



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**MEME KANSERİ HASTALARININ CEPTEN YAPTIĞI
HARCAMALARIN YAŞAM KALİTESİ İLE BAŞA ÇIKMA VE
ADAPTASYON SÜRECİNE ETKİSİ**

Doktora Tezi

Yasemin ÖZYER

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Zeliha KOÇ**

**SAMSUN
2020**

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**



**MEME KANSERİ HASTALARININ CEPTEN YAPTIĞI
HARCAMALARIN YAŞAM KALİTESİ İLE BAŞA ÇIKMA VE
ADAPTASYON SÜRECİNE ETKİSİ**

Doktora Tezi

Yasemin ÖZYER

Danışman
Prof. Dr. Zeliha KOÇ

SAMSUN
2020

TEZ KABUL VE ONAYI

Yasemin ÖZYER tarafından, Prof. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan *Meme Kanseri Hastalarının Cepten Yaptığı Harcamaların Yaşam Kalitesi ile Başa Çıkma ve Adaptasyon Sürecine Etkisi* başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 11.12.2020 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	İmza	Sonuç
Başkan (Danışman)	Prof. Dr. Zeliha KOÇ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
	Dr. Öğr. Üyesi Gülpembe OĞUZHAN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Serap TOPATAN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Münevver SÖNMEZ Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ Amasya Üniversitesi Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

ONAY

... / ... / ...

Prof. Dr. Ali BOLAT
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım doktora tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yaralandığım eserlerin kaynaklarda gösterilenlerden oluştuğunu, enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. Bölüm 9. Maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

İmza

13 /10 / 2020

Yasemin ÖZYER

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı: Meme Kanseri Hastalarının Cepten Yaptığı Harcamaların Yaşam Kalitesi ile Başa Çıkma ve Adaptasyon Sürecine Etkisi

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 13.10.2020 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı: % 10 çıkmıştır.

İmza

13 /10 / 2020

Prof. Dr. Zeliha KOÇ

ÖZET

MEME KANSERİ HASTALARININ CEPTEN YAPTIĞI HARCAMALARIN YAŞAM KALİTESİ İLE BAŞA ÇIKMA VE ADAPTASYON SÜRECİNE ETKİSİ

Yasemin ÖZYER

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doktora, Aralık/2020

Danışman: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Amaç: Bu araştırma meme kanseri hastalarının cepten yaptığı harcamaların yaşam kalitesi ile başa çıkma ve adaptasyon sürecine etkisi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma 29.10.2018-28.10.2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kemoterapi Ünitesinde ayaktan tedavi görmekte olan 322 meme kanseri hastası oluşturmuştur. Araştırmada nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin birlikte kullanıldığı iç içe karma desenden yararlanılmıştır. Nicel veriler Hasta Tanıtıcı Formu, FACT-B (Functional Assesment of Cancer Therapy- Breast) ve BUSÖ (Baş etme ve Uyum Süreci Ölçeği) kullanılarak toplanmıştır. Nitel verilerin toplanması aşamasında hastalar ile fenomenolojik yöntemle görüşme yapılırken yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.

Bulgular: FACT-B ölçeği toplam puan ortalaması 67.3 ± 12.1 , BUSÖ toplam puan ortalaması 113.1 ± 22.1 olarak belirlendi. Hastaların en yüksek puanı FACT-B ölçeği, sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutundan, en düşük puanı da duygusal durum alt boyutundan aldıkları görüldü. Hastaların FACT-B ölçeği, BUSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ve cepten yaptıkları harcamaların sosyo-demografik, klinik ve kemoterapi tedavisine ilişkin özelliklerine göre farklılık gösterdiği saptandı. Hastaların kemoterapi sürecine ilişkin deneyimlerini belirlemeye yönelik olarak yapılan görüşmeler sonrasında, tanısını öğrendiğinde verdiği tepkiler, aile ve çevrenin hastanın tanısına verdiği tepkiler, kanser tanısı sonrası hastanın yaşamında meydana gelen değişiklikler, hastalıkla başa çıkma mekanizmaları, tedavi süresince cepten yapılan harcamalar, cepten yapılan harcamaların yaşam kalitesi ve hastalıkla başetme üzerine etkisi, hastalıkla başa çıkma ve uyum sürecinde yaşam kalitesini artırmaya yönelik faaliyetler, cepten yapılan harcamaları önlemeye yönelik öneriler olmak üzere sekiz tema belirlendi.

Sonuç: Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, meme kanseri hastalarının kemoterapi tedavisi süresince cepten yaptıkları harcamaların, hastalıkla baş etme ve uyum süreçlerini etkilediği ve yaşam kalitelerini azalttığı söylenebilir. Bu konuda yapılan çalışma sayısı sınırlı olduğu için, Türkiye'nin farklı bölgelerinde meme kanseri hastalarının cepten yaptığı harcamaların yaşam kalitesi ile başa çıkma ve adaptasyon sürecine etkisi değerlendiren karşılaştırmalı çalışmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Meme kanseri; kemoterapi; cepten yapılan harcama; yaşam kalitesi; baş etme

ABSTRACT

THE INFLUENCE OF OUT-OF-POCKET EXPENSES ON QUALITY OF LIFE AND ADAPTATION PROCESS IN PATIENTS WITH BREAST CANCER

Yasemin ÖZYER

Ondokuz Mayıs University

Institute of Graduate Studies

Department of Nursing

Doctoral Thesis, December/2020

Supervisor: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Objective: The present study was conducted in a descriptive and relation-seeking design with the aim of investigating the influence of out-of-pocket expenses on quality of life and adaptation process in patients with breast cancer.

Material and Method: The study was conducted between 29.10.2018 and 28.10.2020. The study sample was composed of 322 breast cancer patients who were being followed-up at Chemotherapy Unit of Ondokuz Mayıs University Research and Training Center. A complex design including quantitative and qualitative methods was used. Quantitative data were collected with Patient Information Form, Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B) and Coping and Adaptation Process Scale (CAPS). A semi-structured interview form was used when making a phenomenological method for collecting qualitative data.

Results: Total mean score was $67.3 \pm 12,1$ for FACT-B scale and 113.1 ± 22.1 for CAPS. Patients were seen to gain the maximum score from FACT-B scale, social life and family status sub-dimensions, and minimum score from emotional status sub-dimension. Means total and sub-dimension scores of FACT-B and CAPS were found to vary depending on out-of-pocket expenses, socio-demographic, clinical and chemotherapy unit-related characteristics. Following the interviews on chemotherapy process-related experiences, eight themes were determined as the reactions the patients gave when they learned their diagnosis, the reactions that the family and friends gave when they learned the diagnosis, the changes that developed in patients' lives following cancer diagnosis, coping strategies, out-of-pocket expenses during therapy, the influence of out-of-pocket expenses on quality of life and coping with the disease, the activities toward improving coping with the disease and quality of life during adaptation process and the recommendations toward preventing out-of-pocket expenses.

Conclusion: It may be concluded that out-of-pocket expenses during chemotherapy period of breast cancer patients influence coping with the disease and adaptation processes and impaired quality of life. Due to the limited number of studies investigating this issue, it may be recommended to perform comparative studies investigating the influence of out-of-pocket expenses on quality of life, coping with the disease and adaptation process of breast cancer patients.

Keywords: Breast cancer; chemotherapy; out-of-pocket expenses; quality of life; coping

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Prof. Dr. Zeliha KOÇ' a,

Tez izleme komitesinde görev alarak çalışmaya değerli katkılar sağlayan Dr. Öğretim Üyesi Gülpembe OĞUZHAN ve Dr. Öğretim Üyesi Serap TOPATAN'a

Tezimin istatistiksel analizlerinde rehberlik eden, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak yol gösteren Dr. Öğretim Üyesi Naci MURAT' a,

Çalışmamın Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık ve Uygulama Araştırma Merkezi Kemoterapi ünitesinde gerçekleşmesine izin veren Hastane Yöneticileri, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, kemoterapi servis sorumlusu ve hemşirelerine,

Zaman ayırarak çalışmama katılmayı kabul eden tüm hastalara,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Meme Kanseri.....	6
2.1.1. Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi	6
2.1.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	7
2.1.3. Meme Kanseri Etyolojisi.....	9
2.1.4. Meme Kanserinin Evreleri	10
2.1.5. Meme Kanserinde Klinik Bulgular	11
2.1.6. Meme Kanserinde Tanılama Yöntemleri	11
2.1.7. Meme Kanseri Tedavisi	12
2.2. Dünya’da Sağlık Harcamaları.....	15
2.2.1. Dünya’da Kanser Harcamaları	22
2.3. Türkiye’de Sağlık Harcamaları.....	24
2.3.1. Türkiye’de Kanser Harcamaları	25
2.4. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları.....	26
2.5. Katastrofik Sağlık Harcamaları.....	29
2.6. Yaşam Kalitesi	31
2.6.1. Meme Kanseri Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	32
2.7. Başa Çıkma ve Adaptasyon Süreci	33
2.7.1. Meme Kanseri Hastalarında Başa Çıkma ve Adaptasyon Sürecinin Değerlendirilmesi.....	34
2.8. Meme Kanseri Hastaların Bakım ve Tedavisinde Hemşirenin Rolü	36
3. MATERYAL VE METOT	39
3.1. Materyal	39
3.1.1. Araştırmanın Şekli	39
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	39
3.2. Metot.....	39

3.2.1.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
3.2.1.1.	Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi	39
3.2.1.2.	Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi	40
3.2.2.	Verilerin Toplanması	40
3.2.2.1.	Nicel Verilerin Toplanması	40
3.2.2.2.	Nitel Verilerin Toplanması	41
3.2.3.	Veri Toplama Araçları	41
3.2.3.1.	Nicel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları	41
3.2.3.2.	Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları	44
3.2.4.	Verilerin Değerlendirilmesi	45
3.2.4.1.	Nicel Verilerin Değerlendirilmesi	45
3.2.4.2.	Nitel Verilerin Değerlendirilmesi	45
3.2.5.	Araştırmanın Etik Boyutu	46
3.2.6.	Araştırmanın Sınırlılıkları	46
4.	BULGULAR	49
4.1.	Nicel Verilere İlişkin Bulgular	49
4.1.1.	Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular	49
4.1.2.	FACT-B Ölçeği ve BUSÖ'ne İlişkin Bulgular	67
4.2.	Nitel Verilere İlişkin Bulgular	94
5.	TARTIŞMA	111
5.1.	Nicel Verilere İlişkin Bulguların Tartışılması	111
5.2.	Nitel Verilere İlişkin Bulguların Tartışılması	119
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	122
6.1.	Sonuçlar	122
6.2.	Öneriler	123
KAYNAKLAR	125	
EKLER	136	
Ek 1:	Hasta Anket Formu	136
Ek 2:	FACT-B Yaşam Kalitesi Ölçeği	140
Ek 3:	Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği	143
Ek 4:	FACT-B Ölçeği Kullanım İzni	147
Ek 5:	Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği Sahibinden Kullanım İzni	149
Ek 6:	Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği Uyarlayıcısından Kullanım İzni	150
Ek 7:	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni	151
Ek 8:	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Araştırma İzni	152
Ek 9:	Nitel Araştırma Kursu Katılım Belgesi	153
Ek 10:	Öz Geçmiş	154

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACS	: American Cancer Society / Amerikan Kanser Birliği
BUSÖ	: Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği
CYH	: Cepten Yapılan Harcama
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EEG	: Elektriksel Empedans Görüntüleme
EORTC	: European Organisation for Research and Treatment of Cancer/ Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Grubu
ER	: Östrojen Reseptörü
FACT	: Functional Assesment of Chronic Illness Therapy/ Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi
FACT-B	: Functional Assesment of Chronic Therapy Breast Cancer/ Meme Kanseri Hastaları İçin Fonksiyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği
GLOBACAN	: Global Cancer Observatory/ Küresel Kanseri Gözlem Merkezi
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
HRQOL	: Health-Related Quality of Life/Sağlıkta Yaşam Kalitesi
Min-Max	: Minimum-Maksimum
MMG	: Moleküler Meme Görüntüleme
MRG	: Moleküler Rezonans Görüntüleme
n	: Örneklem alınacak birey sayısı
N	: Evrendeki birey sayısı
NAACCR	: North American Association of Central Cancer Registries/ Kuzey Amerikan Merkezi Kanseri Kayıtları Birliği
OECD	: Organisation for Economic Cooperation and Development/ Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
Ort	: Ortalama
p	: Anlamlılık düzeyi
PEM	: Pozitron Emisyon Mamografi
PR	: Progesteron reseptörü
q	: İncelenen olayın görülme sıklığı
r	: Korelasyon katsayısı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
TNM	: Tümör, Nodül, Metastaz
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü
α	: Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı
χ^2	: Ki-Kare test istatistiği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Sağlıklı meme dokusu görüntüsü	6
Şekil 2.2. Anormal lenf nodlarının dağılımı.....	7
Şekil 2.3. Kanserde tahmini yeni vaka oranları.....	8
Şekil 2.4. Kanserde tahmini ölüm oranları.....	8
Şekil 2.5. 2013-2017 yılları arası kansere bağlı ölüm oranları	9
Şekil 2.6. Meme kanseri risk faktörleri	9
Şekil 2.7. 2000-2016 yılları arası sağlık harcama oranları	19
Şekil 2.8. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan kamu harcamaları	20
Şekil 2.9. Sağlık harcamalarının dağılımı	21
Şekil 2.10. Hanehalkının cepten yaptığı tıbbi harcamalar.....	27
Şekil 2.11. Hizmet sunumlarına göre cepten yapılan harcamalar	28
Şekil 3.1. Araştırmanın algoritma şeması.....	47
Şekil 3.2. Araştırma planı.....	48
Şekil 4.1. Meme kanseri hastalarının kemoterapi süreci kavram haritası	110

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1.Meme kanserinin evrelendirilmesi.....	10
Tablo 2.2. 2005-2017 yılları arası Dünyada yapılan sağlık harcamaları	17
Tablo 2.3. Dünyada yapılan kamu harcamaları.....	18
Tablo 2.4. Türkiye’de yapılan sağlık harcamaları.....	24
Tablo 2.5. Türkiye’de sağlık harcamalarının dağılımı	25
Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	49
Tablo 4.2. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı	50
Tablo 4.3. Hastaların kemoterapi tedavisine ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	51
Tablo 4.4. Hastaların tedavisi ile ilişkili olarak cepten yaptığı harcamalar.....	53
Tablo 4.5. Hastaların tedavi süresince toplam gelir kaybı, toplam aylık geliri, tedavi harcamaları için yapılan geri ödemeler ile tedavi süresince cepten yaptığı ortalama harcama tutarları	54
Tablo 4.6. Hastaların tedavisi ile ilişkili olarak cepten yaptığı harcamaların aylara göre dağılımı.....	55
Tablo 4.7. Hastaların sosyo-demografik, klinik ve kemoterapi tedavisi özelliklerine göre cepten yaptığı harcamaların karşılaştırılması	59
Tablo 4.8. Hastaların sosyo-demografik, klinik ve kemoterapi tedavisine ilişkin özelliklerinin gelir kaybı ile toplam cepten yapılan harcama tutarları ile karşılaştırılması	63
Tablo 4.9. FACT-B Yaşam Kalitesi Ölçeği maddeleri ortalama, standart sapma ve ortanca puanları	67
Tablo 4.10. BUSÖ maddeleri ortalama, standart sapma ve ortanca puanları	68
Tablo 4.11. FACT-B ve BUSÖ ölçeklerinin toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma,ortanca puanları.....	70
Tablo 4.12. Hastaların tedavisi ile ilişkili olarak cepten yaptığı harcamalar ile FACT-B Yaşam Kalitesi Ölçeği, BUSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki.....	72
Tablo 4.13. Hastaların FACT – B Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları ile BUSÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki	78
Tablo 4.14. FACT-B Ölçeği Bedeni Durum alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları.....	80
Tablo 4.15. FACT-B Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları	81
Tablo 4.16. FACT-B Duygusal Durum alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları	82
Tablo 4.17. FACT-B Ölçeği Faaliyet Durumu alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları	83
Tablo 4.18. FACT-B Ölçeği Diğer Endişeler alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları	84
Tablo 4.19. FACT-B Ölçeği toplam puanı regresyon analizi sonuçları	85

Tablo 4.20. BUSÖ Çözüm Bulma ve Odaklanma alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları	86
Tablo 4.21. BUSÖ Fiziksel Karara Bağlama alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları.....	87
Tablo 4.22. BUSÖ Dikkat Süreci alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları	88
Tablo 4.23. BUSÖ Sistematize Etme Süreci alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları	89
Tablo 4.24. BUSÖ Öğrenme ve İlişki Kurma alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları.....	90
Tablo 4.25. BUSÖ toplam puanı regresyon analizi sonuçları	91
Tablo 4.26. Cepten yapılan harcamalar ile FACT-B ölçeği ve BUSÖ arasındaki ilişki.....	92
Tablo 4.27. CYH ile FACT-B ölçeği ve BUSÖ için elde edilen regresyon analizi sonuçları	93
Tablo 4.28. Araştırmanın nitel bölümüne katılan hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerine ilişkin bulgular	94
Tablo 4.29. Hastaların kemoterapi sürecinde yaşadıkları deneyimlere ilişkin temalar ve alt temalar..	95

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser mortalite ve morbidite oranının yanısıra tedavi maliyeti oldukça yüksek olan bir hastalıktır (Roman ve ark., 2020). GLOBOCAN 2018 yılı verilerinde 18.078.957 kişinin kanser tanısı aldığı ve 9.555.027 kansere bağlı ölüm meydana geldiği bildirilmiştir. Bununla birlikte hem kadın hemde erkeklerde en sık teşhis edilen kanser türleri akciğer, meme, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri olarak sıralanmıştır (Bray ve ark., 2018). Dünyada diğer kanser türleriyle karşılaştırıldığında, hem gelişmiş hemde gelişmekte olan ülkelerde meme kanseri görülme oranı oldukça yüksektir (Steward ve Wild, 2014; Bray ve ark., 2018). GLOBOCAN 2018 verilerinde 2.088.849 kadına meme kanseri tanısı konulduğu ve meme kanseri nedeniyle 626.679 kadının yaşamının sonlandığı bildirilmiştir (Bray ve ark., 2018).

Türkiye’de 2016 yılında yaşa standardize kanser hızı erkeklerde yüz binde 259,9 kadınlarda ise yüz binde 183,2 olarak bildirilmiştir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2018). Türkiye’de son 5 yıl içinde 470.851 yeni kanser vakasının tanıldığı, bu vakaların %16,5’ini akciğer kanseri, %10,6’sını meme kanseri hastalarının oluşturduğu (Steward ve Wild, 2014; Bray ve ark., 2018), tanı konulan her dört kadın kanserinden birini meme kanserinin oluşturduğu (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2018) ve meme kanseri nedeniyle 116.710 ölümün meydana geldiği belirtilmiştir (Steward ve Wild, 2014; Bray ve ark., 2018).

Meme kanseri sıklığı ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD), yılda 276.480 kadının meme kanseri tanısı aldığı ve tüm kanserler içinde en yüksek ölüm oranının meme kanseri (42.170 ölüm) kaynaklı olduğu bildirilmektedir. Çin’de ise 2015 yılında meme kanserinin 268,6’lık bir oranla ilk sırada yer aldığı, bu oranın dünya genelinde meme kanserlerinin %17,6’sını ve meme kanserine bağlı ölümlerinde %11,1’ini oluşturduğu vurgulanmaktadır (Wu ve ark., 2020). Bununla birlikte düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde, kadınların üçte ikisinin meme kanseri tanısı aldığı ve bu hastaların büyük çoğunluğunu 55 yaşından daha genç kadınların oluşturduğu belirtilmektedir. Özellikle Afrika’nın Sahra altı bölgesinde meme kanseri olan hastaların %90’nının evre III ve evre IV olduğu, bireylerin hastalığın mali yükünü karşılayamamalarının kanserin ilerlemesine neden olduğu vurgulanmıştır (O’Neill ve ark., 2015).

Günümüzde yaşanan nüfus, teknolojik gelişmeler ve kronik hastalıklar gibi birçok faktöre bağlı olarak sağlık bakım harcamaları giderek artmaktadır (Roman ve ark., 2020). Sağlık harcamaları, toplumda yaşayan bireylerin yaşam kalitesi ve yaşam sürelerini doğrudan etkilemesi nedeniyle oldukça büyük önem taşımaktadır (Barbarett ve ark., 2019; Kong ve ark., 2020). Kanserin ekonomik boyutu, kanserden korunma, erken tanı için yapılan taramalar, tanı tetkikleri, hastane ve ameliyat giderleri, psikoterapiler, kemoterapi, radyoterapi, rehabilitasyon ve kontrol için yapılan harcama giderlerini kapsamaktadır (Bayraktar, 2011). Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, kanserin küresel hastalık yükünün %13 ile %17'sini, tüm tıbbi harcamaların ise %4'ü ile %7'sini oluşturduğu (You, Kang ve Kwon, 2019), dünya genelinde kanserin mali yükünün 290 ile 900 milyar ABD doları arasında değiştiği bildirilmiştir (Mahal ve ark., 2013). Bununla birlikte ulusal kanser enstitüsü dergisinde yayınlanmış olan bir çalışmada, kanser tanısı sonrası ailelerin yaklaşık %33'ünün birikimlerinin büyük çoğunluğunu ya da tamamını hastalığın tedavisine harcadığı vurgulanmıştır (Mahal ve ark., 2013).

Meme kanseri, hem sağlık bakım kuruluşları hemde hastalar boyutunda ele alındığında tedavi maliyeti oldukça yüksek olan bir hastalıktır. Meme kanserinden kurtulan kadınların bakım maliyetinin, bu hastalığa yakalanmayan kadınların bakım maliyetleriyle karşılaştırıldığı bir çalışmada, meme kanseri hastalarına yapılan toplam harcamaların oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (Pisu ve ark., 2017). Bununla birlikte hastaların kansere bağlı fiziksel yetersizlik nedeniyle çalışamamalarının ya da işten ayrılmalarının ekonomik problemlerini arttırdığı vurgulanmaktadır. Bu süreçte özellikle sosyal güvencesi olmayan hasta ve yakınları ekonomik zorluklar yaşayabilir. Kansere mücadele eden hasta ve yakınları sağlık sigortası ödemeleri dışında birçok ihtiyaçlarını karşılayabilmek için cepten harcama yapabilir (Short, Moran ve Punekar, 2011; Pisu ve ark., 2017). Özellikle sigorta primleri ve vergilerin ödenemediği yoksul ve gelişmekte olan ülkelerde cepten yapılan harcamaların daha yüksek olduğu söylenebilir (Özgen, 2007).

Cepten yapılan harcamaların toplu harcamalar içindeki oranının, gelişmiş ülkelerde %20, orta gelir düzeyine sahip ülkelerde %40, düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde %60'tan fazla olduğu bildirilmektedir. Eşit şekilde dağıtılmayan harcamalar, sağlık hizmetlerine ulaşmada, hastalıkların tedavisinde katastrofik harcamalara ve yoksullaşmaya neden olabilir (Özgen, 2007). Kansere hastalarında ulaşım, gıda

takviyeleri, reçetesiz ilaçlar, telefon faturası ve sigorta primleri ile ilgili olarak cepten yapılan harcamalar aile ekonomisinde önemli problemler yaşanmasına neden olabilir (Kong ve ark., 2020). Cepten yapılan harcamalar formal ve informal olmak üzere iki gruba ayrılabilir. Formal ödemelere, bireylerin sağlık hizmeti aldığı anda zorunlu olarak yapmaları gereken ödemeler, informal ödemelere ise kayıt dışı ödemeler örnek olarak verilebilir (Aarva ve ark., 2009; Özgen ve ark., 2010). Cepten yapılan harcamalar kişileri ve hane halkını yoksullaştırabilir (Başara ve Şahin, 2008; Tokatlıoğlu ve Tokatlıoğlu, 2014). Yaş, cinsiyet, gelir, eğitim, sağlık, medeni durum, hane içindeki kişi sayısı ve ikamet edilen bölge gibi birçok sosyodemografik özellik hastaların cepten yaptığı sağlık harcamalarını etkileyebilir (Başara ve Şahin., 2008). Cepten yapılan sağlık harcamaları, toplum ve ülkelerin büyüme ve gelişmesini olumsuz yönde etkileyebilir (Giovanis ve Özdamar, 2016; Çınaroğlu ve Şahin, 2016).

İngiltere’de 298 onkoloji hastası üzerinde yapılmış olan bir çalışmada, kanserin ekonomik yükü araştırılmış, aylık toplam harcama 409 Amerikan doları, Ulusal Sağlık Hizmeti servisinin yaptığı harcama 279 Amerikan doları ve hastaların cepten yaptığı harcama 40 Amerikan doları olarak belirlenmiştir (Abu- Zaineh ve ark., 2013; Aryeetey ve ark., 2016; Marti ve ark., 2016). Pisu ve arkadaşları (2017) meme kanseri tanısı konulduktan 12 ay sonra, hastaların ulaşım, tıbbi malzeme ve ilaçlar için cepten yaptıkları harcama miktarını aylık 316 dolar olarak saptamıştır.

Longo ve arkadaşlarının (2006) Ontario’da yapmış oldukları bir çalışmada, kanser hastalarının %20’sinin kanser bakımı için cepten yaptıkları harcama miktarının, aile bütçesine önemli bir mali yük oluşturduğu bildirilmiştir. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada onkoloji hastalarının her yıl 2000 dolar ve üzeri cepten harcama yaptığı ve yaptıkları bu harcamanın gelirlerinin %20’sini oluşturduğu belirtilmiştir (Pisu ve ark., 2017). Bununla birlikte cepten yapılan harcama oranı yüksekliğinin, kırsal alanda yaşayan, düşük gelir düzeyine sahip ve sigortası olmayan hasta gruplarının, meme koruyucu cerrahi gibi bazı tedavi yöntemlerinden yararlanmalarını da engellediği belirtilmiştir (Housser ve ark., 2013).

Bireylerin özellikle tedavi amacıyla yapmış oldukları ulaşım, yemek ve konaklama gibi giderler hastaların cepten yaptığı harcamaları 2 ya da 3,6 kat artırabilir (Oneill ve ark., 2015). Bu doğrultuda birçok hasta ekonomik nedenlerle tıbbi tedavisini geciktirebilir ya da yarıda bırakabilir. Özellikle kırsal alanda yaşayan ve yoksul kesimi oluşturan bireyler cepten yapılan sağlık harcamalarından etkilenebilir. Bu durumun

aynı zamanda kırsal alanda yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımını engelleyebileceği söylenebilir (Pisu ve ark., 2017). Düşük gelir düzeyine sahip bireylerin cepten yaptığı sağlık harcamaları ailenin mali durumunu etkileyebilir. Hastanın yatarak ya da ayaktan tedavi gördüğü süreçte maruz kaldığı işgücü kaybı hasta ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir (Bayraktar, 2011; Bektaş, 2015). Bu nedenle dünya genelinde kanser hastalarının cepten yaptığı sağlık harcamalarının önlenmesi ve yaşam kalitelerinin yükseltilebilmesi için, bireylerin cepten yaptığı harcamalar ile hangi hizmetlerin bu maliyetlere katkıda bulunduğunun belirlenmesi önemlidir (Chuma ve Maina, 2012; Narang ve Nicholas, 2017).

Yaşam kalitesi, bir bireyin kendi durumunu subjektif olarak değerlendirmesi olarak açıklanabilir (Sarenmalm ve ark., 2007; 2013). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, sağlıkta yaşam kalitesi bireyin içinde yaşadığı kültürel değerler sistemi ve kendi beklentileri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı olarak tanımlanabilir (Çatal, 2015). Meme kanseri hastalarında cepten yapılan harcamaların belirlenmesi ve sağlık harcamalarına ilişkin destek sistemlerinin güçlendirilmesi hastaların yaşam kalitelerinin yükselmesine yardımcı olabilir. Kemoterapi tedavisi alan meme kanseri hastalarına bütüncül yaklaşmak ve semptomlara yönelik tedavi stratejileri oluşturmak yaşam kalitelerini yükseltebilir.

Meme kanseri hastaları bakım ve tedavi sürecinde yorgunluk, ağrı, uyku bozukluğu, anksiyete ve depresyon gibi semptomlar deneyimleyebilir. Aynı zamanda semptom yönetiminde baş etme ve uyum mekanizmalarının güçlendirilmesine ihtiyaç duyabilir. Başa çıkma, rahatsız edici olarak tanımlanan belirli semptomları yönetme stratejileri olarak ele alınabilir (Sarenmalm ve ark., 2007; 2013). Hastalığa uyum bireyin iç ve dış çevreden gelen değişiklikleri kabul edip, uygun tutum ve davranışları gösterebilme gücü olarak tanımlanabilir (Çam, Saka ve Gümüş, 2009). Kansere uyum ise bireyin hastalık ve tedavisi ile ortaya çıkan çok sayıda değişimi yönetmesi ve duruma adapte olması” olarak açıklanabilir (Sarenmalm ve ark., 2007; 2013). Meme kanseri tanısı sonrası uyum bozukluğunun, onkoloji hastalarında en sık gözlemlenen problemlerden biri olduğu söylenebilir (Çatal, 2015).

Ülkemizde kanser hastalarının yaptığı sağlık harcamalarını belirlemeye yönelik çalışma sayısı oldukça sınırlıdır (Özmen ve ark., 2017; Kutlar ve Torun, 2018). Bununla birlikte meme kanseri hastalarının cepten yaptığı harcamaların yaşam kalitesi ile başa çıkma ve adaptasyon sürecine etkisini belirlemeye yönelik herhangi bir

araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Bu araştırmada hastaların cepten yaptığı harcamaların yaşam kalitesi, başa çıkma ve adaptasyon süreçlerine etkisi belirlenerek bu konuda uygun öneri ve stratejiler geliştirilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, meme kanseri hastalarının cepten yaptığı harcamaların yaşam kalitesi ile başa çıkma ve adaptasyon sürecine etkisini belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

1. Hipotez: Meme kanseri hastalarının cepten yaptığı harcamalar, yaşam kalitelerini etkiler.

2. Hipotez: Meme kanseri hastalarının cepten yaptığı harcamalar, hastalıkla başa çıkma ve adaptasyon süreçlerini etkiler.

3. Hipotez: Meme kanseri hastalarının cepten yaptığı harcamalar sosyodemografik özelliklerine göre farklılık gösterir.

4. Hipotez: Meme kanseri hastalarının yaşam kaliteleri, başa çıkma ve adaptasyon süreçleri sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre farklılık gösterir.

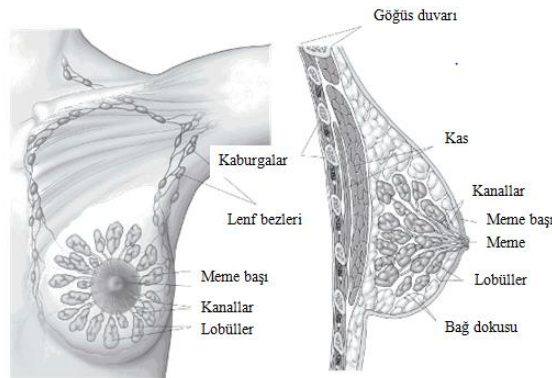
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri

Meme kanseri, memedeki hücrelerin kontrolsüz çoğalmasıyla karakterize olan tümörlerdir. Meme kanseri, kan ya da lenf yoluyla tüm vücuda yayılır. Lenf sistemi vücudun her yerinde bulunan, lenf nodlarını birbirine bağlayan lenf ve lenfatik damar ağından oluşur. Lenf damarlarının içinde bulunan berrak sıvı, bağışıklık sistemi hücrelerinin yanı sıra çeşitli madde ve atık ürünler içerir. Lenf damarları, lenf sıvısını meme dokusundan uzak tutmada görev alır (American Cancer Society, 2019). Meme kanserinde, kanser hücreleri lenf damarlarına girer ve lenf düğümlerinde büyümeye başlar. Kanser hücreleri lenf düğümlerine yayıldığında, hücreler lenf sisteminden geçerek vücudun başka yerlerine metastaz yapar. Kanser olan lenf nodları arttıkça, kanserin diğer organlara yayılma olasılığı da artar (ACS, 2019).

2.1.1. Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi

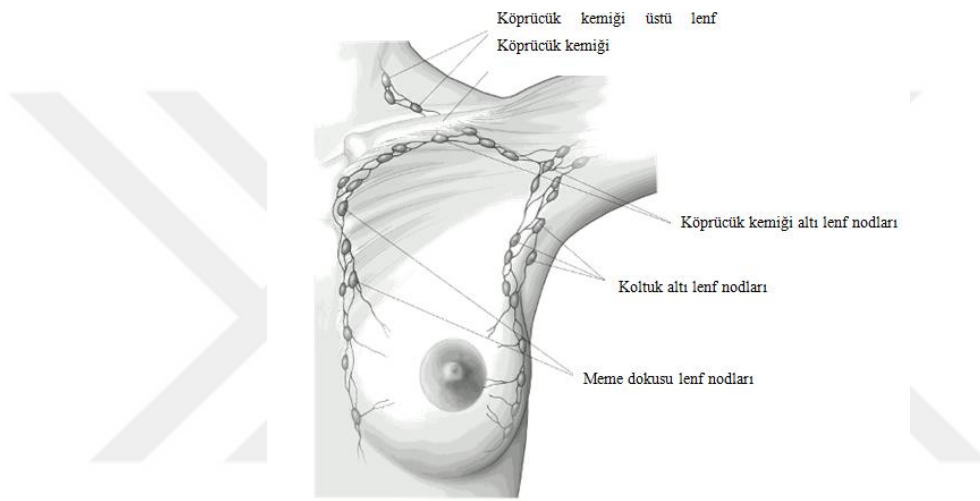
Meme, toraks üzerinde ikinci ve altıncı kostalar hizasında, orta aksiler hat ve sternum arasında bulunan, yerleşim olarak simetrik olan bir çift bezdir. Memenin şekil ve büyüklüğünü etkileyen faktörler; yaş, beslenme, genetik yapı, laktasyon, gebelik, menstruasyon ve kilo olarak sıralanabilir (Çömez, 2016). Memenin 150-200 gr. olan ağırlığı, laktasyon durumunda 400-500 grama kadar ulaşabilir (Gülcivan, 2017).



Şekil 2.1. Sağlıklı meme dokusu görüntüsü (ACS, 2019)

Şekil 2.1’de sağlıklı meme dokusunun yapısı ve Şekil 2.2’de anormal lenf nodlarının dağılımı görülebilmektedir. Meme dokusunda bulunan ve fasyaya kadar uzanan “Cooper ligamentleri” meme kanserinde, kısılma ve çekme belirtileriyle, meme kanseri tanısının konulmasında yardımcı olur (Gülcivan, 2017). Areola ve meme başı sütün akımını sağlar. Memenin yapısı dıştan içe doğru; deri, derialtı, yağ

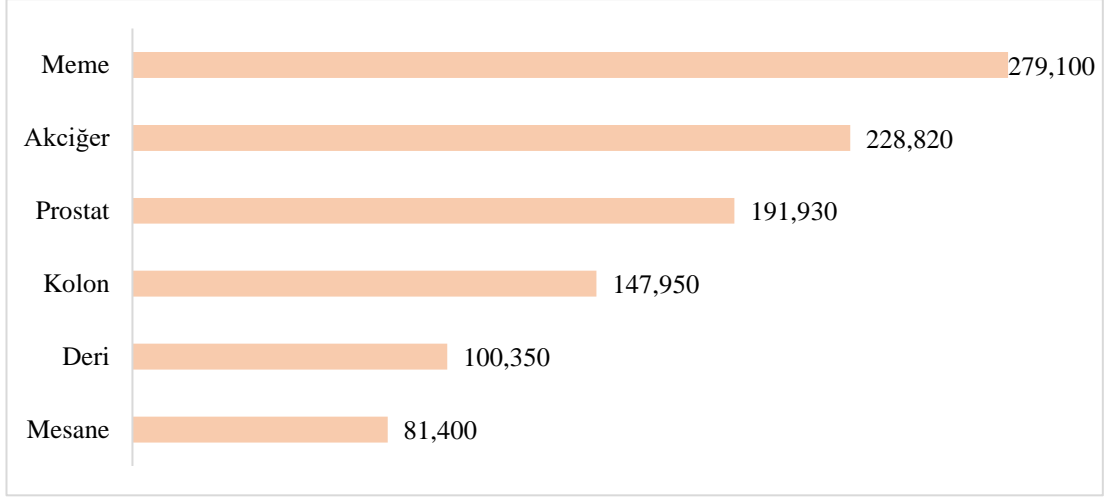
ve meme dokusundan oluşur. Her bir meme dokusu 12-20 lobdan meydana gelir. Her lobda 100-200 kadar lobül bulunur (Gülcivan, 2017). Meme ucundan hayali olarak çizilen yatay ve dikey iki çizgiyle meme; üst dış, üst iç, alt dış ve alt iç olmak üzere dört kadrana ayrılabilir. Saat kadranı olarak tanımlanan bu çizgiler, herhangi bir kitle ya da lezyon durumunda yada tanı aşamasında büyük önem taşır (Çömez, 2016). Memenin arter kan dolaşımını, internal mammarian ve lateral torasik arterler; venöz kan dolaşımını interkostal ven, aksiler ven ve torasik internal ven ağı sağlar. Aynı zamanda vasküler sistemin bir parçası olan lenfatik sistem, meme kanserinin yayılmasında etkili olması nedeniyle ayrı bir önem taşır (Çömez, 2016).



Şekil 2.2. Anormal lenf nodlarının dağılımı (ACS, 2019)

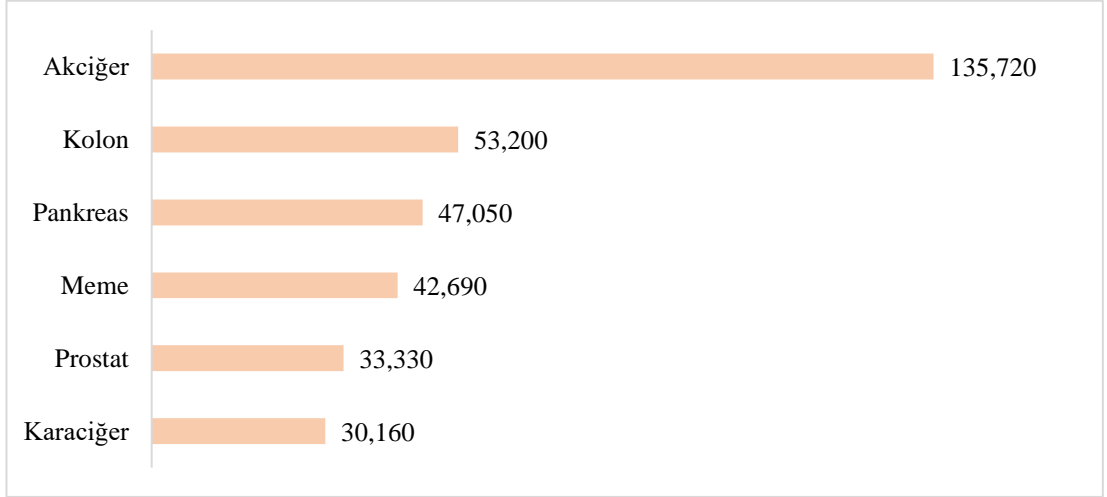
2.1.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Dünya genelinde meme kanseri hayatı tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunudur. Meme kanseri, tüm kanser türleri arasında en fazla tanı oranına sahip olan ve kadınlar arasında en yaygın görülen kanser türlerinden biridir. 2020 yılı tahmini kanser oranları incelendiğinde; 279,100 ile meme kanserinin ilk sırada yer aldığı, onu sırasıyla akciğer (228,820), prostat (191,930), kolon (147,950), deri (100,350), mesane kanserinin (81,400 bin) izlediği görülmektedir (Şekil 2.3). Bununla birlikte mevcut veriler doğrultusunda 2030 yılına kadar yaklaşık olarak 26,4 milyon yeni kanser vakasının tanılanması öngörülmektedir (Tekin ve Saygılı, 2019). Meme kanseri, dünyada olduğu gibi ülkemizde de yüz binde 43 görülme oranıyla kadınlarda en sık görülen ikinci kanser türüdür. Bu doğrultuda ülkemizde her yıl yaklaşık 15.000 kadına meme kanseri tanısı konulmaktadır (Tekin ve Saygılı, 2019).

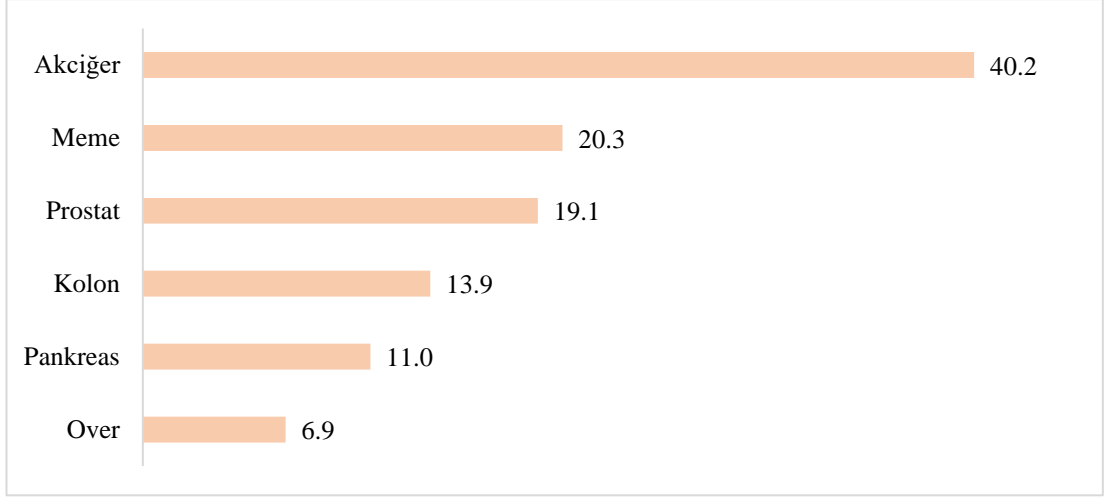


Şekil 2.3. Kanserde tahmini yeni vaka oranları 100.000'de (ACS, 2020)

2020 yılında kansere bağlı tahmini ölüm oranları incelendiğinde ise 135,720 akciğer kanseri, 53,200 kolon kanseri, 47,050 pankreas kanseri, 42,690 meme kanseri, 33,330 prostat kanseri 30,160 karaciğer kanseri nedeniyle ölüm meydana geldiği, meme kanserinin tahmini kanser ölüm oranlarında dördüncü sırada yer aldığı belirtilmektedir (Şekil 2.4). 2013-2017 yılı istatistiklerinde ise meme kanseri ölüm oranı %20,3 olarak bildirilmiştir (Şekil 2.5).



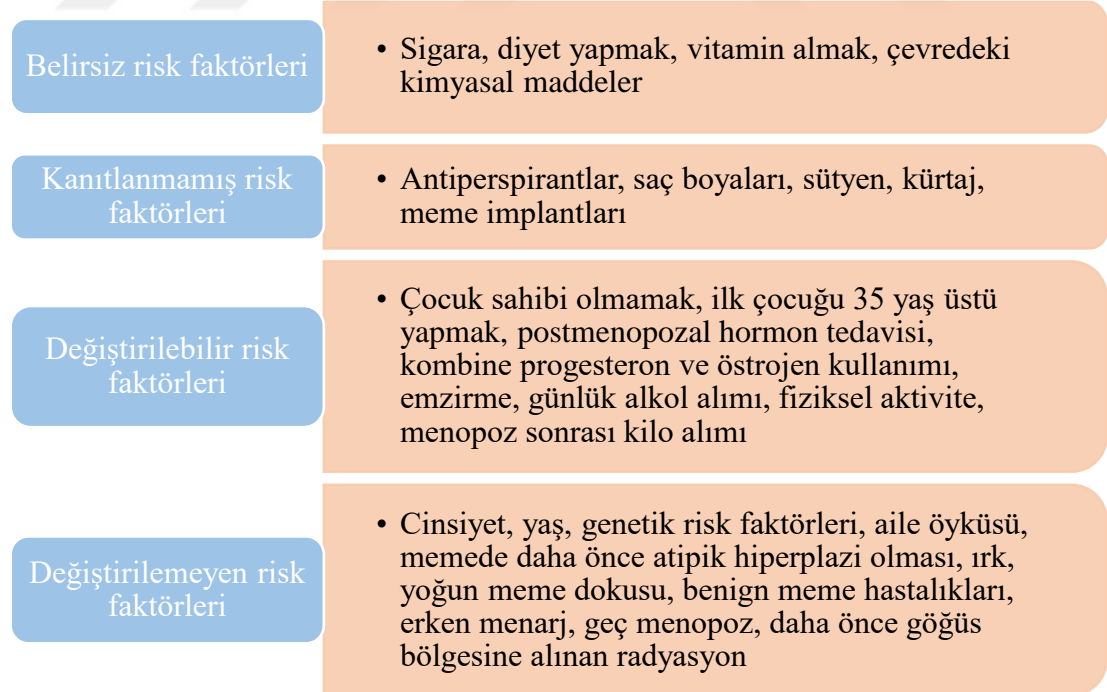
Şekil 2.4. Kanserde tahmini ölüm oranları 100.000'de (ACS, 2020)



Şekil 2.5. Kanserde 2013-2017 vaka ölüm oranları (100.000'de) (ACS, 2020)

2.1.3. Meme Kanseri Etyolojisi

Meme kanserinin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte birçok faktörün kanserin oluşumunda etkili olduğu düşünülmektedir. Meme kanseri oluşumunda etkili olduğu düşünülen risk faktörleri; Şekil 2.6'da görüleceği üzere değiştirilemeyen, değiştirilebilir, belirsiz ve kanıtlanmamış risk faktörleri olarak dört grupta sınıflandırılabilir (Çömez, 2016).



Şekil 2.6. Meme kanserinde risk faktörleri

2.1.4. Meme Kanserinin Evreleri

Meme kanseri tanısı sonrası en önemli aşama kanserin evrelendirilmesidir. Evrelendirme aşaması, kanserin hangi evrede olduğunu ve nasıl tedavi edileceğini belirlemekte ve hayatta kalma istatistikleri hakkında önemli bilgiler vermektedir. Evrelendirme, evre 0, evre I, evre II, evre III ve evre IV olarak dört aşamadan oluşmaktadır (ACS, 2019). Meme kanseri için kullanılan en sık evrelendirme sistemi, TNM (Tümör, Nodül, Metastaz) sistemidir. Tablo 2.1’de meme kanserinin evrelendirilme aşaması görülmektedir.

Tablo 2.1. Meme kanserinin evrelendirilme aşaması (ACS, 2019)

TX	Primer tümör değerlendirilemiyor.
T0	Primer tümör kanıtı yok.
TİS (Karsinoma İn Situ)	Tümörle ilişkisi olmayan paget hastalığı
T1	Tümörün boyutu 2cm veya daha az.
T2	Tümörün boyutu 2-5cm arasında
T3	Tümör 5cm’den fazla
T4	Göğüs duvarı ve deride büyüyen tümör yapısı. Enflamatuvar meme kanseri.
NX	Lenf düğümleri değerlendirilemiyor.
N0	Lenf bezlerine yayılım yok.
NO(i+)	Kanser yayılma alanı 200 hücreden az ve 0.2mm’den küçüktür.
NO(mol+)	Kanser hücreleri koltuk altı lenf bezlerinde bulunmuyor.
N1	Kanser hücreleri 1 ile 3 aksiller lenf düğümlerine az miktarda yayılmıştır.
N2	Kanser hücreleri 4 ile 9 koltuk altı lenf düğümüne yayılmıştır.
N3	Kanser hücreleri supraklaviküler lenf düğümlerine yayılmıştır (2mm’den fazla)
MX	Metastaz değerlendirilemiyor.
M0	Fizik muayene ve röntgende metastaz yok.
M1	Kanser hücreleri uzak organlara yayılım göstermekte (kemik, akciğer, boyun, kaburga gibi).

2.1.5. Meme Kanserinde Klinik Bulgular

Meme kanserinin erken tanı ve tedavisinde, kadınların kendi kendine düzenli meme muayenesi yapmaları ve memede oluşan kitleyi erken dönemde fark etmeleri, tedavinin başarı şansını arttırmaktadır. Düzenli kontrollerin yanı sıra meme tarama testleri, mamografi ve meme ultrasonu yaptırılması da oldukça önemlidir. Meme kanserinin en sık görülen belirtisi memede şişlik ya da kitle olmasıdır. Düzensiz, sınırları olan ağrısız, sert bir kitlenin kanser olma olasılığı oldukça yüksektir. Buna karşın bazen oluşan kitle, hassas, ağırlı, yumuşak ya da yuvarlak özellik gösterebilmektedir. Bu nedenle, meme hastalıklarının tanısında, deneyimli bir sağlık çalışanı tarafından meme muayenesi yapılması önemlidir (ACS, 2019). Meme kanserinin diğer olası belirtileri bir memenin tamamının ya da bir kısmının şişmesi, meme dokusunda portakal kabuğu görünümünün olması, göğüs veya meme başı ağrısı, meme başının retraksiyonu, meme ucu ya da meme derisinin kızarması, pullanması, kalınlaşması, meme başından süt gelmesi, koltuk altı ve supraklavikular lenf bezlerinde şişlik olarak sıralanabilir (ACS, 2019).

2.1.6. Meme Kanserinde Tanılama Yöntemleri

Mamografi

Mamografi, meme kanseri tanısının konulmasına yardımcı olan, düşük doz radyasyon içeren röntgen çekimleridir. Mamografi, meme dokusunda meydana gelen şişlik, tümör, kalsifikasyon ve farklı oluşumların tanımlanmasında önemlidir. Mamografide görülen farklılıklar, meme ultrasonuyla değerlendirilmelidir. Mamografi, sınırlılıkları olmasına karşın, günümüzde kullanılan en iyi meme kanseri tarama yöntemidir. Meme dokusunun yoğun olması, kanseri tanılamada zorlaştırıcı etki göstermekle birlikte meme dokusu yoğun olan kadınlarda, meme kanseri riski daha yüksek olabilmektedir (ACS, 2019).

Meme Ultrasonu

Memedeki değişiklikleri incelemek için en sık kullanılan yöntemlerden bir diğeri meme ultrasonudur. Meme ultrasonu, yoğun meme dokusu olan kadınlarda, mamografide değişiklik görüldükten sonra uygulanan bir yöntemdir. Özellikle benign ve malign kitleler arasındaki farkın belirlenmesinde son derece yararlı olan bir tanılama yöntemidir. Meme ultrasonu, düşük maliyetli ve bireyleri radyasyona maruz bırakmayan yararlı bir uygulamadır (ACS, 2019).

Yeni Meme Görüntüleme Testleri

Optik Görüntüleme Testleri: Işığın meme dokusuna ulaşması ve meme dokusundan dönen ışığın ölçülmesiyle elde edilen, radyasyon içermeyen, uygulamada yeni olan bir testtir (ACS, 2019).

Moleküler Meme Görüntüleme (MMG): Meme kanseri için yeni bir görüntüleme yöntemidir. Radyoaktif maddenin damar yoluyla verilerek meme dokusunun görüntülenmesi işlemidir. Radyasyon etkisi nedeniyle yıllık rutin muayenelerde tercih edilmemektedir (ACS, 2019).

Pozitron Emisyon Mamografi (PEM): Kanser hücrelerini tespit etmek için kana radyoaktif bir partiküle tutturulmuş şeker formu enjekte edilerek yapılan bir testtir. Tüm vücuda radyoaktif madde verilmesi nedeniyle her yıl rutin kontrollerde tercih edilmemektedir (ACS, 2019).

Elektriksel Empedans Görüntüleme (EEG): Meme kanseri hücrelerinin elektriksel aktiviteyi sağlıklı hücrelerden farklı olarak kullandıkları fikrine dayanan bir yöntemdir. Meme dokusunu elektriksel iletkenlik açısından taramaktadır. Test memeden çok küçük bir elektrik akımı geçirmekte ve sonrasında meme derisi üzerinde verilen elektriği tespit etmektedir. Uygulama, cilde elektrotlar yapıştırılarak yapılmaktadır. EEG radyasyon içermekle birlikte günümüzde yeterli klinik test yapılmadığı için tercih edilmemektedir (ACS, 2019).

Elastografi: Ultrason muayenesinin bir parçası olarak yapılan bir testtir.

Meme Biyopsisi: İnsizyon ya da iğne yöntemiyle yapılmaktadır.

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG): Bu test, röntgen yerine ses dalgaları ve güçlü mıknatıslar kullanılarak meme dokusunun ayrıntılı görüntülenmesini sağlamaktadır (ACS, 2019).

2.1.7. Meme Kanseri Tedavisi

Onkoplastik Cerrahi

Onkoplastik cerrahi; cerrahi tedavinin, plastik cerrahiyle birleştirilmesi sonucunda ortaya çıkan tedavi şeklidir. Mastektomi, tüm meme dokusu ve bazen de meme dokusunun yakınındaki diğer dokular dahil olmak üzere tüm memenin alındığı bir ameliyattır. Meme koruyucu cerrahi, genellikle parsiyel mastektomi gibi erken evre meme kanserinin tedavisinde uygulanmaktadır. Daha büyük tümör vakalarında

mastektomi gerekebilmektedir. Erken evre meme kanserlerinde mastektomi yapılan kadınların radyoterapiye olan ihtiyaçları daha düşük olmaktadır. Bazı kadınlar için mastektomi; meme kanserinin evresi, tümörün büyüklüğü, tedavi öyküsü ya da diğer bazı faktörler nedeniyle daha iyi bir seçenek olabilmektedir. Lenf bezlerinin alınması, meme kanseri ameliyatlarında, ameliyatın bir parçası olarak ya da farklı bir zamanda ayrı bir ameliyat olarak yapılabilmektedir (ACS, 2019).

Radyoterapi

Radyoterapi, yüksek enerjili ışınlarla (x ışınları gibi) ya da kanser hücrelerini yok eden, ışın parçacıklarıyla yapılan bir tedavidir. Radyoterapi tedavisi; ameliyatın şekline, kanser hücrelerinin lenf bezlerine, diğer hücrelere, vücuda yayılımına ve yaşa göre değişmektedir. Meme kanseri olan kadınların hepsine radyoterapi uygulanmamaktadır. Meme rekonstrüksiyonu ameliyatından sonra kanserin meme dokusu ve lenf bezlerinde tekrar oluşumunu engellemek için radyoterapiye ihtiyaç duyulmaktadır. Hastalar ameliyat olup ameliyat yeri iyileştikten sonra, kemoterapi alan hastalarda ise kemoterapi tedavisi bittikten sonra radyoterapiye başlanmaktadır (ACS, 2019).

Hormon Tedavisi

Bazı meme kanseri vakaları kandaki hormonlardan etkilenmektedir. ER-pozitif ve PR-pozitif gibi meme kanseri hücreleri östrojene bağlanan reseptörlere (proteinlere) sahiptir. Östrojenin bu reseptörlere bağlanmasını durdurmanın farklı yolları bulunmaktadır. Hormon tedavisi sistemik bir tedavi şeklidir. Tedavi, hormon reseptörü pozitif (ER pozitif ya da PR pozitif) meme kanserli kadınlarda önerilmektedir. Hormon reseptörü negatif (hem ER- hem PR-negatif) olan kadınların tedavisinde kullanılmamaktadır. Hormon tedavisinden genellikle ameliyattan sonra yararlanılmakta ve tedavi toplam beş yıl sürmektedir. Meme kanseri nüks olan ve vücuda metastaz yapan hastalarda da kullanılabilir. Tedavinin amacı kanda östrojen seviyesini düşürmek ve östrojenin meme kanseri hücrelerine etki etmesini önlemektir. En sık kullanılan ilaç olan Tamoksifen, meme kanseri hücrelerinde östrojen reseptörlerini bloke ederek etki göstermektedir. Östrojenin kanser hücrelerine bağlanmasını önleyerek büyümelerini ve bölünmelerini engellemektedir. Tamoksifen, meme hücrelerinde anti-östrojen gibi davranırken, uterus ve kemikler gibi diğer dokularda da östrojen gibi etki gösterebilmektedir (ACS,2019).

Hedefe Yönelik Tedavi

Araştırmacılar, kanser hücrelerinin kontrolden çıkmalarına neden olan değişiklikler hakkında daha fazla şey öğrendikleri için, bu hücre değişikliklerinin bazılarını hedef alan yeni ilaçlar geliştirmişlerdir. Bu hedef ilaçlar, kanser hücrelerinin büyümesini ve yayılmasını engellemek için üretilmiştir. Bu ilaçlar hızla büyüyen tüm hücrelere saldıran kemoterapi ilaçlarından farklı şekilde etki etmektedir (ACS, 2019).

Kemoterapi

Kemoterapi, hastalara intravenöz ya da oral yolla verilen anti-kanser ilaçların kullanımınıdır. İlaçlar dolaşıma geçerek kanser hücrelerine ulaşmaktadır. Meme kanseri olan kadınların hepsi kemoterapiye ihtiyaç duymamaktadır. Ameliyat sonrası dönemde yaygın kanser hücrelerini yok etmek, ameliyat öncesi dönemde tümörü küçültmek için kemoterapi uygulanmaktadır. Meme kanserinde en yaygın kullanılan ve en etkili tedavi yoludur. Kemoterapi ilaçları haftalık ya da üç haftalık periyotlar halinde, adjuvan ve neoadjuvan kemoterapi, kullanılan ilaçlara bağlı olarak genellikle toplam 3 ile 6 ay süresince verilmektedir. Kemoterapi ilaçları, tedavi boyunca yan etkilere neden olmaktadır. Gelişen yan etkiler ilaçların türüne, dozuna ve tedavinin süresine bağlı olarak değişmektedir. Kemoterapiye bağlı yan etkiler; saç dökülmesi, tırnak değişiklikleri, ağız yaraları, iştahsızlık, kilo kaybı, mide bulantısı, kusma, ishal, kabızlık, anemi, yorgunluk, enfeksiyon riski, adet döneminde değişiklikler, erken menopoz, kısırlık, osteoporoz, kardiyomiyopati ve uykusuzluk olarak sıralanabilir (ACS, 2019). Diğer olası yan etkilere ise sinir hasarı ve el-ayak sendromu örnek olarak verilebilir.

Sinir hasarı (nöropati): Taksanlar (dsetaksel ve paklitaksel), platin ajanlar (karboplatin, sispilin), vinorelbin, eribulin ve ixabepilon dahil olmak üzere meme kanserinin tedavisinde kullanılan birçok ilaç, beyin ve omuriliğin dışındaki sinirlere zarar vermektedir. Bu bazen uyuşukluk, ağrı, yanma, karıncalanma hissi, soğuğa ya da sıcağa duyarlılık ve güç kaybı gibi semptomlara yol açabilmektedir. Çoğu durumda, tedavi bittikten sonra bu durum ortadan kalkmaktadır. Ancak bazı kadınlarda bu problem uzun sürebilmekte ya da kalıcı olabilmektedir (ACS, 2019).

El-ayak sendromu: Kapesitabin ve lipozomal doksorubisin gibi bazı kemoterapi ilaçları, ellerin avuç içi kısımlarını ve ayak tabanlarını tahriş etmektedir. Bu duruma el-ayak sendromu denilmektedir. Erken dönem belirtiler arasında uyuşukluk,

karıncalanma, kızarıklık yer almaktadır. Tedavi devam ettikçe, eller ve ayaklarda ödem oluşarak şişmekte ve ağrıya neden olmaktadır. Cilt kabarmaya, soyulmaya başlamakta ve bunun sonucunda açık yaralar oluşmaktadır. Bu yan etkinin spesifik bir tedavisi yoktur. Ancak kemoterapi öncesi verilen bazı kremler ya da steroidler iyileşmeye yardımcı olmaktadır. Bu semptomlar, tedavi sonlandığında ya da ilaç dozu düşürüldüğünde yavaş yavaş ortadan kalkmaktadır (ACS, 2019).

2.2. Dünyada Sağlık Harcamaları

Küresel olarak, ülke geliri arttıkça sağlık için yapılan kamu harcamaları artmaktadır. Buna karşın düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde aynı durum söz konusu olamamaktadır. Düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkeler sağlık harcamalarının yarısından fazlasını birinci basamak sağlık hizmetlerine ayırmaktadır. Dünyada genellikle sağlık fonlarının %46'sı ve sağlık için yapılan kamu harcamalarının %20'si HIV/AIDS, sıtma ve tüberküloz ile mücadelede kullanılmaktadır. Sağlık harcamalarının, toplam sağlık harcamaları içindeki payı, sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği her zaman sağlayamamaktadır (WHO, 2018).

2015 yılında, Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin kabul edilmesinden üç yıl sonra, dünya genelinde sağlık harcamaları farklılık göstermeye başlamıştır. Genel sağlık sigortasıyla birlikte birçok ülke, kurumsal düzenlemeler yapmış ve sağlık hizmetlerinin kapsamını genişletmiştir. Sağlık sektörü, dünyada meydana gelen, ekonomik büyüme, demografik değişiklikler ve teknolojik değişim ile bağlantılı olarak küresel ekonominin ana hedeflerinden biri haline gelmiştir. Sağlık sektörüne olan talep her geçen gün artmaktadır. 2016 yılında dünya genelinde küresel sağlık harcamaları, Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH)'nın %10'una yakın bir kısmını oluşturmaktadır. Kişi başı sağlık harcaması ortalaması 1.000 ABD doları olmakla birlikte dünya ülkelerinin yarısı kişi başına 350 ABD dolarından daha az harcama yapmaktadır (WHO, 2018).

Düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde, 2000-2016 yılları arasında kişi başına sağlık yardımı iki kat olmasına karşın, sağlık için kamu harcaması kişi başı yalnızca yaklaşık 3 ABD doları olarak kalmıştır. Uluslararası Birinci Sağlık Hizmeti Konferansı olan Alma Ata Deklarasyonu sonrasında, birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik verilmiştir. Bu doğrultuda yatan hasta, ayaktan tedavi, koruyucu bakım gibi sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması önem kazanmıştır. Veriler kişi başı

ülke gelirinin, bireylerin sağlık hizmeti kullanımında anahtar rol oynadığına işaret etmektedir. Aynı zamanda gelir düzeyi yüksekliğinin genel sağlık sigortasının kamu sağlık harcamaları ile yakından ilişkili olduğu, bu doğrultuda bireylerin gelir düzeyi arttıka sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yaptıkları bildirilmektedir (WHO, 2018).



Tablo 2.2. Dünyada sağlık harcamaları, 2005-2017 arası (OECD Health Statistics, 2018)

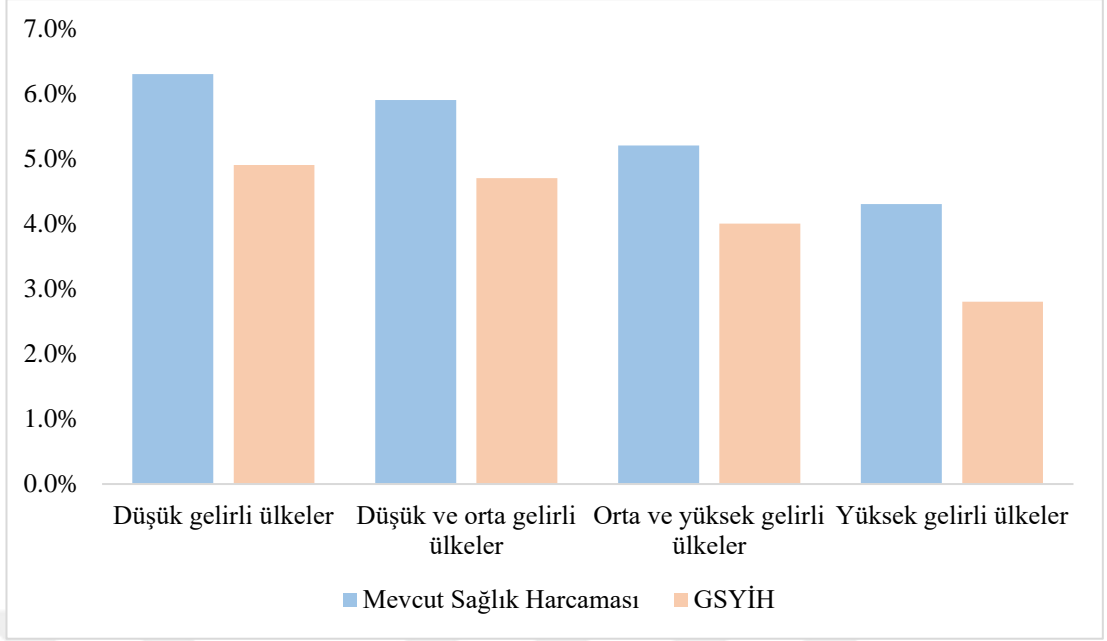
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Avustralya	8,00	8,00	8,08	8,27	8,58	8,45	8,56	8,69	8,77	9,06	9,33	9,25	9,13
Avusturya	9,63	9,53	9,53	9,73	10,23	10,22	10,03	10,20	10,29	10,37	10,34	10,44	10,30
Belçika	8,97	8,86	8,89	9,27	10,00	9,84	10,00	10,11	10,27	10,34	10,11	10,04	10,00
Kanada	9,06	9,21	9,30	9,47	10,57	10,56	10,23	10,24	10,13	9,97	10,38	10,54	10,40
Çin	6,38	6,20	6,02	6,36	7,29	6,93	6,98	7,03	7,81	7,65	7,15	7,14	7,08
Danimarka	9,09	9,17	9,33	9,51	10,67	10,33	10,15	10,24	10,17	10,17	10,27	10,35	10,20
Finlandiya	8,00	8,01	7,83	8,08	8,87	8,87	8,95	9,29	9,49	9,48	9,74	9,49	9,22
Yunanistan	9,00	8,97	9,06	9,38	9,47	9,56	9,10	8,88	8,41	7,95	8,19	8,45	8,37
Macaristan	8,00	7,81	7,22	7,10	7,25	7,52	7,54	7,47	7,26	7,09	7,12	7,37	7,22
İzlanda	9,21	8,92	8,71	8,71	9,02	8,77	8,49	8,44	8,48	8,50	8,35	8,29	8,49
İrlanda	7,65	7,51	7,80	9,10	10,49	10,51	10,71	10,77	10,30	9,69	7,45	7,38	7,10
İsrail	7,13	6,94	6,92	7,00	7,09	7,05	7,00	7,14	7,11	7,21	7,38	7,31	7,37
İtalya	8,36	8,46	8,16	8,56	8,98	8,95	8,84	8,96	8,95	9,01	8,99	8,94	8,90
Japonya	7,78	7,81	7,89	8,20	9,06	9,16	10,62	10,79	10,19	10,83	10,87	10,84	10,70
Kore	4,89	5,24	5,43	5,71	6,12	6,24	6,30	6,44	6,58	6,82	7,05	7,34	7,57
Letonya	5,86	5,74	5,54	5,63	6,15	6,15	5,57	5,42	5,40	5,47	5,71	6,24	6,27
Litvanya	5,64	5,84	5,76	6,29	7,36	6,82	6,50	6,29	6,14	6,20	6,48	6,67	6,31
Lüksemburg	7,18	6,71	6,23	6,54	7,34	7,03	6,11	6,57	6,56	6,43	6,19	6,16	6,08
Meksika	5,84	5,66	5,77	5,70	6,13	5,98	5,70	5,84	5,94	5,61	5,76	5,47	5,40
Hollanda	9,27	9,18	9,24	9,51	10,24	10,40	10,52	10,90	10,90	10,86	10,40	10,36	10,10
Yeni Zelanda	8,27	8,63	8,32	9,11	9,62	9,59	9,51	9,65	9,37	9,42	9,31	9,22	9,00
Norveç	8,33	7,92	8,05	7,96	9,06	8,90	8,78	8,77	8,92	9,33	10,11	10,50	10,30
Polonya	5,81	5,80	5,87	6,37	6,59	6,42	6,23	6,20	6,38	6,25	6,34	6,52	6,68
Portekiz	9,43	9,14	9,07	9,35	9,88	9,82	9,53	9,35	9,09	9,02	8,97	9,08	8,99
İspanya	7,68	7,76	7,84	8,29	8,99	9,02	9,09	9,08	9,03	9,02	9,12	8,97	8,84
İsveç	8,28	8,16	8,07	8,31	8,94	8,49	10,68	10,94	11,10	11,14	11,01	10,94	10,90
İsviçre	10,80	10,20	10,00	10,10	10,81	10,70	10,77	11,06	11,31	11,49	11,89	12,21	12,20
Türkiye	4,94	5,19	5,28	5,26	5,53	5,05	4,69	4,48	4,40	4,35	4,14	4,31	4,23
İngiltere	7,19	7,33	7,43	7,68	8,53	8,47	8,42	8,34	9,77	9,72	9,79	9,76	9,65
ABD	14,50	14,60	14,90	15,50	16,34	16,41	16,37	16,37	16,33	16,51	16,82	17,07	17,10

Tablo 2.2’de 2016 yılı sağlık harcamalarının son yedi yılın en hızlı büyüme oranına sahip olduğu görülmektedir. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) harcamaları 2016 yılında %3,4’lük bir artış göstermiştir. 2017 yılı ile karşılaştırıldığında, Kanada, Yeni Zelanda ve Hollanda gibi ülkelerin 2016 yılı sağlık harcamalarında %2,5’lik bir artış meydana gelmiştir. Sağlık harcamaları 2009 yılı ve sonrasında artış göstermiştir. Birçok OECD ülkesi ile karşılaştırıldığında, ülkemizin sağlık harcamalarına ayırdığı miktarın ortalamanın altında kaldığı görülebilmektedir. Ülkemizde, 2006- 2009 yılları arasında sağlık harcamaları artış göstermesine karşın, son yıllarda sağlık harcamalarına ayrılan miktar giderek azalmaktadır. Ülkelerde ekonomik büyümenin meydana gelmesi, sağlık sektöründe maliyet artışlarına ve sağlık bakım sunumlarında bireysel taleplerin artmasına neden olmaktadır. Dünyada, 2012 yılı sonrası sağlık harcamaları ekonomik büyümeyle birlikte değişim göstermektedir (Tablo 2.2) (OECD Health Statistics, 2018).

Tablo 2.3. Dünya genelinde kamu harcamaları (World Health Organization, 2018)

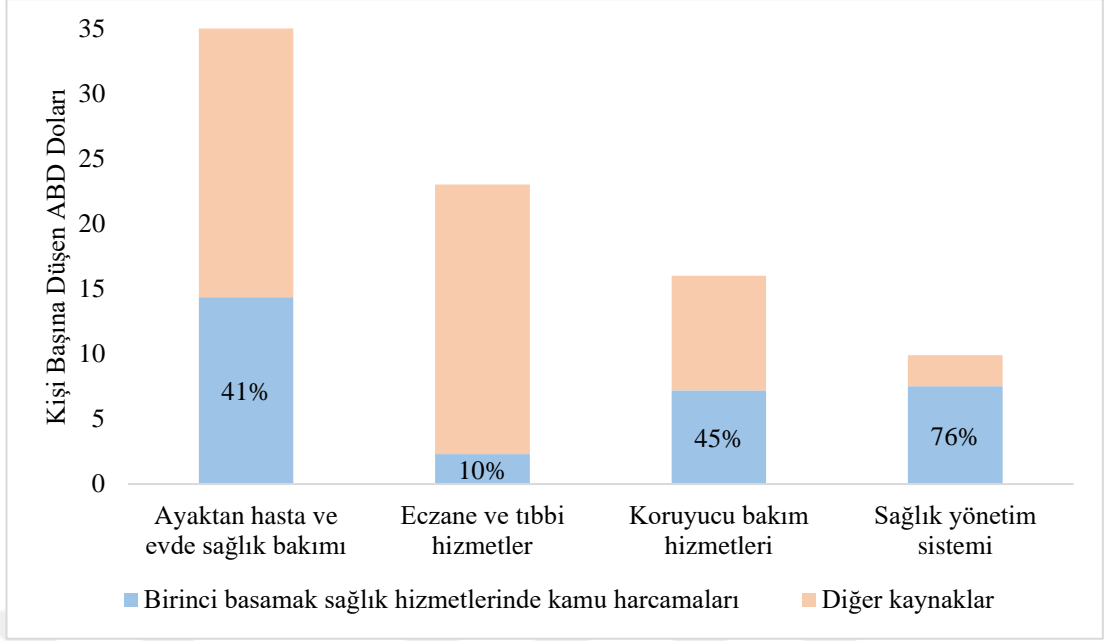
Özellikler	Kamu harcamalarının gayri safi milli hasılaya oranı (%)	Devlet harcamalarının içinde sağlık kamu harcaması (%)	Gayri safi yurtiçi hasıla içinde sağlık harcamaları (%)	Kişi başına düşen sağlık harcaması (sabit ABD Doları, 2016)	Kişi başına gayri yurtiçi hasıla (sabit ABD \$)
Ülkelerin gelir oranı	2000-2016	2000-2016	2000-2016	2000-2016	2000-2016
Düşük	20,4- 23,6	7,9-6,8	1,5-1,5	7-9	487-626
Düşük-Orta	24,6-28,0	7,6-8,3	1,8- 2,3	30-58	1,465-2,407
Orta-Yüksek	29,4-31,4	10,3-12,2	2,9-3,7	132-267	4,381-7,058
Yüksek	38,1-41,2	11,6-14,9	4,5-6,1	1,357-2,257	28,649-33,951

Tablo 2.3’de, orta gelirli ülkelerde, kişi başı sağlık harcamalarındaki artışı, GSYİH büyümesi ve kamu harcamalarının izlediği görülebilmektedir. Orta gelir düzeyine sahip ülkelerde, sağlık için kamu harcamalarında artışa neden olan gelir artışı ve maliyetin, sağlık için ayrılan bütçeyle karşılaştırıldığında sınırlı olduğu dikkati çekmektedir. GSYİH ve kamu harcamalarındaki istikrarlı büyümeye karşın, genel kamu harcamasının payı içerisinde yer alan sağlık harcamaları 2000 yılında %7,9’dan, 2016’da %6,8’e düşmüştür (World Health Organization, 2018).



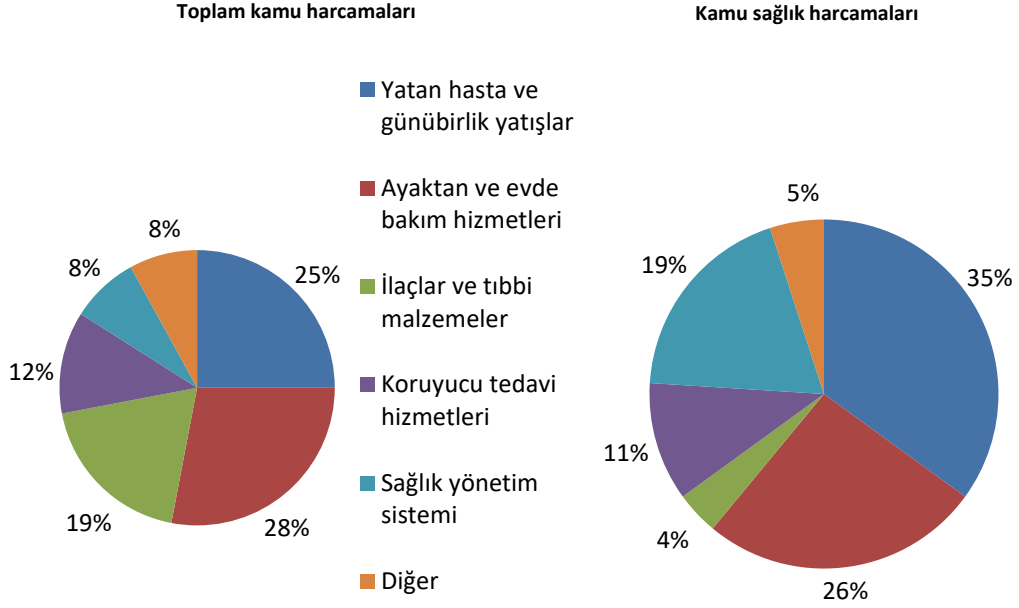
Şekil 2.7. Sağlık harcama oranları, 2000-2016 (WHO, 2018)

Şekil 2.7’de, toplam yapılan sağlık harcamalarının, GSYİH’ye göre daha hızlı büyüdüğü, yüksek gelir düzeyine sahip ülkeler ile karşılaştırıldığında düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde daha hızlı arttığı görülebilmektedir. Hem düşük hem de orta gelir düzeyine sahip ülkelerde, sağlık harcaması GSYİH’nin yaklaşık %6,3’ünü oluşturmaktadır. 2000 ve 2016 yılları arasında sağlık harcamaları her yıl artış göstermiş, yıllık bazda ortalama %2,8’den %4’e doğru bir büyüme kaydetmiştir. Sağlık harcamaları düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde hızlı bir yükselme göstererek, yılda ortalama %6’dan daha fazla artmıştır. Sağlık harcamalarının küresel olarak dağılımı ülkeden ülkeye değişebilmektedir. GSYİH ve sağlık harcamaları düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde, hızlı bir şekilde büyümesine karşın, yüksek ve düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde büyük bir farklılık göstermemiştir (WHO, 2018).



Şekil 2.8. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan kamu harcamaları, temel sağlık hizmetleri (WHO, 2018)

Şekil 2.8’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan kamu harcamaları incelendiğinde, devletin katkı payının dört temel sağlık hizmeti sunumunda farklılık gösterdiği dikkati çekmektedir. Bu doğrultuda ilaçlara ve tıbbi malzemelere kamunun yaptığı ortalama harcamanın sadece %10 düzeyinde kaldığı görülmektedir. Yapılan bu hizmetler genellikle devlete bağlı olmayan kurumlar tarafından verilmektedir. Sosyal devlet kapsamında, sağlık yönetim sistemi, harcamaların çoğunu (%76) oluşturmaktadır. Ayaktan ve evde bakım hizmetleri, kamu harcamaları içinde, toplam harcamaların ortalama % 41’ini; birinci basamak sağlık hizmeti sunan koruyucu bakım hizmetleri, kamu toplam harcamalarının ortalama %45’ini oluşturmaktadır (Şekil 2.8) (WHO, 2018).



Şekil 2.9. Sağlık harcamalarının dağılımı (WHO, 2018)

Şekil 2.9’da sağlık harcamalarının dağılımı gösterilmekte olup, bu harcamaların %70’den fazlasını yatan hasta, ayaktan tedavi, evde bakım hizmetleri, ilaçlar ve tıbbi malzemeler oluşturmaktadır. En fazla sağlık harcaması; yatan hasta, ayaktan hasta, gününbirlik yatışlar, ilaçlar ve tıbbi malzemelere ödenmektedir. Bu doğrultuda diğer sağlık hizmetleri (kronik bakım, rehabilitasyon gibi), koruyucu hizmetler, sağlık hizmetleri dışında sağlanan sağlık tarama hizmetleri ve sağlık yönetim sistemi için sınırlı kaynaklar olarak kalmaktadır (WHO, 2018).

Ülkeler arasındaki sağlık harcamaları büyük farklılıklar göstermektedir. Ayaktan tedavi hizmetlerine yapılan harcamalar %12 ile %50 arasında değişmektedir. Bu oran sağlık harcamalarının %50’sinden daha fazlasını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerine yönelik harcamaların, farklı hizmet sunumu ve sağlık finansman sistemlerine göre gösterdiği farklılığı anlamak için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Günümüzde sağlık harcamalarının %20’sinden fazlasının bazı ülkelerde sınıflandırılmamış olması, yapılan sağlık harcamalarında veri kaybına neden olabilmektedir. Kamu sağlık harcamaları, yerel kaynakların dağılımı, sağlık yönetim sistemi, ilaç ve tıbbi malzemeler dışında, toplam sağlık harcamaları, dağılımla doğru orantı göstermektedir (WHO, 2018).

2.2.1.Dünyada Kanser Harcamaları

Dünya genelinde 2018 yılında, 18,1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 9,6 milyon insan kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir (Ferlay ve ark., 2019). Küresel olarak meme kanseri insidansı oldukça yüksektir. Bu konudaki literatürde yılda 1,700,000 yeni meme kanseri tanısı konulduğu, kadınlar arasında onkolojik tanıların yaklaşık %25'ini meme kanserinin oluşturduğu bildirilmektedir (Ginsburg ve ark., 2017; Ferlay ve ark., 2019). Bununla birlikte son 25 yılda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde meme kanseri insidans oranlarında yaklaşık olarak %30'luk bir artış olduğu belirtilmektedir (Konieczny ve ark., 2020). Meme kanseri her yıl 2,1 milyon kadını etkilemektedir. 2018'de, 627,000 kadının meme kanseri nedeniyle hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir. Aynı zamanda bu oran kadınlar arasında kansere bağlı ölümlerin yaklaşık olarak %15'ini oluşturmaktadır (Noveiri ve ark., 2020).

Kanser, tüm dünyada diğer hastalıklarla karşılaştırıldığında daha fazla ölüme ve sakatlığa neden olmaktadır (WHO, 2015). Bununla birlikte, gelir düzeyi düşük olan ülkelerde hastaların ekonomik yetersizlikler nedeniyle kanser tedavisi alamamalarının önemli bir problem olduğu dikkati çekmektedir. Özellikle maliyet artışı ve sağlık hizmetlerinin altyapı yetersizliği, dünya çapında pek çok kanser hastasını kaliteli bakımı ulaşılamaz hale getirmektedir. Sağlık hizmetlerine ulaşımında eşitsizlik ve artan maliyetler göz önüne alındığında, sağlık alanında ekonomik durumun yeniden değerlendirilmesi daha da önem kazanmaktadır (Pratt-Chapman ve Bhadilia, 2019).

Sağlık hizmetinin değeri, bireye, topluma ve sağlık sistemine içsel ya da dışsal fayda sağlayıp sağlamadığına göre farklılık gösterebilmektedir. İçsel değer, hastanın ağrısının azaltılması ya da ortadan kaldırılması gibi doğrudan amaca hizmet etmektedir. Dışsal değer ise doğrudan ya da dolaylı yoldan yarar anlamına gelmektedir. Ekonomik açıdan bakıldığında, sağlık hizmetleri dışsal öneme sahiptir. Artan maliyetler doğrultusunda sağlık alanında verilen hizmet kalitesinin düşmesi, sağlık hizmetlerinin etkili verilmesini engelleyebilmektedir (Pratt-Chapman ve Bhadilia, 2019).

Sağlık ekonomisi, toplumun sağlık hizmetlerinden en üst düzeyde faydalanabilmesi için kaynakların etkin bir şekilde kullanılmasını amaçlamaktadır (Goeree ve Diaby 2013). Bu nedenle sağlık ekonomisi sadece tedavilerin maliyetiyle değil, aynı zamanda hem yaşam süresi hem de yaşam kalitesi üzerine etkisi ile de

ilgilenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yılda 14 milyon kişinin %57'sine kanser tanısı konulduğunu ve kanser ölümlerinin %65'inin düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde yaşayan bireylerde meydana geldiğini bildirmektedir (WHO, 2015). Kanser kayıtlarının düzenli tutulduğu ülkelerde kanser oranının arttığı gözlemlenmektedir. Buna karşın birçok ülkede kayıtların düzenli tutulmaması, kanser maliyetinin düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde öngörülenden daha fazla olduğuna işaret etmektedir (WHO, 2015).

Yüksek gelir düzeyine sahip ülkeler, kanser tedavisi ile ilgili ilaçların %90'nına ulaşabilirken, düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde bu oran yalnızca %30 olarak kalmaktadır (WHO, 2015). Aynı zamanda, ülkelerin %25'inin kanser tedavisi için gerekli olan radyoterapi ünitesine sahip olmadıkları bildirilmektedir (WHO, 2015). Kanser, küresel hastalık yükünün %13-17'sini ve tüm tıbbi harcamaların %4-7'sini oluşturmaktadır (You ve ark., 2019). ABD'de kanser harcamalarının genel olarak 2020 yılında 173 milyar dolar olacağı öngörülmektedir (Mariotto ve ark., 2011). ABD'de kanserin, her yıl yaklaşık olarak 471,5 milyar dolar üretim kaybına, tedavi sırasında meydana gelen erken ölümlerin de 193 milyar dolar zarara neden olduğu vurgulanmaktadır (Alexander ve ark., 2014). Yüksek sigorta primleri ve tedaviye yönelik olarak cepten yapılan harcamalar, hasta ve ailelerini zorlayabilmektedir (Schnipper ve ark., 2015).

Sağlık sisteminde kanser ilaçları için yapılan harcamalar birçok OECD ülkesinde hızla artmaktadır. Yeni çıkan kanser ilaçlarının maliyeti ve hastada sistemik tedavilerin kullanılması gibi birçok faktör hastalığın tedavisine yönelik harcamaları arttırmaktadır. Kanser hastalarında hasta başı kemoterapi maliyeti yaklaşık olarak 16,415 ABD doları civarındadır (Roman ve ark., 2020). Kanser ilaçlarının sayısındaki artış ve tedavi alan hastaların yaşam sürelerinin uzaması gibi faktörler ilaçların alınması ve tedavinin sürdürülmesi ile ilgili problemlere neden olmaktadır (Bentley ve ark., 2019). Çin'de hastane maliyetlerinin fazla olması ve alınan sağlık hizmetlerinin kişi başına düşen gelire yakın olması nedeniyle, 2009 yılında, güvenli, etkin, kaliteli, sağlık hizmetinin sunulabilmesi için bazı reformlar uygulanmıştır. Genel sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin eşit dağıtılması, kamu hastanelerinin iyileştirilmesi bu konuda alınan reformlara örnek olarak verilebilir (Xu ve ark., 2020).

2.3. Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamalarının dünya GSYİH içerisindeki oranı 2000 yılında %9 iken, bu oran 2014 yılında %9,9’a yükselmiştir. Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı 2000 yılında %4,9 iken 2014 yılında bu oran %5,4’e çıkmıştır. Türkiye, OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında, toplam sağlık harcamasının diğer ülkelere göre daha düşük olduğu dikkati çekmektedir. Ülkemizde kişi başı sağlık harcaması 2014 yılında 990 dolara yükselmiştir. Buna karşın Türkiye, OECD ülkeleri içerisinde kişi başı sağlık harcamaları yönünden en son sırada yer almaktadır (Öztürk ve Uçan, 2017).

Tablo 2.4. Türkiye’de sağlık harcamaları (Türkiye İstatistik Kurumu, 2019)

	Toplam sağlık harcaması Milyon (TL)	Toplam sağlık harcamasının GSYİH’ye oranı (%)
2005	35359	5,2
2006	44069	5,6
2007	50904	5,8
2008	57740	5,8
2009	57911	5,8
2010	61678	5,3
2011	68607	4,9
2012	74189	4,7
2013	84390	4,7
2014	94750	4,6
2015	104568	4,5
2016	119756	4,6
2017	140647	4,5
2018	165234	4,4

Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının 2005- 2018 yılları arasındaki oranları Tablo 2.4’de görülmektedir. Sağlık sektöründe yapılan harcamalar, ülkelerin gelişmişlik düzeyine ya da ülkelerin eğitim ve sosyal alanına göre farklılık gösterebilmektedir (Mutlu ve Işık, 2012). Günümüzde hastalıklar, bireylerin hastalığa ilişkin geçmiş tecrübeleri ve yaşam tarzları bireylerin sağlık harcamalarını etkileyen faktörlere örnek olarak verilebilir (Akin, 2007). Şehirleşmeyle birlikte fiziksel yaşam alanlarının kötüleşmesi ve salgın hastalıkların artması, sağlık hizmetlerine olan talep ile birlikte sağlık harcamalarının artmasına neden olabilmektedir (Akin, 2007). Bununla birlikte eğitim ve gelir düzeyi yüksekliği, gelişen teknoloji ve sağlık hizmetlerinde kalite beklentisi de sağlık harcamalarını artırabilmektedir (Gürbüz, 2010). Türkiye’de sağlık harcamalarının dağılımına baktığımızda, 2005-2018 yılları arasında genel toplam, kamu sağlık harcamaları, cepten yapılan harcamalar ve diğer harcamaların düzenli olarak arttığı görülebilmektedir (Tablo 2.5).

Tablo 2.5. Türkiyede sağlık harcamalarının dağılımı Milyon TL (TÜİK, 2019)

	Genel toplam	Kamu sağlık harcamaları	Cepten sağlık harcamaları	Diğer harcamalar
2005	35359	23987	8049	3323
2006	44069	30116	9684	4269
2007	50904	34530	11105	5269
2008	57740	42159	10036	5545
2009	57911	46890	8142	2879
2010	61678	48482	10062	3134
2011	68607	54580	10590	3438
2012	74189	58785	11750	3654
2013	84390	66228	14156	4006
2014	94750	73382	16819	4549
2015	104568	82121	17315	5131
2016	119756	94012	19562	6182
2017	140647	104744	24004	6900
2018	165234	128021	28655	8558

Sağlık ve eğitime bütçeden ayrılan ödenekler, ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılık gösterebilmektedir. Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı ve reform çalışmaları doğrultusunda, devlet bütçesinde sağlık harcamalarına ayrılan pay artmıştır. Kamu sağlık harcamalarının yetersiz olduğu ülkelerde bireyler özel sigortalar ya da cepten yapılan harcamalarla sağlık harcamalarını karşılamaktadır. Sosyo ekonomik düzeyi düşük olan ya da gelir dağılımının eşit olmadığı ülkelerde sağlık harcamaları kamunun harcamalarına bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir (Sayım, 2017). WHO (2014) verileri doğrultusunda, Türkiye sağlık harcamalarında kişi başı 567 Amerikan dolarıyla orta sınıf ülkeler arasında yer almaktadır. Dünya ülkelerinde, sağlık harcamalarının kişi başı miktarı ise 1.058 dolar olarak bildirilmiştir (Sayım, 2017).

2.3.1. Türkiye’de Kanser Harcamaları

Kanser Türkiye’de en sık görülen ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Günümüzde, dünyada ve Türkiye’de kanserin görülme sıklığının artmasıyla birlikte, kanser için yapılan harcamalar da artmaktadır. Diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de, kanserin tanı ve tedavisinde kullanılan yöntemler ve ilaçlar mali yönden bazı problemlere neden olmaktadır (Tatar, 2009). Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK), kanser ilaçları için 2012 yılında ödediği toplam miktarın yaklaşık 458 milyon TL olduğu tahmin edilmektedir (Torun ve Kutlar, 2018). Ülkemizde kanser tedavisine yönelik maliyetler artmakla birlikte, vakaların çoğunun ölümle sonuçlandığı bildirilmektedir (Torun ve Kutlar, 2018). Türkiye’de onkoloji hastalarının cepten yaptığı harcamaları belirlemeye yönelik olarak yapılan

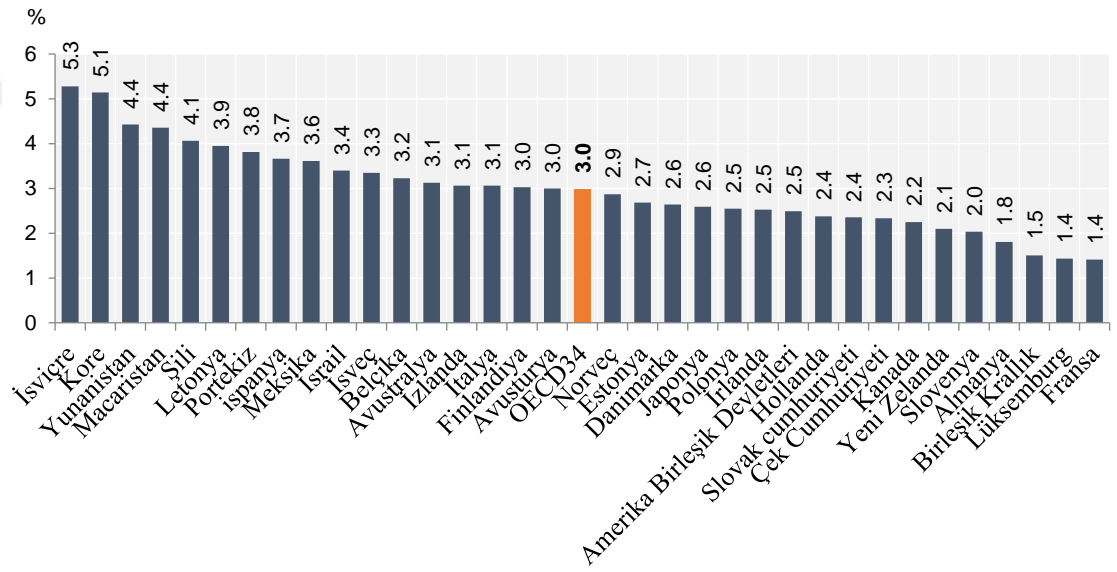
çalışma sayısı oldukça az olup, Özmen ve arkadaşlarının (2017), bu konuda yapmış olduğu bir çalışmada, kanserin birey ve aile üzerindeki ekonomik yükünün her geçen gün giderek arttığı belirlenmiştir (Kutlar ve Torun, 2018).

Türkiye'de 2017 yılında toplam sağlık harcaması 38.551 milyon dolar ve toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki oranı %4,5 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde koruyucu sağlık politikaları ve kanser harcamaları ile ilgili yapılan çalışma sayısı oldukça sınırlı olmakla birlikte özellikle kanser tedavilerinin toplam sağlık harcamaları içindeki payını ortaya koyan herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Tekin ve Saygılı'nın (2019), Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) aracılığıyla, Türkiye'de meme kanseri tedavi maliyetini belirlemeye yönelik olarak yapmış oldukları çalışmada, meme kanseri tanısı alan 126.664 hastanın toplam tıbbi maliyeti 116.792.107,9 dolar, hasta başı ortalama tedavi maliyeti 922,1 dolar olarak saptanmıştır (Tekin ve Saygılı, 2019). Bu doğrultuda sağlık hizmetlerine tahsis edilen sınırlı kaynaklar nedeniyle, meme kanseri gibi ülkeler üzerinde önemli ekonomik yük oluşturan hastalıkların maliyetlerine ilişkin araştırmalar yapılması ve bu konuda gerekli önlemlerin alınması oldukça önemlidir.

2.4. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları

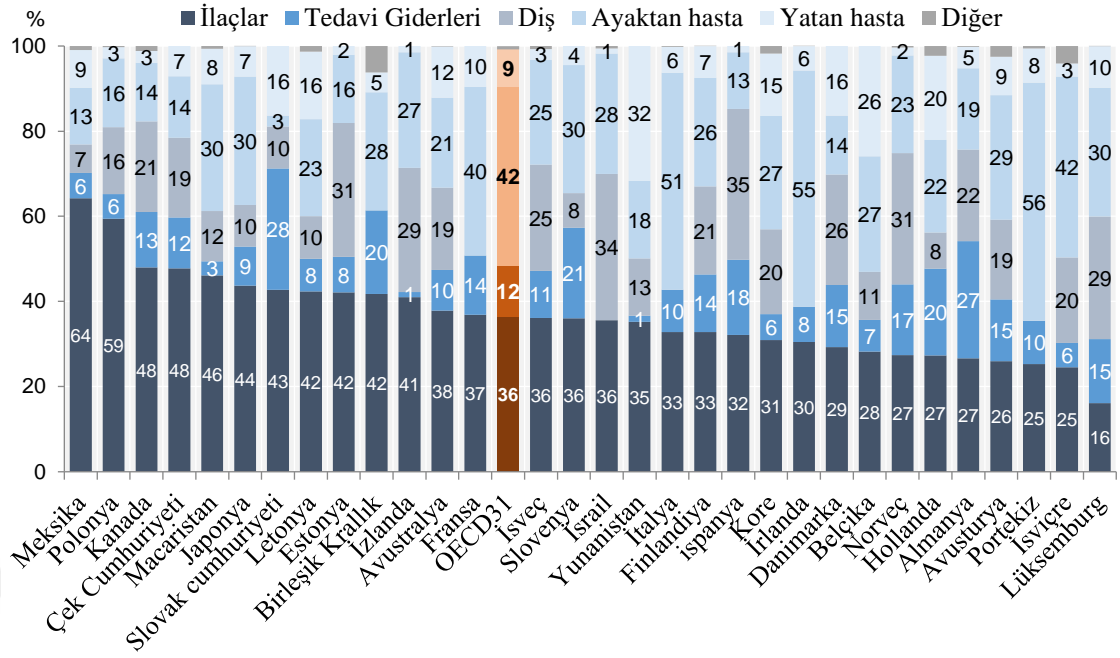
Cepten yapılan harcamalar, hasta birey ya da ailelerin doğrudan yaptıkları ödemelerdir. Kamu hastanelerinde bireyin yapmış olduğu özel muayene, tıbbi araç-gereç ve ilaç ücretleri cepten yapılan harcamalara örnek olarak verilebilir. Cepten yapılan harcamalar, formal ve informal olarak iki grupta incelenebilir (Aarva ve ark., 2009; Özgen ve ark., 2010). Yapılan bir harcamanın cepten harcama olarak kabul edilebilmesi için, birey ya da aile tarafından doğrudan hizmet veren kuruma yapılması gerekmektedir. Bu doğrultuda birey ya da ailenin sağlıkla ilgili yaptıkları ve kendilerine geri ödenmeyen doğrudan ödemeler, cepten yapılan sağlık harcamalarını oluşturmaktadır (Başara Bora ve Şahin, 2008).

Kanser tedavisinin hastalar üzerindeki finansal yüküne ilişkin farkındalık giderek artmaktadır. ABD, Avusturalya ve Kanada gibi ülkelerde, cepten yapılan sağlık harcama oranının oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir. Avusturalya’da toplam sağlık harcamalarının %17,3’ünü cepten yapılan sağlık harcamalarının oluşturduğu belirtilmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar kanser hastalarında cinsiyet, yaş, gelir düzeyi düşüklüğü ve kemoterapinin finansal yükü arttırdığına işaret etmektedir. Ayrıca tedavi görülen merkez ve sağlık hizmetlerine ulaşımın zor olmasının, cepten yapılan sağlık harcamalarını arttıran faktörler arasında yer aldığı bildirilmektedir (Newton ve ark.,2018).



Şekil 2.10. Hanehalkının cepten yaptığı tıbbi harcamalar (OECD Sağlık İstatistikleri, 2017)

Şekil 2.10’da hanehalkının cepten yaptığı tıbbi harcamalar görülmektedir. Cepten yapılan tıbbi harcamaların yükü (uzun süreli bakım hizmetleri hariç), toplam hane halkı gelirinin ya da tüketiminin bir payı olarak değerlendirilmektedir. 2015 yılında sağlık hizmetlerine ayrılan hane halkı tüketim payının, OECD ülkeleri Fransa, Lüksemburg ve Birleşik Krallık’ta toplam hane halkı tüketiminin %1,5’ini, Kore ve İsviçre’de ise %5’ini oluşturduğu bildirilmiştir (Paris ve ark., 2016; OECD, 2017).



Şekil 2.11. Hizmet sunumlarına göre cepten yapılan harcamalar (OECD Sağlık İstatistikleri, 2017)

Şekil 2.11’de hizmet sunumlarına göre cepten yapılan harcamalar görülmektedir. Yunanistan, Belçika ve Hollanda’nın, yatan hasta tedavi hizmetlerinde, OECD’den daha fazla hane halkı harcaması yaptığı (%20-32) belirtilmektedir. Polonya, Çek Cumhuriyeti ve Macaristan, Kanada, Meksika gibi bazı Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde, ilaç harcamaları, cepten yapılan ödemelerin yarısını ya da daha fazlasını oluşturmaktadır. Sadece reçetesiz ilaçlar değil, aynı zamanda reçeteli ilaçlarda yüksek maliyete neden olmaktadır. Diş tedavisi sınırlı olmakla birlikte, verilen diş sağlığı hizmetleri, OECD ülkeleri arasında yapılan tüm cepten harcamaların %20’sini oluşturmaktadır. İspanya, Norveç ve Estonya’da bu rakamın %30 ve daha fazla olduğu belirtilmektedir (Paris ve ark., 2016; OECD, 2017).

Türkiye’de, 2000 yılından bu yana, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında cepten yapılan sağlık harcamalarına yönelik olarak düzenlemeler yapılmaktadır. Cepten yapılan sağlık harcamaları birey ya da ailelerin sağlık hizmeti almak için doğrudan yaptıkları ödemeleri ifade etmektedir. Birey/ailenin gelir düzeyi, cepten yapılan harcama miktarını etkilemektedir. Gelir düzeyi arttıkça cepten yapılan harcama miktarı artmaktadır. Bununla birlikte sağlık güvencesi olan bireylerin daha az harcama yaptığı, bebek ve yaşlı bireylerden oluşan ailelerin ise daha fazla cepten harcama yaptığı bildirilmektedir (Başara ve Şahin, 2008).

Bireyin sağlık durumunun, hastalık insidansının, bir engele sahip olmasının, kronik hastalığı bulunmasının ve yaşanan yerleşim biriminin cepten yapılan harcama miktarını etkilediği belirtilmektedir. Kırsal alanda yaşayan bireylerin kentte yaşayan bireylerden daha fazla cepten harcama yaptığı bildirilmektedir. Aynı zamanda kırsal kesimde yaşayan bireylerin finansal yetersizlik nedeniyle hastaneye gelemedikleri vurgulanmaktadır. Evde yaşayan birey sayısı arttıkça cepten yapılan harcama miktarı artmaktadır. Cinsiyet önemli bir faktör olmakla birlikte kadınların sağlık hizmetine daha fazla ihtiyaç duydukları belirtilmektedir. Aynı zamanda, eğitim düzeyi yüksekliği ve medeni durumun yapılan sağlık harcamalarını etkilediği bildirilmektedir (Başara ve Şahin, 2008).

2.5. Katastrofik Sağlık Harcamaları

OECD'ye göre sağlığın geliştirilmesi, korunması, beslenme ve bakım için yapılan tüm harcamalar sağlık harcaması olarak tanımlanabilir. Sosyal güvencesi olsa bile hane halkı bazı harcamaları kendi gelirlerinden yapabilir. Kanser gibi bazı hastalıklar, hastaların işgücü ve gelir kaybı nedeniyle tedavi masraflarının ödenmesini güçleştirebilir. Aynı zamanda hastalığa ilişkin tıbbi bakım harcamalarının fazla olması, hastaların yaşam kalitesini düşürebilir. Cepten yapılan sağlık harcamaları bireylerin mevcut gelirini aşıyor, önemli bir kısmını oluşturuyor ve yaşam kalitesinde azalmaya neden oluyorsa bu durum "katastrofik sağlık harcamaları" olarak tanımlanabilir (Tokatlıoğlu ve Tokatlıoğlu, 2014).

Bireyler sağlık harcamaları için gıda, eğitim, barınma gibi zorunlu temel yaşam ihtiyaçlarını azaltmak zorunda kalıyorsa, harcamaların katastrofik nitelik taşıdığı söylenebilir. Sağlık harcamalarının katastrofik nitelik taşıyabilmesi için, sağlık harcamalarının cepten yapılıyor olması ve yapılan sağlık harcamalarının ailenin belirli bir gelir düzeyi/eşik değerini geçmesi gerekmektedir. Cepten yapılan harcamalar çok yüksek olmasına karşın, ailenin gelir ve tüketim düzeyinin eşik değerine ulaşmıyorsa bu harcamalar katastrofik olarak tanımlanmayabilir. Diğer yandan küçük boyutta yapılan bir harcama aileyi zorluyorsa, bu harcamada katastrofik harcama niteliğinde kabul edilebilir. WHO (2018) verilerine göre, dünya çapında yaklaşık 800 milyon aile hane halkı gelirinin %10'ununu sağlık bakımına harcamakta, 100 milyon insan günde 1,90 ABD doları yada daha az bir bütçeyle yaşamak zorunda kalmaktadır. Bu doğrultuda yaklaşık olarak 25 milyon aile ya da 100 milyon kişinin yoksulluğa sürüklendiği düşünölmektedir (Tokatlıoğlu ve Tokatlıoğlu, 2014).

Genel sağlık sigortası olmayan ve sosyal güvencesi bulunmayan bireylerin yaptığı sağlık harcamaları da, katastrofik sağlık harcamalarına neden olmaktadır. DSÖ'ye katastrofik sağlık harcaması, birey ya da ailelerin cepten yaptığı sağlık harcaması ödeme kapasitenin %40'ını aşması durumunda ortaya çıkmaktadır. DSÖ'ye göre cepten yapılan harcamalar, hastalıkların tanı, tedavi, ilaç ve bireylerin muayenesinde kullanılan hastane harcamalarının tümünü oluşturmaktadır. Yapılan bu tanımlamada sağlık hizmetlerine ulaşmak için yapılan harcamalar (gıda, ulaşım, konaklama, gelir kaybı vb) yer almaktadır (Giovanis ve Özdamar, 2016; Tokatlıoğlu ve Tokatlıoğlu, 2018).

DSÖ'nün 2011 yılı verileri doğrultusunda kanserin kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklardan sonra, en fazla ölüme neden olan hastalık olduğu bildirilmiştir. Kanser hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde, morbidite ve mortalite oranı yüksek olan bir hastalık olduğu için katastrofik sağlık harcamalarına neden olmaktadır. Aynı zamanda bu durum mali yükü arttırmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalar katastrofik sağlık harcamalarının ülkeler arasında farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır (Zheng ve ark., 2018). 133 ülkede yapılan bir çalışmada, katastrofik sağlık harcamasının 2005 ile 2010 yılları arasında %9,7'den %11,7'ye yükseldiği bildirilmiştir (Zheng ve ark., 2018). 59 ülkede yapılan diğer bir çalışmada toplam sağlık harcamasının %1 oranında yükseldiği, bu duruma paralel olarak katastrofik sağlık harcamalarının %2,2 oranında arttığı belirtilmiştir (Zheng ve ark.,2018).

Sağlık hizmetlerine erişimin güç olması, sosyo-ekonomik düzeyi düşük bireylerin genel sağlık durumunun bozulması ülke genelinde ekonominin zarar görmesine neden olmaktadır. Diğer yandan sağlık hizmetlerine ulaşımın eşit olmaması, katostrofik sağlık harcamalarına zemin hazırlamaktadır. Katastrofik sağlık harcamaları gelir yaklaşımı boyutunda değerlendirildiğinde, toplam gelirin %5'i ile %20'sini geçtiğinde meydana gelmektedir. Özellikle temel ihtiyaçlar dışındaki toplam harcamaların belirli eşik değeri geçmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Sağlık harcamaları, ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir. Sosyal güvenlik sistemlerinin gelişmiş olduğu; Kanada, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, İngiltere, Almanya ve Fransa gibi ülkeler de katastrofik sağlık harcamaları %0,1'in altında iken; Vietnam, Brezilya gibi Latin Amerika ülkelerinde bu oranın %10'unun, Azerbaycan ve Kamboçya'da ise %5'in üzerinde olduğu bildirilmektedir (Kılıç, 2017).

Kadınlarda meme kanseri ve erkeklerde prostat kanseri kanser bakım harcamalarının yaklaşık ¼'ini oluşturmaktadır. Bununla birlikte kanser bakım maliyetlerinin meme kanserinde %40, prostat kanserinde ise %50 oranında değiştiği bildirilmektedir (Gonzalez ve ark.,2018). ABD’de kanser için yapılan toplam harcama miktarı yılda 170 milyar doları aşmaktadır. Kanser insidansı azalmasına karşın, kanser bakımı ile ilgili harcamaların 2020 yılında daha fazla olacağı öngörülmektedir (Gonzalez ve ark.,2018). Diğer yandan hastalık semptomlarının iyi yönetilememesi cepten yapılan harcama miktarını artırarak, hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Azmonava ve ark., 2019).

2.6. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi bireylerin ya da toplumların genel iyilik düzeyine işaret etmektedir. Bu doğrultuda yaşam kalitesi “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi” olarak tanımlanabilmektedir. Bireyin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını ifade etmektedir (Yan ve ark., 2016). DSÖ’ne göre; yaşam kalitesi bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını nasıl algıladığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle yaşam kalitesi bireyin amaçları, umutları, standartları ve endişeleri ile çok yakından ilişkili bir kavramdır (Noveiri ve ark., 2020).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde, kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun oldukları ile yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerin varlığı/yokluğunun onları ne ölçüde rahatsız ettiğinin belirlenmesi amaçlanmaktadır (Kang ve ark., 2018). Bu doğrultuda yaşam kalitesi aynı zamanda bireyin kendini iyi hissetmesi, yaşadığı hayattan doyum sağlaması ve mutlu olmasıdır (Cobb ve ark., 2014).

Dünya Sağlık Örgütü, 1946 yılında sağlığı tanımladıktan sonra yaşam kalitesi kavramı daha da önem kazanmıştır. Yaşam kalitesi kavramına olan ilginin son yıllarda artmasının bir diğer nedeni de, teknolojik gelişmelere paralel olarak sağlık alanında önemli ilerlemeler kaydedilmesidir. Günümüzde hastalıkların birçoğu tedavi edilebildiği için bireylerin yaşam süresi giderek artmaktadır. Bu doğrultuda kronik hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesinin artırılması daha çok önem kazanmaktadır (Cobb ve ark., 2014). Yaşam kalitesini ölçmek için, EORTC, FACT-G, FACT-B,

HRQoL olmak üzere birçok ölçek geliştirilmiştir (Hirai ve ark., 2012; Cobb ve ark., 2014). Yaşam kalitesinin güncel, subjektif sağlığı yansıttığı ileri sürülmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, “hastalık ve tedavisinin hasta üzerindeki etkilerinin yine hasta açısından değerlendirilmesini” ifade etmektedir (El Haidari ve ark., 2020). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bütüncül yönden ele alındığında, yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bu nedenle bu iki kavram birbiriyle çok yakından ilişkilidir (Cobb ve ark., 2014).

Yaşam kalitesini etkileyen bir çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden bazıları mental sağlık, hastalığın uzun sürmesi, metastaz, yaş, geniş ailede yaşama, gelirin giderden az olması, kronik hastalık varlığı, psikolojik faktörler, bilişsel sorunlar, sağlık durumunun bozulması, egzersiz yapmama, sigara, alkol ve madde kullanımı, kötü yaşam koşulları, yetersiz beslenme, cinsiyet, sosyal desteğin yetersiz olması ve hareket azlığı olarak sıralanabilir (Gelin ve Ulus, 2015; Temiz, 2016; Göl ve Aşilar, 2017). Kanser hastalarının üzüntü, öfke, korku, kaygı gibi duyguları ile baş ağrısı, karın ağrısı, rahatlama ve uyku güçlüğü gibi somatik reaksiyonları yaşam kalitelerinin azalmasına neden olabilir (Gregucci ve ark., 2020; El Haidari ve ark., 2020).

Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, diyet ve egzersizin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu (Chen ve ark., 2020), sosyoekonomik zorlukların, sağlık hizmetlerine sınırlı erişimin, destekleyici bakım eksikliğinin, meme kanseri tanısının geç konulmasının, sosyal/dini/kültürel kısıtlamaların yaşam kalitesini azalttığı bildirilmektedir (El Haidari ve ark., 2020). Bununla birlikte meme kanseri tanısı almanın tek başına yaşam kalitesini etkileyebileceği de vurgulanmaktadır (Vrinten ve ark., 2017).

2.6.1. Meme Kanseri Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Günümüzde kanser yaşamı tehdit eden, içerdiği riskler nedeniyle hastaları endişelendiren, onları yaşamdan koparan ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir sağlık sorunudur (Göl ve Aşilar, 2017). Meme kanseri, tedavisi ve prognozu nedeniyle, fiziksel ve psikolojik önemli etkilere sahiptir (Turon ve ark., 2020). Meme kanseri tanısının konulmasıyla birlikte, birey ve ailelerin normal yaşam döngüsünde önemli değişimler meydana gelir (Özkan ve Akın, 2017). Kanser tedavisinin uzun sürmesi, hastaların psikolojik, sosyal ve fiziksel iyilik haline zarar verebilir. Kemoterapi uygulamalarından sonra hastaların ilaçlara bağlı olarak deneyimledikleri

bulantı, kusma, ağrı, yorgunluk, iştahsızlık, kabızlık gibi birçok semptom hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Bununla birlikte tedavi gören hastalarda, depresyon, enerji kaybı, alopesi gelişebilir. Kemoterapi uygulaması ve hastalık semptomları bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltabilir (De Ligt ve ark., 2019). Bu nedenle kemoterapi ünitesine başvuran bireylerin, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden yaşam kalitelerinin nasıl etkilendiğinin bilinmesi ve gerekli desteğin verilmesi oldukça önemlidir (Gülcivan ve Topçu, 2017).

Yaşam kalitesi göstergeleri, objektif ve subjektif göstergeler olarak iki grupta incelenebilir. Objektif göstergeler bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ve öz bakımını yerine getirebilmesini ifade etmektedir. Objektif göstergeler, kendine iyi bakma, hareket, fiziksel aktivite, sağlık- hastalık kavramlarını içermektedir. Subjektif göstergeler ise bireylerin kendilerini psikolojik yönden iyi hissetmelerini ifade etmektedir (Ateş, 2011; Ovayolu, 2011). Sağlıkta yaşam kalitesi ölçekleri, yaşam kalitesinin değerlendirilebilmesi amacıyla, bireylerin hastalıktan ne kadar etkilendiğini belirlemek için kullanılmaktadır. Bu nedenle kullanılan ölçeğin amaca uygun olması, hasta/yakınları tarafından doğru bir şekilde anlaşılması ve doldurulması önemlidir (Temiz, 2016).

Bireyin yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde ve holistik bakım sunumunda hemşireler önemli rol oynamaktadır. Bu doğrultuda hemşirelerin hasta ve yakınlarının fiziksel ve ruhsal sağlık belirtilerini izlemesi önemlidir. Hemşireler bireylerde gelişebilecek risk faktörlerini bilmeli ve bunları önlemeye yönelik girişimler planlamalıdır. Aynı zamanda hastalara bütüncül bir yaklaşımla bakım sunmalıdır (Göl ve Aşlar, 2017). Hasta bireyin kendi bakımını üstlenmesi ve yaşamdan doyum alması hemşirelerin en önemli hedefidir (Ovayolu, 2011). Hemşirelerin, hastalara sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmaya yönelik eğitimler yapması, hasta yakınlarını bakıma dahil etmesi, hasta ve yakınlarına yaşam kalitesinin önemini vurgulaması son derece önemlidir (Gülcivan ve Topçu, 2017).

2.7. Başa Çıkma ve Adaptasyon Süreci

Günümüzde tanı ve tedavi alanındaki gelişmeler doğrultusunda birçok hasta kanserden kurtulmasına karşın, kanserle mücadele eden bireylerin %20 ile %40'ının ciddi psikolojik rahatsızlıklar yaşadıkları bildirilmiştir. Bu nedenle kanserle etkili bir şekilde mücadele edebilmek için, bireyin başa çıkma yollarını güçlendirmek

önemlidir. Kanser bakımında ilerlemeler kaydedilmiş olmasına karşın, kanserden kurtulan birçok hasta acı çekmektedir (Potter ve ark., 2013).

Başa çıkma ve adaptasyon süreci ile ilgili çalışmalarda, genel popülasyonla karşılaştırıldığında, kanserle mücadele eden ve hayatta kalan bireylerde kaygı düzeyinin iki kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Kanser tedavisinin tamamlanmasından sonra oluşan psikolojik stresörler; kanserin tekrar nüks etmesi, kanser metastazı, gelecek kaygısı ve ölüm korkusu ile ilişkilidir. Hayatta kalan bireylerin önemli bir bölümünde günlük aktivitelerde bozulma, kaygı ve depresyon görülebilmektedir. Sosyodemografik etkenlerden yaş, bekar olma, eğitim düzeyi düşüklüğü, ekonomik faktörler, psikolojik morbidite riskini arttırmaktadır. Başa çıkma, bireyin iç ve dış faktörleri yönetmek için oluşturduğu bilinçsel ve davranışsal çabaları ifade etmektedir (Çam, Saka ve Gümüş, 2009; Çatal, 2015).

Klinik onkolojide hastaların kanserle başa çıkabilmek için çaresizlik/umutsuzluk, inkar/kaçma, kaderci yaklaşım, isyankar olma, meşguliyet gibi yollardan yararlandıkları bildirilmektedir (Cheng ve ark., 2019). Kanser hastalarında bireylerin kişilik özellikleri kadar geliştirdikleri başa çıkma yolları da önemlidir. Başa çıkma yolları stresli durumlar karşısında meydana gelen bilinçli ve istendik tepkileri ifade etmektedir. Bireylerin yararlandıkları başa çıkma yolları, kabullenme ve kaçınma olmak üzere iki boyutta ele alınabilir. Kabullenme, stresörlere yönelik yolları (destek sistemleri arama, problem çözme gibi), kaçınma ise bireyleri stresörden uzaklaştıran yolları içermektedir (You ve ark., 2018).

2.7.1. Meme Kanseri Hastalarında Başa Çıkma ve Adaptasyon Sürecinin Değerlendirilmesi

Stres durumuna verilen tepkiler sonucunda olan değişime “adaptasyon”, kullanılan bu tepkilere ise “başa çıkma” adı verilir. Stres ve başa çıkma sonucu meydana gelen değişiklikler adaptasyon olarak adlandırılır. Adaptasyon iç ve dış dengeyi ya da homeostatik mekanizmayı korumak için devam eden bir çaba olarak tanımlanabilir. Başa çıkma yolları bir kişinin stresörleri yönetmek için kullandığı düşünme süreçleri ve davranışları ifade eder. Başa çıkma mekanizması, değişen bir ortama ya da belirli bir soruna yanıt vermenin doğal ya da öğrenilmiş bir yoludur (Berman ve ark., 2016).

Başa çıkma mekanizması; problem ve duygu odaklı olarak ikiye ayrılmaktadır. Problem odaklı başa çıkma mekanizması; bireyin hayatında bir değişiklik yaparak ya da harekete geçerek, var olan mevcut durumu iyileştirme çabalarını ifade etmektedir. Duygu odaklı başa çıkma mekanizmasında ise; bireyin içinde bulunduğu durum iyileşme göstermemekte fakat birey kendini daha iyi hissetmektedir. Egzersiz yapmak, sağlıklı beslenmek uzun vadeli başa çıkma yollarına örnek olarak verilebilir. Kısa vadeli başa çıkma yolları ise alkol ve uyuşturucu kullanmak, hayal kurmak, öfkeden kaçınmak, her şeyin iyi olacağına inanmak gibi çözümleri içerebilir. Stresörlerin sayısı, yoğunluğu, bireyin geçmiş deneyimleri ve destek sistemleri, kişilik özellikleri başa çıkma mekanizmasını etkileyen faktörler arasında yer alır (Berman ve ark., 2016).

Başa çıkma bireyin psikolojik stresi yönetme çabasıdır ve bireyin ihtiyaçlarına göre değişiklik göstermektedir. Başa çıkma mekanizmaları, psikolojik adaptif davranışları içermektedir. Problem çözme, hayal kurma, yaşam tarzında değişiklik yapma uyum davranışlarına; aşırı uyku, çok yemek yeme, çok fazla çalışma, madde bağımlılığı maladaptif (etkisiz) başa çıkma yollarına örnek olarak verilebilir. Etkili başa çıkma adaptasyonla, etkisiz başa çıkma maladaptif durumla sonuçlanabilir (Taylor ve ark., 2011). Uyum, bireylerin kendi iç ve dış dünyalarında dengeyi korumak için çabaladığı bir süreçtir. Uyum, normal büyüme ve gelişmede, değişen durumlara adapte olmada, fiziksel ve duygusal strese cevap vermede önemlidir (Taylor ve ark., 2011). Başa çıkma becerisine sahip olan bir birey genellikle en zor durumlarda bile stresli olaylara adapte olabilmektedir (Wilkinson ve ark., 2016).

Cerrahi tedavi, yüksek doz radyasyon, kemoterapi, hormon tedavisine bağlı olarak hastalarda lenf ödem, erken menapoz, vajinal kuruluk, bilişsel bozukluklar, beden imajının bozulması, doğurganlığın azalması, cinsel isteksizlik gibi yan etkiler meydana gelebilmektedir. Bu yan etkiler özellikle genç kadınların psikososyal durumunu oldukça etkilemektedir (Hubbeling ve ark., 2018). Meme kanserli hastalar, tedavi süreci boyunca yorgunluk, ağrı, uykusuzluk, anksiyete, depresyon gibi fiziksel ve zihinsel semptomlar yaşayabilmektedir. Bu bağlamda hastaların hem fiziksel hem de zihinsel boyutta yaşam kalitesini yükseltebilmek için fiziksel ve psikolojik semptomlarla başa çıkma yollarını geliştirmek önemlidir. Bireylerin kişilik özellikleri, başa çıkma ve adaptasyonda önemli rol oynamaktadır (Lai ve ark., 2019). Stresli bir durumla başa çıkma yolu, bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir (Berman ve ark., 2016).

Sosyal ve duygusal desteği olan, aktif ve problem çözücü bireyler stres durumunu daha iyi yönetebilir. Kemoterapi tedavisi yada cerrahi tedavi alan hastalar, tedavinin yan etkileriyle ve olumsuz psikolojik belirtilerle mücadele edebilmek için farklı baş etme yollarına ihtiyaç duyabilir. Hastalığı kabul etme, dini inançlarından yararlanma, yoga, egzersiz, aile ve sosyal destek sistemlerine başvurma başa çıkma yollarına örnek olarak verilebilir. Kadınlar için eşin ve ailenin sosyal desteği hastalıkla başa çıkmada oldukça önemlidir. Bu konudaki çalışmalar, Focus programına alınan hastaların yaşam kalitelerinde, başa çıkma, adaptasyon ve iyileşme süreçlerinde olumlu sonuçlar aldıklarına işaret etmektedir (Tabrizi ve Alizadeh, 2018).

F (family)=Aile desteği, güçlü iletişim konularını içermektedir.

O (optimist)=İyimser ve umutlu olma. Umudunu koruyarak endişe, depresyon, zihinsel ve psikolojik bozuklukların azaltılması.

C (cope)=Hastalıkla başa çıkma etkinliği, stresin azaltılması, etkili adaptasyon teknikleri ve sağlıklı yaşam biçim davranışlarını içermektedir.

U (uncertainty)=Belirsizliğin azaltılması, hastaların hastalık süreci hakkında olumsuz bilgi, tutum ve davranışlarının azaltılması, hastalık hakkında bilgi verilmesini içermektedir. Belirsizliğin azaltılması hastaların sağlığını ve hayatta kalma olasılığını arttırmaktadır.

S (semptom)=Semptom yönetimi hastalık semptomlarını yönetmek için bireysel bakım planlarını içermektedir (Tabrizi ve Alizadeh, 2018).

Hastalığın tanı ve tedavisi sürecinde, hemşirelerin başa çıkma ve adaptasyon uygulamalarında en önemli görevlerinden biri, hastalara bilgi vererek korkularını azaltmaktır. Aynı zamanda grup terapilerinin, eğitim programlarının ve sağlıklı yaşam biçim davranışları geliştirilmesinin, hastaların başa çıkma ve adaptasyon sürecinde olumlu etkilerinin olduğu bildirilmektedir (Appleton ve ark., 2018).

2.8. Meme Kanseri Hastaların Bakım ve Tedavisinde Hemşirenin Rolü

Meme kanseri oranı hızla artmaktadır. Sosyodemografik, klinik özellikler ile sosyal hayatın yönetimi meme kanseri kadınları etkileyen stresörler arasında yer almaktadır. Meme kanserli hastalarda sosyal destek düzeyi arttıkça, hastalıkla başa çıkma ve adaptasyon düzeyi artmakta; psiko-sosyal uyum ve semptom yönetimi daha etkin hale gelmektedir (Jang ve Kim, 2018). Kanser için kullanılan ilaçlar, tıbbi

cihazlar gibi medikal malzemeler kanserin ekonomik yükünü ve cepten yapılan harcamaları artırmaktadır. Bu durum, kanser tedavisi alan hastalarda fiziksel ve psikolojik değişikliklere neden olmaktadır. Uzun süreli kanser tedavisi, kanserin nüks etmesi ve tedavinin kalıcı yan etkileri hayatta kalan hastalarda yaşama yönelik belirsizliğe neden olmaktadır (Potter ve ark., 2013).

Kanserli hastalar, kanser tedavisi ve sonrasında birçok psikolojik, fiziksel problemle mücadele etmektedir. Tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan yan etkiler hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu süreçte hastaların hastalıkla başa çıkma davranışları önemli rol oynamaktadır. Birçok araştırma kişilik özelliklerinin baş etme davranışları üzerinde etkisi olduğuna işaret etmektedir. Hubbeling ve arkadaşlarının aktardığı üzere, Lazarus ve Folkman, “birey stres yaratan bir olayla başa çıkamadığında psikolojik rahatsızlıklar meydana geldiğini, bu stresörlerin bireyin sağlığını etkilediğini belirtmektedir” (Hubbeling ve ark., 2018).

Kanser tedavisinde kullanılan; tedavinin türü, çeşitliliği, yoğunluğu, hastanın yaşı, sağlık durumu yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Kanser ve tedavi sonucu birçok doku ve vücut sistemi bozulmaktadır. Kanser tedavisi sonucunda osteoporoz, kalp yetmezliği, diyabet, amenore, kısırlık, GİS sorunları, karaciğer yetmezliği, immün sistem bozuklukları, parestezi, işitme kaybı gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Özellikle kanserin nüks etme korkusu, kanserden sağ kalan hastalar arasında oldukça yaygın görülebilmektedir. Olumlu başa çıkma stratejilerinin kullanılması, hastanın korkularının azaltılmasına yardımcı olabilir. Kanser tekrar nüks ettiğinde, hasta ve aileleri yeni zorluk ve sıkıntılarla karşı karşıya kalabilir. Kanser hastaları beden imajı ve cinsel fonksiyon bozukluğu nedeniyle sık sık kaygı ve depresyon yaşayabilir (Potter ve ark., 2013).

Hemşireler birey, aile ve toplumun sağlığının geliştirilmesinde ve korunmasında önemli rol üstlenirler. Özellikle önemli bir halk sağlığı sorunu olan kanser bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği için hastalığın yönetimi oldukça önemlidir. Hastalara bakım sunarken kanserin onların yaşam tarzlarını nasıl etkilediğini anlamaya çalışmak gereklidir. Hemşirelerin kanserde semptom yönetimi, beslenme desteği, kişilerarası ilişkiler, hastalık yönetimi gibi konularda hastalara eğitim vermesi önemlidir. Bununla birlikte kanserden kurtulan hasta ve ailelerini de kanserin yan etkileri konusunda bilgilendirmek hemşirelerin sorumluluk alanları içinde yer

almaktadır. Hastalar yeni sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kanser taraması ve erken tanı uygulamasına katılmanın önemi hakkında bilgilendirilmelidir.

Hemşireler kanserle mücadele eden bireyleri yönlendirebilmek için, toplum destek hizmetleri ve gönüllü kuruluşlar hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Onkolog, diyetisyen ve sosyal hizmet uzmanlarıyla profesyonel işbirliği yapmalıdır. Hemşireler bu süreçte her hasta için bireyselleştirilmiş bakım planı hazırlamalıdır. Hasta taburcu olduğunda, kanser bakımını içeren bir rehber oluşturarak taburculuk eğitimi sunmalıdır. Sonuç olarak hemşireler hem kanser tedavisi gören hemde kanserden iyileşen hastaların ihtiyaçlarını daha iyi anlayabilmek ve kanser tedavisini etkin bir şekilde yönetebilmek için kanıta dayalı en güncel yaklaşımları bilme ve uygulama sorumluluğuna sahip olmalıdır (Potter ve ark., 2013).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma meme kanseri hastalarının cepten yaptığı harcamaların yaşam kalitesi ile başa çıkma ve adaptasyon sürecine etkisi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanmıştır. Bu çalışmada niceliksel araştırma yöntemi ile birlikte nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik yaklaşımdan yararlanılmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 29.10.2018-28.10.2020 tarihleri arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kemoterapi Ünitesinde gerçekleştirildi.

3.2. Metot

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.2.1.1. Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın evreni belirlenirken, araştırmaya başlamadan önceki bir yıllık süreçte 09.08.2017 ile 09.08.2018 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi kemoterapi ünitesinde ayaktan kemoterapi gören 351 meme kanseri hastası referans olarak alınarak örneklem sayısı hesaplandı. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde evrenin bilindiği durumlarda örnekleme alınacak birey sayısını saptamak için kullanılan aşağıdaki formülden yararlanıldı (Yıldız, 2016; Öztürk, 2017).

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Bu formülde;

n: Örnekleme alınacak birey sayısı.

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı).

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (1-p).

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde “t” tablosundan bulunan teorik değer.

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.

Sayısal değerler yerine konulduğunda;

p: 0,5

q: 0,5

t: 2,33 (tablo değeri)

d: 0,02 (%2 hata payı)

$$n = \frac{351 \cdot (2,33)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,02)^2 \cdot (351-1) + (2,33)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

n= 318

Bu formüle göre; örneklem büyüklüğü 318 olarak hesaplandı. Veri kaybı olabileceği düşünülerek 322 hastaya ulaşıncaya veri toplama süreci tamamlandı. Araştırmaya çalışmaya katılmaya istekli ve gönüllü olan, 18 yaş üstü, en az okur yazar eğitim seviyesine sahip olan, ilk kez meme kanseri tanısı alan, rekurrent olmayan, kemoterapi tedavisinin ikinci kürünü alan, metastazı olmayan hastalar alındı. Bu doğrultuda çalışmaya katılmayı kabul etmeyen bir erkek ve iki kadın hasta, okur-yazar olmayan beş hasta, kanser metastazı ve rekurrent olan on hasta araştırmaya dâhil edilmedi. Anket formu ve ölçeklerin cevaplanma oranı %94,7'dir.

3.2.1.2. Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın nitel aşama kısmında amaçlı örnekleme yöntemlerinden homojen örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcı sayısı, nitel araştırmalarda geçerli olan “veriye doyma” ilkesine göre belirlenmiştir. Bu doğrultuda nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik yaklaşım kullanılarak 27 hasta ile yapılan görüşmeler sonrasında veri doygunluğuna ulaşılmıştır.

3.2.2. Verilerin Toplanması

3.2.2.1. Nicel Verilerin Toplanması

Araştırmada nicel veriler 29.10.2018-28.10.2019 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Housser, 2010; Çömez, 2016; Temiz, 2016; Türk, 2017; Koçan, 2018) geliştirilen, hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini içeren bir anket formu ile FACT-B (Functional Assessment of Chronic Therapy Breast Cancer/Meme Kanseri Hastaları İçin Fonksiyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği), BUSÖ (Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği) kullanılarak toplanmıştır. Araştırmaya katılan hastalara çalışma hakkında bilgi verildikten ve bilgilendirilmiş onamları alındıktan

sonra anket formu ve ölçekler çalışmaya katılmaya istekli hastalara uygulanmıştır. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama süresi ortalama 20-30 dakika sürmüştür. Hastalara araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu, anket formlarına isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir.

3.2.2.2. Nitel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nitel verileri 01.07.2019-30.09.2019 tarihleri arasında fenomenolojik yaklaşım kullanılarak yapılan görüşmeler sonrasında toplanmıştır. Yapılan bu görüşmeler sırasında yarı yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır. Hastaların kendilerini ifade edebilmeleri ve görüşme süresince rahatsız edilmemeleri için servis sorumlu hemşirelerinin desteği ile sessiz, aydınlık, ferah ve uygun ısıda olan bir oda hazırlanmıştır. Yapılan görüşmeler yaklaşık olarak 30-45 dakika sürmüştür. Yapılan görüşmeler öncesinde, ilk olarak katılımcılara araştırmanın amacı, görüşmenin ne kadar süreceği, görüşmede kullanılan ses kayıt cihazının hangi amaçla kullanılacağı, görüşmelerden elde edilen verilerin gizli tutulacağı ile ilgili bilgiler sözlü olarak açıklanmış ve katılımcılardan sözlü onam alınmıştır. Verilen bilgilerin doğruluğunu kanıtlamak amacıyla katılımcıların söyledikleri tekrarlanarak ve özetlenerek doğru anlaşılıp anlaşılmadıkları kontrol edilmiştir. Araştırma sorularının yanıtı olabilecek kavramlar tekrar etmeye başladığında görüşmeler sona erdirilmiştir.

3.2.3. Veri Toplama Araçları

3.2.3.1. Nicel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Anket Formu

Anket formu, hastaların sosyo-demografik bilgilerini içeren 8 soru (yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, çocuk sahibi olma durumu vb.), çalışma özelliklerini içeren 14 soru (çalışma durumu, çalışma şekli, sosyal güvence durumu, toplam aylık gelir ortalaması vb.) hastalıkla ilgili 34 soru (hastalık tanısının ne zaman konulduğu, hastalığın klinik evresi, tedaviye başlama zamanı vb.) olmak üzere toplam 56 sorudan oluşmaktadır (Ek- 1).

Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği (BUSÖ)

BUSÖ, Callista Roy (2004) tarafından, başa çıkmanın karmaşık, çok boyutlu, hiyerarşik yapısını anlamak ve ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan bir ölçektir (Gaston-Johansson ve ark., 2013). BUSÖ genellikle kritik ve zor durumda olan bireylerin başetme ve uyum stratejilerinin tanımlanmasında kullanılmaktadır (Roy, 2008). Ölçek 47 madde ile beş alt boyuttan oluşmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2015 yılında Çatal tarafından yapılmıştır.

Çözüm Bulma ve Odaklanma: Başetme ve uyum süreci ölçeğinin sonuçlarını araştıran, konsantrasyon, üretim ve davranışları yansıtan bir alt boyuttur. Toplam 10 maddeden (2, 4, 7, 10, 16, 19, 26, 34, 42, 46. maddeler) oluşmaktadır.

Fiziksel ve Karara Bağlama: Ele alınan durumların fiziksel tepkilerini ölçen bir alt boyuttur. Toplam 14 maddeden (5, 8, 13, 15, 20, 23, 24, 29, 33, 35, 39, 43, 45, 47. maddeler) oluşmaktadır.

Dikkat Süreci: Davranışların bireysel ve fiziksel benliğine odaklanan sürecini gösteren bir alt boyuttur. Toplam 9 maddeden (1, 11, 17, 18, 25, 27, 31, 40, 44. maddeler) oluşmaktadır.

Sistematize Etme Süreci: Başetmenin bir boyutu olarak olayları kavramayı, bireysel ve fiziksel stratejileri tanımlamaktadır. Toplam 6 maddeden (3, 12, 14, 22, 30, 41) oluşmaktadır.

Öğrenme ve İlişki Kurma Süreci: Bireyin kendinin ve başkalarının bellek ve hayal gücünü yansıtan alt boyuttur. Toplam 8 maddeden (6, 9, 21, 28, 32, 36, 37, 38) oluşmaktadır.

Ölçek 5 alt boyuttan oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçek maddeleri 1 ile 4 arasında (1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=her zaman) puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası ya da kritik değeri bulunmamaktadır. Her bir maddedeki sayısal yanıtların toplamı, toplam puanı vermektedir. Alt ölçek puanları, her alt ölçek için verilen sayısal yanıtların toplamı ile elde edilmektedir. Toplam puanlar 47 ile 188 arasında değişmektedir. Ölçek ve alt boyutlardan elde edilen puanlar yükseldikçe, etkili başetme yöntemi kullanımının arttığı kabul edilmektedir. Ölçeğin; Fiziksel ve Karara Bağlama (5, 8, 13, 15, 20, 23, 24, 29, 33, 35, 39, 43, 45, 47), maddeleri ters puanlanmaktadır. Ters puanlama: 1=4; 2=3; 3=2; ve 4=1 şeklinde yapılmaktadır. Bununla birlikte ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısının 0,94 olduğu, alt

boyutlarının Cronbach alfa güvenilirlik katsayılarının ise 0,78 ile 0,86 arasında değiştiği bildirilmiştir (Çatal, 2015). Bu alışmada BUSÖ Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,89 olarak belirlenmiştir. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Roy ve Çatal'dan yazılı izin alınmıştır (Ek- 5-6).

FACT- B (Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast Cancer)

FACT, Cella ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilmiş olan, kronik hastalık yönetimini hedefleyen ve 24 dilde çevrilmiş olan bir ölçektir. FACT-B, Brady ve arkadaşları (1997) tarafından meme kanseri hastaları için sağlıkla ilgili olan yaşam kalitesini hem genel hem de meme kanserine özęü değerlendiren, Hahn ve arkadaşları tarafından (2016) FACT-B (Version 4) geçerlik güvenilirliği yapılan, toplam 37 madde ile 5 alt boyuttan oluşan çok boyutlu bir ölçektir.

Bedeni durum: Ölçeğin bu boyutu bireyin tedavinin yan etkilerine bağlı olarak (bulantı, kusma, ağrı, halsizlik vb. gibi) rahatsızlık düzeyini tanımlamaktadır. Toplam 7 maddeden (1, 2, 3, 4, 5, 6 ve 7. sorular) oluşmaktadır. Alt boyutu oluşturan maddeler negatif anlam taşımakta ve sorulara verilen cevaplar ters kodlama yapılarak toplam puan hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-28 arasında değişmekte olup, alınan yüksek puan bireyin fiziksel sağlık algısının güçlü olduğunu göstermektedir (Webster, Cella ve Yost, 2003; Masat, 2018).

Sosyal yaşam ve aile durumu: Ölçeğin bu boyutu bireyin yakın çevresiyle olan ilişkisini ve sosyal destek düzeyini tanımlamaktadır. Toplam 7 maddeden (1, 2, 3, 4, 5, 6 ve 7. sorular) oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-28 arasında değişmekte olup, alınan yüksek puan bireyin sosyal destek düzeyinin iyi olduğunu göstermektedir (Webster, Cella ve Yost, 2003; Masat, 2018).

Duygusal durum: Ölçeğin bu boyutu bireyin duygusal değişimlerini, kaygı düzeyini yansıtmaktadır. Bu alt boyut negatif anlamlı soruları içermekte olup, toplam 6 maddeden (1, 2, 3, 4, 5, ve 6.sorular) oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-24 arasında değişmektedir (Webster, Cella ve Yost, 2003; Masat, 2018).

Faaliyet durumu: Ölçeğin bu boyutu bireyin hastalığını kabullenme, hayattan zevk alabilme, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme ve yaşam kalitesi düzeyini yansıtmaktadır. Bu alt boyut pozitif anlamlı soruları içermekte olup, toplam 7 maddeden (1, 2, 3, 4, 5, 6 ve 7.sorular) oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-28 arasında değişmektedir. Bu alt boyuttan alınan yüksek puan bireyin yaşam

kalitesi ve memnuniyet düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Webster, Cella ve Yost, 2003; Masat, 2018).

Diğer endişeler: Ölçeğin bu boyutu meme kanseri hastalarının diğer dört alt boyutta bulunmayan kaygılarına (nefes darlığı, saç dökülmesinden ve kilo değişiminden rahatsız olma, aile üyelerinde kanser riski olması konusunda endişe duyma) yönelik soruları yansıtmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-40 arasında değişmektedir. Bu alt boyut toplam 10 maddeden (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. sorular) oluşmaktadır (Eton ve ark., 2004).

Ölçek 5 alt boyuttan oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Verilen cevaplar; 0=Hiç, 1=Çok az, 2=Biraz, 3=Oldukça, 4=Çok fazla şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanların yüksek olması, yaşam kalitesinin yüksek olduğuna işaret etmektedir Kugbey ve arkadaşları (2019), FACT- B ölçeği Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısını 0,90, ölçeğin bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum, faaliyet durumu, diğer endişeler alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenilirlik katsayılarını sırasıyla, 0,83, 0,76, 0,82, 0,91 ve 0,65 olarak belirlemişlerdir. Bu çalışmada FACT- B ölçeği Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.93, ölçeğin bedeni durum, sosyal yaşam ve aile refahı, duygusal durum, faaliyet durumu, diğer endişeler alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları sırasıyla, 0,92, 0,90, 0,63, 0,92 ve 0,65 olarak saptanmıştır. FACT-B ölçeğinin Türkçe versiyonunun kullanılabilmesi için yazılı izin alınmıştır (www.facit.org) (Ek- 4).

3.2.3.2. Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Araştırmada nitel veriler yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu hastaların cepten yaptığı harcamaların yaşam kalitesi ile başa çıkma ve adaptasyon sürecine etkisini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmuştur. Hastalarla birebir yapılan görüşmeler sırasında sorulan sorulardan bazı şunlardır;

- Kanser tanısı aldığınızda yaşamınızda ne gibi değişiklikler meydana geldi anlatır mısınız?
- Kemoterapi tedavisinde karşılaştığınız güçlükleri anlatır mısınız?
- Hastalığınızla başa çıkmak için destek alıyor musunuz? Hangi destek sistemlerini kullanıyorsunuz?

- Tedaviniz sırasında sağlık sisteminin karşilamadığı, cepten harcama yaptınız mı?
- Cepten yaptığınız harcamalar yaşam kalitenizi etkiledi mi?
- Cepten yaptığınız harcamaların, hastalıkla başa çıkma ve uyum süreciniz üzerinde etkisi oldu mu?
- Hastalığınız ile başa çıkabilmek ve uyum sağlayabilmek, yaşam kalitenizi yükseltmek için neler yapıyorsunuz?

3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

3.2.4.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen nicel veriler Statistical Package For Social Science (SPSS) IBM SPSS V23 paket programda analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. Kategorik değerşkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı. İkili gruba göre nicel değerşkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılan veriler için bağımsız iki örnek t testi, normal dağılmayan veriler için Non-parametrik testlerden Mann-Whitney U testi kullanıldı. Üç veya üzeri grup karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren veriler için tek yönlü ANOVA, normal dağılmayan veriler için de Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Nicel değerşkenler arasındaki ilişkiyi ölçmek için normal dağılan verilerde, Pearson katsayısı, normal dağılmayan verilerde ise Spearman's rho katsayısı kullanıldı. Regresyon analizinde Enter metodundan yararlanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ alındı.

Araştırma kapsamındaki hastaların cepten yaptıkları harcamalar ve gelir kaybı toplamından, tedavi için yapılan geri ödemenin çıkarılmasıyla "cepten yapılan harcama tutarı" belirlendi (Özgen, 2007; Lauzier ve ark., 2013; Atanasova ve ark., 2013; Çınaroğlu ve şahin, 2016; Small ve ark., 2017; Oğuzhan ve Kurnaz, 2018).

3.2.4.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin analizinde tündengelim yöntemi ile içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi süreci; görüşme verilerinin yazıya geçirilmesini, verilerin düzenlenmesini, anlamlı veri birimlerinin saptanmasını, analiz matrisi oluşturulmasını, analiz süreci ve sonuçların rapor edilmesini içermiştir. Bu doğrultuda yapılan her bir görüşme, araştırmacı tarafından bilgisayarda birebir yazıya dökülmüştür. Veriler yazılırken, katılımcıların isimleri kullanılmamıştır. Analizde kolaylık sağlaması bakımından görüşme yapılan kişiler numaralandırılarak

kodlanmıştır. İlk aşamada veri kodlaması yapılmıştır. Tüm veriler benzer şekilde kodlandıktan ve bir kod listesi oluşturulduktan sonra temalar ve alt temalar ortaya çıkarılmıştır. Verilerin güvenilirliği için araştırmacı dışında danışman öğretim üyesi tarafından bağımsız olarak kodlar ve temalar oluşturulmuştur. Daha sonra araştırmacılar bir araya gelerek kodların temalarla ilişkilerini değerlendirerek temalar yeniden düzenlenmiştir. Araştırmacı Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu'na katılmıştır (Ek- 9).

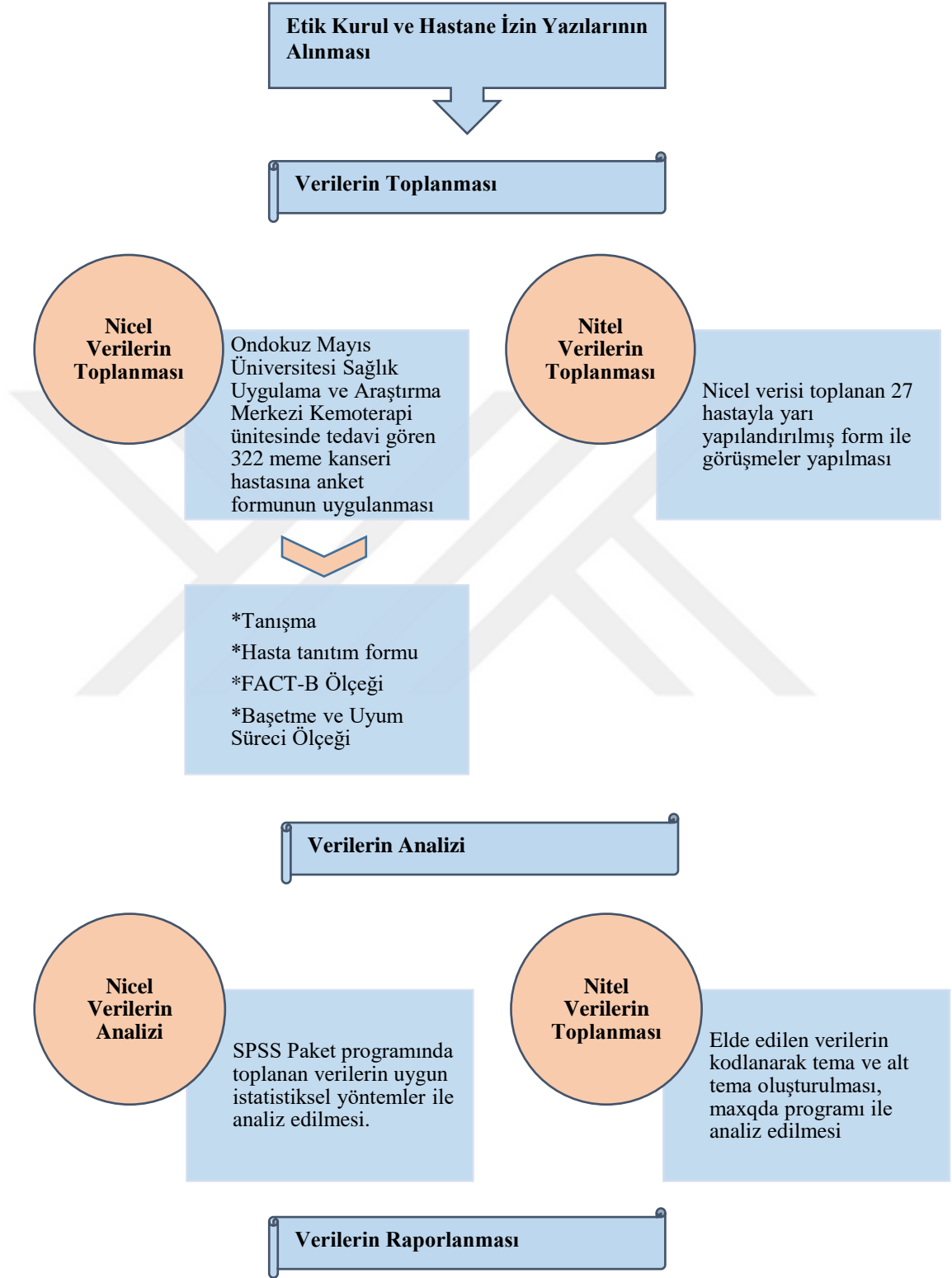
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Karar (14.09.2018/ Karar no: 1885) alındıktan sonra başlanmıştır (Ek- 7). Verileri toplamak için çalışmanın yapılacağı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinden (17.10.2018/ Sayı:15374210-010.06.99-E.115442) (Ek- 8) yazılı izin ve araştırmaya katılan hastalardan sözel bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Kemoterapi tedavisi alan meme kanseri hastalarının cepten yaptığı harcamaların yaşam kalitesi ile başa çıkma ve adaptasyon süreçleri üzerine etkisini değerlendiren ilk çalışma olması bu araştırmanın güçlü bir yönüdür. Buna karşın araştırmanın tek bir hastanede yürütülmüş olması bu araştırmanın bir sınırlılığdır. Aynı zamanda hastaların tedavinin iki kürü arasında yapmış oldukları cepten harcamaların hesaplanmış olması, kemoterapi tedavisi süresince cepten yaptıkları harcamaların tamamının hesaplanamamış olması bu araştırmanın diğer bir sınırlılığdır. Bununla birlikte farklı bölge ve illerde kemoterapi tedavisi alan hastalar üzerinde karşılaştırılabilir araştırmalar yapılınca kadar bu araştırmadan elde edilen bulgular, tüm meme kanseri hastalarına genelleştirilememektedir.

MEME KANSERİ HASTALARININ CEPTEN YAPTIĞI HARCAMALARIN YAŞAM KALİTESİ İLE BAŞA ÇIKMA VE ADAPTASYON SÜRECİNE ETKİSİ



Şekil 3.1. Araştırmanın algoritma şeması

	2018							2019							2020														
	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim
Araştırma Konusunun Belirlenmesi																													
Araştırmanın Planlanması																													
Tez İzlem Komitesi																													
Etik Kurul Formunun Oluşturulması																													
Etik Kurul İzin Yazısının Alınması																													
Nitel Verilerin Toplanması																													
Nitel Verilerin Toplanması																													
Verilerin Analizi																													
Araştırmanın Rapor Edilmesi																													

Şekil 3.2. Araştırma planı

4. BULGULAR

4.1. Nicel Verilere İlişkin Bulgular

4.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	n	%	
Yaş	20-29 yaş	12	3,7
	30-39 yaş	38	11,8
	40-49 yaş	89	27,6
	50-59 yaş	98	30,4
	60-69 yaş	58	18,1
	70-79 yaş	27	8,4
Medeni durum	Evli	271	84,2
	Bekar	51	15,8
	Okur-yazar	58	18,0
Eğitim durumu	İlkokul	138	42,9
	Ortaokul	34	10,6
	Lise	47	14,6
	Üniversite	39	12,0
	Lisansüstü	6	1,9
	Ev hanımı	242	75,2
Meslek	İşçi	13	4,0
	Memur	40	12,4
	Serbest	6	1,9
	Emekli	21	6,5
	Eşi	67	20,8
	Eşi ve çocuklarıyla	175	54,3
*Evde birlikte yaşadığı kişiler	Anne baba ve kardeş	61	18,9
	Yalnız	19	5,9
	Evet	271	84,2
Çocuk sahibi olma durumu	Hayır	51	15,8
	Evet	50	15,5
Çalışma durumu	Hayır	272	84,5
	Tam zamanlı	45	90,0
Çalışma şekli	Kısmi zamanlı	2	4,0
	Mevsimlik işçi	3	6,0
	Var	302	93,8
Sosyal güvence durumu	Yok	20	6,2
	Evet	8	2,5
Tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahip olma durumu	Hayır	314	97,5
	İl	107	33,2
Yaşadığı yerleşim birimi	İlçe	195	60,6
	Köy	20	6,2
	Ort. ± S.S	2199,7 ± 1571,8	
Toplam aylık gelir ortalaması (TL)	Ortanca (Min – Max)	2000 (0 - 15000)	

*Birden fazla cevap verilmiştir, Ort: Ortalama, S.S:Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maximum

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Hastaların %30,4’ünün 50-59 yaş aralığında yer aldığı, %84,2’sinin evli, %42,9’unun ilkokul mezunu, %75,2’sinin ev hanımı olduğu, %54,3’ünün evinde eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, %84,2’sinin çocuk sahibi olduğu, %15,5’inin çalıştığı, çalışan bireylerin %90,0’inin çalışma şeklinin tam zamanlı olduğu,

%93,8'inin sosyal güvencesinin bulunduğu, %2,5'inin tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahip olduğu, %60,6'sının ilçede yaşadığı belirlendi. Hastaların toplam aylık gelir ortalaması 2199,7 ±1571,8, ailede yaşayan kişi sayısı ortalaması 3,6±2,4, çocuk sayısı ortalaması 2,7±1,7 ve yaş ortalaması 52,9±11,9 olarak saptandı (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	n	%		
Tanıyı alma zamanı	0-6 ay önce	181	56,2	
	7-12 ay önce	81	25,2	
	13-18 ay önce	35	10,9	
	19-24 ay önce	8	2,5	
	25 ay ve üzeri	17	5,2	
Klinik evre	Evre 1	62	19,3	
	Evre 2	103	32,0	
	Evre 3	82	25,5	
	Evre 4	75	23,2	
Tedaviye başlama zamanı	1-3 ay önce	141	43,8	
	4-6 ay önce	63	19,6	
	7-9 ay önce	45	14,0	
	10-12 ay önce	32	9,9	
	13 ay ve üzeri	41	12,7	
Aldığı tedavi türleri	Cerrahi	8	2,5	
	Kemoterapi	100	31,1	
	Cerrahi+kemoterapi	154	47,8	
	Radyoterapi+kemoterapi	8	2,5	
	Kemoterapi+cerrahi+ radyoterapi	42	13,0	
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Kemoterapi+cerrahi+radyoterapi+hormon	10	3,1	
	Evet	171	53,1	
	Hayır	151	46,9	
	Kardiyovasküler sistem hastalığı	53	30,6	
	Solunum sistemi hastalığı	8	4,6	
	Gastro intestinal sistem hastalığı	5	4,0	
	Endokrin sistem hastalığı	15	8,7	
	*Cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalıklar (n=171)	Genitoüriner sistem hastalığı	8	4,6
		Kas-iskelet sistemi hastalığı	8	4,6
		Nörolojik sistem hastalığı	10	15,8
Psikiyatri hastalığı		1	0,6	
Göz hastalığı		2	1,2	
Kardiovasküler ve endokrin sistem hastalığı		56	32,4	
Solunum, GİS, nörolojik sistem hastalığı		5	2,9	
Ailesinde kanser tanısı alan birey bulunma durumu		Evet	188	58,4
		Hayır	134	41,6
Ailesinde kanser dışında kronik bir hastalığa sahip olan birey bulunma durumu		Evet	227	70,5
	Hayır	95	29,5	
Ailesinde engelli/bakıma muhtaç birey bulunma durumu	Evet	67	20,8	
	Hayır	255	79,2	

Tablo 4.2. (devam)

Özellikler		n	%
Sağlık durumunu nasıl algıladığı	Çok kötü	7	2,2
	Kötü	50	15,5
	Orta	153	47,5
	İyi	100	31,1
	Çok iyi	12	3,7

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı tablo 4.2’de verilmiştir. Hastaların %56,2’sinin hastalık tanısını 0-6 ay önce aldığı, %32,0’inin evre 2 olduğu, %43,8’inin 1-3 ay önce meme kanseri tedavisine başladığı, %47,8’inin cerrahi ve kemoterapi aldığı, %53,1’inin kanser dışında kronik bir hastalığa sahip olduğu, %30,6’sının kardiyovasküler sistem hastalığına sahip olduğu, %58,4’ünün ailesinde kanser tanısı alan birey bulunduğu, %20,8’inin ailesinde engelli/bakıma muhtaç birey olduğu ve %47,5’inin sağlık durumunu orta olarak algıladığı saptandı (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hastaların kemoterapi tedavisine ilişkin özelliklerinin dağılımı

Özellikler		n	%
Kemoterapi alma sıklığı	Haftada bir kez	99	30,7
	21 günde bir kez	221	68,6
	Ayda bir kez	2	0,6
	1-3 kür	164	51,2
	4-6 kür	66	20,4
Şimdiye kadar alınan kemoterapi kür sayısı	7-9 kür	26	8,0
	10- 12 kür	23	7,1
	13-15 kür	21	6,5
	16-18 kür	12	3,7
	19 kür ve üzeri	10	3,1
Tıbbi malzeme ve gereç (gözlük, lens, meme protezi, işitme cihazı) kullanma durumu	Evet	59	18,3
	Hayır	263	81,7
Cevabı evet ise kullandığı tıbbi malzeme ve gereç için cepten harcama yapma durumu (n=59)	Evet	55	82,9
	Hayır	4	17,1
*Kemoterapi tedavisine bağlı olarak yaşadığı semptomlar	Ağrı	104	32,3
	Anemi	116	36,0
	Ateş	52	16,1
	Bulantı ve kusma	130	40,4
	Cinsel isteksizlik	30	9,3
	İştahsızlık	108	33,5
	Konstipasyon	128	39,8
	Saç dökülmesi	322	100,0
	Uykusuzluk	81	25,2
	Yorgunluk	322	100,0

Tablo 4.3. (devam)

Özellikler		n	%
Kemoterapi tedavisi nedeniyle işini bırakma durumu	Evet	48	14,6
	Hayır	274	85,4
Kemoterapi tedavisi nedeniyle aile bireylerinin çalışma yaşamlarının etkilenme durumu	Evet	73	22,7
	Hayır	249	77,3
Ailenin tedavi giderlerini karşılarken diğer kaynaklardan yararlanma durumu	Evet	114	35,4
	Hayır	208	64,6
Cevabı evet ise tedavi giderlerini karşılamak için kullanılan diğer kaynaklar (n=114)	Arkadaş ve akrabalarından borç para ve yardım alma	88	32,8
	Banka kredisi çekme	26	9,7
	0-25 km	98	30,4
	26-50 km	36	11,2
	51-75 km	54	16,8
Yaşanılan yerin tedavi merkezine uzaklığı	76-100 km	31	9,6
	101 km ve üzeri	103	32,0
Kemoterapi tedavisi nedeniyle cepten harcama yapma durumu (ulaşım, yemek, konaklama vb.)	Evet	320	99,4
	Hayır	2	0,6
Kemoterapi tedavisi sırasında kendisine refakatçi eşlik etme durumu	Evet	318	98,7
	Hayır	4	1,3
Tedavisi sırasında kendisine eşlik eden refakatçisi için harcama yapma durumu (ulaşım, yemek, konaklama)	Evet	318	98,7
	Hayır	4	1,3
Herhangi bir kurumdan tedavi harcamaları için yardım alma durumu	Evet	8	2,5
	Hayır	314	97,5
Herhangi bir kurumdan alınan yardımı geri ödeme durumu (n=8)	Evet	2	25,0
	Hayır	6	75,0
		256	79,5
Sosyal güvence sisteminin ilaç giderlerini karşılama durumu	Hayır	4	1,2
	Kısmen	62	19,2
Son kemoterapi kürü sonrası şu ana kadar cepten harcama yapma durumu	Evet	312	96,9
	Hayır	10	3,1

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların kemoterapi tedavisine ilişkin özelliklerinin dağılımı tablo 4.3'de verilmiştir. Hastaların %68,6'sının yirmi bir günde bir kemoterapi tedavisi aldığı, hastaların %51,2'sinin şimdiye kadar aldıkları kemoterapi kür sayısının 1-3 arasında değiştiği, %18,3'ünün kemoterapi tedavisine bağlı olarak tıbbi malzeme-gereç kullandığı, %82,9'unun kullandığı tıbbi malzeme-gereç için cepten harcama yaptığı, kemoterapi tedavisine bağlı olarak %100'ünün saç dökülmesi ve yorgunluk semptomlarını deneyimlediği, kemoterapi tedavisi nedeniyle %14,6'sının işini bırakmak zorunda kaldığı, %22,7'sinin aile bireylerinin çalışma yaşamlarının kemoterapi tedavisinden etkilendiği, %35,4'ünün tedavi giderlerini karşılarken diğer kaynaklardan yararlandığı, hastaların %32,8'inin arkadaş ve akrabalarından borç para

ve yardım aldığı, %32,0'nın yaşadıkları yerin tedavi merkezine uzaklığının 101 km ve üzeri olduğu, %99,4'ünün ulaşım, yemek, konaklama vb. giderler için cepten harcama yaptığı, %98,7'sinin kemoterapi tedavisi sırasında kendisine refakatçi eşlik ettiği, %98,7'sinin tedavisi sırasında kendisine eşlik eden refakatçisinin ulaşım, yemek, konaklama giderleri için harcama yaptığı, %2,5'inin herhangi bir kurumdan tedavi harcamaları için yardım aldığı, yardım alanların %25,0'nın aldıkları yardımı geri ödediği, %79,5'inin ilaç giderlerinin sosyal güvence sistemi tarafından karşılandığı, %96,9'unun son tedavi kürü sonrası şu ana kadar geçen zaman içinde cepten harcama yaptığı saptandı (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hastaların tedavisi ile ilişkili olarak cepten yaptığı harcamalar

Harcama türü	n	%	Ort. ± S.S	Ortanca (Min - Max)
Tıbbi malzeme ve gereç için yapılan harcamalar (gözlük, lens, meme protezi, işitme cihazı)	55	82,9	416,2 ± 416,5	310 (25 - 2000)
Kemoterapi tedavisi sırasında ulaşım, yemek ve konaklama için yapılan harcamalar	320	99,4	98,6 ± 77	100 (10 - 400)
Kemoterapi tedavisine eşlik eden refakatçinin ulaşım, yemek ve konaklama vb. giderleri için yapılan harcamalar	318	98,7	100,9 ± 108,9	80 (10 - 1500)
İlaç harcamaları	66	20,4	133,1 ± 179,4	50 (4 - 1100)
Tamamlayıcı sağlık sigortası	18	5,6	607,8 ± 432,1	680 (53 - 1500)
Muayene için ödenen katkı payı	215	66,8	144,7 ± 114,3	118 (95 - 1500)
Psikiyatr/psikolog için yapılan harcamalar	15	4,65	242,3 ± 128,3	250 (54 - 500)
Tamamlayıcı özel sağlık sigortası	8	2,5	161,3 ± 147,1	114 (60 - 500)
Tıbbi bakım malzemeleri için yapılan harcamalar (batıcon, flaster, dezenfektan, gazlı bez, maske, ateş ölçer, tansiyon aleti, korse, sargı bezi, bandaj vb.)	82	25,5	86,4 ± 111,3	20 (20 - 500)
Tıbbi tahlil farkı için yapılan harcamalar	88	27,3	275,5 ± 217,3	200 (40 - 1500)
Alternatif-tamamlayıcı tedavi için yapılan harcamalar (fitoterapi, bitkisel ürünler, aromaterapi)	29	9,00	452,1 ± 840,5	160 (20 - 4000)
Hastalığın tedavisi ile doğrudan ilişkili olmayan harcamalar (ev yapımı kremler, kurşun döktürme, türbe ziyareti, dini yönden görüş alma)	20	6,2	337,4 ± 664	100 (28 - 3000)
Kozmetik ve kişisel bakım ürünleri ürünleri (peruk, makyaj malzemeleri gibi) için yapılan harcamalar	33	10,2	398,5 ± 589,5	200 (25 - 3170)
Doğal/organik ürünler için yapılan harcamalar (pekmez, bal, organik sebze ve meyve vb.)	102	31,7	171,8 ± 107,4	150 (15 - 500)
Ek gıda ve takviyeler (şalgam suyu, paça, et, balık, süt ürünleri, kuruyemiş vb.) için yapılan harcamalar	107	33,2	201,7 ± 175	190 (15 - 1500)
Yardımcı hizmetler (temizlik, çocuk bakımı vb.) için yapılan harcamalar	74	22,0	251,4 ± 264,5	170 (75 - 1500)

Ort: Ortalama, S.S:Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maximum

Hastaların tedavi süresince cepten yaptığı harcamaların ortalaması tablo 4.4'de verilmiştir. Hastaların kemoterapi tedavisi sırasında ulaşım, yemek ve konaklama için yapılan harcamalar ortalaması 98,6 ± 77; kemoterapi tedavisine eşlik eden refakatçinin ulaşım, yemek ve konaklama vb. giderleri için yapılan harcamalar ortalaması 100,9 ± 108,9; muayene için ödenen katkı payı harcama ortalaması 144,7 ± 114,3 olarak

saptandı (Tablo 4.4). Kemoterapi tedavisi nedeniyle işini bırakanların aylık gelir kaybı ortalaması $1508 \pm 1171,1$, aile üyelerinin işe gidememe/çalışmama durumlarına bağlı aylık gelir kaybı ortalaması $927,2 \pm 805$ olarak belirlendi.

Tablo 4.5. Hastaların tedavi süresince toplam gelir kaybı, toplam aylık geliri, tedavi harcamaları için yapılan geri ödeme ve tedavi süresince yaptığı ortalama cepten harcama tutarları

	Ort. \pm S.S	Ortanca (Min - Max)
Toplam gelir kaybı	$1317,92 \pm 1309,54$	1000 (100 - 10000)
Toplam aylık gelir	$2199,7 \pm 1571,8$	2000(0-15000)
Tedavi harcamaları için yapılan geri ödeme	$743,8 \pm 760,4$	525(200-2500)
Tedavi süresince yaptığı ortalama cepten harcama tutarı	$1386,05 \pm 1572,9$	902 (20 - 12200)

Hastaların tedavi süresince toplam gelir kaybı, toplam aylık geliri, tedavi harcamaları için yapılan geri ödeme ve tedavi süresince yaptığı ortalama cepten harcama tutarları tablo 4.5’de verilmiştir. Toplam aylık gelir kaybı ortalaması $1317,92 \pm 1309,54$, tedavi harcamaları için yapılan geri ödeme ortalama tutarı $743,8 \pm 760,4$, tedavi süresince (iki kür arası) yaptığı ortalama cepten harcama tutarı $1386,05 \pm 1572,9$ belirlendi.

Tablo 4.6. Hastaların tedavisi ile ilişkili olarak cepten yaptığı harcamalarının aylara göre dağılımı

Harcama Türleri		1-3 ay	4-6 ay	7-9 ay	10-12 ay	13 ay ve üzeri	Toplam	Test istatistiği	P
Tıbbi malzeme ve gereç için yapılan harcamalar (gözlük, lens, meme protezi, işitme cihazı)	Ortanca (Min - Max)	362 ± 392,1	368,6 ± 312,7	170 ± 220,5	378,9 ± 303,8	660 ± 580,2	416,2 ± 416,5	$\chi^2=7,271$	0,122
	Ort. ± S.S	285 (25 - 1700)	300 (50 - 1100)	65 (50 - 500)	320 (90 - 1000)	500 (100 - 2000)	310 (25 - 2000)		
	n (%)	20 (6,2)	11 (3,4)	4 (1,2)	9 (2,8)	11 (3,4)	55 (17,1)		
Kemoterapi tedavisi sırasında ulaşım, yemek ve konaklama için yapılan harcamalar	Ortanca (Min - Max)	101 ± 73	94,8 ± 77,3	103,7 ± 86	105 ± 83,2	85,2 ± 76,5	98,6 ± 77	$\chi^2=2,335$	0,674
	Ort. ± S.S	100 (10 - 300)	90 (10 - 350)	100 (10 - 300)	75 (20 - 300)	75 (10 - 400)	100 (10 - 400)		
	n (%)	141 (43,8)	62 (19,3)	45 (14)	32 (9,9)	4 (1,2)	320 (99,4)		
Kemoterapi tedavisine eşlik eden refakatçinin ulaşım, yemek ve konaklaması için yapılan harcamalar	Ortanca (Min - Max)	107,8 ± 138	94,2 ± 75,7	103,4 ± 85,8	105 ± 83,2	81,6 ± 74,4	100,9 ± 108,9	$\chi^2=2,705$	0,608
	Ort. ± S.S	100(10 - 1500)	90 (10 - 350)	100 (10 - 300)	75 (20 - 300)	65 (10 - 400)	80 (10 - 1500)		
	n (%)	139 (43,2)	62 (19,3)	44 (13,7)	32 (9,9)	41 (12,7)	318 (98,8)		
İlaç harcamaları	Ortanca (Min - Max)	151,6 ± 228,1	108 ± 88,8	107,8 ± 155,1	191,7 ± 182,8	105,2 ± 145,7	133,1 ± 179,4	$\chi^2=4,843$	0,304
	Ort. ± S.S	80 (4 - 1100)	50 (40 - 300)	40 (20 - 500)	125 (50 - 500)	50 (20 - 500)	50 (4 - 1100)		
	n (%)	25 (7,8)	10 (3,1)	9 (2,8)	6 (1,9)	12 (3,7)	62 (19,3)		
Tamamlayıcı sağlık sigortası	Ortanca (Min - Max)	455,7 ± 369,4	695,8 ± 454	337,5 ± 371,2	---	966,7 ± 472,6	607,8 ± 432,1	$\chi^2=3,983$	0,263
	Ort. ± S.S	600 (53 - 825)	850 (75 - 1200)	337,5 (75 - 600)	---	800 (600 - 1500)	680 (53 - 1500)		
	n (%)	7 (2,2)	6 (1,9)	2 (0,6)	---	3 (0,9)	18 (5,6)		
Muayene için ödenen katkı payı	Ortanca (Min - Max)	136,3 ± 141,6	139,5 ± 59,9	171,9 ± 112,9	165,9 ± 99	143,7 ± 61,5	144,7 ± 114,3	$\chi^2=30,56$	<0,001
	Ort. ± S.S	115 (95 - 1500) ^a	119 (110 -380) ^b	120 (112 -600) ^b	122 (112 -472) ^b	122 (112 - 350) ^b	118 (95 - 1500)		
	n (%)	102 (31,7)	47 (14,6)	26 (8,1)	19 (5,9)	21 (6,5)	215 (66,8)		

Tablo 4.6. (devam)

Harcama Türleri		1-3 ay	4-6 ay	7-9 ay	10-12 ay	13 ay ve üzeri	Toplam	Test istatistiği	P
Psikiyatry/psikolog için yapılan harcamalar	Ortanca (Min - Max)	205 ± 137	---	325 ± 119	325 ± 106,1	172,8 ± 111,5	242,3 ± 128,3	$\chi^2=4,428$	0,219
	Ort. ± S.S	160 (100 - 400)	---	275 (250 - 500)	325 (250 - 400)	200 (54 - 300)	250 (54 - 500)		
	n (%)	4 (1,2)	---	4 (1,2)	2 (0,6)	5 (1,6)	15 (4,65)		
Tamamlayıcı özel sağlık sigortası	Ortanca (Min - Max)	266,7 ± 204,3	---	---	---	130,5 ± 98,3	161,3 ± 147,1	U=2,000	0,564
	Ort. ± S.S	180 (120 - 500)	---	---	---	130,5 (61 - 200)	114 (60 - 500)		
	n (%)	3 (0,9)	1 (0,3)	1 (0,3)	1 (0,3)	2 (0,6)	8 (2,5)		
Tıbbi bakım malzemeleri için yapılan harcamalar	Ortanca (Min - Max)	68,6 ± 73,9	69,5 ± 116,8	95,5 ± 126,5	188,8 ± 180,7	100 ± 150,2	86,4 ± 111,3	$\chi^2=3,928$	0,416
	Ort. ± S.S	23,5 (20 - 300)	20 (20 - 400)	20 (20 - 400)	175 (20 - 500)	30 (20 - 400)	20 (20 - 500)		
	n (%)	44(13,7)	13(4)	11(3,4)	8(2,5)	6(1,9)	82(25,5)		
Tıbbi tahlil farkı için yapılan harcamalar	Ortanca (Min - Max)	265,3 ± 219	250,9 ± 231	298,2 ± 176,5	293,8 ± 156,8	340 ± 321,5	275,5 ± 217,3	$\chi^2=2,24$	0,692
	Ort. ± S.S	200 (75 - 1500)	200 (75 - 1000)	300 (100 - 630)	350 (100 - 500)	240 (40 - 1000)	200 (40 - 1500)		
	n (%)	47 (14,6)	15 (4,7)	11 (3,4)	8 (2,5)	7 (2,2)	88 (27,3)		
Alternatif- tamamlayıcı tedavi için yapılan harcamalar	Ortanca (Min - Max)	139,5 ± 133,4	127,5 ± 48,6	200 ± 0	777,8 ± 1325,6	595 ± 745,3	452,1 ± 840,5	$\chi^2=3,248$	0,517
	Ort. ± S.S	96 (20 - 380)	105 (100 - 200)	200 (200 - 200)	100 (30 - 4000)	300 (55 - 2150)	160 (20 - 4000)		
	n (%)	6 (1,9)	4 (1,2)	3 (0,9)	9 (2,8)	7 (2,2)	29 (9)		
Hastalığın tedavisi ile doğrudan ilişkili olmayan harcamalar (ev yapımı kremler, kurşun döktürme, türbe ziyareti, hocaya gitme)	Ortanca (Min - Max)	---	263,8 ± 257,6	---	---	286,7 ± 280,2	1260,5 ± 3077,4	U=5,500	0,858
	Ort. ± S.S	---	205 (45 - 600)	---	---	200 (60 - 600)	315 (45 - 10000)		
	n (%)	1 (0,3)	4 (1,2)	1 (0,3)	1 (0,3)	3 (0,9)	10 (3,1)		

Tablo 4.6. (devam)

Harcama Türleri		1-3 ay	4-6 ay	7-9 ay	10-12 ay	13 ay ve üzeri	Toplam	Test istatistiği	P
Kozmetik ve kişisel bakım ürünleri için yapılan harcamalar ortalaması	Ortanca							$\chi^2=6,137$	0,189
	(Min - Max)	104,2 ± 64,1	277,5 ± 178,6	262,1 ± 179,4	925 ± 1218,7	486,7 ± 395,1	398,5 ± 589,5		
	Ort. ± S.S	100 (25 - 200)	250 (100 - 500)	200 (60 - 500)	335 (50 - 3170)	435 (50 - 1000)	200 (25 - 3170)		
	n (%)	6 (1,9)	8 (2,5)	7 (2,2)	6 (1,9)	6 (1,9)	33 (10,2)		
Doğal/organik ürünler için yapılan harcamalar ortalaması	Ortanca							$\chi^2=5,661$	0,226
	(Min - Max)	140,6 ± 63,5	159 ± 122,7	190 ± 111,8	151,4 ± 84,7	271,4 ± 138	171,8 ± 107,4		
	Ort. ± S.S	150 (30 - 200)	100 (15 - 500)	200 (100 - 500)	100 (60 - 300)	300 (100 - 400)	150 (15 - 500)		
	n (%)	47 (14,6)	19 (5,9)	13 (4)	12 (3,7)	11 (3,4)	102 (31,7)		
Ek gıda ve takviyeler (şalgam suyu, paça, et, balık, süt ürünleri, kuruyemiş vb.) için yapılan harcamalar	Ortanca							$\chi^2=3,58$	0,466
	(Min - Max)	189,4 ± 116	236,1 ± 168,9	219,3 ± 373,6	178,1 ± 67,4	197,9 ± 116,8	201,7 ± 175		
	Ort. ± S.S	195 (45 - 700)	150 (40 - 600)	100 (20 - 1500)	200 (100 - 300)	200 (15 - 400)	190 (15 - 1500)		
	n (%)	50 (15,5)	18 (5,6)	14 (4,3)	8 (2,5)	17 (5,3)	107 (33,2)		
Yardımcı hizmetler (temizlik, çocuk bakımı vb.) için yapılan harcamalar	Ortanca							$\chi^2=3,527$	0,474
	(Min - Max)	183,3 ± 83,9	232,1 ± 247	368,2 ± 422,3	306,4 ± 343,7	316,3 ± 355,2	251,4 ± 264,5		
	Ort. ± S.S	165 (75 - 500)	150 (75 - 1000)	170 (150 - 1500)	160 (90 - 1000)	170 (150 - 1170)	170 (75 - 1500)		
	n (%)	32 (9,9)	12 (3,7)	11 (3,4)	11 (3,4)	8 (2,5)	74 (23)		

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur.

Hastaların cepten yaptığı harcamaların (cyh) aylara göre dağılımı tablo 4.6'da verilmiştir. Hastaların muayene için ödenen katkı payı harcamalarının, tedavi süresince aylara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0,001$). Muayene için ödenen katkı payı harcamalarının tedavi gördüğü süre 1-3 ay arası olan hastalarda 115 TL, 4-6 ay olan hastalarda 119 TL, 7-9 ay olan hastalarda 120 TL, 10-12 olan hastalarda 122 TL, 13 ay ve üzeri olan hastalarda 122 TL olarak belirlendi. İstatistiksel olarak meydana gelen bu farklılığın, 1-3 ay arası tedavi gören hastaların yaptığı harcama miktarının, diğer grupların yaptığı harcama miktarından düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.6).



Tablo 4.7. Hastaların sosyo-demografik, klinik ve kemoterapi tedavisi özelliklerine göre cepten yaptığı harcamaların karşılaştırılması

Özellikler		Kemoterapi tedavisi nedeniyle bırakılan aylık gelir kaybı	Kemoterapi tedavisi nedeniyle aile üyelerinin çalışmama durumlarına bağlı gelir kaybı	Kemoterapi tedavisi sırasında yemek ve konaklama için yapılan harcamalar	Kemoterapi tedavisine eşlik eden refakatçinin ulaşım, yemek ve konaklama için yapılan harcamalar	Son kür sonrası şu ana kadar cepten yapılan harcamalar	
Yaş	20-29	Ort. ± S.S Ortanca (Min-Max)	1375 ± 478,7 1250 (1000-2000)	850 ± 341,6 900 (400-1200)	45,9 ± 36,1 30 (10-125)	45,9 ± 36,1 30 (10-125)	966,1 ± 969,3 696 (288-3680)
	30-39	Ort. ± S.S	2150 ± 1898,1	1367,1 ± 1452,1	113,3 ± 91,6	113,3 ± 91,6	834,8 ± 1003,7
		Ortanca (Min-Max)	1750(100-6000)	890 (240-5000)	100 (10-400)	100 (10-400)	525 (118-5520)
	40-49	Ort. ± S.S	1290,4 ± 667,2	687 ± 309,3	91 ± 77,7	88,1 ± 76,4	969,8 ± 1521,8
		Ortanca (Min-Max)	1100(200-3000)	600 (200-1500)	50 (10-350)	50 (10-350)	543,5 (50-10750)
	50-59	Ort. ± S.S	---	832,1 ± 718,3	99,6 ± 69,4	112,9 ± 158,3	660,4 ± 761,4
		Ortanca (Min-Max)	---	550 (250-3000)	100 (10-300)	100 (10-1500)	441 (20-4300)
	60-69	Ort. ± S.S	750 ± 353,6	1112,5 ± 649	109,6 ± 84,4	104,6 ± 79,9	535,4 ± 456,8
		Ortanca (Min-Max)	750 (500-1000)	900 (400-2000)	100 (10-300)	90 (10-300)	462,5 (40-2692)
	70-79	Ort. ± S.S	---	1024 ± 584,7	100,4 ± 67,9	96,7 ± 58,6	563 ± 547,9
		Ortanca (Min-Max)	---	800 (500-2020)	100 (10-300)	100 (10-250)	412 (40-2185)
	Toplam	Ort. ± S.S	1508 ± 1171,1	927,2 ± 805	98,6 ± 77	100,9 ± 108,9	746,6 ± 1025
		Ortanca (Min-Max)	1100(100-6000)	800 (200-5000)	100 (10-400)	80 (10-1500)	506 (20-10750)
		Test istatistiği	F=1,912	$\chi^2= 5,992$	F=1,933	$\chi^2= 14,257$	$\chi^2= 13,660$
	p	0,143	0,648	0,089	0,075	0,091	
Eğitim durumu	Okur-yazar	Ort. ± S.S	600 ± 565,7	1082,5 ± 724,9	126,1 ± 81,4	120,4 ± 76,3	571,4 ± 559,2
		Ortanca (Min-Max)	600 (200-1000)	1000 (300-3000)	100 (20-350)	100 (20-350)	412 (20-3150)
	İlkokul	Ort. ± S.S	992,9 ± 702,6	873,2 ± 747,5	90,9 ± 67,5	98,2 ± 137,2	627,3 ± 738,5
		Ortanca (Min-Max)	750 (400-2000)	600 (200-4000)	75 (10-250)	75 (10-1500)	440 (40-5520)
	Ortaokul	Ort. ± S.S	1000 ± 0	643,3 ± 247,9	116 ± 83,4	116 ± 83,4	698 ± 816,8
		Ortanca (Min-Max)	1000 (1000-1000)	650 (320-1000)	100 (10-300)	100 (10-300)	432 (100-3920)
	Lise	Ort. ± S.S	1740 ± 1645,3	1014,3 ± 484,5	96,1 ± 79,8	96 ± 80,7	905 ± 1719
		Ortanca (Min-Max)	1500 (400-6000)	800 (500-2000)	77,5 (10-300)	75 (10-300)	515 (110-10750)
	Üniversite	Ort. ± S.S	1436,8 ± 816,6	510 ± 288,1	82,2 ± 85,8	83,8 ± 86,3	1193,2 ± 1278,7
		Ortanca (Min-Max)	1200 (100-3500)	400 (250-1000)	50 (10-400)	50 (10-400)	766 (56-6292)
	Lisansüstü	Ort. ± S.S	2500 ± 1581,1	5000 ± 0	35,8 ± 15,6	35,8 ± 15,6	1058 ± 794
		Ortanca (Min-Max)	2000 (1000-5000)	5000 (5000-5000)	37,5 (20-50)	37,5 (20-50)	1330 (112-2050)
	Toplam	Ort. ± S.S	1508 ± 1171,1	927,2 ± 805	98,6 ± 77	100,9 ± 108,9	746,6 ± 1025
		Ortanca (Min-Max)	1100 (100-6000)	800 (200-5000)	100 (10-400)	80 (10-1500)	506 (20-10750)
	Test istatistiği	$\chi^2= 10,827$	$\chi^2= 5,992$	$\chi^2= 14,935$	$\chi^2= 14,257$	$\chi^2= 13,660$	
	P	0,212	0,648	0,060	0,075	0,091	

χ^2 Kruskal Wallis test istatistiği, F: Varyans Analizi test istatistiği.

U:Mann Whitney U Testi

Tablo 4.7. (devam)

Özellikler		Kemoterapi tedavisi nedeniyle bırakanların aylık gelir kaybı	Kemoterapi tedavisi nedeniyle aile üyelerinin çalışamama durumlarına bağlı gelir kaybı	Kemoterapi tedavisi sırasında ulaşım, yemek ve konaklama için yapılan harcamalar	Kemoterapi tedavisine eşlik eden refakatçinin ulaşım, yemek ve konaklama vb. için yapılan harcamalar	Son kür sonrası şu ana kadar cepten yapılan harcamalar	
Medeni durum	Evli	Ort. ± S.S	1205,2 ± 975,1	935,5 ± 822,4	101,9 ± 77	104,5 ± 113,5	717,4 ± 1014,2
		Ortanca (Min-Max)	1000 (100-5000)	800 (200-5000)	100 (10-400)	100 (10-1500)	461 (0-10750)
	Bekar	Ort. ± S.S	2093,3 ± 1324,2	836,7 ± 632,5	80,4 ± 75,4	80,4 ± 75,6	621,6 ± 990,8
		Ortanca (Min-Max)	2000 (500-6000)	600 (400-2020)	50 (10-300)	50 (10-300)	362 (0-6292)
	Toplam	Ort. ± S.S	1508 ± 1171,1	927,2 ± 805	98,6 ± 77	100,9 ± 108,9	702,1 ± 1009,5
		Ortanca (Min-Max)	1100 (100-6000)	800 (200-5000)	100 (10-400)	80 (10-1500)	440 (0-10750)
	Test İstatistiği	U=337,000	U=178,000	U=5501,500	U=5336,000	U=5426,000	
	p	0,003	0,698	0,033	0,033	0,341	
Çalışma durumu	Evet	Ort. ± S.S	1447,3 ± 991,3	1127,3 ± 1308,5	85,9 ± 85,4	87,2 ± 85,7	1049 ± 1181,7
		Ortanca (Min-Max)	1200 (100-5000)	800 (400-5000)	50 (10-400)	50 (10-400)	662,5 (0-6292)
	Hayır	Ort. ± S.S	1828,6 ± 1946,5	891,1 ± 687,7	100,9 ± 75,3	103,4 ± 112,6	637,6 ± 963
		Ortanca (Min-Max)	1000 (500-6000)	800 (200-4000)	100 (10-300)	100 (10-1500)	420 (0-10750)
	Toplam	Ort. ± S.S	1508 ± 1171,1	927,2 ± 805	98,6 ± 77	100,9 ± 108,9	702,1 ± 1009,5
		Ortanca (Min-Max)	1100 (100-6000)	800 (200-5000)	100 (10-400)	80 (10-1500)	440 (0-10750)
	Test İstatistiği	U=129,000	U=299,000	U=7861,500	U=7728,500	U=4065,000	
	p	1,000	0,563	0,069	0,082	0,001	
Sosyal güvence	Var	Ort. ± S.S	1562,2 ± 1194,5	946,9 ± 854	97,8 ± 76,4	100,3 ± 110,3	709,4 ± 1036,7
		Ortanca (Min-Max)	1500 (100-6000)	800 (200-5000)	80 (10-400)	75 (10-1500)	430 (0-10750)
	Yok	Ort. ± S.S	766,7 ± 251,7	818,2 ± 457,9	110,3 ± 87,3	110,3 ± 87,3	593,5 ± 433,6
		Ortanca (Min-Max)	800 (500-1000)	800 (400-2000)	100 (20-350)	100 (20-350)	577,5 (0-1695)
	Toplam	Ort. ± S.S	1508 ± 1171,1	927,2 ± 805	98,6 ± 77	100,9 ± 108,9	702,1 ± 1009,5
		Ortanca (Min-Max)	1100 (100-6000)	800 (200-5000)	100 (10-400)	80 (10-1500)	440 (0-10750)
	Test İstatistiği	U=31,00	U=344,50	U=3266,000	U=3270,000	U=2898,500	
	p	0,172	0,887	0,521	0,463	0,312	
Kronik hastalık	Evet	Ort. ± S.S	1259,3 ± 717,5	837,2 ± 662,4	103,5 ± 79,2	107,9 ± 121,8	832,3 ± 1154,8
		Ortanca (Min-Max)	1000 (200-3000)	800 (200-4000)	100 (10-400)	100 (0-1500)	557 (20-10750)
	Hayır	Ort. ± S.S	1902,9 ± 1605,9	1131,8 ± 1050,8	86,8 ± 70,4	82,7 ± 65,3	529,6 ± 525,3
		Ortanca (Min-Max)	1500 (100-6000)	800 (400-5000)	65 (10-300)	65 (10-300)	362 (40-3278)
	Toplam	Ort. ± S.S	1508 ± 1171,1	927,2 ± 805	98,6 ± 77	100,6 ± 108,9	746,6 ± 1025
		Ortanca (Min-Max)	1100 (100-6000)	800 (200-5000)	100 (10-400)	80 (0-1500)	506 (20-10750)
	Test İstatistiği	U=273,00	U=328,50	U=9441,50	U=9064,50	U=7315,50	
	p	0,290	0,332	0,086	0,059	0,007	

Tablo 4.7. (devam)

Özellikler		Kemoterapi tedavisi nedeniyle bırakanların aylık gelir kaybı	Kemoterapi tedavisi nedeniyle aile üyelerinin çalışamama durumlarına bağlı gelir kaybı	Kemoterapi tedavisi sırasında ulaşım, yemek ve konaklama için yapılan harcamalar	Kemoterapi tedavisine eşlik eden refakatçinin ulaşım, yemek ve konaklama vb. için yapılan harcamalar	Son kür sonrası şu ana kadar cepten yapılan harcamalar		
Tedaviye başlama zamanı	1-3 ay önce	Ort. ± S.S Ortanca (Min-Max)	1723,5 ± 1502,3 1200 (100-6000)	766,9 ± 735,3 500 (200-4000)	101 ± 73 100 (10-300)	106,9 ± 130,6 100 (10-1500)	137,1 ± 133,7 116 (95-1500) ^b	
	4-6 ay önce	Ort. ± S.S Ortanca (Min-Max)	1476,9 ± 1206,3 1500 (200-5000)	1180 ± 1159,6 800 (400-5000)	99,7 ± 84,7 80 (10-350)	98,6 ± 83,3 80 (10-350)	156,8 ± 93,2 120 (110-600) ^a	
	7-9 ay önce	Ort. ± S.S Ortanca (Min-Max)	1500 ± 707,1 1500 (1000-2000)	1625 ± 1108,7 1500 (500-3000)	90 ± 75,3 62,5 (20-300)	90 ± 75,3 62,5 (20-300)	138,1 ± 51,6 125 (112-300) ^{ab}	
	10-12 ay önce	Ort. ± S.S Ortanca (Min-Max)	1464,3 ± 548,3 1500 (750-2000)	785,7 ± 247,8 800 (400-1000)	86,5 ± 65,2 60 (20-250)	86,5 ± 65,2 60 (20-250)	164,2 ± 105 122 (112-472) ^{ab}	
	13 ay önce ve üzeri	Ort. ± S.S Ortanca (Min-Max)	920 ± 370,1 800 (500-1500)	894,3 ± 437,8 800 (240-2000)	99,2 ± 88,4 75 (10-400)	95,7 ± 87,3 75 (10-400)	149,6 ± 67,3 122 (112-350) ^a	
	Toplam	Ort. ± S.S Ortanca (Min-Max)	1508 ± 1171,1 1100 (100-6000)	927,2 ± 805 800 (200-5000)	98,6 ± 77 100 (10-400)	100,9 ± 108,9 80 (10-1500)	144,7 ± 114,3 118 (95-1500)	
		Test istatistiği	$\chi^2=2,308$	$\chi^2=8,533$	$\chi^2=1,645$	$\chi^2=1,588$	$\chi^2=26,185$	
		p	0,679	0,074	0,801	0,811	<0,001	
	Yaşanılan yerin tedavi merkezine uzaklığı	0-25 km	Ort. ± S.S Ortanca (Min-Max)	1860 ± 1422,5 1500 (500-6000)	1133,3 ± 1298,5 650 (400-5000)	32,5 ± 29,8 20 (10-200)	32,6 ± 29,8 20 (10-200)	758,2 ± 1046,9 400 (0-6292)
		26-50 km	Ort. ± S.S Ortanca (Min-Max)	1340 ± 963,3 1000 (500-3000)	716,9 ± 475,1 500 (300-2020)	73,3 ± 54,8 55 (20-300)	69,7 ± 50,9 50 (20-300)	739,8 ± 947,6 426 (0-3680)
51-75 km		Ort. ± S.S Ortanca (Min-Max)	1600 ± 651,9 2000 (500-2000)	737,1 ± 349,7 800 (250-1500)	85,3 ± 43,6 75 (20-200)	83,1 ± 40,9 75 (20-200)	729,2 ± 1444,9 432 (0-10750)	
76-100 km		Ort. ± S.S Ortanca (Min-Max)	1875 ± 1591 1875 (750-3000)	966,7 ± 568,6 800 (500-2000)	99,4 ± 34,3 100 (30-200)	99,4 ± 34,3 100 (30-200)	486,9 ± 405,2 312 (0-1330)	
101 km ve üzeri		Ort. ± S.S Ortanca (Min-Max)	891,7 ± 680,2 800 (100-2200)	800 (500-1600) 1020,7 ± 844,2	176,4 ± 69,4 200 (20-400)	185,9 ± 148,1 200 (20-1500)	681,7 ± 828,4 515 (0-5520)	
Toplam		Ort. ± S.S Ortanca (Min-Max)	1508 ± 1171,1 1100 (100-6000)	927,2 ± 805 800 (200-4000)	98,6 ± 77 100 (10-400)	100,9 ± 108,9 80 (10-1500)	702,1 ± 1009,5 440 (0-10750)	
		Test istatistiği	F=1,418	F=0,704	$\chi^2=1,645$	$\chi^2=1,588$	$\chi^2=2,562$	
		P	0,246	0,592	0,801	0,811	0,634	

χ^2 Kruskal Wallis test istatistiği, F: Varyans Analizi test istatistiği, a-b: Aynı harfler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur.

Hastaların sosyo-demografik, klinik ve kemoterapi tedavi özellikleri ile cepten yapılan harcamalar karşılaştırılması tablo 4.7’de verilmiştir. Hastaların medeni durumu ile kemoterapi tedavisi nedeniyle işini bırakanların aylık gelir kaybı ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptandı ($p=0,003$). Kemoterapi tedavisi nedeniyle işini bırakanların aylık gelir kaybı ortanca değeri evli hastalarda 1000 TL, bekar hastalarda 2000 TL olarak belirlendi.

Hastaların medeni durumu ile kemoterapi tedavisi sırasında, ulaşım, yemek ve konaklama için yapılan harcamalar ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptandı ($p=0,033$). Kemoterapi tedavisi sırasında, ulaşım, yemek ve konaklama için yapılan harcamalar ortanca değeri evli hastalarda 100 TL, bekar olan hastalarda 50 TL olarak saptandı.

Hastaların medeni durumu ile kemoterapi tedavisine eşlik eden refakatçisinin ulaşım, yemek, konaklama vb. için yapılan harcamalar ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p=0,033$). Kemoterapi tedavisine eşlik eden refakatçisinin ulaşım, yemek, konaklama vb. için yapılan harcamalar ortanca değeri, evli olan hastalarda 100 TL, bekar hastalarda 50 TL olarak belirlendi.

Hastaların çalışma durumu ile son kür sonrası şu ana kadar cepten yaptıkları harcamalar ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptandı ($p=0,001$). Son kür sonrası şu ana kadar cepten yapılan harcamalar ortanca değeri, çalışan hastalarda 662,5 TL çalışmayan hastalarda 420 TL olarak belirlendi.

Hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu ile son kür sonrası şu ana kadar cepten yaptıkları harcamalar ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptandı ($p=0,007$). Son kür sonrası şu ana kadar cepten yapılan harcamalar ortanca değeri, kronik bir hastalığı olan hastalarda 557 TL, kronik bir hastalığa sahip olmayan hastalarda 362 TL olarak belirlendi.

Hastaların tedaviye başlama zamanı ile son kür sonrası şu ana kadar yaptıkları harcamalar ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,001$). Hastaların son kür sonrası şu ana kadar cepten yapılan harcamalar ortanca değeri, kemoterapiye 1-3 ay önce başlayan hastalarda 116 TL, 4-6. ay önce başlayanlarda 120 TL, 7-9 ay önce başlayanlarda 125 TL, 10-12 ay ile 13 ay ve üzeri başlayanlarda 122 TL olarak belirlendi (Tablo 4.7).

Hastaların yaş, eğitim durumu, sosyal güvence durumu, yaşanan yerin tedavi merkezine uzaklığı ile yaptıkları harcamalar ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Hastaların sosyo-demografik, klinik ve kemoterapi tedavisine ilişkin özelliklerinin gelir kaybı ile toplam cepten yapılan harcama tutarları ile karşılaştırılması

Özellikler		Gelir kaybı	CYH
Yaş			
20-29	Ort. ± S.S	1271,4 ± 543,8	1760,6 ± 1170,4
	Ortanca (Min-Max)	1000 (800 - 2400)	1306 (328 - 4780)abc
30-39	Ort. ± S.S	2042,7 ± 2360,2	2145,9 ± 2458,6
	Ortanca (Min-Max)	1000 (100 - 10000)	1449,5 (38 - 12200)c
40-49	Ort. ± S.S	1184,1 ± 769,2	1826,2 ± 1967,2
	Ortanca (Min-Max)	1000 (200 - 3000)	1260 (20 - 11050)bc
50-59	Ort. ± S.S	832,1 ± 718,3	1007 ± 976,2
	Ortanca (Min-Max)	550 (250 - 3000)	722,5 (20 - 5800)a
60-69	Ort. ± S.S	1155,6 ± 600,2	984,8 ± 813,2
	Ortanca (Min -Max)	1000 (400 - 2000)	791 (40 - 3842)ab
70-79	Ort. ± S.S	1024 ± 584,7	937 ± 760
	Ortanca (Min-Max)	800 (500 - 2020)	662 (60 - 2878)abc
Test istatistiği		$\chi^2=5,215$	$\chi^2=25,514$
p		0,390	<0,001
Medeni durum			
Evli	Ort. ± S.S	1179,1 ± 1282,5	1366,6 ± 1588,6
	Ortanca (Min -Max)	890 (100 - 10000)	875 (20 - 12200)
Bekar	Ort. ± S.S	1916,8 ± 1288,2	1489,3 ± 1497,6
	Ortanca (Min -Max)	2000 (400 - 6000)	1118 (20 - 8392)
Test istatistiği		U=409,5	U=6448
p		0,001	0,448
Eğitim durumu			
Okur- yazar	Ort. ± S.S	1089,4 ± 770,3	1108,4 ± 996,2
	Ortanca (Min - Max)	1000 (200 - 3000)ab	839 (40 - 4110)bc
İlkokul	Ort. ± S.S	1030,9 ± 964,6	1100,2 ± 1185,2
	Ortanca (Min - Max)	750 (200 - 4000)ab	774,5 (20 - 9720)c
Ortaokul	Ort. ± S.S	726,7 ± 416,2	1166,1 ± 1199,4
	Ortanca (Min - Max)	650 (320 - 1800)a	835 (20 - 5920)bc
Lise	Ort. ± S.S	1750 ± 1432,5	1641,5 ± 1991,2
	Ortanca (Min - Max)	1650 (400 - 6000)ab	916 (190 - 11050)abc
Üniversite	Ort. ± S.S	1492,5 ± 852,6	2305,5 ± 1883,7
	Ortanca (Min -Max)	1450 (100 - 3500)ab	2140 (60 - 8392)a
Lisansüstü	Ort. ± S.S	3500 ± 3708,1	3913,3 ± 4212,2
	Ortanca (Min -Max)	2000 (1000 - 10000)b	1956 (1430 - 12200)ab
Test istatistiği		$\chi^2=18,543$	$\chi^2=27,953$
p		0,002	<0,001

Tablo 4.8. (devam)

Özellikler		Gelir kaybı	CYH
Çalışma durumu			
Evet	Ort. ± S.S	1782,4 ± 1631,6	2724,2 ± 2227,9
	Ortanca (Min-Max)	1500 (100 - 10000)	2303,5 (60 - 12200)
Hayır	Ort. ± S.S	1049,4 ± 1000,5	1140,1 ± 1281,3
	Ortanca (Min-Max)	800 (200 - 6000)	774,5 (20 - 11050)
Test istatistiği		U=685	U=2962
p		<0,001	<0,001
Sosyal güvence durumu			
Evet	Ort. ± S.S	1353,4 ± 1367	1361,5 ± 1586,9
	Ortanca (Min -Max)	1000 (100 - 10000)	865 (20 - 12200)
Hayır	Ort. ± S.S	1027,3 ± 643,6	1756,2 ± 1322,1
	Ortanca (Min-Max)	800 (400 - 2000)	1346,5 (140 - 5895)
Test istatistiği		U=452,5	U=2030,5
p		0,641	0,014
Klinik evre			
Evre 1	Ort. ± S.S	1235 ± 1021	1424,4 ± 1722,9
	Ortanca (Min -Max)	1000 (100 - 4000)	765 (20 - 9720)
Evre 2	Ort. ± S.S	1487,4 ± 1749,1	1427,6 ± 1919,6
	Ortanca (Min -Max)	1000 (200 - 10000)	892 (40 - 12200)
Evre 3	Ort. ± S.S	1397 ± 1253,5	1536,1 ± 1396
	Ortanca (Min -Max)	1000 (250 - 6000)	1061,5 (190 - 6862)
Evre 4	Ort. ± S.S	1000 (250 - 6000)	1061,5 (190 - 6862)
	Ortanca (Min - Max)	1006 ± 591,5	1133,1 ± 989,7
Test istatistiği		$\chi^2=0,966$	$\chi^2=4,906$
p		0,809	0,179
Tedaviye başlama zamanı			
1-3 ay önce	Ort. ± S.S	1170,4 ± 1199,7	1118,4 ± 1083,4
	Ortanca (Min - Max)	550 (100 - 6000)	856 (20 - 9720)
4-6 ay önce	Ort. ± S.S	1677,3 ± 1961,8	1571,1 ± 1894,9
	Ortanca (Min - Max)	1500 (200 - 10000)	925 (40 - 12200)
7-9 ay önce	Ort. ± S.S	1900 ± 1516,6	1700,5 ± 2293,7
	Ortanca (Min -Max)	1000 (500 - 4000)	926 (96 - 11050)
10-12 ay önce	Ort. ± S.S	1312,5 ± 758,6	1715,8 ± 1898,7
	Ortanca (Min -Max)	1000 (400 - 3000)	1220 (200 - 8392)
13 ay ve üzeri	Ort. ± S.S	1070 ± 506,6	1756,2 ± 1783,8
	Ortanca (Min -Max)	990 (240 - 2000)	950 (40 - 6862)
Test istatistiği		$\chi^2=6,457$	$\chi^2=4,175$
p		0,168	0,383

Tablo 4.8. (devam)

Özellikler		Gelir kaybı	CYH
Toplam aylık gelir ortalaması			
<500 TL	Ort. ± S.S	1406,7 ± 871,3	1692,5 ± 1855,8
	Ortanca (Min-Max)	1500 (400 - 3000)	1280 (20 - 8392)
500-999 TL	Ort. ± S.S	1174,3 ± 674,3	1290 ± 755,6
	Ortanca (Min-Max)	1000 (400 - 2020)	1114 (292 - 2632)
1000-1499 TL	Ort. ± S.S	1062,5 ± 829,7	1094 ± 1085,6
	Ortanca (Min -Max)	1000 (200 - 2800)	670 (175 - 4589)
1500-1999TL	Ort. ± S.S	874,3 ± 597,3	1159,8 ± 1015,3
	Ortanca (Min-Max)	800 (200 - 2000)	912 (38 - 4780)
2000-2499 TL	Ort. ± S.S	826,9 ± 459,2	1075,1 ± 994,8
	Ortanca (Min -Max)	800 (250 - 2000)	818 (40 - 5920)
2500-2999 TL	Ort. ± S.S	1000 ± 711,8	1230,8 ± 1177,5
	Ortanca (Min -Max)	800 (400 - 2000)	821 (60 - 4110)
3000-3999 TL	Ort. ± S.S	1133,3 ± 552,3	1202,2 ± 1188,7
	Ortanca (Min -Max)	1200 (100 - 1800)	878,5 (20 - 5895)
4000-5000 TL	Ort. ± S.S	1950 ± 1433,3	1821,6 ± 2348
	Ortanca (Min - Max)	1850 (400 - 4000)	723 (100 - 9720)
Test istatistiği		$\chi^2=10,08$	$\chi^2=9,525$
p		0,258	0,300
Aldığı tedavi türleri			
Cerrahi	Ort. ± S.S	5750 ± 6010,4	2651 ± 3956
	Ortanca (Min - Max)	5750 (1500 - 10000)	1370 (200 - 12200)
Kemoterapi	Ort. ± S.S	1041,8 ± 731,7	1298,5 ± 1465
	Ortanca (Min - Max)	1000 (250 - 3000)	946,5 (40 - 11050)
Cerrahi+kemoterapi	Ort. ± S.S	1353,4 ± 1191,8	1242,3 ± 1273
	Ortanca (Min -Max)	1000 (100 - 6000)	765,5 (20 - 9720)
Radyoterapi + kemoterapi	Ort. ± S.S	1500 ± 500	1272,4 ± 938,5
	Ortanca (Min -Max)	1500 (1000 - 2000)	1238,5 (210 - 2632)
Kemoterapi + cerrahi + radyoterapi	Ort. ± S.S	1044,7 ± 714,2	1681,5 ± 1815,5
	Ortanca (Min -Max)	800 (240 - 3000)	1021 (60 - 8392)
Kemoterapi + cerrahi + radyoterapi + hormon tedavisi	Ort. ± S.S	1533,3 ± 642,9	2314,4 ± 2444,1
	Ortanca (Min -Max)	1800 (800 - 2000)	1326 (200 - 6862)
Test istatistiği		$\chi^2=6,12$	$\chi^2=3,153$
p		0,295	0,676
Kronik hastalık durumu			
Evet	Ort. ± S.S	1099,4 ± 858,5	1426,8 ± 1575,3
	Ortanca (Min - Max)	800 (200 - 4000)	928 (20 - 11050)
Hayır	Ort. ± S.S	1789,1 ± 1892	1288,6 ± 1571,2
	Ortanca (Min - Max)	1300 (100 - 10000)	732 (40 - 12200)
Test istatistiği		U=790,5	U=9705,5
p		0,021	0,157

Tablo 4.8. (devam)

Özellikler		Gelir kaybı	CYH
Yaşanılan yerin tedavi merkezine uzaklığı			
0-25 km	Ort. ± S.S	1751,7 ± 1935,7	1419,9 ± 1900
	Ortanca (Min-Max)	1000 (400 - 10000)	731 (20 - 12200)a
26-50 km	Ort. ± S.S	1001,3 ± 736,7	1414,6 ± 1240,6
	Ortanca (Min-Max)	900 (300 - 3000)	897,5 (60 - 4780)ab
51-75 km	Ort. ± S.S	1221,3 ± 883,3	1301,2 ± 1624,2
	Ortanca (Min -Max)	1000 (250 - 3000)	751 (60 - 11050)ab
76-100 km	Ort. ± S.S	1330 ± 1020,8	919,2 ± 951,7
	Ortanca (Min-Max)	800 (500 - 3000)	518 (160 - 4430)a
101 km ve üzeri	Ort. ± S.S	1147,8 ± 1001,5	1528,9 ± 1447,6
	Ortanca (Min -Max)	800 (100 - 4000)	1082 (38 - 9720)b
Test istatistiği		$\chi^2=5,473$	$\chi^2=13,949$
p		0,242	0,007

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, a-d: Aynı harfler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur.

Hastaların sosyo-demografik, klinik ve kemoterapi tedavisine ilişkin özelliklerinin, gelir kaybı ile toplam cepten yapılan harcama tutarlarıyla karşılaştırılması tablo 4.8’de verilmiştir. Hastaların yaşı ile cepten yapılan harcama ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,001$). Cepten yapılan harcamalar ortanca değeri, 20-29 yaş grubu hastalarda 1306 TL, 30-39 yaş grubu hastalarda 1449,5 TL, 40-49 yaş grubu hastalarda 1260 TL, 50-59 yaş grubu hastalarda 722,5 TL, 60-69 yaş grubu hastalarda 791 TL, 70-79 yaş grubu hastalarda 662 TL olarak belirlendi.

Hastaların eğitim durumu ile cepten yapılan harcama ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,001$). Cepten yapılan harcamalar ortanca değeri, okur-yazar hastalarda 839 TL, ilkokul mezunu hastalarda 774,5 TL, ortaokul mezunu hastalarda 835 TL, lise mezunu hastalarda 916 TL, üniversite mezunu hastalarda 2140 TL, lisansüstü mezunu hastalarda 1956 TL olarak belirlendi.

Hastaların çalışma durumu ile cepten yapılan harcama ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,001$). Cepten yapılan harcamalar ortanca değeri, çalışan hastalarda 2303,5 TL ve çalışmayan hastalarda 774,5 TL olarak belirlendi. Hastaların sosyal güvence durumu ile cepten yapılan harcama ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p=0,014$). Cepten yapılan harcamalar ortanca değeri, sosyal güvencesi olan hastalarda 865 TL, sosyal güvencesi olmayan hastalarda 1346,5 TL olarak belirlendi.

Hastaların yaşadığı yerin tedavi merkezine uzaklığı ile cepten yapılan harcama ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p=0,007$). Cepten yapılan harcamalar ortanca değeri, tedavi merkezine uzaklığı 0-25 km olan hastalarda 731 TL, 26-50 km olan hastalarda 897,5 TL, 51-75 km olan hastalarda 751 TL, 76-100 km olan hastalarda 518 TL, 101 km ve üzeri olan hastalarda 1082 TL olarak belirlendi (Tablo 4.8).

4.1.2. FACT-B Ölçeği ve BUSÖ'ne İlişkin Bulgular

Tablo 4.9. FACT-B Yaşam Kalitesi Ölçeği maddeleri ortalama, standart sapma ve ortanca puanları

Ölçek Maddeleri	Ort.	S.S	Ortanca (Min-Max)
Bedeni Durum			
1.Enerjim düşük	1,9	1,2	2 (0-4)
2.Bulantım var	0,7	1,0	0 (0-4)
3.Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum	1,8	1,3	2 (0-4)
4.Ağrım var	1,1	1,2	1 (0-4)
5.Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor	2,2	1,3	2 (0-4)
6.Kendimi hasta hissediyorum	1,9	1,4	2 (0-4)
7.Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum	1,9	1,3	2 (0-4)
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu			
1.Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum	2,6	1,0	3 (0-4)
2.Ailemden manevi destek görüyorum	2,9	0,9	3 (0-4)
3.Arkadaşlarımdan destek görüyorum	2,6	1,1	3 (0-4)
4.Ailem hastalığımı kabullendi	3,0	0,8	3 (0-4)
5.Ailemle hastalığım konusundaki iletişimden memnunum	3,0	0,8	3 (0-4)
6.Kendimi hayat arkadaşına (veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum	2,5	1,3	3 (0-4)
7.Cinsel hayatım tatmin edici	0,9	1,0	1 (0-4)
Duygusal Durum			
1.Kendimi üzgün hissediyorum	1,7	1,3	2 (0-4)
2.Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum	2,0	1,2	2 (0-4)
3.Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum	1,3	1,2	1 (1-4)
4.Kendimi sınırlı hissediyorum	1,5	1,2	2 (0-4)
5.Ölmekten korkuyorum	1,3	1,2	1 (0-4)
6.Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum	1,9	1,3	2 (0-4)
Faaliyet Durumu			
1.Çalışabiliyorum (ev işi dahil)	1,6	1,2	2 (0-4)
2.İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor	1,5	1,2	2 (0-4)
3.Hayattan zevk alabiliyorum	1,8	1,1	2 (0-4)
4.Hastalığımı kabullendim	2,4	1,0	2 (0-4)
5.İyi uyuyorum	2,1	1,1	2 (0-4)
6. Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum	1,9	1,1	2 (0-4)
7.Şu anda hayatımın kalitesinden memnunum	1,9	1,1	2 (0-4)

Tablo 4.9. (devam)

Ölçek Maddeleri	Ort.	S.S	Ortanca (Min-Max)
Diğer Endişeler			
1.Nefes darlığı çekiyorum	0,7	1,0	0 (0-4)
2.Kıyafetlerimin üzerimde nasıl durduğu konusunda tedirginim	0,6	1,0	0 (0-4)
3.Kollarımdan biri ya da her ikisi şiş veya dokununca hassas	0,7	1,0	0 (0-4)
4.Kendimi cinsel yönden çekici hissediyorum	1,1	1,0	1 (0-4)
5.Saçımın dökülmesi beni rahatsız ediyor	2,1	1,4	2 (0-4)
6.Diğer aile fertlerimin bir gün aynı hastalığa yakalanabileceklerinden endişe duyuyorum	2,4	1,2	3 (0-4)
7.Stresin (sıkıntının) hastalığım üzerindeki etkisinden endişe duyuyorum	2,8	1,2	3 (0-4)
8.Kilomdaki değişiklik beni rahatsız ediyor	0,7	1,1	0 (0-4)
9.Kendimi kadın gibi hissedebiliyorum	1,7	1,2	2 (0-4)
10.Vücudumun belirli yerleri ağrıyor	1,3	1,1	1 (0-4)

Ort: Ortalama, S.S:Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maximum

FACT-B Yaşam Kalitesi Ölçeği ortalama, standart sapma, ortanca puanları tablo 4.9'da verilmiştir. Hastaların FACT-B ölçeğinde en yüksek puanı, “Ailem hastalığımı kabullendi” ($3,0\pm 0,8$); “Ailemle hastalığım hakkında iletişimimden memnunum ($3,0\pm 0,8$)” ifadelerinden aldıkları belirlendi. Bu çalışmada FACT-B Yaşam Kalitesi Ölçeği madde puan ortalamaları en düşük $0,6\pm 1,0$ ile en yüksek $3,0\pm 0,8$ ortalama değerler arasında değişmektedir (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. BUSÖ maddeleri ortalama, standart sapma ve ortanca puanları

Ölçek Maddeleri	Ort.	S.S	Ortanca (Min-Max)
1. Bir kriz durumunda bile, birçok talimatı aynı anda sürdürebilirim.	2,1	0,9	2 (1-4)
2. Yeni soruna genellikle yeni bir çözüm getirebilirim.	2,1	0,9	2 (1-4)
3. Sorunun ne olduğunu tanımlar ve sorunu bütünüyle görmeye çalışırım.	2,2	0,9	2 (1-4)
4. Seçeneklerimi arttırmak için mümkün olduğunca daha fazla bilgi toplarım.	2,2	1	2 (1-4)
5. Sıkıntılı olduğumda yapmam gerekenleri bitirmede zorluk çekerim.	2,8	0,9	3 (1-4)
6. Geçmişte işe yarayan çözümleri hatırlamaya çalışırım.	2,2	0,9	2 (1-4)
7. Genellikle her türlü şeyi benim için en yararlı olacak şekilde yapmaya çalışırım.	2,5	0,8	3 (1-4)
8. Beni rahatsız eden şeyin dışında başka bir şey düşünemem.	2,9	0,9	3 (1-4)
9. Sorunu elimden gelen en iyi şekilde ele alabilirsem kendimi iyi hissederim.	2,9	0,6	3 (1-4)
10.Durumun nasıl sonlanmasını istediğimi belirlerim ve sonra hedefe nasıl ulaşacağıma bakarım.	2,4	0,9	2 (1-4)

Tablo 4.10. (devam)

Ölçek Maddeleri	Ort.	S.S	Ortanca (Min-Max)
11. Stresli olduğumda verimim azalır.	3,2	0,9	3 (1-4)
12. Bir durumla karşılaştığımda kendime biraz zaman veririm ve durumu tam kavrayana kadar harekete geçmem.	2,4	0,8	2 (1-4)
13. Bir kriz durumunu baş edebileceğimden çok daha fazla karmaşık bulurum.	2,8	0,9	3 (1-4)
14. Problemi adım adım düşünerek karar veririm.	2,3	0,9	2 (1-4)
15. Ortada hiçbir sebep yokken yavaşlamaya başladığımı hissedirim.	2,7	0,9	3 (1-4)
16. Duygularımı yeniden olumlu şekle sokmak için çok çalışırım.	2,9	0,8	3 (1-4)
17. Kriz boyunca gün içinde kendimi sürekli tetikte ve aktif hissedirim.	2,1	0,9	2 (1-4)
18. Duygularımı bir kenara bırakır ve olup bitenlerle ilgili son derece tarafsız olurum.	2,4	0,8	2 (1-4)
19. Olayla ilgili her şey için gözümü kulağımı açık tutarım.	2,4	0,9	2 (1-4)
20. İlk başta aşırı tepki vermeye meyilliyim.	2,2	0,9	2 (1-4)
21. Başka durumlarda işe yarayan şeyleri hatırlarım.	2,4	0,8	2 (1-4)
22. Olayları olduğu gibi görerek, sorunu doğru açıdan değerlendiririm.	2,4	0,8	2 (1-4)
23. En azından bir süre için donup kalırım ve kafam karışır.	2,7	0,8	3 (1-4)
24. Problemin ne olduğunu söylemek aslında benim için güçtür.	2,8	0,9	3 (1-4)
25. Çok boyutlu problemleri ele alma konusunda iyiyimdir.	2,0	1	2 (1-4)
26. Sorunla başa çıkmak için daha fazla destek/kaynak bulmaya çalışırım.	2,9	0,8	3 (1-4)
27. Bilmediğim yerlere gitmek zorunda kaldığımda pek çok kişiye göre yolumu daha iyi bulabilirim.	2,3	1	2 (1-4)
28. Durumu ele alırken mizahı kullanırım.	1,9	0,8	2 (1-4)
29. Krizi atlatmak için yapacağım köklü değişikliklerle hayatımı altüst etmem olasıdır.	1,4	0,7	1 (1-4)
30. (Egzersiz gibi) fiziksel aktivite ve dinlenme zamanımı dengelemeye çalışırım.	1,7	0,8	1 (1-4)
31. Stresli olduğumda verimim artar.	1,3	0,5	1 (1-4)
32. Olup biten her şeyi geçmiş deneyimlerimle ya da gelecek planlarımla ilişkilendirebilirim.	1,9	0,9	2 (1-4)
33. Yaşadığım güçlükler ne olursa olsun kendimi suçlamaya meyilliyim.	2,0	0,9	2 (1-4)
34. Yaratıcı olmaya ve yeni bir çözüm bulmaya çalışırım.	2,2	0,9	2 (1-4)
35. Bazı nedenlerle tecrübelerimden yeterince yararlanamıyorum.	2,4	0,8	2 (1-4)
36. Başkalarının işine yarayan çözümlerden yararlanırım.	2,2	0,9	2 (1-4)
37. Olaya bir fırsat ya da aşılması gereken zorluk gibi görürüm ve olumlu yönden bakarım.	2,4	0,8	2 (1-4)
38. Daha fazla çözüm üretebilmek için, tüm seçenekler üzerinde düşünürüm.	2,3	0,9	2 (1-4)
39. (Egzersiz gibi) fiziksel aktivitelerimde değişiklikler yaşarım.	1,7	0,8	2 (1-4)
40. Olay meydana gelir gelmez detayları öğrenerek, olayın kontrolünü ele alırım.	2,0	0,9	2 (1-4)

Tablo 4.10. (devam)

Ölçek Maddeleri	Ort.	S.S	Ortanca (Min-Max)
41. Herhangi bir şey yapmadan önce olabilecek her tür belirsizliği açıklamaya çalışırım.	2,1	0,9	2 (1-4)
42. Krize, büyük ihtimalle doğrudan müdahale ederim.	1,8	0,9	1 (1-4)
43. Hasta olacağımı hissederim.	2,6	0,8	3 (1-4)
44. Yaşadığım zorluğu çözebilen yeni bir beceriyi oldukça çabuk öğrenir ve kullanırım.	2,2	0,9	2 (1-4)
45. Çok sık olarak yaptığım işten kolayca vazgeçerim.	2,4	0,9	3 (1-4)
46. Olayla başa çıkmak için bir dizi aktiviteyi içeren bir plan geliştiririm.	2,1	1	2 (1-4)
47. Birçok şeyin nasıl sonuçlanacağı hakkında iyi niyetli-olumlu düşünürüm.	2,7	0,9	3 (1-4)

Ort: Ortalama, S.S:Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maximum, BUSÖ: Başetme ve uyum süreci ölçeği

BUSÖ ölçeği ortalama, standart sapma, ortanca puanları tablo 4.10’da verilmiştir. Hastaların BUSÖ ölçeğinde en yüksek puanı, “Stresli olduğumda verimim azalır” $3,2\pm 0,9$; “Beni rahatsız eden şeyin dışında başka bir şey düşünmem” $2,9\pm 0,9$ ifadelerinden aldıkları belirlendi. Bu çalışmada BUSÖ ölçeği madde puan ortalamaları en düşük $1,3\pm 0,5$ ile en yüksek $3,2\pm 0,9$ ortalama değerler arasında değişmektedir (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. FACT-B ve BUSÖ ölçeklerinin toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma,ortanca puanları

	Ölçek alt boyutları	Madde sayısı	Ort.	S.S	Ortanca (Min- Max)
FACT-B Ölçeği	Bedeni durum	7	11,6	7,2	11,5 (0,0-28,0)
	Sosyal yaşam ve aile durumu	7	18,5	5,2	19,0 (3,0-29,0)
	Duygusal durum	6	9,8	4,3	10,0 (0,0-22,0)
	Faaliyet durumu	7	13,2	6,5	13,0 (0,0-28,0)
	Diğer endişeler	10	14,3	4,7	14,0 (0,0-30,0)
	FACT-B toplam	37	67,3	12,1	67,0 (37,0-106,0)
BUSÖ	Çözüm bulma ve odaklanma	10	24,1	5,4	24,0 (12,0-38,0)
	Fiziksel ve karara bağlama	14	36,5	5,3	36,0 (17,0-50,0)
	Dikkat süreci	9	20,1	4,9	20,0 (9,0-32,0)
	Sistematize etme süreci	6	13,7	4,2	14,0 (6,0-24,0)
	Öğrenme ve ilişki kurma	8	18,8	5,2	19,0 (8,0-31,0)
	BUSÖ toplam	47	113,1	22,1	114,0 (68,0-168,0)

Ort: Ortalama, S.S:Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maximum, BUSÖ: Başetme ve uyum süreci ölçeği

FACT-B ve BUSÖ ölçeklerinin toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca, puanları tablo 4.11’de verilmiştir. FACT-B ölçeği; bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum, faaliyet durumu, diğer endişeler alt boyut puan ortalaması ile toplam puan ortalaması sırasıyla; $11,6\pm7,2$, $18,5\pm5,2$, $9,8\pm4,3$, $13,2\pm6,5$, $14,3\pm4,7$, $67,3\pm12,1$ olarak saptanmıştır.

BUSÖ ölçeği; Çözüm bulma ve odaklanma, fiziksel ve karara bağlama, dikkat süreci, sistematize etme süreci, öğrenme ve ilişki kurma alt boyut puan ortalaması ile toplam puan ortalaması sırasıyla $24,1\pm5,4$, $36,5\pm5,3$, $20,1\pm4,9$, $13,7\pm4,2$, $18,8\pm5,2$, $113,1\pm22,1$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.11).



Tablo 4.12. Hastaların tedavisi ile ilişkili olarak cepten yaptığı harcamalar ile FACT-B Yaşam Kalitesi Ölçeği, BUSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki

Harcama Türü	FACT-B						BUSÖ						
	Bedeni Durum	Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	Diğer Endişeler	FACT-B Toplam	Çözüm Bulma ve Odaklanma	Fiziksel ve Karara Bağlama	Dikkat Süreci	Sistematize Etme Süreci	Öğrenme ve İlişki Kurma	BUSÖ Toplam	
Tıbbi malzeme ve gereç için yapılan harcamalar (gözlük, lens, meme protezi, işitme cihazı)	r	0,032	0,155	-0,068	0,050	0,075	0,082	0,152	0,177	-0,008	0,214	0,188	0,166
	p	0,817	0,254	0,616	0,717	0,584	0,547	0,264	0,192	0,954	0,113	0,166	0,223
Kemoterapi tedavisi sırasında ulaşım, yemek ve konaklama için yapılan harcamalar	r	0,233	-0,165	0,152	-0,286	0,050	0,010	-0,232	-0,051	-0,190	-0,178	-0,196	-0,201
	p	<0,001	0,003	0,006	<0,001	0,370	0,865	<0,001	0,365	0,001	0,001	<0,001	<0,001
Kemoterapi tedavisine eşlik eden refakatçinin ulaşım, yemek ve konaklama vb. giderleri için yapılan harcamalar	r	0,222	-0,169	0,140	-0,275	0,040	-0,003	-0,239	-0,042	-0,200	-0,185	-0,207	-0,207
	p	<0,001	0,002	0,013	<0,001	0,472	0,950	<0,001	0,450	<0,001	0,001	<0,001	<0,001
İlaç harcamaları	r	-0,018	-0,175	0,177	-0,142	-0,021	-0,177	-0,006	-0,068	0,083	0,012	0,026	-0,011
	p	0,887	0,173	0,169	0,271	0,869	0,169	0,965	0,598	0,520	0,928	0,844	0,935

r: Spearman's rho katsayısı, BUSÖ: Başetme ve uyum süreci ölçeği.

Tablo 4.12. (devam)

Harcama Türü		FACT-B					BUSÖ						BUSÖ Toplam
		Bedeni Durum	Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	Diğer Endişeler	FACT-B Toplam	Çözüm Bulma ve Odaklanma	Fiziksel ve Karara Bağlama	Dikkat Süreci	Sistemati ze Etme Süreci	Öğrenme ve İlişki Kurma	
Tamamlayıcı sağlık sigortası	r	-0,175	0,218	-0,144	0,169	-0,241	-0,108	0,182	0,098	0,062	0,067	-0,128	0,039
	p	0,487	0,384	0,569	0,503	0,336	0,669	0,469	0,700	0,807	0,792	0,613	0,876
Muayene için ödenen katkı payı	r	-0,113	0,058	-0,056	0,114	-0,009	0,014	0,128	-0,125	0,078	0,103	0,128	0,076
	p	0,099	0,395	0,418	0,096	0,890	0,842	0,061	0,067	0,253	0,131	0,061	0,270
Psikiyat/psikolog için yapılan harcamalar	r	0,104	0,217	-0,325	0,284	0,319	0,321	0,261	0,312	0,204	0,196	0,283	0,319
	p	0,712	0,437	0,237	0,305	0,247	0,243	0,348	0,258	0,467	0,484	0,307	0,247
Tamamlayıcı özel sağlık sigortası	r	-0,458	0,599	-0,464	0,440	0,120	-0,060	0,572	0,331	0,599	0,673	0,681	0,572
	p	0,254	0,117	0,247	0,276	0,778	0,888	0,138	0,423	0,117	0,068	0,063	0,138
Tıbbi bakım malzemeleri için yapılan harcamalar (batikon, flaster vb.)	r	0,573	-0,298	0,524	-0,497	0,342	0,500	-0,004	-0,366	0,030	-0,215	-0,295	-0,239
	p	0,016	0,246	0,031	0,042	0,179	0,041	0,987	0,148	0,908	0,407	0,251	0,356
Tıbbi tahlil farkı için yapılan harcamalar	r	0,014	-0,017	0,087	0,004	0,024	0,068	-0,060	0,100	-0,077	-0,093	-0,101	-0,086
	p	0,896	0,877	0,422	0,969	0,826	0,526	0,577	0,356	0,476	0,388	0,350	0,424
Alternatif-tamamlayıcı tedavi için yapılan harcamalar (fitoterapi, bitkisel ürünler, aromaterapi)	r	-0,147	0,243	-0,105	0,067	-0,038	-0,012	-0,109	0,385	0,092	-0,087	0,039	0,032
	p	0,448	0,204	0,589	0,728	0,845	0,951	0,575	0,039	0,634	0,654	0,840	0,870

r: Spearman's rho katsayısı

Tablo 4.12. (devam)

Harcama Türü	FACT-B						BUSÖ					
	Bedeni Durum	Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	Diğer Endişeler	FACT-B Toplam	Çözüm Bulma ve Odaklanma	Fiziksel ve Karara Bağlama	Dikkat Süreci	Sistematize Etme Süreci	Öğrenme ve İlişk Kurma	BUSÖ Toplam
Hastalığın tedavisi ile doğrudan ilişkili olmayan harcamalar (ev yapımı kremler, kurşun döktürme, türbe ziyareti, hocaya gitme)	r 0,165	0,104	0,224	0,061	0,372	0,427	-0,366	-0,518	-0,177	-0,255	-0,377	-0,348
Kozmetik ve kişisel bakım ürünleri ürünleri (peruk, makyaj malzemeleri gibi) için yapılan harcamalar	p 0,649	0,776	0,534	0,868	0,290	0,219	0,298	0,125	0,624	0,476	0,283	0,325
Doğal/organik ürünler için yapılan harcamalar (pekmez, bal, organik sebze ve meyve vb.)	r 0,080	-0,080	0,129	0,090	0,244	0,173	-0,137	-0,107	-0,081	-0,127	-0,044	-0,119
	p 0,425	0,426	0,197	0,368	0,013	0,081	0,169	0,286	0,416	0,204	0,660	0,234

r: Spearman's rho katsayısı

Tablo 4.12. (devam)

Özellikler	FACT-B						BUSÖ						
	Bedeni Durum	Sosyal Yaşam Aile Durumu	ve Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	İğere ndişeler	FACT-B Toplam	Çözüm Bulma ve Odaklanma	Fiziksel ve Karar Bağlama	Dikkat Süreci	Sistematize Etme Süreci	Öğrenme ve İlişk Kurma	BUSÖ Toplam	
Ek gıda ve takviyeler (şalgam suyu, paça, et, balık, süt ürünleri, kuruyemiş vb.) için yapılan harcamalar	r	0,186	0,150	0,052	0,091	0,252	0,271	0,061	0,065	0,045	0,108	0,084	0,044
Yardımcı hizmetler (temizlik, çocuk bakımı vb.) için yapılan harcamalar	p	0,056	0,123	0,593	0,352	0,009	0,005	0,532	0,509	0,644	0,269	0,392	0,656
	r	-0,102	0,220	0,010	0,094	0,140	0,189	0,128	0,329	0,149	0,194	0,169	0,196
	p	0,386	0,060	0,934	0,428	0,234	0,107	0,276	0,004	0,205	0,097	0,150	0,094

r: Spearman's rho katsayısı

Hastaların tedavisi ile ilişkili olarak cepten yaptığı harcamalar ile FACT-B Yaşam Kalitesi Ölçeği, BUSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki tablo 4.12’de verilmiştir. Kemoterapi tedavisi sırasında ulaşım, yemek ve konaklama için yapılan harcamalar ortalaması ile FACT-B bedeni durum ($p<0,001$; $r=0,233$) ve duygusal durum alt boyut puanı ($p=0,006$; $r=0,152$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki; faaliyet durumu ($p<0,001$; $r=-0,286$); sosyal yaşam ve aile durumu alt boyut puanı ($p=0,003$; $r=-0,165$) arasında ise negatif yönlü zayıf bir ilişki saptandı.

Kemoterapi tedavisi sırasında ulaşım, yemek ve konaklama için yapılan harcamalar ortalaması ile BUSÖ çözüm bulma ve odaklanma ($p<0,001$; $r=-0,232$); dikkat süreci ($p=0,001$; $r=-0,190$), sistematize etme süreci ($p=0,001$; $r=-0,178$); öğrenme ve ilişki kurma süreci alt boyut puanı ($p<0,001$; $r=-0,196$) ve toplam puanı ($p<0,001$; $r=-0,201$) arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki saptandı.

Kemoterapi tedavisine eşlik eden refakatçinin ulaşım, yemek ve konaklama vb. giderleri için yapılan harcamalar ortalaması ile FACT-B bedeni durum ve ($p<0,001$; $r=0,222$); duygusal durum alt boyut puanı ($p=0,013$; $r=0,140$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki; sosyal yaşam ve aile durumu ($p=0,002$; $r=-0,169$); faaliyet durumu alt boyut puanı ($p<0,001$; $r=-0,275$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki saptandı.

Kemoterapi tedavisine eşlik eden refakatçinin ulaşım, yemek ve konaklama vb. giderleri için yapılan harcamalar ortalaması ile BUSÖ çözüm bulma ve odaklanma ($p<0,001$; $r=-0,239$), dikkat süreci ($p<0,001$; $r=-0,200$), sistematize etme süreci ($p=0,001$; $r=-0,185$), öğrenme ve ilişki kurma alt boyut puanı ($p<0,001$; $r=-0,207$) ve toplam puanı ($p<0,001$; $r=-0,207$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki saptandı.

Tıbbi malzeme ve gereç için yapılan harcamalar (gözlük, lens, meme protezi, işitme cihazı) ile FACT-B faaliyet durumu alt boyut puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki ($p=0,042$; $r=-0,497$); bedeni durum ($p=0,016$; $r=0,573$); duygusal durum alt boyut ($p=0,031$; $r=0,524$) ve toplam puanı ($p=0,041$; $r=0,500$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı.

Alternatif-tamamlayıcı tedavi için yapılan harcamalar ortalaması (fitoterapi, bitkisel ürünler, aromaterapi) ile BUSÖ, fiziksel ve karara bağlama alt boyut puanı arasında ($p=0,039$; $r=0,385$) istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı. Doğal/organik ürünler için yapılan sağlık harcamaları ortalaması (pekmez, bal, organik sebze ve meyve vb.) ile FACT-B diğer endişeler alt boyut puanı arasında ($p=0,013$; $r=0,244$) istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı.

Ek gıda ve takviyeler (şalgam suyu, paça, et, balık, süt ürünleri, kuruyemiş vb.) için yapılan harcamalar ortalaması ile FACT-B diğer endişeler alt boyut puanı ($p=0,009$; $r=0,252$) ve toplam puanı ($p=0,005$; $r=0,271$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı. Yardımcı hizmetler (temizlik, çocuk bakımı vb.) için yapılan harcamalar ortalaması ile BUSÖ, fiziksel ve karara bağlama alt boyut puanı arasında ($p=0,004$; $r=0,329$) istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Hastaların FACT – B Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları ile BUSÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki

			Bedeni durum	Sosyal yaşam ve aile durumu	Duygusal durum	Faaliyet durumu	Diğer endişeler	FACT toplam	Çözüm bulma ve odaklanma	Fiziksel ve karara bağlama	Dikkat süreci	Sistematize etme süreci	Öğrenme ve ilişki kurma
FACT-B ölçeği	Sosyal yaşam ve aile durumu	r	-0,428										
		p	<0,001										
	Duygusal durum	r	0,588	-0,322									
		p	<0,001	<0,001									
	Faaliyet durumu	r	-0,657	0,656	-0,440								
		p	<0,001	<0,001	<0,001								
	Diğer endişeler	r	0,335	0,052	0,447	-0,118							
	p	<0,001	0,354	<0,001	0,034								
	FACT-B toplam	r	0,396	0,434	0,507	0,227	0,705						
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001						
BUSÖ	Çözüm bulma ve odaklanma	r	-0,412	0,564	-0,227	0,606	0,078	0,273					
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,164	<0,001					
	Fiziksel ve karar bağlama	r	-0,407	0,367	-0,375	0,432	-0,139	-0,040	0,454				
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,013	0,475	<0,001				
	Dikkat süreci	r	-0,457	0,553	-0,282	0,569	0,122	0,219	0,857	0,491			
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,028	<0,001	<0,001	<0,001			
	Sistematize etme süreci	r	-0,430	0,566	-0,284	0,578	0,057	0,220	0,893	0,524	0,885		
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,310	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		
Öğrenme ve ilişki kurma	r	-0,453	0,572	-0,305	0,647	0,043	0,233	0,887	0,515	0,857	0,901		
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,446	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		
	BUSÖ toplam	r	-0,490	0,593	-0,335	0,643	0,034	0,203	0,926	0,683	0,923	0,946	0,941
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,543	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

r: Pearson katsayısı, BUSÖ: Başetme ve uyum süreci ölçeği

Hastaların FACT-B Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları ile BUSÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki tablo 4.13’de sunulmuştur. FACT-B sosyal yaşam ve aile durumu puanı ile bedeni durum puanı ($p<0,001$; $r=-0,428$) ve duygusal durum puanı ($p<0,001$; $r=-0,322$) arasında, faaliyet durumu puanı ile duygusal durum puanı arasında ($p<0,001$; $r=-0,440$) anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki, bedeni durum puanı arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki ($p<0,001$; $r=-0,657$) saptandı.

BUSÖ toplam puanı ile alt boyut puanları; çözüm bulma ve odaklanma puanı ($p<0,001$; $r=0,926$); fiziksel ve karara bağlama puanı ($p<0,001$; $r=0,683$); dikkat süreci puanı ($p<0,001$; $r=0,923$); sistematize etme süreci puanı ($p<0,001$; $r=0,946$); öğrenme ve ilişki kurma puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü çok güçlü bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,941$)

BUSÖ toplam puanı ile FACT-B alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; bedeni durum puanı arasında negatif yönlü orta şiddette bir ilişki ($p<0,001$; $r=-0,490$); sosyal yaşam ve aile durumu puanı arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,593$); duygusal durum puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($p<0,001$; $r=-0,335$); FACT-B toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($p<0,001$; $r=0,203$); faaliyet durumu puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü güçlü bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,643$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. FACT-B Ölçeği Bedeni Durum alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları

Özellikler	β	Standart hata	* β	t	p	Kısmi korelasyon	Normal korelasyon	Tolerans	VIF
Sabit değer	12,959	3,098		4,183	<0,001				
Medeni durumu (Bekar)	-2,529	1,110	-0,128	-2,277	0,023	-0,133	-0,117	0,837	1,195
Çalışma durumu (Hayır)	0,622	1,389	0,031	0,448	0,655	0,026	0,023	0,535	1,870
Sosyal güvence durumu (Yok)	1,438	1,578	0,049	0,911	0,363	0,053	0,047	0,916	1,092
Toplam aylık gelir ortalaması	-0,001	0,000	-0,123	-2,158	0,032	-0,126	-0,111	0,811	1,233
Klinik evre (Evre 2)	0,848	1,103	0,055	0,769	0,443	0,045	0,039	0,513	1,949
(Evre 3)	1,711	1,155	0,104	1,481	0,140	0,087	0,076	0,536	1,865
(Evre 4)	4,718	1,255	0,280	3,760	<0,001	0,216	0,193	0,474	2,109
Tedaviye başlama zamanı (4-6 ay önce)	0,211	0,987	0,012	0,213	0,831	0,013	0,011	0,839	1,192
(7-9 ay önce)	-1,777	1,534	-0,066	-1,158	0,248	-0,068	-0,059	0,819	1,221
(10-12 ay önce)	0,091	1,557	0,003	0,058	0,954	0,003	0,003	0,827	1,210
(13 ay ve üzeri)	-2,463	1,169	-0,118	-2,107	0,036	-0,123	-0,108	0,842	1,188
Kronik hastalık durumu (Hayır)	-1,035	0,850	-0,066	-1,218	0,224	-0,071	-0,062	0,900	1,111

F: 3,502; p<0,001; Bağımlı değişken: Bedeni durum alt boyutu puanı; *Standartlaştırılmış β değeri

Hastaların FACT-B Ölçeği Bedeni Durum alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları tablo 4.14’de verilmiştir. Bedeni Durum alt boyut puanı ile bağımsız değişkenlerin etkisi linear regresyon analizi ile incelendiğinde, kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=3,502; p<0,001). Bu doğrultuda aylık gelir ortalaması bir birim arttığında bedeni durum puanınının -0,001 puan azaldığı, bekar olan hastaların -2,529 puan daha az olduğu, klinik evresi 4 olan hastaların, 4,718 puan daha fazla olduğu, tedaviye başlama süresi 13 ay ve üzeri olan hastaların -2,463 puan daha az olduğu saptandı. Bedeni durum puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. FACT-B Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları

Özellikler	β	Standart hata	* β	t	p	Kısmi korelasyon	Normal korelasyon	Tolerans	VIF
Sabit değer	17,630	2,164		8,148	<0,001				
Yaş									
(30-39)	1,901	1,679	0,116	1,132	0,258	0,066	0,056	0,238	4,208
(40-49)	-0,128	1,531	-0,011	-0,083	0,934	-0,005	-0,004	0,139	7,191
(50-59)	-0,180	1,558	-0,016	-0,116	0,908	-0,007	-0,006	0,128	7,789
(60-69)	-0,094	1,619	-0,007	-0,058	0,954	-0,003	-0,003	0,168	5,959
(70-79)	0,506	1,810	0,027	0,279	0,780	0,016	0,014	0,258	3,881
Medeni durumu									
(Bekar)	-0,423	0,776	-0,030	-0,545	0,586	-0,032	-0,027	0,837	1,195
Eğitim durumu									
(İlkokul)	1,526	0,830	0,146	1,840	0,067	0,107	0,092	0,390	2,562
(Ortaokul)	1,057	1,082	0,063	0,977	0,330	0,057	0,049	0,587	1,704
(Lise)	3,340	1,040	0,228	3,212	0,001	0,185	0,160	0,491	2,039
(Üniversite)	2,504	1,254	0,158	1,997	0,047	0,116	0,099	0,397	2,522
(Lisansüstü)	2,542	2,164	0,067	1,175	0,241	0,069	0,058	0,756	1,322
Çalışma durumu									
(Hayır)	-0,861	0,970	-0,060	-0,888	0,375	-0,052	-0,044	0,535	1,870
Sosyal güvence durumu (Yok)	-1,360	1,102	-0,064	-1,234	0,218	-0,072	-0,061	0,916	1,092
Toplam aylık gelir ortalaması	0,0004	0,000	0,134	2,426	0,016	0,141	0,121	0,811	1,233
Klinik evre									
(Evre 2)	0,382	0,771	0,034	0,495	0,621	0,029	0,025	0,513	1,949
(Evre 3)	0,247	0,806	0,021	0,307	0,759	0,018	0,015	0,536	1,865
(Evre 4)	-2,665	0,877	-0,220	-3,040	0,003	-0,176	-0,151	0,474	2,109
Tedaviye başlama zamanı									
(4-6 ay önce)	1,384	0,690	0,109	2,006	0,046	0,117	0,100	0,839	1,192
(7-9 ay önce)	1,546	1,072	0,079	1,443	0,150	0,084	0,072	0,819	1,221
(10-12 ay önce)	-1,342	1,087	-0,068	-1,234	0,218	-0,072	-0,061	0,827	1,210
(13 ay önce ve üzeri)	1,064	0,817	0,071	1,304	0,193	0,076	0,065	0,842	1,188
Kronik hastalık durumu (Hayır)	-0,143	0,594	-0,013	-0,240	0,810	-0,014	-0,012	0,900	1,111

F: 4,395; p<0,001; Bağımlı değişken: Sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu puanı; *Standartlaştırılmış β değeri

Hastaların FACT-B Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile durumu alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları tablo 4.15’de verilmiştir. Sosyal yaşam ve aile durumu alt boyut puanı ile bağımsız değişkenlerin etkisi linear regresyon analizi ile incelendiğinde kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu

(F=4,395; p<0,001). Eğitim durumu lise mezunu olan hastaların 3,340 puan, üniversite mezunu olan hastaların 2,504 puan fazla olduğu; aylık gelir ortalaması bir birim arttığında sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamasının 0,0004 puan arttığı; hastalığın klinik evresi 4 olan hastaların -2,665 puan daha az olduğu; tedaviye başlama zamanı 4-6 ay önce olan hastaların 1,384 puan daha az olduğu saptandı. Sosyal yaşam ve aile durumu puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak bir farklılık saptanmadı (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. FACT-B Duygusal Durum alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları

Özellikler	β	Standart hata	* β	t	p	Kısmi korelasyon	Normal korelasyon	Tolerans	VIF
Sabit değer	9,334	2,011		4,642	<0,001				
Yaş									
(30-39)	-2,901	1,560	-0,208	-1,859	0,064	-0,109	-0,101	0,238	4,208
(40-49)	-1,440	1,422	-0,148	-1,012	0,312	-0,059	-0,055	0,139	7,191
(50-59)	-2,043	1,448	-0,215	-1,411	0,159	-0,083	-0,077	0,128	7,789
(60-69)	-1,895	1,505	-0,168	-1,259	0,209	-0,074	-0,069	0,168	5,959
(70-79)	-3,495	1,682	-0,223	-2,077	0,039	-0,121	-0,113	0,258	3,881
Medeni durumu (Bekar)	0,269	0,721	0,022	0,374	0,709	0,022	0,020	0,837	1,195
Eğitim durumu									
(İlkokul)	-0,478	0,771	-0,054	-0,621	0,535	-0,036	-0,034	0,390	2,562
(Ortaokul)	1,684	1,005	0,119	1,675	0,095	0,098	0,091	0,587	1,704
(Lise)	-0,132	0,966	-0,011	-0,136	0,892	-0,008	-0,007	0,491	2,039
(Üniversite)	0,065	1,165	0,005	0,056	0,956	0,003	0,003	0,397	2,522
(Lisansüstü)	-0,058	2,011	-0,002	-0,029	0,977	-0,002	-0,002	0,756	1,322
Çalışma durumu (Hayır)	1,631	0,902	0,135	1,808	0,072	0,106	0,099	0,535	1,870
Sosyal güvence durumu (Yok)	1,313	1,024	0,073	1,282	0,201	0,075	0,070	0,916	1,092
Kronik hastalık durumu (Hayır)	-0,018	0,552	-0,002	-0,032	0,975	-0,002	-0,002	0,900	1,111

F: 1,769; p=0,014; Bağımlı değişken: Duygusal durum alt boyutu puanı; *Standartlaştırılmış β değeri

Hastaların FACT-B Ölçeği Duygusal Durum alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları tablo 4.16'da verilmiştir. Duygusal durum alt boyut puanı ile bağımsız değişkenlerin etkisi linear regresyon analizi ile incelendiğinde kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=1,769; p=0,014). Duygusal durum alt boyut puanları 70-79 yaş arasında olan hastaların -3,495 puan daha az olduğu

belirlendi. Duygusal durum puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 4.16).

Tablo 4.17. FACT-B Ölçeği Faaliyet Durumu alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları

Özellikler	β	Standart hata	* β	t	p	Kısmi korelasyon	Normal korelasyon	Tolerans	VIF
Sabit değer	12,263	2,723		4,504	<0,001				
Toplam aylık gelir ortalaması	0,001	0,000	0,130	2,365	0,019	0,138	0,117	0,811	1,233
Klinik evre (Evre 2)	-0,773	0,970	-0,055	-0,797	0,426	-0,047	-0,039	0,513	1,949
(Evre 3)	-1,413	1,015	-0,094	-1,392	0,165	-0,081	-0,069	0,536	1,865
(Evre 4)	-4,593	1,103	-0,299	-4,164	<0,001	-0,238	-0,206	0,474	2,109
Tedaviye başlama zamanı (4-6 ay önce)	1,504	0,868	0,094	1,733	0,084	0,101	0,086	0,839	1,192
(7-9 ay önce)	2,419	1,348	0,098	1,794	0,074	0,105	0,089	0,819	1,221
(10-12 ay önce)	0,927	1,368	0,037	0,677	0,499	0,040	0,033	0,827	1,210
(13 ay önce ve üzeri)	3,277	1,027	0,172	3,189	0,002	0,184	0,158	0,842	1,188
Kronik hastalık durumu (Hayır)	0,358	0,747	0,025	0,479	0,632	0,028	0,024	0,900	1,111

F: 4,578; p<0,001; Bağımlı değişken: Faaliyet durumu alt boyutu puanı; *Standartlaştırılmış β değeri

Hastaların FACT-B Ölçeği Faaliyet Durumu alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları tablo 4.17’de verilmiştir. Faaliyet durumu alt boyut puanı üzerinde bağımsız değişkenlerin etkisi linear regresyon analizi ile incelendiğinde kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=4,578; p<0,001). Toplam aylık gelir ortalaması bir birim artığında faaliyet durumu puanı 0,001 puan artmaktadır. Faaliyet durumu alt boyut puanı hastalığın klinik evresi 4 olan hastalarda -4,593 puan daha düşük bulundu. Faaliyet durumu alt boyut puanı ile tedaviye başlama zamanı 13 ay önce ve üzeri olan hastaların 3,277 puan daha fazla olduğu görüldü. Faaliyet durumu puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 4.17).

Tablo 4.18. FACT-B Ölçeği Diğer Endişeler alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları

Özellikler	β	Standart hata	* β	t	p	Kısmi korelasyon	Normal korelasyon	Tolerans	VIF
Sabit değer	17,862	2,124		8,409	<0,001				
Yaş									
(30-39)	-1,831	1,648	-0,126	-1,111	0,268	-0,065	-0,061	0,238	4,208
(40-49)	-2,049	1,503	-0,202	-1,364	0,174	-0,080	-0,075	0,139	7,191
(50-59)	-3,119	1,529	-0,314	-2,039	0,042	-0,119	-0,112	0,128	7,789
(60-69)	-3,526	1,590	-0,299	-2,218	0,027	-0,129	-0,122	0,168	5,959
(70-79)	-4,096	1,777	-0,250	-2,305	0,022	-0,134	-0,127	0,258	3,881
Medeni durumu (Bekar)	-1,270	0,761	-0,101	-1,668	0,096	-0,097	-0,092	0,837	1,195
Eğitim durumu									
(İlkokul)	-0,244	0,814	-0,026	-0,300	0,765	-0,018	-0,017	0,390	2,562
(Ortaokul)	1,223	1,062	0,083	1,151	0,250	0,067	0,064	0,587	1,704
(Lise)	-0,011	1,021	-0,001	-0,011	0,991	-0,001	-0,001	0,491	2,039
(Üniversite)	-1,298	1,231	-0,092	-1,054	0,293	-0,062	-0,058	0,397	2,522
(Lisansüstü)	2,271	2,125	0,068	1,069	0,286	0,063	0,059	0,756	1,322
Çalışma durumu (Hayır)	-1,095	0,953	-0,087	-1,150	0,251	-0,067	-0,063	0,535	1,870
Sosyal güvence durumu (Yok)	-0,401	1,082	-0,021	-0,370	0,711	-0,022	-0,020	0,916	1,092
Toplam aylık gelir ortalaması	3,538	0,000	0,012	0,199	0,843	0,012	0,011	0,811	1,233
Hastalığın klinik evresi									
(Evre 2)	0,383	0,756	0,039	0,506	0,613	0,030	0,028	0,513	1,949
(Evre 3)	0,634	0,792	0,060	0,801	0,424	0,047	0,044	0,536	1,865
(Evre 4)	0,365	0,860	0,034	0,425	0,671	0,025	0,023	0,474	2,109

F: 1,552; p=0,048; Bağımlı değişken: Diğer endişeler alt boyutu puanı; *Standartlaştırılmış β değeri

Hastaların FACT-B Ölçeği Diğer Endişeler alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları tablo 4.18’de verilmiştir. Diğer endişeler alt boyut puanı ile bağımsız değişkenlerin etkisi linear regresyon analizi ile incelendiğinde kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=1,552; p=0,048). Diğer endişeler alt boyut puanı 50-59 yaş grubunda olan hastaların -3,119, 60-69 yaş grubunda olan hastaların -3,526 ve 70-79 yaş grubunda olan hastaların -4,096 puan daha az olduğu belirlendi. Diğer endişeler alt boyut puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 4.18).

Tablo 4.19. FACT-B Ölçeği toplam puanı regresyon analizi sonuçları

Özellikler	β	Standart hata	* β	t	p	Kısmi korelasyon	Normal korelasyon	Tolerans	VIF
Sabit değer	70,048	5,667		12,361	<0,001				
Yaş									
(30-39)	-4,069	4,397	-0,106	-0,925	0,356	-0,054	-0,052	0,238	4,208
(40-49)	-4,030	4,009	-0,150	-1,005	0,316	-0,059	-0,056	0,139	7,191
(50-59)	-6,976	4,080	-0,266	-1,710	0,088	-0,100	-0,095	0,128	7,789
(60-69)	-6,434	4,241	-0,206	-1,517	0,130	-0,089	-0,084	0,168	5,959
(70-79)	-5,915	4,741	-0,137	-1,248	0,213	-0,073	-0,069	0,258	3,881
Medeni durum (Bekar)	-2,293	2,032	-0,069	-1,129	0,260	-0,066	-0,063	0,837	1,195
Eğitim durumu (İlkokul)	1,250	2,173	0,051	0,575	0,565	0,034	0,032	0,390	2,562
(Ortaokul)	5,223	2,834	0,134	1,843	0,066	0,108	0,103	0,587	1,704
(Lise)	3,400	2,723	0,099	1,248	0,213	0,073	0,070	0,491	2,039
(Üniversite)	2,354	3,284	0,063	0,717	0,474	0,042	0,040	0,397	2,522
(Lisansüstü)	5,145	5,668	0,058	0,908	0,365	0,053	0,051	0,756	1,322
Çalışma durumu (Hayır)	-0,050	2,541	-0,001	-0,020	0,984	-0,001	-0,001	0,535	1,870
Sosyal güvence durumu (Yok)	0,346	2,887	0,007	0,120	0,905	0,007	0,007	0,916	1,092
Toplam aylık gelir ortalaması	0,000	0,000	0,050	0,809	0,419	0,047	0,045	0,811	1,233
Klinik evre (Evre 2)	0,430	2,018	0,017	0,213	0,831	0,013	0,012	0,513	1,949
(Evre 3)	1,969	2,112	0,071	0,932	0,352	0,055	0,052	0,536	1,865
(Evre 4)	-0,812	2,296	-0,029	-0,354	0,724	-0,021	-0,020	0,474	2,109
Tedaviye başlama zamanı (4-6 ay önce)	3,846	1,806	0,129	2,130	0,034	0,124	0,119	0,839	1,192
(7-9 ay önce)	1,884	2,807	0,041	0,671	0,503	0,039	0,037	0,819	1,221
(10-12 ay önce)	-0,926	2,848	-0,020	-0,325	0,745	-0,019	-0,018	0,827	1,210
(13 ay ve üzeri)	1,023	2,139	0,029	0,478	0,633	0,028	0,027	0,842	1,188
Kronik hastalık durumu (Hayır)	-1,728	1,555	-0,065	-1,111	0,268	-0,065	-0,062	0,900	1,111

F: 1,634; p=0,044; Bağımlı değişken: FACT B Ölçeği toplam puanı; *Standartlaştırılmış β değeri

Hastaların FACT-B Ölçeği toplam puanı regresyon analizi sonuçları tablo 4.19'da verilmiştir. FACT-B Ölçeği toplam puanı üzerinde bağımsız değişkenlerin etkisi linear regresyon ile incelendiğinde kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı saptandı (F=1,634; p=0,044). FACT-B Ölçeği toplam puanı tedaviye başlama zamanı 4-6 ay önce olan hastaların 3,846 puan daha fazla olduğu belirlendi. FACT-B Ölçeği toplam puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 4.19).

Tablo 4.20. BUSÖ Çözüm Bulma ve Odaklanma alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları

Özellikler	β	Standart hata	* β	t	p	Kısmi korelasyon	Normal korelasyon	Tolerans	VIF
Sabit değer	23,759	2,191		10,843	<0,001				
Medeni durumu (Bekar)	1,792	0,785	0,120	2,281	0,023	0,133	0,109	0,837	1,195
Eğitim durumu (İlkokul)	1,409	0,840	0,129	1,677	0,095	0,098	0,080	0,390	2,562
(Ortaokul)	0,014	1,096	0,001	0,013	0,989	0,001	0,001	0,587	1,704
(Lise)	3,304	1,053	0,215	3,138	0,002	0,181	0,150	0,491	2,039
(Üniversite)	4,889	1,270	0,293	3,850	<0,001	0,221	0,185	0,397	2,522
(Lisansüstü)	4,764	2,192	0,120	2,174	0,031	0,127	0,104	0,756	1,322
Klinik evre (Evre 2)	-0,360	0,780	-0,031	-0,461	0,645	-0,027	-0,022	0,513	1,949
(Evre 3)	0,217	0,817	0,017	0,266	0,790	0,016	0,013	0,536	1,865
(Evre 4)	-2,474	0,888	-0,194	-2,788	0,006	-0,162	-0,134	0,474	2,109
Tedaviye başlama zamanı (4-6 ay önce)	1,197	0,698	0,090	1,714	0,088	0,100	0,082	0,839	1,192
(7-9 ay önce)	1,087	1,085	0,053	1,002	0,317	0,059	0,048	0,819	1,221
(10-12 ay önce)	1,065	1,101	0,051	0,967	0,334	0,057	0,046	0,827	1,210
(13 ay önce ve üzeri)	2,352	0,827	0,149	2,845	0,005	0,165	0,136	0,842	1,188

F: 5,573; p<0,001; Bağımlı değişken: Çözüm bulma ve odaklanma alt boyutu puanı; *Standartlaştırılmış β değeri

Hastaların BUSÖ Çözüm Bulma ve Odaklanma alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları tablo 4.20’de verilmiştir. Çözüm bulma ve odaklanma alt boyut puanı ile bağımsız değişkenlerin etkisi linear regresyon analizi ile incelendiğinde kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=5,573; p<0,001). Çözüm bulma ve odaklanma alt boyut puanı ile medeni durumu bekar olan hastaların 1,792 puan, eğitim durumu lise mezunu olan hastaların 3,304 puan, üniversite mezunu olan hastaların 4,889 puan, lisansüstü mezunu olan hastaların 4,764 puan daha fazla iken, hastalığın klinik evresi 4 olan hastaların -2,474 puan daha az, tedaviye başlama zamanı 13 ay önce ve üzeri olan hastaların 2,352 puan fazla olduğu belirlendi. Çözüm bulma ve odaklanma ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 4.20).

Tablo 4.21. BUSÖ Fiziksel ve Karara Bağlama alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları

Özellikler	β	Standart hata	* β	t	p	Kısmi korelasyon	Normal korelasyon	Tolerans	VIF
Sabit değer	37,367	2,339		15,973	<0,001				
Yaş									
(30-39)	1,240	1,815	0,074	0,683	0,495	0,040	0,036	0,238	4,208
(40-49)	0,185	1,655	0,016	0,112	0,911	0,007	0,006	0,139	7,191
(50-59)	-0,712	1,684	-0,062	-0,423	0,673	-0,025	-0,022	0,128	7,789
(60-69)	0,275	1,751	0,020	0,157	0,875	0,009	0,008	0,168	5,959
(70-79)	0,229	1,957	0,012	0,117	0,907	0,007	0,006	0,258	3,881
Medeni durumu (Bekar)	0,690	0,839	0,047	0,823	0,411	0,048	0,043	0,837	1,195
Eğitim durumu (İlkokul)	0,867	0,897	0,081	0,966	0,335	0,057	0,051	0,390	2,562
(Ortaokul)	-0,531	1,170	-0,031	-0,454	0,650	-0,027	-0,024	0,587	1,704
(Lise)	2,200	1,124	0,147	1,957	0,051	0,114	0,103	0,491	2,039
(Üniversite)	2,270	1,356	0,140	1,674	0,095	0,098	0,088	0,397	2,522
(Lisansüstü)	4,238	2,340	0,109	1,811	0,071	0,106	0,095	0,756	1,322
Çalışma durumu (Hayır)	-1,235	1,049	-0,085	-1,178	0,240	-0,069	-0,062	0,535	1,870
Sosyal güvence durumu (Yok)	-0,755	1,192	-0,035	-0,634	0,527	-0,037	-0,033	0,916	1,092
Toplam aylık gelir ortalaması	0,0002	0,000	0,099	1,695	0,091	0,099	0,089	0,811	1,233
Klinik evre (Evre 2)	-0,997	0,833	-0,088	-1,196	0,233	-0,070	-0,063	0,513	1,949
(Evre 3)	-0,239	0,872	-0,020	-0,274	0,784	-0,016	-0,014	0,536	1,865
(Evre 4)	-2,125	0,948	-0,171	-2,242	0,026	-0,131	-0,118	0,474	2,109

F: 2,801; p<0,001; Bağımlı değişken: Fiziksel ve karar bağlama alt boyutu puanı; *Standartlaştırılmış β değeri

Hastaların BUSÖ Fiziksel ve Karara Bağlama alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları tablo 4.21’de verilmiştir. Fiziksel ve karara bağlama alt boyut puanı ile bağımsız değişkenlerin etkisi linear regresyon analizi ile incelendiğinde kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=2,801; p<0,001). Hastalığın klinik evresi 4 olan hastaların -2,125 puan daha az aldığı belirlendi. Fiziksel ve karara bağlama alt boyut puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 4.21).

Tablo 4.22. BUSÖ Dikkat Süreci alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları

Özellikler	β	Standart hata	* β	t	p	Kısmi korelasyon	Normal korelasyon	Tolerans	VIF
Sabit değer	16,746	2,018		8,299	<0,001				
Medeni durumu (Bekar)	1,665	0,723	0,122	2,302	0,022	0,134	0,111	0,837	1,195
Eğitim durumu (İlkokul)	1,593	0,774	0,159	2,059	0,040	0,120	0,100	0,390	2,562
(Ortaokul)	0,996	1,009	0,062	0,987	0,325	0,058	0,048	0,587	1,704
(Lise)	4,225	0,970	0,301	4,358	<0,001	0,248	0,211	0,491	2,039
(Üniversite)	4,846	1,169	0,318	4,144	<0,001	0,236	0,201	0,397	2,522
(Lisansüstü)	4,437	2,018	0,122	2,199	0,029	0,128	0,106	0,756	1,322
Çalışma durumu (Hayır)	0,260	0,905	0,019	0,287	0,774	0,017	0,014	0,535	1,870
Sosyal güvence durumu (Yok)	-1,010	1,028	-0,050	-0,982	0,327	-0,058	-0,048	0,916	1,092
Toplam aylık gelir ortalaması	0,0002	0,000	0,090	1,667	0,097	0,097	0,081	0,811	1,233
Klinik evre (Evre 2)	-0,025	0,719	-0,002	-0,035	0,972	-0,002	-0,002	0,513	1,949
(Evre 3)	0,157	0,752	0,014	0,209	0,834	0,012	0,010	0,536	1,865
(Evre 4)	-1,613	0,817	-0,139	-1,974	0,049	-0,115	-0,095	0,474	2,109
Tedaviye başlama zamanı (4-6 ay önce)	0,453	0,643	0,037	0,704	0,482	0,041	0,034	0,839	1,192
(7-9 ay önce)	0,523	0,999	0,028	0,523	0,601	0,031	0,025	0,819	1,221
(10-12 ay önce)	0,410	1,014	0,022	0,405	0,686	0,024	0,020	0,827	1,210
(13 ay önce ve üzeri)	2,379	0,761	0,165	3,125	0,002	0,180	0,151	0,842	1,188

F: 5,276; p<0,001; Bağımlı değişken: Dikkat süreci alt boyutu puanı; *Standartlaştırılmış β değeri

Hastaların BUSÖ Dikkat Süreci alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları tablo 4.22'de verilmiştir. Dikkat süreci alt boyut puanı üzerinde bağımsız değişkenlerin etkisi linear regresyon analizi ile incelendiğinde kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=5,276; p<0,001). Dikkat süreci alt boyut puanı ile medeni durumu bekar olan hastaların 1,665 puan, eğitim durumu ilkokul mezunu olan hastaların 1,593 puan, lise mezunu olan hastaların 4,225 puan, üniversite mezunu olan hastaların 4,846 puan, lisansüstü mezunu olan hastaların 4,437 puan daha fazla iken, hastalığın klinik evresi 4 olan hastaların -1,613 puan daha az, tedaviye başlama zamanı 13 ay önce ve üzeri olan hastaların 2,379 puan daha fazla olduğu belirlendi.

Dikkat süreci alt boyut puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 4.22).

Tablo 4.23. BUSÖ Sistematize Etme Süreci alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları

Özellikler	β	Standart hata	* β	t	P	Kısmi korelasyon	Normal korelasyon	Tolerans	VIF
Sabit değer	11,648	1,719		6,776	<0,001				
Medeni durumu (Bekar)	1,442	0,616	0,124	2,341	0,020	0,136	0,113	0,837	1,195
Eğitim durumu (İlkokul)	1,651	0,659	0,194	2,505	0,013	0,146	0,121	0,390	2,562
(Ortaokul)	0,555	0,860	0,041	0,646	0,519	0,038	0,031	0,587	1,704
(Lise)	3,901	0,826	0,326	4,723	<0,001	0,267	0,228	0,491	2,039
(Üniversite)	3,975	0,996	0,306	3,990	<0,001	0,228	0,193	0,397	2,522
(Lisansüstü)	5,230	1,719	0,169	3,042	0,003	0,176	0,147	0,756	1,322
Klinik evre (Evre 2)	-0,465	0,612	-0,051	-0,760	0,448	-0,045	-0,037	0,513	1,949
(Evre 3)	-0,104	0,641	-0,011	-0,162	0,871	-0,010	-0,008	0,536	1,865
(Evre 4)	-1,766	0,696	-0,178	-2,536	0,012	-0,147	-0,123	0,474	2,109
Tedaviye başlama zamanı (4-6 ay önce)	0,446	0,548	0,043	0,814	0,416	0,048	0,039	0,839	1,192
(7-9 ay önce)	1,099	0,851	0,069	1,291	0,198	0,076	0,062	0,819	1,221
(10-12 ay önce)	0,095	0,864	0,006	0,110	0,913	0,006	0,005	0,827	1,210
(13 ay önce ve üzeri)	1,888	0,649	0,153	2,911	0,004	0,169	0,141	0,842	1,188

F: 5,300; p<0,001; Bağımlı değişken: Sistematize etme süreci alt boyutu puanı; *Standartlaştırılmış β değeri

Hastaların BUSÖ Sistematize Etme Süreci alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları tablo 4.23’de verilmiştir. Sistematize etme süreci alt boyut puanı üzerinde bağımsız değişkenlerin etkisi linear regresyon analizi ile incelendiğinde kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=5,300; p<0,001). Sistematize etme süreci alt boyut puanı ile medeni durumu bekar olan hastaların 1,442 puan, eğitim durumu ilkokul mezunu olan hastaların 1,651 puan, lise mezunu olan hastaların 3,901 puan, üniversite mezunu olan hastaların 3,975 puan, lisansüstü mezunu olan hastaların 5,230 puan daha fazla iken, hastalığın klinik evresi 4 olan hastaların -1,766 puan daha az, tedaviye başlama zamanı 13 ay önce ve üzeri olan hastaların 1,888 puan daha fazla olduğu saptandı. Sistematize etme süreci alt boyut puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 4.23).

Tablo 4.24. BUSÖ Öğrenme ve İlişki Kurma alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları

Özellikler	β	Standart hata	* β	t	P	Kısmi korelasyon	Normal korelasyon	Tolerans	VIF
Sabit değer	18,160	2,159		8,412	<0,001				
Medeni durumu (Bekar)	1,856	0,774	0,128	2,399	0,017	0,139	0,117	0,837	1,195
Eğitim durumu (İlkokul)	1,854	0,828	0,175	2,240	0,026	0,130	0,109	0,390	2,562
(Ortaokul)	0,013	1,080	0,001	0,012	0,990	0,001	0,001	0,587	1,704
(Lise)	3,127	1,038	0,210	3,014	0,003	0,174	0,147	0,491	2,039
(Üniversite)	4,294	1,251	0,266	3,431	0,001	0,198	0,168	0,397	2,522
(Lisansüstü)	4,050	2,159	0,105	1,876	0,062	0,109	0,092	0,756	1,322
Klinik evre									
(Evre 2)	0,137	0,769	0,012	0,178	0,859	0,010	0,009	0,513	1,949
(Evre 3)	0,276	0,805	0,023	0,343	0,732	0,020	0,017	0,536	1,865
(Evre 4)	-2,206	0,875	-0,179	-2,522	0,012	-0,146	-0,123	0,474	2,109
Tedaviye başlama zamanı (4-6 ay önce)	0,575	0,688	0,045	0,836	0,404	0,049	0,041	0,839	1,192
(7-9 ay önce)	1,311	1,069	0,066	1,226	0,221	0,072	0,060	0,819	1,221
(10-12 ay önce)	1,083	1,085	0,054	0,998	0,319	0,059	0,049	0,827	1,210
(13 ay önce ve üzeri)	2,391	0,815	0,156	2,935	0,004	0,170	0,143	0,842	1,188

F: 4,974; p<0,001; Bağımlı değişken: Öğrenme ve ilişki kurma alt boyutu puanı; *Standartlaştırılmış β değeri

Hastaların BUSÖ Öğrenme ve İlişki Kurma alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları tablo 4.24’de verilmiştir. Öğrenme ve ilişki kurma alt boyut puanı üzerinde bağımsız değişkenlerin etkisi linear regresyon analizi ile incelendiğinde kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=4,974; p<0,001). Öğrenme ve ilişki kurma alt boyut puanı ile medeni durumu bekar olan hastaların 1,856 puan, eğitim durumu ilkokul mezunu olan hastaların 1,854 puan, lise mezunu olan hastaların 3,127 puan, üniversite mezunu olan hastaların 4,294 puan daha fazla, hastalığın klinik evresi 4 olan hastaların -2,206 puan daha az, tedaviye başlama zamanı 13 ay önce ve üzeri olan hastaların 2,391 puan daha fazla olduğu belirlendi. Öğrenme ve ilişki kurma alt boyut puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 4.24).

Tablo 4.25 BUSÖ toplam puanı regresyon analizi sonuçları

Özellikler	β	Standart hata	* β	t	P	Kısmi korelasyon	Normal korelasyon	Tolerans	VIF
Sabit değer	107,679	8,861		12,152	<0,001				
Medeni durumu (Bekar)	7,446	3,177	0,122	2,344	0,020	0,136	0,111	0,837	1,195
Eğitim durumu (İlkokul)	7,374	3,397	0,165	2,171	0,031	0,126	0,103	0,390	2,562
(Ortaokul)	1,048	4,431	0,015	0,236	0,813	0,014	0,011	0,587	1,704
(Lise)	16,757	4,258	0,266	3,935	<0,001	0,225	0,187	0,491	2,039
(Üniversite)	20,274	5,136	0,297	3,948	<0,001	0,226	0,187	0,397	2,522
(Lisansüstü)	22,719	8,863	0,140	2,563	0,011	0,149	0,122	0,756	1,322
Çalışma durumu (Hayır)	-0,499	3,974	-0,008	-0,126	0,900	-0,007	-0,006	0,535	1,870
Klinik evre (Evre 2)	-1,710	3,156	-0,036	-0,542	0,588	-0,032	-0,026	0,513	1,949
(Evre 3)	0,308	3,303	0,006	0,093	0,926	0,005	0,004	0,536	1,865
(Evre 4)	-10,184	3,590	-0,195	-2,837	0,005	-0,164	-0,135	0,474	2,109
Tedaviye başlama zamanı (4-6 ay önce)	1,617	2,824	0,030	0,572	0,567	0,034	0,027	0,839	1,192
(7-9 ay önce)	3,588	4,388	0,043	0,818	0,414	0,048	0,039	0,819	1,221
(10-12 ay önce)	2,183	4,453	0,026	0,490	0,624	0,029	0,023	0,827	1,210
(13 ay önce ve üzeri)	9,763	3,344	0,151	2,919	0,004	0,169	0,138	0,842	1,188

F: 5,948; p<0,001; Bağımlı değişken: Baş etme ve Uyum Süreci Ölçeği toplam puanı; *Standartlaştırılmış β değeri

Hastaların BUSÖ toplam puanı regresyon analizi sonuçları tablo 4.25’de verilmiştir. Baş etme ve Uyum Süreci Ölçeği toplam puanı üzerinde bağımsız değişkenlerin etkisi linear regresyon analizi ile incelendiğinde kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=5,948; p<0,001). Baş etme ve uyum süreci ölçeği toplam puanı ile medeni durumu bekar olan hastaların 7,446 puan, eğitim durumu ilkokul mezunu olan hastaların 7,374 puan; lise mezunu olan hastaların 16,757 puan; üniversite mezunu olan hastaların 20,274 puan; lisansüstü mezunu olan hastaların 22,719 puan fazla iken, hastalığın klinik evresi 4 olan hastaların -10,184 puan daha az ve tedaviye başlama zamanı 13 ay ve üzeri olan hastaların 9,763 puan daha fazla olduğu belirlendi. Baş etme ve uyum süreci ölçeği toplam puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak bir farklılık saptanmadı (Tablo 4.25).

Tablo 4.26. Cepten yapılan harcama ile FACT-B ölçeği ve BUSÖ arasındaki ilişki

		CYH	
		r	p
FACT-B Ölçeği	Bedeni durum	0,052	0,355
	Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	0,084	0,132
	Duygusal Durum	0,091	0,102
	Faaliyet Durumu	0,049	0,378
	Diğer Endişeler	0,235	<0,001
	FACT-B Toplam	0,226	<0,001
BUSÖ	Çözüm Bulma ve Odaklanma	0,204	<0,001
	Fiziksel ve Karara Bağlama	0,146	0,009
	Dikkat Süreci	0,180	0,001
	Sistematize Etme Süreci	0,174	0,002
	Öğrenme ve İlişki Kurma	0,179	0,001
	BUSÖ Toplam	0,195	<0,001

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı

Hastaların cepten yapılan harcamalar ile FACT-B ölçeği ve BUSÖ arasındaki ilişki tablo 4.26'da verilmiştir. FACT-B ölçeği diğer endişeler alt boyut puanı ile ($p<0,001$; $r=0,235$), FACT- B toplam puanı ve CYH ($p<0,001$; $r=0,226$) arasında, BUSÖ alt boyut puanları; çözüm bulma ve odaklanma ($p<0,001$; $r=0,204$), fiziksel ve karara bağlama ($p=0,009$; $r=0,146$) dikkat süreci ($p=0,001$; $r=0,180$) sistematize etme süreci ($p=0,002$; $r=0,174$) öğrenme ve ilişki kurma süreci ($p=0,001$; $r=0,179$) ve BUSÖ toplam puanı ile CYH arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,195$).

Tablo 4.27. CYH ile FACT-B ölçeği ve BUSÖ için elde edilen regresyon analizi sonuçları

Bağımlı değişken	Bağımsız değişken	Katsayılar				ANOVA		R ²	Düzeltilmiş R ²
		Beta	S. hata	Standartlaştırılmış beta (%95 CI)	P	F	p		
Diğer Endişeler	Sabit	13,035	0,332	(12,383 - 13,687)	<0,001	30,893	<0,001	0,088	0,085
	CYH	0,001	<0,001	(0,001 - 0,001)	<0,001				
FACT-B Toplam	Sabit	65,035	0,876	(63,311 - 66,759)	<0,001	15,863	<0,001	0,047	0,044
	CYH	0,002	<0,001	(0,001 - 0,002)	<0,001				
Çözüm bulma ve odaklanma	Sabit	22,877	0,391	(22,107 - 23,646)	<0,001	22,641	<0,001	0,066	0,063
	CYH	0,001	<0,001	(0,001 - 0,001)	<0,001				
Fiziksel ve karara bağlama	Sabit	35,943	0,392	(35,172 - 36,714)	<0,001	4,060	0,045	0,013	0,009
	CYH	<0,0014	<0,001	0,112 (0 - 0,001)	0,045				
Dikkat süreci	Sabit	19,047	0,356	(18,347 - 19,746)	<0,001	19,662	<0,001	0,058	0,055
	CYH	0,001	<0,001	0,241 (0 - 0,001)	<0,001				
Sistematize etme süreci	Sabit	12,813	0,305	(12,213 - 13,412)	<0,001	18,398	<0,001	0,054	0,051
	CYH	0,001	<0,001	0,233 (0 - 0,001)	<0,001				
Öğrenme ve ilişki kurma	Sabit	17,770	0,381	(17,021 - 18,52)	<0,001	16,124	<0,001	0,048	0,045
	CYH	0,001	<0,001	0,219 (0 - 0,001)	<0,001				
BUSÖ toplam	Sabit	108,449	1,598	(105,306 - 111,593)	<0,001	19,544	<0,001	0,058	0,055
	CYH	0,003	0,001	(0,002 - 0,005)	<0,001				

Hastaların CYH ile FACT-B ölçeği ve BUSÖ için elde edilen regresyon analizi sonucu tablo 4.27’de verilmiştir. FACT-B ölçeği, Diğer Endişeler alt boyut puanı için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı elde edildi (F=30,893; p<0,001). CYH bir birim artığında Diğer Endişeler puanı 0,001 puan artmaktadır (p<0,001). FACT-B toplam puanı için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı elde edildi (F=15,863; p<0,001). CYH bir birim artığında FACT-B toplam puanı 0,002 artmaktadır (p<0,001). BUSÖ, çözüm bulma ve odaklanma alt boyut puanı için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı elde edildi (F=22,641; p<0,001). CYH bir birim artığında çözüm bulma ve odaklanma puanı 0,001 artmaktadır (p<0,001). BUSÖ, fiziksel ve karara bağlama alt boyut puanı için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı elde edildi (F=4,060; p=0,045). CYH bir birim artığında fiziksel ve karara bağlama puanı 0,0004 puan artmaktadır (p<0,001). BUSÖ, dikkat süreci puanı için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı elde edildi (F=19,662; p<0,001). CYH bir birim artığında dikkat süreci puanı 0,001 puan artmaktadır (p<0,001). BUSÖ, sistematize etme süreci puanı için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı elde edildi (F=18,398; p<0,001). CYH bir birim

artığında, sistematize etme süreci puanı 0,001 puan artmaktadır ($p<0,001$). BUSÖ, öğrenme ve ilişki kurma puanı için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı elde edildi ($F=16,124$; $p<0,001$). CYH bir birim artığında öğrenme ve ilişki kurma puanı 0,001 puan artmaktadır ($p<0,001$). BUSÖ toplam puanı için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı elde edildi ($F=19,544$; $p<0,001$). CYH bir birim artığında BUSÖ toplam puanı 0,003 puan artmaktadır ($p<0,001$) (Tablo 4.27).

4.2. Nitel Verilere İlişkin Bulgular

Tablo 4.28. Araştırmanın nitel bölümüne katılan hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerine ilişkin bulgular (n=27)

Özellikler	n	%	
Yaş	20-29 yaş	4	14,8
	30-39 yaş	4	14,8
	40-49 yaş	11	40,7
	50-59 yaş	7	25,9
	60-69 yaş	1	3,7
Medeni durum	Evli	21	77,8
	Bekar	6	22,2
Eğitim durumu	Okur yazar	2	7,4
	İlkokul	12	44,4
	Lise	7	25,9
	Üniversite	6	22,2
Meslek	Ev hanımı	15	55,6
	İşçi	3	11,1
	Memur	4	14,8
	Serbest	2	7,4
	Emekli	3	11,1
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	21	77,8
	Hayır	6	22,2
Çalışma durumu	Evet	10	37,0
	Hayır	17	63,0
Sosyal güvence durumu	Var	26	96,3
	Yok	1	3,7
Klinik evre	Evre I	7	25,9
	Evre II	7	25,9
	Evre III	13	48,1

Araştırmanın nitel bölümüne katılan hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerine ilişkin bulgular tablo 4.28’de verilmiştir. Hastaların, %40,7’sinin 40-49 yaş grubunda yer aldığı, %77,8’inin evli, %44,4’ünün ilkokul mezunu, %55,6’sının ev hanımı, %77,8’inin çocuk sahibi olduğu, %37,0’sinin çalıştığı %96,3’ünün sosyal güvencesinin bulunduğu, %48,1’inin hastalığın III. evresinde olduğu belirlendi (Tablo 4.28).

Tablo 4.29. Hastaların kemoterapi sürecinde yaşadıkları deneyimlere ilişkin temalar ve alt temalar

Temalar	Alt Temalar
Hastanın tanısını öğrendiğinde verdiği tepkiler	Şok ve üzüntü Ölüm korkusu Beden imajında bozulma endişesi Dini başa çıkma ve manevi yönetime başvurma
Aile ve çevrenin hastanın tanısına verdiği tepkiler	Üzüntü ve şaşkınlık Destek olma Teselli etme
Kanser tanısı sonrası hastanın yaşamında meydana gelen değişiklikler	Fiziksel değişiklikler Ruhsal değişiklikler Sosyal değişiklikler Ekonomik değişiklikler Ailevi değişiklikler
Hastalıkla başa çıkma mekanizmaları	Fiziksel destek mekanizmaları Psikolojik destek mekanizmaları Ekonomik destek mekanizmaları
Tedavi süresince cepten yapılan harcamalar	Tahlil ve tetkik farkı ödeme Özel muayene ve ameliyat ücreti ödeme Yumurta dondurma
Cepten yapılan harcamaların yaşam kalitesi ve hastalıkla başatma üzerine etkisi	Zorunlu ihtiyaçları karşılayamama Yaşam kalitesinin düşmesi
Hastalıkla başa çıkma ve uyum sürecinde yaşam kalitesini artırmaya yönelik faaliyetler	Durumu kabullenme Sosyal etkileşimi artırma Moralini yüksek tutma Günlük hayatını sürdürmeye çalışma
Cepten yapılan harcamaları önlemeye yönelik öneriler	Kronik hastalık maaşı bağlanması Tahlil-tetkik farkı alınmaması Tahlil ve tetkiklerin aynı gün yapılması

Hastaların kemoterapi sürecinde yaşadıkları deneyimlere ilişkin temalar ve alt temalar tablo 4.29’da verilmiştir. Hastalarla yapılan görüşmeler sonrasında, hastanın tanısını öğrendiğinde verdiği tepkiler, aile ve çevrenin hastanın tanısına verdiği tepkiler, kanser tanısı sonrası hastanın yaşamında meydana gelen değişiklikler, hastalıkla başa çıkma mekanizmaları, tedavi süresince cepten yapılan harcamalar, cepten yapılan harcamaların yaşam kalitesi ve hastalıkla başatma üzerine etkisi, hastalıkla başa çıkma ve uyum sürecinde yaşam kalitesini artırmaya yönelik faaliyetler, cepten yapılan harcamaları önlemeye yönelik öneriler olmak üzere sekiz tema ile 27 alt tema belirlenmiştir (Tablo 4.29).

Tema 1: Hastanın tanısını öğrendiğinde verdiği tepkiler

Katılımcıların büyük çoğunluğu meme kanseri tanısı aldıklarını ilk öğrendiklerinde, şok ve üzüntü, ölüm korkusu, beden imajında bozulma endişesi yaşadıklarını, dini başa çıkma yöntemlerinden yararlandıklarını, manevi yönelim düzeylerinin arttığını ifade etmişlerdir. Aynı zamanda ailelerine ve çevrelerine hastalıklarını söylemek konusunda tereddüt ettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların bu temaya ilişkin ifadeleri şöyledir:

“Bu duygu tarif edilemez. Şok oldum ama kötünün iyisi dedim.” (G4)

“Anlatılacak bir şey değil. O kadar kendimi kötü hissettim ki hıçkırma hıçkırma ağlamak istedim. Ama eşim ve oğlum yanımda olduğu için ağlayamadım” (G6)

“Çok üzüldüm. Ameliyat olacağım, hastaneden çıkamayacağım diye korktum. Ameliyat nedeniyle çok endişe duydum.” (G7)

“Dünyam yıkıldı, söyleyemem, kelimelere dökemem, öleceğim zannettim, çocuklarım ortada kalacak diye düşündüm.” (G18)

“Uyumam için ilaç verdiler ama uyuyamadım. Bu uykusuzluk durumum bir ay kadar sürdü.” (G26)

“Kendimi çok kötü hissettim, elimde olmadan bağırp, çağırdım. Düzelecek miyim? Acaba ilerleyecek mi? Sonum ne olacak? şeklinde kendi kendime sorular sordum. O anda insanın aklına çok şey geliyor. Korkuyorsun, panikliyorsun. Bazen yine düşünüyorum. Kendimi tutamıyorum, ağlıyorum.” (G27)

Doktor kemoterapi alabileceğimi söyledi. Saçlarımın dökülme ihtimalini düşündüğümde çok kötü oldum. Beni herhalde en çok etkileyen şey buydu. Kanserden ziyade kemoterapinin etkileri beni çok üzdü. Belime kadar saçlarım vardı. Hepsi döküldü. İnsan böyle şeyleri çok önemsiyor. Ne düşündüm biliyor musunuz? Bu ilaçlar bizi adetten kestiği için doğurganlığım etkilenir mi? diye düşündüm. Bu çok önemli bence. Doktor bana menopoza girebilirsin ve çocuğun olmayabilir dediğinde çok korktum.” (G1)

“Aileme ilk başta söylemedim. Aileme söyleyene kadar geçen sürede çok ağladım. Onlara söyledikten sonra çok rahatladım. Onlarla paylaşmak benim için çok önemliydi.” (G15)

“Üç gün boyunca ağladım. Çocuklarımın yüzüne bakmadım. Evden dışarı çıkmadım. Sonra kendime gelmeye çalıştım. Namaz kıldım. Kur’anımı aldım ve okudum. Gün geçtikçe bu duruma alışmaya başladım.” (G8)

“İlk önce şok geçirdim, sonra duruma alışmaya çalıştım. Allah’tan gelen bir şey olduğunu düşünmeye başladım. Takdiri ilahi dedim. Yoluma devam ettim, bu alnımın yazısı dedim” (G21)

“Derdi veren Allah şifayı da verir dedim.” (G23)

“Hastane ortamına girdiğim zaman sadece ben değilim, benim gibi bir çok hasta var dedim. O zaman kendimi biraz daha iyi hissettim. Hastalığa pozitif yaklaşmaya çalıştım.” (G17)

“Erken yaşta yakalandım dedim. Ama baktım ki genç, yaşlı herkes burada. O zaman rahatladım.” (G19)

“Ağladım, sızladım. Neden beni buldu? dedim. Sonra diğer hastaları görünce pişman oldum. Onlara baktığımda ben daha iyiyim dedim.” (G25)

Tema 2. Ailenin ve çevrenin hastanın tanısına verdiği tepkiler

Katılımcılar, ailelerine ve çevrelerine kanser tanısı aldıklarını söylediklerinde çok büyük üzüntü ve şaşkınlıkla karşılandığını, buna karşın aile ve yakın çevrelerinin onlara destek olmaya ve teselli etmeye çalıştıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların bu temaya ilişkin ifadeleri şöyledir:

“Ailem ve yakın çevrem ilk duyduğunda şok oldular. Doktor kanser olduğumu söylediğinde eşim ağlamaya başladı ve çok üzüldü. Böyle mi olacaktı? diye sormaya başladı.” (G2)

“Özellikle babam çok üzüldü ve gizli gizli ağlamaya başladı.” (G17)

“Ailem bana destek oldu ve moral verdi. Hiçbir şey yokmuş gibi davrandılar. Bu hastalığı sanki daha iyi bir hastalıkmiş gibi düşünmemi sağladılar.” (G6)

“Herkes sen güçlüsün yaparsın, başarırısın, iyileşeceksin diyerek destek oldular. Bu hastalığı grip gibi düşün dediler. Hiçkimse vah vah tüh tüh neden bu hastalık oldu şeklinde yorum yapmadı.” (G8)

“Ailem bu hastalığı çok önemsemi. Manevi yönden çok destek oldular.” (G15)

“Ailem bana ben aileme destek olduk. Aileme Rabbimden gelene yapacak bir şey yok dedim.” (G2)

“Ailemde sadece eşim ve kardeşim kanser olduğumu biliyor. Kanser tanısını aldığımda onlar benden daha kötü oldular. Şimdi herkes bana hasta değilmişim gibi davranıyor. Zamanla durumumu kabullendiler.” (G10)

“İlk zamanlar etkilendiler. Zamanla bu duruma alıştılar. Benim kafama takmadığımı görünce onlarda aldırış etmemeye çalıştılar.”(G21)

Tema 3. Kanser tanısı sonrası hastanın yaşamında meydana gelen değişiklikler

Katılımcılar kanser tanısı sonrası yaşamlarında fiziksel, ruhsal, sosyal, ekonomik ve ailevi değişiklikler meydana geldiğini belirtmişlerdir.

Fiziksel Değişiklikler

Katılımcılar cerrahi tedavi sonrası beden imajında değişiklik, kemoterapi tedavisi sonrası ise saç ve kirpiklerin dökülmesi, yorgunluk, halsizlik, ağrı, solgunluk gibi bir takım fiziksel değişiklikler meydana geldiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların bu temaya ilişkin ifadeleri şöyledir:

“İlk saçlarım dökülmeye başladı. Sonra saçlarımı traş ettirdim. Kemoterapi tedavisinin zorluğunun yanında saçlarımın dökülmesi hiçbir şeydi. Beni en çok kirpiklerimin dökülmesi etkiledi. Kemoterapi çok ağır ve çok zor bir tedavi.” (G1)

“Kaşım, saçım, kirpiğim döküldü. Aynaya bakmak istemedim. Peruğu kendime pek yakıştıramadım. Bu nedenle bandana taktım.” (G20)

“Mememin alınmasına çok üzüldüm. Aynaya baktığımda mememin olduğu yeri boş görmek beni çok üzdü. Bir göğsüm var bir göğsüm yok. Keşke doktor öbür göğsümü de alsaydı. En azından dümdüz görünürdü. Estetik olarak gözüme güzel görünmedi.” (G7)

“Duşa girdiğim de, kendime aynada baktığımda, yara izlerini görmek beni çok üzdü. Buruşukluk ve yanık izlerini görmemek için halen gözüm kapalı giyiniyorum. Eşime dahi göstermek istemiyorum. Kendimde eksiklik hissediyorum. Çok şükür iyileştim ama görsel olarak kendimi mutlu hissetmiyorum. Kıyafet bulmakta zorlanıyorum. Kıyafetin bir tarafı otursa diğer tarafı oturmuyor. Sinirlerim bozuluyor.” (G8)

“Göğsüm alındığında başlangıçta hiçbirşey hissetmedim. Sonradan aynaya baktığımda eksiklik hissetmeye başladım. Vücudumun çirkin bir görüntüsü vardı.”
(G14)

“Memem alındıktan sonra ruh halim değişti. Herşeyi kafama takmaya başladım.” (G23)

“Fiziksel yönden eskisi gibi değilim. Artık çabuk yoruluyorum ve ağrılarım var” (G3)

“Kemoterapi aldığım için ister istemez yüzümde bir renk değişikliği meydana geldi. Yüzümün rengi soldu.” (G13)

“Önceden yaptığım faaliyetleri yapamamaya başladım. Yorgunluk hissettiğim için kendimi toplumdan soyutladım.” (G16)

“Halsizlik yaşıyorum. Kemiklerimi güçsüz hissediyorum. Ayrıca tanıdıklara selam veriyorum ama yüzüm çok değiştiği için beni tanımıyorlar. Bu durum beni çok etkiliyor.” (G19)

“Mide bulantıları ve kusmalar beni çok etkiledi. En sevdiğim çayı içemedim. Canımın çektiği şeyleri yiyemedim. Hastalığı kabullenemedim. Mide bulantısı çok kötü bir şey. En çok yemek yiyemediğim için üzüldüm” (G1)

“Ayakta duramadım. Allah'ım bu durumu kimselere göstermesin diye hep dua ettim. On gün boyunca hiç yemek yemedim, tiksindim. Halen aldığım o ilacı görünce midem bulantıyor.

“Bu süreçte kafama her şeyi taktım. Sürekli ağladım. Acillere gittim, serum taktırdım. Kafamı kaldıramadım. Sürekli midem bulandı.” (G14)

“Halim olmadığı için 10-15 adım atıyorum, hemen yoruluyorum. Ondan sonra oturuyorum Evde işimi, yemeğimi yapıyorum, bulaşıklarımı yıkıyorum. Yakın yerlere gidebiliyorum, ama çok uzaklara gidemiyorum Aslında benim spor yapmam lazım ama çabuk yorulduğum için yapamıyorum.” (G7)

Ruhsal Değişiklikler

Katılımcılar kanser tanısı aldıktan sonra ruhsal çöküntü yaşadıklarını, bu nedenle bazı katılımcılar psikolojik destek almaya başladıklarını, ölüm korkusu yaşadıklarını, diğer aile bireyleri için endişe duyduklarını, daha hassas ve alıngan hale gemeye

başladıklarını, çabuk sinirlendiklerini, hastalığı kabullendiklerini, çevreden destek ve güç aldıklarını, olayları umursamadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların bu temaya ilişkin ifadeleri şöyledir:

“Psikolojim çok bozuldu. Hep öleceğim zannettim. Psikiyatrye gittim. Tedavi görmeye başladım ve şu anda çok daha rahatım” (G14)

“Ölecek miyim? diye düşünmeye başladım. Çok korktum ama umudumu kaybetmedim.” (G20)

“Kendimi çaresiz ve kötü hissettim. Ömrümün sonu böylemi olmalıydı? dedim. (G22)

“İlaç ve psikolojik destek aldım ve halen almaya devam ediyorum. Doktorlarım bana psikolojik destek almamın yararlı olacağını söyledi. (G27)

“İlk duyduğum zaman aklıma çocuklarım geldi. Bana birşey olursa çocuklarıma ne olacak ? kim bakacak dedim?” (G26)

“Çevrem eskisi gibi olmadığımı alıngan hale geldiğimi söylüyor. Bende bir problem mi var? diye kendimi zaman zaman sorguluyorum.” (G3)

“Ruhsal yönden çok hassas hale geldim. Çok çabuk duygulanıyorum. Üzüntü ve karamsarlık yaşıyorum...” (G4)

“Herşeye çabuk sinirleniyorsun. Agresif oluyorsun. İyide söyleseler sana batıyor. Çocuklar birşey dese alınıyorsun...” (G23)

“İlk başta kendimi kötü hissettim. Ama çalışmak bana iyi geldi. Arkadaşlarımda sağolsun bana hiç hasta değilmişim gibi davrandılar.” (G10)

“Ruhsal yönden iyi olmak için üç çocuğumdan ve torunumdan destek alıyorum.” (G12)

“Hastalığı hemen kabullendiğim için hiç bir sıkıntım olmadı. Hatta şimdi eskisinden daha mutlu olduğumu söyleyebilirim. Hiçbirşeyi kafama takmıyorum artık.” (G11)

“Çok sinirli bir insandım. Ama bu hastalık sonrasında dünya umurumda değil. Herşeye olumlu yönden bakmaya çalışıyorum.” (G18)

Sosyal Değişiklikler

Katılımcıların kanser tanısı aldıktan sonra, fiziksel görüntüleri ve çevrenin verdiği tepkiler nedeniyle utanç duyduklarını ve toplumdan kendilerini soyutladıklarını, yalnız olduklarını, aile ve yakın çevrelerine daha fazla bağlandıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların bu temaya ilişkin ifadeleri şöyledir:

“Sosyal yönden toplumdan uzaklaştım. Kendimi yalnız hissediyorum Yapmam gereken şeyleri yapamadım. Hastalığın bitmesini bekledim. Hastalık sürecini doğal seyrine bıraktım.” (G15)

“Kimseyle konuşmak, sohbet etmek ve gülmek istemedim.” (G26)

“Bağımsızlık sistemim tedaviden etkilendiği için doktor çok fazla insanla görüşmemi istemedi. O nedenle sosyal ortamlardan uzak durdum.” (G5)

“Dışarı çıkamadım. Geliş gidişleri kısıtladım. Gezmedim, tozmadım.” (G11)

“Arkadaşımın düğünü vardı. Gidiyorsun ancak insanlardan hemen kendini geri çekiyorsun. Kalabalık ortamda çok fazla kalamıyorsun. Doktor bana enfeksiyondan ve kalabalık ortamlardan uzak durmamı, mecbur olmadıkça bu ortamlara girmememi söyledi.” (G23)

“Maskeyle dolaşıyorsun. Sana şöyle bir bakıyorlar. Neden maske takıyorsun? diye soruyorlar. Bu tür sorular beni rahatsız ediyor.” (G23)

“Moralimi bozdukları için çoğu arkadaşım ile iletişimi kestim. Neden oldu? tüh tüh, vah, vah şeklinde konuşmaya çalışıyorlar.” (G25)

“Akrabalardan bana soğuk davrananlar oldu. Sarılınca bize geçer mi? diye sordular. Bu süreçte benimle konuşmadılar. Bu durum beni çok etkiledi. Halen aynı şekilde davranmaya devam edenler var. Bir yakınım elini yıkadın mı? diye soruyor. Bana sarılmak istemiyor. Bu duruma çok üzülüyorum. İnsanın morali bozuluyor.” (G25)

“Ben normalde çok gezen biri değilim. Bu hastalığı öğrenince daha sosyal oldum. Arkadaş çevrem değişti. Hayatımda bir çok şey değişti....” (G1)

“Arkadaşlarım daha fazla gelip gitmeye ve telefonla beni daha çok aramaya başladı. Benimle daha çok ilgilendiler. Arkadaşlarımla daha fazla kenetlendim. Sanki beni daha fazla sevmeye başladılar... Bana olan ilgileri arttı” (G7)

Ekonomik Değişiklikler

Katılımcıların çoğu maddi yönden olumsuz etkilendiklerini, işten ayrılmak zorunda kaldıklarını, harcamalarının arttığını, gelir oranlarının düştüğünü, çevreden borç ve yardım aldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların bu temaya ilişkin ifadeleri şöyledir:

“Çok para gitti. İlk ameliyat olduğum dönemde maddi anlamda çok zorlandım.” (G9)

“Organik beslenmeye çalıştığım için ekonomik yönden daha fazla masrafım oldu. Bu durum ailemi zorladı.” (G10)

“Ekonomik yönden hiç sormayın. Çok uzaktan geldiğimiz için maddi açıdan çok sıkıntı çektik.” (G18)

“Tedavi nedeniyle işime ara verdim. İster istemez maddi olarak etkilendim” (G1)

“Heyet raporu aldığım için ek ders alamadım. Sadece maaşımı aldım.” (G13)

“Çevremdekiler ve komşular yardımcı oldu. Çok para yardımı yapan oldu. Allah razı olsun, haklarını yiyemem, destek oldular. Eğer yardım etmeselerdi işim çok zor olurdu.” (G2)

“Ben çalışıyordum, eşim çalışmıyordu. Oğlum askerdeydi. Ailemden ve çevremden çok yardımcı oldular.” (G23)

“Ekonomik yönden çok etkilendik. Çevremden yardım almak zorunda kaldım.” (G25)

“Arabamız yok, ulaşım zor, komşulardan araba aldık. Bazen arabayı veriyorlar bazen vermiyorlar. İstediklerimiz zamanda alamıyoruz.” (G26)

“Uzaktan geliyorum, yol parası veriyorum. Halen bu konuda sıkıntı çekiyorum. İki tane çocuk okutuyorum. Tek memur maaşıyla bu işler çok zor oluyor. Şu anda benim 25-30 milyar borcum var. Ondan bundan borç alıyorum ama yetiştiremiyorum.” (G27)

“Çarşamba'dan geldiğim için her seferinde 150 TL yol parası ödüyorum.” (G8)

“Hastalığım nedeniyle köye gidip geliyorum. Bu nedenle, dolmuş parası çok tutuyor.” (G9)

“Amasya’dan gidip geliyorum. Yol parası çok ödüyorum.” (G12)

“Yol parası, yemek parası, her geliş, gidişimiz 500 TL’ye mal oluyor. Haftada bir geliyorum. Ayda dört kez gelmek ne demek siz düşünün.” (G25)

Ailevi Değişiklikler

Katılımcılar ailelerinin kendilerine destek olduğunu, birbirlerine daha fazla bağlandıklarını, bazen ailenin ilgisinin aşırı olmasının onları negatif etklediğini belirtmişlerdir. Katılımcıların bu temaya ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Aile bireyleri olarak birbirimize daha çok bağlandık. Ablam bu süreçte benim için izin aldı. Beni bu durumda yalnız bırakmak istemedi.” (G13)

“Ben iyiyim mutluyum. Ama onlar ben kanserim diye fazla üstüme düşüyorlar. Bana öleceğimi hissettiriyorlar.” (G1)

“Ailem çok üzülmediği için sürekli aynı konular konuşuluyor. Bu nedenle bu ara onlarla görüşmek istemiyorum.” (G8)

“Çocukların bana karşı tutumları değişti, psikolojileri bozuldu, daha yaramaz oldular. Streslerini dışa çok yansıtıyorlar.” (G15)

“Benim hiç çocuğum olmadı. Yuvadan aldığım bir çocuğum var. Her gün ağlıyor. Sana bir şey olursa ben ne yaparım? diyor. Bana bir şey olacak diye aklı gidiyor.” (G19)

“Bu duruma özellikle çocuklarım çok üzüldü. Bu süreçte çok yıprandılar. Beni üzülmeyin diye başlarına birşey gelse dahi hiçbir şey anlatmadılar. Annem duymasın, üzülmeyin diyorlar. Birisi öldüğünde ya da hasta olduğunda beni üzülmeyin diye söylemiyorlar.” (G26)

Tema 4. Hastalıkla Başa Çıkma Mekanizmaları

Fiziksel Destek Mekanizmaları

Katılımcılar bazıları hastalıkla başa çıkabilmek için yürüyüş yaptıklarını, yeterli ve dengeli beslenmeye özen gösterdiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların bu temaya ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Fiziksel aktivite yapmaya, yürümeye çalışıyorum.” (G3)

“Aslında normal hayatımda çok değişiklik yapmadım. Beslenmeme dikkat ediyorum.” (G5)

“Fiziksel olarak hiçbir şey yapamadım. Gıdama dikkat ettim. Sağlıklı beslenmeye çalışıyorum.” (G15)

Psikolojik Destek Mekanizmaları

Katılımcılardan bazıları psikiyatriste gittiklerini, psikolojik destek aldıklarını, ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların bu temaya ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Lustral diye bir ilaç var onu kullanıyorum. Artık bu sürece alıştım. Hastalıkla yaşamayı öğrendim. Kanser oldum diye üzülmiyorum.” (G7)

“Psikolojik olarak destek aldım ve hala almaya devam ediyorum. İlaç kullanıyorum” (G14)

“Ben panik atak hastasıyım. Bu nedenle cipraleks kullanıyorum. İlacıma tedavi boyunca devam ettim. Doktora kontrole gittiğimde bana ilacı bırakma dedi.” (G17)

“Zaten hastalığım ile ilgili ilaç kullanıyorum. Ayrıcı psikiyatrik ilaç kullanmak istemedim. Eşim benim psikiyatriste gitmemi önerdi. Ben gitmedim.” (G6)

“Son zamanlarda psikiyatriye gitmeyi düşünüyorum ama ilaçta kullanmak istemiyorum. Eğer gidersem bana ilaç verir diye korkuyorum. Psikiyatri ilaçları ağır oluyor. Ben zaten hastaneden ve ilaçlardan nefret ediyorum. Birinin beni karşısına alıp konuşmasını istiyorum.” (G9)

“Eşim ve çocuklarım bana çok destek oldu. Hatta saçlarım döküldüğünde eşim ve çocuklarımda saçlarını sıfıra vurdurup bana destek olmak istediler. Ama ben izin vermedim.” (G6)

“Çevremde destek veren çok oldu. Bunalma, daralma geçecek bunlar dediler. Ama bunlar insanın elinde olan şeyler değil. Sevdiğim ve bana dua edenler insanlar var. Bana güzel şeyler söylediklerinde mutlu ve huzurlu oluyorum. Çevremde, doktorunda bana çok desteği oldu. Ama en çok eşimin desteği oldu. Bu süreci onun sayesinde atlattım.” (G27)

“Psikolojik olarak destek almadım. Bol bol Kuran okudum. Namaz kıldım. Bu süreçte inançlı olmak çok önemli.” (G1)

“Psikolojik olarak tevekkül ettim. Hastaneye geldiğim zaman benden çok daha küçük olanları gördüm. Allah'a şükrediyorum. Doktorlara güveniyorum. Onlar ne derse uygulamaya çalışıyorum.” (G4)

Ekonomik Destek Mekanizmaları

Katılımcıların büyük çoğunluğu hastalığın tanı ve tedavi sürecinde ekonomik yönden zorlandıklarını, yakın çevre ve ailelerinden borç aldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların bu temaya ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Kendim çalışmadığım için bütün masraflarımı ailem karşıladı. Ailem çok destek oldu. Peki ailesi olmayan ne yapsın?.” (G1)

“Maddi olarak yardım aldım. Herkes yardım etmeye çalıştı. Yiyecek konusunda insanlar bir şeyler yapmaya çalıştılar. Çok sevdiğim arkadaşlarımın destek oldular” (G2)

“Kızımdan, oğlumdan yardım istiyorum. Mesela sigortam bitince onlardan yararlanabiliyordum. Bu nedenle onlardan yardım isteyeceğim.” (G8)

“Amcam ekonomik yönden yardım etti. Polen, bal parayla alınıyor. Aynı zamanda ev kredisi ödüyorum. Çevrem sağolsun yardım etti. Ben çalışırken zor durumdaki insanlar için koli hazırlardık. Şimdi o koliyi komşularım ve arkadaşlarım bana hazırladılar.” (G23)

“Paramız yetmediği için akrabalarından borç aldık” (G21)

“Bu süreçte ekonomik destek görmedik. Çevremizden, komşularımızdan borç aldık.” (G26)

“Ekonomik olarak hiç kimseden yardım almadık. Kendi ayağımızın üstünde durmaya çalıştık.. Maddi anlamda zorlandığımız zamanlarda bankadan kredi çektik. Eşimin akrabalarından 5.5 milyar borç aldık. Şimdi onları taksitle ödemeye çalışıyoruz.” (G27)

Tema 5. Tedavi Süresince Cepten Yapılan Harcamalar

Katılımcılar sağlık sisteminin karşıladığı harcamalar dışında, tıbbi tahlil farkları, özel muayene ve ameliyat ücretleri başta olmak üzere cepten bir çok harcama yaptıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların bu temaya ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Mesela mamografi çektireceğim, ileri bir tarihe gün veriyorlar. 105 lira fark verdim ve hemen çektirdim. Bunlar hep parayla yaptırılıyor. Mamografiye kaç kere girdim?, unuttum. Bütün tahlilleri paralı yaptırıldı” (G2)

“Genelde yaptığımız sağlık harcamalarını sağlık sigortası karşılıyor. Ama bazı MR, tahlil gibi şeyleri erken yaptırmak için fark ödüyorum. Doktoruma her ay 135 lira muayene parası veriyorum.” (G8)

“Özel muayene ücretleri, MR, tomografi 350 lira tutuyor. Bunları her tedaviye veya kontrole gittiğinde sürekli veriyorsun” (G27)

“Kemoterapiden sonra menopoza girdim. Yumurtalarımı dondurdum. İğneler vurdurdum. Bu iğnelerin bir kutusu 400 lira. Ayrıca yıllık yumurtamı dondurmak için 1000 lira ücret ödüyorum.” (G1)

Tema 6. Cepten Yapılan Harcamaların Yaşam Kalitesi ve Hastalıkla Başetme Üzerine Etkisi

Katılımcıların büyük çoğunluğu cepten yaptıkları harcamaların, zorunlu ihtiyaçlarını karşılamalarını engellediğini yaşam kalitesi ile hastalıkla başetme düzeylerini etkilediğini bildirdiler. Katılımcıların bu temaya ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Mesela meyve almak istiyorum çok sevdiğim bir meyve ama alamıyorum. Onun yerine makarna, ıspanak gibi lazım olan şeyleri alayım diye düşünüyorum.” (G2)

“Çoğunlukla tedavime para harcadığım için yapmam gereken şeyleri yapamıyorum. Bazen canım birşey yemek çok istiyor ama alamıyorum. O para doktor parası diyorum. En küçük oğlum 13 yaşında okula gidecek onu düşünüyorum. Ev kalabalık, mutfak masrafları çok.....” (G8)

“Mecburen hayatımızdaki harcamalardan kısıtlama yaptık. Bu durum yaşam kalitemizi etkiledi. Mesela ayda iki kere yemeğe gidiyorsam bir kere gittim. Beğendiğim kıyafeti alamadım. Bu durum beni biraz üzdü..” (G10)

“Her şeyden kendini kısıtlıyorsun. Mesela kıyafet almak istiyorsun alamıyorsun. Çocuklar bir şey istiyor alamıyorsun sonra alırım diyorsun.....” (G14)

“Çocuklarıma istediklerini alamadım. Onlara ne olur ne olmaz harçlığınızın bir kısmını cebinizde bırakın. Ekmek alacak paramız olsun dedim. Gezmeye gitmek istiyorum, gidemiyorum, param yok. Dondurma yemek istiyorum çocuklarımla para

yok. Onlarla bir yerlere oturmak istiyorum para yok. Çünkü olan parayı tedaviye harcıyoruz. Bu olay en çok çocuklarımı etkiledi. Mesela kızım pantolon istiyor, şimdi olmaz diyorum.” (G23)

“Maddi anlamda çok sıkıntı çektim. Ama iyi tedavi gördüm. Param olmasaydı göremezdim. Param olmasaydı ne doktor bakardı, ne filmim çekilirdi. Doktora ücret vermeseydin belki kemoterapi bile başlamazdı. Bu durum hastalıkla başa çıkma sürecimi olumsuz etkiledi. Mendil, simit satmayı bile düşündüm. Para bulmalıyım dedim. Evde çocuklar var dedim. Bir şekilde Allah yardım etti. Bende çok param olsun isterim tabi ki. İstediyimi alayım, yiyeyim, içeyim. Ama ne yapabilirim? yok işte.” (G8)

Tema 7. Hastalıkla Başa Çıkma ve Uyum Sürecinde Yaşam Kalitesini Artırmaya Yönelik Faaliyetler

Katılımcılar hastalıkla başedebilmek ve yaşam kalitesini arttırabilmek için, durumu kabullenmeye çalıştıklarını, sosyal etkileşimlerini arttırdıklarını, morallerini yüksek tutmaya çalıştıklarını ve günlük hayatlarını sürdürmeye çalıştıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların bu temaya ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Konuştuğumuz kerkes bana moral verdi. Benden daha kötü hastalar gördüğümde halime şükrettim. Moralimi yüksek tuttum.” (G6)

“Bol bol arkadaşlarımla görüştim. Doğaya çıktım. Köy havasını çok seviyorum. Ev işi yaptım, sevdiğim insanlarla görüştim. Beni mutlu eden şeyleri yapmaya çalıştım.” (G8)

“Kendimi dışarı attım. Kendi kendimi telkin etmeye çalıştım. Aklıma gelen düşünceleri dağıtmaya çalıştım. Kafamı dağıtmak için dışarı çıkıyorum, geziyorum, alışveriş yapıyorum, sonra eve geliyorum.” (G20)

“Kendi kendime yaşamam lazım diyorum. Evde müzik dinliyorum, oynuyorum, oyalanıyorum, gülmeye çalışıyorum, eşime moral veriyorum, çocuklara da moral vermeye çalışıyorum. Bazen çok mutluyum, bazende çok mutsuz.” (G27)

“Sosyal hayatıma devam ettim, ailemle iletişimimi güçlü tuttum. İş hayatıma devam ettim. Sporumu yaptım. Yediklerime dikkat ettim, sosyal hayatımdan vazgeçmedim.” (G13)

Tema 8. Cepten Yapılan Harcamaları Önlemeye Yönelik Öneriler

Katılımcılar cepten yapılan harcamaları önlemek için kanser gibi kronik hastalığı olan bireylere maaş bağlanmasını, tahlil-tetkik farkları alınmamasını, tedavi merkezine gelip gitmek zor olduğu için tahlil-tetkiklerin aynı gün yapılmasını önermişlerdir. Katılımcıların bu temaya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“Uzaktan gelen hastalar çok zor durumda. Bankta ve etrafta yatıyorlar. Kalacak yerleri yok. Çok zor durumdalar. Tedavi için her gün gelip gidemiyorlar. Burada kalmak için ekonomik güçleri yok. Onlar için bir şeyler düşünülebilir.” (G10)

“Uzaktan gelen hastalar için yatılı misafirhaneler olması yararlı olur. Uzaktan radyoterapiye her gün gelen hastalar var. Keşke Samsun merkezdeki hastaları buraya getirmek için servis aracı olsa.” (G7)

“Her hastanın yanında bir refakatçisi olmuyor. Örneğin oğlum okuyordu, okulunu bıraktı beni buraya getirdi. Ayakta duramayan yaşlı hastalar var. Tedavi için zor gelip gidiyorlar. Onların yatarak tedavi görebilecekleri bir servis olmalı.” (G6)

“Ulaşım konusu sıkıntı. Ben buraya gelirken iki araba değiştiriyorum. Buraya gelene kadar başımız dönüyor. Eşimde benimle gelemiyor, işine gidiyor. Çünkü geldiği zaman para alamıyor, yani anlatması çok zor.....” (G14)

“Maddiyatı olmayan hastalar için çok zor. Ben Sinop’tan geliyorum. Bizler için servis ve dolmuş olsa çok iyi olur, çok rahat ederiz.” (G19)

“Devletin bazı konularda destek olması lazım. Mesela Giresun’da onkolog olmadığı için beni buraya sevk ettiler. Benim sevk parasını almam lazım, bana yol parası verilmeli. Gel git mağdur oluyoruz. Kardeşimin arabasıyla buraya geliyoruz. Arabası ve parası olan var olmayan var. Hastalar buraya nasıl gelsinler?.” (G23)

“Bizler çalışamayacağımız için engelli maaşı verilebilir. Sevk paraları, yol paraları verilebilir. Sosyal yardımlaşmadan yardım edilebilir.” (G14)

“Kanser tanısı konulduğunda, maddi gücü olmayanların belirlenmesi ve onlara devletin yardım etmesi lazım. Para olmadan hiçbirşey olmuyor. Bu hastalıkta cebinde paran olacak moralin düzgün olacak. Para yaşam tarzını, yediklerini, içtiklerini bile etkiliyor. Herşeyi organik alacaksın, vücudunun zayıf düşmemesi için iyi besleneceksin. Bu durumda gücü yetmeyenler ne yapsın, ne yesin?....” (G23)

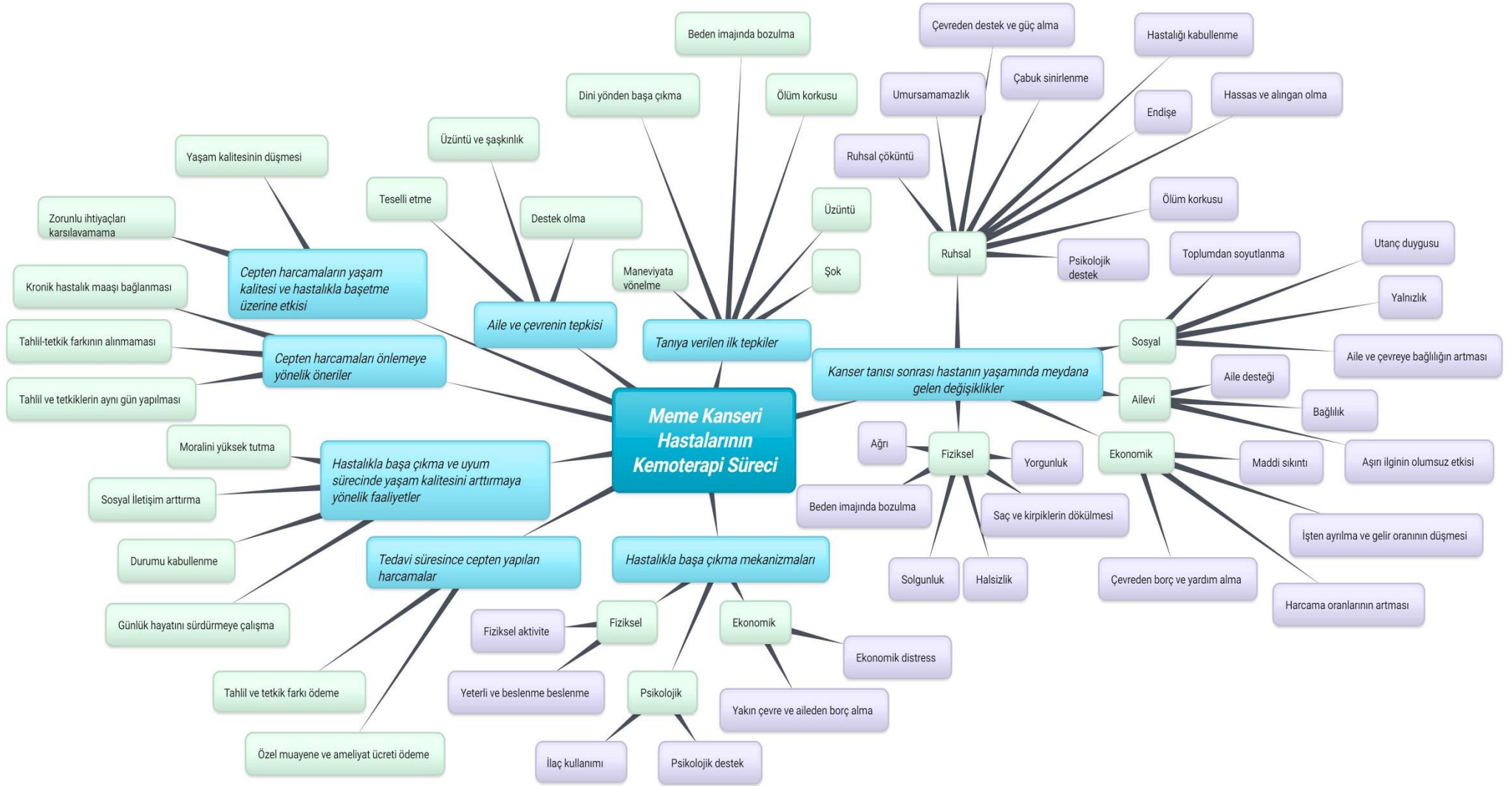
“Keşke bana hastalığım ile ilgili bir rapor verselerde para yardımı alabilsem. Ben zaten çalışmıyorum. Eşim 1500 TL maaş alıyor. Geri kalanıyla gelde geçin. En azından bakım maaşı alabilelim. Eşim ek iş yapmaya çalışıyor. Müşteri gelirse para alıyor, yoksa alamıyor. Evden birşey satsamda para alsam desem, oda yok. Elimde avucumda hiçbirşey yok....” (G27)

“Mesela PET çekimi için fiyat farkı ödeniyor Ben verebiliyorum ama bunu veremeyen hastalar var. Bu fiyat farklarının ortadan kaldırılması lazım. Vatandaş para vermesin.” (G7)

“MR, PET, tomografi sırasına aynı anda giriyoruz. On kişi sıradayız, sıra gelmiyor, sonra çıkıyoruz, bir bakıyoruz doktor gitmiş. Ertesi gün geliyoruz başka bir şey çıkıyor. Sürekli uzaktan gelmek zorunda kalıyoruz. Bir gidiyoruz 100 kişi sırada. Kimse nerden geldin? Sinop'tan mı? Bafra'dan mı? nerden geldin, nasıl gideceksin? diye sormuyor.” (G8)

“Uzaktan gelen hastalara, kemoterapinin verildiği günlerde, MR, ultrason, mamografi ve tıbbi tahlil randevularında öncelik verilebilir. Mümkün olduğunca uzaktan gelen hastaların işlemleri bir güne toplanabilir.” (G20)

“Bu hastalık tanısı konulduktan sonra insanlara bilgi verilmeli. İnsanlar ne yapacağını bilmiyor. Kemoterapi hastaları haftada bir yada 21 günde bir geliyor. Ama ışın tedavisi alan hastalar 30 gün boyunca her gün geliyor. Sevk parasının alınabileceğini birçok hasta bilmiyor. İnsanlar ne yiyip ne içeceğini gerçekten bilmiyor. Sonuçta kanser gibi bazı hastalıklarda hastanın belirli şeyleri yemesi gerekiyor.” (G5)



Şekil 4.1. Meme Kanseri Hastalarının Kemoterapi Süreci Kavram Haritası

5. TARTIŞMA

Meme kanseri erken tanı ve tedavisindeki bilimsel ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak, yaşam süresi uzamakta, sağlık harcamaları artmakta ve yaşam kalitesi önem kazanmaktadır. Bu doğrultuda tanı ve tedavi sırasında cepten yapılan harcamalar, hastaların yaşam kalitesi ile başa çıkma ve adaptasyon sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu çalışma, Samsun ilinde bir üniversite hastanesinin kemoterapi ünitesinde ayaktan tedavi gören meme kanseri hastalarının, cepten yaptığı harcamaların yaşam kalitesi ile başa çıkma ve adaptasyon sürecine etkisini belirlemek amacıyla nitel ve nicel araştırma tasarımının birlikte kullanılarak yorumlandığı ilk çalışmadır.

5.1. Nicel Verilere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, hastaların %56,2'sinin hastalık tanısını 0-6 ay önce aldığı ve %32,0'nının evre 2 olduğu belirlendi. Hastalığın klinik evresi ve kemoterapi tedavisi hem tıbbi hem de tıbbi olmayan harcamaları artırabilmektedir. Bu konudaki literatürde kansere ilişkin sağlık harcamalarının, hastanın yaşına, tanı alma zamanına ve klinik evresine göre farklılık gösterdiği, en fazla harcamanın evre 3' de yapıldığı (Kaye ve ark., 2018), hastalık tanısı sonrası bir yıl içinde cepten yapılan tıbbi harcamaların yaklaşık olarak 500 dolar, tıbbi olmayan harcamaların ise 200 dolar olduğu, hastalık tanısı sonrası 7-12. aylar arasında ise 462 dolar harcama yapıldığı bildirilmiştir (Pisu ve ark., 2010). Bununla birlikte kemoterapi tedavisi almayan hastalar ile karşılaştırıldığında, kemoterapi tedavisi alan hastaların 1,5 kat daha fazla harcama yaptıkları belirtilmektedir (Pisu ve ark., 2011; Pisu ve ark., 2017).

Bu çalışmada kemoterapi tedavisine bağlı olarak hastaların tamamının saç dökülmesi ve yorgunluk semptomu yaşadıkları belirlenmiştir. Araştırma bulgularına paralel bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da, hastaların en fazla yorgunluk, halsizlik ve enerji kaybı (Bestvina ve ark., 2014), saç dökülmesi, ağrı, uykusuzluk, bulantı ve iştahsızlık gibi fizyolojik semptomlar deneyimledikleri bildirilmiştir (Wang ve ark., 2019). Kemoterapide amaç hastanın sağkalım oranını arttırmak olmasına karşın, bu tedavi hastaların yaşam kalitesini etkileyerek birçok yan etkilere neden olabilmektedir (Temiz, 2016; Daldoul ve ark., 2018; Türk ve Yılmaz, 2018;). Özellikle ağrı, uykusuzluk, bulantı, iştahsızlık, saç dökülmesi ve yorgunluk hastaların yaşam

kalitesinin beden ve fonksiyonel alanını önemli derecede etkileyebilmektedir (Wang ve ark., 2019). Bu doğrultuda kanser bakım ve tedavisinde semptom yönetiminin oldukça büyük önem taşıdığı düşünülmektedir (Oh ve Cho, 2018).

Ailede bakıma ihtiyaç duyan birey sayısının artması, hasta ve yakınlarının bakım yükü ile yapılan harcamaları artırmakla birlikte, bu çalışmada hastaların %58,4'ünün ailesinde kanser tanısı alan başka bir birey olduğu, %20,8'inin ailesinde de engelli/bakıma muhtaç birey bulunduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak Patsou ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışmada da, araştırma kapsamındaki katılımcıların ailesinde kanser tanısı alan ve bakım desteğine ihtiyaç duyan katılımcı sayısının %57,9 olduğu bildirilmiştir. Ailede kanser tanısı alan birey bulunması günlük yaşam ve iş akışını etkilemekte, aile üyelerini uyum sağlamak zorunda oldukları yeni bir durumla karşı karşıya bırakmaktadır. Aynı zamanda kanser hastalığı ve tedavisinin uzun sürmesi, yaşamı tehdit edici bir özelliğe sahip olması, hastanın işine ve sosyal yaşamına dönememesi gibi faktörler aile içi rolleri etkileyebilmektedir (Tanrıverdi ve ark., 2016).

Bu çalışmada kemoterapi tedavisi nedeniyle hastaların %14,6'sının işini bırakmak zorunda kaldığı, aile bireylerinin %22,7'sinin çalışma yaşamlarının bu süreçten etkilendiği, %32,8'inin arkadaş ve akrabalarından yardım ve borç aldığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da, hastaların aile ve arkadaşlarından borç ve yardım aldıkları, harcamalarından kısıtlama yaptıkları, hobilerini azalttıkları (Bestvina ve ark., 2014) cepten yapılan harcamaları finanse etmek için gayrimenkul satışı yaptıkları belirtilmiştir (Mahal ve ark., 2013). Oneill ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışmada ise kanser hastalarının %70'ine ailesinin yardım ettiği, %52'sinin borç aldığı ve %49'unun birikimlerini harcadığı saptanmıştır.

Yaşanılan yerin tedavi merkezine uzaklığı yapılan harcamaları etkileyen önemli bir faktör olmakla birlikte, bu çalışmada hastaların %32'sinin yaşadığı yerleşim biriminin kemoterapi tedavi merkezine 101 km ve üzeri uzaklıkta olduğu saptanmıştır. Lauzier ve arkadaşları (2013), tedavi yapılan hastaneye uzaklığı 100 km olan hastaların, 50 km ve daha az uzaklıkta yaşayan hastalara göre 4,03 kat daha fazla harcama yaptıklarını belirlemişlerdir. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada da, uzaktan gelen hastaların cepten daha fazla harcama yaptığı (Newton ve ark., 2018), hastaların %68'inin gelirlerinin %40'dan fazlasını tıbbi harcamalara ayırdıkları bildirilmiştir (Oneill ve ark., 2015).

Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da, hastaların tedavi sürecinde cepten harcama yaptıkları; harcamaların ulaşım, yemek, konaklama, otopark ücreti ve yakıt ile ilgili olduğu bildirilmiştir (Pisu ve ark., 2010; Lauzier ve ark., 2013; Bestvina ve ark., 2014; O’Ceillechair ve ark., 2017; Liao ve ark., 2018; Newton ve ark., 2018). Bununla birlikte ulaşım için aylık cepten yapılan harcama miktarı Pisu ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında 509 dolar; O’Ceillechair ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise aylık 133 euro; O’neill ve arkadaşlarının (2015)’nin çalışmasında yemek, ulaşım, konaklama için yapılan harcama miktarı 259 dolar olarak belirlenmiştir.

Kanserden etkilenen hane halkı işgücü kaybının %2,4 ile %3,2 arasında değiştiği (Mahal ve ark., 2013), kanserli olmayan hastalarla karşılaştırıldığında, tedavinin yan etkileri nedeniyle kanser hastalarının yılda ortalama %22,3 oranında iş gücü kaybı yaşadığı vurgulanmıştır (Bestvina ve ark., 2014). Diğer yandan bu çalışmada hastaların %99,4’ünün tedavi sürecinde kendisi için, %98,7’nin yanındaki refakatçisi için cepten harcama yaptığı belirlenmiştir. Kemoterapi tedavisi sırasında hastaların ulaşım, yemek ve konaklama için kişi başı harcamalar ortalaması 98,6±77 TL; kemoterapi tedavisine eşlik eden refakatçinin ulaşım, yemek ve konaklama vb. giderleri için kişi başı harcamalar ortalaması 100,9± 108,9 TL; özel muayene için yapılan kişi başı harcamalar ortalaması 144,7±114,3 TL olarak saptanmıştır. Bununla birlikte kemoterapi tedavisi nedeniyle işini bırakanların aylık gelir kaybı ortalaması 1508 ± 1171,1 TL, aile üyelerinin işe gidememe/çalışmama durumlarına bağlı aylık gelir kaybı ortalaması 927,2 ± 805 TL olarak saptanmıştır.

Bu çalışmada hastaların cepten yaptığı harcamaların aylara göre farklılık gösterdiği, 1-3 ay arası tedavi gören hastaların yaptığı harcama miktarının diğer aylar arasında yapılan harcama miktarından düşük olduğu görülmektedir. Bununla birlikte aylık cepten yapılan harcamaların tedavinin ilk aylarında yüksek olduğu, ilk üç ay içinde yapılan harcamaların toplam harcamanın %25’ini oluşturduğu (You ve ark., 2019); çalışan hastaların çalışmayan hastalarla karşılaştırıldığında 179,88 euro daha fazla cepten harcama yaptığı saptanmıştır (O’Ceillechair ve ark., 2017). Kasahun ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında, tıbbi maliyetlerin 1978 dolar, tıbbi olmayan maliyetlerin 1394 dolar olduğu, tıbbi harcamaların toplam harcamaların önemli bir kısmını oluşturduğu (% 83,6), hastaların %69’unun mali yükü karşı karşıya kaldığı bildirilmektedir. Hindistan’da yapılan diğer bir çalışmada, cepten yapılan harcamaların kanser hastaları ve aile üyelerini tehdit ettiği, cepten yapılan harcamaların kanser

harcamalarının %75'inden fazlasını ve ailenin gelir kaybının %37'sini oluşturduğu saptanmıştır (Dinesh ve ark.,2020).

Kanserin mali yükünü değerlendirmek amacıyla, Kanada'nın Ontario eyaletinde yapılan bir çalışmada ise, 2005 yılında kanserin mali yükünün 2,9 milyar Kanada doları olduğu, bu maliyetin 2012 yılında 7,5 milyar Kanada dolarına yükseldiği, doğrudan sağlık bakım harcamalarının toplam maliyetin yaklaşık %40'ını oluşturduğu belirlenmiştir (Merollini ve ark., 2020). İtalya'da kanser kayıtlarının incelendiği diğer bir çalışmada da, toplam doğrudan tıbbi maliyetin hasta başına 10.970 euro, tanı için 414 euro, tedavi için 8.780 euro ve 2 yıllık izlem maliyetinin 2.351 euro olduğu belirlenmiştir (Heguet ve ark., 2019). Choi ve arkadaşlarının (2014) Güney Kore'de yaptığı bir çalışmada da, ailesinde kanserli birey bulunan ailelerin yaklaşık %40'ının kanser tedavisi nedeniyle aşırı harcama yaptığı ve tedavi süresine bağlı olarak ailenin mali yükünün arttığı saptanmıştır (Zhao ve ark., 2020). Özel bir sigorta veri tabanına dayanan bir çalışmada ise hastalığın ilk yılında hasta başı toplam 42.401 ABD doları harcama yapıldığı bildirilmiştir (Heguet ve ark., 2019).

ABD'de kansere dayalı harcamaların büyük bir kısmını meme kanseri tedavisine bağlı harcamalar oluşturmakta ve hastalık ilerledikçe tıbbi maliyetler artmaktadır. ABD'de bu konudaki verileri inceleyen bir araştırmada, meme kanseri tanısı alan bir hastanın yıllık tedavi maliyetinin 16.345 dolar, 85 yaş üstü hastalarda 19.493 dolar, 65-69 yaş arası hastalarda ise yaşam boyu tedavi maliyetinin 37.306 dolar olduğu bildirilmiştir (Tekin ve Saygılı, 2019). Kanser tanısı alan bireylerde kişi başı yıllık ortalama sağlık harcamasının, kanser olmayan bireyler için yapılan sağlık harcamasının 4 katı olduğu (Park ve Look, 2019), ileri yaş grubunda bulunan ve kemoterapi kür sayısı altıdan fazla olan bireylerde mali yükün arttığı (Kasahun ve ark., 2020) ve genç hastaların (≤ 50 yaş) daha fazla sağlık harcaması yaptığı saptanmıştır (Bates ve ark., 2020). Bununla birlikte bu konuda yapılan bir meta-analiz çalışmasında da, olumsuz sağlık koşulları ve azalan iş olanakları nedeniyle, sağlıklı insanlarla karşılaştırıldığında kanserli bireylerin işsizlik yaşama olasılığının 1,37 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Zhao ve ark., 2020).

Kanser hastaları, kanser olmayan hastalarla karşılaştırıldığında daha yüksek sağlık harcaması yapmakta ve daha fazla ekonomik yükü karşı karşıya kalmaktadır. Kanser hastalarının cepten yaptıkları harcamalar benzer olsa da, mali yükün hastaların gelirlerine, evrelerine ve kanserin türüne göre değişiklik gösterebildiği belirtilmektedir (Park ve Look, 2019). Aynı zamanda yıllık yapılan harcamalar (14,926 dolar)

doğrultusunda meme kanserinin üçüncü sırada yer aldığı bildirilmektedir (Park ve Look, 2019). Bununla birlikte en büyük doğrudan yada dolaylı toplam maliyetin tanıdan sonraki ilk 6 ay boyunca yüksek olduğu ve 18 ay içinde kademeli olarak azaldığı belirtilmektedir (Bates ve ark., 2020). Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada hastaların yaklaşık yarısının aylık gelirinin ayda 1,900 eurodan fazla olduğu ve yıllık 614 euro cepten harcama yaptıkları bildirilmektedir (Heguet ve ark., 2019).

Avrupa'da meme kanseri maliyetinin 15 milyar euro olduğu tahmin edilmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası tarafından yapılan bir araştırmada, meme kanseri tanısı sonrası bir yıllık tedavinin doğrudan tıbbi maliyetinin 12.250 euro olduğu bildirilmektedir (Heguet ve ark., 2019). Kanada'da ise tanı sonrası ilk bir yıl içinde cepten ortalama 1002 ABD doları harcama yapıldığı belirtilmektedir (Heguet ve ark., 2019). Benzer şekilde You ve arkadaşları (2019) ABD'de kanser hastasına sahip ailelerin yaklaşık olarak %40'ının kanser tedavisi nedeniyle aşırı harcama yaptığı ve tedavi süresi uzadıkça bu duruma paralel olarak ailenin mali yükünün arttığı vurgulanmıştır. Bununla birlikte tedavi süresinin uzamasının ve hastanın altıdan fazla kemoterapi kürü almasının ekonomik yükü arttırdığı (Kasahun ve ark., 2020), diğer yandan sağlık durumu kötü olan ve kronik bir hastalığa sahip olan hastaların sağlık harcaması yapma olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Gu ve ark., 2020).

Yaşanılan yerin tedavi merkezine uzaklığı da cepten yapılan harcama miktarını etkileyen önemli bir faktör olmakla birlikte, Avustralya'da meme kanseri ile ilgili hazırlanmış olan bir raporda, hastaların tanı sonrası ilk 5 yıl içinde 4809 dolar harcama yaptığı saptanmıştır. Aynı zamanda kırsal alanda yaşayan hastaların, kentsel alanda yaşayan hastalarla karşılaştırıldığında daha fazla ulaşım ve konaklama harcaması yaptığı vurgulanmıştır (Bates ve ark., 2020). Hastalar arasındaki kentsel-kırsal bölünmenin, bu bölgelerde yaşayan bireyler arasında eşit olmayan gelir kaybına neden olduğu, bu durumun bölgesel ekonomik kalkınma ve sağlık kaynaklarına ulaşımın eşit olmamasından kaynaklandığı, bu doğrultuda kırsal kesimde yaşayan hastaların kanser tedavisine ilişkin aşırı tıbbi harcamalar nedeniyle yoksullaşma riskine daha çok maruz kaldıkları belirtilmiştir (Zhao ve ark., 2020). Bununla birlikte yoksul hane halkları ile karşılaştırıldığında (4,5 dolar), zengin hane halklarının (21,3 dolar) 5,92 kat daha fazla sağlık harcaması yaptığı (Onoka ve ark., 2011), hastaların %9,6'sında cepten yapılan harcamaların tedavi kararlarını etkilediği bildirilmektedir (Housser, 2010).

Araştırma kapsamındaki hastaların, FACT-B ölçeği toplam puan ortalamasının $67,3 \pm 12,1$ olduğu, FACT-B ölçeği'nden en yüksek puanı sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutundan, en düşük puanı da duygusal durum alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir. FACT-B ölçeğine verilen cevaplar doğrultusunda, hastaların büyük çoğunluğunun ailelerinin hastalıklarını kabullendiklerini ve aileler ile olan iletişimlerinden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Valderrama ve Sanchez (2018)'in yaptığı çalışmada, hastaların en düşük puanı FACT-B ölçeği, faaliyet durum ile sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutlarından aldıkları bildirilmiştir. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada, kemoterapi alan meme kanseri hastalarında FACT-B yaşam kalitesi ölçeğinin, bedeni durum ve faaliyet durum ölçek alt boyut puan ortalamalarının oldukça düşük olduğu belirtilmiştir (Wang ve ark., 2019). Meme kanseri hastalarının FACT-B ölçeğinden aldıkları puanlar yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte, bu durumun hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile aile ve yakın çevrelerinin hastalara vermiş oldukları destek düzeyinden etkilenebileceği söylenebilir.

Bu çalışmada kemoterapi tedavisi sırasında ulaşım, yemek ve konaklama için yapılan harcamalar ortalaması ile FACT-B bedeni durum, duygusal durum, faaliyet durumu, sosyal yaşam ve aile durumu alt boyut puanı ile BUSÖ çözüm bulma ve odaklanma, dikkat süreci, sistematize etme süreci, öğrenme ve ilişki kurma süreci alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Benzer şekilde hastanın kemoterapi tedavisine eşlik eden refakatçisinin ulaşım, yemek ve konaklama vb. giderleri için yapılan harcamalar ortalaması ile FACT-B bedeni durum, duygusal durum, sosyal yaşam ve aile durumu, faaliyet durumu alt boyut puanları ile BUSÖ çözüm bulma ve odaklanma, sistematize etme süreci, öğrenme ve ilişki kurma alt boyut puanları arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Kanser tanı ve tedavisi ailenin gelir düzeyini azaltarak, ekonomik yüklerini ve cepten yapılan harcamaları artırmakta, bu durum hasta ve yakınlarının yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz bir etki oluşturmaktadır (Oh ve Cho, 2020).

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, FACT-B ölçeği, duygusal durum ve diğer endişeler alt boyut puan ortalamasının hastaların yaş gruplarına göre farklılık gösterdiği belirlendi. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da, yaşın yaşam kalitesi üzerinde etkili bir faktör olduğu saptanmıştır (Kwan ve ark., 2010; Gelin ve Ulus, 2015; Daldoul ve ark., 2018;). Meme kanserli genç hastaların psikososyal problemlerinin incelendiği bazı çalışmalarda, 45

yaş ve altı hastaların FACT-B toplam ve alt boyut puan ortalamalarının, 45 yaş üstü hastaların toplam ve alt boyut puan ortalamalarından daha yüksek olduğu (Türk, 2017), buna karşın genç hastaların beden imajına ilişkin ciddi problemler yaşadıkları bildirilmiştir (Chen ve ark., 2018).

FACT-B ölçeği bedeni durum alt boyut puan ortalamasının hastaların medeni durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak bu konuda yapılan bir çalışmada, medeni durumun fiziksel ve duygusal iyilik halini etkilediği, evli hastaların fiziksel ve duygusal iyilik durumunun bekar hastalardan daha kötü olduğu bildirilmiştir (Kwan ve ark., 2010). Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada, FACT-B toplam ve alt boyut puan ortalamasının, evli olan hastalarda, genç hastalardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Türk, 2017). Evli olan hastaların yaşam kalitesinin, bekar olan hastaların yaşam kalitesinden düşük olması, ailede bakım ve ev işi sorumluluklarının yüksek olmasından, beden imajında meydana gelen değişim nedeniyle eşlerinin kendilerini fiziksel açıdan eskisi kadar çekici bulmayacakları düşüncesinden kaynaklanabilir (Koçan, 2018).

FACT-B ölçeği, sosyal yaşam ve aile durumu alt boyut puan ortalamasının hastaların eğitim durumlarına göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da, eğitim düzeyi arttıkça hastaların bilgi gereksinimi ile hastalığa ilişkin farkındalık düzeyinin arttığı (Temiz, 2016), eğitim düzeyi düşük olan hastaların sosyal yaşam ve ailevi iyilik halinin azaldığı bildirilmiştir (Kwan ve ark., 2010; Gelin ve Ulus, 2015). Hastaların kansere ilişkin bilgisi, hastalıkla baş edebilme ve uyum sürecini güçlendirebilir (Türk, 2017). Bireyin eğitim düzeyi, gelir ve mesleği ile yakından ilişkili olduğu için, eğitim düzeyi düşük bireylerin gelir düzey düşüklüğüne bağlı olarak yaşam kalitesi düşebilir (Koçan, 2018). Aynı zamanda FACT-B ölçeği, bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, faaliyet durumu alt boyut puan ortalamalarının hastaların gelir durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte, Çinli ve ABD’li hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada da, ailenin gelir düzeyinin FACT-B ölçeği ve alt boyut puanlarıyla yakından ilişkili olduğu (You ve ark., 2018), gelir düzeyi yüksekliğinin sosyal yaşam ve fonksiyonel iyilik halini etkileyerek yaşam kalitesini arttırabileceği bildirilmiştir (Gelin ve Ulus., 2015; Koçan, 2018).

FACT-B ölçeği, bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, faaliyet durumu puan ortalamalarının hastaların klinik evresine göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da, klinik evre ilerledikçe FACT-B ölçeği, bedeni

durum ve fonksiyonel durum alt boyut puan ortalamalarının düştüğü saptanmıştır (Oh ve Cho, 2020). Bununla birlikte FACT-B ölçeği, bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, faaliyet durumu alt boyut ve toplam puan ortalamalarının, hastaların tedaviye başlama zamanına göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da, tedavisi bir yıldan uzun süren hastaların duygusal, sosyal ve cinsel işlevlerinde azalma görüldüğü; bu durumun psikolojik ve fizyolojik yan etkilere bağlı olarak gelişebileceği (Karakoyun ve ark., 2010), kemoterapi tedavisi bittikten sonra hastaların yaşam kalitesinin en düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir (Oh ve Cho, 2020).

Bu çalışmada BUSÖ toplam puan ortalaması $113,1 \pm 22,1$ olarak saptanmıştır. Hastaların BUSÖ maddelerine verdikleri cevaplar doğrultusunda, stresli olduklarında verimlerinin azaldığı ve onları rahatsız eden şeyin dışında başka bir şey düşünemedikleri ortaya çıkarıldı. BUSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının hastaların yaş gruplarına göre farklılık göstermediği belirlenmiş olmasına karşın, bu konudaki bazı araştırmalarda yaşlı hastalarla karşılaştırıldığında genç hastaların anksiyete, depresyon, somatik semptom ve psikolojik sıkıntıyı daha fazla yaşadıkları ve kansere psikolojik yönden uyum sağlamakta zorlandıkları bildirilmiştir (Valderrama ve Sanchez, 2018). Psikolojik uyum yaşla birlikte artış gösterdiği için, yaşlı hastalar tanyı daha kolay kabul edebilmekte, karşı karşıya kaldıkları problemlerle duygusal yönden daha iyi baş edebilmekte buna karşın tedavi ve prognoz konusunda daha kötümser olabilmektedir. Bu doğrultuda hastalıkla başa çıkma ve uyum sürecini yaşlı hastaların yaşam deneyimlerinin pozitif yönde; genç hastaların iş, çocuk, ebeveyn rollerinin ise negatif yönde etkilediği söylenebilir (Valderrama ve Sanchez, 2018).

BUSÖ dikkat süreci, sistematize etme süreci, öğrenme ve ilişki kurma süreci alt boyut ve toplam puan ortalamasının hastaların medeni durumlarına göre farklılık gösterdiği, bekar hastaların puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Evli hastalar, eş ve çocukların geleceği ile ilgili belirsizlik, hastalıkla ilgili metastaz ve nüks korkusu nedeniyle gelecek kaygısı yaşayabilir. Bu doğrultuda eş ve aile desteği, hastalıkla baş etme ve uyum sürecini güçlendirebilir (Fletcher, Lewis ve Haberman, 2010). Bununla birlikte BUSÖ çözüm bulma ve odaklanma, dikkat süreci, sistematize etme süreci, öğrenme ve ilişki kurma alt boyut ve toplam puanlarının hastaların eğitim düzeylerine göre farklılık gösterdiği belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, eğitim düzeyi azaldıkça kanserle ilgili korku ve endişenin arttığı (You ve ark., 2018), buna karşın eğitim düzeyi arttıkça bireylerin özgüven ve

iletişim becerilerinin yükseldiği bildirilmiştir (Koçan, 2018). Hastaların eğitim düzeyi yüksekliği, hastalığa ilişkin bilgi ve farkındalığı arttıracığı için, bireylerin kendilerini fiziksel ve ruhsal yönden daha iyi hissetmelerine yardımcı olabilir.

Bu çalışmada hastaların cepten yaptıkları harcamaların, FACT-B diğer endişeler alt boyut ve toplam, BUSÖ çözüm bulma ve odaklanma, fiziksel ve karara bağlama, dikkat süreci, sistematize etme süreci, öğrenme ve ilişki kurma süreci alt boyut ve toplam puanlarını etkilediği belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte, Amerikalı ve Fransız hastalar arasında yapılan bir çalışmada, Fransız hastaların cepten yaptıkları harcamalar nedeniyle mali sıkıntı yaşadıkları, bu duruma bağlı olarak hastaların FACT-G toplam ve alt boyut puanlarının düşük saptandığı bildirilmiştir (Barbaraet ve ark. 2019). Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada ise hastaların gelir düzeyi yüksekliği ile yaşam kalitesi puanları arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Yan ve ark., 2016).

5.2. Nitel Verilere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmanın bu bölümünde hastaların kemoterapi sürecinde yaşadıkları deneyimlere yönelik derinlemesine görüşmeler yapılarak elde edilen veriler tartışılmıştır. Hastanın tanısını öğrendiğinde verdiği tepkiler, aile ve çevrenin hastanın tanısına verdiği tepkiler, kanser tanısı sonrası hastanın yaşamında meydana gelen değişiklikler, hastalıkla başa çıkma mekanizmaları, tedavi süresince cepten yapılan harcamalar, cepten yapılan harcamaların yaşam kalitesi ve hastalıkla başetme üzerine etkisi, hastalıkla başa çıkma ve uyum sürecinde yaşam kalitesini artırmaya yönelik faaliyetler, cepten yapılan harcamaları önlemeye yönelik öneriler olmak üzere sekiz tema belirlenmiştir.

Hastaların tanılarını ilk duyduklarında verdikleri tepkiler şok, üzüntü, ölüm korkusu, beden imajında bozulma, dini başa çıkma ve manevi yönelime başvurma olarak saptanmıştır. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da, hastaların tanılarını ilk duyduklarında verdikleri tepkiler şok, inkar, ağlama (Çömez, 2016; Hussain ve ark., 2019), ölüm korkusu (İnan ve Üstün, 2019) ve panik olarak bildirilmiştir (Çömez, 2016). Kemoterapi, kanser hastalarının yaşamlarında olumsuz fiziksel ve psikolojik bir takım semptomlarla sonuçlanan bir süreçtir (Oh ve Cho, 2020). Bu zorlu süreçte hastaların kanserle etkin bir şekilde baş edebilmeleri için eş, çocuk ve aile desteğinin oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Kanser tanısı sonrası araştırma kapsamındaki hastaların yaşamında fiziksel, ruhsal, sosyal, ekonomik ve ailevi değişiklikler meydana geldiği belirlenmiştir. Hastalar fiziksel yönden saç ve kirpiklerinin döküldüğünü, mastektomi ameliyatı sonrası aynada kendilerine bakmak istemediklerini, yorgunluk, halsizlik, ağrı ve anemi semptomları deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da, hastaların en çok saç dökülmesi (Hussain ve ark., 2019), yorgunluk (Oh ve Cho, 2020), uykusuzluk (İnan ve Üstün, 2019), bulantı-kusma (Çömez, 2016) semptomlarından yakındıkları bildirilmiştir.

Türk toplumunda olduğu gibi diğer birçok kültürde de, meme kadınlık ve cinselliğin bir sembolü olarak kabul edilmektedir (Küçükkaya, 2010). Bu doğrultuda kadınların mastektomi sonrası aynaya bakmayı istememeleri, cinsellik ve kadın olma rolünde azalma konusunda yaşadıkları kaygı ile ilişkili olabilir. Diğer yandan kansere ilişkin birçok çalışmada da bildirildiği üzere yorgunluk hastaların en çok yakındıkları semptomlar arasında yer almaktadır. Kemoterapi hücrelere toksik etki yapmakta, ortaya çıkan inflamatuvar yanıt yorgunluğa neden olmaktadır. Yorgunluk aynı zamanda psikolojik sıkıntıya neden olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (İnan ve Üstün, 2018).

Kanser tedavisine bağlı olarak gelişen yan etkiler, hastaları günlük yaşamında başka bireylere bağımlı yada yarı bağımlı hale getirebilmektedir. Aynı zamanda bağımlı olma bireylerin kendilik algıları üzerinde olumsuz etki oluşturabilmektedir (Küçükkaya, 2010; Cebeci ve ark., 2012). Bununla birlikte hastalar tedavi sürecine bağlı semptomlar nedeniyle, psikolojik yönden yalnızlık, toplumdan kendini fiziksel olarak soyutlamaya bağlı olarak sosyal izolasyon yaşayabilmektedir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte, Hussain ve arkadaşları da (2019) mastektomi sonrası hastaların beden imajlarındaki değişim nedeniyle endişe ve utanç duyduklarını, bu nedenle toplumdan kendilerini soyutladıklarını belirlemişlerdir. Kanser tanısı ve tedavisine bağlı problemlerle başa çıkmada aile desteği oldukça önemlidir. Hastalar meme kanseri tanısı ve tedavisinde aile desteğinin önemini vurgulamışlar ve aile üyeleri tarafından fiziksel/duygusal yönden desteklendiklerini bildirmişlerdir.

Araştırma kapsamındaki hastaların hastalıkla başa çıkabilmek için fiziksel, psikolojik ve ekonomik destek sistemlerinden yararlandıkları belirlenmiştir. Fiziksel olarak beslenmelerine dikkat ettikleri, yaşam tarzlarında değişiklikler yaptıkları, sosyal etkinliklere katıldıkları, spor ve yürüyüş yaptıkları, sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanmaya çalıştıkları görülmüştür. Psikolojik yönden profesyonel

desteğe başvurdukları, hastalık hakkında pozitif düşünmeye çalıştıkları, eş desteği aldıkları, aile üyeleri ile iletişimlerini arttırdıkları, ibadet ve dua ettikleri; özellikle kaderci bir yaklaşım sergileyerek Allah'a tevekkül ve teslimiyet gösterdikleri görülmüştür. Bu doğrultuda literatürde de vurgulandığı gibi özellikle dini başa çıkma ve manevi yönelimin, meme kanseri hastalarının moralini yüksek tutmayı sağlayan büyük bir güç olduğu söylenebilir (Hussain ve ark., 2019).

Bu çalışmada hastaların kanser tedavisine bağlı ekonomik problemlerle başedebilmek için, aile ve çevrelerinden borç ve yardım aldıkları belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki hastaların tedavi süresince cepten yaptıkları harcamalar; ulaşım, tıbbi tahlil farkları, özel muayene ve ameliyat ücretleri ile yumurta dondurma gibi harcamaları içermektedir. Bu konuda yapılan bir çok çalışmada da, hastaların tedavi aşamasında cepten harcama yaptıkları, aileden borç aldıkları, bankadan kredi çektikleri, tanı konulma aşamasında tıbbi tahlil farkları ödedikleri, uzaktan gelen hastaların bu durumdan daha fazla etkilendikleri, sağlık sigortasının birçok harcamayı kapsamadığı vurgulanmıştır (Hussain ve ark., 2019). Aynı zamanda cepten yapılan harcamaların yaşam kalitesini azaltarak finansal distrese neden olduğu belirtilmiştir (Hussain ve ark., 2019).

Meme kanserinin dünya genelinde artmasıyla birlikte hastalar daha fazla cepten harcama yapmakta ve yapılan sağlık harcamaları dünya genelinde katastrofik etki oluşturmaktadır. Cepten yapılan harcamalar, hastaların ihtiyaç duyduğu bakıma erişmesini engelleyerek, aileleri yoksulluğa sürükleyebilmektedir. Kanser tedavisine bağlı gelir kaybı, aile üyelerinin tıbbi olmayan tüketim harcamalarını da etkilemektedir. Bu çalışmada hastaların tedavileri sağlık sistemi tarafından ücretsiz karşılanırsa bile, tıbbi olmayan maliyetler nedeniyle yapılan harcamaların ekonomik yükünün oldukça yüksek olduğu görülebilmektedir. Bununla birlikte meme kanseri tedavisinde aile ve arkadaş gibi destek mekanizmalarının, hastaların mevcut durumla başa çıkma yeteneğini arttırmada pozitif etkisi olduğu düşünülmektedir (Jang ve Kim, 2018).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

- FACT-B ölçeği, bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum, faaliyet durumu, diğer endişeler alt boyut puan ortalaması ile toplam puan ortalamasının sırasıyla; $11,6 \pm 7,2$, $18,5 \pm 5,2$, $9,8 \pm 4,3$, $13,2 \pm 6,5$, $14,3 \pm 4,7$, $67,3 \pm 12,1$ olduğu,
- Hastaların FACT-B ölçeğinde en yüksek puanı, “Ailem hastalığımı kabullendi” ($3,0 \pm 0,8$); “Ailemle hastalığım hakkında iletişimimden memnunum ($3,0 \pm 0,8$)” ifadelerinden aldığı,
- BUSÖ ölçeği, çözüm bulma ve odaklanma, fiziksel ve karara bağlama, dikkat süreci, sistematize etme süreci, öğrenme ve ilişki kurma alt boyut puan ortalaması ile toplam puan ortalamasının sırasıyla $24,1 \pm 5,4$, $36,5 \pm 5,3$, $20,1 \pm 4,9$, $13,7 \pm 4,2$, $18,8 \pm 5,2$, $113,1 \pm 22,1$ olduğu,
- Hastaların BUSÖ ölçeğinde en yüksek puanı, “Stresli olduğumda verimim azalır” $3,2 \pm 0,9$; “Beni rahatsız eden şeyin dışında başka bir şey düşünemem” $2,9 \pm 0,9$ ifadelerinden aldığı,
- Hastaların FACT-B ölçeği ile BUSÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının bazı demografik ve klinik özelliklere göre farklılık gösterdiği,
- Hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin cepten yaptıkları harcamaları etkilediği,
- Hastaların kemoterapi tedavisi sırasında ulaşım, yemek ve konaklama için yapılan harcamalar ortalamasının $98,6 \pm 77$ TL; kemoterapi tedavisine eşlik eden refakatçinin ulaşım, yemek ve konaklama vb. giderleri için yapılan harcamalar ortalamasının $100,9 \pm 108,9$ TL; muayene için yapılan katkı payı harcamalar ortalamasının $144,7 \pm 114,3$ TL olduğu,
- Kemoterapi tedavisi nedeniyle işini bırakanların aylık gelir kaybı ortalamasının $1508 \pm 1171,1$ TL, aile üyelerinin işe gidememe/çalışmama durumlarına bağlı gelir kaybı ortalamasının $927,2 \pm 805$ TL, herhangi bir kurumdan tedavi harcamaları için alınan yardım ortalamasının $743,8 \pm 760,4$ TL olduğu,

- İl dışından sevkli gelen hasta ve yakınlarının, yol/ulaşım parası, hastaların tedavi görülen kurumla anlaşmalı olan kuruluşlarda yaptırdıkları tetkik ve tahliller, sağlık kurul raporunda olan kemoterapi ilaçları ve bu ilaçlardan katılım payı alınmaması gibi, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği ödeme sistemi kapsamına dahil olan uygulamalar konusunda bilgi ve farkındalıklarının düşük olduğu görülmüştür.
- Hastaların cepten yaptıkları harcamanın, FACT-B ölçeği toplam ve diğer endişeler alt boyut puan ortalaması ile, BUSÖ toplam, çözüm bulma ve odaklanma, fiziksel ve karara bağlama, dikkat süreci, sistematize etme süreci, öğrenme ve ilişki kurma alt boyut puanlarını etkilediği saptanmıştır.
- Hastalarla yapılan nitel görüşmeler sonrasında; hastanın tanısını öğrendiğinde verdiği tepkiler, aile ve çevrenin hastanın tanısına verdiği tepkiler, kanser tanısı sonrası hastanın yaşamında meydana gelen değişiklikler, hastalıkla başa çıkma mekanizmaları, tedavi süresince cepten yapılan harcamalar, cepten yapılan harcamaların yaşam kalitesi ve hastalıkla başetme üzerine etkisi, hastalıkla başa çıkma ve uyum sürecinde yaşam kalitesini artırmaya yönelik faaliyetler, cepten yapılan harcamaları önlemeye yönelik öneriler olmak üzere sekiz tema belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda:

- Meme kanseri tanısı sonrası hastaların yapmış oldukları tıbbi olan ve tıbbi olmayan maliyetlerin hangilerinin geri ödeme sistemi kapsamında olduğu konusunda hasta ve yakınlarının bilgi ve farkındalıklarının artırılması,
- Meme kanseri erken tanı ve tarama programlarının yaygınlaştırılarak sağlık bakım harcamalarının azaltılması,
- Hastaların ihtiyaç duymaları halinde psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin sunulması,
- Kanser tanısı sonrası hastaların yaşamında meydana gelen fiziksel, ruhsal, sosyal, ekonomik ve ailevi değişikliklerle başa çıkabilmelerini güçlendiren bireyselleştirilmiş bir hemşirelik bakımın planlanması ve sunulması,

- Türkiye'nin farklı bölgelerinde meme kanseri hastalarının cepten yaptığı harcamaların yaşam kalitesi ile başa çıkma ve adaptasyon sürecine etkisi değeriendiren karşılaştırmalı çalışmaların yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Aarva, P., Ilchenko, L., Gorobets, P., Rogecheva, A. (2009). Formal and Informal Payments in Health Care Facilities in Two Russian Cities, Tyumen and Lipetsk. *Health Policy and Planning*, 24(5), 395-405.
- Abu-Zaineh, M., Romdhane, H. B., Ventelou, B., Moatti, J. P., & Chokri, A. (2013). Appraising financial protection in health: the case of Tunisia. *International journal of health care finance and economics*, 13(1), 73–93. <https://doi.org/10.1007/s10754-013-9123-8>.
- Akın, C.S. (2007). Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Adana.
- Alexander, B., Gurian, G., Tilghman-Bryant, T., Al E The societal and economic impact of cancer health disparities.(2014). Washington DC. Erişim: 05.07.2019.https://www.ceoroundtableoncancer.org/sites/default/files/2010_the_societal_and_economic_impact_of_cancer_health_disparities_report.pdf
- American Cancer Society (2020). Cancer Facts and Figures 2019. Erişim: 18.09.2020. https://cancerstatisticscenter.cancer.org/?_ga=2.258067657.270555746.1600419313-1686877486.1596979080#!
- American Cancer Society (2019). Cancer Facts and Figures 2019. Erişim : 04.07.2019. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2019/cancer-facts-and-figures-2019.pdf>
- American Cancer Society (2019). Breast Cancer Facts and Figures. Erişim: 03.03.2019. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2019-2020.pdf>
- American Cancer Society. (2019). Breast Cancer Facts and Figures. 2019. Erişim: 03.03.2019. https://cancerstatisticscenter.cancer.org/?_ga=2.236925313.1810206734.1582212277-1461085114.1582212277#!/cancer-site/Breast
- Appleton, L., Poole, H., & Wall, C. (2018). Being in safe hands: Patients' perceptions of how cancer services may support psychological well-being. *Journal of advanced nursing*, 74(7), 1531–1543. <https://doi.org/10.1111/jan.13553>
- Aryeetey, G. C., Westeneng, J., Spaan, E., Jehu-Appiah, C., Agyepong, I. A., & Baltussen, R. (2016). Can health insurance protect against out-of-pocket and catastrophic expenditures and also support poverty reduction? Evidence from Ghana's National Health Insurance Scheme. *International journal for equity in health*, 15(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0401-1>.
- Atanasova, E., Pavlova, M., Moutafova, E., Rechel, B., & Groot, W. (2013). Out-of-pocket payments for health care services in Bulgaria: financial burden and barrier to access. *European journal of public health*, 23(6), 916–922. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks169>
- Ateş, A.S. (2011). Kemoterapiye Bağlı Alopesi Algısı ve Yaşam Kalitesi. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul.
- Azmanova, N.S., Newton, J.C., Hohnen, H. (2019). How communication between cancer patients and their specialist affect the quality and cost of cancer care. *Supportive Care in Cancer*. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04761-w>

- Başara, B.B., Şahin, İ. (2008). Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 319-340.
- Bates, N., Callander, E., Lindsay, D., & Watt, K. (2020). Patient co-payments for women diagnosed with breast cancer in Australia. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(5), 2217–2227. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05037-z>.
- Bayraktar, S. (2011). Korkulu Rüyamız Kanser. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. s (10-28). İstanbul.
- Barbarete, C., Delgado-Guay, M. O., Sanchez, S., Brosse, C., Ruer, M., Rhondali, W., Monsarrat, L., Michaud, P., Schott, A. M., Bruera, E., & Filbet, M. (2019). Inequalities in Financial Distress, Symptoms, and Quality of Life Among Patients with Advanced Cancer in France and the U.S. *The oncologist*, 24(8), 1121–1127. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2018-0353>
- Bektaş, H. (2015). Kanser Sürecinde Aileye Yaklaşım. Can G. Editör. *Onkoloji Hemşireliğinde 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri*. s (933-939). İstanbul.
- Bentley, C., Peacock, S., Abelson, J., Burgers, M.M., Payette, O., Langstaff, H., Tripp, L., Lavis J., Wilson, M. (2019). Addressing the affordability of cancer drugs: using deliberative public engagement to inform health policy. *Health Research Policy and Systems*. 17(17), 2-3. DOI: [org/10.1186/s12961-019-0411-8](https://doi.org/10.1186/s12961-019-0411-8).
- Berman, A., Shnyder, S., Frandsen, G. (2016). *Fundamentals of Nursing Kozier & Erb’s Concepts, Process, And Practice (10 th.ed)*. Pearson Education Inc.
- Bestvina, C.M., Zullig, L.L., Zafar, S.Y. (2014). The implications of out-of-pocket cost of cancer treatment in the USA: a critical appraisal of the literature. *Future Oncol*. 10(14), 2189–2199.
- Brady, M. J., Cella, D. F., Mo, F., Bonomi, A. E., Tulsky, D. S., Lloyd, S. R., Deasy, S., Cobleigh, M., & Shiimoto, G. (1997). Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast quality-of-life instrument. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 15(3), 974–986. <https://doi.org/10.1200/JCO.1997.15.3.974>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Cebeci, F., Yangın, H. B., & Tekeli, A. (2012). Life experiences of women with breast cancer in south western Turkey: a qualitative study. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 16(4), 406–412. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.09.003>
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S. B., Winicour, P., & Brannon, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 11(3), 570–579. <https://doi.org/10.1200/JCO.1993.11.3.570>
- Chen, C. T., Li, L., Brooks, G., Hassett, M., & Schrag, D. (2018). Medicare Spending for Breast, Prostate, Lung, and Colorectal Cancer Patients in the Year of Diagnosis and Year of Death. *Health services research*, 53(4), 2118–2132. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12745>

- Chen, Q. Li, S. Wang, M. Liu, L. Chen, G. (2018). Health-Related Quality of Life among Women Breast Cancer Patients in Eastern China, *BioMed Research International*, <https://doi.org/10.1155/2018/1452635>.
- Cheng, C. T., Ho, S., Liu, W. K., Hou, Y. C., Lim, L. C., Gao, S. Y., Chang, W. Y., & Wang, G. L. (2019). Cancer-coping profile predicts long-term psychological functions and quality of life in cancer survivors. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *27*(3), 933–941. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4382-z>
- Choi, J. W., Cho, K. H., Choi, Y., Han, K. T., Kwon, J. A., & Park, E. C. (2014). Changes in economic status of households associated with catastrophic health expenditures for cancer in South Korea. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, *15*(6), 2713–2717. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.6.2713>
- Chuma, J., Maina, T. (2012). Catastrophic Health Care Spending and Impoverishment in Kenya. *BMC Health Services Research*. *12*, 413. doi:10.1186/1472-6963-12-41.
- Cobb, M., Puchalski, C.M., Rumbold, B. (2014). Editor. Spirituality in Healthcare'nde. 2. Baskı. Oxford University Press.
- Çam, O., Saka, Ş., Gümüş, B.A. (2009). Meme Kanseri Hastalarının Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. *5*(2).
- Çatal, E. (2015). Koroner Arter By-Pass Greftli Hastalarda Hemşirelik Girişimlerinin Öğrenim Gereksinimlerinin Karşılanması, İyileşme Algısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir. 87-149.
- Çınaroğlu, S., Şahin, B. (2016). Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etki. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. *19*(1), 73-86.
- Çömez, S. (2016). Meme Kanseri Olan Kadınlar ve Eşleri İçin Oluşturulan Web Tabanlı Eğitimin Yaşam Kalitesi ve Eş Uyumuna Etkisi. Doktora tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. İzmir.
- Daldoul, A., Khechine, W., Bhiri, H., Ammar, N., Bouriga, R., Krir, M. W., Soltani, S., Zoukar, O., Rhim, M. S., Bouslah, S., Dimassi, S., Abbess, I., Saidani, Z., & Zaied, S. (2018). Factors Predictive of Quality of Life among Breast Cancer Patients. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, *19*(6), 1671–1675. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1671>
- De Ligt, K. M., Heins, M., Verloop, J., Ezendam, N., Smorenburg, C. H., Korevaar, J. C., & Siesling, S. (2019). The impact of health symptoms on health-related quality of life in early-stage breast cancer survivors. *Breast cancer research and treatment*, *178*(3), 703–711. <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05433-3>
- Dinesh, T. A., Nair, P., Abhijath, V., Jha, V., & Aarthy, K. (2020). Economics of cancer care: A community-based cross-sectional study in Kerala, India. *South Asian journal of cancer*, *9*(1), 7–12. https://doi.org/10.4103/sajc.sajc_382_18
- El Haidari, R., Abbas, L. A., Nerich, V., & Anota, A. (2020). Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Women with Breast Cancer in the Middle East: A Systematic Review. *Cancers*, *12*(3), 696. <https://doi.org/10.3390/cancers12030696>
- Eton D.T., Cella D., Yost K.J., Yount S.E., Peterman A.H., Neuberg D.S., Sledge G.W., Wood W.C. (2004). A combination of distribution- and anchor-based approaches determined minimally important differences (MIDs) for four endpoints in a breast cancer scale. *Journal of Clinical Epidemiology*, *2004*, *57*, 898-910.
- FACIT. (2018). Erişim:03.08.2018. <https://www.facit.org/>
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Mathers, C., Parkin, D. M., Piñeros, M., Znaor, A., & Bray, F. (2019). Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018:

- GLOBOCAN sources and methods. *International journal of cancer*, 144(8), 1941–1953. <https://doi.org/10.1002/ijc.31937>
- Fletcher, K. A., Lewis, F. M., & Haberman, M. R. (2010). Cancer-related concerns of spouses of women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 19(10), 1094–1101. <https://doi.org/10.1002/pon.1665>
- Gaston-Johansson, F., Fall-Dickson, J. M., Nanda, J. P., Sarenmalm, E. K., Browall, M., & Goldstein, N. (2013). Long-term effect of the self-management comprehensive coping strategy program on quality of life in patients with breast cancer treated with high-dose chemotherapy. *Psycho-oncology*, 22(3), 530–539. <https://doi.org/10.1002/pon.3031>
- Gelin, D., Ulus, B. (2015). Hastanede Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(1).
- Ginsburg, O., Bray, F., Coleman, M. P., Vanderpuye, V., Eniu, A., Kotha, S. R., Sarker, M., Huong, T. T., Allemani, C., Dvaladze, A., Gralow, J., Yeates, K., Taylor, C., Oomman, N., Krishnan, S., Sullivan, R., Kombe, D., Blas, M. M., Parham, G., Kassami, N., ... Conteh, L. (2017). The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. *Lancet (London, England)*, 389(10071), 847–860. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31392-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31392-7)
- Giovanis, E., Özdamar, Ö. (2016). Who Pays More: Public, Private, Bot hor None. The Effects of Health Insurance Schemes and Health Reforms on Out of Pocket and Catastrophic Health Expenditure in Turkey. Erişim: 07.08.2019. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2784936.
- Goeree, R., & Diaby, V. (2013). Introduction to health economics and decision-making: Is economics relevant for the frontline clinician?. *Best practice & research. Clinical gastroenterology*, 27(6), 831–844. <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2013.08.016>
- Gonzalez, B. D., Grandner, M. A., Caminiti, C. B., & Hui, S. A. (2018). Cancer survivors in the workplace: sleep disturbance mediates the impact of cancer on healthcare expenditures and work absenteeism. *Supportive care in cancer official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 26(12), 4049–4055. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4272-4>
- Göl, D.N., Aşıl, H.R. (2017). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 29-39.
- Gregucci, F., Caliandro, M., Surgo, A., Carbonara, R., Bonaparte, I., & Fiorentino, A. (2020). Cancer patients in Covid-19 era: Swimming against the tide. *Radiotherapy and oncology : journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology*, 149, 109–110. <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2020.04.002>
- Gu, D., Morgan, R.O., Li, R. *et al.* (2020). Association between depression and healthcare expenditures among elderly cancer patients. *BMC Psychiatry*, 20(131), 2-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02527-x>
- Gülcivan, G. (2017). Meme Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Namık Kemal Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Tekirdağ.
- Gülcivan, G., Topçu, B. (2017). Meme Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesi ile Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 5(2), 63-74.
- Gürbüz, M.M. (2010). Sağlık-Büyüme İlişkisi: Türkiye Ekonomisi İçin Ekonometrik Bir Analiz. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Kocaeli.
- Hahn, A.E., Segawa, E., Kaiser, K., Cella, D., Smith, D.B. (2016). Health-Related Quality of Life Among Women With Ductal Carcinoma in Situ or Early Invasive Breast Cancer:

Validation of The FACT-B (version 4), *Expert Review of Quality of Life in Cancer Care*, 1(1), 99-109.

- Héquet, D., Huchon, C., Soilly, A. L., Asselain, B., Berseneff, H., Trichot, C., Combes, A., Alves, K., Nguyen, T., Rouzier, R., & Baffert, S. (2019). Direct medical and non-medical costs of a one-year care pathway for early operable breast cancer: Results of a French multicenter prospective study. *PloS one*, 14(7), e0210917. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210917>
- Hirai, K., Motooka, H., Ito, N., Wada, N., Yoshizaki, A., Shiozaki, M., Momino, K., Okuyama, T., & Akechi, T. (2012). Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese early-stage breast cancer patients. *Japanese journal of clinical oncology*, 42(12), 1168–1174. <https://doi.org/10.1093/jjco/hys158>
- Housser, E., Mathews, M., Lemessurier, J., Young, S., Hawboldt, J., & West, R. (2013). Responses by breast and prostate cancer patients to out-of-pocket costs in Newfoundland and Labrador. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 20(3), 158–165. <https://doi.org/10.3747/co.20.1197>
- Housser, E.M. (2010). Prostate Cancer Patients Out of Pocket Travel and Drug Costs. Master of Science. Community Health and Humanities/Memorial University/Faculty of Medicine. Canada.
- Hubbeling, H. G., Rosenberg, S. M., González-Robledo, M. C., Cohn, J. G., Villarreal-Garza, C., Partridge, A. H., & Knaul, F. M. (2018). Psychosocial needs of young breast cancer survivors in Mexico City, Mexico. *PloS one*, 13(5), e0197931. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197931>
- Hussain, L., Kanji, Z., Lalani, S., Moledina, S., & Sattar, A. K. (2019). Exploring Lived Experiences of Married Pakistani Women Post-Mastectomy. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 6(1), 78–85. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_30_18
- Jahani Sayad Noveiri, M., Shamsaei, F., Khodaveisi, M., Vanaki, Z., & Tapak, L. (2020). Coping Assessment Tools in the Family Caregivers of Patients with Breast Cancer: A Systematic Review. *Breast cancer (Dove Medical Press)*, 12, 11–26. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S240928>
- Jang, M., & Kim, J. (2018). A structural model for stress, coping, and psychosocial adjustment: A multi-group analysis by stages of survivorship in Korean women with breast cancer. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 33, 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.01.004>
- Kang, S. H., Ju, Y. J., Yoon, H. J., Lee, S. A., Kim, W., & Park, E. C. (2018). The relationship between catastrophic health expenditure and health-related quality of life. *International journal for equity in health*, 17(1), 166. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0883-0>
- Karakoyun-Celik, O., Gorken, I., Sahin, S., Orcin, E., Alanyali, H., & Kinay, M. (2010). Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Medical oncology (Northwood, London, England)*, 27(1), 108–113. <https://doi.org/10.1007/s12032-009-9181-4>
- Kasahun, G. G., Gebretekle, G. B., Hailemichael, Y., Woldemariam, A. A., & Fenta, T. G. (2020). Catastrophic healthcare expenditure and coping strategies among patients attending cancer treatment services in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC public health*, 20(1), 984. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09137-y>
- Kaye, D. R., Min, H. S., Norton, E. C., Ye, Z., Li, J., Dupree, J. M., Ellimoottil, C., Miller, D. C., & Herrel, L. A. (2018). System-Level Health-Care Integration and the Costs of Cancer Care Across the Disease Continuum. *Journal of oncology practice*, 14(3), e149–e157. <https://doi.org/10.1200/JOP.2017.027730>

- Kılıç, D. (2017). Türkiye’de 2009-2015 Yılları İçin Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Katastrofik Etkisi, *Fiscaoeconomia*, 5-14.
- Koçan, S. (2018). Meme Kanseri Cerrahisi Geçiren Hastalara Meme Bakım Hemşiresi Tarafından Verilen Eğitimin Beden İmajı, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Türkiye Cumhuriyeti Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi. Trabzon.
- Konieczny, M., Cipora, E., Sygit, K., Fal, A. (2020). Quality of Life of Women with Breast Cancer and Socio-Demographic Factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 21(1), 185-193. doi: 10.31557/APJCP.2020.21.1.185
- Kong, Y. C., Wong, L. P., Ng, C. W., Taib, N. A., Bhoo-Pathy, N. T., Yusof, M. M., Aziz, A. F., Yehgambaram, P., Ishak, W., Yip, C. H., & Bhoo-Pathy, N. (2020). Understanding the Financial Needs Following Diagnosis of Breast Cancer in a Setting with Universal Health Coverage. *The oncologist*, 25(6), 497–504. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0426>
- Kugbey, N., Meyer-Weitz, A., & Oppong Asante, K. (2019). Mental adjustment to cancer and quality of life among women living with breast cancer in Ghana. *International journal of psychiatry in medicine*, 54(3), 217–230. <https://doi.org/10.1177/0091217418805087>
- Kutlar, A., Torun, P. (2018). Türkiye’de Kanserin Ekonomik Maliyetleri Bir Hesaplanabilir Genel Denge Modeli Yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(1), 87-10.
- Küçükkaya, G.P. (2010). An exploratory study of positive life changes in Turkish women diagnosed with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 166-173.
- Kwan, M. L., Ergas, I. J., Somkin, C. P., Quesenberry, C. P., Jr, Neugut, A. I., Hershman, D. L., Mandelblatt, J., Pelayo, M. P., Timperi, A. W., Miles, S. Q., & Kushi, L. H. (2010). Quality of life among women recently diagnosed with invasive breast cancer: the Pathways Study. *Breast cancer research and treatment*, 123(2), 507–524. <https://doi.org/10.1007/s10549-010-0764-8>
- Lai, H. L., Chen, C. I., Lu, C. Y., Yao, Y. C., & Huang, C. Y. (2019). Relationships among personality, coping, and concurrent health-related quality of life in women with breast cancer. *Breast cancer (Tokyo, Japan)*, 26(5), 544–551. <https://doi.org/10.1007/s12282-019-00954-7>
- Lauzier, S., Lévesque, P., Mondor, M., Drolet, M., Coyle, D., Brisson, J., Mâsse, B., Provencher, L., Robidoux, A., & Maunsell, E. (2013). Out-of-pocket costs in the year after early breast cancer among Canadian women and spouses. *Journal of the National Cancer Institute*, 105(4), 280–292. <https://doi.org/10.1093/jnci/djs512>
- Liao, X. Z., Shi, J. F., Liu, J. S., Huang, H. Y., Guo, L. W., Zhu, X. Y., Xiao, H. F., Wang, L., Bai, Y. N., Liu, G. X., Mao, A. Y., Ren, J. S., Sun, X. J., Mai, L., Liu, Y. Q., Song, B. B., Gong, J. Y., Zhou, J. Y., Du, L. B., Zhou, Q., ... Health Economic Evaluation Working Group, Cancer Screening Program in Urban China (CanSPUC) (2018). Medical and non-medical expenditure for breast cancer diagnosis and treatment in China: a multicenter cross-sectional study. *Asia-Pacific journal of clinical oncology*, 14(3), 167–178. <https://doi.org/10.1111/ajco.12703>
- Longo, C. J., Fitch, M., Deber, R. B., & Williams, A. P. (2006). Financial and family burden associated with cancer treatment in Ontario, Canada. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 14(11), 1077–1085. <https://doi.org/10.1007/s00520-006-0088-8>
- Mahal, A., Karan, A., Fan, V. Y., & Engelgau, M. (2013). The economic burden of cancers on Indian households. *PloS one*, 8(8), e71853. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071853>

- Mariotto, A. B., Yabroff, K. R., Shao, Y., Feuer, E. J., & Brown, M. L. (2011). Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010-2020. *Journal of the National Cancer Institute*, 103(2), 117–128. <https://doi.org/10.1093/jnci/djq495>
- Marti, J., Hall, P. S., Hamilton, P., Hulme, C. T., Jones, H., Velikova, G., Ashley, L., & Wright, P. (2016). The economic burden of cancer in the UK: a study of survivors treated with curative intent. *Psycho-oncology*, 25(1), 77–83. <https://doi.org/10.1002/pon.3877>
- Masat, S. (2018). Onkoloji Hastalarında Psikososyal Sorunlar ile Manevi Yönelim ve Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Samsun.
- Merollini, K., Gordon, L. G., Aitken, J. F., & Kimlin, M. G. (2020). Lifetime Costs of Surviving Cancer-A Queensland Study (COS-Q): Protocol of a Large Healthcare Data Linkage Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2831. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082831>
- Moghaddam Tabrizi, F., & Alizadeh, S. (2018). Family Intervention Based on the FOCUS Program Effects on Cancer Coping in Iranian Breast Cancer Patients: a Randomized Control Trial. *Asian Pacific journal of cancer prevention APJCP*, 19(6), 1523–1528. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1523>
- Mutlu, A. & Işık, AK. (2012). Sağlık Ekonomisine Giriş. Ekin Basım Yayın. Bursa.
- Narang, A. K., & Nicholas, L. H. (2017). Out-of-Pocket Spending and Financial Burden Among Medicare Beneficiaries With Cancer. *JAMA oncology*, 3(6), 757–765. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.4865>
- Newton, J. C., Johnson, C. E., Hohnen, H., Bulsara, M., Ives, A., McKiernan, S., Platt, V., McConigley, R., Slavova-Azmanova, N. S., & Saunders, C. (2018). Out-of-pocket expenses experienced by rural Western Australians diagnosed with cancer. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 26(10), 3543–3552. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4205-2>
- Ó Céilleachair, A., Hanly, P., Skally, M., O'Leary, E., O'Neill, C., Fitzpatrick, P., Kapur, K., Staines, A., & Sharp, L. (2017). Counting the cost of cancer: out-of-pocket payments made by colorectal cancer survivors. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 25(9), 2733–2741. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3683-y>
- OECD Health Statistics. (2018). Health expenditure and financing. Back to table of contents. Erişim:03.07.2019. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>
- OECD Health Statistics. (2018). Spending on health: Latest Trends. Erişim: 12.05.2019. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Spending-Latest-Trends-Brief.pdf>
- OECD (2017), “Out-of-pocket medical expenditure”, in Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Erişim: 28.04.2019. https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-26-en
- Oğuzhan, G., Kurnaz, M. (2018). Katastrofik Sağlık Harcamaları: Düşük Gelirli Ülke Örnekleri. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 25-32.
- Oh, P. J., & Cho, J. R. (2020). Changes in Fatigue, Psychological Distress, and Quality of Life After Chemotherapy in Women with Breast Cancer: A Prospective Study. *Cancer nursing*, 43(1), E54–E60. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000689>
- O'Neill, K. M., Mandigo, M., Pyda, J., Nazaire, Y., Greenberg, S. L., Gillies, R., & Damuse, R. (2015). Out-of-pocket expenses incurred by patients obtaining free breast cancer care in Haiti: A pilot study. *Surgery*, 158(3), 747–755. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2015.04.040>

- Onoka, C. A., Onwujekwe, O. E., Hanson, K., & Uzochukwu, B. S. (2011). Examining catastrophic health expenditures at variable thresholds using household consumption expenditure diaries. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 16(10), 1334–1341. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2011.02836.x>
- Ovayolu, Ö. (2011). Kemoterapi Alan Meme Kanserli Kadınlara Uygulanan Aromaterapinin Semptomlara ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Programı. Kayseri.
- Özgen, H., Sahin, B., Belli, P., Tatar, M., & Berman, P. (2010). Predictors of informal health payments: the example from Turkey. *Journal of medical systems*, 34(3), 387–396. <https://doi.org/10.1007/s10916-008-9251-8>
- Özgen, H. (2007). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama Nedir? Neden Önemlidir? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2),201-228.
- Özkan, M. ve Akın, S. (2017). Kanserli hastalarda yorgunluğun fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(3): 177-192. <https://doi.org/10.17672/fnjn.343256>
- Özmen, V., Gürdal, S. Ö., Cabioglu, N., Özcinar, B., Özaydın, A. N., Kayhan, A., Arıbal, E., Sahin, C., Saip, P., & Alagöz, O. (2017). Cost-Effectiveness of Breast Cancer Screening in Turkey, a Developing Country: Results from Bahçeşehir Mammography Screening Project. *European journal of breast health*, 13(3), 117–122. <https://doi.org/10.5152/ejbh.2017.3528>
- Öztürk, S., Uçan, O. (2017). Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış – Büyüme İlişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22, 139-152.
- Öztürk, Y. (2017). Pap smear testi yaptırmamış kadınların bu teste yönelik farkındalıklarının ve testi yaptırmama nedenlerinin değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- Park, J., & Look, K. A. (2019). Health Care Expenditure Burden of Cancer Care in the United States. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, 56, 46958019880696. <https://doi.org/10.1177/0046958019880696>
- Paris, V. et al. (2016), “Health Care Coverage in OECD Countries in 2012”, OECD Health Working Papers, No. 88, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5jlz3kbf7pzy-en>.
- Patsou, E. D., Alexias, G. T., Anagnostopoulos, F. G., & Karamouzis, M. V. (2018). Physical activity and sociodemographic variables related to global health, quality of life, and psychological factors in breast cancer survivors. *Psychology research and behavior management*, 11, 371–381. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S170027>
- Pisu, M., Azuero, A., Benz, R., McNeese, P., & Meneses, K. (2017). Out-of-pocket costs and burden among rural breast cancer survivors. *Cancer medicine*, 6(3), 572–581. <https://doi.org/10.1002/cam4.1017>
- Pisu, M., Azuero, A., Meneses, K., Burkhardt, J., & McNeese, P. (2011). Out of pocket cost comparison between Caucasian and minority breast cancer survivors in the Breast Cancer Education Intervention (BCEI). *Breast cancer research and treatment*, 127(2), 521–529. <https://doi.org/10.1007/s10549-010-1225-0>
- Pisu, M., Azuero, A., McNeese, P., Burkhardt, J., Benz, R., & Meneses, K. (2010). The out of pocket cost of breast cancer survivors: a review. *Journal of cancer survivorship : research and practice*, 4(3), 202–209. <https://doi.org/10.1007/s11764-010-0125-y>

- Potter, P.A., Perry, A.G. Stockert, P.A., Hall, A.M. (2013). *Fundamentals of Nursing*. (8.th.ed). Elsevier Mosby Inc.
- Pratt-Chapman, M., & Bhadelia, A. (2019). Patient-Reported Outcomes in Health Economic Decision-Making: A Changing Landscape in Oncology. *Recent results in cancer research. Fortschritte der Krebsforschung. Progres dans les recherches sur le cancer*, 213, 67–83. https://doi.org/10.1007/978-3-030-01207-6_6
- Roman E, Cardoen B, Decloedt J, et al. (2020). Variability in hospital treatment costs: a time-driven activity-based costing approach for early-stage invasive breast cancer patients. *BMJ Open*, 10:e035389. doi: 10.1136/bmjopen-2019-035389.
- Roy, C., Andrews, H.A. (2008). *The Roy Adaptation Model*. Third Edition. Prentice Hall Company. USA.
- Sarenmalm, E.K., Browall, M., Persson, L.O., Dickson, F., Johansson, F.G. (2013). Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22, 20–27 DOI: 10.1002/pon.2053.
- Sarenmalm, E.K., Ohlén, J., Jonsson, T., & Gaston-Johansson, F. (2007). Coping with recurrent breast cancer: predictors of distressing symptoms and health-related quality of life. *Journal of pain and symptom management*, 34(1), 24–39. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.10.017>
- Sayım, F. (2017). Türkiye’ de Sağlık Ekonomisi İstatistikleri ve Sağlık Harcamalarının Gelişimi. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 15, 13-30.
- Schnipper, L. E., Davidson, N. E., Wollins, D. S., Tyne, C., Blayney, D. W., Blum, D., Dicker, A. P., Ganz, P. A., Hoverman, J. R., Langdon, R., Lyman, G. H., Meropol, N. J., Mulvey, T., Newcomer, L., Peppercorn, J., Polite, B., Raghavan, D., Rossi, G., Saltz, L., Schrag, D., ... American Society of Clinical Oncology (2015). American Society of Clinical Oncology Statement: A Conceptual Framework to Assess the Value of Cancer Treatment Options. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 33(23), 2563–2577. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.61.6706>
- Short, P. F., Moran, J. R., & Punekar, R. (2011). Medical expenditures of adult cancer survivors aged <65 years in the United States. *Cancer*, 117(12), 2791–2800. <https://doi.org/10.1002/cncr.25835>.
- Small, C., Kramer, H. J., Griffin, K. A., Vellanki, K., Leehey, D. J., Bansal, V. K., & Markossian, T. W. (2017). Non-dialysis dependent chronic kidney disease is associated with high total and out-of-pocket healthcare expenditures. *BMC nephrology*, 18(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s12882-016-0432-2>.
- Steward, B.D., Wild, C.P. (2014). *World Cancer Report*. Lyon: International Agency for Research on Cancer World Health Organization. Erişim: 08.07.2019. <https://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>
- Şengün İnan, F., & Üstün, B. (2019). Fear of Recurrence in Turkish Breast Cancer Survivors: A Qualitative Study. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society*, 30(2), 146–153. <https://doi.org/10.1177/1043659618771142>
- Tanriverdi, O., Yavuzsen, T., Turhal, S., Kilic, D., Yalcin, S., Ozkan, A., Uzunoglu, S., Uysal-Sonmez, O., Akman, T., Aktas, B., Ulger, S., Babacan, T., Komurcu, S., Yaren, A., & Cay-Senler, F. (2016). Depression and socio-economical burden are more common in primary caregivers of patients who are not aware of their cancer: TURQUOISE Study by the Palliative Care Working Committee of the Turkish Oncology Group

- (TOG). *European journal of cancer care*, 25(3), 502–515. <https://doi.org/10.1111/ecc.12315>
- Tatar, M. (2009). “Türkiye’de Sağlık ve Kanser Harcamaları” Türkiye’de Kanser Kontrolü. İçinde: Tuncer M. (ed.) T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. ss:65-69. Ankara.
- Taylor, C.R, Lillis, C., Lemone, P., Lynn, P. (2011). *Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care*. (7 th.ed). Lippincotti Williams Q Wilks.
- Tekin, R. N., & Saygılı, M. (2019). Determining Breast Cancer Treatment Costs Using the Top Down Cost Approach. *European journal of breast health*, 15(4), 242–248. <https://doi.org/10.5152/ejbh.2019.4909>
- Temiz, G. (2016). Kemoterapi Uygulanan Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin ve Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Tokatlıoğlu, İ., Tokatlıoğlu, Y. (2014). Türkiye’de 2002-2011 Yılları Arasında Katastrofik Sağlık Harcamalarının Yoksulluk Yaratma Kapasitesi. *Ekonomik Yaklaşım*, 24(87), 1-36.
- Tokatlıoğlu, Y. & İ. Tokatlıoğlu (2018), “Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamaları ve Bu Harcamaları Belirleyen Faktörler: 2002-2014 Dönemi”, *Sosyoekonomi*, 26(35), 59-78.
- Torun, P., Kutlar, A. (2018). Türkiye’de Kanser’in Ekonomik Maliyetleri: Bir Hesaplanabilir Genel Denge Modeli Yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(1), 87-101
- Turoń-Skrzypińska A, Pawlukowska W, Szylińska A, et al. (2020). Assessment of the Relationship between Selected Factors and Stress-Coping Strategies in Handcyclists-A Preliminary Study. *Medicina (Kaunas)*, 56(5),211. doi:10.3390/medicina56050211
- Türk, K. E., & Yılmaz, M. (2018). The Effect on Quality of Life and Body Image of Mastectomy Among Breast Cancer Survivors. *European journal of breast health*, 14(4), 205–210. <https://doi.org/10.5152/ejbh.2018.3875>
- Türk, K.E. (2017). Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden İmajı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Sivas.
- Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Harcamaları İstatistikleri. (2019). Erişim: 05. 04. 2019. <http://www.tuik.gov.tr/>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Türkiye Kanser İstatistikleri.(2018).Erişim:21.07.2019.https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Trkiye_Kanser_statistikleri_2016.pdf
- Valderrama Rios, M. C., & Sánchez Pedraza, R. (2018). Anxiety and Depression Disorders in Relation to the Quality of Life of Breast Cancer Patients with Locally Advanced or Disseminated Stage. Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o diseminado. *Revista colombiana de psiquiatria*, 47(4), 211–220. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.04.003>
- Vrinten, C., McGregor, L. M., Heinrich, M., von Wagner, C., Waller, J., Wardle, J., & Black, G. B. (2017). What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. *Psycho-oncology*, 26(8), 1070–1079. <https://doi.org/10.1002/pon.4287>
- Wang, Z., Yin, G., & Jia, R. (2019). Impacts of self-care education on adverse events and mental health related quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Complementary therapies in medicine*, 43, 165–169. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.01.027>

- Webster K., Cella D., Yost K. (2003). The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) measurement system: Properties applications, and interpretation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 79-85.
- Wilkinson, J.M., Treas, S.L., Barnett, K., Smith, H.M. (2016). *Fundamentals of Nursing*, (3.th.ed.). Volume 1 Theory, Concepts, and Applications. F. A. Davis Company.
- Wu, Q., Liao, W., Zhang, M., Huang, J., Zhang, P., & Li, Q. (2020). Cost-Effectiveness of Tucatinib in Human Epidermal Growth Factor Receptor 2-Positive Metastatic Breast Cancer From the US and Chinese Perspectives. *Frontiers in oncology*, 10, 1336. <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.01336>
- World Health Organization (2015). Cancer control: a global snapshot in 2015: summary of results from the 2015 WHO NCD country capacity survey. Erişim: 08.07.2019. <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>
- World Health Organization Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends. (2018). Erişim:05.07.2019. https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2018/en/
- Xu, J., Nicholas, S., Wang, J., & Yang, Y. (2020). A retrospective analysis of hospital treatment expenditures among young and middle age patients with cancer, 2013-2017 under health reform. *The International journal of health planning and management*, 35(4), 878–887. <https://doi.org/10.1002/hpm.2957>
- Yan, B., Yang, L. M., Hao, L. P., Yang, C., Quan, L., Wang, L. H., Wu, Z., Li, X. P., Gao, Y. T., Sun, Q., & Yuan, J. M. (2016). Determinants of Quality of Life for Breast Cancer Patients in Shanghai, China. *PloS one*, 11(4), e0153714. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153714>
- Yıldız, E. (2016). Kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve baş etme düzeylerinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
- You, C. H., Kang, S., & Kwon, Y. D. (2019). The Economic Burden of Breast Cancer Survivors in Korea: A Descriptive Study Using a 26-Month Micro-Costing Cohort Approach. *Asian Pacific journal of cancer prevention APJCP*, 20(7), 2131–2137. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.7.2131>
- You, J., Lu, Q., Zvolensky, M. J., Meng, Z., Garcia, K., & Cohen, L. (2018). Anxiety- and Health-Related Quality of Life Among Patients With Breast Cancer: A Cross-Cultural Comparison of China and the United States. *Journal of global oncology*, 4, 1–9. <https://doi.org/10.1200/JGO.2016.008763>
- You, J., Wang, C., Rodriguez, L., Wang, X., Lu, Q. (2018). Personality, coping strategies and emotional adjustment among Chinese cancer patients of different ages. *Eur J Cancer Care*, 27:e12781. <https://doi.org/10.1111/ecc.12781>
- Zhao, Y., Zhang, L., Fu, Y., Wang, M., & Zhang, L. (2020). Socioeconomic Disparities in Cancer Treatment, Service Utilization and Catastrophic Health Expenditure in China: A Cross-Sectional Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1327. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041327>
- Zheng, A., Duan, W., Zhang, L., Bao, X., Mao, X., Luo, Z., & Jin, F. (2018). How great is current curative expenditure and catastrophic health expenditure among patients with cancer in China? A research based on "System of Health Account 2011". *Cancer medicine*, 7(8), 4036–4043. <https://doi.org/10.1002/cam4.1590>

EKLER

Ek 1: Hasta Anket Formu

MEME KANSERİ HASTALARININ CEPTEN YAPTIĞI HARCAMALARIN YAŞAM KALİTESİ İLE BAŞA ÇIKMA VE ADAPTASYON SÜRECİNE ETKİSİ

Bu araştırma meme kanseri hastalarının cepten yaptığı harcamaların yaşam kalitesi ile başa çıkma ve adaptasyon sürecine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya ait bilgiler başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Araştırma tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden TEŞEKKÜR EDERİM.

Öğr. Gör. Yasemin ÖZYER
OMÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Doktora Öğrencisi

HASTA ANKET FORMU

- 1. Yaşınız:**
- 2. Medeni durumunuz:** ()Evli ()Bekar
- 3. Eğitim durumunuz:**
() Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite
() Lisans üstü
- 4. Mesleğiniz:**
()Ev hanımı ()İşçi ()Memur ()Serbest Meslek ()Emekli ()Öğrenci ()İşsiz
()Diğer (belirtiniz):.....
- 5. Ailenizde siz hariç birlikte yaşadığınız kişi sayısı:**
- 6. Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?:**
()Yalnız ()Eşiyle birlikte ()Eşi ve çocuklarıyla ()Diğer (belirtiniz):.....
- 7. Çocuğunuz var mı? ()Evet ()Hayır**
- 8. Cevabınız evet ise sahip olduğunuz çocuk sayısı:**
- 9. Çalışıyor musunuz? ()Evet ()Hayır**

Ek 1: (devam)

10. Aşağıdaki ifadelerden hangisi işinizi en iyi tanımlamaktadır?

- Tam zamanlı çalışıyorum Kısmi zamanlı çalışıyorum Geçici işlerde çalışıyorum İşveren ve işletme sahibiyim Emekliyim Malulen emekliyim Mevsimlik işçiyim Diğer (belirtiniz):.....

11. Kemoterapi tedavisi nedeniyle işinizi bırakmak zorunda kaldınız mı?

- Evet Hayır

12. Cevabınız evet ise kemoterapi tedavisi nedeniyle işinizi bıraktığınız için yaklaşık olarak aylık toplam kaç TL kaybınız oldu?.....TL

13. Kemoterapi tedavisi görmeniz ailenizde çalışan bireylerin işe gitme ve çalışma durumlarını etkiledi mi?

- Evet Hayır

14. Cevabınız evet ise aile üyelerinizin çalışmama/işe gidememe durumlarına bağlı olarak aylık toplam kesilen/kazanılmayan ücret miktarı yaklaşık olarak kaç Türk Lirasıdır?.....TL

15. Kemoterapi tedaviniz süresince tedaviniz ile ilgili giderleri karşılamakta hiç zorlandınız mı?

- Evet Hayır

16. Cevabınız evet ise bu zorluğu nasıl aştınız?:

- Birikimlerimizden harcadık Diğer harcamalarımızdan kısıtlama yaptık
 Yardım aldık Mal varlığımızdan satış yaptık Bankadan kredi çektik
 Arkadaşlarımızdan/akrabalarımızdan borç aldık Diğer (belirtiniz):.....

17. Sosyal güvenceniz var mı? Evet Hayır

18. Toplam aylık geliriniz ortalama kaç Türk lirasıdır?:.....TL

19. Tamamlayıcı özel sağlık sigortanız var mı? Evet Hayır

20. Cevabınız evet ise özel sağlık sigortanız için aylık ne kadar ödüyorsunuz?.....TL

21. Halen yaşadığınız yerleşim birimi: İl İlçe Köy

22. Yaşadığınız yer tedavi merkezine/buraya ne kadar uzaklıkta?

- 0-25 km 26-50 km 51-75 km 76-100 km 101km ve üzeri

23. Kemoterapi aldığınız bu kuruma sevk ile mi geldiniz? Evet Hayır

24. Meme kanseri tanısı ne zaman konuldu?

25. Klinik evreniz? Evre 1 Evre 2 Evre 3 Evre 4

26. Ne kadar zamandır meme kanseri tedavisi görüyorsunuz?

- 1-3 ay 4-6 ay 7-9 ay 10-12 ay 13 ay ve üstü

27. Bugüne kadar uygulanan tedavi türleri(Birden fazla işaretlenebilir):

- Cerrahi tedavi Radyoterapi Kemoterapi Hormon terapisi

28. Kanser dışında başka bir hastalığınız var mı? Evet Hayır

Ek 1: (devam)

29. Cevabınız evet ise bu hastalıklarınız nelerdir?

- Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları Solunum Sistemi Hastalıkları
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Endokrin Sistem Hastalıkları
Genitoüriner Sistem Hastalıkları Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları
Sinir Sistemi Hastalıkları Nörolojik Sistem Hastalıkları
Psikiyatrik Hastalıklar Diğer belirtiniz

30. Aile bireylerinde sizden başka kanser teşhisi alan ve tedavi gören birey var mı? Evet Hayır

31. Ailenizde birlikte yaşadığınız kişilerde kanser dışında kronik bir hastalığı olan hastanede yatarak yada ayaktan tedavi gören başka birey var mı?
Evet Hayır

32. Ailenizde engelli/bakıma muhtaç olan birey var mı? Evet Hayır

33. Sağlık durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

- Çok kötü Kötü Orta İyi Çok İyi Bilmiyorum

34. Kemoterapiye ne zaman başladınız? Gün.....Ay.....Yıl....

35. Kaç günde bir kemoterapi alıyorsunuz?.....

36. Şimdiye kadar kaç kür kemoterapisi gördünüz?.....

37. Bu kaçınıcı kemoterapi seansınız?.....

38. Kemoterapi tedavisi için size baston, tekerlekli sandalye, gözlük/lens, işitme cihazı veya protez gibi tıbbi cihaz ve araç gereç kullanıldı mı?
Evet Hayır Bilmiyorum

39. Cevabınız evet ise bunun için sağlık sisteminin karşılamadığı cepten bir harcama yaptınız mı?
Evet Hayır Bilmiyorum

40. Eğer cevabınız evet ise yapılan ödeme miktarıTL

41. Kemoterapi tedavisi için ulaşım, yemek ve konaklama nedeniyle sizin için siz veya hanehalkından biri doğrudan para ödediniz mi?
Evet Hayır Bilmiyorum

42. Cevabınız evet ise yapılan ödeme miktarıTL

43. Kemoterapi tedavisi için, size kimse eşlik (refakat) etti mi? Evet Hayır

44. Bunun için (refakatçi) ulaşım, yemek ve konaklama nedeniyle siz veya hanehalkından biri doğrudan para ödediniz mi?
Evet Hayır Bilmiyorum

45. Eğer cevabınız evet ise yapılan ödeme miktarıTL

46. Kemoterapi tedavisi için şu ana kadar yaptığınızı söylediğiniz tüm harcamalar ile ilgili olarak, size veya hanehalkından birisine hanehalkı dışından herhangi bir kişi veya kurum karşılıksız olarak yardımda bulundu mu? Evet Hayır

Ek 1: (devam)

47. Cevabınız evet ise yapılan yardım miktarı:.....TL
48. Kemoterapi tedavisi için şu ana kadar yaptığınızı söylediğiniz tüm harcamaları herhangi bir kişi veya kurum size veya hane halkına geri ödedi mi?
()Evet ()Hayır ()Bilmiyor
49. Kanser tedavisiyle ilgili aldığınız ilaçlar sağlık sigortanız tarafından karşılanıyor mu?
()Evet ()Hayır
50. Cevabını hayır ise aylık ne kadar ücret yada fark ödüyorsunuz?.....TL
51. Kemoterapi esnasında yan etkiler yaşadınız mı? ()Evet ()Hayır
52. Cevabınız evet ise hangi yan etkileri yaşadınız?
()Saç dökülmesi ()Yorgunluk ()Bulantı-kusma ()Ağız yarası ()Kilo kaybı
()Anemi ()İshal ()Kabızlık ()Ağrı ()Uykusuzluk ()İştahsızlık ()Ateş
()Cinsel isteksizlik ()Ellerde ayaklarda karıncalanma-uyuşma
()Ayaklarda ödem ()Diğer(belirtiniz):
53. Kemoterapi gördüğünüz sırada herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?
()Evet ()Hayır
54. Oluşan sağlık sorununuzu gidermek için ne yaptınız?
() Hiçbir şey yapmadım () Kendi kendine ve/veya başkalarının yardımı ile tedavi etmeye çalıştım ()Sağlık hizmeti sunanlardan bir kurumda (muayene, kontrol vs.) ve / veya evde sağlık hizmeti aldım ()Geleneksel sağlıkçılara gittim/başvurdum () Acile gittim () Yatış yapıldı ()Diğer belirtiniz:
55. Son kürden şimdi aldığınız küre kadar cepten harcama yaptınız mı?
() Evet ()Hayır
56. Cevabınız evetse cepten yaptığınız harcamaları söyler misiniz? (Alternatif ve tamamlayıcı tedaviler, bitkisel ürünler, kozmetik ürünler, psikolojik destek, diyetisyen, aromaterapi, ev temizliği, çocuk bakımı, reçeteli ve reçetesiz ilaçlar, tıbbi bakım malzemeleri, hastane masrafları, medikal malzemeler, özel muayene ücretleri, sigorta primleri, diğer)

Ek 2: FACT-B Yaşam Kalitesi Ölçeği

FACT-B (Version 4) 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
BEDENİ DURUM					
1. Enerjim düşük	0	1	2	3	4
2. Bulantım var	0	1	2	3	4
3. Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum	0	1	2	3	4
4. Ağrım var	0	1	2	3	4
5. Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor	0	1	2	3	4
6. Kendimi hasta hissediyorum	0	1	2	3	4
7. Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum	0	1	2	3	4
SOSYAL YAŞAM VE AİLE DURUMU					
1. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum	0	1	2	3	4
2. Ailemden manevi destek görüyorum	0	1	2	3	4
3. Arkadaşımdan destek görüyorum	0	1	2	3	4
4. Ailem hastalığımı kabullendi	0	1	2	3	4
5. Ailemle hastalığım konusundaki iletişimden memnunum	0	1	2	3	4
6. Kendimi hayat arkadaşına (veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum	0	1	2	3	4
<i>Aşağıdaki soruyu lütfen şu anki cinsel ilişki durumunuzu göz önüne almadan yanıtlayınız. Eğer bu soruya cevap vermemeyi tercih ederseniz, lütfen yandaki kutuyu işaretleyip bir sonraki bölüme geçiniz. □</i>	Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
7. Cinsel hayatım tatmin edici	0	1	2	3	4

Ek 2: (devam)

FACT-B (Version 4)					
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
DUYGUSAL DURUM					
1. Kendimi üzgün hissediyorum	0	1	2	3	4
2. Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum	0	1	2	3	4
3. Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum	0	1	2	3	4
4. Kendimi sinirli hissediyorum	0	1	2	3	4
5. Ölmekten korkuyorum	0	1	2	3	4
6. Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum	0	1	2	3	4
FAALİYET DURUMU					
1. Çalışabiliyorum (ev işi dahil)	0	1	2	3	4
2. İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor	0	1	2	3	4
3. Hayattan zevk alabiliyorum	0	1	2	3	4
4. Hastalığımı kabullendim	0	1	2	3	4
5. İyi uyuyorum	0	1	2	3	4
6. Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum	0	1	2	3	4
7. Şu anda hayatımın kalitesinden memnunum	0	1	2	3	4

Ek 2: (devam)

FACT-B (Version 4) 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
DİĞER ENDİŞELER					
1. Nefes darlığı çekiyorum	0	1	2	3	4
2. Kıyafetlerimin üzerimde nasıl durduğu konusunda tedirginim	0	1	2	3	4
3. Kollarımdan biri ya da her ikisi şiş veya dokununca hassas	0	1	2	3	4
4. Kendimi cinsel yönden çekici hissediyorum	0	1	2	3	4
5. Saçımın dökülmesi beni rahatsız ediyor	0	1	2	3	4
6. Diğer aile fertlerimin bir gün aynı hastalığa yakalanabileceklerinden endişe duyuyorum	0	1	2	3	4
7. Stresin (sıkıntının) hastalığım üzerindeki etkisinden endişe duyuyorum	0	1	2	3	4
8. Kilomdaki değişiklik beni rahatsız ediyor	0	1	2	3	4
9. Kendimi kadın gibi hissedebiliyorum	0	1	2	3	4
10. Vücudumun belirli yerleri ağrıyor	0	1	2	3	4

Ek 3: Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği

BAŞETME VE UYUM SÜRECİ ÖLÇEĞİ İnsanlar bazen hayatlarında çok zor olaylar ya da kriz durumları yaşarlar. Aşağıda insanların bu gibi durumlarda verdikleri tepkilerin sıralandığı bir liste var. Listedeki her bir madde için sizin kişisel olarak vereceğiniz tepkiye en yakın cevabı daire içine alın. “Bir kriz durumu ya da çok zor bir olay yaşadığımda; Ben.....”	Hiç bir zaman	Arada sırada	Sıklıkla	Her zaman
1. Bir kriz durumunda bile, birçok talimatı aynı anda sürdürebilirim.	1	2	3	4
2. Yeni soruna genellikle yeni bir çözüm getirebilirim.	1	2	3	4
3. Sorunun ne olduğunu tanımlar ve sorunu bütünüyle görmeye çalışırım.	1	2	3	4
4. Seçeneklerimi arttırmak için mümkün olduğunca daha fazla bilgi toplarım.	1	2	3	4
5. Sıkıntılı olduğumda yapmam gerekenleri bitirmede zorluk çekerim.	1	2	3	4
6. Geçmişte işe yarayan çözümleri hatırlamaya çalışırım.	1	2	3	4
7. Genellikle her türlü şeyi benim için en yararlı olacak şekilde yapmaya çalışırım.	1	2	3	4
8. Beni rahatsız eden şeyin dışında başka bir şey düşünemem.	1	2	3	4
9. Sorunu elimden gelen en iyi şekilde ele alabilirsem kendimi iyi hissederim.	1	2	3	4
10. Durumun nasıl sonlanmasını istediğimi belirlerim ve sonra hedefe nasıl ulaşacağıma bakarım.	1	2	3	4
11. Stresli olduğumda verimim azalır.	1	2	3	4
12. Bir durumla karşılaştığımda kendime biraz zaman veririm ve durumu tam kavrayana kadar harekete geçmem.	1	2	3	4
13. Bir kriz durumunu baş edebileceğimden çok daha fazla karmaşık bulurum.	1	2	3	4
14. Problemi adım adım düşünerek karar veririm.	1	2	3	4

Ek 3: (devam)

BAŞETME VE UYUM SÜRECİ ÖLÇEĞİ İnsanlar bazen hayatlarında çok zor olaylar ya da kriz durumları yaşarlar. Aşağıda insanların bu gibi durumlarda verdikleri tepkilerin sıralandığı bir liste var. Listedeki her bir madde için sizin kişisel olarak vereceğiniz tepkiye en yakın cevabı daire içine alın. “Bir kriz durumu ya da çok zor bir olay yaşadığımda; Ben.....”	Hiç bir zaman	Arada sırada	Sıklıkla	Her zaman
15. Ortada hiçbir sebep yokken yavaşlamaya başladığımı hissedirim.	1	2	3	4
16. Duygularımı yeniden olumlu şekle sokmak için çok çalışırım.	1	2	3	4
17. Kriz boyunca gün içinde kendimi sürekli tetikte ve aktif hissedirim.	1	2	3	4
18. Duygularımı bir kenara bırakır ve olup bitenlerle ilgili son derece tarafsız olurum.	1	2	3	4
19. Olayla ilgili her şey için gözümü kulağımı açık tutarım.	1	2	3	4
20. İlk başta aşırı tepki vermeye meyilliyim.	1	2	3	4
21. Başka durumlarda işe yarayan şeyleri hatırlarım.	1	2	3	4
22. Olayları olduğu gibi görerek, sorunu doğru açıdan değerlendiririm.	1	2	3	4
23. En azından bir süre için donup kalırım ve kafam karışır.	1	2	3	4
24. Problemin ne olduğunu söylemek aslında benim için güçtür.	1	2	3	4
25. Çok boyutlu problemleri ele alma konusunda iyiyimdir.	1	2	3	4
26. Sorunla başa çıkmak için daha fazla destek/kaynak bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
27. Bilmediğim yerlere gitmek zorunda kaldığımda pek çok kişiye göre yolumu daha iyi bulabilirim.	1	2	3	4
28. Durumu ele alırken mizahı kullanırım.	1	2	3	4

Ek.3. (devam)

BAŞETME VE UYUM SÜRECİ ÖLÇEĞİ İnsanlar bazen hayatlarında çok zor olaylar ya da kriz durumları yaşarlar. Aşağıda insanların bu gibi durumlarda verdikleri tepkilerin sıralandığı bir liste var. Listedeki her bir madde için sizin kişisel olarak vereceğiniz tepkiye en yakın cevabı daire içine alın. “Bir kriz durumu ya da çok zor bir olay yaşadığımda; Ben.....”	Hiç bir zaman	Arada sırada	Sıklıkla	Her zaman
29. Krizi atlama için yapacağım köklü değişikliklerle hayatımı altüst etmem olasıdır.	1	2	3	4
30. (Egzersiz gibi) fiziksel aktivite ve dinlenme zamanımı dengelemeye çalışırım.	1	2	3	4
31. Stresli olduğumda verimim artar.	1	2	3	4
32. Olup biten her şeyi geçmiş deneyimlerimle ya da gelecek planlarımla ilişkilendirebilirim.	1	2	3	4
33. Yaşadığım güçlükler ne olursa olsun kendimi suçlamaya meyilliyim	1	2	3	4
34. Yaratıcı olmaya ve yeni bir çözüm bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
35. Bazı nedenlerle tecrübelerimden yeterince yararlanamıyorum.	1	2	3	4
36. Başkalarının işine yarayan çözümlerden yararlanırım.	1	2	3	4
37. Olaya bir fırsat ya da aşılması gereken zorluk gibi görürüm ve olumlu yönden bakarım.	1	2	3	4
38. Daha fazla çözüm üretebilmek için, tüm seçenekler üzerinde düşünürüm.	1	2	3	4
39. (Egzersiz gibi) fiziksel aktivitelerimde değişiklikler yaşarım.	1	2	3	4
40. Olay meydana gelir gelmez detayları öğrenerek, olayın kontrolünü ele alırım.	1	2	3	4
41. Herhangi bir şey yapmadan önce olabilecek her tür belirsizliği açıklamaya çalışırım.	1	2	3	4

Ek. 3. (devam)

BAŞETME VE UYUM SÜRECİ ÖLÇEĞİ İnsanlar bazen hayatlarında çok zor olaylar ya da kriz durumları yaşarlar. Aşağıda insanların bu gibi durumlarda verdikleri tepkilerin sıralandığı bir liste var. Listedeki her bir madde için sizin kişisel olarak vereceğiniz tepkiye en yakın cevabı daire içine alın. “Bir kriz durumu ya da çok zor bir olay yaşadığımda; Ben.....”	Hiç bir zaman	Arada sırada	Sıklıkla	Her zaman
42. Krize, büyük ihtimalle doğrudan müdahale ederim.	1	2	3	4
43. Hasta olacağımı hissederim.	1	2	3	4
44. Yaşadığım zorluğu çözebilen yeni bir beceriyi oldukça çabuk öğrenir ve kullanırım.	1	2	3	4
45. Çok sık olarak yaptığım işten kolayca vazgeçerim.	1	2	3	4
46. Olayla başa çıkmak için bir dizi aktiviteyi içeren bir plan geliştiririm.	1	2	3	4
47. Birçok şeyin nasıl sonuçlanacağı hakkında iyi niyetli-olumlu düşünürüm.	1	2	3	4

Ek 4: FACT-B Ölçeği Kullanım İzni



PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT

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

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

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

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

Ek 4: (devam)



PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

- 6) In no cases may any FACIT questionnaire be placed on the internet without password protection. To do so is considered a violation of copyright.
- 7) Licensor reserves the right to withdraw this license if YASEMIN ÖZYER engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 8) There are no fees associated with this license.
- 9) This license is effective upon date issued by FACIT.org and expires at the completion of YASEMIN ÖZYER's project.
- 10) YASEMIN ÖZYER agrees to provide FACIT.org with a copy of any publication which results from this study.

Issued on: August 3, 2018

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

Ek 5: Başetme ve Uyum S¼reci ¼lçeęi Sahibinden Kullanım İzni

ChalonCampus, 12001ChalonRoad, LosAngeles, CA90049
DohenyCampus, 10ChesterPlace, LosAngeles, CA90007

Phone: 310.954.4000
Phone: 213.477.2500

www.msmu.edu

August 15, 2018


Academician Yasemin ¼zyer
Sinop University
Durağan Vocational School of Higher Education Sinop, Turkey

Dear Ms. Ozyer:

Permission is hereby granted to use the research instrument Coping and Adaptation Processing Scale (CAPS) for your PhD thesis.

This permission includes future use of the instrument for educational, research, or nursing practice purposes. It excludes only entrepreneurial ventures for which a separate agreement would be required.

Sincerely,



Sr. Callista Roy, PhD, RN, FAAN
Associate Professor, Mount Saint Mary's University Los Angeles
Professor Emeritus, Connell School of Nursing Boston College

Mount 
Saint Mary's
University

Ek 6: Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği Uyarlayıcısından Kullanım İzni



Sayın Yasemin ÖZYER,

Türkçe'ye uyarladığımız “Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği”ni çalışmanızda kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti, öncelikle teşekkür eder çalışmanızda başarılar dileriz.

“Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği”nin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği programında doktora tez çalışması olarak yapılmıştır. Ölçek İzmir ilinde iki üniversite, iki eğitim araştırma hastanesi ile Antalya ilindeki bir üniversite, bir eğitim araştırma hastanesinin kalp-damar cerrahisi klinik ve polikliniklerinde koroner arter baypas greft cerrahisi uygulanmış hastalarla yürütülmüştür. Ölçeğin ülkemizde farklı hasta gruplarında, daha geniş popülasyonda tekrar test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmak; geçerlik ve güvenilirliğini yeniden test etmek için çalışma verilerinizi göndermek koşuluyla ölçeği kullanabilirsiniz. Aynı zamanda ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığınız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir.

Çalışma verilerinizi göndermenizde; yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederiz.

Dr.Öğr.Ü. Emine ÇATAL

Akdeniz Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D.

Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü & Hemşirelik Yüksekokulu
ADRES: DEÜ Hastane Kampüsü İçi Mithatpaşa Cad. No:1606 35340 Inciraltı-İZMİR
TEL: +90. 232.412.47.51 FAX: +90.232.412.47.98
E-mail: saglikbil@deu.edu.tr
hemstirelik@deu.edu.tr

Ek 7: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1885

14.09.2018

Sayın Doç.Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Meme Kanseri Hastalarının Cepten Yaptığı Harcamaların Yaşam Kalitesi İle Başa Çıkma Ve Adaptasyon Sürecine Etkisi** başlıklı OMÜ KAİK 2018/424 Karar nolu nitelikli Anket çalışması araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik kurulu yönergesine göre 13.09.2018 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırma bütçesinin maddi desteği henüz sağlanamadığından projeye bütçe desteği sağlanıp, araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra başlanmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof. Dr. Emine ŞENTUNÇ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkan Yrd.

Ek 8: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Araştırma İzni



İC
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : 15374210-010.06.99-E.115442
Konu : Yasemin ÖZYER'in Anket Çalışması İzni
Hk.

17/10/2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 26/09/2018 tarihli ve 93771576-302.08.01-E.105271 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Yasemin ÖZYER'in "Meme Kanseri Hastalarının Cepten Yaptığı harcamaların Yaşam Kalitesi ile Başa Çıkma ve Adaptasyon Sürecine Etkisi" konulu tezi ile ilgili anket çalışmasını hastanemizde yapma isteği uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz rica ederim.

[e-İmzalıdır]

Prof. Dr. Recep SANCAK
Merkez Müdürü V.

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit - SAMSUN
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29
Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr>

Meral TULUM
meral.tulum@omu.edu.tr
Dahili Tel : 2327

5070 Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.



İSTAR DANIşMANLIK
İstatistik & Araştırma Merkezi

Sayın Yasemin ÖZYER

Firmamız tarafından 22 - 23 - 24 Kasım 2019 tarihlerinde düzenlenen
9 saatlik “Online Maxqda İle Nitel Veri Analizi” Eğitimine katılmıştır.

İstar Danışmanlık
Fırat YILMAZ
Eğitmen

İstar Danışmanlık
Murat BAYAZIT
Koordinatör

Ek 10: Öz Geçmiş

ÖZ GEÇMİŞ

Yasemin ÖZYER, Ordu'nun Perşembe ilçesinde doğdu. Ordu Sağlık Meslek Lisesi'ni bitirdikten sonra Ordu Üniversitesi/ Hemşirelik Yüksekokulu'ndan 2011 yılında mezun oldu. 2016 yılında Ordu Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik yüksek lisans programını bitirdi. Mezuniyetinden bu yana Samsun Gazi Devlet Hastanesi hemşire (2001-2009), Ordu Devlet Hastanesi hemşire (2019-2016), Artvin Çoruh Üniversitesi Şavşat MYO Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü Öğretim Görevlisi (2016-2018), Sinop Üniversitesi Durağan MYO Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü Öğretim Görevlisi (2018-devam ediyor) olarak görev yapan, Yasemin Özyer orta derecede İngilizce bilmektedir. Temel ilgi alanları, Hemşirelik, Anatomi, Fizyoloji, Fizyopatoloji, Farmakoloji'dir.

İletişim Bilgileri: yozyer@sinop.edu.tr

Tel no: 0368 330 00 16

ORCID ID: 0000-0002-2706-8107