

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MEME KANSERİ OLAN KADINLARDA L.E.A.R.N.S. MODELİNİN
DESTEK GEREKSİNİMLERİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

HAZIRLAYAN
Öğr. Gör. Müjgan SOLAK

DANIŞMAN
Doç.Dr.Türkan ÖZBAYIR

İZMİR
2018

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MEME KANSERİ OLAN KADINLARDA L.E.A.R.N.S. MODELİNİN
DESTEK GEREKSİNİMLERİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

HAZIRLAYAN
Öğr. Gör. Müjgan SOLAK

DANIŞMAN
Doç.Dr.Türkan ÖZBAYIR

İZMİR

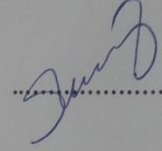
2018

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

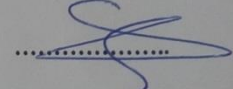
(İmza)

Başkan: Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR

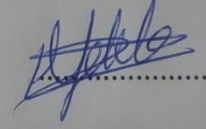


(Danışman)

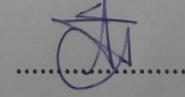
Üye: Doç.Dr. Emel YILMAZ



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Yelda CANDAN DÖNMEZ



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Özlem BİLİK



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Nurdan GEZER



Doktora tezinin kabul edildiği tarih: 04.07.2018

ÖNSÖZ

Doktora eğitimim süresince bilgi ve deneyimleriyle akademik ve kişisel gelişimime rehberlik eden, bu süreçte desteğini, zamanını ve içtenliğini esirgemeyen, her zaman yanımda olan çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR'a,

Doktora eğitimimiz boyunca bilimsel ve düşüncel olarak bizi en iyi şekilde yetiştirmeye çalışan değerli hocalarım Sayın Prof.Dr. Meryem YAVUZ VAN GİERSBERGEN ve Prof.Dr.Fatma DEMİR KORKMAZ'a

Tez süresince değerli görüş ve önerileri ile destek olan Sayın Doç. Dr. Emel YILMAZ'a ve Yard.Doç.Dr. Yelda CANDAN DÖNMEZ'e,

Tezimin metodolojik aşamasında, istatistiksel analizlerin yapılması ve yorumlanmasında sonsuz destek sağlayan Ege Üniversitesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim anabilim dalı bölümü öğretim elemanı sayın Hatice ULUER'e,

Eğitim kitapçığının hazırlanmasında görüş ve önerileri ile destek sağlayan değerli hocalarımıza,

Tezimin uygulamaları sırasında çok değerli katkıları ve samimi desteklerini esirgemeyen, bana olan yardımlarını hep hatırlayacağım meme polikliniği hemşiresi Ayşen GÜZELİPEK'e, meme polikliniği sekreteri Aysun DİKMEN'e

Araştırmayı destekleyen Ege Üniversitesi, Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimine,

Araştırma süresince çalışma verilerimin gruplandırılması, analiz yapılması ve yorumlanmasında bana destek veren arkadaşım Araş.Gör.Sevcan TOPÇU'ya,

Tez çalışmama gönüllü olarak katılarak araştırmamı gerçekleştirme fırsatı veren kişisel gelişimime önemli katkılar sağlayan tüm hastalarım,

Tanıştığımız günden beri dostluklarını ve iyi niyetlerini gördüğüm, Ege Üniversitesi hastanesi genel cerrahi servisi hemşirelerine,

Bu süreçte beni manevi olarak destekleyen, yanında olduklarını hissettiğim tüm arkadaşlarıma ve dostlarıma,

Hayatımın her aşamasında beni destekleyen ve her zaman yanımda olan çok değerli aileme,

Kendilerinden çaldığım zamana rağmen bana güç veren, varlıklarıyla hayatıma anlam ve mutluluk katan canım kızlarıma, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İzmir -2018

Müjgan SOLAK

ÖZET

Meme Kanseri Olan Kadınlarda L.E.A.R.N.S. Modelinin Destek Gereksinimleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Amaç: Araştırma, meme kanseri olan kadınlarda L.E.A.R.N.S. modelinin destek gereksinimleri ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmış yarı deneysel bir çalışmadır.

Gereç ve Yöntem: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı kliniğine, 3 Ocak – 15 Kasım 2017 tarihleri arasında tarihleri arasında ameliyat olmak için yatan meme kanseri tanısı konulan hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise; araştırmanın sınırlılıklarına uyan ve basit randomizasyon yöntemi ile belirlenen, 36'ı girişim, 37'ı kontrol grubunda yer alan toplam 73 hasta oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan hastalar üç ay süresince izlenmiştir. Araştırma verileri; kişisel bilgi formu, meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri değerlendirmeleri ölçeği, yaşam kalitesi ölçeği (EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23) ve distres termometresi kullanarak yüz yüze görüşme ile elde edilmiştir. Girişim grubuna L.E.A.R.N.S. modeline göre yapılandırılmış beş oturumdan oluşan bireysel eğitim programı ameliyat öncesi, taburcu olmadan önce, ameliyattan bir hafta sonra, birinci ve üçüncü ayda uygulanmıştır. Girişim grubunun eğitim programında kullanılmak üzere ameliyat öncesi, sırası ve sonrası, yaşam kalitelerini iyileştirmeye yönelik eğitim kitapçığı taburcu olmadan önce verilmiştir.

Veriler; sayı, yüzde dağılımı, ortalama-standart sapma, minimum, maksimum değeri, Pearson Ki-Kare Testi, Fisher's Exact, t-testi, Mann-Whitney U testi, Friedman testi, Wilcoxon signed ranks testi, Cochran testi, McNemar Testi, Pearson korelasyon analizi kullanarak analiz edilmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için Etik Kuruldan ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden yazılı izinler alınmıştır.

Bulgular: Girişim grubu kadınların yaş ortalaması $\bar{X}=46.56+10.40$, kontrol grubunun yaş ortalaması $\bar{X}=49.16+9.68$ 'dir. Girişim grubunun %37.8'si, kontrol grubunun %30.6'sı üniversite mezunudur. Girişim ve kontrol grubu arasında sosyo-demografik ve hastalık özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Girişim ve kontrol grubu arasında yaşam kalitesi ölçeği (QLQ-C30) alt boyutları genel iyilik hali, fiziksel fonksiyon, bilişsel durum, yorgunluk, ağrı, dispne, uyku bozukluğu, iştahsızlık, kabızlık, finansal zorluk puan ortalamaları yönünden gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Girişim ve kontrol grubu arasında yaşam kalitesi ölçeği (QLQ-BR23) alt boyutları beden imgesi, cinsel yaşam, gelecek kaygısı, sistemik yan etkiler, meme semptomları, kol semptomları puan ortalamaları yönünden gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p <0.05$).

Girişim ve kontrol grubu destek gereksinimleri ölçeği genel toplam puan ortalaması arasında gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p <0.05$).

Yapılan üç aylık izlem sonucunda girişim grubunu oluşturan hastaların %13.5'inde, kontrol grubu hastaların %52.8'inde komplikasyon geliştiği belirlenerek, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p>0.05$). Girişim grubu hastaların %73'ünün, kontrol grubu hastaların %33.3'ünün yürüyüş yaptığı belirlenerek, gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Girişim grubu hastaların %70.3'ünün, kontrol grubu hastaların %13.9'nün kol egzersizlerini yaptığı belirlenerek, gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırmadan elde edilen sonuçlar; L.E.A.R.N.S. modeli temelli eğitim programının, meme kanserli kadınların yaşam kalitesine ve destek gereksinimlerinin karşılanmasına olumlu etkisinin olduğunu göstermiştir. Bu sonuç eğitim programının etkililiğine yönelik hipotezimizi doğruladı. Kanıta dayalı bir L.E.A.R.N.S. modelinin hasta eğitiminde kullanılmasının yaygınlaştırılması, L.E.A.R.N.S.'nin etkililiğini ve etkisini belirlemek için başka araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Meme Kanseri, Yaşam Kalitesi, Destek Gereksinimleri, Hasta Eğitimi.

ABSTRACT

Impact on Quality of Life and Support Needs of L.E.A.R.N.S. Models in Women With Breast Cancer

Purpose: This quasi-experimental study was conducted to explore the support needs of L.E.A.R.N.S. model and its impact on women with breast cancer.

Material and Methods: The universe of the study was composed of patients diagnosed with breast cancer who were hospitalized to undergo an operation at Ege University Medical Faculty Hospital General Surgery Department Clinic between January 3 and November 15, 2017. Study sample consisted of 73 women (37 in experimental, 36 in control group) identified with simple random sampling according to defined criteria. Patients participating in the study were observed for a three-month period. Research data were obtained via personal information form, Self-Support Needs Questionnaire for Women with Breast Cancer, Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23) and Distress Thermometer (DT) and face to face interviews. Experimental group was given individualized education programs with five sessions developed according to L.E.A.R.N.S. model before the operation and discharge, one week after surgery and in the 1st and 3rd months. Training booklet on improving life quality before, during and after the operation was given to patients in the experimental group before their discharge.

Data were analyzed by using number and percentage distribution, means-standard deviation, minimum/maximum values, Shapiro-Wilk Test, Pearson chi-square test, Fisher's Exact, t-test, Mann-Whitney U test, Friedman test, Wilcoxon signed ranks test, Cochran test, McNemar Test and Pearson correlation analysis. Written permits were obtained from the Ethics Committee and Medical Faculty Hospital.

Results: Average age of patients in the experimental group and control group were $\bar{X}=46.56+10.40$ and $\bar{X}=49.16+9.68$ respectively. 37.8% of the patients in the experimental group and 30.6% of the patients in the control group were university graduates. No statistically significant differences were found between the experimental and control group in terms of socio-demographic characteristics and patient characteristics ($p>0.05$). Statistically significant differences were found

between the experimental and control group means in Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) subscales such as general well-being, physical function, cognitive function, fatigue, pain, dyspnea, sleep disturbance, appetite loss, constipation and financial impact ($p < 0.05$).

Statistically significant differences were found between the experimental and control group means in Quality of Life Questionnaire (QLQ-BR23) subscales such as body image, sexual functioning, future perspective, systemic therapy side effects, breast symptoms and arm symptoms ($p < 0.05$).

A statistically significant difference was found in support needs questionnaire total mean scores for the experimental and control group ($p < 0.05$).

As a result of the three-month observation period, complications were identified in 13,5% of the patients in the experimental group and 52.8% of the patients in the control group with a statistically significant difference ($p > 0.05$). It was determined that 73% of the patients in the experimental group and 33.3% of the patients in the control group went for walks (with a statistically significant difference, $p < 0.05$). It was determined that 70.3% the patients in the experimental group 13.9% of the patients in the control group did arm exercises (with a statistically significant difference, $p < 0.05$).

Conclusion: According to the findings of the present study, it was found that L.E.A.R.N.S. model based education program had positive impact in meeting the quality of life and support needs of women with breast cancer. This result has validated our hypothesis regarding the effectiveness of the education program. Extending the use of evidence based L.E.A.R.N.S. model education in patient training and undertaking further research to determine the effectiveness and impact of L.E.A.R.N.S. are suggested in this study.

Key Words: Breast Cancer, Quality of Life, Support Needs, Patient Education.

KISALTMALAR

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

ACS : America Cancer Institute

WHO: World Healty Organization

ASCO: Amerikan Society Of Clinical Oncology

ESMO European Society Of Medical Oncology

NCCN: Natinoal Cancer Network

CDC: The Centers for Disease Control and Prevention

IOM: Institute of Medicine of National Academies

L.E.A.R.N.S.: Listen, Establish, Adopt, Reinforce, Name, Strengthen (Dinle, Kur, Uyum, Güçlendir, Yeni Bilgi ve Özyönetim)

NCI: National Cancer Institute.

BMI: Vücut Kitle İndeksi

LCIS :Lobular Karsinoma in Situ

DCIS :Duktal Karsinoma in Situ

MKC: Meme Koruyucu Cerrahi

SLNB: Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi

MRM: Modifiye Radikal Mastektomi

ALND: Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu

HER-2: İnsan Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü

LÖ: Lenfödem

MR: Magnetik Rezonans

İÇİNDEKİLER

ÖZET	I
ABSTRACT	III
KISALTMALAR	V
İÇİNDEKİLER	VII
TABLolar LİSTESİ	X
ŞEKİLLER LİSTESİ	XII
GRAFİKLER LİSTESİ.....	XII

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	9
1.3 Araştırmanın Hipotezleri.....	9
1.4.Araştırmanın Sınırlılıkları	9

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri ve Epidemiyolojisi	10
2.2. Meme Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	11
2.3. Meme Kanserinden Korunma	16
2.4. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları.....	17
2.5. Meme Kanseri Türleri.....	18
2.5.1.Lobuler Kanserler.....	19
2.5.2.Duktal Kanserler.....	19
2.5.3.İnflamatuvar Meme Kanseri.....	20
2.5.4.Meme Başı Paget Hastalığı.....	20
2.6.Meme Kanserinde Evreleme.....	20
2.7. Meme Kanserinde Tedavi.....	22
2.7.1.Cerrahi Tedavi	23
2.7.2.Radyoterapi	27
2.7.3.Kemoterapi	27

2.7.4.Hormonal Tedavi	27
2.7.5.Biyolojik Tedavi (Hedefe Yönelik Tedavi).....	28
2.8.Meme Kanseri Hastalarında İzlem.....	28
2.9.Meme Kanseri ve Yaşam Kalitesi.....	30
2.10.Meme Kanserinde Distres.....	37
2.11.Meme Kanserinin Kadınlar Üzerindeki Fiziksel, Ruhsal ve Sosyal Etkileri..	38
2.12.Meme Kanserinde Destek Gereksinimleri	42
2.13.Hasta Merkezli Öğrenmeyi Kolaylaştırıcı Hasta Eğitimi.....	49
2.14.L.E.A.R.N.S. Modeli	56

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi	62
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	62
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	62
3.4 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	63
3.5. Veri Toplama Araçları	64
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	64
3.5.2. Meme Kanserli Kadınların Kendi Kendine Destek Gereksinimleri Değerlendirmeleri Ölçeği (Ek II).....	64
3.5.3. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği EORTC QLQ-30 Skalası (Ek III).....	65
3.5.4. EORTC BR-23 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	66
3.5.5. Distres Termometresi	67
3.6.Verilerin Toplanma Yöntemi ve Süresi.....	68
3.6.1. Eğitim Programının Planı ve İçeriği.....	69
3.6.2. Eğitim Programı Materyalleri.....	73
3.6.2.1.Eğitim Kitapçığı.....	73
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	77
3.8. Süre ve Olanaklar.....	78
3.8.1.Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	79
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	80

BÖLÜM IV

4. BULGULAR.....	81
------------------	----

BÖLÜM V

5. TARTIŞMA	169
-------------------	-----

5.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	169
5.2. Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Bulguların Değerlendirilmesi.....	174
5.3. Hastaların Genel Durumu ile İlgili Bilgilerinin Değerlendirilmesi.....	176
5.4. Kanserli Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası (10.Gün, 1. ve 3.Ay) QLQ-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	177
5.5. Meme Kanserli Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası (10.Gün, 1. ve 3.Ay) QLQ-23 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	193
5.6. Meme Kanserli Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası (10.gün, 1. ve 3.ay) Kendi Kendine Destek Gereksinimleri Değerlendirmeleri Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	203
5.7. Araştırmaya Katılan Hastaların Distres Düzeylerinin Zamana Göre Dağılımlarının Değerlendirilmesi	215
5.8. Araştırmaya Katılan Hastalarının Zamana Göre Distres Yaşama Durumların Değerlendirilmesi	216
5.9. Ameliyat Sonrası İzlem Döneminde Üçüncü Ayda Hastaların Durumlarının Değerlendirilmesi	219

BÖLÜM VI

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR	223
6.2. ÖNERİLER	225

BÖLÜM VII

7. KAYNAKLAR	226
--------------------	-----

EKLER

EK I. Kişisel Bilgi Formu.....	251
EK II. Meme Kanseri Kadınların Kendi Kendine Destek Gereksinimleri Değerlendirmeleri Ölçeği.....	253
EK III. EORTC QLQ-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği	255
EK IV. EORTC BR-23 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	257
EK V. Distres Termometresi	258
EK VI. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	259
EK VII. Etik Kurul Onayı.....	261
EK VIII. Kurum İzni.....	262
EK IX. Ameliyat Sonrası Hasta İzlem Formu.....	263
EK X. Hasta Eğitim Kitapçığı.....	264
EK XI. Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi	265
EK XII. Eğitim Kitapçığının Kalitesinin Ölçülmesi-DISCERN.....	266
EK XIII. Eğitim Kitapçığının Geçerliliği İçin Görüş Alınan Uzmanlar.....	270
EK XIV. Eğitim Programını Değerlendirme Soruları.....	271
EK XV. Meme Kanseri Eğitim Programı Sunumu	273
EK XVI Ölçek İzinleri.....	272
EK XVI. Eğitim Sürecinden Fotoğraflar.....	274
ÖZGEÇMİŞ	275

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	81
Tablo 2: Hastaların Hastalıkları ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı	88
Tablo 3: Hastaların Genel Durumu ile İlgili Bilgilerin Dağılımı.....	91
Tablo 4: Meme Kanserli Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası(10.Gün, ve 3.Ay) QLQ-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının karşılaştırılması.....	94
Tablo 5: Meme Kanserli Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası(10 Gün,1. ve 3.Ay) QLQ-23 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	106
Tablo 6: Meme Kanserli Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası(10.gün, 1. ve 3.ay) Kendi Kendine Destek Gereksinimleri Değerlendirmeleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	112
Tablo 7: Araştırmaya Katılan Hastaların Distres Düzeylerinin Zamana Göre Dağılımları	120
Tablo 8: Araştırmaya Katılan Hastaların Zamana Göre Distres Yaşama Durumlarının Dağılımı.....	121
Tablo 9: Distres Yaşanan Alanlarının Tüm Zamana Göre Dağılımı.....	122
Tablo 10: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Pre-test de Distres Yaşama Durumları	126
Tablo 11: Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Post-test1 Distres Yaşama Durumları	130
Tablo 12: Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Post-test2 Distres Yaşama Durumları	134
Tablo 13: Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Post-test3 Distres Yaşama Durumları.....	138
Tablo 14: Girişim Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-30 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Pre-Test).....	142
Tablo 15: Kontrol Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-30 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Pre-Test).....	143
Tablo 16: Girişim Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-30 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-Test1).....	145
Tablo 17: Kontrol Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-30 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki(Post-Test1).....	148

Tablo 18: Girişim Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-30 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-Test2).....	149
Tablo 19: Kontrol Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-30 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-Test-2)	150
Tablo 20: Girişim Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-30 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-Test- 3).....	152
Tablo 21: Kontrol Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-30 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-Test-3).....	154
Tablo 22: Girişim Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-23 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Pre-Test) Dağılımı.....	156
Tablo 23: Kontrol Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-30 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Pre-Test) Dağılımı	157
Tablo 24: Girişim Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-23 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-Test1) Dağılımı	158
Tablo 25: Kontrol Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-23 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-Test1) Dağılımı.....	159
Tablo 26: Girişim Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-23 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-Test2) Dağılımı.....	160
Tablo 27: Kontrol Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-23 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-Test2)Dağılımı	161
Tablo 28: Girişim Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-23 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-Test3) Dağılımı	162
Tablo 29: Kontrol Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-23 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-Test3) Dağılımı	164
Tablo 30: Ameliyat Sonrası İzlem Döneminde (3.ay) Hastaların Durumları.....	165
Tablo 31: Girişim Grubu Hastaların Eğitim Süreci Değerlendirmesi Dağılımı	167

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları.....	10
Şekil 2. Tüm Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanselerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları.....	11
Şekil 3. Meme Kanserinde Yaşam Kalitesi.....	31
Şekil 4. L.E.A.R.N.S. Modeli.....	57
Şekil 5. Anlamamanın Kontrolü.....	60
Şekil 6. Araştırmaya Katılanların Seçimi.....	63
Şekil 7. Meme Maketi (Wearable Breast Self Examination Model).....	72
Şekil 8. Araştırma Süreci Akış Diagramı.....	76

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1: Hastaların Zamanlara Göre Genel Destek Puanlarının Dağılımı.....	119
---	-----

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Kanser, günümüz dünyasında en önemli tıbbi sorunlardan biri olmaya devam etmektedir. Dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de insan sağlığını tehdit eden en önemli hastalıklardan birisi olup kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Sağlık alanındaki ilerlemelere karşın meme kanseri yaşamı tehdit etmeye devam etmektedir. Hem gelişmiş hem de az gelişmiş ülkelerde sık görülmektedir. Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen, kadınlarda kanser ölümünün önde gelen nedenidir. 2017 yılında Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) bağlı Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı’nın (International Agency on Cancer for Research-IARC) verilerine göre tüm dünyada meme kanserinden ölen kadın sayısı 521.907, insidansı 1.671.149, prevalansı ise 1.461.445’dir (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10).

Yaşam biçimindeki değişiklikler, tanı testleri, erken teşhis, yeni ilaçlar ve daha kişiselleştirilmiş çok modalite tedavisi, kanserli hastaların ortalama hayatta kalma yaşam süresinin uzaması ve kanser olgularının bildirimindeki artışlar meme kanseri insidansında artışa sebep olmaktadır. Meme kanseri insidans oranları ülkeye, yaşa, cinsiyete ve sosyoekonomik gruba göre değişir. ABD’de her yıl bir buçuk milyondan çok insana kanser tanısı konulmaktadır. Yalnız ABD’de 2017’de 252.710 invaziv meme kanseri tanısı konan, 40610 meme kanserinden ölüm vakası olmuştur. Mart 2017 itibarıyla, ABD’de meme kanseri nedeniyle tedavi gören ve tedavisi bitmiş 3.5 milyondan fazla kadın bulunmaktadır. Tıbbi teşhis ve tedavideki erken teşhis ve ilerlemelerle, genel olarak kanserden sağ kurtulan insanların sayısı, 1990’lardan bu yana önemli derecede artmıştır. Meme kanserinde erken tanı ile birlikte sağkalım oranları teşhisten sonraki beş yıl içinde % 91, on yıl sonra % 86, onbeş yıl sonra % 80’ iken özellikle de genç kadınlardaki ölüm oranları 1989 yılından bu yana istikrarlı bir şekilde azalmıştır. Meme kanseri hastaların hayatta kalma oranlarının, tıbbi-tedavideki gelişmeler, erken tanı ve artan farkındalığa bağlı olarak önemli ölçüde artmıştır (3,4,11,12,13,14,15,16,17).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017’de yayınlanan Türkiye Birleşik Veri Tabanı 2014 verilerine göre meme kanseri kadınlarda sık görülen on kanser türü

arasında yüz binde 45.0 ile birinci sırada yer almaktadır . Tüm yaş gruplarındaki kadınlarda %24.9 ile en sık görülen meme kanseridir. Ülkemizde de 2014 yılı içerisinde tanı konulan her dört kadın kanserinden biri meme kanseridir. Ülkemizde meme kanseri tanısı alan kadınların %25.5'inin 50-69 yaş arasında olduğu, % 34.1'inin ise 25-49 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir (18). Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu'nun ve Sağlık Bakanlığı'nın verileri incelendiğinde ülkemizin batısında meme kanseri insidansının doğusuna oranla yaklaşık iki kat fazla olduğu görülmektedir. Ülkenin batısı ile doğusu arasındaki sıklık farkının, Türkiye'nin batı bölgelerindeki yaşam tarzının batı toplumlarına benzerliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir (18,19,20).

Günümüzde Amerika Kanser Birliği (ACS) verilerine göre ABD'de her sekiz kadından yaklaşık birinde (yaklaşık %12.8) yaşamlarının bir döneminde meme kanseri gelişmektedir. Erkeklerde ise görülme sıklığı %1dir (2,4).

Birey kanser tanısı aldığıında, yaşamın geri kalanını da bu tanı ile sürdürmek zorunda kalmaktadır. Kanser tanısı yönünden sürekli testler ile incelenip izlem altında tutulmaktadır. Kanser ve tedavisi, hastaların duygusal alanda bir dizi değişikliğe neden olur. Bu durum birey ve ailesi için bir kriz durumu olabilir. Bu nedenle meme kanseri ve tedavisinin uzun vadeli sonuçlara etkisini ele almak önemli bir konudur (7,17, 21).

Meme kanserinde erken tanı konması ve tedavinin hemen başlatılması ile kadınlar hayatta kalabilmekte ve tedaviden sonra uzun yıllar yaşayabilmektedir. Ameliyat tipi, aksiller cerrahi tipi, kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavisi tanı - tedavi süresi boyunca çeşitli şekillerde yaşam kalitesini etkiler (6,21,22,23,24,25).

Meme kanserinin tedavisinde cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormonoterapi yöntemleri ya ayrı ayrı ya da kombine kullanılabilir. Hastalar tedavinin olumsuz etkileri ve ilişkilerdeki bozulmalar dahil olmak üzere tanı, tedavi sırasında ve sonrasında birçok fiziksel ve psikososyal problem yaşayabilir. Meme kanserinin tedavisinde yaşam süresinin uzaması ve daha nitelikli yaşamaları amacıyla uygulanan bu tedavilerin önemli yan etkileri vardır. Bu kadınlar cerrahi tedavi nedeni ile ağrı, lenfödem, nöropati, kol-omuz hareketlerinde sınırlılık ve postür bozukluğu gibi fiziksel sorunların yanında; kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinsel fonksiyonun kaybı, beden imgesinde zedelenmeye bağlı reddedilme terkedilme korkusu, işe dönüş endişeleri ve maddi problemler, anksiyete, depresyon, distres, ilişkilerde ve sosyal rol zorlukları, ölüm ve nüks

korkusu gibi kısa ve / veya uzun vadeli çeşitli psikososyal sorunlara neden olabilir. Ayrıca kemoterapi ve hastalığa bağlı yorgunluk, mide bulantısı, alopesi, ağrı, enfeksiyon riski, iştahsızlık, vajinal ağrı ve kuruluk, cinsel isteksizlik, cilt renginde değişiklik ve uykusuzluk gibi fizyolojik yan etkiler meme kanseri tedavisi alan kadının yaşam kalitesi üzerinde derin bir etkiye sahiptir. Meme kanseri tanısı alan kadınların % 70'inden fazlasının hastalığın kendisi nedeniyle ciddi sıkıntı yaşadığı belirtilmektedir. Cinsel işlevler, yan etkiler veya geleceğe yönelik bakış açısı kaybı gibi yaşam kalitesinin farklı yönlerindeki değişiklikler, bir kanser teşhisi konduktan sonra sağlık ve yaşam anlamının kaybolmasını etkileyebilir (2,12,17,23, 26,27,28,29, 30,31,32,33,34,35, 36,37).

Hasta ve ailelerine bu yaşam değişiklikleri olduğu bu dönemde tedavileri hakkında sürekli bilgiler ve sosyal destek kaynakları sağlanarak yaşam kaliteleri artırılabilir (38,39).

Kansere gösterilen tepkiler bireylerin bu hastalığı algılayışlarına, hastalıkla ilgili inanışlarına, süreçle ilgili bilgilerine, tedavi türü ve yoğunluğu ve buna bağlı olarak ortaya çıkan fizyolojik değişikliklere bağlı olarak değişir. Bu tepkilerin yoğunluğu hastalığın düzeyi, hastanın sosyal ve entelektüel düzeyi, yaşı, hastalık öncesi fizyolojik ve psikolojik durumu, algıladığı sosyal destek sistemleri, önceki deneyimleri, kaybettiği organına adettiği sembolik anlam ve çevresinin hastalığa karşı verdiği duygusal tepkilerden etkilenir. Yaşam kalitesi, yaşamın genel keyifini ölçen zaman içinde değişen çok boyutlu bir yapı olduğundan, bireyin tepkisi aynı zamanda yaşam kalitesinin de belirleyicisidir (2,32,40,41).

Meme kanserinde, tanı konulduktan sonraki ilk yıl boyunca, şok, duygusal uyuşukluk, depresyon ve anksiyete gibi önemli psikolojik sıkıntılar yaşadıkları bunun yanında fiziksel olarak meydana gelen kayıplar, aile, iş ve sosyal rollerde meydana gelen yıkımlar kadınların yaşadığı başlıca sorunlardır. Meme kanserinde tanı ve tedaviye yönelik fiziksel semptomlar ve psikolojik tepkiler, hayatta kalma süresince bütünsel olarak ilişkilidir ve yaşam kalitesi tüm alanlarını etkiler (31,32,34,38,43,44).

Kanser tanısı alan birey kadar aile üyelerinin de günlük yaşam düzeninin bozulduğu ve kanserli hasta ailesinin de yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bilinmektedir. Meme kanseri tanısı alan bireyler ve yakınları bilişsel, psikolojik, duygusal, tinsel ve sosyo-ekonomik sorunlar yaşamaktadır. Bilgi eksikliği, kompleks kararlar ve kanser tedavisine bağlı yan etkiler nedeniyle bireylerin

tedaviye uyumu ve genel yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Meme kanseri olan kadınların yaşam kalitesinin ölçülmesi fiziksel ve zihinsel sağlıkla ilgili tedavi sonuçlarının değerlendirilmesini sağlar. Hastalık ve iyileşme sürecine ilişkin sorunların, istenmeyen yan etkilerinin izlenmesi-öğrenilmesi, bu hastalara bilgi sağlanması hastaların yaşam kalitesini artırmak için atılması gereken önemli bir adımdır. Bu nedenle meme kanseri ve tedavisinin uzun vadeli sonuçlara etkisini ele almak önemli bir konudur. Son yıllarda yaşam kalitesi bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal refahının karmaşık birçok boyutlu değerlendirmesi birincil sonuç ölçütü olarak kullanılmıştır (12,17,27,28,45,46,47,48,49,50).

Meme kanserinde yaş, bilgi, sosyal destek, semptom sıkıntı derecesi ve karşılanmamış psikolojik ihtiyaçlar, psikososyal işlevselliği ve yaşam kalitesi sonuçlarını etkilemektedir. Hastalığın geliştiği durumlarda ise fiziksel ihtiyaçlarının yanı sıra sosyal ve psikolojik ihtiyaçların da göz önünde bulundurularak destekleyici girişimlerde bulunulması, hastalığa ve bakıma uyum sağlamayı ve yaşam süresinin ve niteliğinin artırılmasını sağlayabilir (14,32).

Müdahaleler kültürel olarak duyarlı olma, bilgi gereksinimlerini karşılama, belirsizliği yönetme, semptomları kontrol etme, sosyal ve duygusal desteği geliştirme yönünde olmalıdır (32,51).

Kanser hastaları, fiziksel, psikolojik, sosyal, cinsellik ve manevi gereksinimler, bilgi konusunda destekleyici bakıma ihtiyaç duymaktadırlar. Meme kanserli kadınların önemli bir kısmı, tedavi öncesi, sırası ve sonrasında bilgi ve psikolojik ihtiyaçlarının en fazla olduğunu, karşılanamayan önemli ihtiyaçları olduğunu vurgulamaktadır. Fiziksel ve psikolojik olarak karşılanmamış ihtiyaçlarının meme kanseri hastalarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceğine dair kanıtlar vardır (4,38,52).

Destekleyici müdahalelerin psikososyal, psikolojik ve fiziksel fonksiyonlarda iyileşme, kanserli hastalarda distresi azaltmada, yaşam kalitesini arttırmada ve yaşam süresini uzatmada etkili olduğu bildirilmiştir. Sağlık çalışanların sağladığı meme kanseri hastalarına bireysel destek meme kanseri tedavisinin önemli bir parçasıdır (53,22,47).

Meme kanseri kadınlarda destek verilmesi onların hastalığa karşı reaksiyonlarını ve yaşam kalitelerini pozitif yönde etki eder (47,54).

Meme kanseri destek, sağlık personeli veya grup üyeleri tarafından grup desteği ve telefonla ya da yüz yüze bireysel destek şeklinde verilebilir. Psikososyal

müdahaleler kanıta dayalı olmalı ve mümkün olduğunda kişinin ihtiyaçlarına göre bireysel olacak şekilde ayarlanmalıdır (14,55,56).

Kadınlar, duygularını güvende hissetmeleri için, kişisel ihtiyaçlarına göre uyarlanmış bilgiye ihtiyaç duymakta, hastalıkla ilgili zorluklarını paylaşmak ve dinleyecek ve kabul edecek birisine sahip olmak istemektedirler. Meme kanseri hastalarının sağlık profesyonellerinden sürekli olarak destek almak istedikleri, ayrıca baş etmelerine yardımcı olacak bilgi ve duygusal destek almayı bekledikleri belirtilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin hastada görülen semptomları ve destekleyici bakım gereksinimlerini hastanın ihtiyaçlarına göre ayrıntılı bir biçimde saptaması, hastalara sağlanan bakımın bireyselleştirilmesini sağlayacaktır. Hastaların bilgi gereksinimleri hastalığın tanı-tedavi aşamasına, ameliyat öncesi ve sonrası tüm aşamalarda bireysel tercihlerine ve adaptasyonuna göre farklılık gösterir (55,56,57).

Meme kanserinin kadınların yaşamında meydana getirdiği psikososyal değişimler ve bu değişimlerin yaşam kalitesi üzerine etkileri, sağlık profesyonellerinin girişimlerde bulunması gereken önemli alanlardır. Bilgilendirici ve sosyal destekler, kadınların durumlarıyla baş etmesine yardımcı olmak için hayati önem taşımaktadır. Hastanın tedavi seçeneklerini karar verme sürecinde aynı zamanda belirsizlik duygularını ve duygusal kaygıyı azaltmada bilgilendirici destek özellikle önemlidir. Bilgi sağlanması, kadınları kanserle savaşmada güçlü hissettirir ve ailelerle iletişimi geliştirir. Hemşireler, meme kanseri olan hastaların ihtiyaçlarını değerlendirmeli ve hastalara sadece teşhis ve tedavi ile değil aynı zamanda, onların ihtiyaç duydukları gereksinimlere göre bilgilendirici ve sosyal destek sağlamalıdır (58,59).

Destekleyici bakım önemli olmasına rağmen kanser hastalarının % 1-93'ünün destekleyici bakım hizmeti ihtiyacının sürekli karşılanmadığı belirtilmektedir (60,61). Meme kanserli kadınların hastalığın farklı aşamalarında kendi kendine gereksinimlerini değerlendirmeleri hakkındaki bilgiler yetersizdir (54). Meme kanserindeki tanı, tedavi ve tedavi sonrası dönemde farklılaşan gereksinimlere dikkat çekerek ve bu aşamalarda spesifik gereksinimler karşılanmadığında sonraki fazın ihtiyaçlarına eklenerek devam ettiği, bu nedenle her bir aşamada hastanın fiziksel, duygusal ve sosyal gereksinimlerinin” ele alınmasının gerekliliğini belirtmektedir (62).

Meme kanseri yaşıyan kadınlar hastalıklarından dolayı özel sağlık bakımına ihtiyaç duyarlar (63). Yapılan çalışmalarda, meme kanserli kadınların sağlık çalışanlarından daha fazla bilgi istedikleri, yeterli bilgiye sahip olmayan kadınların endişe ve korku yaşadıkları, bu nedenle hastalara doğru ve güvenilir bilgi verilmesi gerektiği belirtilmiştir (58,64). Meme kanseri olan kadınlara bilgi sağlanması, istenmeyen yan etkileri izlenmesi ve hastaların yaşam kalitesini artırılması önemli bir adımdır. Ayrıca bu kadınların yaşam kalitesinin ölçülmesi fiziksel ve zihinsel sağlıkla ilgili tedavi sonuçlarının değerlendirilebilmesi bakımından önemlidir (2,28).

Kadınların destekleyici bakım ihtiyaçlarının kişisel özellikleri, fiziksel ve duygusal duruma bağlı zaman içinde önemli ölçüde değiştiği, ayrıca orta-yüksek seviyelerde karşılanmamış ihtiyaçlarının olduğu belirtilmektedir. Kadınların psikolojik, sağlık sistemi, bilgi ve cinsel ihtiyaçlara her zaman ihtiyaç duydukları, karşılanmamış destekleyici bakım ihtiyaçlarının da, genç yaşa, eğitim seviyeleri yüksekliğine, semptom sıkıntısı, sürekli kaygı, durum kaygısı ve tanıdan bu yana geçen zamana göre belirgin bir şekilde değiştiği belirtilmektedir. Meme kanseri olan hastalar tanıdan dört ay sonra karşılanmamış bilgi gereksinimlerini algılamaya devam etmektedir (58). Wen ve Gustafson (2004) tarafından kanser hastalarının gereksinimleri ile ilgili yapılan bir çalışmada, hastaların gereksinimlerinin karşılanmadığı ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu bulunmuştur (65).

Tüm hemşireler, meme kanserinde hayatta kalanlar bakım kalitesinin yükseltilmesi için gerekli olan disiplinlerarası stratejik planlama için önemli bir rol oynamaktadır. Hemşireler bireylerin, ailelerin, grupların ve toplulukların sağlık okuryazarlığını geliştirmede, sağlığın geliştirilmesinde anahtar kişilerdir. Meme kanseri yaşıyan kadınlarda kişinin kişisel kanser teşhisine, evrelemesine ve kanıta dayalı araştırmalara ve ulusal kurallara bağlı bilgileri kullanarak daha koordine edilmiş, destekleyici, hasta merkezli kaliteli bakım sunabilirler. Hemşireler kanser tedavileri, yan etkilerin yönetimi ve müdahaleler konusunda bilgili olmalıdır. Bilgileri kullanarak, kamu sağlığı prensiplerini koruyarak sağlığını geliştirirler. Sağlığın geliştirilmesi için hasta merkezli öğrenmeyi kolaylaştırmak tüm hemşirelerin temel bir sorumluluğudur (66,67,68).

Hasta eğitimi, hasta güvenliğinin sağlanması ve bakım kalitesinin artırılması açısından önemli bir güce sahiptir. Verilen eğitimlerde; hastaların bireysel özellikleri, sahip olduğu değerler, ailesi ve çevresi, hastalığı algılama

durumları, hastalığa bakış açıları, hastalık ve hastane deneyimleri göz önünde tutularak, hasta merkezli olarak eğitimler verilmelidir (69,70).

Hasta merkezli öğrenmeyi sağlama, interaktif bütüncül ve sosyal bir süreçtir. Hasta merkezli öğrenmede hemşire, hastanın ihtiyaçlarına belirleyerek, bakış açısını anlayarak, tedavi edici kendi kararlarına, seçimine ve otonomisine saygılı olarak hastayı bir bütün olarak görmektedir (67).

Hasta merkezli öğrenme hastaların anlamlı ve mevcut ihtiyaçlarını, değerlerini, kültürel gerçekleri ve önceki deneyimleri üzerine inşa edilen bilginin ve becerilerin oluşması sağlanır. Hasta merkezli öğrenmeyi kolaylaştıran L.E.A.R.N.S. modeli hastaların farklı öğrenme ihtiyaçlarını karşılamak üzere öğrenme stratejilerinin planlamasını, uygulanmasını ve değerlendirilmesi sağlar (67).

Meme kanserli hastalara sağlık çalışanları tarafından kaliteli bakım sağlanması için psikolojik sağlığı ve yaşam kalitesini koruyucu bilgi verilmesi ve rehberlik yapılması önemlidir. Bilgilendirmek, soru sormasına fırsat vermek ve kararlara aktif katılımını desteklemek, tedavi ekibinin sorumluluğu ve hastanın hakkıdır. Bireyselleşmiş ve anlaşılır, bilgi verme süreci adımlarına göre verilen bilginin; kontrolü kazanma, anksiyeteyi azaltma, uyumu iyileştirme, gerçekçi beklentiler belirleme, öz-bakıma katılma ve yükseltme, güvende hissetme, hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini artırma, bakımın devamlılığını, hastanede kalış süresini kısaltma ve hastalık ya da tedaviye bağlı gelişen komplikasyonları azaltma fonksiyonları vardır. Ancak konuyla ilgili literatür çeşitli kanser tanısı konmuş hastaların karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerinin en fazla testler, tedavi ve yan etkileri hakkında bilgi almakla ilgili olduğunu göstermekte, mevcut klinik uygulamada hastaların yetersiz bilgilendirilmeden memnuniyetsiz oldukları anlaşılmaktadır. Yetersiz bilgi almak veya tedavi seçenekleri ve sonuçları hakkında sınırlı bir bilgiye sahip olmak kadınlar için psikolojik sıkıntıya neden olabilir (48,69,71,72,73).

Literatürde psikososyal görüşmelerin ve etkili eğitim programlarının kanser hastalarında yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği belirtilmektedir (26).

Golant ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada da, kanser ve tedavisiyle baş etme konusunda uygulanan hemşirelik eğitim programının etkisi incelenmiş, depresif semptomlarda ve emosyonel sıkıntının neden olduğu iş ve

diğer günlük aktivitelerle ilgili problemleri azaltmada eğitimin etkili olduğu tespit edilmiştir (74).

Meme kanserinde yaşanan belirsizliğin gelecekte ne olacağını bilmekten, güven duyamamaktan, her an şüphe içinde olunan bir yaşamı devam ettirmekten ve kararsız olmaktan kaynaklandığı bildirilmiştir. Cerrahi girişime uyumu arttırmak için ameliyat öncesi dönemde bilgilendirme ve psikolojik destek verilmesi kadar ameliyat sonrası dönemde de psikolojik desteğin sürdürülmesi, hastalık ile baş etme tekniklerinin öğretilmesi önemlidir (75).

Meme kanseri tespiti ve tedavisindeki ilerlemeler nedeniyle günümüzde hastalar daha iyi prognozlara ve daha uzun hastalısız sağkalıma sahiptir ve bu nedenle uzun süreli fiziksel ve zihinsel sağlıklarını korumak sağlık planlarının en önemli hedeflerinden biri haline gelmektedir. Meme kanseri olan kadınların uzun sürede sağkalıma sahip oldukları için bu hastaların bakımında ve hayatta kalma bakım planının oluşturulmasında yaşamın uzunluğunu ve kalitesini arttırmak önemli bir hedefdir (37,72).

Meme kanserli kadınlar psikososyal anlamda geniş bir sorun alanına sahip olup, tedavi öncesinde, tedavi sürecinde ve tedavi sonrasında psikososyal yönden çeşitli sorunlar yaşamaktadırlar. Bu sorunların genel olarak aile, evlilik, cinsellik, sosyal ilişkiler ve çalışma yaşamı gibi alanlarda yoğunlaşmakta ve bu sorunlar hastaların günlük yaşam fonksiyonlarını olumsuz olarak etkilemektedir. Meme cerrahisi sonrası hemşirelik bakımı fiziksel ve psikolojik problemleri azaltmak için önemlidir. Hemşireler, hastalığın ve tedavinin her aşamasında meme kanseri hastaları ile temas halindedirler. Hemşireler, hastaların yaşadığı psikososyal sorunların çözümünde ve gereksinimlerinin karşılanmasında önemli roller üstlenmektedir. Bu bakımdan sağlık profesyonellerinin meme kanserli kadınların psikososyal gereksinimlerini bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmeleri ve bu doğrultuda tedavi sürecinin her aşamasında ve sonrasında hasta ve hasta yakınlarının gereksinim duydukları konularda bilgilendirilmesi, kanıta dayalı girişimlerin uygulanması, emosyonel ve sosyal destek sağlamaya odaklanan girişimlerde bulunmaları yararlı olacaktır. Sağlanan doğru bilgiler hastadaki belirsizlik ve güvensizlik hislerini azaltacağı için yaşam kalitesini yükseltecektir.

Hasta merkezli öğrenmenin sağlık sonuçları (bireysel, toplum ve sistem) nasıl etkilendiğine dair farklı çalışmaların yapılması, ayrıca hasta merkezli

öğrenmenin hasta deneyimi üzerinde etkisinin nasıl olduğuna dair çalışmaların yapılması gerekliliğinden yola çıkarak bu çalışma yapılmıştır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırma, meme kanseri olan kadınlarda L.E.A.R.N.S. modelinin destek gereksinimleri ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H₀: Hasta merkezli öğrenmeyi kolaylaştırıcı L.E.A.R.N.S. modelinin meme kanseri olan kadınlarda destek gereksinimlerini ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik etkisi yoktur.

H₁: Hasta merkezli öğrenmeyi kolaylaştırıcı L.E.A.R.N.S. modelinin meme kanseri olan kadınlarda destek gereksinimlerini arttırmaya yönelik etkisi vardır.

H₂: Hasta merkezli öğrenmeyi kolaylaştırıcı L.E.A.R.N.S. modelinin meme kanseri olan kadınlarda yaşam kalitesini arttırmaya yönelik etkisi vardır.

1.4. SINIRLILIKLAR

Araştırmaya katılmayı kabul etmesine rağmen cerrahi tedaviden önce kemoterapi için taburcu edilen beş hasta, iki hastanın depresyona girmesi araştırmayı katılmaktan vazgeçmesi, ayrıca araştırmanın uygulaması sırasında klinikteki eğitim odasının kilitli olması nedeniyle kullanılamaması, eğitimi veren ve verileri toplayan kişinin aynı kişi olması, okuma yazması olmayan, organ tranplantasyonu olan fiziksel sorunları eşlik eden komorbidite hastalar ve L.E.A.R.N.S. öğrenme modeli ile ilgili Türkçe yayınların olmaması ve karşılaştırma yapılamaması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

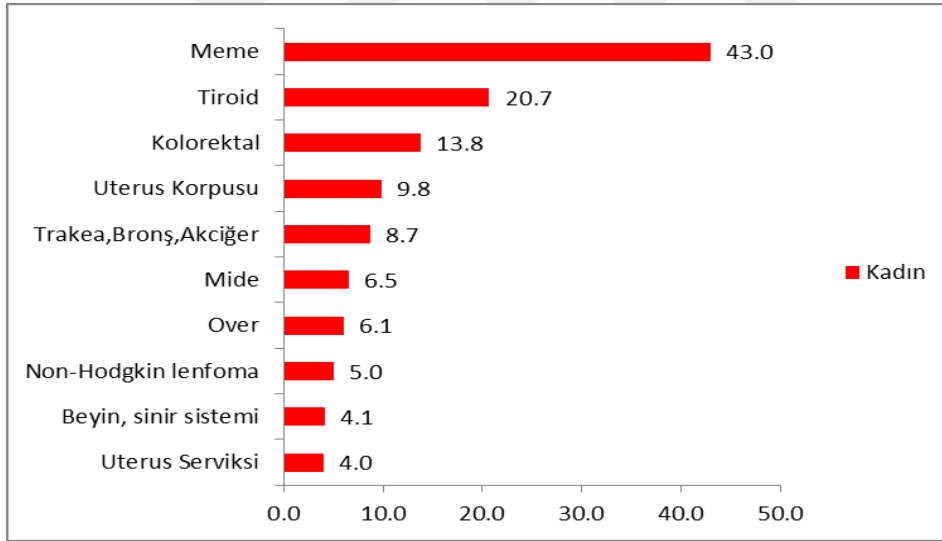
BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1.Meme Kanseri ve Epidemiyolojisi

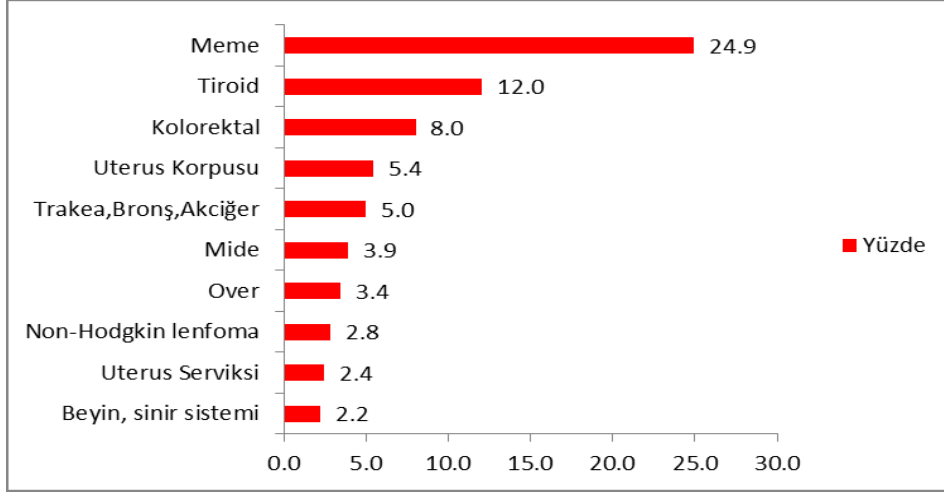
Meme kanseri, memedeki süt bezleri ve süt kanallarındaki hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile oluşan bir hastalıktır. Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen, kadınlarda kanser ölümünün önde gelen nedenidir. Günümüzde Amerika Kanser Birliği (ACS) verilerine göre ABD’da her sekiz kadından yaklaşık birinde (yaklaşık %12.8) yaşamlarının bir döneminde meme kanseri gelişmektedir. Erkeklerde meme kanseri görülme ihtimali %1’dir (1,2,4,8.76,77).

Türkiye’de ise meme kanseri kadınlarda görülen kanserler arasında birinci sırada (yüz binde 43.0) yer almaktadır (Şekil 1) (18).



Şekil 1. Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014), (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide).

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara 2017'dan alınmıştır.



Şekil 2. Tüm Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014) .

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara 2017'dan alınmıştır.

2.2.Meme Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanserinin etiyojisinde tek bir etkenden söz etmek mümkün değildir. Hastalığın gelişiminde rol oynayan birçok faktör bulunmaktadır. Meme kanseri vakalarının çoğunluğunun nedeni bilinmemektedir. Meme kanseri olgularının yaklaşık %50'sinde tanımlanmış olan risk faktörlerinin geçerli olduğu düşünülmektedir. Meme kanseri risk faktörleri coğrafi farklılıklara ve bir toplumdaki yaşam tarzı alışkanlıkları göre değişir (4,19,76,78).

Meme kanseri gelişiminde etkili olan risk faktörlerini şu şekilde kategorize etmek mümkündür (19,79,80).

1. Demografik özellikler (cinsiyet, yaş, ırk gibi)
2. Reprodüktif öykü (menarş yaşı, doğum yapma ve sayısı, ilk tam dönem hamilelik yaşı, menapoz yaşı, laktasyon, infertilite, düşük yapma)
3. Ailesel/genetik faktörler (aile öyküsü, bilinen veya şüphelenilen BRCA1/2, P53, PTEN veya meme kanseri riski ile ilişkili diğer gen mutasyonları)
4. Çevresel faktörler (30 yaşından önce toraks bölgesine radyoterapi, hormon replasman tedavisi, alkol kullanımı, sosyo-ekonomik düzey, vb.)
5. Diğer faktörler (Kişisel meme kanseri öyküsü, meme biyopsi sayısı, atipik hiperplazi veya lobuler karsinoma in situ, dens meme yapısı, vücut kitle indeksi [BMI])

Cinsiyet: Yalnızca bir kadın olmak meme kanseri için ana risk faktörüdür. Erkeklerde meme kanseri görülme ihtimali %1'dir (4,19,79,80).

İrk: Meme kanseri ile ilgili önemli paradokslardan bir tanesi de beyaz kadınlarda görülme sıklığının, zencilere oranla %20 daha fazla olmasına rağmen, mortalite oranlarının zenci ırkında daha fazla olmasıdır. Siyah kadınlar için meme kanseri ölüm oranı, beyazlardan daha yüksektir ve genç siyah kadınlar için orantısız olarak daha yüksektir (4,19,32,81).

Yaş: Meme kanserlerinin yaklaşık %17'si kırklı yaşlar arasında kadınlarda görülürken, vakaların %78'inde 50 yaş ve üstü kadınlarda teşhis konur. Kadın cinsiyeti kadar yaşın ilerlemesi de en önemli risk faktörlerinden bir tanesidir. Kadınların yaşam boyu meme kanseri riski yaşla birlikte artarken, çoğu meme kanseri 50 yaşından sonra ortaya çıkar (19,20,21,76,78,82,83,84).

Reproduktif öykü: Östrojen subtiplerinin (ostradiol, ostriol, ostrom) modülasyonu over fonksiyonları ile sağlanır (menarş, gebelik ve menapoz). Menapozdan sonra ise östrojenin ana kaynağı adrenal bezlerden salgılanan dehidroepiandrosteron'dur (DHEA) ve periferik yağ dokusunda metabolize edilerek ostradiol ve ostrona dönüşür. Erken menarş ve geç menapozda risk artar. Kadınların adet görmeye erken yaşta başlamaları, bununla birlikte ileri yaşlarda menopoza girilmesi fertil çağı uzatmaktadır. Östrojen hormonuna maruz kalınan sürede artış olması meme kanseri gelişme riskinde artışla ilişkilidir (erken menarş 12 yaşından önce), geç menapoz (55 yaşından sonra); ilk canlı doğumun daha ileri yaşta yapılması ve hiç doğum yapmamış olmak, meme kanseri riskini arttırmaktadır. Laktasyon meme kanseri riskini azaltmaktadır. Emzirme süresi bir buçuk iki yıl olan kadınların meme kanseri riskinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (19,78,80,82,85).

Aile Öyküsü: Meme kanseri olgularının %5-10'unun ailesel olduğu bilinmektedir. Hem erkeklerde hem kadınlarda aile öyküsünde over kanserinin bulunması meme kanseri riskini artırır. Birinci derece yakını 40 yaşından önce meme kanseri teşhis edilmesi riski artırır. Aile öyküsü varlığı meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür. Birinci derece akrabalarından (anne, kız kardeş veya kızı) bir tanesinde meme kanseri olması, bir kadının meme kanseri riskini riskini iki kat artırır. İki tane birinci derece akraba varlığında ise bu risk 2.9 kat artar. Meme kanserine yakalanmış olan akraba 30 yaşından önce tanı almış ise risk 2.9 kat, 60 yaşından sonra tanı konmuş ise risk 1.5 kat artar (4,19,76,78,80,82,83,84).

Genetik: Tüm meme kanserlerinin yaklaşık % 5-10'u meme kanseri gelişimi için kadınların riskini önemli ölçüde artıran kalıtsal bir genetik mutasyon sonucudur (76,78,82).

Meme kanserlerinin yaklaşık %85'i, ailede meme kanseri öyküsü olmayan kadınlarda görülür. Bunlar kalıtsal mutasyonlar yerine genelde yaşlanma süreci ve yaşamın bir sonucu olarak ortaya çıkan genetik mutasyonlara bağlı olarak meydana gelir. Ortalama olarak BRCA1 mutasyonu olan kadınların yaşam boyu meme kanseri riski %55-65'tir. BRCA2 mutasyonu olan kadınlar için risk %45'tir. BRCA1 veya BRCA2 mutasyonları için pozitif olan genç kadınlarda meme kanseri daha sık gelişme eğilimindedir (4,19,87,88,89).

BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonu olan kadınlarda meme kanseri gelişme riski %40-80'dir (85).

BRCA1 ve BRCA2 meme kanseri ile ilgili en bilinen genlerdir; ancak, bunlar yalnızca meme kanserine yatkın genler değildir. Mutasyon geçirdiğinde bireyin meme kanserine hassasiyetini artıran diğer genler TP53(Li Fraumeni), CDH1, PTEN(Cowden), STK11(Peutz-Jeghers), ATM(ataxia telenjiektazi), PALB2 ve CHEK2 genlerinde mutasyonların neden olduğu diğer sendromlar da meme kanseri gelişme riskini artırır (19,83).

NCCN yönergelerinde, BRCA1 veya BRCA2'de mutasyona sahip bilinen yüksek riskli, etkilenmemiş kadınlar için, 18 yaşındaki çocukların kendi kendine meme muayenesi yapmaya başlamalarını, 25 yaşından itibaren yılda bir veya iki kez klinik meme muayeneleri yaptırmaları, 25-29 yaş arasındaki kadınlarda klinik muayene ek olarak, meme kanseri gelişme riskinin (>%20) yüksek olması durumunda ise yıllık MR ve yıllık bir mamogram çektirmelerini önerilmektedir (77).

Genetik mutasyon taşımayan ve ailede meme kanseri öyküsü olmayan bir kadın için kontralateral meme kanseri riski yaklaşık %5 olarak bulunmuştur. Son yirmi yılda bir meme kanser teşhisi konduktan sonra diğer memeyi aldırma seçen kadınların sayısı çarpıcı bir şekilde artmıştır. Fakat mevcut kanıtlar göz önüne alındığında, BRCA1 veya BRCA2 mutasyonu taşımayan kadınlar için, tek taraflı meme kanseri tanısından sonra etkilenmemiş göğsün çıkarılması tıbbi açıdan önerilmez (90).

Natinoal Cancer Network (NCCN) yönergeleri belirli bir risk değerlendirme araçlarına dayanılarak meme kanseri gelişme riski bir kadın için %

20 veya daha yüksek bulunursa, yüksek riskli kabul edilir, genetik danışmanlık ve test önerilmelidir (79).

Kişisel Meme Kanseri Öyküsü: Meme kanseri hakkında kişisel bir geçmişe sahip olmak, tek meme kanseri olan bir kadın, diğer memede veya aynı memenin başka bir bölgesinde yeni bir kanser gelişme riski yüksektir (4,76).

Daha önce meme kanseri geçiren ve tedavi olan kadınların, diğer memelerinde kanser gelişme olasılığının, meme kanseri tanısı almamış kadınlara göre üç-dört kat daha fazla olduğu ifade edilmektedir (19,76,78,80).

Radyasyona Maruz Kalma: Özellikle 10-14 yaş arasında, memenin aktif olarak geliştiği dönemde, radyasyona maruz kalma meme kanseri riskini artırmaktadır. Erken yaşta başka bir kanser için göğüse radyoterapi uygulanan kadınlarda (örn.Hodgkin hastalığı veya non-Hodgkin lenfoma v.s), meme kanseri riski artırmaktadır. Kırk beş yaşından sonra radyasyona maruz kalma veya radyoterapi meme kanseri riskini etkilememektedir (19,76,78,80,82).

Hormon Replasman Tedavisi (HRT) ve Oral Kontraseptif Kullanımı: Menopoz sonrası beş yıldan fazla östrojen ve progesteron ile kombine hormon kullanımı meme kanseri riskini arttırmaktadır. Bir kadının meme kanseri riski, tedaviyi bıraktıktan sonra beş yıl içinde genel nüfusa dönmektedir. Tüp bebek için kullanılan yüksek dozda ve uzun süreli hormon ilaçları da meme kanseri riskini arttırır (19,76,78,80).

İlk gebelikten önce ya da 20 yaşından önce oral kontraseptif kullanan kadınların meme kanseri olma riskinin çok az arttırdığı belirtilmektedir. Bu risk ilaç kullanımı bittikten 10 yıl sonra hiç oral kontraseptif kullanmayan kadınlarla benzer oranda olmaktadır (4,76,78).

Yoğun Meme Dokusu: Yoğun meme dokusu olan kadınlarda daha fazla meme dokusu (parankim dokusu) ve daha az yağ dokusu bulunmaktadır. Meme dokusunun fazla yoğunluğu meme kanseri riskini arttırmaktadır (4,76,80,84).

Benign Meme Hastalıkları: Benign meme hastalığı olan kadınların meme kanseri olma riski artmaktadır. Bunlardan bazıları meme kanseri riskini diğerlerine göre daha çok arttırmaktadır. Memede atipik hiperplazi, meme kanseri riskini dört beş kat arttırmaktadır (4,76,84).

Alkol kullanımı: Günlük alkol alım miktarı artışı ile meme kanseri riski arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur Günlük alkol alımı 2-5 bardak olan kadınların meme

kanseri riski %20 oranında artmaktadır. Aşırı alkol tüketiminin diğer kanser riskini de arttırdığı bilinmektedir (4,19,20,78,84).

Sosyo-ekonomik Düzey: Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan kadınlarda meme kanseri görülme sıklığının daha fazla olduğu belirtilmektedir. Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek kadınların geç yaşta doğum yapmamaları ve çocuk emzirmemeleri ve fazla çocuk doğurmamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir (76,78,80).

Obesite:Vücut Kitle İndeksi (BMI): Menopoz sonrası şişman veya obez olmanın meme kanseri riskini arttırdığı bilinmektedir. Menopoz öncesi östrojenin çoğu yumurtalıklar tarafından üretilirken çok az kısmı yağ dokusu tarafından üretilmektedir. Ancak menopoz sonrası östrojenin çoğu yağ dokusu tarafından üretilmektedir. Menopoz sonrası çok fazla yağ dokusuna sahip olmak östrojen seviyesini arttıracak için meme kanseri riskini de arttırmaktadır. Postmenopozal meme kanseri riski zayıf kadınlara göre kilolu kadınlarda 1,5 kat, obez olan kadınlarda 2 kat daha yüksektir (4,19,76,78).

Beslenme: Postmenopozal dönemdeki kadınlarda yağlı yiyeceklerle beslenme ve vücut ağırlığının fazla olması meme kanseri riskini arttırmaktadır. Özellikle aşırı yağlı diyetin meme kanserini arttırdığı düşünülmektedir. D vitamini yetersizliği olan kadınların da meme kanseri riskinin arttığı belirtilmektedir (4,19,76,78,91).

Diyette yağ alımı ile meme kanseri riski arasında doğrudan bir ilişkili olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır (78,92,93).

Sigara Kullanımı: Meme kanseri ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiyi kanıtlayan çalışmalar sınırlıdır. İlk gebeliğinden önce sigara kullanmaya başlayıp uzun süre fazla miktarda sigara kullanan kadınlarda meme kanseri riskinin hiç sigara içmeyenlere göre %12 daha fazla olduğu belirtilmiştir (4,19,76,78).

Fiziksel Aktivite: Fiziksel aktivitenin önemli derecede meme kanseri riskini azaltabileceğine ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. Egzersizin ne kadar yapılması gerektiği çok önemlidir (94,95).

Ameliyat sonrası egzersiz ameliyattan sonraki ilk gün başlanmalıdır. Ameliyattan sonraki ilk haftada hasta nazik egzersiz hareketleri için teşvik edilmelidir. Ameliyattan sonraki bir hafta sonra veya dren çıkarıldığında aktif germe egzersizlerine başlayabilir, altı ile sekiz hafta süresince veya etkilenen üst ekstremitede tam hareket alanı sağlanıncaya kadar aktif germe egzersizlerine sürdürülmelidir. Haftada birkaç kez egzersiz (yürüyüş, bisiklet sürme, direnç

egzersizi veya aerobik ve direnç egzersizi) yorgunluğu azaltmada etkili olabilir (96).

Amerikan Kanser Derneği, yetişkinlerin her hafta en az 150 dakika orta veya 75 dakika kuvvetli aerobik egzersiz yapmalarını önermektedir. Adjuvan kemoterapi veya hormon terapisi uygulanan kadınlar için en az iki günde bir kuvvetli egzersiz uygulaması önerilmektedir. Sağlık görevlilerinin meme kanserli hastalara uygun şekilde düzenli fiziksel aktivite yapmaları için danışmanlık yapmaları önemlidir. Özellikle hastalara hareketsizlikten kaçınmaları gerektiği ve teşhisten sonra mümkün olan en kısa sürede normal günlük aktivitelere dönmeleri konusunda desteğin sağlanması gereklidir (4,37,94).

Yapılan bir çalışmada fiziksel aktivitenin önemli ölçüde menopoza sonrası kadınlarda % 20 ile % 80 meme kanseri riskini azaltabileceğini bulunmuştur (97). Başka bir çalışmada da meme kanseri tanısından sonra fiziksel aktivitenin, meme kanseri mortalitesinde %34'lük bir azalma, tüm nedenlere bağlı mortalite riskinde %41 azalma ve hastalığın tekrarlanması riskini %24 azalma olduğu belirtilmiştir (95).

Fiziksel egzersizin kanserli kişilerin fiziksel ve psikolojik iyiliği üzerinde pozitif bir etkisi olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, fiziksel aktivitenin seviyelerinin meme kanseri teşhisi sonrasında belirgin bir şekilde düştüğü ve bundan sonra tedavi sonrası dönemde yavaş yavaş arttığı rapor edilmiştir. Fiziksel olarak inaktif hastalar, aktif yaşam tarzlarına sahip hastalara göre daha ağır yorgunluk yaşarlar ve bu da yaşam kalitesinin bozulmasına sebep olmaktadır (98).

Gece Çalışma: Meme kanseri riski ile bağlantılı meslekler bulunmaktadır. Gece vardiyalı işte çalışma meme kanseri riski artırabilir (76).

2.3. Meme Kanserinden Korunma

Meme kanseri riskinin bilinmesi kadar, riskin kontrol altına alınması da önemlidir. Meme kanserine karşı kesin koruyucu bir yöntem olmadığından korunmada hastalığın erken dönemde saptanması önemlidir. Kanseri önlemenin kesin bir yolu olmamakla birlikte yaşam tarzı değişiklikleri primer korunma (kilo kontrolü, diyet, fiziksel egzersiz, emzirme, 30 yaşından önce doğum v.b.) ile risk azaltılabilir (4,78,99).

Kanserden kurtulanlar için fiziksel aktivite ve egzersiz, düşük depresyon ve anksiyete düzeyleri, daha fazla benlik saygısı, daha az yorgunluk, tedavi yan

etkilerinin daha iyi kontrolü ve daha yüksek yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (100).

Sağlıklı bir yaşam biçiminin kanser sonrası morbidite ve mortalite riskini azalttığına ve birçok davranışsal ve yaşam tarzı müdahalesinin (örneğin diyet, egzersiz) hem güvenli hem de etkili olduğuna dair artan kanıtlar vardır (14,96).

Haftalık her bir saatlik fiziksel aktivite, steroid hormonlarına maruz kalma süresinin azalması, insülin ve insülin benzeri büyüme faktörlerine maruziyetin azalması ve kilo kontrolü ve obezitenin önlenmesi yoluyla meme kanserine karşı koruma sağlayabileceği belirtilmektedir (97).

Yüksek riskli kadınlarda birincil korunmada koruyucu cerrahi olarak; bilateral profilaktik mastektomi, bilateral profilaktik ooferektomi, kimyasal korunma olarak; tamoksifen, raloksifen kullanımı bulunmaktadır (4,78,79).

2.4. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları

Meme kanserinde hastaların ilk geliş şikayeti genellikle meme ve/veya koltuk altında ele gelen kitledir (76,78,82,101).

Kitle; Kitle, hareketsiz ve genellikle ağrısızdır. Kitle, bir- iki cm büyüklüğünde, tek taraflı ve süreklidir. Sınırları kısmen belirlenebilir. Şekilsiz ve zor palpe edilebilir (4,76,78,101).

Ağrı; Başlangıçta %90 oranında ağrısızdır. Ağrı geç dönemde oluşmaktadır (4,76,78,82,84,85,101).

Meme Başı Akıntısı; Bu bulguya pek sık rastlanmaz. Genellikle tek taraflıdır ve kanlıdır, seröz, seröz-kanlı da olabilir. Spontandır (4,76,78,84,85,101).

Meme Üzerindeki Deride Ödem, Portakal Kabuğu Görünüm (Pau d'orange); Tümör hücreleri, cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeysel lenf damarlarına ulaşır. Lenfler tıkanır, lenf dolaşımı bozulur ve deride ödem oluşur. Ayrıca lenf akımının yavaşlaması deri ve deri altı dokusunun beslenememesine neden olur. Deri kalınlaşır, kıl folükülleri içeri doğru çekilmiş gibi kalır ve bu durum deriye portakal kabuğu görünümü kazandırır (4,76,78,85).

Meme Başında Retraksiyon; Tümörün büyüüp meme başını tutması sonucunda oluşur (4,76,78,85,101).

Meme Derisinde Çukurlaşma; Tümör hücrelerinin deriye ulaşması ve deriyi çekmesi sonucu gelişir (76,78,101).

Deride Ülserasyon ve Eritem; Kanserin ileri dönemlerinde tümör hücrelerinin önce derin fasyaya sonrada m. pektoralis'e, göğüs duvarına ve deriye ulaşması sonucunda oluşur (4,76,78,85,101).

Lenf Nodüllerinde Büyüme; tümörün lenf nodüllerine metastazı sonucunda lenf nodüllerinin tıkanması nedeniyle oluşur (76,78,101).

Üst Kolda Anormal Şişlik; Lenflerin tıkanması sonucu, lenf dolaşımının bozulmasına bağlı kolda lenfödem gelişir (4,,76,78).

Meme kanserinin kadranslarına göre görülme olasılığı; üst dış kadranda %48, meme ucu çevresinde %17, üst iç kadranda %15, alt dış kadranda %11, alt iç kadranda %6 oranındadır (82).

2.5. Meme Kanseri Türleri

Meme kanseri, lobülleri ya da süt kanallarını oluşturan hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile gelişir. Memede oluşan kitlelerin çoğu epitel bağ dokudan kaynaklanan karsinomlar ya da bez dokudan kaynaklanan adenokarsinomlardır. Meme kanseri, tümörün köken aldığı asıl dokuya göre sınıflandırılmaktadır. Süt kanallarının astarında başlayan duktal karsinom, memenin lobülleri başlayan lobüler karsinom ve meme kanallarında veya lobülden başladığı yerden normal dokuları saran invaziv meme kanseridir. In situ durumunda tümör duktus bazal membranı içerisinde sınırlı iken, invaziv durumda bazal membran aşılımış ve tümör hücreleri stroma içerisine yayılmıştır (4,76,77,78,82).

Histolojik özelliklerine ve büyüme karakterlerine göre birçok meme kanseri tipi tanımlanmıştır. Meme kanserinde etkilenen lenf nodu sayısına, tümör türüne, östrojen, progesteron reseptör türüne ve "İnsan epidermal büyüme faktörü reseptörü-2 (HER-2)" durumuna göre prognoz değişir (77,78,90,102).

Tablo 1.Meme kanserinin histolojik sınıflaması (76,84,103).

1. İn-Situ (Non-İnvaziv)	- İn Situ Lobuler Karsinom - İntraduktal (İn Situ Duktal) Karsinom
2. İnvaziv	-İnvaziv Duktal Karsinom -İnvaziv Lobuler Karsinom -Tübüler Karsinom -İnvaziv Kribriiform Karsinom -Medüller Karsinom --Müsinöz Karsinom -İnaduktal Komponenti Baskın İnvaziv Duktal Karsinom -Mikroinvaziv Karsinom - İnvaziv Papiller Karsinom - İnvaziv Mikropapiller Karsinom - Apokrin Karsinom -Sekretuar (Jüvenil) Karsinom -Adenoid Kistik Karsinom -Metaplastik Karsinom - Nöroendokrin Karsinom -Taşlı Yüzük Hücreli Karsinom -Lipitten Zengin Karsinom - Onkositik Karsinom
3-İnflamatuvar Karsinomu	

Dünyadaki meme kanserlerinin yaklaşık % 90'ı duktal karsinomlardır, % 10 ile % 15 lobüler karsinomdur(4,77).

2.5.1.Lobuler Kanserler: Meme lobüllerindeki epitel dokulardan kaynaklanmaktadır. Noninvaziv lobüler kanserler lobüler karsinoma in situ ve invaziv lobüler kanserler olarak ikiye ayrılır (76,78,84,102).

Lobular Karsinoma in situ (LCIS): Memenin lobüllerinden köken almaktadır. Başlangıçta lobül içinde sınırlı kalır. Belirti ve kitle oluşturmaz ve yavaş büyür. Bu nedenle yıllarca sessiz kalabilir. Bu nedenle de tanı konulmayabilir. Biyopsi örneğinde tesadüfen tanınır (76,78,84,102,104).

İnvaziv (infiltratif) Lobüler Karsinom: Tüm invaziv meme karsinomların %5-15'ini oluştururlar. Mammografide farkedilmeyebilir. Tümör lobüllerin epitelinden köken alarak çevre dokulara infiltre olur, ardından kan ve lenf yoluyla vücudun

diğer bölümlerine metastaz yapar. Genellikle çok merkezli ve bilateraldir (76,78,84,102).

2.5.2.Duktal Kanserler: Meme kanallarındaki epitel dokulardan köken almaktadır. Duktal karsinoma in situ (DCIS) ve invaziv duktal kanserler (IDK) olarak ikiye ayrılır (76,78,84,102).

Duktal Karsinoma in situ (DCIS): Duktus içerisindeki hücrelerin kansere dönüşmesi ile meydana gelir. Belirgin büyüklüğe ulaşır ve kolaylıkla tanı konur. Tedavi edilmezse invaziv duktal karsinomaya dönüşebilir (76,84,102,105).

İnvaziv (infiltratif) Duktal Kanserler: En yaygın görülen meme kanseri türüdür. Tüm meme kanserlerinin %70-80'ini oluştururlar. Duktuslarda başlayan tümör hücresi önce çevre dokulara infiltre olur, ardından kan ve lenf yoluyla vücudun diğer bölümlerine metastaz yapar. Prognozu diğer kanser tiplerinden daha kötüdür (76,78,102).

2.5.3.İnflamatuvar meme kanseri nadir bir invaziv meme kanseri türüdür. Meme karsinomlarının %1-2'sini oluşturur. Belirtileri diğer kanser türlerinden farklıdır. Kanser hücreleri memenin içindeki küçük lenf kanallarını bloke ederek memede şişlik, kızarıklık, portakal kabuğu görünüm, sıcaklık, deride kalınlaşma/sertleşme meydana gelir (78,103,106).

2.5.4.Meme başı paget hastalığı meme kanseri vakalarının sadece %1-3'ünü oluşturur. Paget hastalığı meme kanallarında başlar ve meme başının derisine ve sonra da areolaya (meme başının etrafındaki koyu halka) yayılır. Meme başı ya da areolada egzamatöz lezyon oluşturur. Meme başı ve areolada ülserasyon, yanma ve kaşıntı hissi, kanama, kırmızı görünüm gibi belirtiler görülür. Prognozu oldukça iyidir (76,78,106).

2.6.Meme Kanserinde Evreleme

Evreleme, radyolojinin de eşlik edebileceği klinik bulgulara göre (klinik evreleme) ve ameliyatta çıkarılan tümör ve lenf nodüllerinin histopatolojik durumlarına göre (patolojik evreleme) yapılır. Klinik evreleme için tüm dünyada en yaygın olarak kullanılan, Kansere Karşı Uluslararası Birlik (Union International Centre Cancer [UICC] ve Amerikan Kanser Ortak Komitesi (American Joint Committee on Cancer [AJCC]'nin 2010 yılında biçimlendirdiği TNM sistemi kullanılmaktadır. Buna göre T primer tümörü, N koltukaltı lenf bezlerini, M uzak metastazları temsil etmektedir (76,78,84,90,107).

Primer Tümör (T)

T_x: Primer tümör değerlendirilemiyor

T₀: Primer tümöre ait bulgu yok

T_{is}: İntraductal karsinom, lobuler karsinoma in situ ve meme dokusuna invazyon göstermeyen Paget hastalığı

T_{is} (DCIS): Ductal karsinoma in situ

T_{is} (LCIS): Lobuler karsinoma in situ

T_{is} (Paget): invaziv karsinomla birlikte olmayan meme başında Paget hastalığı

T₁: Tümör en büyük boyutu 2 cm.'den küçük

T_{1mic}: En büyük boyutu 0.1 cm'yi geçmeyen mikroinvazyon

T_{1a}: En büyük boyutu 0.1-0.5 cm. arası

T_{1b}: En büyük boyutu 0.5-1.0 cm arası

T_{1c}: En büyük boyutu 1.0-2.0 cm.arası

T₂: Tümör boyutu 2.0-5.0 cm. arası

T₃: Tümör boyutu 5.0 cm.'den büyük

T₄: Tümör herhangi boyutta fakat cilt ya da göğüs duvarında tutulum var

T_{4a}: Göğüs duvarına yayılım, pektoral kas tutulumu yok

T_{4b}: Meme derisinde ülserasyon ya da ödem (peau d'orange-portakal kabuğu görünümü)

T_{4c}: Hem T_{4a} hem de T_{4b}

T_{4d}: İnflamatuvar karsinom

Bölgesel Lenf Nodları (N)

N_x: Bölgesel lenf nodları değerlendirilemiyor

N₀: Bölgesel lenf nodlarında metastaz yok

N₁: Aynı taraf level I, II aksiller lenf nodlarında metastaz, hareketli

N₂: Birbirine yapışık veya fikse aynı taraf level I, II aksiler lenf nodlarında metastaz ya da klinik olarak tespit edilmeyen aksiller lenf nodlarında metastaz olmaksızın klinik olarak tespit edilmiş aynı taraf internal mamarian lenf nodlarında metastaz

N_{2a}: Aynı taraf level I, II aksiller lenf nodlarında metastaz, fikse, birbirine veya diğer dokulara yapışık

N_{2b}: Sadece aynı taraf internal mamarian lenf nodlarında klinik olarak tespit edilmiş* metastaz

N₃: Level I, II aksiller lenf nodlarında tutulum olsun olmasın aynı taraf infraklaviküler lenf nodlarında metastaz (level III) veya klinik olarak level I, II aksiller lenf nodu metastazı ile birlikte klinik olarak tespit edilmiş* aynı taraf internal mamarian lenf nodlarında metastaz veya aksiller veya internal mamarian lenf nodu metastazı olsun olmasın aynı taraf supraklavikuler lenf nodlarında metastaz

N_{3a}: Aynı taraf infraklavikuler lenf nodlarında metastaz

N_{3b}: Aynı taraf aksiller ve internal mamarian lenf nodlarında metastaz

N_{3c}: Aynı taraf supraklavikuler lenf nodlarında metastaz

Uzak Metastaz (M)

M₀: Uzak metastaza ait klinik ya da radyolojik bulgu yok

cM₀ (i+): Klinik veya radyolojik olarak uzak metastaza ait bulgu yok, fakat metastaza ait semptom ya da ifletisi olmayan hastada kanda, kemik iliğinde ya da bölgesel olmayan lenf nodlarında 0.2 mm' den büyük olmayan moleküler ya da mikroskopik boyutta depositler

M₁: Klinik veya radyolojik olarak ve/veya histolojik olarak 0.2 mm'den büyük metastaz

Tablo 2. Meme Kanserinde Evreleme(76,78,84,90,107).

Evre	Tümör Boyutu	Lenf Nodu Tutulumu	Metastaz
Evre 0	İnsitu tümör (Tis)	Yok	T_{is} N₀ M₀
Evre I	< 2cm	Yok	T₁ N₀ M₀
Evre IIA	Tümör 5cm kadar büyüyebilir	Yok ya da 1-3 arasında aksiller lenf nodu tutulumu	T₀ N₁ M₀ T₁ N₁ M₀ T₂ N₀ M₀
Evre IIB	2 ile 5cm arasında olabilir	Yok ya da 1-3 arasında aksiller lenf nodu tutulumu	T₂ N₁ M₀ T₃ N₀ M₀
Evre IIIA	Tümör 5cm'den fazla	4-9 arasında aksiller lenf nodu tutulumu mevcut	T₀ N₂ M₀ T₁ N₂ M₀ T₂ N₂ M₀ T₃ N₁ M₀ T₃ N₂ M₀
Evre IIIB	Tümörün boyutu ne olursa olsun deri ya da göğüs duvarına doğrudan ulaşmış	4-9 arasında aksiller lenf nodu tutulumu mevcut	T₄ N₀ M₀ T₄ N₁ M₀
Evre IIIC	Herhang bir boyutta	10'dan fazla aksiller lenf nodu tutulumu mevcut	T₁₋₄ N₃ M₀
Evre IV	Herhangi bir boyutta	Her tür nodu tutulumu	T ve N ne olursa olsun M ₁ içeren tüm hastalar

2.7. Meme Kanserinde Tedavi

Hastalığın evre belirleme aşamasının ardından tedavi planı yapılmaktadır. Meme kanserinde tedavi yöntemi hastalığın sürecini ve kişide ortaya çıkaracağı yan etkiler nedeniyle kişinin hastalığa uyumunu etkileyeceği için önemlidir. Meme kanserinin tedavisi lokal ve sistemiktir. Lokal tedavisinde cerrahi, radyoterapi, sistemik tedavisinde kemoterapi, hormonoterapi, hedefe yönelik tedaviler yer almaktadır. Primer meme kanserinin tedavisi farklı yaklaşımları gerektirebilir (4,17,37,108).

Tedavi kararı verilirken tümörün büyüklüğü, koltukaltı lenf bezlerine yayılım olup olmaması, kanserin özelliği, evresi ve tümörün hormon reseptörleri içerip içermediği, hastanın yaşı ve menopozda olup olmadığı, kanser geninin varlığı gibi faktörler göz önüne alınır (4,37,108).

Evre I ve Evre IIA meme kanseri erken evre, evre II B ve Evre III meme kanseri lokal ileri meme kanseri olarak kabul edilmektedir (37,108).

Tablo 3. Meme Kanseri Tedavisinde Önerilen Klinik Yönergeler

Tip	Evre	Cerrahi tedavi	Kemoterapi ve Radyoterapi
Ductal carcinoma in situ	0	Lumpektomi ve tüm göğüs radyasyonu, veya total mastektomi ve SLNB	Östrojen reseptörü pozitifliği varsa tamoksifen (Nolvadex®, Soltamox®) düşünün.
Operable locoregional invasive	I,IIA,IIB	Lumpektomi ve tüm göğüs radyasyonu, veya total mastektomi ve SLNB	Lenf nodu pozitif ise Mastektomi sonrası radyoterapi, hormon reseptörüne dayalı kemoterapi, ve tümör özelliklerine; östrojen reseptörü pozitif ise tamoksifen veya aromataz inhibitörü HER2 pozitif ise trastuzumab(herceptin) tedavisi
Opere edilebilir lokal ileri invasive	Bazı IIIA	Opere edilebilir locoregional invasive deki aynı cerrahi tedaviler	Aynı kemoterapi ve radyasyon terapisi, operasyonel lokal bölgesel için olduğu gibi.
Lokal ileri invasive	IIIC, Bazı IIIA	Total mastektomi veya lumpektomi ve tümörün büyüklüğü ve yerine bağlı tüm göğüs radyasyonu; SLNB	Hormon reseptörüne dayalı neoadjuvan veya cerrahi kemoterapi; postmastektomi radyasyon tedavisi; tamoksifen ve/veya aromataz inhibitörü tedavisi östrojen reseptörü-pozitif; Trastuzumab tedavisi HER2 / neu pozitifse
Metastaz	IV	Cerrahi sonrası sistemik tedavi cilt ülseri, fungusyon, kanama ve / veya ağrı ile bağlantılı ise tümörün lokal temizlenmesi mümkündür	Metastaz yerini temel alan destekleyici terapi; östrojen için kemoterapi reseptör negatif tümörler veya endokrin terapiye cevap vermeyen tümörler; hafifletici radyasyon tedavisi; tamoksifen ve/veya aromataz inhibitörü tedavisi östrojen reseptörü pozitif ise; Trastuzumab tedavisi HER2 /neu pozitifse
Kaynak: National Comprehensive Cancer Network.(2015). <i>NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast cancer</i> [v.3.2015]. Retrieved from http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf (79)			
Kaynak: Jerome-D'Emilia B, , Suplee P. D., and D'Emilia, L, Why Women Are Choosing Bilateral Mastectomy Clinical Journal of Oncology Nursing ,December 2015 • Volume 19, Number 6(90)			

2.7.1.Cerrahi Tedavi

Meme kanseri için cerrahi tedavi memenin tamamının alındığı mastektomi veya memenin korunduğu meme koruyucu cerrahi (MKC), eş zamanlı ya da gecikmiş meme rekonstrüksiyonu olan cerrahi kapsar (4,37).

Meme Kanserinde Uygulanan Cerrahi Girişimler

1.Mastektomi

1. Radikal Mastektomi
2. Modifiye Radikal Mastektomi (MRM):
3. Basit (Total) Mastektomi
4. Subkutanöz Mastektomi (meme başı, areola ve meme derisini koruyucu)

2. Meme Koruyucu Cerrahi (MKC)

1. Lumpektomi
2. Kadrenektomi
- 3.Segmental Mastektomi:

3-Aksiller Diseksiyon

- SLNB

1-Memenin Tümünün Alındığı Ameliyatlar

Meme kanseri tedavisinde kullanılan mastektomi çeşitleri radikal mastektomi, modifiye radikal mastektomi, basit (total) mastektomi, subkutan mastektomi olmak üzere sıralanabilmektedir (78,102,109)

a-Basit(Total) Mastektomi: Meme dokusu meme başı ve derisi dahil tam olarak çıkarılır. Pektoral fascia, m.pectoralis major, m.pectoralis minor, aksiller lenfatik yapılar korunur. Bu operasyonda lenf nodülleri çıkarılmaz (78,102,109,110).

b-Modifiye Radikal Mastektomi (MRM): Tümörlü memenin, meme derisi, pektoral fasya, aksilladaki lenf nodülleri ve yumuşak doku ile birlikte çıkarılmasıdır (78,108,109,110).

c- Radikal Mastektomi: Bu teknikte memenin tamamı, meme ucu, aynı taraf aksiller lenf nodülleri ve pektoralis majör ve minör kasların tamamı çıkartılır (78,108,109,110).

d-Subkutan Mastektomi (meme başı, areola ve meme derisini koruyucu):

Hastanın kendi derisinin büyük kısmının rekonstrüksiyon için korunarak yapılan mastektomidir. Tümörün üzerindeki cilt ile birlikte tüm meme parankimasi çıkarılır (78,108,110).

2-Meme Koruyucu Cerrahiler (MKC)

Meme kanseri tanısını erken evrede koymak, prognozu iyi yönde etkilemesi, mortaliteyi azaltmasının yanı sıra, uygun olgularda meme koruyucu cerrahi yapabilme olanağını da sağlamaktadır (37,78,108)

Erken evre meme kanserinde genel olarak tercih edilen cerrahi tedavi, meme koruyucu cerrahidir (MKC). Meme koruyucu cerrahide tümör, çevresindeki bir miktar normal doku ile birlikte çıkarılmaktadır. Meme koruyucu cerrahi evre I veya II meme kanserinde uygulanabilir (37,78,108).

a- Lumpektomi: Lumpektomi kanserli kitlenin ve bu kitlenin etrafından bir parça temiz dokunun da alınarak operasyon ile çıkarılmasıdır. Aksiller lenf diseksiyon kararı sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) ile verilir (108,111).

b- Kadrenektomi: Memenin dörtte birinin, derisi ve bağlayıcı dokusuyla birlikte alınmasıdır. Aksiller lenf diseksiyon kararı SLNB ile verilir (108,111).

c-Segmental Mastektomi: Memedeki kitlenin çevresindeki meme dokusu, tümörün altındaki göğüs kaslarını saran ince zarla birlikte çıkarılmasıdır (108,111).

Meme kanserinde yayılma potansiyeli olan kanser hücreleri memenin lenfatik akımının en yoğun olduğu koltuk altı (aksilla) lenf bezelerine yayılabilmektedir. Bu açıdan koltuk altı kanserli olan lenf bezelerinin incelenmesi hastalığın patolojik evresi, tedavinin hangisi olacağına belirlenmesi ve tedavinin sonuçları açısından önemlidir (108,109).

3- Aksiller Diseksiyon

Lenf nodüllerinin diseksiyonu için iki ayrı yöntem vardır.

a-Aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND): Lenf nodüllerinin çıkartılması için kullanılan klasik yöntemdir. Genellikle 10 ile 30 arasında lenf nodülü çıkartılır ve kanser taşıyıp taşımadıklarının belirlenmesi için patoloji laboratuvarına gönderilir (76,111).

b-Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi (SLNB): Meme kanserli hastalarda memenin lenf drenajının ilk gittiği dolayısı ile tümör hücrelerinin ulaşma olasılığının en yüksek olduğu ilk lenf nodlarının incelenmesi prensibine dayanır. Sentinel lenf nodu biyopsisinde kanserli bölgeye radyoaktif bir madde enjekte edilir ve bu maddenin lenf sistemi içerisinde izlediği yol gözlemlenerek ilk üç lenf nodülü çıkartılır. Sentinel lenf nodunda kanser yayılımı yoksa diğer lenf nodlarının da temiz olduğu gösterir (76,109,110,111).

Aksiller diseksiyon kol ödemi, parestezi, kronik omuz ağrısı, aksiller sinir hasarı, kolda güçsüzlük ve omuz eklem fonksiyonlarında bozulma gibi bazı komplikasyonlara neden olabilmektedir (37,109, 111,112).

2010 yılında Amerika'da yapılan bir meta-analiz çalışmasında; ALND ve SLNB yapılan 9608 erken evre meme kanserli hasta incelenmesi sonucunda SLNB yapılan hastalarda postoperatif morbiditenin ALND yapılanlara göre belirgin olarak daha seyrek olduğu, enfeksiyon riski, seroma, kolda şişlik, uyuşma gibi komplikasyonların SLNB yapılan hastalarda daha düşük oranda olduğu görülmüştür (113).

Meme cerrahisinden sonrası beden imajında bozulma, kanama, yara yeri enfeksiyon, kol ağrısı ağrısı, geçici ödem, lenfödem, omuz ve kol hareketlerinin sınırlılık (donmuş omuz; kontraktür), cilt nekrozu, seroma, sinir yaralanmaları, seroma, hematoma ve doku rekonstrüksiyonu yapıldıysa flep nekrozu görülebilir (37,76,111,114,115).

Son yıllarda giderek artan sayıda hasta göğsünü radikal bir tedavinin yanı sıra korumayı tercih etmektedir. Bu durumda, meme koruyucu cerrahi, klinikte giderek yaygınlaşmaktadır. Yapılan çalışmalarda evre I ve II evrelerinde meme koruyucu cerrahi ile tedavi edilen hastaların tümör metastazı ve sağkalım oranlarının, toplam mastektomi uygulanan hastalara benzer olduğunu, sağ kalımları arasında herhangi bir fark olmadığı göstermiştir. Son yıllarda ortaya çıkan sonuçlar, evre I ve II evrelerinde meme koruyucu cerrahi ile tedavi edilen hastaların tümör metastazı ve sağkalım oranlarının, toplam mastektomi uygulanan hastalarinkine benzer olduğunu göstermiştir (116,117,118).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada meme kanserinin görülme yaşının artmakta olduğu, genç ve premenopozal meme kanseri oranının azaldığı, meme kanserinin daha küçük boyutlarda yakalandığı ve meme koruyucu cerrahinin daha sık yapıldığı belirtilmiştir (119).

Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu, kaybedilen memenin yerine yenisinin oluşturulması işlemidir. Meme rekonstrüksiyonu mastektomi ile aynı ameliyatta (eş zamanlı rekonstrüksiyon) olabileceği gibi, tedaviler bittikten sonra ayrı bir ameliyatla da (geç zamanlı rekonstrüksiyon) yapılabilir. Günümüzde daha çok tercih edilen teknik, psikolojik sonuçlarının daha iyi olması nedeniyle eş zamanlı meme rekonstrüksiyonudur (78,110,111,116).

2.7.2.Radyoterapi

Meme kanserinde radyoterapi; lokal ve bölgesel nüks riskini ve buna bağlı ağrıyı azaltmak ve sağkalımı arttırmak için kullanılır. Meme kanserinde yayılmış bir tümörü küçültmek için mastektomi ameliyatından önce de uygulanabilmektedir. Genellikle ameliyattan 6-8 hafta kadar sonrası yara iyileşmesi tamamlanınca başlanır. Teknolojik ilerlemeler ve tedaviler sayesinde radyoterapinin yan etkilerinde büyük oranda azalma sağlanmıştır. Genellikle haftada beş gün olmak üzere 4-5 hafta sürmektedir. Son yıllarda özellikle erken evre meme tümörlerinde meme koruyucu cerrahi (MKC) yaklaşımlarının ön plana çıkması ile birlikte radyoterapi uygulanma sıklığı da belirgin olarak artmıştır (76,111).

2.7.3.Kemoterapi

Kemoterapi, kontrolsüzce çoğalan hücelere karşı öldürücü etkileri olan ilaçların kullanıldığı sistemik tedavi şeklidir. Meme kanserinde tanı koyma aşamasında hastaların ortalama %50'den fazlasında bulunan mikro metastazları yok etmek amacıyla hastalara kemoterapi yapılmaktadır. Kemoterapi adjuvan, neoadjuvan ve palyatif şeklinde verilebilir. Kemoterapi'ye karar verildiğinde hastaya tedavinin amacı, uygulanış yolu ve olası yan etkileri hakkında bilgi verilmesi önemlidir (76,78,84,111).

Kemoterapi, bulantı, kusma, mukozit, diyare veya kabızlık gibi gastrointestinal sistem toksisiteleri; alopesi, mielosupresyon, nötropeni ve nötropenik ateş, çeşitli infeksiyonlar, kas ve kemik ağrıları nörotoksisite, kardiyotoksisite, böbrek fonksiyon bozuklukları, menstrüasyon-fertilite bozuklukları, katarakt, cilt ve tırnaklarda trofik bozukluklar gibi oldukça farklı sistemleri etkilemekte ve çok çeşitli yan etkilere yol açmaktadır. Ayrıca, bazen kemoterapiye, bazen de uygulanan endokrin tedavilere bağlı olarak erken menopoz ortaya çıkmakta ve kemik metabolizması bozukluklarıyla beraber osteoporozu hızlandırabilmektedir. Bu tür, olabilecek komplikasyonlar konusunda hastaların ve yakınlarının bilinçlendirilmesi, gerekli önlemlerin alınması gereklidir (76,78,82,102).

2.7.4.Hormonal Tedavi

Tümör hücresindeki östrojen ve progesteron resöptörü pozitif olan hastalara uzun yıllar korunmayı hedefleyen tedavi yöntemidir. Meme kanserinde hormon tedavisinin amacı, östrojen reseptörü içeren ve östrojene duyarlı olan kanser

tiplerinde, östrojenin etkisini ortadan kaldırarak kanserin gelişmesinin önlenmesidir. Hormon tedavisinde *östrojen resöptör blokerleri* Tomoxifen (nolvadex), toremifene(faveston), Fuvestrant(faslodex), *Aramotoz inhibitörleri*: Anastrozole(arimidex), Letrozole (Famara), Exesmestane (aromasin), *Östrojen resöptör Medulla*; Raloxifene(Evista) kullanılır. Hastaya tedavinin amacı iyi anlatılması yan etkiler ve izlem konusunda bilgi verilmesi önemlidir. Hormon tedavisi östrojen reseptörü pozitif kadınlarda ideal olarak beş yıl süreyle günde bir kez kullanılmaktadır (78,111).

Rahimde kalınlaşma, sıcak basması, düzensiz adet kanaması, halsizlik, bulantı, vajinal kuruluk ve kaşıntı, cilt döküntüsü pıhtılaşmaya yatkınlık en sık görülen yan etkileridir. Vazomotor şikayetlere, sıcak basmaları, soğuk terlemeleri ve uyku güçlüklerine yol açan gece terlemeleri dahildir ve bu da hastalarda yorgunluğa ve konsantrasyon güçlüğüne neden olabilir (80,111,120).

2.7.5.Biyolojik Tedavi (Hedefe Yönelik Tedavi)

Biyolojik tedavi, kansere karşı bedenın doğal direnç mekanizmalarının güçlendirildiği bir tedavi yöntemi olup doğrudan kanserli hücreyi hedef almakta ve sadece tümörün yok edilmesinde kullanılmaktadır. "İnsan epidermal büyüme faktörü reseptörü-2 (HER-2)" epidermal büyüme faktör grubundan protein yapısında bir moleküldür. HER-2 içeren bu tümör hücrelerinin yüzey antijenlerine karşı geliştirilen monoklonal antikorlar tümör hücrelerinin yüzeyindeki reseptörleri bloke ederek bu hücrelerin büyüme ve çoğalmalarını engeller. Meme kanserinde biyolojik tedavi kişideki HER2 neu pozitif/negatif olma durumuna göre verilmektedir. Biyolojik tedavi trastuzumab(herceptin), Pertuzamab(perjeta), Lapatinib(Tykerb) kullanılmaktadır. Bu ilaçlar kalp problemlerine neden olabilmektedir. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası kalp fonksiyonları düzenli olarak kontrol edilmesi önemlidir (78,111).

2.8.Meme Kanseri Hastalarında İzlem

Meme kanserinde nüks en sık ilk iki senede olmaktadır, beşinci yıldan sonra ise nüks oranı azalmaya başlar. Bu nedenle meme kanseri hastalarında izlem çok önemlidir.

Meme kanseri izlemin amacı; ikinci malignite ve lokal nükslerin erken tespit edilmesiyle mortaliteyi azaltmak, refah düzeyini arttırmak ve metastatik

hastalığı düşündürülen semptomların belirlenmesi, tedavilerin yan etkilerinin değerlendirilmesi ve izlenmesidir. Bunun yanı sıra adjuvan tedavilere bağlı morbidite ve endokrin terapiye uyumun geliştirilmesi fiziksel ve ve psiko-sosyal rehabilitasyonun sağlanmasıdır. Genel hekimlerin takibinin yanısıra, hemşire tarafından yapılan takip veya telefon takibi gibi alternatif takip stratejileri önerilmektedir (121,122,123,124).

Meme kanserli hastaların takibinde ASCO (Amerikan Society Of Clinical Oncology), ESMO(European Society Of Medical Oncology), NCCN (Natioal Cancer Network), ACS (Amerikan Cancer Institute) and CDC (The Centers for Disease Control and Prevention) gibi uluslararası dernek ve kurumlar çeşitli izlem kılavuzları yayınlamışlardır. Bu kılavuzların çoğunda hastaların ilk iki yıl 3-6 ayda bir, 3.yıl 6 ayda bir, sonraki yıllarda yıllık anamnez ve fizik muayene ile izlem önerilmiştir. Mamografi yıllık olarak önerilmiştir. İzlem vizitlerinin sıklığı ve niteliği hastanın özelliklerine göre saptanmalıdır (37,125).

Ülkemizde 2006 yılında yapılan I. Ulusal Meme Kanseri Konsensus Toplantısında alınan kararla meme kanserinde izlem, ilk yıl 3 ayda bir, sonraki iki yıl 6 ayda bir ve beş yıldan sonra yıllık izlem yapılması önerilmiştir. Meme kanseri nedeniyle tedavi olmuş, düşük risk grubundaki hastalara uzak metastaz yönünden radyolojik yöntemlerle izlem gerekmez. Meme kanser tedavisi görmüş, yüksek riskli 35 yaş altı hastalarda izlem mamografi ve MR ile yapılmalıdır (125,126).

Rutin klinik izlemlerin tedavinin ya da psikolojik sorunların yan etkilerinin belirlenmesinde yararlı olduğuna dair çok az kanıt bulunduğu, yoğun izlem ile hayatta kalma oranının arttırmadığı, hatta yaşam kalitesini düşürdüğü, hemşirelerin; izlemleri koordine etme, yürütme ve hastalara yazılı bilgi sunma konusunda önemli bir rol oynayabilecekleri vurgulanmıştır (66,123).

Sheppard ve arkadaşlarının(2009) yaptıkları çalışmada, meme kanseri tanısını takiben iki yıl sonra, düzenli klinik izlemin psikolojik morbidite veya yaşam kalitesini artırdığına dair bir kanıt bulunmadığını, hemşirelerin telefon ile izlemde hastaların bireysel ihtiyaçlarına göre bakıma optimal düzeyde yönetebileceklerini, ayrıca hastalara, psikososyal destek, korku ve kaygı azaltılmasında, tedavi yan etkilerinin kontrolünde, psikoseksüel veya beden imajında sorunları ve hayatta kalma ile ilgili gibi uzun vadeli sorunlarda baş etmelerinde etkili olabilecekleri vurgulanmıştır (127).

2.9.Meme Kanseri ve Yaşam Kalitesi

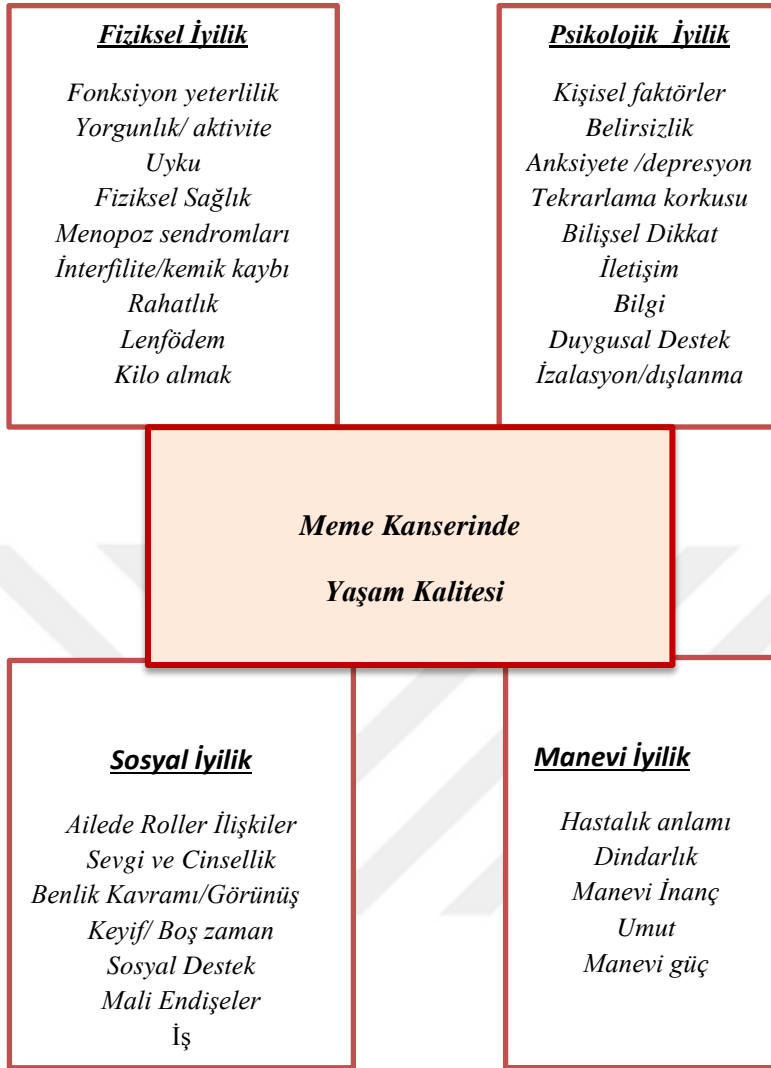
Yaşam kalitesi ve kanser hayatta kalma ile ilgili kavramsallaştırmalar 1990'ların başında ortaya çıkmaya başlamıştır(25). Her bireyin kendine özgü hayat tecrübesi ve farklı değerleri vardır. Yaşam kalitesi, kişilerin farklı değerlere sahip olduğunu ve bu değerlerin yaşam kalitesine çeşitli etkileri olduğunu kabul eden öznel ve bütüncül bir kavramdır. Yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamını değerlendirmesine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerini içeren geniş bir kavramdır ve yaşamın genel keyifini ölçen zaman içinde değişen çok boyutlu bir yapıdır. Fiziksel, zihinsel, manevi ve sosyoekonomik refah gibi çeşitli alanları içerir (57,128).

Literatürde kanser hastaları için pek çok yaşam kalitesi modelleri mevcut olsa da, anahtar boyutlar veya alanlar üzerinde kesin bir fikir birliğine varılmıştır ve her bir alan içerisinde faktörler önemlidir. **Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi**, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal refahın bir tıbbi durum veya tedavi ilişkili öznel değerlendirmelerini içerir. Son yıllarda yaşam kalitesi bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal refahının karmaşık bir çok boyutlu değerlendirmesi birincil sonuç ölçütü olarak kullanılmıştır. Meme kanserinin veya tedaviye bağlı semptomların ve tedavi tiplerinin olumsuz etkileri farklı yaşam kalitesi alanlarıyla ilişkilendirilmiştir (28,30,41,57,129,130,131,132).

Kanser hastaların tüm yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutta yaygın ve olumsuz bir şekilde etkiler. Yaş, etnik/kültür, bilgi, iletişim, sosyal ve duygusal destek, maneviyat, aile ilişkileri, fiziksel ve psikolojik belirtiler bir kadının tanıya nasıl tepki verdiğini etkiler. Aile geçmişi, sosyoekonomik durum, fiziksel ve psikolojik durum gibi değişkenler, hem bağımlı hem de bağımsız olarak yaşam kalitesini etkileyebilir. Kişinin yaşam kalitesi algısı da bu değişkenlerin her birini etkileyebilir. Hastalığın tedavisinde ve bakımında kültürel farklılıkların göz önünde tutulması sağlık çalışanlarına yön göstermesi bakımından önemlidir (2,31,32,41,72).

Jassim ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları meme kanseri olan Bahreyn’li kadınların yaşam kalitesi araştırıldığı niteliksel çalışmada kültürel, dini ve sosyal boyutların kadınların meme kanseri deneyimi ve yaşam kalitesini etkilediği, kansere bağlı inanç ve tutumların, meme kanseri nedenleri algılama biçimlerinin, başa çıkma mekanizmalarında etkili olduğu saptanmıştır (32).

Meme Kanserinde Yaşam Kalitesi



Şekil.3 . Meme Kanserinde Yaşam Kalitesi(36)

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, bu modelde dört alanlı çok boyutlu bir yapı olarak kavramsallaştırılmıştır. Ferrell (1996), meme kanseri yaşam kalitesini "fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi boyutları kapsayan kişisel bir sağlık duygusu" olarak tanımlamıştır. "***Fiziksel iyilik hali***" semptomların kontrol altına alınması ya da hafifletilmesi, işlevin ve bağımsızlığın sürdürülmesi" olarak tanımlanır. "***Psikolojik iyilik***" duygusal sıkıntı, değişen hayat öncelikleri ve bilinmeyen ya da olumlu yaşam değişiklikleri korkusu ile karakterize, yaşamı tehdit eden hastalıklar karşısında kontrolü hissetme girişimi" olarak tanımlanır. "***Sosyal iyilik***" sadece kanseri veya semptomlarını değil, aynı zamanda; kanserli kişileri, rollerini ve ilişkilerini tanımak kişiyi de görmenin bir yolu için kullanılan araç olarak tanımlanır. "***Manevi İyilik***" belirsizlik ile karakterize kanser deneyiminden

umudunu korumak ve anlam kazanma" olarak tanımlanır. Kişinin dini ve diğer manevi kaynakların yardımıyla geliştirilir (22,32,133).

Meme kanseri tanısı ile birlikte kadının ve ailesinin hayatın fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlarını etkileyen yoğun zorlukları da beraberinde getirmektedir. Meme kanseri cerrahisi sonrası yaşam kalitesinin sadece cerrahi tipinden değil hastaların ameliyat öncesi ve sonrası fonksiyonel durumundan, sosyodemografik verileri (yaş v.s), kemoterapi, radyoterapi, hormonterapi alma durumlarından ve ameliyat sonrası geçen süreden etkilendiği gösterilmiştir. Erken teşhis ve tedavideki ilerlemeler, meme kanseri olan hastalar için daha yüksek hayatta kalma oranlarına yol açmıştır. Meme kanseri hayatta kalanlarındaki bu artış göz önüne alındığında, yaşam kalitesi önemli bir konu haline gelmiştir. Araştırmalar meme kanseri hastalarında karşılaşılan çeşitli zorlukları ve bu zorlukların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumlu ve olumsuz sonuçlarını daha iyi anlamak üzerine odaklanmıştır. Meme kanserinde yaşam kalitesini araştırmak; hastaların, hastalığa ve tedavilerine uyumları açısından önemlidir. Hastalara tanı sonrası veya tedavi öncesinde psikolojik destek sağlanması önemlidir (40,42,72,134,135).

Genç yaş, sosyal desteğin eksikliği veya düşük maddi durum gibi demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin yüksek anksiyete, depresyon ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu, bununla birlikte, hastanın psikolojik durumu ve yaşam kalitesinin zamanla değiştiği belirtilmiştir(72).

Genç kadınlarda meme kanseri tanısı, tedavisi, yaşı ve yaşamdaki gelişim evresi nedeniyle benzersiz etkilere sahiptir. Genç meme kanserli kadınların yaşlı kadınlara göre daha çok karşılanmamış ihtiyaçları, görünüş, benlik imajı, iş ve mali konular hakkında daha fazla duygusal sıkıntı yaşadıkları belirtilmektedir. Kemoterapi kaynaklı menopoz yaşayan genç kadınlar, cinsel işlevde bozulma, cinsel tatminsizlik, vajinal kuruluk ile ilgili ağrılı cinsel ilişki gibi daha çok fiziksel ve psikolojik sıkıntı bildirdikleri ve daha düşük yaşam kalitesi göstermektedirler. Tedaviyle indüklenen menopoz, menopoz semptomları, menopozun geçici veya kalıcı doğası, semptom yönetimi ve gelecekteki sağlığa ilişkin belirsizlik ile ilişkilendirilmektedir. Yaşlı kadınların (>50 yaşın) daha az duygusal sıkıntı yaşadıkları, daha fazla direnç gösterdikleri ve semptom sıkıntısının nispeten düşük olduğu ancak fiziksel işlevsellik sonuçlarının düşük olduğu, fiziksel

işlevsellik ve bağımsızlık konusunda genç kadınlardan daha çok endişe ettiği belirtilmektedir (32,43).

Howard-Anderson ve arkadaşlarının sistematik review çalışmasında 50 yaş veya daha küçük olan meme kanserli kadınlarda, 50 yaş üzeri kadınlara göre daha sık veya şiddetli depresif belirtiler ve yaşam kalitesinin daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Genç yaşta (≤ 50 yaş) kadınlarda erken menopoz, menopoz semptomları ve infertilite ile ilgili endişeler tedaviden sonra sıkıntı oluşturmuştur. Genç yaşta (≤ 50 yaş) kanserli kadınlarda farklı psikososyal, menopozla ilgili endişeler, kilo alımını ve fiziksel hareketsizlik yaşadığı görülmüştür (23).

Yaşam kalitesi, zamanla değişen dinamik bir yapı olduğundan meme kanseri iyileşme sürecindeki geçişlerde; tanı aşamasında, tedaviyi beklerken, tedavi sırasında, tedavinin sonunda ve izlem sırasındaki stresli zamanlarda kadının yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin tanımlanması önemlidir. Kanser tanısı ve tedavisi bir dizi stres yaratır. Hayatı tehdit eden bir hastalığa sahip olma şok edici olabilir ve kabul edememe, tanıyı takiben aylar boyunca, negatif bilişler (örneğin, geleceğe ilişkin belirsizlik), mali zorluklar ve tedaviyle ilgili karar verme, ameliyat, kemoterapi, radyasyon, immünoterapi ve hormonal terapi ve bunların yan etkileri gibi bir dizi akut ve uzun süreli zorluklara neden olabilir. Uygulanan tedaviler, iş veya aile rolleri bozulması, fiziksel belirtiler çeşitli yaşam alanlarındaki amaçların ulaşılması ve kazanılmasında tehdit oluşturabilir. Tedavi sırasında geleceğe ilişkin belirsizlik devam eder, ancak bu dönemde kadınlar tedavileri almak, rollerini ve ailedeki görevlerini yerine getirmek üzerine daha çok odaklanırlar. Bu dönemde duygularını ve duygusal sıkıntılarını gizleyebilirler. Tedavinin sonu, anksiyete, belirsizlik ve psikolojik sıkıntı artışıyla ilişkilidir. İlk yıl boyunca kademeli olarak düzelme bulgusuna rağmen, tedaviden sonra bazı kadınlarda fiziksel semptomlar devam edebilir, menopoz semptomları, kas-iskelet sistemi şikayetleri ve periferik nöropati ile ilişkili semptom sıkıntısı, karşılanmamış duygusal ve destek ihtiyaçları nedeniyle psikolojik sıkıntı devam etmesi bir kadının psikososyal iyiliğini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Özetle tanı ve tedaviye yönelik fiziksel semptomlar ve psikolojik tepkiler yaşam kalitesi tüm alanlarını etkiler ve iyileşme sürecine etkileyebilir (2,6,17,32,40,47,63,136). Farklı adjuvan tedavilerinin hastanın psikolojik sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde farklı etkileri vardır. Kemoterapinin radyoterapi göre daha cinsel işlev ve fiziksel iyilik üzerinde olumsuz etkisi bulunmaktadır. Ayrıca, kemoterapi bedensel imajı, psikososyal

sıkıntıyı etkileyerek yaşam kalitesi düşmesine sebep olmaktadır. Kemoterapi alan Çinli hastaların daha büyük bir yüzdesinde anksiyete veya depresyonu radyoterapi grubuna göre daha sık bildirdiği, radyoterapiye başlamadan önce anksiyete ve depresyon daha düşük olduğu, konservatif cerrahi uygulanan hastaların radikal cerrahiye göre, endokrin terapi alanların endokrin tedavisi görmeyenlere yaşam kalitesinin düşük olduğu belirtilmiştir (72,22).

Chen ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada meme kanseri hastalarının ameliyat öncesi, anksiyete ,depresyon, yorgunluk, uykusuzluk sorunu yaşayanların ameliyat sonrası yaşam kalitelerinde ameliyat öncesi yaşamayanlara göre düşük olduğu ve semptom profilinin, yaşam kaliteleri üzerinde uzun vadeli bir prediktif etki yaptığı saptanmıştır (136).

Roiland ve Heidrich(2011) yaşlı meme kanseri hastalarında yaptıkları çalışmada 36 farklı belirtiyi içeren klinik olarak belirgin yedi semptom kümesi bulunmuşlardır. Bu semptom kümelerinin, yaşam kalitesinin birden çok boyutuyla anlamlı şekilde ilişkili olduğunu, ilk beş semptomun gerginlik(katılık), ağrı , eklem ağrısı, acıma, yorgunluk olduğunu saptamışlardır. Yaşlı yetişkin meme kanseri hastaları, çok sayıda eş zamanlı semptom yaşarlar. Birbirleriyle ilişkili olduğu bilinen semptomları hedef alan müdahalelerin yaşam kalitesi arttırılmasında önemli olduğu vurgulanmıştır(21).

Meme kanserli hastalarda yaşam kalitesinin zamanla azaldığı, ameliyattan bir yıl sonra artmaya başladığı belirtilmektedir(137).Meme kanseri tedavisinin geç etkileri arasında kalıcı yorgunluk, depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu, uyuşma/karınalanma, kızarıklık ve diğer vazomotor semptomlar, bilişsel işlev bozukluğu, kronik ağrı, lenfödem ve cinsel işlev bozukluğu bulunmaktadır (120,138,139,140,141,142).

Meme kanseri hayatta kalanlar üzerine yapılan araştırmalar, tedavinin tamamlanmasının ardından %50'den fazlasının yorgunluğa ve %20'sinin de depresyondan etkilenmeye devam ettiğini göstermektedir. Bu belirtiler, bu hastalarda fonksiyonel durum veya yaşam kalitesini ciddi şekilde olumsuz etkiler yapabilir (143).

Meme kanserinden sağ kalanlarda görülen düşük yaşam kalitesi, menepoz belirtileri, yorgunluk ve depresyon ile ilişkilendirilmiştir. Vazomotor semptomlar (sıcak basmaları ve gece terlemesi) ve cinsel sorunlar menepoz semptomlarının ana alanıdır. Meme kanserinden sağ kalanların yaklaşık % 65-85'inde sıcak basması ve

gece terlemesi görüldüğü bildirilmiştir ve bu sorunlar çoğunlukla azalmış yaşam kalitesinde uyku sorunlarıyla ilişkilidir (98).

Meme kanserinde genç kadınlar ve adjuvan kemoterapi alanlarda düşük sosyal işlevsellik seviyesine sahip olmasına rağmen uzun süre hayatta kalanların (tanıdan itibaren 5 yıl üstü) yaşam kalitesinin iyi olduğu rapor edilmektedir. Sağlıklı kadınlarla karşılaştırıldığında meme kanserinden sağ kalanların fiziksel işlevlerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir(32).

Tirgari ve arkadaşları (2012) İran'da meme kanserli kadınlarda yaptıkları çalışmada hastaların duygu durumu ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu, mastektomi yapılan kadınların düşük ruh hali ve yaşam kalitesine sahip olduklarını saptamışlardır (41).

Sammarco and Konecny (2010) tarafından yapılan bir çalışmada kültürel değerler, komorbidite ve eğitim düzeyi gibi faktörler algılanan sosyal destek, belirsizlik yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır. Yeterli sosyal desteğin sağlanmasının meme kanseri yaşarlarda yaşam kalitesini korumak veya iyileştirmek için önemli olduğunu belirtilmiştir(130).

Meme kanseri hastalarının hayatta kalma sürelerinin ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik stratejilerin belirlenmesine ihtiyaç vardır. Meme kanseri hastaların ruhsal durumları yaşam kalitelerini belirlemek için çok önemli bir unsurdur. Hemşirelerin duygu durum bozukluğu semptomlarının ve hastaların yaşam kalitesi üzerindeki potansiyel etkilerinin farkında olması, ayrıca hastaları uygun destek hizmetlerine yönlendirmesine önemlidir (6,41).

Meme kanserinde yüksek düzeyde depresyon kanserle baş etmeyi ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Meme kanseri olan kadınlar arasında, depresyon prevalansı, örneğe bağlı olarak %1.5 ile %50 aralığında değişmektedir. Fiziksel hastalığın etkili bir şekilde tedavi edilmesinden sonra bile, bu tür psikolojik distres/sıkıntı, hastanın yaşam kalitesini uzun bir süre olumsuz etkilemeye devam edebilir. Pek çok onkoloji ortamında tedavi yalnızca fiziksel semptomlara karşın psikolojik semptom gözardı edildiği belirtilmektedir (17).

Meme kanserinde psikolojik sıkıntıların altı aylık bir tedavi periyodunda yaşam kalitesinde düşmelere neden olduğu, meme kanseri ilk teşhisinin ardından bir yıl sonraki psikolojik uyum sağlanması ile yaşam kalitesinde artma gözlenmektedir. Hemşireler ve doktorlar hastadaki psikolojik sıkıntısını tespit

etmesi ve algılaması ile psikolojik morbiditenin erken tespit edilmesi ve erken müdahalenin yapılması sağlar. Hastaların yaşadığı sıkıntı da azalır (128).

Ameliyat tipi, aksiller cerrahi tipi, kemoterapi, radyoterapi ve hormonal terapi gibi meme kanseri tanısı ve tedavisi, tedavi süresi boyunca çeşitli şekillerde hastanın yaşam kalitesini etkiler. Hasta yakınları hastanın durumuna bağlı olarak fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkilenmektedir. Kanserin sadece hastaları değil, aynı zamanda birinci derece yakınlarında da yaşam kalitelerini de etkilediği kanıtlanmıştır. Kişinin yaşam kalitesini yükseltmek için manevi, sosyal destek ve eğitim kaynakları sağlamaya daha fazla önem verilmelidir (22,28,50,47).

Solonen ve arkadaşları (2013) yaptıkları yarı deneysel çalışmada hemşireler tarafından yapılan sosyal desteğin algılanılan sosyal destek, cinsel işlevler, genel yaşam kalitesi, sağlık fonksiyonlarında üzerinde etkili olduğu saptanmıştır(57).

Kanserli hastalar genellikle hastalık ve tedavisinin bir sonucu olarak semptomlar yaşarlar. Yorgunluk, ağrı, anksiyete ve depresyon en yaygın olanıdır. Çoğu önceki literatür, tek bir semptomun ve hastanın fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemiştir. Bununla birlikte, hastalar sıklıkla birden fazla belirti yaşarlar. İlgili semptomların eş zamanlı olması hasta sonuçları üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir (144).

Meme kanseri hastalarının büyük bir yüzdesi, yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkileyebilen, uzun süreli tedavi ile ilişkili kronik ağrı yaşar. Yayımlanmış raporlar, meme kanseri hastalarının %25 ile %60'ının ameliyat, radyasyon tedavisi, kemoterapi ve endokrin terapi dahil olmak üzere uygulanan tedavilerin bir sonucu olarak kronik ağrı yaşadıklarını göstermektedir (37).

Meme kanseri olan kadınların bireysel gereksinimlerine göre hemşireler tarafından sosyal destek verilmesi bakımın vazgeçilmez bir parçasıdır (22,57).

Sosyal destek meme kanseri olan kadınların iyileşmesi için hayati önemlidir. Desteğin hem tedavi sürecinde hem de birkaç yıl sonra meme kanseri hastalarının fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevleri ve yaşam kalitesine olumlu etkileri olduğuna dair tutarlı kanıtlar bulunmaktadır. Meme kanseri hastalarının duygusal destek temel kaynakları genellikle eşleri, çocukları, arkadaşları, kardeşleri, hemşireler meme kanseri tanısı konmuş hastaların desteklenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Hemşireler tedavi sürecinde hastaların karşılaştıkları sorunların farkına varmalı ve hastaların ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayacak farklı destekleyici müdahaleler geliştirmelidir(57,130).

2.10.Meme Kanserinde Distres

Distres, psikolojik, sosyal ve manevi faktörlerin çoklu toplamıdır. “Distres, kanserli bireyin, kanserle baş etme yetisini engelleyen, hoş olmayan hisleri ve duyguları, bunların fiziksel belirtilerini ve ele alınış şeklini” tanımlamak için kullanılmaktadır. Distres; depresyon, kaygı, panik, sosyal izolasyon, varoluşsal ve ruhsal kriz arasında değişen kırılganlık, keder ve endişe duygularından hissedilen bir sürekliliktir. Başlangıç sıkıntısı aşırı, kalıcı olabilir ve majör depresyon gibi psikiyatrik bir bozukluğu ön plana çıkarabilir. Distres, hastanın hastalıkla, semptomlarıyla ve tedavinin komplikasyonlarıyla etkin bir şekilde başa çıkma kabiliyetini etkiler (49,145,146).

Amerika’da National Comprehensive Cancer Network (NCCN) tarafından, kanser hastalarının yaşadıkları psikososyal sorunlar distres olarak adlandırmakta ve hastanın distres düzeyi izleminin ve yönetiminin rutin kanser bakımına dahil edilmesi önerilmektedir (147).

Meme kanseri yaşarlarda distresin yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olduğu belirtilmekte ayrıca distres tanı, tedavi ve tedavi sonrasında; uyumu olumsuz olarak etkilemekte ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (148,149).

Meme kanserinin tanı esnasında kısa ve uzun vadede psikososyal etkileri, bireyler arasında büyük farklılıklar gösterir ve bireyler zaman içinde farklı psikolojik tepkiler sergiler.Meme kanseri hastalarının çoğunluğu tanıdan sonra nispeten düşük veya aşırı derecede yüksek stres seviyeleri gösterirken, küçük bir kısmı tedavi sırasında ve iyileşme sırasında klinik olarak anlamlı düzeyde distres yaşarlar. Meme kanserli kadınlar depresyon, anksiyete, benlik imajında bozulma ve düşük yaşam kalitesi yaşayabilir (150,151).

Genç yaş, önceden var psikolojik hastalık veya psikolojik sıkıntı,eşlik eden durumlar, sosyal destek, distres ile ilişkili bir dizi risk faktörüdür. Distres kanser tekrarının korkusu gibi kansere özgü kaygılardan, endişe, uyku sorunu, yorgunluk, doktora gitmekten endişe duyma gibi daha genel semptomlara kadar değişir. Çoğu kadın, kişisel olarak mevcut destek sistemlerini (eş, aile, arkadaşlar, din adamları) kullanarak ve birçok klinik ortamda (hemşire, sosyal hizmet uzmanı, toplum kaynakları ve destek grupları) erişilebilen bazı mesleki kaynakları kullanarak psikososyal sıkıntılarını nispeten iyi yönetmektedirler (152).

Bazı araştırmalar, meme kanseri hastaların genellikle anksiyete ve depresyona yol açan psikolojik distrese yakalanma riskinin daha fazla olduğunu göstermiştir (153,154).

Joffe ve arkadaşlarına (2012) göre, depresyon ve anksiyete hastaların ömrünü azaltmakta ve yaşam kalitesini etkilemektedir(155).

Psikososyal sıkıntı ve daha düşük yaşam kalitesi düzeyleri için risk faktörleri, daha az kişisel kaynak ve uygun olmayan başa çıkma stratejileri, kötü kontrol edilen fiziksel semptomlar, sosyal desteğin eksikliği, psikiyatrik tıbbi öykü, kötü doktor-hasta iletişimi, düşük eğitim seviyesi ve daha ge ya da orta yaş'tır. Bununla birlikte, ge kadınların daha yüksek seviyelerde psikososyal sıkıntı ve daha karşılanmamış ihtiyaçları bildirdikleri, psikososyal müdahalelerden daha fazla haberdar olduklarını ve destek tekliflerine yaşlı kadınlardan daha fazla katıldığını bildirilmiştir (156).

Meme kanseri tedavisinin cerrahi tedavisi boyunca farklı zaman noktalarında, bireysel kadınların benzersiz ve değişen göstergelerini belirlemek için distres seviyeleri belirlenebilir. Klinik uygulamada kullanılması bireysel kadında distres ilişkin göstergelerin farkına varmayı kolaylaştırabilir, rehabilitasyon sürecini erken başlatabilir ve yardım edebilir(146).

2.11.Meme Kanserinin Kadınlar zerindeki Fiziksel, Ruhsal ve Sosyal

Etkileri

Her birey, sosyo-psikolojik ve fizyolojik boyutların bir birleşimidir ve bu boyutların herhangi birinde bir değişlik, diğerlerini etkileyebilir. Son yıllarda kanserin tanı ve tedavisinde önemli gelişmeler olmasına rağmen tedavisinin uzun ve pahalı olması, organ kaybına yol açabilmesi, hastalığın yayılabilir olması ve bazen de lmlle sonuçlanabilmesi hasta ve yakın çevresinde ağır psikososyal sorunlara neden olabilmektedir (157,158,159).

Meme kanseri, kadınlar arasında en çok korkulan hastalıklardan biridir, tanı konulduktan sonraki ilk yıl boyunca kadınlar, şok, duygusal uyuşukluk, depresyon ve anksiyete gibi önemli psikolojik sıkıntılar yaşamaktadır (43,160).

Meme kanseri hastalarında tedavi sırasında ve sonrasında duygusal sıkıntı yaşanması normal bir durumdur, meme kanseri hastalarında daha sık karşılaşılan tepkiler varoluş ile ilgili endişeler, nüksetme korkuları, normatif ruh hali değişiklikleri (endişe, üzüntü, öfke, hayal kırıklığı), artan hassasiyet duygusu,

belirsizlik, kaybetme hissi (örneğin doğurganlık), beden imajı, benlik kavramı ve cinsellik, rol fonksiyonları, aile tepkisi ile ilişkili duygusal sıkıntı ve iş ve maddi problemlerle ilgili endişeler, yorgunluk, uykusuzluk, kilo alımı, bellek ve konsantrasyon sorunları ve vazomotor menopoz semptomları gibi fiziksel semptomlarla beraber artmaktadır. Çoğu hastada fiziksel semptomların zamanla iyileşmesi ile psikolojik sıkıntılarda azaltılmaktadır. Bazı hastalarda ise kalıcı duygusal sıkıntı, reaktif anksiyete, depresyon veya uyum bozukluğu gibi uygunsuz psikolojik tepkilere zamanla ilerleyebilir. Depresyon ve anksiyete, gelecekle ilgili endişelere, özellikle de menopoz semptomları ile ilgili üzüntü ve endişelerle ilgili ilişkilendirilmiştir. Sıcak basması gibi menopoz semptomları sıklıkla bu yorgunluk, sinirlilik ve genel duygusal sıkıntısı da uyku bozuklukları ile ilişkilidir (32,158).

Meme kanseri teşhisi, kadının hayatını olumsuz etkileyen, genel sağlık durumu ve psikolojik sıkıntılarının kötüleşmesine neden olan zorlayıcı bir olaydır. Kadınların önemli bir kısmı teşhis ve tedaviden sonraki ilk yıl içinde ve sonrasında fiziksel ve duygusal zorluklarla karşılaşmaktadır. Meme kanseri ve tedavileri, inanamama, umutsuzluk, korku, kontrol dışı hissetme ve kendini suçlama gibi sayısız olumsuz duygusal sonuçlara yol açabilir; Bu kadınlar hastalıkları ile çeşitli şekillerde baş etmek zorundadır. Tedavi konularıyla yüzleşmek zorunda kalmanın yanı sıra meme kanseri kadınlar, fiziksel değişiklikler, kaybetme ve belirsizlik duyguları, kendini yeniden yapılandırma ve sosyal etkileşimlerde ve destek değişiklikleriyle yüzleşmek zorunda kalırlar (34,52,161,162)

Meme kanseri yaşayanların tedaviden yıllar sonra bile kanser öyküsü bulunmayan akranlara göre semptom yükü, bozulmuş yaşam kalitesi ve işlevsel bozukluk bildirmektedirler. Bu devam eden semptomlar hayatta kalanların günlük faaliyetlerini ve çalışma kapasitelerini tehlikeye atabilir, böylece aile ve psikososyal işlevleri etkiler (39,55).

Meme kanseri hastaları tedavisinin fiziksel ve psikososyal uzun süreli ve geç etkilerinin değerlendirilmesi ve yönetimi, hastaların sıkıntı, depresyon veya anksiyete açısından değerlendirmesi önemlidir (37).

Anksiyete ve depresyon, kanserli hastalar tarafından bildirilen en yaygın psikolojik belirtilerdir ve bildirilen prevalans %13-%54 arasında değişmektedir. Meme kanseri hastalarında depresyonun yaşam kalitesinin azalması güçlü bir belirteç olduğu bildirilmiştir (7,41,98,164)

Tedavi gören meme kanseri hastalarında yaşanan depresyon ve kaygıların çeşitli nedenleri vardır. National Institute of Mental Health (2014) tarafından tanımlanmış nedenler fiziksel, psikolojik, duygusal, çevresel, sosyal ve ruhsal olabilir. Meme kanseri hastalarını tedavi sırasında etkileyen olası fiziksel nedenler, bekleme süresi, terapi maliyeti ve iştah kaybı gibi beslenme sorunları olabilir. Psikolojik nedenler için sinirlilik, temas hali, uyku sorunları ve seviye yoğunlaşması vardır. Diğer duygusal nedenler evliliklerde tekli durum ve ayrılıklar olabilir. Diğer sosyal faktörler, hasta-hasta ilişkisi, tedaviden korkma, ölüm ve bilinmeyen gibi ruhsal faktörler olabilir (165).

Genç meme kanserli bireylerin tanıyı izleyen yıllarda yaşam kalitesinde önemli bozulmalar olduğu, menopoz belirtilerine odaklanan, cinsel işlev, vücut imajı ve ilişkileri ile ilgili sorunların giderilmesi yönündeki girişimlere gereksinim duyulduğu; yaşlı kadın hastaların mastektomiden kaynaklanan travmaya karşı hassasiyetlerinin ön plana çıktığı, orta yaşlarda ise, hastaların yaşamın kendilerine gösterdiği değişikliklere uyum sağlamak zorunda olduklarını düşündükleri bildirilmektedir (166).

Depresyon ile yorgunluk, sistemik yan etkiler, algılanan omuz ağrısı ve göğüs-kol semptomları arasında anlamlı pozitif ilişki vardır. Depresif ruh hali ile beden imajı, geleceğe yönelik düşünceler ve fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı negatif ilişkiler bulunmaktadır (35).

Mehnert ve Koch (2008) tarafından 1083 meme kanserli hastanın 47 ay izlem sonucunda; hastaların % 38'inde orta ile yüksek kaygı ve % 22'sinde orta ile yüksek depresyon, % 12'de travma sonrası stres bozukluğu, % 26'de olası psikiyatrik bozukluk görülmüştür. Hastalık ilerleme, zararlı etkileşimler, daha az sosyal destek, daha düşük eğitim seviyesi ve genç yaş psikolojik rahatsızlığın öngördürücüleri olduğu, yaşam kalitelerinin daha düşük ve daha yüksek düzeyde anksiyete yaşadıkları gözlenmiştir (156).

Stres ya da depresif belirtiler, sosyal desteği az olan ya da hiç olmayan kişilerin sağlığı ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilere neden olabilir. Fiziksel ve psikolojik problemleri olan meme kanseri hastalarına bu sıkıntıları giderebilecek etkili programlar tasarlaması önemlidir (7).

Meme kanseri olan kadınlar genellikle sağlıklı kişilerden daha çok belirsizlik, umutsuzluk hissi ve kötü fiziksel belirtiler bildirmektedir (135).

Kanserden kurtulanlar için fiziksel aktivite ve egzersiz, düşük depresyon ve anksiyete düzeyleri, daha fazla benlik saygısı, daha az yorgunluk, tedavi yan etkilerinin daha iyi kontrolü ve daha yüksek yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (100).

Uykusuzluk, kanser hastaları tarafından sıklıkla bildirilen bir yakınmadır (14,73). Kansere bağlı yorgunluk, kanser nedeniyle tedavi edilenler arasında, özellikle de radyasyon tedavisi ve kemoterapi ile tedavi görenler arasında çok sık rastlanan bir durumdur ve tahmini prevalans %28 ile % 91'dir. Meme kanseri olan kadınların yaklaşık %30-%50'si uykusuzluk sorunu görülmektedir. Diğer kanserlerle karşılaştırıldığında, meme kanseri olan kadınlarda uykusuzluk daha sık görülür. Kanser hastaları için uykusuzluk tedavinin iyileşmesini ve hayatta kalmanın kalitesini etkileyebilir (37,167).

Sürekli uykusuzluk yaşandığında hastaların fiziksel ve psikososyal fonksiyonları, modları, diğer semptomların şiddeti, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin etkilenebileceği bildirilmektedir. Meme kanseri olan kadınlarda uykusuzluk, yorgunluk, duyu durum bozukluğu, uyku yardımı kullanımı ve yaşam kalitesinin düşmesi ile ilişkilendirilmiştir. Hemşireler, kanser bakım sürekliliğinin tüm evrelerinde uyku bozukluklarının tanınmasında kilit rol oynamaktadır (167,168). [

Yorgunluk meme kanseri tedavisi sonrası karşılaşılan en sık komplikasyonlardan biridir, çoğunlukla ilk üç yıl boyunca teşhis edildikten sonra derhal veya tedaviden sonra ortaya çıkabilir (73,169,170)

Kadınların yaklaşık % 30'u uzun yıllar devam edebilecek yorucu yorgunluk yaşarlar (120). Kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavisi alan kanser hastalarında yaşanan evrensel bir sorundur. Yorgunluk kalıcı olarak karakterize edilir ve istirahatten geçmez ve tedavinin bitiminden sonra yıllarca devam edebilir, böylece günlük işleyişi bozarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (9).

Birçok çalışma, yorgunluğun, ağrı, dispne, anksiyete, depresyon ve umut gibi semptomlarla da ilişkili olduğunu ayrıca genel yaşam kalitesi düşüklüğü ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulma neden olduğunu göstermiştir (9,144,171,172).

Schjolberg ve arkadaşlarının (2014) Norveçli meme kanseri hastalarında randomize kontrollü yapılan bu çalışma, eğitim verilen grupta yorgunluk ve enerji düzeylerinde anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Eğitim programları katılan

kadınların üçüncü ayda yorgunluk puanları beşin altında, enerjilerin yüksek olduğu saptanmıştır (9).

Aksiller diseksiyon sonrası lenfödemin görülme sıklığı %15-47 arasında değişmektedir. Lenfödem gelişme riski yaşam boyu devam eder ve geliştiğinde etkinliği bildirilen kesin bir tedavi yaklaşımı yoktur, en iyi tedavi lenfödemi önlemektir. Sürekli eğitim ve desteğin hastaların lenfödem riskinin azaltılmasına yardımcı olduğu belirtilmiştir (73,173).

Lenfödemin hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığı üzerinde önemli bir etkisi olduğu bilinmektedir. Çalışmaların çoğunda, lenfödemli hastalarda, fiziksel işlevsellik kaybı ile birlikte psikolojik ve sosyal refah ile sonuçlanan yaşam kalitesi sonuçlarının belirgin şekilde daha kötü olduğu, lenfödemli hastalarda hastanın yaşı, vücut ağırlığı ve ırkın yaşam kalitesi sonuçlarını etkilediği belirtilmiştir (170).

Meme kanseri cerrahisi öyküsü ve en az bir lenf düğümünün çıkarılması olan herhangi bir hasta düzenli olarak lenfödem belirtileri açısından değerlendirilmelidir. Hemşireler meme kanseri hastalarını lenfödem riski ve riskleri azaltma yönergeleri hakkında bilgilendirmeli ve korunma için kendi kendine bakım faaliyetlerini vurgulamalıdır (174,175).

Lenfödem riski, düzenli egzersiz yapan, lenfödem ön tedavi eğitimini alan ve önleyici kendi kendine bakım faaliyetleri gerçekleştiren kadınlarda belirgin olarak azalmıştır (175).

Meme kanseri, kadının sağlığını etkileyen, kadınlığı ve cinselliği sembolize eden organa karşı tehdit oluşturan önemli bir hastalıktır. Bir kadın için meme kanseri tanısı almak yıkıcı bir olaydır. Tanı, tedavi ve tedavi sonrası dönemde fiziksel problemlerin yanı sıra psikolojik, sosyal ve varoluşsal yönden çeşitli sorunları da beraberinde getirmektedir. Hemşireler meme kanseri hastalarının yaşadıkları psikososyal sorunların fark edilmesinde ve tedavisinde önemli rol oynamaktadır.

2.12.Meme Kanserinde Destek Gereksinimleri

Destek, baş etme ve güçlenme duygularını arttırmak, sağlık ile ilgili daha iyi kararlar vermek, sıkıntıları en aza indirmek, sağlık, kişisel bakım ve sağlık hizmetlerinin uygun kullanımını teşvik etmek için bilgi, yardım ve duygusal konfor sağlanmasıdır (176).

Sağlık hizmetlerinin bir bileşi kanserli hastaya bakımda karşılanmamış destekleyici bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi ve yönetilmesidir. Destekleyici bakım, hastanın bakım gereksinimlerinin hasta merkezli yaklaşımla belirlenmesi ve etkin şekilde karşılanması ile sağlanabilir (177).

Destekleyici bakım, bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak için kişilerarası ilişkileri, fiziksel ve psikososyal refahı kolaylaştıran bir tutum veya rol olarak tanımlanır. Teşhis döneminde kadınlar, sağlık bakımı, duygusal destek, arkadaşları, aileleri ve sağlık uzmanlarından bilgi ve desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Terapi sona erdiğinde ise bazı fiziksel belirtiler devam etmektedir, özellikle yorgunluk, menopoz semptomları, nöropati ve uykusuzluk gibi kalıcı fiziksel semptomlar yaşam kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır. Tedavi bittikten sonra kadınların semptomların kendi kendine yönetimini üstlenmesi gerekmektedir. Bu süreçte de hasta iletişiminin devam etmesi ve destekleyici bakım müdahalelerine ihtiyaç duyulmaktadır ancak rutin klinik uygulamada yaygın değildir. Hasta ile iletişim, bireylerin değişen ihtiyaçlarına göre esnek olmalıdır. Meme kanseri hastalarına bu süreçlerde kişiselleştirilmiş ve hedefe yönelik destekleyici bakım (uygun tarama, danışma kaynaklı, rahatlama terapisi, yoga, egzersiz veya dikkat çekici eğitim) sağlanması önemlidir. Onkoloji hemşireleri, meme kanseri olan hastaların ihtiyaçlarını değerlendirmeli ve ilk dört ay boyunca meme kanseri tanısından kültürel açıdan duyarlı bilgilendirme, sosyal ve duygusal destek sağlamalıdır. Onkoloji hemşireleri, yeni tanı alan meme kanseri olan kadınların karşılanmamış gereksinimlerini karşılamak için kendileri ve aileleri için duygusal olarak başlangıçtan itibaren bilgilendirici ve sosyal destek sağlayarak kültürel açıdan hassas bir bakım programı oluşturmalıdır (51,58,120).

Kanserden kurtulan kişiler yüksek seviyede karşılanmamış ihtiyaçlar yaşarlar, ancak ihtiyaçların türü ve kapsamı farklı kanser türleri için farklılık gösterir (178).

Hastaların gereksinimleri çok boyutludur; fiziksel, pratik-günlük yaşam aktiviteleri, ekonomik, çevre, kültür, bilgi, iletişim, emosyonel, psikoseksüel, manevi-varoluşsal alanları içerir. Bu gereksinimlerin birbiri etkileşimi anlamak önemlidir. Gereksinimleri belirlemek hastanın distressinin azalmasını, yaşam kalitesini, bakım memnuniyeti artmasını sağlayacaktır. Her bireyin bütüncül bakış açısıyla destekleyici bakım gereksinimlerinin tanılanması ve karşılanması gerekir (177).

Meme kanseri kadınlar bir takım ihtiyaçlarını bildirir. Kadınların karşılanmamış psikososyal ihtiyaçları, yaşam kalitelerini etkiler (32). Meme kanserinden kurtulanların psikolojik ihtiyaçları yeterince ele alınmamaktadır ve tedaviler genelde kanserin fiziksel yönlerine odaklanmaktadır. (179). Dahası, sağlık bakımlarını birçok uzmandan alan kanserli kişiler sağlık hizmeti sunucuları tarafından karşılanmamış, bilgilendirici ve psikososyal ihtiyaç ve endişeleri bulunmaktadır (180).

Meme kanserinde sağkalım oranlarının yüksek olması ve kanser tedavisinin uzun süreli veya geç etkileri, psikososyal endişeler nedeniyle destekleyici bakım ve psikososyal ihtiyaçlarında artmasına yol açmıştır. Etkili ve kaliteli uzun süreli bakım ile yaşam kalitesinin artırılması önem kazanmıştır. Kanser ve kanser tedavisi ile ilişkili semptomlardan kaynaklanan durum bir takım karşılanmamış ihtiyaçlara ve sıkıntılara yol açabilir. Depresif belirtilerde hastanın memnuniyetinin azalması, izlemin az olması ve sağlık sonuçlarının daha kötü olması ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (5,39,142).

Hemşirelikte gözden kaçırılan, sosyal destek eksikliği hastalar için artmış psikolojik morbidite, endişe verici veya depresif belirtiler ve daha da kötüleşen yaşam kalitesi ile sonuçlanır. Hemşirelik yaklaşımında başarı kazanmak için hem hastaları hem de ailesini bilgilendirip, kendi ihtiyaçlarına göre destekleyerek desteklemek, tüm ailede refah ve yaşam kalitesini arttırması önemlidir. Hemşireler, aileleri tanımlamayı ve hastanın en çok destek görmeleri gereken önemli kişileri belirlemeyi öğrenmeli ve aktif olarak yardımlarını sunarak desteklemelidir (47).

Meme kanseri hastaların semptomlarını ve destekleyici bakım gereksinimlerini ayrıntılı bir biçimde haritalamak, belirti yükü ve yardıma ve desteğe ihtiyaç duydukları sorunlara ilişkin daha derin bir bilgi edinmek için şarttır (55).

Bonevski ve arkadaşları(2000), kanser hastaları arasında fiziksel ve günlük yaşam, psikolojik durum, sağlık sistemi ve bilgileri, hasta bakım, destek ve cinselliği destek gereksinimlerinin beş ana alanı olarak tanımladı (181). Meme kanserli kadınların önemli bir kısmı, kanser hastalığı boyunca, bilgi ve psikolojik ihtiyaçların en yaygın olduğunu, karşılanamayan önemli ihtiyaçları belirtmişlerdir (5,52).

Meme kanserli kadınların, sağlık bilgisi, duygusal ve psikososyal desteğe ihtiyaç karşılayacak farklı destekleyici bakımı ihtiyaçları vardır. Hastalık yörüngesi

boyunca bu destekleyici ihtiyaçları karşılamak için bir sağlık çalışanı yardımcı olabilir (52,182). Meme kanserinde karşılanmamış ihtiyaçların, semptomlar ve yaşam kalitesi arasındaki doğrudan ilişki bulunmaktadır (55).

Destekleyici bakım, hastalıklarının her aşamasında hastanın rahatlığını, fonksiyonunu ve sosyal desteğini optimize etmeyi amaçlar. Böyle bir bakımın gereği, öznel algıların istenen bir durumla uyuşmadığında yaşanmış bir duyguyu yansıtır. Meme kanseri hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri çok boyutludur ve psikolojik, fiziksel ve günlük yaşam, hasta bakımı ve desteği, sağlık sistemi ve bilgileri ve cinsellik ihtiyaçlarını içerir. Meme kanserinin teşhisi ve tedavisi, kadınların fiziksel, psikolojik, bilgilendirici ve sosyal refahını önemli derecede etkiler ve böylece önemli destekleyici bakım ihtiyaçlarına neden olur. Fiziksel işlevlerin bozulması çoğunlukla belirtilerin sıkıntıyla bağlantılıdır ve her ikisi de günlük aktivitelerde zorluklara neden olabilir ve karşılanamayan bakım ihtiyaçları doğurabilir. Bu semptomlar, st kol problemleri (rn.uyuşma ve ameliyatın Şişmesi, sınırlı omuz hareketi), uyku bozukluğu, yorgunluk, vücut görüntü bozukluğu, lenfödem, vajinal problemler, (rneğin vajinal kuruluk, cinsel ilişki ağrısı) mide bulantısı ve cerrahi alanda kalıcı ağrı ve his bozukluklarıdır (58).

Meme kanseri hastalarına emosyonel destek odaklı bireysel görüşmeler, psikoegitim grupları, destek grupları, bilişsel-davranışcı terapiler, aile terapisi, telefon danışmanlığı ya da birkaç müdahalenin etkinliğinin test edilmesi gibi esitli psikososyal destek girişimlerinin uygulandığı ve bu müdahalelerin hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerini azaltmada, yaşam kalitelerini artırmada, hastalıkla ilgili bilgi, baş etme ve hastalığa uyum düzeylerini artırmada ve semptom yönetiminde olumlu yönde katkıları olduğu belirtilmiştir (34,47,59,183).

Çin'de yapılan bir çalışmada meme kanserli kadınların fiziksel ve psikolojik alanlarda karşılanmamış gereksinimlerin daha yüksek olduğu, genel olarak daha düşük bir yaşam kalitede sahip olduklarını, karşılanmayan beş destekleyici bakım ihtiyacında sağlık sisteminde ve bilgi alanında olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada meme kanserli hormonal terapi alan, evden hastaneye daha uzun süre seyahat eden meme kanserli kadınların fiziksel ve psikolojik açıdan karşılanamayan ihtiyaçların daha yüksek seviyelerde olduğu, genel olarak daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır (5).

İskoçya'nın kırsal kesiminde meme kanseri olan kadınların destekleyici bakım ihtiyaçlarını ve karşılanmamış gereksinimlerini yapılan bir çalışmada

kadınların yarısından çoğu karşılanmamış en az bir ihtiyacı olduğunu bildirmiştir. Yineleme korkusu, meme kanseri tüm kadınlar için ele alınması gereken kilit bir karşılanmamış ihtiyaçtır. aynı zamanda, kırsal alan nedeniyle kadınlar karşılanmayan ihtiyaçları olduklarını belirtmişlerdir. Tedavi ve yan etkiler, bakımın genel görünümü, tekrar etme korkusu, aile üzerindeki etkisi ve destekten uzaklık karşılanmamış ihtiyaçlar olarak saptanmıştır (52).

Bilgilendirici ve sosyal destekler, kadınların durumlarıyla baş etmesine yardımcı olmak için hayati önem taşımaktadır. Bilgilendirici destek özellikle önemlidir, çünkü yalnızca hastanın karar verme süreci ve böylece tedavi seçeneklerinden daha fazla memnuniyet yaratır, aynı zamanda belirsizlik duygularını azaltır ve duygusal kaygıyı azaltmaya yardımcı olur. Aynı zamanda, bilgiler kadınları kanserle savaşmaya güçlü hissettiriyor ve ailelerle iletişimi geliştiriyor. Meme kanseri kadınların, psikososyal uyumunda sosyal destek en önemli faktördür. Sosyal destek iyi olan meme kanseri kadınların daha az post-operatif depresyon, daha uzun sağkalım oranları, daha fazla psikolojik mutluluk ve tekrarlama korkusu azalmış olduğu belirtilmektedir. sosyal desteğin meme kanseri hastalarında yaşam kalitesine olumlu etkisini ortaya koymaktadır (59).

Destekleyici bakım ihtiyaçları kişisel özelliklerle, ayrıca fiziksel ve duygusal bağlı zaman içinde önemli ölçüde değiştiği, karşılanılmayan fiziksel ve günlük yaşam gereksinimleri, zamanla belirgin şekilde artmakta olduğu belirtilmiştir. Karşılanmamış destekleyici bakım ihtiyaçlarının, genç yaş ve yüksek eğitim seviyeleri, semptom sıkıntısı, sürekli kaygı, durum kaygısı ve tanıdan bu yana geçen zamana göre belirgin bir şekilde değiştiği öngörülmüştür (58).

Meme kanseri hastalarının semptom deneyimi ve destekleyici bakım ihtiyaçları hayatta kalma yolculuğu boyunca değişmektedir. Meme kanseri hastalar, genellikle, karşılanmamış bir bilgi ihtiyacı ve kanser tedavisinin yan etkilerini en aza indirmek için müdahalelere gereksinim duyduklarını bildirmektedir. Sağlık profesyonellerinden sürekli olarak destek almak istediklerini, ayrıca hastalıkla baş etmelerine yardımcı olacak bilgi ve duygusal destek verilmesi beklediklerini belirtmişlerdir. Meme kanseri ile yaşarlarda semptomların ve destekleyici bakım gereksinimlerin ayrıntılı bir biçimde incelenmesi, semptom yükü, yardıma ve desteğe ihtiyaç duydukları sorunlara ilişkin daha derin bir bilgi edinmek için şarttır (55).

Singapur'da meme, jinekolojik ve kolorektal kanserli 535 hastanın % 75'inde bildirilen bakım ihtiyaçları arasında en yaygın hastalık bilgi gereksinimleri (% 62), mali (%40), sosyal destek (%40), psikolojik (%27) ve fiziksel (%26) ihtiyaçları vardır (61).

Benzer şekilde, teşhis öncesi ve sonrası meme kanseri şüphesi bulunan Tayvan'lı kadınlarda, teşhis, takip ve konsültasyon için sağlık hizmetleri alanlarında bilgi en çok ihtiyaç duyulan destekleyici bakım ihtiyacı olarak bulunmuştur (184).

Çin'li meme kanseri hastalarının destekleyici bakım ihtiyaçlarını incelenen çalışmada, evden hastaneye giderken harcanan süre, hormonal tedavi alan ve fiziksel ve psikolojik alanlarda daha karşılanmamış ihtiyaçları olanlar daha düşük bir yaşam kalitesini algılama eğiliminde olduğu saptanmıştır (5).

Bununla birlikte, meme kanseri olan Türk kadınlarının kendinden rapor edilen destekleyici ihtiyaçları çoğunlukla aile ve arkadaşlar (%79) ve bakım sonrası (%78) etrafında kümelenmekte ve teşhis, tedavi, destek, kadınlık ve beden imajı, ve bilgi diğer ihtiyaçlarıdır (185).

Güney Kore'de meme kanseri olan 459 kadın hastanın % 57'si tarafından, sağlık bakım sistemi ve bilgi gereksinimleri karşılanmayan ihtiyaç olarak bildirilmiştir (186).

Cheng ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada, meme kanserinden hayatta kalanların %88'inin en azından bir semptomu sahip olduğunu, %51'i en az bir karşılanmamış ihtiyaç olduğunu bildirmiştir. En sık görülen semptom yorgunluk, (%47) ve el/ayakta hissizlik/karıncaalanma (%41) dır. Kadınların çoğunun sağlık sistemi/bilgi alanında %37'sinde en az birinde karşılanmayan ihtiyaçlarının olduğu, bunu psikolojik ihtiyaçlar (% 29) izlediği saptanmıştır (55).

Meme kanseri olan kadınlar uzun süre destek ve iletişim ihtiyacı duyuyorlar. Kadınlar, kişisel ihtiyaçlarına göre uyarlanmış bilgiye ihtiyaç duymakta, hastalıkla ilgili zorluklarını paylaşmak, dinleyecek ve kabul edecek birisine sahip olmak istemektedirler. Yaşın ihtiyaçlar, sosyal desteğin miktarı ve türüne göre özellikle önemli olduğu tespit edildi. Yetersiz sosyal destek, meme kanseri olan kadınların hastalığa kötü etkilemektedir (57).

Ameliyat olan, bekar olan, genç hasta, en düşük gelir düzeyi ve kolej eğitimi olanların ek fiziksel ve psikolojik destekleyici sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan ve bakıcı desteğe ihtiyacı olan hastalar olduğu belirlenmiştir (187).

Destekleyici bakım önemli olmasına rağmen kanser hastalarının %1-93'ünün destekleyici bakım hizmet ihtiyacının sürekli karşılanmadığı belirtilmektedir (60,61). Bununla birlikte, fiziksel ve günlük yaşam karşılanmamış ihtiyaçları, teşhisten sonraki ilk üç ay boyunca artmıştır (58). Dahası, teşhisten sonraki altıncı ayda karşılanmamış ihtiyaçların en yüksek oranları fiziksel, günlük aktivite ile ilişkili ve psikolojiktir. Dahası, cinsellik ihtiyaçları hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal desteğiyle ilgilidir (188).

Liao ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada eğitim ve psikolojik destek verilen üç ay izlenen hastalarda girişim grubunun hastaların, semptom sıkıntısı seviyeleri ve karşılanmamış ihtiyaçlar, durumluk kaygı seviyelerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu, uzun süren tedaviyi takiben meme kanseri olan kadınlar halen fiziksel, psikolojik ve bilgi ve bakım ihtiyaçlarına devam ettiğini sonucuna varılmıştır (38).

Meme kanseri tanısı alan kadınlar için, yeterli bilgiye sahip olmak, bilgilendirilmiş tedavi kararları vermek için gereklidir. Ek olarak, yeterli destek kadınların teşhisleri ile baş etmelerine yardımcı olmak için gereklidir (189).

Birçok Avustralya kadınların hastalıkları ve tedavileri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları gibi, sağlık profesyonellerinden yeterli pratik ve duygusal destek alamadıklarını bildirmişlerdir. Öte yandan, meme kanseri olan genç kadınların, daha yaşlı kadınlara göre spesifik bilgilere ve desteğe ihtiyaç duyduklarını bildirmektedir (189).

Tedavi aşamasında, meme kanseri hastalarına grup danışma hizmeti verilmesi, algılanan sosyal desteğini ve psikososyal uyumu pozitif yönde etkilemektedir (190).

Meme kanseri olan kadınlar, tedaviyi takiben, sürekli fiziksel semptomlar ve duygusal sıkıntı yaşarlar, tedaviden sonra hayatta kalmak için zorlanırlar ve iyileşme süreciyle ilgili somut bilgi, duygusal ve destek ihtiyaçları vardır (63,191).

Meme kanseri hastaları tedavi sürecinde karşılanmamış bilgi, destek ve iletişim ihtiyaçlarına sahiptir. Meme kanseri olan kadınlarda tedavi sürecinde destek verilmesi yaşam kalitesi ve tedaviye uyumda olumlu etkilemektedir. Meme kanseri desteği, sağlık personeli veya grup üyeleri tarafından grup desteği ve telefonla ya da yüz yüze bireysel destek şeklinde verilebilir. Destekleyici müdahalelerin iyileştirilmiş psikososyal, psikolojik ve fiziksel işlevsellik ve iyileşmiş yaşam kalitesine katkıda bulunduğunu gösteren kanıtlar vardır. Sağlık

uzmanlarının sağladığı meme kanseri hastalarına bireysel destek meme kanseri tedavisinin önemli bir parçasıdır (22).

Aile üyeleri, hastalar için önemli bir destek kaynağı olarak görülmektedir (192). Kanserli evli kadınlar arasında eş desteği en önemli destek kaynağıdır. Kanserli eş desteği alan evli kadınların depresyon ve anksiyete düzeylerini düşük ve yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirtilmektedir. Çiftlerin bu stresli süreçte birbirlerini desteklemeyi öğrenmeleri çok önemlidir (43).

Kadınlara meme kanseri tedavi sürecinde kapsamlı bilgi ve destek sağlamak önemlidir. Öz bakım uygulamalarının ve duygusal ihtiyaçların daha fazla değerlendirilmesi gereklidir. Müdahaleler, doğru risk algılaması, yaşam tarzı değişiklikleri, takip taraması ve karar kalitesi gibi sonuçları değerlendirmelidir.

Hastaların algılanan ihtiyaçlarının doğrudan değerlendirilmesi bireylerin ve hasta alt gruplarının daha yüksek seviyede ihtiyaçları olan kişilerin belirlenmesini, ihtiyaçların en acil olduğu yerlerde kaynakların tahsis edilebilmesi için hizmet ihtiyaçlarının bazı önceliklendirilmesine izin verir. Bu nedenle, ihtiyaçların değerlendirilmesi, uygun erken müdahale ile potansiyel olarak önlemeyi ve azaltmayı mümkün kılmaktadır (185).

Destekleyici bakım, algılanan ihtiyaçları değerlendirmek için sistematik bir yaklaşım kullanılıyorsa ve müdahaleler bu bireysel ihtiyaçlara göre ayarlanırsa, kadının ihtiyaçlarını karşılayabilir. Başarılı olmak için, destekleyici bakımın eğitimsel ve duygusal desteği içermesi, kültürel olarak duyarlı olması ve dil bilimsel açıdan uygun olması gerekir. Hemşirelik uygulamaları kapsamında kadınlara sürekli, bireyselleştirilmiş, kültürel açıdan hassas, destekleyici bakım başarıyla sağlanabilir (51).

2.13. Hasta Merkezli Öğrenmeyi Kolaylaştıran Hasta Eğitimi

Hasta birey ve ailesinin sağlıklarını yeniden kazanmaları ve potansiyelleri doğrultusunda geliştirilip sürdürmeleri için bilgi, beceri, tutum ve davranışları kazanmaları gerekmektedir. Bu bilgi, beceri, tutum davranışları kazanmaları ise, hemşire tarafından yapılacak hasta eğitimi etkinlikleri ile mümkündür. Hemşireler hastalarla benzersiz ilişkileri geliştirirler ve hastalar ile informal öğrenme fırsatları ve kolaylaştırmak yapılarını oluştururlar (67).

Hasta eğitimi, hasta bireyi komplikasyonlardan, hastalığa eklenebilecek diğer sorunlardan korumayı, hastanın potansiyeli doğrultusunda mümkün olan en kısa sürede fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamında kendi kendine yeterli duruma

gelmesine yardımcı olmayı, evde gerekli olan bakımı sürdürmeyi amaçlayan eğitimidir (193).

Hemşireler meme kanseri tanısından önce ve sonra kadınlara çeşitli şekillerde yardımcı olabilirler. Hemşireler meme kanseri hastalarına teşhis ve mevcut tedavi sürecinde gereksinim duydukları konuda kanıta dayalı eğitim, aynı zamanda ulaşım, iş ya da finansal konularda destek verebilir. Bilgi kanser tanısı ile ilgili endişeyi azaltmak için güçlü bir araçtır (150).

Hasta eğitimini etkileyen faktörler; öğrenmeye hazır bulunuşluk, güdülenme düzeyi, geçmiş yaşantılar, yaş, gelişme düzeyi gibi biyolojik etkenler, ağrı yorgunluk gibi fizyolojik etkenler, sağlık inancı gibi sos-kültürel etkenler, hastalığa adaptasyon; depresyon, anksiyete gibi psikolojik etkenler, rol değişimi gibi aile dinamikleri, etkin katılım, çevresel etkenler, ilgili sağlık politikaları, hemşirenin yeterliliği olarak sıralanabilir (193).

Hasta eğitimi, anksiyeteyi azaltmada, stresle başa çıkmayı geliştirmede ve hastaların hastanede kalış sürelerini kısaltmada, sonuç olarak da hasta memnuniyetinde önemli rol oynamaktadır. Hastaların dini inançları, kültürleri, duygusal durumları, öğrenme arzu ve istekleri, fiziksel ya da bilişsel sınırlılıkları ve iletişim engelleri dikkate alınarak hasta öğrenim gereksinimleri belirlenmeli ve hasta eğitimleri planlanmalıdır. Cerrahi kliniklerde hasta eğitimi hastalığın seyrini olumlu yönde etkilemekte, hastanede kalış süresini kısaltmakta, aynı zamanda hastaların yaşam kalitesi üzerine olumlu etkiler yapmaktadır. Bu nedenle hasta eğitimi için eğitim materyallerinde çeşitliliğin ve kullanımının artmasıyla da hasta eğitimlerinin yaygınlaşması gerekmektedir (69).

Hastaların beklentileri arasında bilgi, yeterli iletişim, emosyonel destek ve bakım gelmektedir. Hastalar sağlık profesyonellerinden olumlu iletişim yanında bakım, destek beklemektedirler. Hastalar en fazla tanı, tedavi, testler, cerrahi, hastalığın etkileri, hastalık, prognoz, duygusal ve sosyal konular, fiziksel bakım, bakım alabilecekleri yer ve gelecekteki bakım kararları, hakkında bilgi almak istemektedirler. Tedaviyle ilişkili fiziksel ve sosyal sorunları, tekrarlama riskinden dolayı korku, anksiyete ve depresyon gibi duygusal sıkıntıları bilmek istemektedirler. Bu aşamada hastaların baş etme stratejilerini öğrenmeleri önemlidir. Hastaların yeni durumu anlamak ve özümsemek için desteğe gereksinimleri vardır. Hastalığın nedeni, tedavi ve iyileşme hakkındaki bilgi destekleyici iletişimin en önemli parçasıdır. Hastaların gereksinimleri ve

tercihlerine göre bireysel bakım vermek, hastanın güvenini artıracak gibi tedaviye başlama ve sürdürmede güven duygusunun oluşmasına da yardımcı olabilir (177,194).

Kanser hastalarının bakım sırasında neler bilmeleri gerektiğini ve hangi bilgileri almak istediklerini bilmek kaliteli bakım sağlamak için şarttır. 1980'den 2003'e kadar yayınlanan 112 makaleyi incelenmesi sonucunda kanser hastalarının bilgi ihtiyaçlarını hakkında bilgi toplanmıştır. Makalelerin çoğunluğu tanı ve tedavi aşamasında bilgi ihtiyaçlarına ve kaynaklarına odaklanmıştır. Bu nedenle, en yaygın bilgi ihtiyacı tedavi ile ilişkili (%38.1) olduğu, en sık görülen bilgi kaynağının da sağlık uzmanları (%27.3) olduğu belirlenmiştir. Bilgi kaynakları en çok sağlık personelinin %27.3 , yazılı materyaller %26.2, medya %13.5, kişiler %18.8, organize bilimsel kaynaklar %14.2 olarak belirlenmiştir. Hastaların bilgi gereksinimlerini ve kaynakları sürekli bakım boyunca incelenmesi sonucu tanı ve tedavi sırasında hastalığın evresi, tedavi seçenekleri ve tedavinin yan etkileri hakkında bilgi gereksinimi belirgin olduğu; tedavi sonrası hastaların tedaviye ilişkin bilgilere ihtiyaç duymaya devam ettiği ve iyileşme ile ilgili bilgi de önemli olduğu belirlenmiştir. Kanserli hastalar için bilginin faydalarını, karar alma süreçlerinde hastanın katılımının artması ve tedavi seçeneklerinden daha fazla memnuniyet; teşhis, tedavi ve tedavi sonrası evrelerde baş etme becerisi gelişmiş, kaygı ve duygu durum bozukluklarında azalmalar ve aile üyeleri ile iletişimin geliştirilmesi olarak sıralayabiliriz. Bilgi arayışlarının, kanser teşhisi ve tedavisi ile ilişkili yaşam kalitesindeki bozulmayla başa çıkma çabalarında bireylerde kritik bir rol oynadığı kanıtlanmıştır. Etkili iletişim, en iyi sağlık sonuçlarının anahtarı olduğu için, hastaların ne istediğini anlamak, kaliteli bakımın sağlanması hayati öneme sahiptir (195).

Meme kanserinde ve sonrasında yaşayan kadınlar özel sağlık bakım ihtiyaçlarına sahiptir. Kadınların çeşitli fiziksel ve psikolojik belirtileri yaşamaya devam ettiklerini ve kalıcı tedavi etkileri, duygusal sıkıntı ve yaşam tarzı değişiklikleri hakkında bilgi sahibi olmak gibi terapiyi takiben somut bilgi ve destek ihtiyaçları olduğunu göstermektedir (63).

Bu nedenle kadınların meme kanseri tedavisine geçişine yardımcı olmak için kapsamlı bilgi ve destek sağlamanın gerekli olduğunu göstermektedir. Hemşireler hastaların diğer gereksinimlerinin yanı sıra bilgi gereksinimlerinin tanınması ve bireye özgü bilgi ihtiyacının sağlanması önemli rollere sahiptir.

Hemşirelerin kanser tedavisi alacak olan hastalar ile ilgili önemli rollerinden biri de hasta eğitimidir. Tedavi başlamadan önce hastaları tedavi sürecinin zorluklarına karşı hazırlamak süreç içinde hastaların baş etme stratejilerini güçlendirecektir (196).

Yaş, bilgi, sosyal destek, semptom sıkıntı derecesi ve karşılanmamış psikolojik ihtiyaçlar psikososyal işlevselliği ve yaşam kalitesi sonuçlarını etkileyen kilit faktörlerdir. Hastaların psikolojik ve sosyal durumun değerlendirilmesi önemlidir. Hastalara yapılacak müdahaleler bilgi gereksinimlerini karşılamayı, belirsizliği yönetmeyi, semptomları kontrol etmeyi, kültürel farklılıklara değinmeyi, sosyal ve duygusal desteği geliştirme yönünde olmalıdır (32).

Kanser hastaları, fiziksel, psikolojik, sosyal, cinsellik ve manevi gereksinimler, bilgi destekleyici bakıma ihtiyaç duyuyorlar. Hastaların karşılanamamış bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi sağlık çalışanlarının hastanın beklentilerini belirlemelerini sağlaması ve sağlanan bakımın bireyselleştirilmesi ile hasta merkezli bakım-hizmet sunmaları ile sağlamaktadır (38).

Kaliteli kanser bakımı hasta odaklıdır. Bakım koordinasyonu hasta merkezli bakımın temel bileşenidir ve hastaların uygun kanser bakımı almalarını sağlar (197). Kaliteli hasta merkezli sağkalm hizmetinin özellikleri, etkili iletişim, bilgi paylaşımı, bireysel hasta ihtiyaçlarını karşılama, toplum kaynaklarına ve hizmetlerine erişim konusunda yardım ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının geliştirilmesini içermektedir. Meme kanseri kadınların bilgilendirme ihtiyaçlarını karşılamalı, tedavinin kalıcı ve geç etkilerini ele almalı, psikososyal ve destekleyici bakım ihtiyaçlarını karşılamalıdır. Bu şekilde kadınların yaşam kalitelerinin daha iyi olması sağlanabilir. Meme kanserli hastaların sağlık personeli ve aileleri ile iletişim eksikliğinde hastaların fiziksel ve psikolojik semptom sıkıntısı yaşaması, ayrıca olumsuz psikolojik rahatsızlıklara neden olabilir (32).

Birinci basamak sağlık görevlilerinin meme kanseri ve tedavisi, yan etkileri, diğer sağlık sorunları ve mevcut destek hizmetleri ile ilgili bilgi ihtiyaçlarını değerlendirmesi ve meme kanseri tedavi sonrası sağ olanlar içinde bu ihtiyaçları karşılamak için uygun kaynaklar sağlaması önerilmektedir. Meme kanseri yaşayanlar tedaviden sonra, kanser tedavisinin, duygusal sıkıntının ve yaşam tarzı değişikliklerinin etkileri hakkındaki bilgi de dahil olmak üzere karşılanmamış bilgi ihtiyaçlarını ifade eder. Daha genç olan meme kanseri hastaları,

hastalıklarının agresifliği, tedavi planının yoğunluğu ve genç yaşı nedeniyle, kanser tanısı olduğunda, tedavinin fiziksel, duygusal ve psikolojik-sosyal açıdan geç etkilerine karşı özellikle savunmasız kalabilirler. Bireyselleştirilmiş bilgiler sağlanması önemlidir (38).

Hemşirenin ameliyat öncesi dönemde hastaya kliniğin fiziksel konumu, yapısı, düzeni konusunda bilgilendirmesi, hastanın genel durumu, bakımı ve tedavisi bakım ile ilgili bilgileri sağlaması önemlidir(198).

Hasta eğitiminde kullanılacak yöntem ve tekniklerin seçiminde hastanın öğrenme gereksinimleri, hasta ve hemşirelerin özellikleri ve tercihleri, eğitimin içeriği, eğitimin yapılacağı ortam, eğitimin süresi ile mevcut kaynaklar dikkate alınmalıdır. Hastane kliniklerinde yapılan hasta eğitiminin hastalığın seyrini etkilemesi ve yaşam kalitesini yükseltmesi nedeniyle hasta açısından önemi açıktır. Yapılan çalışmalar hastaların hastalığa uyumunu sağlamak ve sağlıklı davranışlar kazandırmak için eğitimin gerekli olduğunu göstermektedir (199).

Hemşireler, hastanedeki ve sağlık alanındaki meslektaşlarını, geç dönem ve uzun dönem psikolojik ve sosyal etkiler için potansiyel ve tedaviden sonra risk altında olabilecek hastaları tanımlama ihtiyacı hakkında eğitebilir. Hemşireler kanser tedavisinin uzun vadeli ve geç dönem psikolojik ve sosyal etkileri olan mağdurlara müdahale programlarının dahil edilmesi için lobi yapabilirler. Hemşireler aynı zamanda takipte risk altında olabilecek hastaları belirlemenin yollarını arayabilir. Buna ek olarak, onkoloji hemşireleri, kanser tedavilerinin geç dönem ve uzun vadeli psikolojik ve sosyal etkilerini hafifleten programlar sunmak için uzman eğitimlerle birlikte çalışabilirler (200).

Sağlık personelinin meme kanseri hastalarına yeterli bilgi ve psikososyal destek sağlayamaması ile genellikle hastalıkların tedavisi ve bakımı konusunda bilgi istekleri ve kaygı seviyeleri artmaktadır (201).

Bilginin etkili bir şekilde iletilmesi, hastaların bakımlarıyla ilgili bilinçli kararlar alabilmeleri için vazgeçilmez ön şarttır. Hastalar sağlık uzmanları tarafından iletilen bilgilere güvenir ve yeterli bilgiye sahip hastalara sadece bilgilendirilmiş karar vermeye izin vermekle kalmayıp, baş etmeyi geliştirir ve daha iyi psikolojik sağlık sağlar. Eksiksiz ve kapsamlı bilgileri kanser hastalarına sunma, tedavi ve bakımıyla ilgili kararlarda işbirliği yapılması önemlidir. Hastaların tüm bilgilere sahip olmak istediklerini, karar vermede işbirliği içinde davranılması istediği belirtilmektedir (202).

Hasta merkezli öğrenme sadece bilgi kazanımını içermez aynı zamanda hastaların kendi değerlerini, ihtiyaçları geçmiş deneyimleri ve kültürel eylemlerin gerçekleşmesi fırsatını içerir. Pek çok öğrenme kuramları vardır, bu öğrenme modeli yapılandırmacılık öğrenme kuramı üzerine kuruludur. Bu teori önemli sosyal içeriği içeren özel içerikli yeni öğrenmelerin kişilerin önceki bilgi deneyimlerine entegre ederek kendilerini anlamasını sağladığını savunmaktadır (203).

Yapılandırmacılık, bilgi ve öğrenme ile ilgili bir kuramdır. Bu kuram bilgiyi temelden kurmaya dayanır. Her kazanılan bilgiyi bir sonraki bilgiyi yapılandırmaya zemin hazırlarlar. Çünkü, yeni bilgiler önceden yapılanmış üzerine bina edilir. Böylece yapılandırmacı öğrenme var olanlarla yeni olan öğrenmeler arasında bağ kurma ve her yeni bilgiyi var olanlarla bütünleştirme sürecidir (204).

Yapılandırmacılıkta bilginin tekrarı değil, bilginin transferi ve yeniden yapılandırılması söz konusudur. Yapılandırmacı eğitimin en önemli özelliği, öğrenenin bilgiyi yapılandırmasına, oluşturmasına, yorumlamasına ve geliştirmesine fırsat vermesidir. Yapılandırmacı öğrenmede temele alınanlar aşağıdaki gibi özetlenebilir.

1. Bilgiyi araştırma yorumlama ve analiz etme.
2. Bilgiyi ve düşündürme sürecini geliştirme.
3. Geçmişteki yaşantılarla yeni yaşantıları bütünleştirme.

Öğrenenin etkin rol aldığı yapılandırmacı öğrenmede sadece okumak ve dinlemek yerine tartışma, fikirleri savunma, hipotez kurma, sorgulama ve fikirler paylaşma gibi öğrenme sürecine etkin katılım yoluyla öğrenme gerçekleştirir. Bireylerin etkileşimi önemlidir. Öğrenenler, bilgiyi olduğu gibi kabul etmezler, bilgiyi yaratır ya da tekrar keşfederler (205).

Yapılandırmacılığa göre bilgiyi yapılandırma gereksinimi, bireyin çevreyle etkileşimi sırasında geçirdiği yaşantılarından anlam çıkarmaya çalışırken ortaya çıkar. Birey, içinde yaşadığı çevreyle ve geçirdiği yaşantıların getirdiği sıkıntılarla baş etmek için bilgiyi yapılandırmak zorundadır. Bu süreç, yaşam boyu sürer. Çünkü çeşitli zamanlarda, çeşitli ortamlarda geçirdiği yaşantılar bireyde bir dengesizlik, bir problem yaratır. Birey önceki deneyimlerine, kavramlarına ve bilgilerine dayanarak bu dengesizliği giderebilecek olası çözümler düşünür. Bu çözümlerden doğru olanlar, daha sonra kullanılmak üzere saklanır. Yapılandırmacılığa göre bilginin, sosyo-kültürel bir bağlamda, öğrenenlerin

yaşantılarından önceden bildikleri çerçevesinde anlamlar çıkarmaları ile yapılandırılır (206).Öğrenme sürecine etkileyen sosyo-kültürel etkili yapısal değerleri geleneksel örgün eğitim ortamında görülen bilgilere ret etmesine karşın önceki öğrenilen bilgilerin üzerine yapılandırılmasını onaylar. Hasta merkezli bakım ilkeleri süreklidir. Sosyal yapılandırmacılık etkin değerlendirmeyi geliştirir (67,203).

Sağlık bakım ortamlarında, bu değerlendirme güvenlik/sağlık için gereken bilgilerin hastanın nasıl anladığını, sağlık davranışlarına uyumda nasıl desteklendiği, izlenecek kaynakların uygunluğu, kaynakların bulunabilirliği ve kendi sağlıklarını korumak için bakıma etkin katkıda bulunmaya devamlı öğrenmedir. Hemşireler hastaların sağlık okuryazarlığındaki zorlukları dikkate alarak öğrenmelerini düzenli olarak değerlendirirler (67).

Geleneksel hasta eğitimi genellikle sınırlı bir kapsam içinde tanımlanan ve genellikle öz-yönetim ve öz bakım ile değiştirilebilen bir geniş bir kavramdır. Hasta merkezli öğrenme sadece bilgi kazanımını içermez fakat hastaların kendi değerlerini, ihtiyaçları geçmiş deneyimleri ve kültürel eylemlerin gerçekleşmesi fırsatını içerir. Hasta merkezli öğrenmeyi kolaylaştırma, interaktif bütüncül ve sosyal bir süreçtir(67).

Tablo 4.Geleneksel Model İle Öğrenmeyi Kolaylaştırma Yapılandırmacılık Modeli

Geleneksel Uzman Model	Hasta İle İşbirliği İçinde Öğrenmeyi Kolaylaştırma Yapılandırmacılık Modeli
Uzmanlar için öğrenmenin amacı hasta memnuniyeti sağlamaktır. Böylece öğrenenler öğretmenler üzerinde güce sahiptir.	Bilgi hastayla ilgili yapıdır.
Yeni bilgiler farklı olarak ezberlenir ve yüzeysel öğrenme, önceki bilgilerle ilişkili değildir.	Yeni bilgilere etkili olan önceki bilgilerle bağlantılı olması gerekir. Öğrenenlerin aktif olduğu derin öğrenmeye yönlendiren yeni bilgilerin inşa edilmesini sağlar
Haberdar olur olmaz yeni bilgi ve eylemler için direktifleri, hastalar kolayca bunları uygulayabilirler .	Öğrenmenin kolaylaştırma da bir süre gereklidir ve sağlığı geliştirmek için yeni eylemlere uyum ve hastanın yeni fikirleri benimse yeteneği üstün olmalıdır.
Hasta gereksinimleri sağlıkla ilgili tüm konular-bilgiler hemen bir uzman öğretmen tarafından verilir.	İçerik yeni öğrenmenin ve odaklanmış olması gerekenlerin yalnızca bir parçasıdır . başlangıçta sınırlıdır. Bu öğrenme fırsatları zamanla ek kaynaklar ile desteklenebilir.
Öğrenme bireyseldir ve hasta aktiviteleri özertir.	Öğrenme sosyaldır ve akran, profesyoneller diyalog unu ve belki de sosyal ağ siteleri ile etkileşimi, güvenilir internet sitelerindeki sağlık bilgileri etkileşimini içerir.
Sağlık mesajları ‘tek beden herkese uyar’ vardır. Bilgi sıklıkla hastaların anlamadığı tek bir yoldan genellikle iletilir.	Sağlık mesajları sağlık okuryazarlığı teşvik etmek hasta farklı ihtiyaçlarını göz tutarak uygun hale getirilir.
Öğrenme öncelikle doğal olarak bilişseldir.	Bütüncül öğrenme ilişkisel, bilişsel, duygusal, ruhsal, mecaz ve fiziksel öğrenmeyi içerir; öğrenme önceden herhangi bir yaşam deneyimlerinden etkilenmiş olabilir.

Hemşireler hızla gelişen sağlık bakımı sisteminde hasta öğrenimi kolaylaştırılması zorluklar ile karşılaşır. Sağlık bilgileri güç gelen hastalar için pek çok sorun olabilir. Hastalar genellikle yabancı, karmaşık ve teknik sağlık bilgileri ve hizmetleri ile karşı karşı kalırlar. Hastaların bu karmaşık bir sistemde yönlendirme, sağlık yönetimi gibi talepleri olur:

- *Hastaneden Erken Taburculuk
- *Karmaşık Tedavi Planları Anlamak
- *Bilinçli Kararlar Alma
- * Sağlıklı Bir Yaşam Sürdürmek;
- *Kendi Bakış Açıklarına İhtiyaç Ve Değerlerine Göre İletişim,
- * İçinde Yaşadıkları Zor Sosyo-Ekonomik Koşullar
- * Kronik Durumların Yönetimi
- *Toplum Kaynaklarına Erişme;
- *Birçok Sağlık Profesyonelleri İle Etkileşim (67)

Bireylerin doğru sağlık kararları alabilmek için yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesinin olması gerekir. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin kendileri ve toplum sağlığı ile ilgili karar ve davranışlarını yönlendirecek, temel sağlık bilgisi ve hizmetleri konusunda bilgi birikimleri, bu bilgilere erişmeleri, erişilen bilgiyi anlamaları ve kullanmalarını tanımlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı erişim, anlama, değerlendirme yeteneği ve iletişim bilgileri geliştirme, korumak, yaşam boyunca değişik ortamlarda sağlığın iyileştirilmesi olarak tanımlanmıştır (67,207).

Genel okuryazarlık becerileri için temel sağlık bilgileri gereklidir. Sağlık okuryazarlığı bireysel becerileri, sağlık personeli ile iletişim becerileri, sağlık bakımı uygulamaları ve sistem süreçleri geniş bir yelpazede entegre edilmesini içerir. Zorluklar göz önüne alındığında karmaşık bir sistemde sağlık konusunda öğrenimde hasta, kaygılı ve/veya boğulmuş hissedebilir, hemşire hastaların talepleri ve sağlık durumlarını yönetmede dikkatli olması gerekir. Sağlık okuryazarlığı daha yüksektir olan yetişkinlerin düşük olanlara göre sağlık durumları mükemmeldir(67).

2.14. L.E.A.R.N.S. Modeli

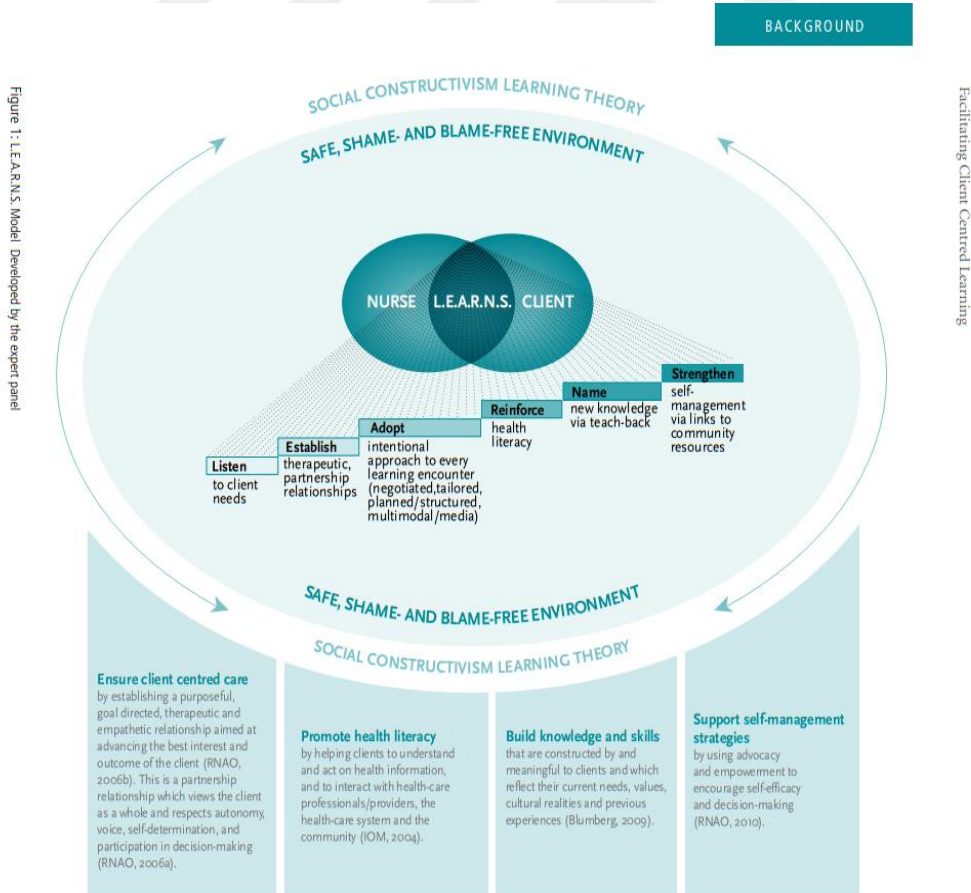
Hemşireler hasta ile işbirliği içinde öğrenme ihtiyaçlarını değerlendirmek konusunda becerikli olmalıdır. Bu model hastaların farklı öğrenme ihtiyaçlarını karşılamak üzere tasarlanmış, öğrenme stratejilerinin uygulanması değerlendirilmesi ve planlamasını sağlar (67).

Hasta merkezli öğrenme kolaylaştırılması(bkz. Şekil 4) dört temel unsura dayanmaktadır. Bu dört sütun hasta merkezli öğrenmeyi destekler ve öz-yeterlilik ve karar verme teşvik eder. Bu temele dayanarak, hasta ve hemşire utanç ve suçlanmadan özgür bağımsız güvenli bir ortamda çevrilidir(67).

Öğrenme güvenli, utanç ve suçlamadan uzak-özgür ortamın oluşturulması ve hemşirenin terapötik ilişki içinde birlikte çalışması ile mümkündür. Hemşire ve hastanın eşit olduğu bu ilişki, iç içe çevreler tarafından tasvir edilmektedir(67).

L.E.A.R.N.S. Dinle (Listen), Kur (establish), Uyum (adopt), Güçlendir (reinforce), Yeni Bilgi (name) ve Özyönetim (strengthen), hasta ve hemşire çevrelerinin kesiştiği yerde gerçekleşen etkileşimlerin kısaltmasıdır. L.E.A.R.N.S. Modeli aynı zamanda hemşirelik sürecini ifade eder. Bu modelde hemşire, hastanın ihtiyaçlarına dinleyerek, hastanın bakış açısını anlayarak, tedavide kendi kararlarına, seçimine ve otonomisine saygılı olarak hastayı bir bütün olarak görmektedir(67).

Şekil.4. L.E.A.R.N.S. Modeli



Listen(Dinle); Hasta dinlenerek gereksinimlerinin ve ihtiyaçlarının belirlenmesi.

Establish (Kur); Hasta ile terapötik ilişkinin kurulması.

Adopt(Uyum); Her karşılaşmasında amaçlı ve planlı interaktif öğrenme ile uyumun sağlanması.

Reinforce (Güçlendir); Sağlık bilgisinin güçlendirilmesi.

Name (Yeni Bilgi); Geçmiş bilgilerine dayandırılarak yeni bilgilerin öğrenmesini ve isimlendirilmesini sağlama.

Strengthen (Özyönetim); Topluluk kaynaklarına linkler aracılığı ile öz-yönetimin sağlanması.

Hasta öğrenmenin kolaylaştırılması amaçlı girişimlerdir.Hasta ihtiyaçlarını dinleyerek, sağlık hizmeti sağlayıcısı hastanın bakış açısını anlayabilir, hastayı bir bütün olarak görebilir ve özerklik, ses ve kendi kaderini tayin hakkına terapik ve saygılı bir ortaklık ilişkisi kurmaya başlar (67).

Öz-yeterlilik ve öz-yönetimi için hastanın gerekli bilgileri öğrenmesini, yeni becerileri uygulama fırsatı, beceri anlayışını veya becerisini geliştirmek için fırsat tanımayı ve öğrenmenin değerlendirilmesini kapsar (67).

Bu kavramsal modeldeki çift yönlü oklar öğrenmenin tek yönlü bir olay olmadığını gösterir, öğrenmenin sağlık profesyoneli ve hasta arasında paylaşılan, tekrarlanan devam eden sürekli bir süreç olduğunu gösterir. Bu etkileşim aynı zamanda bir ev, klinik veya hastane gibi ortamlarda başlayabilir.

Kanıt dayalı bir L.E.A.R.N.S. Modeli, güvenli, utanç verici ve suçlama içermeyen bir çevre çerçevesinde dört temel direk tarafından desteklenerek geliştirildi. Dört direk, hasta odaklı bakım, sağlık okuryazarlığı, Bilgi ve becerileri oluşturmak (yaratmak) ve Öz-yönetim stratejilerini desteklenmesini içerir (67).

Hasta Merkezli Bakımın Sağlanması: Yönettiği bir amaca, hedefe ilerlemek için hastanın en iyi ilgi ve sonuçlarını yönelik tedavi ve empatik bir ilişki kurmaktır. Bu, bir bütün olarak hasta görüş ve özerklik, ses, kendi kaderini belirleme ve karar verme süreçlerine katılımına saygılı bir ortaklık ilişkisi içerir (67).

Sağlık Okuryazarlığını Teşvik: Sağlık profesyonelleri/sağlayıcıları, sağlık sistemi ve toplumda hastalarla etkileşim halinde olarak sağlık bilgisi hastaların anlamasını sağlarlar (67).

Bilgi ve Becerileri Oluşturmak: Hemşire tarafından inşa edilen ve hastaların anlamlı ve mevcut ihtiyaçlarını, değerlerini, kültürel gerçekleri ve önceki deneyimleri üzerine inşa edilen bilgi ve becerileri oluşturmak.

Öz-Yönetim Stratejilerini Destekleme: Öz-yeterlilik ve karar-verme geliştirmek için öz- yönetim stratejilerini desteklenmesi, güçlenmesini sağlamak (67).

Hasta, endişeli ve bilgi ile bunalmış durumdayken sağlık hakkında bilgi edinmek için uğraşırken tüm hastaların sağlık okuryazarlığı ihtiyaçlarına vardır. Sağlık uzmanları, öğrenme ihtiyaçlarını ve tercihlerini değerlendirmek ve sağlık okuryazarlığı için rutin bir uygulama yaklaşımını kullanmak için hasta ile işbirliği yapmaya teşvik edilmektedir. Bu, güvenli, utanç verici ve sorumsuz bir ortam yaratmayı, konuşurken yavaşlamayı, latince kullanmamayı, düz dili kullanmayı, illüstrasyon eklemeyi, öğrenme oturumunda üç temel konuyu sınırlamayı ve hasta anlayışını değerlendirmek için geri bildirim yöntemini kullanmayı içerir (67).

L.E.A.R.N.S. Modeli, sağlık mesajlarının özelleştirilmesini, öğrenmeyi teşvik etmek için çeşitli stratejiler kullanarak yapılandırılmış yaklaşımlar geliştirilmesini ve mesleki ekipte çalışmayı teşvik eder. L.E.A.R.N.S.'nin etkililiğini ve etkisini belirlemek için gelecek araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. L.E.A.R.N.S. Modeli, sağlık uzmanının yaklaşımını, geleneksel bir uzman öğretim modelinden, hasta öğrenimini kolaylaştıracak yeni bir odak noktası olan bir hasta ortaklığı modeline dönüştürme potansiyeline sahiptir.

Hastanın ilgili kaynakları okuması, sağlık sorununun çözümü için kendi görüşlerini ortaya koyması, soru sorması, eleştirmesi, tartışması, öneriler geliştirip bunları savunması için gerekli ortam ve uygun olan yaklaşımlar dikkate alınmalıdır.

Yeni bilgi ve davranışların varolanlara temellendirilmesi; hasta öğrenim yoluyla yeni davranışları kazanması, o davranışla ilgili bazı ön koşul öğrenmelere olmasını gerektirir (67).

L.E.A.R.N.S. Modeli, öğrencilere ve uygulayıcılara, hastaların sağlığı için harekete geçmek için gerekli bilgi, beceri ve sosyal desteğe sahip olmasını sağlayan bir ihtiyaç değerlendirmesi, eğitim tasarımı, uygulanması ve yeniden değerlendirme süreci boyunca rehberlik edecektir.



Şekil 5. Anlamanın Kontrolü

Bu klavuza dayalı anahtar varsayımlar aşağıda verilmiştir;

1. Bir hasta olarak tanımlanan bir kişi, kişiler, grup, toplu veya topluluk hemşirelik yapan kişi ile terapötik ortaklık ilişkisi içinde olanlardır.
2. Hastalar kendi öğrenme sorumluluğunu üstlenme hakkına sahiptir.
3. Hastalar ile işbirliği hasta merkezli öğrenmenin başarısında önemlidir.
4. Hemşireler öğreteceği kişileri bilmelidir.
5. Hasta merkezli öğrenme iletişim merkezlidir. Aktif olarak dinlemek hemşirelerin sorumluluğundadır.
6. Hastalar için bilgi, kaynak ve destek kanıta dayalı bakım sağlanmalıdır.
7. Hastaların bilgileri anlaması etkili öğrenme için gereklidir.
8. Hemşireler öğrenmenin kolaylaştırılmasında rol alırlar, onların öğrenmesi ve gelişmelerini sağlarlar ve uygulamaları yansıtırlar.
9. Hemşirelerin sağlık zorlukları ve sağlık becerilerini kazandırarak hastaların sağlık bakım sisteminden tamamen faydalanmasını sağlarlar (67).

Öneriler	Kanıt
Uygulama önerileri	Düzeyi
1 Hasta öğrenmelerini değerlendirmek için güvenli, utanç ve suçlamadan uzak özgür bir ortam oluşturun.	Ib
2 Güvenli, utanç ve suçlama olmadan özgür bir ortamda sağlık OKURYAZARLIĞI için bir universal önlemler yaklaşımı kullanın.	Ib
3 Hasta öğrenme ihtiyaçlarını değerlendirin.	Ia

- | | | |
|---|--|-----|
| 4 | Hasta ve meslekler arası ekip ile işbirliği yaparak kendi girişim ve eğitim tasarımı uyarlayın. | Ia |
| 5 | Hasta merkezli öğrenmeyi kolaylaştıracak daha planlı ve amaçlı girişimlerle birbirine bağlayın. | Ia |
| 6 | Sağlık okuryazarlığını geliştirmek için sade bir dil, resim ve çizimler kullanın. | Ia |
| 7 | Etkili öğrenme için eğitim stratejilerinin bir kombinasyonunu kullanın:
Basılı Malzemeler
Telefon
Ses bantları
Video
Bilgisayar tabanlı teknoloji ve multi-medya sunumlar | Ia |
| 8 | Hastanın öğrenimi değerlendirilmeli | IIa |
| 9 | Hasta merkezli öğrenme için:
a. Hasta ve
b. Mesleklerarası ekip ile etkin iletişim kurun. | Ib |

Eğitim önerileri

- | | | |
|--|---|----|
| 10 | Hemşirelik programları ve sürekli eğitim kursları içinde L.E.A.R.N.S. Modelini tanıttın | IV |
| 11 | Günlük uygulamalarda L.E.A.R.N.S. Modeli entegrasyonunu yansıtılmalı | IV |
| Organizasyon ve politik önerileri | | |
| 12 | Hasta merkezli öğrenmeyi kolaylaştırmada yapısal girişimleri destekleyecek yeterli kaynakları sağlamak | IV |
| 13 | Stratejik plan ve örgütsel amaçlarla bakım ve hizmetlerin sunumunda L.E.A.R.N.S.modelin entegre edilmesi. | IV |
| 14 | Hasta merkezli öğrenmede etkili iletişimin desteklemesi için dokümantasyon araçlarını geliştirin. | IV |
| 15 | Yeterli planlama, strateji, kaynaklar, örgütsel ve idari destek en iyi uygulama kılavuzlarının hemşirelikte uygulanması ve klinisyenler arasındaki kılavuz kavramının kolaylaştırılması uygundur. | IV |

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, meme kanseri olan kadınlarda L.E.A.R.N.S. modelinin destek gereksinimleri ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmış yarı deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı kliniğinde 3 Ocak 2017- 15 Kasım 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim kliniğinde, 3 Ocak 2017- 15 Kasım 2017 tarihleri arasında ameliyat olmak için yatan meme kanseri tanısı konulan hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise; araştırmanın sınırlılıklarına uyan ve basit randomizasyon yöntemi ile belirlenen, 37'ı girişim, 36'ı kontrol grubunda yer alan toplam 73 hasta oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için güç analizi (power analizi) uygulandı. Araştırmada önsel güç analizi için % 5 hata % 80 güçle minimal örneklem büyüklüğünün sağlanması için her bir gruba 36 hastanın alınması yeterli bulundu. Araştırma süresi içerisinde örneklem kayıpları yaşanabileceği için hesaplanan kişi sayısının %10-15 fazlasının alınmasının uygun olacağı düşünülmüştür. Sonuç olarak her bir grup için 40 kişinin alınmasına karar verilmiştir.

Örnekleme alınan hastaların gruplarının belirlenmesinde basit randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Aralarında etkileşim olmaması için araştırmaya başlanılan ilk haftada ameliyat olmak için kliniğe yatan hastalar girişim, diğer haftada ise yatan hastalar kontrol grubuna alınmıştır.

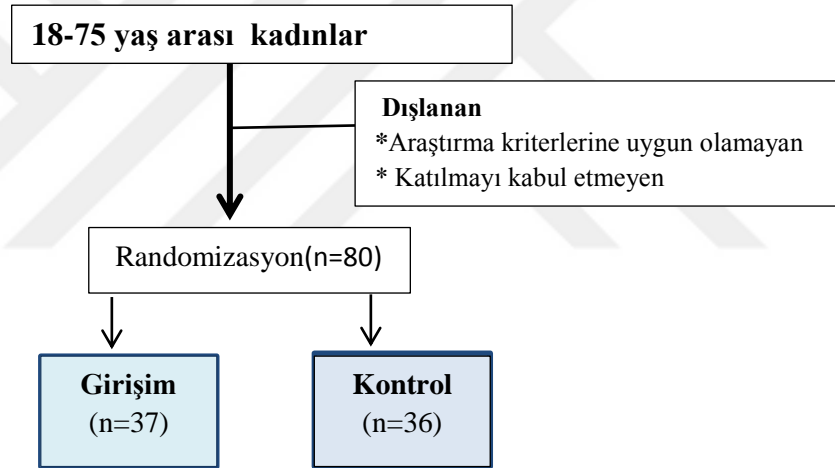
Araştırma süresi içerisinde farklı nedenlerle girişim grubundan üç, kontrol grubundan dört hasta olmak üzere toplam yedi hasta araştırmayı

tamamlayamamıştır. Sonuçta araştırma, girişim grubundan 37 hasta, kontrol grubundan 36 hasta olmak üzere toplam 73 hasta ile tamamlanmıştır.

Araştırmanın örneklemine Genel Cerrahi Anabilim Dalı Kliniğine, 3 Ocak 2017- 15 Kasım 2017 tarihleri arasında ameliyat olmak için yatan:

- Meme kanseri tanısı konulan
- Meme kanseri tanısı nedeni ile meme ameliyatı yapılacak olan (Modifiye radikal mastektomi ,mastektomi veya meme koruyucu cerrahi) hastalar,
- Tanısını bilen,
- 18 yaş üstü,
- Okuryazar olan,
- İletişim problemi olmayan hastalar,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edildi.

Araştırmaya katılanların seçimi şekil 6’de gösterilmiştir.



3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler

Araştırmaya katılan meme kanserli kadınların Kendi Kendine Destek Gereksinimleri Değerlendirmeleri Ölçeği ve Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi (EORTC QLQ-30, QLQ-BR23) ölçeklerinden aldıkları puanlar araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız değişkenler

Hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği, sosyal güvencesi, yaşadığı yer, ekonomik durum, çocuk sayısı, evde yaşadığı kişiler, sigara ve alkol kullanma durumu, egzersiz yapma durumu,

menopoz durumu, uygulanan ameliyat türü, hastalığın evresi, lenf nodu tutulumu, ilk tanının üzerinden geçen süre, hastaneye başvurma sebebi, ailede meme kanseri öyküsü, kronik hastalık durumu, hastalığın evresi, ameliyat türü, aksiller disseksiyon durumu v.b), hasta eğitimi ve hastanın yer aldığı grup araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında ilgili literatür doğrultusunda geliştirilen “Kişisel Bilgi Formu” (Ek I), Meme Kanserli Kadınların Kendi Kendine Destek Gereksinimleri Değerlendirmeleri Ölçeği (Ek II) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30) (Ek III) ve yaşam kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-BR23) (Ek IV), Distres Termometresi (Ek V) kullanılmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek II)

Meme kanseri olan kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin veri toplamak amacıyla geliştirilen form; araştırmaya alınan kadınların yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, aylık geliri, yaş, yaşadığı yer, yaşamakta olduğu yerleşim birimi, çalışma durumu, beraber yaşadığı aile üyeleri, almış oldukları meme kanseri tanısına ait özellikler (tanı konma zamanı, hastalığın evresi, aynı tanıya sahip yakını olma durumu, ameliyat tipi, tedavi durumu) ve genel sağlık durumuna ait özellikleri (menopoza girme durumu, kanser dışı kronik hastalığa sahip olma durumu) belirlemek amacıyla hazırlanan toplam 34 maddeden oluşmaktadır.

3.5.2. Meme Kanserli Kadınların Kendi Kendine Destek Gereksinimleri Değerlendirmeleri Ölçeği (Ek II)

Lindop ve Cannon (2001) tarafından geliştirilen ölçek tanı, tedavi, destek, cinsellik ve beden imajı, aile ve arkadaşlar, bilgi, bakım sonrası olmak üzere 8 alt boyutta 54 sorudan oluşmaktadır (54). Ölçekteki her bir soru 5 likert tipi şeklinde 1: Hiç önemi yok 2:Çok önemli değil 3:Orta düzeyde önemli 4:Önemli 5:Çok önemli olarak puanlandırılmaktadır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği

Erci ve Karabulut tarafından 2007 yılında yapılmıştır. İç güvenilirlik Cronbach alfa katsayısı 0.71-0.84 ve total Cronbach alfa katsayısı 0.93'dir (185) Ölçeğin en düşük puanı 54, en yüksek puanı 270' dir.

3.5.3. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organization for Research and Treatment of Cancer Core QOL Questionnaire) EORTC QLQ-30 Skalası (Versiyon 3.0) (Ek III):

Aaronson ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilen Yaşam Kalitesi Ölçeği genel iyilik hali, fonksiyonel durum (fiziksel, rol, kognitif=bilişsel, emosyonel=ruhsal ve sosyal) ve semptom kontrolü (yorgunluk, ağrı ve bulantı-kusma dispne, uyku bozukluğu, iştah kaybı, konstipasyon, diyare ve maddi sorunlar) olmak üzere üç alt başlık içermektedir. Toplam 30 sorudan oluşmaktadır. Ölçekteki 30 maddeden ilk 28'i dörtlü likert tipi ölçektir ve maddeler Hiç: 1, Biraz: 2, Oldukça: 3, Çok: 4 puan olarak değerlendirilmektedir. 29. ve 30. sorular genel iyilik hali alanını oluşturan sorulardır. Ölçeğin 29. sorusunda, hastadan 1'den 7'ye kadar olan skala ile sağlığını ve 30. soruda genel yaşam kalitesini değerlendirmesi istenmiştir. Bir rakamı çok kötü ve yedi rakamı mükemmel cevaplarını içermektedir. Diğer sorular ise fonksiyonel alan ve semptomlar bölümüne ait sorulardır. Genel iyilik hali ve fonksiyonel ölçekte puan ortalaması yükseldikçe durumun iyiliğini göstermektedir. Semptom ölçeğinde ise puan yükseldikçe sorunların arttığını göstermektedir. EORTC QLQ-C30 madde puanlarını hesaplamak için kullanılan puanlama kılavuzu kullanılmıştır (208). İlgili sorulardan alınan puanların toplamıyla ait olduğu skalanın puanı belirlenir. Ölçekte yer alan her bir madde 0 ile 100 puan aralığında puanlanmaktadır.

Ölçek, Cankurtaran ve arkadaşları (2007) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve kanser hastalarında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.56-0.85 olarak belirlenmiştir (209). Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ≥ 0.70 olarak belirlenmiştir. Demirci ve arkadaşları tarafından 2011 yılında meme kanserli hastalarında EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23 ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olup EORTC QLQ-C30 ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0.66-0.91, QLQ-BR23 ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0.61-0.88 olarak saptanmıştır (210). Yapılan çalışmalar sonucunda ölçeğin; geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır (208,209,210).

Tablo 5 . EORTC QLQ-C30 Alt Grupları ve Ölçek Soruları

EORTC QLQ-30	SORU NUMARALARI
FONKSİYONEL SKALA	
Fiziksel fonksiyon (5 soru)	1,2,3,4,5. sorular
Rol fonksiyon (2 soru)	6-7. sorular
Bilişsel durum (2 soru)	20. ve 25. sorular
Ruhsal durum (4 soru)	21,22,23,24. sorular
Sosyal durum (2 soru)	26-27. sorular
GENEL İYİLİK HALİ (2 soru)	29-30. sorular
SEMPTOM SKALA	
Dispne (1 soru)	8. soru
Bulantı-kusma (2 soru)	14-15. sorular
İştahsızlık (1 soru)	13. soru
Uyku Bozukluğu (1 soru)	11. soru
Ağrı (2 soru)	9. ve 19 sorular
Yorgunluk (3 soru)	10.,12. ve 18. sorular
Kabızlık (1 soru)	16. soru
İshal (1 soru)	17. soru
Finansal zorluk (1 soru)	28. soru

3.5.4. EORTC BR-23 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Meme kanserine özel ölçek olup; meme kanserine ve tedavileri sırasında görülen semptomları değerlendirmektedir. Yirmi üç maddeden, fonksiyonel ve semptom ölçeği olmak üzere iki alt gruptan oluşmaktadır (Tablo 6). Üç fonksiyonel ve semptom olmak üzere iki alt boyutu vardır. Semptom alt boyutu; kol semptomları, meme semptomları, saç dökülmesine bağlı ruhsal durum değerlendirmesi ve meme kanseri için yapılan tedavilere bağlı şikayetleri değerlendirmektedir. Fonksiyonel alt boyutu; meme kanserine bağlı sorunların tekrarlama korkusu, cinsel eşin hastalık ve tedavi sonrası davranış değişiklikleri, seksüel disfonksiyon ve tedavi sonrası oluşan menopoz semptomları değerlendirilmektedir. Fonksiyonel ve semptom ölçeği olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten elde edilen yüksek puan fonksiyonel düzeyin ve semptom derecesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 6. EORTC QLQ-BR23 Alt Grupları ve Ölçek Soruları

EORTC QLQ BR-23	SORU NUMARALARI
FONKSİYONEL SKALA	
Beden İmgesi (4 soru)	39,40,41,42. sorular
Cinsel Yaşam (2 soru)	44-45. sorular
Cinsel Doyum (1 soru)	46. soru
Gelecek Kaygısı (Tekrarlama korkusu)(1 soru)	43. soru
SEMPTOM SKALASI	
Sistemik Tedavi Yan Etkiler (7 soru)	31,32,33,34. ve 36,37,38. Sorular
Meme Semptomları (4 soru)	50,51,52,53. sorular
Kol Semptomları (3 soru)	47,48,49. sorular
Saç Kaybı Nedeniyle Üzüntü (1 soru)	35. soru

3.5.5. Distres Termometresi (EK IV)

Kanser hastalarında psikososyal distresi ölçmek için Roth ve arkadaşları tarafından 1998 yılında geliştirilen bir ölçektir. Distres termometrenin ülkemizdeki geçerlilik güvenilirlik çalışması, Özalp ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Çalışmada ölçeğin duyarlılığı 0.73, özgüllüğü 0,49 bulunmuştur (211). Bireylerin kendi kendilerine uygulayabilecekleri, yalnızca bir sorudan oluşan görsel analog bir skaladır. Ölçeğin üzerinde 0'dan 10'a kadar rakamlar olan bir termometre bulunmaktadır. Uygulayıcı yaşadığı distresi bu termometre üzerindeki rakamlar aracılığıyla ifade etmektedir. Sıfır puan bireyin hiç distres yaşamadığını, on puan ise en üst sınırdaki distres yaşadığını göstermektedir. NCCN ölçeğin kesim noktası beş olarak bulunmuş, beş ve üstü değer normalden sapmayı göstermektedir ve bireylerin profesyonellerce mutlaka ele alınması gerekmektedir. Özalp ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2007) ölçeğin ülkemizdeki kesim noktası dört bulunmuştur. Kesim noktasının üzerinde puan alan hastaların profesyonellerce derhal ele alınması gerekmektedir. NCCN, 2003 yılında distres termometresine problem listesini eklemiştir. Problem listesi, kanser hastalarında sıklıkla görülen sorunlardan oluşmaktadır. Hastalar listede olan sorunlardan hangisinin ya da hangilerinin, geçen bir hafta içinde kendisine sıkıntı yaşattığını işaretlemektedir. Listedeki sorunlar beş ayrı grupta toplanmıştır. Birinci grup günlük yaşam sorunlarından oluşmaktadır. Bunlar; barınma, sosyal güvence, iş/okul, ulaşım,

çocuk bakımı olarak sıralanmıştır. İkinci grupta ailevi sorunlar yer almaktadır. Eş ve çocuklar bu grubu oluşturmaktadır. Üçüncü grup duygusal sorunları içermekte, üzüntü, hüznün, depresyon ve sinirlilikten oluşmaktadır. Dördüncü grupta inançla ilgili sorunlara yer verilmiş, tanrı ile ilgili, inanç yitimi, diğer sorunlar ele alınmıştır. Beşinci ve son grup ise bedensel sorunlardan oluşmaktadır. Bedensel sorunlar içinde yer alan durumlar ise; ağrı, bulantı, yorgunluk, uyku, gezinti, banyo yapma/giyinme, nefes darlığı, ağız yaraları, yemek yeme, hazımsızlık, kabızlık/ishal, idrar sorunları, ateş, ciltte kuruma/kaşıntı, burun tıkanıklığı, el/ayakta karıncalanma, şişkinlik hissi ve cinsel sorunlardır (211).

3.6. Verilerin Toplanma Yöntemi ve Süresi

Araştırma verileri 3 Ocak 2017 – 15 Kasım 2017 tarihleri arasında meme kanseri nedeniyle ameliyat olmak üzere yatan hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. 3 Ocak 2017 tarihinde itibaren Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Kliniğine meme kanseri tanısı ile ilk hafta yatan hastalar girişim ve diğer hafta yatan hastalar kontrol grubuna dahil edilmiştir. Hastalar arasında etkileşim olmaması bakımından bir hafta girişim, bir hafta kontrol grubuna araştırmanın sınırlılıklarına uyan ve araştırmayı kabul eden hastalar basit randomizasyon yöntemi ile araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Araştırmaya hasta ile tanışma ve onam alındıktan sonra Kişisel Bilgi Formu, meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri değerlendirmeleri ölçeği, yaşam kalitesi ölçeği (EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23), distress termometresi uygulanarak başlanmıştır.

Girişim grubuna L.E.A.R.N.S. modeline göre yapılandırılmış beş oturumdan oluşan bireysel eğitim programı ameliyat öncesi, taburcu olmadan öncesi, ameliyattan bir hafta sonra, birinci ve üçüncü ayda uygulanmıştır. Eğitim müdahalesi sonrası ölçümler ameliyattan bir hafta sonra, birinci ve üçüncü ayda katılımcılara meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri değerlendirme ölçeği, yaşam kalitesi ölçeği (EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23), distress termometresi tekrar uygulanarak yapılmıştır. Girişim grubunun eğitim programında kullanılmak üzere ameliyat öncesi, sonrası ve sonrası, yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik eğitim kitapçığı taburcu olmadan önce verilmiştir. Kontrol

grubuna ise herhangi müdahale yapılmamıştır. Etik açıdan kontrol grubuna tüm ölçümler bittikten sonra eğitim kitapçığı verilmiştir.

3.6.1. Eğitim Programının Planı ve İçeriği

Girişim grubuna uygulanan eğitim programı yapılandırma öğrenme teorisinden çıkılarak RNAO (Registered Nurses Association On Ontaria) tarafından oluşturulan L.E.A.R.N.S. (Listen , establish, adopt, reinforce, name, strengthen) modeline göre hazırlanmış ve uygulanmıştır.

Meme kanseri tanısı ile kliniğe yatan hastalarla önce ön görüşme yapılmıştır. Ön görüşmede hastalarla tanışılmış, araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Eğitim programı hakkında genel bilgi verilmiş ve güven ortamı sağlanmıştır. Tanışma görüşmesinde araştırma ile ilgili bilgi verildikten ve hastanın araştırmanın işleyişiyle ilgili soruları yanıtladıktan sonra, hastalara araştırmada yer almayı isteyip istemedikleri sorulmuş ve katılmayı isteyen hastalardan araştırmaya katılım için sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Hastalardan onam alındıktan sonra, araştırmada kullanılacak olan ölçekler hakkında bilgi verilerek kişisel bilgi formu ve ölçekler doldurulmuştur.***Hastalar dinlenerek gereksinimleri belirlenmeye çalışılmıştır.** Eğitim için gün kararlaştırılmıştır. **Bu görüşmede hastanın özellikleri, hastalık durumu, bakım ve tedavi ile ilgili bilgi ve gereksinimleri değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda hasta ve gerekirse meslekler arası ekip ile işbirliği yaparak planlı ve amaçlı bir şekilde eğitim tasarımı planlanmıştır.**

Eğitim programı üç aylık bireysel eğitimden oluşmaktadır. Eğitimler hasta hastaneye yattıktan itibaren başlayarak taburcu oluncaya kadar devam etmiştir. Bire-bir öğretim ile eğitimler hastane ortamında verilmiştir.

1.Görüşme(Ameliyat öncesi);

Güvenli, utanç ve suçlama olmadan özgür bir ortamda hastaların kendini daha iyi ifade etmesini sağlayacak sessiz uygun bir ortam sağlanarak, gerekli önlemler alınarak görüşmeye ve eğitime başlanmıştır.

Şu anda nasıl hissediyorsunuz? (ağrı, yorgunluk veya / korku / öfke / hayal kırıklığı, vb. öğrenme diğer engelleri belirtmek için ya da karışıklık ifade etmesi

için hastayı teşvik), hastalığınız hakkında bildiklerinizi bana söyleyebilir misiniz ...? gibi genel sorularla **Hasta ile güvenli bir terapötik iletişim kurulması sağlanmıştır. Duygularını ifade etmeleri için fırsat tanınarak kendilerini ifade etmeleri için fırsat verilmiştir.**

Bu görüşmede hastanın özellikleri, hastalık durumu, bakım ve tedavi ile ilgili bilgi ve gereksinimleri dorultusunda hazırlanan eğitim programı uygulanmıştır.

Öğrenmeyi teşvik etmek-kolaylaştırmak için konuların içeriği ve konulara uygun eğitim malzemeleri de planlanmıştır. Bu görüşmede hastanın tanı, hastalığın seyri, hastalık hakkında genel bilgiler, tedavi seçenekleri, olası komplikasyonlar, ameliyat öncesi hazırlık, derin solunum-ayak bacak egzersizleri konusunda bilgi sahibi olması amaçlanmıştır. Eğitimler powerpoint sunu ve sözlü olarak hastaya verilmiştir. Olası tedavi seçenekleri konusunda hastanın tepkisinin değerlendirilmesi, hastanın tanıya verdiği yanıtın ve destek ağlarının (arkadaş, akraba v.b) tartışılması yapılmıştır. Tedavi seçenekleri hakkında bilgi sahibi olup, tedavi seçiminde aktif katılımı sağlanmıştır.

Hastalar ile öğrenme durumunda karşılaşmalarda herhangi bir yanlış bir açıklamada bulunulmamasına ve eğitimlerde hastanın anlayabileceği bir sade bir dil ve resimler kullanılmasına dikkat edilmiştir.

Eğitim sonunda hastanın hatırlama, anlama ve becerisi değerlendirilmiştir.

Hastalara en az 10 dakika soru sorma fırsatı tanınarak ve hastanın öncelikleri ve öğrenme oturumlarının zamanlamasını belirlenmesine hasta ile birlikte karar verilmiştir.

Bu süreç içinde hastalarla sürekli iletişim içinde olunabilmesi, her an ulaşabilmeleri için araştırmacının telefonu hastalara verilmiştir.

Hasta ameliyat oluncaya kadar ve ameliyat sonrası hasta ziyaret edilerek kendilerini yalnız hissetmemeleri sağlanarak destek olunmuştur.

2. Görüşme(Ameliyat sonrası taburcu olmadan önce);

Hastaların hastalık durumu, bakım ve tedavi ile ilgili bilgi ve gereksinimleri değerlendirildi. Bu doğrultuda eğitim tasarımı uygulanmaya çalışılmıştır.

Bu görüşmede hastanın yeni tedavi kararları konusunda hastanın sorularının cevaplanması, ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi, erken tanınması ve yönetimi, yara ve dren bakımı, ilaçları, ameliyat sonrası yapması gereken kol egzersizleri, ameliyat sonrası dikkat etmesi gereken konular; beslenme ve diyet, kilo kontrolü, lenfödem, stresle başetme yöntemleri, psiko-sosyal destek, psikolojik risk faktörlerin kontrol edilmesi konularında bilgi sahibi olması amaçlanmıştır. Hasta ve ailenin gereksinimlerinin değerlendirilmesi yapılmıştır. Eğitimler powerpoint sunu ve sözlü olarak verilmiştir. Ayrıca dren bakımı ve ameliyat sonrası yapması gereken kol egzersizleri uygulamalı olarak gösterilip, yaptırılmıştır.

Hasta ve ailelerine tanı, hastalığın seyri tedavi seçenekleri, onkoplastik meme cerrahisi, hastanede tedaviye bağlı hastalık ve kanser ile yaşam, hastalığa bağlı gelişebilecek psikolojik sorunlar ve taburculuk sonrası destek gereksinimleri, izlem konusunda yol göstermek amacıyla eğitim programı kapsamında hazırlanan basılı eğitim kitapçığı hastaya verilmiştir.

Geçmiş sağlık bilgileri ile bağ kurulması, yeni bilgiler öğrenmesi ve öğrendiklerini yapılandırması sağlanmaya çalışılmıştır. Bir önceki oturum ile ilgili tekrar ve soruların cevaplanması yapılmıştır.

3. görüşme (Ameliyat sonrası 10.günde);

Bu görüşmede kanserle yaşam, tedavi planı ve tedavinin olası yan etkileri, yapması gereken egzersizler, gelecekte yaşanabilecekler hakkında eğitim ve soruların yanıtlanması, anlaşılmayan konuların netleştirilmesi, emosyonel destek verildi. Yara bölgesi komplikasyonlar ve iyileşme yönünden kontrol edildi. Yara ve dren bakımı kontrolü sağlandı. Hastaya ameliyat sonrası yapması gereken egzersizler tekrar anlatılarak bu konuda motivasyonu sağlandı. Eğitimler powerpoint sunu ve sözlü verildi. Eğitim kitapçığında ilgili bölümlere tekrar bakması istendi. Hasta sosyal destek kaynakları konusunda bilgilendirilmiştir.

Hastanın öğrenmesi sosyal destek kaynakları ile desteklenerek hastanın hastalığı ile ilgili öz-yönetimini yapmasına destek olunmuştur.

Geçmiş sağlık bilgileri ile bağ kurulması, yeni bilgiler öğrenmesi ve öğrendiklerini yapılandırması sağlanmaya çalışılmıştır. Bir önceki oturum ile ilgili tekrar ve soruların cevaplaması yapılmıştır.

4. görüşme (Ameliyat sonrası birinci ay);

Bu görüşmede tedaviye bağlı gelişebilecek olası yan etkilerin önlenmesi, nüksün erken tanınması ve yönetimi, gelecekte yaşanabilecekler, onkoplastik meme cerrahisi ve protezler konusunda soruların yanıtlanması, anlaşılmayan konuların netleştirilmesi sağlanmıştır. Hastalara kendi kendine meme muayenesini öğretmek amacıyla eğitim programı kapsamında alınan meme maketi (Wearable breast self examination model) üzerinde kendi kendine meme muayenesi anlatılmıştır, gösterilmiştir ve hastanında beraber yapması sağlanmıştır. Eğitimler powerpoint sunu, sözlü ve meme maketi üzerinde verilmiştir.



Şekil 7. Meme Maketi (Wearable Breast Self Examination Model)

Hasta sosyal destek kaynakları ile desteklenerek kendi yönetimini yapmasına destek olunmuştur. **Geçmiş sağlık bilgileri ile bağ kurulması, yeni bilgiler öğrenmesi ve öğrendiklerini yapılandırması sağlanmaya çalışılmıştır. Bir önceki oturum ile ilgili tekrar ve soruların cevaplaması yapılmıştır.**

5.görüşme (Ameliyat sonrası üçüncü ay);

Bu görüşmede kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavi sürecine başlayan hastalarla tedavilerin yan etkileri ve semptom kontrolünün sağlanması konularında bilgi verilmiştir. Bakımlarını ve öz-yönetimlerini sürdürmeleri konusunda motivasyonları sağlanmıştır. Hastaların duygularını, sorunlarını, çözüm yollarını değerlendirilmesi ve tartışılması, gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığının belirlenmesi, psikolojik problemlerinin kontrolünün sağlanması yönünde destek olunmuştur. Gelecekte yaşanabilecekler hakkında soruları yanıtlanmıştır. Hastalara

10 dakika soru sorma fırsatı tanınmıştır. Hastalara sosyal destek kaynakları ile desteklenmenin ve hastalığı ile ilgili öz-yönetimini sürdürmesinin önemi vurgulanmıştır. Eğitim programı ve eğitim kitapçığının değerlendirilmesi yapılmıştır.

3.6.2. Eğitim Programı Materyalleri

3.6.2.1. Eğitim Kitapçığı;

“Meme kanseri ve Yaşam” Eğitim kitapçığı 15 Mayıs-15 Kasım 2016 tarihleri arasında, literatür bilgisiyle desteklenerek hazırlanmıştır (ISBN 978-605-67050-0-7). Eğitim kitapçığı meme kanseri ve tedavi şekilleri, tedavi protokolleri, tedavilerinin yan etkileri, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası, kendi kendine bakım ve semptom yöntemi (enfeksiyonlardan korunma, yorgunluk, kanama, bulantı-kusma-iştahsızlık, ağız ve dişeti problemleri, lenfödem yönetimi, ideal kilonun korunması, sağlık kontrolleri, cerrahi sonrası kendi kendine meme muayenesi, beslenme ve diyet, egzersizler, cinsellik ve kanser, emosyonel uyum (Stres yönetimi, baş etme, ağrı yönetimi, gevşeme teknikleri ve aile içi ilişkiler) ve sosyal destek ile ilgili bilgiler içermekte ve 68 sayfadan oluşmaktadır. Girişim grubundaki hastalara taburcu olmadan önce, kontrol grubundaki hastalara ise üçüncü ayın verileri alındıktan sonra verilmiştir.

Hazırlanan eğitim kitapçığı; “DISCERN” değerlendirme ölçeği, dikkate alınarak hazırlanmıştır.

Sağlık kurumlarında hastalara yönelik kullanılan **eğitim materyallerinin okuryazarlık yönünden uygunluğunu değerlendirmek amacıyla**; uygunluğunun değerlendirilmesinde; Doak ve arkadaşlarının (1995) kullandığı ülkemizde ise Gökdoğan ve arkadaşlarının (2003) çalışmalarında kullandığı “Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi” formu kullanılmıştır (212,213). Bu form, içerik (4 madde), okur-yazarlık durumu (5 soru), resim, grafik, tablo, liste (5 soru), plan ve tipi (8 soru), öğrenme ve motivasyon (3 soru), kültürel uygunluk (2 soru) olmak üzere altı bölüm ve toplam 27 sorudan oluşmaktadır. Maddelerin uygunluğuna evet için 1 puan, hayır için 0 puan verilerek toplam 1 ile 27 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Toplam puanın yüksek olması materyalin okunabilirlik derecesinin yüksek olduğunu göstermektedir (Bkz. EK XI).

Öğretim materyalinin güvenilirlik ve bilgi kalitesinin değerlendirilmesinde; Charnock ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş, ülkemizde ise Gökdoğan ve arkadaşları (2003) tarafından Türkçeye çevrilmiş olan DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) ölçüm aracı kullanılmıştır. DISCERN’de ise materyallerin içeriğini sorgulayan 16 soru bulunmakta ve sorular 1 ve 5 arasında puanlanmaktadır. Ölçek toplam 15 puan eğitim kitapçığının kalitesinin düşük olduğunu, 75 puan ise bilgi kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (Bkz.EK XII).

Eğitim kitapçığı hazırlandıktan sonra on öğretim üyesinin görüşleri alınmıştır (XIII). Uzman görüşleri sonrasında eğitim kitapçığında öneriler doğrultusunda düzeltmeler yapılarak son şekli verilmiştir.

Tablo 7.Yazılı Eğitim Materyalinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Özellikler	X±Sd	Min-Max
İçerik durumu (1-4.maddeler)	3.90±0.31	3-4
Okuryazarlık durumu (5-9.maddeler)	3.70±1.70	0-5
Resim Grafik Durumu (10-14.maddeler)	4.30±1.25	1-5
Yazı ve Plan Durumu (15-22.maddeler)	7.30±1.25	5-8
Öğrenme ve Motivasyon Durumu (23-25.maddeler)	1.60±0.84	0-2
Kültürel Durumu (26-27.maddeler)	1.80±0.42	1-2
Toplam	22.60±5.35	10-26

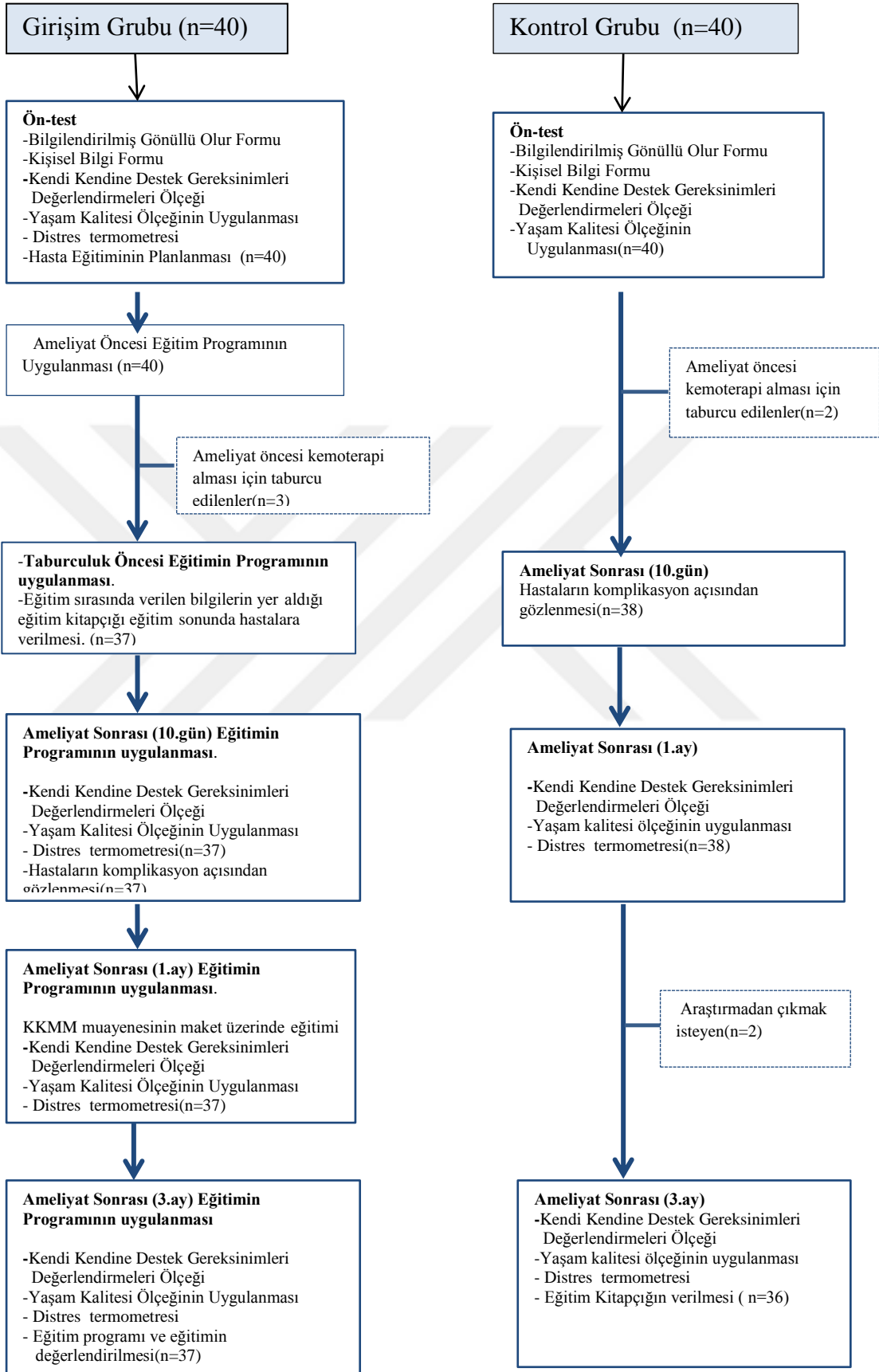
Uzmanlar tarafından kitapçığın yazılı eğitim materyalinin uygunluğunun değerlendirilmesinde içerik, okuryazarlık, resim-grafik, yazı ve plan, öğrenme ve motivasyon, kültürel duruma göre ve toplamı ile ilgili özelliklere puan verilmiştir.

Tablo 8.Uzmanlara Verilen Yazılı Eğitim Materyalinin DİSCERN Ölçüm Aracı Puan Ortalaması

Özellikler	X±Sd	Min-Max
Güvenirlilik (1-8 madde) Bölüm I (18-40 puan)	36.50±3.43	28-40
Bilgi Kalitesi (9-15madde) Bölüm II (7-35 puan)	31.20±4.34	22-35
Genel Kalite (16.madde) DİSCERN(1-5 madde)	4.50±0.70	3-5
Toplam (15-75 puan)	67.70±7.14	50-75

Araştırmacı tarafından hazırlanan kitapçık “çoğul hakemli kapsam geçerliliği” yöntemi uygulanarak test edilmiştir. Uzmanların vermiş olduğu puanlar Kendall Uyuşum Katsayısı (Kendall’s coefficient of concordance) analizi değerlendirerek, uzmanlar arasında görüş birliği olduğu belirlenmiştir (W:0.175, $x^2=26.282$ p=0.035, p<0.05). DISCERN’de materyallerin içeriğini sorgulayan 16 soru 1’den 5’e kadar puanlanmaktadır. Her bir soruda “5” materyalin uygunluğuna “1” materyalin uygunsuzluğuna işaret etmektedir. DISCERN değerlendirme ölçeğinin maddelerin uygunluk puanı 22.60±5.35, bilgi kalitesi puanı 67.70±7.14 bulunmuştur. DISCERN değerlendirme ölçeğinin madde puan ortalaması 4.51±0.47 bulunmuş olup, hazırlanan eğitim kitapçığının içeriğinin yeterli olduğunu göstermektedir.

Şekil 8. Araştırma Süreci Akış Diagramı



3.7. Verilerin değerlendirilmesi

Araştırma verileri Statistical Package For Social Science (SPSS) 18.0 programında kayıt edildi. Biyoistatistik uzmanı tarafından değerlendirildi. Verilerin analizinde ;

Nicel veriler ortalama \pm standart sapma, soru formunda yer alan nitel veriler ise sayı (n) ve yüzde (%) ile verilmiştir.

Hastalara ilişkin tanımlayıcı değişkenlerle ilgili veriler, sayı, yüzde ve ortalama olarak verildi.

Girişim ve kontrol grubu hastalara ilişkin özel tanıtıcı bilgiler (yaş, eğitim durumu v.b) ile ilgili değişkenler arasındaki farkı belirlemek üzere uygun ki-kare (χ^2) testi, Pearson Ki Kare Testi, Fisher's Exact ve t –testi kullanıldı.

Çalışma verileri değerlendirilirken ölçümsel değişkenlerin öncelikle normal dağılıma uygun olup olmadığı araştırıldı. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığına Shapiro-Wilk Testi ile bakıldı.

Veriler normal dağılıma uymadığı için girişim ve kontrol grubu hastalar arasındaki, yaşam kalitesi ve destek gereksinimleri puan ortalamalarına yönelik farkın belirlenmesinde Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Girişim ve kontrol grubu hastaların yaşam kalitesi, destek gereksinimleri ve distres puan ortalamalarındaki değişimi karşılaştırmak için Friedman test (χ^2) testi, ileri analizinde Wilcoxon signed ranks testi (Wilcoxon işaretli sıralar testi) kullanıldı.

Girişim ve kontrol grubu hastaların distres yaşama alanlarının zamana göre karşılaştırmak için Cochran testi (Q) ileri analizinde McNemar Testi kullanıldı.

Girişim ve kontrol grubu hastaların yaşam kalitesi ve destek gereksinimleri aralarındaki ilişki derecesinin ölçümünde pearson korelasyon testi kullanıldı.

Sonuçlar %95 güven aralığında ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Girişim ve kontrol grubu arasındaki farkı ve uygulama öncesi ve sonrası farkı belirlemek için p değerinin 0.05'e eşit veya büyük olduğu durumlarda test istatistiksel olarak anlamsız, p değerinin 0.05'ten küçük olduğu durumlarda test istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Eğitim materyallerinin değerlendirilmesinde ise; araştırmacı tarafından eğitim materyallerinin uygunluğu "Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi" formu kullanılarak, güvenilirlik ve bilgi kalitesi ise DISCERN

(Quality Criteria for Consumer Health Information) ölçüm aracı kullanılarak değerlendirilmiştir.








3.8. Süre ve Olanaklar

Araştırma konusu Eylül 2015- Ocak 2016 tarihleri arasında belirlendi. Literatür taramaları, araştırmanın planlanması ve doktora tez öneri taslak raporu hazırlandıktan sonra 04.04.2016 tarihinde tez izleme jürisi'ne sunuldu. Araştırmanın yürütülebilmesi için, E.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu'nun onayına sunularak 12.04.2016 tarihinde etik kurul onayı (sayı:2016/138) alındı (Ek VII). Araştırmanın yapılacağı kurum olan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden 27.05.2016 tarihinde (Sayı:69631334-605.01) yazılı izin alınmıştır. (Ek VIII). Araştırma verilerin toplanmasında yararlanılmak üzere yazılı öğretim materyalinin geliştirilmesi ve dizaynı uygun olarak eğitim araç gereçleri, yöntemleri (eğitim kitabı, eğitim materyalleri, eğitim programı) 15 Mayıs – 1 Ağustos 2016 tarihleri arasında geliştirildi. 15 Ağustos 2016 - 15 Kasım 2016 tarihleri arasında hazırlanan yazılı öğretim materyalinin uygunluk, bilgi kalitesi, içerik ve okunabilirlik seviyesi bakımından değerlendirilmesi için on uzman görüşü alınmış olup uzman görüşü doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Bu veriler ışığında eğitim programı 3 Ocak 2017 – 1 Ekim 2017 tarihleri arasında yürütüldü. Çalışma verilerinin toplanması 15 Kasım 2017 tarihinde tamamlandı.

Araştırmanın,12.04.2016 tarihinde proje olarak Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) komisyonuna iletilmiş, 07.06.2016 tarihinde BAP projesi olarak kabul edildi (Proje No: 16-HYO-003).

Tezin Yazımı ve Teslimi ise Aralık 2017 – Haziran 2018'dir.

1.8.1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

	Eylül 2015 -Ocak 2016	4 Nisan 2016	12-27 Mayıs 2016	15 Mayıs- 15 Kasım 2016	3 Ocak 2017-15 Kasım 2017	15 Kasım -Aralık 2017	Aralık 2017- Haziran 2018
Literatür İncelemesi ve Tez Konusunun Belirlenmesi							
Tez Önerisinin Sunumu							
Etik ve İzinlerin Alınması							
Eğitim Programı İçin Eğitim kitapçığının hazırlanması Uzman görüşlerinin alınması							
Eğitim Programının Uygulanması ve verilerin toplanması							
Son İzlem Verilerinin Toplanması ve Verilerin Kodlanması							
Verilerin Analizi ve Tez Yazımı							

3.8. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmanın yapılabilmesi için; 12.04.2016 tarihinde Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Ek VII) ve 27.05.2016 tarihinde araştırmanın yapılacağı kurum olan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden yazılı izinler (Ek VIII) alınmıştır.

3 Ocak 2017 – 15 Kasım 2017 tarihleri arasında çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uyan meme kanserli kadınlarla uygulamalar gerçekleştirildi. Her uygulama öncesi katılımcılara araştırmacının kimliği, araştırmanın hangi üniversite ve bölüme bağlı olarak yürütüldüğü, araştırmanın amacı konusunda bilgi verilerek, katılımcı bilgilerinin gizliliği, araştırma için alınan izinler ile ilgili bilgiler sunulduktan sonra araştırmaya katılma isteği ile ilgili onay istendi. Çalışmaya katılımda gönüllülük ilkesi esas alındı. Bunlara ek olarak, araştırma ile ilgili bilgi isteyen hasta yakınlarına da gerekli bilgiler sunuldu. Her katılımcıya uygulama öncesi tekrar araştırmanın amacı anlatılarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek VI) okutuldu, karşılıklı olarak imzalanarak ve bir kopyası katılımcıya teslim edildi. Ege Üniversitesi Cerrahi kliniğinde çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve gönüllü olarak çalışmaya katılmak isteyen meme kanserli kadınlara soru formu ve ölçekler araştırmacı tarafından uygulandı. Uygulama sonrasında katılımcılara katkılarından dolayı teşekkür edildi.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1 Girişim Ve Kontrol Grubu Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özellikler

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubu hastaların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili veriler Tablo 1’de gösterildi.

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Önemlilik testi X^2, p
	S	%	S	%	S	%	
Yaş grubu							
50 yaş altı	24	64.9	21	58.3	45	61.6	p= 0.634 ^b
51 yaş üstü	13	35.1	15	41.7	24	38.4	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Yaş ortalaması	46.56+10.40		49.16+9.68				t=-1.104 p=0.273 ^c
Medeni durum							
Evli	32	86.5	30	83.3	62	84.9	$x^2=0.884$ p= 0.643 ^a
Bekar	2	5.4	1	2.8	3	4.1	
Boşanmış/Dul	3	8.1	5	13.9	8	11.0	
Eğitim Düzeyi							
İlkokul	10	27.0	13	36.1	23	31.5	$x^2 = 1.148$ p=0.765 ^a
Ortaokul	6	16.2	7	19.4	13	17.8	
Lise	7	18.9	5	13.9	12	16.4	
Üniversite	14	37.8	11	30.6	25	34.2	
Çalışma Durumu							
Çalışmıyor	20	54.1	27	75.0	47	64.4	p= 0.087 ^b
Çalışıyor	17	45.9	9	25.0	26	35.6	
Sosyal Güvence Durumu							
Var	35	94.6	34	94.4	69	94.5	p=1.000 ^b
Yok	2	5.4	2	5.6	21	5.5	
Yaşadığı Yer							
Kent Merkezi	15	40.5	15	41.7	30	41.1	$x^2 = 0.292$ p= 0.864 ^a
İlçe	20	54.1	18	50.0	38	52.1	
Köy-Kasaba	2	5.4	3	8.3	5	6.8	
Çocuk Durumu							
Yok	7	18.9	3	8.3	10	13.7	$x^2 = 3.635$ p= 0.304 ^a
Bir Çocuk	11	29.7	10	27.8	21	28.8	
İki	17	45.9	17	47.2	34	46.6	
Üç	2	5.4	6	16.7	8	11.0	
Ekonomik durum							
Düşük	4	10.8	7	19.4	11	15.1	p=0.345 ^b
Orta	33	89.2	29	80.6	62	84.9	
Yüksek	-		-		-		
Kimlerle yaşadığı							
Yalnız	2	5.4	3	8.3	5	6.8	$x^2 = 0.593$ p= 0.988 ^a
Eşi İle	8	21.6	7	19.4	15	20.5	
Eşi ve Çocukları	17	45.9	18	50.0	35	47.9	
Çocukları	3	8.1	2	5.6	5	6.8	
Eş-Çocuk-Bir Yakını İle	5	13.5	4	11.1	9	12.3	
Annem ve Kızım İle	2	5.4	2	5.6	4	5.5	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (Devam)

Sosyo-Demografik Özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Önemlilik testi χ^2 , p
	S	%	S	%	S	%	
Sigara içme Durumu							
Evet	5	13.5	8	22.2	13	17.8	$\chi^2 = 3.477$ p= 0.324 ^a
Hayır	24	64.9	25	69.4	49	67.1	
Nadiren	1	2.7	1	2.8	2	2.7	
Bıraktım	7	18.9	2	5.6	9	12.3	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Sigara içme süresi							
1-5 yıl	6	46.2	-	0	6	25.0	$\chi^2 = 6.773$ p= 0.034 ^a
6-10 yıl	2	15.4	3	27.3	5	20.8	
11 yıl ve üstü	5	38.5	8	72.7	13	54.2	
Toplam	13	100.0	11	100.0	24	100.0	
Alkol Alma Durumu							
Evet	3	8.1	4	11.1	7	9.6	$\chi^2 = 2.130$ p= 0.345 ^a
Hayır	32	86.5	32	88.9	64	87.7	
Bıraktım	2	5.4	-	0	2	2.7	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu							
Yapan	4	10.8	7	19.4	11	15.1	p=0.345 ^b
Yapmayan	33	89.2	29	80.6	62	84.9	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Doğum Kontrol Hapı Kullanma Durumu							
Evet	11	29.7	13	36.1	24	32.9	p=0.624 ^b
Hayır	26	70.3	23	63.9	49	67.1	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Doğum Kontrol Hapı Kullanma Süresi							
1 Yıldan Az	3	27.3	3	23.1	6	25.0	$\chi^2 = 5.020$ p= 0.285 ^a
1-4 Yıl	7	63.6	4	30.8	11	45.8	
5-9 Yıl	1	9.1	2	15.4	3	12.5	
10-14 Yıl	-	-	1	7.7	1	4.2	
15 Yıl Ve Üstü	-	-	3	23.1	3	12.5	
Toplam	11	100.0	13	100.0	24	100.0	
Menopoz Durumu							
Evet	19	51.4	29	80.6	48	65.8	p= 0.013 ^b
Hayır	18	48.6	7	19.4	25	34.2	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Menopoza Girme Nedeni							
Yas	15	75.0	15	53.6	30	62.5	$\chi^2 = 3.144$ p= 0.208 ^a
Kemoterapi	4	20.0	7	25.0	11	22.9	
Cerrahi	1	5.0	6	21.4	7	14.6	
Toplam	20	100.0	28	100.0	48	100.0	
Hormon Tedavi Alma							
Evet	-	-	5	13.9	5	6.8	p=0.025 ^b
Hayır	37	54.4	31	45.6	68	93.2	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	

^a(Pearson Ki Kare Testi),^b(Fisher 's Exact)Fisher Kesin olasılık Testi)

c (t -testi)

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (Devam)

Sosyo-Demografik Özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Önemlilik testi χ^2, p
	S	%	S	%	S	%	
Kronik Hastalık Durumu							
Evet	12	32.4	13	36.1	25	34.2	p=0.808 ^b
Hayır	25	67.6	23	63.9	48	65.8	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Var Olan Kronik Hastalık							
Hipertansiyon	3	25.0	4	30.8	7	28.0	$\chi^2 = 3.776$ p= 0.437 ^a
Diyabet	2	16.7	4	30.8	6	24.0	
Diyabet+ Hipertansiyon	1	8.3	3	23.1	4	16.0	
Hepatit B, C,Haşimato	3	25.0	1	7.7	4	16.0	
Astım,Bronşit	3	25.0	1	7.7	4	16.0	
Toplam	12	100.0	13	100.0	25	100.0	
Psikolojik Destek Alma Durumu							
Alan	9	24.4	4	11.1	13	17.8	p=0.221 ^b
Almayan	28	75.7	32	88.9	60	82.2	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Ailede Meme Kanseri Öyküsü							
Var	11	29.7	12	33.3	23	31.5	p=0.804 ^b
Yok	26	70.3	24	66.7	50	68.5	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Ailede Meme Kanseri Olan Kişi							
Anne	3	30.0	3	23.1	6	26.1	$\chi^2 = 1.452$ p= 0.835 ^a
Kız Kardeş	1	10.0	1	7.7	2	8.7	
Kuzen	2	20.0	3	23.1	5	21.7	
Teyze	2	20.0	5	38.5	7	30.4	
Hala	2	20.0	1	7.7	3	13.0	
Toplam	10	100.0	13	100.0	23	100.0	
Destek Olan Kişi							
Var	35	94.6	33	91.7	68	93.2	p=0.674 ^b
Yok	2	5.4	3	8.3	5	6.8	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Cerrahi Öncesi Kemoterapi Alma Durumu							
Alan	15	40.5	13	36.1	28	38.4	$\chi^2 = 0.151$ p=0.811 ^b
Almayan	22	59.5	23	63.9	45	61.6	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	

^a(Pearson Ki Kare Testi),^b(Fisher 's Exact)

Girişim grubu hastaların yaş ortalaması $\bar{X}=46.56+10.40$ (en küçüğü 28, en büyüğü 68), kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması $\bar{X}=49.16+9.68$ (en küçüğü 33, en büyüğü 70) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (t=-1.104 p=0.273^c p>0.05). (Tablo 1).

Girişim grubu hastaların %64.9'u 50 yaş altı, %35.1'i 50 yaş ve üzeri, kontrol grubundaki hastaların %58.3'unün 50 yaş altı, %41.7'inin 50 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında yaş grubu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark (p= 0.634^b p>0.05) olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 1).

Girişim grubu hastaların %86.5'i evli, %5.4'ü bekar, % 8.1 boşanmış /dul, kontrol grubundaki hastaların %83.3'ü evli, %2.8'i bekar, %13.9'i boşanmış/dul olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Girişim ve kontrol grubu arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 0.884$ $p = 0.643^a$ $p > 0.05$).

Girişim grubu hastaların %27'si ilkokul, %16.2'si ortaokul, 18.9'u lise, %37.8'si üniversite mezunu olduğu, kontrol grubundaki hastaların %36.1'i ilkokul, %19.4'ü ortaokul, %13.9'u lise mezunu, %30.6'sı üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 1.148$ $p = 0.765^a$ $p > 0.05$).

Girişim grubu hastaların %54.1'nin çalışmadığı, %45.9'unun çalıştığı, kontrol grubundaki hastaların %75'inin çalışmadığı, % 25'inin çalıştığı saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında çalışma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 0.087^b$ $p > 0.05$).

Girişim grubu hastaların %5.4'ünün sosyal güvencesinin bulunmadığı, %94.6'sının sosyal güvencesinin bulunduğu, kontrol grubundaki hastaların %5.4'ünün sosyal güvencesinin bulunmadığı, %94.4'ünün sosyal güvencesi bulunduğu tespit edilmiştir. Girişim ve kontrol grubu arasında sosyal güvence durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 1.000^b$ $p > 0.05$).

Girişim grubu hastaların %54.1'inin ilçede, %40.5'inin şehir merkezinde, %5.4'nin köy-kasabada, kontrol grubundaki hastaların, %41.7'inin şehir merkezinde, %50'inin ilçede, %8.3'ünün köy-kasabada yaşadığı saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında yaşadıkları yer bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 0.292$ $p = 0.864^a$ $p > 0.05$).

Girişim grubu hastaların %18.9'unun çocuğunun olmadığı, %29.7'sinin bir çocuk, %45.9'unun iki çocuk sahibi olduğu, %5.4'ünün üç çocuk sahibi olduğu, kontrol grubundaki hastaların %8.3'ünün çocuğunun olmadığı, %27.8'sinin bir çocuk, %47.2'unun iki çocuk sahibi, %11'nin üç çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubu arasında çocuk bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 3.635$ $p = 0.304^a$ $p > 0.05$).

Girişim grubu hastaların, %10.8'inin gelir düzeyinin düşük, %89.2'sinin gelir düzeyinin orta düzeyde olduğu, kontrol grubundaki hastaların, %90.4'ünün gelir düzeyinin düşük, %84.9'u gelir düzeyinin orta düzeyde olduğu tespit

edilmiştir. Girişim ve kontrol grubu arasında gelir düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.345^b$ $p>0.05$).

Girişim grubu hastaların % 5.4'ünün yalnız, %21.6'sının eşi ile, %45.9'unun eşi ve çocukları ile, %8.1'inin çocukları ile, %13.5'i eşi-çocukları ve bir yakını ile, kontrol grubundaki hastaların, %8.3'ü yalnız, %19.4'ü eşi ile, %50'si eşi ve çocukları ile, %6.8'inin çocukları ile, %11.1'i eşi-çocukları ve bir yakını ile birlikte yaşadıkları tespit edilmiştir. Girişim ve kontrol grubu arasında yaşadıkları kişiler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.593$ $p=0.988^a$ $p>0.05$).

Girişim grubu hastaların %13.5'ünün sigara kullandığı, % 64.9'unun sigara kullanmadığı; kontrol grubundaki hastaların %22.2'si sigara kullandığı, %64.4'ünün sigara kullanmadığı belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubu arasında sigara kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=3.477$ $p=0.324^a$ $p>0.05$). (Tablo 1).

Girişim grubu sigara kullanan hastaların %46.2'si 1-5 yıl, % 15.4'inin 6-10 yıl, %38.5'inin 11 yıl ve üstü sigara kullandığı; kontrol grubundaki hastaların, %27.3'ünün 6-10 yıl, %72.7'sinin 11 yıl ve üzeri sigara kullandığı belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubu arasında sigara kullanma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=6.773$ $p=0.034^a$ $p>0.05$).

Girişim grubu hastaların %8.1 alkol kullandığı, %86.5'i alkol kullanmadığı; kontrol grubundaki hastaların %11.1'i alkol kullandığı, % 88.9'unun alkol kullanmadığı saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında alkol kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2 =2.130$ $p=0.345^a$ $p>0.05$). (Tablo 1).

Girişim grubu hastaların %10.8'si düzenli egzersiz yaptığını, %89.2'si düzenli egzersiz yapmadığını; kontrol grubundaki hastaların %19.4'si düzenli egzersiz yaptığını, %80.6'sı düzenli egzersiz yapmadığını ifade etmiştir. Girişim ve kontrol grubu arasında düzenli egzersiz yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.345^b$ $p>0.05$). (Tablo 1).

Girişim grubu hastaların %29.7'nin doğum kontrol hapı kullandığı, %70.3'ünün doğum kontrol hapı kullanmadığı; kontrol grubundaki hastaların %36.1'inin doğum kontrol hapı kullandığı, %63.9'unun doğum kontrol hapı kullanmadığı belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubu arasında doğum kontrol hapı

kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.624^b$ $p>0.05$). (Tablo 1).

Girişim grubu doğum kontrol hapi kullanan hastaların %27.3'ünün bir yıldan az , %63.6'sının 1-4 yıl, %9.1'inin 5-9 yıl doğum kontrol hapi kullandığı; kontrol grubundaki hastaların %23.1'nin bir yıldan az, %30.8'nin 1-4 yıl, %15.4'nün 5-9 yıl doğum kontrol hapi kullandığı saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında doğum kontrol hapi kullanma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=5.020$ $p=0.285^a$ $p>0.05$). (Tablo 1).

Girişim grubu hastaların %51.4'ünün menopozda olduğu, %48.6'sının menopoza girmediği, kontrol grubundaki hastaların %80.6'nın menopozda olduğu, %19.4 menopoza girmediği saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu menopoz durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.013^b$ $p>0.05$). (Tablo 1).

Girişim grubu hastaların %75'nin yaş, %20'nin kemoterapi, %5'nin Cerrahi nedeni ile menopoza girdikleri, kontrol grubundaki hastaların %53.6'nın yaş, %25'nin kemoterapi, %21.4'ünün cerrahi nedeni ile menopoza girdikleri belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubu menopoza girme nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=3.144$ $p=0.208^a$ $p>0.05$). (Tablo 1).

Girişim grubu hastaların %54.4'nün hormon tedavi almadığı; kontrol grubundaki hastaların %13.9'nun hormon tedavisi aldığı, %45.6'nın hormon tedavisi almadığı saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu menopoza girme nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.025^b$ $p>0.05$). (Tablo 1).

Girişim grubu hastaların %32.4'nün kronik hastalığının bulunduğu, %67.6'nın kronik hastalığının bulunmadığı; kontrol grubundaki hastaların %36.1'nin kronik hastalığının bulunduğu, %63.9 kronik hastalığının bulunmadığı belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubu kronik hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.808^b$ $p>0.05$). (Tablo 1).

Girişim grubu hastaların %25'nde Hipertansiyon, %16.7 Diyabet, %8.3 Diyabet+Hipertansiyon, %25 Hepatit B, C ve Haşimato hastalığı, %25'nin Astım ve Bronşit gibi kronik hastalığı olduğunu; kontrol grubundaki hastaların %30.8'nde Hipertansiyon, %30.8'inin Diyabet, %23.1'inde Diyabet+Hipertansiyon, %7.7'inde Hepatit B, C ve Haşimato hastalığı, %7.7'nin Astım ve Bronşit gibi kronik hastalığının olduğunu ifade etmiştir. Girişim ve kontrol grubu

kronik hastalıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=3.776$ $p= 0.437^a$ $p>0.05$). (Tablo 1).

Girişim grubu hastaların % 24.4'nün psikolojik destek aldığı, %75.7'nin psikolojik destek almadığı; kontrol grubundaki hastaların %11.1'nin psikolojik destek aldığı, %82.2'nin psikolojik destek almadığı saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu psikolojik destek alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.221^b$ $p>0.05$). (Tablo 1).

Girişim grubu hastaların %29.7'nin ailesinde meme kanseri hikayesi olduğu, %70.3'ünün ailesinde meme kanseri hikayesi olmadığı; kontrol grubundaki hastaların %33.3'ünün ailesinde meme kanseri hikayesi olduğu, %66.7'nin ailesinde meme kanseri hikayesi olmadığı tespit edilmiştir. Girişim ve kontrol grubu ailesinde meme kanseri hikayesi durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.804^b$ $p>0.05$). (Tablo 1).

Girişim grubu hastaların %30'nin annesinde, %10'unda kız kardeşinde, %20'nin kuzeninde, %20'nin teyzesinde, %20'nin halasında; kontrol grubundaki hastaların %23.1'nin annesinde, %7.7'nin kız kardeşinde, %23.1'nin kuzeninde, %38.5'nin teyzesinde, % 7.7'nin halasında meme kanseri olduğu tespit edilmiştir. Girişim ve kontrol grubu ailede meme kanseri olan kişi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.452$ $p=0.835^a$ $p>0.05$). (Tablo 1).

Girişim grubu hastaların %94.6'sinin destek olan kişinin bulunduğunu, %5.4'ü destek olan kişinin bulunmadığını; kontrol grubundaki hastaların %91.7'sinin destek olan kişinin bulunduğunu, %8.3'ü destek olan kişinin bulunmadığını ifade etmiştir. Girişim ve kontrol grubu destek olan kişi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p= 0.674^b$ $p>0.05$). (Tablo 1).

Girişim grubu hastaların %40.5'inin cerrahi öncesi kemoterapi aldığı, %36.1'nin cerrahi öncesi kemoterapi almadığı; kontrol grubundaki hastaların %36.1'nin cerrahi öncesi kemoterapi aldığı, %63.9'nun cerrahi öncesi kemoterapi almadığı saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu cerrahi öncesi kemoterapi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2 =0.151$ $p=0.811^b$ $p>0.05$). (Tablo 1).

Yapılan ki-kare analizi sonucu girişim ve kontrol grubunun sosyo-demografik özellikler açısından homojen olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Hastaların Hastalıkları ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastalıkları İle İlgili Özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Önemlilik testi X^2, p
	S	%	S	%	S	%	
Tanı							
İnvaziv Duktal Karsinom	20	54.1	15	41.7	35	47.9	$x^2 = 2.534$ $p = 0.639^a$
DCIS	5	13.5	8	22.2	13	17.8	
İnvaziv Lobüler Karsinom	2	5.4	1	2.8	3	4.1	
DCIS+İDK	8	21.6	11	30.6	19	26.0	
İnvaziv Apokrin Karsinom	2	5.4	1	2.8	3	4.1	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Evresi							
Evre 1	3	8.1	3	8.3	6	8.2	$x^2 = 0.176$ $p = 0.916^a$
Evre2	21	56.8	22	61.1	43	58.9	
Evre3	13	35.1	11	30.6	24	32.9	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Ameliyat Türü							
Parsiyel Mastektomi	14	37.8	13	36.1	27	37.0	$p = 1.000^b$
Total Mastektomi	23	62.2	23	63.9	46	63.0	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Aksiller Cerrahi							
Yok/SLNB	15	40.5	12	33.3	27	37.0	$p = 0.630^b$
Aksiller Disseksiyon (AD)	22	59.5	24	66.7	46	63.0	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Etkilen Taraf							
Sağ	18	48.6	15	41.7	33	45.2	$p = 0.640^b$
Sol	19	51.4	21	58.3	40	54.8	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Lenf Tutulumu							
Yok	15	40.5	10	27.8	25	34.2	$x^2 = 2.612$ $p = 0.455^a$
3'den az	13	35.1	19	52.8	32	43.8	
4-8	4	10.8	4	11.1	8	11.0	
9'dan fazla	5	13.5	3	8.3	8	11.0	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
İlk Tanıdan Geçen Süre							
1-6 Aydan	28	75.7	23	63.9	51	69.9	
7aydan Fazla	9	24.3	13	36.1	22	30.1	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
İlk Tanıdan Geçen ortalama Süre	X=4.67±2.98		X=6.16± 5.22				U=591.50 Z=-0.828 $p=0.408$
İlk Belirti							
Memede Şişlik, Kitle	16	43.2	15	41.7	31	42.5	$x^2 = 6.446$ $p = 0.375^a$
Koltuk altında Kitle	4	10.8	3	8.3	7	9.6	
İçe Çekilme, Şekil Boz.	4	10.8	3	8.3	7	9.6	
Akıntı	-	-	2	5.6	2	2.7	
Memede Ağrı	5	13.5	1	2.8	6	8.2	
Memede Yara	-	-	1	2.8	1	1.4	
Mamografi	8	21.6	11	30.6	19	26.0	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	

^a(Pearson Ki Kare Testi),

^b(Fisher Kesin Ki Kare Testi)

^c(t -testi)

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubu hastaların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre dağılımı Tablo 2’ de gösterildi.

Girişim grubu hastaların %54.1’inin invaziv duktal karsinom, %13.5’nin duktal karsinoma in situ (DCIS), %5.4’ü invaziv lobüler karsinom, % 21.6’sının duktal karsinoma in situ + invaziv lobüler karsinom , %5.4’nün invaziv apokrin karsinom tanısı konduğu; kontrol grubundaki hastaların %41.7’inin invaziv duktal karsinom, %22.2’nin duktal karsinoma in situ (DCIS), %2.8’nin invaziv lobüler karsinom, % 30.6’sının duktal karsinoma in situ + invaziv lobüler karsinom, %2.8’nin invaziv apokrin karsinom tanısına sahip olduğu saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu cerrahi öncesi tanı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=2.534$ $p=0.639^a$ $p>0.05$). (Tablo 2).

Girişim grubu hastaların %8.1’nin Evre 1, %56.8’nin Evre 2, %35.1’nin Evre 3 olduğu; kontrol grubundaki hastaların %8.3’nin Evre 1, %61.1’nin Evre 2, %30.6’nın Evre 3 olduğu saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu hastalık evresi durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 0.176$ $p=0.916^a$ $p>0.05$). (Tablo 2).

Girişim grubu hastaların %37.8 parsiyel mastektomi, %62.2 total mastektomi ameliyatı olduğu; kontrol grubundaki hastaların %36.1 parsiyel mastektomi, %63.9 total mastektomi ameliyatı olduğu tespit edilmiştir. Girişim ve kontrol grubu ameliyat türü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=1.000^b$ $p>0.05$). (Tablo 2).

Girişim grubu hastaların %40.5’nin Yok/SLNB, %59.5’nin aksiller disseksiyon (AD) cerrahisi olduğunu; kontrol grubundaki hastaların %33.3’nin Yok/SLNB, %66.7’nin aksiller disseksiyon (AD) cerrahisi olduğu saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu aksiller cerrahi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.630^b$ $p>0.05$). (Tablo 2).

Girişim grubu hastaların %48.6’nın sağ, %51.4’nin sol tarafının etkilendiği; kontrol grubundaki hastaların %41.7’nin sağ, %58.3’nin sol tarafının etkilendiği tespit edilmiştir. Girişim ve kontrol grubu arasında etkilenen taraf bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.640^b$ $p>0.05$). (Tablo 2).

Girişim grubu hastaların %40.5’nin lenf tutulumu olmadığı, %35.1’nin 3’den az, %10.8’nin 4-8, %13.5’nin 9’dan fazla lenf tutulumunun olduğu; kontrol grubundaki hastaların %27.8’nin lenf tutulumu olmadığı, %52.8’nin 3’den az, %11.1’nin 4-8, %8.3’nin 9’dan fazla lenf tutulumunun olduğu saptanmıştır. Girişim

ve kontrol grubu arasında lenf tutulumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 2.612$ $p = 0.455^a$ $p > 0.05$). (Tablo 2).

Girişim grubu hastaların %75.7'nin 1-6 ay önce tanı aldığı, % 24.3'nün 7 aydan fazla süre tanı almış olup ilk tanıdan geçen ortalama sürenin $X = 4.67 \pm 2.98$ olduğu; kontrol grubundaki hastaların %63.9'nun 1-6 ay önce tanı aldığı, % 36.1'nin 7 aydan fazla sürede tanı almış olup ilk tanıdan geçen ortalama sürenin $X = 6.16 \pm 5.22$ olduğu saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında ilk tanıdan geçen süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($U = 591.50$ $z = -0.828$ $p = 0.408$ $p > 0.05$). (Tablo 2).

Girişim grubu hastaların %43.2'nin memede şişlik, kitle, %10.8'nin koltuk altında kitle, %10.8 içe çekilme, şekil bozukluğu, %13.5 memede ağrı, %21.6 mamografi; kontrol grubundaki hastaların %41.7'nin memede şişlik, kitle, %8.3'nin koltuk altında kitle, %8.3'nin içe çekilme, şekil bozukluğu, %5.6'nin akıntı, %2.8'nin memede ağrı, %2.8'nin memede yara, %30.6 mamografi ile ilk belirtileri olduğu tespit edilmiştir. Girişim ve kontrol grubu arasında ilk belirti bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 6.446$ $p = 0.375^a$ $p > 0.05$). (Tablo 2).

Tablo 3. Hastaların Genel Durumu ile İlgili Bilgilerin Dağılımı

Genel Özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Önemlilik Testi χ^2, t, p
	S	%	S	%	S	%	
İlk Öğrendiklerinde Hissettikleri							
Şok Oldum	7	18.9	14	38.9	21	28.8	$\chi^2 = 10.178$ $p = 0.070^a$
Ağladım, Çok Kötü Hissettim	9	24.3	13	36.1	22	30.1	
Çok Üzüldüm, Korku, Saşkınlık	10	27.0	7	19.4	17	23.3	
Dünya Başıma Yıkıldı Endişe Ve Süreç Korkusuna Kapıldım	8	21.6	2	5.6	10	13.7	
Önce Boşluk Hissettim Sonra Geleceğimi Düşündüm	1	2.7	-	-	1	1.4	
Ölümü Hissettim	2	5.4	-	-	2	2.7	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Hastalığın Eşi ile Arasını Etkileme Durumu							
Yakınlaştırdı	9	24.3	14	38.9	23	31.5	$\chi^2 = 3.732$ $p = 0.292^a$
Değişmedi	22	59.5	15	41.7	37	50.7	
Uzaklaştırdı	1	2.7	-	-	1	1.4	
Eşi Yok	5	13.5	7	19.4	12	16.4	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Genel Sağlık Durumu Nasıl Değerlendirirsiniz?							
Çok İyi	6	16.2	4	11.1	10	13.7	$\chi^2 = 2.456$ $P = 0.483^a$
İyi	30	81.1	28	77.8	58	79.5	
Kötü	1	2.7	3	8.3	4	5.5	
Çok Kötü	--	-	1	2.8	1	1.4	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Hastalık hakkında bilgilendirilme durumu							
Evet	21	56.8	19	52.8	40	54.8	$p = 0.816^b$
Hayır	16	43.2	17	47.2	33	45.2	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Bilgilendirilmeyi Yapan Kişi							
Doktor	18	85.7	18	94.7	36	90.0	$p = 0.607^b$
Hemşire	3	14.3	1	5.3	4	10.0	
Toplam	21	100.0	19	100.0	40	100.0	
Bilginin Yeterliliği							
Hiç	1	4.8	1	5.3	2	5.0	$\chi^2 = 2.189$ $p = 0.335^a$
Kısmen	11	52.4	14	73.7	25	62.5	
Oldukça	9	42.9	4	21.1	13	32.5	
Toplam	21	100.0	19	100.0	40	100.0	
Sağlık Programı İzleme Durumu							
Evet	24	64.9	30	83.3	54	74.0	$p = 0.109^b$
Hayır	13	35.1	6	16.7	19	26.0	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	
Sağlık Konusunda İnternette Yararlanma							
Evet	25	67.6	22	61.1	47	64.4	$p = 0.630^b$
Hayır	12	32.4	14	38.9	26	35.6	
Toplam	37	100.0	36	100.0	73	100.0	

^a(Pearson Ki Kare Testi),

^b(Fisher Kesin Ki Kare Testi)

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubu hastaların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre dağılımı Tablo 3’ de gösterildi.

Girişim grubu hastaların ilk öğrendiklerinde hissettiklerini %18.9’u şok oldum, %24.3’ü ağladım, çok kötü hissettim, %27’si çok üzüldüm, korku, şaşkınlık, %21.6’sı dünya başıma yıkıldı endişe ve süreç korkusuna kapıldım, %2.7’si önce boşluk hissettim sonra geleceğimi düşündüm, %5.4’ü ölümü hissettim; kontrol grubundaki hastaların %38.9’u şok oldum, %36.1’ü ağladım, çok kötü hissettim, %19.4’ü çok üzüldüm, korku, şaşkınlık, %5.6’sı dünya başıma yıkıldı endişe ve süreç korkusuna kapıldım şeklinde ifade etmişlerdir. Girişim ve kontrol grubu arasında ilk öğrendiklerinde hissettikleri durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=10.178$ $p=0.070^a$ $p>0.05$). (Tablo 3).

Girişim grubu hastaların %13.5’i eşi olmadığını, %24.3’ü hastalığın eşi ile arasını daha çok yakınlaştırdığını, %59.5’i hastalığın eşi ile arasındaki ilişkiyi etkilemediğini, %2.7’si hastalıkla beraber eşi ile arasında uzaklaşma olduğunu; kontrol grubundaki hastaların %19.4’i eşi olmadığını, %38.9’unun hastalığın eşi ile arasının daha çok yakınlaştırdığını, %41.7’si hastalığın eşi ile arasındaki ilişkiyi etkilemediğini belirtmiştir. Girişim ve kontrol grubu arasında hastalığın eşi ile arasını etkileme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=3.732$ $p=0.292^a$ $p>0.05$). (Tablo 3).

Girişim grubu hastaların genel sağlık durumunu %16.2’si çok iyi, %81.1’i iyi, %2.7’si kötü, kontrol grubundaki hastaların %11.1’si çok iyi, %77.8’i iyi, %8.3’si kötü, %2.8’si çok kötü olarak ifade etmişlerdir. Girişim ve kontrol grubu arasında genel sağlık durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=2.456$ $p=0.483^a$ $p>0.05$). (Tablo 3).

Girişim grubu hastaların tanı konulduktan sonra %56.8’i hastalıkları hakkında bilgilendirildikleri, %43.2’si hastalıkları hakkında bilgilendirilmediklerini, kontrol grubu hastaların tanı konulduktan sonra %52.8’i hastalıkları hakkında bilgilendirildikleri, %47.2’si hastalıkları hakkında bilgilendirilmediklerini ifade etmiştir. Girişim ve kontrol grubu arasında hastalık hakkında bilgilendirilme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.816^b$ $p>0.05$). (Tablo 3).

Girişim grubunu oluşturan hastalıklarıyla ilgili bilgi verilen hastaların %85.7’i doktor tarafından %14.3’ü hemşire tarafından bilgi verildiğini, kontrol

grubundaki hastaların %94.7'i doktor tarafından, %5.3'ü hemşire tarafından bilgi verildiğini belirtilmiştir. Girişim ve kontrol grubu arasında bilgilendirmeyi yapan kişi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.607^b$ $p>0.05$). (Tablo 3).

Girişim grubunu oluşturan hastaların %4.8'ü verilen bilginin hiç yeterli olmadığını, %52.4'ü verilen bilginin kısmen yeterli olduğunu, %42.9'u verilen bilginin oldukça yeterli olduğunu; kontrol grubundaki hastaların %5.3'ü verilen bilginin hiç yeterli olmadığını, %73.7'si verilen bilginin kısmen yeterli olduğunu, %21.1'nin verilen bilginin oldukça yeterli olduğunu ifade etmiştir. Girişim ve kontrol grubu arasında bilgi yeterliliği bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 2.189$ $p=0.335^a$ $p>0.05$). (Tablo 3).

Girişim grubunu oluşturan hastaların %64.9'u sağlık programı izlediklerini, %35.1 sağlık programı izlemediklerini; kontrol grubundaki hastaların %83.3'ü sağlık programı izlediklerini, %16.7'si sağlık programı izlemediklerini belirtmişlerdir. Girişim ve kontrol grubu arasında sağlık programı izleme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.109^b$ $p>0.05$). (Tablo 3).

Girişim grubunu oluşturan hastaların %67.6 sağlık konusunda internetten yararlandığını, %32.4 sağlık konusunda internetten yararlanmadığını; kontrol grubundaki hastaların %61.1 sağlık konusunda internetten yararlandığını, %38.9 sağlık konusunda internetten yararlanmadığını ifade etmiştir. Girişim ve kontrol grubu sağlık konusunda internetten yararlanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.630^b$ $p>0.05$). (Tablo 3).

Tablo 4. Meme Kanserli Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası (10.Gün, 1. ve 3.Ay) QLQ-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

FONKSİYONEL SKALA	QLQ-30 yaşam kalitesi alt boyutları	gruplar	Pre-test	Post-test1 (10. gün)	Post-test 2 (1.ay)	Post- test 3 (3.ay)	Önemlilik		
			X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	Analiz (x ²)	p	Anlamlı fark**
FONKSİYONEL SKALA	Genel İyilik Hali	Girişim	63.73±19.76	54.72±20.08	61.71±18.15	69.59±14.59	14.069*	p=0.003	T ₀ > T ₀ ; T ₃ > T ₁ , T ₂
		Kontrol	56.01±21.69	44.90±17.51	53.24±17.05	47.22±20.60	12.616*	p=0.006	T ₀ , T ₂ > T ₁
		U z/p	508.000 -1.762/0.078	447.000 -2.446/0.014	482.500 -2.073/0.038	260.500 -4.567/0.000			
	Fiziksel fonksiyon	Girişim	79.27± 16.76	66.48± 20.99	73.69± 18.52	77.11±15.19	20.381*	p=0.000	T ₀ , T ₂ , T ₃ > T ₁
		Kontrol	83.70±14.55	69.07±17.24	66.66±15.11	64.25±20.41	40.071*	p=0.000	T ₁ >T ₀ > T ₂ , T ₃
		U z/p	560.000 -1.184/0.237	652.000 -0.156/0.876	479.000 -2.081/0.037	422.000 -2.710/0.007			
	Rol fonksiyon	Girişim	82.43± 28.58	59.45± 31.06	68.01± 22.00	77.92±16.69	22.946*	p=0.000	T ₀ , T ₃ > T ₁ , T ₂
		Kontrol	90.74±16.15	56.01±28.49	67.59±22.86	56.94±28.55	36.091*	p=0.000	T ₀ > T ₁ , T ₂ , T ₃ T ₂ > T ₁ , T ₃
		U z/p	597.000 -0.886/0.376	613.500 -0.591/0.554	658.500 -0.085/0.932	388.500 -3.144/0.002			
	Ruhsal durum	Girişim	62.61 ± 22.36	72.29 ± 20.32	68.46 ± 22.91	70.27±25.87	7.807*	p=0.050	-
		Kontrol	59.72±26.53	64.12±23.47	63.65±24.08	60.64±25.24	1.756*	p=0.625	-
		U z/p	633.000 -0.366/0.714	517.000 -1.656/0.098	592.500 -0.819/0.413	503.000 -1.812/0.070			
Bilişsel durum	Girişim	75.67± 22.08	84.23± 20.76	80.63± 20.22	76.12±19.85	9.756*	p=0.021	T ₁ > T ₀ , T ₃	
	Kontrol	75.46±26.87	72.68±24.60	75.00±23.05	65.74±23.21	7.623*	p=0.054	-	
	U z/p	633.000 -0.377/0.706	469.000 -2.269/0.023	574.500 -1.046/0.295	496.000 -1.937/0.053				
Sosyal durum	Girişim	76.57± 24.67	66.66± 26.93	70.72± 25.88	76.12±20.98	5.544*	p= 0.136	-	
	Kontrol	80.55±25.66	63.88±30.21	65.74±26.10	68.51±27.24	7.025*	p=0.071	T ₀ > T ₁ , T ₂ , T ₃	
	U z/p	585.500 -0.935/0.350	646.500 -0.220/0.826	576.000 -1.018/0.309	567.000 -1.124/0.261				
SEMPTOM SKALA	Yorgunluk	Girişim	36.33± 27.17	45.64± 26.80	39.93± 20.36	37.53±20.17	9.819*	p=0.020	T ₁ >T ₀
		Kontrol	34.56±21.21	43.82±19.50	41.66±22.12	54.62±27.77	12.050*	p=0.007	T ₁ >T ₀ ; T ₃ >T ₀ ,T ₁ ,T ₂
		U z/p	650.500 -0.0173/0.862	659.500 -0.073/0.942	644.000 -0.247/0.805	428.000 -2.657/0.008			
	Bulantı-kusma	Girişim	20.27± 32.89	7.65±15.00	7.65±17.38	10.81±18.51	3.303*	p=0.347	-
		Kontrol	6.94±10.81	7.40±15.14	8.79±15.16	10.64±16.50	1.048*	p=0.790	-
		U z/p	610.500 -0.735/0.462	654.000 -0.172/0.863	622.500 -0.612/0.540	650.500 -0.199/0.843			
	Ağrı	Girişim	23.87±27.64	42.34±28.21	34.68±21.29	28.37±16.60	20.570*	p=0.000	T ₁ >T ₀ ,T ₃ ; T ₂ > T ₀ , T ₃
		Kontrol	22.22±22.88	47.68±25.86	41.20±25.96	41.66±21.63	20.570*	p=0.000	T ₁ ,T ₂ ,T ₃ > T ₀
		U z/p	658.000 -0.092/0.927	585.000 -0.909/0.363	575.500 -1.050/0.294	428.000 -2.767/0.006			
	Dispne	Girişim	15.31 ± 18.58	8.10 ± 18.26	9.90 ± 20.58	10.81±20.86	4.117*	p=0.249	-
		Kontrol	12.03±16.23	15.74±18.66	13.88±16.66	19.44±21.63	2.360*	p=2.360	-
		U z/p	612.000 -0.700/0.484	508.500 -2.142/0.032	558.000 -1.460/0.144	508.500 -2.040/0.041			
Uyku Bozukluğu	Girişim	36.03 ± 30.81	29.72 ± 34.05	29.72 ± 33.13	25.22±27.67	3.606*	p=0.307	-	
	Kontrol	35.18±35.58	39.81±32.67	38.88±34.27	45.37±34.87	2.311*	p=0.510	-	
	U z/p	638.000 -0.324/0.746	542.000 -1.431/0.152	559.500 -1.239/0.215	445.000 -2.567/0.010				
İştahsızlık	Girişim	17.11±27.91	8.10±14.49	12.61±22.70	15.31±20.17	3.711*	p=0.294	-	
	Kontrol	18.51±30.28	20.37±26.75	18.51±29.21	25.92±27.73	4.134*	p=0.247	-	
	U z/p	649.500 -0.217/0.829	500.000 -2.186/0.029	508.000 -1.762/0.078	532.500 -1.634/0.102				
Kabızlık	Girişim	22.52± 29.45	17.11± 25.60	11.71± 17.94	18.01± 26.75	5.156*	p=0.161	-	
	Kontrol	20.37±22.92	22.22±26.42	25.00±28.03	25.00±29.14	0.465*	p=0.927	-	
	U z/p	663.000 -0.037/0.971	587.500 -0.964/0.330	491.000 -2.190/0.029	541.000 -1.167/0.243				
İshal	Girişim	17.11±28.99	9.00±16.93	8.10±25.34	9.90±24.67	10.077*	p=0.018	T ₀ >T ₂	
	Kontrol	11.11±19.51	14.81±21.7	5.55±14.90	10.18±19.22	7.400*	p=0.060	T ₁ > T ₂	
	U z/p	612.000 -0.731/0.465	580.500 -1.176/0.240	652.000 -0.271/0.787	629.500 -0.559/0.576				
Finansal zorluk	Girişim	17.11±30.04	25.22±26.53	24.32±29.02	30.63±32.75	9.384*	p=0.025	T ₁ , T ₃ > T ₀	
	Kontrol	29.62±24.91	39.81±33.63	36.11±33.21	46.29±35.88	10.422*	p=0.015	T ₁ , T ₃ > T ₀	
	U z/p	450.000 -2.612/0.009	506.000 -1.874/0.061	530.500 -1.592/0.111	498.500 -1.932/0.053				

*Friedman test (x²) U= Mann-Whitney testi ** Wilcoxon signed ranks test (İleri analiz) p<0.05
** a: T₁-T₀; b: T₂-T₀; c: T₃-T₀; d: T₂-T₁; e: T₃-T₁; f: T₃-T₂.

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği genel iyilik alt boyutu pre-test puan ortalamasının 63.73±19.76, post-test1(10.gün) puan ortalamasının 54.72±20.08, post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 61.71±18.15, post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 69.59±14.59 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Girişim grubunda genel iyilik puanı pre-teste göre post-test1(10.gün) ve post-test2(1.ay) puan ortalamasında düşme olmasına rağmen, post-test3(3.ay) puan ortalamasında yükselme olmuştur. Girişim grubu genel iyilik boyutu zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=14.069$ p=0.003). (p <0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda bu farkın pre-test- post-test1, post-test1-post-test3, post-test2-post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunda genel iyilik boyutu pre-test puan ortalamasının 56.01±21.69, posttest-1(10.gün) puan ortalamasının 44.90±17.51, post-test2(1.ay) puan ortalamasının 53.24±17.05, post-test3(3.ay) puan ortalamasının 47.22±20.60 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Kontrol grubunda girişim grubuna göre genel iyilik puan ortalamasının post-test1 (10.gün) den itibaren girişim grubuna göre düşük olduğu zamanla 1.ay ve 3.ayda puan ortalamalarında düşmelerin devam ettiği gözlenmiştir. Kontrol grubunda QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği genel iyilik boyutu zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=12.616$ p=0.006).(p<0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda bu farkın pre-test-post-test1, post-test1-post-test2 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grubu arasında genel iyilik boyutunda pre-testte puan ortalaması yönünden istatistiksel bir fark bulunmazken (U=508.000, z=-1.762 p=0.078), post-test1(10.gün) (U=447.000, z=-2.446 p=0.014), post-test2(1.ay) (U=482.500, z=-2.073 p=0.038) ve post-test3(3.ayda) (U=260.500, z=-4.567 p=0.000) de gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Girişim grubunda kontrol grubuna göre genel iyilik boyutunda puan ortalamasının 10.gün ve 1.ayda düşme görülmesine rağmen 3.ayda daha da yükseldiği görülmüştür.

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon boyutunda pre-test puan ortalamasının 79.27±16.76, post-test1(10.gün) puan ortalamasının 66.48±20.99, post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 73.69±18.52, post-test3 (3.ay)

puan ortalamasının 77.11 ± 15.19 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Girişim grubunda fiziksel fonksiyon boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1(10.gün ve post-test2(1.ay) düşme olmasına rağmen, post-test3(3.ay) puan ortalamasında yükselme olmuştur. QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon boyutu girişim grubunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=20.381$ $p=0.000$). ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda pre-test ile post-test1 (10 gün), post-test1(10 gün) ile post-test 2(1.ay), post-test 1(10.gün) ile post-test 3(3.ay) arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu fiziksel fonksiyon boyutunda pre-test puan ortalamasının 83.70 ± 14.55 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 69.07 ± 17.24 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 66.66 ± 15.11 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 64.25 ± 20.41 olduğu görülmektedir. (Tablo 4). Kontrol grubunda girişim grubuna göre fiziksel fonksiyon puan ortalamasının pre-testte daha yüksek olmasına rağmen, post-test1 (10.gün) den itibaren düşük olduğu zamanla 1.ay ve 3 ayda puan ortalamalarında düşmelerin daha devam ettiği gözlenmiştir. QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon boyutu kontrol grubunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=40.071$ $p=0.000$). ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda pre-test- post-test1(10.gün), pre-test -post-test2 (1.ay), pre-test - post-test3(3.ay) arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında fiziksel fonksiyon boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test ve post-test1 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test2(1.ay) ($U=479.000$ $z=-2.081$ $p=0.037$), post-test3'de(3.ay) ($U=422.000$ $z=-2.710$ $p=0.007$) gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubunun pre-test fiziksel fonksiyon boyutu puan ortalamalarının girişim grubuna göre daha yüksek olmasına rağmen zamanla puan ortalamalarının düştüğü post-test3 de(3.ay) bu düşmenin daha devam ettiği, girişim grubunun ise 10.gün ve 1.ayda düşme olmasına rağmen 3.ayda fiziksel fonksiyon boyutu puan ortalamalarının yükseldiği gözlenmiştir.

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği rol fonksiyon boyutunda pre-test puan ortalamasının 82.43 ± 28.58 , post-test-1(10.gün) puan ortalamasının 59.45 ± 31.06 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 68.01 ± 22.00 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 77.92 ± 16.69 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Girişim grubunda fiziksel fonksiyon boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1(10.gün ve

post-test2(1.ay) düşme olmasına rağmen, post-test3(3.ay) puan ortalamasında yükselme olmuştur. Girişim grubunda rol fonksiyon boyutu yönünden zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=22.946$ $p=0.000$).(p<0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda pre-test- post-test1, pre-test-post-test2, post-test1-post-test3, post-test2-post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu rol fonksiyon boyutunda pre-test puan ortalamasının 90.74 ± 16.15 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 56.01 ± 28.49 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 67.59 ± 22.86 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 56.94 ± 28.55 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Kontrol grubunda girişim grubuna göre rol fonksiyon puan ortalamasının pre-testte daha yüksek olmasına rağmen, post-test1 (10.gün) den itibaren düşük olduğu zamanla 1.ay ve 3 ayda puan ortalamalarında düşmelerin daha devam ettiği gözlenmiştir. Kontrol grubu rol fonksiyon boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=36.091$ $p=0.000$ $p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda pre-test-post-test1, pre-test-post-test2, pre-test-post-test3, post-test2-post-test1, post-test3-post-test2 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında rol fonksiyon boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test1 ve post-test2 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test3 de (U=388.500 $z=-3.144$ $p=0.002$) gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği ruhsal durum boyutunda pre-test puan ortalamasının 62.61 ± 22.36 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 72.29 ± 20.32 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 68.46 ± 22.91 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 70.27 ± 25.87 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Girişim grubunda ruhsal durum boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test3(3.ay) puan ortalamasında yükselme olmuştur. Girişim grubunda ruhsal durum boyutu yönünden zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=7.807$ $p=0.050$ $p>0.05$).

Kontrol grubu rol fonksiyon boyutunda pre-test puan ortalamasının 59.72 ± 26.53 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 64.12 ± 23.47 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 63.65 ± 24.08 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 60.64 ± 25.24 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Kontrol grubunda girişim grubuna göre ruhsal durum rol fonksiyon puan ortalamasının tüm zamanlarda daha düşük olduğu

gözlenmiştir. Kontrol grubu ruhsal durum boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.756$ $p=0.625$ $p>0.05$).

Girişim ve kontrol grupları arasında ruhsal durum boyutu puan ortalamaları yönünden gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Girişim grubunun ruhsal durum boyutu puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek seyrettiği gözlenmiştir.

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği bilişsel durum boyutunda pre-test puan ortalamasının 75.67 ± 22.08 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 84.23 ± 20.76 , post-test2(1.ay) puan ortalamasının 80.63 ± 20.22 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 76.12 ± 19.85 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Girişim grubunda bilişsel durum boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1(10.gün) ve post test-2(1.ay), post-test3(3.ay) puan ortalamasında yükselme olmuştur. Girişim grubunda bilişsel durum boyutu yönünden zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($\chi^2=9.756$ $p=0.021$ $p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda pre-test-post-test1, post-test3-post-test1 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu bilişsel durum boyutunda pre-test puan ortalamasının 75.46 ± 26.87 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 72.68 ± 24.60 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 75.00 ± 23.05 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 65.74 ± 23.21 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Kontrol grubunda bilişsel durum puan ortalamasının post-test1(10.gün) ve post-test3(3.ay) düşme göstermiştir. Kontrol grubu bilişsel durum boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=7.623$ $p=0.054$ $p>0.05$).

Girişim ve kontrol grupları arasında bilişsel durum boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test2 ve post-test3 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test1 de ($U=469.000$ $z=-2.269$ $p=0.023$) gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Girişim grubu ve kontrol grubunun bilişsel durum boyutu puan ortalamalarının pre-test aynı olmasına rağmen, zaman içinde kontrol grubu bilişsel durum boyutu puan ortalamalarının hem grup içi, hem de gruplararası düşme gösterdiği saptanmıştır.

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği sosyal durum boyutunda pre-test puan ortalamasının 76.57 ± 24.67 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 66.66 ± 26.93 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 70.72 ± 25.88 , post-test3 (3.ay)

puan ortalamasının 76.12±20.98 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Girişim grubunda sosyal durum boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post- test1(10.gün) ve post-test2 (1.ay) düşme olmasına rağmen, post-test3 (3.ay) puan ortalamasında pre-test seviyesine yükselmiştir. QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği sosyal durum boyutu girişim grubunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=5.544$ $p=0.136$ $p>0.05$).

Kontrol grubu sosyal durum boyutunda pre-test puan ortalamasının 80.55±25.66, post-test1(10.gün) puan ortalamasının 63.88±30.21, post-test2(1.ay) puan ortalamasının 65.74±26.10, post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 68.51±27.24 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Kontrol grubunda girişim grubuna göre sosyal durum puan ortalamasının pre-testte daha yüksek olmasına rağmen, post-test1 (10.gün) den itibaren düşük olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubu sosyal durum boyutu zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2= 7.025$ $p=0.071$ $p>0.05$).

Girişim ve kontrol grupları arasında sosyal durum boyutu puan ortalamaları yönünden gruplar arası istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kontrol grubunun pre-test sosyal durum boyutu puan ortalamalarının girişim grubuna göre daha yüksek olmasına rağmen zamanla puan ortalamalarının düştüğü, girişim grubunda sosyal durum boyutu puan ortalamalarının ise 10.gün ve 1.ayda düşme olmasına rağmen 3.ayda pre-test seviyesine yükseldiği gözlenmiştir.

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği yorgunluk boyutunda pre-test puan ortalamasının 36.33± 27.17, post-test1(10.gün) puan ortalamasının 45.64± 26.80, post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 39.93± 20.36, post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 37.53±20.17 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Girişim grubunda yorgunluk boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post- test1(10.gün) ve post test-2 (1.ay) artmasına rağmen, post-test3(3.ay) puan ortalamasında çok az yükselme görülmüştür. Girişim grubu yorgunluk boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=9.819$ $p=0.020$ $p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda pre-test-post-test1 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu yorgunluk boyutunda pre-test puan ortalamasının 34.56±21.21, post-test1(10.gün) puan ortalamasının 43.82±19.50, post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 41.66±22.12, post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 54.62±27.77

olduğu görülmektedir(Tablo 4). Kontrol grubunda girişim grubuna göre yorgunluk puan ortalamasının pre-testte daha düşük olmasına rağmen, post-test1 (10.günden) itibaren yüksek olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubu yorgunluk boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=12.05$ $p=0.007$ $p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda pre-test- post-test1, pre-test-post-test3, post-test3-post-test1, post-test3-post-test2 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında yorgunluk boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test1 ve post-test2 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test3(3.ay) de ($U=428.000$ $z=-2.657$ $p=0.008$) gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$). Kontrol grubunun pre-test yorgunluk boyutu puan ortalamalarının girişim grubuna göre daha düşük olmasına rağmen, zamanla puan ortalamalarının yükseldiği ve üçüncü ayda daha arttığı gözlenmiştir.

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği bulantı-kusma boyutunda pre-test puan ortalamasının 20.27 ± 32.89 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 7.65 ± 15.00 , post-test2(1.ay) puan ortalamasının 7.65 ± 17.38 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 10.81 ± 18.51 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Girişim grubunda bulantı-kusma boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) puan ortalamasında düşme olmuştur. Girişim grubunda bulantı-kusma boyutu yönünden zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır($\chi^2=3.303$ $p=0.347$ $p>0.05$).

Kontrol grubu bulantı-kusma boyutunda pre-test puan ortalamasının 6.94 ± 10.81 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 7.40 ± 15.14 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 8.79 ± 15.16 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 10.64 ± 16.50 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Kontrol grubunda girişim grubuna göre bulantı-kusma puan ortalamasının pre-testte daha düşük olmasına rağmen, post-test1 (10.gün) den itibaren yükseldiği, zamanla arttığı gözlenmiştir. Kontrol grubu bulantı-kusma boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2= 1.048$ $p=0.790$ $p>0.05$).

Girişim ve kontrol grupları arasında bulantı-kusma boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test1,post-test2 ve post-test3 de gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Girişim grubu bulantı-kusma boyutu puan ortalamaları pre-testte yüksek olmasına rağmen zamanla düşme, kontrol grubu

bulantı-kusma boyutu puan ortalamaları pre-testte düşük olmasına rağmen zamanla yükselmiştir.

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği ağrı boyutunda pre-test puan ortalamasının 23.87±27.64, post-test1(10.gün) puan ortalamasının 42.34±28.21, post-test2(1.ay) puan ortalamasının 34.68±21.29, post-test3(3.ay) puan ortalamasının 28.37±16.60 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Girişim grubunda ağrı boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1(10.gün) puan ortalamasında yükselme, post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) da düşme göstermiştir. Girişim grubunda ağrı boyutu yönünden zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=20.570$ p=0.000 p<0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda pre-test-post-test1, post-test2-post-test1, post-test3-post-test1, post-test3- post-test2 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu ağrı boyutunda pre-test puan ortalamasının 22.22±22.88, post- test1(10.gün) puan ortalamasının 47.68±25.86, post-test2(1.ay) puan ortalamasının 41.20±25.96, post-test3(3.ay) puan ortalamasının 41.66±21.63 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Kontrol grubunda ağrı puan ortalamasının pre-teste göre post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) puan ortalamasında yükselme göstermiştir. Kontrol grubu ağrı boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=20.570$ p=0.000 p<0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda pre-test- post-test1, post-test2-pre-test, post-test3-pre-test arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında ağrı boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test1 ve post-test2 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test3(3.ay) de (U=428.000 z=-2.767 p=0.006) gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur(p<0.05). Girişim grubunda zamanla ağrı puan ortalaması azalma gösterirken, kontrol grubunda zamanla artma gösterdiği saptanmıştır.

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği dispne boyutunda pre-test puan ortalamasının 15.31±18.58, post-test1(10.gün) puan ortalamasının 8.10±18.26, post-test2(1.ay) puan ortalamasının 9.90±20.58, post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 10.81±20.86 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Girişim grubunda dispne boyutu puan ortalamasında pre-teste göre zamanla puan ortalamasında düşme görülmüştür. Girişim grubunda ağrı boyutu yönünden zamanlar (dört ölçüm)

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=4.117$ $p=0.249$ $p>0.05$).

Kontrol grubu dispne boyutunda pre-test puan ortalamasının 12.03 ± 16.23 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 15.74 ± 18.66 , post-test2(1.ay) puan ortalamasının 13.88 ± 16.66 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 19.44 ± 21.63 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Kontrol grubunda dispne puan ortalamasının pre-teste göre post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) puan ortalamasında yükselme göstermiştir. Kontrol grubu dispne boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=2.360$ $p=2.360$ $p>0.05$).

Her bir zaman diliminde dispne boyutu puan ortalamaları yönünden girişim ve kontrol grupları karşılaştırıldığında pre-test ve post-test2 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test1 ($U=508.500$ $z=-2.142$ $p=0.032$) ve post-test3 de(3.ay) ($U=508.500$ $z=-2.040$ $p=0.041$) gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Girişim grubunda zamanla dispne boyutu puan ortalaması azalma gösterirken, kontrol grubunda zamanla artma gösterdiği saptanmıştır.

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği uyku bozukluğu boyutunda pre-test puan ortalamasının 36.03 ± 30.81 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 29.72 ± 34.05 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 29.72 ± 33.13 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 25.22 ± 27.67 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Girişim grubunda uyku bozukluğu boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) düşme göstermiştir. Girişim grubunda uyku bozukluğu boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=3.606$ $p=0.307$ $p>0.05$).

Kontrol grubu uyku bozukluğu boyutunda pre-test puan ortalamasının 35.18 ± 35.58 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 39.81 ± 32.67 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 38.88 ± 34.27 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 45.37 ± 34.87 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Kontrol grubunda uyku bozukluğu puan ortalamasının pre-testten itibaren zamanla yükseldiği gözlenmiştir. Kontrol grubunda uyku bozukluğu boyutu zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=2.311$ $p=0.510$ $p>0.05$).

Girişim ve kontrol grupları arasında uyku bozukluğu boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test1(10.gün) ve post-test2(1.ay) de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test3(3.ay) de ($U=445.000$ $z=-2.567$

p=0.010) gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Girişim grubunun uyku bozukluğu boyutu puan ortalamalarının zamanla düştüğü, kontrol grubunun ise pre-testten itibaren zamanla uyku bozukluğu boyutu puan ortalamalarının yükseldiği gözlenmiştir.

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği iştahsızlık boyutunda pre-test puan ortalamasının 17.11±27.91, post-test1(10.gün) puan ortalamasının 8.10±14.49, post-test2(1.ay) puan ortalamasının 12.61±22.70, post-test3(3.ay) puan ortalamasının 15.31±20.17 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Girişim grubunda iştahsızlık boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post- test1(10.gün), post-test2 (1.ay) ve post-test3 (3.ay) düşme göstermiştir. Girişim grubunda iştahsızlık boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=3.711$ p=0.294). (p>0.05).

Kontrol grubu iştahsızlık boyutunda pre-test puan ortalamasının 18.51±30.28, post-test1(10.gün) puan ortalamasının 20.37±26.75, post-test2(1.ay) puan ortalamasının 18.51±29.21, post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 25.92±27.73 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Kontrol grubunda iştahsızlık puan ortalamasının pre-testten itibaren zamanla yükseldiği gözlenmiştir. Kontrol grubunda iştahsızlık boyutu zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=4.134$ p=0.247 p >0.05).

Girişim ve kontrol grupları arasında iştahsızlık boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test2 (1.ay) ve post-test3(3.ay) de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test1(10 gün) de (U=500.000 z=-2.186 p=0.029) gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur(p<0.05). Girişim grubunun iştahsızlık boyutu puan ortalamalarının zamanla düştüğü, kontrol grubunun ise pre-testten itibaren zamanla iştahsızlık boyutu puan ortalamalarının yükseldiği gözlenmiştir.

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği kabızlık boyutunda pre-test puan ortalamasının 22.52±29.45, post-test1(10.gün) puan ortalamasının 17.11±25.60, post-test2(1.ay) puan ortalamasının 11.71±17.94, post-test3(3.ay) puan ortalamasının 18.01±26.75 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Girişim grubunda kabızlık boyutu puan ortalaması pre-teste göre zamanla düşme göstermiştir. Girişim grubunda kabızlık boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=5.156$ p=0.161 p>0.05).

Kontrol grubu iştahsızlık boyutunda pre-test puan ortalamasının 20.37±22.92, post-test1(10.gün) puan ortalamasının 22.22±26.42, post-test2(1.ay)

puan ortalamasının 25.00±28.03, post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 25.00±29.14 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Kontrol grubunda kabızlık puan ortalamasının pre-testten itibaren zamanla yükseldiği gözlenmiştir. Kontrol grubunda kabızlık boyutu zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.465$ $p=0.927$ $p>0.05$).

Girişim ve kontrol grupları arasında kabızlık boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test1(10 gün) ve post-test3 de(3.ay) istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test2 (1.ay) de ($U=491.000$ $z=-2.190$ $p=0.029$) gruplar arası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Girişim grubunun kabızlık puan ortalamalarının zamanla düştüğü, kontrol grubunun ise pre-testten itibaren zamanla kabızlık puan ortalamalarının yükseldiği gözlenmiştir.

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği ishal boyutunda pre-test puan ortalamasının 17.11±28.99, post-test1(10.gün) puan ortalamasının 9.00±16.93, post-test2(1.ay) puan ortalamasının 8.10±25.34, post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 9.90±24.67 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Girişim grubunda ishal boyutu puan ortalamasında pre-teste göre zamanla düşme görülmüştür. Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği ishal boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($\chi^2=10.077^*$ $p=0.018$ $p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda post-test2-pre-test arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu ishal boyutunda pre-test puan ortalamasının 11.11±19.51, post test-1(10.gün) puan ortalamasının 14.81±21.7, post-test2(1.ay) puan ortalamasının 5.55±14.90, post-test3(3.ay) puan ortalamasının 10.18±19.22 olduğu görülmektedir. (Tablo 4). Kontrol grubunda girişim grubuna göre ishal puan ortalamasının pre-testte daha düşük olmasına rağmen, post-test1(10.gün) den yüksek olduğu zamanla 1.ay ve 3. ayda puan ortalamalarında düşme olduğu gözlenmiştir. QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği ishal boyutu kontrol grubunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=7.400^*$ $p=0.060$ $p=0.000$). ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda post-test1-post-test2 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında ishal boyutu puan ortalamaları yönünden gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p<0.05$).

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği finansal zorluk boyutunda pre-test puan ortalamasının 17.11 ± 30.04 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 25.22 ± 26.53 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 24.32 ± 29.02 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 30.63 ± 32.75 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Girişim grubunda finansal zorluk boyutu puan ortalamasında pre-testten itibaren yükselme göstermiştir. Girişim grubunda finansal zorluk boyutu yönünden zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=9.384^*$ $p=0.025$ $p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda pre-test- post-test1, post-test3- pre-test arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu finansal zorluk boyutunda pre-test puan ortalamasının 29.62 ± 24.91 , post- test1(10.gün) puan ortalamasının 39.81 ± 33.63 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 36.11 ± 33.21 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 46.29 ± 35.88 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Kontrol grubunda finansal zorluk puan ortalamasının pre-teste göre zamanla daha çok yükselme göstermiştir. Kontrol grubu finansal zorluk boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=10.422$ $p=0.015$ $p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda pre-test-post-test1, post-test3-pre-test arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında finansal zorluk boyutu puan ortalamaları yönünden post-test1, post-test2 ve post-test3(3.ayda) de istatistiksel olarak fark bulunmazken, pre-test ($U=450.000$ $z=-2.612$ $p=0.009$) gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$). Girişim ve kontrol grubunda zamanla finansal zorluk puan ortalaması yükselme görüldüğü, kontrol grubunun daha çok finansal zorluk yaşadıkları saptanmıştır.

Tablo 5. Meme Kanserli Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası(10.Gün,1. ve 3.Ay) QLQ-23 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

FONKSİYONEL SKALA	QLQ-23 yaşam kalitesi alt boyutları	gruplar	Pre-test	Post-test1 (10 gün)	Post-test2 (1.ay)	Post-test3 (3.ay)	Önemlilik	
			X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	Analiz p	Anlamlı fark**
FONKSİYONEL SKALA	Beden İmgesi	Girişim	78.82±24.57	72.07±28.06	75.00±30.55	74.77±20.64	3.996* p=0.262	-
		Kontrol	79.39±21.77	65.97±28.89	67.59±24.86	61.34±26.95	10.598* p=0.014	T ₀ >T ₁ ,T ₂ ,T ₃
		U	654.500	575.000	507.500	464.000		
		z/p	-1.131/0.896	-1.018/0.309	-1.786/0.074	-2.255/0.024		
	Cinsel Yaşam	Girişim	81.08±21.57	86.93±18.48	89.18±15.32	83.78±18.20	3.248* p=0.355	-
		Kontrol	90.74±18.87	86.57±21.01	90.27±17.53	89.35±18.32	2.585* p=0.460	-
		U	485.000	656.000	625.000	547.500		
		z/p	-2.330/0.020	-0.129/0.897	-0.554/0.579	-1.526/0.127		
	Cinsel Doyum	Girişim	54.16±24.80	58.33±15.43	58.33±15.43	62.50±21.36	0.730* p=0.866	-
		Kontrol	41.66±31.91	50.00±33.33	66.66±0.00	50.00±19.24	3.706* p=0.295	-
		U	56.000	58.000	42.000	86.000		
		z/p	-0.248/0.804	-0.685/0.493	-1.148/0.251	-0.225/0.822		
Gelecek Kaygısı	Girişim	46.84±34.65	53.15±30.89	55.85±30.48	56.75±33.20	3.658* p=0.301	-	
	Kontrol	37.03±37.18	43.51±40.48	38.88±32.36	40.74±30.97	0.622* p=0.891	-	
	U	560.500	575.000	470.500	491.000			
	z/p	-1.210/0.226	-1.048/0.295	-2.264/0.024	-2.016/0.044			
SEMPTOM SKALA	Sistemik Yan Etkiler	Girişim	28.18±25.35	20.33±16.21	20.61±14.87	28.74±19.27	4.947* p=0.036	T ₀ >T ₁ , T ₃ >T ₂
		Kontrol	28.43±21.64	31.34±22.37	31.87±19.87	44.84±20.18	13.805* p=0.003	T ₃ >T ₀ , T ₁ ,T ₂
		U	621.000	462.000	451.000	379.500		
		z/p	-0.498/0.618	-2.261/0.024	-2.384/0.017	-3.172/0.002		
	Meme Semptomları	Girişim	19.81±18.87	29.95±21.10	25.22±17.17	26.35±21.20	5.283* p=0.015	T ₀ >T ₁
		Kontrol	19.90±16.09	40.04±18.66	37.50±18.95	35.41±17.29	20.359* p=0.000	T ₁ ,T ₂ ,T ₃ >T ₀
		U	638.500	467.000	409.500	451.000		
		z/p	-0.308/0.758	-2.216/0.027	-2.861/0.004	-2.397/0.017		
	Kol Semptomları	Girişim	15.01±17.01	37.53±19.83	30.33±19.18	24.62±19.09	32.375* p=0.000	T ₁ >T ₂ >T ₃ >T ₀
		Kontrol	13.88±13.11	49.38±22.60	35.18±19.78	33.95±23.74	51.258* p=0.000	T ₁ >T ₂ ,T ₃ >T ₀
		U	655.500	467.000	567.500	497.000		
		z/p	-0.121/0.904	-2.228/0.026	-1.108/0.268	-1.892/0.059		
Saç Dökülmesi	Girişim	66.66±	66.66±	66.66±	66.66±	(tek hasta ist.olarak hesaplanamadı.)	-	
	Kontrol	60.00±34.42	60.00±26.29	73.33±14.05	66.66±15.71	2.500* p=0.475	-	
	U	51.000	72.500	57.500	107.500			
	z/p	-2.094/0.036	-0.475/0.635	-0.503/0.615	-3.438/0.001			

*Friedman test

U= Mann-Whitney testi

** Wilcoxon signed ranks test(İleri analiz)

** a: T₁-T₀; b: T₂-T₀; c: T₃-T₀; d: T₂-T₁; e: T₃-T₁; f: T₃-T₂.

Meme kanserli kadınların eğitim öncesi ve sonrası(10 gün,1. ve 3.ay) QLQ-23 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5 gösterilmiştir.

Girişim grubu QLQ-23 yaşam kalitesi ölçeği beden imgesi boyutunda pre-test puan ortalamasının 78.82±24.57, post-test1(10.gün) puan ortalamasının 72.07±28.06, post-test2(1.ay) puan ortalamasının 75.00±30.55, post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 74.77±20.64 olduğu görülmektedir (Tablo 5). Girişim grubunda beden imgesi boyutu puan ortalamasında pre-teste göre zamanla düşme olmuştur. Girişim grubunda beden imgesi boyutu yönünden zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=3.996$ p=0.262 p>0.05).

Kontrol grubu beden imgesi boyutunda pre-test puan ortalamasının 79.39 ± 21.77 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 65.97 ± 28.89 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 67.59 ± 24.86 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 61.34 ± 26.95 olduğu görülmektedir(Tablo 5). Kontrol grubunda girişim grubuna göre beden imgesi puan ortalamasının pre-testte daha yüksek olmasına rağmen, post-test1 (10.gün) den itibaren düşük olduğu zamanla 1.ay ve 3 ayda puan ortalamalarında düşmelerin daha devam ettiği gözlenmiştir. Kontrol grubu beden imgesi boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=10.598$ $p=0.014$ $p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda pre-test-post-test1, pre-test-post-test2, pre-test- post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında beden imgesi boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test1 ve post-test2 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test3 de ($U=464.000$ $z=-2.255$ $p=0.024$) gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubu beden imgesi puan ortalamalarının girişim grubuna göre daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Girişim grubu QLQ-23 yaşam kalitesi ölçeği cinsel yaşam boyutunda pre-test puan ortalamasının 81.08 ± 21.57 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 86.93 ± 18.48 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 83.78 ± 18.20 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 83.78 ± 18.20 olduğu görülmektedir (Tablo 5). Girişim grubunda cinsel yaşam boyutu puan ortalamasında pre-teste göre zamanla artma olmuştur. Girişim grubunda cinsel yaşam boyutu yönünden zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=3.248$ $p=0.355$ $p>0.05$).

Kontrol grubu cinsel yaşam boyutunda pre-test puan ortalamasının 90.74 ± 18.87 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 86.57 ± 21.01 , post-test2(1.ay) puan ortalamasının 90.27 ± 17.53 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 89.35 ± 18.32 olduğu görülmektedir (Tablo 5). Kontrol grubunda girişim grubuna göre cinsel yaşam puan ortalamasının pre-testte daha yüksek olmasına rağmen, post-test1 (10.gün) den itibaren düşme gösterdiği gözlenmiştir. Kontrol grubu cinsel yaşam boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=2.585$ $p=0.460$ $p>0.05$).

Girişim ve kontrol grupları arasında cinsel yaşam boyutu puan ortalamaları yönünden, post-test1, post-test2 ve post-test3 de istatistiksel olarak fark

bulunmazken, pre-test de ($U=485.000$ $z=-2.230$ $p=0.020$) gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Girişim grubu QLQ-23 yaşam kalitesi ölçeği cinsel doyum boyutunda pre-test puan ortalamasının 54.16 ± 24.80 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 58.33 ± 15.43 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 58.33 ± 15.43 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 62.50 ± 21.36 olduğu görülmektedir (Tablo 5). Girişim grubunda cinsel doyum boyutu puan ortalamasında pre-teste göre zamanla artma olduğu olmuştur. Girişim grubunda cinsel doyum boyutu yönünden zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.730$ $p=0.866$ $p>0.05$).

Kontrol grubu cinsel doyum boyutunda pre-test puan ortalamasının 41.66 ± 31.91 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 50.00 ± 33.33 , post-test2(1.ay) puan ortalamasının 66.66 ± 0.00 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 50.00 ± 19.24 olduğu görülmektedir (Tablo 5). Kontrol grubunda cinsel doyum puan ortalamasının girişim grubuna göre zamanla düşük seyrettiği gözlenmiştir. Kontrol grubu cinsel doyum boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=3.706$ $p=0.295$ $p>0.05$). Girişim ve kontrol grupları arasında cinsel doyum boyutu puan ortalamaları yönünden tüm zamanlarda gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Girişim grubu QLQ-23 yaşam kalitesi ölçeği gelecek kaygısı boyutunda pre-test puan ortalamasının 46.84 ± 34.65 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 53.15 ± 30.89 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 55.85 ± 30.48 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 56.75 ± 33.20 olduğu görülmektedir (Tablo 5). Girişim grubunda gelecek kaygısı boyutu puan ortalamasında pre-teste göre zamanla yükselme olmuştur. Girişim grubunda gelecek kaygısı boyutu yönünden zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=3.658$ $p=0.301$ $p>0.05$).

Kontrol grubu gelecek kaygısı boyutunda pre-test puan ortalamasının 37.03 ± 37.18 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 43.51 ± 40.48 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 38.88 ± 32.36 , post- test3 (3.ay) puan ortalamasının 40.74 ± 30.97 olduğu görülmektedir (Tablo 5). Kontrol grubunda girişim grubuna göre gelecek kaygısı puan ortalamasının tüm zamanlarda daha düşük olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubu gelecek kaygısı boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.622$ $p=0.891$ $p>0.05$).

Girişim ve kontrol grupları arasında gelecek kaygısı boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test ve post-test1 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test2(U=470.500 z= -2.264 p=0.024) ve post-test3 de (U=491.000 z=-2.016 p=0.044) gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Kontrol grubu gelecek kaygısı puan ortalamalarının girişim grubuna göre daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Girişim grubu QLQ-23 yaşam kalitesi ölçeği sistemik yan etkiler boyutunda pre-test puan ortalamasının 28.18±25.35, post-test1(10.gün) puan ortalamasının 20.33±16.21, post-test2(1.ay) puan ortalamasının 20.61±14.87, post-test3(3.ay) puan ortalamasının 28.74±19.27 olduğu görülmektedir (Tablo 5). Girişim grubunda sistemik yan etkiler boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1 ve post-test2 de düşme olmasına rağmen post-test3 de pre-test seviyesine yükselmiştir. Girişim grubunda sistemik yan etkiler boyutu yönünden zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=4.947^*$ p=0.036 p<0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda pre-test-post-test1, post-test2-post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu sistemik yan etkiler boyutunda pre-test puan ortalamasının 28.43±21.64, post-test1(10.gün) puan ortalamasının 31.34±22.37, post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 31.87±19.87, post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 44.84±20.18 olduğu görülmektedir (Tablo 5). Kontrol grubunda sistemik yan etkiler puan ortalamasının zamanla yükseldiği gözlenmiştir. Kontrol grubu sistemik yan etkiler boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2= 13.805$ p=0.003 p <0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda pre-test-post-test3, pre-test1-post-test3, post-test2-post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında sistemik yan etkiler boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test1 (U=462.000 z=-2.261 p=0.024), post-test2(U= 451.000 z=-2.384 p=0.017), post-test3 (U=379.000 z=-3.172 p=0.002) gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur(p<0.05). Kontrol grubu sistemik yan etkiler puan ortalamalarının girişim grubuna göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Girişim grubu QLQ-23 yaşam kalitesi ölçeği meme semptomları boyutunda pre-test puan ortalamasının 19.81±18.87, post-test1(10.gün) puan ortalamasının 29.95±21.10, post-test2(1.ay) puan ortalamasının 25.22±17.17, post-

test3(3.ay) puan ortalamasının 26.35 ± 21.20 olduğu görülmektedir (Tablo 5). Girişim grubunda meme semptomları boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1, post-test2 ve post-test3 de yükselme olmuştur. Girişim grubunda meme semptomları boyutu yönünden zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=5.283$ * $p=0.015$ $p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda pre-test- post-test1 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu meme semptomları boyutunda pre-test puan ortalamasının 19.90 ± 16.09 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 40.04 ± 18.66 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 37.50 ± 18.95 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 35.41 ± 17.29 olduğu görülmektedir (Tablo 5). Kontrol grubunda meme semptomları puan ortalamasının zamanla yükseldiği gözlenmiştir. Kontrol grubu meme semptomları boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=20.359$ $p=0.000$ $p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda pre-test-post-test1, pre-test-post-test2, pre-test-post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında meme semptomları boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test1 ($U=467.000$ $z=-2.216$ $p=0.027$), post-test2 ($U=409.500$ $z=-2.861$ $p=0.004$), post-test3 ($U=451.000$ $z=-2.397$ $p=0.017$) gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$). Kontrol grubu meme semptomları puan ortalamalarının girişim grubuna göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Girişim grubu QLQ-23 yaşam kalitesi ölçeği kol semptomları boyutunda pre-test puan ortalamasının 15.01 ± 17.01 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 37.53 ± 19.83 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 30.33 ± 19.18 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 24.62 ± 19.09 olduğu görülmektedir (Tablo 5). Girişim grubunda kol semptomları puan ortalaması pre-teste göre post-test1, post-test2 daha yüksek olmasına rağmen post-test3 de düşme göstermiştir. Girişim grubunda kol semptomları yönünden zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=32.375$ * $p=0.000$ $p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda pre-test-post-test1, pre-test-post-test2, pre-test-post-test3, post-test2-post-test1, post-test3-post-test1, post-test2-post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu kol semptomları boyutunda pre-test puan ortalamasının 13.88 ± 13.11 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 49.38 ± 22.60 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 35.18 ± 19.78 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 33.95 ± 23.74 olduğu görülmektedir (Tablo 5). Kontrol grubunda kol semptomları puan ortalamasının zamanla yükseldiği ve post-test3 de yüksek olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubu kol semptomları boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=51.258$ $p=0.000$ $p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda pre-test-post-test1, pre-test-post-test2, pre-test-post-test3, post-test2-post-test1, post-test3-post-test1 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında kol semptomları boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test2 ve post-test3 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test1 de ($U=467.000$ $z=-2.228$ $p=0.026$) gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$). Kontrol grubu kol semptomları puan ortalamalarının girişim grubuna göre pre-testte düşük olmasına rağmen, zamanla yükseldiği ve sürekli yüksek olduğu gözlenmiştir.

Girişim grubu QLQ-23 yaşam kalitesi ölçeği saç dökülmesi boyutunda pre-test puan ortalamasının $66.66 \pm -$, post-test1(10.gün) puan ortalamasının $66.66 \pm -$, post-test2 (1.ay) puan ortalamasının $66.66 \pm -$, post-test3 (3.ay) puan ortalamasının $66.66 \pm -$ olduğu görülmektedir (Tablo 5). Girişim grubunda saç dökülmesi boyutunda tek hasta olduğu için standart sapma hesaplanamamıştır. Girişim grubunda kol semptomları yönünden zamanlar arasında fark olup olmadığı tek hasta olduğu için istatistiksel olarak hesaplanamadı.

Kontrol grubu saç dökülmesi boyutunda pre-test puan ortalamasının 60.00 ± 34.42 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 60.00 ± 26.29 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 73.33 ± 14.05 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 66.66 ± 15.71 olduğu görülmektedir (Tablo 5). Kontrol grubunda saç dökülmesi puan ortalamasının zamanla post-test2 ve post-test3 de yüksek olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubu saç dökülmesi boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2= 2.500$ $p=0.475$ $p>0.05$).

Girişim ve kontrol grupları arasında saç dökülmesi boyutu puan ortalamaları yönünden post-test1 ve post-test2 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, pre-test de ($U=51.000$ $z=-2.094$ $p=0.036$) ve post-test3 ($U=107.500$ $z=-3.438$ $p=0.001$) gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 6. Meme Kanserli Kadınların Eğitim Öncesi ve sonrası (10.gün,1.ve 3.ay) Kendi Kendine Destek Gereksinimleri Değerlendirmeleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Destek gereksinim-leri ölçüğü	Gruplar	pre-test		Post-test1 (10 gün)		Post-test 2 (1.ay)		Post- test 3 (3.ay)		Önemlilik	
		X ± SD	Min-max	X ± SD	Min-max	X ± SD	Min-max	X ± SD	Min-max	Analiz p	Anlamlı fark
Tanı	Girişim	53.40± 9.46	33-65	50.54± 8.19	26- 65	49.48± 6.56	26- 62	45.89± 6.33	26- 56	28.728* p=0.000	T ₀ >T ₁ ,T ₂ >T ₃
	Kontrol	52.38± 7.38	31- 65	52.16± 8.57	25- 65.	53.08± 8.07	34-65	54.16± 8.94	33-65	3.090* p=0.378	-
	U z/p	583.000 -0.917/0.359		586.500 -0.879/0.379		477.500 -2.083/0.037		281.000 -4.252/0.000			
Tedavi	Girişim	69.62± 5.96	54-75	67.94± 6.30	53-75	62.78± 7.43	36-74	58.24± 7.55	29-69	42.661* p=0.000	T ₀ >T ₂ >T ₃ T ₁ > T ₂ ,T ₃
	Kontrol	67.94± 7.70	46-75	70.30± 5.30	54-75	68.86± 8.07	36-75	70.08± 4.99	52-75	0.836* p=0.841	-
	U z/p	586.500 -0.889/0.374		509.000 -1.744/0.081		312.000 -3.917/0.000		95.500 -6.311/0.000			
Destek	Girişim	31.48± 3.70	24-35	29.86± 3.17	22-35	29.00± 2.90	23-35	27.32± 3.81	19-33	25.374* p=0.000	T ₀ >T ₁ ,T ₂ >T ₃
	Kontrol	30.41± 4.33	17-35	30.91± 3.06	26-35	30.63± 4.24	15-35	30.72± 3.45	22-35	0.411* p=0.938	-
	U z/p	549.500 -1.301/0.193		566.500 -1.104/0.270		423.500 -2.691/0.007		351.500 -3.486/0.000			
Kadınlık ve Beden İmajı	Girişim	24.13 ± 5.47	11-30	21.75 ± 5.02	12-30	20.67 ± 6.34	6-30	19.86 ± 6.01	9-28	24.221* p=0.000	T ₀ >T ₁ ,T ₂ ,T ₃
	Kontrol	22.16 ± 5.80	12-30	21.83 ± 5.72	11-30	23.55 ± 5.92	6-30	23.08 ± 4.44	15-30	8.314* p=0.040	T ₂ >T ₁
	U z/p	533.000 -1.475/0.140		653.000 -0.144/0.886		477.500 -2.086/0.037		475.000 -2.113/0.035			
Aile ve Arkadaşlar	Girişim	22.86± 2.82	26-25	20.89± 3.57	5-25	21.08± 3.67	5-25	19.45± 3.70	12-25	26.278* p=0.000	T ₀ >T ₁ ,T ₂ >T ₃
	Kontrol	22.13± 3.15	14-25	22.47± 3.02	13-25	23.11± 2.38	15-25	23.00± 2.36	15-25	1.552* p=0.670	-
	U z/p	591.500 -0.877/0.380		431.000 -2.622/0.009		391.000 -3.081/0.002		290.000 -4.198/0.000			
Bilgi	Girişim	22.21± 2.77	16-25	20.78± 2.59	13-25	20.70± 2.68	14-25	19.29± 2.89	9-25	18.964* p=0.000	T ₀ >T ₁ ,T ₂ >T ₃
	Kontrol	22.58± 3.08	13-25	22.22± 3.38	11-25	22.69± 2.60	14-25	23.00± 2.50	15-25	0.497* p=0.920	-
	U z/p	593.000 -0.827/0.409		415.000 -2.795/0.005		364.500 -3.358/0.001		192.500 -5.266/0.000			
Bakım Sonrası	Girişim	14.54±0.96	11-15	14.13± 1.22	11-15	13.64± 1.45	10-15	13.86± 1.35	10-15	13.013* p=0.005	T ₀ > T ₂ ,T ₃ T ₁ > T ₂
	Kontrol	14.25± 1.29	11-15	13.77± 1.77	7-15	14.30± 1.14	11-15	13.86± 1.57	9-15	4.454* p=0.216	T ₁ > T ₂
	U z/p	610.000 -0.787/0.431		624.500 -0.507/0.612		487.500 -2.141/0.032		637.000 -0.344/0.731			
Genel Toplam	Girişim	238.27 ± 26.25	183-270	225.91 ± 22.25	177-268	217.37 ± 22.72	161-265	203.94 ± 23.95	122-236	38.030* p=0.000	T ₀ > T ₁ >T ₃ >T ₂
	Kontrol	231.88± 23.29	169-264	233.69± 21.38	185-269	236.25± 21.51	180-265	237.91± 21.87	170-270	5.811* p=0.121	-
	U z/p	537.000 -1.424/0.155		510.000 -1.722/0.085		347.000 -3.521/0.000		176.500 -5.402/0.000			

*Friedman test (χ²) ** Wilcoxon signed ranks test(İleri analiz) *** a: T₁-T₀; b: T₂-T₀; c: T₃-T₀; d: T₂-T₁; e: T₃-T₁; f: T₃-T₂.

Meme kanserli kadınların eğitim öncesi ve sonrası (10.gün, 1. ve 3.ay) kendi kendine destek gereksinimleri değerlendirmeleri puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6'da görülmektedir.

Girişim grubu meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri ölçeği tanı alt boyutu pre-test puan ortalamasının 53.40 ± 9.46 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 50.54 ± 8.19 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 49.48 ± 6.56 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 45.89 ± 6.33 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Girişim grubunda destek gereksinimleri ölçeği tanı alt boyutu puanı pre-teste göre post-test1(10.gün), post-test2 (1.ay) ve post-test3 (3.ay) puan ortalamasında düşme olmuştur. Girişim grubu destek gereksinimleri ölçeği tanı alt boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2 = 28.728$ $p = 0.000$ $p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda bu farkın pre-test-post-test1, pre-test-post-test2, pre-test-post-test3, post-test3-post-test1, post-test2- post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği tanı alt boyutu pre-test puan ortalamasının 52.38 ± 7.38 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 52.16 ± 8.57 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 53.08 ± 8.07 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 54.16 ± 8.94 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Kontrol grubunda girişim grubuna göre tanı alt boyutu puan ortalamasının post-test1 (10 gün) den itibaren girişim grubuna göre yüksek olduğu zamanla 1.ay ve 3 ayda puan ortalamalarında yükselmelerin devam ettiği gözlenmiştir. Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği tanı alt boyutu zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 3.090$ $p = 0.378$ $p > 0.05$).

Girişim ve kontrol grubu arasında destek gereksinimleri ölçeği tanı alt boyutunda pre-test ve post-test1 puan ortalaması yönünden istatistiksel bir fark bulunmazken, post-test2(1.ay) ($U = 447.500$, $z = -2.083$ $p = 0.037$) ve post-test3 (3.ay) ($U = 281.000$ $z = -4.252$ $p = 0.000$) de gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Girişim grubunda kontrol grubuna göre destek gereksinimleri ölçeği tanı alt boyutu puan ortalamasının zamanla düşme görülmüştür.

Girişim grubu meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutu pre-test puan ortalamasının 69.62 ± 5.96 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 67.94 ± 6.30 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 62.78 ± 7.43 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 58.24 ± 7.55 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Girişim grubunda destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutu puanı pre-teste göre

post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) puan ortalamasında düşme olmuştur. Girişim grubu destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=42.661^*$ $p=0.000$ $p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda bu farkın pre-test-post-test2, pre-test- post-test3, post-test2-post-test1 post-test3- post-test1, post-test2-post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutu pre-test puan ortalamasının 67.94 ± 7.70 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 70.30 ± 5.30 , post-test2(1.ay) puan ortalamasının 68.86 ± 8.07 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 70.08 ± 4.99 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Kontrol grubunda girişim grubuna göre tedavi alt boyutu puan ortalamasının pre-testten itibaren girişim grubuna göre yüksek olduğu zamanla 10.gün, 1.ay ve 3.ayda puan ortalamalarında yükselmelerin devam ettiği gözlenmiştir. Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutu zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2= 0.836$ $p=0.841$ $p>0.05$).

Girişim ve kontrol grubu arasında destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutunda pre-test ve post-test1 puan ortalaması yönünden istatistiksel bir fark bulunmazken, post-test2(1.ay) ($U=312.000$, $z=-3.917$ $p=0.000$) ve post-test3 (3.ay) ($U=95.500$ $z=-6.311$ $p=0.000$) de gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Girişim grubunda kontrol grubuna göre pre-testte destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutu puan ortalamasının yüksek olmasına rağmen, zamanla düşme, kontrol grubunda ise yükselme görülmüştür.

Girişim grubu meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri ölçeği destek alt boyutu pre-test puan ortalamasının 31.48 ± 3.70 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 29.86 ± 3.17 , post-test2(1.ay) puan ortalamasının 29.00 ± 2.90 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 27.32 ± 3.81 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Girişim grubunda destek gereksinimleri ölçeği destek alt boyutu puanı pre-teste göre post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) puan ortalamasında düşme olmuştur. Girişim grubu destek gereksinimleri ölçeği destek alt boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=25.374$ $p=0.000$ $p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda bu farkın pre-test- post-test1, pre-test-post-test2, pre-test-post-test3, post-test3-post-test1, post-test2- post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği destek alt boyutu pre-test puan ortalamasının 30.41 ± 4.33 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 30.91 ± 3.06 , post-test2(1.ay) puan ortalamasının 30.63 ± 4.24 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 30.72 ± 3.45 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Kontrol grubunda girişim grubuna göre destek alt boyutu puan ortalamasının girişim grubuna göre pre-testte düşük olmasına rağmen, 10.gün, 1.ay ve 3.ayda puan ortalamalarının hep aynı düzeyde seyrettiği gözlenmiştir. Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği destek alt boyutu zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.411$ p=0.938 p>0.05).

Girişim ve kontrol grubu arasında destek gereksinimleri ölçeği destek alt boyutunda pre-test ve post-test1 puan ortalaması yönünden istatistiksel bir fark bulunmazken, post-test2(1.ay) (U=423.500, z=-2.691 p=0.007) ve post-test3(3.ay) (U=351.500 z=-3.486 p=0.000) de gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Girişim grubunda kontrol grubuna göre pre-testte destek gereksinimleri ölçeği destek alt boyutu puan ortalamasının yüksek olmasına rağmen, zamanla düşme gözlenmiştir.

Girişim grubu meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı alt boyutu pre-test puan ortalamasının 24.13 ± 5.47 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 21.75 ± 5.02 , post-test2(1.ay) puan ortalamasının 20.67 ± 6.34 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 19.86 ± 6.01 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Girişim grubunda destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı alt boyutu puan ortalaması pre-teste göre post-test1(10.gün), post-test2 (1.ay) ve post-test3 (3.ay) puan ortalamasında düşme olmuştur. Girişim grubu destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı alt boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=24.221$ p=0.000 p<0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda bu farkın pre-test- post-test1, pre-test-post-test2, pre-test-post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı alt boyutu pre-test puan ortalamasının 22.16 ± 5.80 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 21.83 ± 5.72 , post-test2(1.ay) puan ortalamasının 23.55 ± 5.92 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 23.08 ± 4.44 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Kontrol grubunda kadınlık ve beden imajı alt boyutu pre-test puan ortalamasının post-test1 (10.gün) de düşme olmasına rağmen, 1.ay ve 3.ayda puan ortalamalarında yükselme

olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı alt boyutu zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=8.314$ $p=0.040$ $p>0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda bu farkın post-test2-post-test1 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grubu arasında destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı alt boyutunda pre-test ve post-test1 puan ortalaması yönünden istatistiksel bir fark bulunmazken, post-test2(1.ay) ($U=477.500$, $z=-2.086$ $p=0.037$) ve post-test3(3.ay) ($U=475.000$ $z=-2.113$ $p=0.035$) de gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Girişim grubunda kontrol grubuna göre pre-testte destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı alt boyutu puan ortalamasının yüksek olmasına rağmen, zamanla düşme, kontrol grubunda ise yükselme gözlenmiştir.

Girişim grubu meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutu pre-test puan ortalamasının 22.86 ± 2.82 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 20.89 ± 3.57 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 21.08 ± 3.67 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 19.45 ± 3.70 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Girişim grubunda destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) puan ortalamasında düşme olmuştur. Girişim grubu destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=26.278$ $p=0.000$ $p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda bu farkın post-test1-pre-test, post-test2-pre-test, post-test3-pre-test, post-test3- post-test1, post-test3- post-test2 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutu pre-test puan ortalamasının 22.13 ± 3.15 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 22.47 ± 3.02 , post-test2(1.ay) puan ortalamasının 23.11 ± 2.38 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 23.00 ± 2.36 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Kontrol grubunda aile ve arkadaşlar alt boyutu puan ortalamasının pre-testte göre zamanla 10.gün, 1.ay ve 3.ayda puan ortalamalarının yükselme görüldüğü gözlenmiştir. Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.552$ $p=0.670$ $p>0.05$).

Girişim ve kontrol grubu arasında destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutunda pre-test puan ortalaması yönünden istatistiksel bir fark bulunmazken, post-test1(10.gün) (U=431.000 z=-2.622 p=0.009), post-test2(1.ay) (U=391.000, z=-3.081 p=0.002) ve post-test3 (3.ay) (U=290.000 z=-4.198 p=0.000) de gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Girişim grubu ve kontrol grubu pre-testte destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutu puan ortalamasının eşit olmasına rağmen, girişim grubunda zamanla düşme, kontrol grubunda ise yükselme olduğu gözlenmiştir.

Girişim grubu meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri ölçeği bilgi alt boyutu pre-test puan ortalamasının 22.21±2.77, post-test1(10.gün) puan ortalamasının 20.78±2.59, post-test2(1.ay) puan ortalamasının 20.70±2.68, post-test3(3.ay) puan ortalamasının 19.29±2.89 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Girişim grubunda destek gereksinimleri ölçeği bilgi alt boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) puan ortalamasında düşme olmuştur. Girişim grubu destek gereksinimleri ölçeği bilgi alt boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=18.964$ p=0.000 p<0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda bu farkın post-test1-pretest, post-test2-pre-test, post-test3-pre-test, post-test3-post-test1, post-test3-post-test2 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği bilgi alt boyutu pre-test puan ortalamasının 22.58±3.08, post test-1(10.gün) puan ortalamasının 22.22±3.38, post-test2(1.ay) puan ortalamasının 22.69±2.60, post-test3(3.ay) puan ortalamasının 23.00±2.50 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Kontrol grubunda bilgi alt boyutu puan ortalamasının pre-testte göre 10.gün, 1.ay ve 3.ayda puan ortalamalarının yükselme görüldüğü gözlenmiştir. Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği bilgi alt boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.497$ p=0.920 p>0.05).

Girişim ve kontrol grubu arasında destek gereksinimleri ölçeği bilgi alt boyutunda pre-test puan ortalaması yönünden istatistiksel bir fark bulunmazken, post-test1(10.gün) (U=415.000 z=-2.795 p=0.005) , post-test2(1.ay) (U=364.500, z=-3.358 p=0.001) ve post-test (3.ay) (U=192.500 z=-5.266 p=0.000) de gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Girişim grubu ve kontrol grubu pre-testte destek gereksinimleri ölçeği bilgi alt boyutu puan

ortalamasının eşit olmasına rağmen, girişim grubunda zamanla düşme, kontrol grubunda ise yükselme olduğu gözlenmiştir.

Girişim grubu meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri ölçeği bakım sonrası alt boyutu pre-test puan ortalamasının 14.54 ± 0.96 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 14.13 ± 1.22 , post-test2(1.ay) puan ortalamasının 13.64 ± 1.45 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 13.86 ± 1.35 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Girişim grubunda destek gereksinimleri ölçeği bakım sonrası alt boyutu puan ortalamasının pre-test ve post-test1(10.gün) de eşit, post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) puan ortalamasında düşme olduğu gözlenmiştir. Girişim grubu destek gereksinimleri ölçeği bilgi alt boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=13.013$ * $p=0.005$ $p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda bu farkın post-test2-pre-test, post-test3-pre-test, post-test2-post-test1 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği bakım sonrası alt boyutu pre-test puan ortalamasının 14.25 ± 1.29 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 13.77 ± 1.778 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 14.30 ± 1.14 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 13.86 ± 1.57 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Kontrol grubunda bakım sonrası alt boyutu puan ortalamasının pre-testte göre 10.gün ve 3.ayda düşme, 1.ay puan ortalamasında yükselme görüldüğü gözlenmiştir. Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği bilgi alt boyutunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=4.454$ $p=0.216$ $p>0.05$).

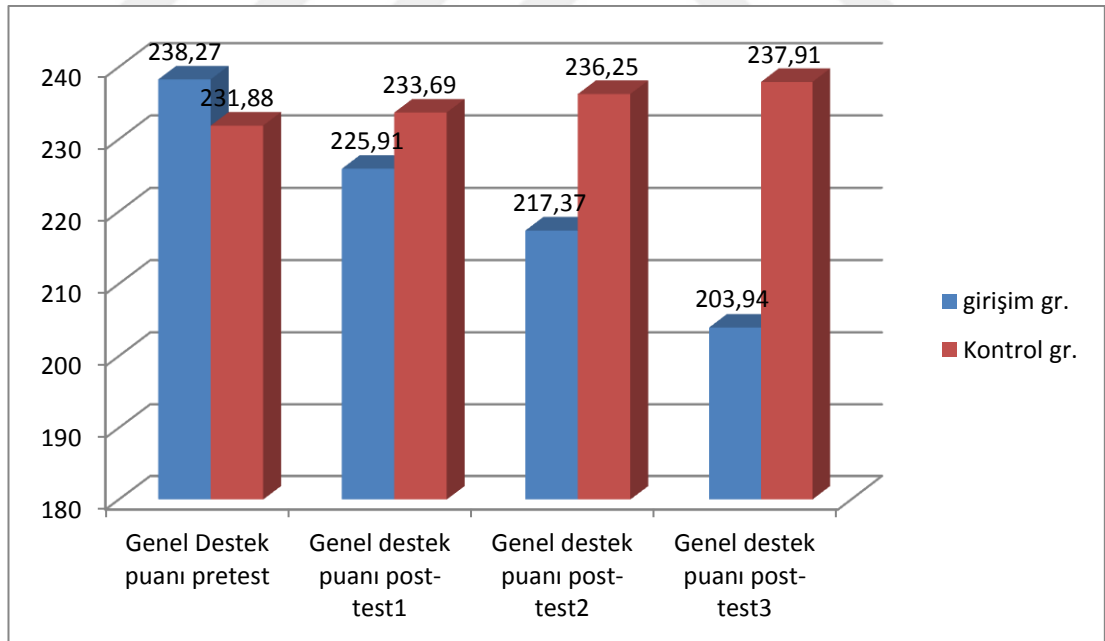
Girişim ve kontrol grubu arasında destek gereksinimleri ölçeği bakım sonrası alt boyutunda pre-test, post-test1(10.gün), post-test3(3.ay) puan ortalaması yönünden istatistiksel bir fark bulunmazken, post-test2(1.ay) ($U=487.500$, $z=-2.141$ $p=0.032$) de gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Girişim grubu ve kontrol grubu pre-testte destek gereksinimleri ölçeği bakım sonrası alt boyutu puan ortalamasının eşit olmasına rağmen, girişim grubunda post-test1 den sonra düşme, kontrol grubunda ise post-test1 ve post-test3 de düşme gözlenmiştir.

Girişim grubu meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri ölçeği toplam pre-test puan ortalamasının 238.27 ± 26.25 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 225.91 ± 22.25 , post-test2(1.ay) puan ortalamasının 217.37 ± 22.72 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 203.94 ± 23.95 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Girişim grubunda destek gereksinimleri ölçeği genel toplam puan ortalamasında pre-teste göre post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) puan ortalamasında

düşme olduğu gözlenmiştir. Girişim grubu destek gereksinimleri ölçeği toplam puanında zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=38.030$ $p=0.000$ $p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda bu farkın post-test1-pretest, post-test2-pre-test, post-test3-pre-test, post-test2-post-test1, post-test3-post-test1, post-test3-post-test2 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği genel toplam pre-test puan ortalamasının 231.88 ± 23.29 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 233.69 ± 21.38 , post-test2(1.ay) puan ortalamasının 236.25 ± 21.51 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 237.91 ± 21.87 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Kontrol grubunda genel toplam puan ortalamasının pre-testte göre 10.gün, 1.ay ve 3.ayda puan ortalamalarının yükselme olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği genel toplam puanında zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=5.811$ $p=0.121$ $p>0.05$).

Grafik 1. Hastaların Zamanlara Göre Genel Destek Puanlarının Dağılımı



Girişim ve kontrol grubu arasında destek gereksinimleri ölçeği genel toplam pre-test ve post-test1(10.gün) puan ortalaması yönünden istatistiksel bir fark bulunmazken, post-test2(1.ay) ($U=347.000$, $z=-3.521$ $p=0.000$) ve post-test3 (3.ay) ($U=176.500$ $z=-5.402$ $p=0.000$) de gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmuştur($p<0.05$). Girişim grubunun pre-testte destek gereksinimleri ölçüğü genel toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olmasına rağmen, girişim grubunda zamanla düşme, kontrol grubunda ise zamanla toplam puan ortalamasının arttığı gözlenmiştir.

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Hastalarının Distres Düzeylerinin Zamana Göre Dağılımları

Distres Ölçesi	Gruplar	Pre-test	Min-Max	Post-test1 (10. gün)	Min-Max	Post-test2 (1.ay)	Min-Max	Post- test3 (3.ay)	Min-Max	Önemlilik	
		X ± SD		X ± SD		X ± SD		X ± SD		Analiz/ p	Anlamli fark**
U Z/p	Girişim	6.35±2.15	3 -10	6.05±2.58	2-10	5.91±2.52	1-10	5.00±2.47	1-10	8.791*	$T_0>T_1>T_2>T_3$
	Kontrol	6.58±2.78	1-10	6.36±2.43	1-10	5.44±2.50	1-10	6.19±2.27	1-10	8.192*	$T_0>T_2$
		610.000 0.623/0.533		621.000 0.501/0.616		589.500 0.850/0.395		467.000 2.213/0.027			

*Friedman test

U= Mann-Whitney testi

** Wilcoxon signed ranks test(İleri analiz)

** a: T_1-T_0 ; b: T_2-T_0 ; c: T_3-T_0 ; d: T_2-T_1 ; e: T_3-T_1 ; f: T_3-T_2

Tablo 7 'de katılımcıların distres puan ortalamalarının zamana göre karşılaştırılması yer almaktadır.

Girişim grubu ve kontrol grubu hastaların zamana göre distres puan ortalamaları arasındaki fark Friedman analizi ile değerlendirilmiştir. Girişim grubu hastaların distres puan ortalamaları pre-testte 6.35 ± 2.15 , post-test1(10.gün) 6.05 ± 2.58 , post-test2(1.ay) 5.91 ± 2.52 , post-test3(3.ay) 5.00 ± 2.47 olduğu görülmektedir. Girişim grubu hastaların distres puan ortalamalarında zamanla düşme olduğu gözlenmiştir. Girişim grubu hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası; 10. gün, birinci ve üçüncü aylarda yapılan dört ölçümdeki puan ortalamaları arasında %95 güvenle istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 8.791^*$ $p=0.032$ $p<0.05$). Bu farklılıkların hangi aylar arasında olduğunu görmek için ileri bir çözümleme yöntemi olarak Wilcoxon Signed Rank testi uygulanmıştır. Analizde distres puanında; pretest-post-test3 (0-3 ay), post-test1-posttest3 (1-3 ay), post-test2-post-test3 (1-3 ay) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Kontrol grubu hastaların distres puan ortalamaları pre-testte 6.58 ± 2.78 , post-test1(10. gün) 6.36 ± 2.43 , post-test2(1.ay) 5.44 ± 2.50 , post-test3(3.ay) 6.19 ± 2.27 olduğu görülmektedir. Kontrol grubu hastaların distres puan ortalamalarının pre-testte göre post-test2(1.ay) biraz düşmesine rağmen, zaman içinde hep yüksek olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubu hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası; 10.gün,

birinci ve üçüncü aylarda yapılan dört ölçümdeki puan ortalamaları arasında %95 güvenle istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 8.192^*$ $p=0.042$ $p<0.05$). Bu farklılıkların hangi aylar arasında olduğunu görmek için ileri bir çözümleme yöntemi olarak Wilcoxon Signed Rank testi uygulanmıştır. Analizde distres puanında; pretest-post-test2 (0-1 ay) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Girişim ve kontrol grubu arasında distres puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test1(10.gün) ve post-test2(1.ay) istatistiksel bir fark bulunmazken, post-test3(3.ay) ($U=467.000$, $z=2.213$ $p=0.027$) de gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Girişim ve kontrol grubu distres puan ortalamaları arasında başlangıçta çok fark yokken, girişim grubunun distres puan ortalamalarının zamanla düştüğü, kontrol grubunun ise zamanla hep aynı düzeyde yüksek seyrettiği gözlenmiştir.

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Hastalarının Zamana Göre Distres Yaşama Durumlarının Dağılımı

Zaman	Distres yaşamıyor (<4)		Distres yaşıyor (≥ 4)		Toplam		Önemlilik
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Pre-test							p=0.543 ^b
Girişim	5	13.5	32	86.5	37	100.0	
Kontrol	7	19.4	29	80.6	36	100.0	
Toplam	12	16.4	61	83.6	73	100.0	
Post-test 1(10.gün)							p=0.543 ^b
Girişim	8	21.6	29	78.4	37	100.0	
Kontrol	5	13.9	31	86.1	36	100.0	
Toplam	13	17.8	60	82.2	73	100.0	
Post-test 2 (1.ay)							p=0.787 ^b
Girişim	8	21.6	29	78.4	37	100.0	
Kontrol	9	25.0	27	75.0	36	100.0	
Toplam	17	23.3	56	76.7	73	100.0	
Post- test 3 (3.ay)							p=0.398 ^b
Girişim	10	27.0	27	73.0	37	100.0	
Kontrol	6	16.7	30	83.3	36	100.0	
Toplam	16	21.9	57	78.1	73	100.0	

^b Fisher Exact test

Tablo 8’de araştırmaya katılan hastaların zamana göre distres yaşama durumunu görülmektedir.

Pre-testte girişim grubu hastaların %86.5'inin, kontrol grubu hastaların ise %80.6'nın distres yaşadıkları saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında pretest de distres yaşama durumları yönünden gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.543^b$ $p > 0.05$).

Post-test1(10.gün) de girişim grubu hastaların %78.4'nün, kontrol grubu hastaların ise %86.1'nin distres yaşadıkları saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında 10.günde distres yaşama durumları yönünden gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.543^b$ $p > 0.05$).

Post-test2(1.ay) de girişim grubu hastaların %78.4'inin, kontrol grubu hastaların ise %75'nin distres yaşadıkları saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında 1.ayda distres yaşama durumları yönünden gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.787^b$ $p > 0.05$).

Post-test3(3.ay) de girişim grubu hastaların %73'ünün, kontrol grubu hastaların ise %83.3'nin distres yaşadıkları saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında 3.ayda distres yaşama durumları yönünden gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.398^b$ $p > 0.05$).

Tablo 9. Distres Yaşanan Alanlarının Tüm Zamana Göre Dağılımı

DİSTRES ALANLARI	ZAMAN										
	Gruplar	pre-test		Post-test1 (10 gün)		Post-test2 (1.ay)		Post-test3 (3.ay)		Önemlilik	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Analiz p	Anlamlılık**
Günlük Yaşam Sorunları	Girişim	2	5.4	3	8.1	6	16.2	3	8.1	Q=3.600 p=0.308	-
	Kontrol	6	16.7	3	8.3	4	11.1	8	22.2	Q=5.364 p=0.147	-
		$p=0.122^b$		$p=1.000$		$p=0.726$		$p=0.112$			
Ailevi Sorunlar	Girişim	9	24.3	11	29.7	11	29.7	13	35.1	Q=1.655 p=0.647	-
	Kontrol	8	22.2	6	16.7	8	22.2	9	25.0	Q=0.934 p=0.817	-
		$p=1.000$		$p=0.269$		$p=0.595$		$p=0.446$			
Duygusal Sorunlar	Girişim	33	89.2	33	89.2	36	97.3	29	78.4	Q=6.907 p=0.075	-
	Kontrol	29	80.6	29	80.6	27	75.0	33	91.7	Q=4.560 p=0.207	-
		$p=0.345$		$p=0.345$		$p=0.007$		$p=0.190$			
İnançla İlgili Sorunlar	Girişim	17	45.9	6	16.2	6	16.2	6	16.2	Q=13.785 p=0.003	$T_0 > T_1 = T_2 = T_3$
	Kontrol	16	44.4	16	44.4	4	11.1	6	16.7	Q=16.043 p=0.001	$T_0 > T_3 > T_2 = T_3$
		$p=1.000$		$p=0.001$		$p=0.736$		$p=1.000$			
Bedensel Sorunlar	Girişim	14	37.8	29	78.4	27	50.0	23	62.2	Q=18.310 p=0.000	$T_0 > T_1 > T_2$
	Kontrol	14	38.9	28	77.8	27	50.0	24	66.7	Q=18.646 p=0.000	$T_3 > T_1 > T_2 > T_0$
		$p=1.000$		$p=1.000$		$p=1.000$		$p=0.808$			

^b Fisher Exact test

Q=cochran test

**McNemar Test a: T_1-T_0 ; b: T_2-T_0 ; c: T_3-T_0 ; d: T_2-T_1 ; e: T_3-T_1 ; f: T_3-T_2

Tablo 9’da hastaların distres yaşanan alanlarının tüm zamana göre dağılımı görülmektedir.

Girişim grubu ve kontrol grubu hastaların distres yaşanan alanlarının tüm zamana göre yüzdeleri arasındaki fark Cochran test ile değerlendirilmiştir. Girişim grubu hastaların pre-testte %5.4’ü, post-test1 (10.gün) %8.1’i, post-test2(1.ay) %16.2’si, post-test3(3.ay) %8.1’nin günlük yaşam sorunları yaşadıkları görülmektedir. Girişim grubu hastaların günlük yaşam sorunları ile eğitim öncesi ve eğitim sonrası; 10. gün, birinci ve üçüncü aylarda yapılan dört ölçümdeki yüzdeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Q=3.600 p=0.308 p>0.05).

Kontrol grubu hastaların pre-testte %16.7’si, post-test1 (10.gün) %8.3’ü, post-test2(1.ay) %11.1’i, post-test3(3.ay) %22.2’nin günlük yaşam sorunları yaşadıkları görülmektedir. Kontrol grubu hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası; 10.gün, birinci ve üçüncü aylarda yapılan dört ölçümdeki yüzdeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Q=5.364 p=0.147 p>0.05).

Girişim ve kontrol grubu arasında günlük yaşam sorunları yönünden pre-test, post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) istatistiksel bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Girişim grubu hastaların pre-testte %24.3’ü, post-test1 (10.gün) %29.7’si, post-test2(1.ay) %29.7’si, post-test3(3.ay) %35.1’nin ailevi sorunlar yaşadıkları görülmektedir. Girişim grubu hastaların ailevi sorunlar ile eğitim öncesi ve eğitim sonrası; 10. gün, birinci ve üçüncü aylarda yapılan dört ölçümdeki yüzdeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Q=1.655 p=0.647 p>0.05).

Kontrol grubu hastaların pre-testte %22.2’si, post-test1 (10.gün) %16.7’si, post-test 2(1.ay) %22.2’si, post-test 3(3.ay) %25’nin ailevi sorunlar yaşadıkları görülmektedir. Kontrol grubu hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası; 10. gün, birinci ve üçüncü aylarda yapılan dört ölçümdeki yüzdeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Q= 0.934 p=0.817 p>0.05).

Girişim ve kontrol grubu arasında ailevi sorunlar yönünden pre-test, post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) da istatistiksel bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Girişim grubu hastaların pre-testte %89.2’si, post-test1 (10.gün) %89.2’si, post-test2(1.ay) %97.3’ü, post-test3(3.ay) %78.4’ü duygusal sorunlar yaşadıkları

görülmektedir. Girişim grubu hastaların duygusal sorunlar ile eğitim öncesi ve eğitim sonrası; 10. gün, birinci ve üçüncü aylarda yapılan dört ölçümdeki yüzdeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Q=6.907 p=0.075 p>0.05).

Kontrol grubu hastaların pre-testte %80.6'sı, post-test1 (10.gün) %80.6'sı, post-test2(1.ay) %75.0'i, post-test3(3.ay) %91.7'nin duygusal sorunlar yaşadıkları görülmektedir. Kontrol grubu hastaların duygusal sorunları girişim grubuna göre daha fazla yaşadığı saptanmıştır. Kontrol grubu hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası; 10. gün, birinci ve üçüncü aylarda yapılan dört ölçümdeki yüzdeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Q=4.560 p=0.207 p>0.05).

Girişim ve kontrol grubu distres yaşama alanlarına bakıldığında en fazla duygusal sorunlar yaşadıkları, girişim grubunun duygusal sorunları kontrol grubuna göre daha az yaşadığı gözlenmiştir. Girişim ve kontrol grubu arasında duygusal sorunları yönünden pre-test, post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3 (3.ay) da istatistiksel bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Girişim grubu hastaların pre-testte %45.9'u, post-test1(10. gün) %16.2'si, post-test2(1.ay) %16.2'si, post-test3(3.ay) %16.2'sinin inançla ilgili sorunlar yaşadıkları görülmektedir. Girişim grubu hastaların inançla ilgili sorunlar ile eğitim öncesi ve eğitim sonrası; 10.gün, birinci ve üçüncü aylarda yapılan dört ölçümdeki yüzdeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Q=13.785 p=0.003 p<0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda post-test1-pretest, post-test2-pre-test, post-test3-pre-test arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu hastaların pre-testte %44.4'ün, post-test1 (10.gün) %44.4'ün, post-test2(1.ay) %11.1'i, post-test3(3.ay) %16.7'nin inançla ilgili sorunlar yaşadıkları görülmektedir. Kontrol grubu hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası; 10.gün, birinci ve üçüncü aylarda yapılan dört ölçümdeki yüzdeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Q=16.043 p=0.001 p<0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda post-test2-pre-test, post-test3-pre-test , post-test2-post-test1, post-test3-post-test1 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grubu arasında inançla ilgili sorunlar yönünden pre-test, post-test2(1.ay) ve post-test3 (3.ay) da istatistiksel bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Girişim grubu hastaların pre-testte %37.8'si, post-test1 (10.gün) %78.4'ü, post-test2(1.ay) %50'si, post-test3(3.ay) %62.2'si bedensel sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Girişim grubu hastaların bedensel sorunlar ile eğitim öncesi ve eğitim sonrası; 10. gün, birinci ve üçüncü aylarda yapılan dört ölçümdeki yüzdeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Q=18.310 p=0.000 p<0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda post-test1-pretest, post-test2-pre-test arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu hastaların pre-testte %38.9'u, post-test1 (10.gün) %77.8'si, post-test2(1.ay) %50'si, post-test3(3.ay) %66.7'nin bedensel sorunlar yaşadıkları görülmektedir. Kontrol grubu hastaların bedensel sorunlarda eğitim öncesi ve eğitim sonrası; 10. gün, birinci ve üçüncü aylarda yapılan dört ölçümdeki yüzdeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Q=18.646 p=0.000 p<0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda bu farkın post-test1-pretest, post-test2-pre-test, post-test3- pre-test arasında istatistiksel olarak fark olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grubu arasında bedensel sorunlar yönünden pre-test, post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3 (3.ay) da istatistiksel bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 10. Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Pre-test de Distres Yaşama Durumları

Sosyo Demografik	Girişim grubu							Kontrol grubu						İstatistik
	Distres Yok(<4)		Distres Var (≥4)		Toplam			Distres Yok(<4)		Distres Var (≥4)		Toplam		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Yaş grupları														
50 yaş altı	3	60.0	21	65.6	24	64.9	1.000 ^b	3	42.9	18	62.1	21	58.3	0.418 ^b
51 yaş üstü	2	40.0	11	34.4	13	35.1		4	57.1	11	37.9	15	41.7	
Toplam	5	100.0	32	100.0	37	100.0		7	100.0	29	100.0	36	100.0	
Medeni durum														
Evli	4	80.0	28	87.5	32	86.5	2.775 ^a	7	100.0	23	79.3	30	83.3	1.738 ^a 0.419
Bekar	1	20.0	1	3.1	2	5.4	0.250	-	-	1	3.4	1	2.8	
Boşanmış/Dul	-	-	3	9.4	3	8.1		-	-	5	17.2	5	13.9	
Toplam	5	100.0	32	100.0	37	100.0		7	100.0	29	100.0	36	100.0	
Eğitim Düzeyi														
İlkokul	1	20.0	9	28.1	10	27.0	2.408 ^a	2	28.6	11	37.9	13	36.1	3.606 ^a 0.307
Ortaokul	-	-	6	18.8	6	16.2	0.492	-	-	7	24.1	7	19.4	
Lise	2	40.0	5	15.6	7	18.9		2	28.6	3	10.3	5	13.9	
Üniversite	2	40.0	12	37.5	14	37.8		3	42.9	8	27.6	11	30.6	
Toplam	5	100.0	32	100.0	37	100.0		7	100.0	29	100.0	36	100.0	
Çalışma Durumu														
Çalışmıyor	2	40.0	18	56.3	20	54.1	0.644 ^b	5	71.4	22	75.9	27	75.0	1.000
Çalışıyor	3	60.0	14	43.8	17	45.9		2	28.6	7	24.1	9	25.0	
Toplam	5	100.0	32	100.0	37	100.0		7	100.0	29	100.0	36	100.0	
Yaşadığı Yer														
Kent Merkezi	2	40.0	13	40.6	15	40.5	0.351 ^a	3	42.9	12	41.4	15	41.7	0.816 ^a 0.665
İlçe	3	60.0	17	53.1	20	54.1	0.839	4	57.1	14	48.3	18	50.0	
Köy-Kasaba	-	-	2	6.3	2	5.4		-	-	3	10.3	3	8.3	
Toplam	5	100.0	32	100.0	37	100.0		7	100.0	29	100.0	36	100.0	
Ekonomik Durum														
Düşük	1	20.0	3	9.4	4	10.8	0.456 ^b	-	-	7	24.1	7	19.4	0.303 ^b
Orta	4	80.0	29	90.6	33	89.2		7	100.0	22	75.9	29	80.6	
Yüksek	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	
Toplam	5	100.0	32	100.0	37	100.0		7	100.0	29	100.0	36	100.0	
Düzenli Egzersiz														
Evet	-	-	4	12.5	4	10.8	1.000 ^b	2	28.6	5	17.2	7	19.4	0.602 ^b
Hayır	5	100.0	28	87.5	33	89.2		5	71.4	24	82.8	29	80.6	
Toplam	5	100.0	32	100.0	37	100.0		7	100.0	29	100.0	36	100.0	
Ameliyat Türü														
Par.mastektomi	1	20.0	13	40.6	14	37.8	0.630 ^b	2	28.6	11	37.9	13	36.1	1.000 ^b
Total mastektomi	4	80.0	19	59.4	23	62.2		5	71.4	18	62.1	23	63.9	
Toplam	5	100.0	32	100.0	37	100.0		7	100.0	29	100.0	36	100.0	
Aksiller Cerrahi														
yok/SLNB	2	40.0	13	40.6	15	40.5	1.000 ^b	1	14.3	11	37.9	12	33.3	0.384 ^b
AD	3	60.0	19	59.4	22	59.5		6	85.7	18	62.1	24	66.7	
Toplam	5	100.0	32	100.0	37	100.0		7	100.0	29	100.0	36	100.0	
Evre														
Evre 1	-	-	3	9.4	3	8.1	0.518 ^a	-	-	3	10.3	3	8.3	6.981 ^a 0.030
Evre 2	3	60.0	18	56.3	21	56.8	0.772	2	28.6	20	69.0	22	61.1	
Evre 3	2	40.0	11	34.4	13	35.1		5	71.4	6	20.7	11	30.6	
Toplam	5	100.0	32	100.0	37	100.0		7	100.0	29	100.0	36	100.0	

^a(Pearson Ki Kare Testi),

^b(Fisher 's Exact)

Araştırmaya katılan hastaların, pre-test de sosyo-demografik özelliklerine göre, distres yaşama durumlarını tablo 10 da gösterilmiştir.

Pre-test de girişim grubu 50 yaş altı hastaların %65.6'sının, 51 yaş üstü hastaların %34.4'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu yaş grupları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.000^b$ $p>0.05$). Pre-test de kontrol grubunun 50 yaş altı %62.1'sinin, 51 yaş üstü hastaların %37.9'unu distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu yaş grupları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.418^b$ $p>0.05$).

Pre-test de girişim grubu evli hastaların % 87.5'sinin, boşanmış/dul hastaların % 9.4'ünün, bekar hastaların %3.1'nin distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların medeni durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=2.775^a$ 0.250 $p>0.05$). Pre-test de kontrol grubunun evli hastaların % 79.3'sinin, boşanmış/dul hastaların % 17.2'ünün, bekar hastaların %3.4'nün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların medeni durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.738^a$ 0.419 $p>0.05$).

Pre-test de girişim grubunda ilkokul mezunu hastaların %28.1 sının, ortaokul mezunu hastaların % 18.8'ünün, lise mezunu hastaların %15.6'nin, üniversite mezunu %37.5'inin distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların eğitim durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=2.408^a$ 0.492 $p>0.05$). Kontrol grubunda ilkokul mezunu hastaların %37.9'nun, ortaokul mezunu hastaların %24.1'ünün, lise mezunu hastaların % 10.3' nin, üniversite mezunu % 27.6'inin distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların eğitim durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=3.606^a$ 0.307 $p>0.05$).

Pre-test de girişim grubunda çalışmayan hastaların % 56.3'nın, çalışan hastaların %43.8'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların çalışma durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.644^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda çalışmayan hastaların % 75.9'nın, çalışan hastaların % 24.1'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların çalışma durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.000$ $p>0.05$).

Pre-test de girişim grubunda kent merkezinde yaşayan hastaların % 40.6 sının, ilçede yaşayan hastaların % 53.1 'ünün , köy-kasaba yaşayan %6.3 hastaların distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların yaşadığı yer ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.351^a$ 0.839 $p>0.05$). kontrol grubunda kent merkezinde yaşayan hastaların % 40.6 sının, ilçede yaşayan hastaların %53.1 'ünün , köy-kasaba yaşayan hastaların % 10.3'nün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların yaşadığı yer ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.816^a$ 0.665 $p>0.05$).

Pre-test de girişim grubunda ekonomik durum düşük hastaların %9.4sının, ekonomik durum orta hastaların %90.6'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların ekonomik durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.456^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda ekonomik durum düşük hastaların %24.1'sinin, ekonomik durum orta hastaların % 75.9 'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların ekonomik durum ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.303^b$ $p>0.05$).

Pre-test de girişim grubunda düzenli egzersiz yapan hastaların %12.5'sinin, düzenli egzersiz yapmayan hastaların %87.5'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların egzersiz yapma durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.000^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda düzenli egzersiz yapan hastaların %17.2'sinin, düzenli egzersiz yapmayan hastaların % 82.8'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların egzersiz yapma durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.602^b$ $p>0.05$).

Pre-test de girişim grubunda parsiyel mastektomi olan hastaların %40.6 sının, total mastektomi hastaların %59.4 'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların ameliyat türü ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.630^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda parsiyel mastektomi olan hastaların %37.9'sinin, total mastektomi hastaların % 62.1 'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların ameliyat türü ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.000^b$ $p>0.05$).

Pre-test de girişim grubunda aksiller cerrahi olmayan/SLNB olan hastaların %40.6'sının, aksiller disseksiyon hastaların %59.4'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların aksiller cerrahi olma durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.000^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda aksiller cerrahi olmayan/SLNB olan hastaların %37.9'sının, aksiller disseksiyon hastaların % 62.1'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların aksiller cerrahi olma durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.384^b$ $p>0.05$).

Pre-test de girişim grubunda 1.evre olan hastaların % 9.4'sının, 2.evre olan hastaların %56.3'ünün, 3.evre olan hastaların %34.4'sının distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların evresi ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.518^a$ 0.772 $p>0.05$). Kontrol grubunda 1.evre olan hastaların % 10.3'sinin, 2.evre olan hastaların %69.0'ünün, 3.evre olan hastaların %20.7'sinin distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların evresi ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($\chi^2=6.981^a$ 0.030 $p>0.05$).

Tablo 11. Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Post-test1 Distres Yaşama Durumları

Sosyo Demografik	Girişim grubu							Kontrol grubu						İstatistik
	Distres Yok(<4)		Distres Var (≥4)		Toplam			Distres Yok(<4)		Distres Var (≥4)		Toplam		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Yaş grupları														
50 yaş altı	6	75.0	18	62.1	24	64.9	0.685 ^b	4	80.0	17	54.8	21	58.3	0.316 ^b
51 yaş üstü	2	25.0	11	37.9	13	35.1		1	20.0	14	45.2	15	41.7	
Toplam	8	100.0	29	100.0	37	100.0		5	100.0	31	100.0	36	100.0	
Medeni Durum														
Evli	6	75.0	26	89.7	32	86.5	1.349 ^a 0.509	4	80.0	26	83.9	30	83.3	0.325 ^a 0.850
Bekar	1	12.5	1	3.4	2	5.4		-	-	1	3.2	1	2.8	
Boşanmış/Dul	1	12.5	2	6.9	3	8.1		1	20.0	4	12.9	5	13.9	
Toplam	8	100.0	29	100.0	37	100.0		5	100.0	31	100.0	36	100.0	
Eğitim Düzeyi														
İlkokul	2	25.0	8	27.6	10	27.0	0.724 ^a 0.868	1	20.0	12	38.7	13	36.1	3,350 ^a 0.341
Ortaokul	1	12.5	5	17.2	6	16.2		-	-	7	22.6	7	19.4	
Lise	1	12.5	5	20.7	7	18.9		1	20.0	4	12.9	5	13.9	
Üniversite	4	50.0	12	34.5	14	37.8		3	60.0	8	25.8	11	30.6	
Toplam	8	100.0	29	100.0	37	100.0		5	100.0	31	100.0	36	100.0	
Çalışma Durumu														
Çalışmıyor	4	50.0	16	55.2	20	54.1	1.000 ^b	2	40.0	25	80.6	27	75.0	0.088 ^b
Çalışıyor	4	50.0	13	44.8	17	45.9		3	60.0	6	19.4	9	25.0	
Toplam	8	100.0	29	100.0	37	100.0		5	100.0	31	100.0	36	100.0	
Yaşadığı Yer														
Kent Merkezi	2	25.0	13	44.8	15	40.5	1.693 ^a 0.429	3	60.0	12	38.7	15	41.7	2.462 ^a 0.292
İlçe	5	62.5	15	51.7	20	54.1		1	20.0	17	54.8	18	50.0	
Köy-Kasaba	1	12.5	1	3.4	2	5.4		1	20.0	2	6.5	3	8.3	
Toplam	8	100.0	29	100.0	37	100.0		5	100.0	31	100.0	36	100.0	
Ekonomik Durum														
Düşük	-	-	4	13.8	4	10.8	0.557 ^b	-	-	7	22.6	7	19.4	0.559 ^b
Orta	8	100.0	25	86.2	33	89.2		5	100.0	24	77.4	29	80.6	
Yüksek	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	
Toplam	8	100.0	29	100.0	37	100.0		7	100.0	31	100.0	36	100.0	
Düzenli Egzersiz														
Evet	1	12.5	3	10.3	4	10.8	1.000 ^b	3	60.0	4	12.9	7	19.4	0.040 ^b
Hayır	7	87.5	26	89.7	33	89.2		2	40.0	27	87.1	29	80.6	
Toplam	8	100.0	29	100.0	37	100.0		5	100.0	31	100.0	36	100.0	
Ameliyat Türü														
Par.mastektomi	3	37.5	11	37.9	14	37.8	1.000 ^b	2	40.0	11	35.5	13	36.1	1.000 ^b
total mastektomi	5	62.5	18	62.1	23	62.2		3	60.0	20	64.5	23	63.9	
Toplam	8	100.0	29	100.0	37	100.0		5	100.0	31	100.0	36	100.0	
Aksiller Cerrahi														
yok/SLNB	2	40.0	13	40.6	15	40.5	1.000 ^b	3	37.5	12	41.4	15	40.5	1.000 ^b
AD	3	60.0	19	59.4	22	59.5		5	62.5	17	58.6	22	59.5	
Toplam	5	100.0	32	100.0	37	100.0		8	100.0	29	100.0	36	100.0	
Evre														
Evre 1	-	-	3	10.3	3	8.1	1.552 ^a 0.460	1	20.0	2	6.5	3	8.3	4.202 ^a 0.122
Evre 2	4	50.0	17	58.6	21	56.8		1	20.0	21	67.7	22	61.1	
Evre 3	4	40.0	9	34.4	13	35.1		3	60.0	8	25.8	11	30.6	
Toplam	8	100.0	29	100.0	37	100.0		7	100.0	29	100.0	36	100.0	

^a(Pearson Ki Kare Testi),

^b(Fisher 's Exact)

Araştırmaya katılan hastaların, post-test1 de sosyo-demografik özelliklerine göre, distres yaşama durumlarını tablo 11 de gösterilmiştir.

Post-test1 de girişim grubu 50 yaş altı hastaların % 62.1'sinin, 51 yaş üstü hastaların %37.9'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu yaş grupları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.685^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunun 50 yaş altı %54.8'sinin, 51 yaş üstü hastaların %45.2'si distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu yaş grupları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.316^b$ $p>0.05$).

Post-test1 de girişim grubu evli hastaların %89.7'sinin, boşanmış/dul hastaların %6.9'ünün, bekar hastaların %3.4'nin distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların medeni durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.349^a$ 0.509 $p>0.05$). Kontrol grubunda evli hastaların % 83.9'sinin, boşanmış/dul hastaların %12.9'ünün , bekar hastaların %3.2'nün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların medeni durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.325^a$ 0.850 $p>0.05$).

Post-test1 de girişim grubunda ilkokul mezunu hastaların %27.6'sının, ortaokul mezunu hastaların % 17.2'ünün , lise mezunu hastaların %20.7'nin, üniversite mezunu hastaların %34.5'inin distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların eğitim durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.724^a$ 0.868 $p>0.05$). Kontrol grubunda ilkokul mezunu hastaların %38.7'nun, ortaokul mezunu hastaların % 22.6'ünün , lise mezunu hastaların %12.9'nin, üniversite mezunu %25.8'inin distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların eğitim durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=3.350^a$ 0.341 $p>0.05$).

Post-test1 de girişim grubunda çalışmayan hastaların %55.2'nin, çalışan hastaların %44.8'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların çalışma durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.000^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda çalışmayan hastaların % 80.6' nın, çalışan hastaların % 19.4'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların çalışma durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.088^b$ $p>0.05$).

Post-test1 de girişim grubunda kent merkezinde yaşayan hastaların %44.8' sının, ilçede yaşayan hastaların %51.7'ünün , köy-kasaba yaşayan hastaların %3.4'ün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların yaşadığı yer ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.693^a$ 0.429 $p>0.05$). Kontrol grubunda kent merkezinde yaşayan hastaların %38.7' sının, ilçede yaşayan hastaların %54.8 'ünün , köy-kasaba yaşayan %6.5'un distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların yaşadığı yer ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=2.462^a$ 0.292 $p>0.05$).

Post-test1 de girişim grubunda ekonomik Durumu düşük hastaların % 13.8'sının, ekonomik durumu orta hastaların %86.2'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların ekonomik durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.557^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda ekonomik durumu düşük hastaların %22.6'sının, ekonomik durumu orta hastaların %77.4'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastalarında ekonomik durum ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.559^b$ $p>0.05$).

Post-test1 de girişim grubunda düzenli egzersiz yapan hastaların % 10.3'sinin, düzenli egzersiz yapmayan hastaların %89.7'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların egzersiz yapma durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.000^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda düzenli egzersiz yapan hastaların %12.9'sinin, düzenli egzersiz yapmayan hastaların % 87.1'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların egzersiz yapma durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.040^b$ $p>0.05$).

Post-test1 de girişim grubunda parsiyel mastektomi olan hastaların % 37.9'nun, total mastektomi hastaların % 62.1'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların ameliyat türü ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.000^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda parsiyel mastektomi olan hastaların %35.5'sinin, total mastektomi hastaların %64.5'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların ameliyat türü ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.000^b$ $p>0.05$).

Post-test1 de girişim grubunda aksiller cerrahi olmayan/SLNB olan hastaların %37.9'sının, aksiller disseksiyon hastaların % 62.1'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların aksiller cerrahi olma durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.000^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda aksiller cerrahi olmayan/slnb olan hastaların % 35.5'sinin, aksiller disseksiyon hastaların %64.5'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların aksiller cerrahi olma durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.000^b$ $p>0.05$).

Post-test1 de girişim grubunda 1.evre olan hastaların %10.3' sının, 2.evre olan hastaların %58.6'ünün, 3.evre olan hastaların %34.4 sının distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların evresi ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.552^a$ 0.460 $p>0.05$). Kontrol grubunda 1.evre olan hastaların %6.5' sının, 2.evre olan hastaların %67.7 'ünün, 3.evre olan hastaların %25.8' sının distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların evresi ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=4.202^a$ 0.122 $p>0.05$).

Tablo 12. Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Post-test2 Distres Yaşama Durumları

Sosyo Demografik	Girişim grubu							Kontrol grubu						İstatistik
	Distres Yok(<4)		Distres Var (≥4)		Toplam			Distres Yok(<4)		Distres Var (≥4)		Toplam		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Yaş Grupları														
50 yaş altı	2	25.0	22	75.9	24	64.9	0.013 ^b	6	66.7	15	55.6	21	58.3	0.705 ^b
51 yaş üstü	6	75.0	7	24.1	13	35.1		3	33.3	12	44.4	15	41.7	
Toplam	8	100.0	29	100.0	37	100.0		5	100.0	31	100.0	36	100.0	
Medeni durum														
Evli	6	75.0	26	89.7	32	86.5	8.233 ^a 0.016	8	88.9	22	81.5	30	83.3	0.444 ^a 0.801
Bekar	2	25.0	-	-	2	5.4		-	-	1	3.7	1	2.8	
Boşanmış/Dul	-	-	3	10.3	3	8.1		1	11.1	4	14.8	5	13.9	
Toplam	8	100.0	29	100.0	37	100.0		9	100.0	27	100.0	36	100.0	
Eğitim Düzeyi														
İlkokul	3	37.5	7	24.1	10	27.0	2.831 ^a 0.418	4	44.4	9	33.3	13	36.1	0.618 ^a 0.892
Ortaokul	2	25.0	4	13.8	6	16.2		2	22.2	5	18.5	7	19.4	
Lise	2	25.0	5	17.2	7	18.9		1	11.1	4	14.8	5	13.9	
Üniversite	1	12.5	13	44.8	14	37.8		2	22.2	9	33.3	11	30.6	
Toplam	8	100.0	29	100.0	37	100.0		9	100.0	27	100.0	36	100.0	
Çalışma Durumu														
Çalışmıyor	6	75.0	14	48.3	20	54.1	0.246 ^b	5	55.6	22	81.5	27	75.0	0.184 ^b
Çalışıyor	2	25.0	15	51.7	17	45.9		4	44.4	5	18.5	9	25.0	
Toplam	8	100.0	29	100.0	37	100.0		9	100.0	27	100.0	36	100.0	
Yaşadığı Yer														
Kent Merkezi	3	37.5	12	41.4	15	40.5	0.710 ^a 0.701	4	44.4	11	40.7	15	41.7	1.096 ^a 0.578
İlçe	5	62.5	15	51.7	20	54.1		5	55.6	13	48.1	18	50.0	
Köy-Kasaba	-	-	2	6.9	2	5.4		-	-	3	11.1	3	8.3	
Toplam	8	100.0	29	100.0	37	100.0		9	100.0	27	100.0	36	100.0	
Ekonomik Durum														
Düşük	-	-	4	13.8	4	10.8	0.557 ^b	1	11.1	6	22.2	7	19.4	0.652 ^b
Orta	8	100.0	25	86.2	33	89.2		8	88.9	21	77.8	29	80.6	
Yüksek	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	
Toplam	8	100.0	29	100.0	37	100.0		9	100.0	27	100.0	36	100.0	
Düzenli Egzersiz														
Evet	-	-	4	13.8	4	10.8	0.557 ^b	1	11.1	6	22.2	7	19.4	0.652 ^b
Hayır	8	10.0	25	86.2	33	89.2		8	88.9	21	77.8	29	80.6	
Toplam	8	100.0	29	100.0	37	100.0		9	100.0	27	100.0	36	100.0	
Ameliyat Türü														
Par.mastektomi	3	37.5	11	37.9	14	37.8	1.000 ^b	3	33.3	10	37.0	13	36.1	1.000 ^b
Total mastektomi	5	62.5	18	62.1	23	62.2		6	66.7	17	63.0	23	63.9	
Toplam	8	100.0	29	100.0	37	100.0		9	100.0	27	100.0	36	100.0	
Aksiller Cerrahi														
yok/SLNB	2	25.0	13	44.8	15	40.5	0.431 ^b	2	22.2	10	37.0	12	33.3	0.685 ^b
AD	6	75.0	16	55.2	22	59.5		7	77.8	17	63.0	24	66.7	
Toplam	8	100.0	29	100.0	37	100.0		9	100.0	27	100.0	36	100.0	
Evre														
Evre 1	1	12.5	2	6.9	3	8.1	4.232 ^a 0.121	1	11.1	2	7.4	3	8.3	4.081 ^a 0.130
Evre 2	2	25.0	19	65.5	21	56.8		3	33.3	19	70.4	22	61.1	
Evre 3	5	62.5	8	27.6	13	35.1		5	55.6	6	22.2	11	30.6	
Toplam	8	100.0	29	100.0	37	100.0		9	100.0	27	100.0	36	100.0	

^a(Pearson Ki Kare Testi),

^b(Fisher 's Exact)

Araştırmaya katılan hastaların, post-test2 de sosyo-demografik özelliklerine göre, distres yaşama durumlarını tablo 11' de gösterilmiştir.

Post-test2 de girişim grubu 50 yaş altı hastaların % 75.9' sının, 51 yaş üstü hastaların % 24.1'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu yaş grupları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($\chi^2=0.013^b$ $p<0.05$). Kontrol grubunun 50 yaş altı %55.6'sının, 51 yaş üstü hastaların %44.4'unun distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu yaş grupları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.705^b$ $p>0.05$).

Post-test2 de girişim grubu evli hastaların %89.7'sinin, boşanmış/dul hastaların % 10.3'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların medeni durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($\chi^2=8.233^a$ 0.016 $p>0.05$). Kontrol grubunda evli hastaların % 81.5'sinin, boşanmış/dul hastaların %14.8'ünün, bekar hastaların %3.7'nün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların medeni durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.444^a$ 0.801 $p>0.05$).

Post-test2 de girişim grubunda ilkokul mezunu hastaların %24.1'sinin, ortaokul mezunu hastaların %13.8'ünün, lise mezunu hastaların %17.2'nin, üniversite mezunu hastaların %44.8'inin distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların eğitim durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=2.831^a$ 0.418 $p>0.05$). Kontrol grubunda ilkokul mezunu hastaların %33.3'nun, ortaokul mezunu hastaların % 18.5'ünün , lise mezunu hastaların %14.8'nin, üniversite mezunu %33.3'inin distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların eğitim durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.618^a$ 0.892 $p>0.05$).

Post-test2 de girişim grubunda çalışmayan hastaların %48.3'nin, çalışan hastaların %51.7'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların çalışma durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.246^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda çalışmayan hastaların % 81.5'nin, çalışan hastaların % 18.5'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol

grubu hastaların çalışma durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.184^b$ $p>0.05$).

Post-test2 de girişim grubunda kent merkezinde yaşayan hastaların % 41.4' sının, ilçede yaşayan hastaların %51.7'ünün , köy-kasaba yaşayan hastaların % 6.9'ün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların yaşadığı yer ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.710^a$ 0.701 $p>0.05$). Kontrol grubunda kent merkezinde yaşayan hastaların % 40.7'sının, ilçede yaşayan hastaların %48.1'ünün , köy-kasaba yaşayan %11.1'un distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların yaşadığı yer ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.096^a$ 0.578 $p>0.05$).

Post-test2 de girişim grubunda ekonomik durumu düşük hastaların % 13.8'sinin, ekonomik durumu orta hastaların % 86.2'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların ekonomik durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.557^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda ekonomik durumu düşük hastaların %22.2'sinin, ekonomik durumu orta hastaların %77.8'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastalarında ekonomik durum ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.652^b$ $p>0.05$).

Post-test2 de girişim grubunda düzenli egzersiz yapan hastaların % 13.8'sinin, düzenli egzersiz yapmayan hastaların %86.2'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların egzersiz yapma durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.557^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda düzenli egzersiz yapan hastaların % 22.2'sinin, düzenli egzersiz yapmayan hastaların %77.8'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların egzersiz yapma durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.652^b$ $p>0.05$).

Post-test2 de girişim grubunda parsiyel mastektomi olan hastaların % 37.9'nun, total mastektomi hastaların % 62.1'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların ameliyat türü ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.000^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda parsiyel mastektomi olan hastaların %37.0'sinin, total mastektomi hastaların %63.0'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların

ameliyat türü ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.000^b$ $p>0.05$).

Post-test2 de girişim grubunda aksiller cerrahi olmayan/SLNB olan hastaların % 44.8'sinin, aksiller disseksiyon hastaların % 55.2'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların aksiller cerrahi olma durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.431^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda aksiller cerrahi olmayan/SLNB olan hastaların %37.0'sinin, aksiller disseksiyon hastaların % 63.0 'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların aksiller cerrahi olma durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.685^b$ $p>0.05$).

Post-test2 de girişim grubunda 1.evre olan hastaların % 6.9'sinin, 2.evre olan hastaların % 65.5'ünün, 3.evre olan hastaların % 27.6'sinin distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların evresi ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=4.232^a$ 0.121 $p>0.05$). Kontrol grubunda 1.evre olan hastaların % 7.4' sının, 2.evre olan hastaların % 70.4 'ünün, 3.evre olan hastaların % 22.2' sının distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların evresi ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=4.081^a$ 0.130 $p>0.05$).

Tablo 13. Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Post-test3 Distres Yaşama Durumları

Sosyo Demografik	Girişim grubu							Kontrol grubu						İstatistik
	Distres Yok (<4)		Distres Var (≥4)		Toplam			Distres Yok (<4)		Distres Var (≥4)		Toplam		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Yaş Grupları														
50 yaş altı	5	50.0	19	70.4	24	64.9	0.275 ^b	4	66.7	17	56.7	21	58.3	1.000 ^b
51 yaş üstü	5	50.0	8	29.6	13	35.1		2	33.3	13	43.3	15	41.7	
Toplam	10	100.0	27	100.0	37	100.0		6	100.0	30	100.0	36	100.0	
Medeni Durum														
Evli	8	80.0	24	88.9	32	86.5	6.578 ^a 0.037	5	83.3	25	83.3	30	83.3	0.240 ^a 0.887
Bekar	2	20.0	-	-	2	5.4		-	-	1	3.3	1	2.8	
Boşanmış/Dul	-	-	3	11.1	3	8.1		1	16.7	4	13.3	5	13.9	
Toplam	10	100.0	27	100.0	37	100.0		6	100.0	30	100.0	36	100.0	
Eğitim Düzeyi														
İlkokul	3	30.0	7	25.9	10	27.0	6.191 ^a 0.103	1	16.7	12	40.0	13	36.1	3.359 ^a 0.340
Ortaokul	2	20.0	4	14.8	6	16.2		2	33.3	5	16.7	7	19.4	
Lise	4	40.0	3	11.1	7	18.9		-	-	5	16.7	5	13.9	
Üniversite	1	10.0	13	48.1	14	37.8		3	50.0	8	26.7	11	30.6	
Toplam	10	100.0	27	100.0	37	100.0		6	100.0	30	100.0	36	100.0	
Çalışma Durumu														
Çalışmıyor	5	50.0	15	55.6	20	54.1	1.000 ^b	4	66.7	23	76.7	27	75.0	0.627 ^b
Çalışıyor	5	50.0	12	44.4	17	45.9		2	33.3	7	23.3	9	25.0	
Toplam	10	100.0	27	100.0	37	100.0		6	100.0	30	100.0	36	100.0	
Yaşadığı Yer														
Kent Merkezi	3	30.0	12	44.4	15	40.5	1.761 ^a 0.415	3	50.0	12	40.0	15	41.7	0.720 ^a 0.698
İlçe	7	70.0	13	48.1	20	54.1		3	55.6	15	50.0	18	50.0	
Köy-Kasaba	-	-	2	7.4	2	5.4		-	-	3	10.0	3	8.3	
Toplam	10	100.0	27	100.0	37	100.0		6	100.0	30	100.0	36	100.0	
Ekonomik Durum														
Düşük	1	10.0	3	11.1	4	10.8	1.000 ^b	1	16.7	6	20.0	7	19.4	1.000 ^b
Orta	9	90.0	24	88.9	33	89.2		5	83.3	24	80.0	29	80.6	
Yüksek	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	
Toplam	10	100.0	27	100.0	37	100.0		9	100.0	27	100.0	36	100.0	
Düzenli Egzersiz														
Evet	-	-	4	14.8	4	10.8	0.557 ^b	3	50.0	4	13.3	7	19.4	0.073 ^b
Hayır	10	100.0	23	85.2	33	89.2		3	50.0	26	86.7	29	80.6	
Toplam	10	100.0	27	100.0	37	100.0		6	100.0	30	100.0	36	100.0	
Ameliyat Türü														
Par.mastektomi	5	50.0	9	33.3	14	37.8	0.454 ^b	2	33.3	11	36.7	13	36.1	1.000 ^b
Total mastektomi	5	50.0	18	66.7	23	62.2		4	66.7	19	63.3	23	63.9	
Toplam	10	100.0	27	100.0	37	100.0		6	100.0	30	100.0	36	100.0	
Aksiller Cerrahi														
yok/SLNB	2	20.0	13	48.1	15	40.5	0.153 ^b	1	16.7	11	36.7	12	33.3	0.640 ^b
AD	8	80.0	14	51.9	22	59.5		5	83.3	19	63.3	24	66.7	
Toplam	10	100.0	27	100.0	37	100.0		6	100.0	30	100.0	36	100.0	
Evre														
Evre 1	-	-	3	11.1	3	8.1	4.200 ^a 0.122	-	-	3	10.0	3	8.3	4.582 ^a 0.101
Evre 2	4	40.0	17	63.0	21	56.8		2	33.3	20	66.7	22	61.1	
Evre 3	6	60.0	7	25.9	13	35.1		4	66.7	7	23.3	11	30.6	
Toplam	10	100.0	27	100.0	37	100.0		6	100.0	30	100.0	36	100.0	

^a(Pearson Ki Kare Testi),

^b(Fisher 's Exact)

Araştırmaya katılan hastaların, post-test3 de sosyo-demografik özelliklerine göre, distres yaşama durumlarını tablo 13 de gösterilmiştir.

Post-test3 de girişim grubu 50 yaş altı hastaların %70.4'ünün, 51 yaş üstü hastaların % 29.6'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu yaş grupları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.275^b$ $p<0.05$). Kontrol grubunun 50 yaş altı %56.7'sinin, 51 yaş üstü hastaların %43.3'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu yaş grupları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.000^b$ $p>0.05$).

Post-test3 de girişim grubu evli hastaların %88.9'sinin, boşanmış/dul hastaların % 11.1'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların medeni durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($\chi^2=6.578^a$ 0.037 $p>0.05$). Kontrol grubunda evli hastaların % 83.3'ünün, boşanmış/dul hastaların %13.3'ünün, bekar hastaların %3.3'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların medeni durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.240^a$ 0.887 $p>0.05$).

Post-test3 de girişim grubunda ilkokul mezunu hastaların % 25.9'sinin, ortaokul mezunu hastaların %14.8'ünün, lise mezunu hastaların %11.1'nin, üniversite mezunu hastaların %48.1'inin distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların eğitim durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=6.191^a$ 0.103 $p>0.05$). Kontrol grubunda ilkokul mezunu hastaların %40.0'nun, ortaokul mezunu hastaların % 16.7'ünün, lise mezunu hastaların %16.7'nin, üniversite mezunu %26.7'inin distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların eğitim durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=3.359^a$ 0.340 $p>0.05$).

Post-test3 de girişim grubunda çalışmayan hastaların %55.6'nın, çalışan hastaların %44.4'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların çalışma durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.000^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda çalışmayan hastaların % 76.7'nin, çalışan hastaların % 23.3'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların çalışma durumları ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.627^b$ $p>0.05$).

Post-test3 de girişim grubunda kent merkezinde yaşayan hastaların % 44.4' sının, ilçede yaşayan hastaların %48.1'ünün, köy-kasaba yaşayan hastaların % 7.4'ün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların yaşadığı yer ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.761^a$ 0.415 $p>0.05$). Kontrol grubunda kent merkezinde yaşayan hastaların % 40.0' sının, ilçede yaşayan hastaların % 50.0'ünün , köy-kasaba yaşayan % 10.0'un distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların yaşadığı yer ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.720^a$ 0.698 $p>0.05$).

Post-test3 de girişim grubunda ekonomik durumu düşük hastaların % 11.1'sının, ekonomik durumu orta hastaların %88.9'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların ekonomik durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.000^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda ekonomik durumu düşük hastaların %20.0'sının, ekonomik durumu orta hastaların %80.0'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastalarında ekonomik durum ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.000^b$ $p>0.05$).

Post-test3 de girişim grubunda düzenli egzersiz yapan hastaların % 14.8'sinin, düzenli egzersiz yapmayan hastaların %85.2'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların egzersiz yapma durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.557^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda düzenli egzersiz yapan hastaların %13.3'sinin, düzenli egzersiz yapmayan hastaların % 86.7'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların egzersiz yapma durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.073^b$ $p>0.05$).

Post-test3 de girişim grubunda parsiyel mastektomi olan hastaların % 33.3'nun, total mastektomi hastaların % 66.7'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların ameliyat türü ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.454^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda parsiyel mastektomi olan hastaların %36.7'sinin, total mastektomi hastaların %63.3'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların ameliyat türü ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.000^b$ $p>0.05$).

Post-test3 de girişim grubunda aksiller cerrahi olmayan/SLNB olan hastaların % 48.1'sinin, aksiller disseksiyon hastaların % 51.9'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların aksiller cerrahi olma durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.153^b$ $p>0.05$). Kontrol grubunda aksiller cerrahi olmayan/slnb olan hastaların % 36.7' sının, aksiller disseksiyon hastaların %63.3'ünün distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların aksiller cerrahi olma durumu ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.640^b$ $p>0.05$).

Post-test3 de girişim grubunda 1.evre olan hastaların % 11.1' sının, 2.evre olan hastaların % 63.0'ünün, 3.evre olan hastaların % 25.9' sının distres yaşadığı görülmektedir. Girişim grubu hastaların evresi ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=4.200^a$ 0.122 $p>0.05$). Kontrol grubunda 1.evre olan hastaların % 10.0' sının, 2.evre olan hastaların % 66.7'ünün, 3.evre olan hastaların % 23.3' sının distres yaşadığı görülmektedir. Kontrol grubu hastaların evresi ile distres yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=4.582^a$ 0.101 $p>0.05$). (Tablo 13).

Tablo 14. Girişim Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-30 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Pre-test)

Destek gereksinimleri ölçeği Yaşam kalitesi QLQ-30	Tamam	Tedavi	Destek	Kadınlık ve Beden İmajı	Aile ve Arkadaşlar	Bilgi	Bakım Sonrası	Genel Toplam
Genel İyilik Hali	-.081 .632 37	.015 .931 37	.162 .339 37	.033 .846 37	.074 .665 37	.265 .112 37	.136 .423 37	.048 .776 37
Fiziksel fonksiyon	-.145 .391 37	.076 .655 37	.075 .660 37	-.009 .956 37	.059 .728 37	.014 .935 37	.180 .286 37	-.044 .797 37
Rol fonksiyon	-.085 .617 37	.147 .385 37	.066 .700 37	.125 .462 37	.173 .305 37	.042 .807 37	.226 .178 37	.007 .970 37
Ruhsal durum	-.312 .060 37	-.077 .661 37	-.028 .869 37	-.154 .364 37	-.242 .149 37	-.131 .439 37	.006 .971 37	-.210 .212 37
Bilişsel durum	-.118 .487 37	.032 .849 37	.049 .774 37	-.071 .678 37	-.089 .602 37	-.010 .955 37	.138 .414 37	-.079 .644 37
Sosyal durum	-.013 .938 37	.200 .235 37	.318 .055 37	.127 .455 37	.229 .173 37	.284 .088 37	.317 .056 37	.159 .346 37
Yorgunluk	-.198 .241 37	-.017 .921 37	.009 .358 37	.086 .613 37	.024 .889 37	.052 .760 37	-.027 .875 37	.121 .477 37
Bulantı-kusma	-.192 .256 37	.055 .746 37	.066 .700 37	.041 .811 37	.136 .423 37	.182 .282 37	.003 .984 37	.129 .447 37
Ağrı	-.011 .951 37	-.189 .264 37	-.200 .236 37	-.197 .243 37	-.251 .135 37	.188 .274 37	-.335 .043*	-.135 .426 37
Dispne	-.147 .385 37	-.126 .457 37	.022 .895 37	-.278 .095 37	-.185 .272 37	-.047 .780 37	-.203 .227 37	-.172 .307 37
Uyku Bozukluğu	.107 .528 37	-.158 .349 37	-.088 .603 37	.104 .539 37	.114 .501 37	.034 .841 37	-.325 .050 37	.025 .884 37
İştahsızlık	.135 .426 37	.004 .981 37	.142 .403 37	.166 .325 37	.136 .423 37	.153 .366 37	-.047 .780 37	.139 .412 37
Kabızlık	-.167 .322 37	-.319 .054 37	-.106 .534 37	-.206 .222 37	-.138 .416 37	-.135 .425 37	-.063 .712 37	-.194 .251 37
İshal	.175 .301 37	.007 .969 37	.012 .942 37	.175 .300 37	.191 .258 37	.138 .417 37	-.076 .654 37	.154 .364 37
Finansal zorluk	.058 .731 37	-.072 .673 37	.070 .680 37	.018 .917 37	.058 .732 37	-.057 .739 37	.052 .759 37	.021 .904 37

* Pearson Korelasyon Testi

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği ile meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri ölçeği arasındaki ilişki pearson korelasyon testi ile değerlendirildiğinde değişkenler arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 14). Pre-testte grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği ağrı alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği bakım sonrası alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-.335$ $p=0.043^*$ $p<0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-

30 ölçeği ağrı alt boyutunda ağrı düzeyi arttıka destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu bakım sonrasının azaldığı saptanmıştır.

Tablo 15. Kontrol Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-30 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Pre-test)

Destek gereksinimleri ölçeği Yaşam kalitesi QLQ-30	Tanı	Tedavi	Destek	Kadınlık ve Beden İmajı	Aile ve Arkadaşlar	Bilgi	Bakım Sonrası	Genel Toplam
Genel İyilik Hali	.080 .644 36	.071 .682 36	.194 .256 36	.011 .949 36	-.115 .504 36	.040 .816 36	.130 .450 36	.028 .871 36
Fiziksel fonksiyon	-.059 .732 36	.378 .023* 36	.376 .024* 36	.314 .062 36	.296 .079 36	.081 .641 36	.262 .123 36	.279 .099 36
Rol fonksiyon	.071 .681 36	.014 .935 36	-.056 .745 36	-.145 .399 36	-.088 .610 36	-.226 .185 36	-.004 .983 36	-.082 .633 36
Ruhsal durum	-.398 .016* 36	.059 .733 36	-.017 .922 36	-.035 .841 36	.053 .758 36	-.019 .912 36	.163 .342 36	-.141 .413 36
Bilişsel durum	-.121 .482 36	.221 .194 36	.027 .876 36	-.016 .925 36	.080 .641 36	.070 .684 36	.171 .318 36	-.004 .982 36
Sosyal durum	-.126 .466 36	.231 .175 36	.076 .661 36	-.113 .511 36	.084 .626 36	.018 .918 36	.172 .316 36	.003 .985 36
Yorgunluk	-.072 .678 36	.295 .080 36	-.155 .336 36	-.147 .393 36	-.080 .643 36	-.085 .621 36	-.441 .007* 36	-.188 .271 36
Bulantı-kusma	-.128 .457 36	.126 .465 36	.227 .184 36	.011 .948 36	.056 .746 36	.295 .080 36	.330 .049* 36	.069 .689 36
Ağrı	-.104 .545 36	-.238 .162 36	-.165 .337 36	.004 .981 36	-.130 .451 36	-.003 .986 36	-.335 .046 36	-.142 .409 36
Dispne	-.036 .834 36	-.112 .515 36	-.068 .696 36	-.028 .872 36	-.003 .987 36	.098 .570 36	-.273 .107 36	-.006 .974 36
Uyku Bozukluğu	.018 .918 36	-.401 .015* 36	-.356 .003* 36	-.193 .260 36	-.016 .927 36	-.143 .406 36	-.278 .101 36	-.208 .224 36
İştahsızlık	-.209 .221 36	-.062 .721 36	.054 .753 36	-.101 .560 36	-.039 .823 36	-.061 .724 36	-.105 .542 36	-.124 .472 36
Kabızlık	.058 .738 36	-.060 .728 36	.035 .840 36	.106 .538 36	.162 .344 36	.430 .009* 36	.173 .313 36	.127 .461 36
Ishal	-.145 .397 36	-.306 .069 36	-.139 .420 36	-.090 .601 36	-.117 .498 36	-.177 .301 36	-.311 .065 36	-.226 .184 36
Finansal zorluk	.008 .962 36	-.091 .599 36	.022 .897 36	.060 .727 36	-.083 .629 36	.158 .358 36	-.015 .931 36	.025 .885 36

* Pearson Korelasyon Testi

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği ile meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri ölçeği arasındaki ilişki pearson korelasyon testi ile değerlendirildiğinde değişkenler arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 15). Pre-teste kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği ruhsal durum alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği tanı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.398$ $p = 0.016^*$ $p < 0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30

ölçeği ruhsal durum alt boyutunda ruhsal durum düzeyi arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tanı gereksinimin azaldığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği Fiziksel fonksiyon alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r= 378$ $p=0.023^*$ $p<0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutunda fiziksel fonksiyon düzeyi arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tedavi gereksinimin arttığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği uyku bozukluğu alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r= -401$ $p=0.015^*$ $p<0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği uyku bozukluğu alt boyutunda uyku bozukluğu düzeyi arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tedavi gereksinimin azaldığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği destek alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r= 376$ $p=0.024^*$ $p<0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutunda fiziksel fonksiyon düzeyi arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu destek gereksinimin arttığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği uyku bozukluğu alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği destek alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r= -356$ $p=0.003^*$ $p<0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği uyku bozukluğu alt boyutunda uyku bozukluğu düzeyi arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu destek gereksinimin azaldığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği kabızlık alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği bilgi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r= 430$ $p=0.009^*$ $p<0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği kabızlık alt boyutunda kabızlık düzeyi arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu bilgi gereksinimin arttığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği bakım sonrası alt boyutu arasında

istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.441$ $p = .007^*$ $p < 0.05$, $r = .330$ $p = .049^*$ $p < 0.05$, $r = -.335$ $p = .046^*$ $p < 0.05$).

Tablo 16. Girişim Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-30 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-test1)

Destek gereksinimleri ölçeği Yaşam kalitesi QLQ-30	Tanı	Tedavi	Destek	Kadınlık ve Beden İmajı	Aile ve Arkadaşlar	Bilgi	Bakım Sonrası	Genel Toplam
Genel İyilik Hali	.073 .668 37	.038 .824 37	.080 .638 37	.034 .841 37	.112 .510 37	-.026 .877 37	-.045 .789 37	.077 .649 37
Fiziksel fonksiyon	-.238 .156 37	-.241 .151 37	.028 .871 37	-.200 .236 37	-.124 .465 37	-.195 .246 37	-.505 .001 37	-.291 .080 37
Rol fonksiyon	.021 .904 37	-.138 .415 37	-.079 .643 37	-.120 .481 37	-.044 .795 37	-.090 .595 37	-.251 .134 37	-.082 .630 37
Ruhsal durum	-.577 .000* 37	-.448 .005 37	-.391 .017 37	-.423 .009 37	-.169 .318 37	-.473 .003 37	-.226 .179 37	-.556 .000 37
Bilişsel durum	-.355 .031 37	-.288 .084 37	-.134 .428 37	-.392 .016 37	-.109 .523 37	-.233 .166 37	-.153 .365 37	-.349 .034 37
Sosyal durum	-.254 .129 37	-.214 .204 37	-.200 .236 37	-.283 .089 37	-.072 .671 37	-.250 .135 37	-.391 .017 37	-.307 .065 37
Yorgunluk	-.436 .007 37	.407 .012 37	.254 .129 37	.262 .117 37	.234 .163 37	.425 .009 37	.295 .077 37	.475 .003 37
Bulantı-kusma	-.401 .014 37	.015 .661 37	.146 .389 37	.223 .185 37	.120 .480 37	.009 .959 37	.244 .146 37	.288 .084 37
Ağrı	-.398 .015 37	.292 .080 37	.207 .218 37	.264 .114 37	.090 .597 37	.327 .048 37	.338 .041 37	.428 .008 37
Dispne	-.036 .834 37	.343 .037 37	.227 .176 37	.267 .110 37	-.015 .928 37	.340 .040 37	.107 .530 37	.329 .047 37
Uyku Bozukluğu	.018 .918 37	.262 .117 37	.071 .676 37	.226 .179 37	.169 .316 37	.200 .236 37	.090 .598 37	.304 .068 37
İştahsızlık	-.209 .221 37	.260 .120 37	.181 .283 37	.160 .344 37	-.027 .875 37	.214 .202 37	.230 .170 37	.230 .170 37
Kabızlık	.058 .738 37	.268 .108 37	-.052 .761 37	.138 .415 37	-.057 .738 37	.120 .480 37	.191 .258 37	.201 .232 37
İshal	-.145 .397 37	.083 .625 37	.114 .500 37	.058 .733 37	.043 .799 37	.049 .773 37	.022 .896 37	.073 .668 37
Finansal zorluk	.008 .962 37	.333 .044 37	.188 .264 37	.205 .223 37	.038 .824 37	.226 .179 37	.173 .306 37	.361 .028 37

* Pearson Korelasyon Testi

Post-test1 de girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği ile meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri ölçeği arasındaki ilişki pearson korelasyon testi ile değerlendirildiğinde değişkenler arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 16). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği ruhsal durum, bilişsel durum, yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı alt boyutu ile destek

gereksinimleri ölçeği tanı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.577$ $p = .000^*$ $p < 0.05$, $r = -.355$ $p = .031$ $p < 0.05$, $r = -.436$ $p = .007$ $p < 0.05$, $r = -.401$ $p = .014$ $p < 0.05$, $r = -.398$ $p = .015$ $p < 0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutunda ruhsal durum, bilişsel durum, yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı düzeyi arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tanı gereksiniminin azaldığı saptanmıştır.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği ruhsal durum, yorgunluk, dispne, finansal zorluk alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.448$ $p = .005$ $p < 0.05$, $r = .407$ $p = .012$ $p < 0.05$, $r = .343$ $p = .037$ $p < 0.05$, $r = .333$ $p = .044$ $p < 0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutunda ruhsal durum arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tedavi gereksiniminin azaldığı saptanmıştır. Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutunda yorgunluk, dispne, finansal zorluk düzeyi arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tedavi gereksiniminin arttığı saptanmıştır.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği ruhsal durum, bilişsel durum alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.423$ $p = .009$ $p < 0.05$, $r = -.392$ $p = .016$ $p < 0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutunda ruhsal durum, bilişsel durum düzeyi arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu kadınlık ve beden imajı gereksiniminin azaldığı saptanmıştır.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği ruhsal durum, ağrı, dispne, alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği bilgi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.473$ $p = .003$ $p < 0.05$, $r = .327$ $p = .048$ $p < 0.05$, $r = .340$ $p = .040$ $p < 0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutunda ruhsal durum düzeyi arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu bilgi gereksiniminin azaldığı, ağrı, dispne düzeyi arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu bilgi gereksiniminin arttığı saptanmıştır.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği fiziksel fonksiyon , sosyal durum, ağrı alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği Bakım Sonrası alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.505$ $p = .001$ $p < 0.05$, $r = -.391$ $p = .017$ $p < 0.05$, $r = .338$ $p = .041$ $p < 0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutunda fiziksel fonksiyon , sosyal durum düzeyi arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu bakım sonrası gereksiniminin azaldığı, ağrı

düzeyi arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu bakım sonrası gereksiniminin arttığı saptanmıştır.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği ruhsal durum, yorgunluk, ağrı, finansal zorluk alt boyutu ile genel destek gereksinimleri ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.556$ $p = .000$ $p < 0.05$, $r = .475$ $p = .003$ $p < 0.05$, $r = .428$ $p = .008$ $p < 0.05$, $r = .361$ $p = .028$ $p < 0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutunda ruhsal durum düzeyi arttıkça genel destek gereksinimlerinin azaldığı, yorgunluk, ağrı, finansal zorluk düzeyi arttıkça genel destek gereksinimlerinin arttığı saptanmıştır.



Tablo 17. Kontrol Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-30 Ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki(Post-test1)

Destek gereksinimi ölçeği Yaşam kalitesi QLQ-30	Tanı	Tedavi	Destek	Kadınlık ve Beden İmajı	Aile ve Arkadaşlar	Bilgi	Bakım Sonrası	Genel Toplam
Genel İyilik Hali	-.193 .261 36	.074 .667 36	.248 .145 36	-.167 .332 36	.057 .742 36	.040 .816 36	.095 .582 36	-.010 .956 36
Fiziksel fonksiyon	-.061 .722 36	-.190 .266 36	-.216 .206 36	.235 .168 36	-.049 .778 36	.081 .641 36	-.170 .321 36	-.043 .804 36
Rol fonksiyon	.108 .530 36	-.211 .216 36	.012 .945 36	-.089 .606 36	-.165 .338 36	-.226 .185 36	-.216 .206 36	-.108 .531 36
Ruhsal durum	-.244 .151 36	-.004 .981 36	-.055 .748 36	-.288 .089 36	.134 .434 36	-.019 .912 36	.177 .303 36	.084 .628 36
Bilişsel durum	.218 .202 36	.038 .826 36	.050 .770 36	.013 .939 36	.113 .512 36	.070 .684 36	-.026 .880 36	.163 .342 36
Sosyal durum	.015 .933 36	-.104 .546 36	-.043 .804 36	-.007 .969 36	.096 .578 36	.018 .918 36	-.072 .677 36	.031 .860 36
Yorgunluk	-.035 .837 36	.004 .979 36	-.162 .346 36	-.357 .033 36	-.006 .974 36	-.085 .621 36	.043 .802 36	-.210 .220 36
Bulantı-kusma	.064 .713 36	-.001 .998 36	-.046 .791 36	-.174 .310 36	-.123 .473 36	.295 .080 36	-.119 .490 36	-.056 .746 36
Ağrı	-.139 .419 36	-.036 .836 36	-.206 .228 36	-.347 .038 36	.175 .309 36	-.003 .986 36	.039 .821 36	-.248 .144 36
Dispne	-.050 .773 36	.197 .250 36	-.045 .794 36	-.200 .243 36	-.011 .948 36	-.020 .910 36	.101 .559 36	-.041 .812 36
Uyku Bozukluğu	.109 .529 36	-.051 .769 36	-.044 .800 36	-.094 .587 36	-.009 .957 36	-.037 .831 36	.056 .747 36	-.039 .819 36
İştahsızlık	.048 .782 36	-.134 .435 36	-.101 .556 36	-.225 .187 36	.062 .720 36	-.136 .430 36	.042 .806 36	-.119 .488 36
Kabızlık	.103 .552 36	.214 .210 36	.160 .350 36	-.022 .896 36	.155 .366 36	.124 .470 36	.242 .155 36	.166 .335 36
İshal	-.116 .500 36	.024 .888 36	.147 .394 36	-.135 .431 36	-.069 .690 36	-.024 .891 36	-.037 .832 36	-.080 .643 36
Finansal zorluk	-.013 .939 36	-.111 .518 36	.042 .808 36	.046 .791 36	-.122 .479 36	.233 .172 36	.238 .163 36	.023 .895 36

* Pearson Korelasyon Testi

Kontrol grubu post-test1 de yaşam kalitesi QLQ-30 ve destek gereksinimleri arasındaki ilişki tablo 17 gösterilmiştir.

Kontrol grubunda post-test1 yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği yorgunluk, ağrı, alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği kadınlik ve beden imajı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-.357$ $p=.033$ $p<0.05$, $r=-.347$ $p=.038$ $p<0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutunda yorgunluk, ağrı düzeyi arttıkça destek gereksinimleri ölçeği kadınlik ve beden imajı alt boyutu azaldığı saptanmıştır.

Tablo 18. Girişim Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-30 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-test2)

Destek gereksinimi Ölçeği	Tanı	Tedavi	Destek	Kadınlık ve Beden İmajı	Aile ve Arkadaşlar	Bilgi	Bakım Sonrası	Genel Toplam	
Yaşam Kalitesi QLQ-30									
	Genel İyilik Hali	.025 .883 37	-.293 .078 37	-.022 .898 37	.048 .776 37	-.212 .208 37	-.143 .399 37	-.269 .108 37	-.113 .504 37
	Fiziksel fonksiyon	-.031 .857 37	-.002 .991 37	-.183 .277 37	-.242 .149 37	-.172 .308 37	-.101 .552 37	-.177 .296 37	-.155 .360 37
Rol fonksiyon	.138 .415 37	.118 .486 37	-.047 .782 37	-.012 .945 37	-.185 .273 37	-.211 .210 37	-.175 .301 37	.018 .916 37	
Ruhsal durum	-.110 .517 37	.018 .917 37	-.168 .319 37	-.164 .331 37	-.179 .289 37	-.099 .559 37	-.136 .421 37	-.073 .668 37	
Bilişsel durum	-.242 .150 37	-.002 .991 37	-.234 .164 37	-.149 .378 37	-.026 .879 37	-.284 .088 37	-.183 .278 37	-.124 .434 37	
Sosyal durum	-.292 .080 37	-.291 .080 37	-.133 .434 37	-.064 .708 37	-.012 .942 37	-.198 .240 37	-.200 .235 37	-.217 .196 37	
Yorgunluk	.178 .293 37	.190 .261 37	.383 .019 37	.294 .078 37	.401 .014 37	.282 .091 37	.247 .140 37	.338 .040 37	
Bulantı-kusma	-.023 .891 37	-.005 .974 37	.001 .994 37	-.010 .952 37	.218 .195 37	.157 .355 37	.207 .218 37	.025 .885 37	
Ağrı	.083 .625 37	.142 .403 37	.062 .716 37	.050 .767 37	.239 .153 37	.148 .381 37	.168 .320 37	.139 .410 37	
Dispne	-.009 .956 37	.021 .903 37	.022 .899 37	-.050 .767 37	-.197 .243 37	-.077 .650 37	-.028 .871 37	.018 .916 37	
Uyku Bozukluğu	.256 .126 37	.226 .178 37	.208 .216 37	.014 .936 37	-.008 .963 37	.138 .417 37	.001 .994 37	.147 .385 37	
İştahsızlık	.004 .980 37	-.001 .995 37	.035 .836 37	-.052 .760 37	.131 .441 37	.075 .661 37	.005 .975 37	.002 .991 37	
Kabızlık	-.097 .568 37	-.198 .241 37	.030 .861 37	-.108 .525 37	-.323 .051 37	.003 .988 37	-.238 .156 37	-.176 .297 37	
İshal	.357 .030 37	.063 .712 37	.306 .065 37	.182 .281 37	.149 .378 37	.113 .507 37	.073 .668 37	.258 .123 37	
Finansal zorluk	.027 .876 37	-.046 .789 37	.096 .572 37	-.005 .977 37	.007 .966 37	-.188 .264 37	-.300 .071 37	-.054 .753 37	

* Pearson Korelasyon Testi

Girişim grubu post-test2 de yaşam kalitesi QLQ-30 ve destek gereksinimleri arasındaki ilişki tablo 18 de gösterilmiştir.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği ishal alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği tanı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = .357$ $p = .030$ $p < 0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutunda ishal durumu arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tanı gereksiniminin arttığı saptanmıştır.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği yorgunluk alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği destek, aile ve arkadaşlar alt boyutu ve genel destek gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=.383$ $p=.019$ $p<0.05$, $r= .401$ $p= .014$ $p<0.05$, $r= .338$ $p= .040$ $p<0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutunda yorgunluk durumu arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu destek, aile ve arkadaşlar ve genel destek gereksinimleri gereksiniminin arttığı saptanmıştır.

Tablo 19. Kontrol Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-30 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-test2)

Destek Gereksinimleri Ölçeği Yaşam kalitesi QLQ-30	Tanı	Tedavi	Destek	Kadınlık ve Beden İmajı	Aile ve Arkadaşlar	Bilgi	Bakım Sonrası	Genel Toplam
Genel İyilik Hali	-.249 .143 36	-.126 .464 36	-.167 .331 36	-.003 .984 36	-.098 .570 36	-.065 .706 36	-.203 .235 36	-.168 .328 36
Fiziksel fonksiyon	-.067 .697 36	-.172 .316 36	-.012 .945 36	.472 .004 36	.063 .715 36	-.007 .969 36	.014 .935 36	.033 .850 36
Rol fonksiyon	-.267 .116 36	-.386 .020 36	.049 .777 36	.314 .062 36	.029 .867 36	.139 .420 36	.011 .948 36	.101 .557 36
Ruhsal durum	-.052 .764 36	-.139 .420 36	-.131 .445 36	.138 .424 36	-.030 .861 36	-.002 .990 36	.026 .881 36	-.053 .759 36
Bilişsel durum	.136 .427 36	-.012 .944 36	-.070 .684 36	.257 .130 36	.092 .595 36	.031 .857 36	.280 .098 36	.140 .415 36
Sosyal durum	-.153 .372 36	-.164 .338 36	.129 .453 36	.215 .208 36	.068 .693 36	.040 .817 36	.036 .835 36	-.056 .746 36
Yorgunluk	.084 .626 36	.140 .415 36	-.063 .713 36	-.423 .010 36	-.087 .616 36	-.165 .335 36	-.116 .501 36	-.086 .618 36
Bulantı-kusma	.117 .437 36	.172 .317 36	.158 .358 36	-.334 .047 36	.111 .519 36	.168 .328 36	.165 .335 36	.065 .705 36
Ağrı	-.058 .736 36	.126 .465 36	-.178 .299 36	-.359 .031 36	-.090 .600 36	-.210 .220 36	-.127 .459 36	-.140 .417 36
Dispne	-.046 .789 36	.014 .937 36	.005 .975 36	-.087 .613 36	-.040 .817 36	.147 .392 36	.060 .727 36	-.073 .671 36
Uyku Bozukluğu	.012 .946 36	.077 .655 36	.000 .999 36	-.212 .214 36	.013 .941 36	.032 .852 36	-.171 .320 36	.030 .860 36
İştahsızlık	.201 .239 36	-.119 .489 36	-.098 .569 36	-.276 .103 36	-.160 .352 36	-.094 .585 36	-.240 .158 36	-.211 .217 36
Kabızlık	.067 .696 36	.137 .424 36	.256 .132 36	-.060 .730 36	.049 .776 36	.107 .533 36	-.131 .447 36	.111 .519 36
Ishal	-.208 .223 36	-.137 .424 36	.044 .800 36	-.242 .155 36	-.158 .359 36	-.064 .712 36	-.049 .777 36	-.207 .226 36
Finansal zorluk	-.013 .939 36	-.062 .721 36	-.065 .705 36	.074 .667 36	.302 .073 36	.154 .368 36	.199 .245 36	-.031 .857 36

* Pearson Korelasyon Testi

Kontrol grubu post-test2 de yaşam kalitesi QLQ-30 ve destek gereksinimleri arasındaki ilişki tablo 19 da gösterilmiştir.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği rol fonksiyon alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.386$ $p = .020$ $p < 0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutunda rol fonksiyon durumu arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tedavi gereksiniminin azaldığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği fiziksel fonksiyon, yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = .472$ $p = .004$ $p < 0.05$, $r = -.423$ $p = .010$ $p < 0.05$, $r = -.334$ $p = .047$ $p < 0.05$, $r = -.359$ $p = .031$ $p < 0.05$) Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutu fiziksel fonksiyon durumu arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu kadınlık ve beden imajının arttığı, yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutunda yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı durumu arttıkça, destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu kadınlık ve beden imajının azaldığı saptanmıştır.

Tablo 20. Girişim Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-30 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-Test- 3)

Destek Gereksinimi Ölçeği Yaşam kalitesi QLQ-30	Tanı	Tedavi	Destek	Kadınlık ve Beden İmajı	Aile ve Arkadaşlar	Bilgi	Bakım Sonrası	Genel Toplam
Genel İyilik Hali	-.292 .079 37	-.297 .074 37	-.256 .127 37	.040 .812 37	-.002 .991 37	-.102 .548 37	-.091 .593 37	-.172 .309 37
Fiziksel fonksiyon	-.122 .473 37	-.305 .066 37	-.249 .137 37	-.195 .248 37	-.114 .500 37	-.250 .135 37	-.482 .002 37	-.285 .087 37
Rol fonksiyon	-.114 .503 37	.178 .293 37	-.287 .085 37	-.066 .698 37	-.200 .236 37	-.169 .317 37	-.454 .005 37	-.219 .193 37
Ruhsal durum	-.200 .236 37	-.037 .827 37	.008 .965 37	-.039 .818 37	-.202 .230 37	-.073 .666 37	-.297 .074 37	-.105 .538 37
Bilişsel durum	-.249 .137 37	-.150 .376 37	-.196 .246 37	-.010 .954 37	-.209 .214 37	-.130 .442 37	-.136 .422 37	-.155 .361 37
Sosyal durum	-.493 .002 37	-.235 .162 37	-.423 .009 37	-.134 .429 37	-.145 .391 37	-.307 .064 37	-.212 .207 37	-.315 .031 37
Yorgunluk	.307 .064 37	.312 .060 37	.263 .116 37	.212 .209 37	.085 .616 37	.179 .289 37	.341 .039 37	.284 .089 37
Bulantı-kusma	.006 .974 37	.109 .520 37	.052 .759 37	-.130 .443 37	.064 .706 37	.184 .275 37	.103 .544 37	.054 .753 37
Ağrı	.135 .426 37	.146 .387 37	.183 .280 37	.103 .544 37	.208 .216 37	.226 .180 37	.166 .326 37	.202 .230 37
Dispne	.066 .699 37	.023 .891 37	-.124 .464 37	-.065 .700 37	-.051 .763 37	-.022 .897 37	.043 .802 37	-.039 .818 37
Uyku Bozukluğu	.127 .454 37	.101 .551 37	-.016 .925 37	.286 .087 37	.332 .045 37	.432 .008 37	.304 .067 37	.269 .108 37
İştahsızlık	-.093 .585 37	.054 .751 37	.073 .666 37	-.210 .212 37	.123 .468 37	.046 .788 37	.115 .497 37	-.071 .675 37
Kabızlık	-.204 .227 37	-.014 .934 37	-.162 .337 37	-.268 .109 37	.024 .890 37	.101 .551 37	.226 .178 37	-.139 .412 37
İshal	.544 .001 37	.451 .005 37	.414 .011 37	.499 .002 37	.340 .040 37	.497 .002 37	.396 .015 37	.648 .000 37
Finansal zorluk	.136 .422 37	-.079 .644 37	-.091 .591 37	.066 .696 37	.180 .286 37	.042 .805 37	.086 .612 37	.075 .659 37

* Pearson Korelasyon Testi

Girişim grubu post-test3 de yaşam kalitesi QLQ-30 ve destek gereksinimleri arasındaki ilişki tablo 20 de gösterilmiştir.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği sosyal durum ,alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği tanı, destek alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.482 .002 p < 0.05$, $r = -.493 .002 p < 0.05$, $-.315 .031 p < 0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutunda sosyal

durum arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tanı, destek ve genel destek gereksiniminin azaldığı saptanmıştır.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon, alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği tanı, destek alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-.493$.002 $p<0.05$, $r=-.454$.005 $p<0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutunda fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu bakım sonrası gereksiniminin azaldığı saptanmıştır.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği uyku bozukluğu alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar, bilgi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=.332$.045 $p<0.05$, $r=.432$.008 $p<0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutunda uyku bozukluğu arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu aile ve arkadaşlar, bilgi gereksiniminin arttığı saptanmıştır.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği İshal alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği tanı, tedavi, destek, kadınlık ve beden imajı, aile ve arkadaşlar ,bilgi bakım sonrası alt boyutu ve genel destek gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=.544$ $p=.001$ $p<0.05$, $r=.451$ $p=.005$ $p<0.05$, $r=.414$ $p=.011$ $p<0.05$, $r=.499$ $p=.002$, $r=.340$ $p=.040$ $p<0.05$, $r=.497$ $p=.002$ $p<0.05$, $r=.396$ $p=.015$ $p<0.05$, $.648$ $p=.000$ $p<0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutunda ishal arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tanı, tedavi, destek, kadınlık ve beden imajı, aile ve arkadaşlar, bilgi bakım sonrası alt boyutu ve genel destek gereksiniminin arttığı saptanmıştır.

Tablo 21. Kontrol Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-30 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki(Post-test3)

Destek Gereksinimi Ölçeği Yaşam Kalitesi QLQ-30	Tanı	Tedavi	Destek	Kadınlık Ve Beden İmajı	Aile Ve Arkadaşlar	Bilgi	Bakım Sonrası	Genel Toplam
Genel İyilik Hali	-.241 .157 36	-.290 .086 36	-.212 .214 36	-.149 .385 36	-.436 .008 36	-.313 .063 36	-.057 .739 36	-.280 .098 36
Fiziksel Fonksiyon	.005 .977 36	-.159 .353 36	-.009 .957 36	.208 .223 36	-.045 .794 36	.056 .745 36	.079 .645 36	.077 .657 36
Rol Fonksiyon	-.059 .734 36	-.324 .054 36	-.329 .050 36	-.099 .566 36	-.386 .020 36	-.303 .072 36	-.126 .465 36	-.209 .221 36
Ruhsal Durum	-.092 .593 36	-.134 .434 36	-.364 .029 36	-.147 .393 36	-.492 .002 36	-.309 .067 36	-.169 .325 36	-.217 .203 36
Bilişsel Durum	.029 .868 36	.013 .938 36	-.261 .124 36	-.196 .251 36	-.313 .063 36	-.113 .513 36	.029 .868 36	-.046 .791 36
Sosyal Durum	-.007 .969 36	-.186 .279 36	-.143 .407 36	-.167 .330 36	-.345 .039 36	-.158 .358 36	-.064 .711 36	-.144 .403 36
Yorgunluk	.082 .634 36	.347 .038 36	.142 .409 36	.013 .939 36	.204 .233 36	.162 .344 36	.060 .727 36	.145 .398 36
Bulantı-Kusma	.122 .477 36	.249 .143 36	.268 .114 36	-.104 .547 36	.103 .549 36	.142 .410 36	.112 .516 36	.133 .438 36
Ağrı	-.124 .473 36	-.030 .861 36	.046 .791 36	-.052 .764 36	.049 .778 36	-.070 .684 36	-.072 .675 36	-.094 .587 36
Dispne	.047 .786 36	-.014 .933 36	.067 .698 36	-.123 .474 36	-.070 .687 36	-.054 .755 36	-.028 .872 36	-.016 .927 36
Uyku Bozukluğu	-.200 .242 36	-.020 .907 36	-.026 .882 36	-.183 .286 36	-.163 .341 36	-.045 .796 36	-.010 .956 36	-.163 .342 36
İştahsızlık	-.001 .997 36	.242 .154 36	.351 .036 36	-.227 .182 36	.293 .083 36	.184 .283 36	.281 .097 36	.189 .271 36
Kabızlık	-.116 .501 36	-.001 .994 36	.090 .603 36	.057 .740 36	.090 .602 36	.006 .974 36	-.003 .987 36	-.018 .919 36
Ishal	-.240 .159 36	-.161 .348 36	-.039 .823 36	-.137 .426 36	.002 .993 36	-.144 .402 36	-.217 .203 36	-.262 .122 36
Finansal Zorluk	-.079 .648 36	.304 .072 36	.473 .004 36	.055 .751 36	.350 .037 36	.124 .473 36	.175 .308 36	.151 .380 36

* Pearson Korelasyon Testi

Kontrol grubu post-test3 de yaşam kalitesi QLQ-30 ve destek gereksinimleri arasındaki ilişki tablo 21 de gösterilmiştir.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği genel iyilik hali alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır($r=-.436$ $p=.008$ $p<0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutu genel iyilik hali durumu arttıkça destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutunun azaldığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği rol fonksiyon alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.386$ $p = .020$ $p < 0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutu rol fonksiyon durumu arttıkça destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutunun azaldığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği ruhsal durum alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği destek, aile ve arkadaşlar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.364$ $p = .029$ $p < 0.05$, $r = -.386$ $p = .020$ $p < 0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutu ruhsal durum durumu arttıkça destek gereksinimleri ölçeği destek, aile ve arkadaşlar alt boyutunun azaldığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği sosyal durum alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.345$ $p = .039$ $p < 0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutu sosyal durum durumu arttıkça destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutunun azaldığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği yorgunluk alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = .347$ $p = .038$ $p < 0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutu yorgunluk durumu arttıkça destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutunun arttığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği iştahsızlık alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği destek alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = .351$ $p = .036$ $p < 0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutu iştahsızlık durumu arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu destek gereksinimlerinin de arttığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği finansal zorluk alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği destek, aile ve arkadaşlar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = .473$ $p = .004$ $p < 0.05$, $r = .350$ $p = .037$ $p < 0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği alt boyutu finansal zorluk durumu arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu destek ve aile ve arkadaşlar gereksinimlerinin de arttığı saptanmıştır.

Tablo 22. Girişim Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-23 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Pre-test)

Destek gereksinimi ölçeği Yaşam kalitesi QLQ-23	Tanı	Tedavi	Destek	Kadınlık ve Beden İmajı	Aile ve Arkadaş lar	Bilgi	Bakım Sonrası	Genel Toplam
Beden imgesi	-.273 .102 37	-.061 .720 37	.018 .914 37	-.135 .426 37	-.066 .696 37	.022 .897 37	.047 .783 37	-.132 .436 37
Cinsel Yaşam	.119 .482 37	-.002 .990 37	-.126 .457 37	-.193 .254 37	-.111 .515 37	-.238 .156 37	-.483 .002* 37	.036 .834 37
Cinsel Doyum	-.192 .460 17	-.441 .101 17	-.107 .682 17	.047 .857 17	-.246 .341 17	-.213 .411 17	- - -	-.291 .256 17
Gelecek kaygısı	-.364 .027* 37	-.221 .189 37	-.396 .015* 37	-.267 .111 37	-.318 .055 37	-.307 .065 37	-.133 .434 37	-.335 .042* 37
Sistemik Yan Etkiler	.214 .203 37	-.059 .727 37	-.128 .451 37	.069 .685 37	.092 .589 37	-.094 .581 37	-.107 .528 37	.057 .737 37
Meme Semptomları	-.037 .828 37	-.150 .375 37	-.209 .214 37	-.209 .215 37	-.172 .308 37	-.143 .400 37	-.190 .260 37	-.157 .354 37
Kol Semptomları	.064 .708 37	-.037 .828 37	-.179 .289 37	-.149 .379 37	-.100 .555 37	.106 .533 37	-.123 .469 37	-.063 .711 37
Saç Dökülmesi	.497 .071 14	.190 .516 14	.039 .894 14	.132 .653 14	.180 .539 14	.247 .395 14	.056 .849 14	.333 .244 14

* Pearson Korelasyon Testi

Girişim grubu pre-test de yaşam kalitesi QLQ-23 ve destek gereksinimleri arasındaki ilişki tablo 22 de gösterilmiştir.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği cinsel yaşam alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği bakım sonrası alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-.483$ $p=.002$ $p<0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği cinsel yaşam alt boyutu arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu bakım sonrası gereksiniminin azaldığı saptanmıştır.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği gelecek kaygısı alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği tanı, destek alt boyutu ve genel destek gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-.364$ $p=.027^*$ $p<0.05$, $r=-.396$ $p=.015$ $p<0.05$, $r=-.335$ $p=.042$ $p<0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği gelecek kaygısı alt boyutu arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tanı, destek alt boyutu ve genel destek gereksinimleri gereksiniminin azaldığı saptanmıştır.

Tablo 23. Kontrol Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-30 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Pre-test)

Destek Gereksinimi Ölçeği	Tam	Tedavi	Destek	Kadınlık Ve Beden İmajı	Aile Ve Arkadaş lar	Bilgi	Bakım Sonrası	Genel Toplam
Yaşam Kalitesi QLQ-23								
Beden İmgesi	-.185 .280 36	-.074 .666 36	.073 .674 36	.000 .998 36	.216 .205 36	.065 .706 36	.041 .812 36	-.024 .887 36
Cinsel Yaşam	.030 .863 36	.135 .433 36	.209 .222 36	.086 .616 36	.135 .433 36	-.115 .504 36	.237 .164 36	.144 .404 36
Cinsel Doyum	.791 .034* 7	.090 .847 7	.274 .552 7	-.426 .341 7	.000 1.000 7	.500 .253 7	.219 .637 7	.179 .701 36
Gelecek Kaygısı	-.439 .007* 36	-.115 .504 36	-.324 .054 36	-.323 .054 36	-.097 .574 36	-.041 .813 36	-.069 .688 36	-.369 .027* 36
Sistemik Yan Etkiler	.178 .299 36	-.144 .403 36	-.136 .428 36	-.124 .471 36	-.099 .564 36	.044 .798 36	-.137 .425 36	-.051 .770 36
Meme Semptomları	-.012 .945 36	-.016 .927 36	-.116 .500 36	.015 .929 36	-.012 .943 36	.174 .311 36	-.102 .554 36	-.047 .785 36
Kol Semptomları	.291 .085 36	-.071 .682 36	-.243 .153 36	.043 .806 36	.019 .912 36	-.135 .433 36	.254 .134 36	-.000 .999 36
Saç Dökülmesi	.089 .771 13	-.179 .558 13	-.112 .715 13	.000 1.000 13	-.315 .294 13	-.442 .130 13	-.433 .139 13	-.178 .560 13

* Pearson Korelasyon Testi

Kontrol grubu pre-test de yaşam kalitesi QLQ-23 ve destek gereksinimleri arasındaki ilişki tablo 22 de gösterilmiştir.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği gelecek kaygısı alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği tanı ve genel destek gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.439$ $p = .007^*$ $p < 0.05$, $r = -.369$ $p = .027$ $p < 0.05$, $r = -.335$ $p = .042$ $p < 0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği gelecek kaygısı alt boyutu arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tanı alt boyutu ve genel destek gereksiniminin azaldığı saptanmıştır.

Tablo 24. Girişim Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-23 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-test1)

Destek Gereksinimleri Ölçeği / Yaşam Kalitesi QLQ-23	Tam	Tedavi	Destek	Kadınlık Ve Beden İmajı	Aile Ve Arkadaş Lar	Bilgi	Bakım Sonrası	Genel Toplam
Beden imgesi	-.172 .309 37	.196 .245 37	-.109 .522 37	-.327 .048 37	-.079 .644 37	-.325 .049 37	-.358 .030 37	-.291 .081 37
Cinsel Yaşam	-.048 .776 37	-.221 .188 37	-.055 .748 37	-.107 .530 37	-.231 .169 37	-.079 .641 37	.001 .996 37	-.130 .442 37
Cinsel Doyum	-.198 .763 17	-.163 .613 17	-.295 .353 17	-.228 .476 17	-.164 .611 17	-.330 .295 17	-.432 .160 37	-.324 .304 17
Gelecek kaygısı	-.255 .128 37	-.061 .722 37	.043 .800 37	-.001 .996 37	.097 .566 37	-.226 .178 37	-.060 .722 37	-.175 .301 37
Sistemik Yan Etkiler	.377 .021 37	.143 .400 37	.000 .998 37	.220 .190 37	-.074 .664 37	.212 .208 37	.276 .098 37	.314 .058 37
Meme Semptomları	.439 .007 37	.267 .111 37	.167 .325 37	.230 .171 37	.147 .386 37	.447 .006 37	.341 .039 37	.401 .014 37
Kol Semptomları	.061 .340 37	.147 .386 37	.066 .699 37	.249 .138 37	-.005 .979 37	.346 .036 37	.290 .082 37	.237 .158 37
Saç Dökülmesi	.461 .212 9	.193 .812 9	.089 .821 9	.108 .783 9	.018 .963 9	.162 .677 14	.457 .217 14	.606 .084 14

* Pearson Korelasyon Testi

Girişim grubu post-test1 de yaşam kalitesi QLQ-23 ve destek gereksinimleri arasındaki ilişki tablo 24 de gösterilmiştir.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği beden imgesi alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği bilgi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-.325$ $p=.049$ $p<0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği beden imgesi alt boyutu arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu bilgi gereksiniminin azaldığı saptanmıştır.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği meme semptomları alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği tanı, bilgi, bakım sonrası alt boyutu ve genel destek gereksinimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=.439$ $p=.007$ $p<0.05$, $r=.447$ $p=.006$ $p<0.05$, $r=.341$ $p=.039$ $p<0.05$, $r=.401$ $p=.014$ $p<0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği meme semptomları alt boyutu arttıkça destek gereksinimleri ölçeği tanı, bilgi, bakım sonrası alt boyutu ve genel destek gereksiniminin arttığı saptanmıştır.

Tablo 25. Kontrol Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-23 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-test1)

Destek gereksinimi Ölçeği Yaşam kalitesi QLQ-23	Tam	Tedavi	Destek	Kadınlık ve Beden İmajı	Aile ve Arkadaş lar	Bilgi	Bakım Sonrası	Genel Toplam
Beden İmgesi	-.165 .337 36	-.157 .359 36	-.218 .201 36	-.236 .166 36	-.283 .094 36	.080 .642 36	-.243 .153 36	-.255 .134 36
Cinsel Yaşam	.041 .812 36	.140 .417 36	.121 .484 36	-.294 .082 36	.017 .919 36	-.042 .807 36	.064 .709 36	-.038 .827 36
Cinsel Doyum	.176 .605 11	.160 .638 11	.067 .844 11	.061 .857 11	-.190 .576 11	-.122 .721 11	.240 .477 11	.023 .946 11
Gelecek Kaygısı	-.431 .009* 36	-.147 .392 36	-.290 .087 36	.077 .654 36	-.105 .542 36	-.203 .234 36	-.075 .666 36	-.177 .303 36
Sistemik Yan Etkiler	.096 .579 36	.037 .831 36	-.067 .696 36	-.337 .004 36	-.170 .323 36	-.229 .179 36	-.121 .481 36	-.184 .282 36
Meme Semptomları	.032 .855 36	-.364 .029* 36	-.203 .234 36	-.287 .090 36	-.130 .451 36	-.122 .480 36	-.158 .358 36	-.204 .234 36
Kol Semptomları	-.104 .546 36	-.120 .485 36	-.167 .330 36	-.336 .045 36	-.115 .506 36	-.012 .943 36	-.010 .953 36	-.230 .178 36
Saç Dökülmesi	-.070 .782 18	-.337 .172 18	-.316 .202 18	.108 .671 18	-.181 .473 18	-.223 .373 18	-.594 .009 18	-.187 .457 18

* Pearson Korelasyon Testi

Kontrol grubu post-test1 de yaşam kalitesi QLQ-23 ve destek gereksinimleri arasındaki ilişki tablo 25 de gösterilmiştir.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği gelecek kaygısı alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği tanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.431$ $p = .009^*$ $p < 0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu gelecek kaygısı arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tanı gereksiniminin azaldığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği sistemik yan etkiler alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.337$ $p = .004^*$ $p < 0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu sistemik yan etkiler arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu kadınlık ve beden imajının azaldığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği meme semptomları alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği tedavi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.364$ $p = .029^*$ $p < 0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu meme semptomları arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tedavi gereksinimlerinin azaldığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği saç dökülmesi alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği bakım sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.594$ $p = .009^*$ $p < 0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu saç dökülmesi arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu bakım sonrası gereksinimlerinin azaldığı saptanmıştır.

Tablo 26. Girişim Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-23 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-test2)

Destek gereksinimi Ölçeği	Tanı	Tedavi	Destek	Kadınlık ve Beden İmajı	Aile ve Arkadaş lar	Bilgi	Bakım Sonrası	Genel Toplam
Yaşam Kalitesi QLQ-23								
Beden İmgesi	-.049 .773 37	-.006 .974 37	-.111 .514 37	-.279 .095 37	-.172 .310 37	.121 .475 37	.035 .837 37	-.171 .312 37
Cinsel Yaşam	-.441 .006 37	-.252 .133 37	-.250 .135 37	-.427 .008 37	-.400 .014 37	-.041 .810 37	-.384 .019 37	-.406 .013 37
Cinsel Doyum	.364 .244 12	.056 .862 12	-.253 .428 12	-.308 .331 12	-.115 .721 12	-.281 .376 12	-.330 .294 12	-.139 .666 12
Gelecek Kaygısı	-.048 .780 37	-.115 .498 37	.069 .684 37	.172 .310 37	.098 .563 37	-.205 .224 37	.238 .156 37	.018 .918 37
Sistemik Yan Etkiler	.169 .318 37	.054 .752 37	.231 .170 37	.196 .245 37	.248 .139 37	.271 .104 37	.211 .210 37	.217 .198 37
Meme Semptomları	.334 .043 37	.479 .003 37	.087 .608 37	.130 .444 37	.146 .389 37	.185 .274 37	.288 .084 37	.334 .043 37
Kol Semptomları	.043 .802 37	.212 .209 37	.057 .737 37	.206 .222 37	.185 .272 37	.096 .574 37	.155 .361 37	.191 .258 37
Saç Dökülmesi	-.702 .120 6	-.731 .099 6	.615 .193 6	.318 .539 6	-.106 .842 6	-.030 .955 6	-.106 .842 6	-.552 .256 6

* Pearson Korelasyon Testi

Girişim grubu post-test2 de yaşam kalitesi QLQ-23 ve destek gereksinimleri arasındaki ilişki tablo 26 de gösterilmiştir.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu cinsel yaşam ile destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı, aile ve arkadaşlar, bakım sonrası alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.427$ $p = .008$ $p < 0.05$, $r = -.400$ $p = .014$ $p < 0.05$, $r = -.384$ $p = .019$ $p < 0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği cinsel yaşam alt boyutu arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu kadınlık ve beden imajı, aile ve arkadaşlar, bakım sonrası gereksiniminin azaldığı saptanmıştır.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu meme semptomları ile destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı, aile ve

arkadaşlar, bakım sonrası alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = .334$ $p = .043$ $p < 0.05$, $r = .479$ $p = .003$ $p < 0.05$, $r = .334$ $p = .043$ $p < 0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu meme semptomları arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tanı, tedavi, genel destek gereksinimleri arttığı saptanmıştır.

Tablo 27. Kontrol Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-23 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-test 2)

Destek gereksinimleri ölçeği	Tanı	Tedavi	Destek	Kadınlık ve Beden İmajı	Aile ve Arkadaş lar	Bilgi	Bakım Sonrası	Genel Toplam
Yaşam Kalitesi QLQ-23								
Beden İmgesi	-.155 .368 36	-.324 .054 36	-.304 .071 36	-.246 .149 36	-.180 .294 36	.061 .726 36	-.073 .673 36	-.332 .048 36
Cinsel Yaşam	.104 .548 36	.110 .524 36	.045 .796 36	-.312 .064 36	.298 .077 36	.150 .382 36	.117 .496 36	-.001 .994 36
Cinsel Doyum	.000 1.000 9	.000 1.000 9	.000 1.000 9	.000 1.000 9	.328 .389 9	.276 .472 9	.000 1.000 9	.138 .713 9
Gelecek Kaygısı	-.517 .001* 36	-.473 .004 36	-.416 .012 36	-.193 .259 36	-.115 .502 36	-.091 .598 36	-.016 .925 36	-.499 .002* 36
Sistemik Yan Etkiler	.045 .796 36	.027 .875 36	-.003 .987 36	-.241 .156 36	-.184 .284 36	-.332 .048* 36	-.176 .304 36	-.099 .566 36
Meme Semptomları	-.087 .613 36	.079 .649 36	.004 .980 36	-.025 .886 36	.049 .776 36	-.312 .064 36	-.128 .456 36	-.022 .900 36
Kol Semptomları	.037 .830 36	.216 .206 36	.020 .908 36	-.377 .023* 36	-.108 .530 36	-.029 .868 36	-.150 .381 36	-.056 .748 36
Saç Dökülmesi	.158 .483 22	.005 .983 22	.182 .417 22	.075 .739 22	.208 .353 22	.208 .354 22	.048 .833 22	.150 .506 22

* Pearson Korelasyon Testi

Kontrol grubu post-test2 de yaşam kalitesi QLQ-23 ve destek gereksinimleri arasındaki ilişki tablo 27 de gösterilmiştir.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği gelecek kaygısı alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği tanı ve genel destek gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.517$ $p = .001^*$ $p < 0.05$, $r = -.499$ $p = .002$ $p < 0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu gelecek kaygısı arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tanı gereksinimi ve genel destek gereksinimlerinin azaldığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği sistemik yan etkiler alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu bilgi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.332$ $p = .048$ * $p < 0.05$). Kontrol grubunda yaşam

kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu sistemik yan etkiler arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu bilgi gereksiniminin azaldığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu kol semptomları ile destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu kadınlık ve beden imajı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-.377$ $p=.023^*$ $p<0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu kol semptomları arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu kadınlık ve beden imajının azaldığı saptanmıştır.

Tablo 28. Girişim Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-23 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-test3)

Destek gereksinimi ölçeği / Yaşam kalitesi QLQ-23	Tam	Tedavi	Destek	Kadınlık ve Beden İmajı	Aile ve Arkadaş lar	Bilgi	Bakım Sonrası	Genel Toplam
Beden İmgesi	-.393 .018 37	-.252 .132 37	-.166 .325 37	-.202 .230 37	-.169 .317 37	.220 .191 37	-.310 .062 37	-.283 .090 37
Cinsel Yaşam	.055 .744 37	-.109 .522 37	-.037 .827 37	-.544 .001* 37	-.282 .090 37	-.147 .385 37	-.424 .009* 37	-.291 .081 37
Cinsel Doyum	-.110 .665 18	-.313 .207 18	-.092 .716 18	-.052 .839 18	-.356 .147 18	-.043 .864 18	.378 .122 18	-.188 .455 18
Gelecek Kaygısı	-.364 .027* 37	-.377 .021* 37	-.313 .059 37	-.041 .809 37	.189 .263 37	-.368 .025* 37	-.406 .013* 37	-.240 .153 37
Sistemik Yan Etkiler	.343 .038* 37	.269 .107 37	.084 .622 37	.124 .464 37	.146 .388 37	.402 .014* 37	.395 .016* 37	.275 .100 37
Meme Semptomları	.262 .118 37	.472 .003* 37	.235 .161 37	.223 .185 37	.225 .180 37	.567 .000 37	.387 .018* 37	.436 .007* 37
Kol Semptomları	.206 .221 37	.318 .055 37	.205 .224 37	.201 .232 37	-.045 .793 37	.182 .280 37	.409 .012* 37	.244 .146 37
Saç Dökülmesi	.375 .152 16	.341 .196 16	.376 .151 16	.422 .104 16	.302 .256 16	.250 .350 16	.312 .240 16	.472 .053 16

* Pearson Korelasyon Testi

Girişim grubu post-test3 de yaşam kalitesi QLQ-23 ve destek gereksinimleri arasındaki ilişki tablo 28' de gösterilmiştir.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu cinsel yaşam ile destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı, bakım sonrası alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-.364$ $p=.027^*$ $p<0.05$, $r=-.377$ $p=.021^*$ $p<0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği cinsel yaşam alt boyutu arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu kadınlık ve beden imajı, bakım sonrası gereksiniminin azaldığı saptanmıştır.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği gelecek kaygısı alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği tanı, tedavi, bilgi ve bakım sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.517$ $p = .001^*$ $p < 0.05$, $r = -.499$ $p = .002$ $p < 0.05$, $r = -.368$ $p = .025^*$ $p < 0.05$, $r = -.406$ $p = .013^*$ $p < 0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu gelecek kaygısı arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tanı, tedavi, bilgi ve bakım sonrası gereksinimlerinin azaldığı saptanmıştır.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği sistemik yan etkiler alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği tanı, bilgi ve bakım sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = .343$ $p = .038^*$ $p < 0.05$, $r = .402$ $p = .014^*$ $p < 0.05$, $r = .395$ $p = .016^*$ $p < 0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu sistemik yan etkiler arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tanı, bilgi ve bakım sonrası gereksinimlerinin de arttığı saptanmıştır.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği meme semptomları alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği tedavi, bakım sonrası ve genel destek gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = .472$ $p = .003^*$ $p < 0.05$, $r = .387$ $p = .018^*$ $p < 0.05$, $r = .436$ $p = .007^*$ $p < 0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu meme semptomları arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tedavi, bakım sonrası ve genel destek gereksinimlerinin de arttığı saptanmıştır.

Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu kol semptomları ile destek gereksinimleri ölçeği bakım sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = .409$ $p = .012^*$ $p < 0.05$). Girişim grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu kol semptomları arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu bakım sonrası gereksinimlerinin de arttığı saptanmıştır.

Tablo 29. Kontrol Grubu Yaşam Kalitesi QLQ-23 ve Destek Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Post-test3)

Destek gereksinimleri Ölçeği Yaşam kalitesi QLQ-23	Tam	Tedavi	Destek	Kadınlık ve Beden İmajı	Aile ve Arkadaş lar	Bilgi	Bakım Sonrası	Genel Toplam
Beden İmgesi	-.395 .017 36	-.304 .072 36	-.572 .000 36	-.434 .008 36	-.479 .003 36	-.380 .022 36	-.404 .015 36	-.522 .001 36
Cinsel Yaşam	.050 .773 36	.048 .780 36	.189 .271 36	-.132 .441 36	.063 .717 36	.048 .780 36	.108 .530 36	.016 .926 36
Cinsel Doyum	.000 1.000 10	.315 .375 10	.529 .116 10	.306 .391 10	.456 .185 10	.000 1.000 10	.418 .230 10	.306 .391 10
Gelecek Kaygısı	-.158 .359 36	-.315 .061 36	-.266 .117 36	-.084 .625 36	-.240 .159 36	-.339 .043 36	-.233 .172 36	-.257 .130 36
Sistemik Yan Etkiler	.079 .648 36	.167 .331 36	.345 .039 36	-.044 .800 36	.271 .110 36	.232 .174 36	.236 .166 36	.154 .371 36
Meme Semptomları	-.425 .010 36	-.329 .050 36	-.014 .934 36	-.003 .984 36	-.008 .963 36	-.003 .986 36	-.186 .277 36	-.291 .086 36
Kol Semptomları	-.117 .497 36	-.032 .854 36	.146 .394 36	-.129 .453 36	.178 .299 36	-.029 .866 36	-.093 .588 36	-.091 .596 36
Saç Dökülmesi	.184 .382 32	-.055 .766 32	.293 .103 32	.194 .287 32	.322 .0733 32	-.033 .860 32	.277 .125 32	.173 .344 32

* Pearson Korelasyon Testi

Kontrol grubu post-test3 de yaşam kalitesi QLQ-23 ve destek gereksinimleri arasındaki ilişki tablo 29 de gösterilmiştir.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu beden imgesi ile destek gereksinimleri ölçeği destek, aile ve arkadaşlar ve genel destek gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-.572$ $p=.000^*$ $p<0.05$, $r=-.479$ $p=.003$ $p<0.05$, $r=-.522$ $p=.001$ $p<0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu beden imgesi arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu destek, aile ve arkadaşlar ve genel destek gereksinimlerinin azaldığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği gelecek kaygısı alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği bilgi gereksinimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-.339$ $p=.043$ $p<0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu gelecek kaygısı arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu bilgi gereksinimlerinin azaldığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği sistemik yan etkiler alt boyutu ile destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu destek arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=.345$ $p=.039^*$ $p<0.05$). Kontrol grubunda yaşam

kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu sistemik yan etkiler arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu destek gereksiniminin arttığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu meme semptomları ile destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-.425$ $p=.010^*$ $p<0.05$). Kontrol grubunda yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği alt boyutu meme semptomları arttıkça destek gereksinimleri ölçeği alt boyutu tanı gereksiniminin azaldığı saptanmıştır.

Tablo 30. Ameliyat Sonrası İzlem Döneminde (3. ayda) Hastaların Durumları

Ameliyat Sonrası İzlem Dönemde Hastaların Durumları	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Önemlilik Testi χ^2, t, p
	S	%	S	%	S	%	
Komplikasyon durumu							
Evet	5	13.5	19	52.8	24	32.9	$p=0.000^b$
Hayır	32	86.5	17	47.2	49	67.1	
Toplam	37	50.7	36	49.3	73	100.0	
Son izlemde (3.ay) hastaların içinde bulunduğu tedavi süreci							
Radyoterapi	20	54.1	7	19.4	27	37.0	$\chi^2 = 13.653$ $p=0.003^a$
Kemoterapi	12	32.4	17	47.2	29	39.7	
Hormon	1	2.7	9	11.0	10	13.7	
İzlem	4	10.8	3	8.3	7	9.6	
Toplam	37	50.7	36	49.3	73	100.0	
Yürüyüş Yapma Durumu							
Yapan	27	73.0	12	33.3	39	53.4	$p=0.001^b$
Yapmayan	10	27.0	24	66.7	34	46.6	
Toplam	37	50.7	36	49.3	73	100.0	
Kol Egzersizlerini Yapma							
Yapan	26	70.3	5	13.9	31	42.5	$p=0.000^b$
Yapmayan	11	29.7	31	86.1	42	57.5	
Toplam	37	50.7	36	49.3	73	100.0	

^a(Pearson Ki Kare Testi),

^b(Fisher Kesin Ki Kare Testi)

Girişim grubunu oluşturan hastaların %13.5'inde komplikasyon geliştiği, %86.5'in komplikasyon gelişmediği; kontrol grubundaki hastaların %52.8'inde komplikasyon geliştiği, %47.2'in komplikasyon gelişmediği saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu komplikasyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.000^b$ $p>0.05$). (Tablo 30).

Girişim grubunu oluşturan hastaların %54.1'nin radyoterapi, %32.4 kemoterapi, %2.7 hormon tedavisi, %10.8 izlem sürecinde olduğu; kontrol grubundaki hastaların %19.4'nün radyoterapi, %47.2'nin kemoterapi, %11'nin hormon tedavisi, %8.3'nün izlem sürecinde olduğu; saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında son izlemde (3.ay) hastaların içinde bulunduğu tedavi süreci

bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($\chi^2 = 13.653$ $p=0.003^a$ $p<0.05$). (Tablo 30).

Girişim grubunu oluşturan hastaların %73'nün yürüyüş yaptığı, %27'nin yürüyüş yapmadığı, kontrol grubundaki hastaların %33.3'nün yürüyüş yaptığı, %66.7'nin yürüyüş yapmadığı saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında yürüyüş yapma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0.001^b$ $p<0.05$). (Tablo 30).

Girişim grubunu oluşturan hastaların %70.3'nün kol egzersizlerini yaptığı, %29.7'nin kol egzersizlerini yapmadığı; kontrol grubundaki hastaların %13.9'nün kol egzersizlerini yaptığı, %86.1'nin kol egzersizlerini yapmadığı saptanmıştır girişim ve kontrol grubu arasında kol egzersizlerini yapma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0.000^b$ $p<0.05$). (Tablo 30).

Tablo 31. Girişim Grubu Hastaların Eğitim Süreci Değerlendirmesi

Eğitim Süreci Değerlendirmesi	Girişim Grubu	
	Sayı	%
1-Eğitim Sürecin Sizin İçin Katkısı/Yararı Nasıl Değerlendirirsiniz?		
Çok Faydalandım	32	86.5
Biraz Faydalandım	5	13.5
Çok Az Faydalandım	-	-
Hiç Faydalandım	-	-
Eğitim Süresi Yeterli Mi?		
2-Sizce Bu Eğitim Programı Süresi Yeterli Miydi?		
Evet Yeterliydi	24	64.9
Daha Uzun Olabilirdi.	11	29.7
Daha Kısa Olabilirdi	2	5.4
4.Bu Eğitim Programına Katılmaktan Memnun Kaldınız Mı?		
Evet	31	83.8
Hayır	-	-
Kısmen	6	16.2
5- Sizinle Eğitim Görüşmeleri Yapan Kişiden Hissettiğiniz Memnuniyet Düzeyi Nasıldı?		
Çok Memnun Kaldım	37	100.0
Biraz Memnun Kaldım	-	-
Çok Az Memnun Kaldım	-	-
Hiç Memnun Kalmadım	-	-
6- Bu Eğitim Programının Beklentilerinizi Hangi Ölçüde Karşılıdığını Düşünüyorsunuz?		
Çok Faydalandım.	25	67.6
Biraz Faydalandım	12	32.4
Çok Az Faydalandım	-	-
Hiç Faydalanmadım	-	-
7-Size Verilen “Hasta Eğitim Kitapçığı”nın Psikososyal Durunuza Olan Katkısını/ Yararını Nasıl Değerlendirirsiniz?		
Evet Yararlı Oldu.	26	70.3
Kısmen Yararlı Oldu	11	29.7
Hiç Yararlı Olmadı	-	-
8-Önerileriniz Ve Düşünceleriniz:		
Öneri Yok	29	78.4
Eğitim Kitabı Ve Eğitim Çok Faydalıydı. Sürekli Olmalı	2	5.4
Genetik Sonuçlar Hakkında Bilgi Verilebilirdi	1	2.7
Destek ve Eğitim Süreci Daha Uzun Olmalı	3	8.1
Lenfödem Koruyucu Hareketlere Daha Çok Değınilebilirdi	1	2.7
Her Hastaya Bu Eğitim Verilmeli	1	2.7
TOPLAM	37	100.0

Girişim Grubu hastaların eğitim süreci değerlendirilmesi Tablo 31’de görülmektedir. Hastaların % 86.5’si eğitim sürecinden çok faydalandığını, % 64.9’u eğitim süresi yeterli bulurken, % 29.7 eğitim süresinin daha uzun olması istediğini, %83.8’i eğitime katılmaktan memnun olduklarını, %100 görüşmeyi eğitime yapan

kişiden memnun kaldıklarını, %67.6'sı bu eğitim programından çok faydalandıklarını, % 70.3'ü verilen eğitim kitapçığının psikososyal durumuna yararlı olduğunu ifade etmiştir.

Hastaların eğitim süreci ile ilgili %78.4'u herhangi bir önerisi olmadığını, %5.4'ü eğitim kitabı ve eğitim çok faydalı olduğunu, sürekli olması gerektiğini, % 2.7 genetik sonuçlar hakkında bilgi verilmesini istediğini, %8.1'i destek ve eğitim süreci daha uzun olması gerektiğini, % 2.7'si lenfödem koruyucu hareketlere daha çok değinilebilirdi, %2.7'si her hastaya bu eğitim verilmeli şeklinde önerilerde bulunmuştur.



BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu araştırma, meme kanseri olan kadınlarda L.E.A.R.N.S. modelinin destek gereksinimleri ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Meme kanseri, kadınlarda kanserin önde gelen ikinci nedenidir. Erken teşhis ve tedavi gelişmeleri, hayatta kalmada artışa ve kadınların tanı ve tedaviden sonra daha uzun yaşamalarına neden olmuştur. Bu nedenle, kansere bağlı geç ve uzun vadeli semptomların etkisini ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini anlamak önemlidir (214).

Meme kanseri olan kadınlara bilgi sağlanması, istenmeyen yan etkileri izlenmesi ve hastaların yaşam kalitesini artırılması önemli bir adımdır. Ayrıca bu kadınların yaşam kalitesinin ölçülmesi fiziksel ve zihinsel sağlıkla ilgili tedavi sonuçlarının değerlendirebilmesi bakımından önemlidir (2,28).

5.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Girişim grubunu oluşturan hastaların yaş ortalaması $\bar{X}=46.56+10.40$, kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması $\bar{X}=49.16+9.68$ olup, girişim grubunu oluşturan hastaların %64.9'unun 50 yaş altında, %35.1'inin 50 yaş ve üzerinde olduğu, kontrol grubundaki hastaların ise %58.3'nün 50 yaş altında, %41.7'inin 50 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Çalışma kapsamına alınan girişim ve kontrol hastalarının büyük oranda 50 yaş altında olduğu görülmüştür. Ülkemizde meme kanseri tanısı alan kadınların % 25.5'inin 50-69 yaş arasında olduğu, % 34.1'inin ise 25-49 yaş aralığında olduğu belirtilmektedir (T.C.Sağlık Bakanlığı 2017). Eryılmaz ve arkadaşları (2010) tarafından 2007-2009 tarihleri arasında meme kanserli hastalarda retrospektif yapılan bir çalışmada erken evre tanı alanların $\frac{3}{4}$ nün 50 yaş altında olması ve Türkiye'de meme kanserlerinin yaklaşık %50'inin 50 yaş altında olduğu saptanmıştır (215).

Kim ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada meme kanserli hastaların %62.4'nün 50 yaş altında yaş altı, %37.6' sının 50 yaş ve üstünde kadınlar oluşturmuştur

(143). Bulgularımız yapılan çalışmalar ve literatür bilgisi ile birbirini destekler niteliktedir.

Girişim grubunu oluşturan hastaların %86.5'i evli, kontrol grubundaki hastaların %83.3'ü evlidir (Tablo 1). Toplumumuzun yapısına bağlı olarak hastaların büyük bölümünün bu yaşlarda evli olması literatür ile doğru orantılıdır. Literatürde eşler arasında karşılıklı ve açık olan iletişimin meme kanserli hastalarda daha düşük duygusal sıkıntı ve hastalıkla doğrudan psikolojik uyum ile ilişki olduğu belirtilmiştir. İlişkileri iyi olan çiftlerin hastalıkla daha iyi baş ettikleri, tanı ve tedavinin ötesinde hayatlarını sürdürebilmek için güç sağladıkları vurgulanmıştır (32,216). Çalışmamızda eş desteği olan hastaların hastalıkları ile baş ettikleri gözlenmiştir.

Çalışmaya katılan girişim grubu hastaların %27'sinin ilkokul, %16.2'sinin ortaokul, %18.9'unun lise, % 37.8'sinin üniversite mezunu olduğu; kontrol grubundaki hastaların %36.1'inin ilkokul, %19.4'ünün ortaokul, %13.9'unun lise mezunu, %30.6'sının üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Çalışma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubu hastaları eğitim düzeyleri açısından benzerdir, her iki grupta üniversite mezunlarının daha çoğunluk olduğu saptanmıştır. Ashing-Giwa ve Lim (2011) yaptıkları çalışmada etnik gruplar arasındaki duygusal tepkilerin ortak noktası olduğu halde, daha düşük eğitim seviyesi ve gelir düzeyleri, İngilizce konuşmayanlar ve işsiz Latin kadınlarının daha çok duygusal sıkıntı yaşadıklarını saptamışlardır(217).

Briggs ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada Afrika ve Gana'da düşük eğitim seviyesi olanlarda meme kanseri konusunda bilgilerinin yetersiz ve komplikasyonların daha çok görüldüğü saptanmıştır (218).

Sammarco ve Konecny (2010) yaptıkları çalışmada, Kafkasların sosyal destek ve yaşam kalitesi düzeylerinin Latinlerden belirgin olarak daha yüksek seviyede olduğunu rapor etmişlerdir. Kültürel değerler, komorbidite ve eğitim düzeyi gibi faktörlerin algılanan sosyal destek, belirsizlik ve yaşam kalitesi etkilediği saptanmışlardır (130).

Girişim grubunu oluşturan hastaların %54.1'nin çalışmadığı, kontrol grubundaki hastaların %75'inin çalışmadığı saptanmıştır (Tablo 1). Çalışmaya kapsamına alınan girişim ve kontrol grubu hastaların çoğunluğunun çalışmayan olmasının nedeni, hastaların çoğunun ev hanımı ve emekli olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Uzun ve arkadaşlarının (2004) meme kanseri nedeniyle cerrahi

operasyon geçirmiş kadınlar üzerinde yaptıkları yaşam kalitesini değerlendirme çalışması sonucunda kadınların eğitim durumları ile işle ilgili durumlarının yaşam kaliteleri üzerinde etkili değişkenler olduğu saptanmıştır (219). Huang ve arkadaşlarının (2010) meme kanseri hastalarda yaptıkları çalışmada, düşük gelirli ve adjuvan tedavi gören hastaların daha fazla depresif belirtiler gösterdiği, yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Hemşireler ve sağlık uzmanlarının meme kanseri olan kadınlarda yaşam kalitesini yükseltmek ve depresif belirtileri önlemek için hastalara baş etme stratejilerini öğretmek için bazı müdahalelerin uygulayabileceklerini vurgulamıştır (135). Çalışmamızda iki hasta depresyona girmesi nedeniyle çalışmadan ayrılmışlardır.

Girişim grubunu oluşturan hastaların %54.1'inin ilçede, %40.5'inin şehir merkezinde, kontrol grubundaki hastaların %41.7'inin şehir merkezinde, %50'inin ilçede yaşadığı saptanmıştır. Çalışma kapsamına alınan hastaların çoğunluğunun ilçede yaşadığı belirlenmiştir. Haydaroğlu ve arkadaşlarının (2007) bir üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmada yaşanan yerin kent merkezi veya daha kırsal bir bölge olması hastaların sağlık hizmeti almasını etkilediği, şehir merkezi dışından gelen meme kanseri hastalarının daha ileri evrelerde başvurdukları saptanmıştır (220).

Literatürde meme kanseri olan kırsal bölgede yaşayan kadınların, mevcut tedavi kaynaklarının eksikliği nedeniyle daha invazif cerrahi yaklaşımlara da maruz kalabildikleri, meme koruyucu tedavilere daha az yatkın oldukları belirtilmektedir. Kırsal alanda yaşayan meme kanseri olan hastaların, artan seyahat masrafları, zaman ve destekleyici bakım hizmetlerine sınırlı erişim nedeniyle ilave zorluklarla karşılaşabilirler (189,221).

Ahern ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada Avustralya'nın kırsal bölgelerinde ve uzak bölgelerinde yaşayanların meme kanserli kadınların durumlarına özel ihtiyaçlarının olduğunu, kırsal bölgede yaşayanların büyük dezavantajlarının olduğunu belirtmişlerdir (189).

Haydaroğlu ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada kent merkezinde yaşayan meme kanserli kadınların sağ kalımlarının kırsal alanda yaşayanlardan daha iyi olduğunu saptamışlardır (222).

Çalışma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubu hastaların ilçelerden tedavi için gelmesinin maddi açıdan ve zaman açısından hastaların daha fazla sorun yaşamasına sebep olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan girişim grubu hastaların %18.9'unun çocuğunun olmadığı, %89.2'sinin gelir düzeyinin orta düzeyde olduğu; kontrol grubu hastaların %8.3'ünün çocuğunun olmadığı, %84.9'unun gelir düzeyinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan kadınlarda meme kanseri görülme sıklığının daha fazla olduğu belirtilmektedir. Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek kadınların geç yaşta doğum yapmamaları ve çocuk emzirmemeleri ve fazla çocuk doğurmamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir (76,78,80).

Girişim grubunu oluşturan hastaların %45.9'unun eşi ve çocukları ile, %50'si eşi ve çocukları ile birlikte yaşadıkları tespit edilmiştir. Çalışma kapsamına alınan girişim ve kontrol hastalarının çoğunluğunun eşi ve çocukları yaşamasının hastalık sürecinde yakınlarından destek görmeleri açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Girişim grubunu oluşturan hastaların %13.5'ünün sigara kullandığı, %8.1 alkol kullandığı, kontrol grubundaki hastaların %22.2'sinin sigara kullandığı, %11.1'inin alkol kullandığı belirlenmiştir (Tablo 1). Literatürde ilk gebeliğinden önce sigara kullanmaya başlayıp uzun süre fazla miktarda sigara kullanan kadınlarda meme kanseri riskinin hiç sigara içmeyenlere göre %12 daha fazla olduğu, günlük alkol alımı 2-5 bardak olan kadınların meme kanseri riskinin %20 oranında arttığı belirtilmiştir (4,19, 20,76,78,84).

Girişim grubunu oluşturan hastaların %89.2'sinin düzenli egzersiz yapmadığı; kontrol grubundaki hastaların %80.6'sının düzenli egzersiz yapmadığı saptanmıştır (Tablo 1). Çalışma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubu hastalarının fiziksel egzersiz yapamama bakımından benzer oldukları görülmüştür. Meme kanserli hastalarda fiziksel egzersizin bir davranış olarak kazandırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Yapılan araştırmalar fiziksel egzersizin kanserli kişilerin fiziksel, fonksiyonel, psikolojik iyiliği ve yaşam kalitesi üzerinde pozitif bir etkisi olduğu göstermiştir (78,94,98).

Literatürde fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu, tedavi sırasında ve sonrasında kalıcı olarak aktivitelerini azaltan hastaların en düşük yaşam kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir (98,100).

Penttinen ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada meme kanseri teşhisi sonrasında fiziksel aktivitenin seviyelerinin belirgin bir şekilde düştüğü ve bundan sonra tedavi sonrası dönemde yavaş yavaş arttığı saptanmıştır. Fiziksel olarak inaktif

hastalar, aktif yaşam tarzlarına sahip hastalara göre daha ağır yorgunluk yaşadıkları ve bu sebeple yaşam kalitesinin bozulduğu belirtilmiştir (98).

Literatürde haftada birkaç kez egzersiz (yürüyüş, bisiklet sürme, veya aerobik) yapmanın yorgunluğu azaltmada etkili olabileceği belirtilmiştir. Meme kanserinde kilo alımı olumsuz olarak prognozu etkilediği için hastaların yaşamı boyunca aşırı kilo almaktan kaçınması gerektiği vurgulanmıştır (96).

Literatürde kanser teşhisi sonrasında fiziksel aktiviteyi destekleme girişimlerinin, mortalite, rekürrens azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması için en etkili davranış müdahaleleri arasında olduğu belirtilmektedir (95,97,98,100).

Monninkhof ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları sistematik çalışmada, fiziksel aktivite ile meme kanseri riski arasında ters bir ilişki olduğuna dair kanıtlar bulunmuştur. Haftalık her bir saatlik fiziksel aktivite için meme kanseri riskinde % 15-20 azalma görüldüğü saptanmıştır (97).

Girişim grubunu oluşturan hastaların %24.4'nün psikolojik destek aldığı, kontrol grubundaki hastaların %11.1'nin psikolojik destek aldığı saptanmıştır (Tablo 1). Çalışma kapsamına alınan girişim grubu hastalarından üç hasta ve kontrol grubu hastalarından iki hastanın eğitim tedavi sürecinde psikolojik destek almaya başladığı görülmüştür. Ameliyat sonrası tedavi sürecinde hastaların psikolojik bakımdan sıkıntı yaşadıkları, bu süreçte tüm hastaların psikolojik destek ve tedavi sürecinin sağlanması gerektiği düşünülmektedir. Hemşirelik süreci bakımından hastaların bu süreçte izlenmesi ve desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Literatürde meme kanserinde erken dönemde psikolojik sıkıntı arttığı, psikolojik sıkıntının ve yönetiminin zamanında tespit edilmesinin, hastalığın tedavi ve sağkalım evrelerinde çok önemli olduğu vurgulanmıştır (72).

Meme kanserinde tanı konulduktan sonraki ilk yıl boyunca kadınlar, şok, duygusal uyuşukluk, depresyon ve anksiyete gibi önemli psikolojik sıkıntılar yaşamaktadır (160).

Literatürde genç yaşta teşhis, komorbidite, hastalığın evresinin yüksek dereceli olması, lenf nodu tutulumu ve kemoterapi durumu depresyon ve anksiyete riskinin bağımsız etkileyen faktörler olarak belirtilmiştir (27).

Girişim grubunu oluşturan hastaların %29.7'nin ailesinde meme kanseri öyküsü olduğu, kontrol grubundaki hastaların %33.3'ünün ailesinde meme kanseri öyküsü olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Girişim grubunu oluşturan hastaların %30'nin annesinde, %10'unda kız kardeşinde, % 20'nin kuzeninde, % 20'nin teyzesinde, % 20'nin halasında; kontrol grubundaki hastaların %23.1'nin annesinde, %7.7'nin kız kardeşinde, %23.1'nin kuzeninde, % 38.5'nin teyzesinde, % 7.7'nin halasında meme kanseri olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

Literatürde meme kanseri olgularının %5-10'unun ailesel olduğu bilinmektedir. Birinci derece yakını 40 yaşından önce meme kanseri teşhis edilmesinin meme kanseri riskini artırdığı, birinci derece akrabalarından (anne, kız kardeş veya kızı) bir tanesinde meme kanseri olması, bir kadının meme kanseri riskini riskini iki kat artırdığı belirtilmektedir (4,19,76,78,80,82).

5.2. Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerine Göre Bulguların Değerlendirilmesi

Girişim grubunu oluşturan hastaların %54.1'inin invaziv duktal karsinom, %13.5'nin duktal karsinoma in situ (DCIS), %5.4'ü invaziv lobüler karsinom, % 21.6'sının duktal karsinoma in situ+invaziv lobüler karsinom, %5.4'nün invaziv apokrin karsinom tanısı konduğu; kontrol grubundaki hastaların %41.7'inin invaziv duktal karsinom, %22.2'nin duktal karsinoma in situ (DCIS), %2.8'nin invaziv lobüler karsinom, %30.6'sının duktal karsinoma in situ+invaziv lobüler karsinom, %2.8'nin invaziv apokrin karsinom tanısı konduğu saptanmıştır (Tablo 2). Çalışma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubu hastaların büyük çoğunluğu invaziv duktal karsinomdur, literatürde de invaziv duktal kanserlerin en yaygın görülen meme kanseri türü olduğu belirtilmektedir (76,78,82,84,102),

Yang ve arkadaşları İsviçre'de invaziv meme kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada (en az 4.5 yıl-en fazla 10 yıl izlenen) invaziv meme kanseri olan hastalarda, depresyon, anksiyete ve strese bağlı bozuklukların gelişme riskinin uzun vadede yüksek olduğunu saptamışlardır (27).

Girişim grubunu oluşturan hastaların %37.8'nin parsiyel mastektomi (MKC), %62.2'nin total mastektomi ameliyatı olduğu; kontrol grubundaki hastaların %36.1'nin parsiyel mastektomi (MKC), %63.9'unun total mastektomi ameliyatı olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Çalışmaya katılan hastaların erken dönemde teşhis edilmesinin ameliyat türünde oldukça etkili olduğu düşünülmektedir.

Cantürk ve Güllüoğlu (2011) yaptıkları çalışmada, Marmara bölgesi hariç diğer bölgelerde en sık kullanılan tanı yönteminin eksizyonel biyopsi olduğu, tanı anındaki evre ile ilgili olarak Türkiye’de bölgeler arasında büyük farklılıklar olduğunu saptamışlardır. Meme koruyucu cerrahinin Güneydoğu Anadolu ve Akdeniz Bölgeleri dışında erken evre meme kanserinde en çok uygulanan ameliyat tipi olduğu saptanmıştır (223).

Yapılan çalışmalarda meme koruyucu ameliyat geçiren kadınlara kıyasla mastektomi yapılmış kadınların anlamlı derecede düşük yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır (224,225).

Uçar ve Uzun (2008) yaptıkları çalışmada meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve çift uyumunu olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (226).

Girişim grubunu oluşturan hastaların %59.5’nin aksiller disseksiyon cerrahisi olduğunu; kontrol grubundaki hastaların %66.7’nin aksiller disseksiyon cerrahisi olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Meme kanseri tedavisinde kullanılan cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi hastanın yaşam süresini uzatmakla birlikte yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyecek (enfeksiyon, bulantı, kusma, ağrı, ciltte yanık, lenfödem, depresyon vb.) sorunlara neden olabilmektedir (31,32,33,34,35,37,73).

Disipio ve arkadaşlarının (2013) meta-analiz çalışmada, aksiller ameliyatın memeye yapılan ameliyattan daha kötü olduğu ve lenfödem, ağrı, sansasyon ve hareket kaybı ile önemli miktarda morbidite oluşturduğu bildirilmiştir ve aksiller cerrahi sonrası lenfödem riskinin % 17 olduğunu saptamışlardır (173).

2010 yılında Amerika’da yapılan bir meta-analiz çalışmasında; ALND ve SLNB yapılan 9608 erken evre meme kanserli hasta incelenmesi sonucunda SLNB yapılan hastalarda post-operatif morbiditenin ALND yapılanlara göre belirgin olarak daha seyrek olduğu, enfeksiyon riski, seroma, kolda şişlik, uyuşma gibi komplikasyonların SLNB yapılan hastalarda daha düşük oranda olduğu saptanmıştır (113).

Literatürde meme cerrahisi sonrası beden imajında bozulma, kanama, yara yeri enfeksiyon, kol ağrısı ağrısı, geçici ödem, lenfödem, omuz ve kol hareketlerinin sınırlılık (donmuş omuz; kontraktür), cilt nekrozu, seroma, sinir yaralanmaları, seroma, hematoma ve doku rekonsrüksiyonu yapıldıysa flep nekrozu görülebileceği belirtilmiştir (37,76,111,114,115).

Girişim grubu hastaların %48.6'nın sağ, %51.4'nin sol tarafının etkilendiği; kontrol grubundaki hastaların %41.7'nin sağ, %58.3'nin sol tarafının etkilendiği tespit edilmiştir (Tablo 2). Çalışma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubu hastaların çoğunluğunun aksiller disseksiyon cerrahisi geçirmesi nedeniyle kadınların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz olarak etkilendiği düşünülmektedir.

Girişim grubu hastaların ilk tanıdan geçen ortalama sürenin $X=4.67\pm 2.98$ ay olduğu; kontrol grubu hastaların ilk tanıdan geçen ortalama sürenin $X=6.16\pm 5.22$ ay olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Çalışma kapsamına alınan hastaların tetkik ve inceleme sürelerinin uzun sürmesinin bu sürede etkili olduğu düşünülmektedir.

Northouse ve arkadaşları (2001) meme kanseri tanısı konulan 58 çift üzerinde yaptıkları bir çalışmada, meme kanseri deneyiminin erken dönemlerinde ilk bir yılda özellikle uyum sorunları ve eş zamanlı yaşam stresörlerinin sayısının fazla olmasının hastalığa uyum sağlayamama riskini artırdığı saptanmıştır (227).

Yapılan bir araştırmada, yeni meme kanseri tanısı alan kadınların meme kanseri olmayan kadınlara kıyasla daha düşük yaşam kalitesi puanı aldığı saptanmıştır (228).

Çalışmaya katılan girişim (%43.2) ve kontrol (%41.7) grubu hastaların çoğunluğunun memede şişlik ve kitle belirtileri ile hastaneye başvurdukları belirlenmiştir (Tablo 2). Çalışma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubu hastalarındaki ilk belirtiler literatürle benzerlik göstermektedir (4,76,78,82,84,85,101).

Çalışma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubu hastalarının sosyo-demografik özellikler ve klinik özellikler açısından benzerdir.

5.3. Hastaların Genel Durumu İle İlgili Bilgilerinin Değerlendirilmesi

Girişim grubu hastaların tanı aldıklarında %56.8'inin hastalıkları hakkında bilgilendirildikleri, %43.2'sinin hastalıkları hakkında bilgilendirilmediklerini, kontrol grubu hastaların %52.8'i hastalıkları hakkında bilgilendirildikleri, %47.2'si hastalıkları hakkında bilgilendirilmediklerini ifade etmiştir (Tablo 3). Sağlık personelinin hastalığın ve tedavinin her aşamasında hastayı bilgilendirmesi, dinlemesi, anlayışlı olması ve desteklemesi önemli olduğu düşünülmektedir.

Saares ve Suominen (2005), tedaviye yönelik bilgi eksikliğinin hastalar için önemli bir anksiyete ve korku kaynağı olduğunu saptamışlardır (229).

Raupach ve Hiller (2002), meme kanseri tanısı konmuş kadınlar için meme kanserinin tedavisi, yinelenme durumu, ailesindeki risk oranını ve tamoksifen gibi diğer anti-östrojen ilaçların kullanımını konuların kadınların en önemli bilgi almak istedikleri konular olduğunu saptamışlardır (230).

Girişim grubunda hastalıklarıyla ilgili bilgi verilen hastaların %85.7'i doktor tarafından, %14.3'ü hemşire tarafından bilgi verildiğini, kontrol grubu hastaların %94.7'i doktor tarafından, %5.3'ü hemşire tarafından bilgi verildiğini belirtmiştir (Tablo 3).

Başkale ve arkadaşlarının (2015) kanser hastalarının bilgi kaynaklarını, bilgi gereksinimlerini ve sağlık personelinden beklentilerini bir çalışmada, “çalışmaya katılan kanser hastalarının %82.5'i hastalıkla ilgili bilgiyi doktordan, %70.8'i internetten aldıkları, buna karşılık hastaların %97.5'i doktordan, %39.2'si hemşireden bilgi almak istedikleri saptanmıştır. Aynı çalışmada hastaların %45.8'i sağlık personelinin iletişimini kısmen yeterli, %35'i yetersiz, %19.2'si yeterli olarak belirtmiştir. Hastaların doktorlardan beklentileri; tedavi ve hastalık hakkında bilgi alma, anlayış, daha iyi bir iletişim kurması, duygusal destek alma, hastalık ve tedavi hakkında karar vermede destek olması, saygı göstermesi ve daha fazla zaman ayırması/dinlemesidir. Hastaların hemşirelerden beklentileri; anlayış, saygı, daha iyi bir iletişim kurması, bakımın daha iyi olması ve duygusal destek almaktır. Hastalar sağlık personelinden tedavi ve yan etkileri, hastalığın tekrarlama ihtimali, hastalığın psikolojik durum üzerine etkileri, prognoz, tedavinin ne kadar süreceği ve hastalık” (ne olduğu ve nedenleri) gibi konularda bilgi almak istemekte oldukları belirlenmiştir (194).

5.4. Kanserli Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası (10.Gün, 1. ve 3.Ay) QLQ-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Meme kanserli hastaların L.E.A.R.N.S modeline dayalı hasta öğrenmesinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmadığı için bu bölümde veriler yaşam kalitesi ve destek gereksinimlerinin değerlendirildiği diğer çalışmaların verileri ile kıyaslanmıştır.

Araştırmaya katılan girişim grubu QLQ-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği genel iyilik alt boyutu pre-test puan ortalamasının 63.73 ± 19.76 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 54.72 ± 20.08 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 61.71 ± 18.15 , post-

test3 (3.ay) puan ortalamasının 69.59 ± 14.59 olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Girişim grubunda genel iyilik puanı pre-teste göre post test-1(10.gün ve post test-2 (1.ay) puan ortalamasında düşme olmasına rağmen, post-test3 (3.ay) puan ortalamasında yükselme olmuştur. Girişim grubu genel iyilik boyutu zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda bu farkın pre-test-post-test1, post-test1- post-test3, post-test2- post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır. Girişim grubunda yapılan eğitimin ve danışmanlığın genel iyilik puan ortalamasında ameliyat sonrasında itibaren etkili olduğu düşünülmektedir.

Kontrol grubunda ise genel iyilik boyutu pre-test puan ortalamasının 56.01 ± 21.69 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 44.90 ± 17.51 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 53.24 ± 17.05 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 47.22 ± 20.60 olduğu görülmüştür (Tablo 4). Kontrol grubunun genel iyilik puan ortalamasının post-test1 (10 günden) itibaren girişim grubuna göre düşük olduğu zamanla 1.ay ve 3.ayda puan ortalamalarında düşmelerin devam ettiği gözlenmiştir. Kontrol grubunda QLQ-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği genel iyilik boyutu zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda pre-test-post-test1, post-test1-post-test2 arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grubu arasında genel iyilik boyutunda pre-testte puan ortalaması yönünden istatistiksel bir fark bulunmazken, post-test1(10.gün), post-test2 (1.ay) ve post-test3(3.ayda) de gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p < 0.05$). Girişim grubunda genel iyilik boyutunda puan ortalamasının 10.gün ve 1.ayda düşme görülmesine rağmen 3.ayda daha da yükseldiği, kontrol grubunda ise genel iyilik boyutunda puan ortalamasının 10. günden itibaren girişim grubuna göre düşük olduğu zamanla 1.ay ve 3.ayda puan ortalamalarında düşmelerin devam ettiği gözlenmiştir (Tablo 4). Girişim grubunda yapılan eğitimin ve danışmanlığın genel iyilik puan ortalamasında ameliyat sonrasında itibaren etkili olduğu düşünülmektedir. Puan farklarının karşılaştırmasına göre girişim ve kontrol grubu arasında girişim grubundaki artış farkının anlamlı olduğu bulunmuştur. Hastalara verilen L.E.A.R.N.S eğitim modeli doğrultusunda verilen eğitimin yaşam kalitesini arttırmaya yönelik etkisi vardır, H_2 hipotezi kabul edilmiştir

Önümüzdeki yıllarda meme kanseri yaşayanların sayısı gittikçe artmasına bağlı olarak, meme kanseri hastalarının tedavi sonrası yıllarca kişisel bir kanser

öyküsü olmayan akranlara göre belirti yükü, bozulmuş yaşam kalitesi ve işlevsel bozukluk rapor etme olasılığı daha yüksek olduğu için, bu hastaların yaşam kalitesinin artırılması için destek girişimlerin uygulanmasının çok önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışkan ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği genel sağlık durumu alt ölçeği puan ortalamasını 55.96 ± 24.21 olarak orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Hastaların fonksiyonel ölçek bölümünden en yüksek puanı emosyonel fonksiyondan, en düşük puanı da uğraş fonksiyonundan aldıkları tespit edildi. Semptom ölçeği bölümünde ise en yüksek puan ortalaması maddi zorluk maddesinde görülürken, en yoğun görülen üç semptom yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk olarak belirlenmiştir. Kanser hastalarının yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu, hastaların ailesinden algıladığı sosyal desteğin yüksek olduğu, sosyal destek düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı saptanmıştır (44).

Literatürde meme kanserli hastalarda yaşam kalitesinin zamanla azaldığı, ameliyattan bir yıl sonra artmaya başladığı belirtilmektedir (137).

Jassim ve arkadaşları (2014) meme kanseri olan Bahreynli kadınların yaşam kalitesinin araştırıldığı niteliksel çalışmada; kültürel, dini ve sosyal boyutların kadınların meme kanseri deneyimi ve yaşam kalitesini etkilediği, kansere bağlı inanç ve tutumların, meme kanseri nedenleri algılama biçimlerinin, başa çıkma mekanizmalarında etkili olduğu saptanmıştır (31).

Literatürde genç yaş, sosyal desteğin eksikliği veya düşük maddi durum gibi demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin yüksek anksiyete, depresyon ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu, bununla birlikte, hastanın psikolojik durumu ve yaşam kalitesinin zamanla değiştiği belirtilmiştir (23,72).

Howard-Anderson ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları sistematik derleme çalışmasında 50 yaş veya daha küçük olan meme kanserli kadınlarda, 50 yaş üzeri kadınlara göre daha sık veya şiddetli depresif belirtiler ve yaşam kalitesinin daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Genç yaşta (≤ 50 yaş) kadınlarda erken menopoz, menopoz semptomları ve infertilite ile ilgili endişeler tedaviden sonra sıkıntı oluşturduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada yine genç yaşta (≤ 50 yaş) kanserli kadınlarda farklı psikososyal, menopozla ilgili endişeler, kilo alımı ve fiziksel hareketsizlik yaşadığı saptanmıştır (23).

Wonghongkul ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada üç yıldan uzun süredir meme kanseri olan hasta ile yapılan bir araştırmada, hastaların hastalıkları ile ilgili orta seviyede belirsizlik duygusu yaşadıkları, hastalıklarını yüksek derecede meydan okuyucu, zararlı ve tehditkar buldukları ve yaşam kalitelerinin orta seviyede olduğu saptanmıştır (231).

Chen ve arkadaşları (2016) yılında meme kanserli hastada yaptığı çalışmada meme kanseri hastalarının ameliyat öncesi, anksiyete, depresyon, yorgunluk, uykusuzluk sorunu yaşayanların ameliyat sonrası yaşam kalitelerinde ameliyat öncesi yaşamayanlara göre düşük olduğu ve semptom profilinin, yaşam kaliteleri üzerinde uzun vadeli bir önemli etki yaptığı saptanmıştır. Bu çalışmada hastaların tedavi öncesi semptomlarının rutin olarak değerlendirilmesi yüksek risk grubu tanımlamak için önerilmiştir (136).

Girişim grubu QLQ-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel fonksiyon boyutunda pre-test puan ortalamasının 79.27 ± 16.76 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 66.48 ± 20.99 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 73.69 ± 18.52 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 77.11 ± 15.19 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Girişim grubunda fiziksel fonksiyon boyutu puan ortalamasında pre-teste göre posttest-1(10.gün ve posttest-2 (1.ay) düşme olmasına rağmen, posttest-3 (3.ay) puan ortalamasında yükselme olduğu görülmüştür. QLQ-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel fonksiyon boyutu girişim grubunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda pre-test ile posttest1 (10 gün), post-test 1 (10.gün) ile post-test 2(1.ay),post-test 1(10.gün) ile post-test 3(3.ay) arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır. Girişim grubunda 10.gün ve 1.ayda fiziksel fonksiyon boyutunda puan ortalamalarının düşme sebebinin hastaların yeni ameliyat geçirmelerine bağlı olduğu düşünülmektedir. Girişim grubunda yapılan eğitimin ve danışmanlığın genel iyilik puan ortalamasında ameliyat sonrasında itibaren etkili olduğu düşünülmektedir.

Kontrol grubu fiziksel fonksiyon boyutunda pre-test puan ortalamasının 83.70 ± 14.55 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 69.07 ± 17.24 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 66.66 ± 15.11 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 64.25 ± 20.41 olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Kontrol grubunda girişim grubuna göre fiziksel fonksiyon puan ortalamasının pre-testte daha yüksek olmasına rağmen, post-test1 (10.günden) itibaren düşme olduğu zamanla 1.ay ve 3 ayda puan ortalamalarında düşmelerin daha devam ettiği gözlenmiştir. QLQ-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel

fonksiyon boyutu kontrol grubunda zamanlar (dört ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda pre-test-post-test1(10.gün), pre-test-post-test2 (1.ay), pre-test-post-test3(3.ay) arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında fiziksel fonksiyon boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test ve post-test1 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test2 (1.ay), post-test3 de(3.ayda) gruplar arası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubunun pre-test fiziksel fonksiyon boyutu puan ortalamalarının girişim grubuna göre daha yüksek olmasına rağmen zamanla puan ortalamalarının düştüğü post-test3 de(3.ayda) da bu düşmenin daha devam ettiği, girişim grubunun ise 10.gün ve 1.ayda düşme olmasına rağmen 3.ayda fiziksel fonksiyon boyutu puan ortalamalarının yükseldiği gözlenmiştir. Bu sonuçta yapılan girişimin etkili olduğu düşünülmektedir. Hastaların ameliyat sonrası dönemde banyo-giyinme ve daha çok ağrı problemleri yaşadıkları bunun yanında uykusuzluk, kabızlık problemi yaşamalarının fiziksel fonksiyonları etkilediği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda, kanser teşhisini takiben fiziksel aktivitenin hem fiziksel hem de fonksiyonel iyiliğin yanısıra psikolojik ve duygusal iyilik açısından ve yaşam kalitesi artması yönünde önemli etkisi olduğu bulunmuştur (6,94,98)

Bloom ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları meta-analiz çalışmasında meme kanseri hastalarının fiziksel fonksiyonlarında sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Yaşam kalitesinin psikolojik iyilik alt boyutunda ise meme kanseri hastaları çok fazla baskı altında oldukları görülmüştür. Sosyal durum alt boyutuyla ilgili verilere bakıldığında ise hastaların genellikle seksüel ve cinsel fonksiyonlarının düşük olduğu, ev, iş ve diğer aktivitelerdeki rollerinde bir azalma yaşadıkları saptanmıştır (232).

Helgeson ve Tomich (2005) meme kanseri hastalarını sağlıklı insanlardan karşılaştırdıkları çalışmalarında meme kanseri olan hastalarda fiziksel fonksiyonlar ve fiziksel semptomlar gibi yaşam kalitesinin alt boyutlarının sağlıklı kadınlara göre daha kötü olduğunu saptamışlardır (233).

Ganz ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları bir çalışmada mastektomili hastaların yaşam kalitesinin fiziksel işlevsellik boyutunda en düşük, kemoterapi alan hastalarda cinsel işlev boyutunun en düşük olduğu saptanmıştır (234).

Girişim grubu QLQ-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği rol fonksiyon boyutunda pre-test puan ortalamasının 82.43 ± 28.58 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının $59.45 \pm$

31.06, post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 68.01 ± 22.00 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 77.92 ± 16.69 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Girişim grubunda rol fonksiyon boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1(10.gün ve post-test2 (1.ay) düşme olmasına rağmen, post-test3(3.ay) puan ortalamasında yükselme saptanmıştır. Girişim grubunda rol fonksiyon boyutu yönünden zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda pre-test-post-test1, pre-test-post-test2, post-test1-post-test3, post-test2-post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu rol fonksiyon boyutunda pre-test puan ortalamasının 90.74 ± 16.15 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 56.01 ± 28.49 , post test-2 (1.ay) puan ortalamasının 67.59 ± 22.86 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 56.94 ± 28.55 olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Kontrol grubunda girişim grubuna göre rol fonksiyon puan ortalamasının pre-testte daha yüksek olmasına rağmen, post-test1 (10.günden) itibaren düşük olduğu zamanla 1.ay ve 3 ayda puan ortalamalarında düşmelerin daha devam ettiği gözlenmiştir. Kontrol grubu rol fonksiyon boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda pre-test-post-test1, pre-test-post-test2, pre-test-post-test3, post-test2-post-test1, post-test3-post-test2 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında rol fonksiyon boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test1 ve post-test2 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test3 de gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Girişim grubunda yapılan müdahalenin rol fonksiyon boyutunda da etkili olduğu düşünülmektedir.

Paskett ve arkadaşlarının (2008) “meme kanseri tedavisi gören kadınlarla kanser öyküsü olmayan kadınların yaşam kalitelerini karşılaştırdıkları çalışmalarında meme kanseri öyküsü olan kadınların sağlıklı gruba göre daha kötü fiziksel işlevsellik, fiziksel sağlık sebebiyle daha fazla rol sınırlılığı, daha fazla ağrı, daha kötü genel sağlık ve daha az zindelik” bildirdikleri saptanmıştır (235).

Girişim grubu QLQ-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ruhsal durum boyutunda pre-test puan ortalamasının 62.61 ± 22.36 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 72.29 ± 20.32 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 68.46 ± 22.91 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 70.27 ± 25.87 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Girişim grubunda zamanla ruhsal durum boyutu puan ortalamasında yükselme olduğu saptanmıştır.

Girişim grubunda ruhsal durum boyutu yönünden zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubu rol fonksiyon boyutunda pre-test puan ortalamasının 59.72 ± 26.53 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 64.12 ± 23.47 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 63.65 ± 24.08 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 60.64 ± 25.24 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Kontrol grubunda girişim grubuna göre ruhsal durum rol fonksiyon puan ortalamasının tüm zamanlarda daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubu ruhsal durum boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p >0.05$).

Girişim ve kontrol grupları arasında ruhsal durum boyutu puan ortalamaları yönünden gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Girişim grubunun ruhsal durum boyutu puan ortalamalarının zamanla kontrol grubuna göre daha yüksek seyrettiği bu sonuçta da yapılan girişimin etkili olduğu düşünülmektedir.

Meme kanseri tanısı ve tedavisi bir kadının fiziksel, sosyal ve genel refahı üzerinde derin etkilere sahip olabilir. Meme kanseri hastalarında depresyon ve düşük yaşam kalitesi yaygın görülür. Yapılan çalışmalarda meme kanserli hastaların düşük yaşam kalitesi puanlarının depresif belirtilerin varlığı ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir (17,164).

Tirgari ve arkadaşları (2012) İran'da meme kanserli kadınlarda yaptıkları çalışmada, hastaların duygu durumu ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğunu, mastektomi yapılan kadınların düşük ruh hali ve yaşam kalitesine sahip olduklarını saptamışlardır (41).

Meme kanseri olan kadınların psikolojik sağlığı tedavide ve sonrasında etkilenmektedir. Ho ve arkadaşlarının (2013) meme kanserli hastalarda anksiyete ve depresyon da dahil olmak üzere psikolojik sıkıntı, yaşam kalitesinde bozulma, özellikle de duygusal, işlevsel, fiziksel ve sosyal iyilik halinden bağımsız olarak ilişkili olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada farklı kültürlerden meme kanseri olan kadınların psiko-sosyal endişeleri arasında farklılıkların olduğu saptanmıştır. Ayrıca, kaygı düzeyi yüksek olan kadınların, tedavi sırasında ve sonrasında fiziksel ve fonksiyonel olarak daha düşük yaşam kalitesine ve özellikle de psikolojik iyilik düzeyinin düşük olmasına neden olduğu belirlenmiştir (72).

Stefanic ve arkadaşlarının (2014) erken evre meme kanseri hastalarında yaptıkları çalışmada, ameliyattan sonra çoklu zaman noktalarında fiziksel

semptomları fazla olan kadınların, semptomları az olanlara göre daha yüksek psikolojik sıkıntı yaşadıklarını saptamışlardır. Meme kanserinde fiziksel belirtiler ve tedavisi, fonksiyonel sonuçlara ve yaşam kalitesine önemli ölçüde müdahale edebileceği belirtilmiştir (151).

Çam ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları bir araştırmada; araştırmaya katılan hastaların %82.4'ü hastalıklarının yaşamlarını etkilediğini, bunu ifade edenlerin %73.3'ü ise yaşamlarında etkilenen yönün daha çok ruhsal olduğunu bildirdikleri saptanmıştır (236). Purkayastha ve arkadaşları (2017) Hindistan'da yaptıkları araştırmada, hastaların % 21.5'inde depresyon olduğunu, depresyonda olan hastalarının genel olarak yaşam kalitelerinin düşük olduğunu saptamışlardır (17).

Literatürde psikososyal müdahalelerin depresyon ve kaygı semptomlarını azaltmada etkili olduğunu ve psikolojik iyiğin sağlanması ile yaşam kalitesinin iyileştirilmesine sağlayacağı belirtilmiştir (164). Literatürde kaygı ve depresif belirtilerin değerlendirilmesinin meme kanseri ameliyatlarından önce yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Kaygı ve depresif belirtilerin meme kanseri cerrahisini takiben kadınların büyük bir yüzdesinde gerçekleştiğini ve daha düşük bir yaşam kalitesi ile sonuçlandığını belirtilmektedir (163).

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği bilişsel durum boyutunda pre-test puan ortalamasının 75.67 ± 22.08 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 84.23 ± 20.76 , post test-2 (1.ay) puan ortalamasının 80.63 ± 20.22 , post test-3 (3.ay) puan ortalamasının 76.12 ± 19.85 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Girişim grubunda bilişsel durum boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1(10.gün ve post-test2 (1.ay), post-test3 (3.ay) puan ortalamasında yükselme olduğu saptanmıştır. Girişim grubunda bilişsel durum boyutu yönünden zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda pre-test-post-test1, post-test3-post-test1 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu bilişsel durum boyutunda pre-test puan ortalamasının 75.46 ± 26.87 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 72.68 ± 24.60 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 75.00 ± 23.05 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 65.74 ± 23.21 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Kontrol grubunda bilişsel durum puan ortalamasının post-test1 (10.gün) ve post-test3 (3.ay) düşme gösterdiği saptanmıştır. Kontrol grubu bilişsel durum boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Girişim ve kontrol grupları arasında bilişsel durum boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test2 ve post-test3 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test1' de gruplar arası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Girişim grubu ve kontrol grubunun bilişsel durum boyutu puan ortalamalarının pre-test aynı olmasına rağmen, zaman içinde kontrol grubu bilişsel durum boyutu puan ortalamalarının hem grup içi, hem de gruplar arasında düşme gösterdiği saptanmıştır. Girişim grubunda yaşam kalitesi bilişsel boyuttaki puan yükselmesinde yapılan müdahalenin etkili olduğu düşünülmektedir. Bazı hastaların kemoterapi sürecinde olmasının bilişsel durumunu etkilediği düşünülmektedir.

Bilişsel bozukluk, meme kanseri hastaları tarafından sıkça bildirilen bir semptomdur ve klinik açıdan önemli bir sorundur. Hastalar sıklıkla hafıza, konsantre olmama veya zihinsel yavaşlık hissi ile ilgili sorunlar bildirmektedir (214).

Literatürde bilişsel işlevlerdeki değişiklikler, meme kanseri yaşayanlarda önemli bir konudur. Meme kanseri yaşayanlarda %75'e varan oranda, tedavinin bitiminden sonra yıllarca sürebilecek olan bilişsel bozulmalar yaşanmaktadır. Bilişsel işlevlerdeki değişiklikler için potansiyel bir risk faktörü düşük fiziksel aktivite seviyesidir (237).

Cappiello ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada, tedaviden sonra erken evre meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek ihtiyaçlarını, gereksinimlerini daha iyi karşılayan özel müdahalelerin geliştirilmesi için yaptıkları çalışmada, kadınlara 3, 6 ve 12. aylarda fiziksel belirtileri sorulmuştur, üç periyotta kadınların bildirdikleri en yaygın fiziksel belirtinin yorgunluk olduğu, 3. ayda da hastaların % 60 ile % 80 oranında konsantre olma durumu güçlük yaşadıkları ve bunun bir yıl boyunca devam ettiği saptanmıştır. Uyku güçlüğü ve sıcak basması fiziksel belirtiler arasında üçüncü sırada yer aldığı belirlenmiştir (63).

Myers (2012) kemoterapi alan meme kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada altı ve on iki ay sonrasında, kadınların kısa süreli hafıza, odaklanma, kelime bulma, okuma ve sürüş ile ilgili sorunları bildirdiklerini belirlemiştir (238).

Girişim grubu QLQ-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği sosyal durum boyutunda pre-test puan ortalamasının 76.57 ± 24.67 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 66.66 ± 26.93 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 70.72 ± 25.88 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 76.12 ± 20.98 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Girişim grubunda sosyal durum boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1(10.gün) ve post-test2 (1.ay) düşme olmasına rağmen, post-test3 (3.ay) puan ortalamasında pre-test

seviyesine yükselmiştir. QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği sosyal durum boyutu girişim grubunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Kontrol grubu sosyal durum boyutunda pre-test puan ortalamasının 80.55 ± 25.66 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 63.88 ± 30.21 , post-test2(1.ay) puan ortalamasının 65.74 ± 26.10 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 68.51 ± 27.24 olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Kontrol grubunda girişim grubuna göre sosyal durum puan ortalamasının pre-testte daha yüksek olmasına rağmen, post-test1 (10.günden) itibaren zamanla düşme gösterdiği saptanmıştır. Kontrol grubu sosyal durum boyutu zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Girişim ve kontrol grupları arasında sosyal durum boyutu puan ortalamaları yönünden gruplar arası istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Kontrol grubunun pre-test sosyal durum boyutu puan ortalamalarının girişim grubuna göre daha yüksek olmasına rağmen zamanla puan ortalamalarının düştüğü, girişim grubunda sosyal durum boyutu puan ortalamalarının ise 10.gün ve 1.ayda düşme olmasına rağmen 3.ayda pre-test seviyesine yükseldiği saptanmıştır. Her iki gruptaki hastaların tedavi sürecinde olup hastaneye sürekli gelip gitmelerinin aynı zamanda tedavinin getirdiği bir takım yan etkiler sebebiyle sosyal ortamdan uzak kalmaları sebep olduğu düşünülmektedir.

Birçok meme kanseri hastası yorgunluk, işlevsel yeteneğin azalması, cinsel değişiklikler, menopoz, bilişsel işlev bozuklukları ve psikolojik sıkıntılar da dahil olmak üzere kalıcı semptomlar bildirmişlerdir (63).

Pınar ve arkadaşları (2008) jinekolojik kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların en fazla duygusal ve sosyal alanlarda yaşam kalitelerinin düştüğünü saptamışlardır (239).

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği yorgunluk boyutunda pre-test puan ortalamasının 36.33 ± 27.17 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 45.64 ± 26.80 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 39.93 ± 20.36 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 37.53 ± 20.17 olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Girişim grubunda yorgunluk boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1(10.gün) ve post-test2 (1.ay) artmasına rağmen, post-test3 (3.ay) puan ortalamasında çok az artma olmuştur. Girişim grubu yorgunluk boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda pre-test- post-test1 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu yorgunluk boyutunda pre-test puan ortalamasının 34.56 ± 21.21 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 43.82 ± 19.50 , post-test2(1.ay) puan ortalamasının 41.66 ± 22.12 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 54.62 ± 27.77 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Kontrol grubunda girişim grubuna göre yorgunluk puan ortalamasının pre-testte daha düşük olmasına rağmen, post-test1(10.günden) itibaren yüksek olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubu yorgunluk boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda pre-test- post-test1, pre-test -post-test3, post-test3- post-test1, post-test3- post-test2 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında yorgunluk boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test1 ve post-test2 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test3'de (3.ayda) gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Kontrol grubunun pre-test yorgunluk boyutu puan ortalamalarının girişim grubuna göre daha düşük olmasına rağmen, zamanla yorgunluk puan ortalamalarının yükseldiği ve üçüncü ayda daha arttığı saptanmıştır. Girişim grubuna yapılan eğitim ve danışmanlık ile hastalar fiziksel aktivite konusunda daha bilinçli davranıp yürüyüş yapmalarının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Literatürde kansere bağlı yorgunluk, kanser nedeniyle tedavi edilenler arasında özellikle de radyasyon tedavisi ve kemoterapi ile tedavi görenler arasında çok sık rastlanan bir durumdur ve tahmini prevalans % 28 ile % 91'dir (37) .

Yates ve arkadaşları (2005) yaptıkları randomize kontrollü bir araştırmada, onkoloji hemşirelerinin yüz yüze ve telefon görüşmesi ile yaptıkları psikoeğitimin meme kanseri olan kadınlarda yorgunluk azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (240).

Literatürde meme kanserinde yorgunluğun genellikle akut olarak görüldüğü, ancak kadınların yaklaşık % 30'nda uzun yıllar devam edebilecek yorucu yorgunluk yaşadıkları belirtilmektedir. Yorgunluğun düşük motivasyon, depresyon, günlük yaşam aktivitelerinde bozulma ve genel yaşam kalitesi düşüklüğü ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (120,171,172).

Kim ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmada, yorgunluğun meme kanseri hastalarında yaşam kalitesi ile negatif ilişkili olduğunu göstermişlerdir (143).

Yorgunluk, meme kanseri hastalarında, özellikle kemoterapi alan kadınların bildirdikleri en yaygın tedavi sonrası semptomlardan biridir. Yorgunluk, aynı zamanda, kanser tedavilerinin en sık bildirilen yan etkisidir. Birçok çalışma,

yorgunluğun, ağrı, dispne, depresif ruh hali, anksiyete, depresyon gibi diğer semptomlarla da ilişkili olduğunu göstermiştir (9,14,98,144).

Literatürde haftada birkaç kez egzersiz (yürüyüş, bisiklet sürme veya aerobik egzersizi) yorgunluğu azaltmada etkili olabileceği, kilo alımının ise prognozu olumsuz olarak etkilediği belirtilmiştir (96).

Schjolberg ve arkadaşlarının (2014) meme kanseri hastalarında (evre I veya II) yapılan randomize kontrollü çalışmada, üç haftalık bir eğitim müdahalesinin hasta yorgunluk seviyelerine etkisi bakılmış, eğitim verilen grupta yorgunluk ve enerji düzeylerinde anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Eğitim verilen grupta yorgunluğun beşin altında ve üçüncü ayda enerjilerin yüksek olduğu olduğu bulunmuştur (9).

Girişim ve kontrol grupları arasında bulantı-kusma boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test1, post-test2 ve post-test3 de gruplar arası istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Girişim grubu bulantı-kusma boyutu puan ortalamaları pre-testte yüksek olmasına rağmen zamanla düşme, kontrol grubu bulantı-kusma boyutu puan ortalamaları pre-testte düşük olmasına rağmen zamanla yükselme görüldüğü saptanmıştır.

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği ağrı boyutunda pre-test puan ortalamasının 23.87 ± 27.64 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 42.34 ± 28.21 , post test-2 (1.ay) puan ortalamasının 34.68 ± 21.29 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 28.37 ± 16.60 olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Girişim grubunda ağrı boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1(10.gün) puan ortalamasında yükselme, post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay)da düşme göstermiştir. Girişim grubunda ağrı boyutu yönünden zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda pre-test- post-test1, post-test2- post-test1, post-test3-post-test1, post-test3-post-test2 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu ağrı boyutunda pre-test puan ortalamasının 22.22 ± 22.88 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 47.68 ± 25.86 , post test-2 (1.ay) puan ortalamasının 41.20 ± 25.96 , post test-3 (3.ay) puan ortalamasının 41.66 ± 21.63 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Kontrol grubunda ağrı puan ortalamasının pre-teste göre post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) puan ortalamasında yükselme gösterdiği saptanmıştır. Kontrol grubu ağrı boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz

sonucunda kontrol grubunda pre-test- post-test1, post-test2 -pre-test, post-test3- pre-test arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında ağrı boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test1 ve post-test2 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test3 de(3.ayda) gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Girişim grubunda zamanla ağrı puan ortalaması azalma gösterirken, kontrol grubunda zamanla artma gösterdiği saptanmıştır.

So ve arkadaşlarının(2009) yaptıkları çalışmada, kemoterapi alan meme kanseri arasında daha düşük yaşam kalitesinin, tedavi yan etkilerinin daha şiddetli olmasının ve benlik saygısının zayıflığının bir sonucu olabileceği belirtilmiştir (144).

Yapılan çalışmalarda meme kanserinde depresyon, yorgunluk ya da ağrı gibi kansere bağlı semptomların varlığı yaşam kalitesiyle negatif olarak ilişkilendirilmiştir (35,143).

Literatürde hem yorgunluk hem de depresyonda rastlanan risk faktörleri olarak düşük gelir, dispne, uykusuzluk, iştah kaybı, kabızlık ve kol semptomları belirtilmiştir (143).

Her bir zaman diliminde dispne boyutu puan ortalamaları yönünden girişim ve kontrol grupları karşılaştırıldığında pre-test ve post-test2 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test1 ve post-test3 de(3.ay) gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Girişim grubunda zamanla dispne boyutu puan ortalaması azalma gösterirken, kontrol grubunda zamanla artma gösterdiği saptanmıştır.

Roiland ve Heidrich (2011) yaşlı meme kanseri hastalarında yaptıkları çalışmada otuzaltı farklı belirtiyi içeren klinik olarak belirgin yedi semptom kümesi bulmuşlardır. Bu semptom kümelerinin, yaşam kalitesinin birden çok boyutuyla anlamlı şekilde ilişkili olduğunu, ilk beş semptomun gerginlik(katılık), ağrı, eklem ağrısı, acıma (Aching), yorgunluk olduğunu saptamışlardır. Yaşlı meme kanseri hastalarının çok sayıda eş zamanlı semptom yaşadıklarını ve birbirleriyle ilişkili olduğu bilinen semptomları hedef alan müdahalelerin yaşam kalitesi artırılmasında önemli olduğu vurgulanmıştır (21).

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği uyku bozukluğu boyutunda pre-test puan ortalamasının 36.03 ± 30.81 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 29.72 ± 34.05 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 29.72 ± 33.13 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 25.22 ± 27.67 olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Girişim grubunda

uyku bozukluğu boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) düşme göstermiştir. Girişim grubunda uyku bozukluğu boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubu uyku bozukluğu boyutunda pre-test puan ortalamasının 35.18 ± 35.58 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 39.81 ± 32.67 , post test-2 (1.ay) puan ortalamasının 38.88 ± 34.27 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 45.37 ± 34.87 olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Kontrol grubunda uyku bozukluğu puan ortalamasının pre-testten itibaren zamanla yükseldiği gözlenmiştir. Kontrol grubunda uyku bozukluğu boyutu zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Girişim ve kontrol grupları arasında uyku bozukluğu boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test1(10 gün) ve post-test2 (1.ay) de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test3 de(3.ay) gruplar arası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Girişim grubunun uyku bozukluğu boyutu puan ortalamalarının zamanla düştüğü, kontrol grubunun ise pre-testten itibaren zamanla uyku bozukluğu boyutu puan ortalamalarının yükseldiği bulunmuştur. Girişim grubunda yapılan eğitim ve danışmanlığın hastalarının uyku problemleri ile nasıl başetmeleri gerektiği konusunda yararlı olduğu düşünülmektedir. Hemşireler, kanser bakım sürekliliğinin tüm evrelerinde uyku bozukluklarının tanınmasında kilit rol oynamaktadır. Hemşirelerin, uyku sorunları olan hastaların sayısını tanımlayarak ve uyku bozukluklarının şiddetini ve etkisini doğru bir şekilde değerlendirmek için mevcut önlemleri kullanarak yaşam kalitelerini artırabilecekleri düşünülmektedir.

Erken dönemdeki kanserli hastalarda özellikle yorgunluk, depresyon, anksiyete ve uykusuzluk semptomlarının arttığı belirlenmiştir (241).

Literatürde de uykusuzluk sorununun, kanser hastalarında %30-88 sıklıkta yaygın görüldüğü, diğer kanserlerle karşılaştırıldığında, meme kanseri olan kadınlarda uykusuzluğun daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Meme kanseri olan kadınların, kemoterapi veya endokrin tedavileri sebebiyle menopoza girmeleri ile birlikte sıklıkla kötüleşen uykusuzluk bildirdikleri vurgulanmıştır. Meme kanseri ile ilişkili uykusuzluğun yaşam kalitesi ve günlük fonksiyonlar üzerinde derin etkisi olduğu gösterilmiştir (14,73,167).

Literatürde meme kanseri olan kadınlarda uykusuzluk, yorgunluk, duyu durum bozukluğunun yaşam kalitesinin düşmesine sebep olduğu belirtilmektedir.

Sürekli uykusuzluk yaşandığında hastaların fiziksel ve psikososyal fonksiyonları, modları, diğer semptomların şiddeti, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin etkilenebileceği bildirilmektedir (167,168).

Savard ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmada (n=466) meme kanseri olan kadınların hem perioperatif dönemde (% 70) hem de iki ay sonra (% 60) en yüksek uykusuzluk oranlarını gösterdikleri saptanmıştır (243).

Girişim ve kontrol grupları arasında iştahsızlık boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test2 (1.ay) ve post-test3 de(3.ay) istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test1(10 gün) de gruplar arası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Girişim grubunun iştahsızlık boyutu puan ortalamalarının zamanla düştüğü, kontrol grubunun ise pre-testten itibaren zamanla iştahsızlık boyutu puan ortalamalarının yükseldiği saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında kabızlık boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test1(10 gün) ve post-test3 de(3.ay) istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test2'de (1.ay) gruplar arası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Girişim grubunun kabızlık puan ortalamalarının zamanla düştüğü, kontrol grubunun ise pre-testten itibaren zamanla kabızlık puan ortalamalarının yükseldiği gözlenmiştir.

Girişim grubuna verilen destek ve eğitimin hastalığın ve tedavi semptomları ile ilgili zorluklarla daha iyi baş etmelerini sağladığı düşünülmektedir.

Begum ve arkadaşları (2016) Bangladeş'de kemoterapi alan 132 hastada yaptıkları çalışmada, ortalama olarak hastaların on yedi semptom yaşadığını ve yaşam kalitesi düzeylerin orta düzeyde olduğunu saptamışlardır. Tüm alt ölçekler arasında fiziksel iyilik hali en düşük puanı, sosyal refah en yüksek puanı aldıkları saptanmıştır. Semptom yaşama ve yaşam kalitesi anlamlı negatif korelasyon olduğu bulunmuştur (243).

Girişim grubu QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği finansal zorluk boyutunda pre-test puan ortalamasının 17.11 ± 30.04 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 25.22 ± 26.53 , post test-2 (1.ay) puan ortalamasının 24.32 ± 29.02 , post test-3 (3.ay) puan ortalamasının 30.63 ± 32.75 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Girişim grubunda finansal zorluk boyutu puan ortalamasında pre-testten itibaren yükselme gösterdiği belirlenmiştir. Girişim grubunda finansal zorluk boyutu yönünden zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz

sonucunda girişim grubunda pre-test- post-test1, post-test3- pre-test arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu finansal zorluk boyutunda pre-test puan ortalamasının 29.62 ± 24.91 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 39.81 ± 33.63 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 36.11 ± 33.21 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 46.29 ± 35.88 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Kontrol grubunda finansal zorluk puan ortalamasının pre-teste göre zamanla daha çok yükselme gösterdiği saptanmıştır. Kontrol grubu finansal zorluk boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda pre-test- post-test1, post-test3-pre-test arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında finansal zorluk boyutu puan ortalamaları yönünden post-test1, post-test2 ve post-test3' de (3.ay) istatistiksel olarak fark bulunmazken, pre-test gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Girişim ve kontrol grubunda zamanla finansal zorluk puan ortalamasında yükselme görüldüğü, kontrol grubunun daha çok finansal zorluk yaşadıkları saptanmıştır. Çalışma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubu hastaların tedavi sürecinde olmalarına bağlı çalışmamaları, ilaç, yol v.b masraflarının artması sebebiyle finansal zorluk yaşadıkları düşünülmektedir. Girişim grubuna verilen destek ve eğitim ile finansal ve diğer zorluklarla daha iyi baş ettikleri düşünülmektedir. Kanser teşhisi konduktan sonra yaşam kalitesi arttırmak için hemşireler tarafından etkili bir destek sistemi geliştirmenin önemli olduğu düşünülmektedir.

Literatürde meme kanseri kadınların mesleki kariyerlerinde, çalışma yaşamlarında ve ekonomik durumlarında da önemli sorunlara yol açtığı belirtilmiştir. Genel olarak, sağlık sigortası veya güvencesi, tekrar iş yaşamına dönememe, çalışma aktiviteleri ve önceliklerdeki değişimler, damgalama ve iş ayrımcılığı gibi problemler belirtilmiştir (244).

Yapılan diğer bir çalışmada da kanser tanısı alan ve tedaviye başlayan hastaların fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerinin bozulduğu ve yaşam kalitelerinin düştüğü saptanmıştır (245).

Demirci ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi QLQ-30 ölçeği puan ortalamasını genel iyilik hali 62.8 ± 22.4 , fiziksel fonksiyon 75.4 ± 15.7 , rol fonksiyon 83.5 ± 23.3 , ruhsal durum 67.3 ± 23.9 , bilişsel fonksiyon 76.9 ± 25.3 ,

sosyal durum fonksiyonunda 73.6 ± 27.2 olarak saptanmıştır. Hastaların semptom sklasından en fazla yorgunluk (36.8 ± 22.2) ve finansal zorluk (33.8 ± 33.5) puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır (210).

Fukui ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada hastalara psikolojik ve bilendirici destek sağlanarak tanıdan bir hafta sonra birinci ve üçüncü ayda yaşam kalitelerinin ve memnuniyetin arttırabileceği saptamışlardır (247).

Musarezai ve arkadaşlarının (2015) mastektomi olmuş meme kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi ile eğitim düzeyi ve yorgunluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Yaş ile yaşam kalitesinin zihinsel boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğunu, evlilik ve çalışma durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlemişlerdir. Bu çalışmadaki hastaların, her şeyden çok, tedavilerin daha az stresle tamamlanması için sosyal, duygusal ve manevi desteğe ihtiyaç duyduğu belirtilmiştir (24).

5.5.Meme Kanserli Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası (10.Gün, 1. ve 3.Ay) QLQ-23 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Girişim grubu QLQ-23 Yaşam Kalitesi Ölçeği beden imgesi boyutunda pre-test puan ortalamasının 78.82 ± 24.57 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 72.07 ± 28.06 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 75.00 ± 30.55 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 74.77 ± 20.64 olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Girişim grubunda beden imgesi boyutu puan ortalamasında pre-teste göre zamanla düşme olmuştur. Girişim grubunda beden imgesi boyutu yönünden zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubu beden imgesi boyutunda pre-test puan ortalamasının 79.39 ± 21.77 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 65.97 ± 28.89 , post test-2 (1.ay) puan ortalamasının 67.59 ± 24.86 , post test-3 (3.ay) puan ortalamasının 61.34 ± 26.95 olduğu saptanmıştır (Tablo5). Kontrol grubunda girişim grubuna göre beden imgesi puan ortalamasının pre-testte daha yüksek olmasına rağmen, post-test1 (10.günden) itibaren düşme olduğu zamanla 1.ay ve 3 ayda puan ortalamalarında düşmelerin daha devam ettiği gözlenmiştir. Kontrol grubu beden imgesi boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz

sonucunda kontrol grubunda pre-test- post-test1, pre-test- post-test2, pre-test- post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında beden imgesi boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test1 ve post-test2 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test3 de gruplar arası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubu beden imgesi puan ortalamalarının girişim grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Girişim grubuna verilen eğitim ve desteğin kadınların beden imgesinin yükselmesinde etkili olduğu, bu durumda nasıl baş edebileceklerini ve neler yapabileceklerinin farkında olmalarının sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Obaidi ve arkadaşları (2013) yaptığı çalışmada, kanserli kadın hastalar ile sağlıklı kadınlar arasında yaşam kalitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu saptamışlardır. Beden imajı ile yaşam kalitesi arasında doğrudan doğruya bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca, kanser hastalarında beden imajında daha yüksek puanlar, yaşam kalitesinin yükselmesi ile ilişkilendirilmiştir (28).

Heidar ve arkadaşlarının (2015) mastektomi sonrası meme kanseri olan hastalarda beden saygısı ve zihinsel sağlık arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada beden saygısı ile zihinsel sağlık arasında direkt lineer bir ilişki olduğu ve mastektomili hastaların beden imajının düşük olduğu saptanmıştır. Mastektominin vücut saygısı ve zihinsel sağlığı üzerindeki etkileri ve değişkenler arasındaki ilişki göz önüne alınarak hemşirelerin, psikolojik bozuklukların önlenmesi için hastaları danışman merkezlerini tanıtmak ve yönlendirmelerinin önemli vurgulanmıştır(158).

Girişim grubunda cinsel yaşam ve doyum boyutu puan ortalamasında pre-teste göre zamanla artma saptanmıştır (Tablo 5). Kontrol grubunda girişim grubuna göre cinsel yaşam ve doyum puan ortalamasının post-test1 (10.günden) itibaren düşme gösterdiği saptanmıştır. Girişim ve kontrol grupları arasında cinsel yaşam boyutu puan ortalamaları yönünden, post-test1, post-test2 ve post-test3 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, pre-test de gruplar arası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Erken meme kanseri olan kırsal Avustralya kökenli kadınların, teşhis sonrası bir ayda yüksek seviyede psikolojik, sağlık sistemi ve bilgi gereksinimlerini algılamasına karşın, bu ihtiyaçlar tanıdan sonraki üç ayda önemli ölçüde azaldığı, cinsel ihtiyaçların ise teşhis sonrası bir ile üç ay arasında arttığı belirtilmiştir (247).

Literatürde meme kanseri tedavisinin geç etkileri arasında kalıcı yorgunluk, depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu, uyuşma/karınalanma, kızarıklık ve diğer

vazomotor semptomlar, bilişsel işlev bozukluğu, kronik ağrı, lenfödem ve cinsel işlev bozukluğu belirtilmektedir (120,138,139,140,141,142).

Engel ve arkadaşlarının (2004) “meme kanseri hastalarında yaşam kalitesi çalışmalarında mastektomi yapılan hastaların beden imajı skorlarının düşük olduğu, kadınların kendilerini daha az çekici hissettikleri, dış görünüşlerinden hoşlanmadıkları, kendilerini bütün hissetmedikleri, kendi memelerinden ve skar dokusundan dolayı mutsuz oldukları, işlerinin ve hobilerinin daha sınırlı olduğu, cinsel açıdan daha az aktif oldukları, kendilerini güvensiz hissettikleri, diğer insanlarla iletişimden kaçındıkları ve günlük alışkanlıklarının büyük bir alanının etkilendiğini” saptamışlardır (248).

Cappiello ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada, meme kanserinde cinsellik ve cinsel işlevlerdeki değişiklikler genellikle tedavi sonrası evrede bildirilmiştir. Kadınlara tedaviden hayatta kalmaya geçiş için ne kadar hazır oldukları sorulduğunda kadınların yarısı (%45) neyin olacağı hakkında hiçbir bilgi almadıklarını bildirmiştir. Hemen hemen tüm hastalar, daha fazla bilgi almak ve özellikle ayrıntılı bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir (63).

Girişim grubunda gelecek kaygısı boyutu puan ortalamasında pre-teste göre zamanla yükselme olmuştur. Girişim grubunda gelecek kaygısı boyutu yönünden zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$ (Tablo 5). Kontrol grubunda girişim grubuna göre gelecek kaygısı puan ortalamasının tüm zamanlarda daha düşük olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubu gelecek kaygısı boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Girişim ve kontrol grupları arasında gelecek kaygısı boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test ve post-test1 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test2 ve post-test3 de gruplar arası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubu gelecek kaygısı puan ortalamalarının girişim grubuna göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Girişim grubu hastaların verilen eğitim ve danışmanlık sonucunda daha bilinçli olmalarının hastaların gelecek kaygıları artmasında etkili olduğu ayrıca bu dönem içinde bazı hasta yakınlarının ölmesi, kalp krizi geçirmesi, kendilerinde genetik pozitifliğin çıkmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Ülkemizde mastektomi ameliyatı olmuş meme kanseri hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastaların tümünde gelecekle ilgili endişeler sıralamasında birinci sırada

hastalığın yinelemesi endişesi ve ikinci sırada ise başkalarına gereksinim duyma ve kendi gereksinimlerini karşılayamama endişesinin olduğu saptanmıştır (249).

Literatürde meme kanserinde yaşanan belirsizliğin gelecekte ne olacağını bilmemekten, güven duyamamaktan, her an şüphe içinde olunan bir yaşamı devam ettirmekten ve kararsız olmaktan kaynaklandığı bildirilmiştir. Kadınların belirsizlik durumunda yaşadıkları duyguların üstesinden gelmek için, genellikle belirsiz geleceğe ilişkin düşüncelerini baskıladıkları, planlarından vazgeçtikleri saptanmıştır (190).

Literatürde tanı konulduktan sonraki ilk birkaç ayda, meme kanseri olan bireyler "varoluşçu durum" yaşadıkları kendi sağlığı hakkındaki endişeler, yaşam ve ölüm konuları ile ilgili düşünceleri yoğun olarak yaşadıkları belirtilmektedir. Meme kanseri olan kadınların özel ihtiyaçlarını karşılamak üzere tasarlanan sağlık hizmetleri geliştirilmesinin önemi vurgulanmıştır (161).

Xia ve arkadaşları (2017) tarafından meme kanseri hastaların retrospektif olarak incelendiği bir çalışmada, beş yıllık rekürrens oranı %10.78 olarak saptanmıştır. Meme kanseri meme tümörü nüks risk faktörleri arasında tümör hacmi iki cm büyük olması, marj invazyonu pozitif, HER-2 reseptör pozitif, östrojen reseptörü pozitif, lenf nodu metastazı ve tümör evresi III tümör metastazıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (116).

Lengacher ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları araştırmada meme kanseri hastalarına farkındalık temelli stres azaltma programı uygulanmış ve bu hastalarda altı haftalık bu eğitimden sonra kontrol grubuna kıyasla daha az depresyon, anksiyete ve nüks korkusu, daha fazla enerji, daha iyi fiziksel fonksiyon olduğu saptanmıştır (250).

Girişim grubu QLQ-23 yaşam kalitesi ölçeği sistemik yan etkiler boyutunda pre-test puan ortalamasının 28.18 ± 25.35 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 20.33 ± 16.21 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 20.61 ± 14.87 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 28.74 ± 19.27 olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Girişim grubunda sistemik yan etkiler boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1 ve post-test2 de düşme olmasına rağmen post-test3 de pre-test seviyesine yükselmiştir. Girişim grubunda sistemik yan etkiler boyutu yönünden zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda pre-test-post-test1, post-test2-post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu sistemik yan etkiler boyutunda pre-test puan ortalamasının 28.43 ± 21.64 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 31.34 ± 22.37 , post test-2 (1.ay) puan ortalamasının 31.87 ± 19.87 , post test-3 (3.ay) puan ortalamasının 44.84 ± 20.18 olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Kontrol grubunda sistemik yan etkiler puan ortalamasının zamanla yükseldiği gözlenmiştir. Kontrol grubu sistemik yan etkiler boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda pre-test-post-test3, pre-test1-post-test3, post-test2-post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında sistemik yan etkiler boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test1, post-test2, post-test3 de gruplararası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Kontrol grubu sistemik yan etkiler puan ortalamalarının girişim grubuna göre daha yüksek seyrettiği gözlenmiştir. Çalışma grubundaki hastaların tedavi sürecinin devam ettiği çoğunun cerrahi sonrası radyoterapi veya kemoterapi aldığı gözlenmiştir. Girişim grubuna verilen eğitim ile girişim grubu hastaların kontrol grubu hastalarına göre tedavinin sistemik yan etkileri ile daha iyi başedebildikleri düşünülmektedir.

Kemoterapinin faydaları olmasına rağmen, çeşitli yan etkileri vardır. Meme kanserinde kemoterapi uygulanan hastaların en yaygın görülen belirtiler yorgunluk, uyku bozukluğu, uyuşukluk, distres, üzüntü, sıcak basması ve terlemeler ve ağrıdır. Kemoterapi, hastaların yaşam kalitesini etkileyen belirti semptomların çıkmasına neden olmaktadır (243).

Literatürde kemoterapi nedeniyle menopoza yaşayan genç kadınların daha çok fiziksel ve psikolojik sıkıntı bildirdikleri, daha düşük cinsel fonksiyon, daha az cinsel tatmin, vajinal kuruluk ile ilgili ağrılı cinsel ilişki ve daha düşük yaşam kalitesi gösterdikleri belirtilmektedir. Yaşlı kadınların (> 50 yaşın) daha az duygusal sıkıntı yaşadıkları, daha fazla direnç gösterdikleri ve semptom sıkıntısının nispeten düşük olduğu bildirdikleri ancak fiziksel işlevsellik sonuçlarının kötüleştiğini, fiziksel işlevsellik, bağımsızlık konusunda genç kadınlardan daha çok endişe ettikleri ve orta derecede yinelenme korkuları yaşadıkları belirtilmektedir (32).

Cheng ve arkadaşları (2014) tarafından meme kanseri tedavisi altı ay ile beş yıl arasında bitmiş meme kanserli kadınlarda yaptıkları çalışmada, kadınların %88'i en azından bir semptomu sahip olduğunu bildirirken, % 51'i en az bir karşılanmamış

ihtiyaçı olduğunu bildirmiştir. En sık görülen semptom yorgunluk (%47) ve el/ayakta hissizlik/karınalanma (%41) olmasıdır. Sağlık sistemi/bilgi alanında (%37'sinde) ve psikolojik ihtiyaçlarda (%29) karşılanmayan ihtiyaçlarının olduğu saptanmıştır (55).

Miaskowski ve arkadaşları (2006) tarafından aktif kanser tedavisi altındaki hasta üzerine yaptıkları çalışmada hastanın yorgunluğa, uyku bozukluğuna, depresyona ve ağrıya tepkilerine dayanarak dört hasta alt grubu tespit edilmiş ve dört semptomun hepsinden düşük düzeylerde olan alt gruplarda, daha iyi fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi olduğu saptanmıştır (251).

Girişim grubu QLQ-23 yaşam kalitesi ölçeği meme semptomları boyutunda pre-test puan ortalamasının 19.81 ± 18.87 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 29.95 ± 21.10 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 25.22 ± 17.17 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 26.35 ± 21.20 olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Girişim grubunda meme semptomları boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1, post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) da yükseldiği saptanmıştır. Girişim grubunda meme semptomları boyutu yönünden zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda pre-test-post-test1 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu meme semptomları boyutunda pre-test puan ortalamasının 19.90 ± 16.09 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 40.04 ± 18.66 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 37.50 ± 18.95 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 35.41 ± 17.29 olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Kontrol grubunda meme semptomları puan ortalamasının zamanla yükseldiği gözlenmiştir. Kontrol grubu meme semptomları boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda pre-test-post-test1, pre-test-post-test2, pre-test-post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında meme semptomları boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test1, post-test2, post-test3 gruplar arası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Her iki gruptaki meme semptomlarının ameliyat sonrası 10.günde oldukça arttığı saptanmıştır. Kontrol grubu meme semptomları puan ortalamalarının girişim grubuna göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Girişim grubuna verilen eğitim ve danışmanlık ile ameliyat sonrası hastaların kendi bakım ile yönetimlerinin daha iyi olduğu düşünülmektedir.

Literatürde yorgunluk, meme ve kol ağrısı ve lenfödem ile ilgili sorunlar, hem genç hem de yaşlı kadınların tedavinin geç etkileri olarak en çok bildirilen yan etkilerdir. Diğer semptomlar arasında kol/omuz hareketleri,boğaz kuruluğudur. Menstrüasyon ile ilgili sorunlar, menopoz öncesi genç kadınlar tarafından da belirtilen bir sorundur (21,23,33,37,43).

Girişim grubu QLQ-23 yaşam kalitesi ölçeği kol semptomları boyutunda pre-test puan ortalamasının 15.01 ± 17.01 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 37.53 ± 19.83 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 30.33 ± 19.18 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 24.62 ± 19.09 olduğu saptanmıştır (Tablo5). Girişim grubunda kol semptomları puan ortalaması pre-teste göre post-test1, post-test2 daha yüksek olmasına rağmen post-test3 de düşme göstermiştir. Girişim grubunda kol semptomları yönünden zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda pre-test-post-test1, pre-test- post-test2, pre-test- post-test3, post-test2- post-test1, post-test3-post-test1, post-test2- post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu kol semptomları boyutunda pre-test puan ortalamasının 13.88 ± 13.11 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 49.38 ± 22.60 , post test-2 (1.ay) puan ortalamasının 35.18 ± 19.78 , post test-3 (3.ay) puan ortalamasının 33.95 ± 23.74 olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Kontrol grubunda kol semptomları puan ortalamasının zamanla yükseldiği ve post-test3 de yüksek olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubu kol semptomları boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda pre-test- post-test1, pre-test- post-test2, pre-test- post-test3, post-test2- post-test1, post-test3-post-test1 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grupları arasında kol semptomları boyutu puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test2 ve post-test3 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, post-test1 de gruplar arası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Kontrol grubu kol semptomları puan ortalamalarının girişim grubuna göre pre-testte düşük olmasına rağmen, zamanla yükseldiği ve sürekli yüksek olduğu gözlenmiştir. Girişim grubuna verilen eğitim ve danışmanlığın ameliyat sonrası hastaların kol egzersizlerin yapmalarında ve öz-yönetimlerinin sağlamalarında etkili olduğu düşünülmektedir.

Demirci ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi QLQ-23 ölçeği puan ortalaması beden imajı (69.5 ± 28.9), gelecek endişesi (50.1 ± 31.8), meme semptomları (15.4 ± 15.0), kol semptomları (23.0 ± 18.6), sistemik yan etkiler (35.9 ± 20.8) olduğu saptanmıştır(210).

Literatürde meme kanserinde üst ekstremitelerde hareket kısıtlılığı, kol ağrısı, periferik nöropati, lenfödem, yorgunluk ve uyku sorunları bildirilmiştir (115).

Zeng ve arkadaşları (2014) yaptıkları meta-analiz çalışmasında, egzersiz müdahalelerinin meme kanseri ile yaşayanlarda genel yaşam kalitesi ve ayrıca kansere özgü yaşam kalitesi alanlarına (meme ve kol semptomları) yönelik olumlu etkileri olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı etkilere sahip olduğu belirtilmiştir (6).

Literatürde meme kanseri tedavisi sonrası karşılaşılan en sık komplikasyonlardan biri de lenfödem gelişmesi olduğu belirtilmiştir. Aksiller diseksiyon sonrası lenfödemin görülme sıklığı %15-47 arasında değişmektedir. Literatürde lenfödemin gelişme riski yaşam boyu devam ettiği vurgulanmaktadır (73,169,174).

Literatürde lenfödemin önlenmesinde hasta eğitimi, ameliyat sonrası kol egzersizlerine başlama, kilo kontrolü ve uçuş sırasında basınçlı kolluk kullanma gibi farklı yaklaşımların kullanımı önerilmektedir. Meme kanseri cerrahisi öyküsü ve en az bir lenf düğümünün çıkarılması olan herhangi bir hastanın düzenli olarak lenfödem belirtileri açısından değerlendirilmesi gerektiği, sürekli eğitim ve desteğin hastaların lenfödem riskinin azaltılmasına etkili olacağı belirtilmiştir (73,174).

Sato ve arkadaşlarının (2016) aksiller lenf nodu diseksiyonu geçiren meme kanseri hastalarında üst kol işlev bozukluğunun iyileştirilmesine yönelik perioperatif bir eğitim programının etkinliği, ameliyat sonrası bir hafta ile oniki ay arasında araştırıldığı çalışmada, ameliyat öncesi verilen eğitimin müdahale grubunda anlamlı olduğu üst kol işlev bozukluğunu ve belirtileri iyileştirebildiği saptanmıştır (252).

Literatürde meme cerrahi sonrası birinci hafta başlayan egzersiz ve hasta eğitiminin kadınlarda lenfödem riskini azaltmada etkili olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca pozitif aksiller lenf nodu invazyonu, daha çok (20den fazla) disseke aksiller lenf nodu sayısı ve radyoterapi uygulanması lenfödem için bağımsız risk faktörleri olduğu belirtilmektedir. Eğitim programı uygulanmasının lenfödeme karşı koruyucu bir faktör olduğu belirtilmektedir. Lenfödem riski, düzenli egzersiz yapan, lenfödem ön tedavi eğitimini alan ve önleyici kendi kendine bakım faaliyetleri gerçekleştiren kadınlarda belirgin olarak azalmıştır (169,175).

Meme kanseri tedavisi düzelirken, aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND) sonrası kol lenfödemi, bu tedaviye katılan hastaların % 30-50'sinde sık görülen bir komplikasyon olmaya devam etmektedir. Literatürde lenfödemli hastalarda, fiziksel işlevsellik kaybı ile birlikte psikolojik ve sosyal refah ile sonuçlanan yaşam kalitesi sonuçlarının belirgin Şekilde daha kötü olduğu, lenfödemli hastalarda hasta yaı, vücut ağırlığı ve ırkın yaşam kalitesini etkilediği bildirilmektedir. Sosyal iyilik değişiklikleri en genç hastalar arasında, kadınlarda 40 yaın altında yalı hastalara kıyasla sosyal iyilik azalmıştır (170).

Girişim ve kontrol grupları arasında sa dökülmesi boyutu puan ortalamaları yönünden post-test1 ve post-test2 de istatistiksel olarak fark bulunmazken, pre-test de ve post-test3 gruplar arası istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Çalışmaya katılan girişim ve kontrol grubu bazı hastaların kemoterapi sürecinde olmasından dolayı sa dökülmesi sorunu ile karşılaştıkları için ilk test ve son testte farklılık olduğu düşünülmektedir.

Kao ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları prospektif çalışmada, meme kanseri ameliyatlı tüm hastaların iki yıllık izlem periyodu boyunca yaşam kalitelerinin alt ölçek puanlarını anlamlı derecede iyileŐtiėi görülmüştür. Yaşam kalitesi genellikle ileri yaş, yüksek komorbidite indeksi skoru, evre III veya IV, nceki kemoterapi ve uzun post-operatif ile negatif bir iliŐkiye sahip olduğu, bunun tersine, önceki radyoterapi ve hormon tedavisi ile pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır. Ek olarak, preoperatif de yaşam kalitesi yüksek puanlar olan hastalar QLQ-C30, QLQ-BR23 ve SF-36 alt ölçekleri için yüksek puanlara sahip olma eğiliminde olduğu, meme koruyucu ameliyattan önce, hastalara ameliyat sonrası yaşam kalitesi sadece cerrahinin baŐarisına değil preoperatif fonksiyonel durumuna bağlı olduğu da bildirilmiştir (132).

Salonen ve arkadaşlarının (2011) yüz yüze yapılan bireysel eğitim ve desteğin kadınların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları yarı deneysel çalışmada; bireysel destek verilen kadınlarda kontrol grubuna göre daha az kol semptomu ve klinik açıdan daha iyi cinsel işlevsellik bildirdikleri, yaşam kalitesi ile ilişkili faktörlerin yaş, eğitim durumu, istihdam durumu, lenf nodu durumu, cerrahi tipi, aksiller cerrahi tipi, alınan kemoterapi, hormonal terapi ve devam eden tedavi olduğunu belirtmişlerdir (22).

Günüşen ve arkadaşlarının(2013) meme kanserli kadınlarla yaptıkları bir çalışmada; hastaların fiziksel (yorgunluk, ağrı, ağız ve diŐ problemleri, cilt/tırnak

problemleri, bulantı/kusma, kilo kaybı, iştahsızlık, saç dökülmesi ve uyku problemleri), duygusal (belirsizlik, beden imajı değişimleri, duygusal durumda değişimler ve yalnızlık), sosyal (damgalanma, insanlardan uzaklaşma, ve aile yaşantısında güçlükler) ve sağlık sistemiyle (doktora ulaşamama, hasta ve hasta yakınlarına yönelik psikolojik destek yetersizliği ve ulaşım sorunları) ilgili güçlükler yaşadıkları belirlenmiştir (253).

Karayurt ve arkadaşlarının (2013) yarı deneysel yaptıkları çalışmada, deney grubundaki hastalara, ameliyat öncesi dönemde başlayan, ameliyat sonrası, radyoterapi, kemoterapi sürecinde ve tedaviler tamamlandıktan sonra bir yıl devam eden, hastaların gereksinimlerine göre bire bir danışmanlık hizmeti ve araştırma grubu tarafından hazırlanan eğitim kitabı verilmiştir. Kontrol grubundaki hastalar araştırmanın yapıldığı hastanede yürütülen rutin hemşirelik hizmetini almışlardır. Deney grubundaki hastaların ameliyat sonrası, radyoterapi öncesi ve sonrası, kemoterapi öncesi ve sonrası, tedavinin tamamlanmasından altı ay ve bir yıl sonra anksiyete ve depresyon puan ortalamaları kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur. Deney ve kontrol grubu yaşam kalitesi puan ortalamaları ameliyat sonrası dönem hariç diğer tüm izlemlerde, danışmanlık hizmeti verilen deney grubunda kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptanmıştır. Deney grubunda verilen danışmanlık hizmetinden memnuniyet yüksek bulunmuştur. Hemşireler tarafından yürütülen danışmanlık hizmetinin meme kanseri olan hastaların anksiyete, depresyon riskini azalttığı, yaşam kalitesini artırdığı belirlenmiştir (56).

Akçay ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada kemoterapi alan kadınların eğitim sonrasındaki psikolojik sağlık algısındaki olumlu yönde değişimin olduğu, kemoterapi sonrası görülebilecek yan etkilerin yönetimini sağladıkları saptanmıştır. Kadınların eğitim sonrasında yaşam kalitesi ölçeğinin “seksüel bozukluk” alt boyutu dışındaki tüm alanlarında ve toplam yaşam kalitesi puanında artış olduğu saptanmıştır (254).

Rabin ve arkadaşlarına göre (2008), mastektomi yapılmış hastalar arasında en düşük yaşam kalitesi skorları fiziksel, psikolojik alanlarda olduğu ve depresif belirtiler gösterdikleri belirlenmiştir (164).

Sato ve Kuroda (2008) ameliyattan sonraki 12 ay içerisindeki 150 meme kanseri hastada yaptıkları kesitsel çalışmada, hastaların % 85.3'ünde kol şişmesi; ağrı; omuz ROM sınırlı; uyuşma; kol kas güçsüzlüğü; ve kol deri sansasyonu semptomlardan bir veya daha fazlası olduğu saptanmıştır. Bu hastalarda bu

semptomlar ne kadar çoksa, yaşam kalitesinin de o derece düşük olduğu belirlenmiştir (255).

Sajjad ve arkadaşlarının 2016 yılında Pakistan'da meme kanseri olan kadınlarda yaptıkları yarı deneysel çalışmada yazılı ve sözlü hemşirelik eğitimi alan 25 kadın ile rutin bakım alan 25 kadının yaşam kaliteleri karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda verilen eğitimin, kadınların yaşam kalitesini geliştirdiği, fiziksel iyi olma ve fonksiyonel iyi olma alt boyutlarında anlamlı bir iyileşme sağladığı gösterilmiştir (256).

Hemşirelerin meme kanseri tanısı konulan kadınlarda tüm tedavi sürecinde ve sonrasında gereksinimleri göre bilgi ve desteğin sağlanması ile yaşam kalitelerinin artmasını katkıda bulunacakları düşünülmektedir. Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgular da literatürle benzerdir.

5.6. Meme Kanserli Kadınların Eğitim Öncesi ve sonrası(10.gün, 1. ve 3.ay)Kendi Kendine Destek Gereksinimleri Değerlendirmeleri Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Girişim grubu meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri ölçeği tanı alt boyutu pre-test puan ortalamasının 53.40 ± 9.46 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 50.54 ± 8.19 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 49.48 ± 6.569 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 45.89 ± 6.33 olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Girişim grubunda destek gereksinimleri ölçeği tanı alt boyutu puanı pre-teste göre post-test1(10.gün), post-test-2 (1.ay) ve post-test3 (3.ay) puan ortalamasında düşme olmuştur. Girişim grubu destek gereksinimleri ölçeği tanı alt boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda bu farkın pre-test-post-test1, pre-test-post-test2, pre-test-post-test3, post-test3-post-test1, post-test2-post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği tanı alt boyutu pre-test puan ortalamasının 52.38 ± 7.38 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 52.16 ± 8.57 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 53.08 ± 8.07 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 54.16 ± 8.94 olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Kontrol grubunda girişim grubuna göre tanı alt boyutu puan ortalamasının post-test1 (10 günden) itibaren girişim grubuna göre yüksek olduğu zamanla 1.ay ve 3 ayda puan ortalamalarında yükselmelerin

devam ettiği gözlenmiştir. Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği tanı alt boyutu zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Girişim ve kontrol grubu arasında destek gereksinimleri ölçeği tanı alt boyutunda pre-test ve post-test1 puan ortalaması yönünden istatistiksel bir fark bulunmazken, post-test2(1.ay) ve post-test3 (3.ay) de gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Girişim grubunda kontrol grubuna göre destek gereksinimleri ölçeği tanı alt boyutu puan ortalamasının zamanla düşme görülmüştür.

Liao ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir çalışmada, teşhis döneminde meme kanseri şüphesi bulunan Tayvanlı kadınların sağlık hizmetleri ve destek ihtiyaçlarının yanı sıra hastalık hakkında bilgi verilmesi ihtiyacı duyduklarını belirtilmiştir (184).

Literatürde meme kanseri yaşayan genç kadınların yaşlı kadınlara göre daha çok karşılanmamış ihtiyaçları olduğu, görünüş, beden imgesi, iş ve maddi konularda daha fazla duygusal sıkıntı yaşadıkları belirtilmektedir (32,221).

Literatürde meme kanseri olan genç kadınların potansiyel doğurganlık kaybı, erkenden menopoz (kariyerlere veya eğitim alanlarındaki bozulmalara ve çoğu durumda küçük çocuklarına yönelik kaygılar dahil) benzersiz zorluklarla karşı karşıya kalabileceğini belirtilmektedir (221,257).

Thewes ve arkadaşlarının (2004) meme kanseri tedavileri 6-24 ay önce bitmiş hastalarda yaptıkları çalışmada kadınların destek, psikosozyal, fiziksel ve bilgi ihtiyaçlarının çok çeşitli olduğu bildirilmiştir. Tedavileri bitmesine rağmen kadınların bilgi edinme ihtiyacının, tedavi bittikten sonraki ilk iki yıl içinde psikosozyal ihtiyaçları devam ettiğini saptanmıştır. Aynı çalışmada kadınların bilgi ihtiyaçlarının tedavinin bitmesinin ardından uzun yıllar devam ettiği belirlenmiştir (257).

Girişim grubu meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutu pre-test puan ortalamasının 69.62 ± 5.96 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 67.94 ± 6.30 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 62.78 ± 7.43 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 58.24 ± 7.55 olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Girişim grubunda destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutu puanı pre-teste göre post-test1(10.gün), post-test2 (1.ay) ve post-test3 (3.ay) puan ortalamasında düşme olmuştur. Girişim grubu destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda bu farkın pre-test- post-test2, pre-test- post-test3, post-

test2-post-test1, post-test3-post-test1, post-test2-post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutu pre-test puan ortalamasının 67.94 ± 7.70 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 70.30 ± 5.30 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 68.86 ± 8.07 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 70.08 ± 4.99 olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Kontrol grubunda girişim grubuna göre tedavi alt boyutu puan ortalamasının pre-testten itibaren girişim grubuna göre yüksek olduğu zamanla 10.gün , 1.ay ve 3 ayda puan ortalamalarında yükselmelerin devam ettiği gözlenmiştir. Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutu zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Girişim ve kontrol grubu arasında destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutunda pre-test ve post-test1 puan ortalaması yönünden istatistiksel bir fark bulunmazken, post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) de gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Girişim grubunda kontrol grubuna göre pre-testte destek gereksinimleri ölçeği tedavi alt boyutu puan ortalamasının yüksek olmasına rağmen, zamanla düşme, kontrol grubunda ise yükselme görülmüştür. Kontrol grubunun zamanla tedavi ile ilgili bilgi ihtiyacının arttığı, girişim grubuna verilen eğitim ile ise zamanla azaldığı düşünülmektedir.

Girişim grubu meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri ölçeği destek alt boyutu pre-test puan ortalamasının 31.48 ± 3.70 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 29.86 ± 3.17 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 29.00 ± 2.90 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 27.32 ± 3.81 olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Girişim grubunda destek gereksinimleri ölçeği destek alt boyutu puanı pre-teste göre post-test1(10.gün), post-test2 (1.ay) ve post-test3 (3.ay) puan ortalamasında düşme olmuştur. Girişim grubu destek gereksinimleri ölçeği destek alt boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda bu farkın pre-test- post-test1, pre-test- post-test2, pre-test-post-test3, post-test3-post-test1, post-test2-post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği destek alt boyutu pre-test puan ortalamasının 30.41 ± 4.33 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 30.91 ± 3.06 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 30.63 ± 4.24 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 30.72 ± 3.45 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Kontrol grubunda girişim grubuna göre destek alt boyutu puan ortalamasının girişim grubuna göre pre-testte düşük

olmasına rağmen, 10.gün, 1.ay ve 3.ayda puan ortalamalarının hep aynı düzeyde seyrettiği gözlenmiştir. Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği destek alt boyutu zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Girişim ve kontrol grubu arasında destek gereksinimleri ölçeği destek alt boyutunda pre-test ve post-test1 puan ortalaması yönünden istatistiksel bir fark bulunmazken, post-test2(1.ay) ve post-test3 (3.ay) de gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Girişim grubunda kontrol grubuna göre pre-testte destek gereksinimleri ölçeği destek alt boyutu puan ortalamasının yüksek olmasına rağmen, zamanla düşme olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçta da girişim grubuna yapılan eğitim ve danışmanlığın etkili olduğu düşünülmektedir.

Meme kanseri ile yaşamak, kadınların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir ve meme kanseri deneyiminde devam edebilecek bir destek ihtiyacı yaratmaktadır (22,47). Meme kanseri kadınlarda destek verilmesi onların hastalığa karşı reaksiyonlarını ve yaşam kalitelerini pozitif yönde etki etmektedir(54).

Solenen ve arkadaşlarının(2013) yaptıkları yarı deneysel çalışmada hemşireler tarafından yapılan sosyal desteğin algılanılan sosyal destek, cinsel işlevler, genel yaşam kalitesi, sağlık fonksiyonlarında üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (57).

So ve arkadaşlarının (2014) Çin’de yaptıkları bir çalışmada meme kanserli kadınların fiziksel ve psikolojik alanlarda karşılanmamış gereksinimlerin daha yüksek olduğu, genel olarak daha düşük bir yaşam kalitede sahip olduklarını, karşılanmayan beş destekleyici bakım ihtiyacında sağlık sisteminde ve bilgi alanında olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada meme kanserli hormonal terapi almadan evden hastaneye daha uzun süre seyahat eden meme kanserli kadınların fiziksel ve psikolojik açıdan karşılanamayan ihtiyaçların daha yüksek seviyelerde olduğu, genel olarak daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır (5).

İskoçya'nın kırsal kesiminde meme kanseri olan kadınların destekleyici bakım ihtiyaçlarını ve karşılanmamış gereksinimlerini yapılan bir çalışmada hastaların yarısından çoğu karşılanmamış en az bir ihtiyaç bildirmiştir. Yineleme korkusu, meme kanseri tüm kadınlar için ele alınması gereken kilit bir karşılanmamış ihtiyaç olduğu, aynı zamanda, kırsal alan nedeniyle benzersiz karşılanmayan ihtiyaçları olduklarını belirlenmiştir. Tedavi ve yan etkiler, bakımın genel görünümü, tekrar etme korkusu, aile üzerindeki etkisi ve destekten uzaklık karşılanmamış ihtiyaçları saptanmıştır (52).

Singapur'da meme, jinekolojik ve kolorektal kanserli 535 hastanın% 75'inde bildirilen bakım ihtiyaçları arasında en yaygın hastalık bilgi gereksinimleri (%62), finansal (%40), sosyal destek (%40), psikolojik (%27) ve fiziksel (%26) ihtiyaçları olduğu belirlenmiştir (61).

Güney Kore'de meme kanseri olan 459 kadın hastanın %57'si tarafından, sağlık bakım sistemi ve bilgi gereksinimleri karşılanamayan ihtiyaç olarak bildirilmiştir (186).

Literatürde ameliyat olmuş,bekar, genç hasta, düşük gelir düzeyi ve kolej eğitimi olanların ek fiziksel ve psikolojik destekleyici sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan, bakıcı desteğe ihtiyacı olan hastalar olduğu belirtilmiştir (187).

Liao ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları yarı deneysel çalışmada eğitim ve psikolojik destek verilen üç ay izlenen hastalarda girişim grubunun, kontrol grubu, semptom sıkıntısı seviyeleri ve karşılanmamış ihtiyaçlar, durumluk kaygı seviyeleri daha düşük olduğu, uzun süren tedaviyi takiben meme kanseri olan kadınlar halen fiziksel, psikolojik ve bilgi, bakım ihtiyaçlarının devam ettiği sonucuna varılmıştır (38).

Türk kadınlarının kendinden rapor edilen destekleyici ihtiyaçları çoğunlukla aile ve arkadaşlar (%79) ve bakım sonrası (%78) etrafında kümelenmekte ve diğer ihtiyaçlar teşhis, tedavi, destek, kadınlık ve beden imajıyla ilgili olmakla birlikte ve bilgidir (185).

Literatürde meme kanserli kadınların önemli bir kısmında, kanser hastalığı boyunca, bilgi ve psikolojik ihtiyaçların en yaygın olduğu, karşılanamayan en önemli ihtiyaçları belirtmişlerdir (5,52).

Literatürde bilgi, duygusal destek ve sürekli takip bakımını içeren bireyselleştirilmiş, kültürel açıdan hassas olan destekleyici bakım, hemşirelere meme kanseri şüphesi olan teşhis dönemindeki hastalar için bakım kalitesini artırmaya yardımcı olabileceği belirtilmektedir (51). Literatürde meme kanseri hastaları ve ailelerinin önemli bir kısmının hemşirelerden daha yoğun destek alması gerektiği vurgulanmıştır(47).

Sammarco ve Konecny (2010) tarafından yapılan bir çalışmada kültürel değerler, komorbidite ve eğitim düzeyi gibi faktörler algılanan sosyal destek, belirsizlik yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır. Yeterli sosyal desteğin sağlanmasının meme kanseri yaşarlarda yaşam kalitesini korumak veya iyileştirmek için önemli olduğunu belirtilmiştir (130).

Girişim grubu meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı alt boyutu pre-test puan ortalamasının 24.13 ± 5.47 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 21.75 ± 5.02 , post-test2(1.ay) puan ortalamasının 20.67 ± 6.34 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 19.86 ± 6.01 olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Girişim grubunda destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı alt boyutu puan ortalaması pre-teste göre post-test1(10.gün), post-test2 (1.ay) ve post-test3 (3.ay) puan ortalamasında düşme olmuştur. Girişim grubu destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı alt boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda bu farkın pre-test- post-test1, pre-test- post-test2, pre-test- post-test3 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı alt boyutu pre-test puan ortalamasının 22.16 ± 5.80 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 21.83 ± 5.72 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 23.55 ± 5.92 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 23.08 ± 4.44 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Kontrol grubunda kadınlık ve beden imajı alt boyutu pre-test puan ortalamasının post-test1 (10.gün) de düşme olmasına rağmen, 1.ay ve 3.ayda puan ortalamalarında yükselme olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı alt boyutu zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p > 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda kontrol grubunda bu farkın post-test2- post-test1 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grubu arasında destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı alt boyutunda pre-test ve post-test1 puan ortalaması yönünden istatistiksel bir fark bulunmazken, post-test2(1.ay) ve post-test3 (3.ay) de gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Girişim grubunda kontrol grubuna göre pre-testte destek gereksinimleri ölçeği kadınlık ve beden imajı alt boyutu puan ortalamasının yüksek olmasına rağmen zamanla düşme, kontrol grubunda ise yükselme gözlenmiştir.

Manning-Walsh (2004) yaptığı çalışmada meme kanseri kadınların ruh halindeki değişiklikler (%83), beden imajı ilgili memnuniyetsizlik (%77), özellikle konsantre olmada zorluk (%68) ve psikolojik sıkıntılar yaşadığı belirtilmiştir. Duygusal ihtiyaçların tanıdan sonraki ilk 1-2 yıl içinde devam artarak devam ettiği ve sosyal desteğe duyulan ihtiyacın tedavinin sona ermesinden sonra devam ettiği vurgulanmıştır (258).

Girişim grubu meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutu pre-test puan ortalamasının 22.86 ± 2.82 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 20.89 ± 3.57 , post-test2(1.ay) puan ortalamasının 21.08 ± 3.67 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 19.45 ± 3.70 olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Girişim grubunda destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) puan ortalamasında düşme gözlenmiştir. Girişim grubu destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda bu farkın post-test1-pre-test, post-test2-pre-test, post-test3- pre-test, post-test3- post-test1, post-test3- post-test2 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutu pre-test puan ortalamasının 22.13 ± 3.15 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 22.47 ± 3.02 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 23.11 ± 2.38 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 23.00 ± 2.36 olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Kontrol grubunda aile ve arkadaşlar alt boyutu puan ortalamasının pre-testte göre zamanla 10.gün, 1.ay ve 3.ayda puan ortalamalarının yükselme görüldüğü gözlenmiştir. Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Girişim ve kontrol grubu arasında destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutunda pre-test puan ortalaması yönünden istatistiksel bir fark bulunmazken, post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) de gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Girişim grubu ve kontrol grubu pre-testte destek gereksinimleri ölçeği aile ve arkadaşlar alt boyutu puan ortalamasının eşit olmasına rağmen, girişim grubunda zamanla düşme, kontrol grubunda ise yükselme olduğu gözlenmiştir.

Literatürde meme kanserli hastalarda hastalık öncesi güçlü evliliklerin hastalıkla birlikte daha güçlendiği buna karşın temelde zayıf olan evliliklerin de kısa sürede daha fazla etkilendiği belirtilmiştir (198).

Thompson ve arkadaşları (2014) tarafından meme kanseri hastalarında yapılan kesitsel araştırmada, hastaların %74'ü tıbbi gereksinimlerinin karşılandığını ve %49'u kanser tedavisinin ardından psikolojik ve ruhsal ihtiyaçlarının karşılandığını saptanmıştır (259).

Girişim grubu meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri ölçeği bilgi alt boyutu pre-test puan ortalamasının 22.21 ± 2.77 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 20.78 ± 2.59 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 20.70 ± 2.68 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 19.29 ± 2.89 olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Girişim grubunda destek gereksinimleri ölçeği bilgi alt boyutu puan ortalamasında pre-teste göre post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) puan ortalamasında düşme olmuştur. Girişim grubu destek gereksinimleri ölçeği bilgi alt boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda bu farkın post-test1-pretest, post-test2-pre-test, post-test3-pre-test, post-test3- post-test1, post-test3- post-test2 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği bilgi alt boyutu pre-test puan ortalamasının 22.58 ± 3.08 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 22.22 ± 3.38 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 22.69 ± 2.60 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 23.00 ± 2.50 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Kontrol grubunda bilgi alt boyutu puan ortalamasının pre-testte göre 10.gün, 1.ay ve 3.ayda puan ortalamalarının yükselme görüldüğü gözlenmiştir. Kontrol grubunda destek Gereksinimleri ölçeği bilgi alt boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Girişim ve kontrol grubu arasında destek gereksinimleri ölçeği bilgi alt boyutunda pre-test puan ortalaması yönünden istatistiksel bir fark bulunmazken, post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) de gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Girişim grubu ve kontrol grubu pre-testte destek gereksinimleri ölçeği bilgi alt boyutu puan ortalamasının eşit olmasına rağmen, girişim grubunda zamanla düşme, kontrol grubunda ise yükselme olduğu gözlenmiştir. Yaşa ve bireysel destek ve eğitimlerin, özellikle menopoz öncesi kadınlar için karşılanmamış destek ihtiyaçlarını gidermek için etkili bir strateji olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde meme kanseri yaşarlarda bakıma ilişkin belirsizlik, endişe ve gelecekteki bakım ihtiyaçları ve tedavinin geç etkileri hakkında daha fazla bilgi edinme arzusu belirgin olduğu belirtilmektedir. Öz yönetimi stratejilerinin, meme kanseri yaşarlarda belirsiz ihtiyaçların karşılanması, hastalığın sonuçlarını iyileştirdiği vurgulanmıştır (39).

Andiç ve Karayurt (2012) kadınların bilgi ihtiyacının puan ortalamasının, destek ihtiyaçlarının puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Meme kanseri, meme kanseri belirtileri ve kendi kendine meme muayene kadınlar tarafından çok önemli görülen bilgi gereksinimleri olarak belirtilmiştir(260).

Literatürde kanserli hastaların, iyi ve kötü haberlere ilişkin tüm olası bilgilerini, tedavileri ile ilgili karar verme sorumluluğunu paylaşmak istediklerini belirtilmiştir. Hastaların çoğunluğu ilk testleri, tanı, ameliyat ve prognoz konusunda bilgi aldığını fakat ailesel risk , psikososyal sorunlar, cinsellik ile ilgili daha az bilgi aldıkları belirtilmiştir (202).

Ahern ve arkadaşları (2014) Avustralya da yaptıkları çalışmada, meme kanserli kadınların meme kanseri nüks belirtileri, iyileşme şansı, aile için meme kanseri riski, daha fazla desteğin nerden alınacağı, meme kanseri ailesi üzerine etkisi, ameliyat sonrası fiziksel görünüm, kol problemleri ve lenfödem, cinsellik ve ilişkiler, menapoz ve hormon replasman tedavisi, tamamlayıcı ve alternatif terapiler, meme rekonstrüksiyonu, protezler konularında bilgi almak istedikleri belirlenmiştir. En çok bilgi kaynaklarının ise internet, cerrah, onkolog, televizyon olduğu belirlenmiştir(189).

Meme kanserinde yaş, bilgi, sosyal destek, semptom sıkıntısı derecesi ve karşılanmamış psikolojik ihtiyaçlar, psikososyal işlevselliği ve yaşam kalitesi sonuçlarını etkilemektedir (32).

Literatürde kanser hastaları, fiziksel, psikolojik, sosyal, cinsellik ve manevi gereksinimler, bilgi konusunda destekleyici bakıma ihtiyaç duydukları belirtilmiştir. Meme kanserli kadınların önemli bir kısmı, tedavi öncesi, sırası ve sonrasında bilgi ve psikolojik ihtiyaçları en fazla olduğunu, karşılanamayan önemli ihtiyaçları olduğunu vurgulanmaktadır. Fiziksel ve psikolojik olarak karşılanmamış ihtiyaçların meme kanseri hastalarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceğine dair kanıtlar vardır (5,38,52).

Liao ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada kadınların destekleyici bakım ihtiyaçlarının kişisel özellikleri, fiziksel ve duygusal duruma bağlı zaman içinde önemli ölçüde değiştiğini, ayrıca orta-yüksek seviyelerde karşılanmamış ihtiyaçları olduğunu saptamışlardır. Psikolojik, sağlık sistemi, bilgi ve cinsel ihtiyaçlar her zaman ihtiyaç duydukları gereksinimler olarak belirlenmiştir. Karşılanmamış destekleyici bakım ihtiyaçlarının, genç yaşa ve eğitim seviyeleri yüksekliğine, semptom sıkıntısı, sürekli kaygı, durum kaygısı ve tanıdan bu yana geçen zamana

göre belirgin bir şekilde değiştiği belirtilmiştir. Tedavi yöntemine bakılmaksızın meme kanseri olan hastaların tanıdan dört ay sonra karşılanmamış bilgi gereksinimlerini algılamaya devam ettiğini göstermektedir(58).

Wen ve Gustafson (2004) tarafından kanser hastalarının gereksinimleri ile ilgili yapılan bir çalışmada, hastaların gereksinimlerinin karşılanmadığı ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu bulunmuştur (65).

Literatürde psikososyal görüşmelerin ve etkili eğitim programlarının kanser hastalarında yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği belirtilmektedir(26).

Girişim grubu meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri leği bakım sonrası alt boyutu pre-test puan ortalamasının 14.54 ± 0.96 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 14.13 ± 1.22 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 13.64 ± 1.45 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 13.86 ± 1.35 olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Girişim grubunda destek gereksinimleri leği bakım sonrası alt boyutu puan ortalamasının pre-test ve post-test1(10.gün) de eşit , post-test2 (1.ay) ve post-test3 (3.ay) puan ortalamasında düşme olduğu gözlenmiştir. Girişim grubu destek gereksinimleri leği bilgi alt boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda bu farkın post-test2-pre-test, post-test3-pre-test, post-test2-post-test1 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunda destek gereksinimleri leği bakım sonrası alt boyutu pre-test puan ortalamasının 14.25 ± 1.29 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 13.77 ± 1.77 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 14.30 ± 1.14 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 13.86 ± 1.57 olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Kontrol grubunda bakım sonrası alt boyutu puan ortalamasının pre-testte göre 10.gün ve 3.ayda düşme, 1.ay puan ortalamasında yükselme görüldüğü gözlenmiştir. Kontrol grubunda destek gereksinimleri leği bakım sonrası alt boyutunda zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Girişim ve kontrol grubu arasında destek gereksinimleri leği bakım sonrası alt boyutunda pre-test, post-test1(10.gün), post-test3 (3.ay) puan ortalaması yönünden istatistiksel bir fark bulunmazken, post-test2(1.ay) de gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Girişim grubu ve kontrol grubu pre-testte destek gereksinimleri leği bakım sonrası alt boyutu puan ortalamasının eşit olmasına rağmen, girişim grubunda post-test1 den sonra düşme, kontrol grubunda ise post-test1 ve post-test3 de düşme gözlenmiştir.

Literatürde meme kanseri yaşayanların tedavi bittikten sonraki ilk iki yıl içinde psikososyal ve bilgi ihtiyaçlarının devam ettiklerini bildirilmiştir. Genç meme kanserli kadınların yaşlı meme kanserli kadınlara göre daha fazla ihtiyaç bildirdikleri vurgulanmaktadır (257).

Girişim grubu meme kanserli kadınların kendi kendine destek gereksinimleri ölçeği toplam pre-test puan ortalamasının 238.27 ± 26.25 , post-test1(10.gün) puan ortalamasının 225.91 ± 22.25 , post-test2 (1.ay) puan ortalamasının 217.37 ± 22.72 , post-test3 (3.ay) puan ortalamasının 203.94 ± 23.95 olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Girişim grubunda destek gereksinimleri ölçeği genel toplam puan ortalamasında pre-teste göre post-test1(10.gün), post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) puan ortalamasında düşme olduğu gözlenmiştir. Girişim grubu destek gereksinimleri ölçeği toplam puanında zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda girişim grubunda bu farkın post-test1-pretest, post-test2-pre-test, post-test3-pre-test, post-test2-post-test1, post-test3-post-test1, post-test3-post-test2 arasında istatistiksel olarak farkın olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği genel toplam pre-test puan ortalamasının 231.88 ± 23.29 , post test-1(10.gün) puan ortalamasının 233.69 ± 21.38 , post-test2(1.ay) puan ortalamasının 236.25 ± 21.51 , post-test3(3.ay) puan ortalamasının 237.91 ± 21.87 olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Kontrol grubunda genel toplam puan ortalamasının pre-testte göre 10.gün, 1.ay ve 3.ayda puan ortalamalarının yükselme görüldüğü gözlenmiştir. Kontrol grubunda destek gereksinimleri ölçeği genel toplam puanında zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Girişim ve kontrol grubu arasında destek gereksinimleri ölçeği genel toplam pre-test ve post-test1(10.gün) puan ortalaması yönünden istatistiksel bir fark bulunmazken, post-test2(1.ay) ve post-test3(3.ay) de gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Girişim grubunun pre-testte destek gereksinimleri ölçeği genel toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olmasına rağmen, girişim grubunda zamanla düşme, kontrol grubunda ise zamanla toplam puan ortalamasının arttığı belirlenmiştir. Girişim grubunda yapılan eğitimin ve danışmanlığın destek gereksinimleri toplam puan ortalamasında ameliyat sonrasında itibaren etkili olduğu düşünülmektedir. Puan farklarının karşılaştırmasına göre girişim ve kontrol grubu arasında girişim grubundaki artış farkının anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu nedenle L.E.A.R.N.S eğitim modeli

doğrultusunda verilen eğitimin destek gerksinimlerinde etkisi vardır. Hastalara verilen L.E.A.R.N.S eğitim modeli doğrultusunda verilen eğitimin destek gerksinimlerinde yönelik etkisi vardır, H₁ hipotezi kabul edilmiştir.

Literatürde destekleyici müdahalelerin psikososyal, psikolojik ve fiziksel fonksiyonlarda iyileşme, kanserli hastalarda distresi azaltmada, yaşam kalitesini arttırmada ve yaşam süresini uzatmada etkili olduğu bildirilmiştir. Sağlık çalışanların sağladığı meme kanseri hastalarına bireysel destek meme kanseri tedavisinin önemli bir parçasıdır (22,47).

Destekleyici bakım önemli olmasına rağmen kanser hastalarının % 1-93'ünün destekleyici bakım hizmeti ihtiyacının sürekli karşılanmadığı belirtilmektedir (60,61).

Meme kanserli kadınların hastalığın farklı aşamalarında kendi kendine gereksinimlerini değerlendirmeleri hakkındaki bilgiler yetersizdir (54).

Lee ve arkadaşları (2014) meme kanseri tedavi tamamlamış hastalarda yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, hastalara web tabanlı diyet ve egzersiz konusunda yapılan müdahale sonucunda fiziksel fonksiyon, iştah kaybı, yorgunluğun daha az ve yaşam kalitesinin ise daha yüksek olduğu saptanmıştır (260).

Literatürde bilişsel davranış tekniklerine dayalı desteğin, psikososyal sorunları azaltabileceği ve yaşam kalitesini artırabileceği, ayrıca psikososyal desteğin, sağlık hizmetleri kaynaklarının kullanımını da azaltabileceği belirtilmiştir (261).

Hastaların tedavi sürecinde ve tedavi sonrasındaki tüm dönemlerde desteklenmesinin öz-yönetimlerinin sağlanması, başetme stratejilerinin geliştirilmesi için teşhis anından başlayan bireysel hasta öğrenmenin sağlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Öz yönetimi stratejilerinin sağlanması, meme kanseri yaşarlarda belirsiz ihtiyaçların karşılanması, hastalığın sonuçlarını iyileştirdiğini düşünülmektedir.

Literatürde meme kanseri yaşarlarda bakıma ilişkin belirsizlik, endişe ve gelecekteki bakım ihtiyaçları ve tedavinin geç etkileri hakkında daha fazla bilgi edinmek istedikleri belirtilmektedir (39).

Literatürde kanser hastalarının fiziksel, duygusal ve sosyal yönden sıkıntılar yaşadığını, gerekli bilgiye ulaşmada zorlandıklarını, hastalık konusunda yeterince bilgiye sahip olmadıklarını, yeterince desteklenmediklerini düşündüklerini, hastalığın

yönetimi, tedavisi hakkında bilgi ve profesyonel desteğe ihtiyaçları olduğunu belirtilmiştir (262).

Destek girişimlerin ve eğitim verilen hastaların hastalık ve tedavi sürecine daha iyi uyum sağlayabildiği vurgulanmaktadır (29,38,44,47).

5.7.Araştırmaya Katılan Hastalarının Distres Düzeylerinin Zamana Göre Dağılımlarının Değerlendirilmesi

Girişim grubu hastaların distres puan ortalamaları pre-testte 6.35 ± 2.15 , post-test1(10. gün) 6.05 ± 2.58 , post-test2(1.ay) 5.91 ± 2.52 , post-test3(3.ay) 5.00 ± 2.47 olduğu saptanmıştır. Girişim grubu hastaların distres puan ortalamalarında zamanla düşme olduğu gözlenmiştir. Girişim grubu hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası; 10.gün, birinci ve üçüncü aylarda yapılan dört ölçümdeki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu farklılığın distres puanında; pretest-post-test3(0-3 ay), post-test1-posttest3(1-3 ay), post-test2-post-test3(1-3 ay) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Kontrol grubu hastaların distres puan ortalamaları pre-testte 6.58 ± 2.78 , post-test1(10.gün) 6.36 ± 2.43 , post-test2(1.ay) 5.44 ± 2.50 , post-test3(3.ay) 6.19 ± 2.27 olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu hastaların distres puan ortalamalarının pre-testte göre post-test2(1.ay) biraz düşmesine rağmen, zaman içinde hep yüksek olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubu hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası; 10.gün, birinci ve üçüncü aylarda yapılan dört ölçümdeki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Distres puanında; pretest-post-test2 (0-1 ay) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Girişim ve kontrol grubu arasında distres puan ortalamaları yönünden pre-test, post-test1(10.gün) ve post-test2(1.ay) istatistiksel bir fark bulunmazken, post-test3(3.ay) de gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Girişim ve kontrol grubu distres puan ortalamaları arasında başlangıçta çok fark yokken, girişim grubunun distres puan ortalamalarının zamanla düştüğü, kontrol grubunun ise zamanla hep aynı düzeyde yüksek seyrettiği belirlenmiştir (Tablo 7).Her iki gruptaki hastaların distres yaşaması tedavi sürecinin devam etmesine bağlı olarak doğal olduğu düşünülmektedir. Girişim grubuna yapılan eğitim ve danışmanlığın bu süreçte kadınların baş etme ve destek sistemlerini kullanmalarını sağlayabildikleri düşünülmektedir.

Literatürde psikolojik sıkıntının yalnızca yaşam kalitesini değil, meme kanseri hastalarının genel sağkalım oranına etkilediği ayrıca danışmanlığın, destekleyici bakımın ve egzersizin bu hastaları yaşam kalitesinin geliştirerek fayda sağladığı belirtilmiştir (262).

Golant ve arkadaşları(2003) tarafından yapılan çalışmada da, kanser ve tedavisiyle baş etme konusunda uygulanan hemşirelik eğitim programını etkisi incelenmiş, depresif semptomlarda ve emosyonel sıkıntının neden olduğu iş ve diğer günlük aktivitelerle ilgili problemlerde azalma olduğu belirlenmiştir (74).

Meme kanseri yaşarlarda distresin yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olduğu belirtilmekte, ayrıca distres tanı, tedavi ve tedavi sonrasında; uyumu olumsuz olarak etkilemekte ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (148,149).

Costa-Requena ve arkadaşlarının (2013) meme kanseri olan hastalar tedavi sırasında üç zaman noktasında değerlendirildiği çalışmada, yaşam kalitesinin fiziksel alt ölçek puan ortalaması, sosyo-aile ve duygusal refah düzeyleri arasında anlamlı fark bulunduğu, meme kanseri ve psikolojik sıkıntı değerlendirme süresi boyunca anlamlı olduğu saptanmıştır. Yaşam kalitesinde ve psikolojik sıkıntı alt ölçeklerinde önemli değişiklikler meme kanseri tedavisi sırasında görüldüğü ve psikolojik sıkıntılarının yaşam kalitesini etkileme derecesinin hastalık sürekliliğine göre değiştiği belirtilmiştir(128).

Adams ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları meta-analiz çalışmasında genç kadınların hayatlarının önlerinde daha fazla olduğu ve bu nedenle kanserin etkisini daha şiddetli yaşadıkları, annelik ve üreme ile ilişkili yaşa özgü bir dizi sorunla karşı karşılaştıklarını saptanmıştır. Ayrıca genç, premenopozal kadınların yaşlı kadınlara göre daha fazla sıkıntı çektikleri, daha yüksek seviyede depresyon yaşadıkları, hastalıklarıyla daha az başedebildikleri ve daha düşük yaşam kalitesi gösterdikleri bildirilmiştir (263).

5.8.Araştırmaya Katılan Hastalarının Zamana Göre Distres Yaşama Durumların Değerlendirilmesi

Pre-testte girişim grubu hastaların %86.5'inin, kontrol grubu hastaların ise % 80.6'nın distres yaşadıkları saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında pretest de distres yaşama durumları yönünden gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Post-test1(10.gün) de girişim grubu hastaların %78.4'nün, kontrol grubu hastaların ise % 86.1'nin distres yaşadıkları saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında 10.günde distres yaşama durumları yönünden gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Post-test2(1.ay) de girişim grubu hastaların %78.4'inin, kontrol grubu hastaların ise % 75'nin distres yaşadıkları saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında 1.ayda distres yaşama durumları yönünden gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$)

Post-test3(3.ay) de girişim grubu hastaların %73'ünün, kontrol grubu hastaların ise % 83.3'nin distres yaşadıkları saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında 3. ayda distres yaşama durumları yönünden gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 8).

İnan'ın (2014) yaptığı çalışmada meme kanseri sağ kalanlarının %91'inin psikoeğitim programı öncesi distres termometresinden elde edilen puan ortalamalarının dört puanın üzerinde olduğunu saptanmıştır. Kadınların distres alanlarının %42.99'unu duygusal sorunlar, duygusal sorunlar alanından sonra en fazla tanımlanan distres alanı %32.71 ile bedensel sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. Bedensel sorunlar alanında distres kaynağı olarak en fazla tanımlanan durumlar ise %11.21 ile ağrı ve yorgunluktur. Psikoeğitim sonrası hastaların distres oranında düşme görüldüğü saptanmıştır (264).

Meme Kanseri tanısı alan bireyler ve yakınları bilişsel, psikolojik, duygusal, tinsel ve sosyo-ekonomik sorunlar yaşamaktadır. Hastalık ve iyileşme sürecine ilişkin sorunların, istenmeyen yan etkileri izlenmesi- öğrenilmesi, bu hastalara bilgi sağlanması hastaların yaşam kalitesini artırmak için atılması gereken önemli bir adımdır (12,17,27,28,45,46,47,48,49).

Literatürde meme kanserli hastaların yaşam kalitesinin genel nüfustan daha düşük olduğu belirtilmiştir. Yorgunluk, depresyon, vücut kitle indeksi ve komorbidite bozukluğu ve fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu vurgulanmıştır. Fiziksel egzersiz odaklı bir müdahalelerle yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilir(98).

Girişim grubu hastaların pre-testte %5.4, post-test1 (10. gün) %8.1, post-test 2(1.ay) %16.2, post-test3(3.ay) %8.1 günlük yaşam sorunları yaşadıkları saptanmıştır. Kontrol grubu hastaların pre-testte %16.7, post-test1 (10. gün) %8.3,

post-test2(1.ay) %11.1, post-test3(3.ay) %22.2'nin günlük yaşam sorunları yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 9).

Girişim grubu hastaların pre-testte %24.3, post-test1 (10. gün) %29.7, post-test 2(1.ay) %29.7, post- test 3(3.ay) %35.1 ailevi sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Kontrol grubu hastaların pre-testte %22.2, post-test1 (10. gün) %16.7, post-test 2(1.ay) %22.2, post- test3(3.ay) %25'nin ailevi sorunlar yaşadıkları saptanmıştır.

Girişim grubu hastaların pre-testte %89.2, post-test1 (10. gün) %89.2, post-test2(1.ay) %97.3, post-test3(3.ay) %78.4 duygusal sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Kontrol grubu hastaların pre-testte %80.6, post-test1 (10. gün) %80.6, post-test 2(1.ay) %75.0, post-test3(3.ay) %91.7'nin duygusal sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu distres yaşama alanlarına bakıldığında en fazla duygusal sorunlar yaşadıkları, girişim grubunun duygusal sorunları kontrol grubuna göre daha az yaşadığı saptanmıştır.

Girişim grubu hastaların pre-testte %45.9, post-test1 (10. gün) %16.2, post-test2(1.ay) %16.2, post-test3(3.ay) %16.2 inançla ilgili sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Kontrol grubu hastaların pre-testte %44.4, post-test1 (10. gün) %44.4, post-test2(1.ay) %11.1, post-test3(3.ay) %16.7'nin inançla ilgili sorunlar yaşadıkları saptanmıştır.

Girişim grubu hastaların pre-testte %37.8, post-test1 (10. gün) %78.4, post-test2(1.ay) %50, post-test3(3.ay) %62.2'nin bedensel sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Kontrol grubu hastaların pre-testte %38.9, post-test1 (10. gün) %77.8, post-test 2(1.ay) %50, post- test 3(3.ay) %66.7'nin bedensel sorunlar yaşadıkları saptanmıştır.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular literatürle benzerdir, çalışma kapsamındaki girişim ve kontrol grubundaki hastaların en fazla duygusal sorunlar yaşadıkları kontrol grubunun ise bu sıkıntıları daha çok yaşadığı belirlenmiştir. Girişim grubundaki hastalara verilen eğitimin distresi azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir.

Özalp ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu çalışmada, distres yaşayan kanser hastalarının en fazla bedensel alanda sıkıntı yaşadıkları saptanmıştır(211).

Özbaş (2008) yaptığı çalışmada meme kanseri hastaların %70.4'ün distres yaşadığı ortalama distres puanı 5.29' olduğu, en çok %76.7'si duygusal sorunlar, ikinci olarak %65 ile bedensel sorunlar alanında distres yaşadıkları saptanmıştır.

Aynı çalışmada 35 yaşından daha genç olan, evli ve çalışan kadınların en fazla distres yaşama oranına sahip oldukları saptanmıştır (265).

Tüm zamanlarda girişim grubu 50 yaş altı, evli, üniversite mezunu, çalışmayan, ilçede yaşayan, düzenli egzersiz yapmayan, total mastektomi olan, aksiller disseksiyon olan, ikinci evre olan hastaların daha çok distres yaşadığı saptanmıştır. Kontrol grubunun 50 yaş altı, evli, ilkokul mezunu, çalışmayan, ilçede yaşayan, düzenli egzersiz yapmayan, total mastektomi olan hastaların, aksiller disseksiyon olan, ikinci evre olan hastaların distres yaşadığı saptanmıştır. Elli yaş altındaki kadınların menopoz, çocuk ve aile ve iş sorunları yaşamaları sebebiyle daha çok sıkıntı yaşadıkları düşünülmektedir. Her iki grupta da çalışmayan hastaların daha çok distres yaşadıkları çoğunun ev hanımı ve emekli olmasından dolayı aile ve mali sorunları daha çok yaşadıkları düşünülmektedir.

Budden ve arkadaşlarının (2014) Avustralya'daki erken meme kanseri kadınlarda (n=104) yaptıkları çalışmada yalnız yaşayan, çalışmayan, psikolojik sıkıntı yaşayan ve karar verme sürecinde doktorları tarafından dahil edilmeyen kadınların karar süreçleri, sonuçları ve genel tedavi kararlarından memnun olma olasılığının daha düşük olduğu, tedaviyi takiben kadınların % 26.0 'ı distres yaşadığı, % 18.3'ünün kaygı yaşadığı, % 19.2 somatizasyon ve % 27.9 depresyon yaşadıklarını saptanmıştır (48).

Özkorumak ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada tedavi ve tedavi sonrası döneminde de meme kanseri hastalarının psikolojik stresi hastalığın her iki fazında da benzer şiddette yaşadıkları saptanmıştır (266).

Park ve arkadaşlarının (2015) Güney Kore'de yapılan çalışmada sıkıntıyı azaltmak, beden imajının geliştirilmesi ve olumsuz başa çıkma stratejilerine sağlamak için kısa bir kozmetik eğitim programının potansiyel yararlılığı gösterilmiştir (29).

5.9.Ameliyat Sonrası İzlem Döneminde Üçüncü Ayda Hastaların Durumlarının Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamı alınan girişim grubu hastaların ameliyat sonrasında %13.5'inde, kontrol grubundaki hastaların %52.8'inde komplikasyon geliştiği saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu sağlık komplikasyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p>0.05$). (Tablo 30). Seroma, kolda

uyuşukluk, yara yeri enfeksiyonu, yara açılması en çok hastalarda görülen komplikasyonlardı. Çalışmamız kapsamında verilen eğitim ve danışmanlığının hastaların ameliyat sonrası bakımında etkili olduğu düşünülmektedir. Eğitim verilmeyen kontrol grubu hastalarında ameliyat sonrası yara yeri pansumanı ve dren takibi konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu gözlenmiştir.

Girişim grubunu oluşturan hastaların %54.1'nin radyoterapi, %32.4 kemoterapi, %2.7 hormon tedavisi, %10.8 izlem sürecinde olduğu; kontrol grubundaki hastaların %19.4'nün radyoterapi, %47.2'nin kemoterapi, %11'nin hormon tedavisi, %8.3'nün izlem sürecinde olduğu saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında son izlemede (3.ay) hastaların içinde bulunduğu tedavi süreci bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). (Tablo30). Çalışmamızda hastaların izleminin üç ayla sınırlı olmasından dolayı bu süre içinde hastaların radyoterapi veya kemoterapi almasına bağlı tedavinin yan etkilerini düşünülmektedir.

Bender ve arkadaşları (2005) adjuvan kemoterapiyi tamamlayan meme kanserli kadınların yaklaşık yarısı depresif olduğunu, %70'ten fazlası yorgunluk, endişe duygusu, uyku sorunu, anksiyete, hafıza ve konsantrasyon sorunları ve vazomotor belirtiler gösterdiği saptanmıştır (267).

Literatürde meme kanseri yaşayanların % 45-55'i adjuvan kemoterapiden sonra ilk altı ay içinde endişe duydukları bildirilmiştir (63).

Girişim grubunu oluşturan hastaların %73'nün yürüyüş yaptığı, %27'nin yürüyüş yapmadığı, kontrol grubundaki hastaların %33.3'nün yürüyüş yaptığı, %66.7'nin yürüyüş yapmadığı saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında yürüyüş yapma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). (Tablo 30) Girişim grubuna yapılan eğitim sonucunda kadınların ameliyat sonrası üç aylık dönemde yürüyüş yapma alışkanlığının kazandırıldığı düşünülmektedir. Meme kanseri tedavisi gören hastalar arasında fiziksel aktivitenin bu eğitim programı ile teşvik edildiği düşünülmektedir.

Bröanström ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada meme kanseri tanısından sonra çok düşük bir seviyede bile fiziksel olarak aktif olmanın sağlık yararları ile sonuçlandığını, fiziksel olarak hareketsizliğin ise sağlığın azalması, ağrı, depresyon ve anksiyete gibi semptomların artması ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada meme kanseri hastalarının büyük çoğunluğu tanı aldıktan sonra fiziksel olarak yeterince aktif olmadığından, meme kanserli hastalarda fiziksel

aktivite teşvik edilmeli ve bu amaca yönelik müdahalelerin yapılması önerilmiştir (94).

Ibrahim and Al-Homaidh (2011) yaptıkları meta-analiz çalışmasında meme kanseri tanısından sonra fiziksel aktivitenin, meme kanseri mortalitesinde % 34'lük bir azalma, tüm nedenlere bağlı mortalite riskinde %41 azalma ve hastalığın tekrarlanması riskini %24 azalma olduğu belirtilmiştir (95).

Çalışmalar, bir kanser teşhisini takiben fiziksel aktivitenin hem fiziksel hem de fonksiyonel iyiliğin yanı sıra psikolojik ve duygusal iyilik açısından ve yaşam kalitesi artması yönünde önemli etkisi olduğunu bulunmuştur (6,94,98,237).

Girişim grubunu oluşturan hastaların %70.3'nün kol egzersizlerini yaptığı, kontrol grubundaki hastaların %13.9'nün kol egzersizlerini yaptığı saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında kol egzersizlerini yapma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). (Tablo 30) Girişim grubuna yapılan eğitim ile hastaların ameliyat sonrası kol egzersizlerinin yaptırılması ve üç ay izlem içinde bu egzersizleri sürdürmesi konusunda teşvik edilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Literatürde düzenli egzersiz ve diyet uygulamalarının, meme kanseri hastalarının yaşam kalitesini ve hayatta kalmasını etkilediği gösterilmiştir. Kanserle yaşayanlar için yapılan Web tabanlı müdahalelerin, hastanın sağlık durumlarını güçlenmesini, yaşam kalitesini artırabileceği ve destekleyici bakım gereksinimlerini azaltabileceği vurgulanmıştır (260).

Girişim grubu hastalarının eğitim süreci değerlendirmesi sonucunda eğitimden çok fazla faydalandıkları, daha uzun süre sürmesi gerektiği, herkesin bu eğitimden faydalanması gerektiği, eğitimden çok faydalandıklarını, kitapçık sayesinde bilgilendiklerini, daha bilinçli olarak tedavi sürecini yaşadıklarını, hastalığın tüm süreçlerinde destek alma gereksinimi duyduklarını belirtmişlerdir.

Budin ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları bir araştırmada Grup 1'e (n=59) standart bakım uygulanması, Grup 2'ye (n=66) tanıyla baş etme, cerrahiden iyileşme, adjuvan tedaviyi anlamak ve devam eden iyileşmelerin konularını içeren psikoegitim videolarından oluşan standardize edilmiş psikoegitim verilmiştir. Grup 3'e (n=66), krize müdahale modeline göre tasarlanmış meme kanseri hastalarının ve eşlerinin meme kanseri deneyimi ve onunla ilişkili konularla ilgili kontrol duygularını artırmaya yönelik telefonla danışmanlık müdahalesi uygulanmıştır. Grup 4'e (n=58) ise standart bakım, telefonla danışmanlık ve psikoegitim (Grup 1,2 ve 3

toplamı) uygulanmıştır. Hastaların psikolojik iyilik halleri üzerinde sadece telefonla danışmanlık yapılan grupta anlamlı bir fark gözlenmiştir. Hastaların yan etkiler nedeniyle yaşadıkları distres üzerine ise telefonla danışmanlığın ve psikoegitimin birlikte verildiği yöntem bunların tek başlarına verilmesinden ya da standart bakımdan daha etkili bulunmuştur (62).

Literatürde psikososyal müdahalelerin kanıta dayalı olması gerektiği ve mümkün olduğunda kanserle yaşayan bireylerin bireysel ihtiyaçlarına göre ayarlanması gerektiği vurgulanmıştır (14).

Yapılan çalışmalarda, meme kanserli kadınların sağlık çalışanlarından daha fazla bilgi istedikleri, yeterli bilgiye sahip olmayan kadınların endişe ve korku yaşadıkları, bu nedenle hastalara doğru ve güvenilir bilgi verilmesi gerektiği belirtilmiştir (64).

Hemşirelerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler konusunda eğitilmesi gerektiğini düşünebiliriz. Hemşireler hastaların doğru yönetimi, problemlerin en iyi yönetimi, hastalık komplikasyonları ve tedavisi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi gibi konularda bilgi sahibi olmalı ve kanserli hastaların yaşam kalitesini daha iyi olmasını sağlayabilirler.

Destek ve eğitim girişimlerinin meme kanseri olan kadınlar arasındaki yaşam kalitesini artıracak ve destek girişimlerini sağlayabilecek daha bütüncül bir bakıma yol açacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada eğitim programının yaşam kalitesi ve destek gereksinimlerinin karşılanması yönünde olumlu olmuştur. Bu sonuç **H₁**: Hasta merkezli öğrenmeyi kolaylaştırıcı L.E.A.R.N.S. modelinin meme kanseri olan kadınlarda destek gereksinimlerini azaltmaya yönelik etkisi vardır. **H₂**: Hasta merkezli öğrenmeyi kolaylaştırıcı L.E.A.R.N.S. modelinin meme kanseri olan kadınlarda yaşam kalitesini arttırmaya yönelik etkisi vardır hipotezini doğrulamaktadır. Benzer şekilde eğitim programı sonrası girişim grubundaki yaşam kalitesi puanlarında artma, destek gereksinimleri puanlarında azalma istatistiksel olarak da anlamlıdır.

BÖLÜM VI

6.1. SONUÇLAR

Meme kanseri olan kadınlarda L.E.A.R.N.S. modelinin destek gereksinimleri ve yaşam kalitesine etkisinin incelendiği yarı deneysel olarak yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı;

- Girişim grubunu oluşturan hastaların yaş ortalaması $\bar{X}=46.56+10.40$ (en küçüğü 28, en büyüğü 68), kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması $\bar{X}=49.16+9.68$ (en küçüğü 33, en büyüğü 70) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=-1.104$ $p=0.273^c$ $p>0.05$).
- Girişim ve kontrol grubunun sosyo-demografik özellikler açısından homojen olduğu belirlenmiştir.
- Girişim ve kontrol grubu arasında yaşam kalitesi ölçeği (QLQ-C30) alt boyutları genel iyilik hali, fiziksel fonksiyon, bilişsel durum, yorgunluk, ağrı, dispne, uyku bozukluğu, iştahsızlık, kabızlık, finansal zorluk puan ortalamaları yönünden gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).
- Girişim ve kontrol grubu arasında yaşam kalitesi ölçeği (QLQ-BR23) alt boyutları beden imgesi, cinsel yaşam, gelecek kaygısı, sistemik yan etkiler, meme semptomları, kol semptomları puan ortalamaları yönünden gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).
- Girişim ve kontrol grubu destek gereksinimleri ölçeği genel toplam puan ortalaması arasında gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).
- Yapılan üç aylık izlem sonucunda girişim grubu hastaların %13.5'inde, kontrol grubundaki hastaların %52.8'inde komplikasyon geliştiği saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu komplikasyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.000^b$ $p>0.05$).
- Son izlemde (3.ay) girişim ve kontrol grubu hastaların içinde bulunduğu tedavi süreci bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=13.653$ $p=0.003^a$ $p<0.05$).
- Son izlemde (3.ay) girişim grubu hastaların %73'nün yürüyüş yaptığı, kontrol grubu hastaların %33.3'nün yürüyüş yaptığı saptanmıştır. Girişim ve kontrol

grubu arasında yürüyüş yapma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0.001^b$ $p<0.05$).

- Girişim grubunu oluşturan hastaların %70.3'nün kol egzersizlerini yaptığı, kontrol grubundaki hastaların %13.9'nün kol egzersizlerini yaptığı saptanmıştır Girişim ve kontrol grubu arasında kol egzersizlerini yapma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.000^b$ $p<0.05$).

Hastalara verilen eğitim programının yaşam kalitesi, destek gereksinimleri üzerinde olumlu etkisi olduğu saptanmıştır. Eğitim programı sonrası girişim grubundaki yaşam kalitesi puanlarında artma, destek gereksinimleri puanlarında azalma istatistiksel olarak da anlamlıdır.



6.2.ÖNERİLER

- Meme kanseri hastalarına hastalıkları ve tedavileri ile eğitimlerin yaygın olarak verilmesi, hastalara tedavi öncesi ve sonrası psikososyal destek sağlanması,
- Hastaların meme kanseri konusunda sağlık okuryazarlığının artırılması,
- Hastanın ihtiyaçlarına dinleyerek, hastanın bakış açısını anlayarak, tedavide kendi kararlarına, seçimine ve otonomisine saygı duyulan bakım almalarının sağlanması,
- Hemşireler tarafından kanser tedavinin uzun vadeli ve geç dönem etkileri psikolojik ve sosyal etkileri olan hastalara müdahale programlarının oluşturulması,
- Hastaların kendi değerlerini, ihtiyaçları geçmiş deneyimleri ve kültürel eylemlerin gerçekleşmesi fırsatını tanıyan hasta merkezli öğrenmenin tüm hemşirelik öğrencilerine ve hemşirelere öğretilmesi,
- Hemşireler hasta ile işbirliği içinde öğrenme ihtiyaçlarını değerlendirmeli, hasta eğitimlerinin hastanın bireysel gereksinimleri uygun yapılması,
- Öz-yeterlilik ve öz-yönetimi için hastanın gerekli bilgileri öğrenmesini sağlanmalı, yeni bilgi ve becerileri kazanması sağlanmalı,
- Hasta merkezli öğrenme için hasta ve mesleklerarası ekip ile etkin iletişim kurulması,
- Hemşirelik programları ve hizmetiçi eğitimlerde L.E.A.R.N.S. Modelini tanıtılması ve uygulanması
- Kanıta dayalı bir L.E.A.R.N.S. Modeli hasta eğitiminde kullanılmasının yaygınlaştırılması, L.E.A.R.N.S.'nin etkililiğini ve etkisini belirlemek için gelecek araştırmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. International Agency for Research on Cancer http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?mode=cancer&mode_population=continents&population=900&sex=2&cancer=29&type=1&statistic=0&prevalence=0&color_palette=default Erişim: 09 Ocak 2018.
2. Bagheri M, Mazaheri M. Body Image and Quality of Life in Female Patients with Breast Cancer and Healthy Women. *J Midwifery Reprod Health*. 2015; 3(1): 285-292.
3. World Health Organization: Breast Cancer Prevention and Control, <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/#> Erişim: 09 Ocak 2018.
4. American Cancer Society (ACS) <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2017-2018.pdf> Erişim: 09 Ocak 2018.
5. So K.W.W, Chow M.K, Chan H. Y.L, Choi C.K, Wan R.W.M , Mak S.S.S et.al. Quality of life and most prevalent unmet needs of Chinese breast cancer survivors at one year after cancer treatment. *European Journal of Oncology Nursing* 2014;18: 323-328
6. Zeng Y, Huang M, Cheng A.S. K , Zhou Y , So W. K. W. Meta-analysis of the effects of exercise intervention on quality of life in breast cancer survivors *Breast Cancer* 2014; 21:262–274.
7. Huang C.Y, Hsu C.M. Social support as a moderator between depressive symptoms and quality of life outcomes of breast cancer survivors *European Journal of Oncology Nursing* 2013;17:767-774.
8. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA. Cancer J Clin* 2015; 65: 87–108.
9. Schjolberg K.T, Dodd M, Henriksen N, Asplund K, Småstuen C.M, Rustoen T. Effects of an educational intervention for managing fatigue in women with early stage breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 2014; 18:286-294
10. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of World wide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* Dec 2008;15:127(12):2893-917.

11. Moser C.E, Meunier O.F. Cancer Survivorship: A Positive Side-Effect Of More Successful Cancer Treatment. *E J C Supplements* 2014:121–124.
12. McCaughan E, Parahoo K, Hueter I, Northouse L, Bradbury I. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Art. No.: CD011652 2017;3. .
13. Siegel R, DeSantis C, Virgo K, Stein K, Mariotto A, Smith T. et.al. Cancer treatment and survivorship statistics. *CA. Cancer J Clin* 2012; 62(4):220–241.
14. Aaronson K.A, Mattioli V, Minton O, Weis J, Johansen C, Dalton O.D et.al. Beyond treatment– Psychosocial and behavioural issues in cancer survivorship research and practice *E J C Supplements* 2014;12:54–64.
15. Houssami N, Irwig L, Ciatto S. Radiological Surveillance of Interval Breast Cancers in Screening Programmes. *Lancet Oncol.* 2012;7: 259-265.
16. Youlden D.R, Cramb S.M, Dunn N.A, Muller J.M, Pyke C.M, Baade P.D. The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence, survival and mortality. *Cancer Epidemiology* 2012;36: 237–248.
17. Purkayastha D, Venkateswaran C, Nayar K. and Unnikrishnan UG. Prevalence of Depression in Breast Cancer Patients and its Association with their Quality of Life: A Cross-sectional Observational Study , *Indian J Palliat Care.* 2017; 23(3): 268–273.
18. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara 2017. Erişim: 09 Ocak 2018.
19. Özbaş S, Boylu Ş, Soyder A. Meme kanseri Epidemiyolojisi ve risk faktörleri. Ed..Özmen V. ve ark. *Meme Hastalıkları Kitabı Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF) Güneş Tıp Kitapevleri* 2012:149-158.
20. Belli M.K, Ferahman M. Meme kanseri Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi, In: S. Aydın, T. Akça, ed. *Tüm Yönleriyle Meme Kanseri.* 1. Basım. Nobel Kitabevi Adana, 2011:27-32.
21. Roiland R. A. and Heidrich S.M. Symptom Clusters and Quality of Life in Older Adult Breast Cancer Survivors *Oncology Nursing Forum.* 2011;38(6): 672-680.
22. Salonen P, Tarkka M.T, Kellokumpu-Lehtinen P.L, Koivisto A.M, Åstedt-Kurki P, Kaunonen M. Individual face-to-face support and quality of life in patients with breast cancer. *International Journal of Nursing Practice* 2011; 17: 396–410.

23. Howard-Anderson J, Ganz P. A, Bower J. E, Stanton A. L. Quality of Life, Fertility Concerns, and Behavioral Health Outcomes in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2012;104(5):386–405.
24. Musarezai A, Zargham-Boroujeni A. Quality of life and related factors among the women undergoing mastectomy *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2015;20(2):287-291.
25. Meneses K. and Benz R. Quality Of Life In Cancer Survivorship: 20 Years Later. *Seminars In Oncology Nursing* 2010;26(1):36-46.
26. Björneklett G.H, Lindemalm C, Ojutkangas L.M, Berglund A, Letocha H, Strang P. A randomized Controlled Trial Of A Support Group Intervention On The Quality Of Life And Fatigue In Women After Primary Treatment For Early Breast Cancer. *Support Care Cancer* 2012;20:3325-3334.
27. Yang H, Brand J.S, Fang F, Chiesa F, Johansson A.L.V, Hall P. and Czene K. Time-dependent risk of depression, anxiety, and stress-related disorders in patients with invasive and in situ breast cancer. *Int. J. Cancer* 2017;140:841–852.
28. Obaidi G.J, Al-Atiyyat M.N. Quality of Life among Primary Caregivers of Women with Breast Cancer: A Review. *Middle East Journal of Cancer* 2013; 4(2): 45-49.
29. Park H.Y, Kim J.H, Choi S, Kang E, Oh S, Kim J.Y, Kim S.W. Psychological effects of a cosmetic education programme in patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care* (2015;24:493–502.
30. Letellier M.E, Dawes D, Mayo N. Content verification of the EORTC QLQ-C30/EORTC QLQ-BR23 with the International Classification of Functioning. Disability and Health *Qual Life Res* 2015;24:757–768.
31. Jassim A.G and Whitford L.W. Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer. *Social Science & Medicine* 2014;107:189-195.
32. Knobf T.M. Clinical Update: Psychosocial Responses In Breast Cancer Survivors. *Seminars In Oncology Nursing* 2011;27(3):1-14.
33. Denieffe S and Gooney M. A meta-synthesis of women's symptoms experience and breast cancer. *European Journal of Cancer Care* 2011;20(4):424-435.

34. Leung J, Atherton I, Kyle R. G, Hubbard G, McLaughlin D. Psychological distress, optimism and general health in breast cancer survivors: a data linkage study using the Scottish Health Survey. *Support Care Cancer* 2016; 24(4):1755-1761.
35. Castillo G.N, García A.A, Villanueva C.I, Lao F.C, Rodríguez D.L, Arroyo-Morales M. Depressed mood in breast cancer survivors: Associations with physical activity, cancer-related fatigue, quality of life, and fitness level. *European Journal of Oncology Nursing* 2014;18:206-210.
36. Falk Dahl C.A, Reinertsen K.V, Nesvold I.L, Fossa S.D, Dahl A.A. A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer* 2010;116:3549–3557.
37. Runowicz C.D, Leach C.R, Henry N. L, Henry K. S, Mackey H. T, Cowens-Alvarado R. L. et.al. American Cancer Society/American Society Of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *A Cancer Journal For Clinicians* 2016;66(1):43-73.
38. Liao N.M, Chen C.S, Lin Y.C, Chen M.F, Wang C.H, Jane W.S. 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* 2014;51:390-399.
39. Kvale E.A, Meneses K, Demark W.W, Bakitas M, Ritchie R. Formative research in the development of a care transition intervention in breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing* 2015;19:329-335.
40. Stefanic N, Caputi P, Iverson D. C. Investigating physical symptom burden and personal goal interference in early-stage breast cancer patients. *Support Care Cancer* 2014;22:713–720.
41. Tirgari B, Iranmanesh S, Fazel A. and Kalantarri B. Quality of Life and Mood State in Iranian Women Post Mastectomy. *Clinical Journal of Oncology Nursing* June 2012;16(3):118-122.
42. Shia H.Y, Uen Y.H, Yen L.C, Culbertson R, Juan C.H, Hou M.F. Two-year quality of life after breast cancer surgery: A comparison of three surgical procedures. *EJSO* 2011;37: 695-702.

43. Baucom D.H, Porter L.S, Kirby J.S, Gremore T.M and Keefe F.J. Psychosocial Issues Confronting Young Women with Breast Cancer. *Breast Disease* 2005,2006; 23:103–113.
44. Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir Ö. Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *KÜ Tıp Fak Derg* 2015;17(1): 27-36.
45. Baqutayan, S.M.S. The effect of anxiety on breast cancer patients. *Indian Journal of Psychological Medicine* 2012;34(2):119–223.
46. Zimmermann, T. Intimate Relationships Affected by Breast Cancer: Interventions for Couples. *Breast Care* 2015;10(2): 102-108.
47. Salonen P, Rantanen A, Kellokumpu-Lehtinen P.L, Huhtala H, Kaunonen M. The Quality Of Life And Social Support In Significant Others Of Patients With Breast Cancer–A Longitudinal Study *European Journal Of Cancer Care* 2014;23:274–283.
48. Budden LM, Hayes BA, Buettner PG. Women’s decision satisfaction and psychological distress following early breast cancer treatment: a treatment decision support role for nurses. *International Journal of Nursing Practice* 2014;20:8–16.
49. Ülger Ü, Alacacioğlu A, Gülseren A.Ş, Zencir G, Demir L, Tarhan M.O. Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2014;28(2):85- 92.
50. Çivi S, Kutlu R, Çelik H.H. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Derg* 2011;53:248-253.
51. Liao M.N, Chen P.L, Chen M.F, Chen S.C. and Chen Y.H. Supportive Care for Taiwanese Women With Suspected Breast Cancer During the Diagnostic Period: Effect on Healthcare and Support Needs. *Oncology Nursing Forum* 2009;36(5):585-592.
52. Hubbard G, Venning C, Walker A, Scanlon K, Kyle R. G. Supportive care needs of women with breast cancer in rural Scotland. *Support Care Cancer* 2015;23:1523–1532.
53. Baider L, Peretz T, Hadani PE, Koch U. Psychological intervention in cancer patients: A randomised study. *General Hospital Psychiatry* 2001;23:272-277.
54. Lindop E, Cannon S. Evaluating the self-assessed support needs of women with breast cancer *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34(6):760-771.

55. Cheng K.K.F, Devi R. D, Wong W.H, Koh C. Perceived symptoms and the supportive care needs of breast cancer survivors six months to five years post-treatment period. *European Journal of Oncology Nursing* 2014;18:3-9.
56. Karayurt Ö, Uğur Ö, Tuna A, Güneşen N, Çıtak E.A. The Effect Of Personal Counselling On Anxiety, Depression, Quality Of Life And Satisfaction In Patient With Breast Cancer. *J breast health* 2014;9:135-143.
57. Salonen P, Tarkka M, Kellokumpu-Lehtinen P.L, Anna-Maija KoivistoA.M, Aalto P. and Kaunonen M. Effect of social support on changes in quality of life in early breast cancer patients: a longitudinal study. *Scand J Caring Sci*; 2013;27; 396–405.
58. Liao M.N, Chena C.S, Chen S.C, Lin Y.C, Hsu Y.H, Hung H.C. et.al. Changes and Predictors of Unmet Supportive Care Needs in Taiwanese Women With Newly Diagnosed Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum* 2012;39(5):380-390.
59. Kwok C. and White K. Perceived information needs and social support of Chinese-Australian breast cancer survivors. *Support Care Cancer* 2014;22:2651–2659.
60. Li W.W.Y, Lam W.W.T, Au A.H.Y, Ye M, Law W.L, Poon J. et al. Interpreting differences in patterns of supportive care needs between patients with breast cancer and patients with colorectal cancer. *Psycho-Oncology* 2013;2(4):792–798.
61. Ng R, Verkooijen H.M, Ooi L.L, Koh W.P. Unmet psychosocial needs among cancer patients undergoing ambulatory care in Singapore. *Supportive Care in Cancer* 2011;20: 1049–1056.
62. Budin WC, Hoskins CN, Haber J, Sherman DW, Maislin G, Cater JR. et.al. Breast cancer: education, counseling, and adjustment among patients and partners: a randomized clinical trial. *Nurs Res* 2008;57: 199-213.
63. Cappiello M, Cunningham R, Knobf MT, Erdos D , Breast cancer survivors. Information and support after treatment. *Clinical Nursing Research* 2007;16(4):278-293.
64. Rustoen T, Begnum S. Quality of Life in Women with Breast Cancer-a Review of The Literature and Implications for Nursing Practice. *Cancer Nurs* 2000;23:416-421.

65. Wen K.Y and Gustafson D. H. Needs Assessment for cancer patients and their families. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004;26:2-11.
66. Miller R. Implementing a Survivorship Care Plan for Patients With Breast Cancer *Clinical Journal of Oncology Nursing* June 2008;12(3):479-488.
67. Registered Nurses Association of Ontario Nursing Best Practice Guideline Program, Facilitating Client Centred Learning RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario), September 2012; Toronto, Ontario:1-82 http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Facilitating_Client_Centred_Learning_.pdf, Erişim:28.09.2013..
68. Coster S. and Norman I. Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: A review. *International Journal of Nursing Studies* 2009;46(4): 508-528.
69. Yıldız T. Cerrahi Hasta Eğitiminde Kullanılan Güncel Yöntemler: Hastalık Merkezli Değil, Hasta Merkezli Eğitim. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015;5(2):129-133.
70. Uzun Ö. Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000;3(2): 36-45.
71. Thompson J, Coleman R, Colwell B, Freeman J, Greenfield D, Holmes K. et al. Preparing breast cancer patients for survivorship (PREP) - A pilot study of a patient-centred supportive group visit intervention. *European Journal of Oncology Nursing* 2014;18:10-16.
72. Ho S.M.S, So W. K.W, Leung D. Y.P, Lai E.T.L, Chan C.W.H. Anxiety, depression and quality of life in Chinese women with breast cancer during and after treatment: A comparative evaluation. *European Journal of Oncology Nursing* 2013;17:877-882.
73. Can G. Onkoloji hemşireliğinde kanıttan Uygulamaya konsensus 2014- 2015 Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. şti.2015:1-279
74. Golant, M, Altman T, Martin C. Managing cancer side effects to improve quality of life: A cancer psychoeducation program. *Cancer Nursing*, 2003;26(1): 37-44.
75. Özkan S, Alçalar N. Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler *Meme Sağlığı Dergisi* 2009;5(2):60-64.
76. Karayurt Ö. Meme Kanseri. In: Can G. ed. *Onkoloji Hemşireliği*, Birinci Basım. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. 2014;619-657.

77. National Cancer Institute. Definition of Breast Cancer. Retrieved from:<http://www.cancer.gov/cancertopics/types/breast2015>. Erişim:09 Ocak 2018.
78. Hamolsky, D. Nursing management breast disorders. In S. L. Lewis, S. R. Dirksen, M. M. Heitkemper, L. Bucher, and M. M. Harding, (Ed.). Medical surgical nursing assessment and management of clinical problems (9th ed.) Canada: Mosby Elsevier. 2014:1256-1279.
79. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN) Guidelines. Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast and Ovarian. Version 2.2015. 2015. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast_risk.pdf Erişim: 09 Ocak 2018.
80. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay S.S, Tükün A, Yalçın B. Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesi ve Prevansiyon:İstanbul 2010 Konsensus Raporu. Meme Sağlığı Dergisi 2011;7(2):47-67.
81. Siegel, R. L, Miller, K. D. and Jemal, A. Cancer statistics, 2015. CA: a cancer journal for clinicians 2015;65(1): 5-29.
82. Foxson B.B, Lattimer G.J, Felder B. Breast Cancer. ed.Yarbro L.H, Wujcik D, Gobel H.B. Cancer Nursing. Jones and Bartlett Publishers 2011:1092-1145.
83. Edwards Q.T, Maradiegue A, Seibert D, Saunders-Goldson S, Susanne Humphreys S. Breast cancer risk elements and nurse practitioners knowledge, use and perceived comfort level of breast cancer risk assessment. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 2009;21:270–277.
84. Kaymakçı Ő. Meme Hastalıkları, In: Karadakovan A, Eti Aslan F. ed. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3. Basım. Akademisyen Kitabevi Ankara. 2014;917-946.
85. Yengkhom J, Bhaskaran G and Hemavathy V. Breast Cancer. İnternational Journal of Current Advanced Research 2018;7: 8760-8761.
86. Somunoğlu S. Meme Kanserinde Risk Faktörleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2(5): 2-12.
87. Antoniou A, Pharoah P. D. P, Narod S, Risch H. A, Eyfjord J. E, Hopper J. L. et al. Average risks of breast and ovarian cancer associated with BRCA1 or BRCA2 mutations detected in case Series unselected for family history: a

combined analysis of 22 studies. *American Journal of Human Genetics* 2003; 72(5):1117–1130.

88. Chen, S. And Parmigiani G. Meta-analysis of BRCA1 and BRCA2 penetrance. *Journal of Clinical Oncology* 2007; 25(11):1329–1333.
89. Mavaddat N, Peock S, Frost D, Ellis S, Platte R, Fineberg, E. et.al. Cancer risks for BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: Results from prospective analysis of Embrace. *Journal of the National Cancer Institute* 2013; 105(11): 812–822.
90. Jerome-D’Emilia B, Suplee P.D and D’Emilia L. Why Women Are Choosing Bilateral Mastectomy *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2015; 19(6): 764-768.
91. Steck S, Rosling R, Murphy EA, Davis JM, et al. Vitamin D status and breast cancer aggressiveness among African-American and European-American women in South Carolina. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, October 2010;19(10):36-45.
92. Hasija K, Bagga, H. K. Alterations of Serum Cholesterol and Serum Lipoprotein in Breast Cancer of Women. *Indian Journal of Clinical Biochemistry* 2005; 20(1): 61-66.
93. Boyd N. F, Stone J, Vogt K. N, Connelly B.S, Martin, L.J, Minkin S. Dietary Fat and Breast Cancer Risk Revisited: a Meta-Analysis of the Published Literature. *British Journal of Cancer* 2003;89(9):1672-1685.
94. Bröanström R, Petersson L.M, Saboonchi F, Larsen A, Alexanderson K. Physical activity following a breast cancer diagnosis: Implications for self-rated health and cancer-related symptoms. *European Journal of Oncology Nursing* 2015;19:680-685.
95. Ibrahim E.M, Al-Homaidh A. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis: meta-analysis of published studies. *Medical Oncology* 2011;28:753-765.
96. Harris S.R, Schmitz K.H, Campbell K.L, McNeely M.L. Clinical practice guidelines for breast cancer rehabilitation:syntheses of guideline recommendations and qualitative appraisals. *Cancer* 2012;118:2312-2324.
97. Monninkhof E.M, Elias S.G, Vlems F.A, van der Tweel I, Schuit A. J,Voskuil D.W, van Leeuwen F. E. Physical Activity and Breast Cancer: a Systematic Review. *Epidemiology* 2007;18(1):137-157.

98. Penttinen H.M, Saarto T, Kellokumpu-Lehtinen P, Blomqvist C, Huovinen R , Kautiainen H. et al. Quality of life and physical performance and activity of breast cancer patients after adjuvant treatments. *Psycho-Oncology* 2011;20: 1211–1220.
99. Karayurt Ö. Meme kanserinde birincil korunma ve hemşirenin rolü. ed.Fadiloğlu Ç. Meme Kanseri hastaya Yaklaşım. Nobel Kitapevi Adana 2011:31-37.
100. Becker H, Kang S. J, Stuijbergen A. Predictors of Quality of Life for Long-Term Cancer Survivors With Preexisting Disabling Conditions *Oncology Nursing Forum* 2012;39(2):122 -131.
101. Sezer A. Meme kanserinde klinik bulgular. In: S. Aydın, T. Akça, ed. Tüm yönleriyle meme kanseri. 1. Basım. Nobel Kitabevi Adana 2011:71-96.
102. Sak D.S. Meme kanseri Patolojisi. In: S. Aydın, T. Akça, ed. Tüm yönleriyle meme kanseri. 1. Basım. Nobel Kitabevi Adana 2011:189-213.
103. Özdemir N. İnvaziv meme kanseri. Ed.Özmen V. ve ark. Meme hastalıkları kitabı Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF).Güneş Tıp Kitapevleri 2012:233-256.
104. Kebudi A. Lobüler Karsinoma in Situ. Ed.Özmen V. ve ark. Meme hastalıkları kitabı Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF). Güneş Tıp Kitapevleri 2012:197-204.
105. İğci A, Gürdal S.Ö. Duktal Karsinoma in Situ. Ed.Özmen V. ve ark. Meme hastalıkları kitabı Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF) Güneş Tıp Kitapevleri 2012:187-196.
106. Sharma G. N, Dave R, Sanadya J, Sharma P, Sharma K. K. Various Types and Management of Breast Cancer: an Overview. *Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research* 2010;1(2): 109-226.
107. Soyder A. Meme kanserinde Evreleme. In: S. Aydın, T. Akça, ed. Tüm yönleriyle meme kanseri. 1. Basım. Nobel Kitabevi Adana 2011:227-232.
108. Özmen V. Erken Evre Meme kanserinin Cerrahi Tedavisi. Ed.Özmen V. ve ark. Meme hastalıkları kitabı Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF). Güneş Tıp Kitapevleri 2012:351-366.
109. Ünal M, İğci A, Müslümanoğlu M, Bozfakıoğlu Y, Özmen V. Meme cerrahisi. In:Kalaycı G, editors. Genel Cerrahi. Cilt 1. Nobel tıp kitabevleri İstanbul 2002: 533-632.

- 110.**Sevinç İ. Erken evre meme kanserinde tedavi seçenekleri In: S. Aydın, T. Akça, ed. Tüm yönleriyle meme kanseri. 1. Basım. Nobel Kitabevi Adana, 2011:271-286.
- 111.**American Cancer Society (ACS) Treating Breast Cancer <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment.html> E:10 Ocak 2015.
- 112.**Balkan M, Öztürk E. Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi In: S. Aydın, T. Akça, ed. Tüm yönleriyle meme kanseri. 1. Basım. Nobel Kitabevi Adana 2011:335-344.
- 113.**Kell R.M, Burke P.J, Barry M, Morrow M. Outcome of axillary staging in early breast cancer:a meta-analysis. Breast Cancer Res.Treat. 2010;120:441-447.
- 114.**Kurt Y. Meme cerrahisi sonrası görülen komplikasyonlar. In: Aydın A, Akça T editors. Tüm yönleriyle Meme kanseri. Nobel tıp kitabevleri Adana 2011: 549-562.
- 115.**Binkley J.M, Harris S.R, Levangie P.K, Pearl, M, Guglielmino J, Kraus, V. et al. Patient perspectives on breast cancer treatment side effects and the prospective surveillance model for physical rehabilitation for women with breast cancer. Cancer 2012;118: 2207-2216.
- 116.**Xia H.P, Gao R.S, Xin-Feng Zhang X.F, Zhou F.X, Liu C.J, Chen S et.al. Analysis on risk factors of recurrence and metastasis of breast cancer after breast-conserving surgery for patients with breast cancer. Biomedical Research 2017; 28 (16): 7047-7050.
- 117.**Karanlık H, Özmen V, Asoğlu O, İğci A, Keçer M, Tuzlalı S. Ve ark. Meme Kanseri Cerrahi Tedavisinin Uzun Dönem Sonuçları. Meme Sağlığı Dergisi 2006;2 (2):89-95.
- 118.**Chow R, Pulezas N, Zhang L, Ecclestone C, Leahey A, Hamer J. et. al. Quality of life and symptom burden in patients with breast cancer treated with mastectomy and lumpectomy .Support Care Cancer 2016;24(5):2191-2199.
- 119.**Mersin H.H, Kınaş V, Gülben K, İrkin F, Berberoğlu U. On beş yıl içinde meme kanserinin klinik özelliklerinde ne değişti? Ulus Cerrahi Derg 2015;31: 148-151.
- 120.**Fallowfield L, Jenkins V. Psychosocial/Survivorship Issues in Breast Cancer:Are We Doing Better? JNCI J Natl Cancer Inst 2015;107(1):335.

- 121.**Natoli C, Brocco D, Sperduti I, Nuzzo A, Tinari N, De Tursi M.et.al. Breast Cancer “Tailored Follow-up” in Italian Oncology Units: A Web-Based Survey. *Plos One* 2014;9(4): 94063- 94063.
- 122.**Kimman M.L, Dirksen C.D, Voogd A.C, Falger P, Gijsen B.C.M.,Thuring M et.al. Nurse-led telephone follow-up and an educational group programme after breast cancer treatment: Results of a 2x2 randomised controlled trial. *European Journal Of Cancer* 2011;47:1027–1036.
- 123.**Van Hezewijk M, Hille E.T.M, Scholten A.N, Marijnen C.A.M, Stiggelbout A.M,van de Velde C.J.H. Professionals opinion on follow-up in breast cancer patients; perceived purpose and influence of patients risk factors. *EJSO the journal of cancer surgery* 2011;37: 217-224.
- 124.**Roorda C, Berendsen J.A, Haverkamp M, van der Meer K, de Bock G. H. Discharge of breast cancer patients to primary care at the end of hospital follow-up: A cross-sectional survey. *European Journal of Cancer* 2013;49: 1836–1844.
- 125.**Aydoğan F, Gümüş M. Ameliyat sonrası takip programı In: S. Aydın, T. Akça, ed. *Tüm yönleriyle meme kanseri*. 1. Basım. Nobel Kitabevi Adana 2011: 427-431.
- 126.**Aslay I, Acunaş G, Cantürk Z, Arıbal E, Oktay A, Haydaroğlu A, Meme Kanserinde İzlem *Meme Sağlığı Dergisi* 2007;3(2):95-99.
- 127.**Sheppard C, Higgins B, Wise M, Yiangou C, Dubois D, Kilburn S. Breast cancer follow up: A randomised controlled trial comparing point of need access versus routine 6-monthly clinical review. *European Journal of Oncology Nursing* 2009;13: 2–8.
- 128.**Costa-Requena G, Rodriguez A, Fernandez-Ortega P. Longitudinal assessment of distress and quality of life in the early stages of breast cancer treatment. *Scand J Caring Sci*; 2013; 27: 77–83.
- 129.**Cella D. F. Measuring quality of life in palliative care. In *Seminars in Oncology* 1995; 22(2):73-81.
- 130.**Sammarco A, Konecny M.L. Quality of Life, Social Support, and Uncertainty Among Latina and Caucasian Breast Cancer Survivors: A Comparative Study. *Oncology Nursing Forum* 2010; 37(1):93-99.
- 131.**Ferrans, C. Development of a conceptual model of quality of life. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 1996;10: 293–304.

132. Kao H.Y, Wu H.W, Liang T.Y, Lee K.T, Hou M.F, Shi H.Y. Cloud-Based Service Information System for Evaluating Quality of Life after Breast Cancer Surgery. *PLOS ONE* 2015;30:1-15.
133. Ferrel B.R, Grant M, Funk B, Otis-Green SA, Garcia NJ, Schaffner ML. Quality of Life In Breast Cancer. *Cancer Pract.*1996;4(6):331-340.
134. Sert F, Özşaran Z, Eser E, Alanyalı S, Haydaroğlu A, Aras A, Quality-Of-Life Assessment Of Applied Therapy To Breast Cancer Patients. *J Breast Health* 2013; 9:57-63.
135. Huang C.Y, Guo S.E, Hung C.M, Shih S.L, Lee L.C, Hung C.G, Huang M.S. Learned Resourcefulness, Quality of Life and Depressive Symptoms for Patients With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum* 2010;37(4): 80-87
136. Chen M.L, Liu L.N, Miaskowski C, Chen S.C, Lin Y.C, Wang J.S, Presurgical symptom profiles predict quality of life 2 years after surgery in women with breast cancer. *Support Care Cancer* 2016;24:243–251.
137. Taira N, Shimozuma K, Shiroyiwa T, Ohsumi S, Kuroi K, Saji S. Et. al. Associations among baseline variables, treatment-related factors and healthrelated quality of life 2 years after breast cancer surgery. *Breast Cancer Research and Treatment* 2011;128:735-747.
138. Accortt E. E, Bower J.E, Stanton A. L, Ganz P.A. Depression and vasomotor symptoms in young breast cancer survivors: The mediating role of sleep disturbance. *Archives of Women’s Mental Health* 2015;18(3): 565–568.
139. Blaney J.M, McCollum G, Lorimer J, Bradley J, Kennedy R, Rankin J.P. Prospective surveillance of breast cancer-related lymphoedema in the first-year postsurgery: Feasibility and comparison of screening measures. *Supportive Care in Cancer* 2015;23(6):1549–1559.
140. Schmidt M. E, Chang-Claude J, Seibold P, Vrieling A, Heinz J, Flesch-Janys. et.al. Determinants of long-term fatigue in breast cancer survivors: Results of a prospective patient cohort study. *Psycho-Oncology* 2014;46:40–46.
141. Von Ah, D, Tallman, E. F. Perceived cognitive function in breast cancer survivors: Evaluating relationships with objective cognitive performance and other symptoms using the functional assessment of cancer therapy-cognitive function instrument. *Journal of Pain and Symptom Management* 2015;49(4): 697–706.

- 142.Cheng K. K. F, Wong W. H, Koh C. Unmet needs mediate the relationship between symptoms and quality of life in breast cancer survivors. *Support Care Cancer* 2015;24(5): 2025-2033.
- 143.Kim H.S, Son H.B, Hwang Y.S, Han W, Yang H.J, Lee S, Yun H.Y. Fatigue and Depression in Disease-Free Breast Cancer Survivors: Prevalence, Correlates, and Association with Quality of Life *Journal of Pain and Symptom Management* 2008;35(6): 644-655.
- 144.So W. K.W, Marsh G, Ling W.M, Leung F.Y, Lo J.C.K, Yeung M, Li G. K.H. The Symptom Cluster of Fatigue, Pain, Anxiety, and Depression and the Effect on the Quality of Life of Women Receiving Treatment for Breast Cancer: A Multicenter Study *Oncology Nursing Forum* 2009;36(4):205-214.
- 145.Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress in patients with cancer: the sixth vital sign. *Community Oncol* 2006; 3: 311-314.
- 146.Jørgensen L, Garne J.P, Søgaaard M, Laursen B.S. Development of a questionnaire encompassing indicators of distress:A tool for use with women in surgical continuity of care for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 2015;19:129-135.
- 147.National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical Practice Guidelines in Oncology Distress Management,version 2,2013 <http://www.healthcarechaplancy.org/userimages/Jimmie-Holland-NCCN-Distress-Management-Guidelines.pdf> erişim: 10 Ocak 2018.
148. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res* 2008; 39: 27-32.
- 149.Leak A, King CR. Symptom distress, spirituality, and quality of life in African American breast cancer survivors. *Cancer Nurs* 2008;31:15-21.
- 150.Ferguson L.L, Curran B, Martinez M, Mancuso P. Triple-Negative Breast Cancer:What Is Known About It? *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2014;18(1):6-11.
- 151.Stefanic N, Caputi P, Lane L, Iverson D.C. Exploring the nature of situational goal-based coping in early-stage breast cancer patients: A contextual approach. *European Journal of Oncology Nursing* 2015;19:604-611

- 152.**Ganz P.A. Psychological and Social Aspects of Breast Cancer [Oncology](#) 2008;22(6):642-650.
- 153.**Schetter C.D,Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy:implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry* 2012; 25(2):141-148.
- 154.**-Arvidsdotter T, Marklund B, Kylene S, Taft C, Ekman I. Understanding persons with psychological distress in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2015;30(4): 687-694.
- 155.**Joffe H, Chang Y, Dhaliwal S, Hess R, Thurston, R., Gold, E. et.al. Lifetime history of depression and anxiety disorders as a predictor of quality of life in midlife women in the absence of current illness episodes. *Archives of General Psychiatry* 2012;69(5):484-492.
- 156.**Mehnert A, Koch U. 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* 2008;64: 383–391.
- 157.**Arıkan R.N. Travmatik bir yasanti: meme kanseri ve mastektomi. *Kriz Dergisi* 2002;9 (1): 39-46.
- 158.**Heidar M, Shahbazi S, Ghodusi M. Evaluation of body esteem and mental health in patients with breast cancer after mastectomy. *Journal of Mid-life Health* 2015; 6(4):173-178.
- 159.**Northouse L.L, Katapodi M.C, Schafenacker A.M, Weiss, D. The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. *Seminars in Oncology Nursing* 2012; 28: 236–245.
- 160.**Hassan M.R, Shah S.A, Ghazi H.F, Mujar N.M., Samsuri M. F, Baharom N. Anxiety and depression among breast cancer patients in an urban setting in Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2015;16(9):4031-4035.
- 161.**Liamputtong P, Suwankhong D. Living with breast cancer: the experiences and meaning making among women in Southern Thailand. *European Journal of Cancer Care* 2015:1-10.
- 162.**Hebdon M, Foli K, McComb S. Survivor in the cancer context: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2015:1774-1786
- 163.**Gold M, Dunn L.B, Phoenix B, Paul S.M, Hamolsky D, Levine J.D, Miaskowski C. Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following

breast cancer surgery and its impact on quality of life. *European Journal of Oncology Nursing* 2016; 20: 97-105.

164. Rabin E. G, Heldt E, Hirakata N.V, Bittelbrunn A. C, Chachamovich E, Fleck M. P.A. Depression and Perceptions of Quality of Life of Breast Cancer Survivors and Their Male Partners. *Oncology Nursing Forum* 2009;36(3):153-158.
165. Centers for Disease Control (CDC) An estimated 1 in 10 U.S. adults reports depression. 2012. <http://www.cdc.gov/features/dsdepression/> Erişim: 09 Ocak 2018.
166. Öztekin, D. Meme kanserinde tanı ve tedavi sürecinde karşılaşılan sorunlarla mücadele yolları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2006; 2 (2).67-70.
167. Matthews E.E, Berger A.M, Schmiege S.J, Cook P.F, McCarthy M.S, Moore C.M, Aloia M.S. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Outcomes in Women After Primary Breast Cancer Treatment:A Randomized, Controlled Trial. *Oncology Nursing Forum* 2014;41(3):241-253.
168. Given B, Given C, Azzouz F, Stommel M. Physical functioning of elderly cancer patients prior to diagnosis and following initial treatment. *Nurs Res* 2001;50:222-32.
169. Lu S.R, Hong R.B, Chou W, Hsiao P.C. Role of physiotherapy and patient education in lymphedema control following breast cancer surgery *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2015;11:319–327.
170. Pusic A.L, Cemal Y, Albornoz C, Klassen A, Cano S, Sulimanoff I.et.al Quality of life among breast cancer patients with lymphedema: a systematic review of patient-reported outcome instruments and outcomes. *J Cancer Surviv* 2013;7:83–92.
171. Bower J.E, Ganz P.A, Desmond K.A, Rowland J.H, Meyerowitz B.E, Belin T.R. Fatigue in breast cancer survivors: Occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology* 2000;18(4):743–753.
172. Bower J.E, Lamkin D.M. Inflammation and cancer-related fatigue: Mechanisms, contributing factors, and treatment implications. *Brain, Behavior, and Immunity* 2013;30: 48-57.
173. DiSipio T, Rye S, Newman B, Hayes S. Incidence of unilateral arm lymphedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Onc* 2013;14(6):500–515.

- 174.**Quirion E. Recognizing and treating upper extremity lymphedema in postmastectomy/lumpectomy patients: A guide for primary care providers *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2010;22: 450–459.
- 175.**Park J.H, Lee H.W, Chung S.H. Incidence and risk factors of breast cancer lymphoedema *Cancer Nursing Journal of Clinical Nursing* 2008;17:1450–1459.
- 176.**Stacey D, DeGrasse C, and Johnston L. Addressing the Support Needs of Women at High Risk for Breast Cancer: Evidence-Based Care by Advanced Practice Nurses *Stacey* 2002;29(6): 77-84.
- 177.**Yıldırım K.N, Kaçmaz N, Özkan M. Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve verilen hizmet arasındaki boşluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2013;6(4).
- 178.**Harrison S.E, Watson E.K, Ward A.M, Khan N.F, Turner D, Adams E. et al. Primary health and supportive care needs of long-term cancer survivors: a questionnaire survey. *Journal of Clinical Oncology* 2011; 29:2091-2098.
- 179.**Van Oers H. M, Schlebusch L. Anxiety and the patient with breast cancer: a review of current research and practice. *South African Family Practice* 2013; 55(6):525-529.
- 180.**Sussman J, Baldwin L.M. The interface of primary and oncology specialty care:from diagnosis through primary treatment. *Journal of the National Cancer Institute.Monographs* 2010;40:18-24.
- 181.**Bonevski B, Sanson-Fisher R, Hersey P, Paul C, Foot G. Assessing the perceived needs of patients attending an outpatient melanoma clinic. *Journal of Psychosocial Oncology* 2000;17:101-118.
- 182.**Ventura F, Öhlén J, Koinberg I. An integrative review of supportive e-health programs in cancer care. *European Journal of Oncology Nursing* 2013;17: 498-507.
- 183.**Işık I. Meme Kanseri Hastalarında Tedavi Sonrası Dönemde Gelisen Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Hemşirelik Girişimleri *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2014;11 (3): 58-64.
- 184.**Liao, M.N., Chen, M.F., Chen, S.C., & Chen, P.L. Healthcare and support needs of women with suspected breast cancer. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 60: 289–298.

- 185.**Erci B, Karabulut N. Appraising the self-assessed support needs of Turkish women with breast cancer. *European Journal of Cancer Care* 2007;16:137–143.
- 186.**Hwang S.Y, Park B.W. The perceived care needs of breast cancer patients in Korea. *Yonsei Medical Journal* 2006; 47: 524–533.
- 187.**Wyatt G, Beckrow KC, Gardiner J, Pathak D. Predictors of postsurgical subacute emotional and physical wellbeing among women with breast cancer. *Cancer Nurs* 2008; 31: 28–39.
- 188.**McDowell M.E, Occhipinti S, Ferguson M, Dunn J, Chambers S.K. Predictors of change in unmet supportive care needs in cancer. *Psycho-Oncology* 2010;19: 508–516.
- 189.**Ahern T, Gardner A, Courtney M. Geographical comparisons of information and support needs of Australian women following the primary treatment of breast cancer: a 10-year replication study. *Health Expectations* 2014;18: 2678–2692.
- 190.**Oz F, Dil S, Inci F, Kamisli S. Evaluation of group counseling for women with breast cancer in Turkey. *Cancer Nursing* 2012;35:27–34.
- 191.**Mandelzweig L, Chetrit A, Amitai T, Oberman B, Siegelmann N Silverman D.B. et. al. Identification of health care needs of long-term breast cancer survivors among Israeli women *Support Care Cancer* 2016; 24:737–746.
- 192.**Snyder KA, Pearse W. Crisis, social support and the family responses: exploring narratives of young breast cancer survivors. *J Psychosocial Oncol* 2010;28:413-431.
- 193.**Taşocak G. Hasta eğitimi. 3. Baskı, İstanbul üniversitesi basım ve yayınevi müdürlüğü 2012- ISBN 978-975-404-915-2 üniversite yayın no:5067. İstanbul
- 194.**Başkale H.A, Serçekuş P, Günüşen N.P. Kanser Hastalarının Bilgi Kaynakları, Bilgi Gereksinimleri Ve Sağlık Personelinden Beklentilerinin İncelenmesi. *Journal Of Psychiatric Nursing* 2015;6(2):65-70.
- 195.**Rutten LJF, Arora NK, Bakos AD, Aziz N, Rowland J. Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980–2003). *Patient Education and Counseling* 2005;57:250–261.
- 196.**Keller J. Implementation of Prechemotherapy Educational Intervention for Women Newly Diagnosed Breast Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2005;10(1): 57-60.

197. Levit L.A, Balogh E.P, Nass S.J, Ganz, P.A. (Eds.). Delivering high-quality cancer care: Charting a new course for a system in crisis. Washington, (2013). DC:National Academies Press. http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=18359
198. Özbaş A. Meme Kanseri Ailelerde Sorunlar Ve Çözümler Meme Sağlığı Dergisi 2006; 2(3):115-117.
199. Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12(3):67-73.
200. Freeman L, Cohen L, Stewart M, White R, Link J, Palmer J. L, Welton D, McBride L, Hild C. M. The Experience of Imagery as a Post-Treatment Intervention in Patients With Breast Cancer: Program, Process, and Patient Recommendations Oncology Nursing Forum 2008;35(6):116-121.
201. Beaver K, Campbell M, Williamson S, Procter D, Sheridan J, Heath J. et. al., An exploratory randomized controlled trial comparing telephone and hospital follow-up after treatment for colorectal cancer. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland 2012;14:1201–1209.
202. Cox A, Jenkins V, Catt S, Langridge C, Fallowfield L. Information needs and experiences: An audit of UK cancer patients European Journal of Oncology Nursing 2006;10: 263–272.
203. Beck C, Kosnik C. Innovations in teacher education: A social constructivist approach. New York: State University of New York Press 2006.
204. Demirel Özcan. Eğitimde Program Geliştirme. Pegem A Yayınevi, Ankara. 2000:233.
205. Perkins David N. The Many Faces of Constructivism. Educational Leadership, November. 1999:7-8.
206. Açıkgöz Ü.K. Aktif Öğrenme Birinci Baskı. Eğitim Dünyası Yayınları, Eylül 2002: 60-67.
207. Ilgaz A, Gözüm S. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı için Sağlık Okuryazarlığının Önemi. DEUHFED 2016; 9(2): 67-77.
208. Fayers P.M. Interpreting quality of life data: population based reference data for the EORTC QLQ-C30. European Journal of Cancer 2001;37:1331–1334.
209. Cankurtaran E.S, Özalp E, Özer S, Akbıyık D.I, Bottomley A. Understanding the reliability and validity of the EORTC QLQ-C30 In Turkish cancer patient. European Journal of Cancer Care 2008; 17:98-104.

- 210.**Demirci S, Eser E, Ozsaran Z, Tankisi D, Aras B.A, Ozaydemir G, Anacak Y. Validation of the Turkish Versions of EORTC QLQ-C30 and BR23 Modules in Breast Cancer Patients. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2011;12: 1283-1287.
- 211.**Özalp E, Cankurtaran E S, Soygür H, Geyik Ö.P, Jacobsen PB. Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. *Psychooncology* 2007;16: 304-311.
- 212.**Gökdoğan F. Etkili Bir Hasta İletişimi İçin Araç Geliştirme: Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi (DISCERN). *Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni*. 2003;16-17: 8-16.
- 213.**Doak LG, Doak CC, Meade CD. Strategies to improve cancer education materials *Oncol Nurs. Forum*. 1996;23(8):1305-1312.
- 214.**Ah V.D, Habermann B, Carpenter S.J, Schneider L.S. Impact of perceived cognitive impairment in breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing* 2013; 17: 236-241.
- 215.**Eryılmaz A.M, Karahan Ö, Sevinç B, Ay S, Cıvık S. Meme Kanseri Taramalarının Etkinliği. *Meme Sağlığı Dergisi* 2010; 6(4).
- 216.**Morgan PD, Fogel J, Rose L, et al. African American couples merging strengths to successfully cope with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2005;32:979-987.
- 217.**Ashing-Giwa K, Lim J. Examining emotional outcomes among a multiethnic cohort of breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 2011;38:279-288.
- 218.**Briggs A. M, Jordan, J. E, Buchbinder R, Burnett AF, O'Sullivan PB, Chua JY. Health literacy and beliefs among a community cohort with and without chronic low back pain. *Pain* 2010;150:275–283.
- 219.**Uzun Ö, Eti-Aslan F, Selimen D, Koç M. Quality of life in women with breast cancer in Turkey. *J Nurs Scholarship* 2004;3: 207-213.
- 220.**Haydaroğlu A, Bölükbaşı Y, Özşaran Z. Ege Üniversitesinde Kanseri Kayıt Analizleri: 34134 Olgunun Değerlendirilmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2007; 22 1: 22-28.
- 221.**Pedersen A.E, Hack T. F, McClement S. E, Brown J.T. An Exploration of the Patient Navigator Role: Perspectives of Younger Women With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum* 2014;41(1):77-88.

- 222.Haydaroglu A, Dubova S, Öz saran Z, Bölükbaşı Y, Yılmaz R, Kapkaç M, Özdedeli E. Ege Üniversitesinde Meme Kanseri, 3897 Olgunun Değerlendirilmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2005; 1 (1): 6-11.
- 223.Cantürk N.Z, Güllüoğlu B.M. Türkiye'deki Üniversite Hastanelerinde Meme Kanseri Tanı Ve Cerrahi Tedavisindeki Uygulama Farklılıkları. Meme Sağlığı Dergisi 2011;7(4):207-215.
- 224.Engle J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Holzel D. QOL following breast conserving therapy or mastectomy: Results of a 5-Year prospective study. Breast J 2004;10:223-31.
- 225.Morasso G, Gostantini M, Viterbori P, Bonci F, Del Mastro L, Musso M, et. al. Predicting mood disorders in breast cancer patients. Eur J Cancer 2001;37:216-223.
- 226.Uçar T, Uzun Ö, Meme Kanseri Kadınlarında Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı Ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2008;4(3):162-168.
- 227.Northouse L, Templin T, Mood D. Coupes adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. J Behavior Med 2001;24:115-136.
- 228.Monferd A, Pak Serasht S, Khanghah A. G, Ater kar Roshen Z. Health-related quality of life and its influencing factors in women with breast cancer. Holistic nursing (two seasons, a School of Nursing and Midwifery, Guilan). 2013; 23(70):52-62.
- 229.Saares P, Suominen T. Experiences and resources of breast cancer patients in short-stay surgery. Eur J Cancer Care (Engl) 2005;14:43–52.
- 230.Raupach JCA, Hiller JE. Information and support for women following the primary treatment of breast cancer. Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy 2002; 5: 289–301.
- 231.Wonghongkul T, Dechaprom N, Phumivichuvate L, Losawatkul S. Uncertainty appraisal coping and quality of life in breast cancer survivors. Cancer Nurs 2006;29(3): 250-257.
- 232.Bloom JR, Petersen DM, Kang SH. Multi-dimensional quality of life among long-term (5+years) adult cancer survivors. Psycho-Oncol 200;16: 691-706.

- 233.** Helgeson VS, Tomich PL. Surviving cancer: a comparison of 5-years disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncol* 2005;14:307-317.
- 234.** Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH, Meyerowitz BE, et.al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2004;96:376-387.
- 235.** Paskett ED, Alfano CM, Davidson MA, Anderson BL, Naughton MJ, Sherman A. et.al. Breast cancer survivors health-related quality of life. *Cancer* 2008;113(11): 3222-3230.
- 236.** Çam O, Saka Ş, Babacan-Gümüş A. Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sağlık Derg* 2009;5(2): 73-81.
- 237.** Hartman J.S, Natarajan L, Palmer W.B, Parker B, Patterson E.R, Sears D.D. Impact of increasing physical activity on cognitive functioning in breast cancer survivors: Rationale and study design of Memory & Motion, *Contemporary Clinical Trials* 2015;45:371–376.
- 238.** Myers J.S, Chemotherapy-related cognitive impairment: the breast cancer experience. *Oncology Nursing Forum* 2012;39 (1):31-40.
- 239.** Pınar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Uluslararası Hematoloji- Onkoloji Dergisi* 2008;3(18):141-149.
- 240.** Yates P, Aranda S, Hargraves M, Mirolo B, Clavarino A, McLachlan S, et.al. Randomized controlled trial of an educational intervention for managing fatigue in women receiving adjuvant chemotherapy for early stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2005;23:6027-6036.
- 241.** Berger A.M, Yennu S, Million R. Update on interventions focused on symptom clusters: What has been tried and what have we learned? *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 2013; 7: 60–66.
- 242.** Savard J, Villa J, Ivers H, Simard S, Morin C.M. Prevalence, natural course, and risk factors of insomnia comorbid with cancer over a 2-month period. *Journal of Clinical Oncology* 2009;27:5233–5239.
- 243.** Begum MSN, Petpichetchian W, Kitrungrate L, Symptom Experience and Quality of Life of Patients with Breast Cancer Receiving Chemotherapy in Bangladesh *Bangladesh Journal of Medical Science* 2016;15(2) : 201-206.

- 244.**Babacan Gümüş A. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2006; 2(3):108-114.
- 245.**Bektaş H.A, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2006;26: 488-499.
- 246.**Fukui S, Ogawa K and Yamagishi A. Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: a preliminary study *Psycho-Oncology* 2011; 20: 1285–1291.
- 247.**Minstrell M, Winzenberg T, Rankin N, Hughes C, Walker J. Supportive care of rural women with breast cancer in Tasmania,Australia: Changing needs over time. *Psycho-Oncology* 2008;17:58–65.
- 248.**Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Hölzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J* 2004; 10(3):223-223.
- 249.**Yazıcı - Sayın Y, Kanan N. Kanserde psikososyal yaklaşım. *Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 13:127-135.
- 250.**Lengacher CA, Johnson-Mallard V, Post-White J, Moscoso MS, Jacobsen PB, Klein TW. et.al. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncol* 2009;18: 1261-1272.
- 251.**Miaskowski C, Cooper BA, Paul SM, Dodd M, Lee K, Aouizerat BE, West C, Cho M, Bank A. Subgroups of patients with cancer with different symptom experiences and quality-of-life outcomes: a cluster analysis. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33:79–89.
- 252.**Sato F , Arinaga Y, Sato N, Ishida T,Ohuchi N.The Perioperative Educational Program for Improving Upper Arm Dysfunction in Patients with Breast Cancer at 1-Year Follow-Up: A Prospective, Controlled Trial ,*Tohoku J. Exp. Med.* 2016;238: 229-236.
- 253.**Günüşen NP, İnan Fő, Üstün B. Experiences of Turkish women with breast cancer during the treatment process and facilitating coping factors. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14:3143-3149.
- 254.**Akçay D, Gözüm S. Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda,Kemoterapinin Yan Etkilerine İlişkin Verilen Eğitim Ve Evde

İzlemin Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi Meme Sağlığı Dergisi 2012; 8 (4);191-199.

- 255.**Sato F, Kuroda, Y. Subjective perception of post-operative functional impairment of the arm and its association with quality of life in breast cancer survivors within the first postoperative year. *J Jpn. Acad. Nurs. Sci.* 2008;8: 28-36.
- 256.**Sajjad S, Ali A, Gul RB, Mateen A, Rozi S. The effect of individualized patient education, along with emotional support, on the quality of life of breast cancer patients - A pilot study. *Eur J Oncol Nurs* 2016;21:75-82.
- 257.**Thewes B, Butow P, Gırgıs A, Pendlebury S. The Psychosocial Needs Of Breast Cancer Survivors; A Qualitative Study Of The Shared And Unique Needs Of Younger Versus Older Survivors *Psycho-Psycho-Oncology* 2004; 13: 177–189.
- 258.**Manning-Walsh J. Social support as a mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;34:482-493.
- 259.**Thompson CA, Stan DL, Solberg Nes L, Jenkins SM, Lackore KA, Pruthi S. Breast cancer survivors self-reported needs and preferences of survivorship care. *Breast J.* 2014;20(1):107-109.
- 260.**Lee K.M, Yun H.Y, Park A.H, Lee S.E, Jung H.K, Noh Y.D. A Web-based self-management exercise and diet intervention for breast cancer survivors: Pilot randomized controlled trial, *International Journal of Nursing Studies* 2014;51:1557–1567.
- 261.**Arving C, Brandberg Y, Feldman I, Johansson B, Glimelius B. Cost–utility analysis of individual psychosocial support interventions for breast cancer patients in a randomized controlled study *Psycho-Oncology* 2014;23:251–258.
- 262.**Montazeri A. Is quality of life data predictive of the survival in cancer patients? A rapid and systematic review of the literature. *Iranian Journal of Cancer Prevention* 2009;2:1-14.
- 263.**Adams E, McCann L, Armes J, Richardson A, Stark D, Watson E, Hubbard G. The experiences, needs and concerns of younger women with breast cancer: a meta-ethnography *Psycho-Oncology* *Psycho-Oncology* 2011;20: 851–861.

- 264.**İnan F.Ş Meme Kanseri Hastalarına Tedavi Sonrasında Evde Yapılan Psikoeğitimin Distres, Anksiyete, Depresyon Ve Yaşam Kalitesine Etkisi Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi 2014. İzmir.
- 265.**Özbaş A.A Meme Kanseri Hastalarının Distres Ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2008. Ankara.
- 266.**Özkorumak E, Tiryaki A, Civil-Arslan F, Yavuz MN. Psychological distress of women with breast cancer: remission versus treatment. Meme Sağlık Derg, 2012; 8(1): 29-34.
- 267.**Bender CM, Ergun FS, Rosenzweig MQ, Cohen SM, Sereika SM. Symptom clusters in breast cancer across 3 phases of the disease. Cancer Nurs 2005;28:219-225.

EK I
KİŞİSEL BİLGİ FORMU

ADI SOYADI:

PROTOKOL:

(1) Girişim Grubu (2) Kontrol Grubu

A. Demografik Bilgiler

1. Yaşınız:

2. Medeni durumunuz:

- 1) Evli
2) Bekar
3) Boşanmış 4) Diğer.....

3. Eğitim düzeyiniz:

- 1) Okur-yazar
 2) İlkokul mezunu
3) Ortaokul mezunu
 4) Lise mezunu
5) Üniversite

3- Mesleğiniz:

- 1) Ev hanımı
2) Memur
3) Emekli
4) İşçi
5) Diğer(belirtiniz).....

4- Sosyal Güvenceniz:

- 1) Var 2) Yok

5- Halen yaşadığınız yer:

- 1) Kent merkezi 2) İlçe 3) Köy-kasaba

6- Çocuğunuz var mı?

- 1) Var 2) Yok

7- Size göre ekonomik durumunuz nasıl?

- 1) Düşük 2) Orta 3) Yüksek

8- Şu anda evde kim(ler)le yaşadığınızı belirtiniz.

- 1)Yalnız 2)Eşim
3)Eşim ve çocuklarımla
4)Çocuklarımla
5)Eşim-çocuklarım-yakınım
6) Diğer.....

B. Yaşam stiline ilişkin sorular

9- Sigara içiyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır 3) Nadiren 4) Bıraktım

10- Yanıtınız evet ise ne kadar süredir içiyorsunuz?

- 1)1 yıldan az
2)1-5 yıl
3) 6-10 yıl
4) 11 yıl ve üzeri

11- Alkol kullanıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır 3) Bıraktım

12- Düzenli egzersiz ya da spor yapıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

13-Doğum kontrol hapı kullandınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

14- Yanıtınız evet ise kaç yıl doğum kontrol hapı kullandınız?.....

- 1) 1 yıldan az
2) 1-4 yıl
3) 5-9 yıl
4) 10-14 yıl
5) 15 yıl ve üzeri

15- Menopoza girdiniz mi?

- 1) Evet ise nedeni:
2) Hayır

16- Menopoz hormon replasman tedavisi (HRT) kullandınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

17- Yanıtınız **evet** ise ne kadar süre kullandınız?.....

C. Ailede Kanser Öyküsü ve Meme Kanserine ilişkin Sorular

18- Tanı:.....

19-Uygulana Ameliyat Türü:.....
.....Etkilenen taraf: 1)Sağ 2) Sol

20- Hastalığın Evresi:.....

21-Lenf nodu tutulumu:

- 1) Yok
- 2) 3den az
- 3) 4-8
- 4) 9 dan fazla

22-Hastaneye ilk hangi belirti ile başvurduunuz?

- 1) Memede şişlik, kitle
- 2) Koltukaltında kitle
- 3)Meme başında içe çekilme, şekil bozukluğu
- 4) Meme başından akıntı gelmesi
- 5) Meme cildinde renk, şekil bozukluğu ve portakal kabuğu görünümü
- 6) Memede alışılmışın dışında ağrı olması
- 7) Hiçbiri (kendisi fark etmedi)
- 8) Diğer.....

23-İlk tanının üzerinden geçen süre (ay olarak belirtiniz):.....

24- Ailede meme kanseri olan var mı?

- 1) Var varsa kim?.....
- 2) Yok

25- Hastalığınızda bakımınıza yardımcı olan destek olan kişi(ler) var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

26- Başka kronik bir hastalığınız var mı?

- 1) Evet.....belirtiniz.
- 2) Hayır

27- Tanıyı öğrendiğinizden bu yana herhangi bir uzmandan psikolojik destek aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

28- Meme kanseri olduğunuz ilk söylendiğinde ne hissettiniz?

.....
.....

29-Hastalığınız eşinizle aranızdaki ilişkiyi nasıl etkiledi?

- 1)Yakınlaştırdı
- 2) Değişmedi
- 3)Uzaklaştırdı

30- Genel sağlık durumunuzu şu an nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1) Çok iyi
- 2) İyi
- 3) Kötü
- 4) Çok kötü

31-Hastalığınız hakkında size bilgilendirme yapıldı mı?

- 1) Evet..... 2) Hayır

32- Bu bilgi sizin için yeterli mi?

- 1) Hiç
- 2) Kısmen
- 3) Oldukça
- 4) Tamamıyla

33- Sağlık programlarını izliyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

34- Sağlık konusunda internetten faydalaniyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

EK II

MEME KANSERLİ KADINLARIN KENDİ KENDİNE DESTEK GEREKSİNİMLERİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular meme kanserli kadınların kendi kendilerine destek gereksinimlerini değerlendirmelerini sağlar ve puanlama sistemiyle değerlendirilir.

1: Hiç önemi yok 2:Çok önemli değil 3:Orta düzeyde önemli 4:Önemli
5:Çok önemli

Teshis	1	2	3	4	5
1-Meme hastalığı olduğum söylendiğinde korku ve çok duygularımı giderebilmem.	1	2	3	4	5
2-Şimdiki ve gelecekteki kayıplarla ilgili hissettiklerim.	1	2	3	4	5
3-İzolasyon ve yalnızlık duygusu ile başa çıkabilmem.	1	2	3	4	5
4-İlk bulgularla nasıl ilgilenileceğini biliyor oluşum.	1	2	3	4	5
5-Bir defada değil de belli bir süre içinde bütün bilgilere sahip olmam.	1	2	3	4	5
6-Olaylara bakış açımın değişmesi (önemsiz şeylere üzülmemek gibi).	1	2	3	4	5
7-Kendime güvenimin yeniden oluşması.	1	2	3	4	5
8-“Neden ben?” sorusuyla ilgili hissettiklerim.	1	2	3	4	5
9-Öfke duygularımı yenebilmem.	1	2	3	4	5
10-Ameliyatla ilgili korkularımın farkında olmam.	1	2	3	4	5
11-Bu hastalıktan kaynaklanan korkularımın farkında oluşum.	1	2	3	4	5
12-Teshis öncesinde ve sonrasında işlerin hızlı yürümesini isteyişim.	1	2	3	4	5
13-Tekrar hayatıma devam etmem.	1	2	3	4	5
Tedavi					
14-Tedavimle ilgili olarak bilgiye hemen sahip olmam.	1	2	3	4	5
15-Farklı (yorgunluk gibi) tedavinin yan etkileriyle baş edebilmem.	1	2	3	4	5
16-Uzun süreli tedavi için kendimi rahat hissetmişim.	1	2	3	4	5
17-Tedaviyle özellikle ameliyatla ilgili korkularla baş edebilmem.	1	2	3	4	5
18-Tedavinin ne şekilde olacağı konusunda soru sormaya gerek kalmadan bilgi verilmesi.	1	2	3	4	5
19-Bana bilgi verilmesiyle önerilen tedavi türleri hakkında seçim yapabilemem.	1	2	3	4	5
20-Tedavinin hemen başlaması.	1	2	3	4	5
21-Ameliyatın etkileriyle baş edebilmem.	1	2	3	4	5
22-Ameliyat sonrası (hareket yetersizliği gibi) fiziksel problemlerle baş edebilmem.	1	2	3	4	5
23-Özellikle erken safhada bu alanda uzman bir hemşire ile görüşmek için düzenli randevularımın olması.	1	2	3	4	5
24-Hastanede kaldığım sürece sakinliğin ve sessizliğin olması.	1	2	3	4	5
25-Beni bir sakat olarak görmeleri nedeniyle değil de hasta olduğum için bana yardım ve bakımın verilmesi.	1	2	3	4	5
26-Bir insan olarak tedavi edilebilmem	1	2	3	4	5
27-Hasta odasında bu alanda çalışan bir hemşirenin gözetiminde oluşum.	1	2	3	4	5

28-Bir meme hastalığı hemşiresinin gözetiminde oluşum.	1	2	3	4	5
<u>Destek</u>					
29-Bu tür hastalığa sahip olan diğer kadınlarla yaşadıklarını paylaşabilmem.	1	2	3	4	5
30-Bağımsızlığımı devam ettirebilmem.	1	2	3	4	5
31-Ailevi problemlerle ilgili olarak profesyonel yardım almak ve ev ile ilgili sorumluluklarımı yerine getirebilmem.	1	2	3	4	5
32-Sağlık personeli ile yararlı (açık) ilişkiler içinde olabilmem.	1	2	3	4	5
33-Önemsiz görünse bile duygularımı ifade edebilmem.	1	2	3	4	5
34-Kötü haber aldığım zaman gidebileceğim sessiz ve uygun bir yerin olması.	1	2	3	4	5
35- Herhangi bir bulgu olduğu zaman bunun mutlaka şu anki hastalığımla ilgili olmayacağı düşüncesine sahip oluşum.	1	2	3	4	5
<u>Kadınlık ve Vücut İmajı</u>					
36-Değişen görünümümün eşimin tarafından kabulü.	1	2	3	4	5
37- Değişen görünümümün için uyum süresine sahip oluşum.	1	2	3	4	5
38-Cinsel yaşamımla ilgili bir sorun olmayacağına dair eşimle hızlı irtibatın kurulması (cinsellik gerekli değil).	1	2	3	4	5
39-Kayıp etiketlerimi telafi etmem için bilgiye sahip oluşum.	1	2	3	4	5
40-Ameliyat sonrası cinsellikle ilgili duygularımdaki değişimi dikkate alışım.	1	2	3	4	5
41- Ameliyat sonrası uygun iç çamaşırın elde edilmesi ile ilgili bilgiye sahip olmam.	1	2	3	4	5
<u>Aile ve Arkadaşlar</u>					
42- Ev işlerimde pratik şeylerle desteğe sahip olmam.	1	2	3	4	5
43-Eşimin tarafından durumun kabul edilmesi ve ruhsal destek verilmesi.	1	2	3	4	5
44-Aile ve arkadaşlarımla bana dürüst ve sıcak ilgi göstermesi.	1	2	3	4	5
45-Ailemin yakınımda olması.	1	2	3	4	5
46-Eşimin ve diğer akrabalarımla desteğine sahip oluşum.	1	2	3	4	5
<u>Bilgi</u>					
47-Ailesel geçişle ilgili bilgiye sahip oluşum.	1	2	3	4	5
48-Bilgilerde doğruluk ve tutarlılığın olması.	1	2	3	4	5
49-Diyet, alkol, güneş banyosu ve aile planlaması yöntemleri gibi konularda gerekli bilgiye sahip olmam.	1	2	3	4	5
50-Destek grupları bulabilmem.	1	2	3	4	5
51-Tamamlayıcı (tam) tedaviye sahip olabilmem.	1	2	3	4	5
<u>Bakım Sonrası</u>					
52-Hastaneden hekim veya hemşireyle sürekli irtibat halinde oluşum.	1	2	3	4	5
53-Yaşanan her günü doyasıyla yaşayabilmem.	1	2	3	4	5
54-Hayat hakkında mümkün olduğu kadarıyla iyimser düşüncelere sahip olmam.	1	2	3	4	5

EK III

TURKISH



EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

Siz ve sağlığınız hakkında bazı Şeylerle ilgileniyoruz. Lutfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlış” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

Lutfen ad ve soyadınızın başharflerini yazınız:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dođum gűnűnűz (Gűn, Ay, Yıl):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bugűnkű tarih (Gűn, Ay, Yıl):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken gűçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2. <u>Uzun</u> bir yürüyűŐ yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dıŐında <u>kısa</u> bir yürüyűŐ yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Gűnűn büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6. İŐinizi veya gűnlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. BoŐ zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraŐmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi gűçsűz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İŐtahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4

Lutfen arka sayfaya geçiniz

Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

EK IV

Turkish

EORC QLQ-23

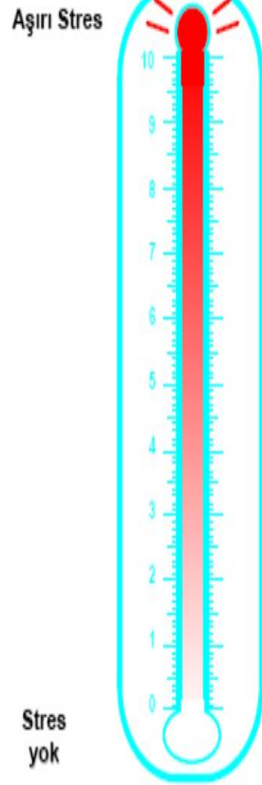
Hastalar bazen aşağıdaki sözü geçen belirti ve sorunlardan bahsederler.Lütfen geçen hafta süresince bu belirti ve sorunlardan hangilerini yaşadığınızı belirtiniz.

Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
31. Ağzınızda kuruma oldu mu?				
32. Yediklerinizi ve içtiklerinizi her zamankinden farklı bir tatta hissettiniz mi?				
33. Gözlerinizde batma, yanma, sulanma oldu mu?				
34.Saçınız döküldü mü?				
35. Bu soruyu sadece saçınız döküldü ise yanıtlayınız: Saçınızın dökülmesinden sıkıntı duydunuz mu?				
36. Kendinizi hasta ve rahatsız hissettiniz mi?				
37. Sıcak basmaları oldu mu?				
38. Baş ağrınız oldu mu?				
39. Hastalığınız ve tedaviniz nedeni ile kendinizi daha az kadınsı hissettiniz mi?				
40.Hastalığınız ve tedaviniz sonucunda kendinizi daha az kadınsı hissettiniz mi?				
41. Kendinizi çıplak olarak görmekte zorlandığınızı oldu mu?				
42. Vücudunuzdan memnuniyetsizlik duyduğunuz oldu mu?				
43.Gelecekteki sağlığınız için endişe duydunuz mu?				
Geçen dört hafta zarfında:				
44. Cinsellikle ne derece ilgiliydiniz?				
45. Cinsel olarak ne derece faaldiniz?(birleşme olarak veya birleşme olmadan)				
46. Bu soruyu yalnızca cinsel açıdan faal oldunuz ise yanıtlayınız: Cinsel hayatınız sizin için ne derece tatmin ediciydi?				
Geçtiğimiz hafta zarfında:				
47. Kolunuzda veya omzunuzda ağrı oldu mu?				
48.Kolunuzda veya elinizde şişme oldu mu?				
49.Kolunuzu kaldırmakta veya hareket ettirmekle zorlandınız mı?				
50.Hastalığın olduğu memenizin çevresinde ağrı hissettiniz mi?				
51.Hastalığın olduğu meme bölgenizde şişme oldu mu?				
52. Hastalanan memenizde hassasiyet oldu mu?				
53.Hastalanan meme bölgenizde cilt sorunlarınız oldu mu? (Örn: kaşıntı, kuruma, döküntü).				

EK V.

Distres Termometresi

Geçtiğimiz hafta boyunca kendinizi ne kadar stresli hissettiniz? Lütfen termometre üzerinde stres düzeyinizi işaretleyiniz



Aşağıdaki maddelerden hangisi/hangilerinin stresinizin ana nedeni/nedenleri olduğunu düşünüyorsunuz?

Günlük yaşam sorunları

Barınma
Sosyal güvence
İş/Okul
Ulaşım
Çocuk bakımı

Ailevi sorunlar

Eş
Çocuklar

Duygusal sorunlar

Üzüntü
Hüzün
Depresyon
Sinirlilik

İnançla ilgili sorunlar

Tanrı ile ilgili
İnanç yitimi
Diğer sorunlar

Bedensel Sorunlar

Ağrı
Bulantısı
Yorgunluk
Uyku
Gezinti
Banyo yapma/giyinme
Nefes darlığı
Ağız yaraları
Yemek yeme
Hazımsızlık
Kabızlık/ishal
İdrar sorunları
Ateş
Ciltte kuruma/kaşıntı
Burun tıkanıklığı
El/Ayakta karıncalanma
Şişkinlik hissi
Cinsel sorunlar

EK VI

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde genel cerrahi servisinde Meme Kanseri Olan Kadınlarda L.E.A.R.N.S. Modelinin destek gereksinimleri ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır.

Bilgiler araştırmacı tarafından tedavinizin sürdürüldüğü birimde toplanacaktır. Veri toplama formu kullanılarak alınan bilgi ve ölçümler bu araştırma için bizlere veri sağlayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız veya katılmamanız tıbbi bakımınızı etkilemeyecek, sigortanıza mali bir yük getirmeyecek ve her durumda bilinen en iyi tedavi yöntemi uygulanacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır, istediğiniz zaman araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Onamınızın geri çekilmesi durumunda size uygulanmakta olan tıbbi tedavi/bakımda hiçbir fark olmayacak ve devam eden tedavi/ bakımınız aksamayacaktır.

Araştırmanın finansman, ulaşım, kırtasiye, kütüphane giderleri araştırmacının kendi olanakları ile sağlanacaktır. Bu çalışma karşılığı sizden ücret talep edilmeyecek ve size maddi/manevi bir ödül verilmeyecektir. Ayrıca araştırmacıların ve kurumun yürütülen araştırmadan herhangi bir maddi çıkarı yoktur. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Verilen bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacağı için adınız ve soyadınız belirtilmeyecektir.

Bu araştırmada sizinle yaklaşık 30-60 dakika süren hastaneye yattığınız süreçten taburcu olduğunuz 3 aya kadar toplam beş görüşme yapılacaktır. Bu görüşmelerde, elde edilen araştırma verileri araştırmacı dışında kimse tarafından kullanılmayacaktır. Onay verdiğiniz ve katıldığınız için teşekkür ederiz.

Benyukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında araştırmacı tarafından sözlü olarak da aydınlatıldım. Verdiğim tüm bilgilerin gizli kalacağını biliyorum. Araştırma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum. Bu araştırmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya katılmayı kendi rızamla,

hiçbir baskı ve zorlama 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		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TEL		
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

EK VII.Etik İzin



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Yazı İşleri



Sayı : 27344949-020-48556
Konu : Etik Kurul Onayı

13/04/2016

Sayın Öğr. Gör. Müjgan KABATAŞ

06.04.2016 tarihinde vermiş olduğunuz **"Meme Kanseri Olan Kadınlarda L.E.A.R.N.S. Modelinin Destek Gereksinimleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi"** konulu araştırma ile ilgili Fakültemiz Bilimsel Etik Kurulu'nun 12.04.2016 tarih ve 138 sayılı kararı yazımız ilişişinde sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN
Dekan

Ek:Araştırma

EK VIII. Kurum İzni

Ege Ün. Evrak Tarih ve Sayısı: 27/05/2016-E.86126



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi



Sayı : 69631334-605.01
Konu : Doktora Tez Çalışması

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 13/05/2016 tarihli ve 74613 sayılı yazı.

Fakülteniz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr.Türkan ÖZBAYIRN sorumluluğunda Doktora öğrencisi Öğr.Gör.Müjgan SOLAK KABATAŞ'ın "Meme Kanseri Olan Kadınlarda L.E.A.R.N.S. Modelinin Destek Gereksinimleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu doktora tezini 01 Eylül 2016 – 30 Aralık 2017 tarihleri arasında Genel Cerrahi Anabilim Dalında işleyişi aksatmamak koşulu ile yapmaları Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Mehmet ÖZKAHYA
Başhekim

Ek:Genel Cerrahi Anabilim Dalından gelen
85127 sayılı yazı.

EK IX**AMELİYAT SONRASI HASTA İZLEM FORMU**

Tarih:

Protokol No:		Kemoterapi Durumu :		
Hastanın adı: Yaşı:		1.Alıyor 2.Almıyor		
1.Girişim Grubu 2.Kontrol Grubu		Radyoterapi Durumu:		
Hastanın Yaşı:		1.Alıyor 2.Almıyor		
Ameliyat Tarihi:		Egzersiz Yapma durumu:		
Yapılan Ameliyat :		1.Yapıyor 2.Yapmıyor (süresi.....)		
Taburcu olma Tarihi:		Psikolojik destek alma		
Omuz-kol egzersizlerine başlama zamanı:		1.Alıyor 2.Almıyor		
1.Yapıyor 2.Yapmıyor				
Tarih/Saat	Gereksinimler	Komplikasyonlar	Olası Durumlar	Mevcut Hasta Sonuçları
	Fizyolojik gereksinimler			
	Psikolojik Gereksinimler			
	Sosyal Gereksinimler			

MEME KANSERİ İLE YAŞAM

MEME KANSERİ TEDAVİSİ ALAN KADINLAR İÇİN EĞİTİM KİTAPÇIĞI



Hazırlayan
Öğr. Gör. Müjgan SOLAK

Danışman
Doç.Dr. Türkan ÖZBAYIR

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ocak 2017- İZMİR

EK XI

Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi

	Evet 1 puan	Hayır 0 puan
A. İçerik Durumu (1-4. maddeler)		
1. Materyalin amacı kolayca anlaşılabilir mi?		
2. Sorun çözücü davranışa özgü içerik açık mı?		
3. Konu hedeflerle sınırlı mı?		
4. Anahtar noktalara ilişkin özet ya da eleştiri var mı?		
B. Okuryazarlık Durumu (5-9. maddeler)		
5. Materyaller okunabilir düzeyde mi yazılmıştır?		
6. Materyaller konuşma biçiminde mi yazılmıştır?		
7. Materyalde tıbbi kelimeler yerine net ve sık kullanılan kelimeler mi kullanılmıştır?		
8. Yeni bilgiden önce yapısı verilmiş midir?		
9. İleri organizasyon var mıdır?		
C. Resim Grafik Durumu (10-14. maddeler)		
10. Grafikler/Resim/Tablo ilgi çekici mi? İstenen mesajı iletmekte mi?		
11. Resimler basit, gerçekçi ve dikkat çekici mi?		
12. Resimler anahtar noktaları görsel olarak anlatıyor mu?		
13. Grafiklerin hepsinin yanında metinde açıklama yapılmış mı?		
14. Duyuru/açıklayıcı grafik ve resimlerde manşet başlığı kullanılmış mı?		
D. Yazı ve Plan Durumu (15-22. maddeler)		
15. Resimler ilgili metnin yanında mı?		
16. Anahtar bilgiyi göstermek için oklar ya da kutular gibi ip uçları var mı?		
17. Yeterli beyaz boşluk bulunmakta mı?		
18. Materyal dağınık görünüyor mu?		
19. Kağıt ve mürekkep arasında tezatlık var mı?		
20. Aynı sayfa üzerinde altıdan daha fazla yazı tipi ya da yazı boyutu kullanılmış mı?		
21. Hepsi büyük harfle mi yazılmış?		
22. Alt başlıklar beş ila yedi alt başlıktan fazla mı?		
E. Öğrenme ve Motivasyon Durumu (23-25. maddeler)		
23. Metin ile grafik arasında etkileşim var mı?		
24. İstenilen davranışlar özellikli terimler ya da modellerle gösterilmiş mi?		
25. Davranış uygulanabilir halde mi?		
F. Kültürel Uygunluk Durumu (26-27. maddeler)		
26. Dili, mantığı, yaşantılar topluma uygunluk gösteriyor mu?		
27. Kültürel görüntüler olumlu, gerçekçi ve uygun mu?		

EK XII

EĞİTİM KİTAPÇIĞININ GÜVENİRLİK VE KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ- DISCERN

BÖLÜM 1: Bu Kitapçık Güvenilir mi?

1. Amacı açık mıdır? (1. soruya “Hayır” yanıtı verilmişse, 3. soruya geçiniz.)

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Ne hakkında?
- Hangi konuları kapsıyor (ve hangi konuları kapsamıyor)?
- Kimler için yararlı olur?

2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu kitapçıkta ana başlıklarda belirtilen bilgilere ulaşıp ulaşılamayacağını düşünün.

3. Konu ile ilgili mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu kitapçıkta;

- Okuyucunun sorabileceği soruların yer alıp almadığı,
- Taburculuk ile ilgili önerilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığı.

4. Bu kitapçığı hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir ?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığındaki bilgileri sunarken bunların bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın.
- Bibliyografi/ kaynak listesi, alıntı yapılan organizasyon ya da uzmanların adresleri gibi kaynakları kontrol anlamında gözden geçirin.

Derecelendirme notu: Kitapçık her iki ipucu için “5” puan karşılığında olmalıdır. Genel kitapçıklar için ilave bilgi ve destek kaynakları (soru 7) listesi gerekli değildir.

5. Bu kitapçıkta bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir ?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın.
- Kitapçığın baskı tarihine bakın
- Kitapçığın tarihine bakın (telif hakkı)

6. Bu kitapçık tutarlı ve tarafsız mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Kitapçığın kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.
- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olması.
- Kitapçığın başka bir tanılmasının olması

Dikkatli olunmalı eğer;

- Kitapçık diğer tedavi seçeneklerinden bahsetmeden özel bir tedavinin avantajları ya da dezavantajları üzerinde odaklanıyorsa,
- Kitapçık tek bir vakaya dayandırılıyorsa (bu durumdaki kişiler için ya da özel bir tedaviye tepkiler açısından tipik olmayabilir)
- Bilgi, heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir şekilde sunuluyorsa.

7. İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu ?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Durum ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi ve öneri elde etmede diğer örgütlere ilişkin ayrıntılar ve daha fazla okuma için öneriler açısından bakın.

8. Bu kitapçıkta belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığında uzman görüşlerindeki farklılıkları ya da bilgi eksikleri yönünden yazılan bilgilere bakın.
- Eğitim kitapçığında sunulan bilginin herkesi aynı şekilde etkilediğinden söz edilmesine dikkat edin (özel bir bakım gereksiniminin başarı oranının %100 olduğunun belirtilmesi gibi).

BÖLÜM 2: Bu Kitapçıkta Sunulan Bilginin Kalitesi Nasıl?

Eğitim kitapçığında sunulan bilgiler taburculuk eğitiminin bir parçası olarak düşünülmelidir.

9. Bu kitapçıkta bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Taburculuk gereksinimlerinin tanımlanmasına bakın.

10. Bu kitapçıkta bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan bilginin kontrol edilmesi, tekrarların önlenmesi, kısa ve uzun süren durumlara ilişkin yararları yer alabilir.

11. Bu kitapçık taburculuk ile ilgili eksik kısımları tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan taburculuk bilgilerinin kullanılması, kısa ve uzun süreli etkilerine ilişkin riskler yer alabilir.

12. Bu kitapçıkta bilgilerin kullanılmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan bilgilerin/ uygulamaların ertelenmesi (uygulanmadan durumun nasıl geliştiğini izleme gibi) ya da tamamen vazgeçilmesi durumunda risk ve yararların tanımına bakın.

13. Bu kitapçıkta sunulan bilgilerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin günlük aktiviteler üzerine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın.
- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin aile, arkadaş ve bakım verenlere etkilerinin tanımlanmasına bakın.

14. Birden fazla taburculuk eğitimi seçeneği olabileceği açıklanmış mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığında sunulan taburculuk bilgilerinden hangi durumda yararlanacaklarının tanımlanmasına bakın.
- Eğitim kitapçığının daha fazla araştırmak ya da düşünmek için alternatifleri ortaya koyup koymadığına bakın.

15. Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında taburculuk ile ilgili konularda aile, arkadaş, doktor ya da diğer sağlık elemanları ile tartışılacak konuların belirlenip belirlenmediğine bakın.

BÖLÜM 3: Eğitim Kitapçığının Genel Değerlendirilmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak sunulan bilgiler için bir kaynak olarak bu eğitim kitapçığının güvenilirlik ve kalitesini genel anlamda değerlendirin.

Düşük Ciddi/Aşırı eksikleri var		Orta Önemli Eksiklikleri var		Yüksek Çok az ancak ciddi değil
1	2	3	4	5

EK XIII**EĞİTİM KİTAPÇIĞININ GEÇERLİLİĞİ İÇİN GÖRÜŞ ALINAN
UZMANLAR**

Doç. Dr. Emel YILMAZ	Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.
Doç. Dr. Öznur USTA YEŞİLBALKAN	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.
Doç. Dr. Fatma ORGUN	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Öğretim Anabilim Dalı.
Dr. Öğr. Üyesi. Fahriye VATAN	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı.
Dr. Öğr. Üyesi. Özlem BİLİK	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.
Dr. Öğr. Üyesi. Esmâ ÖZŞAKER	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.
Dr. Öğr. Üyesi. Nilay ÖZKÜTÜK	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Öğretim Anabilim Dalı.
Dr. Öğr. Üyesi. Zeynep DAŞIKAN	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.
Dr. Öğr. Üyesi. Güleğül MERMER	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Öğr. Gör. Dr. Ayla YAVUZ KARAMANOĞLU	Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

EK XIV

EĞİTİM PROGRAMINI DEĞERLENDİRME SORULARI

- 1-Bu eğitim programının sizin için katkısını/ yararını nasıl değerlendirirsiniz?
 - a. Çok faydalandım.
 - b. Biraz faydalandım
 - c. Çok az faydalandım
 - d. Hiç faydalanmadım
- 2-Sizce bu eğitim programı süresi yeterli miydi?
 - a. Evet yeterliydi
 - b. Daha uzun olabilirdi.
 - c. Daha kısa olabilirdi.
- 3-Bu eğitim programına katılmaktan memnun kaldınız mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
 - c. Kısmen
- 4- Eğitim kitapçığı içeriği sizce yeterli miydi?
 - a. Yeterli
 - b. Yetersiz
 - c. Kısmen yeterliydi.
- 5- Sizinle eğitim görüşmeleri yapan kişiden hissettiğiniz memnuniyet düzeyi nasıldı?
 - a. Çok memnun kaldım
 - b. Biraz memnun kaldım
 - c. Çok az memnun kaldım
 - d. Hiç memnun kalmadım
- 6- Bu Eğitim programının beklentilerinizi hangi ölçüde karşıladığını düşünüyorsunuz?
 - a. Çok faydalandım.
 - b. Biraz faydalandım
 - c. Çok az faydalandım
 - d. Hiç faydalanmadım
- 7-Size verilen “Hasta Eğitim Kitapçığı”nın psikososyal durumunuza olan katkısını/ yararını nasıl değerlendirirsiniz?
 - a. Evet yararlı oldu.
 - b. Kısmen yararlı oldu
 - c. Hiç yararlı olmadı
- 8- Önerileriniz ve düşünceleriniz:

MEME KANSERİ EĞİTİM PROGRAMI

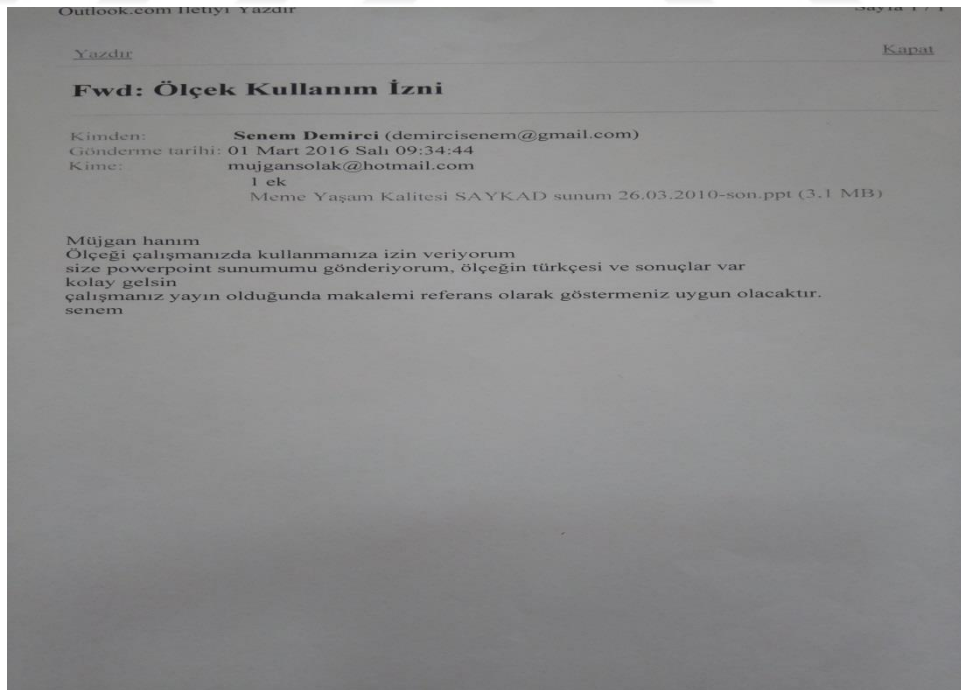
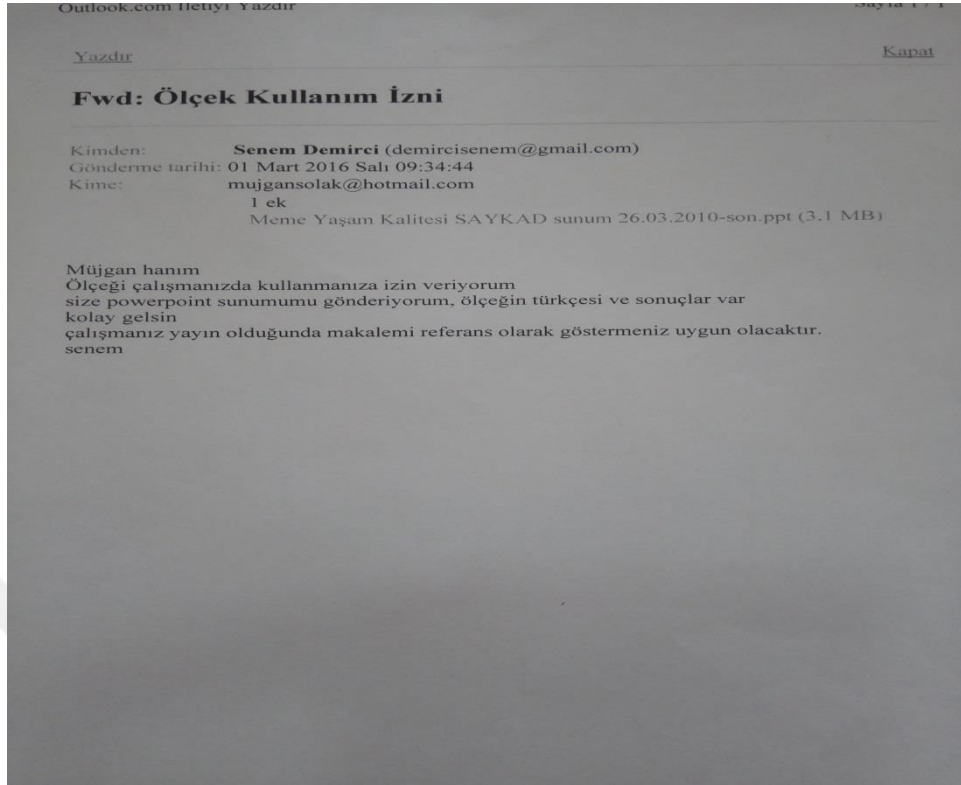


**YAŞAM
ELİNİZDE**

TEDAVİ ALAN KADINLAR İÇİN EĞİTİM

Öğr.Gör.Müjgan SOLAK

EK XVI



EK XVII

EĞİTİM SÜRECİNDEN FOTOGRAFLAR



ÖZGEÇMİŞ

Müjgan SOLAK 1973 yılında İzmir’de doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini izmir de tamamladı.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda 1990-1994 yılları arasında lisans eğitimini tamamladı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda 1995-1998 yılları arasında yüksek lisansını tamamladı.

Dokuz Eylül Üniversitesi tıp fakültesi hastanesi genel cerrahi servisinde 1994 - 1999 yılları arasında çalıştı.

Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulunda öğretim görevlisi olarak Ekim 1999 yılında çalışmaya başladı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Eylül 2013 yılında doktora eğitimine başladı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda 2013’den itibaren çalışmaktadır. İki kız çocuğu annesidir.

mujgansolak@hotmail.com

mujgan.solak@ege.edu.tr