



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**MEME KANSERİ CERRAHİSİ GEÇİREN
HASTALARA MEME BAKIM HEMŞİRESİ
TARAFINDAN VERİLEN EĞİTİMİN BEDEN
İMAJI, ANKSİYETE VE YAŞAM KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİSİ**

Sema KOÇAN

DOKTORA TEZİ

Prof. Dr. Ayla GÜRSOY

TRABZON- 2018

ONAY

Bu tez Doktora Tezi Standartlarına Uygun Bulunmuştur

Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı


(İmza)

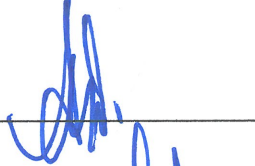
Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Sema KOÇAN'ın hazırladığı "Meme Kanseri Cerrahisi Geçiren Hastalara Meme Bakım Hemşiresi Tarafından Verilen Eğitimin Beden İmajı, Anksiyete Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi " başlıklı tez KTÜ Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Ayla GÜRSOY



Doktora Sınavı Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Ayla GÜRSOY



Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK



Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR



Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN



Doç. Dr. Sevil GÜLER DEMİR



Tarih:/.../201...

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/.../.... tarih ve ... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ersan KALAY
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

11/09/2018

Sema KOÇAN

İthaf

Doktora tezimi, meme kanseri mücadelesi veren tüm kadınlara ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitim sürecimde desteklerini esirgemeyen, akademik gelişmemde çok emeği olan ve yol gösteren tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ayla Gürsoy'a,

Doktora tezimin başından beri desteklerini esirgemeyen tez izleme komitesi üyelerim Sayın Doç. Dr. Dilek Çilingir ve Sayın Doç. Dr. Sevilay Hintistan'a,

Uzman görüşüyle tez çalışmama destek veren Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Adnan Çalık'a,

Gösterdikleri ilgi ve yardımlarından dolayı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi hekimlerine, hemşirelerine ve tıbbi sekreterlerine,

Doktora tezime katkı sağlayan tüm hastalara,

Tezim kapsamında kullandığım eğitim kitabının oluşturulmasına katkı sağlayan danışmanlarımıza ve çizimleri ile katkı sağlayan Arş. Gör. Gökçe Arifoğlu'na, resimleri ile katkıda bulunan Görsel Sanatlar Öğretmeni Şener Öztürk'e,

Her zaman olduğu gibi bu süreçte de her anlamda bana destek olan ve yoğunluğuma katlanan sevgili eşim Mahmut Koçan'a,

Hayatıma yeni bir anlam ve renk katan, bana *"İyi ki gelmiş, keşke daha önce gelseymiş"* duygusunu yaşatan, minik elleri ve ışıldayan gözleriyle desteğini hissettiğim kızım Sena Koçan'a,

Yaşamım boyunca hep yanımda olduklarını hissettiğim aileme teşekkür ederim.

Sema KOÇAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL ve ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR ve SEMBOLLER DİZİNİ	xi
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Meme Kanseri	7
4.2. Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisi	7
4.2.1. Meme Kanseri Cerrahisinden Sonra Ortaya Çıkan Sorunlar	10
4.2.2. Meme Kanseri Cerrahisinden Sonra Beden İmajı Değişimi	13
4.2.3. Meme Kanseri Cerrahisinden Sonra Anksiyete	15
4.2.4. Meme Kanseri Cerrahisinden Sonra Yaşam Kalitesi	17
4.3. Meme Bakım Hemşireliği	18
4.3.1. Meme Kanseri Cerrahisinde Meme Bakım Hemşiresinin Rolü	21
4.4. Hemşirenin Eğitici Rolü	23
4.5. Meme Kanseri Cerrahisine Bağlı Beden İmajında Olumsuz Değişim Olan Hastalara Yönelik Hemşirelik Girişimleri	25
4.6. Meme Kanseri Cerrahisine Bağlı Anksiyete Yaşayan Hastalara Yönelik Hemşirelik Girişimleri	27
4.7. Meme Kanseri Cerrahisi Sonrası Hastaların Yaşam Kalitesini Artırmaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri	29
5. GEREÇ VE YÖNTEM	32
5.1. Araştırmanın Tipi	32
5.2. Araştırmanın Hipotezleri	32
5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35

5.5.	Verilerin Toplanması	36
5.5.1.	Nicel Veriler	36
5.5.1.1.	Nicel Veri Toplama Araçları	36
5.5.1.2.	Nicel Verilerin Toplanması	40
5.5.2.	Nitel Veriler	40
5.5.2.1.	Araştırma Grubu	40
5.5.2.2.	Nitel Verilerin Toplanması	41
5.5.2.3.	Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	41
5.6.	Hemşirelik Eğitimi ve İzlemi	43
5.7.	Araştırmacının Meme Bakım Hemşireliği Yeterliliği	46
5.8.	Verilerin Değerlendirilmesi	47
5.8.1.	Nicel Verilerin Değerlendirilmesi	47
5.8.2.	Nitel Verilerin Değerlendirilmesi	47
5.9.	Araştırmacının Nitel Araştırma Konusunda Yeterliliği	48
5.10.	Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	49
5.11.	Araştırmanın Sınırlılıkları	49
6.	BULGULAR	50
6.1.	Nicel Bulgular	50
6.2.	Hastaların Meme Bakım Hemşireliğine Yönelik Görüşlerine İlişkin Nitel Bulgular	79
7.	TARTIŞMA	85
8.	SONUÇ ve ÖNERİLER	102
9.	KAYNAKLAR	106
10.	EKLER	129
10.1.	EK 1 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast; FACT-B (versiyon 4))	129
10.2.	EK 2 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast; FACT-B (versiyon 4)) Kullanım İzni	133
10.3.	EK 3 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Functional Assessment of Cancer Therapy-General; FACT-G (versiyon 4))	134
10.4.	EK 4 Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI- State-Trait Anxiety Inventory)	137
10.5.	EK 5 Cinsel Uyum ve Beden İmajı Ölçeği (CUBİÖ- Sexual Adjustment	

	and Body Image Scale; SABIS)	139
10.6.	EK 6 Cinsel Uyum ve Beden İmajı Ölçeği (CUBİÖ- Sexual Adjustment and Body Image Scale; SABIS) Kullanım İzni	141
10.7.	EK 7 Hasta Tanıtıcı Özellikler Soru Formu	142
10.8.	EK 8 Hasta İzlem Formu	143
10.9.	EK 9 Eğitim Kitabı	145
10.10.	EK 10 Eğitim Planı	149
10.11.	EK 11 Meme Kanseri Hemşireliği Kursu Katılım Belgesi	152
10.12.	EK 12 Niteliksel Araştırma Kursu Sertifikaları	153
10.13.	EK 13 Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kurum İzni	157
10.14.	EK 14 Bilgilendirilmiş Onam Formu	158
11.	ETİK KURUL ONAYI	164
12.	ÖZGEÇMİŞ	165

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Son on yıl içinde meme bakım hemşireliği ile ilgili yapılmış çalışmalara ilişkin sonuçlar	30
Tablo 2. Araştırmanın uygulama şeması	42
Tablo 3. Eğitim kitabının içeriği	44
Tablo 4. Hastaların tanıtıcı özellikleri	50
Tablo 5. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası beden imajı, durumluk ve sürekli anksiyete ve FACT-G yaşam kalitesi toplam ve alt boyut puan ortalamaları	51
Tablo 6. Hastaların ilk ve ikinci izlem sonuçları	53
Tablo 7. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası beden imajı puan ortalamaları	55
Tablo 8. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları	58
Tablo 9. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası FACT-G yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları	62
Tablo 10. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası FACT-G yaşam kalitesi bedeni durum alt boyutu puan ortalamaları	65
Tablo 11. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası FACT-G yaşam kalitesi sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu puan ortalamaları	68
Tablo 12. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası FACT-G yaşam kalitesi duygusal durum alt boyutu puan ortalamaları	71
Tablo 13. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası FACT-G yaşam kalitesi faaliyet durumu alt boyutu puan ortalamaları	74
Tablo 14. Hastaların eğitim sonrası beden imajı, durumluk ve sürekli anksiyete ve FACT-G yaşam kalitesi toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki	77

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1. Meme kanseri cerrahi tedavisi türleri	8
Şekil 2. Anksiyete düzeyini değerlendirme ölçüm aracı örneği	27
Şekil 3. Araştırmanın modeli	34



KISALTMALAR ve SEMBOLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ALND	Aksiller lenf nodu diseksiyonu
CUBİÖ	Cinsel uyum ve beden imajı ölçeği
DA	Durumluk anksiyete
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EONS	European Oncology Nursing Society
EÖ	Eğitim öncesi
ES	Eğitim sonrası
EUCAN	European Cancer Observatory
EUSOMA	The European Society of Breast Cancer Specialists
FACIT	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy
FACT-G	Functional Assessment of Cancer Therapy-General
MKC	Meme koruyucu cerrahi
MRM	Modifiye radikal mastektomi
RTEÜ	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi
SA	Sürekli anksiyete
SABIS	Sexual adjustment and body image scale
STAI	State-trait anxiety inventory
TDK	Türk Dil Kurumu
QoL	Quality of life

Semboller

SS	Standart sapma
F	ANOVA testi
p value	p değeri
t	T testi
$\bar{X}$	Ortalama

1. ÖZET

Meme Kanseri Cerrahisi Geçiren Hastalara Meme Bakım Hemşiresi Tarafından Verilen Eğitimin Beden İmajı, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde yaşanan sorunların yönetiminde meme bakım hemşiresi önemli rol oynamaktadır. Amacı meme bakım hemşiresi tarafından verilen eğitimin meme kanseri cerrahisi geçiren hastaların beden imajı, anksiyete ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek olan karma tipteki araştırma, 42 hasta ile tamamlandı. Meme bakım hemşiresinin girişimi; eğitim ve izlemiden oluştu. Eğitim, ameliyattan ve taburcu olmadan bir gün önce araştırmacı tarafından önce bireysel olarak yapıldı ve eğitim sonrası araştırmacının hazırladığı eğitim kitabı hastalara verildi. Ayrıca hastalar ameliyat olduktan bir gün sonra ve taburcu olduktan bir ay sonra olmak üzere iki kez ziyaret edildi. Nicel veriler soru formları ile toplandı, t testi, varyans analizi, korelasyon testleri ile analiz edildi. Nitel veriler ise, örneklem kapsamına giren hastaların arasından maksimum çeşitlilik yöntemi ile seçilen 15 kişi ile yapılan görüşme sonucu toplandı. Nitel veriler fenomenolojik analiz yöntemi ile temalandırıldı. Hastaların eğitim sonrası beden imajı, yaşam kalitesi toplam ve alt boyut puanlarının eğitim öncesine göre daha yüksek olduğu saptandı. Eğitim sonrası durumluk ve sürekli anksiyete puanlarında ise eğitim öncesine göre azalma olduğu belirlendi. Hastaların eğitim öncesi ile eğitim sonrası, beden imajı ($p=0.018$), durumluk anksiyete ($p=0.027$), sürekli anksiyete ($p=0.000$) ve yaşam kalitesi ($p=0.000$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu. Nitel verilerin analizi sonucu “*benim meme bakım hemşirem ve meme bakım hemşiresinin hayatıma kattıkları*” olmak üzere iki ana tema belirlendi. Araştırmadan elde edilen sonuçlar, meme bakım hemşiresinin eğitim ve izleminin hastaların cerrahi tedavi sürecini olumlu anlamda desteklediği ve yaşam kalitelerini artırdığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, beden imajı, hasta eğitimi, karma araştırma, meme bakım hemşiresi, meme kanseri cerrahisi, yaşam kalitesi.

2. SUMMARY

The Effect of Training Provided to Patients Undergoing Breast Cancer Surgery by Breast Care Nurse on Their Body Image, Anxiety and Quality of Life

The breast care nurse plays an important role in the management of the problems experienced during the diagnosis and treatment of breast cancer. A mixed type of research, in which the aim was to assess the effect of training given by the breast care nurse on body image, anxiety and quality of life, was completed with 42 breast cancer patients. Practices of the breast care nurse were training and follow-up. The training was done one day before the surgery and the discharge by the researcher, and the training book prepared by researcher given to the patients after training. In addition, the patients were visited twice, a day after the operation and one month after the discharge. Quantitative data were collected with questionnaires, and analyzed by t test, analysis of variance, correlation tests. Qualitative data were gathered from interviews with 15 people (patients who were included in the sample) selected by maximum diversity method. Qualitative data were theoretically based on phenomenological analysis. Total and subscale scores of the patients' body image and quality of life were found to be higher after training than before. It was determined that post-training state and continuous anxiety scores decreased compared to the pre-training. There was statistically significant difference between pre-education and post-training in terms of body image ($p=0.018$), state anxiety ($p=0.027$), trait anxiety ($p=0.000$) and quality of life ($p=0.000$) scores of the patients. Two main themes were identified as the result of the analysis of qualitative data: *"my breast care nurse and her contributions to my life"*. The results of the study show that training and follow-up of the breast care nurse supports the patients' surgical treatment process positively and increases their quality of life.

Key words: Anxiety, body image, patient training, mixed research, breast care nurse, surgery of breast cancer, quality of life.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Kanser, tüm dünyada giderek önem kazanmakta olan bir sağlık sorunudur. Erkeklerde en sık görülen kanser türü akciğer kanseri iken, meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür ve 2013 yılında her dört kadından birine meme kanseri tanısı konulmuştur (1). Bir önceki tahminlere göre dünyada kadınlarda meme kanseri insidansı %20, meme kanserinden ölümlerin ise %14 arttığı belirtilmektedir. Meme kanseri insidansı Dünya’da olduğu gibi Türkiye’de de yıllara göre artış göstermektedir (2). Konu ile ilgili kaynaklarda, meme kanserinin kadınları fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi birçok boyutta etkilediği görülmektedir. Yapılan çalışmalarda meme kanseri tedavisi sonrası kadınların ağrı, yorgunluk, kol ve omuz eklem hareketlerinin kısıtlanması, lenfödem, seroma oluşumu ve yara yeri problemleri gibi fiziksel problemlerle karşılaştıkları görülmektedir (3-7).

Birçok toplumda kadının memesi cinselliğin, anneliğin, bebeğin beslenmesinin simgesi olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle; mastektomi bir ameliyat olmanın yanında memeye yüklenen bu anlamların da kaybı olarak algılanabilmekte ve bu durum kadının beden imgesinde değişime bağlı olarak çeşitli psikososyal sorunlara neden olabilmektedir (8). Yapılan çalışmalarda kadınların anksiyete, depresyon, öfke, gelecek kaygısı, umut kaybı, intihar düşünceleri, sosyal izolasyon, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması ve cinsel yaşam gibi çeşitli psikososyal sorunlar yaşadığı belirtilmiştir (9-11). Vahdaninia ve arkadaşlarının 18 ay boyunca izlem yaptıkları çalışmada, meme kanseri olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyinin yükseldiğini saptamışlardır (12). Mastektomiye bağlı bir memenin kayba uğraması ve bu değişimin dışarıdan bakıldığında, fark edilmesi hastalar için olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (13). Arroyo ve arkadaşlarının mastektominin neden olduğu psikolojik sorunlar konulu nitel çalışmasında, bir katılımcı kendine baktığı zaman artık bir kadın gibi görünmediğini belirterek yarım olduğunu ifade etmiştir. Aynı çalışmada yer alan farklı bir katılımcı ise, meme kaybının güzelliğini ve çekiciliğini kaybettirdiğini, sütyen taktığı zaman anneannesini gibi göründüğünü ve artık kadınsı olmadığını belirtmiştir (14).

Meme kanseri cerrahisi kadınların sadece beden imajlarını değil, yaşam kalitelerini de olumsuz etkileyebilmektedir. Hong ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, meme cerrahisi geçiren hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu ve hastaların yarından

fazlasının meme rekonstrüksiyonu tercih ettikleri saptanmıştır (15). Akça ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, meme koruyucu cerrahi geçiren kadınların mastektomi geçirenlere göre daha olumlu yaşam kalitesine sahip olduklarını saptamışlardır (16).

Yapılan çalışmalarda görüldüğü gibi, meme kanseri tanı ve tedavi süreci bireyde zorlanma yaratan, fiziksel problemlere ve psikososyal krize yol açan bir durumdur. Diğer bir deyişle, bu süreçte kadınlar ciddi boyutta kayıp duygusu yaşayabilir; beden imajı, özgüveni, psikolojik durumu ve çevre ile ilişkileri etkilenebilir. Meme kanseri tedavi süreçlerinde kadınlara profesyonel boyutta psikososyal destek sağlamak hemşirenin önemli sorumluluklarından biridir (17, 18). Hemşireler bu süreçte danışmanlık ve eğitici rollerini kullanarak ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hasta eğitimlerini vermeli, desteklemeli ve etkin baş etme yöntemleri için yol göstermelidir. Amaç yalnızca hastanın hastalığını tedavi etmek değil; hastaya bütüncül yaklaşım gösterip onu sosyal ve duygusal yönden desteklemektir.

Kadınlar kanser tanısına, memenin kaybına ve tedavi sürecine uyum sağlamak, meme kanserinin tanı ve tedavi süreçlerinin her aşamasında yaşadıkları sorunlarla baş etme yöntemleri geliştirip sorunların önüne geçmek için birine gereksinim duymaktadırlar. Meme kanseri tanı aşamasından başlayarak tüm bu süreçte hastaların yanında olan, onları sürekli destekleyen meme bakım hemşiresinin özel bir yeri bulunmaktadır. Meme bakım hemşireliği, meme kanseri tanısı konulan kadınların bakımında başarısını kanıtlamış özel uzmanlık alanıdır (18, 19). Son 20 yıl içinde meme bakım hemşireliği özellikle Avustralya, Amerika ve Avrupa ülkelerinde gelişme göstermiştir. Meme bakım hemşireliği; meme kanseri tanı ve tedavi yöntemleri sürecinde (cerrahi, onkoplastik meme cerrahisi, radyoterapi, kemoterapi, hormonoterapi) kadınlara ve ailelerine bakım, bilgi ve destek vermeyi amaçlar. Ayrıca meme kanseri tarama programlarında, meme kanseri olan hastaların evde bakımında, yine bu hastaların uzun süreli izleminde ve rehabilitasyonlarında da etkin rolleri bulunmaktadır (18).

Meme bakım hemşiresi, meme kanseri cerrahisi sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonların en aza indirilmesi için hastaların bilgilendirilmesinde önemli role sahiptir. Meme bakım hemşiresinin taburculuk sırası ve sonrası bakımı hastaların gerek hastanede gerekse evdeki yaşamlarında karşılaşılabilecekleri sorunlarla baş etmelerini kolaylaştırabilir. Bu bağlamda, meme bakım hemşiresi bireylerin günlük yaşam

aktivitelerini daha erken dönemde gerçekleştirmelerini sağlayarak hastaların yaşam kalitesini arttırabilir. Bu süreçte meme bakım hemşiresinin psikososyal desteği hastaların sosyal hayatlarına uyumlarını kolaylaştırabilir.

Ülkemiz dışında meme bakım hemşireliği etkinliğinin değerlendirildiği birçok çalışma bulunmaktadır. Meme bakım hemşireliğinin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmaların sonuçlarına göre meme bakım hemşiresinin meme kanseri olan kadınlara ve ailelerine meme kanseri tedavi süreçlerinde destek ve eğitim veren, hasta savunuculuğu, hasta eğitimi, hastaların izlemi ve endişelerini giderme gibi çok rolü bulunmaktadır. Ayrıca meme bakım hemşiresi, sadece eğitim vermemekte, hastaların sorunlarla başetme durumlarını uzun dönem izlemektedir (20, 21). Eicher ve arkadaşları yaptıkları sistematik derlemede meme bakım hemşiresinin multidisipliner ekipte önemli rolü olduğunu ve gelecekte meme kanseri bakımının temelini oluşturacağını vurgulamışlardır (22).

Yapılan çalışmalar meme bakım hemşiresi ile iletişim halinde olan, eğitim alan ve izlemleri sürdürülen hastaların tedaviye uyumlarının ve memnuniyetlerinin yüksek olduğunu göstermektedir (23, 24). Ayrıca çalışmalarda meme kanseri olan hastaların tedavi süresince meme bakım hemşiresinden her türlü bilgiyi alabildiği, bu bilgilerin hastaya rehberlik ettiği ve anksiyetelerinin azaldığı saptanan bulgular arasındadır (24, 25). Cruickshank ve arkadaşları meme kanseri olan kadınlara meme bakım hemşiresi tarafından verilen desteği inceledikleri sistematik çalışmada meme bakım hemşiresinin önemi ve etkinliği vurgulansa da; konuyla ilgili çalışmalara gereksinim olduğu belirtilmektedir. Yine aynı çalışmada konuyla ilgili çalışmaların artmasıyla meme bakım hemşiresinin hastaların yaşam kalitelerini nasıl etkilediği yönünde yorumlar yapılabileceği sonucuna varılmıştır (26). Gray ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, hastalık deneyimleri daha olumlu ve yaşam kaliteleri daha yüksek olan hasta grubunun meme bakım hemşirelerinden destekleyici bakım alan hastalar olduğu belirlenmiştir (27). Bir başka çalışmada ise, Halkett ve arkadaşları meme kanseri olan hastaların, meme bakım hemşireleriyle kurdukları iletişimin hastaların tedaviye uyum sağlama ve kendi gereksinimlerini belirlemede önemli rolü olduğunu vurgulamışlardır (25).

Türkiye’de meme bakım hemşireliği uygulaması çok yeni olup, meme bakım hemşireliğinin etkinliğini inceleyen sınırlı çalışma bulunmaktadır. Karayurt ve arkadaşlarının çalışmasında hemşireler tarafından yürütülen danışmanlık hizmetinin

meme kanseri olan hastaların anksiyete, depresyon riskini azalttığı; yaşam kalitesini artırdığı belirlenmiştir. Ayrıca yine aynı çalışmada deney grubuna verilen danışmanlık hizmetinden memnuniyet yüksek bulunmuştur (28).

Ülkemiz literatüründeki çalışmalar çoğunlukla derleme niteliğindedir. Karayurt ve Andıç'ın makalesinde, meme bakım hemşireliğinin rolleri, etkinliği ve önemi vurgulanmış ve ülkemizin meme bakım hemşireliğine gereksinimi olduğuna değinilmiştir (18). Meme bakım hemşireliğinin ülkemizde gelişmesi için çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

Literatürde bulunan çalışmalar kendi kültürlerini yansıtmakta ve Türk kültürüne genellenememektedir. Ülkemizde hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, hastaların bilgiye ulaşımında ve karar aşamasında zorluk yaşamasına, yeterince sosyal destek alamamasına ve bir yol göstericiye ihtiyaç duymasına neden olmaktadır. Bu nedenle meme kanseri cerrahisi geçiren hastalara meme bakım hemşireliği hizmetinin verilmesi daha çok önem kazanmaktadır. Ayrıca Türk kültürünün kendisine özgü yapısı nedeniyle (müslüman bir ülke olması, çalışmanın yürütüleceği merkezin daha küçük bir hastane olması ve hastaların çoğunlukla kırsal bölgeden gelmesi, eğitim düzeyinin yüksek olmaması, meme, cinsellik, beden imajı gibi konuların rahatlıkla konuşulamaması gibi) çalışma sonuçları literatürden farklılık gösterebilecektir. Bu anlamda çalışma ülkemiz literatürüne önemli katkı sağlayacaktır.

Sonuç olarak; meme kanseri kadınlar tarafından hem yaşamın hem de kadınlığın tehdit altında algılandığı bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda da meme bakım hemşiresinin bu zorlu süreçte kadına yol gösterici ve yanında olmasının karşılaşılabilecek problemleri azalttığı ve hastaların memnun oldukları görülmektedir. Çalışma, bu gereksinimlerden yola çıkarak meme kanseri cerrahisi geçiren hastalara meme bakım hemşiresi tarafından verilen eğitimin hastaların beden imajı, anksiyete ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Meme Kanseri

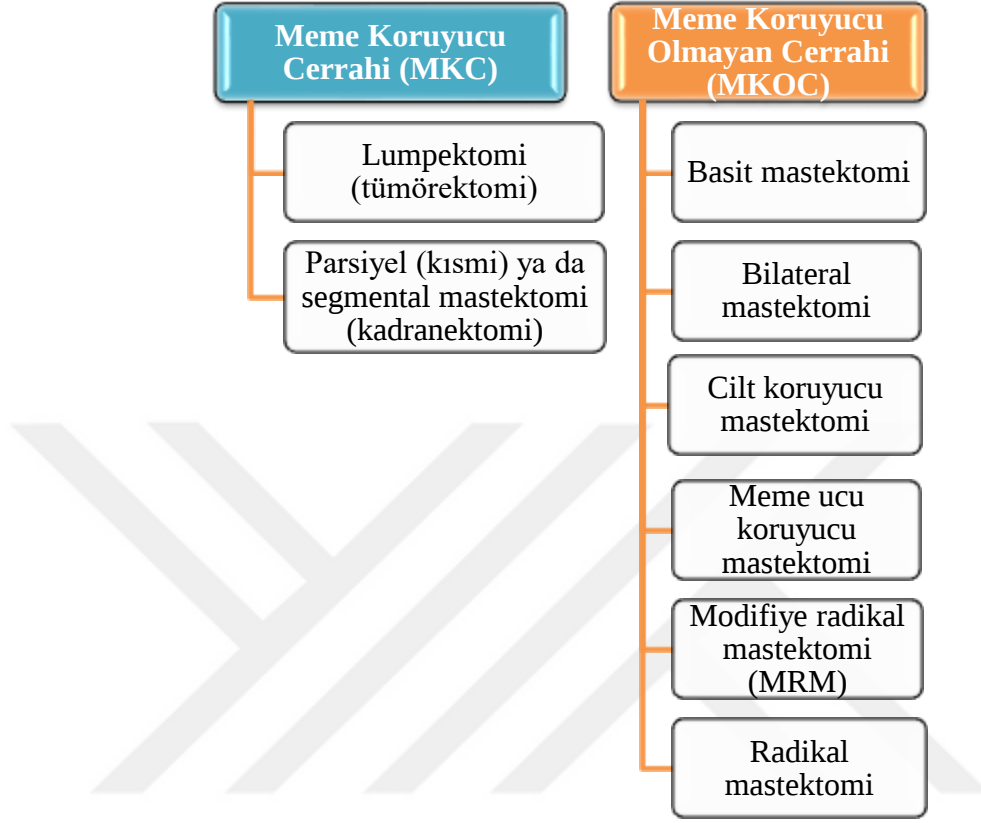
Meme kanseri kansere bağılı ölüm nedenleri arasında akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer alan ve tüm dünyada kadınlarda en sık görülen bir kanser türüdür (29). Globacan 2018 verilerine göre, her yıl dünyada 2.088.849 milyon kadına meme kanseri tanısı konulmakta ve tüm kanser vakalarının %24.2'sini meme kanseri oluşturmaktadır (30). Meme kanseri insidansı gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksek iken gelişmekte olan ülkelere meme kanserinden ölüm oranı (324.000 ölüm) gelişmiş ülkelere oranla (198.000 ölüm) daha fazladır. Bu durumun az gelişmiş ülkelere yaşayan kadınların meme kanseri tanı, tarama ve tedavi hizmetlerine ulaşmaktaki güçlüklerden kaynaklandığı belirtilmektedir (30, 31). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) verilerine göre, 2016 yılında tahmini meme kanseri tanısı konan kadın sayısı 246.660 ve meme kanserinden ölen kadın sayısı 40.450'dir. Ayrıca her sekiz kadından biri yaşam boyu meme kanseri riski ile karşı karşıya kalmaktadır (32). Avrupa Kanser Gözlemevi (European Cancer Observatory-EUCAN) 2012 verilerine göre ise Avrupa'da tahmini meme kanseri tanısı konan kadın sayısı 464.000 ve meme kanserinden ölen kadın sayısı 131.000'dir (33, 34). Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 2015 yılı kanser istatistikleri raporuna göre meme kanseri insidansı kadınlar arasında yüz binde 46.8'dir. Kadınlarda en sık görülen meme kanseri, her dört kadın kanserinden birisi olmaya devam etmektedir. Ülkemizde bir yıl içinde toplam 17.630 kadına meme kanseri tanısı konulmuştur (1).

Kadınlarda meme kanseri, ülkemizi olduğu kadar farklı ekonomik düzeylerdeki tüm ülkeleri etkileyen uluslararası bir sorun olmaya devam etmektedir (35). Bu bağlamda, kadın sağlığının korunmasında meme kanseri erken tanı ve tarama programlarının geliştirilmesi, yaygınlaştırılması, meme kanseri tedavi yöntemleri ve tedavi süreci bakımı önem taşımaktadır.

4.2. Meme Kanserin Cerrahi Tedavisi

Cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, hormonoterapi ve hedeflenmiş tedavi meme kanseri tedavi yöntemlerini oluşturmaktadır (36). Tümör hücrelerinin meme dokusundan uzaklaştırılmasını amaçlayan cerrahi tedavi, meme kanseri tedavi yöntemlerinin temelini oluşturmaktadır. Meme kanseri cerrahisinde uygulanan teknikler tümörün özellikleri,

yayılımı, hastanın özellikleri ve ameliyatta çıkarılan meme dokusu açısından farklılık göstermektedir (37).



Şekil 1. Meme kanseri cerrahi tedavisi türleri

Meme kanserinin cerrahi tedavisini meme koruyucu ve koruyucu olmayan cerrahi teknikler oluşturmaktadır (Şekil 1). Memeyi koruyucu cerrahi teknikler aşağıda yer almaktadır (38):

- Lumpektomi (tümörektomi) ameliyatı
- Parsiyel (kısmi) ya da segmental mastektomi (kadranektomi) ameliyatı

Meme koruyucu cerrahi (MKC) endikasyonları

Aşağıda yer alan durumlarda meme koruyucu cerrahiye gerek duyulur (39, 40):

- Klinik muayenede ya da mamografide tek lezyon varlığı,
- Tümör çapının üç cm'den küçük olması (büyük memelerde dört cm'den küçük olması),
- Yaygın in situ komponenti olmaması,

- Tümörün meme ucu ve areoladan iki cm uzak olması,
- Tümörün düşük histopatolojik derecede olması,
- Lenf nodu metastazı olmaması,
- Hastanın MKC sonrası radyoterapi almaya uygun olmasıdır (kollajen doku hastalığı, hamilelik yoksa ve radyoterapi alacağı merkeze ulaşım sorunu yaşamayacaksa).

Meme koruyucu olmayan cerrahi teknikler; meme kanseri tedavisinde uygulanan mastektomi türleridir ve aşağıda yer almaktadır (41-43):

- Basit (total) mastektomi: Memenin tamamının çıkarılmasıdır.
- Bilateral mastektomi: Her iki memenin de çıkarılmasını içeren, genellikle birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olan ve BRCA1 (Breast Cancer 1) gen mutasyonu bulunan kadınlar için profilaktik olarak uygulanan mastektomi çeşididir.
- Cilt koruyucu mastektomi: Memenin, meme başının ve areolanın çıkarıldığı ancak meme dış derisinin bırakıldığı, rekonstrüksiyon olanağı sağlayan bir mastektomi çeşididir.
- Meme ucu koruyucu mastektomi: Tümörün meme başı bölgesinde olmadığı durumlarda uygulanabilen, rekonstrüksiyona olanak sağlayan bir mastektomi çeşididir. Rekonstrüksiyon eş zamanlı olabilir.
- Modifiye radikal mastektomi (MRM): Memenin tamamının, meme başının, areolanın ve genellikle aksiller lenf nodlarının alındığı mastektomi türüdür.
- Radikal mastektomi: Memenin tamamının, meme başının, areolanın, minör ve major pektoral kasların ve aksiller lenf nodlarının alındığı mastektomi çeşididir.

Meme koruyucu olmayan cerrahi (mastektomi) endikasyonları

Aşağıda yer alan durumlarda meme koruyucu olmayan cerrahiye gerek duyulur (44, 45):

- Patoloji sonucunun invaziv duktal karsinom ve invaziv lobüler karsinom olması,
- Aynı memenin birden fazla yerinde birbirine beş cm'den uzak odaklı tümör olması,
- Tümörün beş cm'den daha büyük olması,
- Memenin meme koruyucu cerrahi yapılamayacak kadar küçük olması ve meme koruyucu cerrahinin yeterli kozmetik sonucu vermemesi,
- Kadının meme koruyucu cerrahiye tercih etmemesi,

➤ Kadının meme koruyucu cerrahi sonrası radyoterapi almayı tercih etmemesi ya da radyoterapi alabileceği bir sağlık kuruluşundan uzakta yaşaması durumunda meme koruyucu olmayan cerrahi uygulanmaktadır.

Kadınlar mastektomi nedeniyle olumsuz beden imajı değişimi yaşayabilmekte ve ameliyat sonrası bazı sorunlar da beraberinde ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalar cerrahi tedavi yöntemlerinin kadınları farklı derecede ve şekillerde etkilediğini göstermektedir (46, 47). Psikososyal yönden mastektomi ve meme koruyucu cerrahi geçiren kadınları karşılaştıran çalışmalar kadınlarda genel psikososyal durum açısından bir farklılık saptanmadığını, ancak mastektomi olan kadınların daha sık beden imajı bozukluğu yaşadıklarını göstermektedir (48, 49).

Zanapalıoğlu ve arkadaşları çalışmalarında genel iyilik, fiziksel semptom, rol performans, fonksiyonel, emosyonel, bilişsel ve sosyal durum, semptom kontrolü ve vücut görünümü açısından MKC'nin MRM'ye oranla daha iyi sonuçlar verdiğini saptamışlardır. Yine aynı çalışmada, MKC olan kadınlarda MRM'ye oranla, seksüel fonksiyon, cinsel tatmin, gelecek endişesi, kola ilişkin semptomlar ve meme ile ilgili şikayetlerin daha az, yaşam kalitesinin ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir (50). Ayrıca yapılan çalışmalar, mastektomi ve meme koruyucu cerrahi geçiren hastaların hastalısız sağkalım ve nüksetme oranları arasında bir farklılık olmadığını göstermektedir (51, 52). Araştırmalardan elde edilen bu veriler, meme cerrahlarını uygun koşullar olması durumunda mastektomi türlerinin yerine meme koruyucu cerrahiye yönlendirmiştir.

4.2.1. Meme Kanseri Cerrahisinden Sonra Ortaya Çıkan Sorunlar

Son yıllarda toplumda kanserde erken tanı farkındalığının artması ve teknolojik gelişmelerle beraber erken tanı konulması, ayrıca etkin tedavinin uygulanması sonucu meme kanseri sonrası kişilerin yaşam süresi uzamıştır. Bu bağlamda dikkatler meme kanseri tedavileri sonrası kadınların yaşam kalitesini artırmaya yönelmiştir (53-55). Meme kanseri tedavisi sonrası yaşam kalitesini etkileyen başlıca sorunlar fiziksel ve psikososyal sorunlar olarak sınıflandırılabilir (56).

Fiziksel Sorunlar

Meme kanseri cerrahisinden sonra kadınlar günlük yaşam fonksiyonlarını olumsuz olarak etkileyen fiziksel sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedirler. Kadınların bu süreçte sıklıkla karşılaştıkları başlıca fiziksel sorunlar; postmastektomi ağrı sendromu, fantom

meme ağrısı, seroma, hematoma, aksiller web sendromu, yara enfeksiyonu, lenfödem, etkilenen kolda hareket sınırlılığı, yorgunluk ve uyku sorunlarıdır (57, 58).

Yapılan çalışmalar mastektomi sonrası kadınların %20-68 oranında postmastektomi ağrı sendromu, %30-80 oranında ise fantom meme ağrısı yaşadıklarını göstermektedir (59-61). Disipio ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, kadınların hem günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan hem de yaşam kalitesini olumsuz etkileyen lenfödem sıklığını %16.6 olarak saptamışlardır (62). Lacomba ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND) uygulanan kadınlarda %48.3 oranında etkilenen kolda hareket sınırlılığı bulunmuştur (63).

Yorgunluk tek başına bir sorun olmakla beraber, yapılan çalışmalar yorgunluğun uyku sorunlarını da tetikleyebildiğini işaret etmektedir. Bardwell ve arkadaşlarının bildirdiğine göre yapılan çalışmalarda kadınların meme kanseri cerrahisinden sonra karşılaştıkları yorgunluk oranının %10 iken, bu oranın kemoterapi sürecinde %80-96 ve radyoterapi sürecinde ise %60-93 arasında olduğunu belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada, meme kanseri sürecinde kadınların %30-50 oranında uyku problemleri yaşadıkları vurgulanmıştır (64). Costa ve arkadaşları ise meme kanseri olan kadınların %20-70 oranında uyku sorunları ile karşı karşıya kaldıklarını, özellikle bu sorunların kemoterapi sürecinde daha sıklıkla olduğunu belirtmişlerdir (65). Ancak çalışmalarda uyku sorunlarının yorgunlukla ilişkisinin olup olmadığını saptamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (64, 65). Fiziksel sorunların uzun süre devam etmesi psikososyal sorunların ortaya çıkmasını tetikleyebilir. Bu bağlamda, fiziksel sorunlar ile psikososyal sorunlar arasındaki ilişkilerin önemsinmesi gerekmektedir (66).

Meme kanseri cerrahisinden sonra sık karşılaşılan komplikasyonlardan biri de seromadır. Seroma, özellikle MRM ve aksiller diseksiyonu olan kadınlarda MKC olanlara göre daha sık olup görülme sıklığı %15-18 arasında değişkenlik göstermektedir (67, 68).

Meme kanseri cerrahisi sonrası kadınlarda diğer fiziksel sorunların görülme sıklıkları sırayla; hematoma %2-10, yara enfeksiyonu %1-20 ve aksiller web sendromu %6-48.3'tür (69-71).

Psikososyal Sorunlar

Meme kanseri, kadınlar için yalnızca bir hastalık değil aynı zamanda duygusal ve sosyal yönden de yaşamlarını etkileyebilen bir tedavi sürecine sahiptir (18). Bu süreçte

kadınlar aile üyeleri ile olan ilişkilerinde, ev ve sosyal yaşamla ilgili rol ve sorumluluklarında olumsuzluklarla karşılaşabilmekte ve psikolojik sorunlar yaşayabilmektedir (72, 73). Meme kanseri tanı ve tedavi süreci, yapılacak ameliyat ve meme kaybı ile ilgili, kadınlık ve cinsellik ile ilgili olmak üzere çeşitli endişeler ve korkular oluşturabilmektedir (74, 75). Kadınların psikososyal sorunlar yaşamasına neden olan başlıca endişe ve korkular; meme kanseri tanı ve tedavi sürecini ağırlı geçireceği, bedeninin zarar göreceği, sevdiklerinden ayrılacağı, günlük yaşam fonksiyonlarını yerine getiremeyeceği, dişilik özelliklerini kaybedeceği, evlilik ilişkilerinin tehlikeye gireceği, eşleriyle duygusal ilişkilerinin kopacağı endişeleri, sosyal ilişkilerini devam ettirememe ve ölüm korkusu olarak sıralanabilir (74-76).

Yapılan çalışmalarda tüm bu korku ve endişelerin kadınlarda çeşitli sorunlara yol açtığı belirtilmiştir (11, 77). Glaser ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, meme kanseri tanısından ortalama iki yıl sonra kadınların büyük çoğunluğunda hastalığın nüks etme korkusu saptamışlardır (78). Kedde ve arkadaşlarının çalışmasında ise, meme kanseri olan kadınların vajinal kuruluk (%44.8) ve cinsel birleşimde ağrı yaşadıkları (%30.1) belirlenmiştir (79). Meme kanseri tedavi sürecinde gösterilen tepkiler her kadına göre farklılık göstermektedir. Özellikle kadınların uyum bozukluğu ve majör depresyon gibi psikolojik sorunları meme kanseri tanısından sonraki bir yıl içinde yaşadıkları görülmektedir (80-82).

Meme kanserinin cerrahi tedavisi fiziksel ve psikososyal sorunların yanı sıra; kadınların iyilik halini ve uyumlarını da olumsuz olarak etkileyen aile ve iş yaşamı ile ilgili sorunların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (81). Ortaya çıkan aile ile ilgili sorunların nedenleri rol ve sorumlukların değişimi, meme kanseri olan kadının ev ve çocuklarla ilgili olan işlerde kendini yetersiz hissetmesi ve sorumluluklarını yerine getirememesidir. Ayrıca mastektomi nedeniyle kadınların yaşamış oldukları meme kaybı kadınlara eşleriyle olan ilişkilerinin olumsuz etkilenebileceğini düşündürmektedir (66, 83). Andrzejczak ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, genel olarak mastektominin kadınların eşleriyle olan ilişkilerinin olumsuz etkilediğini, kadınların %31'inin çekicilikte bozulma ve %30'unun eşleri tarafından daha az çekici algılandıklarını düşündüklerini saptamışlardır (84). Koçan ve Gürsoy'un kalitatif çalışmasında ise, katılımcılardan bazıları eşleri ile ilişkilerinin ameliyat öncesi gibi olmadığını, eşlerinin kendilerinden ameliyat öncesine göre daha uzak durduğunu, bazı katılımcılar ise eşlerinin kendilerine

duygularını belli etmediğini ve bu durum nedeniyle ilişkilerinin bozulabileceği konusunda endişe duyduklarını ifade etmişlerdir. Yine aynı çalışmada meme kaybına bağlı olarak katılımcıların çoğunun sosyal çevresiyle olan ilişkilerini sınırladığı belirlenmiştir (77).

İş yaşamı ile ilgili sorunlar genel olarak, ekonomik güçlükler, tekrar işe geri dönememe, damgalanma, ayrımcılık gibi sorunlardır. Meme kanseri tedavi sürecinde kadınlar çalışılan yerde iletişimden uzak durma ve sosyal izolasyon ile karşı karşıya kalabilmektedir. Ayrıca kadınların bu süreçte yaşadıkları diğer sorunlar ise yorgunluk ve ağrı nedeniyle iş güçlerinin azalmasıdır. Bu sorunların yanı sıra uygulanan tedavilerin maliyeti de ekonomik güçlükler yaşanmasına sebep olmaktadır (10, 58, 85).

Meme kanserinin tanı ve tedavi sürecinin neden olduğu tüm sorunlar genellikle kadınların sosyal destek gereksinimlerini artırabilmektedir. Bu süreçte uzun ve zorlu bir yolculuk yapan kadınlar, sorunlarla başetmede gereksinim duydukları desteklerden ya yoksun kalmakta ya da gerekli enerjiyi bulmakta zorluk yaşayabilmektedirler (53, 86).

4.2.2. Meme Kanseri Cerrahisinden Sonra Beden İmajı Değişimi

Haspolat ve Kağan'ın bildirdiğine göre Schilder (1935) beden imajını, “kendi bedenimizin zihnimizde oluşan bir resmidir; aslında, bedenimizin bize nasıl görüldüğüdür” şeklinde tanımlamıştır (87). Bireyin dış görünümüne dayanan beden imajı aslında birey için bir aynadır (88, 89). Tiggemann göre beden imajı, beden görünümü ile özellikle de beden şekli ve ağırlığı ile ilgilidir ve bu durum cinsiyete göre değişiklik göstermektedir (88, 90).

Freud psikanalitik kuramında, beden imajı kavramı ile egonun aynı anlamlar taşıdığını düşünmüş ve yenidoğanda henüz oluşmamış bu kavramın çocukluk yaşlarından itibaren gelişmeye ve organize olmaya başladığını belirtmiştir (53). En hızlı beden imajı değişiminin olduğu, bireyin kendi bedeniyle daha çok ilgilendiği ve dış görünüşüne aşırı ilgi gösterdiği dönem ergenlik dönemidir. Ayrıca sosyal çevrenin dış görünüşe ilişkin değerlendirmeleri ergenlik döneminde daha çok önem taşır ve bu dönemin sonunda erişkin beden imajı benimsenir (91).

Yetişkinlik döneminde ise beden imajının merkezini oluşturan bireyin bedeni, bu dönemde fonksiyonel bir araç olarak algılanmakta ve ilerleyen süreçte bireyler bazı beden bölümlerinin daha yaşlı görüldüğünü fark etmektedir (91, 92). Yaşlanma ise, benlikte

belirgin bir değişim oluşturur. Yaşlı birey çoğunlukla psikolojik olarak olumsuzluk yaşar. Bu dönemde emeklilik ya da sevdiklerinin kaybı kişinin benliğini ve psikolojisini etkilemektedir. Ayrıca fiziksel değişimler ve ortaya çıkan bazı kronik hastalıklar da bu dönemde bireyin beden imajını olumsuz etkiler (53).

Beden imajının gelişimi ve değişimi gelişme dönemlerinin dışında bireyin kişiliği, değerleri ve diğer insanlarla ilişkileri, fiziksel, psikolojik ve sosyal deneyimlerden oluşur. Birçok farklı bileşenin bir araya gelerek oluşturduğu beden imajı; hamilelik, doğum, yaralanmalar, amputasyonlar, kronik hastalıklar, psikolojik hastalıklar, yeme bozuklukları gibi farklı faktörler nedeniyle değişebilir ve beden imajı olumsuz etkilenebilir (53, 93).

Beden imajını etkileyen faktörlerden biri de meme kanseri cerrahi tedavisidir. Meme kanseri cerrahi tedavi yöntemlerinin beden imajını olumsuz etkilemesinin nedeni, toplum tarafından memeye kadınlık, dişilik ve cazibelik gibi anlamlarının yüklenmesidir. Ayrıca meme annelik, beslenme ve üremeyi temsil etmektedir (77, 94).

Beden imajının olumlu ya da olumsuz algılanması kadınların meme kanseriyle ve meme kanseri tedavisi ile baş edebilmeleri, bu süreci en az sorunla ve en etkili uyumla geçirebilmelerinde önemli rol oynamaktadır (95). Memeye yüklenen anlamlar gereği kadın için memenin kaybı; çoğunlukla kadınlığın, cinselliğin, anneliğin eksilmesi ve sona ermesini ifade etmektedir. Kadının bu süreçte yaşadığı olumsuz duygular ve kaygılar meme kanseri tedavisine uyumu zorlaştırmaktadır (96). Meme kaybına yönelik psikolojik tepkiler, kadının memeye yüklediği anlam ile ilişkilidir. Yaşadığı toplum tarafından kadın çocukluğundan itibaren güzel olarak nitelendirilmiş ve kendini daha çok fiziksel yönleriyle algılamışsa, yaşanan meme kaybı kadın için yıkıcı sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir (53, 77, 97).

Grogan ve arkadaşlarının MRM olan kadınların beden imajı algılarını inceledikleri kalitatif çalışmada; bir katılımcı bedenine çıplak baktığında, yaşadığı meme kaybından dolayı özgüven kaybı yaşadığını, kendini çekici bulmadığını, yaralanmış, “çarpuk çarpuk” bir hal aldığını ve şekil bozukluğunun olduğunu belirtmiştir. Bir başka katılımcı ise, iki memesi de varken kendini ve memelerinin görünümünü çok beğendiğini, mastektomiden dolayı řu an bir memesinin kaldığını ve görünümünün eęik büğük olduğunu, bu durumdan da nefret ettiğini ifade etmiştir (98). Kočan ve Gürsoy’un

alışmasında ise, mastektomi sonrası kadınlar görünümlelerinden hoşnut olmadıklarını, kendilerini yarım gördüklerini belirtmişlerdir (77).

Yapılan alışmalar yaşın da kadınların beden imajını etkileyen bir faktör olduğunu, genç yaşta mastektomi olmuş kadınların daha çok olumsuz beden imajı deneyimlediklerini ve daha fazla sorun yaşadıklarını göstermektedir (77, 99, 100). Özellikle dış görünüme daha çok önem veren kadınlar beden imajı memnuniyetsizliğinden daha sık şikayet etmekte, ancak yaşın ilerlemesiyle bu memnuniyetsizlik durumunda azalma görölmektedir (101).

Kadınların meme kanserinin cerrahi tedavisi nedeniyle yaşadıkları beden imajı değişimi cerrahi tedavinin türü ile de ilişkilidir (77, 102). Yapılan alışmalar MRM geçiren kadınların, MKC geçiren kadınlara göre beden imajlarını daha olumsuz algıladıklarını göstermektedir (47, 102, 103). Kim ve arkadaşlarının çalışmalarında, MKC geçiren kadınların meme rekonstrüksiyonu geçirenlere göre, meme rekonstrüksiyonu geçirenlerin de MRM geçirenlere göre daha olumlu beden imajına sahip olduklarını belirlemişlerdir (104).

Meme kanseri tedavisi süresince kadının beden imajındaki olumsuz değişim ve bozulmuş beden algısı eşler arasındaki ve sosyal çevresindeki ilişkide sorunlara neden olabilmektedir (77, 105). Kadınlar eşleriyle ilişkilerinin bozulacağına, cinsel yaşamlarında sorunlar olacağına ve evlilik ilişkilerinin tehlikeye gireceğine ilişkin korku ve kaygı yaşamaktadırlar. Kadın bedenindeki bu olumsuz değişimin sosyal çevresi tarafından anlaşılmaması için de kendini geri çekebilir ve diğer insanlardan uzak durmaya yönelebilmektedir (66, 77, 83). Özellikle mastektomi sonrası olumsuz beden imajı deneyimi kadınların üzülmesine, hayal kırıklığı ve korku gibi olumsuz duygular yaşamasına yol açabilmektedir. Olumsuz beden imajı deneyimi nedeniyle ortaya çıkan tüm bu korkular kadınların anksiyete yaşamalarına neden olabilmektedir.

4.2.3. Meme Kanseri Cerrahisinden Sonra Anksiyete

Kanser tanı ve tedavisi sürecinde gelişebilen, stresten ve endişeden daha öte bir durum olan anksiyete, kişide baskı oluşturan bir bilinmezliği ifade eder. Çoğu zaman bilinç dışı çatışmaya bağlı, nesnesi belli olmayan ve birey tarafından tanınamayan içsel tehdit ya da tehlikeye karşı yaşanan bunalıtı olarak tanımlanabilir (106). Subjektif ve

gözlemlenebilen bir deneyim olmasından dolayı anksiyetenin varlığı belirtilerin farkedilmesi ve gözlemlenen davranışlarla anlaşılır (107).

Kanser hastalarında anksiyeteye neden olan birçok unsur bulunmaktadır. Bu unsurlardan bazıları; belirsizliğe bağlı korku, gelecek kaygısı, tedavinin etkinliğine ilişkin kaygı ve tedavi süresince yeterince aile desteği alamamaktır (108). Meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde de hastalarda yukarıda bahsedilen unsurların yanında; fiziksel semptomlar, kadın kimliğinde, beden imajında ve cinsellikte değişim ve günlük yaşam aktivitelerinde güçlükler ciddi psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (74, 109, 110). Anksiyete yaşayan bireylerde kalp atım hızının artması, göğüste sıkışma, önüne geçilemeyen ve giderek artan endişeler, uyku sorunları ve huzursuzluk gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır (111) .

Yapılan çalışmalar, meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde hastaların ciddi anksiyete gelişme riskinin olduğunu göstermektedir (112, 113). Yıldırım ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada meme kanseri tedavi sürecinde hastaların yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri cerrahi tedavi öncesi ve sonrası üç kez değerlendirilmiş, anksiyetenin %33.3-%28.6 ve depresyonun ise %40.5-%44.0 oranlarında görüldüğü bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, meme kanseri tedavi sürecinde hastaların en çok anksiyete yaşadığı dönemin cerrahi tedavi sonrası olduğu saptanmıştır (109). Yapılan çalışmalarda meme kanseri olan hastalarda ilk beş yılda anksiyetenin %15-48 olduğu saptanmıştır (114, 115).

Meme kanseri cerrahi yöntemleri de anksiyete gelişme riskini farklı etkilemektedir. Mastektomi sonrası yaşanan meme kaybı ve deneyimlenen olumsuz beden imajı kadınlarda düşük benlik saygısına ve anksiyeteye yol açmaktadır. Yapılan diğer çalışmalar mastektomi olan kadınların olumsuz beden imajı ve ağrı nedeniyle MKC olan kadınlara oranla daha çok anksiyete yaşadıklarını göstermektedir (116-118).

Meme kanseri olan kadınların çoğu erken dönemde kanserden kurtulmuş olmasının memesinin alınmasından daha önemli olduğunu düşünmektedir (74). Koçan ve Gürsoy'un yaptığı çalışmada da, kadınların bazıları sağlıklarının memelerinin alınmasından daha önemli olduğunu belirtmişlerdir (77). Meme kanserini hayatlarına yönelik tehdit olarak algılayan kadınlar taburculuk sonrası sosyal yaşamlarında meme

kaybını daha yoğun yaşayabilmekte ve anksiyete riski artış gösterebilmektedir (74, 116, 117).

4.2.4. Meme Kanseri Cerrahisinden Sonra Yaşam Kalitesi

Meme kanserinin tanı ve tedavi süreci kadınları psikolojik, sosyal ve fiziksel olarak etkilemekte ve buna bağlı olarak yaşam kalitesi de etkilenmektedir (119, 120). Tüm kanser türlerinde olduğu gibi meme kanseri tedavi yöntemlerinde de birincil hedeflerden biri yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini: *“kişinin kendi amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve çıkarlarına göre bir kültür ve değer sisteminde kendi yaşamını algılaması”* şeklinde tanımlamaktadır (121). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, *“bireyin fiziksel, emosyonel ve sosyal sağlığına yönelik fonksiyonlarını nasıl algıladığını”* yansıtır. Meme kanseri, hastalığın kendi doğasından ve cerrahi tedavi yöntemlerinden kaynaklanan fiziksel ve psikososyal sorunlara yol açabilmektedir. Ortaya çıkan bu sorunlar kişilerin yaşam kalitesini etkilemektedir (122).

Meme kanserinin cerrahi tedavisine yönelik ortaya çıkan psikososyal sorunlar, fiziksel sorunlar ve fiziksel sorunlar içinde özellikle lenfödem kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca lenfödem şiddetinin artması, yaşanan hareket kısıtlılığının da artmasına bağlı olarak kadınların yaşam kalitesini azaltmaktadır (123).

Danhauer ve arkadaşları, meme kanseri cerrahi tedavisinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini saptamışlardır (124) Yıldırım ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada meme kanseri cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrası erken ve geç dönem yaşam kalitesinin ameliyat öncesine göre düşük olduğu saptanmıştır. Kadınların yaşam kalitesinin artırılması için etkin baş etme stratejilerine ve sosyal destek sistemlerine ihtiyaçları bulunmaktadır (109).

Ayrıca yapılan cerrahi tedavinin türü de kadınların yaşam kalitesini farklı oranlarda etkileyebilmektedir. Yapılan çalışmalar, mastektomi olan kadınların yaşam kalitelerinin meme rekonstrüksiyonu ve MKC olan kadınlara oranla daha düşük olduğunu göstermektedir (50, 104, 125).

4.3. Meme Bakım Hemşireliği

Meme kanseri tedavi yöntemlerinin hızla gelişmesi meme kanserine bakış açısını değiştirmiştir. Meme kanseri tanı ve tedavi sürecinin uzun sürmesi ve tekrarlama olasılığı nedeniyle hem kronik, hem de bireyselleştirilmiş tedavi gerektiren bir hastalık olarak algılanmaya başlanmıştır. Gün geçtikçe sağkalım oranlarının artması yüz güldürücü olmakla birlikte, bazı zorlukları da beraberinde getirmektedir (126).

Onkoloji hemşireleri meme kanseri olan kadınların fiziksel ve psikososyal gereksinimlerini en aza indirmeyi hedeflemektedir. Meme kanseri tanılama ve tedavi sürecinin gelişimi multidisipliner ekibin gelişmesi gerekliliğini doğurmuştur. Avrupa Meme Kanseri Uzmanları Birliği (The European Society of Breast Cancer Specialists-EUSOMA) 2000 yılı itibariyle bu ekipte meme bakım hemşiresinin olması gerekliliğini vurgulamaktadır (127) .

Meme bakım hemşireliği ilk olarak 1970'lerde Birleşik Krallık'ta meme kanseri olan kadınlara bakım ve destek vermek için ortaya çıkmıştır. Cruickshank ve arkadaşlarının bildirdiğine göre; Maguire yaptığı çalışmalarında meme kanseri tanısı olan kadınların emosyonel ve psikolojik gereksinimlerini belirleyen kişi olduğunu belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada Maguire'ın çalışmalarının Birleşik Krallık'ta meme bakım hemşireliğinin gelişmesine zemin hazırladığını aktarmışlardır (26, 128, 129).

Birleşik Krallık'ta bu gelişmeler devam ederken Kuzey Amerika, Avusturalya ve İskandinav'da meme bakım hemşireliği son 20 yılda gelişme göstermiştir (18). Birleşik Krallık ve İskandinav ülkeleri meme bakım hemşiresinin spesifik meme ünitelerinin bir parçası olduğunu savunmaktadır. Çeşitli eğitimler ve mezuniyet sonrası yüksek lisans programları hemşireleri meme bakım hemşireliğine hazırlamaktadır (22, 127, 130). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı onaylı meme bakım hemşireliği sertifika programı bulunmamaktadır. Ancak Onkoloji Hemşireliği Derneği ve Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi tarafından meme kanseri hemşireliği kursları verilmektedir.

Yates ve arkadaşları meme bakım hemşiresini meme kanseri tanı, tedavi, rehabilitasyon ve palyatif bakım da dahil olmak üzere bakımın devamlılığını sağlayan, hastaların sağlığını ve refahını optimal düzeye getirmek için uğraşan, kadınların sağlık inançları, gereksinimleri ve tercihleri hakkında bilgi sahibi olan alanında uzman lisanslı bir hemşire olarak tanımlamışlardır (131). Meme bakım hemşireliği, benign ya da malign

huyly meme anomalilerinin araştırılması ve tedavisi için gelen, meme kanseri tanısı konulan kadınlara bakım ve destek veren, bu süreçte kadınlara yarar sağlayan, başarısını kanıtlamış bir uzmanlık alanıdır (18). Literatürde meme kanseri hemşiresi, meme hemşiresi, uzman klinik meme hemşiresi, uzman meme hemşiresi gibi ifadelerle karşılaşılmakla beraber, sıklıkla kullanılan kavram meme bakım hemşiresidir.

Jiwa ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, meme bakım hemşiresi liderliğindeki izlemin meme kanserinin tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde hastalara destek olma ve kliniğin de iş yükünü azaltma potansiyeli olduğu sonucuna varmışlardır (132). Kadmon ve arkadaşlarının meme bakım hemşiresinin meme kanseri olan kadınlar üzerindeki etkilerini inceledikleri karma tipteki çalışmada, meme kanseri olan kadınların %87'si meme bakım hemşiresinin bu süreçte kendilerine çok büyük katkıları olduğunu, %53'ü ise meme bakım hemşiresinden hastalık ve tedavi süreci hakkında bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada, katılımcılardan biri bu süreçte zorluklarla mücadele ederken meme bakım hemşiresinden profesyonel bilgi aldığını, meme bakım hemşiresini “destek direği” gibi gördüğünü ifade etmiştir. Bir başka katılımcı ise; meme bakım hemşiresinin çok anlayışlı, sabırlı olduğunu, kendisini bu zorlu süreçte derinlemesine dinlediğini, anksiyete yaşadığı dönemde bile meme bakım hemşiresinin yatıştırıcı bir tavrı olduğundan süreci kolay atlattığını belirtmiştir (133).

Hastalara yaklaşımda DSÖ hasta merkezli bakımı önermektedir. Hasta merkezli bakımın temelinde; hastalık deneyiminin hastanın bakış açısıyla anlaşılması ve hem fiziksel hem de psikososyal açıdan bakım verilmesi yatmaktadır. Avrupa Onkoloji Hemşireliği Birliği (European Oncology Nursing Society-EONS) meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde meme bakım hemşirelerinin hastalara fiziksel ve psikososyal problemlerle başa çıkma stratejilerini geliştirmeye yardımcı olmaları ve hastaların destek gereksinimlerini tamamlamaları gerektiğini belirtmektedir (134).

Avustralya'da meme bakım hemşirelerinin yeterlilikleri için bazı standartlar geliştirilmiştir. Bu standartlar doğrultusunda meme bakım hemşireleri; destekleyici bakım, işbirlikçi bakım, sistematik bakım, bilgi sağlama/egitim ve klinik liderlik olmak üzere beş anahtar yeterlilik alanına sahip olmalıdırlar (24). Meme bakım hemşiresinin meme kanseri olan hastalarla güvenli bir ilişki geliştirmesi, ortaya çıkabilecek sorunların en aza indirgenmesi ve bütüncül bakımın devamı için şarttır. Meme bakım hemşireleri

rollerini aşağıda yer alan hususları göz önünde bulundurarak yerine getirmelidirler (19, 21, 135-137):

- Öncelikle meme bakım hemşireleri kendi rollerini iyi tanımalı, hem multidisipliner ekibe hem de hastalara rolleri hakkında bilgi vermelidir.
- Meme bakım hemşireleri multidisipliner bir ekip anlayışıyla meme kanseri tanı ve tedavi yöntemleri hakkındaki kanıta dayalı uygulamaları meme kanseri olan hastaların bilgi gereksinimlerini gidermek için kullanmalı ve hem hastaların sağlığını hem de baş etme stratejilerini geliştirmeyi hedeflemelidirler.
- Meme bakım hemşireleri meme kanseri olan hastalar hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıdır. Hastaların baş etme yöntemlerini değerlendirebilmek için hastaları tanımalı, hastaların tedavi yöntemleri hakkında bilinçli ve baskı altında kalmadan karar verebilmeleri için hastaları anlaşılır bir dilde açık ve yalın bir ifadeyle bilgilendirmelidir.
- Tedavi sürecinde karşılaşılabilecekleri problemleri en aza indirmek için hastalarla ve multidisipliner ekiple işbirliği halinde olmalıdır.
- Meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde hastalarla terapötik iletişimi sağlamalı, hem multidisipliner ekiple hem de hastayla iletişimi koparmamalıdır.
- Meme kanseri tanısı ile başetmede hastalara emosyonel destek sağlamalıdır.
- Meme kanseri ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi vermelidir.
- Meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek sorunlar, sorunları çözme ve baş etme yöntemleri hakkında önerilerde bulunmalıdır.
- Sütyen kullanımı, protez seçenekleri ve meme rekonstrüksiyonu hakkında hastayı yönlendirmelidir.
- Multidisipliner ekip ve hasta ile aradaki koordinasyonu sağlamalıdır.
- Hastaların sorularını yanıtlamalı ve endişelerini gidermelidir.
- Hastalara yardımcı olmak ve sosyal destek sağlamak için hastaların akraba ve arkadaşlarıyla iletişime geçmelidir.

Meme bakım hemşiresi çoğunlukla meme kanseri olan kadınlara odaklanan bir uzmanlık alanı olmasına rağmen, daha az oranda aşağıda yer alan bireylerde çalışma kapsamına girer (126, 138):

- Benign ya da malign meme hastalığı şüphesi olanlar,
- Meme kanseri sistemik tedavisi alanlar,

- Meme kanseri olup palyatif bakım alanlar,
- Diğer memesinde kanser öyküsü olanlar,
- Ailesinde meme kanseri öyküsü olanlar,
- Daha önce meme kanseri cerrahisi geçirenler,
- Önceden meme kanseri tedavisi olan ve izlemine devam edilen hastalar.

Meme kanseri tanı ve tedavi süreci kadınlar için yalnızca tıbbi bir sorun olmayıp, aynı zamanda fiziksel ve psikososyal problemlerin de bir arada bulunduğu bir süreçtir. Bu bağlamda etkin ve profesyonel bir bakım ve tedavi süreci için bütüncül yaklaşım gerektirmektedir. Bu nedenle, meme kanseri olan kadınların meme kanseri tedavi süreçlerinde (cerrahi, onkoplastik meme cerrahisi, radyoterapi, kemoterapi, hormonoterapi) meme bakım hemşiresinin de içinde bulunduğu multidisipliner ekip anlayışıyla bakım ve tedavi alması önemlidir.

4.3.1. Meme Kanseri Cerrahisinde Meme Bakım Hemşiresinin Rolü

Meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde hatta tedavi sonrasında fizyolojik, sosyal ve psikolojik açıdan desteğe gereksinimi olan bireye multidisipliner ekip anlayışı ile birlikte, birey bu süreçte ekibin merkezinde olacak şekilde yaklaşmak gerekmektedir. Meme kanseri tanı, tedavi, bakım ve rehabilitasyonunda multidisipliner ekipte meme cerrahisi, meme bakım hemşiresi, plastik rekonstrüktif cerrah, medikal onkolog, radyasyon onkoloğu, patolog, radyolog, psikiyatr, fizyoterapist, jinekolog, nükleer tıp uzmanı, genetik danışman, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, eczacı ve din adamı bulunmaktadır (139-141).

Meme kanserinde meme tümörü nedeniyle tümörle beraber memenin bir bölümünün ya da tamamının alınmasını içeren cerrahi tedavi kadınlarda fiziksel ve psikososyal problemlere neden olabilmektedir. Meme bakım hemşiresi tedaviye ilişkin karar verme ve seçim yapma sürecinde kadınlara yardımcı, yol gösterici olmada önemli role sahiptir (26).

Meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde danışmanlık ve eğitcilik rolleri olan hemşireler yalnızca fizyolojik sorunlara odaklanmamalı, bakım verirken hastaya bütüncül yaklaşmalı ve meme kanseri cerrahi tedavi sonrası yaşanabilen anksiyetenin hastanın uyumunu, tedaviye yanıtını ve yaşam kalitesini etkileyebileceği unutulmamalıdır. Özellikle meme sağlığının korunması ve geliştirilmesi, meme kanseri tanı ve tedavi

sürecinde hastaların hem fiziksel hem de psikososyal açıdan iyileşmelerini amaçlayan meme bakım hemşireleri bu alanda hastalara bütüncül bir yaklaşım sergileyerek, hastaların bilgileri yetersiz kaldığında, hastalık deneyimleri ile baş etmede ve yaşantılarından anlam bulmada hastalara destek olacaktır.

Meme bakım hemşiresinin meme kanseri tanı, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde bilgi, eğitim ve destek vermelidir. Meme bakım hemşiresinin meme kanseri cerrahi tedavisindeki rolleri kısaca şu şekilde özetlenebilir (18, 135, 142-144):

➤ ***Meme kanseri tanı sürecine ilişkin roller;***

○ Meme bakım hemşiresinin kendini tanıtmayı ve meme kanseri tedavi sürecindeki rollerini anlatması,

- Meme kanseri, tanı ve tedavi süreci hakkında bilgi vermek,
- Tedavi seçeneklerini anlatılması,
- Kadının memeye yüklediği anlamın belirlenmesi,
- Hastanın tanıya göstermiş olduğu tepkinin saptanması,
- Hastada psikososyal sorun oluşturabilecek risk faktörlerinin belirlenmesi,
- Hastanın sosyal desteğinin araştırılması,
- Hastanın sorularının cevaplanması,
- Gerekli ise, ilgili birimlerden konsültasyonun istenmesi,
- Multidisipliner ekibin tanıtılması.

➤ ***Preoperatif döneme ilişkin roller;***

○ Meme kanseri cerrahi tedavi yöntemlerine ilişkin bilgi verilmesi,

○ Hastaya uygulanacak meme kanseri cerrahi girişim ve işlemlerin anlatılması,

○ Onkoplastik meme cerrahisi ve protezler hakkında eğitim verilmesi,

○ Ameliyat sonrası erken dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonlar ve komplikasyonlara yönelik alınacak önlemlerin, yapılması gerekenlerin anlatılması,

○ Ameliyat sonrası erken dönemde hastanın uygulayacağı egzersiz ve pozisyonlara ilişkin eğitimlerin verilmesi,

○ Hastanın meme kanseri cerrahi tedavi yöntemine ilişkin tepkilerinin belirlenmesi,

- Hastanın sosyal desteğinin saptanması,
- Hastanın cerrahi ekiple tanıştırılması,
- Gerekli ise ilgili birimlerden konsültasyonun istenmesi.

➤ **Postoperatif döneme ilişkin roller;**

- Ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonlar ve komplikasyonlara yönelik alınacak önlemlerin anlatılması,
- Yara ve dren bakımına ilişkin dikkat edilmesi gerekenlerin anlatılması,
- Var olan sorunların belirlenmesi ve çözüm yollarının saptanması,
- Taburculuk planının hazırlanması,
- Taburculuk sonrası karşılaşılabileceği sorunlara ilişkin baş etme yöntemleri ve çözüm yollarının anlatılması,
- Cerrahi sonrası yeni tedavi seçenekleri hakkında bilgi verilmesi,
- Hastanın var olan sosyal desteklerinin hastaya yardımcı olmalarının sağlanması,
- Hastaya destek olunması,
- Gerekli ise ilgili birimlerden konsültasyonun istenmesi.

➤ **Taburculuk sonrası izleme ilişkin roller;**

- Meme kanseri cerrahi tedavisi sonrası tedavi planı, ortaya çıkabilecek yan etkiler ve yan etkilere ilişkin yapılması gerekenlerin anlatılması,
- Hastanın adjuvan tedavi hakkında bilgi alabileceği farklı kaynakların önerilmesi,
- Meme kanseri tedavi yöntemlerinin hastayı fiziksel ve psikososyal yönden nasıl etkilediğinin belirlenmesi,
- Meme kanseri tedavi yöntemlerinin diğer aile üyelerini psikososyal yönden nasıl etkilediğinin belirlenmesi,
- Hastanın var olan sorun ve sorularının tartışılması ve cevaplanması,
- Hastanın sosyal desteğinin değerlendirilmesi,
- Psikolojik sorunların değerlendirilmesi,
- Gerekli ise ilgili birimlerden konsültasyonun istenmesi.

4.4. Hemşirenin Eğitici Rolü

Rol kavramı Türk Dil Kurumu'nda (TDK) karşılığı "*Bir işte bir kimse ya da şeyin üstüne düşen görev*" olarak tanımlanmaktadır. Mesleklerin gerçekleştirmeleri gereken birbiriyle ilişkili rolleri bulunmaktadır. Hem sağlıklı hem de hasta bireyi bütüncül yaklaşımla değerlendiren hemşireler sağlık eğitiminde önemli role sahiptir (145-147). Profesyonel bir meslek olan hemşireliğin temel rollerinden biri aile ve toplum sağlığını korumak/geliştirmek, hastalık durumunda iyileştirmek ve bireye, aileye ya da topluma sağlık davranışlarını kazandırmak için planlı eğitimler vermektir (148, 149). Hemşireliğin

eğitici rolünün ortaya çıkmasında mesleğe yüklenen sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi görevi, sağlıktaki reformlar ve yaşanan sorunlara yönelik çözüm üretme çabaları etkili olmuştur (149). Verilen eğitimin anlaşılma durumunun belirlenmesi, en üst düzeyde öğrenimin sağlanması, var olan durumdaki ilerlemenin değerlendirilmesi ve kullanılacak eğitim yöntemlerinin seçimi bu rolü oluşturan parçalardır (150). Hemşireler eğitimlerini planlı, amaçlı olarak formal (sağlıklı/hasta bireylere verilen eğitimler ya da hizmet içi eğitim programlar gibi) ya da planlanmamış informal (klinikte işlem esnasında verilen eğitimler gibi) olarak verebilirler. Hasta eğitimi ile hastaların karşılaşılabilecekleri sorunların azaltılması, hastalara sağlıklı davranış değişiklikleri kazandırılması, morbidite ve mortalitenin azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, memnuniyetin artırılması ve maliyetin azaltılması sağlanabilir (151).

Hasta eğitimi süreci veri toplama/eğitim gereksinimlerini belirleme, tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme ve kayıt etme aşamalarından oluşmaktadır (146). Hasta eğitiminde öncelikle hastanın gereksinimleri ve kullanılacak yöntem ve teknikler belirlenmelidir. Hem hasta hem de eğitim verecek hemşirenin özellikleri ve tercihleri kullanılacak yöntem ve tekniğin seçiminde etkilidir. Ayrıca verilecek eğitimin içeriği, süresi ile var olan kaynaklar ve eğitimin verileceği ortamın da dikkate alınması önemlidir (150). Eğitimde hasta ve ailesinin anlayabileceği şekilde basit bir dil kullanılmalıdır. Hemşireler hasta eğitiminde; birebir öğretim, grup öğretimi, işlemlere hazırlayıcı öğretim ve demonstrasyon kullanabilirler (149).

Yeter ve arkadaşları hemşireler tarafından verilen eğitimin hastaların ağrı, psikolojik semptomlar, beden imajı ve cinsellik ile ilgili problemlerinin şiddetini azaltabileceğini belirtmişlerdir (80). Liao ve arkadaşları meme kanseri cerrahisi geçiren Tayvanlı kadınlara verilen eğitim ve psikolojik desteğin kaygı ve bakım gereksinimleri üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında; eğitim verilen grupta kaygı ve bakım gereksinimlerinin azaldığını saptamışlardır (152). Özberksoy ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi verilen eğitimin hastaların ameliyat sonrası kaygı ve ağrı düzeylerinin azaltılmasında etkili olduğu tespit edilmiştir (153).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık sisteminde değişim ve gelişmeler yaşanmakta ve sağlık profesyonellerinin bu duruma uyum sağlaması gerekmektedir.

Yaşanan değişim ve gelişmeler, primer görevi bakım vermek olan hemşirelik mesleğinin de farklı roller üstlenmesine sebep olmaktadır. Bu rollerden biri olan hemşirenin eğitici rolü birey, aile ya da toplumun var olan sağlığının korunmasına, geliştirilmesine ve var olan hastalık halinin iyileştirilmesine, sağlıklı davranışlar kazandırılmasına odaklanmaktadır. İhtiyaca uygun, planlı ve amaçlı olarak verilen eğitimler, sağlığın korunmasına, geliştirilmesine ve yaşam kalitesinin yükseltilmesine fayda sağlayacaktır.

Meme kanseri ve tedavisi hastaları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz etkileyebilen zorlu bir süreçtir. Bu sürecin en az sorunla tamamlanabilmesi için hemşirelerin hastaları değerlendirirken bütüncül yaklaşım izlemesi gerekmektedir.

4.5. Meme Kanseri Cerrahisine Bağlı Beden İmajında Olumsuz Değişim Olan Hastalara Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Meme kanseri cerrahisine bağlı ortaya çıkabilecek beden imajında olumsuz değişimin en aza indirgenmesine yönelik hemşirelik girişimleri aşağıda yer almaktadır (77, 111):

- Hasta için memenin anlamı ve önemi belirlenmelidir.
- Hastanın ameliyattan sonraki görünümüne ilişkin duygu ve düşüncelerini paylaşmasına yardımcı olunmalıdır.
- Ameliyattan sonra hastanın ameliyat bölgesini görmeye hazır olma durumu değerlendirilmelidir.
- Hasta ameliyat yerine bakması ve dokunması için cesaretlendirilmelidir.
- Hasta için kaybın anlamı değerlendirilmelidir, bunun için fiziksel görünümüne ilişkin düşünceleri ve duyguları belirlenmelidir.
- Hastaya sadece görünümünün değiştiği, kimliğinin parçası olan özelliklerini (anne olmak, eş olmak, işi vb.) fark etmesi sağlanmalıdır.
- Hastada beden imajının bozulması ve benlik değerinde azalma olduğunu gösteren belirtilerin varlığı kontrol edilmelidir.
- Hastanın görünümündeki değişimi kabul etmek için zamana gereksinimi bulunmaktadır. Bu süre içerisinde hastanın öfke, suçluluk gibi olumsuz duygularını ifade etmesine izin verilmeli ve bu tür davranışlarından dolayı yargılanmamalıdır.

- Hasta özbakım sorumluluğunu alması için teşvik edilmeli ve yapabildikleri için olumlu geri bildirimde bulunularak olumsuz durumdan çok olumluya odaklanması sağlanmalıdır.
- Hastanın olumlu yönlerini fark etmesi sağlanmalıdır.
- Hastanın kullandığı baş etme yöntemleri belirlenmeye çalışılır. Hastanın etkisiz olan baş etme yöntemlerinin farkına varması sağlanmalıdır.
- Hastanın ailesi için ayrıcalığı ve vazgeçilmez olduğu gösterilmelidir. Böylece hastanın kendisini değerli hissetmesi sağlanmaya çalışılmalıdır.
- Hastanın olumsuz beden imajına sahip olduğunu gösteren belirtileri (duruş (postür) bozuklukları, sosyal ilişkilere girmeme, öz bakımını üstlenmeme) fark etmesi sağlanmalıdır.
- Hastanın eşi ya da birlikte yaşadığı aile üyeleri ile beden imajına yönelik duyguları, gösterebileceği davranışlar ve yardıma gereksinim duyduğu konulara ilişkin konuşulmalıdır.
- Hastalar grup terapisi, aileler ise aile terapileri toplantılarına katılmaları için cesaretlendirilmelidir. Grup terapileri hastaları desteklediği gibi onların başkalarıyla ilişkili problemlerini çözmelerini de kolaylaştırır.
- Hastalar uğraşı, sanatsal ve mesleki terapilere katılımı teşvik edilmelidir. Bu yöntemler, hastaya duygularını açıklamada olası yollar sağlar ve öğretir.
- Hastalar yaşamlarının farklı dönemlerindeki beden imajlarını tanımlamaları için cesaretlendirilmelidir.
- Hastayla terapötik iletişim kurulmalıdır. Hastanın tedaviye olumlu katılımı için hemşireye güvenmesi önemlidir.
- Hastanın yaşadığı kaygı, endişe ve korkularını ifade etmesine fırsat verilmelidir.
- Hastaya problem çözme becerilerini geliştirici eğitim ve destek verilmelidir. Var olan baş etme becerileri değerlendirilerek geliştirilmelidir.
- Hastaya meme protezi ve meme rekonstrüksiyonu ile ilgili seçenekler anlatılmalıdır.
- Hastanın kendisi ile benzer ameliyat geçirmiş ve beden imajı değişikliği ile baş etmede başarı olan diğer hastalarla iletişim kurması sağlanmalıdır. Kendisi ile benzer sorunları yaşayan hastalar bir araya gelerek destekleyici bir süreç yaşayabilirler.

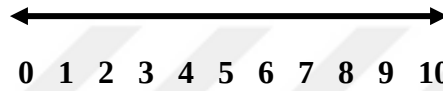
➤ Hastanın üretkenliğe yönelik farklı uğraşlar bulması ve bu uğraşlara katılmasına yardım edilmelidir.

4.6. Meme Kanseri Cerrahisine Bağlı Anksiyete Yaşayan Hastalara Yönelik

Hemşirelik Girişimleri

Meme kanseri cerrahisine bağlı ortaya çıkabilecek anksiyetenin en aza indirgenmesine yönelik hemşirelik girişimleri aşağıda yer almaktadır (53, 106):

➤ Hastanın anksiyete düzeyi belirlenmelidir. Anksiyete düzeyini belirlerken objektif ölçüm araçları kullanılmalıdır. Aşağıda yer alan ölçek bu ölçüm araçlarına bir örnektir:



Şekil 2. Anksiyete düzeyini değerlendirme ölçüm aracı örneği

➤ Anksiyetesi yüksek olan hasta kişiler yalnız bırakıldığında anksiyete düzeyi daha da yükselebilir. Bu nedenle hastanın kaygı düzeyi yükseldiğinde yanında olunmalıdır.

➤ Anksiyete davranışı dışsal uyaranlardan etkilenebilir. Hasta geniş ve kalabalık yerlerde daha çok panik hissedebilir ve kendini kaybolmuş hissedebilir. Anksiyetesini azaltmak için hasta sessiz bir alanda ya da azaltılmış uyaranların olduğu bir odaya alınmalıdır.

➤ Hasta ile iletişimde sakın bir yaklaşım kullanılmalıdır.

➤ Hasta ile konuşurken kısa, basit ve açık cümleler kurulmalıdır.

➤ Dezorganize düşünce, delüzyonlar ve anksiyete düzeyi arttığında ilaç tedavisine gereksinim duyulabilir. Bu amaçla istemde bulunan ilaçlar uygulanmalıdır.

➤ Hastanın derin nefes alma, progresif kas gevşetme, meditasyon, sessiz ve sakın bir ortam hayal etme gibi gevşeme egzersizlerine katılımı desteklenmelidir.

➤ Hastaya bağımsız olarak gevşeme tekniklerini kullanabilme öğretilmelidir. Gevşeme tekniklerini kullanmak hastaya kendi anksiyetesi üzerinde kontrol sahibi olmanın rahatlığını verir.

➤ Hemşire hastaya düşük düzeyde anksiyetenin korkulması gerekmeyen tam tersine değişim için olumlu bir itirici güç olduğunu görmeyi öğretmelidir.

➤ Hasta duygusal durumu ile anksiyöz davranışları arasındaki ilişkinin farkında olmayabilir. Hemşire hasta ile anksiyöz davranışları hakkında konuşmalı, hastaya yardım etmek için davranışsal tepkileri, duyguları ya da düşünceleri arasındaki ilişki gözlemlemelidir.

➤ Hasta kendi anksiyetesini ne kadar erken tanımlarsa, o kadar çabuk davranış değişikliği yapabilir. Hastaya anksiyöz davranışlarının erken belirtilerini tanımlaması için yardım edilmelidir.

➤ İçinde bulunduğu süreçle ve durumla ilgili olarak güvenilir bilgi verilmelidir.

➤ Hasta duygularını ifade etmesi ve olası anksiyete kaynaklarını tanımlaması için cesaretlendirilmelidir.

➤ Hastaya adım adım sorun çözme (sorunun tanımlanması, olası seçeneklerin açıklanması, her seçeneğin sonucunun değerlendirilmesi ve karar verilmesi) öğretilmelidir.

➤ Olası seçimlerinin başarısını değerlendirmek için hasta cesaretlendirilmelidir. İlk seçimi başarılı olmasa bile diğer seçenekleri denemeyi sürdürmesi konusunda hastaya yardım edilmelidir.

➤ Hastaya kendisini gerçekçi bir biçimde değerlendirmesi için destek verilmelidir.

➤ Hastaya gevşeme, duygularını ifade etme, problem çözme konusunda gösterdiği gelişmeler için geri bildirim verilmelidir.

➤ Varsa baş etme stratejileri belirlenmeli ve anksiyeteyi azaltmaya yönelik uygun baş etme stratejileri kullanması sağlanmalıdır.

➤ Herkesin zaman zaman yoğun anksiyete hissedebileceği vurgulanmalıdır.

➤ Kişisel güçlerini fark etmesi sağlanmalıdır.

➤ Çevresel yardım kaynaklarından gelen desteği aktif olarak kabullenmesi sağlanmalıdır.

➤ Hasta ailesi tedavi sürecine dâhil edilerek çevresel destekler artırılmaya çalışılmalıdır.

➤ Kötümser olduğunda, daha umut verici ama gerçekten uzak olmayan bakış açıları sunulmalıdır.

➤ Duygularını uygun şekilde ifade ederek, duygusal yüklenmelerin önlenmesi sağlanmalıdır.

➤ Hastanın uğraş aktivitelerine katılımı sağlanmalıdır.

➤ Anksiyetesini kontrol edebilmesi sağlanmalıdır, özellikle gece yatmadan önce kendisini olumsuz etkileyen düşüncelerden uzaklaştırması sağlanmalıdır.

➤ Yaşadığı anksiyetenin hangi sorunlara nasıl zemin hazırladığını anlaması sağlanmalıdır.

➤ Hemşire rahatsızlığının ve kendi duygularının farkında olmalıdır. Anksiyeteli bir hasta hemşirenin de anksiyete düzeyini artırabilir.

4.7. Meme Kanseri Cerrahisi Sonrası Hastaların Yaşam Kalitesini Artırmaya

Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Meme kanseri ve tedavisi kadınları biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden etkileyen zorlu bir süreçtir. Hemşireler bu süreçte karşılaşılabilecekleri sorunlarla başa çıkabilmeleri için kadınlara yardımcı olmaktadır. Yukarıda anlatılan hemşirelik girişimleri ile hastaların yaşam kaliteleri yükseltilebilir. Ayrıca yapılan çalışmalar meme bakım hemşiresinin girişim ve rollerinin hastaların yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olduğunu göstermektedir (22, 25, 132, 154, 155). Liebert ve Furber meme kanseri olan kadınların meme bakım hemşiresine ilişkin algılarını değerlendirdikleri çalışmada, kadınların %80'inden fazlasının meme bakım hemşiresinin verdiği eğitimleri çok etkin bulduklarını ve meme bakım hemşiresinin verdiği sosyal desteğin kendilerine olumlu katkıları olduğunu belirtmişlerdir (156).

Meme kanseri hastasının multidisipliner ekibinde bütüncül bakımın bir parçası olarak meme bakım hemşiresi yer almalıdır. Bu ekibin içinde hemşirenin tüm tanı ve tedavi sürecinde hasta savunuculuğu, hasta eğitimi ve hastalara duygusal destek sağlanması, ekip içi koordinatörlük ve iletişim rolleri bulunmaktadır (21, 133, 157).

Son on yıl içinde meme bakım hemşireliği ile ilgili yapılmış çalışmalara ilişkin sonuçlar aşağıda yer almaktadır (20, 23, 24, 132, 133, 158-164):

Tablo 1. Son on yıl içinde meme bakım hemşireliği ile ilgili yapılmış çalışmalara ilişkin sonuçlar

Yazar-Yıl	Çalışmanın Amacı	Araştırmanın Tasarımı	Örneklem	Bulgular
Clark ve arkadaşları 2009 (162)	Meme kanseri tanısı itibarıyla depresyon yaşayan ve yaşamayan hastaların meme bakım hemşiresinden ve diğer sağlık profesyonellerinden aldıkları desteği karşılaştırmak	Kantitatif	Primer meme kanseri nedeniyle mastektomi ya da MKC olan 355 hasta	Depresyon yaşayan hastaların yaşamayanlara göre cerrahlardan ve klinik hemşirelerden daha az destek gördükleri saptanmıştır. Ancak depresyon yaşayan ya da yaşamayan hastaların hepsinin meme bakım hemşiresinden her zaman destek gördükleri bulunmuştur.
Jones ve arkadaşları 2010 (20)	Meme bakım hemşireliği uygulama alanının belirlenmesi ve meme bakım hemşiresi ile diğer sağlık profesyonellerinin rol algılarının farklılık durumunun saptanması	Kalitatif	Çalışmanın ilk kısmında: 11 meme bakım hemşiresi, 7 diğer sağlık profesyoneli Çalışmanın ikinci kısmında: 27 meme bakım hemşiresi 21 diğer sağlık profesyoneli	Meme kanseri olan hastalara ve ailelerine bilgi ve destek sağlamak meme bakım hemşiresinin rollerinin temelini oluşturmaktadır. Meme bakım hemşiresi ve diğer sağlık profesyonelleri meme bakım hemşiresinin uygulamaya alanının geniş olduğunu ancak hem multidisipliner ekipte, hem de hasta bakımındaki iş yükü nedeniyle meme bakım hemşiresinin tükenmişlik yaşayabileceklerini ifade etmişlerdir.
Marsh ve arkadaşları 2010 (164)	Avustralya ve Yeni Zelanda'daki farklı bölgelerdeki meme cerrahlarının meme bakım hemşirelerine nasıl ulaştıklarının ve meme bakım hemşirelerinin mevcut durumunun belirlenmesi	Kantitatif	239 meme cerrahı	Meme bakım hemşirelerine erişimde eşitsizlikler ve problemler olduğu saptanmıştır.
Beaver ve arkadaşları 2010 (159)	Meme kanseri tedavisi sonrası telefonla takip uygulaması hakkında hastaların ve meme bakım hemşirelerinin görüşlerinin araştırılması	Kalitatif	28 meme kanseri olan hasta 4 meme bakım hemşiresi	Telefonla takip uygulaması için etkili iletişim becerilerine sahip ve deneyimli bir uygulayıcıya ihtiyaç duyulmaktadır.
Reed ve arkadaşları 2010 (160)	Meme bakım hemşiresinin metastatik meme kanseri olan hastalara bakım sağlamadaki rolünün araştırılması	Karma araştırma	276 meme bakım hemşiresi	Telefonla takip uygulamasına ilişkin hem meme bakım hemşireleri, hem de hastalar olumlu görüş bildirmişlerdir. Meme bakım hemşiresinin %91'inin metastatik hastalığı olan hastalara bakım verdiği, %81'inin hastalara bilgi verdiği ve destek olduğu saptanmıştır. Ancak mevcut meme bakım hemşireliği hizmetinin yine de yetersiz kaldığı vurgulanmıştır.
Jiwa ve arkadaşları 2010 (132)	Meme bakım hemşiresi ile hastalar arasındaki konsültasyonların tematik analizini sunmak	Kalitatif	4 meme bakım hemşiresi Meme kanseri takip kliniğine başvuran 21 kadın	Meme bakım hemşireleri kadınlara yaşadıkları süreçler ile ilgili uyum sağlamlarını kolaylaştırmada önemli rol oynamıştır.

Tablo 1. Son on yıl içinde meme bakım hemşireliği ile ilgili yapılmış çalışmalara ilişkin sonuçlar (Devam)

Yazar-Yıl	Çalışmanın Amacı	Araştırmanın Tasarımı	Örneklem Büyüklüğü	Bulgular
Admi ve Arkadaşları 2011 (158)	Meme kanseri tedavisi gören kadınlar tarafından yazılan teşekkür mektuplarının analiz edilerek meme bakım hemşiresinin rollerinin belirlenmesi	Kalitatif	Meme kanseri olan hastalara ait 125 teşekkür mektubu	Meme bakım hemşireleri biyomedikal sağlık sistemi içindeki boşluğu dolduran, bütünsel ve bütünüleyici birçok role sahiptir.
Albert ve arkadaşları 2011 (23)	Meme bakım hemşiresinin hasta memnuniyeti, hastalığın anlaşılmasına/uyumuna ve adjuvan endokrin tedaviye uyumuna etkisinin belirlenmesi	Kantitatif	Hastanedeki tedaviden 2-14 ay sonra takip edilen 360 hasta (Hastaların 207'sine ulaşılmıştır)	Meme bakım hemşiresi meme kanseri olan hastaların memnuniyetini ve tedaviye uyumlarını artırmaktadır.
Eley ve Arkadaşları 2012 (161)	Meme kanseri olan kadınları desteklemede meme bakım hemşiresinin etkinliğinin değerlendirilmesi	Kalitatif	Meme bakım hemşiresinden bakım alan 28 kadın Meme bakım hemşiresinden bakım almayan 22 kadın	Meme bakım hemşiresi desteği olanlar daha fazla bilgi ve destek aldıklarını, memnuniyetlerinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.
Poelmans ve arkadaşları 2013 (24)	Meme bakım hemşiresi tarafından verilen hizmetin hasta memnuniyeti üzerine etkisi	Kantitatif	60 hasta grubundan oluşan 6 grup	Meme bakım hemşireliği hizmeti almak hastaların memnuniyetini artırmaktadır. Meme bakım hemşiresinin rolü bakım sürecini koordine etme ve tedavi öncesi ve ameliyat sonrası evrede hastalara rehberlik etmede önem taşımaktadır.
Kadmon ve arkadaşları 2015 (133)	Meme kanseri olan kadınların tedavinin tüm aşamalarında meme bakım hemşiresinin rolüne ilişkin algılarının belirlenmesi	Karma araştırma	321 meme kanseri olan hasta	Meme kanseri olan kadınların algılarına göre meme bakım hemşiresi desteği hastanın tanısı ve ve kendi bakımları yönetme yeteneğinin önemli bir parçasıdır. Multidisipliner ekipte bütüncül bakımda meme bakım hemşiresi yer almaktadır.
Ahern ve arkadaşları 2016 (163)	Meme kanseri tedavisi sırasında meme bakım hemşireliği hizmetinin herhangi bir zamanda kullanılmasının meme kanseri olan kadınlarda karşılanmamış ihtiyaçların azaltılmasını ve özyeterliliğe etkisinin belirlenmesi	Kantitatif	Meme kanseri olan 902 hasta	Meme bakım hemşireliği hizmeti alan hastaların karşılanmamış ihtiyaçlarının azaldığı ve özyeterliliklerinin arttığı saptanmıştır.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, meme kanseri cerrahisi geçiren hastalara meme bakım hemşiresi tarafından verilen eğitimin hastaların beden imajı, anksiyete ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla niteliksel ve niceliksel araştırmayı kapsayan karma araştırma yöntemiyle yapıldı.

Karma yöntemde araştırmacı, aynı çalışmada hem nitel hem de nicel verileri toplar, analiz eder ve yorumlar (165, 166). Karma araştırmalar her ne kadar nitel ve nicel yöntemin basit birleşimi olarak algılsa da, bu yöntemlerin güçlü yanlarının birbirini desteklediği, kapsamlı bütünleşik çalışmalardır (167). Creswell'e göre karma tip araştırmaların kullanılması araştırma probleminin daha iyi anlaşılmasına olanak sağlamaktadır (168). Araştırmada hastalara hem meme bakım hemşireliği hizmeti verildi, hem de verilen eğitim hizmetinin hastaların beden imajı, anksiyete ve yaşam kaliteleri üzerine etkisi değerlendirildi. Dolayısıyla araştırma, geniş çaplı ve karmaşık araştırma sorularına cevap arandığı, teori ve uygulamaya ilişkin bilgiler ürettiği için karma araştırma yöntemine uygundur. Ayrıca karma araştırma yöntemi sonuçların genellenebilirliğini artırdığı, kelime ve ifadelerin sayısal verilere açıklık getirdiği, gözden kaçabilecek farklı görüş ve anlayışları açığa çıkarabildiği için bu araştırmaya uygun bir yöntemdir.

5.2. Araştırmanın Hipotezleri

H0₁: Meme kanseri cerrahisi geçiren hastalara meme bakım hemşiresi tarafından verilen eğitim hastaların beden imajlarını olumlu etkilemez.

H1: Meme kanseri cerrahisi geçiren hastalara meme bakım hemşiresi tarafından verilen eğitim hastaların beden imajlarını olumlu etkiler.

H0₂: Meme kanseri cerrahisi geçiren hastalara meme bakım hemşiresi tarafından verilen eğitim hastaların durumluk anksiyetelerini olumlu etkilemez.

H2: Meme kanseri cerrahisi geçiren hastalara meme bakım hemşiresi tarafından verilen eğitim hastaların durumluk anksiyetelerini olumlu etkiler.

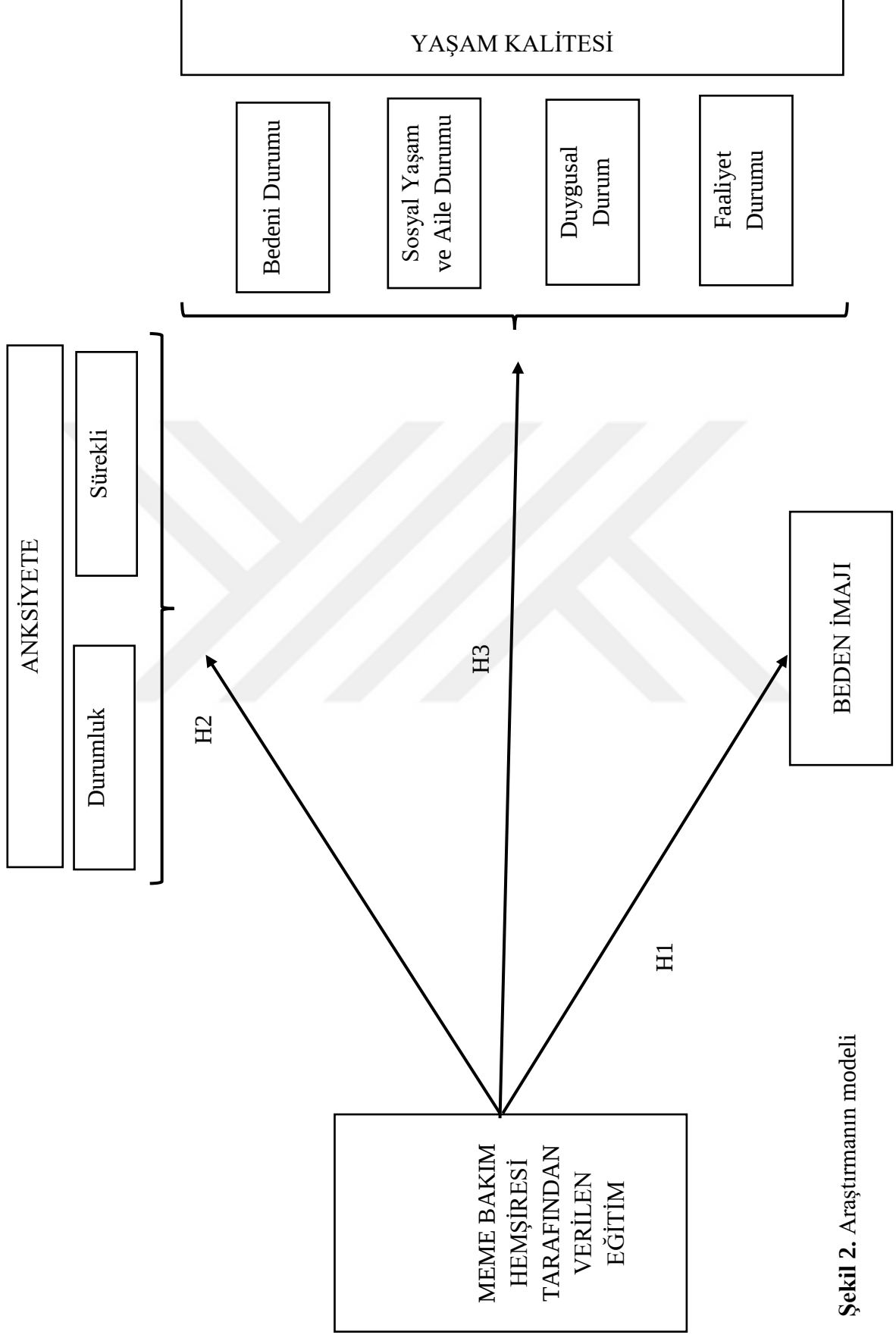
H0₃: Meme kanseri cerrahisi geçiren hastalara meme bakım hemşiresi tarafından verilen eğitim hastaların sürekli anksiyetelerini olumlu etkilemez.

H03: Meme kanseri cerrahisi geçiren hastalara meme bakım hemşiresi tarafından verilen eğitim hastaların sürekli anksiyetelerini olumlu etkiler.

H04: Meme kanseri cerrahisi geçiren hastalara meme bakım hemşiresi tarafından verilen eğitim hastaların yaşam kalitelerini olumlu etkilemez.

H4: Meme kanseri cerrahisi geçiren hastalara meme bakım hemşiresi tarafından verilen eğitim hastaların yaşam kalitelerini olumlu etkiler.





Şekil 2. Araştırmanın modeli

5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Mayıs 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi (RTEÜ) Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde genel cerrahi servisinde yapıldı. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 22 yataklı genel cerrahi servisi, 11 adeti genel cerrahiye ait olan 22 yataklı göğüs cerrahi-genel cerrahi servisi bulunmakta olup meme kanseri ameliyatı olacak hastalar bu servislerde yatmaktadırlar. Servislerde 08.00-16.00 (8 saat) ve 08.00-08.00 (24 saat) olmak üzere iki shiftte hizmet verilmektedir. Gündüz shiftinde sorumlu hemşireyle birlikte dört, gece shiftinde iki hemşire çalışmaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü hastanede meme kanseri ameliyatı olan hastalara eğitim veren ve hastaları izleyen meme bakım hemşiresi ve meme ünitesi bulunmamakta olup meme kanseri cerrahisi geçiren hastalar meme kanseri cerrahisine özgün olmayan genel bir eğitim almaktadırlar.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir yıl içinde RTEÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde meme kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalar oluşturdu. Araştırma başlamadan bir yıl önce (Mayıs 2016-Mayıs 2017) meme kanseri cerrahi tedavisi geçiren hasta sayısı hastane kayıtlarına göre 38'dir. Çalışmada evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Bir yıl içerisinde 44 hastaya ulaşıldı. Bir hasta zihinsel engelli olduğu, bir hasta ile çalışmanın ilerleyen aşamalarında iletişim kurulamadığı için örneklem dışı bırakıldı ve çalışma 42 hasta ile tamamlandı.

Örneklem kabul edilme ölçütleri:

1. İlk kez ve primer meme kanseri tanısı olan,
2. Meme kanserine bağlı modifiye radikal mastektomi ya da meme koruyucu cerrahi olan,
3. Tanısını bilen,
4. 18-65 yaş arası olan,
5. Türkçe konuşabilen,
6. Okur-yazar olan hastalar araştırmaya dahil edildi.

Örneklem dışı bırakılma ölçütleri:

1. Beden imajını etkileyebilecek başka sağlık sorunu (amputasyon, görünür yara izi, görünür bedensel engel vb),

2. Görme/işitme/konuşma engeli,
3. Metastatik meme kanseri,
4. Psikiyatrik bir tanısı/tedavisi olan hastalar araştırma dışında tutuldu.

Sonlandırma ölçütü

Veri toplama süreci içinde:

1. Hastanın çalışmaya devam etmek istememesi,
2. Hastanın başka bir şehre taşınması,
3. Hastanın tedavi gerektirecek psikiyatrik bir hastalığının ortaya çıkması,
4. Hastanın soru formlarına gönüllü yanıt vermediğinin fark edilmesi.

5.5. Verilerin Toplanması

Araştırmada nitel ve nicel veriler bulunmaktadır. Bu nedenle farklı veri toplama yöntemleri ve araçları kullanıldı. Veriler Mayıs 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında toplandı.

5.5.1. Nicel Veriler

5.5.1.1. Nicel Veri Toplama Araçları

Nicel veriler; yaşam kalitesi ölçeği (Functional Assessment of Cancer Therapy-General; FACT-G), durumluk ve sürekli anksiyete ölçeği (State-Trait Anxiety Inventory; STAI), cinsel uyum ve beden imajı ölçeği (Sexual Adjustment and Body Image Scale; SABIS) ile araştırmacı tarafından geliştirilen hasta tanıtıcı özellikler soru formu ve hasta izlem formu ile toplandı.

Yaşam Kalitesi Ölçeği (versiyon 4) (Functional Assessment of Cancer Therapy-General; FACT-G (versiyon 4)): Amerika Birleşik Devletleri'nde "Center on Outcomes, Research, and Education (CORE)" isimli merkez, kanser olan hastaların yaşam kalitelerinin belirlendiği ölçekler geliştirmektedir. Bu merkez, günümüzde FACIT olarak adlandırılmaktadır. Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) anketleri, Türkçe'nin de aralarında bulunduğu bir çok farklı dile çevrilmiştir (169). Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast yaşam kalitesi ölçeği de bu merkezin geliştirdiği ölçekler arasında yer almaktadır (**Ek 1**).

Ölçeğin Türkçesi ve kullanım izni web sitesindeki (FACIT) ilgili yöneticiden alındı (**Ek 2**). Functional Assessment of Cancer Therapy-General (versiyon 4) yaşam kalitesi ölçeği 2002 yılında Türkçe'ye çevrilmiş, geçerliliği Çetiner ve arkadaşları tarafından bir

pilot çalışma ile kanıtlanmış ve ilgili merkezce onanmıştır. Ölçek her türlü kanser hastalarında kullanılmak için yeterli bir form olmasının yanı sıra biraz değiştirilerek diğer kronik hastalıklarda hastalığa özel ve genel popülasyonda da kullanılmış ve onaylanmıştır. Hastalığa özel uygulanan ölçekler, FACT-G (versiyon 4) ile birlikte hastalığa ilişkin hazırlanmış değişik sayıda sorulardan oluşmuş ve her biri farklı bir isim almıştır. Türkçe FACT-G (versiyon 4) yaşam kalitesinin ön-sonuçları, çeşitli kongrelerde sunulmuştur (170, 171).

Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast yaşam kalitesi ölçeğinin diğer endişeler alt boyutuna ilişkin sorular cerrahi sonrası süreci kapsadığı ve araştırmada bu sürece ilişkin veri toplanmadığı için diğer endişeler alt boyutunun olmadığı FACT-G (versiyon 4) yaşam kalitesi ölçeği kullanıldı (**Ek 3**).

Functional Assessment of Cancer Therapy-General (versiyon 4) yaşam kalitesi ölçeğinde; bedeni durum (7 soru), sosyal yaşam ve aile durumu (7 soru), duygusal durum (6 soru), faaliyet durumu (7 soru) olmak üzere dört alt boyut bulunmaktadır. Bu alt boyutlara ilişkin soruların yanıt seçenekleri (0) hiç, (1) çok az, (2) biraz, (3) oldukça ve (4) çok fazla şeklindedir. Tüm sorular (27 soru) yaşanan son yedi günü değerlendirmeye yöneliktir. Her bir alt boyuta ilişkin maddeler ayrı ayrı hesaplandıktan sonra toplam puanlar elde edilmektedir. Bunun için; önce ölçek her bir alt boyut puanlamasında olumsuz ifadelerle verilen yanıt seçenekleri dörtten çıkarılırken, olumlu ifadelerle verilen cevap seçenekleri doğrudan toplanır. Bedeni durum alt boyutunda yer alan soruların tamamı ile, duygusal durum alt boyutunda yer alan 1, 3, 4, 5 ve 6. sorular olumsuz ifadelerdir. Elde edilen sonuç her bir alt boyut puanı için alt boyutta yer alan madde sayısının çarpılır ve cevaplanan madde sayısına bölünür. Son olarak alt boyutlarından elde edilen değerler toplanarak toplam yaşam kalitesi puanı elde edilir. Aşağıdaki formülde FACT-G yaşam kalitesi toplam puan hesabı görülmektedir. Yüksek puan yüksek yaşam kalitesini seviyesini, düşük puan düşük yaşam kalitesini ifade eder.

FACT-G toplam puanı:

Puan aralığı: 0-108

_____ + _____ + _____ + _____ = _____ = **FACT-G Toplam Puanı**
(Bedeni Durum) (Aile ve Sosyal Yaşam) (Duygusal Durum) (Faaliyet Durumu)

Çalışmamızda FACT-G yaşam kalitesi ölçeği cronbach alfa değeri 0.96 olarak bulundu. Ölçeğin alt boyutlarının cronbach alfa değerleri sırasıyla ise bedeni durum 0.88; sosyal yaşam ve aile durumu 0.97; duygusal durum 0.91 ve faaliyet durumu 0.94 olarak saptandı.

Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (State-Trait Anxiety Inventory-STAI): Büyüköztürk'ün bildirdiğine göre durumluk ve sürekli anksiyete ölçeği Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970'de geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından 1983'te Türk toplumuna uyarlaması yapılmıştır (172).

Durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerini ölçen likert tipi 40 soru içermektedir. Ölçekten alınan puan ile anksiyete puanı doğru orantılıdır. Durumluk anksiyete (DA) ölçeğinde dört sınıfta toplanan yanıt seçenekleri (1) hiç, (2) biraz, (3) çok ve (4) tamamiyle şeklinde; sürekli anksiyete (SA) ölçeğindeki seçenekler ise (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çoğu zaman ve (4) hemen her zaman şeklindedir. Ölçekte iki türlü ifade bulunmaktadır. Bunlar (1) doğrudan ya da düz ve (2) tersine dönmüş ifadelerdir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken, 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar anksiyetenin yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek anksiyeteyi, 4 değerindeki cevaplar düşük anksiyeteyi gösterir. "Huzursuzum" ifadesi doğrudan, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi tersine dönmüş ifadelerle örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda "huzursuzum" ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek anksiyeteyi yansıtmış olur. Durumluk anksiyete ölçeğinde on tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli anksiyete ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleri oluşturur. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk anksiyete ölçeği için bu değişmeyen değer 50, SA ölçeği için ise 35' dir. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek anksiyete seviyesini, düşük puan düşük anksiyete seviyesini ifade eder (173).

Tayfun ve Korkmaz'ın aktardığına göre Öner ve Le Compte'un çalışmasında cronbach alpha değerleri ile saptanan güvenirlik katsayılarının; "DA Ölçeği" için 0.83 ile 0.92 arasında; "SA Ölçeği" için 0.86 ile 0.92 arasında bulunmuştur (174). Çalışmamızda cronbach alfa değerleri DA ölçeği için 0.97 ve SA ölçeği için 0.96 olarak bulundu (**Ek 4**).

Cinsel Uyum ve Beden İmajı Ölçeği (CUBİÖ-Sexual Adjustment and Body Image Scale-SABIS): Ursavaş ve Karayurt'un bildirdiğine göre cinsel uyum ve beden imajı ölçeği Dalton ve arkadaşları tarafından 2009'da geliştirilmiş olup, ülkemizde geçerlik ve güvenirliğini Ursavaş ve Karayurt yapmıştır (175). Cinsel uyum ve beden imajı ölçeği cinsel uyumu ve beden imajını değerlendiren iki ölçekten ve toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçek meme kanseri tanısı olan hastalarda her yaş grubunda cinsel uyum ve beden imajını değerlendirmek amacıyla ayrı ayrı iki farklı ölçek olarak kullanılabilir. Bu çalışmada Beden İmajı Alt Ölçeği kullanıldı. Beden İmajı Alt Ölçeği "önceki beden imajı" ve "sonraki beden imajı" olmak üzere iki alt boyuttan ve altı maddeden oluşmaktadır. Beden İmajı Ölçeği'ndeki maddeler 1-5 arasında likert tipi bir ölçekle değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1. ve 3. maddeleri 1'den 5'e doğru puanlandırılırken, 2, 4, 5 ve 6. maddeler 5'den 1'e doğru puanlandırılmaktadır. Ölçeğin toplam puanı yoktur. Ölçek alt boyutları hesaplanmaktadır. İki alt boyut için ayrı puanlar elde edilmektedir. Düşük alt boyut puan ortalamaları alt boyutların olumsuz (kötü) etkilendiğini gösterirken, yüksek alt boyut puan ortalamaları alt boyutların iyi olduğunu göstermektedir. Beden İmajı Ölçeği'nin alt boyutları ayrı ayrı kullanılabilir. Ursavaş ve Karayurt'un çalışmasında beden imajı ölçeği alt boyut cronbach alfa değerleri 0.77 ve 0.81 bulunmuştur. Bu çalışmada beden imajı ölçeği alt boyut cronbach alfa değerleri 0.56 ve 0.83 bulundu (**Ek 5**). Ölçeğin Türkçesi ve kullanım izni ilgili kişilerden alındı (**Ek 6**).

Hasta Tanıtıcı Özellikler Soru Formu: Soru formu hastaların yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, şu an yaşadığı yer, gelir düzeyi, meslek, var olan kronik hastalıkları, ameliyat tarihi ve türünü içeren dokuz sorudan oluşmaktadır (**Ek 7**).

Hasta İzlem Formu: Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, hastanın ameliyattan bir gün önce ve taburculuktan bir gün önce verilen eğitim doğrultusunda yapması beklenen uygulamaları gerçekleştirme ve insizyon yerinin durumunu belirlemek için kullanıldı. Form, ameliyattan sonraki birinci güne ilişkin; derin solunum-

öksürük egzersizleri, mobilizasyon, ameliyat olan kolun pozisyonu, ameliyat yerinin değerlendirilmesi ve komplikasyon gelişme durumu ile hastanın yara yerine bakma durumunu içeren yedi sorudan oluşmaktadır. Taburcu olduktan bir ay sonrasına ilişkin ise insizyon yerinde komplikasyon gelişme durumu ve ameliyat sonrası hareket kısıtlılığına bağlı kolda fonksiyon kaybı (omuz sertliği-donuk omuz) için bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanına görünme durumunu içeren iki sorudan oluşmaktadır (**Ek 8**). Ameliyattan sonraki birinci güne ve taburcu olduktan bir ay sonrasına ilişkin ameliyat yerinin değerlendirilmesi ve komplikasyon gelişme durumu araştırmacı tarafından değerlendirildi. Ameliyat yerinde komplikasyon durumu varsa hasta hekime yönlendirildi.

Ön Uygulama

Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının anlaşılabilirliğini değerlendirmek için araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan dört hasta ile ön uygulama yapıldı. Bu hastalar araştırma örneklemine dahil edilmedi. Hastalardan gelen geri bildirimler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapıldı.

5.5.1.2. Nicel Verilerin Toplanması

Beden imajı, anksiyete ve yaşam kalitesi ön testleri için veriler ameliyattan bir gün önce eğitim verilmeden toplandı. Eğitim sonrası (ES) beden imajı, anksiyete ve yaşam kalitesi son testleri için veriler ise taburcu olduktan bir ay sonraki ziyarette toplandı. Hasta izlem formu hem ameliyattan bir gün sonra hastanede hastaların odalarında hem de taburculuktan bir ay sonra hastaların evlerinde dolduruldu.

5.5.2. Nitel Veriler

5.5.2.1. Araştırma Grubu

Karma tipte olan çalışmanın nitel verileri amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan maksimum çeşitlilik örneklem yöntemi ile toplandı. Amaçlı örnekleme yöntemi *“derinlemesine araştırma yapabilmek amacıyla, çalışmanın amacı bağlamında bilgi açısından zengin durumların seçilmesidir”*. Amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan maksimum çeşitlilik örneklem yöntemi ise, *“örneklemenin problemle ilgili olarak kendi içinde benzeşik farklı durumlardan oluşturulmasıdır”* (176, 177). Öncelikle örneklem kapsamındaki hastaların içinden nitel verilerin zenginliği açısından kendini rahatlıkla ifade edebilen hastalar belirlendi. Daha sonra araştırma problemiyle ilgili olarak kendi

içinde benzeşik farklı durumların oluşturulması için farklı sosyodemografik özellikleri olan hastalar nitel örnekleme dahil edildi. Bu yöntem ile örneklem kapsamına giren hastaların içinden taburcu olduktan bir ay sonraki son görüşmede seçilen 15 kadınla yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi ile nitel veriler toplandı.

5.5.2.2. Nitel Verilerin Toplanması

Nitel veriler yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi ile toplandı. Hastalara araştırmacı tarafından; görüşmeyi kabul etmeleri halinde görüşmede ses kaydı yapılacağı konusunda bilgi verildi. Yarı yapılandırılmış görüşme için son görüşmede hastalardan randevu alındı. Görüşmede hastalara meme bakım hemşireliğine ilişkin sorular soruldu. Belirlenen randevu gününde hastaların evlerine gidilerek görüşmenin amacı, nasıl yapılacağı ve ses kaydının olacağı tekrar anlatıldı.

Görüşme hastaların kendi evlerinde, yalnızca araştırmacı ve katılımcının bulunduğu ve görüşme yapmaya uygun bir odada yapıldı. Bireyin aynı kavramları kullandığı ve yeni bir bilgi ve kavram elde edilmediği noktaya kadar görüşmeye devam edildi. Görüşmelerin süresi değişiklik göstermekle beraber ortalama 40 dakikadır.

5.5.2.3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Görüşmeler yarı yapılandırılmış soru formu doğrultusunda yürütüldü. Görüşme formunda hastaların meme bakım hemşiresine ve verilen eğitime ilişkin duygu ve düşünceleri ile ilgili beş soru bulunmaktadır. Çalışmada hastalara bu sorulara ek olarak görüşmenin akışına göre konu ile ilgili farklı sorular da soruldu. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan sorular aşağıda yer almaktadır:

Hastaların Meme Bakım Hemşireliğine İlişkin Görüşleri

- Meme bakım hemşireliği hizmeti hakkındaki görüşleriniz nelerdir?
- Size verilen bu hizmetin yararlı olduğunu düşünüyor musunuz? Neden?
- Size verilen hizmetin yeterli olup olmadığı konusundaki düşünceleriniz nelerdir?
- Sizce meme ameliyatı olan hastalara böyle bir hizmet verilmeli mi? Neden?
- Sizce bu hizmet başka neleri kapsamalı?

Araştırmanın uygulama basamakları ve her basamakta kullanılacak veri toplama araçları Tablo 2’de şematize edilerek gösterilmektedir:

Tablo 2. Araştırmanın uygulama şeması

Araştırma basamakları	Yapılan eğitim konuları ve izlemde yapılacaklar	Veri toplama araçları
Ameliyattan bir gün önce (klinikte)	İlk Eğitim ✓ Yapılacak ameliyatın türüne (modifiye radikal mastektomi ya da meme koruyucu cerrahi tekniklerinden hangisi uygulanacaksa) ve ameliyat öncesi dönem hazırlıklarına ilişkin bilgi ✓ Derin solunum-öksürük egzersizleri ✓ Mobilizasyonun önemi ✓ Ameliyat olan kolun pozisyonu ✓ Ameliyat sonrası ameliyata bağlı olarak ortaya çıkabilecek sorunlar (cerrahi yara, kanama, ağrı, fantom meme ağrısı, seroma, enfeksiyon, beden imajı değişimi) ve bu sorunlara yönelik yapılması gerekenler	✓ Tanıtıcı özellikler soru formu ✓ Beden imajı ölçeği (BİÖ) ✓ Durumluk ve sürekli anksiyete ölçeği (STAI) ✓ Yaşam kalitesi ölçeği (FACT-G)
Ameliyattan bir gün sonra (klinikte)	İlk İzlem ✓ Hastaya verilen eğitim doğrultusunda derin solunum-öksürük egzersizleri, mobilizasyonu, ameliyat olan kolun pozisyonu, ameliyat yerinin değerlendirilmesi ve komplikasyon gelişme durumu, hastanın ameliyat yerine bakıp bakmama durumunun değerlendirilmesi ✓ Hastanın ameliyat bölgesi ile ilk karşılaşmasının birlikte gerçekleştirilmesi ve kaydedilmesi	İzlem formu
Taburcu olmadan bir gün önce (klinikte)	İkinci Eğitim ✓ Cerrahi yara, kanama, ağrı, enfeksiyon, hareket kısıtlılığına bağlı kolda fonksiyon kaybı, ameliyat olan kolun pozisyonu, lenfödem, lenfödem gelişmemesi için dikkat edilmesi gereken hususlar, psikolojik ve sosyal sorunlar ve bunlarla başetmeye yönelik öneriler, beden imajı değişimine yönelik öneriler, cinsel yaşam, iş yaşamı, spor yapma, seyahat etme, giysi seçimi ve sütyen kullanımına ilişkin öneriler, protez seçimi ve meme rekonstrüksiyonu, meme kanserinde cerrahi tedavi dışındaki tedavi yöntemleri, tedavi sonrası kontrol sıklıkları, kendi kendine meme muayenesi ve meme kanseri tarama programı	
Taburcu olduktan bir ay sonra (evde)	İkinci İzlem ✓ İnsizyon yerinde komplikasyon gelişip-gelişmediği ve ameliyat sonrası hareket kısıtlılığına bağlı kolda fonksiyon kaybı (omuz sertliği-donuk omuz) için bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanına görünüp-görünmediğinin değerlendirilmesi ✓ Hastanın sorularının cevaplanması	✓ Beden imajı ölçeği (BİÖ) ✓ Durumluk ve sürekli anksiyete ölçeği (STAI) ✓ Yaşam kalitesi ölçeği (FACT-G) ✓ İzlem formu
	Nitel veriler ✓ Örneklem kapsamına giren hastaların içinden son görüşmede maksimum çeşitlilik örneklem yöntemi ile hastaların içinden seçilen 15 hasta	✓ Yarı yapılandırılmış görüşme formu ile ses kaydı yapılması

5.6. Hemşirelik Eğitimi ve İzlemi

Bu araştırmada hemşirelik girişimi meme kanserine bağlı cerrahi tedavi geçirecek hastaların ameliyat öncesi ve taburculuk öncesi eğitimleri ile ameliyattan bir gün sonra ve taburculuktan bir ay sonraki izlemlerini kapsamaktadır. Bu bağlamda araştırmacı meme kanseri cerrahisi geçiren hastaların ameliyat öncesi ve sonrası eğitimlerinde kullanılmak üzere bir eğitim kitabı oluşturdu.

Eğitim kitabının içeriği oluşturulurken; klinik hemşiresi olarak çalışmış olan araştırmacının deneyimlerinden ve ilgili kaynaklardan yararlanıldı (77, 178-183). Öncelikle kitapta meme kanseri cerrahi sürecine ilişkin ameliyat öncesi, ameliyat sonrası ve taburculuğa ilişkin hastanın hangi sorun ve gereksinimlerinin yer alacağı belirlendi. Bu doğrultuda kitabın içeriği ve kullanılacak görseller saptandı. Daha sonra resimler görsel sanatlar öğretmeni tarafından, çizimler grafik tasarımcısı tarafından oluşturuldu. Oluşturulan eğitim kitabı için altı uzman görüşü (Genel Cerrahi Anabilim Dalından iki öğretim üyesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalından bir öğretim üyesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalından bir öğretim üyesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalından bir öğretim üyesi ve bir genel cerrahi klinik sorumlu hemşiresi) alındı. Eleştiri ve öneriler doğrultusunda eğitim kitabına son şekil verildi.

Eğitim kitabının özellikleri: Eğitim kitabı, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönem olmak üzere iki bölümden oluştu. İlk bölümde ameliyat öncesi dönemde hastanın geçireceği ameliyat türüne göre meme kanseri cerrahi tedavi yöntemleri, ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat öncesi eğitim yer aldı. İkinci bölüm ameliyat sonrası dönem hastanede ve taburculuk sonrası evde ortaya çıkabilecek sorunlar ve yapılması gerekenler, meme kanseri cerrahi dışındaki tedavi yöntemleri, tedavi sonrası kontrol sıklıkları, kendi kendine meme muayenesi ile meme kanseri tarama programlarını kapsamaktadır. İlk bölüm 15 sayfa, ikinci bölüm 57 sayfa olmak üzere toplam 84 sayfadır. Kitap Kültür Bakanlığı'ndan ISBN numarası (ISBN: 978-605-9252-30-0) ve bandrol alınarak STS Yayınları tarafından B5 kağıt ebadında (176x250 mm) basıldı (**Ek 9**). Eğitim kitabının içeriğinde yer alan; ameliyattan bir gün önceki eğitim ve taburcu olmadan bir gün önceki eğitim içeriği Tablo 3'de yer almaktadır.

Hastalar, eğitim için ameliyattan bir gün önce ve taburcu olmadan bir gün önce olmak üzere iki kez ziyaret edildi. Meme bakım hemşiresi olarak her yönüyle

yapılandırılmış ve planlı bir eğitim araştırmacı tarafından ameliyattan bir gün önce ve taburcu olmadan bir gün önce sözel olarak yapıldı, sonra araştırmacının anlattıklarını içeren eğitim kitabı hastalara verildi. Ayrıca gereksinim duyduklarında iletişim kurmaları için hastalara araştırmacı tarafından bir telefon numarası verildi. Hastalara verilen eğitimler araştırmacı tarafından birebir ve yüz yüze yapıldı. Eğitimler sırasında düz anlatım, soru-cevap yöntemleri kullanıldı. Hastalara ameliyattan önce ve taburcu olmadan önce verilen eğitimler hasta odasında bireysel olarak yapıldı (Ek 10).

Tablo 3. Eğitim kitabının içeriği

Ameliyattan Bir Gün Önceki Eğitim	1. Ameliyat öncesi dönem
	1.1. Meme kanserinin cerrahi tedavi yöntemleri
	1.1.1. Meme koruyucu cerrahi
	1.1.2. Meme koruyucu olmayan cerrahi (modifiye radikal mastektomi)
	1.1.3. Koltuk altı lenf bezlerinin çıkarılması
	1.2. Ameliyat öncesi hazırlık
	1.2.1. Ameliyattan bir gün önceki geceye kadar olan hazırlık
	1.2.1.1. Fizyolojik hazırlık
	1.2.1.2. Psikolojik hazırlık
	1.2.1.3. Yasal hazırlık
	1.2.1.4. Ameliyat öncesi eğitim
	1.2.2. Ameliyattan önceki gece hazırlığı
	1.2.3. Ameliyat günü hazırlığı
	2. Ameliyat sonrası dönem
	2.1. Hastanede yattığınız süre içinde ortaya çıkabilecek sorunlar ve yapılması gerekenler
	2.1.1. Cerrahi yara
	2.1.2. Kanama
	2.1.3. Ağrı
	2.1.4. Ameliyat bölgesinde sıvı toplanması (seroma)
	2.1.5. Enfeksiyon
	2.1.6. Beden imajı değişimi

Tablo 3. Eğitim kitabının içeriği (Devam)

Taburcu Olmadan Bir Gün Önceki Eğitim	2.2. Taburculuk sonrası evde ortaya çıkabilecek sorunlar ve yapılması gerekenler
	2.2.1. Cerrahi yara
	2.2.2. Kanama
	2.2.3. Ağrı
	2.2.4. Enfeksiyon
	2.2.5. Hareket kısıtlılığına bağlı kolda fonksiyon kaybı (omuz sertliği- donuk omuz)
	2.2.6. Lenfödem
	2.2.6.1. Hangi durumlar lenfödem riskini artırır?
	2.2.6.2. Lenfödem belirtileri
	2.2.6.3. Lenfödem gelişmemesi için neler yapılmalı?
	2.3. Kol için egzersiz programları
	2.4. Psikolojik ve sosyal sorunlar
	2.4.1. Kaygı
	2.4.2. Uyku ile ilgili sorunlar
	2.4.3. Yeme ile ilgili sorunlar
	2.4.4. İlaç etkileşimleri
	2.5. Beden imajı değişimine yönelik öneriler
	2.6. Cinsel yaşam
	2.7. İş yaşamı
	2.8. Spor yapma
	2.9. Seyahat etme
	2.10. Giysi seçimi
	2.11. Protez seçimi ve meme rekonstrüksiyonu (memenin yeniden yapılandırılması)
	2.12. Meme kanserinde cerrahi dışındaki tedavi yöntemleri
	2.12.1. Meme kanserinde kemoterapi
	2.12.2. Meme kanserinde radyoterapi
	2.12.3. Meme kanserinde hormonoterapi
	2.13. Tedavi sonrası kontrol sıklıkları
	2.14. Kendi kendine meme muayenesi (KKMM)
	2.14.1. KKMM ne zaman yapılmalıdır?
	2.14.2. KKMM nasıl yapılır?
	2.14.2.1. Gözlem yaparak muayene
	2.14.2.2. Dokunarak elle muayene
	2.14.3. KKMM yaparken hangi bölgeleri muayene edelim?
	2.14.4. Elle muayenede hangi parmakları nasıl kullanalım?
	2.14.5. Bölgenin elle muayenesi
	2.15. Meme kanseri tarama programı

Meme koruyucu cerrahi geçiren hastalara taburcu olmadan bir gün önce verilen eğitim lenfödem dışında mastektomi ve meme koruyucu cerrahi+aksiller diseksiyon geçiren hastalarla aynı içeriktedir.

Hastaların izlemleri için ise ameliyattan bir gün sonra ve taburcu olduktan bir ay sonra olmak üzere toplam iki kez ziyaret edildi. Ameliyattan bir gün sonraki ziyarette; hastaya verilen eğitim doğrultusunda (derin solunum-öksürük egzersizleri, mobilizasyonu, ameliyat olan kolun pozisyonu, ameliyat yerinin değerlendirilmesi ve komplikasyon gelişme durumu, hastanın ameliyat yerine bakıp bakmama durumu) değerlendirildi ve değerlendirme izlem formuna kaydedildi.

İlk ziyaretteki amaçlardan bir tanesi de hastaların bedenlerindeki değişime uyumlarını desteklemek için hastaların ameliyat bölgeleri ile ilk karşılaşmalarının araştırmacı ile birlikte olması idi. Öncelikle hastalara birlikte ameliyat bölgesine bakmak isteyip istemedikleri soruldu. Bunun için pansuman zamanı tercih edildi. Araştırmacı ameliyat bölgesine kendisi ile bakmak isteyen hastalar (39 hasta) için ekip ile iletişim kurdu ve pansuman zamanında hastanın yanında bulundu ve böylece hastanın ameliyat bölgesi ile ilk karşılaşması gerçekleştirildi. Araştırmacı bu süre içinde hastanın gereksinimlerine göre destekleyici yaklaşımda bulundu (elini tutma, yanağını okşama, gülümseme, ağlamasına izin verme, olumlu geri bildirim verme).

Taburcu olduktan bir ay sonraki ziyarette son testlerin uygulanması için hastalar telefonla arandı. Hastalara ev ziyareti yapıldı ve verilen taburculuk eğitimi kapsamında (insizyon yerinde komplikasyon gelişip-gelişmediği ve ameliyat sonrası hareket kısıtlılığına bağlı kolda fonksiyon kaybı (omuz sertliği-donuk omuz) için bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanına görünüp-görünmediği) değerlendirildi, hastanın soruları cevaplandı.

5.7. Araştırmacının Meme Bakım Hemşireliği Yeterliliği

Araştırmacı meme bakım hemşireliği yapabilmek için 11-13 Haziran 2014 tarihlerinde Onkoloji Hemşireliği Derneği'nin Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde düzenlediği 24 saatlik meme bakım hemşireliği eğitim programına katılmış ve katılım belgesi almıştır (**Ek 11**). Ayrıca 20-31 Temmuz 2015 tarihleri arasında doktora eğitimi kapsamında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Meme Servisi ve Gebze Anadolu Sağlık Merkezi In Affiliation With Johns Hopkins Medicine

Meme Merkezi'nde 15 gün gözlemci olarak bulundu.

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

5.8.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen nicel veriler SPSS 22.0 programında analiz edildi. Varyansların normal dağılıma uygunluğu için Shapiro-Wilk testi kullanıldı. Verilerin analizi için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, varyans analizi (ANOVA) testi ve korelasyon testi ile analiz edildi. Anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ olarak alındı.

5.8.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada meme kanseri cerrahi tedavisi geçiren hastaların meme bakım hemşiresinden aldıkları eğitim ve hastalara meme bakım hemşiresinin yaklaşımlarına odaklanıldı. Bu nedenle meme kanseri cerrahi tedavisi geçiren hastaların meme bakım hemşiresinden aldıkları eğitim deneyimlerini anlamada fenomenoloji deseni tercih edilmiştir. Fenomenoloji, bir bilgi felsefesi olarak, olgunun doğrudan gözleminin önemine odaklanmaktadır (184). Fenomenolojide araştırılan gerçeklik ya da deneyimin anlaşılması ve bunların tanımlanması için bireylerin açıklamalarından yararlanılır. Bu yöntem tümevarımsal olarak özetlenmekte ve sorgulayıcı özellik taşımaktadır. Yöntemde katılımcıların iç dünyası anlaşılmaya çalışılmakta ve deneyimlerini nasıl anlamlandırdıkları ve verdikleri cevaplar üzerine odaklanılmaktadır (185).

Hastalarla yapılan görüşmelerin tamamının ilk yazımları araştırmacı tarafından yapıldı. Bu basamakta, görüşme sırasında tutulan ses kayıtları dinlenerek, hiç bir değişiklik yapılmadan bire bir hastaların söylediği cümleler yazıldı. Yazılan ilk veriler araştırmacı tarafından iyice anlaşılınca kadar dikkatle okundu. Daha sonra araştırmacı tarafından görüşme sırasında katılımcı için tutulan notlar (katılımcının ses tonu, hareketleri ve mimikleri vb.) eklenerek yapılandırılmış bir hale getirildi. Yapılandırılmış olan yazımda araştırma sorularına göre önemli olan kısımlar unutulmamak için işaretlendi. Elde edilen bilgilerden anlamlı bir bütün oluşturan kodlar bulundu. Aynı kodu ifade eden kodlar alt alta yazıldı. Tüm kodlar bir araya getirilerek benzerlik ve farklılıklarına bakıldı. Birbiriyle ilişkili kodlar birleştirilerek temalar, bu temalardan yola çıkarak da ana temalar bulundu. Bir katılımcının verdiği cevaplar en ince ayrıntısına kadar ayrıntılı şekilde değerlendirildikten sonra bir başka katılımcının değerlendirilmesine geçildi. Bu süreç sonunda her bir katılımcının temaları arasında

karşılaştırma yapıldı, benzer ve öne çıkan temalar belirlendi. Bu temalar katılımcıların ifadeleri ile kontrol edildi. Son olarak araştırmacı katılımcıların algılarını ve deneyimlerini yorumlayarak raporlaştırdı (186). Temalar oluşturulurken bu işlem basamakları hem danışman hem de araştırmacı tarafından bağımsız olarak yapıldı ve son olarak oluşturulan temalar karşılaştırıldı. Ayrıca katılımcıların duygularını ifade eden tepkiler “(güldü), (ağladı)” şeklinde gösterildi.

Fenomenolojik Analiz Yönteminin Geçerliği ve Güvenirliği

Fenomenolojik analiz yönteminde geçerlik için iki yöntem kullanılmaktadır. Bunlar (187):

1. Özneyi geçerlik
2. Öznelerarası geçerlik

1. *Özneyi geçerlik:* Bu geçerlilik yönteminde katılımcının farklı durumlarda ortaya çıkan benzer davranışları algılama ve tanımlamadaki tutarlılığı incelenmektedir. Çalışmamızda özneyi geçerlik için hem eğitimlerde hem de izlemlerde çalışma kapsamındaki bütün kadınların göstermiş oldukları davranış ve tepkiler kaydedildi. Daha sonra nitel verilerin toplanması için amaçlama örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik yöntemi ile örneklem kapsamına giren hastaların içinden taburculuktan sonar birinci aydaki son görüşmede seçilen 15 kadının yarı yapılandırılmış görüşmede göstermiş oldukları davranış ve tepkiler de kaydedildi. Böylelikle hastaların farklı durumlarda ortaya çıkan benzer davranışları algılama ve tanımlamadaki tutarlılığına bakıldı.

2. *Öznelerarası geçerlik:* Bu yöntemde ise belirlenen bir veri uzman fenomenologlar tarafından bağımsız şekilde değerlendirilir ve sonuçlar karşılaştırılır. Öznelerarası geçerlik için temalar oluşturulurken fenomenolojik analiz yöntemi işlem basamakları hem danışman hem de araştırmacı tarafından bağımsız olarak yapıldı ve son olarak oluşturulan temalar karşılaştırıldı.

5.9. Araştırmacının Nitel Araştırma Konusunda Yeterliliği

Araştırmacı, nitel araştırmalar ile ilgili yeterliliğini sağlamak ve güvenilirliğini arttırmak amacıyla 04-06 Haziran 2012 tarihinde Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi tarafından düzenlenen “Niteliksel Araştırma” kursuna, 8 Şubat 2013 tarihinde

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından düzenlenen “Nitel Araştırma” kursu ve 11-12 Nisan 2015 ile 1-2 Mayıs 2015 tarihlerinde Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından düzenlenen “Nitel Araştırma-I ve Nitel Araştırma-II” kurslarına katıldı (**Ek 12**).

5.10. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı’ndan 04.05.2016 tarihinde etik kurul izni (sayı: 24237859-246), 25.03.2016 tarihinde ilgili hastaneden yazılı izin (Rize Kamu Hastaneleri Birliği Sayı: 64960800/799) (**Ek 13**) alındı. Veriler toplanmadan önce hastalardan “Bilgilendirilmiş Yazılı Onam” alındı (**Ek 14**). Çalışmaya katılması planlanan hastalara araştırmanın amacı ve görüşmenin ses kayıt cihazı ile kayıt edileceği konusunda bilgi verildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan hasta onam formuna ek olarak sözlü olarak da ses kayıt cihazı ile onam alındı. Onam sırasında araştırmacının çalıştığı kurumdan bir başka öğretim elemanı da şahit olarak bulundu ve hasta ile görüşme yapılmaya başlarken ayrıldı.

5.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma kapsamındaki kadınlar çoğunlukla kırsal kesimde yaşayan, eğitim düzeyleri düşük ve müslüman kadınlardı. Katılımcılar kullanılan ölçeklerdeki bazı soruları yanıtlarken bazı soruların kendilerine çok da uymadığını (FACT-G yaşam kalitesi duygusal durum alt boyutu beşinci sorusu: ölmekten korkuyorum gibi) belirttiler ve bu soruları puanlarken zorlandılar. Çalışmanın yürütüldüğü hastanede bir meme bakım hemşiresinin olmaması ve hastaların ilk kez meme bakım hemşiresi ile karşılaşmış olması hastaların memnuniyet durumlarını olumlu yönde etkilemiş olabilir. Bu unsurlar araştırmanın sınırlılıkları olarak kabul edilebilir.

6. BULGULAR

6.1. Nicel Bulgular

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular iki bölümde ele alındı. Birinci bölümde hastaların tanıtıcı özellikleri, verilen eğitimin hastaların beden imajı, anksiyete ve yaşam kalitesine etkisine ilişkin nicel bulgular ele alındı. İkinci bölümde ise, hastaların bu eğitime ilişkin görüşlerine yönelik nitel bulgular sunuldu.

Tablo 4. Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=42)

Tanıtıcı özellikler	S	%
Yaş		
25-44	14	33.3
45-54	12	28.6
55-64	16	38.1
Eğitim düzeyi		
Okur yazar	9	21.4
İlkokul	16	38.1
Ortaokul ve üzeri	17	40.5
Medeni durum		
Evli	37	88.1
Bekar	5	11.9
Şu an yaşanılan yer		
İl	22	52.4
İlçe	20	47.6
Gelir düzeyi		
2000 TL'nin altı	27	64.3
2000 TL'nin üzeri	15	35.7
Çalışma durumu		
Çalışan	9	21.4
Çalışmayan	33	78.6
Kronik hastalık durumu		
Var	11	26.2
Yok	31	73.8
Ameliyat türü		
MRM	20	47.6
MKC ve MKC+AD	22	52.4

MRM: Modifiye radikal mastektomi, MKC: Meme koruyucu cerrahi, AD: Aksiller diseksiyon

Hastaların tanıtıcı özellikleri Tablo 4'de görülmektedir. Hastaların %38.1'i 55-64 ve %33.3'ü 25-44 yaş grubu arasındadır. Hastaların %40.5'i ortaokul ve üzeri (ortaokul, lise ve üniversite) eğitime sahip; %88.1'i evlidir ve %64.3'ünün 2000 TL'nin altında geliri bulunmaktadır, %52.4'ü il merkezinde yaşamaktadır. Hastaların %78.6'sı

çalışmamakta ve %73.8'inin kronik bir hastalığı bulunmamaktadır. Hastaların %47.6'sı MRM ameliyatı geçirmiştir.

Tablo 5. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası beden imajı, durumluk ve sürekli anksiyete ve FACT-G yaşam kalitesi toplam ve alt boyut puan ortalamaları (n=42)

	EÖ ($\bar{X} \pm SS$)	ES ($\bar{X} \pm SS$)	EÖ ile ES Arasındaki Fark	t	p
Beden İmajı	11.9±1.7	12.5±2.2	0.6	-2.46	0.018
Anksiyete					
DA	42.6±3.3	41.1±2.8	1.5	2.29	0.027
SA	45.1±5.0	41.9±3.2	3.2	4.33	0.000
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	76.8±16.8	92.2±9.6	15.4	-7.80	0.000
Yaşam Kalitesi Alt Boyutları					
Bedeni durum	23.7±4.4	26.2±2.3	2.5	-5.02	0.000
Sosyal yaşam ve aile durumu	22.3±4.4	24.4±3.3	2.1	-4.58	0.000
Duygusal durum	15.2±4.7	21.0±2.3	5.8	-8.99	0.000
Faaliyet durumu	15.4±5.0	20.4±3.6	5.0	-7.57	0.000

EÖ: Eğitim öncesi DA: Durumluk anksiyete, ES: Eğitim sonrası, SA: Sürekli anksiyete

Hastaların EÖ ve ES; beden imajı, DA, SA ve yaşam kalitesi puan ortalamaları ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları Tablo 5’de görülmektedir.

Eğitim sonrası (12.5±2.2) beden imajı puan ortalamasının EÖ’ne (11.9±1.7) göre daha yüksek olduğu saptandı. Anksiyete açısından bakıldığında ES hem DA (EÖ 42.6±3.3, ES 41.1±2.8) hem de SA puan ortalamalarının (EÖ 45.1±5.0, ES 41.9±3.2) EÖ’ne göre daha düşük olduğu saptandı. Hastaların EÖ ile ES, beden imajı, DA, SA ve yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu (sırasıyla p= 0.018, p=0.027 p=0.000 ve p=0.000)

Eğitim sonrası yaşam kalitesi toplam puan ortalaması (92.2±9.6) EÖ’ne (76.8±16.8) göre daha yüksekti. Hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan

ortalamalarına bakıldığında; ES, bedeni durum (EÖ 23.7±4.4, ES 26.2±2.3), sosyal yaşam ve aile durumu (EÖ 22.3±4.4, 24.4±3.3), duygusal durum (EÖ 15.2±4.7, ES 21.0±2.3) ve faaliyet durumu (EÖ 15.4±5.0, ES 20.4±3.6) alt boyut puan ortalamalarının EÖ'ne göre daha yüksek olduğu saptandı. Hastaların yaşam kalitesinin tüm alt boyutları için EÖ ve ES puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu bulundu ($p=0.000$). Eğitim öncesine göre göre ES'nda yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu puan ortalamalarında (EÖ 15.2±4.7, ES 21.0±2.3) en fazla artma saptanan duygusal durum alt ölçeği puanıdır.



Tablo 6. Hastaların ilk ve ikinci izlem sonuçları

	Evet		Hayır	
	S	%	S	%
Derin solunum-öksürük egzersizlerini yapabilme	42	100.0	-	-
Ameliyat sonrası yatak dışı hareket etme	42	100.0	-	-
*Ameliyat sonrası ameliyat olan taraftaki kolunu önerilen pozisyonda tutma	28	100.0	-	-
İnsizyon yerinde komplikasyon gelişme durumu	-	-	42	100.0
Yara yerine meme bakım hemşiresiyle bakma durumu	39	92.8	3	7.2
Yara yerine bakabilme durumu	39	92.8	3	7.2

* Modifiye radikal mastektomi ve MKC+Aksiller diseksiyon olanlar birleştirildi.

Tablo 6’da hastaların ilk izlem sonuçları yer almaktadır. Hastaların tamamının (%100) ameliyat öncesi verilen eğitim kapsamında derin solunum-öksürük egzersizlerini yapabildiği, ameliyat sonrası yatak dışı hareket ettiği saptandı. Yine hastaların tamamının (%100.0) ameliyat sonrası ameliyat olan taraftaki kolunu önerilen pozisyonda tuttuğu belirlendi. Ameliyattan sonraki birinci günde hastaların hiçbirinde herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hastaların %92.8’i, yara yerine meme bakım hemşiresiyle birlikte baktı.

İlk izlemde hastaların meme bakım hemşiresiyle birlikte yara yerlerine bakmaları hedeflendi. Bu doğrultuda meme bakım hemşiresi yara yerine kendisi ile bakmak isteyen hastaların yanında bulundu ve hasta tepkilerini gözlemleyerek kaydetti. Yapılan gözlemlerin sonuçları şu şekildedir:

Hastaların yara yerine bakacakları zaman gergin oldukları ancak MKC geçiren hastaların bu gerginliklerinin daha az olduğu gözlemlendi. Üç hasta meme bakım hemşiresiyle yara yerine bakmak istemedi ve yine aynı üç hasta yara yerine bakamadıklarını belirtti. Bu üç hasta MRM olan hastalardı ve iki hasta taburcu olduktan 15 gün sonra, bir hasta da bir ay sonra meme bakım hemşiresine telefonla ulaşarak yara yerlerini görmek istediler. Meme bakım hemşiresi bu hastalarla birlikte belirledikleri günde onları evlerinde ziyaret etti. Yara yerleri ile ilk karşılaşmalarında hastalara eşlik etti ve ilk karşılaşmada bu üç hasta yara yerlerini ilk gördüklerinde ağladılar. Toplamda MRM olan hastaların % 90’ı (18 hasta) ağladı ve yara yerlerini ilk kez göreceklerinde meme bakım hemşiresinin elini tuttu.

Ameliyat bölgesini görmek isteyen hastaların % 66.6'sı (26 hasta) bu esnada yakınlarını yanlarında istemedi. Ancak ameliyat bölgesini ayna karşısında görmeye hazır olduğunu belirten hasta olmadı. Yara yerine bakabilen hastaların tamamı (%100), yara yerine bakarken meme bakım hemşiresiyle bakmaktan hoşnut olduklarını, özellikle MRM olan hastalar yara yeriyle ilk karşılaşmada meme bakım hemşiresinin onlara cesaret verdiğini ifade ettiler. Hastaların tamamı (%100.0) yara yerine bakarken meme bakım hemşiresinden destek ve cesaret aldıklarını belirttiler.

Modifiye radikal mastektomi olan hastaların % 60'ı (12 hasta) meme bakım hemşiresi olmadan yara yerine bakamayacaklarını belirttiler ve bu görüntüye alışıp alışamayacaklarını sordular. Meme koruyucu cerrahi olan hastaların % 81.8'i (18 hasta) ise olduğundan çok daha büyük bir yara ile karşılaşmayı beklediklerini ancak bunun öyle olmadığını ve ilerleyen zamanlarda daha iyi olmayı dilediklerini belirttiler.

İkinci izlemde taburculuk sonrası üç hastada (%4.8) seroma, bir hastada (%2.4) enfeksiyon olmak üzere toplam dört hastada komplikasyon gelişti. Modifiye radikal mastektomi ve MKC+Aksiller diseksiyon olan hastaların tamamı (%100.0) ameliyat sonrası hareket kısıtlılığına bağlı kolda fonksiyon kaybı (omuz sertliği- donuk omuz) oluşabilme riski için bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanına başvurduğu belirlendi.

Tablo 7. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası beden imajı puan ortalamaları (n=42)

Tanıtıcı Özellikler	S	%	Beden İmajı		EÖ ile ES Arasındaki Fark	t	p
			EÖ (X±SS)	ES (X±SS)			
Yaş							
25-44	14	33.3	12.6±1.7	13.2±1.9	0.6	-2.90	0.057
45-54	12	28.6	11.6±1.5	12.4±2.3	0.8	-1.82	0.095
55-64	16	38.1	11.6±1.6	12.0±2.5	0.4	-0.80	0.432
F (p)			1.662 (0.203)	1.209 (0.310)			
Eğitim düzeyi							
Okur yazar	9	21.4	10.7±1.0	11.0±3.2	0.3	-0.25	0.807
İlkokul	16	38.1	11.5±1.3	12.3±1.8	0.8	-2.32	0.035
Ortaokul ve üzeri	17	40.5	13.0±1.7	13.5±1.6	0.5	-3.05	0.008
F (p)			7.637 (0.002)	4.537 (0.017)			
Medeni durum							
Evli	37	88.1	11.8±1.6	12.5±2.2	0.7	-2.57	0.014
Bekar	5	11.9	12.6±2.0	12.6±3.0	-	0.00	1.000
t (p)			-0.87 (0.390)	-0.05 (0.957)			
Gelir düzeyi							
2000 TL'nin altı	27	64.3	11.9±1.5	12.2±2.5	0.3	-0.25	0.801
2000 TL'nin üzeri	15	35.7	12.0±1.9	13.0±1.7	1.0	-1.09	0.281
t (p)			-1.14 (0.265)	-2.73 (0.016)			
Çalışma durumu							
Çalışan	9	21.4	13.4±1.5	14.1±1.3	0.7	-2.30	0.050
Çalışmayan	33	78.6	11.5±1.5	12.1±2.3	0.6	-1.90	0.065
t (p)			3.23 (0.002)	2.43 (0.019)			
Kronik hastalık durumu							
Var	11	26.2	11.8±1.3	11.7±2.5	-0.1	0.191	0.852
Yok	31	73.8	12.0±1.8	12.8±2.1	0.8	-3.15	0.004
t (p)			-0.35 (0.725)	-1.39 (0.171)			
Ameliyat türü							
MRM	20	47.6	11.0±1.5	11.0±2.4	-	-0.12	0.905
MKC	22	52.4	12.8±1.3	13.9±0.9	1.1	-5.45	0.000
t (p)			-4.198 (0.000)	-5.118 (0.000)			

EÖ: Eğitim öncesi, ES: Eğitim sonrası, MRM: Modifiye radikal mastektomi, MKC: Meme koruyucu cerrahi

Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre EÖ ve ES beden imajı puan ortalamaları Tablo 7’de yer almaktadır. Gerek EÖ’nde (12.6±1.7) gerekse ES’nda (13.2±1.9) 25-44 yaş grubunda olan hastaların beden imajı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü. Ancak tüm yaş gruplarında hastaların EÖ ve ES beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu (sırasıyla p=0.057, p=0.095, p=0.432).

Eğitim öncesinde (13.0±1.7) ve ES’nda (13.5±1.6) ortaokul ve üzeri eğitimi olan hastaların beden imajı puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerinden daha yüksek olduğu görüldü. Ancak en fazla ilkokul mezunu olan hastaların EÖ ile ES beden imajı puan ortalamaları arasında fark olduğu dikkati çekti. Hem ilkokul (p=0.035) hem de ortaokul ve üzeri mezunu (p=0.008) olan hastaların EÖ ile ES beden imajı puan

ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken okur yazar olan grup için bu fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, EÖ'nde bekar hastaların beden imajı puan ortalamasının (12.6 ± 2.0) evli olan hastalardan (11.8 ± 1.6) daha yüksek olduğu belirlendi. Ancak EÖ'ne göre ES'nda beden imajı puan ortalamalarında (EÖ 11.8 ± 1.6 , ES 12.5 ± 2.2) en fazla artma saptanan evli hastalardır. Evli hastaların EÖ ile ES beden imajı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunurken ($p=0.014$); bekar hastaların EÖ ile ES arasında bu farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Geliri 2000 TL'nin üzerinde olan hastaların beden imajı puan ortalaması hem EÖ (12.0 ± 1.9) hem de ES (13.0 ± 1.7) 2000 TL'nin altında geliri olan hastalardan daha yüksektir. Aynı zamanda EÖ'ne göre ES'nda beden imajı puan ortalamalarında en fazla artma saptanan 2000 TL'nin üzerinde geliri olan hastalardır. Ancak hem 2000 TL'nin üzerinde geliri olan hem de 2000 TL'nin altında geliri olan hastaların EÖ ve ES beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Hem EÖ'nde (13.4 ± 1.5) hem de ES'nda (14.1 ± 1.3) çalışan hastaların beden imajı puan ortalamalarının çalışmayan hastalardan daha yüksek olduğu belirlendi. Ancak EÖ ile ES arasındaki farkın hem çalışan hem de çalışmayan hastalarda benzer olduğu bulundu. Çalışma durumunun beden imajı puan ortalamalarını etkileyen anlamlı bir değişken olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Kronik hastalığı olmayan hastaların beden imajı puan ortalaması hem EÖ (12.0 ± 1.8) hem de ES (12.8 ± 2.1) kronik hastalığı olan hastalardan daha yüksektir. Aynı zamanda, EÖ'ne göre ES'nda beden imajı puan ortalamalarında en fazla artma saptanan grup kronik hastalığı olan hastalardır. Kronik hastalığı olmayan hastaların EÖ ve ES beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunurken ($p=0.004$); bu farkın kronik hastalığı olan hastalar için anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Meme koruyucu cerrahi olan hastaların beden imajı puan ortalaması hem EÖ (12.8 ± 1.3) hem de ES (13.9 ± 0.9) MRM olan hastalardan daha yüksektir. Ayrıca EÖ'ne göre ES'nda beden imajı puan ortalamalarında en fazla artma yine MKC olan hastalarda saptandı. MKC olan hastaların EÖ ve ES beden imajı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunurken ($p=0.000$); MRM olan hastaların EÖ ve ES beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Hastaların yaş, medeni durum, gelir düzeyi ve kronik hastalık durumu yönünden EÖ beden imajı puan ortalamalarının farklı olmadığı ($p>0.05$) bulundu. Ancak eğitim düzeyi ($p=0.002$), çalışma durumu ($p=0.002$) ve ameliyat türüne ($p=0.000$) göre hastaların beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu. Eğitim sonrası ise yine yaş, medeni durum ve kronik hastalık durumu yönünden beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptanırken; eğitim düzeyi ($p=0.017$), gelir düzeyi ($p=0.016$), çalışma durumu ($p=0.019$) ve ameliyat türüne ($p=0.000$) göre hastaların beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu.



Tablo 8. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları (n=42)

SA											
DA											
Tanıtcı Özellikler	S	%	EÖ ($\bar{X} \pm SS$)	ES ($\bar{X} \pm SS$)	EÖ ile ES Arasındaki Fark	t	p	EÖ ($\bar{X} \pm SS$)	ES ($\bar{X} \pm SS$)	EÖ ile ES Arasındaki Fark	p
Yaş											
25-44	14	33.3	42.7 $\pm$ 2.1	40.7 $\pm$ 2.6	2.0	2.20	0.046	45.1 $\pm$ 4.7	40.9 $\pm$ 3.3	4.2	2.86
45-54	12	28.6	42.2 $\pm$ 4.0	41.5 $\pm$ 3.6	0.7	0.53	0.607	45.8 $\pm$ 6.8	42.5 $\pm$ 3.6	3.3	2.58
55-64	16	38.1	42.9 $\pm$ 3.8	41.2 $\pm$ 2.5	1.7	1.41	0.179	44.6 $\pm$ 4.0	42.4 $\pm$ 2.7	2.2	2.00
F (p)			0.146 (0.865)	0.250 (0.780)				0.167 (0.847)	1.115 (0.338)		
Eğitim düzeyi											
Okur yazar	9	21.4	41.8 $\pm$ 3.0	40.6 $\pm$ 1.5	1.2	1.10	0.300	44.8 $\pm$ 3.9	41.1 $\pm$ 2.1	3.7	2.30
İlkokul	16	38.1	43.8 $\pm$ 4.2	40.3 $\pm$ 3.3	3.5	2.49	0.025	47.7 $\pm$ 4.8	42.8 $\pm$ 3.0	4.9	4.99
Ortaokul ve üzeri	17	40.5	42.0 $\pm$ 2.3	42.1 $\pm$ 2.7	0.1	-0.08	0.935	42.8 $\pm$ 4.9	41.6 $\pm$ 3.8	1.2	1.03
F (p)			1.482 (0.240)	1.729 (0.191)				4.409 (0.019)	0.942 (0.399)		
Medeni durum											
Evli	37	88.1	42.5 $\pm$ 3.5	41.0 $\pm$ 2.9	1.5	2.00	0.053	45.3 $\pm$ 5.1	42.1 $\pm$ 3.0	3.2	3.99
Bekar	5	11.9	43.8 $\pm$ 1.9	41.8 $\pm$ 1.7	2.0	1.31	0.258	43.8 $\pm$ 4.8	40.8 $\pm$ 4.7	3.0	1.62
t (p)			-0.73 (0.438)	-0.54 (0.592)				0.99 (0.529)	0.13 (0.393)		
Gelir düzeyi											
2000 TL'nin altı	27	64.3	42.8 $\pm$ 3.5	40.4 $\pm$ 2.6	2.4	2.96	0.006	46.2 $\pm$ 5.1	42.0 $\pm$ 2.9	4.2	4.28
2000 TL'nin üzeri	15	35.7	42.4 $\pm$ 2.9	42.4 $\pm$ 2.8	-	-0.06	0.951	43.2 $\pm$ 4.6	41.8 $\pm$ 3.8	2.6	1.48
t (p)			0.41 (0.682)	-2.34 (0.024)				1.85 (0.071)	0.26 (0.796)		
Çalışma durumu											
Çalışan	9	21.4	42.5 $\pm$ 2.4	42.4 $\pm$ 3.3	0.1	0.09	0.927	41.3 $\pm$ 3.8	41.3 $\pm$ 3.8	-	0.00
Çalışmayan	33	78.6	42.7 $\pm$ 3.5	40.7 $\pm$ 2.6	2.0	2.45	0.020	46.2 $\pm$ 4.9	42.1 $\pm$ 3.0	4.1	4.82
t (p)			-0.13 (0.894)	1.55 (0.127)				-2.74 (0.009)	-0.66 (0.508)		
Kronik hastalık durumu											
Var	11	26.2	42.8 $\pm$ 4.4	41.0 $\pm$ 2.4	1.8	1.12	0.286	44.1 $\pm$ 2.4	42.7 $\pm$ 3.1	1.4	1.35
Yok	31	73.8	42.6 $\pm$ 2.9	41.1 $\pm$ 3.0	1.5	1.99	0.055	45.5 $\pm$ 5.7	41.7 $\pm$ 3.2	3.8	4.20
t (p)			0.14 (0.885)	-0.18 (0.851)				-0.74 (0.462)	0.89 (0.377)		
Ameliyat türü											
MRM	20	47.6	44.3 $\pm$ 3.5	41.0 $\pm$ 3.1	3.3	3.07	0.006	47.3 $\pm$ 4.8	42.1 $\pm$ 3.2	5.2	4.95
MKC	22	52.4	41.2 $\pm$ 2.4	41.2 $\pm$ 2.6	-	0.00	1.000	43.1 $\pm$ 4.5	41.8 $\pm$ 3.3	1.3	1.54
t (p)			3.29 (0.002)	0.35 (0.845)				2.87 (0.006)	0.32 (0.744)		
EÖ: Eğitim öncesi, DA: Durumluk anksiyete, ES: Eğitim sonrası, SA: Sürekli anksiyete, MRM: Modifiye radikal mastektomi, MKC: Meme koruyucu cerrahi											

EÖ: Eğitim öncesi, DA: Durumluk anksiyete, ES: Eğitim sonrası, SA: Sürekli anksiyete, MRM: Modifiye radikal mastektomi, MKC: Meme koruyucu cerrahi

Tablo 8’de hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre EÖ ve ES, DA ve SA puan ortalamalarına ilişkin veriler görülmektedir. Yaş grupları açısından bakıldığında; tüm hastaların ES gerek DA gerekse SA puan ortalamalarının EÖ’ne göre daha düşük olduğu bulundu. Eğitim sonrası hem DA (EÖ 42.7 ± 2.1 , ES 40.7 ± 2.6) hem de SA puan ortalamalarında (EÖ 45.1 ± 4.7 , ES 40.9 ± 3.3) en fazla azalma saptanan grup 25- 44 yaş grubunda olan hastalardır. Durumluk anksiyete yönünden yalnızca 25-44 yaşları arasındaki hastaların EÖ ile ES anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık bulunurken ($p=0.046$); SA puan ortalamaları yönünden hem 25-44 ($p=0.013$) hem de 45-54 ($p=0.025$) yaş grubundaki hastalar arasında anlamlı farklılık olduğu saptandı.

İlkokul mezunu olan hastaların EÖ’nde hem DA hem de SA puan ortalaması diğer hastalardan daha yüksektir (sırasıyla 43.8 ± 4.2 , 47.7 ± 4.8). Eğitim sonrası ise DA puan ortalaması en düşük olan yine ilkökul mezunu olan hastalar iken, ES SA puan ortalaması en düşük olan okur yazar mezunu olan hastalardır (sırasıyla 40.3 ± 3.3 , 41.1 ± 2.1). Gerek EÖ’nde gerekse ES’nda hem DA hem SA puan ortalamalarında en fazla azalma saptanan grup ilkökul mezunu olan hastalardır. Sadece ilkökul mezunu olan hastaların EÖ ile ES DA ve SA puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (sırasıyla $p=0.025$, $p=0.000$) iken, diğer gruplar için anlamlı değildir ($p>0.05$).

Yaşla benzer şekilde medeni durum fark etmeksizin tüm hastaların ES, DA ve SA puan ortalamaları EÖ’ne göre düşüktür. Eğitim öncesi bekar hastaların DA puan ortalamasının (43.8 ± 1.9) evli olan hastalardan (42.5 ± 3.5) daha yüksek olduğu, ancak bu farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Eğitim sonrası da bekar hastaların DA puan ortalaması (41.8 ± 1.7) evli hastalardan (41.0 ± 2.9) daha yüksektir, ancak iki grup arasındaki fark oldukça azdır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Evli olan hastaların hem EÖ (45.3 ± 5.1) hem de ES (42.1 ± 3.0) SA puan ortalamaları bekar hastalardan daha yüksektir. Ancak EÖ ve ES SA puan ortalamaları arasındaki fark evli hastalar için istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.000$), bekar hastalar için anlamlı değildir ($p>0.05$).

Geliri 2000 TL’nin üzerinde olan hastaların EÖ, DA puan ortalaması (42.4 ± 2.9) 2000 TL’nin altında geliri olan hastalar (42.8 ± 3.5) ile çok benzer iken, ES 2000 TL’nin altında geliri olan hastaların daha düşüktür (2000 TL’nin üzerinde geliri olan 42.4 ± 2.8 ,

2000 TL'nin altında geliri olan 40.4 ± 2.6). Ancak 2000 TL'nin altında geliri olan hastaların SA puan ortalaması hem EÖ (46.2 ± 5.1) hem de ES (42.0 ± 2.9) 2000 TL'nin üzerinde geliri olan hastalardan daha yüksektir. Eğitim öncesi ve sonrası DA ile SA puan ortalamalarında en fazla azalma saptanan grup 2000 TL'nin altında geliri olan hastalardır. 2000 TL'nin altında geliri olan hastaların EÖ ve ES gerek DA ($p=0.006$) gerekse SA ($p=0.000$) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken, 2000 TL'nin üzerinde geliri olan hastalar için anlamlı değildir ($p>0.05$).

Çalışmayan hastaların EÖ, DA puan ortalaması (42.7 ± 3.5) çalışan hastalar (42.5 ± 2.4) ile çok benzer iken, ES daha düşüktür (çalışan 42.4 ± 3.3 , çalışmayan 40.7 ± 2.6). Ancak çalışmayan hastaların SA puan ortalaması hem EÖ (46.2 ± 4.9) hem de ES (42.1 ± 3.0) çalışan hastalardan daha yüksektir. Ancak EÖ ve ES DA ile SA puan ortalamalarında en fazla azalma saptanan grup çalışmayan hastalardır. Çalışmayan hastaların EÖ ve ES gerek DA ($p=0.020$) gerekse SA ($p=0.000$) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken, çalışan hastalar için anlamlı değildir ($p>0.05$).

Kronik hastalığı olan hastaların EÖ, DA puan ortalaması (42.8 ± 4.4) kronik hastalığı olmayan hastalar (42.6 ± 2.9) ile çok benzer iken, ES daha düşüktür (kronik hastalığı olan 41.0 ± 2.4 , kronik hastalığı olmayan 41.1 ± 3.0). Kronik hastalığı olmayan hastaların SA puan ortalaması EÖ'nde (45.5 ± 5.7) daha yüksek iken; ES'nda kronik hastalığı olan hastalarinki daha yüksektir (42.7 ± 3.1). Eğitim öncesi ve sonrası DA puan ortalamalarında en fazla azalma saptanan grup kronik hastalığı olan hastalar iken; SA puan ortalamalarında en fazla azalma saptanan grup kronik hastalığı olmayan hastalardı. Kronik hastalığı olan hastaların EÖ ve ES gerek DA gerekse SA puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Kronik hastalığı olmayan hastaların EÖ ve ES DA puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p>0.05$), eğitim öncesi ve sonrası SA puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.000$).

Modifiye radikal mastektomi olan hastaların EÖ, DA puan ortalaması (44.3 ± 3.5) MKC olan hastalardan (41.2 ± 2.4) daha yüksektir. Ancak ES hastaların DA puan ortalamaları birbirine çok yakındır. MRM olan hastaların SA puan ortalaması hem EÖ (47.3 ± 4.8) hem de ES (42.1 ± 3.2) MKC olan hastalardan daha yüksektir. Ancak hem DA

hem de SA EÖ ve ES puan ortalamalarında en fazla azalma saptanan grup MRM olan hastalardır. MRM olan hastaların EÖ ve ES DA ($p=0.006$) ve SA ($p=0.000$) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken, MKC olan hastalar için anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hastaların yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi, çalışma durumu ve kronik hastalık durumu yönünden EÖ DA puan ortalamalarının farklı olmadığı ($p>0.05$) bulundu. Ancak MRM olan hastaların DA puan ortalamasının MKC olan hastalardan daha yüksek olduğu ($p=0.002$) belirlendi. Eğitim öncesinde yaş, medeni durum, gelir düzeyi ve kronik hastalık durumuna göre hastaların SA puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$). Ancak eğitim düzeyi ($p=0.019$), çalışma durumu ($p=0.009$) ve ameliyat türüne ($p=0.006$) göre hastaların SA puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu. Eğitim sonrası ise tüm bağımsız değişkenlere göre hastaların DA ve SA puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Sadece ES’nda gelir düzeyine göre hastaların DA puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p=0.024$).

Tablo 9. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası FACT-G yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları (n=42)

FACT-G TOPLAM PUAN							
Tanıtıcı Özellikler	S	%	EÖ ($\bar{X} \pm SS$)	ES ($\bar{X} \pm SS$)	EÖ ile ES Arasında ki Fark	t	p
Yaş							
25-44	14	33.3	82.7 $\pm$ 15.1	97.0 $\pm$ 7.7	14.3	-6.16	0.000
45-54	12	28.6	77.9 $\pm$ 16.4	91.5 $\pm$ 10.0	13.6	-2.82	0.017
55-64	16	38.1	70.9 $\pm$ 17.7	88.5 $\pm$ 9.4	17.6	-5.47	0.000
F (p)			1.931 (0.159)	3.246 (0.050)			
Eğitim düzeyi							
Okur yazar	9	21.4	67.5 $\pm$ 15.8	86.6 $\pm$ 5.0	19.1	-3.84	0.005
İlkokul	16	38.1	74.5 $\pm$ 18.7	89.5 $\pm$ 11.0	15.0	-4.13	0.001
Ortaokul ve üzeri	17	40.5	83.9 $\pm$ 13.0	97.6 $\pm$ 7.3	13.7	-5.73	0.000
F (p)			3.351 (0.045)	6.006 (0.005)			
Medeni durum							
Evli	37	88.1	74.9 $\pm$ 16.6	91.0 $\pm$ 9.3	16.1	-7.40	0.000
Bekar	5	11.9	91.0 $\pm$ 12.6	101.2 $\pm$ 6.6	10.2	-2.86	0.046
t (p)			-2.07 (0.045)	-2.34 (0.024)			
Gelir düzeyi							
2000 TL'nin altı	27	64.3	72.7 $\pm$ 17.4	90.5 $\pm$ 9.8	17.8	-6.71	0.000
2000 TL'nin üzeri	15	35.7	84.2 $\pm$ 13.3	95.1 $\pm$ 8.7	10.9	-4.49	0.000
t (p)			-2.21 (0.032)	-1.48 (0.144)			
Çalışma durumu							
Çalışan	9	21.4	90.0 $\pm$ 9.3	98.5 $\pm$ 5.0	8.5	-2.63	0.027
Çalışmayan	33	78.6	73.2 $\pm$ 16.7	90.4 $\pm$ 9.8	17.2	-7.60	0.000
t (p)			2.85 (0.007)	2.35 (0.024)			
Kronik hastalık durumu							
Var	11	26.2	73.0 $\pm$ 19.0	89.3 $\pm$ 11.7	16.3	-5.62	0.000
Yok	31	73.8	78.2 $\pm$ 16.1	93.2 $\pm$ 8.7	20.0	-6.05	0.000
t (p)			-0.87 (0.385)	-1.15 (0.257)			
Ameliyat türü							
MRM	20	47.6	70.7 $\pm$ 16.8	86.1 $\pm$ 9.4	15.4	-5.37	0.000
MKC	22	52.4	82.4 $\pm$ 15.2	97.7 $\pm$ 5.3	15.3	-5.52	0.000
t (p)			-2.37 (0.022)	-4.92 (0.000)			

EÖ: Eğitim öncesi, ES: Eğitim sonrası, MRM: Modifiye radikal mastektomi, MKC: Meme koruyucu cerrahi

Tablo 9'da hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre EÖ ve ES, FACT-G yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları görülmektedir. Yaş grupları değerlendirildiğinde; ES, FACT-G yaşam kalitesi puan ortalamalarında (EÖ 70.9 $\pm$ 17.7, ES 88.5 $\pm$ 9.4) en fazla artma saptanan grup 55-64 yaş grubunda olan hastalardır. Tüm yaş gruplarında hastaların EÖ ve ES FACT-G yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu (yaş gruplarına göre sırasıyla p=0.000, p=0.017, p=0.000).

Eğitim düzeyi açısından bakıldığında; EÖ'ne göre ES'nde FACT-G yaşam kalitesi puan ortalamalarında (EÖ 67.5 $\pm$ 15.8, ES 86.6 $\pm$ 5.0) en fazla artma saptanan grup okur

yazar grubunda olan hastalardır. Tüm eğitim düzeylerinde hastaların EÖ ve ES FACT-G yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu (sırasıyla $p=0.005$, $p=0.001$, $p=0.000$).

Gerek EÖ'nde (91.0 ± 12.6) gerekse ES'nda (101.2 ± 6.6) bekar hastaların FACT-G yaşam kalitesi puan ortalamalarının evli hastalardan daha yüksek olduğu görüldü. Ancak EÖ'ne göre ES'nda FACT-G yaşam kalitesi puan ortalamalarında (EÖ 74.9 ± 16.6 , ES 91.0 ± 9.3) en fazla artma saptanan evli hastalardır. Hem evli hem de bekar hastaların EÖ ve ES FACT-G yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu (evli $p=0.000$, bekar $p=0.046$).

Geliri 2000 TL'nin üzerinde olan hastaların FACT-G yaşam kalitesi puan ortalaması hem EÖ (84.2 ± 13.3) hem de ES (95.1 ± 8.7) 2000 TL'nin altında geliri olan hastalardan daha yüksektir. Ancak EÖ'ne göre ES'nda FACT-G yaşam kalitesi puan ortalamalarında (EÖ 72.7 ± 17.4 , ES 90.5 ± 9.8) en fazla artma saptanan 2000 TL'nin altında geliri olan hastalardır. Hem 2000 TL'nin üzerinde hem de 2000 TL'nin altında geliri olan hastaların EÖ ve ES FACT-G yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu (her ikisi için $p=0.000$).

Hem EÖ'nde (90.0 ± 9.3) hem de ES'nda (98.5 ± 5.0) çalışan hastaların FACT-G yaşam kalitesi puan ortalamalarının çalışmayan hastalardan daha yüksek olduğu belirlendi. Ancak EÖ'ne göre ES'nda FACT-G yaşam kalitesi puan ortalamalarında (EÖ 73.2 ± 16.7 , ES 90.4 ± 9.8) en fazla artma saptanan çalışmayan hastalardır. Hem çalışan hem de çalışmayan hastaların EÖ ve ES FACT-G yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu (çalışan $p=0.027$, çalışmayan $p=0.000$).

Kronik hastalığı olmayan hastaların FACT-G yaşam kalitesi puan ortalaması hem EÖ (78.2 ± 16.1) hem de ES (93.2 ± 8.7) kronik hastalığı olan hastalardan daha yüksektir. Aynı zamanda EÖ'ne göre ES'nda FACT-G yaşam kalitesi puan ortalamalarında en fazla artma saptanan yine kronik hastalığı olmayan hastalardır. Kronik hastalığı olan ve olmayan hastaların EÖ ve ES FACT-G yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu (her ikisi için $p=0.000$).

Meme koruyucu cerrahi olan hastaların FACT-G yaşam kalitesi puan ortalaması hem EÖ (82.4 ± 15.2) hem de ES (97.7 ± 5.3) MRM olan hastalardan daha yüksektir. Hem

MKC ($p=0.000$) hem de MRM ($p=0.000$) olan hastaların EÖ ve ES FACT-G yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Hastaların yaş grupları arasında ve kronik hastalık durumuna göre EÖ yaşam kalitesi puan ortalamalarının farklı olmadığı ($p>0.05$) bulundu. Ancak eğitim düzeyi ($p=0.045$), medeni durum ($p=0.045$), gelir düzeyi ($p=0.032$), çalışma durumu ($p=0.007$) ve ameliyat türüne ($p=0.022$) göre hastaların EÖ FACT-G yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu. Eğitim sonrası ise EÖ'ne benzer şekilde yaş grupları ($p>0.05$) ve kronik hastalık durumu ($p>0.05$) dışında diğer bağımsız değişkenlere göre hastaların FACT-G yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi (sırasıyla $p=0.005$, $p=0.024$, $p=0.024$, $p=0.000$).

Tablo 10. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası FACT-G yaşam kalitesi ölçeği bedeni durum alt boyutu puan ortalamaları (n=42)

Bedeni Durum							
Tanıtıcı Özellikler	S	%	EÖ ($\bar{X} \pm SS$)	ES ($\bar{X} \pm SS$)	EÖ ile ES Arasındaki Fark	t	p
Yaş							
25-44	14	33.3	25.5 $\pm$ 3.1	27.0 $\pm$ 1.6	1.5	-3.45	0.004
45-54	12	28.6	23.9 $\pm$ 3.5	25.8 $\pm$ 2.7	1.9	-1.82	0.095
55-64	16	38.1	22.3 $\pm$ 5.7	25.9 $\pm$ 2.5	3.6	-3.93	0.001
F (p)			1.719 (0.193)	1.046 (0.361)			
Eğitim düzeyi							
Okuryazar	9	21.4	22.0 $\pm$ 5.3	25.6 $\pm$ 2.0	3.6	-2.79	0.023
İlkokul	16	38.1	22.8 $\pm$ 5.0	25.9 $\pm$ 2.4	3.1	-3.62	0.002
Ortaokul ve üzeri	17	40.5	25.5 $\pm$ 2.7	26.8 $\pm$ 2.4	1.3	-2.32	0.033
F (p)			2.515 (0.094)	1.037 (0.364)			
Medeni durum							
Evli	37	88.1	23.3 $\pm$ 4.5	26.1 $\pm$ 2.4	2.8	-4.94	0.000
Bekar	5	11.9	26.6 $\pm$ 2.1	27.4 $\pm$ 1.3	0.8	-1.63	0.178
t (p)			-1.53 (0.132)	-1.15 (0.253)			
Gelir düzeyi							
2000 TL'nin altı	27	64.3	22.7 $\pm$ 5.1	25.7 $\pm$ 2.6	3.0	-4.06	0.000
2000 TL'nin üzeri	15	35.7	25.5 $\pm$ 2.0	27.2 $\pm$ 1.0	1.7	-3.95	0.001
t (p)			-1.98 (0.055)	-1.99 (0.052)			
Çalışma durumu							
Çalışan	9	21.4	26.7 $\pm$ 1.4	27.6 $\pm$ 1.0	0.9	-1.95	0.086
Çalışmayan	33	78.6	22.9 $\pm$ 4.6	25.8 $\pm$ 2.4	2.9	-4.88	0.000
t (p)			2.41 (0.020)	2.10 (0.041)			
Kronik hastalık durumu							
Var	11	26.2	22.5 $\pm$ 6.0	25.9 $\pm$ 2.9	3.4	-3.87	0.010
Yok	31	73.8	24.1 $\pm$ 3.7	26.3 $\pm$ 2.1	2.2	-3.90	0.000
t (p)			-1.05 (0.299)	-0.57 (0.568)			
Ameliyat türü							
MRM	20	47.6	21.9 $\pm$ 4.5	24.9 $\pm$ 2.6	3.0	-3.89	0.001
MKC	22	52.4	25.4 $\pm$ 3.7	27.5 $\pm$ 1.1	2.1	-3.18	0.004
t (p)			-2.77 (0.008)	-4.27 (0.000)			

EÖ: Eğitim öncesi, ES: Eğitim sonrası, MRM: Modifiye radikal mastektomi, MKC: Meme koruyucu cerrahi

Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre EÖ ve ES, FACT-G yaşam kalitesi bedeni durum alt boyutu puan ortalamaları Tablo 10'da görülmektedir. Eğitim öncesinde (25.5 $\pm$ 3.1) ve ES'nda (27.0 $\pm$ 1.6) 25-44 yaş grubunda olan hastaların bedeni durum puan ortalamalarının diğer diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu görüldü. Ancak EÖ'ne göre ES'sı puan ortalamalarında (EÖ 22.3 $\pm$ 5.7, ES 25.9 $\pm$ 2.5) en fazla artma saptanan grup 55-64 yaş grubunda olan hastalardır. 45-54 yaş grubundaki hastaların EÖ ile ES puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0.05$), diğer yaş gruplarında hastalar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı (25-44 yaş grubu için $p=0.004$, 55-64 yaş grubu için $p=0.001$).

Eğitim öncesinde (25.5 ± 2.7) ve ES'nda (26.8 ± 2.4) ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi olan hastaların bedeni durum puan ortalamalarının diğer hastalardan daha yüksek olduğu görüldü. Ancak E'ne göre ES'nda bedeni durum alt boyutu puan ortalamalarında (E 22.0 ± 5.3 , ES 25.6 ± 2.0) en fazla artma saptanan grup okur yazar grubunda olan hastalardır. Tüm eğitim düzeyleri için hastaların E ile ES puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ($p=0.023$, $p=0.002$, $p=0.033$).

Gerek E'nde (26.6 ± 2.1) gerekse ES'nda (27.4 ± 1.3) bekar olan hastaların bedeni durum puan ortalamalarının evli olan hastalardan daha yüksek olduğu görüldü. Ancak bekar olan hastaların E ve ES bedeni durum puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmazken ($p=0.178$); evli olan hastaların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p=0.000$).

Geliri 2000 TL'nin üzerinde olan hastaların bedeni durum puan ortalaması hem E (25.5 ± 2.0) hem de ES (27.2 ± 1.0) 2000 TL'nin altında geliri olan hastalardan daha yüksektir. Ancak E'ne göre ES'nda bedeni durum puan ortalamalarında (E 22.7 ± 5.1 , ES 25.7 ± 2.6) en fazla artma saptanan 2000 TL'nin altında geliri olan hastalardır. Hem 2000 TL'nin üzerinde hem de 2000 TL'nin altında geliri olan hastaların E ve ES bedeni durum puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu (sırasıyla $p=0.000$, $p=0.001$).

Hem E'nde (26.7 ± 1.4) hem ES'nda (27.6 ± 1.0) alışan hastaların bedeni durum puan ortalamalarının çalışmayan hastalardan daha yüksek olduğu görüldü. Ancak alışan hastaların E ve ES bedeni durum puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmazken ($p=0.086$); çalışmayan hastaların puan ortalamalarının arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p=0.000$).

Kronik hastalığı olmayan hastaların bedeni durum puan ortalaması hem E (24.1 ± 3.7) hem de ES (26.3 ± 2.1) kronik hastalığı olan hastalardan daha yüksektir. Ancak E'ne göre ES'nda bedeni durum puan ortalamalarında (E 22.5 ± 6.0 , ES 25.9 ± 2.9) en fazla artma saptanan kronik hastalığı olan hastalardır. Kronik hastalığı olan ve olmayan hastaların E ve ES bedeni durum puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu (sırasıyla $p=0.010$; $p=0.000$).

Eğitim öncesinde (25.4 ± 3.7) ve ES'nda (27.5 ± 1.1) MKC olan hastaların bedeni durum puan ortalamalarının MRM olan hastalardan daha yüksek olduğu görüldü. Ancak

EÖ'ne göre ES'nda bedeni durum alt boyutu puan ortalamalarında (EÖ 21.9 ± 4.5 , ES 24.9 ± 2.6) en fazla artma saptanan grup MRM olan hastalardır. Hem MRM ($p=0.001$) hem de MKC ($p=0.004$) olan hastaların EÖ ile ES puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi.

Hastaların çalışma durumu ($p=0.020$) ve ameliyat türüne ($p=0.008$) göre EÖ bedeni durum puan ortalamalarının farklı olduğu bulundu. Ancak yaş grupları, eğitim düzeyi, medeni durumu, gelir düzeyi ve kronik hastalık durumuna göre hastaların EÖ bedeni durum puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Eğitim sonrası ise eğitim öncesine benzer şekilde çalışma durumu ($p=0.041$) ve ameliyat türü ($p=0.000$) hariç, diğer bağımsız değişkenlere göre hastaların bedeni durum puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 11. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası FACT-G yaşam kalitesi ölçeği sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu puan ortalamaları (n=42)

Sosyal Yaşam ve Aile Durumu							
Tanıtıcı Özellikler	S	%	EÖ ($\bar{X} \pm SS$)	ES ($\bar{X} \pm SS$)	EÖ ile ES Arasındaki Fark	t	p
Yaş							
25-44	14	33.3	24.0 $\pm$ 4.7	26.5 $\pm$ 2.8	2.5	-3.13	0.008
45-54	12	28.6	22.5 $\pm$ 4.6	24.5 $\pm$ 3.1	2	-2.33	0.039
55-64	16	38.1	20.8 $\pm$ 3.6	22.5 $\pm$ 2.9	1.7	-2.33	0.034
F (p)			2.095 (0.137)	6.787 (0.003)			
Eğitim düzeyi							
Okuryazar	9	21.4	18.7 $\pm$ 3.5	21.5 $\pm$ 2.2	2.8	-2.64	0.030
İlkokul	16	38.1	21.6 $\pm$ 4.5	23.3 $\pm$ 3.3	1.7	-2.67	0.017
Ortaokul ve üzeri	17	40.5	25.0 $\pm$ 3.2	27.0 $\pm$ 1.7	2.0	-2.59	0.020
F (p)			8.194 (0.001)	15.638 (0.000)			
Medeni durum							
Evli	37	88.1	21.9 $\pm$ 4.4	23.9 $\pm$ 3.3	2.0	-4.25	0.000
Bekar	5	11.9	25.6 $\pm$ 3.3	27.8 $\pm$ 0.4	2.2	-1.54	0.198
t (p)			-1.75 (0.086)	-2.54 (0.015)			
Gelir düzeyi							
2000 TL'nin altı	27	64.3	21.1 $\pm$ 4.4	23.9 $\pm$ 3.4	2.8	-4.80	0.000
2000 TL'nin üzeri	15	35.7	24.6 $\pm$ 3.5	25.2 $\pm$ 3.1	0.6	-1.26	0.228
t (p)			-2.64 (0.012)	-1.21 (0.233)			
Çalışma durumu							
Çalışan	9	21.4	25.5 $\pm$ 2.6	27.4 $\pm$ 0.5	1.9	-1.76	0.116
Çalışmayan	33	78.6	21.4 $\pm$ 4.4	23.6 $\pm$ 3.3	2.2	-4.20	0.000
t (p)			2.88 (0.006)	3.40 (0.002)			
Kronik hastalık durumu							
Var	11	26.2	21.0 $\pm$ 4.0	22.5 $\pm$ 3.3	1.5	-1.85	0.094
Yok	31	73.8	22.8 $\pm$ 4.5	25.0 $\pm$ 3.1	2.2	-4.18	0.000
t (p)			-1.19 (0.238)	-2.26 (0.029)			
Ameliyat türü							
MRM	20	47.6	20.8 $\pm$ 4.2	22.5 $\pm$ 3.0	1.7	-2.76	0.012
MKC	22	52.4	23.8 $\pm$ 4.2	26.1 $\pm$ 2.6	2.3	-3.62	0.002
t (p)			-2.29 (0.027)	-4.04 (0.000)			

EÖ: Eğitim öncesi, ES: Eğitim sonrası, MRM: Modifiye radikal mastektomi, MKC: Meme koruyucu cerrahi

Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre EÖ ve ES, FACT-G yaşam kalitesi sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu puan ortalamaları Tablo 11'de görülmektedir. Eğitim öncesinde (24.0 $\pm$ 4.7) ES'nde (26.5 $\pm$ 2.8) 25-44 yaş grubunda olan hastaların puan ortalamalarının diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu görüldü. Eğitim öncesine göre ES'nde sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarında en fazla artma saptanan grup yine 25-44 yaş grubunda olan hastalardır. Sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarının tüm yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı (sırasıyla p=0.008, p=0.039, p=0.034).

Eğitim öncesinde (25.0 ± 3.2) ve ES'nda (27.0 ± 1.7) ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi olan hastaların sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerinden daha yüksek olduğu görüldü. Ancak EÖ'ne göre ES'nda sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarında (EÖ 18.7 ± 3.5 , ES 21.5 ± 2.2) en fazla artma saptanan grup okur yazar grubunda olan hastalardır. Tüm eğitim düzeyleri için EÖ ile ES puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi (sırasıyla $p=0.030$, $p=0.017$, $p=0.020$).

Gerek EÖ'nde (25.6 ± 3.3) gerekse ES'nda (27.8 ± 0.4) bekar olan hastaların sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarının evli olan hastalardan daha yüksek olduğu görüldü. Eğitim öncesine göre ES'nda sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarında en fazla artma saptanan grup bekar olan hastalardır. Ancak bekar olan hastaların EÖ ve ES sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmazken ($p=0.198$); evli olan hastaların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p=0.000$).

Geliri 2000 TL'nin üzerinde olan hastaların sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalaması hem EÖ (24.6 ± 3.5) hem de ES (25.2 ± 3.1) 2000 TL'nin altında geliri olan hastalardan daha yüksektir. Ancak EÖ'ne göre ES'nda sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarında (EÖ 21.1 ± 4.4 , ES 23.9 ± 3.4) en fazla artma saptanan 2000 TL'nin altında geliri olan hastalardır. 2000 TL'nin altında geliri olan hastaların EÖ ve ES sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p=0.000$); 2000 TL'nin üzerindeki hastaların EÖ ve ES sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Hem EÖ'nde (25.5 ± 2.6) gerekse ES'nda (27.4 ± 0.5) çalışan hastaların sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarının çalışmayan hastalardan daha yüksek olduğu görüldü. Eğitim öncesine göre ES'nda sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarında en fazla artma saptanan grup çalışmayan hastalardır. Çalışan hastaların EÖ ve ES sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmazken ($p=0.116$); çalışmayan hastaların puan ortalamalarının arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p=0.000$).

Kronik hastalığı olmayan hastaların sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalaması hem EÖ (22.8 ± 4.5) hem de ES (25.0 ± 3.1) kronik hastalığı olan hastalardan daha

yüksektir. Aynı zamanda EÖ'ne göre ES'nda sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarında en fazla artma saptanan yine kronik hastalığı olmayan hastalardır. Kronik hastalığı olmayan hastaların EÖ ve ES sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p=0.000$); kronik hastalığı olan hastaların EÖ ve ES sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Eğitim öncesinde ve ES'nda MKC olan hastaların sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarının MRM olanlardan daha yüksek olduğu görüldü. Eğitim öncesine göre ES'nda sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarında (EÖ 23.8 ± 4.2 , ES 26.1 ± 2.6) en fazla artma saptanan grup yine MKC olan hastalardır. Hem MRM ($p=0.012$) hem de MKC ($p=0.002$) olan hastaların EÖ ile ES arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi.

Hastaların eğitim düzeyi ($p=0.001$), gelir düzeyi ($p=0.012$), çalışma durumu ($p=0.006$) ve ameliyat türüne ($p=0.027$) göre EÖ sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarının farklı olduğu bulundu. Ancak yaş grupları, medeni durumu, kronik hastalık durumuna göre hastaların EÖ sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$). Eğitim sonrası ise EÖ'nden farklı şekilde gelir düzeyi hariç ($p>0.05$) tüm bağımsız değişkenlere göre hastaların sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi (sırasıyla $p=0.003$, $p=0.000$, $p=0.015$, $p=0.002$, $p=0.029$, $p=0.000$).

Tablo 12. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası FACT-G yaşam kalitesi ölçeği duygusal durum alt boyutu puan ortalamaları (n=42)

Duygusal durum							
Tanıtıcı Özellikler	S	%	EÖ ($\bar{X} \pm SS$)	ES ($\bar{X} \pm SS$)	EÖ ile ES Arasındaki Fark	t	p
Yaş							
25-44	14	33.3	16.2 $\pm$ 4.1	21.9 $\pm$ 1.6	5.7	-6.97	0.000
45-54	12	28.6	15.5 $\pm$ 4.8	20.7 $\pm$ 2.6	5.2	-3.09	0.010
55-64	16	38.1	14.1 $\pm$ 5.1	20.6 $\pm$ 2.5	6.5	-6.81	0.000
F (p)			0.753 (0.478)	1.371 (0.266)			
Eğitim düzeyi							
Okuryazar	9	21.4	13.7 $\pm$ 5.0	20.4 $\pm$ 1.2	6.7	-4.19	0.003
İlkokul	16	38.1	14.5 $\pm$ 5.2	20.6 $\pm$ 3.1	6.1	-4.80	0.000
Ortaokul ve üzeri	17	40.5	16.7 $\pm$ 3.8	21.8 $\pm$ 1.6	5.1	-7.24	0.000
F (p)			1.562 (0.223)	1.695 (0.197)			
Medeni durum							
Evli	37	88.1	14.7 $\pm$ 4.7	20.9 $\pm$ 2.3	6.2	-8.58	0.000
Bekar	5	11.9	18.8 $\pm$ 3.0	22.4 $\pm$ 1.6	3.6	-4.12	0.015
t (p)			-1.84 (0.073)	0.66 (0.187)			
Gelir düzeyi							
2000 TL'nin altı	27	64.3	14.3 $\pm$ 5.0	20.7 $\pm$ 2.5	6.4	-7.06	0.000
2000 TL'nin üzeri	15	35.7	16.9 $\pm$ 3.6	21.8 $\pm$ 1.7	4.9	-6.14	0.001
t (p)			-1.75 (0.087)	-1.47 (0.147)			
Çalışma durumu							
Çalışan	9	21.4	18.7 $\pm$ 2.3	21.8 $\pm$ 1.3	3.1	-3.70	0.006
Çalışmayan	33	78.6	14.3 $\pm$ 4.7	20.8 $\pm$ 2.5	6.5	-8.81	0.000
t (p)			2.71 (0.010)	1.15 (0.238)			
Kronik hastalık durumu							
Var	11	26.2	14.9 $\pm$ 5.2	20.8 $\pm$ 3.0	5.9	-6.80	0.000
Yok	31	73.8	15.3 $\pm$ 4.5	21.1 $\pm$ 2.0	5.8	-6.99	0.000
t (p)			-0.28 (0.776)	-0.454 (0.653)			
Ameliyat türü							
MRM	20	47.6	13.9 $\pm$ 4.6	19.8 $\pm$ 2.5	5.9	-5.86	0.000
MKC	22	52.4	16.5 $\pm$ 4.5	22.2 $\pm$ 1.3	5.7	-6.75	0.000
t (p)			-1.83 (0.074)	-3.79 (0.000)			

EÖ: Eğitim öncesi, ES: Eğitim sonrası, MRM: Modifiye radikal mastektomi, MKC: Meme koruyucu cerrahi

Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre EÖ ve ES, FACT-G yaşam kalitesi duygusal durum alt boyutu puan ortalamaları Tablo 12'de görülmektedir. Eğitim öncesinde (16.2 $\pm$ 4.1) ve ES'nda (21.9 $\pm$ 1.6) 25-44 yaş grubunda olan hastaların puan ortalamalarının diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu görüldü. Ancak eğitim öncesine göre ES'nda duygusal durumu puan ortalamalarında en fazla artma saptanan grup 55-64 yaş grubunda olan hastalardır. Duygusal durumu puan ortalamalarının tüm yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı (sırasıyla p=0.000, p=0.010, p=0.000).

Eğitim öncesinde (16.7 ± 3.8) ve ES'nda (21.8 ± 1.6) ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi olan hastaların duygusal durum puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerinden daha yüksek olduğu görüldü. Ancak EÖ'ne göre ES'nda duygusal durumu puan ortalamalarında (EÖ 13.7 ± 5.0 , ES 20.4 ± 1.2) en fazla artma saptanan grup okur yazar grubunda olan hastalardır. Tüm eğitim düzeyleri için EÖ ile ES puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi (sırasıyla $p=0.003$, $p=0.000$, $p=0.000$).

Eğitim öncesinde (18.8 ± 3.0) ve ES'nda (22.4 ± 1.6) bekar olan hastaların duygusal durum puan ortalamalarının evlilerden daha yüksek olduğu görüldü. Hastaların medeni durumları değerlendirildiğinde, EÖ'ne göre ES'nda duygusal durumu puan ortalamalarında (EÖ 14.7 ± 4.7 , ES 20.9 ± 2.3) en fazla artma saptanan grup evli olan hastalardır. Hem evli hem de bekar olan hastaların EÖ ile ES arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi (evli $p=0.000$, bekar $p=0.015$).

Geliri 2000 TL'nin üzerinde olan hastaların duygusal durum puan ortalaması hem EÖ (16.9 ± 3.6) hem de ES (21.8 ± 1.7) 2000 TL'nin altında geliri olan hastalardan daha yüksektir. Ancak EÖ'ne göre ES'nda duygusal durum puan ortalamalarında (EÖ 14.3 ± 5.0 , ES 20.7 ± 2.5) en fazla artma saptanan 2000 TL'nin altında geliri olan hastalardır. Hem 2000 TL'nin üzerinde ($p=0.001$) hem de 2000 TL'nin altında ($p=0.000$) geliri olan hastaların EÖ ve ES duygusal durum puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu.

Eğitim öncesinde (18.7 ± 2.3) ve ES'nda (21.8 ± 1.3) çalışan hastaların duygusal durum puan ortalamalarının çalışmayanlardan daha yüksek olduğu görüldü. Eğitim öncesine göre ES'nda duygusal durumu puan ortalamalarında (EÖ 14.3 ± 4.7 , ES 20.8 ± 2.5) en fazla artma saptanan grup çalışmayan hastalardır. Hem çalışan hem de çalışmayan hastaların EÖ ile ES arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi (çalışan $p=0.006$, çalışmayan $p=0.000$).

Kronik hastalığı olmayan hastaların duygusal durum puan ortalaması hem EÖ (15.3 ± 4.5) hem de ES (21.1 ± 2.0) kronik hastalığı olan hastalardan daha yüksektir. Ancak EÖ'ne göre ES'nda duygusal durum puan ortalamalarında (EÖ 14.9 ± 5.2 , ES 20.8 ± 3.0) en fazla artma saptanan kronik hastalığı olan hastalardır. Kronik hastalığı olan ve olmayan hastaların EÖ ve ES duygusal durum puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu (her iki grup için $p=0.000$).

Gerek EÖ'nde (16.5 ± 4.5) gerekse ES'nda (22.2 ± 1.3) MKC olan hastaların duygusal durum puan ortalamalarının MRM olan hastalardan daha yüksek olduğu görüldü. Ancak EÖ'ne göre ES'nda duygusal durum puan ortalamalarında (EÖ 13.9 ± 4.6 , ES 19.8 ± 2.5) en fazla artma saptanan MRM olan hastalardır. Hem MKC hem de MRM olan hastaların EÖ ile ES puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi (her iki grup için $p=0.000$).

Eğitim öncesi ve sonrasında duygusal durum puan ortalamalarında en fazla artış sağlanan grup okur yazar olan hastalar oldu. Hastaların çalışma durumuna ($p=0.010$) göre EÖ duygusal durum puan ortalamalarının farklı olduğu bulundu. Ancak yaş grupları, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi, kronik hastalık durumu ve ameliyat türüne ($p>0.05$) göre hastaların EÖ duygusal durum puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu. Eğitim sonrası ise sadece ameliyat türüne ($p=0,000$) göre duygusal durum puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu, diğer değişkenlere göre hastaların duygusal durum puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 13. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası FACT-G yaşam kalitesi ölçeği faaliyet durumu alt boyutu puan ortalamaları (n=42)

Faaliyet durumu							
Tanıtıcı Özellikler	S	%	EÖ ($\bar{X} \pm SS$)	ES ($\bar{X} \pm SS$)	EÖ ile ES Arasındaki Fark	t	p
Yaş							
25-44	14	33.3	17.0 $\pm$ 5.7	21.5 $\pm$ 3.6	4.5	-5.41	0.000
45-54	12	28.6	16.0 $\pm$ 4.4	20.3 $\pm$ 4.0	4.3	-2.51	0.029
55-64	16	38.1	13.6 $\pm$ 4.3	19.5 $\pm$ 3.1	5.9	-6.37	0.000
F (p)			1.943 (1.250)	0.157 (0.298)			
Eğitim düzeyi							
Okuryazar	9	21.4	13.0 $\pm$ 3.5	19.0 $\pm$ 2.6	6.0	-4.36	0.002
İlkokul	16	38.1	15.5 $\pm$ 5.5	19.6 $\pm$ 3.9	4.6	-3.20	0.006
Ortaokul ve üzeri	17	40.5	16.6 $\pm$ 4.9	21.8 $\pm$ 3.3	5.2	-6.31	0.000
F (p)			1.603 (0.214)	2.611 (0.086)			
Medeni durum							
Evli	37	88.1	14.8 $\pm$ 4.7	20.0 $\pm$ 3.4	5.2	-7.11	0.000
Bekar	5	11.9	20.0 $\pm$ 5.3	23.6 $\pm$ 3.3	3.6	-2.88	0.045
t (p)			-2.26 (0.029)	-2.18 (0.035)			
Gelir düzeyi							
2000 TL'nin altı	27	64.3	14.5 $\pm$ 4.7	20.1 $\pm$ 3.4	5.6	-7.03	0.000
2000 TL'nin üzeri	15	35.7	17.1 $\pm$ 5.2	20.8 $\pm$ 3.9	3.7	-3.41	0.004
t (p)			-1.65 (0.107)	-0.58 (0.564)			
Çalışma durumu							
Çalışan	9	21.4	18.5 $\pm$ 4.5	21.5 $\pm$ 3.7	3.0	-1.83	0.104
Çalışmayan	33	78.6	14.6 $\pm$ 4.8	20.1 $\pm$ 3.5	5.5	0.96	0.000
t (p)			2.18 (0.035)	1.05 (0.296)			
Kronik hastalık durumu							
Var	11	26.2	14.5 $\pm$ 4.9	20.0 $\pm$ 3.9	5.5	-8.33	0.000
Yok	31	73.8	15.7 $\pm$ 5.0	20.5 $\pm$ 3.5	4.8	-5.54	0.000
t (p)			-0.69 (0.493)	-0.35 (0.723)			
Ameliyat türü							
MRM	20	47.6	14.1 $\pm$ 4.8	18.8 $\pm$ 3.5	4.7	-5.34	0.000
MKC	22	52.4	16.6 $\pm$ 4.9	21.9 $\pm$ 3.0	5.3	-5.32	0.000
t (p)			-1.70 (0.097)	-3.05 (0.004)			

EÖ: Eğitim öncesi, ES: Eğitim sonrası, MRM: Modifiye radikal mastektomi, MKC: Meme koruyucu cerrahi

Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre EÖ ve ES, FACT-G yaşam kalitesi faaliyet durumu alt boyutu puan ortalamaları Tablo 13'de görülmektedir. Eğitim öncesinde (17.0 $\pm$ 5.7) ve ES'nda (21.5 $\pm$ 3.6) 25-44 yaş grubunda olan hastaların puan ortalamalarının diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu görüldü. Ancak faaliyet durumu alt boyutu puan ortalamalarında (EÖ 13.6 $\pm$ 4.3, ES 19.5 $\pm$ 3.1) en fazla artma saptanan grup 55-64 yaş grubunda olan hastalardır. Faaliyet durumu puan ortalamalarının tüm yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı (sırasıyla p=0.000, p=0.029, p=0.000).

Eğitim öncesinde (16.6 ± 4.9) ve ES'nda (21.8 ± 3.3) ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi olan hastaların faaliyet durumu puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerinden daha yüksek olduğu görüldü. Eğitim öncesine göre ES'nda faaliyet durumu puan ortalamalarında (EÖ 13.0 ± 3.5 , ES 19.0 ± 2.6) en fazla artma saptanan grup okur yazar grubunda olan hastalardır. Tüm eğitim düzeyleri için EÖ ile ES puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi (sırasıyla $p=0.002$, $p=0.006$, $p=0.000$).

Eğitim öncesinde (20.0 ± 5.3) ve ES'nda (23.6 ± 3.3) bekar olan hastaların faaliyet durumu puan ortalamalarının evlilerden daha yüksek olduğu görüldü. Hastaların medeni durumları değerlendirildiğinde, EÖ'ne göre ES'nda faaliyet durumu puan ortalamalarında (EÖ 14.8 ± 4.7 , ES 20.0 ± 3.4) en fazla artma saptanan grup evli olan hastalardır. Hem evli hem de bekar olan hastaların EÖ ile ES puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi (evli $p=0.000$, bekar $p=0.045$).

Geliri 2000 TL'nin üzerinde olan hastaların faaliyet durumu puan ortalaması hem EÖ (17.1 ± 5.2) hem de ES (20.8 ± 3.9) 2000 TL'nin altında geliri olan hastalardan daha yüksektir. Ancak EÖ'ne göre ES'nda faaliyet durumu puan ortalamalarında (EÖ 14.5 ± 4.7 , ES 20.1 ± 3.4) en fazla artma saptanan 2000 TL'nin altında geliri olan hastalardır. Hem 2000 TL'nin üzerinde ($p=0.004$) hem de 2000 TL'nin altında ($p=0.000$) geliri olan hastaların EÖ ve ES faaliyet durumu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu.

Eğitim öncesinde (18.5 ± 4.5) ve ES'nda (21.5 ± 3.7) çalışan hastaların faaliyet durumu puan ortalamalarının çalışmayanlardan daha yüksek olduğu görüldü. Eğitim öncesine göre ES'nda faaliyet durumu puan ortalamalarında (EÖ 14.6 ± 4.8 , ES 20.1 ± 3.5) en fazla artma saptanan grup çalışmayan hastalardır. Çalışmayan hastaların EÖ ile ES puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunurken ($p=0.000$); çalışan hastalar için bu farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Kronik hastalığı olmayan hastaların faaliyet durumu puan ortalaması hem EÖ (15.7 ± 5.0) hem de ES (20.5 ± 3.5) kronik hastalığı olan hastalardan daha yüksektir. Ancak EÖ'ne göre ES'nda faaliyet durumu puan ortalamalarında (EÖ 14.5 ± 4.9 , ES 20.0 ± 3.9) en fazla artma saptanan kronik hastalığı olan hastalardır. Kronik hastalığı olan ve olmayan hastaların EÖ ve ES faaliyet durumu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu (her iki grup için $p=0.000$).

Gerek EÖ'nde (16.6 ± 4.9) gerekse ES'nda (21.9 ± 3.0) MKC olan hastaların faaliyet durumu puan ortalamalarının MRM olan hastalardan daha yüksek olduğu görüldü. Eğitim öncesine göre ES'nda faaliyet durumu puan ortalamalarında en fazla artma saptanan grup yine MKC olan hastalardır. Hem MKC hem de MRM olan hastaların EÖ ile ES puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ($p=0.000$).

Hastaların medeni durum ($p=0.029$) ve çalışma durumu ($p=0.035$) dışında diğer bağımsız değişkenlere göre EÖ faaliyet durumu puan ortalamalarının farklı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Eğitim sonrası ise EÖ'nden farklı şekilde medeni durum ($p=0.035$) ve ameliyat türüne ($p=0.004$) göre faaliyet durumu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu, diğer değişkenlere göre hastaların faaliyet durumu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 14. Hastaların eğitim sonrası beden imajı, durumluk ve sürekli anksiyete ve FACT-G yaşam kalitesi toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki (n=42)

	Beden imajı	DA	SA	FACT G yaşam kalitesi	Bedeni Durum	Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu
Beden imajı	1							
Anksiyete								
DA	r=0.136	1						
	p=0.392							
SA	r=0.120		1					
	p=0.449	p=0.752						
FACT-G yaşam kalitesi toplam puanı								
FACT-G yaşam kalitesi toplam puanı	r=0.505	r=0.490	r=-0.128	1				
	p=0.001*	p=0.001	p=0.420					
Bedeni Durum	r=0.569	r=0.417	r=0.068	r=0.780	1			
	p=0.000	p=0.006	p=0.668	p=0.000				
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	r=0.433	r=0.329	r=-0.317	r=0.768	r=0.436	1		
	p=0.004	p=0.034	p=0.041	p=0.000	p=0.004			
Duygusal Durum	r=0.345	r=0.495	r=0.000	r=0.889	r=0.698	r=0.550	1	
	p=0.025	p=0.001	p=0.998	p=0.000	p=0.000	p=0.000		
Faaliyet Durumu	r=0.347	r=0.407	r=-0.089	r=0.863	r=0.568	r=0.472	r=0.753	1
	p=0.024	p=0.007	p=0.575	p=0.000	p=0.000	p=0.002	p=0.000	

ES: Eğitim sonrası, DA: Durumluk anksiyete, SA: Sürekli anksiyete, *Pearson Korelasyon p<0.01

Tablo 14’de hastaların beden imajı, anksiyete ve yaşam kalitesi eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki ilişki gösterilmektedir. Hastaların FACT-G yaşam kalitesi toplam puanı ile beden imajı ($p=0.001$), DA ($p=0.001$) ve yaşam kalitesi tüm alt boyutları ($p=0.000$) arasında pozitif ilişki olduğu, ancak SA ile anlamlı ilişki olmadığı ($p>0.05$) bulundu. Beden imajı, DA ve SA arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Beden imajının FACT-G yaşam kalitesi alt boyutlarından bedeni durum ($p=0.000$) ile sosyal yaşam ve aile durumu ($p=0.004$) arasında ilişki olduğu; duygusal durum ve faaliyet durumu arasında ilişki olmadığı ($p>0.01$) saptandı. Durumluk anksiyetenin FACT-G yaşam kalitesi alt boyutlarından bedeni durum ($p=0.006$), duygusal durum ($p=0.001$) ve faaliyet durumu ($p=0.007$) arasında ilişki olduğu; sosyal yaşam ve aile durumu arasında ilişki olmadığı ($p>0.01$) bulundu. Sürekli anksiyetenin ise FACT-G yaşam kalitesi alt boyutları ile arasında ilişki olmadığı ($p>0.01$) belirlendi.

Functional Assessment of Cancer Therapy- General yaşam kalitesi alt boyutlarının birbiriyle olan ilişkileri incelendiğinde ise; tüm alt boyutların birbiriyle ilişkisi olduğu görülmektedir (sırasıyla $p=0.004$; $p=0.000$; $p=0.000$; $p=0.000$; $p=0.002$; $p=0.000$)

6.2. Hastaların Meme Bakım Hemşireliğine Yönelik Görüşlerine İlişkin Nitel

Bulgular

Bu bölümde hastaların meme bakım hemşireliğine yönelik görüşlerini belirlemek için yapılan fenomenolojik analiz sonuçları sunuldu. Hastaların meme bakım hemşireliğine yönelik görüşlerine ilişkin bulgular iki ana tema ve altı alt tema olarak belirlendi. Temalar şu şekildedir:

Benim meme bakım hemşirem

- Benimle özel olarak ilgilenen
- Etkili iletişim kurabilen
- Sağlığım için beni eğiten

Meme bakım hemşiremin hayatıma kattıkları

- Değerli olduğumu hissettim
- Korkularım azaldı
- Hayatım kolaylaştı

- **Benim meme bakım hemşirem**

Meme kanseri tanı ve tedavi süreci kadında zorlanma yaratan bir durumdur. Yapılan görüşmeler sonucunda, katılımcıların meme bakım hemşireliğine ve araştırma kapsamında eğitim veren meme bakım hemşiresine ilişkin görüşleri; benimle özel olarak ilgilenen, kolay iletişim kurulan ve sağlığım için beni eğiten olmak üzere üç alt temaya ayrıldı.

- **Benimle özel olarak ilgilenen**

Bu süreçte kadınlar karşılaşabilecekleri olumsuzluklarla başedebilmek için yol gösterici bir desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Katılımcılar meme kanseri cerrahisi sürecinde eğitim aldıkları meme bakım hemşiresini kendilerine özel bir hemşire olarak nitelendirdiler.

“Ne güzel bana özel hemşire dedim. Senden sonra yan taraftaki hastaya size de geliyor mu böyle hemşire dedim. Yok dedi. Dedim ki demek ki bana özel (gülüyor).” (3. Katılımcı)

“İster istemez sevindim, benimle özel biri ilgileniyor diye. Allah razı olsun hoşuma gitti yani, mutlu oldum.” (8. Katılımcı)

“Yani ne yapacağını tahmin etmediğim bir hemşire vardı karşımda. Siz ne demek olduğundan bahsedince tamam dedim benim için özel biri olmalı. Çünkü yan taraftaki hastaya kimse gelmemişti gün içinde.” (15. Katılımcı)

- **Etkili iletişim kurabilen**

Meme kanseri cerrahisi nedeniyle ortaya çıkabilecek problemlerin en aza indirgenmesi için psikososyal destek önem taşımaktadır. Psikososyal desteğin temelini de etkili iletişim oluşturmaktadır. Bu süreçte iletişimde empatik bir yaklaşım sergilemek ve hastalara güven vermek önem taşımaktadır. Katılımcılar meme bakım hemşiresinin yaklaşımını, içten, samimi, sevecen ve kendilerine yakın buldular. Hastaların bu algısı ile karşılaşılacak psikososyal sorunlar erkenden fark edilip, etkin baş etme stratejileri geliştirilip, ortaya çıkmadan önlenir.

“Çok içtensiniz, hastalarla diyalogunuz çok güzel, yaklaşımınız çok güzel, normal ve sıradan bir selam verip geçenlerden değilsiniz. İşinizi severek canı gönülden yapıyorsunuz. Çok samimi buldum, bir arkadaş gibi.”

(3. Katılımcı)

“Sıcakkanlı oluşunuz çok hoş. Sempatik ve hastalara karşı naıfsınız. Bu hastalıkları olanlar çok kırılğan ve duygusallar. Ancak sizin bize yaklaşımınız bizi motive ediyor. Bize güç veriyor. Rize de de bu hizmetin verilmesi çok hoş.” (11. Katılımcı)

“Sanki yıllardır tanışıyor gibiyiz, hiç hasta-hemşire diyalogu gibi değildi. Bizden biriydiniz kısaca. Çok samimiydiniz.” (12. Katılımcı)

Meme kanseri cerrahisi sonrası taburculuk, hastaların karşılaşabileceği sorunların biteceği anlamına gelmemektedir. Kadınlar evde de aile üyelerinin dışında sosyal bir desteğe ve karşılaşabileceği sorunlarını danışabileceği birine ihtiyaç duymaktadırlar. Bir katılımcı taburculuk sonrası da meme bakım hemşiresiyle kolaylıkla iletişim kurabildiğini belirtti.

“...Taburculuk sonrasında soru sormak için sizi hiç çekinmeden aradım. Sormak istediklerimi rahatlıkla sordum. Benim gibi hastaların size ihtiyacı var.” (6. Katılımcı)

○ ***Sağlığım için beni eğiten***

Meme kanseri tedavisi sürecinde karşılaşılabilecek fiziksel ve psikososyal sorunlar eğitimle en aza indirgenebilir. Katılımcılar verilen eğitimin sade, anlaşılır ve faydalı olduğunu, bu hizmetin devam etmesi ve yaygınlaştırılması gerektiğini, ayrıca kullanılan eğitim kitabını da anlaşılır ve yararlı bulduklarını ifade ettiler.

“Hastalara kesinlikle böyle bir hizmet verilmeli. Çok mutlu oldum, çok aydınlattınız beni anlattıklarınızla. Bilmediğim birçok şey vardı. Özellikle koltuk altındaki ameliyatla ilgili. Hem ameliyattan önce, hem de sonrası için çok iyi bilgi sahibi oldum. Verdiğiniz eğitimin, hizmetin çok yararlı olduğunu düşünüyorum.” (1. Katılımcı)

“Mesela amannn niye gelecek ki şimdi bu hemşire de demedik. Seni bekledik gün aydınlanmasıyla beraber gelecek diye. Bize bir şeyler anlatacak diye bekledik. Aklımdaki soruları giderdin. Daha ne olsun yani. İyi ki de varmışsın (gülüyor).” (10. Katılımcı)

“Kitabınız yaygınlaşmalı çok güzel. Mesela ben şöyle zannediyordum; mememin dışı derisi kalacak böyle içini alacaklar boşaltacaklar. Ama kitapta görünce dedim demek böyle olacak ameliyat yerim. Ee haliyle ameliyattan

sonra da ameliyat yerime bakınca şaşırmadım. Ama kitapta onu göstermeseydin, anlatmasaydın belki de üzülürdüm.” (10. Katılımcı)

“Bence çok yeterliydi her şey. Kitapta çok anlaşılırdı ve iç karartıcı bir hastalık olmasına rağmen kitap içimizi ferahlatır şekilde tasarlanmıştı.” (12. Katılımcı)

“Kitabı da elimden düşürmedim. Çok da renkli hoşuma da gidiyor. Bakıyorum ağrım oluyor. Açıp kitabı bakıyorum. Geriye dönüp bakabileceğim elimin altında bir kaynak oldu o da yani. Böyle bir hizmet gerçekten çok güzel.” (3. Katılımcı)

- **Meme bakım hemşiresinin hayatıma kattıkları**

Yapılan görüşmeler sonucunda, bu alt tema; değerli olduğumu hissettim, korkularım azaldı ve hayatım kolaylaştı olmak üzere üç alt temaya ayrıldı.

- **Değerli olduğumu hissettim**

Her ne kadar beden imajını olumsuz etkileme oranları birbirinden farklılık gösterse de hem MKC hem de MRM kadınların beden imajlarını olumsuz etkileyebilmekte, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu gibi çeşitli psikososyal sorunlara yol açabilmektedir. Katılımcıların çoğu bu süreçte meme bakım hemşiresinin kendilerini değerli hissettirdiğini belirtti.

“Kendinizi tanıttığınızda benimle ilgilenildiğini düşünmek çok hoşuma gitti, çok mutlu oldum. Belki olması gereken buydu ama daha önce hiç böyle bir şeyle karşılaşmamıştım.” (1. Katılımcı)

“Benim çok hoşuma gitti. Çok memnun oldum yani. Kendimi çok değerli hissettim inan ki (gözleri doluyor).” (4. Katılımcı)

“Değerli tek kelimeyle tanımlarsam kendimi çok değerli hissettim.” (13. Katılımcı)

Meme bakım hemşiresinin verdiği eğitim ve destek meme kanseri cerrahi tedavisi sürecinde kadınların karşılaşabildikleri güçlüklerle başa çıkmada etkili olmaktadır. Kendilerini değerli hissettiğini ifade eden bazı katılımcılar hastalıklarıyla başa çıkmada bu durumun onlara fayda sağladığını belirttiler.

“Bu süreçte bana değer verildiğini, yalnız olmadığımı hissettim. Bununla şimdi başederim diye düşündüm kendimce. Çok faydanızı da gördüm, o kadar bilgilendirdiniz.” (4. Katılımcı)

“Kesinlikle çok yararlı ve devam da etmeli bence. Çünkü meme kanseri çok yaygın diğer kadınların da bu süreçte kendilerini değerli hissetmeleri hastalıkla başa çıkmalarını çok kolaylaştıracaktır. Bu kadar bilgilendirilmiş olmuyoruz açıkçası.” (13. Katılımcı)

“Çok pozitifsiniz. Sayenizde gerginliğim çok azaldı. Mesela meme kanseri ile yaşanan meme kaybı kimliğinizden bir şey eksiltmeyecek demiştiniz. Çok anlamlı bence.” (9. Katılımcı)

○ **Korkularım azaldı**

Çoğu fiziksel hastalık ve cerrahi girişim gibi meme kanseri cerrahisi de kadınlarda öfke, belirsizlik, umutsuzluk ve sosyal izolasyon gibi psikososyal problemlere yol açabilmektedir. Bu süreçte kadınlar aldıkları destekle sorunlarıyla daha kolay başa çıkabilmekte ve aldıkları destek kadınları psikolojik anlamda rahatlatmaktadır. Katılımcıların bazıları meme bakım hemşiresinin eğitim ve desteği ile daha psikolojik olarak kendilerini daha az kaygılı hissettiler. Ayrıca meme bakım hemşiresine duydukları güvenle hastalar hem ameliyata gerginlikleri az olarak girdiklerini hem de ameliyat sonrası rahat uyandıklarını ifade ettiler.

“İlk konuştuğumuzda çok rahatladım. Sizden aldığım pozitif elektrikle ameliyata rahat girdim bu bir gerçek. Ameliyattan önce korkum azaldı ne olacak bana diyordum çok iyi geldin bana. Sizin çok faydanız oldu.” (6. Katılımcı)

“Gerginliğimin azalmasını sağladı. Kendimi daha iyi hissettim, yalnız değilim diye düşündüm.” (9. Katılımcı)

“Ameliyata daha rahat girdim. Ameliyat olmadan önceki akşam gelmiştiniz hatta. Anlattıklarınızdan ve size olan güvenimden dolayı ameliyat sonrası rahat uyandım mesela. Bana oldukça güven verdiniz yani.” (12. Katılımcı)

“İlk olarak korkuyordum ameliyattan, bana ne olacak kaygısı vardı. Bir kere stresimi azalttınız.” (15. Katılımcı)

“Tabii sonrası için de öyle. Hele kolum için. Diyordum Allah’ım böyle nasıl yaşayacağım, kullanamayacak mıyım bir daha kolumu? Ama anlattın bana dikkat ediyorum dikkat ettikten sonra da bir şey olmaz inşallah.” (2. Katılımcı)

○ **Hayatım kolaylaştı**

Meme kanseri tedavi yöntemlerinin tamamı kadınların yaşam kalitelerini etkileyebilmektedir. Hem aile üyelerinden hem de sosyal çevresinden destek almak kadınların bu süreçte yaşadıkları güçlükleri hafifletebilir. Katılımcıların çoğu verilen eğitimle ve meme bakım hemşiresinin desteğiyle hayata daha olumlu bakabildiler ve bu olumlu bakış açısı pozitif bakarak hızlı iyileşme sağladıklarını, bilgilendiklerini, hayata bakış açılarının değiştiğini ve morallerinin yüksek olduğunu ifade etti.

“Bakış açımı değiştirdi yani nasıl desem hastaların sanki duyma istediği şeyler içinize doğuyor ve siz bizi hayata bağlıyorsunuz.” (9. Katılımcı)

“Bütün kanser türlerine ilgili alanda kişi bu hizmeti verebilir bence. Çünkü hasta kendini rahat hissedebilir benim gibi (gülüyor). Hayata daha pozitif bakabilir, hastalığını daha hızlı yenebilir diye düşünüyorum. Mesela ben çok kötüydüm sizinle tanışmadan önce, çok faydanız oldu (elimi sıkıyor).” (6. Katılımcı)

“Ben sizden bu bilgileri almasam, bilinçlenmesem kendi bildiğim eksikleri yapacağım, en basiti belki enfeksiyon kapacağım. Belki iyileşmem gecikecek. ...Evdeyken de dediklerinize devam ettim. ...Mesela ameliyat sonrası solunum egzersizleri. Onları yapınca rahat nefes aldım, faydalı olduğunu gördüm (gülüyor)” (3. Katılımcı)

“Bu hastalığı yaşayan bütün kadınlara tavsiye ederim yani. Beni aydınlattınız gayet memnun oldum. Kafamdaki soru işaretleri gitti. Sürecim rahat geçiyor inşallah böyle de tamamlarım tüm tedavi sürecimi.” (6. Katılımcı)

“Çok pozitif bir enerji aldım. Çok mutlu oldum, çok sevindim. Sanki bütün sıkıntılarım yarı yarıya inmiş gibi oldu. Çok enerjik konuşuyorsunuz ve o enerji de bize yansıyor.” (14. Katılımcı)

7. TARTIŞMA

Meme kanseri tanı ve tedavi süreci bireyde zorlanma yaratan; fiziksel sorunlara ve psikososyal krize yol açan bir durumdur. Bu süreçte kadınlar kayıp duygusu yaşayabilir; işlevleri, beden imajı, özgüveni, psikolojik durumu ve çevre ile ilişkileri etkilenebilir. Hasta kanser tanısına, memenin kaybına ve tedavi sürecine uyum sağlamak için bazı baş etme yöntemlerini kullanmaya çalışabilir. Ancak her baş etme yöntemi başarılı olmayabilir. Bu nedenle, hastaların tedavi ve bakımlarının multidisipliner ekip yaklaşımı ile yürütülmesi ve multidisipliner ekip içinde meme bakım hemşiresinin mutlaka yer alması gerekmektedir.

Meme bakım hemşireliğinin önemi ve etkinliği yapılan çalışmalarda vurgulansa da; meme bakım hemşiresinin hastaları ne yönden ve nasıl etkilediği konusunda hem dünya hem de ülkemiz literatüründe hala eksiklikler bulunmaktadır. Bu bölümde meme bakım hemşiresi tarafından verilen eğitim ve hasta izleminin hastaların beden imajı, anksiyete ve yaşam kalitesi üzerine etkisine ilişkin nicel bulgular ile hastaların meme bakım hemşireliğine yönelik görüşlerine ilişkin nitel bulgular tartışıldı.

Çalışmamızda ameliyat öncesi verilen eğitimin hastaların ameliyat sonrası beden imajlarını olumlu yönde etkilediği belirlendi. Meme kanseri ile ilgili kaynaklarda meme ameliyatlarının kadınların beden imajını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (84, 188-190). Kadınların cerrahi sonrası olumlu beden imajlarını koruyabilmek için ameliyat öncesi eğitim ve bu konuda bakım desteği önem taşımaktadır (191). Literatürde meme kanseri ameliyatı olan hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin ameliyat sonrası beden imajına etkisine ilişkin bir çalışmaya rastlanmadı. Ancak Yaman ve Ayaz yaptıkları çalışmada, histerektomi öncesinde hastalara verilen sağlık eğitiminin beden imajını koruduğunu saptamışlardır (192).

Hastaların ES DA'lerinin EÖ'ne göre azalmış olduğu bulundu. Ayrıca DA sonuçlarına benzer şekilde hastaların ES SA'lerinin de EÖ'ne göre azaldığı saptandı. Meme cerrahisi sonucu memenin bir bölümünün ya da tamamının kaybı kadınlarda sıklıkla ameliyat olmaktan korkmanın dışında; ağrı, birilerine bağımlı olma, ölüm korkusu ve beden imajında bozulma gibi farklı endişeler yaratmaktadır (9, 77, 193). Hastalara ameliyat öncesi verilen eğitim ve psikolojik destek hastaların ameliyat sonrası yaşayabilecekleri anksiyetelerini azaltmaktadır (194). Çalışmamıza benzer çalışmalarda,

farklı gruplarda ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası anksiyeteyi azalttığı saptanmıştır (153, 195-198).

Araştırmada hastaların ES yaşam kalitelerinin EÖ'ne göre arttığı bulundu. Meme kanseri tanı ve tedavisi hem kadında hem de ailesinde zorlanma yaratan bir süreçtir. Bu süreçte kadınlar fiziksel ve psikososyal sorunlar yaşayabilmekte, bu sorunlarla baş ederken güçlük çekeabilmekte ve yaşam kaliteleri azalabilmektedir. Dolayısıyla kadınlar bu zorlu sürecin içinden çıkabilmek için çoğu kez danışacak bir yol göstericiye ve sosyal desteğe ihtiyaç duyabilmektedir. Çalışmamızda da meme bakım hemşiresinin izlem ve eğitimlerinin kadınların yaşam kalitelerini artırdığını söyleyebiliriz. Konu ile ilgili kaynaklarda meme kanseri ameliyatı olacak hastalara lenfödem, fiziksel aktivite ya da egzersiz gibi tek bir konu ele alarak verilen eğitimin yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Temür'ün yaptığı çalışmada, kendi kendine lenfödem yönetimi eğitimi verilen deney grubunun 3. ve 6. ay yaşam kalitesi “genel iyilik hali (Quality of Life-QoL)” ve “fonksiyonel güçlükler” alt boyut puanları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur (199). Zhu ve arkadaşlarının yaptığı meta analizde meme kanseri hastalarında egzersiz yapan grubun kontrol grubuna göre duygusal ve sosyal yaşam alt boyutları puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır (200). Yapılan çalışmalarda tek bir konu ile ilgili eğitim verilerek yaşam kalitelerinin değerlendirilmesine odaklanılmıştır. Farklı hasta gruplarında ameliyat öncesi eğitimin yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır (201-203).

Bu sonuçlar doğrultusunda meme bakım hemşiresi tarafından verilen eğitimin meme kanseri cerrahisi geçiren hastaların anksiyete, beden imajı ve yaşam kalitesine etkisini test eden H₁, H₂, H₃ ve H₄ hipotezleri kabul edildi.

Çalışmada kullanılan yaşam kalitesi alt boyutları bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum ve faaliyet durumudur. Çalışmamızda hastaların ES yaşam kalitesi alt boyutlarının tamamında EÖ'ne göre anlamlı bir şekilde artış olduğu bulundu. Meme bakım hemşiresinin izlem ve eğitimi hastaların yaşam kalitesi alt boyutları üzerinde de olumlu bir etki oluşturdu. Stagl ve arkadaşları meme kanseri olan hastaları 11 yıl takip ederek, bilişsel-davranışsal stres yönetiminin uzun dönem psikolojik yararlarını değerlendirdikleri randomize kontrollü çalışmalarında deney grubunun bedeni ve duygusal durum alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubundan daha yüksek

olduğunu saptamışlardır (204). Elde ettiğimiz sonuçlara bakıldığında yapılan girişimin hastaların beden imajı ve yaşam kalitelerini artırdığı, durumluk ve sürekli anksiyetelerini azalttığını görülmektedir.

Hastaların izlemlerine ilişkin bulgulara bakıldığında, ameliyattan sonraki birinci günde hastaların derin solunum egzersizlerini yapabildikleri, yatak dışı hareket ettikleri, ameliyat olan taraftaki kolu önerilen pozisyonda tuttukları saptandı. Ameliyattan önce verilen eğitimle hastalarda ameliyat sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonlar en aza indirgenebilir ve hastaların ameliyat sonrası derin solunum-öksürük egzersizleri yapmaları ve erken mobilizasyonu sağlanarak enfeksiyondan korunma sağlanabilir, yara yeri iyileşmesi hızlandırılabilir ve erken taburculuk sağlanabilir.

Hastaların tamamında meme kanseri tanısı ve cerrahi tedavisinin neden olduğu gerginlik bulunuyordu. Ancak MRM ve MKC olan hastalarda duygu durum farklılıkları gözlemlendi. Meme koruyucu cerrahi olan hastalar yara yerleriyle ilk karşılaşmalarında daha rahattı. Bu durum, MRM olan hastalarda meme kaybının ve insizyon yerinin daha geniş olmasıyla açıklanabilir. Koçan ve Gürsoy'un yaptıkları çalışmada, kadınların çoğunun MRM nedeniyle görünümlerinden hoşnut olmadıkları, görünümlerini çirkin, eksik, yarım, hasta olarak değerlendirdikleri saptanmıştır (77). Modifiye radikal mastektomi olan hastaların çoğu yara yerini gördüklerinde ağladılar. Modifiye radikal mastektomi nedeniyle yaşanan meme kaybı kadınlarda doğurganlığın, anneliğin, güzelliğin, cinselliğin ve dişiliğin kaybı olarak algılanabilmekte ve olumsuz beden imajına neden olabilmektedir (77). Meme ameliyatı sonrası yara yerine bakmak hastalar için travmatik bir durumdur. Araştırmada, hastaların ağlamasının hissettikleri tüm bu duyguların dışa yansımaları niteliğinde olduğu düşünülmektedir.

Yara yerine bakabilen hastaların tamamı yara yerine bakarken meme bakım hemşiresiyle bakmaktan hoşnut olduklarını, özellikle MRM olan hastalar yara yerileri ilk karşılaşmada meme bakım hemşiresinin onlara cesaret verdiğini ifade ettiler. Hastaların tamamı yara yerine bakarken meme bakım hemşiresinden destek ve cesaret aldıklarını belirttiler. Modifiye radikal mastektomi olan hastaların çoğu yara yerlerini ilk kez görececeklerinde meme bakım hemşiresinin elini tuttu. Çalışmadaki bu sonuç, meme kanseri olan kadınların karşılaştıkları “travmanın” azaltılması ve başetmelerinin güçlendirilmesi yönünden önemlidir.

Ameliyat bölgesini görmek isteyen hastaların çoğu yakınlarını yanlarında istemedi. Hastaların yara yerine yalnız bakma isteği, tek başına güçlü duruş sergileme ya da hasta yakınının yara yerine göstereceği tepkilerden çekince ile ilişkili olabilir. Ancak ameliyat bölgesini ayna karşısında görmeye hazır olduğunu belirten hasta olmadı. Modifiye radikal mastektomi olan hastaların çoğunun ilk ifadesi meme bakım hemşiresi olmadan yara yerine bakamayacakları ve bu görüntüye alışıp alışamayacaklarını sormaları yönünde oldu. Meme koruyucu cerrahi olan hastaların çoğunun ilk ifadesi ise olduğundan çok daha büyük bir yara ile karşılaşmayı beklediklerini ancak bunun öyle olmadığını ve ilerleyen zamanlarda daha iyi olmayı temenni ettikleri yönünde oldu. Hastaların yara yeri ile karşılaşırken, meme bakım hemşiresinin yanlarında olması hastaların uyumunu artırabilmektedir. Meme kanseri cerrahisi ile yaşamları olumsuz etkilenebilen kadınlar bu süreçle baş edebilmek için sosyal destek ve bir yol gösterici arayışına girebilmektedirler. Meme bakım hemşiresi meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde verdiği eğitimlerle ve desteğiyle hastaların anksiyete düzeylerini azaltabilir, olumsuz beden imajı ile baş etmede kadınlara yardımcı olabilir ve böylelikle yaşam kaliteleri korunabilir ya da geliştirilebilir.

Taburculuk sonrası verilen eğitimlerle ortaya çıkabilecek komplikasyonlar azaltılabilir ve gelişebilecek komplikasyonlar azaltılabileceğinden hastaneye tekrar yatış önlenir. Taburculuk sonrası üç hastada seroma, bir hastada enfeksiyon gelişti. Ayrıca verilen eğitim hastaların taburculuk sonrası sorunlarını azaltması durumunda anksiyetelerini de azaltmaya yardımcı olacaktır.

Eğitim sonrasında 25 ile 44 yaşlarında, ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi olan, bekar, 2000 TL'nin üzerinde geliri olan, çalışan, kronik hastalığı olmayan ve MKC geçiren hastaların beden imajlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptandı. Eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çalışma durumu ve ameliyat türünün beden imajını etkileyen önemli değişkenler olduğu bulundu. Eğitim düzeyi bireylerin sağlıklarının ve kendilerinin farkındalığını ve özgüvenini artıran bir faktördür (205). Dolayısıyla eğitim düzeyi yüksek kişiler kendileri hakkında olumlu ve iyi düşünen, kendilerini kabul edilmeye değer gören kişilerdir. Beden imajının da bireyin bedeni hakkında zihninde oluşturmuş olduğu bir resim olduğu düşünülürse, eğitim düzeyi yüksek kişilerin daha olumlu beden imajına sahip bireyler olduğunu söyleyebiliriz. Ancak EÖ ile ES arasında en fazla değişim ilköğretim mezunu olan hastalarda görüldü. Chang ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi düşük olan meme kanseri hastalarının daha olumsuz beden imajına sahip oldukları

saptanmıştır (206). Rezaei ve arkadaşlarının yaptıkları literatür derlemesinde ise, eğitim düzeyinin beden imajını etkileyen bir faktör olduğu; düşük eğitim düzeyine sahip meme kanseri olan hastaların daha çok olumsuz beden imajı sorunu yaşadıkları vurgulanmaktadır (193).

Çalışmamızda 2000 TL'nin üzerinde geliri olan hastaların beden imajı hem EÖ hem de ES'nda 2000 TL'nin altında geliri olan hastalardan daha yüksekti. Aynı zamanda EÖ'ne göre ES'nda beden imajında en fazla artma saptanan grup 2000 TL'nin üzerinde geliri olan hastalardı. Gelir düzeyi yüksek olan bireylerin bedenlerinde oluşacak değişimleri geçici olarak örtmek için (protez, peruk vb.) ya da ortadan kaldırmak (rekonstrüksiyon) olanaklarına daha kolay ulaşabilirler. Bu düşünceden dolayı beden imajları daha yüksek ve yine beden imajında en fazla artma saptanan grup geliri 2000 TL'den daha yüksek olan hastalar olmuş olabilir.

Hem EÖ hem de ES çalışan hastaların daha olumlu bir beden imajına sahip olduğu saptandı. Çalışmamızda çalışan hastaların beden imajlarının daha yüksek olmasını çalışan bireylerin çalışmayanlara göre çok daha fazla insanla iletişime geçmesi ve dolayısıyla sosyal çevresinin daha geniş ve sosyal desteğinin fazla olması ile bağdaştırabiliriz. Meme kanseri cerrahisi sonrası çalışma durumunun beden imajına etkisini değerlendiren çalışma sonuçları farklılık göstermektedir. Dahl ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, meme kanseri olan çalışan hastaların daha olumlu beden imajına sahip olduklarını saptamışlardır (207). Sebastian ve arkadaşları ise yaptıkları çalışmada, çalışma durumunun meme kanseri olan hastaların beden imajını etkilemediğini bulmuşlardır (208).

Hastaların ameliyat türleri incelendiğinde; literatürle uyumlu olarak MKC geçiren hastaların EÖ ve ES beden imajları MRM olanlardan daha olumludur. Meme dokusu kaybının MKC'ye göre daha fazla olması ve bu kaybın dıştan görülebilmesi nedeniyle mastektomi olan hastaların daha olumsuz beden imajı deneyimleyebileceği söylenebilir. Eğitim sonrası beden imajı en fazla artan grup MKC geçiren hastalardı ve bu sonuç anlamlıydı. Meme kanserinin cerrahi tedavi türü kadınların yaşadıkları beden imajı değişimini farklı etkilemektedir (46-48). Yapılan çalışmalar MKC geçiren hastaların MRM geçirenlerle göre beden imajının daha olumlu olduğunu belirlemiştir (46, 47).

Çalışmamızda 25-44 yaş grubunda, ilkokul mezunu, 2000 TL'nin altında geliri olan, çalışmayan ve MRM olan hastaların ES'nda hem DA hem de SA'lerinde anlamlı

azalma olduğu saptandı. Bunun yanı sıra 45-54 yaş grubunda olan, evli olan ve kronik hastalığı olmayan hastaların ES’nda SA’lerinde anlamlı azalma saptandı.

Hastaların yaş grupları açısından EÖ DA puan ortalamaları birbirine çok yakın olduğu bulundu. Eğitim sonrasında EÖ’ne göre hastaların tamamının anksiyetelerinde azalma saptandı. Durumluk anksiyete sonuçlarına benzer şekilde SA puan ortalaması ES’nda en fazla azalma sağlanan grup 25-44 yaş aralığıydı. Ancak yaşın hem EÖ hem de ES DA ve SA zerine etkisinin olmadığı saptandı. Turgut ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, 50 yaş altı meme kanseri olan hastaların tanıyı takiben anksiyetelerinin 50 yaş üstüne göre daha fazla olduğu saptanmıştır (209). Champion ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da meme kanseri olan genç hastaların daha çok anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir (210). Meme kanseri cerrahisinin yol açabildiği çeşitli psikososyal sorunlarla baş edebilmek için kadınlara bakım desteğinin sağlanması ve ameliyat öncesi ve taburculuk eğitimlerinin verilmesi kadınlara yaşayabilecekleri psikososyal sorunları en aza indirgeyebilmektedir.

Konu ile ilgili kaynaklarda eğitim düzeyinin anksiyete üzerine etkisi farklılık göstermektedir. Çalışmamızda EÖ DA puan ortalaması en yüksek ilkokul, ES DA puan ortalaması en yüksek ise ortaokul ve üzeri hasta grubundadır. Ancak EÖ’ne göre ES DA puanı en fazla azalma sağlanan grup ilkokul mezunu olanlardı ve bu sonuç anlamlıydı. SA’de hem EÖ hem ES en yüksek puanı olan ilkokul mezunu olan hastalardır. Durumluk anksiyete puan ortalamasına benzer şekilde EÖ’ne göre ES SA puanı en fazla azalma sağlanan grup ilkokul mezunu olanlardı ve bu sonuç anlamlıydı. Eğitim düzeyinin sadece EÖ SA puan ortalamasını etkileyen bir unsur olduğu belirlendi. Srivastava ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, en düşük anksiyete düzeyi meme kanseri olan niversite mezunu hasta grubundadır (115). Kaminska ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyinin anksiyeteyi etkilemediğini saptanmıştır (113). Bu sonuçlara dayanarak ameliyat öncesinde meme kanseri cerrahisinin yol açabildiği anksiyetenin hangi grup hastalarda daha sıklıkla ortaya çıktığı atlanmaması gereken bir konudur. Ayrıca elde ettiğimiz sonuçlarda da görüldüğü üzere verilen eğitimlerle hastaların anksiyete düzeyleri azaltılabilmektedir.

Verilen eğitimle hem evli hem bekar hastaların DA ve SA puan ortalaması azaltıldı. Durumluk anksiyete puan ortalaması EÖ evli hastalarda daha yüksekken en fazla azalma

bekar hastalarda sağlandı. Ancak bu sonuç anlamlı değildi. Sürekli anksiyete puan ortalaması ise hem E hem de ES evli hastalarda daha yüksekti. Ayrıca evli hastaların E’ne göre ES SA puan ortalaması en fazla azalma sağladı ve bu sonuç anlamlıydı. Yapılan çalışmalardan yola çıkarak evli hastalarda SA puan ortalamasının hem E hem de ES yüksek olmasını evli hastaların hem eş hem de ocuk sahibi olmasıyla ilişkilendirilebilir. Araştırmamızda medeni durumun E ve ES’nda DA ve SA’yi etkilemediği saptandı. Yapılan çalışmalarda medeni durumun anksiyete üzerine etkisi farklı sonuçlar göstermektedir. Villar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada meme kanseri olan evli hastaların daha çok anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (112). Calys-Tagoe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise meme kanseri olan hastalarda medeni durumun anksiyeteyi etkilemediği sonucuna varılmıştır (211).

Çalışmada hem DA hem de SA puan ortalaması E’nde çalışmayan hastalarda daha yüksekken, ES’nda en fazla azalma sağlanan grup yine çalışmayan hastalardı ve bu sonuç anlamlıydı. Çalışmamızda yalnızca E SA puan ortalaması üzerinde çalışma durumunun etkisi bulundu. Bulotiene ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sonuçlarımızdan farklı olarak çalışmada meme kanseri olan hastalarda çalışan hastaların çalışmayanlara göre daha fazla anksiyete yaşadıklarını bulmuşlardır (212). İzlem ve eğitimle anksiyete puan ortalamaları hem çalışan hem de çalışmayan hastalarda azaltıldı ancak en fazla azalma çalışmayan hastalarda sağlandı ve bu sonuca dayanarak verilen eğitiminin etkin geçtiğini söyleyebiliriz.

Meme kanserinde uygulanan uzun tedaviler ve yüksek maliyetleri aileye maddi yk getiren ve ekonomik güçlükler yaratan bir süreçtir. Bu süreçte yaşanan gelecekteki maddiyata ilişkin korkular gelir düzeyi ile anksiyete arasındaki ilişkiye yol açmış olabilir. Hintistan ve arkadaşlarının kemoterapi alan hastaların psikolojik semptomlarını belirlemek için yaptıkları çalışmada, gelir düzeyi düşük olan hastaların anksiyeteleri gelir düzeyi yüksek olan hastalardan daha yüksek saptanmıştır (213).

Çalışmada DA puan ortalaması E’nde MRM olan hastalarda yüksekken, ES’nda ise MKC olan hastalarda daha yüksekti. Durumluk anksiyete puan ortalaması E’ne göre en fazla azalan grup MRM olan hastalardı ve bu sonuç anlamlıydı. SA’de ise hem E hem de ES MRM olan hastaların puan ortalaması daha yüksekti. Sürekli anksiyete puanı DA puan ortalamasına benzer şekilde E’ne göre ES’nda MRM olan hastalarda daha

fazla azaldı ve bu sonuç da anlamlıydı. Eğitim öncesinde ameliyat türünün hem DA hem de SA'e üzerine etkisi vardı. Meme kanseri cerrahisi fiziksel ve psikososyal sorunlara yol açabilen ve kadınların hayatında kriz yaratan bir durumdur ve meme kanseri cerrahisi türünün kadınların yaşadığı anksiyete düzeyi ile de ilişkisi bulunmaktadır. Meme kaybı yaşayan MRM olan hastaların olumsuz beden imajı deneyimlemesi anksiyetelerini artırabilmektedir. Çalışma sonuçlarımız da bu literatür bilgilerini destekler niteliktedir. Çalışma sonucumuzdan farklı şekilde Rawther ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da ameliyat türünün anksiyete üzerine etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır (214).

Eğitim sonrasında 25-44 yaş grubunda, ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi olan, bekar, 2000 TL'nin üzerinde geliri olan, çalışan, kronik hastalığı olmayan ve MKC geçiren hastaların yaşam kalitelerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptandı. Eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu ve ameliyat türünün yaşam kalitesini etkileyen anlamlı değişkenler olduğu bulundu.

Genel olarak eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin daha yüksek gelirli ve nitelikli işe, daha iyi sosyal olanaklara sahip oldukları, bu bağlamda yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir. Buna karşın eğitim düzeyi düşük olan bireylerin ekonomik yoksunluk, sosyal ve sağlıkla ilgili olanaklara erişememe, sürekli maddi, sosyal ve psikolojik kaygı, yetersiz beslenme gibi nedenlerle düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bilinmektedir (121). Hastaların eğitim düzeyi arttıkça gerek EÖ gerekse ES yaşam kalitesinin arttığı ve eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkilediği saptandı. Eğitim düzeyleri fark etmeksizin ES yaşam kalitelerinde EÖ'ne göre artış sağlandı ve bu sonuç anlamlıydı. Ancak en fazla artma okur yazar grubundaydı. Yapılan çalışmalar eğitim düzeyi ile yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir (215, 216).

Medeni durum açısından yaşam kalitesi incelendiğinde, bekar hastaların evli hastalara göre EÖ ve ES yaşam kalitelerinin yüksek olduğu görülmektedir. Meme kanseri cerrahisi ile yaşanan meme kaybı evli hastalarda eşleriyle duygusal ilişkilerinin bozulacağı, eşlerinin kendilerini beğenmeyeceği gibi kaygılara yol açabilmektedir. Ayrıca evli hastalar eş ve çocuklar ile yaşamakta ve evde rol ve sorumlulukları cerrahi sonrası yerine getiremeyebilmektedir. Tüm bu durumlar evli hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilmektedir. Her iki grupta da ES yaşam kalitelerinde artış sağlandı ve bu sonuç anlamlıydı. Ancak evli hastaların EÖ yaşam kaliteleri düşük olmasına karşın

EÖ'ne göre ES en fazla artış evli hastalardı. Jassim ve arkadaşlarının meme kanserli hastalarda yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında, bekar hastaların daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları sonucunu bulmuşlardır (217). Araştırmamızda medeni durumun yaşam kalitesini etkilediği belirlendi.

Bireyler sevdikleri ve sorumluluk yüklenebilecekleri bir işte çalıştıklarında, daha mutlu olmakta ve gelirleri, çalışma ortamlarındaki pozisyonları arttıkça iş doyumları ile yaşam kaliteleri yükselmektedir (121). Çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre EÖ ve ES yaşam kaliteleri yüksektir. Her iki grupta da ES yaşam kalitelerinde artış sağlandı ve bu sonuç anlamlıydı. Ancak EÖ'ne göre ES en fazla artış çalışmayan hastalardı. Ayrıca çalışma durumunun yaşam kalitesini etkilediği tespit edildi. Meme kanseri olan hastaların yaşam kalitesini inceleyen çalışmalarda çalışan hastaların çalışmayanlara göre yaşam kalitelerini yüksek bulunmuştur (215, 218).

Uygulanan ameliyat çeşidi hastaların yaşam kalitesini farklı oranlarda etkileyebilmektedir. Meme kanseri cerrahisi ile ortaya çıkabilen fiziksel ve psikososyal sorunlarla MRM olan hastalar daha çok karşılaşabilmekte ve MRM olan hastaların yaşam kalitesi MKC olanlara göre daha olumsuz etkilenebilmektedir. Çalışmamızda da MKC olan hastaların hem EÖ hem de ES yaşam kaliteleri MRM olanlara oranla daha yüksekti. Her iki grupta da ES yaşam kalitelerinde benzer artış sağlandı ve bu sonuç anlamlıydı. Akça ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada MKC olan hastaların yaşam kalitesi, mastektomi uygulanan hastalara göre daha az olumsuz etkilenmiştir (16). Kement ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, MRM uygulanan hastalar ile MKC uygulanan hastaların yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında ise MKC grubunun ortalama değerlerinin MRM grubundan daha iyi olduğu saptanmıştır (219). Araştırmamızda uygulanan ameliyatın türü yaşam kalitesini etkileyen bir unsur olduğu saptandı.

Eğitim sonrasında yaşam kalitesi alt boyutu bedeni durum açısından 25-44 yaş grubunda, ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi olan, bekar, 2000 TL'nin üzerinde geliri olan, çalışan, kronik hastalığı olmayan ve MKC geçiren hastaların puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptandı. Ancak çalışma durumunun istatistiksel anlam olarak önemli olduğu bulundu. Çalışan hastalar çalışmayanlara göre işleri gereği bedenlerini daha aktif kullanabilmekte ve bedeni duruma ilişkin yorgunluk ve ağrı ile daha iyi baş edebiliyor olabilirler. Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak Timperi ve

arkadaşlarının meme kanseri çalışan hastaların bedeni durum puan ortalamalarını yüksek olduğunu saptamış ve bu sonucun anlamlı olduğunu bulmuştur. Ancak yine aynı çalışmada çalışma durumunun bedeni durumu etkilemediği saptanmıştır (220).

Meme koruyucu cerrahi olan hastaların ES bedeni durum puan ortalamaları MRM olanlardan daha yüksekti. Modifiye radikal mastektomide MKC'ye oranla çok daha fazla doku kaybı olmakta, aynı zamanda MRM'de yaşanan meme kaybı ile kadınların anksiyete düzeyleri artmaktadır. Bu sebeplerden dolayı MRM olan hastaların bedeni durum puan ortalamaları daha düşük olabilir. Ancak EÖ'ne göre ES en fazla artış MRM hastalardı. Hem MRM hem de MKC olan hastaların ES bedeni durum puan ortalamalarındaki artış anlamlıydı. Ayrıca ameliyat türünün ES bedeni durum üzerine etkisi olduğu saptandı. Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak Pandey ve arkadaşları MKC olan hastaların bedeni durum puan ortalamalarının yüksek olduğunu saptamış ve ameliyat türünün bedeni durum puan ortalamalarını etkilediği sonucunu bulmuştur (221).

Eğitim sonrasında yaşam kalitesi alt boyutu sosyal yaşam ve aile durumu açısından 25-44 yaş grubunda, ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi olan, bekar, 2000 TL'nin üzerinde geliri olan, çalışan, kronik hastalığı olmayan ve MKC geçiren hastaların puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca gelir düzeyi hariç bu tanıtıcı özelliklerin istatistiksel anlam olarak önemli olduğu bulundu. Yaş arttıkça hastalarda içe kapanma ve sosyal izolasyon problemleri artış gösterebilmektedir. Elde edilen bu sonucu bu durumla bağdaştırabiliriz. Park ve arkadaşlarının meme kanseri olan hastalarda yaptığı çalışmada 50 yaş altındakilerin sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalaması daha yüksek olduğu ve yaşı sosyal yaşam ve aile durumu üzerine etkisi olduğu bulunmuştur (222).

Eğitim düzeyleri açısından ortaokul ve üzeri mezunların hem EÖ hem de ES sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamaları daha yüksekti. Eğitim öncesine göre ES en fazla artış yine ortaokul ve üzeri eğitim durumu olan hastalardı. Bu sonucu eğitim düzeyinin artmasıyla bireylerin özgüvenleri, kendilerine değer vermeleri ve kişilerarası iletişim kurma düzeylerinin de artış göstermesiyle yorumlayabiliriz. Yan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da eğitim düzeyi yüksek olan hastaların sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalaması daha yüksekti. Ancak yine aynı çalışmada sonuçlarımıza benzer olarak eğitim düzeyinin sosyal yaşam ve aile durumu etkileyen bir unsur olduğu saptanmıştır (215).

Evli hastalar bu süreçte eş ile ilişkilerinin bozulabileceği korkusu yaşayabilmektedir. Bu durum evli hastaların anksiyetelerini de artırmaktadır. Aslında sosyal destek olarak görülen eş, evli hastaların korkuları nedeniyle uyumu zorlaştırabilen, sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarını olumsuz etkileyebilen bir etken olmuş olabilir. Ancak EÖ'ne göre ES en fazla artış bekar hastalar olmasına karşın evli hastaların EÖ ve ES puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıydı. Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak Akel ve arkadaşlarının meme kanseri bekar hastaların sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarını yüksek olduğunu saptamış ancak bu sonucun anlamlı olmadığı ve medeni durumun sosyal yaşam ve aile durumu üzerine bir etkisi olmadığı tespit etmiştir (223).

Çalışan hastaların EÖ ve ES sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu puan ortalaması çalışmayanlardan yüksekti. Bu sonucu çalışan hastaların sosyal çevreleri genişleyebilmesi ve dolayısıyla sosyal destek sistemlerindeki artış ile ilişkilendirebiliriz. Ancak EÖ'ne göre ES en fazla artış çalışmayan hastalardı ve bu sonuç anlamlıydı. Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak Timperi ve arkadaşları meme kanseri çalışan hastaların sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarını yüksek olduğunu saptamış ve bu sonucun anlamlı olduğunu bulmuştur. Yine aynı çalışmada çalışma durumunun sosyal yaşam ve aile durumunu etkilediği saptanmıştır (220).

Kronik hastalığı olmayan hastaların sosyal yaşam ve aile durumu alt boyut puan ortalaması hem EÖ hem de ES kronik hastalığı olan hastalardan daha yüksekti. Aynı zamanda EÖ'ne göre ES'nda sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarında en fazla artma saptanan yine kronik hastalığı olmayan hastalardı. Bu durumu kronik hastalığın sosyal izolasyona neden olabilmesi; ailenin yaşam tarzı ve ilişkilerini de olumsuz etkileyebilmesi ile bağdaştırabiliriz (224).

Meme koruyucu cerrahi olan hastaların hem EÖ hem de ES sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutu puan ortalamaları MRM olanlardan yüksekti. Modifiye radikal mastektomide yaşanan meme kaybı nedeniyle anksiyete düzeyi MKC'ye göre artış göstermekte ve kadınlarda sosyal izolasyona ya da geri çekilmelere, içe kapanmalara sebep olabilir. Bu sonucu bu durumla ilişkilendirebiliriz. Eğitim öncesine göre ES en fazla artış yine MKC olan hastalardı. Hem MRM hem de MKC olan hastaların ES sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarındaki artış anlamlıydı. Çalışma sonuçlarımıza

benzer olarak Shen ve arkadaşları MKC olan hastaların sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarını yüksek olduğunu saptamış ve ameliyat türünün sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarını etkilediği sonucunu bulmuştur (218).

Hastaların ES duygusal durum alt boyutu açısından 25-44 yaş grubunda, ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi olan, bekar, 2000 TL'nin üzerinde geliri olan, çalışan, kronik hastalığı olmayan ve MKC geçiren hastaların puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptandı. Ancak ameliyat türünün istatistiksel anlam olarak önemli olduğu bulundu. Meme koruyucu cerrahi olan hastaların hem EÖ hem de ES duygusal durum puan ortalamaları MRM olanlardan yüksektir. Modifiye radikal mastektomi nedeniyle meme kaybının olması hastalarda olumsuz beden imajına ve anksiyeteye yol açabilmekte ve bu durum hastaların duygusal puan ortalamalarının daha düşük olmasına sebep olabilmektedir. Ancak EÖ'ne göre ES en fazla artış MRM hastalardır. Hem MRM hem de MKC olan hastaların ES duygusal puan ortalamalarındaki artış anlamlıydı. Pandey ve arkadaşları MKC olan hastaların duygusal durum puan ortalamalarını yüksek olduğunu saptamış ancak ameliyat türünün duygusal durum puan ortalamalarını etkilemediği sonucunu bulmuştur (221).

ES faaliyet durumu alt boyutu açısından 25-44 yaş grubunda, ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi olan, bekar, 2000 TL'nin üzerinde geliri olan, çalışan, kronik hastalığı olmayan ve MKC geçiren hastaların puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptandı. Ancak medeni durum ve ameliyat türünün istatistiksel anlam olarak önemli olduğu bulundu. Çalışmamızda bekar hastaların EÖ ve ES faaliyet durumu puan ortalaması evli hastalardan yüksekti. Evli hastaların ameliyat sonrası evdeki rol ve sorumluluklarını yerine getirememe kaygısı faaliyet durumlarını etkilemiş olabilir. Ancak EÖ'ne göre ES en fazla artış evli hastalardır. Hem evli hem de bekar hastaların EÖ ve ES faaliyet durumu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu saptandı. Akel ve arkadaşları meme kanseri bekar hastaların faaliyet durumu puan ortalamalarını yüksek olduğunu saptamış ancak medeni durumun faaliyet durumunu etkilemediğini bulmuştur (223).

Meme koruyucu cerrahi olan hastaların hem EÖ hem de ES faaliyet durumu alt boyut puan ortalamaları MRM olanlardan yüksekti. Modifiye radikal mastektomi olan hastaların MKC'ye göre çok daha fazla meme dokusu kaybı olması ve ameliyat sonrası

dönemde kollarını aktif kullanamamaları nedeniyle MRM olan hastaların faaliyet durumu puan ortalamaları daha düşük olabilir. Eğitim öncesine göre ES en fazla artış yine MKC olan hastalardı. Hem MRM hem de MKC olan hastaların ES faaliyet durumu puan ortalamalarındaki artış anlamlıydı. Ayrıca ameliyat türünün sadece ES faaliyet durumu üzerine etkisi olduğu saptandı. Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak Pandey ve arkadaşları MKC olan hastaların faaliyet durumu puan ortalamalarını yüksek olduğunu saptamış ve ameliyat türünün faaliyet durumu puan ortalamalarını etkilediği sonucunu bulmuştur (221).

Hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ile beden imajı, DA ve yaşam kalitesi tüm alt boyutları arasında pozitif ilişki olduğu ancak SA ile anlamlı ilişki olmadığı bulundu. You ve arkadaşları çalışmalarında hem DA hem de SA ile FACT-G yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasında ilişki olduğu saptanmıştır (225). Bagheri ve arkadaşlarının çalışmasında da beden imajı ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu bulunmuştur (226).

Beden imajı, DA ve SA arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak Dalton ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise DA, SA ve beden imajı arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (227). Beden imajı ile yaşam kalitesi alt boyutlarından bedeni durum ile sosyal yaşam ve aile durumu arasında ilişki olduğu; duygusal durum ve faaliyet durumu arasında ilişki olmadığı saptandı. Hahn ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise beden imajının yaşam kalitesi alt boyutlarının tamamıyla ilişkisi olduğunu saptamışlardır (228).

Durumluk anksiyete ile FACT-G yaşam kalitesi alt boyutlarından bedeni durum, duygusal durum ve faaliyet durumu arasında ilişki olduğu; sosyal yaşam ve aile durumu arasında ilişki olmadığı bulundu. Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak You ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da DA'nin bedeni durum, duygusal durum ve faaliyet durumu arasında ilişki olduğu; sosyal yaşam ve aile durumu arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (225). Sürekli anksiyetenin ise FACT-G yaşam kalitesi alt boyutları ile arasında ilişki olmadığı belirlendi. Yine aynı çalışmada sonuçlarımızdan farklı olarak SA'nin yaşam kalitesi alt boyutlarının tamamıyla ilişkisi olduğu bulunmuştur (225).

Yaşam kalitesi alt boyutlarının birbiriyle olan ilişkileri incelendiğinde ise; tüm alt boyutların birbiriyle ilişkisi olduğu görülmektedir. Hahn ve arkadaşlarının yaptığı

çalışmada ise FACT-G yaşam kalitesi alt boyutlarının tamamının birbiriyle ilişkisi olduğu yalnızca bedeni durum ile sosyal yaşam ve aile durumu arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (228).

Tartışmanın bu bölümünde hastaların meme bakım hemşireliğine yönelik görüşlerini ilişkin bulgular; benim meme bakım hemşirem ve meme bakım hemşiremin hayatıma kattıkları olmak üzere iki ana tema ve alt tema olarak tartışıldı.

Hastalarla yapılan görüşmelerde hastaların meme kanseri cerrahisi sürecinde eğitim aldıkları meme bakım hemşiresini kendilerine özel bir hemşire olarak nitelendirdiler. Meme bakım hemşiresinin hastaları tek tek ele alması, hastalara zaman ayırması hastaların kendilerini özel hissetmelerini açıklayabilir. Admi ve arkadaşları yaptıkları çalışmada katılımcıların meme bakım hemşirelerinin kendileriyle ilgilenmelerinden hoşnut oldukları ve bunu takdir ettikleri belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada katılımcılardan biri meme bakım hemşiresiyle her ne zaman bir araya gelse meme bakım hemşiresinin kendisini dünyadaki tek insan olarak hissettirdiğini ifade etmiştir (158).

Meme kanseri tanı ve tedavi süreci yaşa, etnik gruba veya hastalığın evresine bakmaksızın her hasta için fiziksel, psikososyal ve manevi anlamda kriz yaratabilmektedir. Tanılama ile birlikte hem hastanın hem de ailenin sosyal destek sistemleri değişiklik gösterebilmektedir. Sosyal destek gereksinimi karşılanamayan bireyler daha çok belirsizlik, korku ve anksiyete yaşayabilmektedirler (229, 230). Bu anlamda hastaların meme bakım hemşiresinin profesyonel desteğine gereksinimleri artmaktadır. Katılımcılar meme bakım hemşiresini içten, samimi, kendilerine yakın ve sempatik bulduklarını belirttiler. Meme bakım hemşiresinin hastalara holistik ve empatik yaklaşım sergilemesi bu algıyı açıklayabilir. Çalışmada bir katılımcı taburculuk sonrası da meme bakım hemşiresiyle kolaylıkla iletişim kurabildiğini belirtti. Meme bakım hemşiresinin taburculuk sonrası da iletişime devam etmesi ve hastalara iletişim için bir telefon numarasını vermesi hastaları bu şekilde düşündürmüş olabilir. Halkett ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, katılımcılar ameliyat sonrası meme bakım hemşiresinin kendisini ziyarete geldiğini, taburculuk sonrasında ise meme bakım hemşiresini kolaylıkla arayabildiğini ifade etmiştir. Yine aynı çalışmada, katılımcılar meme bakım hemşiresinin yaklaşımını arkadaşça ve insancıl olduğunu belirtmiştir (25). Admi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, yakını meme kanseri olan bir aile üyesi meme bakım

hemşiresinin ulaşılabilir ve sabırlı biri olduğunu ifade etmiştir (158). Kadmon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, katılımcılardan biri hayatında meme bakım hemşiresinin çok önemli bir yaşam çizgisi oluşturduğunu, duygusal anlamda kendisine destek olduğunu ve hayatını onun yardımıyla yoluna koyduğunu belirtmiştir (133).

Meme kanseri tanısı ile başlayan zorlu yolculukta kadınlar yaşam sürelerinin uzaması ve daha nitelikli yaşam amacıyla stres yaratan tedavi süreçlerinden geçerler. Ancak kullanılan tedaviler ile bazı zorluklar ortaya çıkabilmektedir. Meme kanseri cerrahi sonrasında ortaya çıkabilen problemler verilen eğitimlerle en aza indirgenebilir (231). Katılımcılar verilen eğitimin faydalı olduğunu, bu hizmetin devam etmesi ve kamulaştırılmasının gerektiğini, ayrıca kullanılan eğitim kitabını anlaşılır, faydalı ve iç açıcı bulduklarını, meme bakım hemşiresinin eğitimi sade ve anlaşılır şekilde verdiğini bulduklarını ifade ettiler. Çalışmanın yürütüldüğü hastanede meme bakım hemşiresi bulunmamaktaydı ve meme kanseri cerrahisi geçiren hastalar meme kanseri cerrahisine özgün olmayan genel bir eğitim almaktaydılar. Meme kanseri cerrahisine özgü bir hemşireden yine bu alanla ilgili bir eğitim almak hastalarda bu şekilde bir algı oluşturmuştur diyebiliriz.

Kendilerini değerli hissettiğini ifade eden bazı katılımcılar hastalıklarıyla başa çıkmada bu durumun onlara fayda sağladığını belirttiler. Çalışmamızda katılımcıların çoğu bu süreçte meme bakım hemşiresinin kendilerini değerli hissettirdiğini belirtti. İnsanın kendini değerli hissetmesi benlik saygısını artırır dolayısıyla inansın kendini değerli hissetmesi benlik saygısını ve olumlu beden imajını destekler. Halkett ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcılar meme bakım hemşiresinin hem duygusal hem de pratik hayatta kendisine destek sağladığını ifade etmiştir (25).

Ameliyat öncesi eğitimin önemi uzun süreden beri bilinmektedir. Ameliyat öncesi sağlık ekibi üyelerinin hastayla görüşmesinin anksiyeteyi azaltmada oldukça etkili olduğu, dolayısıyla hastanın anestetik gereksinimini ve hastanede kalış süresini azalttığı, iyileşmesini hızlandırarak olağan yaşamına geri dönüşünü kolaylaştırdığı araştırmalarla belirlenmiştir (232-234). Meme kanseri cerrahi tedavisi sürecinde hastalar hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası taburculukta belirsizlik ve korkudan kaynaklı anksiyete yaşayabilirler. Ancak hastaların yaşadıkları bu anksiyete empatik ve bütüncül yaklaşımla azaltılabilir. Katılımcıların bazıları meme bakım hemşiresi sayesinde korkularının

azaldığını, meme bakım hemşiresine duydukları güvenle hem ameliyata gerginlikleri az olarak girdiklerini, hem de ameliyat sonrası rahat uyandıklarını ifade ettiler. Bir katılımcı ise meme bakım hemşiresinin pozitif yaklaşımıyla gerginliğinin azaldığını ifade etti. Jiwa ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada meme bakım hemşiresinin hastalara duygusal destek sağladığı ve olumsuz değişimleri önlemede kadınları cesaretlendirdiği belirlenmiştir (132). Admi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, katılımcılardan biri meme bakım hemşiresinin kendisi söylemeden yaşadığı sıkıntıyı anlayabildiğini ve meme bakım hemşiresinin anksiyetesini azalttığını ifade etmiştir (158). Halkett ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcılardan biri meme bakım hemşiresinin kendisini çok rahatlattığını, çok iyi bilgilendirdiğini ve meme bakım hemşiresi yokken hastanede çok fazla zaman kaybettiğini belirtmiştir (25).

Katılımcıların çoğu verilen eğitimle ve meme bakım hemşiresinin desteğiyle hayata daha olumlu bakarak hızlı iyileşme sağladıklarını, bilgilendiklerini, hayata bakış açılarının değiştiğini ve morallerinin yüksek olduğunu ifade etti. Jiwa ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada meme bakım hemşiresinin kanserin tekrarlanmasını önlemede ve tedavilerin yan etkilerinin azaltılmasını sağlamada rolü olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada meme bakım hemşirelerinin hastalara düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme ve pozitif düşünme konularında eğitimler verdiği ifade edilmiştir (132).

Meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde kadınların bazı fiziksel ve psikososyal sorunlarla karşılaşabileceği ve bu sorunların çözümünde kadınlara yardımcı olmanın profesyonel bir meslek olan hemşirelerin rol ve sorumluluklarından biri olduğu bilinen bir gerçektir. Ancak konu ile ilgili kaynaklardan farklı olarak çalışmamız hemşirelikte başarısını kanıtlamış bir uzmanlık alanı olan meme bakım hemşireliğinin hastaların beden imajı, anksiyete ve yaşam kalitelerine olumlu etkisini somut olarak göstermiş oldu. Literatür bölümünde yer alan çalışmalardan da görüldüğü üzere meme bakım hemşireliğinin önemi ve etkinliği çalışmalarca vurgulansa da; meme bakım hemşiresinin hastaları ne yönden ve nasıl etkilediği konusunda hem Dünya hem de ülkemiz literatüründe hala eksiklikler bulunmaktadır. Bu anlamda çalışma Dünya ve ülkemiz literatürüne katkı sağlamıştır. Ülke literatürüne katkı sağlaması, meme ünitesi ve meme bakım hemşiresi olmayan bir kurumda yürütülmüş olması ve meme kanseri cerrahi tedavisi geçiren kadınlara yarar sağlaması araştırmanın özgünlüğünü oluşturmaktadır.

Ayrıca bu çalışma ile meme cerrahisi geçiren hastalar için kapsamlı bir hasta eğitim kitabı oluşturuldu.



8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Meme kanseri cerrahisi geçiren hastalara meme bakım hemşiresi tarafından verilen eğitimin hastaların beden imajı, anksiyete ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla karma araştırma yöntemiyle yürütülen çalışmanın sonuçları şu şekildedir:

1. Eğitim sonrası beden imajı, yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt boyut puanlarının EÖ'ne göre daha yüksek olduğu saptandı. Eğitim sonrası durumluk ve sürekli anksiyete puanlarında ise EÖ'ne göre azalma olduğu saptandı (Tablo 5).
2. Hastaların tamamının (%100) ameliyat öncesi verilen eğitim kapsamında derin solunum-öksürük egzersizlerini yapabildiği, ameliyat sonrası yatak dışı hareket ettiği saptandı. Yine hastaların tamamının (100.0) ameliyat sonrası ameliyat olan taraftaki kolunu önerilen pozisyonda tuttuğu belirlendi. Ameliyattan sonraki birinci günde hastaların hiçbirinde herhangi komplikasyon gelişmedi. Hastaların %92.8'i yara yerine meme bakım hemşiresiyle birlikte baktı (Tablo 6).
3. Hastaların yara yerine bakacakları zaman gergin oldukları ancak MKC geçiren hastaların bu gerginliklerinin daha az olduğu gözlemlendi. Üç hasta meme bakım hemşiresiyle yara yerine bakmak istemedi ve yine aynı üç hasta yara yerine bakamadıklarını belirtti. Bu üç hasta MRM olan hastalardı ve iki hasta taburcu olduktan 15 gün sonra, bir hasta da bir ay sonra meme bakım hemşiresine telefonla ulaşarak yara yerlerini görmek istediler. Meme bakım hemşiresi bu hastalarla birlikte belirledikleri günde onları evlerinde ziyaret etti. Yara yerleri ile ilk karşılaşmalarında hastalara eşlik etti ve ilk karşılaşmada bu üç hasta yara yerlerini ilk gördüklerinde ağladılar. Toplamda MRM olan hastaların % 90'ı (18 hasta) ağladı ve yara yerlerini ilk kez göreceklerinde meme bakım hemşiresinin elini tuttu. Ameliyat bölgesini görmek isteyen hastaların % 66.6'sı (26 hasta) bu esnada yakınlarını yanlarında istemedi. Ancak ameliyat bölgesini ayna karşısında görmeye hazır olduğunu belirten hasta olmadı. Yara yerine bakabilen hastaların tamamı (%100), yara yerine bakarken meme bakım hemşiresiyle bakmaktan hoşnut olduklarını, özellikle MRM olan hastalar yara yeriyle ilk karşılaşmada meme bakım hemşiresinin onlara cesaret verdiğini ifade ettiler. Hastaların tamamı (%100.0) yara yerine bakarken meme bakım hemşiresinden destek ve cesaret aldıklarını belirttiler. Modifiye radikal mastektomi olan hastaların %60'ı (12 hasta) meme bakım hemşiresi olmadan yara yerine bakamayacaklarını belirttiler ve bu görüntüye alışıp

alışamayacaklarını sordular. Meme koruyucu cerrahi olan hastaların % 81.82'si (18 hasta) ise olduğundan çok daha büyük bir yara ile karşılaşmayı beklediklerini ancak bunun öyle olmadığını ve ilerleyen zamanlarda daha iyi olmayı dilediklerini belirttiler.

4. İkinci izlemde taburculuk sonrası üç hastada (%4.8) seroma, bir hastada (%2.4) enfeksiyon olmak üzere toplam dört hastada komplikasyon gelişti. Modifiye radikal mastektomi ve MKC+Aksiller diseksiyon olan hastaların tamamı (%100.0) ameliyat sonrası hareket kısıtlılığına bağlı kolda fonksiyon kaybı (omuz sertliği- donuk omuz) oluşabilme riski için bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanına başvurduğu belirlendi.

5. Hastaların yaş, medeni durum, gelir düzeyi ve kronik hastalık durumu yönünden EÖ beden imajı puan ortalamalarının farklı olmadığı ($p>0.05$) bulundu. Ancak eğitim düzeyi ($p=0.002$), çalışma durumu ($p=0.002$) ve ameliyat türüne ($p=0.000$) göre hastaların beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu. Eğitim sonrası ise yine yaş, medeni durum ve kronik hastalık durumu yönünden beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptanırken; eğitim düzeyi ($p=0.017$), gelir düzeyi ($p=0.016$), çalışma durumu ($p=0.019$) ve ameliyat türüne ($p=0.000$) göre hastaların beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu (Tablo 7).

6. Hastaların yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi, çalışma durumu ve kronik hastalık durumu yönünden EÖ DA puan ortalamalarının farklı olmadığı ($p>0.05$) bulundu. Ancak MRM olan hastaların DA puan ortalamasının MKC olan hastalardan daha yüksek olduğu ($p=0.002$) belirlendi. Eğitim öncesinde yaş, medeni durum, gelir düzeyi ve kronik hastalık durumuna göre hastaların SA puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$) Ancak eğitim düzeyi ($p=0.019$), çalışma durumu ($p=0.009$) ve ameliyat türüne ($p=0.006$) göre hastaların SA puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu. Eğitim sonrası ise tüm bağımsız değişkenlere göre hastaların DA ve SA puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Sadece ES'nda gelir düzeyine göre hastaların DA puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p=0.024$) (Tablo 8).

7. Hastaların yaş grupları arasında ve kronik hastalık durumuna göre EÖ yaşam kalitesi puan ortalamalarının farklı olmadığı ($p>0.05$) bulundu. Ancak eğitim düzeyi ($p=0.045$), medeni durum ($p=0.045$), gelir düzeyi ($p=0.032$), çalışma durumu ($p=0.007$) ve ameliyat

türüne ($p=0.022$) göre hastaların EÖ FACT-G yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu. Eğitim sonrası ise EÖ'ne benzer şekilde yaş grupları ($p>0.05$) ve kronik hastalık durumu ($p>0.05$) dışında diğer bağımsız değişkenlere göre hastaların FACT-G yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi (sırasıyla $p=0.005$, $p=0.024$, $p=0.024$, $p=0.000$) (Tablo 9).

8. Hastaların çalışma durumu ($p=0.020$) ve ameliyat türüne ($p=0.008$) göre EÖ bedeni durum puan ortalamalarının farklı olduğu bulundu. Ancak yaş grupları ($p=0.193$), eğitim düzeyi ($p=0.094$), medeni durumu ($p=0.132$), gelir düzeyi ($p=0.055$) ve kronik hastalık durumuna ($p=0.299$) göre hastaların EÖ bedeni durum puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu. Eğitim sonrası ise eğitim öncesine benzer şekilde çalışma durumu ($p=0.041$) ve ameliyat türü ($p=0.000$) hariç diğer bağımsız değişkenlere göre hastaların bedeni durum puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 10).

9. Hastaların eğitim düzeyi ($p=0.001$), gelir düzeyi ($p=0.012$), çalışma durumu ($p=0.006$) ve ameliyat türüne ($p=0.027$) göre EÖ sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamalarının farklı olduğu bulundu. Ancak yaş grupları, medeni durumu, kronik hastalık durumuna göre hastaların EÖ sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$). Eğitim sonrası ise EÖ'nden farklı şekilde gelir düzeyi hariç ($p>0.05$) tüm bağımsız değişkenlere göre hastaların sosyal yaşam ve aile durumu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi (sırasıyla $p=0.003$, $p=0.000$, $p=0.015$, $p=0.002$, $p=0.029$, $p=0.000$) (Tablo 11).

10. Eğitim öncesi ve sonrasında duygusal durum puan ortalamalarında en fazla artış sağlanan grup okur yazar olan hastalar oldu. Hastaların çalışma durumuna ($p=0.010$) göre EÖ duygusal durum puan ortalamalarının farklı olduğu bulundu. Ancak yaş grupları, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi, kronik hastalık durumu ve ameliyat türüne ($p>0.05$) göre hastaların EÖ duygusal durum puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu. Eğitim sonrası ise eğitim öncesinden farklı şekilde sadece ameliyat türüne ($p=0.000$) göre duygusal durum puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu, diğer değişkenlere göre hastaların duygusal durum puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 12).

11. Hastaların medeni durum ($p=0.029$) ve çalışma durumu ($p=0.035$) dışında diğer bağımsız değişkenlere göre EÖ faaliyet durumu puan ortalamalarının farklı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Eğitim sonrası ise EÖ'nden farklı şekilde medeni durum ($p=0.035$) ve ameliyat türüne ($p=0.004$) göre faaliyet durumu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu, diğer değişkenlere göre hastaların faaliyet durumu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 13).

12. Hastaların FACT-G yaşam kalitesi toplam puanı ile beden imajı ($p=0.001$), DA ($p=0.001$) ve yaşam kalitesi tüm alt boyutları ($p=0.000$) arasında pozitif ilişki olduğu ancak SA ile anlamlı ilişki olmadığı ($p>0.05$) bulundu. Beden imajı, DA ve SA arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Beden imajının FACT-G yaşam kalitesi alt boyutlarından bedeni durum ($p=0.000$) ile sosyal yaşam ve aile durumu ($p=0.004$) arasında ilişki olduğu; duygusal durum ve faaliyet durumu arasında ilişki olmadığı ($p>0.01$) saptandı. Durumluk anksiyetenin FACT-G yaşam kalitesi alt boyutlarından bedeni durum ($p=0.006$), duygusal durum ($p=0.001$) ve faaliyet durumu ($p=0.007$) arasında ilişki olduğu; sosyal yaşam ve aile durumu arasında ilişki olmadığı ($p>0.01$) bulundu. SA'nin ise FACT-G yaşam kalitesi alt boyutları ile arasında ilişki olmadığı ($p>0.01$) belirlendi. Functional Assessment of Cancer Therapy-General yaşam kalitesi alt boyutlarının birbiriyle olan ilişkileri incelendiğinde ise; tüm alt boyutların birbiriyle ilişkisi olduğu görülmektedir (Tablo 14).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunuldu:

1. Meme cerrahisi yapılan hastanelerde meme bakım hemşiresinin çalışması,
2. Kadınların ameliyat ve taburculuk öncesi bilgilendirilmesi ve destek olunması, buna göre eğitimlerin planlı yapılması ve hastalara bütüncül ve empatik yaklaşımda bulunulması,
3. Eğitimlerden geri bildirim alınması ve izlemlerin yapılması ve kaydedilmesi,
4. Verilen eğitimlerin görsel ve yazılı bir materyalden anlatılarak, sonradan kullanabileceği düşünülerek materyalin kadınların verilmesi,
5. Meme bakım hemşireliği eğitim-sertifika programlarının ve kurslarının yaygınlaştırılması,
6. Meme bakım hemşirelerinin meme kanseri tedavisi sonrasında kadınların yaşamlarını nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla prospektif çalışmalar yapılması önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

1. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2018) *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanseri İstatistikleri* [online]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/1026-2015-yılı-türkiye-kanser-istatistikleri.html> [Erişim Tarihi: 15 Eylül 2018]
2. Ozmen V, Ozcinar B, Karanlık H, Cabioglu N, Tukenmez M, Disci R, Ozmen T, Igci A, Muslumanoglu M, Kecer M, Soran A (2009). Breast cancer risk factors in Turkish women-a university hospital based nested case control study. *World Journal of Surgical Oncology* 7(37): 1-8.
3. Yıldız A, Karayurt Ö (2011). Meme kanserli kadınların lenfödem nedeniyle yaşadıkları güçlükler. *The Journal of Breast Health* 7(3): 154-162.
4. Doğan L, Akıncı M, Çetin B, Kızıltan G, Karaman N, Altınok M (2009). Mastektomi sonrası kol ve omuzun pozisyonu önemli midir?. *Acta Oncologia Turcica* 42: 114-117.
5. Smoot B, Wampler M, Kimberly ST (2009). Breast cancer treatments and complications: implications for rehabilitation. *Rehabilitation Oncology* 27(3): 16-26.
6. Gärtner R, Jensen MB, Nielsen J, Ewertz M, Kroman N, Kehlet H (2009). Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. *JAMA* 302(18): 1985-1992.
7. Fakhari S, Atashkhoei S, Pourfathi H, Farzin H, Bilehjani E (2017). Post mastectomy pain syndrome. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences* 5(1): 18-23.
8. Garip M (2008). Meme kanseri nedeniyle opere olan hastalarda meme koruyucu cerrahi veya radikal mastektomi kararını etkileyen faktörler ve cerrahi türünün hasta üzerindeki etkileri. *Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.*
9. İzci F, İlgün AS, Fındıklı E, Özmen V (2016). Psychiatric symptoms and psychosocial problems in patients with breast cancer. *Journal of Breast Health* 12: 94-101.
10. Işık I (2014). Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde gelişen psikososyal sorunlar ve destekleyici hemşirelik girişimleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 11(3): 58-64.

11. Chen CL, Liao MN, Chen SC, Chan PL, Chen SC (2012). Body image and its predictors in breast cancer patients receiving surgery. *Cancer Nursing* 35(5): 10- 16.
12. Vahdaninia M, Omidvari S, Montazeri A (2009). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Social Psychiatry Epidemiology* 45: 355-361.
13. Enache RG (2012). The relationship between anxiety, depression and self- esteem in women with breast cancer after surgery. *Procedia- Social and Behavioral Sciences* 33: 124-127.
14. Arroyo JMG, L'opez MLD (2011). Psychological problems derived from mastectomy: a qualitative study. *International Journal of Surgical Oncology* 1-8.
15. Hong-Li C, Xiao-Chun W, Jiang-Bin W, Jing-Bo Z, Yao W. (2014). Quality of life in patients with breast cancer and their rehabilitation needs. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 30(1): 126-130.
16. Akca M, Ata A, Nayır E, Erdoğan S, Arıcan A (2014). Impact of surgery type on quality of life in breast cancer patients. *Journal of Breast Health* 10: 222-228.
17. Korkmaz M, Yangöz ŞT (2013). Hastanın kanser tanısına uyumunun sağlanmasında hemşirenin rolü. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık Ve Tıp Bilimleri Dergisi* 3(3): 77-86.
18. Karayurt Ö, Andıç S (2011). Meme bakım hemşireliği. *Meme Sağlığı Dergisi* 7(4): 196- 202.
19. Ahern T (2015). Exploring the breast care nurse role in supporting women with breast cancer. Degree of Doctor of Philosophy School of Nursing, Midwifery and Paramedicine. Australian Catholic University, North Sydney.
20. Jones L, Leach L, Chambers S, Occhipinti S (2010). Scope of practice of the breast care nurse: a comparison of health professional perspectives. *European Journal of Oncology Nursing* 14: 322- 327.
21. Luck L, Chok H, Scott N, Wilkes L (2016). The role of the breast care nurse in patient and family care. *Journal of Clinical Nursing* 26: 3422-3429.
22. Eicher MRE, Marquard S, Aebi S (2006). “A nurse is a nurse?” A systematic review of the effectiveness of specialised nursing in breast cancer. *European Journal of Cancer* 42(3): 3117-3126.

23. Albert US, Zemlin C, Hadji P, Ziller V, Kuhler B, Frank-Hahn B, Wagner U, Kalder M (2011). The impact of breast care nurses on patients' satisfaction, understanding of the disease, and adherence to adjuvant endocrine therapy. *Breast Care* 6: 221-226.
24. Poelmans J, Verheyden G, Van der Mussele H, Dedene G (2013). *Stepwise implementation of a specialist breast nurse position and clinical pathway: impact on patient satisfaction.* [online] Available from: <https://lirias2repo.kuleuven.be/bitstream/handle/123456789/399433/?jsessionid=E4E8AFBD6F4B351226A0A7D7276BF704?sequence=1> [Erişim Tarihi: [06.06.2017]
25. Halkett G, Arbon P, Scutter S, Borg M (2006). The role of the breast care nurse during treatment for early breast cancer: the patient's perspective. *Contemp Nurse* 23: 46-57.
26. Cruickshank S, Kennedy C, Lockhart K, Dosser I, Dallas L (2008). Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. *Cochrane Database Systematic Review* 23(1): 1-37.
27. Gray RE, Goel V, Fitch MI, Franssen E, Labrecque M (2002). Supportive care provided by physicians and nurse to women with breast cancer. Results from a population-based survey. *Support Care Cancer* 10: 647-652.
28. Karayurt Ö, Uğur Ö, Tuna A, Günüşen N, Çıtak EA (2013). The effect of personal counselling on anxiety, depression, quality of life and satisfaction in patients with breast cancer. *Journal of Breast Health* 9: 135-143.
29. Talas MS, Kocaöz S, Kocaöz S (2015). Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezine başvuran kadınların meme kanseri tarama davranışlarıyla ilişkili sağlık inançları. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 14(3): 265-271.
30. GLOBOCAN 2018: *Breast Source.* [online] Available from: <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf> [Erişim Tarihi: 15.09.2018]
31. World Cancer Research Fund International. [online] Available from: <https://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/comparing-more-lessdeveloped%20countries> [Erişim Tarihi: 20.04.2016]
32. American Cancer Society. *Breast Cancer Facts & Figures 2015-2016* [online] Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer->

- facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2015-2016.pdf [Erişim Tarihi: 09.04.2016]
33. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H, Forman D, Bray F (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer* 49: 1374- 1403.
34. European Cancer Information System. [online] Available from: <http://eco.iarc.fr> [Erişim Tarihi: 20.04.2016]
35. Kolutek R, Avcı İA (2015). Eğitim ve evde izlemin, evli kadınların meme ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeylerine ve uygulamalarına etkisi. *Journal of Breast Health* 11: 155-162.
36. Cantürk NZ, Güllüoğlu BM (2011). Türkiye’deki üniversite hastanelerinde meme kanseri tanı ve cerrahi tedavisindeki uygulama farklılıkları. *The Journal of Breast Health* 7(4): 207-215.
37. American Cancer Society. *Surgery for Breast Cancer* [Online] Available from: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-treating-surgery> [Erişim Tarihi: 20.04.2016]
38. Cancer Research UK. *Types of breast cancer surgery*. [Online] Available from: <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/breast-cancer/treatment/surgery/types-surgery> [Erişim Tarihi: 20.04.2016]
39. Fajdic J, Djurovic D, Gotovac N, Hrgovic Z (2013). Criteria and procedures for breast conserving surgery. *Acta Informatica Medica* 21(1): 16-19.
40. American Cancer Society. *Breast-Conserving Surgery (Lumectomy)*. [Online] Available from: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer/breast-conserving-surgery-lumpectomy.html> [Erişim Tarihi: 20.04.2016]
41. American Cancer Society. *Mastectomy* [Online] Available from: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-treating-mastectomy> [Erişim Tarihi: 20.04.2016]
42. Breast Cancer Org. *What Is Mastectomy* [Online] Available from: http://www.breastcancer.org/treatment/surgery/mastectomy/what_is [Erişim Tarihi: 20.04.2016]

43. Johns Hopkins Medicine [Online] Available from: https://www.hopkinsmedicine.org/breast_center/treatments_services/breast_surgical_oncology/mastectomy.html [Erişim Tarihi: 20.04.2016]
44. Garden OJ, Bradbury AW, Forsthe JLR, Parks RW (2007). Principles and Practice of Surgery. 5th Edition. Churchill Livingstone Elsevier, Spain; 383.
45. The American Society of Breast Surgeons. *Performance and Practice Guidelines for Mastectomy* [Online] Available from: https://www.breastsurgeons.org/statements/guidelines/PerformancePracticeGuidelines_Mastectomy.pdf [Erişim Tarihi: 20.04.2016]
46. Collins KK, Liu Y, Schootman M, Aft R, Yan Y, Dean G, Eilers M, Jeffe DB (2011). Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Research Treatment* 126(1): 167-176.
47. Rosenberg SM, Tamimi RM, Gelber S, Ruddy KJ, Kereakoglow S, Borges VF, Come SE, Schapira L, Winer EP, Partridge AH (2013). Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer. *Psycho-Oncology* 22: 1849-1855.
48. Gumus M, Ustaalioglu BO, Garip M, Kiziltan E, Bilici A, Seker M, Erkol B, Salepci T, Mayadagli A, Turhal NS (2010). Factors that affect patients' decision- making about mastectomy or breast conserving surgery, and the psychological effect of this choice on breast cancer patients. *Breast Care* 5: 164- 168.
49. Sun MQ, Meng AF, Huang XE, Wang MX (2013). Comparison of psychological influence on breast cancer patients between breast-conserving surgery and modified radical mastectomy. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 14: 149-152.
50. Zanaşalıoğlu Y, Atahan K, Gür S, Çökmez A, Tarcan E (2009). Effect of breast conserving surgery in quality of life in breast cancer patients. *The Journal of Breast Health* 5(3): 152-156.
51. Wang L, Ouyang T, Wang T, Xie Y, Fan Z, Lin B, Li J (2015). Breast-conserving therapy and modified radical mastectomy for primary breast carcinoma: a matched comparative study. *Chinese Journal Cancer Research* 27(6): 545-552.
52. Onitilo AA, Engel JM, Stankowski RV, Suhail AR (2015). Survival comparisons for breast conserving surgery and mastectomy revisited: community experience and the role of radiation therapy. *Clinical Medicine & Research* 13(2): 65-73.

53. Koçan S (2014). Mastektominin kadınların beden imajına etkisi. Yüksek lisans tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.
54. Gül A, Aslan FE (2007). Meme kanseri ameliyatlarından sonra lenfödem önlenmesinde basit lenf drenajı masajı ile aromatik yağlarla yapılan basit lenf drenajı masajının etkisinin karşılaştırılması. *Meme Sağlığı Dergisi* 3(2): 75-81.
55. Isern AE, Tengrup I, Loman N, Olsson H, Ringberg A (2008). Aesthetic outcome, patient satisfaction, and health-related quality of life in women at high risk undergoing prophylactic mastectomy and immediate breast reconstruction. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 61: 1177-1187.
56. Smith HL (2015). Physical and psychological scars: the impact of breast cancer on women's body image. *Journal of Aesthetic Nursing* 4(2): 80-83.
57. Zaralı O, Karaman N, Özaslan C, Hüseyinova S, Altınok M (2009). Mastektomi ve aksiller diseksiyon sonrası uzun dönem komplikasyonlar. *Acta Oncologica Turcica* 42: 17-23.
58. Tünel M (2011). Meme kanserli hastalarda cerrahi tedavi öncesi ve sonrası anksiyete ve depresyon düzeyi. *Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.*
59. Vilholm OJ, Cold S, Rasmussen L, Sindrup SH (2008). The postmastectomy pain syndrome: an epidemiological study on the prevalence of chronic pain after surgery for breast cancer. *British Journal of Cancer* 99: 604-610.
60. Lacomba MT, Moral OM, Zazo JLC, Gerwin RD, Goni AZ (2010). Incidence of myofascial pain syndrome in breast cancer surgery: a prospective study. *Clinical Journal of Pain* 26(4): 320-325.
61. Ramesh SNK, Bhatnagar S (2009). Phantom breast syndrome. *Indian Journal of Palliative Care* 15(2): 103-107.
62. Disipio T, Rye S, Newman B, Hayes S (2013). Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncology* 14: 500-515.
63. Lacomba MT, Moral OM, Zazo JLC, Sanchez MJY, Ferrandez JC, Goni AZ (2009). Axillary web syndrome after axillary dissection in breast cancer: a prospective study. *Breast Cancer Research and Treatment* 117: 625-630.
64. Bardwell WA, Israel SA (2008). Breast cancer and fatigue. *Sleep Medicine Clinic* 3(1): 61-71.

65. Costa AR, Fontes F, Pereira S, Gonçalves M, Azevedo A, Lunet N (2014). Impact of breast cancer treatments on sleep disturbances-A systematic review. *The Breast* 1-13.
66. Demircan E, Ceylan Ş, Sütü C (2013). Kolorektal cerrahide hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Kolorektal Cerrahi Kongresi, Antalya*.
67. Sampathraju S, Rodrigues G (2010). Seroma formation after mastectomy: pathogenesis and prevention. *Indian Journal of Surgical Oncology* 1(4): 328-333.
68. Akinci M, Cetin B, Aslan S, Kulacoglu H (2009). Factors affecting seroma formation after mastectomy with full axillary dissection. *Acta Chirurgica Belgica* 109(4): 481-483.
69. Vitug AF, Newman LA (2007). Complications in breast surgery. *Surgical Clinic of North America* 87: 431-451.
70. Fukushima KFP, Carmo LA, Borinelli AC, Ferreira CWS (2010). Frequency and associated factors of axillary websyndrome in women who had undergone breast cancer surgery: a transversal and retrospective study. *Springer Plus* 4(112): 1-7.
71. Bergmann A, Mendes VV, Dias RA, Silva BA, Ferreira MGCL, Fabro EAN (2012). Incidence and risk factors for axillary web syndrome after breast cancer surgery. *Breast Cancer Research and Treatment* 131: 987-992.
72. Fernandes-Taylor S, Adesoye T, Bloom JR (2015). Managing psychosocial issues faced by young women with breast cancer at the time of diagnosis and during active treatment. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 9(3): 279-284.
73. Ahmad S, Fergus K, McCarthy M (2015). Psychosocial issues experienced by young women with breast cancer: the minority group with the majority of need. *Supportive and palliative care* 9(3): 271-278.
74. Özkan S, Alçalar N (2009). Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi* 5(2): 60-64.
75. Reich M, Lesur A, Chevallier CP (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment* 110: 9-17.
76. Akyolcu N (2008). Meme kanserinde cerrahi girişim sonrası cinsel yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi* 4(2): 77-83
77. Koçan S, Gürsoy A (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: a qualitative research. *Journal of Breast Health* 12: 145-50

78. Glaser AW, Fraser LK, Corner J, Feltbower R, Morris EJA, Hartwell G, Richards M (2013). Patient-reported outcomes of cancer survivors in England 1-5 years after diagnosis: a cross-sectional survey. *Evidence-Based Mental Health* 3: 1-14.
79. Kedde H, Wiel HBM, Schultz WCMW, Wijzen C (2013). Sexual dysfunction in young women with breast cancer. *Support Care Cancer* 21: 271-280.
80. Yeter K, Savcı A, Sayiner FD (2009). Meme kanserinde rekonstrüktif cerrahinin ve hasta eğitiminin yaşam kalitesine etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi* 5(2): 65- 68.
81. Çam O, Saka Ş, Gümüş AB (2009). Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* 5(2): 73-81.
82. Fann JR, Rich AMT, Katon WJ, Cowley D, Pepping M, McGregor BA, Gralow J (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry* 30: 112-126.
83. Duran ET (2011). Kanser tedavisinin yan etkilerine yönelik alternatif uygulamalar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 18(2): 72- 77.
84. Andrzejczak E, Markocka-Mączka K, Lewandowski A (2013). Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction. *Psycho-Oncology* 22: 1653-1657.
85. Özçelik H, Fadıloğlu Ç, Uyar M, Karabulut B (2010). Kanser hastaları ve aileleri için palyatif bakım. *Üniversiteliler Baskı, İzmir*; 67.
86. Özer N (2015). Meme kanserli kadınların psikososyal gereksinimleri. *Türkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics* 1(1):16-22.
87. Haspolat NK, Kağan M (2017). Sosyal fobinin yordayıcıları olarak beden imajı ve benlik saygısı. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 19(2): 139-152.
88. Öngören B (2015). Sosyolojik açıdan sağlıklı beden imgesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi* 34: 25-45.
89. Featherstone M (2010). Body, image and affect in consumer culture. *Body & Society* 16(1): 193-221.
90. Tiggemann M (2004). Body image across the adult life span: stability and change. *Body Image* 1: 29-41.
91. Dorak F (2011). Self- esteem and body image of Turkish adolescent girls. *Social Behavior and Personality* 39(4): 553- 562.

92. Özyer H (2016). Yaşlılık Sorunu ve Bir Çözüm Olarak Huzurevi (Konya Dr. İsmail Işık Huzurevi Örneği). Yüksek lisans tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
93. Vural G (2011). Meme kanseri, beden imajı, cinsel sorunlar ve fertilité. Meme Kanserli Hastaya Yaklaşım (Ed: Fadiloğlu ZÇ). Adana; 115-116.
94. Kaymakçı Ş (2011). Meme hastalıkları. Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (Ed: Karadakovan A, Aslan FE). Adana; 275- 276.
95. Latner DJ, Knight T, Illingworth K (2011). Body image and self esteem among Asian, Pasific Islander, and White college students in Hawaii and Australia. Eating Disorders 19: 355- 368.
96. Özbaş A (2006). Meme kanserli ailelerde sorunlar ve çözümler. Meme Sağlığı Dergisi 2(3): 115-117.
97. Begovic A, Chmielewski A, Iwuagwu S, Chapman LA (2012). Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. Journal of Psychosocial Oncology 30: 446-460.
98. Grogan S, Mechan J (2016). Body image after mastectomy: A thematic analysis of younger women's written accounts. Journal of Health Psychology 1-11.
99. Uzun G (2009). Mastektomi ameliyatı olan hastalarda postoperatif dönemde hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti ve bireyin sosyodemografik özellikleri ile ilişkisinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
100. Chow KM, Hung KL, Yeung SM (2016). Body image and quality of life among breast cancer survivors: a literature review. World Journal of Oncology Research 3: 12-20
101. Esnaola I, Rodríguez A, Goñi A (2010). Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: gender and age differences. Salud Mental 33: 21-29.
102. Paterson CL, Lengacher CA, Donovan KA, Kip KE, Tofthagen CE (2016). Body image in younger breast cancer survivors. A systematic review. Cancer Nursing 39(1): 39-57.

103. Rippy EE, Ainsworth R, Sathananthan D, Kollias J, Bochner M, Whitfield R (2014). Influences on decision for mastectomy in patients eligible for breast conserving surgery. *The Breast* 23(3): 273-278.
104. Kim MK, Kim T, Moon HG, Jin US, Kim K, Kim J, Lee JW, Kim J, Lee E, Yoo TK, Noh DY, Minn KW, Han W (2015). Effect of cosmetic outcome on quality of life after breast cancer surgery. *European Journal of Surgical Oncology* 41: 426- 432.
105. Akdeniz EB (2012). Meme kanseri olan evli kadın hastaların eşler arası uyum ve baş etme biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 3(2): 53-60.34.
106. Öz F (2014). Anksiyete problemleri (Psikososyal hemşirelik- genel hasta bakımı için). (Çeviri edt: Öz F, Demiralp M). Ankara, 57.
107. Aydoğan Ü, Doğaner YÇ, Borazan E, Kömürcü Ş, Koçak N, Bekir Öztürk B, Özet A, Sağlam K (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 16(2): 55-60.
108. Şahin L (2015). Kanser Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Sağlık Bakanlığı İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir.
109. Yıldırım NK, Özkan M, Özkan S, Özçınar B, Güler SA, Özmen V (2009). Meme kanserli hastaların tedavi öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi: bir yıllık prospektif değerlendirme sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi* 46: 175-181.
110. Ganz PA (2008). Psychological and social aspects of breast cancer. *Oncology* 22: 642-646.
111. Engin E (2014). Anksiyete bozuklukları (Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği). (Edt: Çam O, Engin E). İstanbul, 275.
112. Villar RR, Fernández SP, Gareal CC, Pillado TS, Barreiro VB, Martín CG (2017). Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Revista Latino-Americana Enfermagem Original Article* 25: 1-13.

113. Kaminska M, Kubiowski T, Ciszewski T, Czarnocki KJ, Makara-Studzińska M, Bojar I, Starosławska E (2015). Evaluation of symptoms of anxiety and depression in women with breast cancer after breast amputation or conservation treated with adjuvant chemotherapy. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 22(1): 185-189.
114. Mehnert A, Koch U (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research* 64: 383-391.
115. Srivastava V, Ansari MA, Kumar A, Shah AG, Meena RK, Sevach P, Singh OP (2016). Study of anxiety and depression among breast cancer patients from North India. *Clinical Psychiatry* 2(14): 1-7.
116. Oers V, Schlebusch L (2013). Anxiety and the patient with breast cancer: a review of current research and practice. *South African Family Practice* 55(6): 525-529.
117. Farooqi YN, Chaudhry M (2012). Depression and anxiety reported by patients with cancer of the breast and uterus. *International Journal of Humanities and Social Science* 2(8): 188-193.
118. Madondolo N, De Villiers L, Ehlers V (2003). Cultural factors associated with management of a breast lump amongst Xhosa women. *Journal of Interdisciplinary Health Sciences* 8(3): 86-97.
119. Paraskevi T (2012). Quality of life outcomes in patients with breast cancer. *Oncology Reviews* 6(2): 7-10.
120. Al-Azri M, Al-Awisi H, Al-Rasbi S, El-Shafie K, Al-Hinai M, Al-Habsi H, Al-Moundhri M (2014). Psychosocial impact of breast cancer diagnosis among Omani women. *Oman Medical Journal* 29(6): 437-444.
121. Boylu AA, Paçacıoğlu B (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Journal of Academic Researches and Studies* 8(15): 137-150.
122. Büyükkıncak Ö, Akyol Y, Özen N, Ulus Y, Cantürk F, Tander B, Büyükkıncak S, Bilgici A, Kuru Ö (2014). Meme kanseri olan hastalarda cerrahi sonrası erken

- dönemde yaşam kalitesi: omuz ağrısı, el kavrama gücü, dizabilite ve emosyonel durum ile ilişkisi. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 60: 1-6.
123. Pusic AL, Cemal Y, Alborno C, Klassen A, Cano S, Sulimanoff I, Hernandez M, Massey M, Cordeiro P, Morrow M, Mehrara B (2013). Quality of life among breast cancer patients with lymphedema: a systematic review of patient-reported outcome instruments and outcomes. *Jornal of Cancer Survivorship* 7: 83-92.
124. Danhauer SC, Crawford SL, Farmer DF, Avis NE (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine* 32:371-379.
125. Howard-Anderson J, Ganz PA, Bower JE, Stanton AL (2012). Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review. *Journal of National Cancer Institute* 104(5):386-405.
126. The National Breast Cancer Centre. *Specialist Breast Nurse Competency Standards And Associated Educational Requirements July 2005*. [online] Available from: https://canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/bnc-1-specialist-breast-nurse-competency-standards-associated-educational-reqirments_507f8fbd520de.pdf [Erişim Tarihi: 06.06.2017]
127. Cataliotti L, De Wolf C, Holland R, Marotti L, Perry N, Redmond K, et al. (2007). On behalf of EUSOMA. Guidelines on the standards for the training of specialised health professionals dealing with breast cancer. *European Journal of Cancer* 42: 660-675.
128. Maguire GP, Lee EG, Bevington DJ, Kuchemann CS, Crabtree RJ, Cornell CE (1978). Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *British Medical Journal* 1: 963-965.
129. Maguire P, Brooke M, Tait A, Thomas C, Sellwood R (1983). The effect of counselling on physical disability and social recovery after mastectomy. *Clinical Oncology* 9(4): 319-324.
130. RCN 2007: Royal College of Nursing Breast Group. Clinical Standards for working in a breast specialty. *RCN Guidance for Nursing Staff 2007*. [online] Available from: <https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of->

- nursing/documents/publications/2007/february/pub-003110.pdf [Erişim Tarihi: 06.06.2017]
131. Yates P, Evans A, Moore A, Heartfield M, Gibson T, Luxford K (2007). Competency standards and educational requirements for specialist breast nurses in Australia. *Collegian* 14(1): 11-5.
 132. Jiwa M, Halkett G, Deas K, Ward P, O'Connor M, O'Driscoll C et al. (2010). How do specialist breast nurses help breast cancer patients at follow-up? *Collegian* 17: 143-149.
 133. Kadmon I, Halag H, Dinur I, Katz A, Zohar H, Damari M, Cohen M, Levin E, Kislev L (2015). Perceptions of Israeli women with breast cancer regarding the role of the breast care nurse throughout all stages of treatment: a multi center study. *European Journal of Oncology Nursing* 19: 38-43.
 134. European Oncology Nursing Society. *The breast care nurse a 21st century concept* [Online] Available from: <https://www.cancernurse.eu/documents/newsletter/2009autumn-en/EONSNewsletter2009autumn-enPage21.pdf> [Erişim Tarihi: 30.07.2018]
 135. Genesis Care. *Job Description, Breast Care Nurse*. [Online] Available from: [https://www.genescare.co.uk/sites/default/files/Breast%20Care%20Nurse%20\(in%20Bank\)%20CORP%20JD87%20v2%20-%20JD_2.pdf](https://www.genescare.co.uk/sites/default/files/Breast%20Care%20Nurse%20(in%20Bank)%20CORP%20JD87%20v2%20-%20JD_2.pdf) [Erişim Tarihi: 25.06.2016]
 136. Edcan-Learning Resources for nurses. *Specialist Breast Care Nurse*. [Online] Available from: <http://edcan.org.au/edcan-learning-resources/case-based-learning-resources/breast-cancer/active-treatment/breast-care-nurses> [Erişim Tarihi: 25.06.2016]
 137. European Oncology Nursing Society. *The Breast Care Nurse*. [Online] Available from: <https://www.cancernurse.eu/documents/newsletter/2009autumn-en/EONSNewsletter2009autumn-enPage21.pdf> [Erişim Tarihi: 25.06.2016]
 138. Eicher M, Kadmon I, Claassen S, Marquard S, Pennery E, Wengstorm Y, Fenlon D (2012). Training breast care nurses throughout Europe: The EONS postbasic

- curriculum for breast cancer nursing. *European Journal of Cancer* 48 (9): 1257-1262.
139. Saini KS, Taylor C, Ramirez AJ, Palmieri C, Gunnarsson U, Schmoll HJ, Dolci SM, Ghenné C, Metzger-Filho O, Skrzypski M, Paesmans M, Ameye L, Piccart-Gebhart MJ, Azambuja E (2012). Role of the multidisciplinary team in breast cancer management: results from a large international survey involving 39 countries. *Annals of Oncology Advance Access* 23(4): 853-859.
140. Gültekin Z, Pınar G, Pınar T, Kızıltan G, Doğan N, Algier L, Bulut I, Özyılkan Ö (2008). Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. *International Journal of Hematology and Oncology* 18(2): 99-106.
141. Chirgwin J, Gray C, Mileskin L (2010). Does multidisciplinary care enhance the management of advanced breast cancer? Evaluation of advanced breast cancer multidisciplinary team meetings. *Journal Of Oncology Practice* 6(6): 294-295.
142. Ahern T, Gardner A (2015). Literature review: An exploration of the role of the Australian breast care nurse in the provision of information and supportive care. *Collegian* 22(1): 99-108.
143. Faria L (2014). The nurse's role in the psychosocial support for women diagnosed with breast cancer. Bachelor's thesis. Degree Program in Nursing Labland University, Kemi.
144. Beacon Hospital. *Job description of breast care nurse* [Online] Available from: <http://www2.beaconhospital.ie/inet/JobD/Breastcare%20CNS%20job.pdf> [Erişim Tarihi: 20.06.2017]
145. Alkan HÖ (2016). Hasta eğitimi ve davranış değişikliği geliştirme. *Journal of Cardiovascular Nursing* 7(2): 41-47.
146. Yıldırım N, Çiftçi B, Kaşıkçı M (2017). Hemşirelerin hasta eğitimi verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi* 14: 217-230.
147. Kaya H (2009). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Eğitimi ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi* 1(1): 19-23.

148. Özpulat F (2010). Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin çağdaş bir rolü: eğitici kimliği. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı 293-297.
149. Avşar G, Kaşıkçı M (2009). Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12(3): 67-73.
150. Taylan S, Alan S, Kadioğlu S (2012). Hemşirelik rolleri ve özerklik. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 15: 66-74.
151. Babacan E, Alıcı SU (2008). Hemşirelerin hasta eğitimi ile ilgili düşünce ve uygulamaları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 5(2): 29-36
152. Liao MN, Chen SC, Lin YC, Chen MF, Wang CH, Jane SW (2014). Education and psychological support meet the supportive care needs of Taiwanese women three months after surgery for newly diagnosed breast cancer: A non-randomised quasi-experimental study. International Journal of Nursing Studies 51: 390-399.
153. Özberksöy A, Özbayır T, Taşdemir N (2009). Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeylerine etkisi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 29(6): 1605-1611.
154. Amir Z, Scully J, Borrill C (2004). The professional role of breast cancer nurses in multi-disciplinary breast cancer care teams. European Journal of Oncology Nursing 8: 306-314.
155. Eley R, Rogers-Clark C, Murray K (2008). The value of a breast care nurse in supporting rural and remote cancer patients in Queensland. Cancer Nursing 31(6): 10-18.
156. Liebert B, Furber S (2004). Australian women's perceptions of a specialist breast nurse model. Australian Health Review 27(2): 88-93.
157. Watts K, Meiser B, Conlon H, Rovelli S, Tiller K, Zorbas H, Lewis C, Neil G, Friedlander M (2011). A specialist breast care nurse role for women with metastatic breast cancer: enhancing supportive care. Oncology Nursing Forum 38(6): 627-631.

158. Admi H, Zohar H, Rudner Y (2011). "Lighthouse in the dark": A qualitative study of the role of breast care nurse specialists in Israel. *Nursing and Health Sciences* 13: 507-513.
159. Beaver K, Williamson S, Chalmers K (2010). Telephone follow-up after treatment for breast cancer: views and experiences of patients and specialist breast care nurses. *Journal of Clinical Nursing* 19: 2916-2924.
160. Reed E, Scanlon K, Fenlon D (2010). A survey of provision of breast care nursing for patients with metastatic breast cancer-implications for the role. *European Journal Of Cancer Care* 19: 575-580.
161. Eley R, Clark C (2012). Consumer perceptions of the effectiveness of a breast care nurse in providing coordinated care to women with breast cancer in Queensland, Australia. *Australian Journal Of Advanced Nursing* 29(3): 56-61.
162. Clark L, Holcombe C, Hill J, Downey H, Fisher J, Krespi MR, Salmon P (2009). The perception of support received from breast care nurses by depressed patients following a diagnosis of breast cancer. *Annals of The Royal College of Surgeons of England* 91: 43-45.
163. Ahern T, Gardner A, Courtney M (2016). Exploring patient support by breast care nurses and geographical residence as moderators of the unmet needs and self-efficacy of Australian women with breast cancer: Results from a cross-sectional, nationwide survey. *European Journal of Oncology Nursing* 23: 72-80.
164. Marsh C, Wang J, Kollias J, Boulton M, Rice J, Maddern G (2010). Disparities in access to breast care nurses for breast surgeons: a national breast cancer audit survey. *The Breast* 19: 142-146.
165. Tunalı SB, Gözü Ö, Özen G (2016). Nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin bir arada kullanılması "karma araştırma yöntemi". *Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Uluslararası Hakemli Dergisi* 24(2): 106-112.
166. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher* 33(7): 14-26.
167. Baki A, Gökçek T (2012). Karma yöntem araştırmalarına genel bir bakış. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 11(42): 1-21.

168. Fırat M, Yurdakul IK, Ersoy A (2014). Bir eğitim teknolojisi araştırmasına dayalı olarak karma yöntem araştırması deneyimi. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi* 2(1): 65-86.
169. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy. *About Us* [online]. Available from: <http://www.facit.org/FACITTrans/AboutUs> [Erişim Tarihi: 10 Ağustos 2018]
170. Çetiner M, Kalaça S, Birtaş E, Beşışık SK, Soysal T, Sargın D, Ferhanoğlu B, Tuğlular TF, Bayık M (2004). Hematopoietik kök hücre nakli yapılan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi (İstanbul Deneyimi, Pilot Çalışma). XXXI. Ulusal Hematoloji Kongresi Bildiri Kitabı, 23-28 Eylül 2004 21 (3): 6. Belek, Antalya.
171. Pekçetin S, Bumin G, Güngör T, Tunç S (2013). Kemoterapi alan jinekolojik kanserli hastalarda algılanan aktivite performansının toplumsal katılım ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi* 1 (2): 31-40.
172. Büyüköztürk Ş (1997). Araştırmaya yönelik kaygı ölçeğinin geliştirilmesi. *Eğitim Yönetimi* 3(4): 453-464.
173. Kutanis RÖ, Tunç T (2013). Hemşirelerde benlik saygısı ile durumluk ve sürekli kaygı arasındaki ilişki: bir üniversite hastanesi örneği. “İş, Güç” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi 15(22): 1-15.
174. Tayfun ANT, Korkmaz A (2016). Üniversite öğrencilerinde işsizlik kaygısı: Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencileri üzerine bir araştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 8(17): 534-558.
175. Ursavas FE, Karayurt Ö (2016). Adaptation of the sexual adjustment and body image scale in Turkish breast cancer women. *International Journal of Nursing Knowledge* 27(3): 162-169.
176. Yıldırım A, Şimşek H (2006). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Altıncı Baskı. Seçkin Yayıncılık, Ankara; 108.
177. Karamustafaoğlu O (2016). Etnografik Araştırma (Kültür Analizi): Kuramdan Uygulamaya Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri. (ed. Metin M). Ankara, 226.

178. Breast Cancer Handbook [Online] Available from: http://www.lls.org/sites/default/files/National/USA/Pdf/PearlPoint/PearlPoint_Breast_Cancer_Handbook.pdf Erişim Tarihi: [05.07.2016]
179. Breast Surgery Handbook [Online] Available from: <http://www.cancer.med.umich.edu/files/breast-surgery-handbook09.pdf> Erişim Tarihi: [05.07.2016]
180. Waljee JF, Hu ES, Ubel PA, Smith DM, Newman LA, Alderman AK (2008). Effect of esthetic outcome after breast-conserving surgery on psychosocial functioning and quality of life. *Journal Of Clinical Oncology* 26(20): 3331- 3337.
181. Lyngholm CD, Christiansen PM, Damsgaard TE, Overgaard J (2013). Long-term follow-up of late morbidity, cosmetic outcome and body image after breast conserving therapy. A study from the Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG). *Acta Oncologica* 52(2): 259-269.
182. Shaikh BF, Memon AA, Kumar M, Memon Z, Soomro E (2014). Complications of modified radical mastectomy in carcinoma breast patients. *Medical Channel* 20(1): 43- 46.
183. Özdemir A (2013). *Memenizi koruyun*. Birinci Baskı. İmge Kitabevi, Ankara; 161.
184. Kümbetoğlu B (2012). *Sosyolojide ve antropolojide niteliksel yöntem ve araştırma*. Üçüncü Baskı. Bağlam Yayıncılık, İstanbul; 40.
185. Ersoy A, Öncül B (2017). Araştırma yöntemleri denizinde yüzmek: doktora öğrencilerinin erasmus yoğun program (IP) deneyimleri. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 25(3): 1203-1220
186. Smith JA, Eatough V (2007). *Interpretative Phenomenological Analysis. (Analysing Qualitative Data In Psychology)*. (Edt: E. Lyons ve A. Coyle). SAGE Publications. Los Angeles; 35-50.
187. Özdemir M (2010). Nitel veri analizi: sosyal bilimlerde yöntembilim sorunsalı üzerine bir çalışma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 11(1): 323-343.

188. Denizgil T, Sönmez İ (2015). Meme kanseri nedeni ile meme koruyucu cerrahi geçirmiş kadınlarla mastektomi operasyonu geçirmiş kadınlar arasında benlik saygısı, beden algısı, cinsel doyum ve cinsel yaşantıların karşılaştırılması. *Yeni Symposium* 53(3): 17-25.
189. Çalışkan İ, Korkmaz FD (2017). Meme kanseri cerrahisi geçiren kadınların beden algıları ve eş uyumlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 33(2): 1-15.
190. Dayılar H, Şişman NF, Ada Z, Dönmez CY (2016). Mastektomili hastalarda beden algısının benlik saygısı üzerine etkisinin incelenmesi. *Ege Klinikleri Tıp Dergisi* 54(1): 8-14.
191. Bayraktar N (2015). Meme kanserinde cerrahi tedavi ve bakım. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Nursing-Special Topics* 1(1): 7-12.
192. Yaman Ş, Ayaz S (2015). The effect of education given before surgery on self-esteem and body image in women undergoing hysterectomy. *Türk Journal of Obstetric Gynecology* 12: 211-214.
193. Rezaei M, Elyasi F, Janbabai G, Moosazadeh M, Hamzehgardeshi Z (2016). Factors influencing body image in women with breast cancer: a comprehensive literature review. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 18(10): 1-9.
194. Fındık ÜY, Topçu SY (2012). Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 19(2): 22-33.
195. Belleau FP, Hagan L, Mâsse B (2001). Effects of an educational intervention on the anxiety of women awaiting mastectomies. *Canadian Oncology Nursing Journal* 11(4): 172-80.
196. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A (2013). Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. *Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation* 41: 44-49.
197. Asilioglu K, Celik SS (2004). The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient Education and Counseling* 53: 65-70.

198. Karabulut N, Cetinkaya F (2011). The impact on the level of anxiety and pain of the training before operation given to adult patients. *Surgical Science* 2: 303-311.
199. Temur K, Kapucu S (2018). Effective methods of breast cancer related lymphdeme development and improvement of life quality: self-controlled lymphedema management. *Osmangazi Journal of Medicine* 40(1): 121-129.
200. Zhu G, Zhang X, Wang Y, Xiong H, Zhao Y, Sun F(2016). Effects of exercise intervention in breast cancer survivors: a meta-analysis of 33 randomized controlled trails. *Oncology Targets and Therapy* 9: 2153-2168.
201. Gulbinienė J, Markelis R, Tamelis A, Saladzinskas Z (2004). The impact of preoperative stoma siting and stoma care education on patient's quality of life. *Medicina* 40(11): 1045-1053.
202. Şendir M, Babadağ K (2000). Total kalça protezi ameliyatı öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası fiziksel uyum ve yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelik Bülteni* 11(46): 27-41.
203. Dasha SK, Palo N, Arorac G, Chandeld SS, Kumar M (2017). Effects of preoperative walking ability and patient's surgical education on quality of life and functional outcomes after total knee arthroplasty. *Revista Brasileira de Ortopedia* 52(4): 435-441.
204. Stagl JM, Bouchard LC, Lechner SC, Blomberg BB, Gudenkauf LM, Jutagir DR, Gluck S, Derhagopian RP, Carver CS, Antoni MH (2015). Long-term psychological benefits of cognitive-behavioral stress management for women with breast cancer: 11-year follow-up of a randomized controlled trial. *Cancer* 121(11): 1873-1881.
205. Kumcağız H (2012). Pregnant women, body image and self-esteem according to the examination of some of the variables. *International Journal of Human Sciences* 9(2): 691-703.
206. Chang O, Choi EK, Kim IR, NamSJ, Lee JE, Lee SK, Im YH, Park YH, Cho J (2014). Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 15: 8607-8612.

207. Dahl CAF, Reinertsen KV, Nesvold IL, Fossa SD, Dahl AA (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer* 116(15): 3549-3557.
208. Sebastian J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N (2008). Body image and self-esteem in women with breast cancer participating in a psychosocial intervention program. *Psychology in Spain* 12(1): 13-25.
209. Turgut GE, Yüksel BC, Polat E, Yıldız Y, Berkem H, Özel H, Hengirmen S (2009). Meme yakınması ile başvuran kadınlardaki kaygıyı (anksiyeteyi) etkileyen faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi* 5(3): 92-97.
210. Champion VL, Wagner LI, Monahan PO, Daggy J, Smith L, Cohee A, BSN, Ziner KW, Haase JE, Miller K, Pradhan K, Unverzagt FW, Cella D, Ansari B, Sledge GW (2014). Comparison of younger and older breast cancer survivors and age-matched controls on specific and overall QoL domains. *Cancer* 120(15): 2237-2246.
211. Calys-Tagoe BNL, Senaedza NAH, Arthur CA, Clegg- Lampsey JN (2017). Anxiety and depression among breast cancer patients in a tertiary hospital in Ghana. *Postgraduate Medical Journal of Ghana* 6(1): 54-58.
212. Bulotiene G, Veseliunas J, Ostapenko V, Furmonavicius T (2008). Women with breast cancer: relationships between social factors involving anxiety and depression. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 4: 57-62.
213. Hintistan S, Pekmezci H, Nural N, Güner SG (2015). Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 4(1): 1-9.
214. Rawther SCH, Pai MS, Fernandes DJ, George A, Nayak BS, Devi ES, Jyothi RK, Mathew S (2014). Anxiety in breast cancer patients, undergoing surgery as a primary treatment modality. *Asia Pacific Journal of Research* 1(20): 17-23.
215. Yan B, Yang LM, Hao LP, Yang C, Quan L, Wang LH, Wu Z, Li XP, Gao YT, Sun Q, Yuan JM (2016). Determinants of quality of life for breast cancer patients in Shanghai, China. *PLoS One* 11(4): 1-14.
216. Salonen P (2011). Quality of life in patients with breast cancer. A prospective intervention study. School of Health Sciences of the University of Tampere, Finland.

217. Jassim GA, Whitford DL (2013). Quality of life of Bahraini women with breast cancer: a cross sectional study. *Biomed Central Cancer* 13(212): 1-14.
218. Shen FR, Liu M, Zhang X, Feng YH, Zhou LS, Chen YG (2012). Health-related quality of life among breast cancer patients and its influencing factor in a chinese population. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 13: 3747-3750.
219. Kement M, Gezen C, Aşık A, Karaöz A, Ustaalioğlu BÖ, Bilici A, Öncel M (2011). Meme kanserli türk kadınlarında meme koruyucu cerrahi ve modifiye radikal mastektomi; yaşam kalitesine yönelik ileriye dönük bir analiz. *Türkiye Klinikleri Journal of Medicine Sciences* 31(6): 1377-1384.
220. Timperi AW, Ergas IJ, Rehkopf DH, Roh JM, Kwan ML, Kushi LH (2013). Employment status and quality of life in recently diagnosed breast cancer survivors. *Psychooncology* 22(6): 1411-1420.
221. Pandey M, Thomas BC, Ramdas K, Ratheesan K (2006). Early effect of surgery on quality of life in women with operable breast cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 36(7): 468-472.
222. Park BW, Lee S, Lee AR, Lee KH, Hwang SY (2011). Quality of life differences between younger and older breast cancer patients. *Journal of Breast Cancer* 14(2): 112-118.
223. Akel R, Darsa HE, Anouti B, Mukherji D, Temraz S, Raslan R, Tfayli A, Assi H (2002). Anxiety, depression and quality of life in breast cancer patients in the Levant. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention* 18(10): 2809-2816.
224. Kumsar AK, Yılmaz FT (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2(2): 62-70.
225. You J, Lu Q, Zvolensky MJ, Meng Z, Garcia K, Cohen L (2017). 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.
226. Bagheri M, Mazaheri M (2015). Body image and quality of life in female patients with breast cancer and healthy women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 3(1): 285-292.

227. Dalton EJ, Rasmussen V, Classen CC, Grumann M, Palesh OG, Zarcone J, Kraemer HC, Kirshner JJ, Colman LK, Morrow GR, Spiegel D (2009). Sexual adjustment and body image in breast cancer patients (SABIS): A new measure for breast cancer patients. *Breast Journal* 15(3): 287-290.
228. Hahn EA, Segawa E, Kaiser K, Cella D, Smith BD (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.
229. Çam O, Gümüş AB (2006). Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 10(3): 52-60.
230. Gümüş AB (2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2(3): 108-114.
231. Karamanoğlu AY, Özer FG (2008). Mastektomili hastalarda evde bakım. *Meme Sağlığı Dergisi* 4(1): 3-8.
232. Selimen D, Andsoy II (2011). The importance of a holistic approach during the perioperative period. *Association of Perioperative Registered Nurses Journal* 93(4): 482-487.
233. Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedford NM (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia* 104: 369-374.
234. Doğu Ö (2013). Cerrahi girişim planlanan hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve eğitimin hasta bireyin psikolojik hazırlığına etkisi-Sakarya örneği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 3(3): 10-13.

10. EKLER

10.1. EK 1 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast; FACT-B (versiyon 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.

<u>BEDENİ DURUM</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GP 1	Enerjim düşük.....	0	1	2	3	4
GP 2	Bulantım var.....	0	1	2	3	4
GP 3	Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum..	0	1	2	3	4
GP 4	Ağrım var.....	0	1	2	3	4
GP 5	Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor....	0	1	2	3	4
GP 6	Kendimi hasta hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GP 7	Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum.....	0	1	2	3	4

<u>SOSYAL YAŞAM ve AİLE DURUMU</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GS 1	Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum...	0	1	2	3	4
GS 2	Ailemden manevi destek görüyorum.....	0	1	2	3	4
GS 3	Arkadaşlarımdan destek görüyorum.....	0	1	2	3	4
GS 4	Ailem hastalığımı kabullendi.....	0	1	2	3	4
GS 5	Ailemle hastalığım konusundaki iletişimden memnunum.....	0	1	2	3	4

GS 6	Kendimi hayat arkadaşına (veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum..	0	1	2	3	4
Q1	<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>		☐			
GS 7	Cinsel hayatım tatmin edici.....	0	1	2	3	4

Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.

	<u>DUYGUSAL DURUM</u>	Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GE 1	Kendimi üzgün hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GE 2	Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum.....	0	1	2	3	4
GE 3	Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum.....	0	1	2	3	4
GE 4	Kendimi sinirli hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GE 5	Ölmekten korkuyorum.....	0	1	2	3	4
GE 6	Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum.....	0	1	2	3	4

10.1. EK 1 (Devam) Yaşam Kalitesi Ölçeği (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast; FACT-B (versiyon 4))

<u>FAALİYET DURUMU</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GF 1	Çalışabiliyorum (ev işi dahil).....	0	1	2	3	4
GF 2	İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor.....	0	1	2	3	4
GF 3	Hayattan zevk alabiliyorum.....	0	1	2	3	4
GF 4	Hastalığımı kabullendim.....	0	1	2	3	4
GF 5	İyi uyuyorum.....	0	1	2	3	4
GF 6	Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum.....	0	1	2	3	4
GF 7	Şu anda hayatımın kalitesinden memnunum.....	0	1	2	3	4

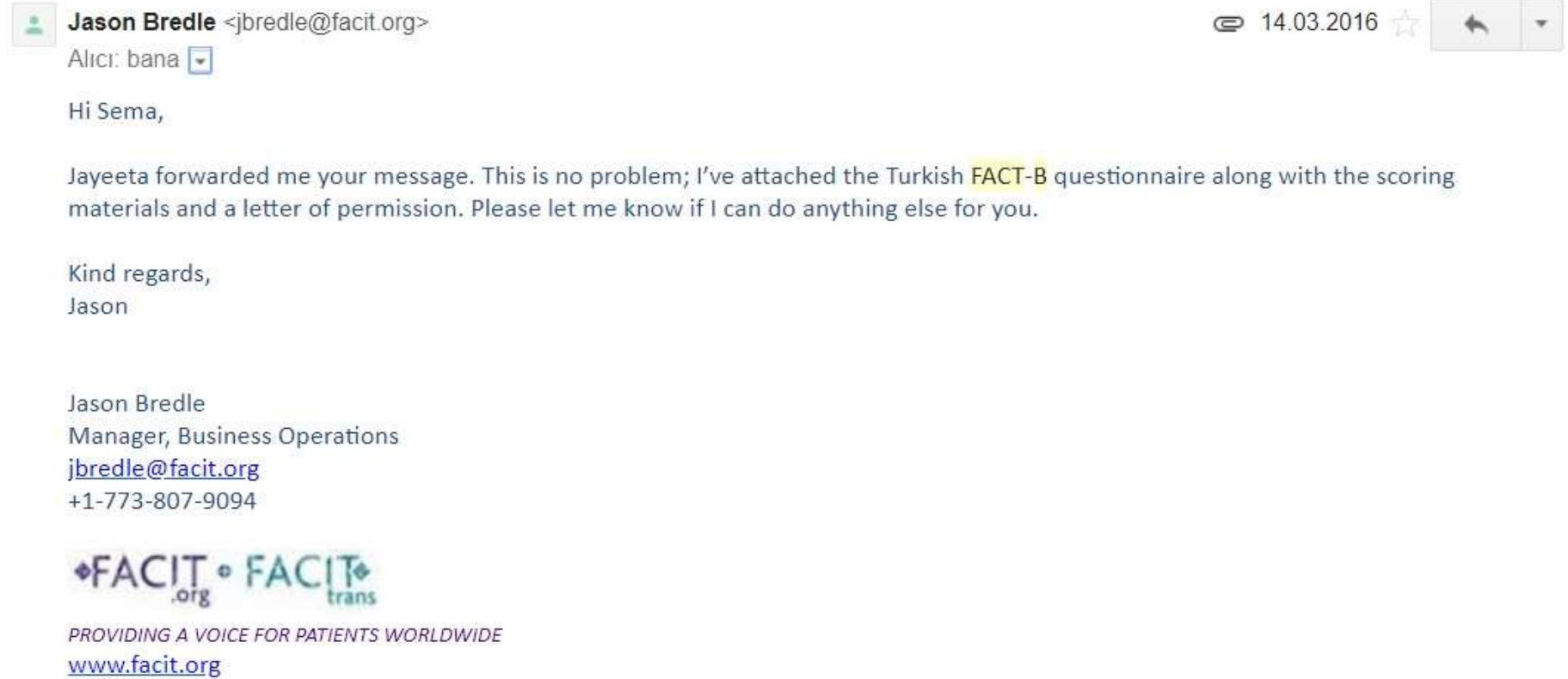
Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.

<u>DİĞER ENDİŞELER</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
B1	Nefes darlığı çekiyorum.....	0	1	2	3	4
B2	Kıyafetlerimin üzerimde nasıl durduğu konusunda tedirginim.....	0	1	2	3	4
B3	Kollarımdan biri ya da her ikisi şiş veya dokununca hassas.....	0	1	2	3	4
B4	Kendimi cinsel yönden çekici hissediyorum..	0	1	2	3	4
B5	Saçımın dökülmesi beni rahatsız ediyor.....	0	1	2	3	4
B6	Diğer aile fertlerimin bir gün aynı hastalığa yakalanabileceklerinden endişe duyuyorum...	0	1	2	3	4
B7	Stresin (sıkıntının) hastalığım üzerindeki etkisinden endişe duyuyorum.....	0	1	2	3	4

B8	Kilomdaki değişiklik beni rahatsız ediyor.....	0	1	2	3	4
B9	Kendimi kadın gibi hissedebiliyorum.....	0	1	2	3	4
P2	Vücudumun belirli yerleri ağrıyor.....	0	1	2	3	4



10.2. EK 2 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Functional Assessment of Cancer Therapy- Breast; FACT-B (versiyon 4)) Kullanım İzni



10.3. EK 3 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Functional Assessment of Cancer Therapy-General; FACT-G (versiyon 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.**

<u>BEDENİ DURUM</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GP 1	Enerjim düşük.....	0	1	2	3	4
GP 2	Bulantım var.....	0	1	2	3	4
GP 3	Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum..	0	1	2	3	4
GP 4	Ağrım var.....	0	1	2	3	4
GP 5	Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor....	0	1	2	3	4
GP 6	Kendimi hasta hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GP 7	Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum.....	0	1	2	3	4

<u>SOSYAL YAŞAM ve AİLE DURUMU</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GS 1	Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum...	0	1	2	3	4
GS 2	Ailemden manevi destek görüyorum.....	0	1	2	3	4
GS 3	Arkadaşımdan destek görüyorum.....	0	1	2	3	4
GS 4	Ailem hastalığımı kabullendi.....	0	1	2	3	4
GS 5	Ailemle hastalığım konusundaki iletişimden memnunum.....	0	1	2	3	4

GS 6	Kendimi hayat arkadaşına (veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum..	0	1	2	3	4
Q1	<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>		☐			
GS 7	Cinsel hayatım tatmin edici.....	0	1	2	3	4

Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.

	<u>DUYGUSAL DURUM</u>	Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GE 1	Kendimi üzgün hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GE 2	Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum.....	0	1	2	3	4
GE 3	Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum.....	0	1	2	3	4
GE 4	Kendimi sinirli hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GE 5	Ölmekten korkuyorum.....	0	1	2	3	4
GE 6	Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum.....	0	1	2	3	4

10.3. EK 3 (Devam) Yaşam Kalitesi Ölçeği (Functional Assessment of Cancer Therapy-General; FACT-G (versiyon 4))

<u>FAALİYET DURUMU</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Or-dukça	Çok fazla
GF 1	Çalışabiliyorum (ev işi dahil).....	0	1	2	3	4
GF 2	İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor.....	0	1	2	3	4
GF 3	Hayattan zevk alabiliyorum.....	0	1	2	3	4
GF 4	Hastalığımı kabullendim.....	0	1	2	3	4
GF 5	İyi uyuyorum.....	0	1	2	3	4
GF 6	Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum.....	0	1	2	3	4
GF 7	Şu anda hayatımın kalitesinden memnunum.....	0	1	2	3	4

10.4. EK 4 Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI- State-Trait Anxiety Inventory)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1.	Şu anda sakinim				
2.	Kendimi emniyette hissediyorum				
3.	Su anda sinirlerim gergin				
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim				
5.	Şu anda huzur içindeyim				
6.	Şu anda hiç keyfim yok				
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum				
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
9.	Şu anda kaygılıyım				
10.	Kendimi rahat hissediyorum				
11.	Kendime güvenim var				
12.	Şu anda asabım bozuk				
13.	Çok sinirliyim				
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum				
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum				
16.	Şu anda halimden memnunum				
17.	Şu anda endişeliyim				
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum				
19.	Şu anda sevinçliyim				
20.	Şu anda keyfim yerinde.				

10.4. EK 4 (Devam) Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI- State-Trait Anxiety Inventory)

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir				
22.	Genellikle çabuk yorulurum				
23.	Genellikle kolay ağlarım				
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim				
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırırım				
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
27.	Genellikle sakın, kendine hakim ve soğukkanlıyım				
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim				
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim				
30.	Genellikle mutluyum				
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim				
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur				
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim				
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım				
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim				
36.	Genellikle hayatımdan memnunum				
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder				
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam				
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım				
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor				

10.5. EK 5 Cinsel Uyum ve Beden İmajı Ölçeği (CUBİÖ- Sexual Adjustment and Body Image Scale; SABIS)

Bu iki ölçek meme kanseri ve tedavisinin (cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve hormonterapi) beden imajı ve cinsel uyumunuz üzerindeki etkisini daha iyi anlamamız için düzenlenmiştir. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Lütfen her bir soru için size **EN UYGUN** olan bir seçeneği işaretleyiniz.

Beden İmajı Ölçeği					
1-Meme kanseri olmadan önce görünümünüzden ne kadar memnundunuz?	Hiç memnun değildim ☐ 1	Biraz memnundum ☐ 2	Orta derecede memnundum ☐ 3	Çok memnundum ☐ 4	Son derece memnundum ☐ 5
2-Meme kanseri olmadan önce, vücudunuz başkalarının görmesinden (bikini, mayo ya da vücut hatlarınızı gösteren kıyafetler giymekten) ne kadar rahatsızdınız?	Hiç rahatsız değildim ☐ 5	Biraz rahatsızdım ☐ 4	Orta derecede rahatsızdım ☐ 3	Çok rahatsızdım ☐ 2	Son derece rahatsızdım ☐ 1
3-Meme kanseri olmadan önce, vücut ölçülerinizden (boyunuzdan, kilonuzdan) ne kadar memnundunuz?	Hiç memnun değildim ☐ 1	Biraz memnundum ☐ 2	Orta derecede memnundum ☐ 3	Çok memnundum ☐ 4	Son derece memnundum ☐ 5
4-Meme kanseri olduktan sonra, vücudunuz başkalarının görmesi (bikini, mayo ya da vücut hatlarınızı gösteren kıyafetler giymek) sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç rahatsız etmiyor ☐ 5	Biraz rahatsız ediyor ☐ 4	Orta derecede rahatsız ediyor ☐ 3	Çok rahatsız ediyor ☐ 2	Son derece rahatsız ediyor ☐ 1
5-Meme kanseri olduktan sonra, vücudunuzda oluşan değişiklikler sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç rahatsız etmiyor ☐ 5	Biraz rahatsız ediyor ☐ 4	Orta derecede rahatsız ediyor ☐ 3	Çok rahatsız ediyor ☐ 2	Son derece rahatsız ediyor ☐ 1
6-Meme kanseri olduktan sonra, ameliyat olan memenizi ve o bölgeyi başkalarının (eşiniz, yakınlarınız, hemşire, doktor) görmesi sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç rahatsız etmiyor ☐ 5	Biraz rahatsız ediyor ☐ 4	Orta derecede rahatsız ediyor ☐ 3	Çok rahatsız ediyor ☐ 2	Son derece rahatsız ediyor ☐ 1

10.5. EK 5 (Devam) Cinsel Uyum ve Beden İmajı Ölçeği (CUBİÖ- Sexual Adjustment and Body Image Scale; SABIS)

Cinsel Uyum Ölçeği					
1-Meme kanseri olmadan önce cinsel hayatınızdan ne kadar memnundunuz?	Hiç memnun değildim ☐ 1	Biraz memnundum ☐ 2	Orta derecede memnundum ☐ 3	Çok memnundum ☐ 4	Son derece memnundum ☐ 5
2-Meme kanseri olmadan önce cinsel eş/ partner olarak kendinize ne kadar güveniyordunuz?	Hiç güvenmiyordum ☐ 1	Biraz güveniyordum ☐ 2	Orta derece güveniyordum ☐ 3	Çok güveniyordum ☐ 4	Son derece güveniyordum ☐ 5
3-Meme kanseri olmak, cinsel arzularınızı ne kadar etkiledi?	Önemli ölçüde azaldı ☐ -2	Azaldı ☐ -1	Etkisi olmadı ☐ 0	Arttı ☐ 1	Önemli ölçüde arttı ☐ 2
4-Meme kanseri olmak, cinsel ilişkinizi ne kadar etkiledi?	Çok daha kötü oldu ☐ -2	Kötü oldu ☐ -1	Etkisi olmadı ☐ 0	İyileşti ☐ 1	Çok daha iyi oldu ☐ 2
5-Meme kanseri olmak, cinsel ilişkiyi başlatma sıklığınızı ne kadar etkiledi?	Önemli ölçüde azaldı ☐ -2	Azaldı ☐ -1	Etkisi olmadı ☐ 0	Arttı ☐ 1	Önemli ölçüde arttı ☐ 2
6-Meme kanseri olmak, cinsel ilişkiden tatmin olmanızı ne kadar etkiledi?	Çok daha kötü oldu ☐ -2	Kötü oldu ☐ -1	Etkisi olmadı ☐ 0	İyileşti ☐ 1	Çok daha iyi oldu ☐ 2
7-Memeleriniz cinsel yaşamınız için ne kadar önemlidir?	Hiç önemli değil ☐ 1	Biraz önemli ☐ 2	Orta derecede önemli ☐ 3	Çok önemli ☐ 4	Son derece önemli ☐ 5
8-Bir kadın olarak memeleriniz cinsel kimliğiniz (kendinizi kadın olarak hissetmeniz açısından) için ne kadar önemlidir?	Hiç önemli değil ☐ 1	Biraz önemli ☐ 2	Orta derecede önemli ☐ 3	Çok önemli ☐ 4	Son derece önemli ☐ 5

10.6. EK 6 Cinsel Uyum ve Beden İmajı Ölçeği (CUBİÖ- Sexual Adjustment and Body Image Scale; SABIS) Kullanım İzni



Figen EROL <figeneroll@gmail.com>

2.03.2016



Alıcı: bana

Merhaba Sema Hanım,
Çalışma sonuçlarınızı bizimlede paylaşmak koşulu ile ölçeği kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili bilgi ve ölçeği ekte gönderiyorum. Çalışmalarınızda kolaylıklar diliyorum. Saygılarımla..

Öğr. Gör. Figen EROL URSAVAŞ

Çankırı Karatekin Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
03762131702

10.7. EK 7 Hasta Tanıtıcı Özellikler Soru Formu

Anket numarası:

1. Yaşı (.....)

2. Medeni Durumu () Evli () Bekar

3. Eğitim Düzeyi

() Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul ve Üzeri

4. Şu An Yaşadığı Yer () İl Merkezi () İlçe

5. Gelir Düzeyi

() 2000 TL'nin altı () 2000 TL'nin üzeri

6. Mesleği

() Çalışıyor () Çalışmıyor

7. Kronik Hastalıkları

() Var (Varsa açıklayınız.....) () Yok

8. Ameliyat Tarihi:

9. Ameliyatın Türü

() Modifiye Radikal Mastektomi

() Meme Koruyucu Cerrahi

() Meme Koruyucu Cerrahi ve Aksiller Diseksiyon

10.8. EK 8 Hasta İzlem Formu

Hastaların Birinci İzlemlerine İlişkin Sorular

1. Derin solunum-öksürük egzersizlerini yapabildi mi?
☐ Evet
☐ Hayır
2. Hasta ameliyat sonrası yatak dışı hareket ediyor mu?
☐ Evet
☐ Hayır
3. Hasta ameliyat sonrası ameliyat olan taraftaki kolunu önerilen pozisyonda tutuyor mu?
☐ Evet
☐ Hayır
4. İnsizyon yerinde komplikasyon gelişip gelişmediği
☐ Evet (Evetse açıklayınız.....)
☐ Hayır
5. Hasta yara yerine meme bakım hemşiresiyle bakmak istedi mi?
☐ Evet
☐ Hayır
6. Hasta yara yerine bakabildi mi?
☐ Evet
☐ Hayır
7. Hasta yara yerine bakarken duygu- durumu nasıldı?
 - a. Yara yerine baktığında kendini nasıl hissetti?
.....
 - b. İlk ifadesi ne oldu?
.....

10.8. EK 8 (Devam) Hasta İzlem Formu

Hastaların İkinci İzlemlerine İlişkin Sorular

1. İnsizyon yerinde komplikasyon gelişip gelişmediği

☐ Evet (Evetse açıklayınız.....)

☐ Hayır

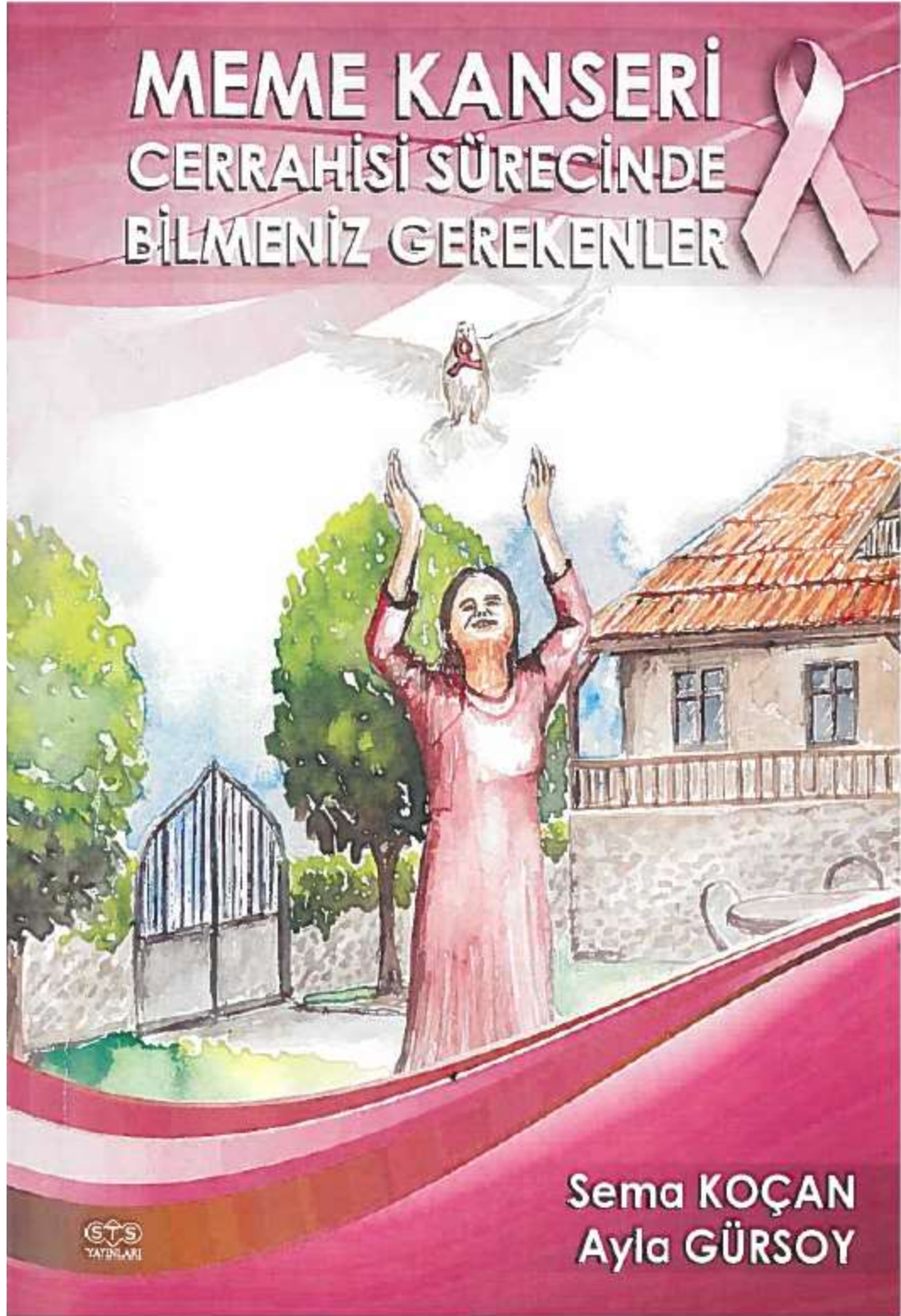
2. Hasta ameliyat sonrası hareket kısıtlılığına bağlı kolda fonksiyon kaybı (omuz sertliği- donuk omuz) için bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanına görüldü mü?

☐ Evet

☐ Hayır



10.9. EK 9 Eğitim Kitabı



10.9. EK 9 (Devam) Eğitim Kitabı

**MEME KANSERİ CERRAHİSİ SÜRECİNDE
BİLMENİZ GEREKENLER**

YAZARLAR

Öğr. Gör. Sema KOÇAN

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Prof. Dr. Ayla GÜRSOY

Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı

Rize- 2017

10.9. EK 9 (Devam) Eğitim Kitabı



STS KİTAP KİRTASIYE BASIN YAYIN DAĞITIM
Eserin Her Türlü Basım Hakkı Anlaşmalı Olarak
STS Yayıncılığa Aittir. İzinsiz Çoğaltılıp Kopyalanamaz.

Sertifika No: 11132
ISBN:978-605-9252-30-0

Kitabın Adı:
Meme Kanseri Cerrahisi Sürecinde Bilmeniz Gerekenler

Yazan:
Sema KOÇAN - Ayla GÜRSOY

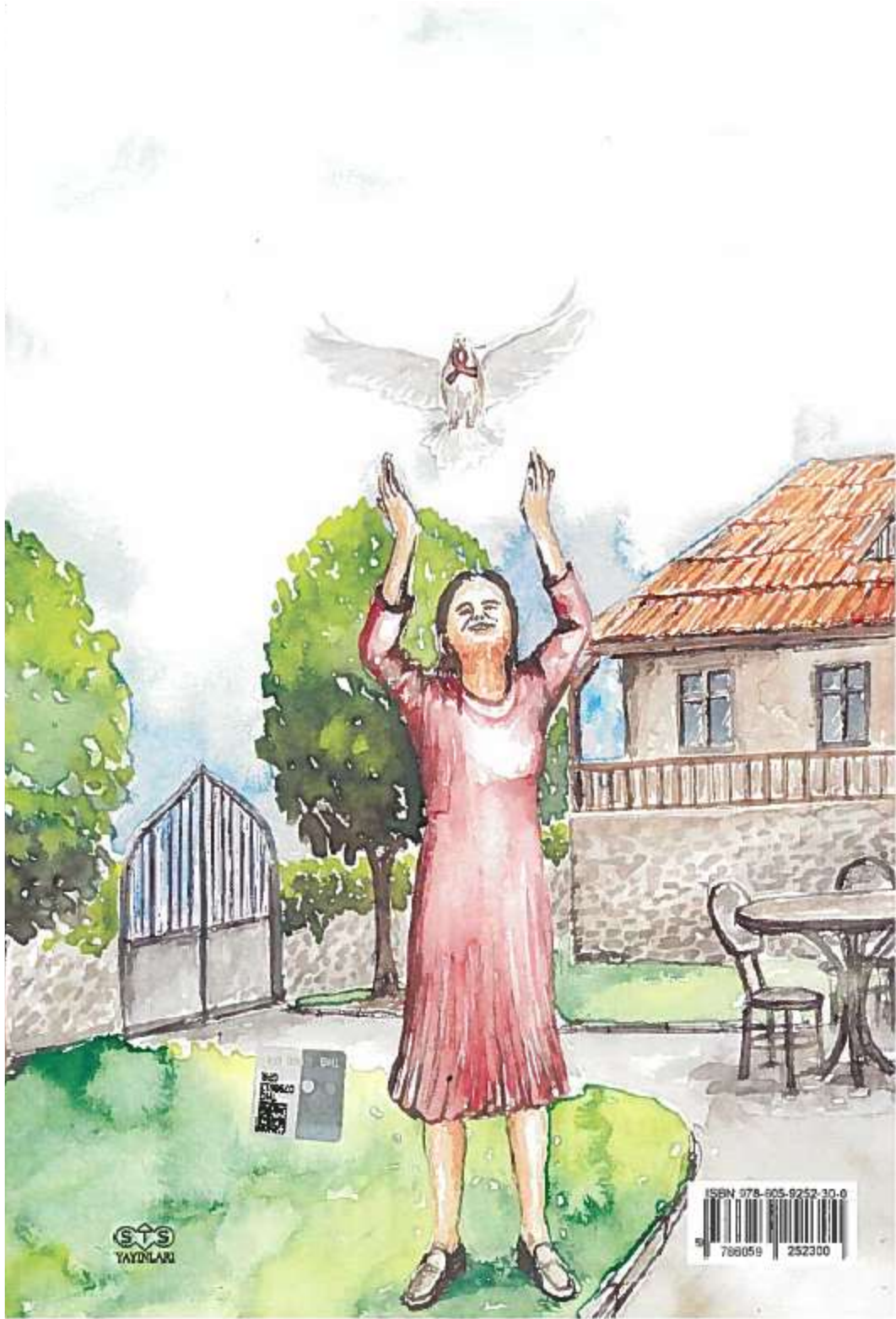
Grafik Tasarım - Resimlerin Çizimi ve Kapak Tasarım:
Gökçe ARİFOĞLU - Şener ÖZTÜRK

Baskı:
STS MATBAACILIK

1.Baskı / Mayıs 2017

İletişim:
STS Kitap Kırtasiye Basım Yayın Dağıtım
Tophane Mh. Atatürk Cd. No:456/B RİZE
Telefax:0464 214 18 18

10.9. EK 9 (Devam) Eğitim Kitabı



10. 10. EK 10 Eğitim Planı

A. Amaç: Eğitim sonunda

- Hastalara;
- Meme kanseri cerrahisi ve ameliyat öncesi dönemdeki hazırlıkları,
- Ameliyat sonrası dönemde hem hastanede hem de taburculuk sonrası evde ortaya çıkabilecek sorunları, gelişebilecek bu sorunların gelişmemesine yönelik yapılması gerekenler önlemleri öğretmektir.
- Ayrıca hastaların beden imajlarını korumak/olumlu etkilemek, anksiyetelerini azaltmak ve yaşam kalitelerini yükseltmektir.

B. Hedef Grup: İlk kez meme kanseri ve primer meme kanseri olan, MRM ya da MKC olan, tanısını bilen, 18-65 yaş arası, Türkçe konuşabilen, okur-yazar olan hastalar.

C. Eğitim Zamanı ve Süresi: İlk eğitim, ameliyattan bir gün önce; ikinci eğitim, taburcu olmadan bir gün önce yapılacaktır. Eğitimler klinikte verilecektir.

Ameliyattan önceki eğitim 40 dakika, taburcu olmadan önceki eğitim 60 dakika olmak üzere, toplam 100 dakikadır.

D. Eğitim yeri: Hasta odasında bireysel olarak

E. Kullanılacak Yöntem ve Materyaller: Eğitim önce birebir ve yüz yüze olarak sözel yapıldıktan sonra eğitim materyali olarak araştırmacı tarafından hastalara yönelik geliştirilen “Meme Kanseri Cerrahisi Sürecinde Bilmeniz Gerekenler” konulu eğitim kitabı hastalara verilecektir. Eğitimler sırasında düz anlatım, soru-cevap yöntemleri kullanılacaktır. Ayrıca eğitimlerde kullanılacak olan eğitim kitabında yer alan şekiller ve resimlerden faydalanılacaktır.

F. Konuların işlenişi:

- Hastalara eğitim kitabı doğrultusunda yer alan konular şekiller ve resimlerden de yararlanılarak anlatılır.
- Hastalara dikkat edeceği hususları ve uygulamaları yapması, anlatılan konuları tekrarlaması istenir.
- Hastaların yanlışları varsa düzeltilir ve varsa soruları cevaplanır.

10. 10. EK 10 (Devam) Eğitim Planı

G. Eğitim İçeriği:

- Ameliyattan bir gün önce

1. Ameliyat öncesi dönem

1.1. Meme kanserinin cerrahi tedavi yöntemleri

1.1.1. Meme koruyucu cerrahi

1.1.2. Meme koruyucu olmayan cerrahi (Modifiye radikal mastektomi)

1.1.3. Koltuk altı lenf bezlerinin çıkarılması

1.2. Ameliyat öncesi hazırlık

1.2.1. Ameliyattan bir gün önceki geceye kadar olan hazırlık

1.2.1.1. Fizyolojik hazırlık

1.2.1.2. Psikolojik hazırlık

1.2.1.3. Yasal hazırlık

1.2.1.4. Ameliyat öncesi eğitim

1.2.2. Ameliyattan önceki gece hazırlığı

1.2.3. Ameliyat günü hazırlığı

2. Ameliyat sonrası dönem

2.1. Hastanede yattığınız süre içinde ortaya çıkabilecek sorunlar ve yapılması gerekenler

2.1.1. Cerrahi yara

2.1.2. Kanama

2.1.3. Ağrı

2.1.4. Ameliyat bölgesinde sıvı toplanması (seroma)

2.1.5. Enfeksiyon

2.1.6. Beden imajı değişimi

- Taburcu olmadan bir gün önce

-
- 2.2. Taburculuk sonrası evde ortaya çıkabilecek sorunlar ve yapılması gerekenler
 - 2.2.1. Cerrahi yara
 - 2.2.2. Kanama
 - 2.2.3. Ağrı
 - 2.2.4. Enfeksiyon
 - 2.2.5. Hareket kısıtlılığına bağlı kolda fonksiyon kaybı (omuz sertliği- donuk omuz)
 - 2.2.6. Lenfödem
 - 2.2.6.1. Hangi durumlar lenfödem riskini artırır?
 - 2.2.6.2. Lenfödem belirtileri
 - 2.2.6.3. Lenfödem gelişmemesi için neler yapılmalı?
 - 2.3. Kol için egzersiz programları
 - 2.4. Psikolojik ve sosyal sorunlar
 - 2.4.1. Kaygı
 - 2.4.2. Uyku ile ilgili sorunlar
 - 2.4.3. Yeme ile ilgili sorunlar
 - 2.4.4. İlaç etkileşimleri
 - 2.5. Beden imajı değişimine yönelik öneriler
 - 2.6. Cinsel yaşam
 - 2.7. İş yaşamı
 - 2.8. Spor yapma
 - 2.9. Seyahat etme
 - 2.10. Giysi seçimi
 - 2.11. Protez seçimi ve meme rekonstrüksiyonu (memenin yeniden yapılandırılması)
 - 2.12. Meme kanserinde cerrahi dışındaki tedavi yöntemleri
 - 2.12.1. Meme kanserinde kemoterapi
 - 2.12.2. Meme kanserinde radyoterapi
 - 2.12.3. Meme kanserinde hormonoterapi
 - 2.13. Tedavi sonrası kontrol sıklıkları
 - 2.14. Kendi kendine meme muayenesi (KKMM)
 - 2.14.1. KKMM ne zaman yapılmalıdır?
 - 2.14.2. KKMM nasıl yapılır?
 - 2.14.2.1. Gözlem yaparak muayene
 - 2.14.2.2. Dokunarak elle muayene
 - 2.14.3. KKMM yaparken hangi bölgeleri muayene edelim?
 - 2.14.4. Elle muayenede hangi parmakları nasıl kullanalım?
 - 2.14.5. Bölgenin elle muayenesi
 - 2.15. Meme kanseri tarama programı
-

konularında eğitim verilecektir.

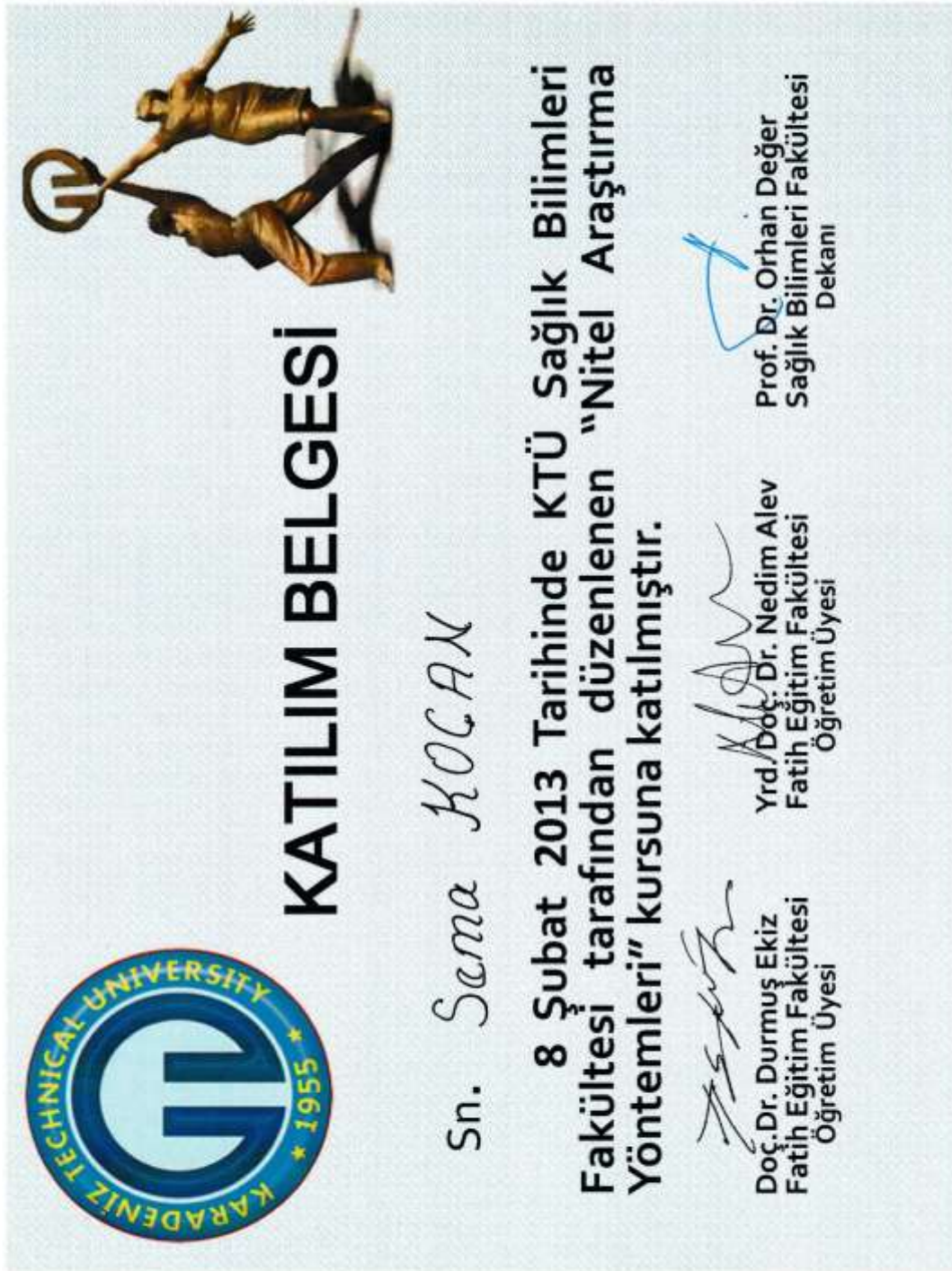
10.11. EK 11 Meme Kanseri Hemşireliği Kursu Katılım Belgesi



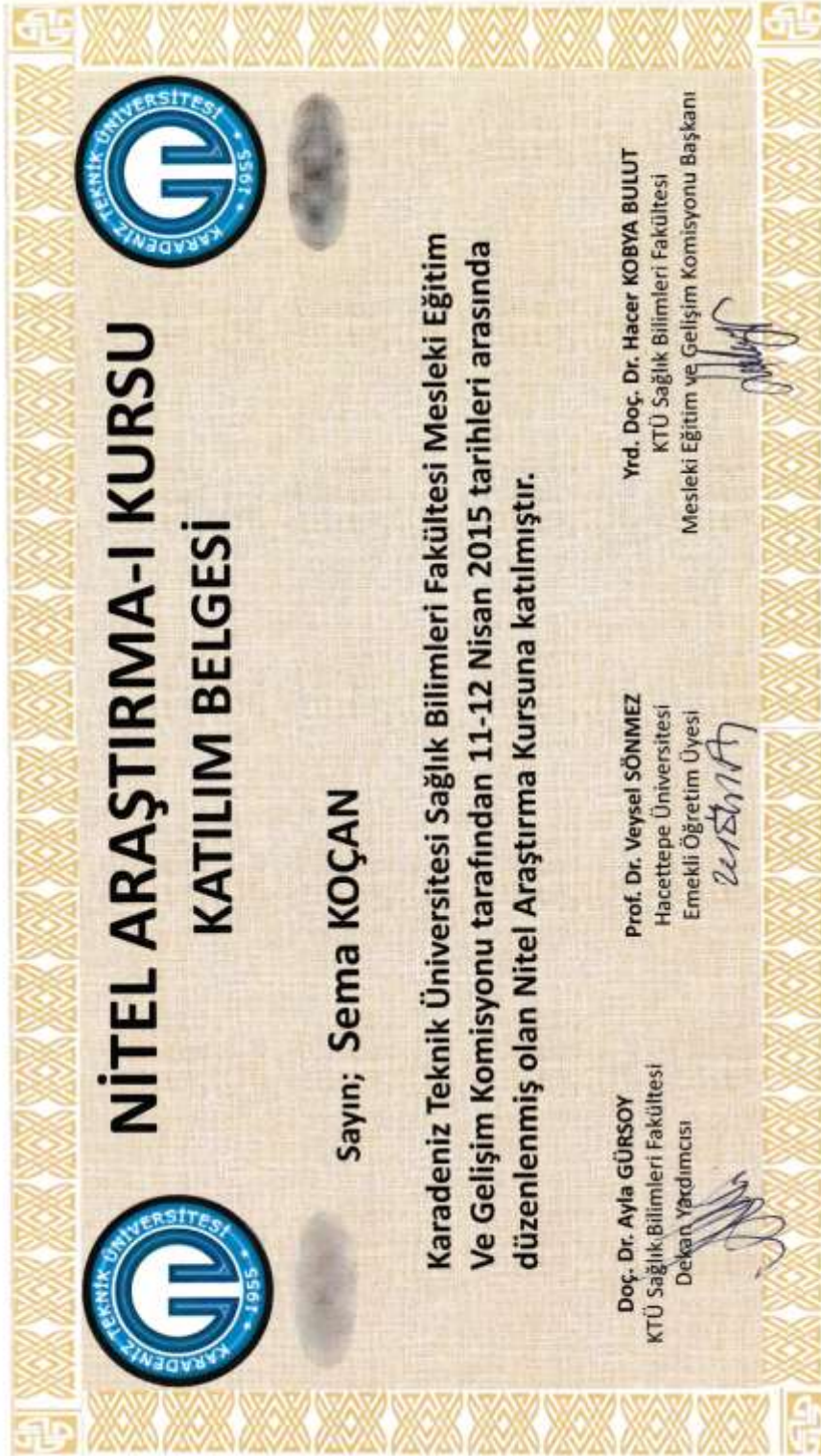
10.12. EK 12 Niteliksel Araştırma Kursu Sertifikaları



10.12. EK 12 (Devam) Niteliksel Araştırma Kursu Sertifikaları



10.12. EK 12 (Devam) Niteliksel Araştırma Kursu Sertifikaları



10.12. EK 12 (Devam) Niteliksel Araştırma Kursu Sertifikaları



10.13. EK 13 Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kurum İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Rize İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 64960800/799
Konu : Çalışma İzni

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulunda görev yapmakta olan Öğr. Gör. Sema KOÇAN, Birliğimiz T.C Sağlık Bakanlığı Rize İli Kamu Hastaneleri Birliği Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde "Meme Kanseri Cerrhisi Geçiren Hastalara Meme Bakım Hemşiresi Tarafından Verilen Eğitimin Beden İmajı, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" konulu çalışmasını yapmak üzere tarafına izin verilmesini talep etmektedir.

Çalışma planı incelenmiş olup, çalışma süresince değişikliğe gidilmeden; birliğimize bağlı ilgili sağlık tesisinde sunulan hizmeti aksatmayacak şekilde, gönüllülük esasına riayet edilerek, hasta mahremiyeti ve bilgi güvenliği hususlarında güvenlik tedbirleri alınarak çalışmanın yürütülmesi, yapılacak çalışma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi ve çalışma sonucu ile ilgili Genel Sekreterliğimize bilgi verilmesi kaydıyla söz konusu çalışmanın Genel Sekreterliğimize bağlı ilgili sağlık tesisinde uygulaması uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Hakan GÖRGÜLÜ
İdari Hizmetler Başkanı

O L U R

.../.../2016

Op. Dr. Gökhan DEMİRAL
Genel Sekreter

Bilgilerinize rica ederim.

Dağıtım:
Gereği:
Öğr.Gör.Sema Koçan

Bilgi:
T.C. Sağlık Bakanlığı Rize Khb Recep Tayyip
Erdoğan Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Rize Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim Birimi Rize Devlet Hastanesi Kat:2 B Blok Rize
Havva FURAT Tlf.No: 04642130500-1855- Faks: 04642142060 E-posta: khb53.egitim@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c28c976-df78-43d1-ac31-b8f1ae334daa kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

10.14. EK 14 Bilgilendirilmiş Onam Formu

**ARAŞTIRMANIN ADI: MEME KANSERİ CERRAHİSİ GEÇİREN HASTALARA
MEME BAKIM HEMŞİRESİ TARAFINDAN VERİLEN EĞİTİMİN
BEDEN İMAJI, ANKSİYETE VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Çalışma, cerrahi tedavi süreci içinde meme bakım hemşiresi tarafından verilen eğitimin hastaların beden imajı, anksiyete ve yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlandı.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 18 yaşından büyük ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmanız gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim-Araştırma Hastanesi'nde bir yıl içinde meme kanseri nedeniyle cerrahi tedavi olacak hastalar oluşturacaktır. Çalışmanın ilk bölümünde; hastalarla ameliyattan bir gün önce, ameliyattan bir gün sonra, taburcu olmadan önce ve bir ay sonra (ilk kemoterapi küründen önce) görüşülecektir. Ameliyattan 24 saat sonraki görüşme bir ziyaret amacı taşırken; görüşülen diğer süreçlerde hastaya sözlü ve eğitim kitapçığı ile yazılı olarak içinde bulunduğu süreçte ilişkin eğitim verilecektir. Verilen eğitim sonrasında hastalara ölçekler ve anket

10.14. EK 14 (Devam) Bilgilendirilmiş Onam Formu

uygulanacaktır. Çalışmanın ikinci kısmında ise; bir yıl içinde meme kanseri nedeniyle cerrahi tedavi olacak hastaların içinden son görüşmede seçilen 15 kadınla yapılacak ve görüşmede hastalara meme bakım hemşiresi tarafından yapılan eğitimin hastaların yaşam kaliteleri üzerine etkisine ilişkin açık uçlu sorular sorulacaktır.

Belirlenen randevu gününde kadınların evlerine gidilerek görüşmenin amacı, nasıl yapılacağı ve ses kaydının olacağı tekrar anlatılacak, kadınların sözlü ve yazılı onamları alınacaktır. Onam sırasında bir başka araştırmacı şahit olarak bulunacaktır. Görüşme kadınların kendi evlerinde, yalnızca araştırmacı ve görüşmecinin bulunduğu ve görüşme yapmaya uygun bir odada yapılacaktır. Bireyin aynı kavramları kullandığı ve yeni bir bilgi ve kavram elde edilmediği noktaya kadar görüşmeye devam edilecektir. Bu süre görüşmelere göre değişiklik göstermekle beraber, tahmini ortalama süresi ortalama 45 dakika olacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak sorulara içtenlikle yanıt vermeniz beklenmektedir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Çalışmaya etik kurul onayından sonraki altı ay içinde Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim-Araştırma Hastanesi'nde meme kanseri nedeniyle cerrahi tedavi olacak hastalar dahil edilecektir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Çalışmada eğitimler verileceği ve verilen eğitimler 1 ay sonra değerlendirileceği için bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre yaklaşık 1,5 aydır.

10.14. EK 14 (Devam) Bilgilendirilmiş Onam Formu

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Hastalık sürecinde kadınların karşılaştıkları sorunlarını ve duygularını ifade etme gereksinimleri vardır. Hasta bu olumsuz beden imajına alışabilmek için bazı baş etme yöntemlerini kullanmaya çalışacaktır. Ancak her baş etme yöntemi hastayı başarıya ulaştırmayabilir. Hemşireler bu süreçte danışmanlık ve eğiticilik rollerini kullanarak ameliyat öncesi ve sonrası hastaları bilgilendirmeli, desteklemeli ve etkin baş etme yöntemleri için yol gösterici olmalıdır. Amaç sadece hastanın hastalığını tedavi etmek değil; hastaya bütüncül yaklaşım gösterip onu sosyal ve duygusal yönden desteklemektir. Yapılan çalışmalarda meme bakım hemşiresinin bu zorlu süreçte kadına yol gösterici ve yanında olmasının karşılaşılabilecek problemlerin önüne geçtiği ve hastaların memnun oldukları belirlenmiştir. Ülkemiz dışında meme bakım hemşireliği etkinliğinin değerlendirildiği birçok çalışma bulunmaktadır. Ancak ülkemiz alanyazılarında meme bakım hemşiresinin bakım etkinliğini ortaya koyan çalışma sınırlıdır. Meme bakım hemşireliğinin ülkemizde gelişmesi için bu tür çalışmalara gereksinim bulunmaktadır. Çalışmaya katılım ile meme bakım hemşiresi tarafından verilen eğitimin değerlendirilmesine ve ülkemizde bir eksiklik olan meme bakım hemşireliğine dikkat çekmeye katkı sağlanacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Çalışmaya katılma ile beklenen herhangi bir risk saptanmamıştır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Araştırma sürecinde birlikte kullanılmasının sakıncalı olduğu bilinen ilaç ve besin yoktur.

10.14. EK 14 (Devam) Bilgilendirilmiş Onam Formu

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Anket formunun doldurulmasında verdiğiniz yanıtların içten olmadığı izlenimi olduğu takdirde ve araştırmaya katılmayı gönüllü olmadığınızı belirtmeniz durumunda araştırmacı sizi çalışmadan çıkarabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Çalışma kapsamında herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Çalışma nedeniyle herhangi bir zarar görmeniz mümkün değildir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Çalışma süresince herhangi bir sorun olduğunda, eğitimleri yürüten meme bakım hemşireliği sertifikası olan araştırmacıyla paylaşabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Size, anket formları, ölçekler ya da eğitim için herhangi bir araştırma masrafı ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Yoktur.

10.14. EK 14 (Devam) Bilgilendirilmiş Onam Formu

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda

10.14. EK 14 (Devam) Bilgilendirilmiş Onam Formu

araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİ DIŞINDAN YETKİN BİR HEKİM		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI

Sayı : 24237859-246
Konu: Etik kurul onay belgesi

04/05/2016

Sayın; Doç.Dr.Ayla GÜRSOY
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD.

"Meme Kanseri Cerrahisi Geçiren Hastalara Meme Bakım Hemşiresi Tarafından Verilen Eğitimin Beden İmajı, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı etik kurul 2016/47 no.lu tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı-Soyadı: SEMA KOÇAN

Uyruğu: TC

Doğum Tarihi ve Yeri: 04.02.1987-Yozgat

Medeni Hali: Evli

Telefon: 0464 2220016

E-posta: semakocan66@gmail.com

Yazışma adresi: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Zihni Derin Yerleşkesi Sağlık Hizmetleri MYO. Fener Mahallesi 53100 Merkez/RİZE

EĞİTİM BİLGİLERİ

Yüksek Lisans, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 2010-2014

Lisans, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik, 2005-2009

YAPTIĞI TEZLER

Yüksek Lisans, "Mastektominin Kadınların Beden İmajına Etkisi", Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ocak, 2014.

YABANCI DİLLER

İngilizce, Orta

MESLEKİ DENEYİM

- **Hemşire,** Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Birimler, Genel Cerrahi- Göğüs Cerrahi Kliniği ve Acil Kliniği, 11.07.2010 - 15.04.2012
- **Hemşire,** Karadeniz Teknik Üniversitesi, Farabi Hastanesi Cerrahi Birimler, Genel Cerrahi Kliniği, 31.08.2009 -27.06.2010

AKADEMİK UNVANLAR/GÖREVLER

- **Öğr. Gör.,** Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, 2012 - Devam Ediyor
- **Arş. Gör.,** Artvin Çoruh Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, 2012 - 2012

VERİLEN DERSLER

2016-2017 Eğitim- Öğretim Yılı	2017-2018 Eğitim- Öğretim Yılı
Anesteziye Giriş	Anesteziye Giriş
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği	Anestezide Farmakoloji
	Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği

SCI, SSCI, AHCI INDEXLERİNE GİREN DERGİLERDE YAYINLANAN MAKALELER

1. Gürsoy A, Koçan S, Aktuğ C (2017). Nothing is more important than my partner's health: Turkish men's perspectives on partner's appearance after mastectomy and alopecia. *European Journal of Oncology Nursing* 29: 23-30.
2. Cevik AB, Karaaslan MM, Koçan S, Pekmezci H, Sahin S, Kirbas A, Ayaz T (2016). Prevalence and screening for risk factors of type 2 diabetes in Rize, Northeast Turkey: findings from a population-based study. *Primary Care Diabetes* 10:10-18.

DİĞER DERGİLERDE YAYINLANAN MAKALELER

1. Koçan S, Demirci Güngördü N, Üstün Ç, Demir A (2017). Bir Grup Sağlık Çalışanının Bakış Açısıyla Göçmen Sorunu: Nitel Bir Çalışma. *Journal of Turkish Studies* 12: 361-378.
2. Demirci Güngördü N, Koçan S, Üstün Ç (2017). Yaşlı Bakım Teknikerleri Adaylarının Meslek Algısı ve Meslekten Beklentileri Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Researcher Social Science Studies* 5: 560-570.
3. Aydın A, Koçan S, Gürsoy A, Aktuğ C, Kavgacı A, Yılmaz A (2017). Are We Traditionalist or Innovative In Preoperative Period According To the Enhanced Recovery After Surgery?. *Journal of Nursing & Health Care* 2: 1-5.
4. Koçan S, Gürsoy A (2016). Mastektomi Olan Kadınlarda Beden İmajı Değişimi. *International Refereed Journal of Nursing Researches* 8: 206-226.
5. Bayındır Çevik A, Pekmezci Purut H, Koçan S (2016). Sağlık Eğitimi Alan Kız Öğrencilerinin Osteoporoz Risk Faktörleri ve Farkındalıklarının Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri* 3: 31-38.
6. Koçan S, Gürsoy A (2016). Septik şok ve hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 32: 173-186.

7. Koçan S, Gürsoy A (2016). Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *Journal of Breast Health* 12: 145-150.
8. Koçan S, Gürsoy A (2015). Sepsis ve Septik Şokta Bakım İndikatörleri. *Sağlıkla Dergisi* 42-43.

KİTAP VEYA KİTAPLARDA BÖLÜMLER

1. Üstün Ç, Demirci Güngördü N, Koçan S (2014). Sağlıkta Şiddet Sorunu: Sağlık Çalışanları Üzerinde Nitel Bir Çalışma. *Sağlıkta Şiddet Sorunu* (Edt: Akgün A, Erhan E, Köksal M). Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir; 29-56.

DESTEKLENEN PROJELER

1. "Erkeklerin meme kanseri tedavisinde bağlı fiziksel değişikliği olan eşlerinin görünümüne ilişkin algıları", Diğer Kamu Kuruluşlarınca Desteklenen, 2013-4, Araştırmacı, 2015.
2. "Rize İlinde Yaşayan Erişkinlerde Kardiyometabolik Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi ve Yönetimi: Bir Saha Araştırması", BAP Araştırma Projesi, 2012.110.01.1, Araştırmacı, 2014.

HAKEMLİ KONGRE/SEMPOZYUM BİLDİRİ KİTAPLARINDA YER ALAN YAYINLAR

1. Üstün Ç, Demirci Güngördü N, Koçan S (2013). Sağlıkta Şiddet Sorunu: Sağlık Çalışanları Üzerinde Nitel Bir Çalışma. *Sağlıkta Şiddet Sempozyumu-I*. İzmir, Türkiye.
2. Koçan S, Demirci Güngördü N (2017). Breast Cancer Surgery With An Ethical View. *International Congress on Ethics in Nursing Applications*. İzmir, Türkiye; pp. 356-357.
3. Koçan S, Gürsoy A (2017). Zihinsel Engeli Olan Mastektomi Olmuş Bireyin Perioperatif Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. 22. Ulusal Kanser Kongresi. Antalya, Türkiye; ss.677-677.
4. Aydın A, Koçan S, Gürsoy A, Aktuğ C, Kavgacı A, Yılmaz A (2017). According To The Enhanced Recovery After Surgery Can We Traditionalist Or Innovative In Preoperative Period?. *Congress 8TH EORNA*. Rhodes Island, Yunanistan; ss. 174-174.
5. Gürsoy A, Koçan S, Aktuğ C (2017). "Hiç Birşey Eşimin Sağlığından Daha Önemli Değil": Erkeklerin Mastektomi ve Alopesi Sonrası Eşlerinin

- Görünümlerine İlişkin Algıları". 22. Ulusal Kanser Kongresi. Antalya, Türkiye; ss.293-293.
6. Koçan S, Demirci Güngördü N, Üstün Ç, Gürsoy A, Kahraman A (2017). Life Perceptions of People with Stoma: A Qualitative Research. International Congress on Ethics in Nursing Applications. İzmir, Türkiye; pp.285-286.
 7. Demirci Güngördü N, Koçan S, Üstün Ç (2017). A Group of Nursing Students' Views Related to the Patient's well-being in the Intraoperative Period. International Congress on Ethics in Nursing Applications. İzmir, Türkiye; pp.277-278.
 8. GÜDÜ G, Demirci H, Koçan S, Demirci Güngördü N (2016). Hemşirelik Uygulamalarında Teknoloji: Avantaj mı? Dezavantaj mı? Nitel Bir Çalışma. Uluslararası Katılımlı 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi. Eskişehir, Türkiye; pp.74-74.
 9. Altındaş Z, Koçan S, Demirci Güngördü N (2016). Bir Grup Hemşirelik Öğrencilerinin Temel Bilgi Teknolojileri Dersinden Beklentileri ve Dersin Klinik Uygulamaya Yansıması Üzerine Nitel Bir Araştırma. Uluslararası Katılımlı 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi. Eskişehir, Türkiye; pp.283-283.
 10. Aydın A, Koçan S, Gürsoy A, Aktuğ C, Kavgacı A, Yılmaz A (2016). Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokollerine Göre Ameliyat Öncesi Gelenekselci Miyiz, Yenilikçi Mi?. 20. Ulusal Cerrahi ve 15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi. Antalya, Türkiye.
 11. Üstün Ç, Koçan S, Demirci Güngördü N (2016). Bir Grup Sağlık Çalışanının Bakış Açısıyla Göçmen Sorunu: Nitel Bir Çalışma. II. Ulusal Hemşirelik Tarihi Kongresi. İzmir, Türkiye.
 12. Koçan S, Gürsoy A (2016). Sepsis ve Septik Şokta Güncel Yaklaşımlar. 20. Ulusal Cerrahi ve 15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi. Antalya, Türkiye.
 13. Gürsoy A, Koçan S, Aktuğ C (2016). Men's Perceptions Concerning Their Wives Appearance with Physical Change Depending on Treatment for Breast Cancer. Breastanbul The Conference. İstanbul, Türkiye; pp.64-64.
 14. Koçan S, Gürsoy A, Ertürk M (2015). Postoperatif erken mobilizasyonun hemodinamik değişiklikler üzerine etkisi. Uludağ Üniversitesi 6. Genel Cerrahide Güncel Yaklaşımlar Toplantısı. Bursa, Türkiye; ss.25-25.

15. Koçan S, Gürsoy A, Candaş B (2015). Preoperatif Dönem Hasta Beslenmesine İlişkin Yenilikler. 9.Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi. Muğla, Türkiye.
16. Koçan S, Gürsoy A (2015). “Ben Stoması Olan Bir Çalışanım”: Stoması Olan Bireylerin İş Yaşamının Düzenlenmesinde Hemşirenin Rolü. 21. Ulusal Kanser Kongresi, Antalya, Türkiye; 1(1): 710.
17. Demirci Güngördü N, Koçan S, Üstün Ç (2014). Sözlü Tarih Çerçevesinde Bir Hemşirenin Meslek Tarihi İle İlgili Hatırları. I. Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Tarihi Kongresi. İzmir, Türkiye.
18. Koçan S, Gürsoy A (2014). The Impact Of Mastectomy On Women's Body Image. 9th European Oncology Nursing Society (EONS) Congress. İstanbul, Türkiye; pp.13-13.
19. Koçan S, Gürsoy A (2014). Yoğun Bakım Ünitelerinde Sepsis, Septik Şok Ve Hemşirelik Bakımı. Karadeniz Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi. Trabzon, Türkiye; 1(1): 1-2.
20. Bayındır Çevik A, Albayrak Ö, Pekmezci Purut H, Kurt Ş, Koçan S (2014). Rize İlinde Çalışan Hemşirelerin Tip 2 Diyabet Riskleri ve Farkındalık Geliştirme Eğitiminin Etkinliği. 50.Ulusal Diyabet Kongresi. Antalya, Türkiye; ss. 291-291.
21. Bayındır Çevik A, Koçan S, Metin Karaaslan M, Pekmezci Purut H, Ayaz T, Baydur Şahin S et al (2013). Evaluation of Cardiometabolic Risks In The Adult Population of Rize. 17th International Nursing Research Conference. Lleida, Spain; pp.466-466.
22. Bayındır Çevik A, Koçan S, Metin Karaaslan M, Pekmezci Purut H, Ayaz T, Baydur Şahin S et al (2013). Rize İli Erişkinlerinin Kardiyovasküler Hastalık Risklerinin Framingham Risk Modeli ile Değerlendirilmesi. 15. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Antalya, Türkiye; ss.496-496.
23. Koçan S, Gürsoy A (2013). Mastektomi Olan Hastalara Empati Yapabilme Becerisi Kazanma Deneyimi. 20. Ulusal Kanser Kongresi. Antalya, Türkiye; 1(1): 107.
24. Koçan S, Gürsoy A (2013). Mastektomi ve Beden İmajı. 20. Ulusal Kanser Kongresi. Antalya, Türkiye; 1(1): 107.