



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

QUALITY OF LIFE WITH BREAST CANCER PATIENTS AND EVALUATION OF HEALTHY LIFE BEHAVIORS

Gülbahar GÜLCİVAN¹, Birol TOPÇU²

¹Namık Kemal Üniversitesi, Uygulama ve Araştırma Merkez Müdürlüğü, Tekirdağ-Türkiye
²Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Tekirdağ-Türkiye

*Bu çalışma Gülbahar GÜLCİVAN tarafından hazırlanan "Meme Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi" isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

Öz

Amaç: Çalışma, meme kanseri olan hastalarda yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırmanın örneklemini, bir üniversite Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde Günübirlik Kemoterapi Ünitesine başvuran, 18 yaş üzerinde, çalışmaya katılmayı kabul eden, iletişim sorunu olmayan, 6. doz kemoterapisini alan, Evre I-II de olan meme kanseri 150 hasta oluşturmaktadır. Meme kanseri hastalarının kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerinin değerlendirilmesinde Hasta Tanılama Formu, yaşam kalitesinin sorgulanmasında SF-36 Formu, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sorgulanmasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği kullanılmıştır. Hastalara ölçekler, yüz-yüze, tek görüşmede uygulanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen veriler tanımlayıcı ve karşılaştırma istatistikleri kullanılarak değerlendirildi. Verilerin özelliği temel alınarak tanımlayıcı istatistiklerde yüzdelik, aritmetik ortalama, standart sapma tercih edilirken gruplar arası farkların değerlendirilmesinde parametrik ve parametrik olmayan testler kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde p<0,05 değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Meme kanseri hastalarının yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; en düşük puan alan alt boyutun Emosyonel Rol Kısıtlılığı, en yüksek puan alan alt boyutun Mental Sağlık olduğu bulunmuştur. Meme kanseri olan hastaların sosyo-demografik özelliklerin yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde, yaşının, mesleki durumunun, eğitim durumunun, aylık gelirinin ve aile tipinin önemli bir değişken olduğu belirlenmiştir. Sağlıklı yaşama biçimi davranışları değerlendirildiğinde; en düşük puan alan alt boyutun fiziksel aktivite, en yüksek puan alan alt boyutun manevi gelişim, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ortalama puanın 154,20±24,22 ile orta derecede iyi olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Meme kanseri olan hastaların sosyo-demografik özelliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi incelendiğinde, medeni durumun, eğitim düzeyinin, mesleki durumun ve tedaviye destek olan kişilerin önemli bir değişken olduğu belirlenmiştir.

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

Abstract

Aim: The study was conducted with the aim of evaluating the quality of life and healthy lifestyle behaviors in patients with breast cancer.

Materials and Methods: The sample of the study consisted of 150 breast cancer patients who applied to the "Day-Care Chemotherapy Unit at a university Healthcare Application and Research Center", who were over 18 years old, agreed to participate in the study, had no communication problems, took 6th dose chemotherapy and were stage on I-II. "Patient Identification Form" was used in evaluating personal and medical characteristics of breast cancer patients, "SF-36 Form" was used in questioning the quality of life, "Scale of Healthy Life Style Behavior II" was used in questioning healthy lifestyle behaviors. Scales were applied to patients as face-to-face in single conversation. The data obtained from the study, was evaluated using descriptive and comparison statistics. Based on the characteristics of the data, while in descriptive statistics, percentage, arithmetic mean and standard deviation were preferred; in evaluating the differences between the groups, parametric and nonparametric tests were used. For statistical evaluation, P <0.05 value was accepted as relevant.

Results: When the quality of life of breast cancer patients was evaluated; it was found that the lowest scoring subscale was the Emotional Role Restriction, and the highest scoring subscale was the Mental Health. When the effects of socio-demographic characteristics on the quality of life of the patients with breast cancer were examined, it was determined that age, occupational status, educational status, monthly income and family type were significant variables. When evaluating the healthy lifestyle behaviors; it was determined that the Physical Activity was the lowest scoring subscale, the Spiritual Development was the highest scoring subscale and the mean score of 154.20 ± 24.22 for healthy lifestyle behaviors was moderately good.

Conclusion: When the effects of socio-demographic characteristics on healthy lifestyle behaviors of the patients with breast cancer were examined, it was determined that marital status, education level, occupational status and the people who supported the treatment were important variables.

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

Corresponding Author / Sorumlu Yazar:

Yrd. Doç. Dr. Birol Topçu
Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik
Anabilim Dalı, Tekirdağ-Türkiye
E-posta: topcubirol@gmail.com

Article History / Makale Geçmişi:

Date Received / Geliş Tarihi: 20.07.2017
Date Accepted / Kabul Tarihi: 16.08.2017

GİRİŞ

Son yıllarda kanser, yaşam kalitesine olumsuz etkisi nedeniyle önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir¹. Kanser her yıl milyonlarca insanın yaşamının sonlanmasına neden olmakta ve kalp hastalıklarından sonra ölüm sebepleri arasında ikinci sırayı almaktadır². Meme kanseri ise kadınlarda en sık görülen kanser türü olup, toplumun sosyoekonomik düzeyi yükseldikçe görülme oranı da artmaktadır³. Meme kanseri sık görülmesi nedeniyle sağlıklı kadınlarda da endişe yaratan, aynı zamanda estetik açıdan da önemli bir hastalık olarak görülmektedir. Meme kanserinin erken tanı ve tedavisi ile yaşam süresinde uzama, mortalitede azalma, yaşam kalitesinde artma ve psikososyal sıkıntıların önlenmesinde etkili olabilmektedir². Meme kanserinin erken dönemde teşhis edilmesi ile birlikte sağkalım süresinde uzama görülmektedir. Bu uzun yaşam beklentisi hastalarda da yaşam kalitesi kavramını ortaya çıkarmıştır⁴.

Yaşam kalitesi yüksek olan bireyler, bağımsız bir şekilde yaşamlarını sürdürür, gereksinimlerini ve günlük yaşam aktivitelerini kendileri karşılarlar. Sağlıklı yaşam biçimi, kişilerin sağlığını etkileyen tüm davranışları kontrol edebilmesi ve günlük aktivitelerinde kendine uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergileyenlerin yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu ve sağlıklarını geliştirici davranışlar geliştirdikleri görülmüştür⁵.

Ayrıca, kemoterapi alan bireylerin yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğinin bilinmesi, bu konuda hastalara destek verilmesi açısından da oldukça önem arz etmektedir⁶.

Sağlıklı yaşam biçiminin hastalıklara yakalanmayı azalttığı, ölüm oranlarını düşürdüğü görülmüş olup, kanserin önlenmesinde oldukça önemli bir yere sahiptir⁷. Sadece sağlıklı bireyler değil, sağlık sorunu yaşayan bireylerde sağlıklarını koruyup, geliştirmek ve hastalıkla ilgili olumsuzluklarla başetmek, uygulanan tedavilere uyum sağlayıp yaşam kalitesini arttırmak için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını göstermelidirler⁸.

GEREÇ VE YÖNTEM

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

Araştırmanın evrenini bir Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Günöbirlik Tedavi Odasında tedavi gören meme kanserli 165 hasta oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyerek tüm başvuru yapan hastalara ulaşılması hedeflendi. Ancak çalışmanın yapıldığı süre içinde çalışmaya katılmaya kabul etmeyen 15 hasta dışında araştırmanın örneklemi kalan 150 hasta oluşturdu. Örneklem grubundaki hastalara araştırma hakkında gerekli bilgiler verildikten sonra sözel onamları alındı.

Araştırma verilerinin toplanmasında "Hasta Tanılama Formu", "SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği" ve "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği" kullanıldı.

"Hasta Tanılama Formu" hastaların tanıtıcı özellikleri ile tedavi, durumlarını içeren 17 sorudan oluşmakta idi. Yaşam kalitesi ölçekleri içinde hastalığa özgü olmayan ve geniş açılı ölçüm yapmayı sağlayan SF-36 ölçeği Ware ve

Sherbourne tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır⁹.

Ölçek 36 maddeden oluşmakta ve 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Bunlar fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde)¹⁰⁻¹². Ölçek son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Değerlendirme 4. ve 5. maddelerde evet/hayır biçiminde iken diğer maddelere likert tipi (üçlü-altılı) biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçek tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı puan vermektedir. Alt ölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumunu göstermektedir¹³.

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

Ağrı alt ölçeği 0,842 bulunarak yüksek derecede güvenilir bir ölçek bulunurken diğer tüm alt ölçekler 0,60 ile 0,80 arasında bulunarak oldukça güvenilir bulundu¹⁴.

“Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” Walker, Sechrist ve Pender tarafından (1987) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 52 madde ve 6 alt faktörden oluşmaktadır. Alt gruplar; manevi

gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi. Derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1 puan), bazen (2 puan), sık sık (3 puan), düzenli olarak (4 puan) olarak kabul edilmektedir. Ölçeği tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir ve tüm maddeleri olumludur¹⁵.

SYBDÖ-II ölçeğinin güvenilirlik katsayısı 0,92 olup, çalışmamızda ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayısı 0,881 bulunmuştur. Alt ölçeklerin hepsi oldukça güvenilir, toplam ölçek güvenilirliği yüksek derecede güvenilir bulundu¹⁴.

BULGULAR

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

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam ölçek puan ortalamaları 154,20±24,22 bulunmuş olup, en yüksek alt puan ölçeği manevi gelişim 26,67±4,40, en düşük alt ölçek puanı fiziksel aktivite 16,34±5,57 bulundu. Alt ölçek puan ortalamaları Tablo 1' de verildi.

Tablo 1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Alt Ölçek Puan Ortalamaları

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

Meme kanseri tanısı alan hastaların sosyo-demografik özelliklerini incelediğimizde yaş ortalaması $46,6 \pm 10,17$ olan hastaların %79'unun evli, %46'sının ilkököl mezunu, %59'unun ev hanımı, %49'unun geliri giderine denk, %66'sının çekirdek aile yapısına sahip, %50'sinin hastalığına destek veren kişinin eşi, %44'ünün ilçede yaşadığı, %95'inin sağlık güvencesine sahip olduğu görüldü. Hastaların tedavi yöntemi olarak %60'ını sadece kemoterapi tedavisi aldığı ve kemoterapinin yan etkilerinden de %43'ünün saç dökülmesinden şikayet ettiği görüldü. Hastaların %33,3'üne cerrahi işlem yapıldığı ve bu yapılan ameliyat sonrasında şikâyetlerinin %36'sını psikolojik sıkıntılar oluşturduğu görüldü. Ayrıca hastaların %91'inin sigara, %98'inin alkol kullanmadığı görüldü. Kanser hastalığına ek olarak %56'sının ek bir kronik hastalığa sahip olmadığı görüldü (Tablo 2).

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

bozulma, aile ve sosyal ilişkilerde bozulmalara neden olabilmektedir.

Tablo 2. Hastaların Sosyo-Demografik Dağılımı (n=150)

Hastaların Kişisel Özellikleri	n	%
Yaş grubu	18yaş-30yaş	6 4
	31yaş-40 yaş	23 15,3
	41 yaş-60 yaş	101 67,3
	61 yaş ve üzeri	20 13,3
Medeni durumu	Evli	119 79,3
	Bekar	31 20,7
Eğitim durumu	Okuryazar	10 6,7
	İlkokul	69 46
	Ortaokul	14 9,3
	Lise	31 20,7
Meslek	Yüksekokul	26 17,3
	Çalışan	30 20
	Emekli	26 17,3
	İşsiz	5 3,3
Gelir durumu	Ev hanımı	89 59,3
	Gelir giderden az	59 39,3
Aile tipi	Gelir gidere denk	74 49,3
	Gelir giderden fazla	17 11,3
	Çekirdek aile	99 66
Destek veren	Geniş aile	32 21,3
	Parçalanmış aile	8 5,3
	Yalnız yaşıyor	11 7,3
	Eş	75 50
Sağlık güvencesi	Çocuklar	38 25,3
	Akrabalar	14 9,3
	Destek veren yok	23 15,3
Yaşanılan yer	Yok	2 1,3
	Sgk	143 95,3
	Yeşil kart	5 3,3
Tedavi durumu	Köy	35 23,3
	İlçe	66 44
	Şehir	49 32,7
	Kemoterapi	90 60
Kemoterapiye bağlı şikayet	Kemoterapi+radyoterapi	10 6,7
	Ameliyat+kemoterapi+radyoterapi	20 13,3
	Ameliyat+kemoterapi	30 20
	Cilt reaksiyonları	6 4
Ameliyat sonrası şikayet	Bulantı, kusma	32 21,3
	Saç dökülmesi	65 43,3
	Halsizlik, yorgunluk	43 28,7
	Kilo kaybı	4 2,7
Sigara kullanımı	Psikolojik sıkıntı	18 12
	Beden imajında bozulma	12 8
	Cinsel fonksiyonlarda bozulma	5 3,3
	Ağrı	15 10,7
Alkol kullanımı	Evet	12 8
	Hayır	138 92
	Yok	84 56
	Tansiyon hastalığı	44 29,3
Ek kronik hastalık	Şeker hastalığı	12 8
	Obezite	1 0,7
	Diğer	9 6
	Doktor	140 93,3
Hastalıkla ilgili bilgi veren	Hemşire	1 0,7
	Yakını	5 3,3
	İnterfer	4 2,7
	Evet	132 22
Bilgi alırken yanınızda olan	Hayır	18 12

Hastaların yaşam kalitesi açısından fiziksel fonksiyon alt boyut ortalamaları ve enerji alt boyut puan ortalamaları yaş değişkeni açısından aralarında anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p<0,05$). Hastaların fiziksel fonksiyonellik alt boyutta 18-30 yaş arasında olan hastaların diğer yaş grubundaki hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. Enerji alt boyutta 41-60 yaş arasında olan hastaların diğer yaş grubundaki hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. En düşük puan ortalamasının 18-30 yaş arasında olan hastalarda olduğu görüldü. Acaray'ın kronik hemodiyaliz hastalarında, Tekbaş'ın jinekolojik kanserli hastalarda, Koltarla'nın sağlık personellerinde yapmış oldukları çalışmalarda yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü görüldü. Bizim çalışmamızın aksine Ardahan'ın, prostat kanserli hastalarda, Given ve ark.'nın kanser hastalarında, Rustoen ve ark.'nın yeni teşhis konmuş kanser hastalarında yapmış oldukları çalışmalarda yaşam kalitesinin yaş değişkeninden etkilenmediği görüldü¹⁶⁻²¹.

Hastaların çalışma durumuna göre fiziksel fonksiyon ve genel sağlık anlayışının alt boyut puan ortalamalarının anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p<0,05$). Hastaların fiziksel fonksiyon boyutlarında işsiz olan hastaların puanları, diğer çalışma grubundaki hastaların puanlarında göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Genel sağlık alt boyutlarında işsiz olan hastaların puanları daha düşük bulundu. Reis'in jinekoloji kanserlerde, Kulu'nun mesane tümörlü hastalarda yapmış oldukları çalışmalarda çalışma durumu değişkeninden etkilenmediği görüldü^{22,23}.

Hastaların genel sağlık ve mental sağlık alt boyut puan ortalamalarının eğitim düzeyi durumuna göre anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p<0,05$). Hastaların genel sağlık boyutlarında yüksek okul mezunu hastaların puanları, diğer çalışma grubundaki hastaların puanlarında göre yüksek bulundu. Eğitim düzeyi arttıkça sağlık anlayışı olumlu yönde artmakta, sağlık anlayışı olumlu yönde artıp bilinçli baş etme mekanizmalarını daha iyi kullanabilmekte ve tedaviye bağlı gelişebilecek yan etkilerle daha iyi baş edebilmektedirler. Tüm bunların sonucunda yaşam kalitesinin artacağı düşünülmektedir. Mental sağlık alt boyutlarında lise mezunu hastaların puanları, ilkokul mezunu hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Yapmış olduğumuz çalışmamızın sonuçlarına benzer olarak Özarıslan'ın diabetik koroner hastalarında, Suet-ching'in diyaliz hastalarında, Tekbaş'ın jinekolojik kanserli hastalarda, Hacıoğlu'nun hipertansiyonlu hastalarda yapmış olduğu çalışmalarda eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı görüldü¹⁷⁻²⁶. Koltarla'nın sağlık personellerinde, Lutgendoff'un jinekolojik kanser hastalarında yapmış oldukları çalışmalarda eğitim durumunun yaşam kalitesinin alt ölçek puanlarını etkilemediği görüldü^{18,27}.

Meme kanserli hastaların medeni durum ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte ($p>0,05$) emosyonel rol ve mental sağlık alt puanları bekâr hastalarla eşit olmakla birlikte diğer tüm alt gruplarda evli olan hastaların puanları yüksek bulundu. Bekâr olan hastaların yalnızlık, sosyal desteğinin olmaması gibi nedenlerle hastaların yaşam kalitesinin düşük olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların gelir durumuna göre yaşam kalitesi alt puanların puan ortalamaları incelendiğinde; genel sağlık alt ölçeğinde anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Hastaların, genel sağlık alt boyutlarında geliri giderden fazla olan hastaların puanları, geliri giderden az olan hastaların puanlarına göre anlamlı derecede farklı bulundu. Gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı görülmektedir. Bunun sebebinin gelir durumu iyi olan hastaların daha iyi yaşam standartlarına sahip olmalarının, yaşamdan daha iyi doyum alındığı, tedavilerini aksatmadan yaptırabildikleri, daha iyi bakım alabilmeleri yaşam kalitelerini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Küçükberber'in kalp hastalarında yapmış olduğu çalışmada çalışmamıza benzer olarak gelir durumu iyi olanların genel sağlık algısı yüksek bulundu⁵. Çalışmamızın aksine Kulu'nun mesane tümörlü hastalarda, Reis'in jinekoloji kanserlerde yaptığı çalışmalarda gelir durumunun yaşam kalitesini etkilemediği görüldü^{22,23}. Suet-ching'in diyaliz hastalarında, Tekbaş'ın jinekoloji kanserlerinde yapmış oldukları çalışmalarda gelir durumu arttıkça yaşam kalitesinin arttığı görüldü^{17,25}. Mental sağlık, emosyonel rol ve rol kısıtlılığı alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte aynı değerlerde olduğu görüldü ($p>0,05$).

Hastaların sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamaları aile tipine göre anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p<0,05$). Yapmış olduğumuz çalışmada sosyal fonksiyon boyutlarında geniş aile yapısına sahip hastaların puanları, yalnız yaşayan ve parçalanmış aile yapısına sahip hastaların puanlarında göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bunun sebebinin geniş aileye

sahip olan bireylerin psikolojik yönden daha fazla desteklenmesi ve aile içinde iş yüklerinin paylaşılması nedeniyle yaşam kalitesinin daha yüksek olacağı düşünülmektedir. Ardahan'ın prostat kanserli hastalarda yapılan çalışmasında çekirdek aile yapısına sahip bireylerin yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur¹⁹. Çalışmamıza benzer olarak Acaray'ın kronik hemodiyaliz hastalarında yaptığı çalışmasında geniş aile yapısına sahip bireylerin yaşam kaliteleri yüksek bulunmuştur¹⁶.

Hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutların puan ortalamalarının sigara ve alkol kullanımı değişkeni açısından incelendiğinde aralarında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Koltarla'nın sağlık personellerinde alkol kullanmanın yaşam kalitesine etkisinde anlamlı fark bulunmamıştır¹⁸. Çalışmamızın aksine Küçükberber'in kalp hastalarında yapmış olduğu çalışmada alkol kullanan hastaların sosyal fonksiyon alt ölçeği puanı yüksek bulunmuştur⁵. Çalışmamıza benzer olarak Kulu'nun mesane tümörlü hastalarda yaptığı çalışmada sigara kullanmanın yaşam kalitesine etkisinin olmadığı görülmüştür²³. Çalışmamızın aksine Küçükberber'in kalp hastalarında yapmış olduğu çalışmada sigara kullanmanın fiziksel fonksiyon ve mental rol alt puanları yüksek bulunmuştur⁵.

Yaptığımız çalışmada sosyal güvence durumunun yaşam kalitesi puanları üzerine etkisiz olduğu saptandı ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Özarlan'nın diyabetik koroner arter hastalarında, Acaray'ın kronik hemodiyaliz hastalarında, Savcı'nın kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada sosyal güvence durumunun yaşam kalitesine etkisiz olduğu bulunmuştur^{16,24,28}.

Hastaların yaşadıkları yerin yaşam kalitesi üzerine etkisinin olmadığı görüldü ($p>0,05$). Çalışmamızın aksine Küçükberber'in kalp hastalarında yapmış olduğu çalışmada sosyal fonksiyon mental sağlık ve enerji alt ölçekleri anlamlı bulunmuştur⁵.

Yaptığımız çalışmada hastaların gördükleri tedavi şekillerinin yaşam kalitesi puanları üzerine etkisiz olduğu bulundu ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Ardahan'ın prostat kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada tedavi şekillerinin yaşam kalitesi puanları üzerine etkisiz olduğu görülmüştür¹⁹.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları değerlendirildiğinde en düşük alt puan ortalamasının, fiziksel aktivite olduğu görüldü. Çalışmamıza benzer olarak Thanavaro ve ark'nın koroner kalp hastalığı olan kadınlarda yapmış olduğu çalışmada en düşük alt ölçek puan ortalamasının fiziksel aktivite olduğunu belirtmiştir²⁹. Uğur'un kanser merkezine başvuran kadınlarda yapmış olduğu çalışmada, Küçükberber'in kalp hastalarında yapmış olduğu çalışmada da en düşük alt ölçek puanın fiziksel aktivite olduğu görülmüştür^{5,30}. Bunun toplum olarak fiziksel aktivite alışkanlığımızın az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. En yüksek alt ölçek puanın manevi gelişim olduğu görülmüştür. Çalışmamıza benzer olarak Altun'un Kocaeli'nde yapmış olduğu çalışmada en yüksek puanı manevi gelişimden almıştır³¹. Çalışmamızda SYBD ortalama puanı $154,20\pm 24,22$ bulunmuş olup, Smith ve Bashore'nin kanser hastalarında yaptıkları çalışmada SYBD ortalama puanın $133,05\pm 21,52$, Ardahan'ın prostat kanserli hastalarda yaptığı çalışmada $124,54\pm 8,61$ olduğu görülmüştür^{19,32}.

Medeni durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları evli olan hastaların bekâr olan hastalara oranla yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). Çalışmamızın aksine Karalar'ın kanser hastalarında, Ardahan'ın prostat kanserli hastalarda, Uğur'un kanser tarama merkezine başvuran kadınlarda yapmış oldukları çalışmalarda medeni durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği görülmüştür^{8,19,30}. Hacıoğlu'nun hipertansiyonlu hastalarda yapmış olduğu çalışmada bekâr olan hastaların, Özarslan'ın diyabetik koroner arter hastalarında ve Küçükberber'in kalp hastalarındaki çalışmalarında evli hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları yüksek bulunmuştur^{5,24,26}.

Eğitim düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi incelendiğinde; beslenme alışkanlığı puanının diğer tüm gruplara göre yüksek okul mezunlarının, kişiler arası ilişkiler puanın ortaokul mezunlarına göre yüksek okul mezunlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının ilkokul mezunlarına göre yüksek okul mezunlarının yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Özarslan'ın diyabetik koroner arter hastalarında, Küçükberber'in kalp hastalarında yapmış oldukları çalışmalarda da eğitim arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı görülmüştür^{5,24}. Altay ve ark.'nın hemşirelerde yaptığı çalışmada üniversite ve üstü eğitime sahip bireylerde kendinin gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları, Hacıoğlu'nun hipertansiyonlu hastalarda üniversite ve üstü eğitime sahip olan kişilerde beslenme dışındaki diğer tüm alt ölçek puanında ve sağlıklı yaşam

biçimi toplam puanı yüksek bulunmuştur^{26,33}. Çalışmamızda beslenmenin eğitim seviyesine bağlı olarak artmasında kişilerin genelde çalışıyor olması ve daha düzenli beslenme alışkanlığına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Hastaların çalışma durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisini değerlendirdiğimizde beslenme alışkanlığı puanının ev hanımlarına oranla çalışan hastaların ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının ev hanımlarına oranla çalışan kadınlarda daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Küçükberber'in kalp hastalarında yapmış olduğu çalışmada çalışan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları yüksek bulunmuştur⁵. Çalışan bireylerin maddi ve manevi imkânlarının yüksek olması, sağlığı geliştirme davranışları için gerekli olanaklara ulaşmalarının daha kolay olması nedeniyle bu bireylerin beslenme puanlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

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

Meme kanserli hastalar da yaşın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi

incelendiğinde; yaş değişkeninin hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Ardahan'ın prostat kanserli hastalarda, Çetiner'in hastane çalışanlarında yapmış oldukları çalışmalarda yaşın sağlıklı yaşam biçimleri davranışlarını etkilemediği görülmüştür^{15,19}. Çalışmamızın aksine Özarıslan'ın diyabetik koroner arter hastalarında yapmış olduğu çalışmada genç hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları yüksek bulunmuştur²⁴. Altay ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada 41 yaş ve üzeri hemşirelerde kendini gerçekleştirme, beslenme, sağlık sorumluluğu ve kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanları, Uğur'un kanser tarama merkezine başvuran kadınlarda yapmış olduğu çalışmada yaşın artması ile kişiler arası ilişkilerin ve manevi gelişimin arttığı görülmüştür^{30,33}. Hacıoğlu'nun hipertansiyonlu hastalarda yapmış olduğu çalışmada yaş ilerledikçe beslenme, stres yönetimi ve toplam puan ortalamaları yüksek olduğu görülmüştür²⁶.

Hastaların aile tipinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; aile tipinin hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Karalar'ın kanser hastalarında, Ardahan'ın prostat kanserli hastalarda, Bostan'ın hemşirelerde, Kılıç'ın ameliyathane hemşirelerinde, Kuşdemir'in üniversite öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmalarda aile tipinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği görülmüştür^{8,19,35,36}. Çalışmamızın aksine Altay ve ark.'nın çalışanlarda yapmış olduğu çalışmada çekirdek aile yapısına sahip bireylerin kendinin gerçekleştirme alt ölçek puanı yüksek olduğu görülmüştür³³.

Hastaların gelir durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; gelir durumunun önemli bir değişken olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamızın aksine Bostan'ın hemşireler üzerinde yapmış olduğu çalışmada, Hacıoğlu'nun hipertansiyonlu hastalarda, Kuşdemir'in üniversite öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmalarda gelir durumu yüksek olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yüksek olduğu görülmüştür^{26,34,35}. Karalar'ın kanser hastalarında yapmış olduğu çalışmada gelir durumu orta düzeyde olan bireylerin beslenme alt ölçek puanları yüksek bulunmuştur⁸. Uğur'un kanser tarama merkezine başvuran kadınlarda yapmış olduğu çalışmada geliri gidere eşit olan kadınları, geliri giderenden az olan kadınlara göre kişilerarası ilişkiler ve beslenme alt ölçek puanları yüksek bulunmuştur³⁰.

Meme kanserli hastalarda uygulanan tedavi yöntemlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde; tedavi şeklinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamızın aksine Ardahan'ın prostat kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada ameliyat sonrasında tedavi gören hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını puanının yüksek olduğu görülmüştür¹⁹.

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

Meme kanserli hastaların yaşadığı yerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi

incelendiğinde; yaşanılan yerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Karalar'ın kanser hastalarında, Kılıç'ın ameliyathane hemşirelerinde yapmış olduğu çalışmada yaşanılan yerin etkisinin olmadığını belirtmiştir^{8,36}. Çalışmamızın aksine Özarslan'ın diabetik koroner arter hastalarında yapmış olduğu çalışmada yaşanılan yerin beslenme, kendini gerçekleştirme, stress yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının toplam puanını ilde yaşayanlarda yüksek bulmuştur²⁴. Uğur'un kanser tarama merkezine başvuran kadınlarda yapmış olduğu çalışmada ilde yaşayanların, diğer yerlerde yaşayanlara göre fiziksel aktivite puanının yüksek olduğu görülmüştür³⁰.

Sigara ve alkol kullanımının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi değerlendirildiğinde; sigara ve alkol kullanımının hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Karalar'ın kanser hastalarında, Savaşan ve ark.'nın koroner arter hastalarında yapmış oldukları çalışmalarda alkol ve sigara kullanımının etkisiz olduğunu bulmuştur^{8,37}. Kuşdemir'in üniversite öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmada sigara içmeyenlerin manevi gelişim ve beslenme alt ölçek puanlarının yüksek olduğu, alkol kullanmayanların manevi gelişim ve stress yönetimi puanlarının yüksek olduğu görülmüştür³⁵.

Ek bir kronik hastalığın olmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisi incelendiğinde başka bir hastalığın olmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak Karalar'ın kanser hastalarında,

Altay ve ark.'nın çalışanlarda yaptığı çalışmada, Hacıoğlu'nun hipertansiyonlu hastalarda ve Cihangiroğlu ve ark.'nin öğrencilerde yapılmış oldukları çalışmalarda ek bir hastalığa sahip olmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirtilmiştir^{8,26,33,38}. Çalışmamızın aksine Kılıç'ın ameliyathane hemşirelerinde yaptığı çalışmada ek bir kronik hastalığı olmayanların kendini gerçekleştirme ve fiziksel aktivite puanları yüksek bulunmuştur³⁶.

SONUÇ VE ÖNERİLER

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

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerileri vermek mümkün olabilir.

Eğitim düzeyi düşük olana hastalara yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda eğitimler verilmelidir.

Meme kanseri tedavisinde kemoterapi alan hastalara verilecek olan bakım planlanırken bireysel özellikleri (yaş, eğitim durumu) dikkate alınarak planlanmalıdır.

Hastalarla birlikte aynı zamanda hasta yakınlarında bakım kapsamına dâhil edilmelidir.

Kemoterapi alan hastalara yaşam kalitesinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi vurgulanmalıdır.

Sağlık personelleri tarafından hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve yaşam kalitelerinin düzenli olarak değerlendirilmesi vurgulanmalıdır.

Kaynaklar

1. Saral KE. Meme Kanseri Hastalarının Kansere Uyumlarının Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi. 2008;Ankara.
2. Gençtürk N. Meme Kanseri Korunma, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007; 10(4):72-87.
3. Özmete S. Cerrahi Tedavi Uygulanan Meme Kanseri Hastaların Erken Dönem Sonuçları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. 2007;Adana.
4. Lemieux J, Goodwin PJ, Bordeleau LJ, Lauzier S, Theberge V. Quality-of-life Measurement in Randomized Clinical Trials In Breast Cancer: An Updated Systematic Review(2001-2009). J. Natl Cancer Inst. 2011;103:178-231.
5. Küçükberber D. Kalp Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi. 2011;İstanbul.
6. Arslan S. Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2000;Erzurum.
7. Erci B. Halk Sağlığı Hemşireliği. Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşam. Behice E.(Ed). Göktuğ Yayıncılık. Fırat Matbaacılık. 2009;Ankara. 192-201.
8. Karalar ÜG. Kanser Tanısı Alan Erişkin Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Değişkenlerinin Tanımlanması. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans. 2010;İstanbul.
9. Göl N. Kemoterapi Alan Kanseri Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Erzincan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. 2014;Erzincan.
10. Arat Z. Hemodiyaliz Hasta ve Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu, Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. 2006;Ankara.

11. Aydemir Ö. Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü: Kısa Form-36. 3-P Dergisi. 1999;(7):14-22.
12. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türkiye Psikiyatri Dergisi. 1997;(8):208-7.
13. Dağistan G. Kanser Hastalarında Ağrının Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkileri. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. 2014;Antalya.
14. Özdamar, K. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi-1. 4. Baskı. Kaan Kitabevi, Eskişehir, 2002;673.
15. Çetiner SH. Hastane Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2014;İstanbul.
16. Acaray A. Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2004;8 (1).
17. Tekbaş S. Jinekolojik Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Tedavi Bakımının Etkileri. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı. Doktora Tezi. 2010;Edirne.
18. Koltarla S. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği. Uzmanlık Tezi. 2008;İstanbul.
19. Ardahan M. Prostat Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı İlişkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2006;22(2):1-14.
20. Given B, Given BA, Slomtnel M. The İmpact Of Age, Treament And Symptom On The Physical And Mental Health Of Cancer Patients. Cancer Supplement. 2004;70:2128-2138.
21. Rustoen T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. Quality Of Life İn Newly Diagnosed Cancer Patients. J Adv Nurs. 1999;29(2):490-498
22. Reis N. Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. 2003;İstanbul.
23. Kulu A. Mesane Tümörlü Hastalara Uygulanan Cerrahi Girişimler Sonrası Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2010;Edirne.
24. Özarslan BÖ. Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hatalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi. 2013;Ankara.
25. Suet-Ching WL. The Quality Of Life Hong Kong Dialysis Patients. JAdv Nurse. 2001;35(2):218-227.
26. Hacıoğlu N. Hipertansiyonlu Hastaların Risk Faktörleri, Algıladıkları Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2014;İstanbul.
27. Lutgendorf SK, Anderson B, Ullrich P, Erica L. Quality Of Life and Mood İn Women With Gynecologic Cancer a One Year Prospective. Cancer. 2002;94(1):131-40.
28. Savcı AB. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. 2006;Erzurum.
29. Thanavaro JL, Moore SM, Anthony M, Narsavage G, Delicath T. Predictors of Health Promotion Behavior in Women Without Prior History of Coronary Heart Disease. Applied Nursing Research. 2006;19:149-155.
30. Uğur GH. Kanser Tarama Merkezine Başvuran Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2009;Samsun.
31. Altun İ. Kocaeli'de Yaşayan Halkın Sağlıkla İlgili Tutumlarına ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bir Çalışma. Sağlık ve Toplum. 2002;12 (3):41-51.
32. Smith AB, Bahore L. The Effect Of Clinic- Based Health Promotion Education On Perceived Health Status and Dealth Promotion Behaviors Of Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. Journal Of Pediatric Oncology Nursing. 2006;23(6):326-334.
33. Altay B, Çavuşoğlu F, Güneştan İ. Tıp Fakültesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2015;8(1):12-18.

34. Bostan N. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. 2013;İzmir.
35. Kuşdemir DC. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2015;İstanbul.
36. Kılıç E. Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2012;İstanbul.
37. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umtsuzuk. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2013;4(1):1-6.
38. Cihangiroğlu Z, Deveci ES. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi. 2011;16(2):78-83.