

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MEME KANSERİ OLAN HASTALARDA AMELİYAT ÖNCESİ
DÖNEMDE BİLGİLENDİRİCİ VE EĞİTİCİ HEMŞİRELİK
YAKLAŞIMININ AMELİYAT SONRASI AĞRI VE KAYGI
DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı

Yüksek Lisans Tezi

Ayşegül ÖZBERKSOY

İZMİR

2006

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MEME KANSERİ OLAN HASTALARDA AMELİYAT ÖNCESİ
DÖNEMDE BİLGİLENDİRİCİ VE EĞİTİCİ HEMŞİRELİK
YAKLAŞIMININ AMELİYAT SONRASI AĞRI VE KAYGI
DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı

Yüksek Lisans Tezi

Ayşegül ÖZBERKSOY

DANIŞMAN

Yard.Doç.Dr. Türkan ÖZBAYIR

İZMİR

2006

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

Danışman : Yard.Doç.Dr. Türkan Özbayır	
Üye : Prof.Dr. Alev Dramalı	
Üye : Doç.Dr. Meryem Yavuz	

Yüksek Lisans Tezimin kabul edildiği tarih : 13-09-2006

ÖNSÖZ

Araştırmanın seçimi, yürütülmesi ve yazım aşamasındaki tüm yardımlarından dolayı değerli danışmanım Yard. Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR'a

Genel Cerrahi Meme Hastalıkları bölüm başkanı Prof.Dr. Rasih YILMAZ'a ve servis arkadaşlarıma,

Yardımları ve desteklerini esirgemeyen kardeşim Serkan ÖZBERKSOY'A ve arkadaşım Yard.Doç. Dr.Emel YILMAZ'a ,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara teşekkür ederim.

İzmir 2006

Ayşegül ÖZBERKSOY

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ

BÖLÜM I

1.GİRİŞ	1
1.1. Giriş.....	1
1.2. Araştırmanın Konusu	3
1.3. Araştırmanın Amacı	5
1.4. Hipotezler.....	5
1.5. Sayıtlar	5
1.6. Araştırmanın Önemi	6
1.7. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler.....	6
1.8. Tanımlar	7
1.9. Genel Bilgiler	8
1.9.1. Memenin Yapısı	8
1.9.2. Memenin Lenf Sistemi.....	9
1.9.3. Memenin Fizyolojisi.....	10
1.9.4. Meme Hastalıklarında Tanıya Yardımcı Muayene ve Görüntüleme Yöntemleri	11
1.9.5. Meme Kanseri	16
1.9.6. Meme Kanserinin Etiyoloji ve Risk Faktörleri.....	17

I.9.7. Klinik Belirtiler.....	18
I.9.8. Meme Kanseri Patalojisi.....	19
I.9.9. Meme Kanserinin Yayılımı.....	20
1.9.10. Meme Kanserinin Evrelendirilmesi	22
1.9.11. Meme Kanserinin Tedavisi	26
1.9.12. Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Bakım.....	27
1.9.13. Cerrahi Sonrası Takip.....	28
I.9.14. Korunma	29
1.9.15. Meme Kanserinde Kaygı ve Ağrı	30
BÖLÜM 2	
2.GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
2.1. Araştırmanın Tipi	33
2.2. Kullanılan Gereçler	33
2.2.1. Hasta Tanıtım Formu	33
2.2.2 Durumluluk Sürekli Kaygı Ölçeği	33
2.2.3.Analjezi Takip Formu	34
2.2.4.Ameliyat Öncesi Hasta Eğitim Programı	35
2.2.5.Hasta bilgilendirme rehberi.....	35
2.3 .Kullanılan Yöntem	35
2.4.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
2.5.Araştırmanın Evreni	36
2.6.Araştırmada Örneklem	36
2.7.Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	36

2.8. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	37
2.9 Verilerin Analizi.....	37
2.10 Süre ve Olanaklar	38
2.11 Etik Açıklamalar	38

BÖLÜM III

3. BULGULAR.....	39
-------------------------	-----------

3.1. KONTROL VE DENEY GRUBUN HASTALARININ

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	39
---	-----------

3.2. KONTROL VE DENEY GRUBUNDAKİ HASTALARIN DAHA ÖNCEKİ HASTALIK DURUMLARINA VE MEME KANSERİ HAKKINDAKİ BİLGİ DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR	45
---	-----------

3.3. KONTROL VE DENEY GRUBUNDAKİ HASTALARIN DURUMLULUK VE SÜREKLİ KAYGI DÜZEYLERİNİ, AĞRI SKORLARI, TANSİYON VE NABİZ DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR	50
---	-----------

BÖLÜM IV

4.TARTIŞMA	59
-------------------------	-----------

4.1. KONTROL VE DENEY GRUBU HASTALARININ

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	59
---	-----------

4.2. KONTROL VE DENEY GRUBUNDAKİ HASTALARIN DAHA ÖNCEKİ HASTALIK DURUMLARINA VE MEME KANSERİ HAKKINDAKİ BİLGİ DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR	60
---	-----------

4.3.KONTROL VE DENEY GRUBUNDAKİ HASTALARIN DURUMLULUK VE SÜREKLİ KAYGI DÜZEYLERİNE, AĞRI SKORLARI, TANSİYON, NABİZ VE KULLANILAN ANALJEZİK SAYISINA İLİŞKİN BULGULAR	62
BÖLÜM V	
5.1.SONUÇ	65
5.2. ÖNERİLER	67
BÖLÜM VI	
6.1. ÖZET	68
6.2. ABSTRACT	70
BÖLÜM VII	
YARARLANILAN KAYNAKLAR	72
EKLER	
EK-I HASTA TANITIM FORMU	76
EK-II DURUMLULUK SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ	78
EK-III ANALJEZİ TAKİP FORMU	80
EK-IV AMELİYAT ÖNCESİ HASTA EĞİTİM PROGRAMI	81
EK-V EL KİTABI	
ÖZGEÇMİŞ.....	83

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	39
Tablo 2. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	40
Tablo 3. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Mesleklerine Göre Dağılımı.....	40
Tablo 4. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Medeni Duruma Göre Dağılımı	41
Tablo 5. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Gelir Durumuna Göre Dağılımı.....	41
Tablo 6. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı	42
Tablo 7. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Yakınlarında Sağlık Personeli Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	42
Tablo 8. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Daha Önce Hastanede Yatma Durumuna Göre Dağılımı	43
Tablo 9. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Sürekli İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı	44
Tablo 10. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Daha Önceden Hastalık Geçirme Durumuna Göre Dağılımı.....	45

Tablo 11. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Hastalık Hikayelerine Göre Dağılımı.....	46
Tablo 12. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Meme Kanseri Hakkında Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Dağılımı	47
Tablo 13. Daha Önceden Meme Kanseri Hakkında Bilgiye Sahip Olanların Bilgi Yeterlilik Durumuna Göre Dağılımı	47
Tablo 14. Ameliyat Sonrası Yapacaklarına İlişkin Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Dağılımı	48
Tablo 15 Ameliyat Sonrası Yapacaklarına İlişkin Bilgiye Sahip Olanların Bilgi Yeterlilik Durumuna Göre Dağılımı	49
Tablo 16. Ameliyat Sonrası Yapacaklarına İlişkin Bilgiye Sahip Olmayanların Kaygı Durumlarına Göre Dağılımı	49
Tablo 17. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluluk Kaygı Düzeyi ve Sürekli Kaygı Düzeyine Göre Dağılımı.....	50
Tablo 18. Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Durumluluk Kaygı Düzeyine Göre Dağılımı	51
Tablo 19. Deney Grubundaki Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Durumluluk Kaygı Düzeyine Göre Dağılımı	51
Tablo 20. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Ameliyat Sonrası Durumluluk Kaygı Düzeyi'ne Göre Dağılımı.....	52
Tablo 21. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların VRS (Verbal Rating Skala) Değerlerine Göre Dağılımı	52
Tablo 22. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların VAS (Visual Analog Skala) Değerlerine Göre Dağılımı	53

Tablo 23. Kontrol Grubundaki Hastaların Zamana Göre VAS (Visual Analog Skala) Değerlerine Göre Dağılımı	54
Tablo 24. Deney Grubundaki Hastaların Zamana Göre VAS Değerlerine Göre Dağılımı	55
Tablo 25. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların TA Sistolik Değerlerine Göre Dağılımı.....	56
Tablo 26 Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların TA Diyastolik Değerlerine Göre Dağılımı	57
Tablo 27 Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Nabız Değerlerine Göre Dağılımı	58

BÖLÜM I

I. GİRİŞ

I. I. Giriş

Kadın memesi yüzyıllardır anneliğin ve kadın olmanın bir simgesi olmuştur . Meme emzirme işlevinin yanı sıra kadın cinselliğinin de ayrılmaz bir parçasıdır. Meme heykellerde bereket, doğurganlık ve verimlilik sembolü olarak vurgulanmıştır. Yağlı boya resimlerde, heykellerde, sinemada, meme kadınlığın ve kadın cinselliğinin en açık ifadesi olarak gösterilmiştir. (41)

İşlevsel, estetik ve cinsel açıdan büyük önemi olan memenin çeşitli hastalıkları vardır. Bunlar genel olarak meme displazileri (fibrokistik hastalık), fibroadenomlar, enfeksiyonlar ve kanser olarak sınıflandırılmaktadır. Meme hastalıkları, özellikle meme kanseri, üzüntü, kaygı ve korku içeren bir durumdur (20, 21, 43,49).

Meme kanseri, kadınlar da en sık görülen kanser türü ve ölüm nedenidir (17, 45). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Kanser Kayıt Merkezi sonuçlarına göre, 1987 yılında kadınlarda meme kanseri görülme oranı %26 (1845), 1988 yılında %23.6 (1452), 1989 yılında %35.3 (2524), olarak tüm kanserler içinde ilk sırada yer aldığı bildirilmektedir. Sağlık Bakanlığı Kanser Kayıt Merkezinin 1990 yılı sonuçlarında, Türkiye genelinde meme kanseri görülme sıklığı, kadınlarda %28-38 (2771), erkeklerde %0.0015 (24) dir (39).

Sağlık Bakanlığının 1998 yılı sonuçlarında ise kadınlarda en sık görülen 10 kanser türü arasında meme kanseri 3190 (%23.27) olarak, tüm kanser türleri içinde birinci sırayı almaktadır (12).

Türkiye, Avrupa ve Amerika da kadınlar arasında birinci sırayı tutan meme kanseri, Japon ve Çinli kadınlarda az görülmektedir. ABD istatistiklerine göre, her 9 kadından birinde meme kanseri görülmekte ve kadınlarda kanserden ölümlerin %15-20 sini oluşturmaktadır (9, 38).

Meme kanseri; 30 yaşın altında nadir görülürken, yaşla beraber artar, menopoz sonrası 60 yaş civarı en yüksek insidansı göstermektedir. Meme kanseri riski ; Hiç doğum yapmamış olanlarda, ilk doğumu 35 yaşın üstünde yapanlarda, çocuğunu emzirmeyenlerde, ailesinde meme kanseri olanlarda, ilk adeti 12 yaşından önce olan ve menopoza geç giren kadınlarda, herhangi bir meme dokusu displazisi olanlarda daha yüksektir (9, 20, 38, 51).

Hastaların sosyo ekonomik durumları ile meme kanseri arasındaki ilişki araştırıldığında, sosyo ekonomik düzeyi düşük olan kadınlarda meme kanserine daha az rastlanıldığı bildirilmektedir (27,52).

Bir yada her iki memenin tamamen yada kısmi kaybı (mastektomi), hasta ve en yakınındaki kişiler için bir felaket olarak algılanabilir (41, 49). Kanser algısı ve tedavi şekli strese neden olur. Kanserli tüm hastalar ölüm, sakat kalma, değişen görünüm ve vücut fonksiyonuna bağlı olarak, korku ve kaygı yaşarlar (35). Kanser bireyin kendi bedeni ve yaşamı üzerindeki kontrol duygusunu azaltır. Tanı ve tedavi amacıyla hastaneye giden hastalarda, ilginç aletler ve bilinmeyen uygulamalar anksiyete (kaygı) oluşturur. Hastalar sıklıkla ameliyat öncesi-ameliyat-ameliyat sonrası ve taburculuk sonrası bakımla ilgili bilgi eksikliğine bağlı anksiyete yaşarlar. Ameliyat öncesi eğitimin çok önemli olduğu, cerrahi sonrası anksiyete ve ağrıyı azalttığı düşünülmektedir . Hastaya bilgi verilmesi, hastalık süreci ile ilgili kontrol duygusunun gelişmesine, hastanın tedaviyi anlamasına ve tedaviyle ilgili kararlara katılmasına yardımcı olur (22, 45, 46).

I.2. Araştırmanın Konusu

Bu araştırmada, meme kanseri olan hastalarda, ameliyat öncesi dönemde verilen eğitici ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının, ameliyat sonrası kaygı ve ağrı üzerine etkisi incelenmiştir.

Hasta da hastaneye yattığı zaman, tanı ve yapılacak ameliyata bağlı olarak kaygı gelişir. Kaygı, kişinin kendini tehlikede hissetme durumudur. Kanserin anlamı ve yaşamın tehdit edilmesi, en önemli kaygı odaklarıdır. Hasta da ölüm, sakat kalma, kadınlık özelliğini yitirme, vücut imajında değişme, eşi ve ailesi ile olan ilişkilerinde bozulma gibi korkular kaygıya sebep olur. Kaygının diğer bir önemli nedeni de, hastalık hakkındaki bilgi eksikliğidir. Hastalığın niteliği, tedavi yöntemleri, servisin yapısı hastalarda kaygının şiddetini etkiler (11, 26, 28, 40). Hastaların ameliyat öncesi eğitimi ve bilgilendirilmesi, psikolojik açıdan ameliyata hazırlamada ilk basamağı oluşturur. Bu bilgilendirmenin kaygı, korku ve depresyon gelişimini, ameliyat sonrası analjezik gereksinimini ve hastanede yatış süresini kısalttığı bir çok araştırmacı tarafından bildirilmiştir (4, 19, 35, 40, 45).

Kumral (1979), genel cerrahideki hastaların kaygı düzeylerini ameliyat öncesi, sonrası ve taburcu olmadan Durumluluk Sürekli Kaygı ölçeği ile ölçmüştür. Araştırmanın sonucunda, hastaların sürekli kaygı seviyeleri ne olursa olsun, ameliyata girmeden önceki durumluluk kaygı seviyelerinde önemli yükselmeler olduğu, ameliyat stresi ortadan kalktıktan sonra özellikle taburcu olmadan, durumluluk kaygı ortalamasında önemli bir düşme olduğunu saptamıştır (19).

Dallı (1991), böbrek transplantasyonu alıcı ve vericilerinde bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının, ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeylerine etkisini, Durumluluk Sürekli Kaygı ölçeğini kullanarak incelemiştir. Sonuç olarak,

bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının, böbrek transplantasyonu alıcı ve vericilerinde kaygı düzeylerini etkilediğini saptamıştır (4).

Diğer yandan, psişik durum, fiziksel hastalığın bir bulgusu olan ağrının seyrinde rol oynar (6, 7, 23, 40).

Ağrı, hoş olmayan ve doku hasarı ile ilişkili yorumlanan ya da fizyolojik bozukluk, şeklinde ifade edilen bir duygu durumudur. İnsan sağlığına ve iyilik durumuna ilişkin tıbbi ve bütüncül yaklaşımla ele alınması gereken bir yakındır. Ağrı, insanın en önemli duyularından birisi olup, günlük klinik uygulamadaki en yaygın yakınmalardan birisini oluşturur (6, 7, 23, 40). Ağrının nedeni ve giderilmesi hakkında doğru bilgi verilmesi, kontrol duygusu sağlama, anksiyete ve depresyonda azalma, ağrıyı giderebilir. Kişinin düşünceleri, duyguları ve belleğindeki olaylar, korteksteki tetik, ağrı uyarılarını aktive eder ve bilinç düzeyine geçiş olur. Ağrıyla ilgili geçmiş deneyimleri, hastanın o anda ağrısına vereceği yanıtı etkiler. Ağrı, gereksiz anksiyete kaynaklarının azaltılması, hastanın güven ve kontrol duygularının artırılması ile giderilebilir. Bunun başarılması, hemşirenin hasta ile ilişkisi ve hasta eğitimi ile olasıdır (18).

Sjöling, M. , Nordahl, G. ve arkadaşları (2002), Total Diz Artroplastisi (Total Knee Arthroplasty TKA) hastalarında, ameliyat öncesi dönemde verilen bilginin, anksiyete durumuna ve ameliyat sonrası ağrı üzerine etkisini ve ağrı idaresindeki memnunluk durumunu incelemiştir. Araştırma sonucunda; Deney grubundaki hastaların tümünde, kontrol grubundaki hastalardan daha düşük düzeyde ağrı saptandığı ve bu farklılığın 3.günde, deney grubundaki hastalarda ağrının tamamen kesildiği şeklinde bildirilmektedir. (46)

Özalp, G. ve arkadaşları (2003), Radikal Mastektomi olan hastalarda, anksiyete ve depresyon içeren psikolojik değişiklikler ile hasta kontrollü analjezik

kullanımı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu çalışmada, ameliyat öncesi anksiyete ve depresyon düzeyleri daha yüksek olan hastaların, ameliyat sonrası ağrı ve analjezik gereksinimlerinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (35).

I.3. Araştırmanın Amacı

Araştırma ; Meme kanseri olan hastalarda, ameliyat öncesi dönemde verilen bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının, ameliyat sonrası kaygı ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

I.4. Hipotezler

I. Hipotez

H₁ : Meme kanseri olan hastalarda, ameliyat öncesi dönemdeki eğitici hemşirelik yaklaşımının, ameliyat sonrası dönemdeki kaygı üzerine etkisi vardır.

H₀ : Meme kanseri olan hastalarda, ameliyat öncesi dönemdeki eğitici hemşirelik yaklaşımının, ameliyat sonrası dönemdeki kaygı üzerine etkisi yoktur.

II. Hipotez

H₁ : Meme kanseri olan hastalarda, ameliyat öncesi dönemdeki eğitici hemşirelik yaklaşımının, ameliyat sonrası dönemdeki ağrı üzerine etkisi vardır.

H₀ : Meme kanseri olan hastalarda, ameliyat öncesi dönemdeki eğitici hemşirelik yaklaşımının, ameliyat sonrası dönemdeki ağrı üzerine etkisi yoktur.

I.5. Sayıtlar

Araştırma kapsamına alınan bütün hastalara, eşit koşullarda bakım uygulanmış ve veriler aynı şekilde toplanmıştır.

I.6. Araştırmanın Önemi

Meme, kadınlarda kanserin en sık görüldüğü organdır. Her gün, birçok kadın meme kanseri teşhisiyle karşı karşıya kalmaktadır. Hastalarda, hem kanser algısının oluşturduğu bilinmezlik ve ölüm korkusu, hem de memenin alınmasıyla oluşacak kadınlık imajındaki zedelenme ve eksiklik duygusu sonucu, kaygı gelişir. Hastalığı hakkında birçok soru ile karşı karşıya olan hasta, bu sorulara cevap alamazsa, kaygısı daha da artacaktır. Hastayı, memenin kaybına uygun bir şekilde hazırlamak çok önemlidir. Bilgisizlikten kaynaklanan kaygı durumunda, hemşirelerin, hastanın hem psikolojik hem de fiziksel dengesini sağlamak amacıyla, eğitici, danışman ve sağlığı geliştirici olarak hizmet vermeleri gerekmektedir. Hastaya ameliyat öncesi yapılacak işlemleri, yapması ve dikkat etmesi gerekenleri, oluşabilecek sorunlarla nasıl başa çıkacağı öğretilerek, ameliyat sonrası dönemi daha problemsiz geçirmesi ve yeni yaşamına daha kolay uyum sağlaması sağlanacaktır. Hastaya ameliyat öncesi verilen bu bilgi, ameliyat sonrası yaşam kalitesini arttıracak, hastayı rahatlatacak ve ağrıyı daha az hissetmesini sağlayacaktır.

Hastaları ameliyat öncesi eğitmenin kaygı, korku, depresyon gelişimini ve ameliyat sonrası analjezik gereksinimi azalttığı, aynı zamanda hastanede yatış süresini kısalttığı, birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir.

I.7. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmaya Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalına meme kanseri teşhisiyle yatan, gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra bilgilendirilmiş, onay formunu kabul eden, “ Modifiye Radikal Mastektomi ” (Total Mastektomi + Aksiller Diseksiyon) ameliyatı planlanan, en az ilkokul mezunu, iletişim kurmaya ve eğitime açık, aynı zamanda istekli, 25 ile 60 yaşları arasında hastalar alınmıştır. Araştırmada, verilerin toplanmasına 1998 yılında başlanmış,

sağlık problemleri nedeniyle bir süre ara verilmiştir, Ağustos 2005 tarihinde, verilerin toplanmasına yeniden başlanmıştır. 1998 yılında sık kullanılan Modifiye Radikal Mastektomi ameliyatı, yerini değişik ameliyat tekniklerine bırakmıştır. Aynı zamanda hastaların bir kısmı dış vaka olarak hazırlanmaktadır. Bu nedenle yeterli sayıda vakaya ulaşmakta güçlük çekilmiştir.

I.8. Tanımlar

Kaygı: Beklenen ve olumsuz yakın bir kötülüğe karşı beynin acı veren bir rahatsızlığı, huzursuzluğu olarak tanımlanmaktadır (19, 40).

Ağrı: Vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile de ilgili ; hoş olmayan emosyonel bir duyum olarak açıklanmaktadır (6, 7, 18, 23, 40, 53).

K.K.M.M : Kendi kendine meme muayenesi, tüm kadınlar tarafından, aylık rutin bir şekilde yapılması gereken ağrısız bir işlemdir. Bu teknik, memenin ve koltuk altının, anormal belirti ve bulgular yönünden, sistematik olarak gözlenmesini ve palpasyonunu içerir (15, 20, 39, 51).

Mastektomi : Memenin, kanser nedeniyle, kısmen ya da tamamen alınmasıdır (1, 24, 25, 43, 52).

Modifiye Radikal Mastektomi : (Total Mastektomi + Aksiller Diseksiyon) Meme dokusunun ve ilişkili olduğu koltukaltı lenf nodüllerinin tümünün total olarak çıkarıldığı, göğüs duvarının kaslarının korunduğu ameliyattır (1, 9, 11, 20, 21, 24, 25, 38, 41).

Lenf Ödemi : Lenf akımının, herhangi bir nedene bağlı olarak bozulması sonucu, o bölgede gelişen ödemdir (24, 25, 38, 43).

Sözel Kategori Ölçeği (Verbal Rating Scale VRS) : 5 puanlık bir skaladır. Hasta ağrısını, 5 puan üzerinden değerlendirmesini içerir (6, 7, 37, 50).

Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visual Analog Scale VAS) : Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan on santimlik bir cetvel üzerinde, hastanın kendi ağrısını işaretlemesidir (6, 7, 29, 37, 50).

Sürekli Kaygı: Bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Buna kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ya da stres olarak yorumlama eğilimi de denebilir (EK II) (34).

Durumluluk Kaygı : Bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği, subjektif korkudur. Stresin yoğun olduğu zamanlarda durumluluk kaygı düzeyinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur (EK II) (34).

I.9. Genel Bilgiler

I.9.I. Memenin Yapısı

Memeler, toraksın önünde ve sternumun iki yanında yer alır. Sınırları ve büyüklüğü kadından kadına değişebileceği gibi , aynı kadında da gebelik, emzirme, aşırı zayıflama ya da yaşlılık nedeniyle farklılık gösterebilir. Genellikle kapladığı alan ikinci kaburga seviyesinden altıncı kaburga seviyesine, sternum kenarından ön koltukaltı çizgisine ulaşır (51, 52). Meme bezi, meme başı çevresinde ışınsal biçimde yer alan 15-20 kadar lobdan meydana gelir. Parankimanın birimleri, salgı yapan acini'lerdir. İçleri tek kat küboit veya silindirik epitel hücreleri ile örtülüdür. Dışı ise, oldukça yoğun bağ dokusu ile sarıdır. Aciniler biraraya gelerek lobülüsleri, lobülüslerde lobları meydana getirir. Her lob, kendine ait bir kanalla ayrı ayrı meme başına açılır. Lobülüs kanallarının birleşmesi ile meydana gelen bu ana kanallar, meme başına açılmadan önce sinüs laktiforus adı verilen genişlemeler yapar. Meme bezinin önünde ve arkasında birer fasiya vardır. Öndeki yüzeysel fasiya, memeyi bütünüyle örtmez. Bir yandan deriye, öte yandan derin fasiyaya uzantılar gönderir. Derin fasiyaya giden uzantılar, lobları birbirinden tam ve düzgün ayırmayan fibröz

bölmeler yaparak, bezin stromasına karışır. İçinde lenf damarlarının bulunduğu bu fibroz doku kuşaklarına Cooper ligamanları denir ve kanserin ilk belirtilerini ortaya koyma yönünden önem taşırlar (14, 52).

Kanlanma : Meme başlıca 3 kaynaktan kan alır. Bunlar, arteria mammaria interna, lateral torasik arter ve arteria interkostalislerdir. Venler ise arterlere yandaşlık ederler (14, 52).

I.9.2. Memenin Lenf Sistemi

Meme kanserleri, metastazlarını genellikle lenf yollarıyla yaparlar. Kanserlin yayılma durumunun ortaya konmasında ve uygulanacak tedavi biçiminde etkilidirler. Lenf damarları, her memede 2 büyük pleksüs yapar. Bunlar areola altındaki subareolar pleksüsü ile meme bezinin arkasındaki ve m. pektoralis major'un önünde yer alan memenin derin pleksüsüdür.

Aciniler, stromadaki kılcal lenf damarlarının meydana getirdiği küçük pleksüslerle sarılıdır. Bu pleksüslerden çıkan lenf damarlarının bir bölümü birbirleri ile birleşerek, daha büyük damarlar halinde meme kanallarını izlerler ve subareolar, lenf pleksüsüne açılırlar. Lenf damarlarının diğer bir bölümü, memenin arka yüzünde bulunan derin pleksüse gider.

Acinilerin çevresindeki pleksüsten çıkan bir kısım lenf damarları da Cooper ligamanlarında seyrederek, doğrudan deri lenfatiklerine karışır. Meme derisini drene eden deri lenfatikleri ise, subareolar pleksüsteki lenf damarları ile geniş anastomozlar yaparlar.

Gerek yüzeysel, gerekse derin pleksüsten çıkan ana lenf damarları, başlıca 3 yolla memenin bölgesel (rejijonal) lenf bezlerine ulaşırlar.

1-) Aksiller yol: Subareolar, pleksüsten çıkan lenf damarları m. pektoralis major'un dış kenarı boyunca ilerleyerek koltukaltı lenf bezlerinin çeşitli

seviyelerinde yeralan subpektoral, apikal, santral, lateral ve subskapular gruplarına dökülürler.

2-) Transpektoral yol : Memenin derin pleksüsünden çıkan lenf damarları, m. pektoralis major'u delip geçtikten sonra iki pektoral kas arasında yer alan interpektoral (rotter) gangliyonuna döküldüğü gibi yukarıya doğru ilerleyerek, infraklaviküler bezlere de ulaşır. Bu yol gerek infraklaviküler bezler üzerinden, gerekse doğrudan supraklaviküler gangliyonlara da gider.

3-) Mammaria interna yolu : Subareolar pleksüsün santral ve medial bölgelerinden çıkan bir kısım lenf damarları ile derin pleksüsten çıkan lenf damarlarının çoğu m. pektoralis major, minor ve interkostal kasları delip geçtikten sonra mammaria interna lenf bezi grubuna varırlar. Mammaria interna lenf bezi grubu, göğüs duvarının arka yüzünde, plevranın önünde aynı adı taşıyan arterin yanında , 1., 2., 3., 4., interkostal aralığın sternuma yakın kısmında yer alır (9,14,52).

I.9.3. Memenin fizyolojisi

Kadının yaşamı boyunca hormonal düzeyindeki değişiklikler, memenin fiziksel ve anatomik yapısını etkiler. Menstrüel siklus, gebelik, laktasyon, memenin mikroskopik yapısında değişikliklere neden olur.

Memenin büyüme ve gelişmesini, Hipotalamus, ön hipofiz ve ovariumlardan salgılanan hormonlar stimüle eder.

Östrojen, erken puberte döneminde salgılanmaya başlar. Hipotalamustan salgılanan hipotalamik gonadotropin-releasing-hormonlar (GnRH), hipotalamus ile hipofiz arasındaki portal venöz sistem aracılığıyla hipofize gelir, ön hipofizden follikül stimulan hormon (FSH) ve luteinizan hormon (LH) salgılanır. FSH yeni oluşmaya başlayan over foliküllerinin, graaf follikülü içinde olgunlaşmasını sağlar, buradan östrojenler yapıp salgılanır.

Olgun foliküllerin gelişip ovulasyonun başlamasıyla, progesteron salgılanmaya başlar. Östrojen ve progesteron, memenin duktal, alveolar ve lobüler yapılarının gelişmesini sağlar (14).

I.9.4. Meme Hastalıklarında Tanıya Yardımcı Muayene ve Görüntüleme Yöntemleri

1-) Memenin Fizik Muayenesi

a-) İnspeksiyon : Hastanın muayenesi, aydınlık bir odada yapılır. Hastanın belden yukarı kısmı tamamen çıplak duruma getirilir ve her iki meme birlikte gözden geçirilir. Genelde, memenin tüm konturları muntazamdır ve meme pürüzsüzdür. Memede gamzeleşme, meme başının içeri doğru çekilmesi, meme başında ülserasyon, meme derisi üzerinde portakal kabuğu görünümü, meme üzerinde ülserasyon gibi görünüşler meme kanserini kuşkulandırır(20, 38, 52).

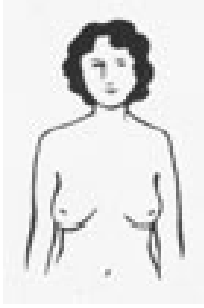
b-) Palpasyon : Hem memenin, hem de aksiller bölgenin kontrolünü içerir. Hastanın memesi önce ayakta, sonra yatırılarak palpe edilir. Kollar, yanda açı yapacak şekilde veya baş altında tutulur.

Memenin, yuvarlayıcı hareketlerle (Velpeau manevrası) tüm kadransları palpe edilir. Genelde düzensiz kenarlı, fixe veya kısmen mobil ve lenf bir kitle palpe edilirse, kanser kuşkusu doğar. Aksiller palpasyonda, eğer aynı tarafta aksiller nod (mobil lenf veya fixe gato yapmış) palpe edilirse, bu kuşku daha da artar (20, 38, 52).

c-) Kendi Kendine Meme Muayenesi : Meme hastalıklarının erken tanısında, hastanın düzenli aralıklarla kendi kendini muayene etmesi büyük önem taşır. Her ay bir kez kendi kendine meme muayenesi yapması, kadının kendi memesini normalde nasıl hissettiğini, normal durumunun ne olduğunu öğrenmesini ve herhangi bir değişiklik olduğunda, en kısa sürede farkedilmesini sağlar. Meme muayenesi için en uygun zaman, adet gören kadınlarda, adetinin bitiminden sonraki ikinci ya da

üçüncü gündür. Adet görmeyen kadınlar, ayın belirli bir gününü seçip her ay gün atlamaksızın kendi kendini muayene edebilir. Bazıları bu muayeneyi banyodayken yapar. Parmaklar ıslak ve sabunla deri üstünde daha rahat kaydığından altındaki dokuyu ve değişiklikleri hissetmek daha kolay olur(15).

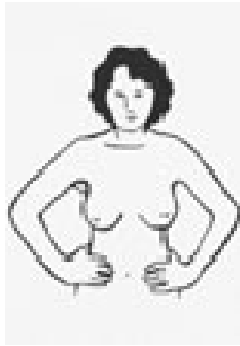
1. Bir ayna önünde durulur. Her iki memeye bakılır. Meme başından akıntı, meme başında çekinti, memede çukurlaşma, buruşma ya da kabuklaşma gibi normal dışı bir durum olup olmadığı dikkatle incelenir .



2. Eller başın arkasında birleştirilir ve baş öne doğru itilerek kasların gerilmesi sağlanır. Bu sürede aynaya bakarak normal dışı bir durum olup olmadığını incelenir.



3. Sonra eller bele doğru kuvvetlice bastırılır. Öne doğru hafifçe eğilerek, omuz ve dirsekler öne doğru itilir. Şekil 2 ve Şekil 3 deki iki hareket memenin boyutlarında ve biçiminde bir değişme olup olmadığını gösterir. Bunu yaparken göğüs kaslarının gerilmiş olması gerekir.



4. **Sol omuz kaldırılır.** Sağ elin üçüncü ve dördüncü parmakları ile bastırarak, dış uçtan başlayıp meme üzerinde küçük daireler yapacak biçimde el hareket ettirilerek bütün meme incelenir. Sonunda meme başına varmış olmak gerekir ve bütün meme bu yolla değerlendirilmiş olur. Meme ile koltuk altı arasındaki bölge incelenir. Aynı işlemler sırayla diğer memeye de uygulanır.



5. Meme başı nazikçe sıkılır ve bir akıntı gelip gelmediğine dikkat edilir. Aynı işlemler sırayla diğer memeye de uygulanır. Eğer bir akıntı varsa doktora başvurulmalıdır .



6. Resim 4 ve 5'te gösterilen işlemleri yatarken de yinelemek gereklidir. Sırt üstü yatılır, sol kol başın üstüne doğru getirilir, sol omuz altına ufak bir yastık ya da bükülmüş havlu koyulur. Bu biçimde yatış, incelemeyi kolaylaştırır. Daha önce tanımlandığı gibi, dairesel hareketlerle bütün meme parmak ucu ile hissedilir.



Derinin altında ya da meme dokusu içinde her zaman hissedilenden farklı olarak sert bir kitle olmadığından emin olunması gerekir. Eğer bir değişiklik ya da sert bir kitle fark edilirse, en kısa sürede doktora ya da bir genel cerrahi uzmanına başvurmak gerekir(15) .

2-) Radyolojik Tanı :

a-) Mammografi : Mammografi , memedeki oluşumların erken tanısında oldukça yaygın kullanılan bir görüntüleme yöntemidir. Düşük doz X ışınları ile röntgen filmi üzerine meme dokusunun görüntüsünün çekilmesidir. Mammografi, varlığından klinik olarak şüphe edilen , fakat küçüklüğü nedeniyle palpe edilemeyen kitleleri ortaya çıkarır. Ancak bazı kanser tipleri, mammografi ile saptanamayabilir. Fizik muayene ve mammografi birbirini tamamlayan tanı işlemleridir. Memenin birincil görüntüleme yöntemi olan mammografi, tanı ve tarama amaçlı olmak üzere iki şekilde kullanılmaktadır (14, 28, 52).



b-) Ultrasonografi : Günümüzde mammografiden sonra en önemli tamamlayıcı görüntüleme yöntemi ultrasonografidir. Ses dalgalarından yararlanılarak, memenin görüntüsünün alınmasıdır. Palpabl kitlesi bulunmayan ve özellikle 35 yaşından küçük az doğum yapmış ya da hiç doğum yapmamış kadınlarda, ultrasonografi birincil inceleme ve görüntüleme yöntemi olarak seçilmektedir.

Ultrasonografi, mammografilerde saptanan radyodens kitle lezyonlarının iç yapısının değerlendirilmesinde (kistik-solid ayrımında) üstünlüğü tartışılmaz bir yöntemdir.

Kullanımı kolaydır, radyasyon riski taşımaz. Kistlerin tanısında, solid-kistik lezyon ayrımında, mammografik olarak yoğun (dens) meme dokularında lezyonların tanısında, preoperatif işaretleme ve perkütanöz girişimsel biyopsi işlemlerinde kullanılmaktadır(14, 28, 52).

c-)Dukta Grafisi (Galaktografi) :Meme başı akıntısı olan hastaların değerlendirilmesinde kullanılan özel bir kateter yardımı ile meme başından duktus içerisine kontrast madde verildikten sonra yapılan, mammografik inceleme yöntemidir.Patalojik meme başı akıntılarının araştırılmasında kullanılır. Spontan meme başı akıntılarının değerlendirilmesinde, özellikle mammografide veya fizik muayenede herhangi bir pozitif bulgu olmayan vakalarda yararlı olabilir(14,28,52).

d-)Termografi : Meme derisi yüzeyindeki ısı değişikliklerini görüntülemeye yönelik bir tanı yöntemidir. Meme yüzey ısısındaki değişikliklerin karsinomlara eşlik ettiği saptanmış ve termografinin kanser saptanmasında kullanılabilmesi amacı ile çalışmalar yapılmıştır. Termografi meme tümörlerinin yaydığı ısının infrared ışınlarla duyarlı bir kamera ile kaydedilmesi esasına dayanır. Neoplazmlar dışında inflamatuvar olaylar ve hiperplazik değişiklikler de memede ısı artışına neden olduğundan yöntem spesifik değildir(14, 28, 52).

e-) Kserografi : X ışınları aracılığı ile, memenin, elektrikle yüklenmiş, selenyumlu levhalarda görüntüsünü almaktır. Meme dokusu ve lezyonlar, mammografiden daha belirli bulgular verir (14, 28, 52).

f-) Manyetik Rezonans (MR) :Manyetik rezonans görüntüleme (MR) güçlü bir manyetik alan içerisinde değişik dokuların gönderilen radyo frekans dalgalarına bağlı olarak farklı yoğunluklarda sinyaller oluşturmaları esasına dayanır. Opere memelerde, cerrahi sıklar ile malign kitlelerin ayırt edilmesinde, kanser nedeniyle konservatif cerrahi ve radyoterapi uygulanan memelerde, meme protezi olan

hastalarda meme parankim patolojilerinin ve protez rüptürünün değerlendirmesinde, inplant yırtılmalarında, Manyetik Rezonans görüntüleme sonuçları, mammografi ve ultrasonografiyle kıyaslandığında daha kesin sonuç vermektedir(28).

3-) Biyopsi : Meme hastalıklarında kesin teşhisi koydurur. Doku örneği alınma işlemidir.

A-) Aspirasyon Biyopsisi (İ.İ.A.B.) : İnce iğne aspirasyon biyopsisi ile hücreler alınır. Sitolojik tanı konur.

B-) Kor (Core) iğne biyopsisi : Küçük doku örneği alır.

C-) Açık biyopsi :

a-) Eksizyonel biyopsi : Tüm kitlenin çıkarılması .

b-) İnsizyonel biyopsi : Kitlenin bir kısmının çıkarılması .

c-) Sentinel Node biyopsisi : Operasyon esnasında, tümörün aksiller lenf nodlarına metastaz yapıp yapmadığını anlamak için uygulanır.

d-) Meme başı akıntısının incelenmesi

e-) İşaretleme biyopsisi : Palpe edilemeyen tümörlerde, mamografi ve/veya ultrasonografi yardımıyla yapılan biyopsi (38, 51, 52).

1.9.5. Meme Kanseri

Meme, kadınlarda kanserin en sık görüldüğü organdır. Amerika Birleşik Devletleri istatistiklerine göre, her 9 kadından birinde meme kanseri görülmekte ve kadınlarda kanserden ölümlerin %15-20 sini meme kanseri oluşturmaktadır(9,20,52).

Sağlık Bakanlığının 1998 yılı kadınlarda en sık görülen 10 kanser türü kayıtlarında meme kanseri 3190 (%23.27) olarak, tüm kanser türleri içinde birinci sırayı almaktadır (12).

Hastalık, 20 yaşın altındakilerde çok seyrek. 25 yaşından sonra artmaya başlar. Menapoza giriş devresi olan 45-55 yaşları arasında artış oranında bir

duraklama görülür. 55 yaşından sonra ise insidans hızla yükselir. 60 yaş dolayında en yüksek seviyeye ulaşır. Meme kanseri, özellikle kadınların hastalığıdır. 100 meme kanserliden sadece 1 tanesi erkektir (9, 38, 52).

1.9.6. Meme Kanserinin Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Çinlilerde ve Japonlarda meme kanseri çok az görüldüğü halde, Türkiye de Avrupa ve Amerika da , beyaz ırklı kadınlarda meme kanseri oranı yüksektir. Ayrıca Japonlarda görülen meme kanserinin prognozu daha iyidir. Gerek görülme oranında, gerekse prognozdeki farklılıklar, genetik faktörlerin önemini göstermektedir. İstatistiksel değerlendirmede, meme kanserlerinin %10 unda genetik faktörlerin rol oynadığı görülmektedir (9, 52).

Farelerde yapılan deneysel çalışmalarda, Puberteden önce ooforektomi yapılması ile meme kanseri oranının çok azaldığı gösterilmiştir. Buna karşılık, erkek farelerde kastrasyon sonrası östrojen verilmesi ile yüksek oranda meme kanseri oluştuğu görülmüştür. Bu bilgiler, meme kanseri oluşumunda kromozomal faktörlerden çok hormonal faktörlerin rolü olduğunu düşündürmektedir. İnsanlarda, hiç evlenmemiş, çocuk doğurmamış kadınlarda meme kanseri insidansının daha yüksek olması, erken evlenenler veya ooforektomi ile erken menapoz sağlanan kadınlarda, meme kanserinin daha az görülmesi bu görüşü desteklemektedir (9).

Gebelik ve laktasyonun da meme kanserine karşı, koruyucu oldukları ileri sürülmekte ise de, bu düşünce sağlam , bilimsel verilere dayanmamaktadır. Meme kanseri , risk faktörleri arasında , öbür memede tedavisi yapılmış ya da yapılmamış primer meme kanseri bulunması da vardır. Timik radyasyon ya da göğüs floroskopisi gibi nedenlerle genç yaşta iyonize radyasyona maruz kalan kadınlarda 10-30 yıllık gizli bir dönemden sonra artan meme kanseri insidansı söz konusudur. Yüksek yağlı diet , obezite, endometrial kanser ve kolon kanseri de meme kanseri insidansını

arttıran risk faktörlerindedir (9). Hastaların sosyo ekonomik durumları ile meme kanseri arasındaki ilgi araştırılmış ve sosyo ekonomik durumları düşük olanlarda meme kanserine daha az rastlanmıştır (27, 52).

I.9.7. Klinik Belirtiler

Semptomlar, genellikle minimal olup, lokaldir. Hastayı doktora götürecekt rahatsızlık olmadığından ilerler. Genel olarak, meme kanserinin ilk belirtisi bir sertlik veya kitlenin ortaya çıkmasıdır. Genellikle kenarları düzensiz, hareketi sınırlı ve serttir. Kanser vakalarının %47 si üst dış , %14 ü üst iç , %7 si alt dış , %2 si alt iç, %22 si de subareolar bölgede yer alır. Tümörün, normal büyüklükteki bir meme de palpasyonla ortaya konabilmesi için en az 1 cm büyüklüğe ulaşması gerekir. Meme tümörleri, 0.5 cm çapına ulaşmadıkça, genellikle palpe edilemezler. 1.1 ile 1.5 cm çaplı tümörlerin %60 ı 2 cm çaplı veya daha büyük tümörlerin ise %96 sı palpe edilebilir (9, 52).

Meme kanseri, genellikle ağrısızdır. Ancak, ileri evre meme kanserinde, nöral invazyon sonucu ağrı beklenir. Bazen ilk belirti, memede ağrı olabilir (%5-10). Ender olarak da memenin büyümesi, cilt de ödem, meme başından akıntı, ülserasyon, ciltte gamzeleşme, meme başı çekilmesi görülür (38). Meme derisinde çekinti ve meme şeklinin bozulması, meme kanserlerinin yaklaşık %3 ün de ilk belirti olarak ortaya çıkar. Yine meme kanserlerinin %2 sin de ilk belirti, meme başının düzleşmesi veya çökmesidir. Kadının, bir kitle farketmeden memesinin büyüdüğünü fark etmesi %1 gibi çok düşük bir olasılıktır. Meme derisinde ülserasyon, genellikle meme kanserinin geç dönem işaretidir. Nadiren, meme kanseri çok yüzeysel yerleşimli olup, üzerindeki deriye yayılarak burada bir yara açılabilir ve böylece ilk belirti olarak meme derisinde ülserasyon görülebilir. Meme başı akıntısının spontan

olması anlamlıdır. Spontan meme başı akıntısının nedeni, çoğu kere intraduktal papilloma ise de, olguların yaklaşık %30 un da neden karsinomadır (9).

Meme derisinde eritem, esas olarak enfeksiyonlarla ilgili bir belirtidir. Nadiren, inflamatuvar tip meme kanserinin ilk belirtisi olabilir. Emzirme dönemi dışında, meme de enfeksiyon ve apse olması nadirdir. Bu durumlarda meme kanserinden kuşulanılmalı ve gerekli tanısal girişimler yapılmalıdır.

Bazı intraduktal karsinomalar da (paget hastalığı) tek klinik belirti, meme başı ve areola kaşıntısı, kızarıklığı, kuruma, pullanma ve erezyonu olabilir.

Bir kısım meme kanserleri yavaş büyür ve memedeki ilk kanser odağı hastanın fark edemeyeceği kadar küçük kalırken, koltuk altı lenf nodları tutulabilir ve ilk belirti olarak koltukaltında kitle ortaya çıkabilir. Bu duruma meme kanserlerinin %12 'nde rastlanır. Meme kanseri, teşhisi konulan hastaların yaklaşık %20 sin de, kadının meme ile ilgili hiçbir yakınması yokken başka bir nedenle gittiği, doktor tarafından yapılan muayene ve tetkikler sonucunda, meme kanseri ortaya çıkarılmaktadır (9, 52).

I.9.8. Meme Kanseri Patolojisi

Meme kanserlerinin %90 ın dan fazlası, geniş veya küçük çaplı duktal sistem epitelinden gelişir. Geri kalan kısımda ise, lobuler karsinomlar ya da asiner hücreli karsinomalar yer alır. Meme kanserleri, makroskopik özelliklerine göre, skirö kanser, medüller kanser, paget hastalığı, inflamatuvar meme kanseri, histolojik karakterlerine göre tübüler, intraduktal komedo, papiller, apokrin ve müsinöz tipler gösterir. Histogeneze göre de yine duktal, lobüler, asiner, aktivitesine göre infiltratif, (invasiv) noninfiltratif (insitu) olabilir (9, 52).

I.9.9. Meme Kanserinin Yayılımı

Meme kanseri, hangi histolojik yapı da olursa olsun, bir süre sonra kanser hücreleri lenfatik damarları işgal edecek ve lenfatik akıma uyarak, bölgesel lenf nodlarına gidecektir. Aksilladan çıkan lenfatik yollar, supraklavikuler lenf nodüllerine ulaşır. Ayrıca meme lenfatikleri, göğüs duvarı ve diyafragmayı geçerek, karaciğer lenfatik ağıyla da birleşir. Lenfatik akıma karışan kanser hücreleri, bölgesel lenf nodlarında metastaz yapar. Lenf nodülünü büyütür. Böylece aksilla lenf nodülleri palpabl hale gelir. Mammaria interna lenf nodülleri ise lokalizasyonları nedeniyle metastaz sonucu büyüseler bile palpe edilemezler. Meme lenfatiklerinin kanser hücreleri ile bloke olması sonucu meme derisinde önce sınırlı, daha sonra tüm meme derisini kaplayan yaygın ödem görülür. Bu durumdaki bir meme derisi, portakal kabuğu görünümündedir. Aksilla lenfatikleri, koldan gelen lenfatikleri de drene ettiğinden, meme kanserinin geç döneminde aksilla lenfatiklerinin tutunmasına ikincil olarak, o taraf kolda da ödem görülür. Tümör lokal olarak büyüdükçe, önde meme derisine arkada pektoral kasa infiltrasyon yapar. Deriye infiltre olan karsinom, deri de ödem, eritem, kalınlaşma, daha sonra da ülser meydana getirir. Bazen küçük tümörler, yaygın lenf nodu , hatta uzak metastazlar yapabilir (9, 52).

Bazen tutulan mammaria interna lenf nodülleri, çok büyüyebilir. Önündeki kıkırdak, kaburgaları ileri doğru iterek ve kaburgalar arasından öne doğru çıkarak, sternum kıyısında bir kabarıklık ile kendisini gösterebilir. Bu kabarıklığa “parasternal kitle” adı verilir. Aksilla lenfatığında olduğu gibi mammaria interna lenfatiklerinin de son boşalma yeri, supraklavikuler fossadaki lenf nodülleridir. Supraklavikuler lenf nodları, normalde palpe edilemezken, tümör hücreleri tarafından tutulunca palpabl hale gelirler. Supraklavikuler lenf nodu metastazı meydana gelmesi için, aksilla lenf nodlarının tutulmuş olması şart değildir (9, 52).

Meme kanserinin özel bir lenfatik yayılma türü de “permeasyon yayılması”dır. Burada, kanser hücreleri lenf akımı ters yönünde lenfatik damarın duvarına tutunarak ilerlerler. Bu yoldan, deriye kadar gelen kanser hücreleri, burada yerleşerek “satellit deri nodülleri” denen metastatik nodüller meydana getirirler. Bunlar da meme kanserinin çok ilerlemiş olduğunu gösteren bulgulardır.

Meme kanserinin bir diğer yayılımı, hematojen yolla olur. Kanserinin erken evrelerinde, birçok kanser hücresi kana karışır. Fakat bunların çoğu, kanda tahrip olur, metastaz yapamaz. Zamanla kana karışan hücrelerin sayısı artar. Bu artışla orantılı olarak metastaz yapma olasılığı da artar. Kanser hücreleri, kan dolaşımı ile bütün organizmaya yayıldığı halde yerleşip, metastaz yapabilmeleri için uygun ortam her kanser türü için spesifik olan belirli oksijen saturasyonunu gerektirmektedir. Meme kanseri, hematojen yayılım ile kemik ve yumuşak dokular da metastaz yapar. İskelet sisteminde en çok vertebralar, pelvis kemikleri, femur proksimali, kaburgalar ve kafatası kemiklerini tutar.

Yumuşak dokular içerisinde en sık akciğer, karaciğer ve plevra metastazları görülür. Beyin, hipofiz, over metastazları da seyrek değildir (9, 52).

1.9.10. Meme Kanserinin Evrelendirilmesi

Meme kanserinin hem tedavi seçiminde, hem de prognoz tayininde tek başına en önemli faktör, bölgesel (aksilla) lenf nodüllerindeki metastazların varlığı ve sayısıdır. Aksilla lenf nodu tutulumu olmayan meme kanserli hastalarda 10 yıllık yaşam %65-76 arasında iken, aksilla tutulumu olanlarda bu oran %28-48 arasında bildirilmektedir. Aksilla lenf nodlarından hangi düzeyde tutulma olduğundan çok, kaç lenf nodunda metastaz olduğu prognoz da önem taşır.

Yaşlı hastalarda, meme kanseri prognozunun daha iyi olduğu söylene de, aksilla metastazı ile hasta yaşının arasında önemli bir ilişki yoktur. Memenin herhangi bir bölgesindeki kanserin aksilla metastazı olasıdır. Ama, memenin santral bölge ve üst dış kadran kanserleri daha yüksek oranda aksilla lenf nodu metastazı yaparlar.

Aksilla metastazında primer tümörün büyüklüğü de önemlidir. Çapı 1cm den küçük tümörlerin %14.37 sin de aksilla metastazı görülürken , çapı 3cm den büyük tümörlerin, %40-60 ın da aksilla metastazına rastlanır (9).

Meme kanserli hastalar, hekime başvurduklarında hastalıklarının yayılma dereceleri bakımından farklılık gösterirler. Bu nedenle, bütün hastalara uygulanacak tek tip bir tedavi biçiminden alınan sonuçların karşılaştırılması, yöntemin gerçek tedavi değerinin tespit edilmesinde yanıltıcı olur. Ayrıca, yayılma yönünden belirli bir sınırın dışına çıkan hastalar, diğer hastalara uygulanan bir tedaviden yararlanamayacağı gibi, zarar da görebilir. Bu nedenle, tedavi planının yapılması, tedavi sonuçlarının karşılaştırılabilmesi ve prognoz hakkında bir kanıya varabilmek için, meme kanserli hastaları evrelendirme mecburiyeti doğmuştur (52).

Columbia Evrelendirmesi

Haagensen in geliştirdiği Columbia klinik evrelendirmesi, memedeki tümör büyüklüğünü dikkate almayan, tümör yayılımı ile ilgili klinik bulgulara göre oluşturulmuş, bir evreleme yöntemidir. Bu sınıflamanın amacı, cerrahi tedaviden yarar görecek hastaların belirlenmesidir (9).

Klinik evre	Klinik zellikler
Evre A	Aksillada tutulmuş izlenimi veren lenf nodu yok. Beş “grave” belirtiden hişbiri yok
Evre B	Aksillada mobil, 2.5 cm den küçük tutulmuş lenf nodları var. “Grave” belirtilerden hişbiri yok.
Evre C	Memede aşağıdaki beş “grave” belirtiden bir tanesi var: 1-) Sınırlı deri ödemi 2-) Deri lserasyonu 3-) Kitlenin göğüs duvarına solid fiksasyonu 4-) Aksillada transfers çapı 2.5cm den büyük lenf nodu 5-) Aksillada tutulmuş lenf nodlarının zemine veya deriye fiksasyonu
Evre D	Beş “grave” belirtiden iki veya daha fazlasının olması , kol ödemi , satellit deri nodülleri, yaygın deri ödemi, parasternal kitle , supraklaviküler lenf nodu tutulumu gibi bulgulardan herhangi birinin olması veya uzak metastaz bulunması. Ayrıca inflamatuvar tip meme kanseri Evre D sayılır.

TNM Sınıflandırması

Bugün kullanımı en yaygın evrelendirme sistemi olan TNM sınıflaması ilk defa 1944 de P.F.Denoix tarafından “İnternational Union Against Cancer” e önerilmiştir. Columbia sınıflandırmasına göre daha ayrıntılı olan ve tümör çapını da değerlendirmeye alan bu sistem biraz daha komplikedir.TNM (Tümör, Nodül, Metastaz) sınıflama sistemidir. Bu sınıflama American Joint Comitte on Cancer (AJCC) ve İnternational Union Against Cancer (UICC) tarafından benimsenmektedir (9, 14, 20, 38, 52).

TNM sınıflaması (T: primer tümör, N: bölgesel lenf nodu, M: uzak metastaz)	
Tx	: Primer tümör değerlendirilemiyor
T0	: Primer tümöre ait bulgu yok
Tis	:Karsinoma insutu veya kitlesiz Paget hastalığı
T1	: Tümörün büyük boyutu 2 cm. den küçük
	T1mic : 0.1 cm. den daha küçük bir mikroinvazyon
	T1a : Tümör 0.5 cm. den küçük
	T1b : Tümör 0.5-1.0 cm. arasında
	T1c : Tümör 1.0-2.0 cm. arasında
T2	: Tümör 2.0-5.0 cm. arasında
T3	: Tümör 5.0 cm. den büyük
T4	: Hangi boyutta olursa olsun tümör göğüs boşluğuna dayanmış veya deriye yayılmış
	T4a : Göğüs duvarına yayılım
	T4b : Meme derisinde ödem, ülserasyon veya satellit nodüller
	T4c : 4a ve 4b bulguları birlikte
	T4d : İnflamatuar meme kanseri

Nx : Bölgesel lenf nodları değerlendirilemiyor. (Ör. Önceden çıkarılmış)
N0 : Bölgesel lenf nodu metastazı yok
N1 : O taraf aksilla lenf nodu metastazı var ama mobil
N2 : O taraf aksilla lenf nodu metastazı var ve birbirlerine veya çevreye yapışık
N3 : O taraf mammaria interna lenf nodlarına metastaz var
Mx : Uzak metastaz değerlendirilemiyor
M0 : Uzak metastaz yok
M1 : Uzak metastaz var (aynı taraf supraklavikuler lenf metastazı dahil)

Evrelendirme :

Evre0 : Tis , N0 , M0
EvreI : T1 , N0 , M0
EvreII A : T0 veya T1 , N1 , M0 – T2 , N0 , M0
EvreII B : T2 , N1 , M0 - T3 , N0 , M0
EvreIII A : T0-2 , N2 , M0 –T3 , N1 – 2 , M0
EvreIII B : T4 , (N0 – 3) , M0 – (T0 – 4) , N3 , M0
EvreIV : (T ve N ne olursa olsun) M1

1.9.11. Meme Kanserinin Tedavisi

Cerrahi Tedavi

a-) Lumpektomi (Tümörektomi) : Yalnızca tümörün ve çevresindeki meme dokusunun çıkarılmasıdır. Evre 1 hastalarında uygulanır. Bazen koltuk altı lenf bezleri çıkarılır. Ameliyattan sonra duruma göre koltuk altı bölgesine radyoterapi uygulanır (52).

b-) Parsiyel Mastektomi : Memenin periferisinde yer alan evre 1 deki kanserlerde uygulanır. Tümörün yer aldığı periferik meme bölgesi parsiyel olarak çıkarılır (38, 52).

c-) Basit (Simple) Mastektomi : Bu ameliyatla tüm meme primer kapanmayı engellemeyecek şekilde meme derisi ile birlikte çıkarılır. Radikal Mastektomiden farkı, çıkarılacak deri kısmının daha sınırlı olması ve pektoral kaslarla koltuk altı lenf bezlerinin yerlerinde bırakılmasıdır (9, 52).

d-) Radikal Mastektomi : Tüm meme ve meme derisi pektoralis major ve minör kasları, apeks aksilla level III dahil olmak üzere, tüm aksilla yağ ve bağ dokusu çıkarılır. Bu ameliyat son 10 yıldan beri nadir olarak uygulanmaktadır (9, 52).

e-) Modifiye Radikal Mastektomi (Total Mastektomi + Aksiller Diseksiyon): Meme dokusunun tümü aksillanın I ve II. , bazı araştırmacılara göre III. Nodal basamağının çıkarılması tekniğidir (1, 9, 11, 20, 21, 24, 25 ,38).

f-) Subkutan Mastektomi + Rekonstruksiyon : Meme dokusunun tümü çıkarılır. Aksiller diseksiyon uygulanıp, meme derisine dokunulmaz. Kalan boşluğa otojen veya heterojen protezler koyulur. Hasta uyandığı zaman, meme yapısının yerinde olduğunu gözler (38).

Radyoterapi : Ameliyat sonrası radyoterapinin uzun dönemde yaşama etkisi olmadığı, ancak lokal nüksleri azalttığı görülmüştür. Sonuçta, rutin ameliyat sonrası radyoterapi terk edilmiş ve bunun yerini nüks riski fazla olan hastalarda adjuvan kemoterapi almıştır. Ancak, postoperatif radyoterapi, küçük hacimli tümörlerde uygulanan sınırlı cerrahiye tamamlayıcı olarak gereklidir(14).

Hormonal Tedavi : Özellikle, östrojen reseptör pozitif olan hastalarda oral antihormonal olarak tamoksifen kullanılmaktadır. Tamoksifen, özellikle postmenapozal kadınlarda kullanılmaktadır. Yumuşak doku, kemik, karaciğer ve deri metastazlarına etkili olmaktadır(14, 52).

Adjuvan Sistemik Tedavi : Bu tedavinin amacı, tanıda hastaların %50den fazlasında bulunan mikro metastazları yok etmektir. Bu gün, adjuvan kemoterapi, koltuk altı lenf nodülleri pozitif olan, uzak metastazı tespit edilemeyen cerrahi, radyo terapi veya herikisiyle birlikte tedavi edilen evre II ve III 'deki hastalarda asıl tedaviye ek olarak kullanılmaktadır(14).

1.9.12. Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Bakım

Ameliyat Öncesi Bakım :

a-) Ameliyata Fiziksel Hazırlık : Hastanın, kan ve idrar rutinleri alınır. Akciğer filmi ve EKG si çekilir, dahiliye konsültasyonu yaptırılır. Doktor istemine göre, batin ultrasonografisi ve kemik sintigrafisi yapılabilir. Ameliyat öncesi akşam, hastaya banyo ve koltukaltı temizliği yaptırılır ve akşam 24 ten sonra aç kalması söylenir. (14, 20)

b-) Ameliyata Emosyonel Hazırlık : Hastaya mastektominin neden yapılacağı, yararları, psikolojik ve kozmetik etkileri anlatılır. Bilgi verirken, hastanın anlayabileceği şekilde basit açıklamalar yapılır. Hastanın korkularını ifade etmesine

izin verilir, soruları yanıtlanır. Ameliyat sonrası drenlerin bakımı ve egzersizler hakkında eğitim verilir (14).

Ameliyat Sonrası Bakım :

a-) Ameliyat Sonrası Fiziksel Bakım : Hastanın ameliyat yeri ve hemovak dreni kanama açısından kontrol edilir. Belirli aralarla vital fonksiyonları ölçülür. Kol bir yastık üzerinde elevasyona alınır. Bu koldan, kan basıncı ölçümü, damar yolu girişimi veya enjeksiyonlar yapılmamalıdır. Hastaya yatakta hareket etmesinde yardımcı olunur. Ağrısı varsa ağrı kesici verilir. Hasta mastektomi sonrası, omuz ve kol egzersizlerini yapması için cesaretlendirilir (14, 20, 41).

b-) Ameliyat Sonrası Emosyonel Destek : Hasta hazır olduğunda, ameliyat yerini görmesi için cesaretlendirilmelidir. Hasta, eşiyile birlikte cinsel yaşamlarına yeniden başlama konusunda konuşmaya ve duygularını paylaşmaya cesaretlendirilmelidir. Hastaya memenin kaybıyla başa çıkma yöntemleri öğretilir. Hastaya, dikkat etmesi gerekli olan konularda bilgi verilir. Yara yeri iyileşinceye kadar sutyeninin içine pamuk veya yün doldurarak takması, yara iyileşmesi tamamlanınca, meme ölçülerine uygun bir protez kullanabileceği anlatılmalıdır (14, 41).

1.9.13. Cerrahi Sonrası Takip

Mastektomi uygulanmış hastaların , ölünceye kadar takip edilmesi gerekir. Bu hastalarda nüks, metastaz yeni bir meme kanseri olasılığı vardır. Nüksler genellikle ilk beş senede ortaya çıkar. %80 i ilk iki senede görülürken, %20 si son üç senede görülebilir. Metastazların ve yeni bir meme kanserinin ne zaman ortaya çıkacağına dair kesin bir görüş yoktur. Yaşamın herhangi bir döneminde görülebilir. Bu bakımdan, hastalar ilk iki sene, altı aylık taramalarla senelik takip protokolüne alınır.

İlk altı aylık sürede, solunum sistemi ve hemopoetik sistem gözden geçirilirken, yıllık olarak da diğer meme görüntüsü ve karaciğerin görüntüsü araştırılır.

İlk yıllarda uygulanan kanser antijen bakılarına üçüncü yıldan sonra eğer gerekirse bakılır (38).

I.9.14. Korunma

Meme kanserinden korunmanın pratik bir yolu yoktur. Risk faktörü, belirgin olanlarda yakın izleme ile erken tanı ve tedavi yararlı olabilir. Aynı zamanda hastaya kendi kendine meme muayenesi öğretilmelidir (20, 51). Kadınlarda öldürücü olan meme kanseri insidansının günden güne artması önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Ancak yaygın ve öldürücü olan bu hastalık erken tanılanarak ölümler azaltılabilir, yaşam süresi artırabilir. Bu nedenle erken tanı ve kitle taraması bu hastalık için önem taşır (13).

Meme Kanserinde Amerikan Kanser Birliği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Rehberi

Yaş Grubu	Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-39	KKMM	Her ay
	Klinik Muayene	3 yılda bir
40-49	KKMM	Her ay
	Klinik Muayene	Her yıl
	Mamografi	1-2 yılda bir
50 yaş ve üzeri	KKMM	Her ay
	Klinik Muayene	Her yıl
	Mamografi	Her yıl

1.9.15. Meme Kanserinde Kaygı ve Ağrı

Kaygı : Beklenen ve olumsuz yakın bir kötülüğe karşı beynin, acı veren bir rahatsızlığı, huzursuzluğudur (19, 40).

Durumluluk Kaygı : Bireyin içinde bulunduğu stresli, baskılı durumdan dolayı hissettiği subjektif bir korkudur. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur (34).

Sürekli Kaygı : Bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Buna kişinin içinde bulunduğu durumları, genellikle stresli olarak algılama ya da stres olarak yorumlama eğilimi de denebilir (34).

Kansere ilişkin toplumsal görüş, tutum ve önyargılarda, hastada kaygının önemli bir nedenidir . Cerrahi girişim, hastada hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında , psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine, organ kaybı kaygısına ve ölüm korkusuna neden olan bir girişimdir (40).

Ameliyat öncesi ruhsal bozukluk tanımlayan hastalarda, gerek ruhsal, gerekse fiziksel komplikasyonlar daha fazladır . Ameliyata ilişkin gerçekçi beklentileri olan, yeterli bilgi edinmiş, katılımcı tutum gösteren, ameliyat öncesi kaygı düzeyi normal sınırlar içinde olan hastaların; gerçek ötesi beklentileri olan, ameliyat öncesi kaygıları yüksek, durumlarını ve gerçeği ileri ölçüde inkar eden hastalara kıyasla, ameliyat sonrası uyumları daha iyi olmaktadır (11, 40, 45).

Hastaların ameliyat öncesi psikolojik hazırlanmasında, hastalığın niteliği, cerrahi girişim ve ameliyat sonrası gidiş konusunda yeterli bilgilendirilmeleri çok önemlidir. Ameliyat öncesinde hastaya kaygısını arttırmayacak bir şekilde, hastalığının ne olduğunu, ameliyatta ne yapılacağını, olası komplikasyonları ve

kendisinden ne beklendiğini, kendi rolünün ve katkısının ne olacağını açıklanmasının yararı büyüktür (26, 30, 40).

Hastaların ameliyat öncesi eğitimi ve bilgilendirme, psikolojik açıdan ameliyata hazırlamada ilk basamaktır. Bu bilgilendirmenin kaygı, korku ve depresyon gelişimine, ameliyat sonrası analjezik gereksinimini azalttığı, hastanede yatış süresini kısalttığı, birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir.

Ameliyat öncesi dönemdeki kaygının azaltılmasında hastanın korkularını, endişelerini serbestçe ifade edebilmesinin sağlanması, bilgilendirme ve gerçekçi güvence verilmesi önemlidir. Hasta için önemli olan kaygı kaynakları araştırılmalıdır. Anestezi korkusu, mahremiyetini kaybedeceği endişesi, cinsel işlevselliğinin, toplumsal işlevselliğinin zedeleneceği endişeleri araştırılmalı, bilgi verilemeli, seçenekler tartışılmalı, endişeler giderilmelidir (4, 33, 37, 40, 45).

Ağrı : Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP- International Association For The Study Of Pain) Taksonomi Komitesi tarafından yapılan en geçerli tanımlamaya göre “Ağrı, vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyumdur, davranış şeklidir.” (6, 7, 18, 23).

Ağrı insanın en önemli duyumlarından birisi olup, günlük klinik uygulamadaki en yaygın yakınmalardan birisini oluşturur. İnsan sağlığına ve iyilik durumuna ilişkin tıbbi ve psikiyatrik bütüncül yaklaşımla ele alınması gereken bir yakınmadır .

Psşik durum, fiziksel hastalığın bir bulgusu olan ağrının seyrinde rol oynar . Psikolojik, davranışsal ve duygusal faktörler, biyolojik süreçlerle beraber fiziksel durumun, gidiş, seyir ve tedaviye yanıtını etkiler. Ağrının algılanması da, duyulması kadar önemlidir. Ağrının algısal çerçevesi de emosyonel faktörlerden yoğun bir

şekilde etkilenir. Hastanın kişilik, tutum, bilgi, değer yargıları, ağrının anlam ve önemine ilişkin inançları, hastalığa ilişkin tutumları ağrının algılanmasını ve ağrı davranışını etkiler (6, 7, 40).

Martelli, çene cerrahisi hastalarının huzursuzluğunun, duygu odaklı yaklaşımla azaldığını ileri sürmüştür. Ameliyat öncesi bilgi vermenin, ameliyat sonrası ağrı şiddetini azalttığı, ön hazırlama eksersizlerinin ağrılı tıbbi girişimler ve dişle ilgili müdahalelerde hastanın dayanma gücünü arttırdığı bildirilmiştir (7).

Kumralın 1979 yılında yaptığı araştırmada ameliyattan korkan hastaların, ameliyat sonrası ağrı yoğunluğu ile, ameliyattan korkmayan hastalardaki ağrı yoğunluğu arasındaki fark, önemli derecede anlamlı bulunmuştur (19).

Ağrının şiddetini belirlemek amacıyla çeşitli ölçekler oluşturulmuştur.

Sözel kategori ölçeği (VRS) ; Hasta ağrının şiddetini tanımlayan kelimelerin dizildiği listeden, ağrısının şiddetine uyan kelimeyi seçer. Hastanın ağrısı 5 puan üzerinden ; (1) ağrı yok, (2) hafif ağrı, (3) orta ağrı, (4) şiddetli ağrı, (5) çok şiddetli ağrı, şeklinde değerlendirilir. Basittir ve hastalar tarafından tercih edilir (6, 7, 37, 50).

Görsel kıyaslama ölçeği (VAS) ; Hastadan 10 cm'lik dikey veya yatay bir çizgi üzerinde ağrısının şiddetini işaretlemesi istenir. Çizginin bir ucu ağrısızlığı, diğer ucu dayanılmaz ağrıyı gösterir (6, 7, 29, 37, 50).

BÖLÜM II

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma ; Meme kanseri olan hastalarda, ameliyat öncesi dönemde verilen eğitici ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının, ameliyat sonrası dönemdeki ağrı ve kaygı düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı , deneysel ve kesitsel olarak planlanmıştır.

2.2. Kullanılan Gereçler

2.2.1. Hasta Tanıtım Formu

Hastaların, sosyo demografik özelliklerini (yaş , meslek , medeni durum v.s), daha önceki sağlık ve hastalık durumlarını (geçirilmiş hastalıklar, kullanılan ilaçlar, hastanede daha önce yatıp yatmama v.s) ve meme kanseri hakkındaki düşünceleri ve bilgi düzeylerini öğrenmek amacıyla oluşturulmuş bir formdur (Ek I).

2.2.2 Durumluluk Sürekli Kaygı Ölçeği

Durumluluk sürekli kaygı ölçeği , kısa ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir. Durumluluk ve sürekli kaygı seviyelerini, ayrı ayrı saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 de geliştirilmiş, Türkiye için geçerliliği ve güvenilirliği Öner N. ve Le Compte tarafından 1977 de yapılmıştır. Kırk maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir . Yirmi soru hastanın durumluluk kaygı düzeyini, diğer yirmi soruda sürekli kaygı düzeyini ölçmektedir.

Durumluluk kaygı ölçeği; Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda, kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak yanıtlamasını gerektirir.

Sürekli kaygı ölçeği ise; Bireyin kendini genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir.

Hastalar sorulara, ölçeğin maddelerini okurken o andaki duygularının şiddetine göre, durumluluk kaygı ölçeğinde, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok, (4) Tamamıyla.

Sürekli kaygı ölçeğinde; (1) Nadiren, (2) Bazen, (3) Çoğu Zaman, (4) Hemen Her Zaman gibi dört seçenekten birini işaretlemek suretiyle yanıt verecektir. Ölçeklerde iki tür ifade bulunur. Bunlar doğrudan ya da düz (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadelerdir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise, olumlu duyguları dile getirir. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken, bir ağırlık değerinde olanlar dörde, dört ağırlık değerindekiler ise bire dönüşür. Doğrudan ifadelerde, dört değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterirken, tersine dönmüş ifadelerde, bir değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı gösterir (Ek II) (34).

2.2.3. Analjezi Takip Formu

Sözel kategori ölçeği (VRS) ve Görsel kıyaslama ölçeğini (VAS) içerir.

Sözel kategori ölçeği (VRS); Beş puanlı bir ölçektir. Hasta ağrısını beş puan üzerinden değerlendirir. (1) Ağrı Yok, (2) Hafif Ağrı, (3) Orta Ağrı, (4) Şiddetli Ağrı, (5) Çok Şiddetli Ağrı .

Görsel kıyaslama ölçeği (VAS); Sol ucunda ağrısızlık, sağ ucunda oluşabilecek en şiddetli ağrı (dayanılmaz ağrı) yazan on santimetrelik bir cetveldir. Hastaya, iki uç nokta olduğunu ve bu noktalar arasında herhangi bir noktayı işaretlemekte özgür olduğu söylenir. (6, 7, 37, 50)

Analjezi Takip Formunda, hastaların tansiyon ve nabız değerleri ile ağrı kesici kullandığı saatler ve kullandığı ağrı kesicilerin isimleri de bulunmaktadır (Ek III).

2.2.4. Ameliyat Öncesi Hasta Eğitim Programı

Ameliyat öncesi hasta eğitim programı, hastayı ameliyata hazırlamak amacıyla düzenlenmiştir. Ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası, erken dönemde karşılaşacakları hakkında bilgi içeren bir formdur (EK IV).

2.2.5. Hasta Bilgilendirme Rehberi (Bilgilendirici El Kitabı)

Hastaya, ameliyat sonrası yapılacak uygulamalar (Dren, bandaj), uyulması gereken kurallar, kontrol zamanları, protez ve kıyafetler gibi öğrenmek istediği konuları içeren bir kitapçıktır (EK V).

2.3. Kullanılan Yöntem

Araştırmada iki grup (kontrol ve deney grubu) bulunmaktadır .

Kontrol grubundaki hastalara, klinikte verilen rutin hemşirelik bakımının yanı sıra, ameliyat sonrası ağrı ölçümünün nasıl yapılacağı hakkında bilgi verilmiştir ve hasta tanıtım formu uygulanmıştır. Durumluluk ve sürekli kaygı ölçeği, ameliyat öncesi stresin en yoğun olduğu an (24 saat önce) uygulanmıştır. Ameliyattan sonra ½ , 1 , 2 , 3 , 4 , 5 , 6 , 12 , 24 , 48. saatler de tansiyon, nabız, ağrı düzeyi ve ağrı kesici kullanıp kullanmadığı kaydedilmiştir. Ameliyattan yaklaşık yirmi dört saat sonra (Ameliyat sonrası stresin hafiflediği ya da ortadan kalktığı an), durumluluk kaygı ölçeği bir kez daha uygulanmıştır.

Deney grubundaki hastalara; Ameliyattan yaklaşık yirmi dört saat önce (Stresin en yüksek olduğu an), hasta tanıtım formu ve durumluluk sürekli kaygı envanteri uygulanmıştır. Bu hastalara, ortalama 30 dakika süreyle, ameliyat öncesi hasta eğitim programı ve ameliyat sonrası ağrının değerlendirilmesiyle ilgili bilgiler verilir, bilgilendirici el kitabını incelemesi sağlanmış ve soruları yanıtlanmıştır. Ameliyattan sonra ½ , 1 , 2 , 3 , 4 , 5 , 6 , 12 , 24 , 48. saatler de tansiyon, nabız, ağrı düzeyi ve ağrı kesici kullanıp kullanmadığı kaydedilmiştir. Ameliyattan yaklaşık

yirmi dört saat sonra (Ameliyat sonrası stresin hafiflediği ya da ortadan kalktığı an), durumluluk kaygı ölçeği bir kez daha uygulanmıştır.

2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma , Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Servisine , meme kanseri teşhisiyle yatıp , Total Mastektomi + Aksiller Diseksiyon ameliyatı planlanan hastalara uygulanmıştır. Araştırma Ağustos 2005 – Şubat 2006 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Araştırmanın yapıldığı hastane, 1955 yılında kurulmuştur. Genel Cerrahi Kürsüsü 1981 yılında, Genel Cerrahi Anabilim Dalı adıyla kurulmuş, başkanlığına da Prof.Dr. Sermet Akgün atanmıştır. Anabilim Dalında, halen 14 profesör, 3 doçent, 1 yardımcı doçent, 4 uzman, 22 uzmanlık öğrencisi, 85 hemşire hizmet vermektedir. Anabilim dalında 177 yatak bulunmaktadır.

2.5. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın yapılacağı tarihler arasında (Ağustos 2005 – Şubat 2006) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim dalına gelen , tüm meme kanseri hastaları araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

2.6. Araştırmada Örneklem

Araştırmanın yapılacağı tarihler arasında (Ağustos 2005 – Şubat 2006) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim dalı servisine yatan, araştırmanın sınırlamalarına uygun, 25-60 yaş arası, en az İlkokul mezunu, iletişim kurulabilen, Total Mastektomi + Aksiller Diseksiyon ameliyatı planlanan ve araştırmaya katılmaya istekli hastalar (kontrol grubu için 30, deney grubu için 30, toplam 60 hasta) araştırma kapsamına alınmıştır.

2.7. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı Değişkenler : Kaygı ve ağrı düzeyi

Bağımsız Değişkenler : Yaş , medeni durum , meslek , eğitim durumu , sağlık güvencesi .

2.8. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Veriler, Ağustos 2005 – Şubat 2006 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama formu (EK I) ile hastaların sosyo demografik özellikleri, genel sağlık bilgileri, meme kanseri hakkındaki bilgi düzeyleri kaydedildi . Durumluluk sürekli kaygı ölçeği (EKII) ile hastaların ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyleri ölçüldü. Analjezi takip formu (EK III) ile hastaların tansiyon, nabız ve ağrı düzeyleri takip edildi. Aldıkları analjezikler kaydedildi. Deney grubu hastalarına ameliyat öncesi hasta eğitim programı (EK IV) ve bilgilendirici el kitabı (EK V) yardımıyla eğitim verildi.

2.9 Verilerin Analizi

Hastaların sosyo demografik özellikleri, χ^2 testi ile durumluluk ve sürekli kaygıları t testi ile kontrol ve deney grubu hastalarının ameliyat sonrası durumluluk ve sürekli kaygı durumlarının karşılaştırılması kovaryans analizi ile yapılmıştır. VRS ölçümlerinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki grup arasındaki VAS, tansiyon, nabız değerlerinin karşılaştırılması Bonferroni testi ile yapılmıştır.

2.10 Süre ve Olanaklar

Araştırma, 1998 yılı içinde planlanmış ve aynı yıl içinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Verilerin toplanmasına sağlık problemleri nedeniyle bir süre ara verilmek zorunda kalınmıştır. Verilerin tekrar toplanmaya başlanması Ağustos 2005 – Şubat 2006 tarihleri arasında olmuştur. Kalan süre verilerin analizi ve tez yazımı için kullanılmıştır.

2.11 Etik Açıklamalar

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurulundan, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden ve araştırmanın yapıldığı Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığından izin alınmıştır. Araştırma öncesi, hastalara bilgi verilmiş, araştırmaya katılmaya gönüllü olanlardan onay alınmıştır.

BÖLÜM III

3. BULGULAR

3.1. KONTROL VE DENEY GRUBUN HASTALARININ

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 1 Kontrol ve Deneysel Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş	Kontrol		Deneysel		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
31-40 yaş	4	13.3	5	16.7	9	15.0
41-50 yaş	15	50.0	16	53.3	31	51.7
51-60 yaş	11	36.7	9	30.0	20	33.3
Toplam	30	100	30	100	60	100

$$\chi^2=0.343 \text{ sd: } 2 \text{ P}=0.842 \text{ p}>0.05$$

Tablo 1’de; Hastaların yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında, 31-40 yaş arası kontrol grubunda 4 (% 13.3), deneysel grubunda 5 (% 16.7) hasta olduğu, 41-50 yaş arası kontrol grubunda 15 (%50.0), deneysel grubunda 16 (%53.3) hasta olduğu, 51-60 yaş arasında ise kontrol grubunda 11 (%36.7) deneysel grubunda 9 (%30) hasta olduğu görülmektedir. İki grubun yaş ortalamalarına bakıldığında, kontrol grubunun 47.56 ± 5.98 , deneysel grubunun 47.30 ± 7.31 olduğu görülmektedir. Kontrol ve deneysel gruplarında yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 2. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Kontrol		Deney		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlkokul	7	23.3	8	26.7	15	25.0
Ortaokul	2	6.7	5	16.7	7	11.7
Lise	9	30.0	10	33.3	19	31.7
Yüksekokul	12	40.0	7	23.3	19	31.7
Toplam	30	100	30	100	60	100

$$\chi^2=2.721 \text{ sd: } 3 \text{ P}=0.437 \text{ p}>0.05$$

Tablo 2’ de; Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımına bakıldığında , kontrol grubundaki hastaların 7 (% 23.3) si ilkokul , 2 (% 6.7) si ortaokul , 9 (% 30) u lise , 12 (% 40) si yüksekokul mezunudur. Deney grubundaki hastaların 8 (% 26.7) i ilkokul, 5 (%16.7) i ortaokul, 10 (% 33.3) u lise ve 7(% 23.3) yüksekokul mezunudur. Kontrol ve deney grubundaki hastaların eğitim düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 3. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Mesleklerine Göre Dağılımı

Meslek	Kontrol		Deney		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ev Hanımı	13	43.3	17	56.7	30	50.0
İşçi	-	-	3	10.0	3	5.0
Memur	17	56.7	10	33.3	27	45.0
Toplam	30	100	30	100	60	100

$$\chi^2=5.348 \text{ sd: } 2 \text{ P}=0.069 \text{ p}>0.05$$

Tablo 3’de; Hastaların meslek tiplerine göre dağılımına bakıldığında kontrol grubunda 13 (%43.3) ev hanımı, 17 (%56.7) memur olduğu, deney grubunda 17 (%56.7) ev hanımı, 3 (%10.0) işçi, 10(%33.3) memur olduğu görülmektedir. Kontrol ve deney grubundaki hastaların meslek tiplerine arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Medeni Duruma Göre Dağılımı

Medeni Durum	Kontrol		Deney		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bekar	1	3.3	2	6.7	3	5.0
Evli	24	80.0	25	83.3	49	81.7
Dul	5	16.7	3	10.0	8	13.3
Toplam	30	100	30	100	60	100

$$\chi^2=0.854 \text{ sd: } 2 \text{ P}=0.653 \text{ p}>0.05$$

Tablo 4’ de; Hastaların medeni durumlarına göre dağılımına bakıldığında ,kontrol grubundaki hastalarda 1 (%3.3) bekar , 24 (%80.0) evli , 5 (%16.7) dul olduğu , deney grubundaki hastalarda 2 (%6.7) bekar , 25 (%83.3) evli, 3 (%10.0) dul olduğu görülmektedir. İki grup arasında medeni durum açısından fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 5. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Gelir Durumuna Göre Dağılımı

Gelir Durumu	Kontrol		Deney		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Gelir gidere denk	21	70.0	21	70.0	42	70.0
Gelir giderden az	9	30.0	8	26.7	17	28.3
Gelir giderden çok	-	-	1	3.3	1	1.7
Toplam	30	100	30	100	60	100

$$\chi^2=1.059 \text{ sd: } 2 \text{ P}=0.589 \text{ p}>0.05$$

Tablo 5’ de; Hastaların gelir durumlarına göre dağılımına bakıldığında kontrol grubundaki 21 (%70.0) hastada gelir gidere denk , 9 (%30.0) hastada gelir giderden az bulunmuştur. Deney grubundaki hastaların 21 (%70.0) in de gelir gidere denk , 8 (%26.7) in de gelir giderden az , 1 (%3.3) in de gelir giderden çok olduğu

görülmektedir.İki grup arasında gelir durumu açısından fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 6. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı

Sosyal Güvence	Kontrol		Deney		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bağkur	1	3.3	1	3.3	2	3.3
SSK	-	-	5	16.7	5	8.3
Emekli Sandığı	28	93.3	23	76.7	51	85.0
Ücretli	1	3.3	1	3.3	2	3.3
Toplam	30	100	30	100	60	100

$\chi^2=5.490$ sd: 3 P=0.139 p>0.05

Tablo 6’ da; Hastaların sosyal güvence durumuna göre dağılımına bakıldığında kontrol grubunda, 1 (%3.3) Bağkur, 28 (%93.3) Emekli Sandığı, 1 (%3.3) Ücretli hasta bulunmakta, deney grubunda 1 (%3.3) Bağkur, 5 (%16.7) SSK, 23 (%76.7) Emekli Sandığı, 1 (%3.3) Ücretli hasta olduğu görülmektedir. İki grup arasında sosyal güvence açısından fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 7. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Yakınlarında Sağlık Personeli Olma Durumuna Göre Dağılımı

Hastaların Yakınlarında Sağlık Personeli Olma Durumu	Kontrol		Deney		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	14	58.3	10	33.3	24	40.0
Hayır	16	53.3	20	66.7	36.0	60.0
Toplam	30	100	30	100	60	100

$\chi^2=1.111$ sd: 1 P=0.292 p>0.05

Tablo 7' de; Hastaların yakınlarında sağlık personeli olma durumuna göre dağılımına bakıldığında, kontrol grubundaki hastaların 14 (%58.3) ünün yakınlarında sağlık personeli olduğu , 16 (%53.3) sinin olmadığı , deney grubundaki hastaların ise 10 (%33.3) unun yakınlarında sağlık personeli olduğu , 20 (%66.7) sinin yakınlarında sağlık personeli olmadığı görülmektedir. İki grup arasında hastaların yakınlarında sağlık personeli olma durumu açısından fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 8. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Daha Önce Hastanede Yatma Durumuna Göre Dağılımı

Daha Önce Hastanede Yatma Durumu	Kontrol		Deney		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	18	60.0	21	70.0	39	65.0
Hayır	12	40.0	9	30.0	21	35.0
Toplam	30	100	30	100	60	100

$$\chi^2=6.59 \text{ sd: } 1 \text{ P}=0.417 \text{ p}>0.05$$

Tablo 8' de; Hastaların daha önce hastanede yatma durumuna göre dağılımına bakıldığında, kontrol grubundaki 18 (%60.0) hastanın daha önce hastanede yattığı, 12 (%40.0) hastanın ise daha önce hastanede yatmadığı, deney grubundaki 21 (%70.0) hastanın daha önce hastanede yattığı, 9 (%30.0) hastanın daha önce hastanede yatmadığı görülmektedir. İki grup arasında hastaların daha önce hastanede yatma durumu açısından fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 9. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Sürekli İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Sürekli İlaç Kullanma Durumu	Kontrol		Deney		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	10	33.3	8	26.7	18	30.0
Hayır	20	66.7	22	73.3	42	70.0
Toplam	30	100	30	100	60	100

$\chi^2=0.317$ sd: 1 P=0.573 p>0.05

Tablo 9' da; Hastaların sürekli ilaç kullanma durumuna göre dağılımına bakıldığında, kontrol grubunda 10 (%33.3) hasta sürekli ilaç kullanmakta, 20 (%66.7) hasta ise kullanmamaktadır. Deney grubunda 8(%26.7) hasta sürekli ilaç kullandığını ifade ederken, 22 (%73.3) hasta sürekli ilaç kullanmamaktadır. İki grup arasında hastaların sürekli ilaç kullanma durumu açısından fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

3.2. KONTROL VE DENEY GRUBUNDAKİ HASTALARIN DAHA ÖNCEKİ HASTALIK DURUMLARINA VE MEME KANSERİ HAKKINDAKİ BİLGİ DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 10. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Daha Önceden Hastalık Geçirme Durumuna Göre Dağılımı

Daha Önceden Hastalık Geçirme Durumu	Kontrol		Deney		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	12	40.0	12	40.0	24	39.0
Hayır	18	60.0	18	60.0	36	61.0
Toplam	30	100	30	100	60	100

$$\chi^2=0.27 \text{ sd: } 1 \text{ P}=0.871 \text{ p}>0.05$$

Tablo 10' da; Hastaların daha önceden hastalık geçirme durumlarına göre dağılımına bakıldığında hem kontrol hem de deney grubunda 12 (%40.0) hastanın önceden bir hastalık geçirdiği, 18 (%60.0) hastanın ise, daha önceden bir hastalık geçirmediği görülmektedir. İki grup arasında hastaların daha önceden hastalık geçirme durumu açısından fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 11. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Hastalık Hikayelerine Göre Dağılımı

Hastalık Hikayesi	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hastalığı olmayan	18	60	18	60
Anjiyo	-	-	1	3.3
Appendektomi	2	6.7	1	3.3
Bel fıtığı	-	-	1	3.3
Diabet	2	6.7	1	3.3
Diabet kemik erimesi hipotirodi	-	-	1	3.3
Graves	1	3.3	-	-
Hipertansiyon	2	6.7	-	-
Histerektomi	1	3.3	3	10.3
Kolesistektomi	-	-	1	3.3
Kronik Bronşit	-	-	1	3.3
Nörolojik (Tetkik Aşamasında)	-	-	1	3.3
Koroner Arter Stent	1	3.3	-	-
Tiroidektomi	2	6.7	-	-
Tiroidektomi histerektomi	1	3.3	-	-
Kolesistektomi histerektomi	-	-	1	3.3
Toplam	30	100	30	100

Tablo 11’ de; Hastaların daha önceki hastalık hikayelerine göre dağılımına bakıldığında, hem kontrol hem de deney grubundaki 18 (%60.0) hastanın daha önceden bir hastalığı olmadığı görülmektedir. Hastalık hikayelerinin genellikle tiroidektomi, histerektomi, diabet, hipertansiyon olduğu görülmektedir. Analiz yapılamamıştır,

Tablo 12. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Meme Kanseri Hakkında Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Dağılımı

Meme Kanseri Hakkında Bilgiye Sahip Olma Durumu	Kontrol		Deney		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	17	56.7	14	46.7	31	51.7
Hayır	13	43.3	16	53.3	29	48.3
Toplam	30	100	30	100	60	100

$$\chi^2=0.601 \text{ sd: } 1 \text{ P}=0.438 \text{ p}>0.05$$

Tablo 12’ de; Hastaların meme kanseri hakkında bilgiye sahip olma durumlarına bakıldığında, kontrol grubundaki 17 (%56.7) hastanın bilgiye sahip olduğu, 13 (%43.3) hastanın ise bilgiye sahip olmadığı görülmektedir. Deney grubundaki 14 (%46.7) hastanın meme kanseri hakkında bilgiye sahip olduğu, 16 (%53.3) hastanın ise bilgiye sahip olmadığı görülmektedir. İki grup arasında hastaların daha önceden meme kanseri hakkında bilgiye sahip olma durumu açısından fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 13. Daha Önceden Meme Kanseri Hakkında Bilgiye Sahip Olanların Bilgi Yeterlilik Durumuna Göre Dağılımı

Bu Bilgi Sizin İçin Yeterli mi?	Kontrol		Deney		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hiç	2	11.8	2	14.3	4	12.9
Kısmen	14	82.4	12	85.7	26	83.9
Oldukça	1	5.9	-	-	1	3.2
Toplam	17	100	14	100	31	100

$$\chi^2=0.872 \text{ sd: } 2 \text{ p}=0.647 \text{ p}>0.05$$

Tablo 13' de; Daha önceden bilgiye sahip olan hastaların, bilgi yeterlilik durumuna göre dağılımına bakıldığında, kontrol grubundan 2 (%11.8) hasta, bu bilginin hiç yeterli olmadığını, 14 (%82.4) hasta, kısmen yeterli olduğunu, 1 (%5.9) hasta da oldukça yeterli olduğunu ifade etmiştir. Deney grubundaki hastaların 2 (%14.3) si bu bilginin hiç yeterli olmadığını 12(%85.7) si kısmen yeterli olduğunu ifade etmiştir. İki grup arasında hastaların daha önceden meme kanseri hakkında bilgi yeterlilik durumu açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 14. Ameliyat Sonrası Yapacaklarına İlişkin Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Dağılımı

Ameliyat Sonrası Yapacaklarına İlişkin Bilgiye Sahip Olma Durumu	Kontrol		Deney		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	7	23.3	3	10.0	10	16.7
Hayır	23	76.7	27	90.0	50	83.3
Toplam	30	100	30	100	60	100

$\chi^2=1.920$ sd: 1 $p=0.166$ $p>0.05$

Tablo 14' de; Hastaların ameliyat sonrası yapacaklarına ilişkin bilgiye sahip olma durumlarına bakıldığında, kontrol grubunda 7 (%23.3), deney grubunda 3 (%10.0) hastanın bilgiye sahip olduğu, kontrol grubunda 23 (%76.7) deney grubunda da 27 (%90.0) hastanın bilgiye sahip olmadığı görülmektedir. İki grup arasında hastaların ameliyat sonrası yapacaklarına ilişkin bilgiye sahip olma durumu açısından fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 15 Ameliyat Sonrası Yapacaklarına İlişkin Bilgiye Sahip Olanların Bilgi Yeterlilik Durumuna Göre Dağılımı

Bu Bilgi Sizin İçin Yeterli mi?	Kontrol		Deney		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kısmen Yeterli	5	71.4	2	66.7	7	70.0
Yetersiz	2	28.6	1	33.3	3	30.0
Toplam	7	100	3	100	10	100

$$\chi^2=0.23 \text{ sd:1 } p=0.880 \text{ } p>0.05$$

Tablo 15’de; Ameliyat sonrası yapacaklarına ilişkin bilgiye sahip olan hastaların bilgi yeterlilik durumuna göre dağılımına bakıldığında, bu bilginin kontrol grubundaki 5 (%71.4) hasta için kısmen yeterli, 2 (%28.6) hasta için yetersiz olduğu, deney grubundaki 2 (%66.7) hasta için kısmen yeterli, 1 (%33.3) hasta için yetersiz olduğu görülmektedir. İki grup arasında hastaların ameliyat sonrası yapacaklarına ilişkin bilgiye sahip olanların bilgi yeterlilik durumu açısından fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 16. Ameliyat Sonrası Yapacaklarına İlişkin Bilgiye Sahip Olmayanların Kaygı Durumlarına Göre Dağılımı

Bilgisizlik Kaygıya neden oluyor mu?	Kontrol		Deney		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hiç	1	4.3	5	18.5	6	12.0
Biraz	9	39.1	10	37.0	19	38.0
Çok	12	52.2	12	44.4	24	48.0
Tamamıyla	1	4.3	-	-	1	2
Toplam	23	100	27	100	50	100

$$\chi^2=3.421 \text{ sd: 3 } p=0.331 \text{ } p>0.05$$

Tablo 16’da; Ameliyat sonrası yapacaklarına ilişkin bilgiye sahip olmayanların kaygı durumlarına bakıldığında, kontrol grubunda 1 (%4.3) hasta hiç, 9 (%39.1) hasta biraz, 12 (%52.2) hasta çok, 1 (%4.3) hasta tamamıyla kaygılı olduğunu ifade etmiştir. Deney grubundaki 5 (%18.5) hastanın hiç, 10 (%37.0) hastanın biraz, 12 (%44.4) hastanın çok kaygılı olduğu görülmektedir.

Ameliyat sonrası yapacaklarına ilişkin bilgiye sahip olmayanların kaygı durumları açısından fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.3. KONTROL VE DENEY GRUBUNDAKİ HASTALARIN DURUMLULUK VE SÜREKLİ KAYGI DÜZEYLERİNİ, AĞRI SKORLARI, TANSİYON VE NABIZ DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 17. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluluk Kaygı Düzeyi ve Sürekli Kaygı Düzeyine Göre Dağılımı

	Grup	N	$\bar{X} \pm SS$	P değeri
Durumluluk Kaygı Düzeyi	Kontrol	30	54.03±8.71	t=0.997
	Deney	30	52.10 ± 6.06	0.323*
Sürekli Kaygı Düzeyi	Kontrol	30	43.40 ± 7.91	t=0.035
	Deney	30	43.33 ± 6.88	0.972*

*: Student t test

Tablo 17’ de; Kontrol ve deney grubundaki hastaların ameliyat öncesi dönemdeki durumluluk ve sürekli kaygı düzeyleri görülmektedir. Yapılan t testi sonucunda, ameliyat öncesi durumluluk ($p=0.323$) ve sürekli ($p=0.972$) kaygı düzeyleri bakımından iki grup arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 18. Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Durumluluk Kaygı Düzeyine Göre Dağılımı

Kontrol grubu	N	$\bar{X} \pm SS$	P değeri
Ame. Öncesi Durumluluk Kaygı Düzeyi	30	54.03±8.71	t=1.001
Ame. Sonrası Durumluluk Kaygı Düzeyi	30	52.70 ± 5.78	0.325*

* paired t testi

Tablo 18 de kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk kaygı düzeylerine bakıldığında yapılan t testi sonucunda ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk kaygı düzeyi bakımından fark, istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. ($p>0.05$).

Tablo 19. Deney Grubundaki Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Durumluluk Kaygı Düzeyine Göre Dağılımı

Deney grubu	N	$\bar{X} \pm SS$	P değeri
Ame. Öncesi Durumluluk Kaygı Düzeyi	30	52.10 ± 6.06	t=18.281
Ame. Sonrası Durumluluk Kaygı Düzeyi	30	34.53 ± 3.79	0.000*

* paired t testi

Tablo 19’ da; Deney grubundaki hastaların ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk kaygı düzeylerine bakıldığında yapılan t testi sonucunda, eğitim yapılan bu grubun ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk kaygı düzeyleri bakımından fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 20. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Ameliyat Sonrası Durumluluk Kaygı Düzeyi'ne Göre Dağılımı

Grup	N	$\bar{X} \pm SS$	P değeri
Kontrol	30	52.70± 5.78	F= 262.497
Deney	30	34.53± 3.79	0.000*

* Kovaryans analizi

Tablo 20'de; Kontrol ve deney grubundaki hastaların ameliyat sonrası durumluluk kaygı düzeylerine bakıldığında hastaların operasyon öncesindeki kaygı düzeyine göre düzeltme yapılarak ameliyat sonrası durumluluk kaygı düzeyleri karşılaştırılmıştır. Yapılan Kovaryans analizi sonucunda, iki grup arasında ameliyat sonrası durumluluk kaygı düzeyi bakımından fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 21. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların VRS Değerlerine Göre Dağılımı

VRS	N	U* değeri	P
VRS ½. saat	60	228.000	0.000
VRS 1. saat	60	244.000	0.001
VRS 2. saat	60	256.000	0.001
VRS 3. saat	60	254.000	0.001
VRS 4. saat	60	209.000	0.000
VRS 5. saat	60	206.000	0.000
VRS 6. saat	60	189.000	0.000
VRS 12. saat	60	186.500	0.000
VRS 24. saat	60	228.000	0.000
VRS 48. saat	60	74.500	0.000

U* Mann Whitney U testi

Tablo 21'de; Tüm ölçüm zamanlarında kontrol ve deney grupları arasındaki VRS (Verbal Rating Skala) düzeylerinde anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 22. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların VAS Değerlerine Göre Dağılımı

VAS	GRUP	N	$\bar{X} \pm SS$
VAS ½. saat	Kontrol	30	8.200 ± 0.61
	Deney	30	7.066 ± 0.98
VAS 1. saat	Kontrol	30	7.233 ± 0.85
	Deney	30	6.100 ± 1.06
VAS 2. saat	Kontrol	30	6.600 ± 1.16
	Deney	30	5.066 ± 1.42
VAS 3. saat	Kontrol	30	5.866 ± 1.25
	Deney	30	4.533 ± 1.56
VAS 4. saat	Kontrol	30	5.633 ± 1.29
	Deney	30	3.866 ± 1.35
VAS 5. saat	Kontrol	30	5.366 ± 1.58
	Deney	30	3.466 ± 1.66
VAS 6. saat	Kontrol	30	5.800 ± 1.62
	Deney	30	3.333 ± 1.51
VAS 12. saat	Kontrol	30	4.700 ± 1.51
	Deney	30	2.733 ± 1.17
VAS 24. saat	Kontrol	30	3.666 ± 0.92
	Deney	30	2.066 ± 0.90
VAS 48. saat	Kontrol	30	2.833 ± 1.20
	Deney	30	1.133 ± 0.43

F= 3.007 p= 0.002

Tablo 22’de; Tüm ölçüm zamanlarında kontrol ve deney grupları arasındaki VAS (Visual Analog Skala) düzeylerinde fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 23. Kontrol Grubundaki Hastaların Zamana Göre VAS Değerlerine Göre Dağılımı

Zaman	P*	VAS ½.saat (n=30)	VAS 1. saat (n=30)	VAS 2. saat (n=30)	VAS 3. saat (n=30)	VAS 4. saat (n=30)	VAS 5. saat (n=30)	VAS 6. saat (n=30)	VAS 12. saat (n=30)	VAS 24. saat (n=30)	VAS 48. saat (n=30)
VAS ½. Saat		-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
VAS 1.saat		0.000	-	0.004	0.000	0.000	0.000	0.006	0.000	0.000	0.000
VAS 2.saat		0.000	0.004	-	0.014	0.005	0.011	1.000	0.000	0.000	0.000
VAS 3.saat		0.000	0.000	0.014	-	1.000	1.000	1.000	0.028	0.000	0.000
VAS 4.saat		0.000	0.000	0.005	1.000	-	1.000	1.000	0.069	0.000	0.000
VAS 5.saat		0.000	0.000	0.011	1.000	1.000	-	1.000	1.000	0.000	0.000
VAS 6.saat		0.000	0.006	1.000	1.000	1.000	1.000	-	0.030	0.000	0.000
VAS 12.saat		0.000	0.000	0.000	0.028	0.069	1.000	0.030	-	0.000	0.000
VAS 24.saat		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	-	0.002
VAS 48.saat		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.002	-

P*: One Way ANOVA [Post Hoc testi (Bonferroni testi)]

Tablo 23’de; Kontrol grubu hastalarının VAS (Visual Analog Skala) değerleri arasında tüm ölçüm zamanlarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların ağrıları ilk ölçüm zamanına göre azalma göstermiştir.

Tablo 24. Deney Grubundaki Hastaların Zamana Göre VAS Değerlerine Göre Dağılımı

Zaman	P*	VAS ½. saat (n=30)	VAS 1. saat (n=30)	VAS 2. saat (n=30)	VAS 3. saat (n=30)	VAS 4. saat (n=30)	VAS 5. saat (n=30)	VAS 6. saat (n=30)	VAS 12. saat (n=30)	VAS 24. saat (n=30)	VAS 48. saat (n=30)
VAS ½. Saat		-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
VAS 1.saat		0.000	-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
VAS 2.saat		0.000	0.000	-	0.492	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
VAS 3.saat		0.000	0.000	0.492	-	0.201	0.0.81	0.009	0.000	0.000	0.000
VAS 4.saat		0.000	0.000	0.000	0.201	-	1.000	1.000	0.006	0.000	0.000
VAS 5.saat		0.000	0.000	0.000	0.081	1.000	-	1.000	0.282	0.000	0.000
VAS 6.saat		0.000	0.000	0.000	0.009	1.000	1.000	-	1.000	0.000	0.000
VAS 12.saat		0.000	0.000	0.000	0.000	0.006	0.282	1.000	-	0.007	0.000
VAS 24.saat		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.007	-	0.000
VAS 48.saat		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	-

P*: One Way ANOVA [Post Hoc testi (Bonferroni testi)]

Tablo 24’de; Deney grubu hastalarının VAS (Visual Analog Skala) değerleri arasında tüm ölçüm zamanlarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubundaki hastaların ağrıları ilk ölçüm zamanına göre azalma göstermiştir.

Tablo 25. Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların TA Sistolik Değerlerine Göre Dağılımı

TA SİSTOLİK	GRUP	N	$\bar{X} \pm SS$
TA SİSTOLİK ½. saat	Kontrol	30	113.000 ± 13.93
	Deney	30	119.000 ± 12.68
TA SİSTOLİK 1. saat	Kontrol	30	113.333 ± 12.68
	Deney	30	118.000 ± 12.70
TA SİSTOLİK 2. saat	Kontrol	30	116.333 ± 8.50
	Deney	30	116.666 ± 13.72
TA SİSTOLİK 3. saat	Kontrol	30	113.666 ± 8.50
	Deney	30	116.000 ± 13.54
TA SİSTOLİK 4. saat	Kontrol	30	112.000 ± 8.05
	Deney	30	117.000 ± 11.18
TA SİSTOLİK 5. saat	Kontrol	30	114.000 ± 12.20
	Deney	30	115.000 ± 11.06
TA SİSTOLİK 6. saat	Kontrol	30	112.333 ± 11.94
	Deney	30	115.333± 9.73
TA SİSTOLİK 12. saat	Kontrol	30	113.000 ± 12.07
	Deney	30	113.333 ± 7.58
TA SİSTOLİK 24. saat	Kontrol	30	116.333 V 9.64
	Deney	30	114.333 ± 11.65
TA SİSTOLİK 48. saat	Kontrol	30	118.666 ± 9.37
	Deney	30	116. 333 ± 7.18

F= 1.452 P= 0.163

Tabo 25'de; Tüm ölçüm zamanlarında kontrol ve deney grupları arasındaki TA sistolik düzeylerindeki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 26 Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların TA Diyastolik Değerlerine Göre Dağılımı

TA DİYASTOLİK	GRUP	N	$\bar{X} \pm SS$
TA DİYASTOLİK ½. saat	Kontrol	30	70.333± 6.68
	Deney	30	74.666 ± 10.08
TA DİYASTOLİK 1. saat	Kontrol	30	71.000 ± 7.58
	Deney	30	73.000 ± 9.15
TA DİYASTOLİK 2. saat	Kontrol	30	73.333 ± 7.11
	Deney	30	74.500 ± 7.91
TA DİYASTOLİK 3. saat	Kontrol	30	72.333 ± 6.26
	Deney	30	73.000 ± 8.36
TA DİYASTOLİK 4. saat	Kontrol	30	71.666 ± 7.91
	Deney	30	73.666 ± 7.64
TA DİYASTOLİK 5. saat	Kontrol	30	73.333 ± 7.11
	Deney	30	73.333 ± 7.58
TA DİYASTOLİK 6. saat	Kontrol	30	70.333 ± 7.64
	Deney	30	72.000 ± 6.64
TA DİYASTOLİK 12. saat	Kontrol	30	71.000 ± 7.11
	Deney	30	71.000 ± 7.58
TA DİYASTOLİK 24. saat	Kontrol	30	74.333 ± 8.17
	Deney	30	72.666 ± 8.27
TA DİYASTOLİK 48. saat	Kontrol	30	75.666 ± 7.27
	Deney	30	75.333 ± 5.07

Tablo 26’da; Diyastolik TA değerlerinde tüm ölçüm zamanlarında anlamlı fark saptanmıştır (F= 2.788, p= 0.003). Fakat tüm ölçümlerde kontrol ve deney grupları arasında TA diyastolik değerleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır (F= 0.609, p= 0.438).

Tablo 27 Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Nabız Değerlerine Göre Dağılımı

NABIZ	GRUP	N	$\bar{X} \pm SS$
Nabız ½. saat	Kontrol	30	77.266± 9.17
	Deney	30	78.333± 7.12
Nabız 1. saat	Kontrol	30	77.733±5.98
	Deney	30	78.600±7.81
Nabız 2. saat	Kontrol	30	79.466±5.87
	Deney	30	78.666±7.91
Nabız 3. saat	Kontrol	30	78.666±5.97
	Deney	30	78.066±7.03
Nabız 4. saat	Kontrol	30	78.333±5.53
	Deney	30	79.366±6.11
Nabız 5. saat	Kontrol	30	78.966±5.14
	Deney	30	80.333±7.984
Nabız 6. saat	Kontrol	30	78.400±5.36
	Deney	30	80.200±5.12
Nabız 12. saat	Kontrol	30	80.600±5.38
	Deney	30	79.466±5.32
Nabız 24. saat	Kontrol	30	80.600±4.30
	Deney	30	80.733±3.46
Nabız 48. saat	Kontrol	30	80.466±3.58
	Deney	30	80.466±3.70

Tabo 27'de; Nabız değerleri arasında tüm ölçüm zamanlarında anlamlı fark saptanmıştır ($F= 2,534$ $p= 0.008$). Fakat tüm ölçümlerde kontrol ve deney grupları arasında nabız değerleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($F= 1.123$, $p= 0.727$).

BÖLÜM IV

4.TARTIŞMA

4.1 KONTROL VE DENEY GRUBU HASTALARININ

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların, yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında, kontrol grubundaki 15 (%50) hastanın 41-50 yaş, deney grubundaki 16 (%53.3) hastanın 41-50 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımına bakıldığında, çoğunluğun lise ve yüksekokul mezunu olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda 9 (%30.0) hasta lise, 12 (%40.0) hasta yüksekokul mezunu, deney grubunda 10 (%33.3) hasta lise, 7 (%23.3) hasta yüksekokul mezunudur.

Hastaların meslek durumlarına göre dağılımına bakıldığında, kontrol grubunda 17 (%56.7) hastanın, deney grubunda 10 (%33.3) hastanın memur olduğu görülmektedir.

Hastaların medeni durumlarına göre dağılımına bakıldığında, kontrol grubunda 24 (%80.0), deney grubunda 25 (%83.3) hastanın evli olduğu görülmektedir.

Hastaların gelir durumuna göre dağılımına bakıldığında, hem kontrol hem de deney grubundaki 21 (%70.0) hastada gelirin gidere denk olduğu görülmektedir.

Hastaların sosyal güvence durumuna bakıldığında, kontrol grubundaki 28(%93.3), deney grubundaki 23 (%76.7) hastanın sosyal güvencesinin Emekli Sandığı olduğu görülmektedir.

Kontrol ve deney grubu arasında yapılan χ^2 testi sonucunda sosyo demografik (yaş, meslek, medeni durum, gelir gider durumu, sosyal güvence) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. İki grubun birbirine benzer olduğu görülmektedir.

4.2. KONTROL VE DENEY GRUBUNDAKİ HASTALARIN DAHA ÖNCEKİ HASTALIK DURUMLARINA VE MEME KANSERİ HAKKINDAKİ BİLGİ DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Hastaların daha önce hastanede yatma durumlarına bakıldığında, kontrol grubunda 18 (%60.0), deney grubunda 21 (%70.0) hastanın daha önce hastanede yattığı görülmektedir. Kontrol grubunda 10 (%33.3), deney grubunda 8 (%26.7) hasta sürekli ilaç kullanmaktadır. Hastaların daha önce hastalık geçirme durumlarına bakıldığında, her iki grupta da 12 (%40.0) hastanın daha önceden geçirilmiş bir hastalığı olduğu görülmektedir. Bu hastalıklar Diabet, Hipertansiyon, Tiroidektomi, Histerektomi, Kolesistektomi vs. gibi hastalıklardır .

Hastaların meme kanseri hakkında bilgiye sahip olma durumlarına bakıldığında, kontrol grubunda 17 (%56.7), deney grubunda 14 (%46.7) hastanın bilgiye sahip olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki bu 17 hastanın sadece 1 (%5.9) i bu bilginin yeterli olduğunu ifade etmiştir. Deney grubundaki 14 hastanın 12 (%85.7) sinde bilginin kısmen yeterli olduğu 2 (%14.3) sinde ise, hiç yeterli olmadığı saptanmıştır.

Hastaların ameliyat sonrası yapacaklarına ilişkin bilgi düzeylerine bakıldığında, kontrol grubunda 23 (%66.7), deney grubunda 27 (%90.0) hastanın bilgiye sahip olmadığı görülmektedir. Bilgiye sahip olmayan bu hastaların, kaygı durumlarına bakıldığında, kontrol grubunda 12 (%52.2), deney grubunda da 12 (%44.4) hastanın çok kaygılı olduğu görülmektedir.

Kontrol ve deney grupları arasında bilgi düzeyleri ve bilgisizlikten dolayı duydukları kaygı düzeyleri açısından yapılan χ^2 testi sonucunda, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Meme kanseri hakkında bilgiyi nereden aldınız sorusuna, kontrol grubundan 6 (%35.3) hasta gazete – dergi, 7 (%41.2) hasta tv-radyo yanıtını vermiş, deney grubundan 4 (%28.6) hasta gazete-dergi, 6 (%42.9) hasta da tv-radyo dan bilgi aldığını ifade etmiştir. Diğer hastalar bilgiyi sağlık personeli, çevrelerindeki meme kanserli hastalar ya da internetten almışlardır .

Yeterli bilgiyi kimin vermesini isterdiniz sorusuna, kontrol grubunda 17 (%56.7), deney grubunda 21 (%70.0) hastanın doktor cevabını verdiği, diğer hastaların sağlık personeli, hemşire, tecrübeli biri, uzman kişi, yetkili biri gibi cevaplar verdiği görülmüştür.

Hastaların, medyadan (gazete,tv, internet vs.) almış olduğu bilginin yeterli olmadığı ve hastayı rahatlatmadığı, hastaların doktor, hemşire gibi bu konuda bilgili ve yetkili kişilerden, birebir görüşerek bilgi alma ihtiyacı duyduğu saptanmıştır.

Memenin alınmasının ne ifade ettiği sorusuna, kontrol grubundan 14 (%46.5) hasta, deney grubundan 18 (%60.0) hasta “sağlığım önemli” yanıtını vermiştir. Diğer hastalar, görüntüm bozulacak, eksik hissedeceğim, yarım hissedeceğim, düşüncesi rahatsız ediyor, psikolojik açıdan rahatsız edici, kabul edemiyorum gibi yanıtlar vermiştir.

Hastaların yaklaşık yarısı, kanser olgusunun yarattığı kaygı sonucu memenin kaybının çok önemli olmadığını, önemli olanın sağlığı olduğunu belirtmiştir. Diğer yarısı ise, memenin kaybını kabul edemediğini, bu düşüncenin rahatsız ettiğini, eksik hissedeceklerini belirtmişlerdir.

4.3.KONTROL VE DENEY GRUBUNDAKİ HASTALARIN DURUMLULUK VE SÜREKLİ KAYGI DÜZEYLERİNE, AĞRI SKORLARI, TANSİYON, NABİZ VE KULLANILAN ANALJEZİK SAYISINA İLİŞKİN BULGULAR

Araştırma kapsamındaki hastaların (kontrol grubu 30, deney grubu 30), ameliyat öncesi durumluluk ve sürekli kaygı düzeyleri ve iki grubun karşılaştırılması t testi ile yapılmıştır. Kontrol grubunun durumluluk kaygı düzeyi $X: 54.03 \pm 8.71$, sürekli kaygı düzeyi $X: 43.40 \pm 7.91$ bulunmuştur. Deney grubunun durumluluk kaygı düzeyi $X: 52.10 \pm 6.0$, sürekli kaygı düzeyi $X: 43.33 \pm 6.88$ olarak bulunmuştur. İki ortalama arasındaki farkın, önemlilik testine göre, kontrol ve deney grupları arasında ameliyat öncesi durumluluk ve sürekli kaygı düzeyleri bakımından fark anlamlı bulunmamıştır.

Kontrol grubundaki hastaların, ameliyat öncesi durumluluk kaygı düzeyleri $X: 54.03 \pm 8.71$ iken, ameliyat sonrası durumluluk kaygı düzeyleri $X: 52.70 \pm 5.78$ bulunmuştur. Yapılan t testi sonucunda, kontrol grubunda ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk kaygı düzeyi bakımından fark anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Deney grubunun hastaların, ameliyat öncesi durumluluk kaygı düzeyleri $X: 52.10 \pm 6.06$ iken, ameliyat sonrası durumluluk kaygı düzeyleri $X: 34.53 \pm 3.79$ bulunmuştur. Yapılan t testi sonucunda deney grubunda ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk kaygı düzeyi bakımından fark anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Kontrol ve deney grupları arasında yapılan kovaryans analizi ile iki grup arasında ameliyat sonrası durumluluk kaygı düzeyi bakımından fark anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Rutin uygulamalar dışında, bir uygulama yapılmayan kontrol grubunda ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyi açısından anlamlı bir fark oluşmazken, ameliyat öncesi hasta bilgi formu ve bilgilendirici el kitabıyla eğitim verilen deney

grubu hastalarında, ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk kaygı düzeyleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Dallı (1991) böbrek transplantasyon alıcı ve vericilerinde, bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının, ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeylerine etkisini, durumluluk ve sürekli kaygı ölçeği kullanarak araştırmıştır. Bilgilendirici hemşirelik yaklaşımı alan hastaların durumluluk anksiyete puan ortalamaları, ameliyat öncesi $X:39.92$ iken, ameliyat sonrası $X:30.88$ e, sürekli anksiyete puan ortalamaları ameliyat öncesi $X: 43.62$ iken, ameliyat sonrası $X:39.68$ e düşmüştür. Araştırma sonucuna göre; Bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının, durumluluk ve sürekli anksiyeteyi azaltıcı etkisi olduğu saptanmıştır ($P<0.05$) (4).

Yorulmaz ve Özbayır'ın, (2002), "Laparoskopik kolesistektomi olacak hastaların, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası anksiyete düzeyinin incelendiği" araştırmasında, ameliyattan önce durumluluk sürekli anksiyete puan ortalamalarının, ameliyat sonrası durumluluk sürekli anksiyete puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur. Ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk sürekli anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($P<0.05$) (54).

Hastaların ameliyat sonrası ağrı düzeylerine bakıldığında, tüm ölçüm zamanlarında kontrol ve deney grupları arasındaki VRS düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($P<0.05$). Aynı şekilde tüm ölçüm zamanlarında iki grup arasındaki VAS düzeylerinde de anlamlı farklılık bulunmuştur ($P<0.05$).

Ameliyattan yarım saat sonra olan ilk ölçüm zamanında kontrol grubunun ortalaması $X: 8.20 \pm 0.98$ olarak bulunurken , deney grubunun ortalaması $X: 7.06 \pm 0.98$ olarak bulunmuştur. Son ölçüm zamanı olan 48. saatte bu ortalamalar kontrol grubunda $X: 2.83 \pm 1.20$, deney grubunda $X:1.33\pm0.43$ bulunmuştur.

Kontrol grubundaki VAS ağrı skorları, ilk ölçüm zamanından daha yüksek olarak başlamış ve daha yüksek skorlarla bitmiştir.

Hastaların analjezik ihtiyaçları için, Genel Cerrahi Kliniğinin rutin uygulamasında olan ilk 24 saatte, 4x1/2 Dolantin ya da, 3x1 Voltaren, daha sonra oral olarak, 4x1 Minoset yada Tamol gibi ilaçlar verilmiştir.

Sjöling, M., Nodahl, G., total diz artroplastisi olan hastalarda ameliyat öncesi bilginin anksiyete durumuna, ameliyat sonrası ağrı ve ağrı idaresindeki memnurluk üzerine etkisini incelemiştir. Deney grubunun tümünde, kontrol grubundan daha küçük numaralı VAS değerleri kaydetmişlerdir. Bu farklılık üçüncü günde daha açık bulunmuştur ve daha az ağrı belirten deney grubunda kontrol grubundan daha erken dönemde VAS değerleri kesilmiştir. Bilgilendirilen hastaların ameliyat öncesi anksiyete değerleri de daha düşük bulunmuştur. Sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu tanımlanmıştır ($P<0.05$) (46) .

Özalp, G., Sarioğlu, R., Radikal Mastektomi olan meme kanseri hastalarında ameliyat öncesi emosyonel durumun (anksiyete, depresyon), ameliyat sonrası ağrı ve PCA kullanımına etkisini incelemiştir. Ameliyat öncesi daha yüksek anksiyete ve depresyon düzeylerine sahip hastaların ameliyat sonrası ağrı ve analjezik gereksinimlerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır ($P<0.05$) (35).

Kumralın 1979 yılında yaptığı çalışmada ameliyattan korkan hastaların, ameliyat sonrası ağrı yoğunluğu ile, ameliyattan korkmayan hastalardaki ağrı yoğunluğu arasındaki fark , önemli derecede anlamlı bulunmuştur (19).

İki grup arasında, tüm ölçüm zamanlarında tansiyon ve nabız değerlerindeki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$) .

BÖLÜM V

5.1.SONUÇ

Meme kanseri olan ve total mastektomi + aksiller diseksiyon olacak hastalarda, ameliyat öncesi dönemde verilen bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının ameliyat sonrası kaygı ve ağrı üzerine etkisini incelemek amacıyla, deneysel olarak planlanmış bu çalışmada :

Kontrol grubu hastalarının 15 (%50.0) i 41-50 yaş grubunda olup, yaş ortalaması 47.56, deney grubu hastalarının 16 (%53.3) sı 41-50 yaş grubunda olup, yaş ortalaması 47.30 bulunmuştur.

Kontrol grubundaki 12 (%40.0) hastanın yüksekokul, 9 (%30.0) hastanın lise mezunu olduğu, deney grubundaki 7 (%23.3) hastanın yüksekokul, 10 (%33.3) hastanın ise lise mezunu olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubundaki 17 (%56.7) hastanın memur, deney grubundaki 10 (%33.3) hastanın ise memur olduğu görülmektedir.

Kontrol grubundaki 24 (%80.0) hastanın evli, deney grubundaki 25 (%83.3) hastanın evli olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubundaki 28 (%93.3) hastanın Emekli Sandığına bağlı olduğu, 21 (%70.0) hastanın gelir gider durumunun denk olduğu görülmüştür. Deney grubunda 23 (%76.7) hastanın Emekli Sandığına bağlı olduğu, 21 (%70.0) hastanın gelir gider durumunun denk olduğu bulunmuştur.

İki grup arasında , sosyo demografik özellikler χ^2 testiyle karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Hastaların meme kanseri hakkında bilgiye sahip olma durumlarına bakıldığında kontrol grubunda 17 (%56.7) , deney grubunda 14 (%46.7) hasta bilgiye sahip olduğunu belirtmiştir. Kontrol grubundaki bu 17 hastanın 14 (%82.4) ü, bu

bilginin kısmen yeterli olduğunu belirtmiştir. Deney grubundaki 14 hastanın 12 (%85.7) si için bu bilgi kısmen yeterlidir. Ameliyat sonrası yapacaklarına ilişkin bilgiye kontrol grubundan 7 (%23.3), deney grubundan 3(%10.0) hastanın sahip olduğu görülmektedir. Ameliyat sonrası yapacaklarına ilişkin bilgiye sahip olmayanlar kontrol grubunda 23 (%76.7), deney grubunda 27 (%90.0) bulunmuştur. Bu hastaların kaygı durumlarına bakıldığında, iki grupta da 12 hastanın kaygı düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir.

Kontrol ve deney grubu hastalarının, ameliyat öncesi durumluluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında yapılan t test sonucunda fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Kontrol ve deney grubu hastalarının , ameliyat öncesindeki kaygı düzeyine göre ileri analiz yapılarak, ameliyat sonrası durumluluk kaygı düzeyi karşılaştırılmıştır. Yapılan kovaryans analizi sonucunda, iki grup arasında ameliyat sonrası durumluluk kaygı düzeyi bakımından farklılık anlamlı bulunmuştur. Kontrol grubunun ameliyat öncesi durumluluk kaygı düzeyi $X:54.03 \pm 8.71$ bulunurken, ameliyat sonrası ortalama $X:52.70 \pm 5.78$ bulunmuştur. Yapılan t testi sonucunda , bu grupta ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk kaygı düzeyi bakımından fark anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$) . Deney grubunda, ameliyat öncesi durumluluk kaygı düzeyi $X:52.10 \pm 6.06$ bulunmuş, ameliyat sonrası ortalama ise $X:34.53 \pm 3.79$ olarak bulunmuştur. Yapılan t testi sonucunda, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$) .

Hastaların ameliyat sonrası ağrı durumlarına bakıldığında, Mann Whitney U testi sonucunda tüm ölçüm zamanlarında, kontrol ve deney grupları arasındaki VRS düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($P<0.05$) .

Kontrol ve deney grubu hastalarının VAS değerlerinin karşılaştırılması, zaman dilimlerinin ikili analizleri Bonferroni testiyle yapılmıştır. Tüm lm zamanlarında, iki grup arasındaki VAS düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($P<0.05$).

İki grup arasında tüm ölçüm zamanlarında TA ve Nabız değerlerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Bu araştırmada, bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının, hastaların ameliyat sonrası kaygı ve ağrı düzeyleri üzerine azaltıcı etkisi olması beklenmiştir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, bu uygulamanın hastaların kaygı ve ağrı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır.

5.2. ÖNERİLER

Hastaların, ameliyat öncesi ve sonrası karşılaşacakları durumlarla ilgili bilgi eksikliği, kaygı düzeylerini arttırır. Ameliyat sonrası emosyonel sıkıntılara ve daha yoğun ağrı hissine sebep olur. Bu nedenle, hemşirenin hastaların fizyolojik hazırlığı için olduğu kadar, ameliyat öncesi psikolojik hazırlığı ve eğitimi için de zaman ayırması gerekmektedir.

Hastaya ameliyat öncesi özel bir zaman ayırmak, onunla birebir konuşmak, duygu ve düşüncelerini açıklaması için fırsat vermek çok önemlidir. Aynı zamanda hemşire, hastanın hastalığı hakkında ne kadar bilgiye sahip olduğunu, bu bilginin doğru olup olmadığını öğrenmeli, hastayı bu doğrultuda eğitmelidir.

Ameliyat ncesi bilginin ve uyulması gereken talimatların yazılı olarak verilmesi, hastaların ve yakınlarının uygulamalar hakkındaki bu bilgileri anlamasını kolaylaştıracak ve unuttuklarını okuyarak tekrar hatırlamalarına olanak sağlayacaktır.

BÖLÜM VI

6.1. ÖZET

Araştırma , meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının, ameliyat sonrası kaygı ve ağrı üzerine etkisini incelemek amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

Araştırma, Ağustos 2005 – Şubat 2006 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde yatan, total mastektomi + aksiller diseksiyon ameliyatı planlanan hastalara uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına kontrol grubunda 30 hasta, deney grubunda 30 hasta olmak üzere toplam 60 hasta alınmıştır.

Araştırmada, hastaların sosyo demografik, sağlık ve hastalık, meme kanseri hakkındaki bilgi durumlarına ilişkin veriler, hasta tanıtım formuyla toplanmıştır. Kontrol grubu hastalarına, rutin uygulamalar dışında bir uygulama yapılamamış, ameliyattan yaklaşık 24 saat önce durumluluk sürekli kaygı ölçeği uygulanmıştır. Ameliyat sonrası ilk 48 saat belirli aralarla ağrı düzeyleri ölçülmüştür. Ameliyattan yaklaşık 24 saat sonra durumluluk sürekli kaygı ölçeği tekrar uygulanmıştır. Deney grubu hastalarına ise aynı şekilde durumluluk kaygı ölçeği uygulandıktan sonra, ameliyat öncesi hasta eğitim programı ve bilgilendirici el kitabı yardımıyla bilgi verilmiş, soruları yanıtlanmıştır. Ameliyat sonrası kontrol grubunda olduğu gibi, ağrı ve kaygı düzeyleri ölçülmüştür.

Hastaların sosyo demografik özelliklerine göre dağılımına bakıldığında, kontrol grubunda %50 hastanın 41-50 yaş grubunda , %40 ının yüksekokul mezunu, %80 inin evli, %56.7 sinin memur olduğu, %70inde gelirin gidere denk, %93.3 ünün sosyal güvencesinin Emekli Sandığı olduğu görülmektedir. Deney grubu hastalarının %53.3 ü 41-50 yaş grubunda, %33.3 ü lise mezunu, %83.3 ü evli, %56.7 si evhanımı,

%70 in de gelir gidere denk, %76.7 sinin sosyal güvencesinin Emekli Sandığı olduğu görülmektedir.

Kontrol ve deney grubu hastalarının, ameliyat öncesi durumluluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($P>0.05$).

Ameliyat sonrası kontrol grubunun durumluluk kaygı düzeyinde anlamlı bir fark bulunmazken, deney grubunun ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk kaygı düzeylerindeki fark anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Kontrol ve deney grubunun, ameliyat sonrası durumluluk kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Kontrol ve deney grubundaki hastaların, ameliyat sonrası TA ve nabız değerlerinde, tüm ölçüm zamanlarında, iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Hastaların ameliyat sonrası ağrı durumlarına bakıldığında, tüm ölçüm zamanlarında, iki grubun VAS ve VRS değerlerindeki fark anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Sonuç olarak ; Bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının, hastaların ameliyat sonrası kaygı ve ağrı düzeyleri üzerine anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır.

6.2. ABSTRACT

The study was conducted in order to investigate the effects of informative and educative nursing approaches on postoperative anxiety and pain.

The study was conducted with the patients undergone total mastectomy + axillar dissection in General Surgery Department, School of Medicine, Training Hospital, Ege University between June 2005 and June 2006.

Totally 60 patients were enrolled, 30 in patient group and 30 individuals in control group.

In this study, patient informations on sociodemographics, health status and previous diseases, knowledge status on breast cancer were collected in patient information form. Control patients were not subjected any intervention other than routine examinations and they were applied continous anxiety inventory approximately 24 hours before the operation. Their pain levels were measured in regular intervals for 48 hours after the operation. Approximately in postoperative 24 hour, continous anxiety inventory was repeated. Subsequent to applying the anxiety inventory to the experiment group, patients were informed about patient education program and informative patient manual and the questions within the said manuals were answered. As in the postoperative control group, pain and anxiety levels were measured again.

When the distrbution of the patients' sociodemographics were examined, 50 % of the control group were 41 – 50 years old, 40 % of them graduated from college, 80 % were married, % 56.7 were officially employed, 70 % has income equivalent to the expenses, 93.3 % has social insurance from retirement fund. In experiment group, 53.3 % were 41 – 50 years old, 33.3 % were graduated from college, 83.3 % were

married, 56.7 % were housewife, 70 % has income equivalent to the expenses, 76.7 % has social insurance from retirement fund.

There were any significant differences between controls and patients in terms of preoperative status and continuous anxiety ($P > 0.05$).

Whereas there is no significant differences in anxiety level of postoperative control group, the difference between pre- and post-operative anxiety level in patient group was statistically significant ($P < 0.05$).

When the postoperative anxiety levels were compared between control and patient groups, the difference was statistically significant ($P < 0.05$).

In comparison of control and patient groups, the difference between postoperative TA and number of heart beat were not statistically significant in all measurement points ($P > 0.05$).

When the postoperative pain status of the patients was considered, the difference in VAS and VRS scores of the two group was found to be significantly different ($P < 0.05$).

As a conclusion, it is found that informative and educative nursing approach has significant effect on postoperative anxiety and pain.

BÖLÜM VII

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Bruner, L.S., Suddert, D.S., (1984). Textbook of Medical Surgical Nursing, Philadelphia: J.B. Lippincott Company, Fifth Edition , 1079-1083
2. Carr, E., Thomas, V., Wilson-Barnett, J., (2005). Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a longitudinal perspective, *International Journal of Nursing Studies*, 42: 521-530
3. Cimete, G., (1994). Ağrı Kavramı, *Türk Hemşireler Dergisi Cilt :44 sayı: 5-6 sayfa 42-6*
4. Dalli, D., (1991), Böbrek Transplantasyonu Alıcı ve Canlı Vericilerinde Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Preoperatif ve Postoperatif Kaygı Düzeylerindeki Etkisi, *Yüksek Lisans Tezi , Ege Üniversitesi İzmir*
5. Ell, K., Sanchez, K., Vourlekis, B. , (2005). Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income Romen with breast or gynecologic cancer, *Women's Oncology Rewiew 4:227-8*
6. Erdinç, S., Yücel, A., Aydınlı, I., (1995). Ağrı Serisi , *Hekimler Yayın Birliği*, 7,8,13,31-38.
7. Ertekin, C., Tuğlular, I. Yegül, İ. ,..... (1993). Ağrı ve Tedavisi, 19-27
8. Greenvold, M., Fayers, P. Bjorner, J. ,(1999). Anxiety and Disorder in Breast Cancer Patients at Low Risk of Recurrence Compared with the General Population: A Valid Comparison? , *J.Clin Epidemiol Vol. 52 (6) 523-530*
9. Gülay, H. , Yanlı, M. , Göksel, H. A. , (2005). Temel ve Sistemik Cerrahi , *İzmir Güven Kitabevi D.E.Ü.T.F. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, 952-973*
10. Hall, A., A'Hern, R. , Fallowfield, L. , (1999). Are we using appropriate self-report Questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer? *European Journal of cancer vol35, no:1 79-85*
11. Johnson , J.R. (1994) Caring for the woman who's had a mastektomi . *American Journal of nursing 25-31*
12. Kadınlarda en çok görülen 10 kanser türü, <http://www.saglik.gov.tr>
13. Karayurt, Ö. , Meme Kanseri <http://www.saglik.gov.tr>
14. Kaymakçı, Ş. , (2001) , Meme Hastalıkları Hemşireliği, *Bornova*
15. Kendi kendine Meme Muayenesi
Http://www.cicibebe.net/kadin/meme_muayenesi.html

16. Keskin, F. , (2005) . Anarektal Cerrahi gerektiren hastalarda uygulanan planlı bakımın ameliyat sonrası anksiyete düzeyine etkisi. *E.Ü.T.F Hemşirelik Yüksekokulu Yüksek Lisans Tezi*
17. Kisane, D.W. , Grabsch B . (2004). Psychiatric disorder in Romen with early stage and advanced breast cancer: a comperative analysis , *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry* , 38: 320-6
18. Kocaman, G. , (1994) Ağrı Hemşirelik Yakalaşimleri. *Saray Tıp Kitapevi 7-9, 31-37*
19. Kumral, A. (1979) Durumluluk Sürekli Anksiyete Postoperatif Ağrı ve Hemşirelik Etkinliklerinin İlişkileri, *Yüksek Lisans Tezi , Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 18-24*
20. Lawrence, W. , (1989) . Çagdas Cerrahi Tanı ve Tedavi. *Hekimler Birliği Vakfi, Türkiye Klinikleri Yayınevi 315-325*
21. Lewis, S.M. ,Collier, J.C. , (1987) Medical Surgical Nursing, Assesment and Management of Clinic Problems,*Graw Hill Book Company 1363-7*
22. Lithner, M. ,Zilling, T. , (2000) Pre and postoperative information needs. *Patient Education and Counselling 40:29-37*
23. Loeser, J. , Melzack, R. ,(1999) Pain: Overview . *The Lancet 353: 1607-9*
24. Long, B.C. , Phipps, W.J. , (1985). Essentials of Medical Surgical Nursing, A Nursing Prosess Approach, *The C.U Mosby Company 1093-1100*
25. Luckman, J. ,Sorensen, K.C. (1974) A Phychophysiologic Approach in Medical Surgical Nursing ,*Philadelphia : W.B. Saunders Company 1298-1302*
26. Luker, K.A. ,Beaver, K. ,Leinster, S.J. , (1995) etc. “The information Needs of Women Newly Diagnosed with Breast Cancer” *Journal of Advanced Nursing Volume 22 Number I 134-141*
27. Macleod, U. , Ross, S. ,Fallowfield, L. , (2004). Anxiety and support in breast cancer: is this different for affluent and deprived women? A questionnaire study. *British Journal of Cancer 91:879-883*
28. Mammografi ve Dijital Mammografi Hakkında Genel Bilgiler, <http://www.geocities.com/radyodiagnostik/tezyedi.htm>
29. Mc Caffery, M. (2002). Teaching your patient to use a pain rating suale , *Nursing 32 (8) pg.17*
30. Mitchell, M. (2000). Anxiety management: a distinct nursing role in day surgery , *Ambulatory Surgery , 119-127*

31. Montezari, A. , Jarvandi, S. , Haghghat, S. , (2001). Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group. *Patient Education and Counselling* 45: 195-8
32. Morassi, G. Constantini, M. , Virterbori, P. , (2001). Predicting mood disorders in breast cancer patients. *European Journal of Cancer* 37:216-223
33. Munafö, M. ,Stevenson, J. , (2001). Anxiety and surgical recovery reinterpreting the literature, *Journal of psychosomatic research* 51: 589-596
34. Öner, N. , Le Compte, A. ,(1982) Durumluluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı , *Boğaziçi Üniversitesi Yayınları* 1-26
35. Özalp, G. , Sarıoğlu, R. ,Tuncel, G. ,Aslan, K. , Kadioğulları, N. (2003). Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 47: 26-9
36. Özbayır, T. , (1988) “Ameliyat öncesi solunum ekzersizlerinin ameliyat sonrası solunum fonksiyon testlerine, alınan analjezik sayısına, hastanede kalış süresine etkisi” *Yüksek lisans tezi Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu* 12-13
37. Özbayır, T. , (2002). “Ağrı Yönetimi Ve Hemşirelik Bakımı“ *Ulusal Cerrahi Kongresi, Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Panel ve Bildirileri*
38. Özdedeli, E. , (2005). E.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim dalı Ders Notları. *Güven Kitabevi* 63-5
39. Özer, Ş. (1992). “Modifiye radikal mastektomi sonrası geciktirilmiş omuz ekzersizlerinin, omuz fonksiyonları, drenaj miktarı, drenaj süresi ve seroma oluşmasına etkisinin incelenmesi” *Doktora tezi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu* 4-14
40. Özkan, S. ,(1993). *Psikiatrik Tıp İstanbul* 41-2, 117-8 ,175-180.
41. Price, B. , (1990). *Body İmage Nursing Concepts and Care. Newyork London : Prentice Hall* 234-243.
42. Püskülcü, H. , İkiz, F. , (1989). İstatistiğe Giriş, *Bilgehan Basımevi* 153-193
43. Scherer, J.C. , (1977). *Introductory Medical Surgical Nursing , J.B. Lippincott Company Second Edition* 544-9
44. Shuldham, C. , (2001). Pre-operative education for the patient having coronary artery bypass surgery. *Patient Education and Counselling* 43:129-137
45. Shuldham, C. ,(1999). A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. *International Journal of Nursing Studies* 36:171-7

46. Sjöling, M. , Nordahl, G. , Olofsson, N. , Asplund, K. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counselling* 51: 169-176
47. Spalding, N.J. , (2003). Reducing anxiety by pre-operative education: Make the future familiar. *Occupational Therapy International* 10 (4) 278-293
48. Sümbüloğlu, K. ,Sümbüloğlu, V. , (1989). Bioistatistik, *Hatipoğlu Yayınevi* 58-69
49. Suominen, T. ,Leino- Kilpi, H. , Loupitta, P. , (1995). “Who provides support and how” Canser Nursing, *Volume 18 Number 14 Philadelphia , Lippincott-Raen Publishers* 278-285
50. Timothy, F., Boncover, V., (1993). Postoperative Pain Management , *Churcill Livingstone, 119-124*
51. Topuzoğlu, C. , Hemşirelerin kadın meme hastalıkları ile ilgili bilmesi gerekenler ,*Ulusal Cerrahi Hemşirelik Dergisi Cilt 1 Sayı 2 2-6*
52. Ünal, M. , (1988). Cerrahi Genel 1, *Nobel Tıp Kitabevi* 406-16
53. Uyar, M. , (2002). Postoperatif Ağrı *Ulusal Cerrahi Kongresi, Cerrahi Hemşireliği Sektörünü Panel ve Bildirileri*
54. Yorulmaz, L. , Özbayır, T. , (2002). “Laparoskopik Kolesistektomi Olacak Hastaların Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Anksiyete Düzeyinin İncelenmesi“ *Ulusal Cerrahi Kongresi, Cerrahi Hemşireliği Sektörünü Panel ve Bildirileri*

EK- I

HASTA TANITIM FORMU

Denek No:

1-)Yaşınız :

2-)Yaş grubunuz:

a-) 31-40 b-) 41-50 c-)51-60

3-)Eğitim durumunuz (en son bitirdiğiniz okul)

a-) İlkokul b-) Ortaokul c-) Lise d-) Yüksekokul

4-)Mesleğiniz

a-)Ev hanımı b-) İşçi c-) Memur d-) Serbest Meslek

5-)Medeni durumunuz

a-) Bekar b-) Evli c-) Dul

6-)Gelir Durumunuz

a-) Gelir gidere denk b-) Gelir giderden az c-) Gelir giderden çok

7-)Sosyal güvenceniz

a-) Bağkur b-) Sigorta c-) Emekli Sandığı d-) Ücretli

8-) Aile yada yakın çevrede sağlık personeli olarak çalışan var mı ?

a-) Evet b-) Hayır

9-) Daha önce hiç hastaneye yattınız mı?

a-) Evet b-) Hayır

10-) Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

a-) Evet b-) Hayır

11-) 10.soru evet ise, nedir?

12-)Daha önceden geçirilmiş bir hastalığınız var mı?

a-)Evet b-) Hayır

13-) 12.soru evet ise, nedir?

14-) Meme kanseri hakkında herhangi bir bilgiye sahip misiniz?

a-) Evet b-) Hayır

15-) Bu bilgi sizin için yeterli mi?

a-) Hiç b-) Kısmen c-) Oldukça d-) Tamamıyla

16-) Meme kanseri hakkında bilgiyi nereden aldınız? (14.soruya evet diyenler için)

a-) Gazete- Dergi b-) Tv – Radyo c-) Sağlık personeli d-) Diğer

17-) Ameliyat sonrası yapacaklarınız hakkında bilgiye sahip misiniz?

a-) Evet b-) Hayır

18-) Bu bilgi sizin için yeterli mi? (17.soruya evet diyenler için)

a-) Yeterli b-) Kısmen yeterli c-) Yetersiz d-) Bilmiyorum

19-) Bu bilgi sizi rahatlatıyor mu?

a) Hiç b-) Kısmen c-) Oldukça d-) Tamamıyla

20-) Bilgisizlik sizin kaygı duymanıza neden oluyor mu?(17.soruya hayır diyenler için)

a-) Hiç b-) Biraz c-) Çok d-) Tamamıyla

21-) Yeterli bilgiyi kimin vermesini isterdiniz?

22-) Memenin alınması sizin için ne ifade ediyor?

EK II

DURUMLULUK SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

ADI :

SOYADI :

DOĞUM TARİHİ:

KENDİNİ DEĞERLENDİRME FORMU

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

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

KENDİNİ DEĞERLENDİRME FORMU

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

		Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Hemen hemen her zaman
21	Genellikle keyfim yerindedir	1	2	3	4
22	Genellikle çabuk yorulurum	1	2	3	4
23	Genellikle çabuk ağlarım	1	2	3	4
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterdim	1	2	3	4
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	1	2	3	4
26	Kendimi dinlenmiş hissederim	1	2	3	4
27	Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	1	2	3	4
28	Güçlüklerin, yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	1	2	3	4
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	1	2	3	4
30	Genellikle mutluyum	1	2	3	4
31	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	1	2	3	4
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	1	2	3	4
33	Genellikle kendimi emniyette hissederim	1	2	3	4
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	1	2	3	4
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	1	2	3	4
36	Genellikle hayatımdan memnunum	1	2	3	4
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	1	2	3	4
38	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki unutmam	1	2	3	4
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım	1	2	3	4
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	1	2	3	4

EK III

ANALJEZİ TAKİP FORMU

Denek No :
Hasta Adı Soyadı:
Yaş:
Kilo:
Boy:

Post op saat	TA	Nb	VRS	VAS	Analjezik alımı
1/2					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
12					
24					
48					

VAS (Ağrı Skoru)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 Hiç Ağrı Yok

Dayanılmaz Ağrı 10

VRS (Ağrı Skoru)

- 1-) Ağrı yok
- 2-) Hafif ağrı
- 3-) Orta ağrı
- 4-) Şiddetli ağrı
- 5-) Çok şiddetli ağrı

EK IV

AMELİYAT ÖNCESİ HASTA EĞİTİM PROGRAMI

Ameliyat öncesi size uygulanacak bu eğitim programında, ameliyat öncesi akşamdan, taburcu olana kadar geçen süre içinde yapılacak olan işlemler anlatılmaktadır.

AMELİYAT ÖNCESİ AKŞAM

- Saat 24.00 den sonra bir şey yenmez ve içilmez (oruç) .
- Ameliyat olacak taraftaki koltuk altı ve memenin tıraşı yapılır (Deri sabunlandıktan sonra tüylerin gidiş yönünde traş edilir ve üzeri antiseptik bir solüsyonla silinir).

AMELİYAT SABAHI

- Ameliyat sırası geldiğinde, bir hemşire tarafından önlük giydirilecek, varsa takma dişiniz, ojeniz, takılarınız çıkartılıp kıymetli eşyalarınız yakınlarınıza teslim edilecektir.

AMELİYATHANEDE

- Görevli personel tarafından ameliyathaneye getirildiğinizde burada hazırlık odasına alınıp dinlenmeniz sağlanacak ve ameliyat için hazırlanıp sakinleştirici bir ilaç uygulanacaktır.

ANESTEZİ ŞEKLİ

- Ameliyat genel anestezi altında gerçekleşecektir.

AMELİYAT SONRASI

- Ameliyatınız bittiğinde yoğun bakıma alınıp orada bir hemşire tarafından izleneceksiniz . Size yatak içinde yarı oturur pozisyon verilecektir.
- Yoğun bakımda tansiyonunuz, ateşiniz, nabız ve hemovak kontrolünüz yapılacak, ağrınız kontrol altına alınacaktır.

- Bir süre serumla beslendikten sonra akşam ağızdan sıvı gıdalar almaya başlayacaksınız .
- Tuvalet ihtiyacınız için yatakta sürgü kullanabilir ve ilerleyen saatlerde bir hemşire eşliğinde tuvalete gidebilirsiniz.
- Durumunuz uygunsa, akşamüstü yaklaşık 18.00 civarında servisteki odanıza götürüleceksiniz.

TABURCULUK ÖNCESİ

- Hemovak ve sitokinetiniz varsa bunlar yaklaşık 5-6 gün içerisinde çıkartılacak ve kol egzersizlerine başlayabileceksiniz. Eğer hemovakla taburcu edilecekseniz, evde hemovak bakımıyla ilgili gerekli bilgiler verilecektir. Kol egzersizleri öğretilecektir. (bu konular size verilecek kitapçıkta bulunmaktadır).

KONTROLE GİDİŞ ZAMANI

- Ameliyat sonrası ilk Cuma kontrole geleceksiniz, size konsey kararı bildirilip bundan sonraki kontrol ve tedavi şekli anlatılacaktır.

ÖZGEÇMİŞ

1968 yılında doğdu. İlkokulu Umurbey İlkokulunda, Ortaokul ve Liseyi Buca Lisesi'nde okudu. 1985 yılında Ege Üniveristesi Hemşirelik Yüksekokuluna başladı, 1989 yılında mezun oldu. Aynı yıl Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde çalışmaya başladı.

1993 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında açmış olduğu Yüksek Lisans sınavını kazandı . Tez aşamasında, sağlık problemleri nedeniyle yüksek lisans tez çalışmasını ara vermek zorunda kaldı . 2005 yılında, afaan yararlanarak tez çalışmasına yeniden başladı.

Halen, Genel Cerrahi servisinde hemşire olarak çalışmaktadır.