humanities and Social Science 2021, 258–268. https://doi.org/10.2991/978-2-494069-49-7_44
- Neilson, H. K., Farris, M. S., Stone, C. R., Vaska, M. M., Brenner, D. R., ve ark. (2017). Moderate-vigorous recreational physical activity and breast cancer risk, stratified by menopause status: a systematic review and meta-analysis. *Menopause*, 24(3), 322–344. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000745>
- Neil-Sztramko, S. E., Boyle, T., Milosevic, E., Nugent, S. F., Gotay, C. C., ve ark. (2017). Does obesity modify the relationship between physical activity and breast cancer risk? *Breast Cancer Research and Treatment*, 166(2), 367–381. <https://doi.org/10.1007/S10549-017-4449-4/METRICS>
- Neo, J., Fettes, L., Gao, W., Higginson, I. J., & Maddocks, M. (2017). Disability in activities of daily living among adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews*, 61, 94–106. <https://doi.org/10.1016/J.CTRV.2017.10.006>
- Nindrea, R. D., Aryandono, T., & Lazuardi, L. (2017). Breast cancer risk from modifiable and non-modifiable risk factors among women in southeast asia: a meta-analysis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(12), 3201. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.12.3201>
- Noels, E. C., Lapid, O., Lindeman, J. H. N., & Bastiaannet, E. (2015). Breast implants and the risk of breast cancer: a meta-analysis of cohort studies. *Aesthetic Surgery Journal*, 35(1), 55–62. <https://doi.org/10.1093/ASJ/SJU006>
- Noguchi, M., Inokuchi, M., Noguchi, Miki, Morioka, E., Ohno, Y., ve ark. (2021). Axillary surgery for breast cancer: past, present, and future. *Breast Cancer*, 28, 9–15. <https://doi.org/10.1007/s12282-020-01120-0>
- Ölmez, N., & Karadağ, E., (2022). Ayaktan kemoterapi alan kanserli hastaların spiritüel iyilik hali ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişki. *Sakarya Medical Journal*, 12(3), 390–402. <https://doi.org/10.31832/SMJ.1075527>
- Özbayır, T., Geçkil, Ö. S., & Aslan, A. (2017). An adaptation of the short-form supportive care needs survey questionnaire (scns-sf 34) into turkish. *European Journal of Breast Health*, 13(4), 183. <https://doi.org/10.5152/TJBH.2017.3266>

- Özlük A., Güner Oytun M., & Güneç D. (2017). Kanser immünoterapisi. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Transplantasyon Dergisi*, 2(1), 21–23.
- Pahlevan Sharif, S., & Ong, F. S. (2019). Education moderates the relationship between spirituality with quality of life and stress among malay muslim women with breast cancer. *Journal of Religion and Health*, 58(4), 1060–1071. <https://doi.org/10.1007/S10943-018-0587-1/FIGURES/1>
- Park, J., Huang, D., Chang, Y. J., Lim, M. C., & Myung, S. K. (2022). Oral contraceptives and risk of breast cancer and ovarian cancer in women with a BRCA1 or BRCA2 mutation: a meta-analysis of observational studies. *Carcinogenesis*, 43(3), 231–242. <https://doi.org/10.1093/CARCIN/BGAB107>
- Park, J., Merriman, J., Brody, A., Fletcher, J., Yu, G., ve ark. (2021). Limb volume changes and activities of daily living: a prospective study. *Lymphatic Research and Biology*, 19(3), 261–268. <https://doi.org/10.1089/LRB.2020.0077>
- Paterson, C., Toohey, K., Bacon, R., Kavanagh, P. S., & Roberts, C. (2022). What are the unmet supportive care needs of people affected by cancer: an umbrella systematic review. *Seminars in Oncology Nursing*, 151353. <https://doi.org/10.1016/J.SONCN.2022.151353>
- Pearce, M. J., Coan, A. D., Herndon, J. E., Koenig, H. G., & Abernethy, A. P. (2012). Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 20(10), 2269–2276. <https://doi.org/10.1007/S00520-011-1335-1/TABLES/4>
- Pérez-Fortis, A., Fleer, J., Sánchez-Sosa, J. J., Veloz-Martínez, M. G., Alanís-López, P., ve ark. (2017). Prevalence and factors associated with supportive care needs among newly diagnosed Mexican breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 25(10), 3273. <https://doi.org/10.1007/S00520-017-3741-5>
- Peterman, A. H., Fitchett, G., Min, D., Brady, M. J., Hernandez, L., ve ark. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine*, <https://academic.oup.com/abm/article/24/1/49/4631552>
- Phenwan, T., Peerawong, T., & Tulathamkij, K. (2019). The meaning of spirituality and spiritual well-being among thai breast cancer patients: a qualitative study. *Indian Journal of Palliative Care*, 25(1), 119. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_101_18
- Plesca, M., Bordea, C., El Houcheimi, B., Ichim, E., & Blidaru, A. (2016). Evolution of radical mastectomy for breast cancer. *Journal of Medicine and Life*, 9(2), 183.
- Poorolajal, J., Heidarimoghis, F., Karami, M., Cheraghi, Z., Gohari-Ensaf, F., ve ark. (2021). Factors for the primary prevention of breast cancer: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Research in Health Sciences*, 21(3), e00520. <https://doi.org/10.34172/JRHS.2021.57>
- Posso, M., Alcántara, R., Vázquez, I., Comerma, L., Baré, M., ve ark. (2022). Mammographic features of benign breast lesions and risk of subsequent breast cancer in women attending breast cancer screening. *European Radiology*, 32(1), 621–629. <https://doi.org/10.1007/S00330-021-08118-Y/FIGURES/1>
- Remick, J., & Amin, N. P. (2023). *Postmastectomy Breast Cancer Radiation Therapy*. StatPearls Publishing.
- Rha, S. Y., Song, S. K., & Lee, J. (2022). Self-efficacy for coping with cancer and quality of life in advanced gastric cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 58. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102120>
- Rivera, A. S., Akanbi, M., O'Dwyer, L. C., & McHugh, M. (2020). Shift work and long work hours and their association with chronic health conditions: A systematic review of systematic reviews with meta-analyses. *PLoS One*, 15(4). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0231037>
- Saghatchian, M., & Lesur, A. (2019). Gestion des effets secondaires de l'hormonothérapie du cancer du sein chez la femme jeune. *Bulletin Du Cancer*, 106(12), S37–S42. [https://doi.org/10.1016/S0007-4551\(20\)30046-1](https://doi.org/10.1016/S0007-4551(20)30046-1)

- Saraçoğlu, A. D. (2019). Dezavantajlı gruplar-psiko-sosyal ve manevi bakım. Akademik Platform, *İslami Araştırmalar Dergisi*, 3(1), 89–93.
- Sarah, G., Mark, C; on behalf of the Shift Work and Breast Cancer Strategic Advisory Group (2020). Shift work and breast cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 1–8. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17249544>
- Senmar, M., Hasannia, E., Moeinoddin, A., Lotfi, S., Hamed, F., ve ark. (2020). Psychosocial adjustment to illness and its relationship with spiritual wellbeing in Iranian cancer patients. *International Journal of Chronic Diseases*, 2020, 1–5. <https://doi.org/10.1155/2020/5742569>
- Shah, C., Bauer-Nilsen, K., McNulty, R. H., & Vicini, F. (2020). Novel radiation therapy approaches for breast cancer treatment. *Seminars in Oncology*, 47(4), 209–216. <https://doi.org/10.1053/J.SEMINONCOL.2020.05.003>
- Shaikh, A. J., Dhillon, N., Shah, J., Kathomi, C., Kiragu, A., ve ark. (2022). Supporting Kenyan women with advanced breast cancer through a network and assessing their needs and quality of life. *Supportive Care in Cancer*, 30(2), 1557. <https://doi.org/10.1007/S00520-021-06539-5>
- Shamshirian, A., Heydari, K., Shams, Z., Aref, A. R., Shamshirian, D., ve ark. (2020). Breast cancer risk factors in Iran: A systematic review & Meta-analysis. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation*, 41(4). https://doi.org/10.1515/HMBCI-2020-0021/ASSET/GRAPHIC/J_HMBCI-2020-0021_FIG_002.JPG
- Shien, T., & Iwata, H. (2020). Adjuvant and neoadjuvant therapy for breast cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 50(3), 225–229. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyz213>
- Silva Ferreira, I., Carvalho Fernandes, A. F., Moura Barbosa Castro, R. C., Rodrigues Bezerra, A., & Velasco Yanez, R. J. (2022). Telenursing in the sexual function of women with breast cancer: A study protocol. *Medicine*, 101(47), e31449. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000031449>
- Simon, A., & Robb, K. (2022). Breast cancer. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, Second Edition, 577–580. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543579.131>
- Sleight, A. G., Lyons, K. D., Vigen, C., Macdonald, H., & Clark, F. (2018). The association of health-related quality of life with unmet supportive care needs and sociodemographic factors in low-income Latina breast cancer survivors: a single-centre pilot study. *Disability and Rehabilitation*, 41(26), 3151–3156. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1485179>
- So, W. K., Chan, D. N., Lou, Y., Choi, K.-C., Chan, ve ark. (2015). Brassiere wearing and breast cancer risk: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Meta-Analysis* 3(4), 193–205. <https://doi.org/10.13105/WJMA.V3.I4.193>
- Sondén, E. C. B., Sebuødegård, S., Korvald, C., Lømo, J., Schlichting, E., ve ark. (2020). Kosmetiske brystimplantater og brystkreft. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 140(3). <https://doi.org/10.4045/TIDSSKR.19.0266>
- Sun, Y. S., Zhao, Z., Yang, Z. N., Xu, F., Lu, H. J., ve ark. (2017). Risk factors and preventions of breast cancer. *International Journal of Biological Sciences*, 13(11), 1387. <https://doi.org/10.7150/IJBS.21635>
- Sussman, J., Bainbridge, D., Whelan, T. J., Brazil, K., Parpia, S., ve ark. (2018). Evaluation of a specialized oncology nursing supportive care intervention in newly diagnosed breast and colorectal cancer patients following surgery: a cluster randomized trial. *Supportive Care in Cancer*, 26(5), 1533–1541. <https://doi.org/10.1007/S00520-017-3981-4/TABLES/4>
- T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2017). Türkiye Kanser İstatistikleri. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2017-turkiye-kanser-i-istatistikleri.html>
- Tan, M. M., Ho, W. K., Yoon, S. Y., Mariapun, S., Hasan, S. N., ve ark. (2018). A case-control study of breast cancer risk factors in 7,663 women in Malaysia. *PLoS ONE*, 13(9). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0203469>

- Taylor, E. J., Gober-Park, C., Schoonover-Shoffner, K., Mamier, I., Somaiya, C. K., ve ark. (2019). Nurse religiosity and spiritual care: an online survey. *Clinical Nursing Research*, 28(5), 636–652. <https://doi.org/10.1177/1054773817725869>
- Temiz, G., & Durna, Z. (2020). Evaluation of quality of life and health care needs in cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of Cancer Education*, 35(4), 796–807. <https://doi.org/10.1007/S13187-019-01533-2/TABLES/5>
- Thomaz, J. P., Dias, T. dos S. M., & de Rezende, L. F. (2018). Effect of taping as treatment to reduce breast cancer lymphedema: literature review. *Jornal Vascular Brasileiro*, 17(2), 136–140. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.007217>
- Tong, H., Wu, Y., Yan, Y., Dong, Y., Guan, X., ve ark. (2020). No association between abortion and risk of breast cancer among nulliparous women: Evidence from a meta-analysis. *Medicine*, 99(19), e20251. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020251>
- Tsaras, K., Papathanasiou, I. V., Mitsi, D., Veneti, A., Kelesi, M., ve ark. (2018). Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(6), 1661. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1661>
- Unar-Munguía, M., Torres-Mejía, G., Colchero, M. A., & González De Cosío, T. (2017). Breastfeeding mode and risk of breast cancer: a dose-response meta-analysis. *Journal of Human Lactation*, 33(2), 422–434. <https://doi.org/10.1177/0890334416683676>
- Vieira, R., Sánchez Tobar, J. S., Dardes, R., & Thuler, L. C. S. (2018). Alcohol consumption as a risk factor for breast cancer development: a case-control study in Brazil. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(3), 703. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.3.703>
- Vinogradova, Y., Coupland, C., & Hippisley-Cox, J. (2020). Use of hormone replacement therapy and risk of breast cancer: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *The BMJ*, 371. <https://doi.org/10.1136/BMJ.M3873>
- Voutsadakis, I. A. (2021). Vitamin D baseline levels at diagnosis of breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Hematology/Oncology and Stem Cell Therapy*, 14(1), 16–26. <https://doi.org/10.1016/J.HEMONC.2020.08.005>
- Wang, S., Li, Y., Li, C., Qiao, Y., & He, S. (2018). Distribution and determinants of unmet need for supportive care among women with breast cancer in China. *Medical Science Monitor*, 24, 1680. <https://doi.org/10.12659/MSM.905282>
- Weathers, E., McCarthy, G., & Coffey, A. (2016). Concept analysis of spirituality: an evolutionary approach. *Nursing Forum*, 51(2), 79–96. <https://doi.org/10.1111/NUF.12128>
- Wei, F., Chen, W., & Lin, X. (2021). Night-shift work, breast cancer incidence, and all-cause mortality: an updated meta-analysis of prospective cohort studies. *Sleep and Breathing*, 26(4), 1509–1526. <https://doi.org/10.1007/S11325-021-02523-9/FIGURES/5>
- White, A. J., DeRoo, L. A., Weinberg, C. R., & Sandler, D. P. (2017). Lifetime alcohol intake, binge drinking behaviors, and breast cancer risk. *American Journal of Epidemiology*, 186(5), 541. <https://doi.org/10.1093/AJE/KWX118>
- Winters, S., Martin, C., Murphy, D., & Shokar, N. K. (2017). Breast cancer epidemiology, prevention, and screening. *Progress in Molecular Biology and Translational Science*, 151, 1–32. <https://doi.org/10.1016/BS.PMBTS.2017.07.002>
- Xia, H. Z., Gao, L., Yue, H., & Shi, B. X. (2018). Exploring meaning in the life of chinese breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 41(2), 124–130. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000466>

- Xu, S., Wang, H., Liu, Y., Zhang, C., Xu, Y., ve ark. (2021). Hair chemicals may increase breast cancer risk: A meta-analysis of 210319 subjects from 14 studies. *PLoS ONE*, 16(2). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0243792>
- Yedjou, C. G., Sims, J. N., Miele, L., Noubissi, F., Lowe, L., ve ark. (2019). Health and racial disparity in breast cancer. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1152, 31. https://doi.org/10.1007/978-3-030-20301-6_3
- Yıldırım Kaptanoğlu A. (2013). Sağlık alanında hipotezden teze. Beşir Kitabevi.
- Yildiz Kabak, V., Atasavun Uysal, S., & Duger, T. (2021). Screening supportive care needs, compliance with exercise program, quality of life, and anxiety level during the COVID-19 pandemic in individuals treated with hematopoietic stem cell transplantation. *Supportive Care in Cancer*, 29(7), 4065–4073. <https://doi.org/10.1007/S00520-020-05965-1/TABLES/2>
- Youn, H. J., & Han, W. (2020). A review of the epidemiology of breast cancer in Asia: focus on risk factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 21(4), 867. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.4.867>
- Yuan, X., Yi, F., Hou, C., Lee, H., Zhong, X., ve ark. (2019). Induced abortion, birth control methods, and breast cancer risk: a case-control study in China. *Journal of Epidemiology*, 29(5), 173–179. <https://doi.org/10.2188/JEA.JE20170318>
- Zehr, K. R. (2019). Diagnosis and treatment of breast cancer in men. *Radiologic Technology*, 91(1), 51M–63M. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31471487/>
- Zhang, B., Shu, X. O., Delahanty, R. J., Zeng, C., Michailidou, K., ve ark. (2015). Height and breast cancer risk: evidence from prospective studies and mendelian randomization. *Journal of the National Cancer Institute*, 107(11). <https://doi.org/10.1093/JNCI/DJV219>
- Zhu, H., & Doğan, B. E. (2021). American Joint Committee on Cancer's Staging System for Breast Cancer, Eighth Edition: Summary for Clinicians. *European Journal Of Breast Health*, 17(3), 234–238. <https://doi.org/10.4274/EJBH.GALENOS.2021.2021-4-3>



8. EKLER

EK 1 Tanıtıcı Bilgi Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu form katılmanız istenen araştırma ile ilgili olarak sizi **aydınlatmak amacı** ile hazırlanmıştır. Bu çalışmada” **Meme Kanseri Tanısı Alan Bireylerin Manevi İyi Oluşları ve Destekleyici Bakım Gereksinimleri**” belirlenecektir. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Çalışmamız bir anket formu, manevi iyi oluş ölçeği ve destekleyici bakım gereksinimlerini değerlendiren üç formdan oluşmaktadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük esasına** dayanmaktadır. Çalışmaya, katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmanın uygulanması sırasında bakım ve tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Bize verdiğiniz **tüm bilgileriniz gizli tutulacaktır.**

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Hilal TÜRK BEN POLAT

Yardımcı Araştırmacı: Arş. Gör. Gizem Nur KATI

Adres: Necmettin Erbakan Üniversitesi Seydişehir

Kâmil Akkanat Sağlık Bilimleri Fakültesi

1.Yaş

2.Cinsiyet

Kadın () Erkek()

3.Boy..... Kilo..... BKİ.....

4.Medeni durumunuz

Evli () Bekar ()

5.Çocuk sayınız.....

6.Eğitim durumunuz

Okuryazar-İlköğretim () Ortaöğretim() Lise() Üniversite ve üzeri ()

7.Gelir durumunuz

Gelir giderden az ()

Gelir gidere eşit ()

Gelir giderden çok

8.Çalışma durumunuz

Evet () Hayır ()

9.Ek kronik hastalığınız var mı?

Evet () Hayır ()

10.Kanser evreniz

Evre 1 () Evre 2 () Evre3 () Evre 4 ()

11.Teşhis aldıktan sonraki süre (Ay)

12.Tedavi şekliniz

Cerrahi ()

Cerrahi + Kemoterapi ()

Cerrahi + Radyoterapi ()

Cerrahi +Hormon Tedavisi ()

Cerrahi + Kemoterapi+ Radyoterapi ()

Cerrahi + Kemoterapi+ Hormon Tedavisi ()

Cerrahi + Radyoterapi + Hormon Tedavisi ()

Cerrahi + Kemoterapi+ Radyoterapi+ Hormon Tedavisi ()

13. Hastalığınız süresince başkasından destekleyici bakım alma durumunuz

Evet () Hayır ()

14. Hastalığınız süresince destekleyici bakım aldıysanız kimden aldınız?

Eş ve çocuk () Diğer aile üyeleri () Arkadaş () Hemşire () Diğer ()

15. Hastalığınız süresince destekleyici bakım gereksinimine ihtiyaç duyduunuz mu?

Evet () Hayır ()

16. Hastalığınız süresince bakım gereksinimine ihtiyaç duyduysanız en çok hangi konuda/konularda ihtiyaç duyduunuz?

Kişisel temizlik ve giyim ()

Boşaltım ()

Yeme içme ()

Hareket/yürüme ()

İletişim ()

Diğer ()

EK 2 Manevi İyi Oluş Ölçeği (FACIT-Sp-12)

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

	Hiç	Çok Az	Biraz	Oldukça	Çok Fazla
1)Kendimi huzurlu hissediyorum.	0	1	2	3	4
2)Yaşamak için bir nedenim var.	0	1	2	3	4
3)Yaşamım verimlidir.	0	1	2	3	4
4)İç huzuru duymakta zorluk çekiyorum.	0	1	2	3	4
5)Hayatımın bir amacı olduğunu hissediyorum	0	1	2	3	4
6)Duygusal rahatlığı kendi içimde bulabiliyorum	0	1	2	3	4
7)İçimde bir uyum ve ahenk hissi duyuyorum	0	1	2	3	4
8)Yaşamım anlam ve amaçtan yoksun	0	1	2	3	4
9)Dinsel veya manevi inançlarımda duygusal rahatlık buluyorum	0	1	2	3	4
10)Dinsel veya manevi inançlarımda kuvvet buluyorum	0	1	2	3	4
11)Hastalığım, dinsel veya manevi inançlarımı kuvvetlendirdi	0	1	2	3	4
12)Hastalığımla ilgili olarak ne olursa olsun, herşeyin iyi olacağına inanıyorum	0	1	2	3	4

EK 3 Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Türkçe Formu (DeBGÖ-KF 29Tr)

Geçen ay içerisinde, aşağıda yer alan seçeneklere ilişkin hangi desteğe ne düzeyde ihtiyacınız oldu?	İhtiyacım olmadı		İhtiyacım oldu		
	Benim için uygun değil	Benim için yeterli	Biraz ihtiyacım oldu	Oldukça ihtiyacım oldu	Çok fazla ihtiyacım oldu
1. Ağrı	1	2	3	4	5
2. Güçsüzlük/ yorgunluk	1	2	3	4	5
3. Çoğu zaman iyi hissetmeme	1	2	3	4	5
4. Ev işi yapma	1	2	3	4	5
5. Önceden yapabildiğiniz işleri yapamama	1	2	3	4	5
6. Kaygı/Endişe	1	2	3	4	5
7. Morali bozuk ya da depresif hissetme	1	2	3	4	5
8. Üzgün hissetme	1	2	3	4	5
9. Kanserin yayılacağı korkusu	1	2	3	4	5
10. Tedavi sonuçlarının kontrolünüzün dışında olacağı endişesi	1	2	3	4	5
11. Gelecek hakkında belirsizlik	1	2	3	4	5
12. Durumunuzu kontrol altına almayı öğrenme	1	2	3	4	5
13. Ölüm ve ölüme ilişkin hisler	1	2	3	4	5
14. Cinsel duygularda değişme	1	2	3	4	5

15. Cinsel ilişkide değişme	1	2	3	4	5
16. Sağlık personelinin hissettiğiniz duyguların normal olduğunu onaylaması	1	2	3	4	5
17. Hastane çalışanlarının fiziksel ihtiyaçlarınıza hemen cevap vermesi	1	2	3	4	5
18. Hastane çalışanlarının hislerinize ve duygusal ihtiyaçlarınıza duyarlılık göstermesi ve bunları kabul etmesi	1	2	3	4	5
19. Bakımınızla ilgili önemli konular hakkında yazılı bilgi verilmesi	1	2	3	4	5
20. Evinizde hastalığınız ve yan etkileri ile baş edebilmeniz için size bilgi verilmesi (yazılı, şema, çizimler)	1	2	3	4	5
21. Bilgi verilmesini beklediğiniz testler hakkında size açıklama yapılması	1	2	3	4	5
22. Tedavinizi seçmeden önce yararları ve yan etkileri hakkında yeterince bilgilendirilme	1	2	3	4	5
23. Test sonuçlarınız hakkında en kısa sürede bilgilendirme	1	2	3	4	5
24. Kontrol altına alınmış veya iyileşmekte olan hastalık hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
25. İyileşmek için kendi kendinize yapabileceğiniz şeyler hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
26. Siz, aileniz ve arkadaşlarınızın ihtiyaç duyduğunda profesyoneldanışmanlık alabilmesi (ör. psikolog, sosyal hizmet uzmanı, danışman, uzman hemşire)	1	2	3	4	5

27. Cinsel ilişki hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
28. Mümkün olduğu kadar fiziksel açıdan güzel bir hastane veya klinikte tedavi görme	1	2	3	4	5
29. Durumunuz, tedaviniz ve takibiniz hakkındaki tüm konuları konuşabileceğiniz bir sağlık çalışanının olması	1	2	3	4	5



EK 4 Etik Kurul Onayı



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı: 25	Toplantı Tarihi: 14.09.2022
---------------------	-----------------------------

Karar Sayısı:2022/272:(Başvuru ID:11082) N.E.Ü. Seydişehir Kamil Akkanat Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Hilal TÜRK BEN POLAT'ın “**Meme Kanseri Tanısı Alan Bireylerin Manevi İyi Oluşları ve Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi**” başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili başvurusu görüşüldü, Öğrenci Gizem Nur KATI'nın yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Seydişehir Kamil Akkanat Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Hilal TÜRK BEN POLAT'ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacıya aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Hilal TÜRK BEN POLAT
Yardımcı Araştırmacılar : Yüksek Lisans Öğrencisi Gizem Nur KATI

ASLI GİBİDİR
14.09.2022

Prof. Dr. Emine GEÇKİL
Etik Kurulu Başkanı

EK 5 Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Başhekimliği Çalışma İzni



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : E-14567952-900-248616
Konu : Tez Çalışması Hk.

28.09.2022

Sayın Dr.Öğr.Üyesi Hilal TÜRK BEN POLAT

İlgi : 26.09.2022 tarihli dilekçeniz..

İlgi sayılı dilekçenize istinaden, "Meme Kanseri Tanısı Alan Bireylerin Manevi İyi Oluşları ve Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmanızın verilerini Hastanemiz Onkoloji Kliniğinde meme kanseri tanısı almış bireyler ile görüşerek toplamanız uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır

Doç. Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 051P-0TE1-05PI Belge Doğrulama Adresi : <https://ebysorgu.erbakan.edu.tr>

Adres: Hocaahlan Mahallesi Sultan Abdülhamit Han Caddesi No:3 Selçuklu/ Konya
Telefon No : 0332 223 60 01
e-Posta :

Fax No :

İnternet Adresi : <http://www.erbakan.edu.tr>

Bilgi İçin :H.Pınar Üstün
Sekreter

Telefon No:0332 223 60 01



EK 6 Manevi İyi Oluş Ölçeği (FACIT-Sp-12) Kullanım İzni

Gizem Katı <

25 May 2022 Çar 11:58



Alıcı:

Ümmühan Hocam Merhaba ben Gizem Nur KATI. Necmettin Erbakan Üniversitesi Seydişehir Kamil Akkanat Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında araştırma görevlisiyim.İzninizle çalışmamda Manevi İyi Oluş Ölçeğinizi kullanmak istiyorum.Saygılarımla

İlt: Ölçeği çalışmada kullanabilirsin. Kolaylıklar dilerim

Ümmühan Aktürk

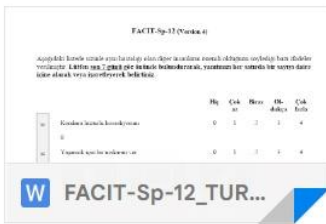
25 May 2022 Çar 12:59

Alıcı: ben ▾

Doç. Dr. Ümmühan AKTÜRK

İnönü Üniversitesi/ Hemşirelik Fakültesi/ Halk Sağlığı Hemşireliği

3 Ek • Gmail tarafından tarandı ⓘ



EK 7 Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Türkçe Formu (DeBGÖ-KF 29^{Tr}) Kullanım İzni

Gönderen: Gizem Katı <

Gönderildi: 26 Mayıs 2022 Perşembe 17:26:38

Kime: ozlem er

Konu:

Özlem Hocam Merhaba ben Gizem Nur KATI. Necmettin Erbakan Üniversitesi Seydişehir Kamil Akkanat Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında araştırma görevlisiyim.İzninizle çalışmamda Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğinizi kullanmak istiyorum.Hocam birde ölçeği kullanırken kemoterapi veya radyoterapi alan meme kanserli hastalarda kür sayısı ile ilgili bir kısıtlama var mı? Saygılarımla

ozlem er

Alıcı: ben ▾

27 May 2022 Cum 10:17



Sayın Gizem Nur KATI

Türkçe'ye uyarladığımız "Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu"nu çalışmanızda kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti, öncelikle teşekkür eder çalışmanızda başarılar dileriz.

Dr. Öğr. Üyesi Özlem SOYER ER

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Merkez /AFYONKARAHİSAR

TÜRKİYE

2 Ek • Gmail tarafından tarandı ⓘ

