



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**MEME KANSERİ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN
PSİKOSOSYAL UYUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

YASEMİN NAZLI

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAOĞLU

İSTANBUL, 2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**MEME KANSERİ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN
PSİKOSOSYAL UYUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

YASEMİN NAZLI

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAOĞLU

İSTANBUL, 2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Hemşirelik
Program : Psikiyatri Hemşireliği
Öğrenci No : 164204046
Öğrenci Adı Soyadı : Yasemin NAZLI

MEME KANSERİ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN PSİKOSOSYAL UYUMU VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 24.07.2019 tarihinde yapılan
sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof. Dr. Besti ÜSTÜN
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAĞLU
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Sebahat ATEŞ
(Maltepe Üniversitesi)

İmza 

ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun
..... tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

ÖZET

Bu araştırma genel cerrahi servisinde meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Şubat - Eylül 2018 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi servisinde meme kanseri tedavisi alan 100 kadın hasta oluşturmuştur.

Veriler , Veri Toplama Formu ve Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) ile toplanmıştır. Verilerin analizinde ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum ve maksimum, Student t testi, Mann Whitney U testi, One-way Anova testi, Bonferroni testi, Kruskal Wallis testi, Dunn- Bonferroni, Pearson Ki-Kare testi ve Fisher-Freeman-Halton Exact testi kullanılmıştır. Anlamlılık en az $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Hastaların hastalığa psikososyal uyum puanı ortalaması $45,79\pm 19,28$ 'dir. Psikososyal uyumun en çok etkilendiği alanların sağlık bakımına oryantasyon, aile ve mesleki çevre, seksüel ilişkiler ve psikolojik baskı alanı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Hastaların %32'sinin iyi uyum, % 27'sinin orta uyum, % 41'inin kötü uyum sağladığı belirlenmiştir. Hastanın mesleği, çalışma durumu, ekonomik sorunları, tanı alma süreci, tedavi sürecinde yeterli destek alma durumu, meme kanseri tedavi sonrası aile içi sorun alanlarındaki değişimde eş ile iletişim, algılanan sosyal destek olarak eş desteği psikososyal uyumu etkilemektedir ($p<0,05$).

Sonuç olarak meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyumunda sosyodemografik, tedavi ve hastalığa ilişkin özelliklerin etkili olduğunu göstermektedir. Meme kanseri tedavisi alan hasta ve yakınlarının psikososyal uyum sürecinin artırılması için psikososyal gereksinimlerinin belirlenerek, kansere psikososyal uyum açısından konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi tarafından değerlendirilmesi, psikososyal uyum sürecinde gözlenen sorunlarda bakımın bütüncül planlaması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, meme cerrahisi, kemoterapi, psikososyal uyum, konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği

ABSTRACT

This study was done to determine psychosocial adjustment of patients who receive treatment for breast cancer in the general surgery department and affecting factors. The study sample consists of 100 female patients who received treatment for breast cancer in the general surgery department of Marmara University Pendik Research and Teaching Hospital between the dates of February 2018-September 2018.

Data were collected with Data Collection Form and the " Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report (PAIS-SR)". Mean, standard deviation, median, frequency, percentage, minimum and maximum, Student test, Mann Whitney U test, One-way Anova test, Bonferroni test, Kruskal Wallis test, Dunn- Bonferroni, Pearson Chi-Square test and Fisher-Freeman-Halton Exact test were used to analyze the data. The significance level was set at $p<0.05$.

The patients had a mean score of 45.79 ± 19.28 for psychosocial adjustment. The areas in which psychosocial adjustment are most affected are healthcare orientation, vocational environment, family environment, sexual relationships and psychological distress ($p<0.05$). 32% of the patients had good, 27% had moderate and 41% had poor psychosocial adjustment. Patient's occupation, employment status, economic problems, length of diagnostic period, sufficient support during treatment process, communication with spouse during the changes in problematic areas in the family following breast cancer treatment, spouse support as perceived social support affect psychosocial adjustment ($p<0.05$).

The results show that sociodemographic, therapeutic and disease characteristics have an impact on the psychosocial adjustment of patients receiving treatment for breast cancer . In order to improve the psychosocial adjustment process of patients who receive breast cancer treatment and their families, their psychosocial needs should be identified and evaluated by consultation liaison psychiatry nurses to ensure psychosocial adjustment and the care should be planned with a holistic approach to find solutions to the problems observed in the psychosocial adjustment process.

Key words: Breast cancer, breast surgery, chemotherapy, psychosocial adjustment, consultation liaison psychiatry nursing

TEŞEKKÜR

Tez çalışması sürecinin her aşamasında her zaman destek, ilgi ve sabır gösteren, tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesini sağlayan değerli tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Elçin BABAÖĞLU başta olmak üzere Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Besti ÜSTÜN, Prof. Dr. Selma DOĞAN ve tüm hocalarıma,

Çalışmanın uygulanmasında destek veren Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi Doktor ve Hemşirelerine,

Araştırma sürecinde çalışmayı kabul eden ve ameliyattan sonra yaşadıkları süreci benimle paylaşan hastalarım,

Her daim desteğini esirgemeyen ve varlığı ile bana güç veren Prof. Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU ve Dr. Öğretim Üyesi Aylin ERDİM'e,

Tez çalışması sürecinde sabır ve anlayışlarını eksik etmeyen, her zaman bilgi paylaşımında bulunan Yeşim CENAL, Aylin OKUMUŞ ve Fatma TÜRKÖĞLU'na,

Hayatımın her anında bana destek olan sevgili annem Nurşen NAZLI'ya sonsuz teşekkür ederim.

Yasemin NAZLI

Temmuz 2019

BEYAN FORMU

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütun bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütun bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Tarih

Yasemin NAZLI

İmza



İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	vii
TABLOLAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SİMGELER KISALTMALAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	4
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırma Soruları.....	5
2. GENEL BİLGİ	6
2.1. Meme Kanseri.....	6
2.1.1. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk faktörleri.....	6
2.1.2. Meme Kanseri Evrelendirilmesi.....	10
2.2. Meme Kanseri Tedavisi	11
2.2.1. Cerrahi Tedavi.....	11
2.2.1.1. Meme koruyucu cerrahi (MKC).....	11
2.2.1.2. Mastektomi.....	12
2.2.1.3. Aksiller Lenf Nodu Disseksiyonu (ALND).....	13

2.2.1.4. Sentinel Lenf Nodu Disseksiyonu (SLNB).....	13
2.2.2. Kemoterapi.....	14
2.2.3. Radyoterapi.....	14
2.2.4. Hormonoterapi.....	15
2.3. Meme Kanseri Tedavi Sonrası Yaşanan Psikososyal Sorunlar.....	15
2.3.1. Fiziksel Sorunlar.....	15
2.3.2. Psikolojik Sorunlar.....	16
2.3.3. Sosyal Sorunlar.....	18
2.4. Psikososyal Uyum Kavramı ve Etkileyen Faktörler.....	20
2.5. Psikososyal Uyum ve Meme Kanseri Tedavisi.....	21
2.6. Meme Kanseri Tedavisi ve Psikiyatri Hemşireliği.....	24
2.6.1. Kanser ve Psiko-onkoloji.....	26
2.6.2. Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatri Hemşireliği.....	27
2.6.2.1. Temel Düzey Psikoterapötik Beceriler.....	28
2.6.2.2. Özelleşmiş Psikolojik Müdahaleler.....	33
2.6.2.3. Psikoterapi.....	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1. Araştırmanın Tipi.....	37
3.2. Araştırma Yeri.....	37
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	38
3.3.1 Örneklemeye dahil edilme kriterleri.....	38
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	39
3.5. Verilerin Toplanması.....	39

3.5.1. Veri toplama araçları.....	39
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	42
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	42
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	42
4. BULGULAR.....	43
5. TARTIŞMA.....	65
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	78
7. KAYNAKLAR.....	84
8. EKLER.....	94

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1: Meme kanseri tedavisi alan hastaların tanımlayıcı özellikleri.....	43
Tablo 2: Meme kanseri tedavisi alan hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özellikleri	45
Tablo 3: Meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyum düzeyleri.....	46
Tablo 4: Meme kanseri tedavisi alan hastaların hastalığa psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği (PAIS-SR) alt boyut ve toplam puanlarının dağılımı.....	47
Tablo 5: Meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyum puan ortalamaları ile tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması.....	48
Tablo 6: Meme kanseri tedavisi alan hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre psikososyal uyum düzeylerinin değerlendirilmesi.....	55
Tablo 7: Meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyum puan ortalamaları ile hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması.....	57
Tablo 8: Meme kanseri tedavisi alan hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliklerine göre psikososyal uyum düzeylerinin değerlendirilmesi.....	63

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Meme kanserinde TNM evrelendirilmesi.....	10
Şekil 2: Tunmore (1990) psikolojik bakım düzeyleri.....	25
Şekil 3: Hastalığa psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği (PAIS-SR) alt boyutlarına ilişkin soru dağılımları	41



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
ALND:	Aksiller Lenf Nodu Disseksiyonu
ER:	Östrojen Reseptörü
ERCP:	Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi
HRT:	Hormon Replasman Tedavisi
KLP:	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
KLPH:	Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresi
LİMK:	Lokal İleri Evre Meme Kanseri
MKC:	Meme Koruyucu Cerrahi
MR:	Emar
MRM:	Modifiye Radikal Mastektomi
NCCS:	Number Cruncher Statistical System
PAIS-SR:	Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği
PET-CT:	Pozitron Emisyon Tomografisi
RF:	Radyofrekans
SLNB:	Sentinel Lenf Nodu Disseksiyonu
USG:	Ultrasonografi
VKİ:	Vücut Kitle İndeksi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, çeşitli organlarda hücrelerin kontrolsüz çoğalması sonucunda gelişen, klinik tedavisi birbirinden farklı olan ve yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkileyen en önemli sağlık sorunlarından birisidir. En sık rastlanan kanser türü olan meme kanseri de, gelişen tanı ve tedavi yöntemleri ile birlikte birçok belirti, bulgu ve risk faktörlerini içeren tanı anından tedavinin sonlandırılmasına kadar, multidisipliner ekip çalışmasıyla tedavi ve bakım gerektiren kronik bir hastalıktır (Türkiye Kanser İstatikleri, 2017).

Meme kanserinin görülme sıklığı, dünyada ve ülkemizde hızla artmaktadır. Dünyada ve ülkemizde, kadınlarda görülen ilk beş kanser türü içinde en sık meme kanserinin görüldüğü belirtilmektedir (Türkiye Kanser İstatikleri, 2017). 2014 yılı Kanser İstatistikleri'ne göre kanser tanısı konulan her dört kadın kanserinden birinin meme kanseri olduğu belirtilmiştir (Türkiye Kanser İstatikleri, 2017).

Meme kanseri tanısı konulan kadınlar varoluşsal, beden imajı ile evlilik ve aile yaşamlarına ilişkin bir takım çatışmalar yaşamaktadır. Bu çatışmalar çözümlenemediğinde hastaların işlevselliği bozularak gerek ev gerek mesleki yaşamlarında rol problemleri yaşamaktadırlar. Bunların sonucunda ise genellikle anksiyete ve depresyon gibi psikolojik problemler ortaya çıkabilmektedir. Bağ'ın bildirdiğine göre meme kanseri tedavi sürecinde hastalar ve aileleri kriz süreci yaşamakta olup bu deneyimleri boyunca hastalar ve aile üyeleri yaşamlarını yeniden anlamlandırarak oluşan yeni duruma uyum sağlamaya çalışmaktadırlar (Bağ, 2013).

Meme kanserinde erken tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesiyle birlikte sağkalım oranları artmıştır. Uygulanan tedavilerin süresi ve çeşitliliği, semptomların şiddeti ve nüks anksiyetesi nedeni ile hastalarda hastalığa psikososyal uyum süreci de uzamış ve farklılaşmıştır. Özellikle hastaların yaşadıkları enerji kaybı, yorgunluk, ağrı, bulantı ve kusma, hormonal değişimler, lenf ödem ve uyku problemleri gibi fiziksel sorunlar hastaların günlük yaşamlarını olumsuz etkileyerek uyumlarını zorlaştırmaktadır (Gümüş, 2006; Kocaman, 2008; Tünel ve ark., 2012; Dragest ve ark., 2015).

Meme kanserinin tedavisi lokal ve sistemik olup lokal tedavide cerrahi meme koruyucu cerrahi, mastektomi, aksiller lenf nodu disseksiyonu, sentinel lenf nodu biyopsisi gibi cerrahi girişimler ile radyoterapi mevcuttur. Sistemik tedavide ise; kemoterapi ve hormon tedavileri yer almaktadır (Akyolcu ve ark., 2018; Demir 2016). Gümüş'ün belirttiğine göre (2006), meme kanserli hastalar tedavi esnasında tedavi yan etkileri nedeniyle fiziksel iyilik halleri olumsuz etkilenmekte bu da yaşam kalitelerinin düşmesine yol açmaktadır. Yaşam kalitesi değişen hastaların psikolojik ve sosyal sorun alanları oluşabilmektedir.

Literatür bilgilerine göre, meme kanseri hastaları kanserin her aşamasında genellikle tedavi hakkında belirsizlik, beden imajında bozulma ve cinsel işlevsellikte azalma gibi nedenlerden dolayı suçluluk, anksiyete, depresyon, öfke, ölüm korkusu ve umutsuzluk gibi bir takım psikolojik sorunlar yaşamaktadırlar. Tanı ve tedavi aşamasında da sıklıkla gelecek hakkında belirsizlik, hastalığın tekrarlanma korkusu, günlük yaşam aktivitelerinde bozulma ile aile ile iletişim problemleri gibi psikososyal sorunlar yaşamaktadırlar (Daştan ve Buzlu 2016; İzci ve ark., 2016; Işık, 2014; Gümüş, 2006; Kocaman, 2008; Tünel ve ark., 2012; Büchi ve ark., 2011; Weis, 2015; Kollberg, 2014; Falagas ve ark., 2009; Büchi ve ark., 2008; Matsui, 2017; Yusoff, 2012; Knobf, 2007). Denizgil ve arkadaşları (2015) mastektominin beden algısı ve cinsel işlevleri olumsuz etkileyebileceğini, meme koruyucu cerrahinin total mastektomiye göre beden algısı ve cinsel işlevler açısından daha avantajlı olduğunu belirtmişlerdir. Kocaman Yıldırım ve arkadaşları da (2009), meme kanserli hastaların anksiyete ve depresyon riskinin tanı aşamasından itibaren yüksek olduğu ve riskin birinci yılda da devam ettiğini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada yazarlar, hastaların yaşam kalitelerinin cerrahi sonrası erken dönemde azaldığını; ancak sonraki yıllarda sosyal alanlarda yaşanan sorunlardan dolayı anksiyete ve depresyon risklerinin giderek artarak cerrahi öncesi dönemdeki kadar yükseldiğini bulmuşlardır.

Literatür bilgilerine göre, meme kanseri hastalarının sosyal sorunları genellikle aile, meslek ve ekonomik nedenlerle ilişkili olup hasta ve aile bireylerinin, sosyal ve ev yaşamında rol ve sorumlulukların değişmesi sonucu ortaya çıkmaktadır (Gümüş, 2006). Bu sorunlar kanserin tanı aşamasından itibaren farklı şiddetlerde yaşanabilmektedir. Aile ile ilgili sorunlara bakıldığında Atay ve arkadaşları da (2015) meme kanserli hastalarda aile işlevlerinin belirgin olarak bozulduğunu, aile içi rol değişiklikleri nedeniyle iletişim

sorunları ve depresyon yakınmalarının arttığını bildirmişlerdir. Aynı zamanda kadınlar, eşleriyle evlilik ilişkilerinin değişeceği düşüncesi ile duygusal korku ve kaygı yaşamakta olup partnerler de, hasta eşleri için çaresizlik ve yetersizlik duyguları ile baş etmeye çalışmaktadırlar. Eş ile ilişkiler incelendiğinde ise Gürsoy ve arkadaşları da (2017) meme kanserli hastaların eşlerinin, mastektomi ve kemoterapi sonrası hastaların fiziksel görünümündeki değişiklikler nedeni ile güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Öte yandan meslek ve ekonomik sorunlara bakıldığında ise kanser hastaları tedavinin yan etkileri iş hayatına geri dönememe, stigma, iş yerinde yaşanan ayrımcılık ve sağlık güvencesinin kaybı gibi diğer sosyal sorunları yaşayabilmektedirler (Babacan Gümüş, 2006). Karakartal da (2018), kanser hastalarının tanı aşamasında en çok stigma ve günlük alışkanlıklarındaki değişim sorunlarını yaşadıklarını belirtirken tedavi aşamasında ise başkalarına bağımlı olma, mesleki yaşamda performans eksilmesi, ailedeki sorumluluklarını yerine getirememe ve sosyal ilişkilerinin daralması gibi şiddetli sosyal sorunlar yaşadıklarını belirtmiştir.

Psikososyal uyum, psikolojik ve sosyal uyum olarak iki boyuttan oluşmaktadır. Psikolojik uyum süreci tanı ve tedavi için hastaneye yatma, hastalık prognozunun iyi olmaması, tedavilerin yetersizliği ve öz bakım kaybı ile ilgili istek ve değişimlere bağlı olarak değişebilen; hastanın yaşamında elde ettiği kazançlar, kayıplar, mücadelelerle ilgili biyolojik ve psikolojik boyutları olan bir süreçtir. Sosyal uyum ise bireyin sahip olduğu değer ve inançlar, iş ve eğlence hayatı, yaşadığı çevre ve sağlık bakım sistemlerinden oluşan ve bireylerin yaş, cinsiyet, aile, iş ve eğlence alanındaki sosyal rollerini etkileyebilen süreçtir. Hastaların kansere yükledikleri anlamlar ve hastalığı algılama biçimleri hastalığa psikososyal uyumlarını olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir (Özdemir ve Taşcı 2013; Işık 2014).

Çam ve arkadaşları da (2009) çalışmalarında meme kanserli hastaların çoğunun psikososyal uyumunun orta ve kötü düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, çocuk sayısı, aile tipi, eğitim, meslek, gelir, hastalık tanı süreci ve semptomların şiddeti psikososyal uyumu etkileyen faktörlerdendir. Buna göre tek çocuğu olan, yalnız yaşayan, gelir düzeyi yetersiz olan, hastalık nedeni ile yaşamı olumsuz etkilenen ve yeni tanı konmuş hastaların psikososyal uyumunun daha kötü olduğu, eğitim düzeyi yüksek ve emekli olan hastaların ise psikososyal uyumunun daha iyi olduğu belirtilmektedir.

Meme kanseri tedavisi alan hastaların sağlık bakımına oryantasyon, aile ve mesleki çevre ilişkileri, seksüel ilişki, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı ile ilgili yaşadıkları psikososyal sorunların tanı konulduğundan itibaren belirlenerek, hastalığın hastada yarattığı stresörle baş edebilme şekillerinin tanımlanması, anksiyete yönetimi, depresif belirtilerin değerlendirilmesi, beden imajı ve cinsellik sorunlarının ele alınması, aile ve sosyal yaşamındaki aksaklıklardan kaynaklanan sorunları yönetme ile ilgili müdahalelerin psikososyal bakımın uygulanması gerekmektedir (Adaylar, 1995; Demiralp, 2016).

Meme kanseri tedavi sürecinde multidisipliner ekip (konsültasyon liyezon psikiyatri (KLP) hemşiresi, psikoonkolog, psikiyatrist vb.) çalışması ile hasta ve yakınlarının tedavi sürecinde yaşadıkları psikolojik tepkilerini yönetebilmesi, hastalığı kabullenerek yaşadığı psikososyal sorunları ile baş edebilmesi için psikososyal bakımının sağlanması gerekmektedir (Demiralp, 2016). Bu süreçte meme kanseri hastalarına bakım veren hemşirenin, özellikle KLP hemşiresi ile birlikte hastaların psikososyal gereksinimlerini belirleyerek, psikososyal bakım sürecinde ihtiyaç duyulan desteği sağlaması gerekmektedir.

Meme kanseri tedavisi alan hastalarla yapılan literatür çalışmalarında tedavi sürecinde yaşadığı sorunlar ve psikososyal uyum sürecini etkileyen faktörler belirtilmektedir. Günümüzde gelişen teknoloji ile birlikte erken tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılarak meme kanserinde farkındalıkların artması sonucunda tedavi protokolleri değişmesiyle meme kanseri tedavisi alan hastaların sağ kalımları uzamaktadır. Değişen tedavi protokolleri sonucunda kullanılan cerrahi yöntemler değişmekle birlikte hastaların yaşam kaliteleri artmaktadır. Hastaların yaşam kalitelerinin artması ile tedavi sürecinde yaşanan psikososyal, fiziksel problemler tedaviye psikososyal uyum sürecini farklı şekillerde etkilemektedir. Gelişen teknolojik gelişmeler ve değişen tedavi protokolleri sonucunda hastanın psikososyal uyum süreci ve etkileyen faktörleri değişebilmektedir.

Sonuç olarak sağlık bakım profesyonellerinin desteği ile meme kanseri tedavisi alan hastaların bu süreci etkin ve etkili baş edebilmesi düşünölmektedir. Araştırma sonuçlarının, hastaların ve yakınlarının psikososyal bakım sürecinde karşılaştıkları sorunların belirlenebilmesi ve buna ilişkin uyum süreçlerinin arttırılmasına yönelik müdahalelere ışık tutacağı ön görölmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyumu ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Meme kanseri tedavisi alan hastaların tanımlayıcı özellikleri nelerdir ?
2. Meme kanseri tedavisi alan hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri nelerdir?
3. Meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyum düzeyleri nedir?
4. Meme kanseri tedavisi alan hastaların tanımlayıcı özellikleri ile psikososyal uyum puanları arasında anlamlı fark var mıdır?
5. Meme kanseri tedavisi alan hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ile psikososyal uyum puanları arasında anlamlı fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde meme kanserinin etyolojisi, risk faktörleri, tanı ve tedavi süreçlerine ilişkin bilgiler ile hastaların psikososyal uyumu ve etkileyen faktörlere ilişkin literatür bilgileri yer almaktadır.

2.1. Meme Kanseri

Günümüzde gelişen teknolojik gelişmeler sonucunda tanı ve tedavi yöntemlerinin artmasıyla birlikte dünyada ve ülkemizde kanser görülme oranları her geçen gün artmaktadır. Amerika'da 2018 yılında 1,735,350 yeni kanser olgusu, Türkiye Kanser İstatistikleri (2017) verilerine göre ise Türkiye'de toplam 174 bin kişiye yeni kanser tanısı konulmuştur (Siegel ve ark., 2018; Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).

Meme kanseri gelişen tanı ve tedavi yöntemleri ile birlikte birçok belirti, bulgu ve risk faktörlerini içeren tanı anından tedavinin sonlandırılmasına kadar, multidisipliner ekip çalışmasıyla tedavi ve bakım gerektiren kronik bir hastalıktır. Dünyada ve ülkemizde, kadınlarda görülen ilk beş kanser türü içinde en sık meme kanserinin görüldüğü belirtilmektedir. Türkiye Kanser İstatistikleri (2017) verilerine göre, kadınlarda meme kanseri insidansı 43.0/100000 oranı ile en sık görülen kanser türüdür (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017). Kadınlarda görülen tüm kanser türlerinin % 24,9'unu oluşturmaktadır. Ülkemizde meme kanseri tanısı alan kadınların %44.5'i 50-69 ve %40.4'ü ise 25-49 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).

2.1.1. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanseri etyolojisinde kalıtsal ve hormonal sebepler, çevresel ve psikososyal faktörler olmak üzere çok sayıda faktör ve sebeplerin rol aldığı düşünülmektedir (Belli ve Ferahman, 2011).

Meme kanserinde başlıca risk faktörleri kadın olma, ileri yaş, genetik faktörler (BRCA 1 ve BRCA 2), erken menstruasyon, geç menapoz, genç yaşta radyasyona maruz kalma, hormon replasman tedavisi (HRT), sigara, postmenapozal obezite, emzirmeme, aşırı alkol kullanımı ve fiziksel aktivite eksikliğidir. Güncel bilgiler ışığında meme

kanseri değiştirilemeyen, yaşam tarzı ile ilgili, etkisi belirsiz ve tartışmalı risk faktörleri olarak üç grupta sınıflandırılmaktadır (Totur Dikmen ve Bayraktar, 2019).

Değiştirilemeyen risk faktörleri ise aşağıdaki başlıklarda incelenmiştir

Yaş ve Cinsiyet

Meme kanseri için en önemli risk faktörüdür. Meme kanseri kadınlarda erkeklerden 100 kat daha sık görölmektedir. İleri yaş meme kanseri için önemli bir risk faktörü olup insidans yaşla beraber artmaktadır. Genç hastalara göre 65 yaş ve üzeri kadınlarda meme kanseri görölme riski altı misli daha fazladır. 2013 yılı Türkiye birleşik veri tabanına göre risk 20-24 yaş aralığından, 75-79 yaş aralığına kadar yaşla orantılı olarak artmaya devam etmektedir (Güllüoğlu, 2011; Okutur, 2015; Uğurlu ve Güllüoğlu, 2015; Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).

Genetik Faktörler

BRCA-1 ve BRCA -2 genlerinin meme kanseri ile güçlü genetik ilişkisi gösteren ilk genlerdir. Bu genler herediter meme kanserinin çoğundan sorumlu olup bu genlere ait mutasyonlar otozomal dominant geçiş gösterirler. BRCA-1 mutasyonu varlığında hayat boyu meme kanseri gelişme riski %36-87 ve BRCA-2 mutasyonu olanlarda ise %45-84 'dür. Meme kanserinde genetik predispozisyona yol ačan diğer genetik anomaliler ise PTEN (Cowden sendromu),TP53 ve CHEK 2 (Li-Fraumeni sendromu), ATM (Ataksi-Telanjiektazi sendromu) ve STK11(Peutz-Jeghers sendromu) gen mutasyonlarıdır (Okutur 2015; Uęurlu ve Güllüoęlu, 2015). Birinci derece akrabada meme kanseri varlığı durumunda risk iki katına ve iki yakın akrabada meme kanseri hikayesi bulunduğunda risk üç katına çıkmaktadır (Uęurlu ve Güllüoęlu, 2015). Bir memede kanser olması, aynı memenin başka bir bölümünde veya diğer memede de yeni bir kanser gelişme riskini artırmaktadır (Totur Dikmen ve Bayraktar, 2019).

Meme kanseri görölme sıklığı Avrupa ve Kuzey Amerika'da artarken Asya ve Afrika'da insidans daha düşüktür (Uğurlu ve Güllüoğlu, 2015).

Menarş ve Menapoz Yaşı

Menarş ve menopoz yaşları bir kadının yaşamı boyunca en üst düzeyde östrojen ve progesterona maruz kaldığı dönemi belirlemektedir. Erken menarş ve geç menopoz hayat boyu görülen, ovülasyon siklus sayısının artmasına neden olduğu için % 30-50 arasında riski yükseltmektedir. Meme kanserinde, 12 yaşından önce menarş olan kadınların 15 yaşından sonra olanlara göre rölatif riskinin yaklaşık 1,3 misli olduğu gösterilmiştir. Ayrıca 55 yaşına kadar menopaza girmeyen kadınların 45 yaştan önce menopaza girmiş kadınlara göre 1,2 misli daha fazla meme kanseri riskine sahip oldukları ortaya konmuştur (Güllüoğlu, 2011; Uğurlu ve Güllüoğlu, 2015).

Göğüs Duvarına İyonize Radyasyon Uygulanması

Kişilerde göğüs duvarına iyonize radyasyon iki şekilde uygulanabilmektedir. Birincisi tanı ve tedavi amaçlı tüberküloz gibi hastalıklarda sık ve çok sayıda akciğer grafisinin çekilmesi ile ikinci olarak Hodgkin lenfoma tanısı nedeni ile radyoterapi uygulanmasıdır. Hodgkin lenfoma nedeniyle radyoterapi tedavisi uygulanan hastalarda uzun vadede meme kanseri riski kat artmaktadır. Özellikle 15 yaş altında alınan iyonize radyasyonun meme kanseri riskini %35 artırdığı rapor edilmiştir. Risk doz ile doğru orantılı olarak artmaktadır.(Güllüoğlu, 2011; Okutur, 2015; Uğurlu ve Güllüoğlu, 2015).

Yaşam tarzı ilişkin değiştirilebilir risk faktörleri ise aşağıdaki başlıklarda incelenmiştir (Dieterich ve ark., 2014; Kaymakçı, 2017; Totur Dikmen ve Bayraktar, 2019).

Obezite ve Hareketsizlik

Obezitenin, postmenapozal kadınlarda artmış meme kanseri riski ve mortalite ile ilişkisi olup, mekanizması ise serum östradiol düzeyindeki artış ile bağlantılıdır. Araştırmalarda bir bireyin vücut kitle indeksinin (VKİ) 18.5-25 kg/m² aralığında tutulmasının postmenapozal meme kanseri riskini azalttığı bildirilmektedir (Dieterich ve ark., 2014; Okutur, 2015).

Düşük seviyede fiziksel aktivite gösteren kadınların düzenli egzersiz yapan kadınlara göre postmenapozal dönemde meme kanserine yakalanma riskinin daha fazla

olduğu gösterilmiştir. Haftada dört defadan fazla egzersiz yapan kadınlarda riskin %40-60 oranında azaldığı saptanmıştır (Güllüoğlu, 2011; Uğurlu ve Güllüoğlu, 2015).

Oral Kontraseptif Kullanımı ve Hormon Replasman Tedavisi (HRT)

Oral kontraseptik kullanımının meme kanseri ile ilişkisinin incelendiği bir meta analizde sonucunda 10 yıl veya daha uzun bir süre kontraseptik kullanmanın meme kanseri için bir risk faktörü olabileceği, ancak istatiksel olarak önemsiz olduğu ileri sürülmüştür (Anosthaisintawee ve ark., 2013).

Sadece strojen içeren veya östrojen ve progesteron içeren kombine tedavi olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır. Menapoz sonrası kombine hormon tedavisinin uygulanması, meme kanseri riskini ve mortaliteyi artırabilmektedir (Anosthaisintawee ve ark., 2013; Karayurt ve ark. 2008; Kaymakçı, 2017).

Gebelik, Doğum yks ve Laktasyon

İlk canlı doğumun 30 yaşından sonra olması ve hiç gebe kalmamış olmak meme kanseri riskini iki kat artırmaktadır (Kaymakçı, 2017; Uğurlu ve Güllüoğlu, 2015).

akır ve arkadaşları (2016), çalışmalarında meme malign neoplazm tanısı konmuş hastalarda risk düzeyi değerlendirilmesinde; %74,4'ünün ailesel meme kanseri öyküsü olmadığı, %33,8'inin iki çocuğa gebe kaldığı, %52,8'inin bir veya iki kez doğum yaptığı ve %60,4'ünün ilk doğumlarını 20-30 yaş aralığında yaptığı, %39'unun çocuklarını en çok 12 ay emzirdiği, %72,1'inin oral kontraseptif kullanmadığı, kullananların %84'ünün beş yıldan az kullandığı, %92,4'ünün hormon replasman tedavisi kullanmadığı, kullananların %81,8'inin beş yıldan az kullandığını belirtmişlerdir.

Aydoğan ve arkadaşlarının (2013), çalışmalarında ocuk sayısı ile meme kanseri arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur. ocuk sayısı arttıkça meme kanseri oranının azaldığı görüldüğünü ve doğum sayısı ile meme kanseri arasında da ters bir oran olduğunu belirtmişlerdir.

Emzirme süresi arttıkça meme kanserinden koruyucu etkinin arttığı belirtilmekte fakat etkisi hala tartışılmaktadır (Kaymakçı, 2017).

Etkisi belirsiz risk faktörleri ise aşağıdaki başlıkta incelenmiştir.

Alkol ve Sigara Kullanımı

Son yıllarda sigara içmeye çok erken yaşlarda başlanmasının, uzun süre ve çok miktarda sigara içilmesinin meme kanseri riskini arttırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Akyolcu,2018;Kaymakçı, 2017). Alkol tüketiminin etanolün premenapozal kadınlarda artmış östradiol konsantrasyonuna neden olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda memede epitelyal hücre büyümesini artırmaktadır (Dieterich ve ark., 2014).

2.1.2 Meme Kanserinin Evrelendirilmesi

Meme kanseri tanısı konulduktan sonra hastalığın evresinin belirlenmesi uygulanacak tedavi protokolü açısından gerekli ve zorunludur. Evreleme, prognozun tanımlanmasını sağlar. Tümör yerel, bölgesel ve uzak yayılım durumuna göre evrelendirilir. Günümüzdeki çeşitli evreleme sistemlerinden en yaygın olarak kullanılanı AJCC (Amerikan Kanser Komitesi) tarafından hazırlanmış TNM evreleme sistemidir. TNM T(tümör), N(nod=lenf nodu) ve M(metastaz) kısaltmasıdır. Amerikan Kanser Komitesi (AJCC) (2017) meme TNM evreleme sistemi şekil.1 de gösterilmektedir. (Karayurt, 2015;Candan Dönmez ve Yavuz van Giersbergen,2019)

Şekil.1 Meme kanserinde TNM evrelemesi

Evre 0	Tis	N0	M0
Evre 1A	T1	N0	M0
Evre 1B	T0	N1mi N1mi	M0
	T1		M0
Evre 2A	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
Evre 2B	T2	N0	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Evre 3A	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Evre 3B	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
Evre 3C	Her T	N3	M0
Evre 4	Her T	Her N	M1

2.2. Meme Kanseri Tedavisi

Meme kanseri tedavisinde, tümörün biyolojik özellikleri, evresi ve hastanın genel sağlık durumu değerlendirilip hastaya uygun tedavi yöntemi seçilmektedir (Tekbaş ve Dal Yılmaz, 2019). Meme kanseri tanısı konulduktan sonra tedavi, hastanın klinik evresine göre planlanır. Meme kanserinin tedavisi lokal ve sistemik olup lokal tedavide cerrahi meme koruyucu cerrahi, mastektomi, aksiller lenf nodu disseksiyonu, sentinel lenf nodu biyopsisi gibi cerrahi girişimler ile radyoterapi mevcuttur. Sistemik tedavide ise; kemoterapi ve hormon tedavileri yer almaktadır (Akyolcu , 2018; Demir 2016).

2.2.1. Cerrahi tedavi

Son yıllarda meme cerrahisi uygulamalarında minimal invaziv yöntemler daha sık kullanılmaktadır. 1980'li yıllara kadar hastalığın evresinden bağımsız olarak tüm hastalara uygulanan radikal mastektomi veya modifiye radikal mastektomi ameliyatları radyoterapinin gelişmesiyle birlikte meme koruyucu cerrahi kullanılmaya başlanması ile cerrahi yaklaşım değişmeye başlamıştır (Kankaya ve ark., 2019). Kankaya ve arkadaşlarının belirttiğine göre meme koruyucu cerrahinin lokal tümör kontrolünde, hastalısız sağ kalım ve genel sağ kalımda mastektomi kadar etkili olduğu ifade edilmiştir. Aynı zamanda 1990'lı yıllarda sentinel lenf nodu kavramı ortaya çıkmasından sonra, yapılan çalışmalarda erken evre meme kanseri tanısı konan hastalarda ,sentinel lenf nodu biyopsisi negatif ise aksiller disseksiyon yapılmaması durumunda sağ kalımda anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir (Kankaya ve ark., 2019).

Meme kanseri cerrahi tedavi ise meme koruyucu cerrahi (MKC), mastektomi, aksiller lenf nodu disseksiyonu (ALND) ve sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) dir (Akyolcu , 2018; Demir 2016).

2.2.1.1. Meme Koruyucu Cerrahi (MKC)

Günümüzde erken tanı ve tarama yöntemlerinin, etkin ve etkili kullanılması sonucunda MKC mastektomiye göre daha sık kullanılmaya başlanmıştır. MKC, memeyi koruyarak iyi bir estetik görünüm ve lokal nüks riskini en aza indirmeyi sağlarken , primer meme tümörünün, temiz cerrahi sınır ve kabul edilebilir kozmetik sonuç elde edilecek şekilde çevresindeki meme dokusunun çıkarılması işlemidir. Aynı zamanda MKC tedavisi sonrasında radyoterapi tedavisi uygulanan tedavi protokolü bulunmaktadır

MKC’de, segmental (parsiyel) mastektomi, tilektomi, lumpektomi, kadranektomi gibi cerrahi yöntemler uygulanmaktadır (Akyolcu, 2018; Kaymakçı, 2018; Polat ve ark., 2011).

Segmental (Parsiyel) Mastektomi; temiz cerrahi sınır sağlayacak şekilde, kanser kitlesinin bulunduğu segmentin üzerindeki cilt ile birlikte çevresindeki meme dokusunun çıkarılması işlemidir (Akyolcu, 2018).

Tilektomi; kitlenin, çevresindeki normal meme dokusu ile birlikte geniş bir şekilde çıkarılmasıdır (Akyolcu, 2018).

Lumpektomi; kanser kitlesinin, komşu meme dokusu ile en az 1 cm’lik cerrahi sınır sağlayacak şekilde çıkarılması işlemidir (Akyolcu, 2018).

Kadranektomi; kanser kitlesinin bulunduğu kadranın üzerindeki cilt ve altındaki fasya ile birlikte çıkarılmasıdır (Akyolcu ve Özbaş, 2018).

2.2.1.2. Mastektomi

Areola ve meme başı ile birlikte memede geniş intraduktal yayılım gösteren, 7 cm’den büyük kitlelerde ve hasta için radyoterapi kontrendike olduğu durumlarda memenin tamamının alınması ile uygulanan cerrahi yöntem mastektomi denilmektedir. Radikal mastektomi, modifiye radikal mastektomi, basit mastektomi ve subcutan (deri altı- deri koruyucu) mastektomi olmak üzere dört grupta toplanmıştır. Günümüzde en yaygın olarak modifiye basit mastektomi kullanılmaktadır (Demir, 2016, Akyolcu ve Özbaş., 2018).

Radikal Mastektomi; memenin, pektoralis minör ve majör kasları ile aksiller lenf nodlarının (1. 2. ve 3. Düzey) tamamen çıkarılması işlemidir (Demir, 2016).

Modifiye Radikal Mastektomi(MRM); pektoralis minör ve pektoralis majör kaslarına dokunulmadan, memenin ve aksiller lenf nodlarının (1. 2. ve 3. Düzey) tamamen çıkarılması işlemidir (Demir, 2016; Akyolcu, 2018).

Basit Mastektomi (Total Mastektomi); aksiller lenf nodları çıkarılmadan, meme başı areola ile birlikte meme dokusu ve cildin çıkarılması işlemidir (Demir, 2016; Akyolcu, 2018).

Mastektomi tedavisinden sonra adjuvan kemoterapi veya radyoterapi uygulanabilmektedir. Mastektomiden sonra uygulanan adjuvan kemoterapi veya radyoterapi ile hasta kanserden kurtulabilir ya da nüksü önlenmektedir (Akyolcu, 2018)

2.2.1.3. Aksiller Lenf Nodu Disseksiyonu (ALND)

Lokal kontrolü sağlayarak bölgesel nüksü azaltmak, hastalığın evresini belirlemek, prognostik bilgiler olarak radyoterapi gibi ek yöntemlere karar verebilmek için aksiller lenf nodlarının bir bölümünün ya da tümünün cerrahi olarak çıkarılması işlemidir. Aksiller lenf nodu disseksiyonu, pektoralis minör kasının yan ve alt bölümündeki lenf nodlarının çıkarılması ile 1.düzye, pektoralis minör kasının arkasındaki lenf nodlarının çıkarılmasına 2.düzye, pektoralis minör kasının medialindeki lenf nodlarının çıkarılmasına işlemine 3.düzye olarak tanımlanmaktadır. (Demir, 2016; Kaymakçı, 2018).

Erken evre meme kanserinde hastalarda ALND sonrası uyuşma, ağrı, güçsüzlük ve lenf ödem gibi komplikasyonların gelişmesi nedeniyle sentinel lenf nodu biyopsisi işlemi uygulaması daha sık tercih edilmektedir (Akyolcu , 2018)

2.2.1.4. Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi (SLNB)

Primer tümörün lenfatik kanallar aracılığı ile drene olduğu ilk lenf nodu yada nodları, sentinel (bekçi) lenf nodu olarak tanımlanmaktadır. SLNB ile lenf nodlarının histolojik olarak incelenmesi sonucunda sentinel lenf nodlarında ki metastazın varlığı değerlendirilmektedir. SLNB ile sentinel lenf nodlarında metastaz saptanmaması durumu diğer lenf nodları hakkında bilgi vererek aksiller lenf nodu disseksiyonu önlenmektedir. SLNB' nin hareket kısıtlılığı, parestezi, ağrı, lenf ödem gibi komplikasyonları ALND'ye göre daha az görülmektedir (Demir, 2016; Kaymakçı, 2018).

2.2.2. Kemoterapi

Kemoterapi; hücrelerin çoğalmasını, metastaz ve nüksleri önleyen tedavi yöntemidir. Meme kanserinde kemoterapi, neoadjuvan kemoterapi ve adjuvan kemoterapi olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır.

Ameliyat edilemeyen ve erken evre meme kanseri yada lokal ileri evre meme kanseri (LİMİK) olan kadınların tedavisinde neoadjuvan kemoterapi kullanılmaktadır. Günümüzde meme koruyucu cerrahi (MKC) tümörleri küçültmek amacı ile meme cerrahisinden önce neoadjuvan kemoterapi tedavi uygulanması tercih edilmektedir (Aydiner, 2012; Seyhan Ak ve Çavdar, 2019).

Kanser hücrelerini yok etmek ya da büyümesini kontrol altına alarak, nüksüz sağkalım oranını yükseltmek amacıyla uygulanan adjuvan kemoterapi, tek başına ya da cerrahi ve/veya radyoterapi ile birlikte kullanılan sitotoksik ve endokrin bir tedavidir. Tümörün patolojik özelliklerine, lenf nodu tutulumuna, östrojen reseptör durumuna ve hastanın yaşına bağlı olarak kemoterapi tedavisi protokolü değişmektedir (Akyolcu, 2018).

2.2.3. Radyoterapi

Meme kanseri tedavisinde memede, göğüs duvarında ve aksillada kanser hücrelerini yok etmek için radyoterapi tedavisi kullanılmaktadır. Meme derisi veya göğüs duvarına yayılan 5 cm'den büyük tümörü olanlar, özellikle MKC sonrası ve dörtten fazla aksiller lenf nodu olan bazı mastektomi hastalarını da radyoterapi tedavi gereklidir. Radyoterapi genellikle yara iyileşmesi tamamlandıktan ve cerrahi tedaviden 6-8 hafta kadar sonra başlanabilmektedir (Kaymakçı, 2017).

Radyoterapi uygulamasından sonra akut ve geç yan etkiler görülebilmektedir. Radyoterapinin uygulandığı andan itibaren başlayan ve ilk üç ay içinde ortaya çıkan halsizlik, yorgunluk, geçici boğaz ağrısı ve cilt reaksiyonu en sık görülen akut yan etkileridir. Özellikle meme kanseri hastalarında görülen cilt reaksiyonu, hafif kızarıklıktan derin yara oluşumuna kadar değişerek terapötik programı etkileyebilmektedir. Ciltteki bu reaksiyon radyoterapi devam ettiği sürece yavaş yavaş gelişmekte ve cilt eritemini, hiperpigmentasyonu, döküntüyü, kuru ve nemli deskuamasyonu içermektedir (Abshire ve Lang, 2018; Çelik, 2014; Tekbaş ve Dal Yılmaz, 2019). Radyoterapinin tamamlanmasından aylar sonra ortaya çıkan geç yan etkiler özellikle sol tarafa uygulanan tedavilerde radyoterapi nedeniyle kalp hastalığı ve pnömoni görülebilmektedir. Aksilla bölgesine uygulanan radyoterapi nedeni ile lenf ödem oluşabilmektedir (Abshire ve Lang, 2018).

2.2.4. Hormonterapi

Östrojen hormonunun kanser hücrelerine bağlanmasını engelleyici ya da östrojen üretimini azaltıcı tedavidir. Adjuvan hormon tedavisi östrojen reseptörü (ER) pozitif tüm meme kanseri olan kadınlar için düşünülmektedir. ER negatif meme kanserinde ise yararlı olmadığı bildirilmektedir. Östrojen reseptörlerinin pozitif olması tümörün östrojen desteğine bağlı büyüdüğünü gösterir. Östrojen reseptörleri pozitif olan hastalarda uygulanan hormonal tedavide amaç, meme kanseri hücrelerinin östrojen reseptör alanlarını bloke ederek, östrojen almalarının engellenmesi ve buna bağlı olarak kanserin yayılmasının önlenmesidir (Seyhan Ak ve Çavdar, 2019).

2.3. Meme Kanseri Tedavisi Sonrası Yaşanan Psikososyal Sorunlar

Meme kanseri tedavi süreci boyunca hasta korku, endişe, anksiyete, gelecek kaygısı, bilinmezlik vb. duyguları yaşayarak, fiziksel iyilik hali etkilenmesi sonucunda yaşam kalitesinin bozulmasına bağlı psikolojik, fiziksel uyum ve sosyal sorunlar olmak üzere psikososyal sorunlar yaşamaktadır (Gümüş, 2006; Şelimen ve Baltacı Göktaş, 2011).

Al-Azri ve arkadaşları (2014), çalışmalarında kanser tanısı almanın bireyler üzerindeki psikososyal etkilerini hastalıkla ilişkili psikolojik sıkıntılar ve belirsizlik (iş ve aile ile ilgili sorumlulukları yerine getirmede güçlük, ölüm korkusu, tedavi arayışı), gelecek ile ilgili endişe ve tehdit algısı (kemoterapinin yan etkileri, hastalığın yayılması ve çocuklar üzerindeki etkileri), aile üyelerinin tepkileri (şok, üzüntü) ve toplumun bakış açısı (sempati,izolasyon vb.) olmak üzere dört grupta toplandığını belirtmişlerdir.

2.3.1. Fiziksel sorunlar

Meme kanseri tedavisinde enerji kaybı, halsizlik, yorgunluk, ağrı, bulantı ve kusma, hormonal değişimler, uyku problemleri vb hastaların günlük yaşam fonksiyonlarını olumsuz olarak etkileyen fiziksel sorunlar bireyleri etkilemektedir. Özellikle meme cerrahisinden sonra kol hareketlerinde kısıtlılık, seroma, lenf ödem, ağrı, gibi sorunlar bireyin yaşam kalitesini düşürerek psikososyal uyum sürecini etkilemektedir (Drageset ve ark., 2015; Gümüş B A 2006; Kocaman, 2008 ve Tünel ve ark., 2012).

2.3.2 Psikolojik Sorunlar

Literatür bilgilerine göre, meme kanseri hastaları kanserin her aşamasında genellikle tedavi hakkında belirsizlik, beden imajında bozulma ve cinsel işlevsellikte azalma gibi nedenlerden dolayı suçluluk, anksiyete, depresyon, öfke, ölüm korkusu ve umutsuzluk gibi bir takım psikolojik sorunlar yaşamaktadırlar. Tanı ve tedavi aşamasında ise sıklıkla gelecek hakkında belirsizlik, hastalığın tekrarlanma korkusu, günlük yaşam aktivitelerinde bozulma ile aile ile iletişim problemleri gibi psikososyal sorunlar yaşamaktadırlar. (Daştan ve Buzlu 2016; İzci ve ark., 2016; Işık, 2014; Gümüş Babacan 2006; Kocaman, 2008; Kocaman Yıldırım ve ark., 2009; Tünel ve ark., 2012; Büchi ve ark., 2011; Weis, 2015; Kollberg, 2014; Falagas ve ark., 2009; Büchi ve ark., 2008; Matsui, 2017; Yusoff, 2012; Knobf, 2007; Knobf, 2008; Weis, 2015, Eti Aslan ve Özdemir Aslan, 2019).

Kocaman Yıldırım ve arkadaşları (2009), çalışmalarında hastaların yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri cerrahi tedavi öncesi dönem, cerrahi tedavi sonrası 1-3 ay ve 9-12 ay arasında 3 kez değerlendirmiştir. Hastaların ölçüm zamanlarına göre anksiyete oranı % 33,3, % 35,7, % 28,6 ve depresyon oranı % 40,5, % 42,9 ve % 44 olduğu bulunmuştur. Hastaların cerrahi tedavi öncesi geç dönem ve cerrahi tedavi sonrası erken dönemde, yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler alanı, genel algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumu puanlarının düşük olduğu saptanmıştır.

Afşaroğlu Eren (2017), çalışmasında kadınların meme kanserine deneyimlerine ilişkin kadınlık imajı, cinsellik, aile ve annelik, ölüm ve gelecek korkusu, suçluluk duygusu ve öz değer gibi ortak algıları olduğunu belirtmiştir.

Geyikçi ve arkadaşları (2018), mastektomi ameliyatı geçiren ve bir yılını tamamlayan meme kanseri hastalarında anksiyete ve depresyon arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların depresyon ile başa çıkma tutumları zihinsel boş verme ve aktif başa çıkma arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki olduğu, aynı zamanda anksiyete ile duygusal sosyal destek kullanımı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu saptamışlardır.

Karakartal da (2018), kanser tanısı alan hastaların tanı aşamasında yaşadıkları psikolojik sorunlarının şok olma, inanmama, hastalığı yok sayma, isyan etme ve kaygı olduğunu belirtmiştir. Ayrıca tedavi aşamasında ise öfke, beden imajına ilişkin problemler, umutsuzluk ve uykusuzluk gibi psikolojik sorunlar yaşadıklarını ifade ettiklerini belirtmiştir.

Hindistan ve arkadaşları da (2015), çalışmalarında kemoterapi alan hastaların kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, paranoid düşünce, öfke, psikotizm, uyku bozuklukları, suçluluk duygusu gibi psikolojik semptomlar yaşadığını saptamışlardır.

Koçan ve arkadaşları da (2016), meme kanserli kadınların algıları hakkında daha fazla bilgi edinmek için yaptıkları kalitatif çalışmada, hastalar ile yapılan görüşmeler de ‘memenin kadınlığı sembolize eden bir organ olduğunu, mastektomiden sonra kendilerini ilk gördüklerinde çirkin, tuhaf, kayıp ile ilgili’ ifade ettiği olumsuz ifadeler sonucunda kadınların ortaya çıkan fiziksel değişiklikler nedeniyle olumsuz duygular yaşadıklarını göstermiştir. Bu çalışma da meme kanserli kadınlar ile yapılan bir görüşmede hastalar memenin anlamını “*Tabii ki meme benim bir parçam. Kadınlığımı çağrıştırıyor. Üç çocuğum var. Onları emzirdim. Ayrıca bana emzirmeyi hatırlatıyor ve kadınlığımı temsil ediyor. Ayrıca nasıl olduğum çok önemli. Aynaya baktığımda göğsüm orada değil. Aynaya bakmak istemiyorum*” şeklinde ifade etmişlerdir. Hastaların mastektomi ve kendi ile ilgili düşünceleri değerlendirildiğinde “*Ameliyattan sonraki ikinci günü ilk kez gördüm. O anda aklıma hiçbir şey gelmedi. Daha sonra, banyoya girdiğimde aynaya baktım, çok kötü hissediyorum*” ve “*Operasyon alanını hiç görmek istemedim; Eve döndüğümde gördüm. Görmeden önce, boşluğu hissedeceğimi biliyordum. İlk gördüğümde kendimi çok farklı hissettim (ağlamak), anlatmaya kelimeler asla yetmez*” ifadeleri görülmüştür. Hasta emosyonel çatışma yönünden değerlendirdiğinde ise “*Ameliyattan önce normal bir insandım. Ama ameliyattan sonra, senin bir taraf eksik. Tabii ki, bir eksiklik hissediyorum. Bir tarafı güzel, diğer tarafı çöktü. Ancak operasyon sağlık için bir zorunluluktur*” ifadesini kullanmıştır. Meme kanseri hastasının beden İmajı değişimi ile ilgili “*Elbette kocamla olan ilişkileri etkiledi. Cinsellik hayatımızı etkiledi ve ayrıca kocama hizmet edemiyorum. Kocamın bana hastalık nedeniyle merhamet ettiğini düşünüyorum*” ifadesi kullanmışlardır.

Denizgil ve arkadaşlarının (2015) çalışmalarında mastektominin beden algısı ve cinsel işlevleri olumsuz etkileyebileceği ve meme koruyucu cerrahinin, total

mastektomiye göre beden algısı ve cinsel işlevler açısından daha avantajlı olduğunu belirtmişlerdir. Çalışkan ve Korkmaz Demir (2017), çalışmalarında meme kanseri cerrahisi geçiren kadınların beden algısı ile eş uyumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir.

Ayrıca Bulatiene ve arkadaşları (2006), meme kanserli hastalarda psikolojik uyumun değerlendirildiği çalışmalarında meme kanserli hastalarda anksiyete görüldüğünü belirtmişlerdir. Hindistan ve arkadaşları da (2015) kemoterapi uygulanan hastaların en sık yaşadığı psikolojik semptomların uyku, iştah bozuklukları, suçluluk duygusu ve somatizasyon olarak saptadıklarını belirtmişlerdir. Uçar ve Uzun (2008) ise çalışmalarında meme kanserli hastalarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve çift uyumunu olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir.

2.3.3. Sosyal Sorunlar

Meme kanseri tedavisi sonrası sosyal sorunlar; aile, mesleki ve ekonomik sorunlar olmak üzere üç grupta toplanmaktadır.

Aile ile sorunlar; Meme kanseri bir aile hastalığı olduğundan tanı ve sürecinde kanser tanısının şoku ile ailenin tüm fertlerinde iletişim, ev ve sosyal yaşamla ilgili rol ve sorumlulukların değişimi ile olumsuz psikososyal etkilere neden olabilmektedir. Atay ve arkadaşları (2015), çalışmada meme kanserli hastalarda aile işlevlerinin belirgin olarak bozulduğunu ve meme kanserli hastaların, aile içerisindeki rol değişikliklerinin ve duygusal tepkilerini sağlıklı biçimde iletememelerinin depresif yakınmaları artırdığı belirlenmiştir. Gürsoy ve arkadaşları (2017), Mastektomi ve kemoterapi sonrası partnerlerin fiziksel görünümündeki değişiklikler, erkekleri psikolojik, duygusal ve sosyal açıdan farklı etkilediğini belirtmiştir.

Mesleki ve ekonomik sorunlar; meme kanserli hastalar meme cerrahisi sonrasında ameliyat olan kolu eskisi gibi kullanamama, kemoterapi ve radyoteapi tedavilerine bağlı tedavinin yan etkileri sonucunda iş hayatına geri dönememe, stigma, iş yerinde yaşanan ayrımcılık ve sağlık güvencesinin kaybı gibi diğer sosyal sorunları yaşayabilmektedirler (Babacan Gümüş, 2006).

Karakartal (2018) ise meme kanserli hastalar ile gerçekleştirdiği kalitatif çalışmasının verileri analizi sonucunda ortaya çıkan kategori ve alt temalar; *Hastaların*

tanı aşamasında yaşadıkları sosyal sorunlara ilişkin görüşler; etiketlenme sorunu ve günlük alışkanlıkları değiştirme sorunudur. Hastaların tedavi aşamasında yaşadıkları sosyal sorunlara ilişkin görüşler; başkalarına bağımlı olma, mesleki yaşamda performans eksilmesi, ailedeki sorumlulukları yerine getirememesi ve sosyal ilişkilerin daralmasıdır. meme kanseri tanısı hastalar tanı aşamasında yaşadıkları sosyal sorunlara ilişkin , “Tanıyı aldığım zaman ilk aklıma gelen çevremdeki insanlar ne diyecek? diye düşünmem oldu. Bizim buraları çok küçük bir yer kronik bir hastalığın oldu mu insanlar farklı gözle bakıyor size. Bir de günlük alışkanlıklarımı değiştirmek zorunda kalacak olmam beni tedirgin etmişti. Çünkü insanın alıştığı birşeyi değiştirmesi çok zordur” şeklinde ifade etmiştir. Meme kanseri tanısı alan bir başka katılımcı da tanı aşamasında yaşadığı sosyal sorunları şu şekilde dile getirmiştir: “Bana tanıyı koyduklarında ilk aklıma gelen herkes bu hastalığımın dolaylı bana farklı gözle bakıp beni dışlayacakları oldu. Bizim çevre yaşantımız çok farklıdır. Kalp hastasıysanız sorun yok ama kanser hastasıysanız sizi etiketlerler. Hemen ölecekmişsiniz gözüyle bakarlar.” Hastaların meme kanseri tedavisi aşamasında yaşadıkları sosyal sorunlara ilişkin farklı bir katılımcı , ‘Kemoterapi aldığım sürece hem kendi sağlığım için hem de vücudumdaki değişikliklerden dolayı Evden dışarı çıkmak istemiyordum. Kemoterapinin yan etkilerinden dolayı bütün vücudum uyuşuyordu, saçlarım dökülmüştü ve kilo almıştım. Evde hiç bir iş yapamıyordum. Aileme karşı sorumluluklarımı yerine getiremiyordum bu da beni çok üzüyordu. Kemoterapi bittikten sonra radyoterapiye başladık o da uzun bir süreçti. Allaha şükür şimdi iyileştim” şeklinde ifadesini kullanmıştır.

2.4. Psikososyal Uyum Kavramı ve Etkileyen Faktörler

Uyum, bireyin hastalığını anlamlandırdığı ve hastalığın sebepleri, sonuçlarına bağlı etkilerini anladığı dönemleri içeren bir süreçtir. Uyum süreci fizyolojik, sosyolojik, psikolojik, teknolojik ve zaman faktörlerini kapsayan süreklilik gösteren karmaşık bir durumdur (Gülseven ve Oğuz, 2017).

Psikososyal uyum ise psikolojik ve sosyal uyum olarak iki boyuttan oluşmaktadır. Psikolojik uyum süreci tanı ve tedavi için hastaneye yatma, hastalık prognozunun iyi olmaması, tedavilerin yetersizliği ve öz bakım kaybı ile ilgili istek ve değişimlere bağlı olarak değişebilen; hastanın yaşamında elde ettiği kazançlar, kayıplar, mücadelelerle ilgili biyolojik ve psikolojik boyutları olan bir süreçtir (Gülseven ve Oğuz, 2017).

Hastaların psikolojik uyum sürecini, kesinleşmemiş tanı ve tedavi ile baş etme, yaşamı yeniden yapılandırma, geleceğe yönelik planları ve öncelikleri yeniden belirleme, fiziksel görünüşteki değişikliklere uyum, tedaviye aktif katılma, aile ve arkadaş destek sistemleri ile değişen ilişkileri yeniden düzeltme gibi müdahaleleri olumlu bir şekilde etkileyebilmektedir (Gülseven ve Oğuz, 2017).

Sosyal uyum ise bireyin sahip olduğu değer ve inançlar, iş ve eğlence hayatı, yaşadığı çevre ve sağlık bakım sistemlerinden oluşan ve bireylerin yaş, cinsiyet, aile, iş ve eğlence alanındaki sosyal rollerini etkileyebilen süreçtir. Hastaların kansere yükledikleri anlamlar ve hastalığı algılama biçimleri hastalığa psikososyal uyumlarını olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir (Özdemir ve Taşcı 2013; Işık 2014; Gülseven ve Oğuz, 2017).

Hastalığa psikososyal uyum, hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerin tümünü etkilemektedir. Psikososyal uyumu etkileyen faktörleri hastalıkla ilgili değişkenler, hasta ile ilgili değişkenler ve çevresel değişkenler olmak üzere üç grupta toplanmaktadır (Kocaman ve ark., 2006).

Hastalıkla ilgili değişkenler; hastalığın süresi, evresi, cerrahi müdahalenin tipi gibi değişkenler (Kocaman ve ark., 2006).

Hasta ile ilgili değişkenler; yaş, cinsiyet, mesleği, kişilik özellikleri, daha önceki hastalık deneyimleri, stresle baş etme yöntemleri, hastalığı nasıl algıladığı, sosyokültürel özellikleri, psikososyal stres etmenleri gibi değişkenler (Kocaman ve ark., 2006).

Çevresel Değişkenler; hastanın ailesi ile ilişkileri, sosyal desteğin varlığı, çevrenin hastalık algısı ve değer yargıları gibi değişkenlerdir (Kocaman ve ark., 2006; Özkan ve Alçalar, 2009; Tünel ve ark., 2012).

Çam ve arkadaşları da (2009) çalışmalarında meme kanserli hastaların çoğunun psikososyal uyumunun orta ve kötü düzeyde olduğunu belirtmişlerdir (Çam ve ark., 2009). Bu çalışmanın sonuçlarına göre, çocuk sayısı, aile tipi, eğitim, meslek, gelir, hastalık tanı süreci ve semptomların şiddeti psikososyal uyumu etkileyen faktörlerdendir. Buna göre tek çocuğu olan, yalnız yaşayan, gelir düzeyi yetersiz olan, hastalık nedeni ile yaşamı olumsuz etkilenen ve yeni tanı konmuş hastaların psikososyal uyumunun daha

kötü olduğu, eğitim düzeyi yüksek ve emekli olan hastaların ise psikososyal uyumunun daha iyi olduğu belirtilmektedir (Özdemir, 2013; Çam ve ark., 2009).

Türten Kaymaz ve Akdemir de (2016), diyabetli bireylerin hastalığa psikososyal uyumunu inceledikleri çalışmalarında hastanın öğrenim durumu, mesleği, kontrole gelme sıklığı, diyet ve egzersiz durumunun psikososyal uyumu etkilediğini belirtmektedirler.

2.5. Psikososyal Uyum ve Meme Kanseri Tedavisi

Meme kanseri tanısı hastada var oluşsal bir krize neden olmaktadır. Hasta için kendisini sağlıklı bireylerden ayıran bir durumdur. Hasta, meme kanseri tanısı konduğu andan itibaren bu yeni duruma uyum süreci ile karşılaşmaktadır. Elisabeth Kübbler Ross kanserde ortaya çıkan psikososyal aşamaları inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olmak üzere beş aşamada tanımlamıştır. Hastanın yaşadığı bu psikososyal aşamalar tedaviye psikososyal uyumu etkilemektedir (Kübbler Ross, 2010).

Meme kanseri tedavisinde hasta ve aile bireylerinin psikososyal uyum süreci önemlidir. Meme kanserli hasta ve eşlerinin hastalığa uyumu tanı evresi, cerrahi tedavi sonrası evre, adjuvan terapi evresi, adjuvan terapi evresi ve iyileşme evresi olarak dört evreden oluşmaktadır (Hoskins ve Haber, 2000).

1. Tanı evresi : Hasta ve ailesi tanıyı öğrenme sonucu yaşadığı travma ile baş ederken hızlı bir şekilde tedavi kararı almak zorundadırlar. Bu evrede sıklıkla yüksek düzeyde stres yaşayarak şok ve inanamama tepkileri görülmektedir (Hoskins ve Haber, 2000).

2. Cerrahi tedavi sonrası evre: Ameliyat bölgesini ilk kez görme, mastektomiden sonra yaşanan organ kaybı ve meme koruyucu cerrahiden sonra yaşanan şekil bozukluğu, ailevi ve mesleki rollerde değişimler bu evrenin özelliklerindedir (Hoskins ve Haber, 2000).

3. Adjuvan terapi evresi: Kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi veya bu tedavilerin kombinasyonunu içermektedir. Bu evre de hasta ve ailesinin çok fazla bilgiye ve desteğe gereksinim duyarak hızlı bir şekilde tedavi kararı almaları gerekmektedir. Ayrıca bu evrede bir çok hasta semptom yönetimine gereksinim duymaktadır. Hastalığın tekrarlama olasılığı da hasta ve ailesini olumsuz şekilde etkileyebilmektedir (Hoskins ve Haber, 2000).

4. Rehabilitasyon evresi: Bu evrede ilk iyileşme duygusu ve yaşama isteği görülmektedir. Aynı zamanda bu evrede tedavinin sona ermesi ile anksiyete de yaşanabilmektedir (Hoskins ve Haber, 2000).

Meme kanseri tanısı alan birey sağlıklı olmaktan yaşamını tehdit eden hastalığa sahip olmaya geçişe uyumlanmaya ihtiyaç duymaktadır. Meme kanseri tanısı alan hastaların hastalık süreci boyunca kanserin olası sonuçları ve etkilerine uyum gösterme ihtiyacı hissetmesi sonucu, kanserin psikolojik ve sosyal iyi oluş üzerindeki etkileri psikososyal uyum olarak değerlendirilmektedir. etkileyecektir (Dirik ve Yastıbaş, 2018; Yıldırım Kocaman, 2013).

Meme kanseri tedavisi gören hastaların tedavi planını bilerek karar verme süreci ve kanser ile mücadelede sağlıklı davranışlar sergilemesi psikososyal uyum sürecinin önemli göstergelerden birisidir. Tedavi şekli, ameliyat türü, sosyal destek ağları, başa çıkma tepkileri ve yaşa bağlı olarak yaşanan uyum sorunları değişiklik göstermektedir. (Dirik ve Yastıbaş, 2018; Yıldırım Kocaman, 2013).

Meme kanseri tanısı alan hastaların psikososyal uyum sorunları incelendiğinde; sosyal ilişkilerindeki problemlerden sosyal roller ve sorumluluklarını yerine getirememenin, işlev kaybının etkisi ile yaşam kalitelerinde bozulmalar olduğu görülmüştür. Hastaların zaman içerisinde ki psikososyal uyum sorunlarında iyileşmeler olduğu belirlenmiştir. Meme kanseri hastaları ve yakınlarının; tanı, tedavi ve rehabilitasyonun her aşamasında bilgi gereksinimlerinin artmasına bağlı olarak sağlık profesyonelleri tarafından tedavi ve süreç hakkındaki bilgilendirme yapılması hastanın sürece uyumunu olumlu yönde etkileyecektir (Dirik ve Yastıbaş, 2018; Yıldırım Kocaman, 2013).

Cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi, hormonal ve bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal değişiklikler, geleceğe yönelik belirsizlikler, manevi ve psikososyal sorunlar meme kanseri tanısı alan hastaların iyilik halini ve uyumunu olumsuz etkilemektedir (Çam ve ark.,2009, Özkan, 2009).

Meme kanseri tedavisi için uygulanan meme cerrahisi, bireyde şekil bozukluğuna bağlı, beden imajı sorunları yaşatma veya memenin tamamen alınmasına bağlı yıkıcı sonuçlar ortaya çıkarak psikososyal uyum sürecini etkilemektedir. Güner'in belirttiğine

göre (2008) mastektomiye uyum sağlama sürecindeki en önemli dört nokta operasyon zamanı geldiğinde hastaların ve eşlerin kendi endişelerini yenmeye çalışmaları, operasyondan birkaç gün sonra hastanın kesi yerine bakma fırsatı bulup gördüklerine tepki vermesi, iki üç hafta sonra kocasının bu kesi yerini görüp destekleyici ve reddedici bir tutum takınması, operasyondan yaklaşık dört hafta sonra eşlerin fiziksel görüntüyle ilgili problemleri çözüp operasyonun getirdiği değişiklikleri kabullenmedir. Brandöao ve arkadaşları (2016), sistematik review'de dört çalışmada cerrahi tip (lumpektomi, mastektomi vs.) ile psikolojik uyum arasında ilişki bulunmadığı belirtmiştir.

Meme kanseri hastaları ile yapılan bir araştırmada tüm hastalar mastektominin kanser tanısı ile ilişkili olduğunu bildiklerini ifade etmişlerdir. Meme kanseri olduğunu bilmelerine rağmen hastaların yarısından fazlasının yaşayacağı herhangi bir fiziksel belirtinin kanserin yayılması anlamına geleceğine ilişkin endişe yaşadıkları görülmüştür. Bazı hastaların tanıya ilişkin endişe belirtmedikleri gibi hastalığı ve tekrarlanma olasılığını kabul edip bu durumla yüzleşerek kanserin tedavi edilebileceğini düşündükleri belirlenmiştir. Kansere yönelik bu tepkilerin hastaların psikososyal uyumları için önemli birer gösterge olduğu öne sürülmüştür (Dirik ve Yastıbaş, 2018).

Gürsoy ve arkadaşları da (2017) mastektomi ve kemoterapi sonrası partnerlerin fiziksel görünümündeki değişiklikler, erkekleri psikolojik, duygusal ve sosyal açıdan farklı etkilediğini belirtmişlerdir.

Babaoğlu ve Kocaman Yıldırım'ın (2018) belirttiğine göre kemoterapi tedavisi alan hastaların dikkat ve bellekte azalma, konsantrasyon ve öğrenme gücü gibi bilişsel fonksiyonların değişimleri sonucunda iş, ev ve sosyal yaşamdaki dengelerin bozulması ile yaşam kalitelerinin azalmasına neden olmaktadır. Ayrıca kemoterapi gören hastaların yaşam kalitelerinin azalması ile tedaviye psikososyal uyum süreci de etkilenmektedir.

Kadınlar evlilik ilişkilerinin tehlikeye gireceği ve eşleri ile duygusal ilişkilerinin kopacağı gibi korku ve kaygılara yaşarken, aynı zamanda eşleri ile bu süreçte yaşadığı sorunlar, ev ortamında rol ve sorumlulukların değişmesi ve hasta eşin duygusal sorunları karşısında hissedilen yetersizlik ve çaresizlik duygularını sonucunda psikososyal uyum süreci etkilemektedir.

2.6. Meme Kanseri Tedavisi ve Psikiyatri Hemşireliği

Meme kanserli hastalar tedavi sürecine uyum sağlarken psikiyatrik ve psikososyal sorunlar yaşamaktadırlar. Meme kanseri tedavi yöntemlerinden cerrahi tedavi, kişinin kendisini doğrudan fiziksel tehdit altında hissetmesine, acı çekmesine neden olan yaşam krizine neden olmaktadır. Kişi bedenine dokunulmasına izin vermesi ile kendi yaşamında kontrolü kaybetme hissini yaşamaktadır. Cerrahi girişime gösterilen tepkiler arasında korku, endişe, şok, inanamama, çaresizlik, yetersizlik, öfke, suçluluk, kadercilik, bağımlılık, regresyon yer almaktadır. Ameliyat öncesi, ameliyat ve ameliyat sonrası olmak üzere üç dönemde de farklı psikiyatrik ve psikososyal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde hasta narkoz kaygısı, uyanama, ağrı ve acı çekeceği korkusu, kendi kendine yeterliliğin kaybı, beden üzerinde denetimi kaybedeceği korkusu, estetik kaygılar, cinsel ve sosyal yaşama yönelik endişeler yaşamaktadır. Ameliyat sonrasında ise hastaya, cerrahi yöntem, etkilen organ, hastanın ruhsal durumu, baş etme mekanizmaları bağlı görülen psikiyatrik ve psikososyal sorunlar değişebilmektedir (Özkan ve Özkan, 2013).

Son yıllarda değişen meme kanseri tedavisi protokülüne göre önce neoadjuvan kemoterapi sonra meme cerrahisi uygulanabilmektedir. Bu durumda kemoterapi sonrası yaşanan sorunların üzerine ek olarak meme cerrahisi tedavisinin başka sorunları da eklemektedir.

Meme kanserli hastaların yaşadıkları psikososyal sorunlar değerlendirme yapılarak, tedavi ve bakım süreci planlanmalıdır. Bu değerlendirme, hastanın tedavi planı için bilgi sağlayarak tanımlama sürecini başlatmaktadır. Psikososyal değerlendirmede ilk adım olarak uygun görüşme ortamı sağlanmasıdır. Sonra hastanın yaşam tarzı bilgisi, normal yaşantıda baş etme mekanizmaları, şimdiki hastalığını anlama, kişilik tarzı, psikiyatrik hastalık öyküsü, spiritüalite, şimdiki hastalığın artırdığı büyük sorunlar ve mental durum değerlendirilmesi sorgulanmaktadır. Psikososyal tedavi ve bakımın hedef noktası, hasta ve ailesinin baş etme becerilerini geliştirerek hastalık sürecine psikososyal uyumlarını artırmaktır (Demiralp, 2016; Özdemir ve Taşcı, 2013).

Psikososyal bakım sürecinde psikiyatri hemşireliğinin uyguladığı psikososyal müdahaleler, hasta ve ailesinin baş etme becerilerini geliştirmek ve hastalığa uyumunu

artırmaktır. Psikolojik bakım düzey ve becerileri Şekil 1 'de gösterilmektedir (Durmaz ve Orak, 2016).

Şekil 2 : Tunmore (1990) psikolojik bakım düzeyleri

Düzy	Beceriler
I.Düzy: Temel İletişim ve Tanılama Becerileri	*Bilgi verme *Görüşme *Dinleme *Empati *Psikolojik gereksinimleri tanıyabilme *Aktarılan Problem Hakkında Bilgili Olma
II.Düzy: Rutin -Koruyucu Psikolojik Bakım	* Hasta ve ailesinin stresle başetme yeteneğini artırma *Hastayla terapötik ilişki kurabilme *Duyguların ifade edilmesine cesaretlendirme * Aktarılan problem hakkında bilgili olma
III.Düzy: Özelleşmiş Psikolojik Girişimler	* Problem çözme becerileri * Anksiyete ile başetme teknikleri *Beceri eğitimlerine dayalı çeşitli psikolojik girişimler
IV.Düzy:Psikoterapi	*Bilişsel terapi *Davranışçı yöntemler *Aile terapisi *Diğer psikoterapi uygulamaları

Meme kanseri tedavisi alan hasta ve yakınlarının, tanı ve tedavi süresince yaşadıkları psikososyal sorunları çözümlenmesinde KLP hemşiresi ve psiko-onkolojinin etkin rolü bulunmaktadır.

2.6.1. Kanser ve Psiko-onkoloji

Kanser sadece hastanın değil aynı zamanda ailesinin de sosyal, kültürel, spiritüel ve ailesel tepkilerinin tanımlanmasını gerektiren çok yönlü bir sağlık problemidir. Hasta ve aile için kanser, ailesel amaç ve değerleri için tehdit oluşturmakla birlikte ayrılma ve kayıp riskini beraberinde getirmektedir. Bu dinamikler değerlendirildiğinde kanser, sadece organ boyutunda değil, bireyin ve aile üyelerinin ilişkilerini, rollerini ve iç dinamiklerini etkileyerek tüm ailenin hastalığına dönüştürmektedir. Hastaya sunulan bütüncül bakımın yanında, aileye yönelik müdahalelerde psiko-onkoloji uygulamaları

içinde önem kazanmaya başlamıştır (Anuk, 2018; Baider ve Goldzweing, 2012; Lang-Rollin ve Berberich, 2018).

Psiko onkoloji Yunancada ‘Psiko’ akıl, ‘Psyce’ruh ve ‘önkos’ onkolojik kitle anlamına gelen kelimelerden türetilmiştir (Kocaman Yıldırım ve ark., 2018). Psiko-onkoloji kanser psikiyatrisini temsil etmektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’de psiko onkoloji ve Avrupa’da psikososyal onkoloji olmak üzere farklı şekillerde kullanılmaktadır (Watson ve ark., 2014).

Psiko onkoloji kanserin tanı, tedavisi ve bakım sürecinde hasta, aile ve tedavi ekibi üzerindeki psikolojik etkilerini, psikolojik ve davranışsal faktörlerin etkilerini araştıran, psikososyal sorunların ele alınması ve hastalığın farklı aşamalarında zorluklarla karşılaşan hasta ve ailelerine destek sağlayarak holistik bakış açısı ile hizmet sunan bir disiplindir (Neamtıu ve ark., 2016;Lang Rollin ve Berberich, 2018). Psiko onkoloji kanser hastalarının psikososyal bakımına multidisipliner yaklaşım getirirken, aynı zamanda psikiyatri, psikoloji, sosyal hizmetler, hemşirelik, tamamlayıcı tıp, ilgili sağlık personeli gibi bakım uzmanları ile işbirliği içinde çalışmaktadır (Kocaman Yıldırım ve ark., 2018).

Psiko onkolojinin iki temel amacı vardır.

*Kanser hastalarının tanıdan tedaviye her aşamasında psikolojik tepkilerinin farkında olup, bakım ve tedavisini planlayarak yaşam kalitelerini yükseltmek ve hastalık süreci boyunca başa çıkma stratejilerini desteklemek.

*Kanser hastalığının, tanı ve tedavi sürecinde tedaviyi gerçekleştiren multidisipliner ekip ve hasta yakınlarında ortaya çıkabilecek psikolojik kökenli riskleri önceden belirleyerek gerekli önlemleri almak (Bağ, 2012; Özkan ve Özkan, 2013).

Psiko onkolojik bakım kanser tedavisinin önemli bir parçasıdır. Psiko onkolojik bakım standartları, rehberlik ve hastalık yönetimi programlarında yer almıştır. Almanyada ki meme kanseri merkezleri için sertifikasyon kriterlerinden birisi olup veri sonuçlarına göre; meme kanseri olan hastaların % 33-% 67’sinin psiko-onkolojik bakım gördüğünü göstermektedir. Ayrıca başka bir çalışma ise meme kanserli hastaların %20-%70’inin psikososyal desteğe ihtiyacı olduğunu göstermektedir (Ernstmann ve ark., 2019).

2.6.2. Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatri Hemşireliği

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) biyopsikosozyal anlayışı hayata geçirmek için fiziksel bakım ve tedavi ile ruhsal tedavi ve psikosozyal bakımı eşgüdömlü olarak sunan bir uzmanlık alanıdır (Koç ve Okan, 2017). KLP tıbbi durumlar ile psikosozyal ve psikiyatrik durumların arasında bağlantı kuran, fiziksel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıkların tanı, tedavisi aşamalarında diğerkliniklerle işbirliği içinde çalışarak aralarında köprü vazifesi gören sürekli iletişimin olduğu psikiyatri disiplini (Bağ, 2017).

Konsültan liyezon psikiyatri hemşiresi (KLPH) de fiziksel/tıbbi hastalığı nedeniyle hastaneye başvuran hastaların ve ailelerinin sağlığını geliştirme, primer korumadan rehabilitasyona kadar olan geniş bir yelpazede karşımıza çıkan bilişsel, psikolojik, davranışsal tepkileri, psikosozyal sorunları tanılama ve psikosozyal bakımı planlama, uygulama ve değerlendirme ile sağlık profesyonelleri (hemşire ve ekibe), birey ve aileye eğitim vererek danışmanlık yapar. Yönetime danışmanlık hizmeti vererek kurumda psikosozyal bakımın kurumsallaşmasını sağlar. Alanı ile ilgili araştırmalar yaparak kurumda uygulanmasını sağlamaya çalışır (Durmaz ve Orak, 2016). Multidisipliner ekip ile birlikte hastanın rahatlığının sağlanması, desteklenmesi, ailenin bu sürece hazırlanması ve eğitilmesini sağlayarak Palyatif bakım hasta ve ailelerine bakım vermede primer olarak sorumluluğu vardır (Durmaz ve Orak, 2016; Koç ve Okan 2017).

KLP hemşiresi olarak hizmet sunabilmek için; ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde yüksek lisans eğitimini bitirmiş olmak, genel klinik (onkoloji, yoğun bakım, dahiliye ve cerrahi vb.) ve psikiyatri servisinde hemşirelik deneyime ek olarak kişiler arası iletişim ve analitik becerilere, hümanistik ve holistik bakış açısına sahip, multidisipliner ekip içi çalışmaya istekli ve uygun olmak gereklidir (Kocaman Yıldırım, 2016).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, kanser hastalarının bilgi, emosyonel, psikoseksüel gereksinimlerinin ve karşılanmama oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir (Kocaman Yıldırım, 2013; Kocaman Yıldırım ve ark. 2013). Psikiyatri dışında sunulan tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerinde; holistik ve hümanistik yaklaşım içerisinde, insanın fiziksel ve psikosozyal gereksinimleri değerlendirilerek planlama yapılmalıdır. KLP ve

KLP hemşireliği hizmeti, fiziksel hastalığı veya yakınması olan hastaların psikiyatrik tedavisini üstlenerek, tıbbi durum ile psikiyatrik durum arasında köprü vazifesi görerek boşlukları doldurmada anahtar rol üstlenmektedir (Kocaman Yıldırım ve Terakye, 2017). Ayrıca hastaların yaşam kalitesinin artırılması, hastanede yatış sürelerinin azalması, psikosomatik rahatsızlıklarda doğru ve etkin tedavinin sağlanmasını sağlamaktadır.

KLP hemşireliğinde kullanılan Terapötik Uygulamaları temel düzey psikoterapötik beceriler, özelleşmiş psikolojik müdahaleler ve psikoterapi olmak üzere 3 başlık altında toplayabiliriz. Temel düzey psikoterapötik beceriler ise terapötik iletişim, psikososyal değerlendirme, bilgi verme, baş etme becerisini geliştirme, riskli hastaları belirleme ve yönlendirme'dir. Özelleşmiş psikolojik müdahaleler ise danışmanlık, motivasyonel görüşme tekniği, krize müdahale, relaksasyon ve psikoeğitim'dir (Kocaman Yıldırım, 2016).

2.6.2.1 Temel düzey psikoterapötik beceriler

KLP hemşirelerinin; temel düzey psikoterapötik becerileri olan terapötik iletişim, psikososyal değerlendirme, bilgi verme, baş etme becerisini geliştirme, riskli hastaları belirleme ve yönlendirme konularında eğitim ve rehberlik vermesi görevleri arasında yer almaktadır (Kocaman Yıldırım, 2016).

Terapötik İletişim

Terapötik İletişim duygusal rahatlama, bireyin probleme yeni bir bakış açısından bakmasına fırsat sunarak, problemi tanımayı, çözmeyi, öğrenmeyi ve gelişimi kolaylaştıran aktif, işbirliği içinde gerçekleşen bir süreçtir. Terapötik iletişim teknikleri, terapötik ilişkiyi kurmak ve sürdürmek için terapötik iletişim teknikleri kullanılır. Terapötik iletişim ile ilgili teknik bilgiler uygulamaya aktarılırken, hangi yöntemin, ne zaman, nasıl kullanılacağı seçilirken etkileşimi başlatan ve teşvik eden, cesaretlendiren teknikler, hastayı tanıma ve duygularını ifade etmesine yardım eden teknikler, sağlık profesyonellerinin ve hastanın karşılıklı olarak birbirini anlamasında etkili olan teknikler olarak 3 başlık altında toplanabilir. Varlığını sunma, bilgi verme, gözlemleri iletme, açık uçlu sorular sorma, konuşmayı sürdürmeyi yöneltme, kabullenme, yoğunlaşma teknikleri etkileşimi başlatan ve teşvik eden, cesaretlendiren tekniklerdir. Araştırma, keşfetme, bağlantı kurma, duyguları ortaya çıkarma, gözlemleri paylaşma, kendini açma, sessizlik,

yansıtma, yeniden tekrarlama, yoğunlaşma ve soru sorma, hastayı tanıma ve duygularını ifade etmesine yardım eden tekniklerdendir. Sağlık profesyonellerinin ve hastanın karşılıklı olarak birbirini anlamasında; açıklığa kavuşturma, geçerliliği sağlama, gerçeği sunma, somutlaştırma, özetleme teknikleri etkili olmaktadır (Kocaman 2015).

Meme kanseri hastaları ve aile bireyleri ile uyum, güven, saygı, samimiyet, empati içeren terapötik iletişim teknikleri kullanılarak terapötik ilişki kurulmalıdır. Meme kanserinde cerrahi müdahale öncesi hastanın psikiyatrik yönden hazırlanması önemlidir. Ameliyat öncesi dönemde hastanın hazırlanması ve psikolojik destek verilmesi ameliyat sonrası tıbbi ve davranışsal komplikasyonları azaltır. Aynı zamanda tedaviye psikososyal uyumunu kolaylaştırır. Ameliyat öncesi dönemde hastanın kaygı ve duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilerek bilgilendirilme yapılması psikolojik hazırlıkta önemlidir (Özkan ve Alçalar, 2009; Yüksel ve Kızırmak, 2016).

Psikososyal Değerlendirme

Psikososyal değerlendirme, psikososyal tanılama ile başlayan, tanılama sonucunda elde edilen verilerin psikososyal bakıma yansıtılması sürecidir. Psikososyal bakım sürecinde bireyin tanınması, yaşamının ve hastalığının anlaşılması gereklidir.

KLP hemşiresi kendisine yönlendirilen hastanın bedensel, duygusal, davranışsal tepkilerini, psikososyal gereksinimlerini ve sorunlarını sistematik klinik görüşme yoluyla ayrıntılı olarak değerlendirir. Klinik görüşme ise holistik bakış açısı ile bilgi ve gözlemlerin ışığında hastayı merkeze alarak terapötik iletişim becerisi kullanılarak gerçekleştirilmelidir. Değerlendirme, hasta ile tanışmadan önce multidisipliner tedavi ekibinden, tıbbi ve hemşirelik kayıtlarından bilgi alarak başlar. KLP hemşiresinin, hasta ve yakını ile ilk karşılaştığında kendini tanıtmayı, orada bulunma nedenini ve güven ilişkisini sağlayarak anlatması bakım sürecini olumlu yönde etkiler. Tanılama da ise hastanın sağlık durumu, hastanın işlev kaybı, etkilenen organ, tedavi biçimi, mevcut sağlık problemleri, hastalığı ve uygulanan tedavileri hastanın nasıl algıladığı, hasta açısından hastalığın nedeni, hasta rolüne ilişkin tutumu, mevcut sağlık durumuna emosyonel ve davranışsal tepkileri, işbirliği, kabullenme ve uyum düzeyi, kaygı kaynakları, hastalığının ve tedavilerinin iş, sosyal, ilişkiler boyutunda yaşamını, günlük yaşam aktivitelerini ve kararlarını nasıl etkilediği ve değiştiği, kendini algılaması, rol ve işlevleri, stres ve baş etme biçimi, kullandığı baş etme yöntemleri, değer ve inanç sistemi,

gelecek hakkındaki düşüncesi, sosyal ve aile destek sistemleri, kaynakları, aile içi dinamiklerini belirlemek gerekir. Tanılamada görüşme sırasında aktif dinleme, açık uçlu soru sorma, empatik yansıtma, netleştirme, özetleme gibi terapötik iletişim teknikleri kullanılarak hastanın yaşadıklarını anlatırken kendini ifade etmesi, yaşamını anlamlandırması, duygularını paylaşması ile hedef ve girişimler belirlenir. “Zor bir süreç, tanı konulduğundan beri neler yaşıyorsunuz? Hastalığınızın ortaya çıkışını neye bağlıyorsunuz? Tanı aldıktan sonra yaşamınızda neler değişti? Geleceğinizle ilgili neler düşünüyorsunuz?” vb. açık uçlu sorular sorarak hastanın ifadeleri ile sözel olmayan davranışların farkında olarak gözlem yapmak önemlidir. Gözlem ile hastanın tepkilerinin yoğunluğu, süresi, etkisi, değerlendirilerek hastalık hakkındaki algısı ve problemler ile baş etme yöntemleri belirlenir. Psikososyal gereksinimleri ve sorunları belirlenerek hemşirelik tanısı konularak bakım süreci belirlenmektedir (Kocaman, 2015; Kocaman Yıldırım, 2016).

Meme kanseri tedavisinde hastaların psikososyal değerlendirmesi yapılarak psikososyal bakım süreci planlanmalıdır. Hastaların, psikososyal değerlendirme sürecinde KLP hemşiresinin rehberliğinde diğer sağlık çalışanlarının bu süreci değerlendirmesi sağlanarak psikososyal uyum süreci daha kolay olabilmektedir.

Bilgi Verme

Hastaların bedeni ve yaşamı hakkında karar vermesinde güçlendiren, bireyselleştirilmiş açık, net ve anlaşılır terimlerle bilgilendirmek, soru sormasına fırsat vererek yaşamını etkileyen tanı ve tedavi süreci boyunca kararlara aktif katılımını desteklemek multidisipliner ekibin sorumluluğu ve hastanın en doğal hakkıdır. Bilgi verme süreci bilgilendirme öncesi, bilgilendirme esnası ve bilgilendirme sonrası olmak üzere 3 aşamadan oluşmaktadır. Bilgi vermeden önce, hasta için uygun ortam ve zaman seçilmelidir. Hastanın tanı ve tedavi sürecinde kendisi ile ilgili durumu hakkında ne bildiği, ne bilmek istediği ve ne kadar bilmek istediği bilinmesi önemlidir. Hastanın duyuları ile ilgili problemler, anksiyete seviyesinin yüksek olması, ağrının varlığı, bilginin karmaşık şekilde ve teknik terimlerin kullanımı gibi faktörlerin verilen bilgilerin anlaşılmasına engel olabileceği göz ardı edilmemelidir. Bilgi verirken; Göz iletişimi ve destekleyici yaklaşım ile hastanın beden dili gözlemlenir. Açık, net, yalın ve anlaşılır kelimelerle, etkin iletişim teknikleri kullanılarak, hastaya göre bilginin miktarı ve yöntemi seçilerek bilgi verilmelidir. Resimler, basit çizimler ve şekillerle, modeller,

maketler, afişler vb görsel materyaller sözel ve yazılı araç ve gereçler kullanılabilir. Bilgi verme sürecinde hastaların soru sormalarına fırsat verilerek, etkin ve etkili iletişimin sürdürülmesinin ardından ana noktaların özetlenmesi gerekir. Bilgilendirmeyi sonlandırırken; Hastaların anlatılanları kavrayıp kavrayamadıklarını kontrol etmek için hastadan anladıklarını özetlemesini istenmelidir. Konuşmak istediği başka konular olup olmadığı sorgulanarak, bilgi istediğinde kime nasıl ulaşılabileceğinin açıklanarak sonraki görüşme zamanının belirlenmesi gerekir. Verilen bilgilerin kaydedilmesi, hastanın bakım ve tedavisinden sorumlu olan multidisipliner ekip üyelerine bilgi verilmelidir. Bu konuda KLP hemşiresinin rolü, psikiyatri dışında alanlarda çalışanlara rehberlik etmektir (Kocaman, 2015; Kocaman Yıldırım, 2016).

Meme kanseri tedavisinde hastaların bilgilendirilmesi, hastaya gerektiği kadar hasta kendini hazır hissettiği anda yapılmalıdır. Hastaya ‘ne söylendiği’ kadar ‘nasıl söylendiği’ önemlidir. Hastanın tedavi sürecine uyum sağlayabilmesi için durumunun ne olduğunu anlaması ve içinde bulunduğu duruma anlam verebilmesi önemlidir. Bu süreçte KLP hemşiresi diğer sağlık çalışanlarına rehberlik ederek hastanın tedavi sürecine uyumunu kolaylaştırmaktadır (Özkan ve Alçalar, 2009).

Baş Etme Becerisini Geliştirebilme

Her bireyin stresle, yaşamsal krizlerle farklı baş etme yöntemleri vardır. Transaksiyonel modele göre açıklayan Lazarus’a göre baş etme, stresör olarak değerlendirilen iç ve dış istekleri yönlendirmek için kullanılan değişen kognitif ve davranışsal stratejilerin toplamıdır. Bu modele göre baş etme sürecinin iki komponenti vardır. İlki stresörün önemini değerlendirilmesi (yüklenen anlam), ikincisi, durumu kontrol edebilme, değiştirebilme ve duyguları yönetebilme yeteneğinin değerlendirilmesidir. Bu iki komponent birbirini etkilemekte ve sosyal destek, manevi boyut gibi dengeleyici faktörler ile birlikte çeşitli baş etme biçimleri ortaya çıkmaktadır. Kullanılan baş etme yöntemlerini; hem duyguları düzenleme, hem de problemi çözme amacına yönelik sürece ve sonuca katkısına göre değerlendirmek gerekir (Kocaman, 2015; Kocaman 2016).

Karakartal (2017), meme kanser tanısı alan hastanın tedavi sürecinde başa çıkma yöntemleri ‘ *Bu süreçte hem ailemden hem psikiyatristten hem de sosyal hizmetlerden destek aldım*’ ve psikososyal destek hizmetlerine ilişkin görüşünü ise ‘ *Ailemden,*

psikiyatristten ve sosyal hizmetlerden destek aldım ben. Ve yeterli olduğunu düşünüyorum' şeklinde ifade ettiklerini belirtmiştir.

KLP hemşiresi meme kanseri tedavisi sürecinde sağlık profesyonelleri, hasta ve yakınlarının yaşadıkları durumu anlamlandırmada ve bu durumla baş etme becerisini geliştirmede multidisipliner ekip içinde anahtar rol üstlenmektedir (Özkan ve Alçalar, 2009; Kocaman, 2015; Kocaman Yıldırım 2016).

Riskli Hastaları Belirleme ve Yönlendirme

Primer tedavi ekibinin holistik yaklaşımı ile tanılama kapsamında yapılan psikososyal değerlendirme veya bazı ölçekler aracılığı ile riskli grupları belirlemek üzere ilk görüşmede ve kritik dönemde tarama yapması önerilmektedir. KLP hemşiresinin, psikiyatri dışı alanlarda belirlenen riskli gruba erken müdahale etmek amacıyla eğitim ve danışmanlık rolü vardır (Kocaman; 2015; Kocaman Yıldırım, 2016).

2.6.2.2. Özelleşmiş Psikolojik Müdahaleler

KLP hemşireliğinde temel düzey psikoterapötik beceriler ile özelleşmiş psikolojik müdahaleler ile birlikte kullanılmaktadır. Danışanın ihtiyacına göre belirlenerek danışmanlık, motivasyonel görüşme tekniği, krize müdahale, relaksasyon ve psikoeğitim gibi özelleşmiş psikolojik müdahaleler uygulanır (Kocaman Yıldırım, 2016).

Danışmanlık

Danışmanlık, danışana önem vererek ve güvenerek, danışanın kendini önemsendiğinin hissetmesi ile yaşamında farkındalık kazandırarak yapıcı bir değişiklik yapması için verilen hizmettir.

Tuna ve arkadaşları (2017), çalışmalarında meme kanserli hastalarda ameliyat sonrası bilgi gereksinimi ve telefon hemşireliği ile karşılanması çalışmasında; meme kanseri hastalarına ameliyat sonrası erken dönemde telefon ile danışmanlık hizmeti verilmesinin yüksek hasta memnuniyeti sağladığını belirtmişlerdir.

Işık (2012), erken evre meme kanseri hastalarında telefonla danışmanlık müdahalesinin etkinliğini değerlendirdiği çalışmasında; hastaların, telefonla danışmanlık müdahalesinde her hafta düzenli olarak bir psikiyatri hemşiresi ile duygu ve düşüncelerini

paylaşmalarının hastaların duygu durumların da olumlu yönde etki yarattığı dikkat çekici bir sonuç olarak belirtilmiştir. Ayrıca erken evre meme kanseri hastalarının aile ve mesleki çevreleri, geniş aile ilişkileri üzerinde de telefonla danışmanlığın etkili olduğunu ifade etmiştir.

Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşme, danışana empatik bir yaklaşım sergilenen ve danışanın önceliklerine dayanan, danışanda davranış değişimini sağlamak için onun karşıt duygu durumunun ortaya çıkmasını sağlayan, danışan odaklı bir danışmanlık yöntemidir. Klinik süreçlerde; davranış değişikliği sağlayarak, danışanın kendisi için doğru seçimi yapması sağlanarak kararı desteklenmekte ve uyumu artırılabilir. Motivasyonel görüşmede amaç; içsel motivasyonu artırmaktır. Motivasyonel görüşme iki aşamadan oluşmaktadır. Motivasyonel görüşmede birinci aşama değişim için motivasyon kurulmasıdır. Birinci aşamada açık uçlu sorular sormak, yansıtıcı dinleme, özetleme, kabullenme ve değişimi konuşma yöntemleri kullanılır. İkinci aşama ise değişim planı oluşturmaktır. Bu amaçla görüşmelere değerlendirme, sorun ve değişim konusunda gelinen noktayı özetleme ile başlatılarak anahtar sorularla devam edilir, gerektiğinde bilgi ve tavsiye verme de kullanılabilir (Dicle 2017; Kızılırmak ve Demir, 2018; Ögel, 2009).

Motivasyonel görüşmenin kronik hastalıklarda tanı ve tedavi sürecinde tedaviye uyum problemi olan hastalarda etkin kullanımı nedeni ile KLP hemşireliği uygulamasında yeri vardır.

Kriz Müdahale

Kanser tanı ve tedavi süreci hasta ve ailesi için krizin başlangıç noktası olabilir. Krizler çoğu kişi için yardım gerektiren dengesizliğe neden olmaktadır. Krize müdahale dengesizliğe eşlik eden anksiyete düzeyini azaltan problem çözme becerisi gerektirmektedir. Yaşanan bireysel krizler acil müdahale gerektirir. Birey duygusal durumu nedeni ile problemi çözemez, krizi çözebilmek için gereken kaynakları harekete geçirecek başkalarının desteğine ve rehberliğine ihtiyaç duymaktadır. Krizler sağlık hizmetinin her alanında ortaya çıkabilmekte ve hasta, ailesi, sağlık çalışanı krize neden olma ihtimali olan birçok durumla karşılaşabilmektedir. KLP hemşiresi gelişimsel,

durumsal veya psikopatolojiyi yansıtan çeşitli kriz durumlarında çağrılabilir (Kocaman Yıldırım, 2016).

Relaksasyon -Gevşeme

Derin nefes alma, progresif kas gevşeme, imgeleme, müzik dinleme, duyguları yazma gibi relaksasyon yöntemleri sıklıkla kullanılan terapötik uygulamalardır. 2014 yılında yapılan meme kanserli hastalarda sanat terapinin etkinliği değerlendirme amaçlı yapılan bir sistematik review ve meta-analiz çalışması sonucunda kemoterapi ve hastane yatışı olan hastalara 15-30 dakikalık müzik dinletilerek yapılan çalışma sonuçlarına göre müzik dinlemenin anlamlı derecede etkili ancak depresyon düzeylerinde etkili olmadığı görülmüştür. 2013 yılında radyoterapi alan 65 hasta ile yapılan yarı deneysel bir çalışmada 33 deney grubu hastasına radyoterapi alırken 5 gün 20-30 dk boyunca müzik dinletilmiş ve müziğin radyoterapi alan hastalarda anksiyete, depresyon ve yorgunluğu azalttığı görülmüştür (Young ve ark., 2013). 2012 yılında Mosher ve arkadaşlarının metastatik meme kanserli 87 hastayla yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada hastalardan sekiz hafta boyunca kanserle ilgili derin duygu ve düşüncelerini yazmaları istenmiş, çalışma sonunda yazmayanlara göre bu grubun psikolojik destek hizmetlerini alımını artırdığı tespit edilmiştir (Mosher ve ark., 2012). Lu Q ve arkadaşlarının 2012'de takipte olan (survivor) 19 meme kanseri hastasıyla yapılan yarı deneysel çalışmada üç hafta boyunca hastaların meme kanseri deneyimiyle ilgili kendi duygu, düşünce ve başa çıkma çabaları ve olumlu duygu düşünceleri hakkında yazı yazması istenmiş. Bu uygulamanın anksiyetelerinin azaltılmasında pozitif etkili olduğu bildirilmiştir (Buzlu ve ark., 2014).

Psikoeğitim

Psikoeğitim; stres yönetimi, baş etmeyi geliştirme ve grup psikososyal desteği sağlamayı içeren kısa süreli yapılandırılmış müdahaledir. Psikoeğitim programlarında; kişilerin o konuda ruhsal sorunlar yaşamasını önlemek veya sorunlarla baş edebilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca psikoeğitim programlarında bireysel, sosyal, eğitimsel ve mesleki bir konuda beceri kazandırılmaktadır (Tambağ ve Öz, 2014).

Kanser hastalarında psikoeğitimin problem çözme algılarını pozitif yönde değiştirdiği belirtilmiştir (Üzüm ve Nehir, 2019).

Budin ve ark.'nın yaptıkları bir araştırmada ise meme kanser tedavisi biten hastaları 4 gruba ayırmışlar; Grup 1'e (n=59) standart bakım uygulanmış. Grup 2'ye (n=66) 4 tane psikoeğitim videolarından oluşan standardize edilmiş psikoeğitim verilmiştir. Videoların konuları; tanınızla baş etme, cerrahiden iyileşme, adjuvan tedaviyi anlamak ve devam eden iyileşmeniz konularını içermektedir. Grup 3'e (n=66), krize müdahale modeline göre tasarlanmış meme kanseri hastalarının ve eşlerinin meme kanseri deneyimi ve onunla ilişkili konularla ilgili kontrol duygularını artırmaya yönelik telefonla danışmanlık müdahalesi uygulanmıştır. Grup 4'e (n=58) ise standart bakım, telefonla danışmanlık ve psikoeğitim (Grup 1, 2 ve 3 toplamı) uygulanmıştır. Hastaların psikolojik iyilik halleri üzerinde sadece telefonla danışmanlık yapılan grupta anlamlı bir fark gözlenmiştir. Hastaların yan etkiler nedeniyle yaşadıkları distres üzerine ise telefonla danışmanlığın ve psikoeğitimin birlikte verildiği yöntem bunların tek başlarına verilmesinden ya da standart bakımdan daha etkili bulunmuştur (Budin ve ark., 2008).

Wu ve arkadaşlarının bildirdiğine göre (2018) meme kanseri hastalarına yönelik yüz yüze psikoeğitim müdahalesi, kemoterapi sırasında ve sonrasında bilgi, direnç ve yaşam kalitesini iyileştirmede potansiyel olarak etkilidir.

Şengün İnan ve Üstün (2014), çalışmalarında meme kanseri tedavi sonrası psikoeğitim uygulaması sonucunda, psikososyal hizmet sunumunda evde psikoeğitim uygulamalarının bu hasta grubu ile yürütülecek diğer müdahalelerde de kullanabileceklerini belirtmişlerdir.

2.6.2.3. Psikoterapi

Psikoterapi; düşünce, duygu ve davranışları, konuşma, ilişki kurma yolları ile etkileyerek değiştirme ve iyileştirme demektir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Meme kanseri hastalar arasında grup psikoterapisinin yaşam kalitesi ve psikolojik belirtiler üzerindeki etkinliğinin incelendiği bu çalışmada, tedavi protokolü 16 meme kanseri hasta üzerinde seanslar 2-3 saat olmak üzere 16 hafta boyunca uygulanmıştır. Çalışmadaki gerekli değerlendirmeler terapi öncesi ve sonrasında yapılmış, uyku sorunları ve yaşam kalitesinde herhangi bir farklılık olmasa da tedavi sonrası anksiyete, depresyon ve psikolojik sıkıntıda anlamlı derecede gelişmelerin olduğu belirtilmiştir (Yavuzşen ve ark., 2012).

Grup psikoterapisinin meme kanseri hastalarında depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesini arttırmada önemli bir etkisi vardır (Nikbakhsh ve ark., 2018).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyumu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yer alan iki genel cerrahi servisinde uygulanmıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi 05.10.2010 tarihinden itibaren hizmet vermeye başlamıştır. Yılda ortalama 200.000 hastaya hizmet verilmekte ve ortalama 6000 ameliyat yapılmaktadır. Tüm klinik branşlarda, Yoğun Bakım Hizmeti gerektiren hastalara verilen Yoğun Bakım Üniteleri, Acil Servis, Kan Bankası, Tam donanımlı Radyoloji Bölümü ve Merkez (Biyokimya, Mikrobiyoloji, Farmakoloji) laboratuvarı, Diyaliz üniteleri, Onkoloji hastaları için Radyoterapi/Gamma Knife ve Günlük Kemoterapi Tedavi Merkezleri, Doğum Ünitesi ve Nükleer Tıp Merkezi ile hizmet verilmektedir. Marmara Üniversitesi hastanesinde 2 adet genel cerrahi servisi bulunmaktadır. Genel Cerrahi 1 ve Genel Cerrahi 2 Servisinde toplam 41 yatak bulunmaktadır. Odalardan 1 vip oda(1 hasta) ve 2 oda (4 hasta) drenaj odasına Başhekimlik tarafından belirlenen hastalar yatırılmaktadır. Genel Cerrahi Servislerinde; Böbrek Transplantasyonu (alıcı ve verici), Karaciğer transplantasyonu (hazırlık aşamasında alıcı ve verici) ve post op verici), Mide Ca , Pankreas Ca, Kolon Ca, Sigmoid Ca, Rektum Ca, Troid Ca ve Hastalıkları, Meme Ca , Herni ameliyatları yapılmaktadır. Ayrıca gününbirlik işlemler (kolonoskopi, ERCP, RF) yapılmaktadır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde meme kanseri tedavisi alan hastaların takipleri genel cerrahi polikliniklerinin kapsamında meme polikliniğinde yapılmaktadır. Meme polikliniği ise meme ünitesi, radyoloji ünitesi, nükleer tıp ünitesi, onkoloji poliklinikleri, radyasyon onkolojisi ünitesi ve fizik tedavi ünitesi ile işbirliği içinde çalışmaktadır. Meme ünitesinde meme biyopsisi, mamografi ve meme ultrasonografisi (USG) işlemleri yapılmaktadır. Radyoloji ünitesinde özellikle meme kanseri tanı sürecinde meme emarı

(MR) çekilmektedir .Nükleer tıp ünitesinde meme kanseri tanısı alan hastaların tanı ve tedavi sürecinde PET CT çekimleri yapılmaktadır. Onkoloji polikliniklerinde ise meme kanseri tanısı konan hastalarda sürece göre bazen cerrahi işlemden önce veya cerrahi işlemden sonra, radyasyon onkolojisi ünitesinde ise cerrahi işlemden sonra hastaların muayeneleri yapılarak radyoterapi hizmeti verilmektedir. Fizik tedavi ünitesi ile işbirliği ile hastalar ameliyat öncesi dönemde lenf ödem takibine alınarak ameliyat sonrası dönemde kontrollerin yapılması sağlanmaktadır. Ayrıca gününbirlik yetişkin kemoterapi ünitesinde kemoterapi alan meme kanserli hastalara hizmet verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi 1 ve Genel Cerrahi 2 Servisinde tedavi gören meme kanserli hastaların kayıtları incelendiğinde Ocak 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında 140 hasta meme kanseri için tedaviler almıştır.140 hasta araştırmanın evreni olarak kabul edilmiştir.

Şubat - Eylül 2018 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi 1 ve Genel Cerrahi 2 servisinde meme kanseri tedavisi olan 140 hastadan, örneklem büyüklüğü hesaplama formülüne göre $p=0.25^*$, $q=0.75$, $d=0.05$, $N=140$ ve $t=1.96$ olarak hesaplandığında, örneklem 95 kişi bulunmuş olup, 100 hastaya ulaşılmıştır.

3.3.1. Örneklem kabul edilme kriteri

- 18 yaş ve üzeri olan,
- İletişimi engelleyecek herhangi bir problemi bulunmayan,
- Okur yazar olan,
- Tanımlanan mental bir bozukluğu olmayan,

3.4. Araştırma Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri meme kanseri tedavisi alan hastaların yaş, meslek, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri ile hastalığa ve tedaviye ilişkin

tanımlayıcı özelliklerdir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyum puanlarıdır.

3.5. Verilerin toplanması

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından geliştirilen Hasta ve Hastalığa ilişkin Veri Toplama Formu ile Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) aracılığıyla toplanmıştır.

Veriler meme tedavisi uygulanan hastalar ile Şubat - Eylül 2018 tarihleri arasında toplam sekiz ayda toplanmıştır. Hastalar, onkoloji ve meme polikliniğinden takipli meme kanseri tanısı alan hastalar olup, neoadjuvan kemoterapi ve cerrahi tedavi; neoadjuvan kemoterapi, cerrahi tedavi ve radyoterapi; cerrahi tedavi; cerrahi tedavi veya radyoterapi almışlardır. Bu hastalarla ameliyat sonrası bir ay içinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşmeler ile veriler toplanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulama süresi her bir hasta için ortalama 30 dk sürmüştür. Veri toplama araçları araştırmacı tarafından hemşire görüşme odasında gerçekleştirilmiştir.

3.5.1. Veri toplama araçları

Veri toplama formu araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde toplam 13 soru olup hastaya ilişkin tanımlayıcı özellikler yer almaktadır. İkinci bölümde ise hastalık ve tedavi sürecine ilişkin toplam 13 soru yer almaktadır. Her iki form da hasta ile yüz yüze görüşerek araştırmacı tarafından uygulanmış ancak ikinci bölümde yer alan hastalığa ilişkin özelliklere ait bilgilere hasta dosyasından ulaşılmıştır.

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) (EK.3)

Hastalığa Psikososyal Uyum- Özbildirim Ölçeği(PAIS-SR) Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilmiş olup hastalığa psikososyal uyumu değerlendiren çok boyutlu bir ölçektir. PAIS-SR, bireylerin diğer bireylerle ve sosyokültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçmektedir. PAIS-SR ölçeği soruları psikososyal uyumun yedi alanından ve toplam 46 maddeden oluşmaktadır. Bu yedi alan ölçeğin alt gruplarını oluşturmaktadır (Derogatis 1986).

1. *Sağlık bakımına oryantasyon:* Sağlık bakımına oryantasyonu alt boyutu sekiz maddeden oluşmaktadır Hastanın sağlık konularındaki tutumunu ve bu tutumun hastalığa uyumla ilgili olduğunu incelemektedir. Genel olarak sağlık hizmetine ilişkin hasta tutumları, sağlık uzmanlarının algıları, sağlık bilgisinin kalitesi ve hastanın hastalığına ve tedavisine ilişkin beklentileri değerlendirilmektedir.

2. *Mesleki çevre:* Mesleki çevre alt boyutu altı maddeden oluşmaktadır. Hastalığın meslek ortamı (iş, okul vb) üzerindeki etkisini incelemektedir. Hastaların algılanan mesleki performans kalitesi, mesleki memnuniyet, kaybedilen zaman ve mesleki ilgiyi göstermeleri değerlendirilmektedir.

3. *Aile çevresi:* Aile çevresi alt boyutu sekiz maddeden oluşmaktadır. Hastaların ailesi ile yaşadığı olaylara uyum düzeyini incelemektedir. Hastalığın finansal etkisini, ilişkilerin kalitesini, aile iletişimi ve fiziksel engellerin etkileri da dahil olmak üzere aile yaşamını değerlendirmektedir.

4. *Seksüel ilişkiler:* Seksüel ilişkiler alt boyutu altı maddeden oluşmaktadır. Hastalığın cinsel işlevsellik ve memnuniyet üzerindeki hastalığın etkisini incelemektedir. Özellikle cinsel ilgi, sıklık, performans kalitesi ve memnuniyet seviyesini değerlendirmektedir.

5. *Geniş aile ilişkileri:* Geniş aile ilişkileri alt boyutu beş maddeden oluşmaktadır. Hastaların genişletilmiş aile üyeleri ile yaşayabilecekleri zorlukları incelemektedir. İletişim sürecinde hastaların uyumunu, ilişkilerin kalitesini ve geniş aile üyeleri ile etkileşime olan ilgiyi değerlendirmektedir.

6. *Sosyal çevre:* Sosyal çevre alt boyutu altı maddeden oluşmaktadır. Hastaların sosyal aktiviteler alanındaki uyum kalitesini incelemektedir. Hastaların aile üyeleri ve sosyal gruplarla olan faaliyetlere ilgisinin ve katılımının derecesini değerlendirmektedir.

7. *Psikolojik baskı:* Psikolojik baskı alt boyutu yedi maddeden oluşmaktadır. Kaygı, depresyon ve düşmanlık yanı sıra benlik saygısı, beden imajı sorunları ve suçluluk gibi temel duygusal göstergeleri değerlendirmektedir. Hastanın bir hastalık nedeniyle yaşayabileceği psikolojik rahatsızlığını ölçmektedir.

Aşağıdaki şekilde alt boyutlara ilişkin soru dağılımları yer almaktadır. Ölçekte ters puanlanan sorular 2., 4., 6., 8., 10., 12., 14., 16., 18., 20., 22., 24., 26., 28., 30., 32., 35., 37., 39., 41., 43. ve 45. sorular olup toplam 22 adettir.

Şekil 3: Hastalığa psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği (PAIS-SR) alt boyutlarına ilişkin soru dağılımı

Soru dağılımı	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	1, 2 [®] , 3, 4 [®] , 5, 6 [®] , 7, 8 [®]
Mesleki Çevre	9, 10 [®] , 11, 12 [®] , 13, 14 [®]
Aile Çevresi	15, 16 [®] , 17, 18 [®] , 19, 20 [®] , 21, 22 [®]
Seksüel İlişkiler	23, 24 [®] , 25, 26 [®] , 27, 28 [®]
Geniş Aile İlişkileri	29, 30 [®] , 31, 32 [®] , 33
Sosyal Çevre	34, 35 [®] , 36, 37 [®] , 38, 39 [®]
Psikolojik Baskı	40, 41 [®] , 42, 43 [®] , 44, 45 [®] , 46

[®]Ters ifadeler

Her bir soru için uyum seviyesini 0 ile 3 arasında belirleyen 4 ifade yer almaktadır. Ölçekte yer alan her bir ifade için hastalıktan bu yana büyük oranda olumsuz değişiklikler 3 puanla, değişiklik olmaması veya olumlu değişiklikler 0 puanla değerlendirilmektedir. PAIS-SR ‘den alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 138’dir.

PAIS-SR ölçeğinde düşük puanlar hastalığa ‘**iyi psikososyal uyumu**’, yüksek puanlar hastalığa ‘**kötü psikososyal uyumu**’ göstermektedir. PAIS-SR’de 35 ‘in altındaki puanlar **psikososyal uyumun iyi**, 35-51 puanlar ‘**orta derecede psikososyal uyumu**’, 51’in üstündeki puanlar ‘**kötü psikososyal uyumu**’ ifade eder şeklinde değerlendirilmektedir.

Ülkemizde PAIS-SR nin Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği, Adaylar (1995) tarafından yapılmıştır. Adaylar’ın çalışmasında PAIS-SR için iç tutarlılık 0.94 olarak bildirilmiştir. Babacan Gümüş’ün tezinde ise iç tutarlılık 0.84 olarak bildirilmiştir. Çam ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında meme kanserli hasta örnekleminde ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur (Adaylar, 1995; Babacan Gümüş, 2007; Çam ve ark., 2009). Bu çalışmada da Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam puana ilişkin Cronbach’s alfa değeri 0.92 olup, alt boyut cronbach alfa değerleri sağlık bakımına oryantasyonda 0.76, mesleki çevre ve aile çevresi alt boyutunda 0.66 ile 0,82, seksüel ilişkiler alt boyutu 0.80, geniş

aile ilişkileri alt boyutunda 0.84, sosyal çevre ve psikolojik baskı alt boyutlarında ise 0.88'dir.

3.6 Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testi ve grafiksel değerlendirmeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen verilerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında One-way Anova Test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni test; normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test ve ikili karşılaştırmalarında Dunn- Bonferroni test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher-Freeman-Halton Exact testi kullanıldı. Anlamlılık en az $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik uygunluğu Marmara Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan 09.2018.127 protokol numarası ile yazılı izin alınmıştır (EK.4). Araştırmanın örnekleme ulaşabilmek için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden 26.03.2018 tarihli ve 43766128-030.03-7190 sayılı yazı ile izin alınmıştır (EK.5). Araştırmayı kabul eden Genel Cerrahi 1 ve Genel Cerrahi 2 Servisinde tedavi gören meme kanseri tanısı konan ve cerrahi tedavi uygulanan hastalardan yazılı onam alınmıştır (EK.1).

3. BULGULAR

Bu bölümde, meme kanseri hastalarının tanımlayıcı özellikleri, hastalığa ve tedaviye ilişkin özelliklerine ilişkin dağılımlar ile bu özelliklerin psikososyal uyum puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 1: Meme Kanseri Tedavisi alan hastaların tanımlayıcı özellikleri

		n	%
Yaş (yıl)	25-34 yaş	5	5,0
	35-44 yaş	20	20,0
	45-54 yaş	38	38,0
	55-64 yaş	25	25,0
	≥ 65 yaş	12	12,0
Eğitim düzeyi	İlköğretim	38	38,0
	Orta öğretim	20	20,0
	Lise	27	27,0
	Yüksekokul	6	6,0
	Lisans	8	8,0
	Lisansüstü	1	1,0
Meslek	Ev hanımı	63	63,0
	Memur/ işçi	5	5,0
	Serbest meslek	15	15,0
	Emekli	17	17,0
Çalışma durumu	Çalışıyor	20	20,0
	Çalışmıyor	80	80,0
Sosyal güvence	Var	95	95,0
	Yok	5	5,0
Medeni durum	Evli	98	98,0
	Eşi vefat etmiş	1	1,0
	Ayrı yaşıyor	1	1,0
Menopoz durumu	Premenopoz	37	37,0
	Menopoz	57	57,0
	Postmenopoz	6	6,0
Yaşadığı yer	İl	89	89,0
	İlçe	10	10,0
	Köy	1	1,0
	Toplam	100	100,0

Tablo 1 devamı: Meme kanseri tedavisi alan hastaların tanımlayıcı özellikleri

		n	%
Evlilik süresi (yıl)	1-4 yıl	5	5,0
	5-9 yıl	14	14,0
	10-14 yıl	14	14,0
	15-19 yıl	13	13,0
	≥20 yıl	54	54,0
Eşin yaşı (yıl)	25-34 yaş	5	5,0
	35-44 yaş	15	15,0
	45-54 yaş	31	31,0
	55-64 yaş	26	26,0
	≥ 65 yaş	23	23,0
Eşin mesleği	Memur/ İşçi	13	13,0
	Serbest meslek	34	34,0
	Emekli	53	53,0
Çocuk sayısı	Yok	6	6,0
	1 çocuk	29	29,0
	2 çocuk	44	44,0
	≥ 3 çocuk	21	21,0
Ekonomik sorunlar	Var	45	45,0
	Yok	55	55,0
	Toplam	100	100,0

Tablo 1’de meme kanseri tedavisi alan hastaların tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde;

Araştırma katılma kriterlerine göre tüm bireyler kadın olup, araştırma kapsamında toplam 100 hasta alınmıştır. Araştırmaya katılan hastaların % 38’i 45-54 yaş grubunda olduğu ve eğitim düzeylerinin ise %38,0’inin ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların meslekleri incelendiğinde en sık gözlenen meslek türünün %63’ü ev hanımı olduğu ve %80’i herhangi bir işte çalışmamaktadır. Ayrıca %89’u il’de yaşamakta ve %95’inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Araştırmaya katılan meme kanseri tedavisi alan hastaları ve %57’sinin menopoz döneminde olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Meme kanseri tedavisi alan hastaların %98’i evli ve evlilik süreleri incelendiğinde ise hastaların en uzun evlilik süresi %54’ünün 20 yıl üzeri olan grup ön plana çıkmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların eşlerinin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; %31’inin 45-54 yaş aralığında olduğu ve %53’ü emeklidir. Meme kanseri tedavisi alan hastaların, %44’ünün iki çocuğu ve %55’inin ekonomik sorunları bulunmamaktadır (Tablo 1).

Tablo 2: Meme kanseri tedavisi alan hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özellikleri

		n	%
Tıbbi tanı	Sol meme kanseri	59	59,0
	Sağ meme kanseri	41	41,0
Tanıyı ilk kez alma durumu	Evet	96	96,0
	Hayır	4	4,0
Evre	Evre 1	18	18,0
	Evre 2	50	50,0
	Evre 3	32	32,0
Ailede kanser öyküsü	Var	28	28,0
	Yok	72	72,0
Ailede meme kanseri öyküsü	Var	17	17,0
	Yok	83	83,0
Tanı alma süresi	1-3 ay	44	44,0
	4-6 ay	20	20,0
	6 ay üzeri	36	36,0
Tedavi türü	Cerrahi	86	86,0
	Cerrahi + kemoterapi	12	12,0
	Cerrahi + radyoterapi	1	1,0
	Cerrahi + kemoterapi+ radyoterapi	1	1,0
Psikolojik destek	Evet	5	5,0
	Hayır	95	95,0
Meme kanseri tanısı aldıktan sonra aile içi sorun alanları			
Çocuklar ile ilişki	Evet	33	33,0
	Hayır	67	67,0
Ekonomik sorun	Evet	44	44,0
	Hayır	56	56,0
Aile ile ilişki	Evet	56	56,0
	Hayır	44	44,0
Eşi ile ilişki	Evet	19	19,0
	Hayır	81	81,0
Yeterli destek alma durumu	Evet	85	85,0
	Hayır	15	15,0
Algılanan Sosyal Destek			
Eş	Evet	58	58,0
	Hayır	42	42,0
Kardeş	Evet	29	29,0
	Hayır	71	71,0
Çocuk	Evet	53	53,0
	Hayır	47	47,0
Arkadaş	Evet	9	9,0
	Hayır	91	91,0
Ebeveyn	Evet	26	26,0
	Hayır	74	74,0
	Toplam	100	100,0

Tablo 2’de meme kanseri tedavisi alan hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde, meme kanseri tedavisi alan hastaların %59’u sol meme kanseri tanısı ve %96’sı tanıyı ilk kez almıştır. Araştırmaya katılan hastaların hastalık evresi %50’si evre 2 ve tanı alma süresi %44’ünün 1-3 ay olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Meme kanseri tedavisi alan hastaların %28’inin ailesinde kanser öyküsü, %17’sinin ailesinde meme kanseri öyküsü görülmektedir. Aldıkları tedavi türleri incelendiğinde ise %86’sının cerrahi tedavi aldığı ve hastaların %95’i psikolojik destek almamaktadır (Tablo 2).

Meme kanseri tanısı aldıktan sonra aile içindeki sorun alanları incelendiğinde; %56’sının ailesiyle iletişimde değişimler olmuştur. Tedavi sürecinde yeterli destek aldığını düşünenlerin oranı %85 iken, yeterli destek almadığını düşünenlerin oranı ise %15 olduğu görülmektedir. Tedavi sürecinde ise algılanan sosyal destekte %58’inin eşi destek olmuştur (Tablo 2).

Tablo 3: Meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyum düzeyleri

Psikososyal Uyum Düzeyi (PAIS-SR)	n	%
Kötü Uyum	41	41
Orta Uyum	27	27
İyi Uyum	32	32
Toplam	100	100

Tablo 3’de meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyum düzeyleri incelenmiştir. Hastaların %41’inde (n=41) kötü uyum, %27’sinde (n=27) orta uyum, %32’inde (n=32) iyi uyum bulunmuştur.

Tablo 4 : Hastalığa psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği (PAIS-SR) alt boyut ve toplam puanlarının dağılımı

	Soru sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Sağlık bakımına oryantasyon	8	0-18 (5,5)	6,09±3,95
Mesleki çevre	6	1-16 (7)	7,10±3,18
Aile çevresi	8	0-22 (6)	6,62±4,45
Seksüel ilişkiler	6	0-17 (7)	6,84±3,90
Geniş aile ilişkileri	5	0-14 (5)	5,12±3,79
Sosyal çevre	6	0-18 (7)	7,33±4,18
Psikolojik baskı	7	0-19 (6,5)	6,69±4,87
Toplam	46	5-89 (45,5)	45,79±19,28

Tablo 4’de Hastalığa psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği (PAIS-SR) toplam puanı ve alt boyutlarının ortalama puanı verilmiştir. Sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puanı, ortalama 6,09±3,95 puan; mesleki çevre alt boyut puanı, ortalama 7.10±3.18 puan; aile çevresi alt boyut puanı, ortalama 6.62±4.45 puandır. Seksüel ilişkiler alt boyut, ortalama 6.84±3.90 puan; geniş aile ilişkileri alt boyut puanı, ortalama 5.12±3.79 puan; sosyal çevre alt boyut puanı, ortalama 7.33±4.18 puan ve psikolojik baskı alt boyut puanı, ortalama 6.69±4.87 puandır.

Tablo 5: Meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyum puan ortalamaları ile tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması

		Sağlık bakımına oryantasyon	Mesleki çevre	Aile çevresi	Seksüel ilişkiler	Geniş aile ilişkileri	Sosyal çevre	Psikolojik baskı	Toplam	
Yaş (yıl)	≤ 44 yaş (n=25)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-18 (5) 5,68±4,84	1-12 (7) 6,68±3,41	0-15 (4) 5,76±3,98	0-12 (6) 5,92±3,29	0-12 (5) 5,8±3,79	0-13 (7) 7,36±3,83	0-15 (8) 7,40±5,08	6-86 (46) 44,60±19,15
	45-54 yaş (n=38)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-14 (7) 6,79±3,42	1-16 (7) 7,32±3,34	0-22 (6) 7,53±5,01	0-17 (8) 7,47±4,35	0-14 (5) 5,29±3,75	0-17 (7,5) 7,63±4,43	0-15 (6,5) 6,55±4,54	10-89 (47,5) 48,58±19,38
	55-64 yaş (n=25)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-16 (4) 5,00±3,32	2-13 (7) 7,12±2,71	0-16 (5) 6,56±4,38	0-13 (8) 6,84±3,33	0-13 (6) 4,64±3,86	0-18 (6) 6,84±4,33	0-19 (3) 6,40±5,52	5-77 (42) 43,40±19,92
	≥ 65 yaş (n=12)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-14 (8) 7,00±4,55	1-13 (7) 7,25±3,36	0-10 (6) 5,67±3,45	0-14 (7,5) 6,75±4,75	1-13 (2,5) 4,17±3,95	0-14 (8,5) 7,33±4,16	1-17 (5) 6,25±4,47	6-70 (47,5) 44,42±19,33
		Test değeri p	$\chi^2:6,120$ $^ap:0,106$	$\chi^2:0,607$ $^ap:0,895$	$\chi^2:2,329$ $^ap:0,507$	$\chi^2:2,417$ $^ap:0,490$	$\chi^2:1,852$ $^ap:0,604$	$\chi^2:1,029$ $^ap:0,794$	$\chi^2:0,719$ $^ap:0,869$	$\chi^2:1,186$ $^ap:0,756$
Eğitim düzeyi	İlköğretim (n=38)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-13 (5) 5,55±3,43	1-13 (7) 7,29±3,16	1-22 (6) 7,11±4,73	0-17 (7) 7,00±3,65	0-14 (6) 5,82±4,43	0-18 (8) 7,74±4,60	0-19 (7) 6,63±5,03	6-89 (49,5) 47,13±18,02
	Orta öğretim (n=20)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-16 (6,5) 7,35±4,92	3-12 (7) 7,50±2,80	0-16 (6,5) 6,60±4,07	0-13 (7) 6,80±3,30	1-13 (5) 5,20±3,58	1-13 (7,5) 8,00±3,21	1-17 (4) 7,00±5,02	19-86 (43) 48,45±17,93
	Lise (n=27)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-18 (7) 6,67±3,87	2-12 (8) 7,37±3,07	0-14 (6) 6,70±4,04	0-16 (7) 7,41±4,04	0-11 (5) 4,22±3,30	0-12 (7) 6,74±3,45	0-17 (8) 7,26±4,77	20-76 (49) 46,37±19,38
	Yüksekokul ve üzeri (n=15) ***	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-12 (4) 4,73±3,61	1-16 (5) 5,60±3,74	0-20 (4) 5,27±5,05	0-14 (4) 5,47±4,98	0-11 (4) 4,87±3,04	0-15 (7) 6,47±5,37	0-15 (5) 5,40±4,70	5-80 (39) 37,80±23,55
		Test değeri P	$\chi^2:4,309$ $^ap:0,230$	F:1,345 $^bp:0,264$	$\chi^2:2,875$ $^ap:0,411$	$\chi^2:1,229$ $^ap:0,746$	$\chi^2:1,975$ $^ap:0,578$	$\chi^2:1,577$ $^ap:0,665$	$\chi^2:1,890$ $^ap:0,596$	F:1,056 $^bp:0,371$

Tablo 5 devamı: Meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyum puan ortalamaları ile tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması

			Sağlık bakımına oryantasyon	Mesleki çevre	Aile çevresi	Seksüel ilişkiler	Geniş aile ilişkileri	Sosyal çevre	Psikolojik baskı	Toplam	
Meslek	Ev hanımı (n=63)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-16 (7)	1-13 (7)	1-22 (7)	0-17 (7)	0-14 (5)	0-18 (8)	0-17 (7)	6-89 (50)	
		<i>Ort±Ss</i>	6,48±3,94	7,63±3,11	7,17±4,41	6,97±3,91	5,41±4,02	7,75±4,37	6,83±4,52	48,24±18,40	
	Çalışan**** (n=20)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-13 (4,5)	1-11 (5,5)	0-14 (4,5)	0-15 (6)	0-11 (6)	0-13 (6)	0-15 (4)	6-76 (38,5)	
		<i>Ort±Ss</i>	4,95±3,98	5,51±2,81	5,45±3,63	6,65±3,86	5,20±3,30	6,25±3,77	6,65±5,67	40,65±20,17	
	Emekli (n=17)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	2-18 (5)	2-16 (8)	0-20 (5)	0-14 (8)	0-11 (4)	0-15 (6)	0-19 (3)	5-80 (36)	
		<i>Ort±Ss</i>	6,00±3,94	7,00±3,41	5,94±5,29	6,59±4,17	3,94±3,4	7,06±3,86	6,24±5,41	42,76±21,00	
Test değeri			χ^2 :2,526	F:3,621	χ^2 :3,148	χ^2 :0,164	χ^2 :2,268	χ^2 :2,165	χ^2 :0,437	F:1,440	
p			^a p:0,283	^b p:0,030*	^a p:0,207	^a p:0,921	^a p:0,322	^a p:0,339	^a p:0,804	^b p:0,242	
Çalışma durumu	Çalışıyor (n=20)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-13 (5)	1-11 (5)	0-14 (5,5)	0-15 (6)	0-11 (6)	0-13 (6,5)	0-15 (4)	6-76 (40)	
		<i>Ort±Ss</i>	5,10±4,05	5,25±2,97	5,50±3,65	6,65±3,86	5,00±3,15	6,40±3,78	6,35±5,29	40,25±19,5	
	Çalışmıyor (n=80)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-18 (6)	1-16 (7)	0-22 (6)	0-17 (7)	0-14 (5)	0-18 (7)	0-19 (7)	5-89 (49)	
		<i>Ort±Ss</i>	6,34±3,92	7,56±3,07	6,90±4,60	6,89±3,94	5,15±3,95	7,56±4,26	6,78±4,79	47,18±19,11	
	Test değeri			Z: -1,181	t: -3,030	Z: -1,012	Z: -0,303	Z: -0,061	Z: -0,997	Z: -0,524	t: -1,444
	p			^c p: 0,237	^d p: 0,003**	^c p: 0,312	^c p: 0,762	^c p: 0,952	^c p: 0,319	^c p: 0,601	^d p: 0,152
Sosyal güvence	Var (n=95)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-18 (6)	1-16 (7)	0-22 (6)	0-17 (7)	0-14 (5)	0-18 (7)	0-19 (7)	5-89 (46)	
		<i>Ort±Ss</i>	6,14±3,99	7,07±3,19	6,59±4,48	6,93±3,93	5,24±3,79	7,44±4,23	6,76±4,87	46,17±19,26	
	Yok (n=5)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	2-10 (5)	4-11 (7)	4-14 (6)	0-9 (6)	0-7 (1)	2-8 (6)	0-14 (3)	20-73 (35)	
		<i>Ort±Ss</i>	5,20±3,42	7,60±3,29	7,20±4,15	5,20±3,27	2,80±3,42	5,20±2,28	5,40±5,41	38,60±20,48	
	Test değeri			Z: -0,484	Z: -0,286	Z: -0,428	Z: -0,969	Z: -1,416	Z: -1,321	Z: -0,675	Z: -0,973
	p			^c p: 0,628	^c p: 0,775	^c p: 0,668	^c p: 0,332	^c p: 0,157	^c p: 0,187	^c p: 0,500	^c p: 0,331
Menapoz durumu	Premenapoz (n=37)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-18 (5)	1-12 (7)	0-22 (5)	0-16 (6)	0-14 (5)	0-17 (7)	0-15 (7)	6-89 (43)	
		<i>Ort±Ss</i>	6,14±4,35	6,24±2,85	6,24±4,48	6,38±4,03	5,16±3,66	6,76±4,32	6,89±4,70	43,81±20,99	
	Menapoz (n=57)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-16 (5)	1-16 (7)	0-20 (6)	0-17 (8)	0-14 (5)	0-18 (7)	0-19 (5)	5-80 (49)	
		<i>Ort±Ss</i>	5,79±3,80	7,51±3,30	6,88±4,45	7,25±3,91	5,07±4,02	7,63±4,15	6,58±5,20	46,70±18,60	
	Postmenapoz (n=6)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	6-11 (8,5)	4-12 (8)	0-12 (7,5)	0-9 (6,5)	1-8 (5,5)	3-14 (8,5)	3-10 (6,5)	27-70 (51)	
		<i>Ort±Ss</i>	8,67±1,75	8,50±3,15	6,50±4,89	5,83±3,06	5,33±2,66	8,00±3,79	6,50±2,88	49,33±16,23	
Test değeri			χ^2 :4,784	χ^2 :4,271	χ^2 :0,696	χ^2 :2,295	χ^2 :0,208	χ^2 :0,718	χ^2 :0,312	χ^2 :0,810	
p			^a p:0,091	^a p:0,118	^a p:0,706	^a p:0,317	^a p:0,901	^a p:0,698	^a p:0,855	^a p:0,667	

Tablo 5 devamı: Meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyum puan ortalamaları ile tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması

			Sağlık bakımına oryantasyon	Mesleki çevre	Aile çevresi	Seksüel ilişkiler	Geniş aile ilişkileri	Sosyal çevre	Psikolojik baskı	Toplam
Yaşadığı yer	İl (n=89)	Min-Mak (Medyan)	0-18 (5)	1-16 (7)	0-22 (5)	0-17 (6)	0-14 (5)	0-18 (7)	0-19 (6)	5-89 (45)
		Ort±Ss	5,90±3,92	7,04±3,25	6,46±4,54	6,65±3,91	5,00±3,79	7,26±4,30	6,73±5,02	45,04±19,78
	İlçe/ köy (n=11)	Min-Mak (Medyan)	0-13 (8)	4-12 (7)	3-15 (7)	0-13 (9)	1-13 (6)	2-12 (8)	2-13 (7)	23-71 (54)
		Ort±Ss	7,64±4,08	7,55±2,62	7,91±3,51	8,36±3,64	6,09±3,86	7,91±3,08	6,36±3,59	51,82±13,93
		Test değeri	Z: -1,455	Z: -0,510	Z: -1,498	Z: -1,655	Z: -0,837	Z: -0,549	Z: -0,061	Z: -1,190
		p	^c p: 0,146	^c p: 0,610	^c p: 0,134	^c p: 0,098	^c p: 0,403	^c p: 0,583	^c p: 0,951	^c p: 0,234
Evlilik süresi (yıl)	≤ 9 yıl (n=19)	Min-Mak (Medyan)	0-13 (5)	1-12 (7)	0-15 (6)	0-12 (7)	1-12 (6)	0-12 (7)	0-15 (8)	6-86 (43)
		Ort±Ss	5,37±4,09	6,63±3,20	6,26±4,13	6,84±3,06	5,89±3,03	7,37±2,71	7,32±4,75	45,68±18,94
	10-14 yıl (n=14)	Min-Mak (Medyan)	0-13 (5,5)	1-12 (8,5)	2-14 (6,5)	0-11 (6)	0-11 (6,5)	0-13 (10)	1-15 (10)	10-76 (59,5)
		Ort±Ss	6,21±3,42	7,71±3,93	7,64±4,13	6,50±2,90	5,5±3,88	8,43±4,47	8,71±5,20	50,71±22,05
	15-19 yıl (n=13)	Min-Mak (Medyan)	0-18 (7)	3-11 (8)	0-10 (5)	0-11 (6)	0-11 (4)	0-12 (6)	0-17 (7)	22-66 (41)
		Ort±Ss	7,46±4,61	7,69±2,50	4,92±3,01	6,23±3,32	3,69±3,52	6,31±3,86	6,23±4,62	42,54±15,56
≥ 20 yıl (n=54)	Min-Mak (Medyan)	0-16 (5)	1-16 (7)	0-22 (6)	0-17 (8)	0-14 (4,5)	0-18 (6,5)	0-19 (4)	5-89 (47)	
	Ort±Ss	5,98±3,90	6,96±3,14	6,89±4,88	7,07±4,53	5,09±4,06	7,28±4,61	6,06±4,85	45,33±19,74	
		Test değeri	χ^2 :2,046	χ^2 :2,282	χ^2 :2,686	χ^2 :0,653	χ^2 :3,608	χ^2 :2,525	χ^2 :3,575	χ^2 :1,952
		p	^a p:0,563	^a p:0,516	^a p:0,443	^a p:0,884	^a p:0,307	^a p:0,471	^a p:0,311	^a p:0,582

Tablo 5 devamı: Meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyum puan ortalamaları ile tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması

			Sağlık bakımına oryantasyon	Mesleki çevre	Aile çevresi	Seksüel ilişkiler	Geniş aile ilişkileri	Sosyal çevre	Psikolojik baskı	Toplam
Eşin yaşı (yıl)	≤ 44 yaş (n=20)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-13 (4,5)	1-12 (6,5)	0-15 (4,5)	0-12 (6,5)	1-12 (5,5)	0-13 (7,5)	0-15 (8)	6-86 (46)
		<i>Ort±Ss</i>	5,60±4,37	6,55±3,76	6,00±4,29	6,20±3,56	6,05±3,75	7,65±3,77	7,95±5,21	46,00±20,32
	45-54 yaş (n=31)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-18 (6)	1-12 (7)	1-22 (6)	0-11 (6)	0-14 (5)	0-17 (7)	0-15 (6)	10-89 (41)
		<i>Ort±Ss</i>	6,74±4,27	7,03±2,90	6,71±4,33	6,03±3,09	5,06±3,75	7,26±4,70	6,00±4,36	44,84±18,86
	55-64 yaş (n=26)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	1-16 (7)	4-16 (7,5)	0-20 (7)	0-17 (8)	0-14 (6)	1-15 (6)	0-19 (8)	20-80 (53,5)
		<i>Ort±Ss</i>	6,50±3,40	8,19±3,10	7,96±5,16	8,35±4,66	5,54±3,69	7,27±3,89	7,73±5,30	51,54±19,19
	≥ 65 yaş (n=23)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-14 (4)	1-13 (7)	0-14 (6)	0-14 (8)	0-13 (2)	0-18 (7)	0-17 (3)	5-70 (38)
		<i>Ort±Ss</i>	5,17±3,75	6,43±2,94	5,52±3,69	6,78±3,99	3,91±3,92	7,22±4,33	5,35±4,51	40,39±18,51
		Test değeri	$\chi^2:2,967$	F:1,594	$\chi^2:3,091$	$\chi^2:5,316$	$\chi^2:4,297$	$\chi^2:0,632$	$\chi^2:3,946$	F:1,414
		p	^a p:0,397	^b p:0,196	^a p:0,378	^a p:0,150	^a p:0,231	^a p:0,889	^a p:0,267	^b p:0,243
Eşin mesleği	Çalışan**** (n=47)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-14 (6)	1-13 (7)	0-15 (5)	0-12 (6)	0-12 (5)	0-13 (7)	0-15 (6)	6-86 (43)
		<i>Ort±Ss</i>	6,28±4,04	6,85±3,25	5,77±3,78	6,19±3,07	5,02±3,61	7,00±4,13	6,23±4,45	43,34±18,42
	Emekli (n=53)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-18 (5)	1-16 (7)	0-22 (6)	0-17 (8)	0-14 (6)	0-18 (7)	0-19 (7)	5-89 (50)
		<i>Ort±Ss</i>	5,92±3,91	7,32±3,12	7,38±4,88	7,42±4,47	5,21±3,98	7,62±4,23	7,09±5,23	47,96±19,94
		Test değeri	Z: -0,275	t: -0,736	Z: -1,029	Z: -0,084	Z: -0,239	Z: -0,694	Z: -0,645	t: -1,199
		p	^c p: 0,783	^d p: 0,463	^c p: 0,303	^c p: 0,933	^c p: 0,811	^c p: 0,488	^c p: 0,519	^d p: 0,234

Tablo 5 devamı: Meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyum puan ortalamaları ile tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması

			Sağlık bakımına oryantasyon	Mesleki çevre	Aile çevresi	Seksüel ilişkiler	Geniş aile ilişkileri	Sosyal çevre	Psikolojik baskı	Toplam
Çocuk sayısı	Yok (n=6)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-11 (6,5) 6,00±3,58	2-11 (8,5) 7,33±3,56	0-14 (4,5) 6,33±5,16	0-15 (7) 7,67±5,09	0-7 (5) 4,00±2,90	3-8 (6) 5,83±1,72	0-17 (9,5) 8,67±7,55	20-76 (45,5) 45,83±23,79
	1 çocuk (n=29)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-13 (6) 6,10±3,66	1-12 (7) 7,14±2,75	0-15 (5) 6,10±3,89	0-12 (6) 6,59±3,85	0-12 (6) 5,93±3,33	0-13 (7) 7,90±3,82	0-15 (8) 8,10±4,41	6-86 (48) 47,86±18,64
	2 çocuk (n=44)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-18 (4,5) 5,73±4,36	1-12 (7) 7,00±3,28	0-16 (6) 6,98±3,98	0-17 (8) 7,18±3,72	0-14 (6) 5,52±3,95	0-18 (8) 7,93±3,98	0-19 (4,5) 6,32±4,69	10-77 (48) 46,66±17,63
	≥ 3 çocuk (n=21)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	1-14 (8) 6,86±3,69	1-16 (7) 7,19±3,60	0-22 (5) 6,67±5,95	0-14 (6) 6,24±4,19	0-14 (1) 3,48±3,93	0-17 (4) 5,71±5,15	0-17 (4) 4,95±4,60	5-89 (33) 41,10±22,68
		Test değeri p	χ^2 :2,441 ^a p:0,486	χ^2 :0,183 ^a p:0,980	χ^2 :1,559 ^a p:0,669	χ^2 :0,908 ^a p:0,823	χ^2 :7,040 ^a p:0,071	χ^2 :6,267 ^a p:0,099	χ^2 :6,851 ^a p:0,077	χ^2 :1,910 ^a p:0,591
Ekonomik sorunlar	Var (n=45)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-16 (7) 6,51±3,88	1-16 (9) 8,38±3,43	1-20 (8) 8,16±4,14	0-17 (8) 7,89±3,66	0-14 (6) 5,56±3,56	0-18 (8) 8,16±4,17	0-15 (7) 6,87±4,92	10-86 (55) 51,51±18,52
	Yok (n=55)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-18 (5) 5,75±4,02	1-12 (7) 6,05±2,54	0-22 (4) 5,36±4,33	0-16 (6) 5,98±3,92	0-14 (4) 4,76±3,96	0-17 (7) 6,65±4,10	0-19 (5) 6,55±4,88	5-89 (41) 41,11±18,78
		Test değeri p	Z: -1,103 ^c p: 0,270	t: 3,777 ^d p: 0,001**	Z: -3,642 ^c p: 0,001**	Z: -2,158 ^c p: 0,031*	Z: -1,272 ^c p: 0,203	Z: -1,610 ^c p: 0,107	Z: -0,226 ^c p: 0,821	t: 2,772 ^d p: 0,007**
		Test değeri p	^a Kruskal Wallis Test	^b Oneway ANOVA Test	^c Mann Whitney U Test	^d Student t Test	*p<0.05	**p<0.01		

^aKruskal Wallis Test

^bOneway ANOVA Test

^cMann Whitney U Test

^dStudent t Test

*p<0.05

**p<0.01

*** (Yüksekokul,Lisans ve Lisans üstü)

**** (memur/işçi ve serbest meslek)

Meme kanseri tedavisi alan hastaların tanımlayıcı özellikleri yaş, eğitim düzeyi, sosyal güvence, menapoz durumu, yaşadığı yer, evlilik süresi, eşin yaşı, eşin mesleği ve çocuk sayısı ile PAIS-SR alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 5).

Meme kanseri tedavisi alan hastaların tanımlayıcı özelliği olan çalışma durumları ile PAIS-SR ölçeğinin alt boyutu olan mesleki çevre puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.008$; $p<0.01$) çalışmayan hastaların mesleki çevre puanlarının, herhangi bir işte çalışan hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların çalışma durumları ile PAIS-SR ölçeğinin diğer alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 5).

Meme kanseri tedavisi alan hastaların tanımlayıcı özelliği olan mesleklerine göre PAIS-SR ölçeği alt boyutu olan mesleki çevre puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.030$; $p<0.05$). Farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ev hanımı olanların mesleki çevre puanlarının çalışanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.025$; $p<0.05$). Diğer grupların mesleki çevre puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hastaların meslekleri ile PAIS-SR diğer alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 5).

Meme kanseri tedavisi alan hastaların tanımlayıcı özelliği ekonomik sorunlar ile PAIS-SR alt boyutu olan mesleki çevre puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$); ekonomik sorunları olan hastaların mesleki çevre puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların ekonomik sorunları ile PAIS-SR alt boyutu aile çevresi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$); ekonomik sorunu olan hastaların aile çevresi puanları daha yüksek bulunmuştur. Ekonomik sorunlar ile PAIS-SR alt boyutu olan seksüel ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.031$; $p<0.05$); ekonomik sorunu olan hastaların seksüel ilişkiler puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların ekonomik sorunları ile PAIS-SR diğer alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 5).

PAIS-SR toplam puanı hastaların yaş, eğitim düzeyi, sosyal güvence, menapoz durumu, yaşadığı yer, evlilik süresi, eşin yaşı, eşin mesleği ve çocuk sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Ayrıca PAIS-SR toplam puanı hastaların ekonomik sorunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.007$; $p<0.01$); ekonomik sorunu olan hastaların toplam puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5).



Tablo 6: Meme kanseri tedavisi alan hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre psikososyal uyum düzeylerinin değerlendirilmesi

		Toplam uyum düzeyi			Test değeri
		İyi uyum	Orta uyum	Kötü uyum	<i>p</i>
		n (%)	n (%)	n (%)	
Yaş (yıl)	≤ 44 yaş	8 (32,0)	7 (28,0)	10 (40,0)	$\chi^2:1,998$ <i>p:0,933</i>
	45-54 yaş	10 (26,3)	10 (26,3)	18 (47,4)	
	55-64 yaş	10 (40,0)	7 (28,0)	8 (32,0)	
	≥ 65 yaş	4 (33,3)	3 (25,0)	5 (41,7)	
Eğitim düzeyi	İlköğretim	11 (28,9)	10 (26,3)	17 (44,7)	$\chi^2:5,176$ <i>f p:0,522</i>
	Orta öğretim	4 (20,0)	8 (40,0)	8 (40,0)	
	Lise	10 (37,0)	5 (18,5)	12 (44,4)	
	Yüksekokul ve üzeri**	7 (46,7)	4 (26,7)	4 (26,7)	
Meslek	Ev hanımı	16 (25,4)	19 (30,2)	28 (44,4)	$\chi^2:3,527$ <i>f p:0,474</i>
	Çalışan***	9 (45,0)	4 (20,0)	7 (35,0)	
	Emekli	7 (41,2)	4 (23,5)	6 (35,3)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	8 (40,0)	6 (30,0)	6 (30,0)	$\chi^2:1,321$ <i>f p:0,517</i>
	Çalışmıyor	24 (30,0)	21 (26,3)	35 (43,8)	
Sosyal güvence	Var	30 (31,6)	25 (26,3)	40 (42,1)	$\chi^2:1,260$ <i>e p:0,613</i>
	Yok	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	
Menapoz durumu	Premenapoz	13 (35,1)	11 (29,7)	13 (35,1)	$\chi^2:1,580$ <i>e p:0,844</i>
	Menapoz	18 (31,6)	14 (24,6)	25 (43,9)	
	Postmenapoz	1 (16,7)	2 (33,3)	3 (50,0)	
Yaşadığı yer	İl	31 (34,8)	23 (25,8)	35 (39,3)	$\chi^2:3,156$ <i>e p:0,214</i>
	İlçe/ köy	1 (9,1)	4 (36,4)	6 (54,5)	
Evlilik süresi (yıl)	≤ 9 yıl	5 (26,3)	7 (36,8)	7 (36,8)	$\chi^2:5,374$ <i>e p:0,494</i>
	10-14 yıl	3 (21,4)	2 (14,3)	9 (64,3)	
	15-19 yıl	4 (30,8)	5 (38,5)	4 (30,8)	
	≥ 20 yıl	20 (37,0)	13 (24,1)	21 (38,9)	
Eşin yaşı (yıl)	≤ 44 yaş	6 (30,0)	5 (25,0)	9 (45,0)	$\chi^2:3,610$ <i>f p:0,729</i>
	45-54 yaş	10 (32,3)	10 (32,3)	11 (35,5)	
	55-64 yaş	7 (26,9)	5 (19,2)	14 (53,8)	
	≥ 65 yaş	9 (39,1)	7 (30,4)	7 (30,4)	
Eşin mesleği	Çalışan**	17 (36,2)	13 (27,7)	17 (36,2)	$\chi^2:1,001$ <i>f p:0,606</i>
	Emekli	15 (28,3)	14 (26,4)	24 (45,3)	
Çocuk sayısı	Yok	3 (50,0)	0 (0)	3 (50,0)	$\chi^2:7,852$ <i>e p:0,229</i>
	1 çocuk	7 (24,1)	9 (31,0)	13 (44,8)	
	2 çocuk	11 (25,0)	14 (31,8)	19 (43,2)	
	≥ 3 çocuk	11 (52,4)	4 (19,0)	6 (28,6)	
Ekonomik sorunlar	Var	10 (22,2)	10 (22,2)	25 (55,6)	$\chi^2:7,364$ <i>f p:0,025*</i>
	Yok	22 (40,0)	17 (30,9)	16 (29,1)	

^eFisher-Freeman-Halton Test

^fPearson Ki-kare Test

**p*<0.05

** (Yüksekokul,Lisans ve Lisans üstü)

*** (memur/işçi ve serbest meslek)

PAIS-SR toplam puan düzeyleri hastaların tanımlayıcı özellikleri yaş, eğitim düzeyleri, meslekleri, çalışma durumları, sosyal güvenceleri, menopoz durumları, yaşadığı yerlere, evlilik sürelerine, eşin yaşına, eşin mesleğine ve çocuk sayılarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 6).

Araştırma bulgularında hastaların psikososyal uyum düzeyleri ekonomik sorunlarına istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. ($p=0.025$; $p<0.05$); hastaların ekonomik sorunları arttıkça kötü uyum görlme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 6).



Tablo 7: Meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyum puan ortalamaları ile hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması

			Sağlık bakımına oryantasyon	Mesleki çevre	Aile çevresi	Seksüel ilişkiler	Geniş aile ilişkileri	Sosyal çevre	Psikolojik baskı	Toplam
Tıbbi tanı alma durumu	Sol Meme Kanseri (n=59)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-16 (6) 6,10±3,74	1-16 (7) 7,27±3,07	0-22 (5) 6,71±4,91	0-17 (6) 6,85±3,91	0-14 (6) 5,42±3,91	0-18 (7) 7,71±4,37	0-19 (8) 7,34±4,95	6-89 (48) 47,41±19,44
	Sağ Meme Kanseri (n=41)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-18 (5) 6,07±4,29	1-13 (7) 6,85±3,34	0-15 (6) 6,49±3,75	0-14 (8) 6,83±3,94	0-13 (4) 4,68±3,62	0-14 (7) 6,78±3,87	0-17 (5) 5,76±4,66	5-73 (45) 43,46±19,06
Test değeri			Z: -0,250 ^c p: 0,803	t: 0,645 ^d p: 0,521	Z: -0,457 ^c p: 0,648	Z: -0,560 ^c p: 0,576	Z: -0,895 ^c p: 0,371	Z: -0,920 ^c p: 0,358	Z: -1,675 ^c p: 0,094	t: 1,006 ^d p: 0,317
Tanı alma süresi	1-3 ay (n=44)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-18 (5) 5,73±4,20	1-16 (7) 6,86±3,50	0-20 (5,5) 6,27±4,19	0-17 (6) 6,84±4,19	0-14 (5) 4,73±3,86	0-18 (7) 7,32±4,55	0-19 (3,5) 5,36±4,60	5-80 (45) 43,11±19,38
	4-6 ay (n=20)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	1-14 (6,5) 7,20±3,65	2-11 (7,5) 7,45±2,54	0-22 (6,5) 7,05±4,63	0-15 (8) 7,50±3,80	0-14 (6) 5,50±3,59	0-17 (7) 8,25±3,77	1-17 (8,5) 8,35±5,31	24-89 (52,5) 51,30±19,07
	6 ay üzeri (n=36)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-16 (5) 5,92±3,80	1-12 (7) 7,19±3,13	1-16 (5,5) 6,81±4,74	0-13 (6,5) 6,47±3,64	0-13 (5,5) 5,39±3,87	0-12 (7) 6,83±3,94	0-15 (7) 7,39±4,64	6-86 (44,5) 46,00±19,15
Test değeri			χ^2 :2,070 ^a p:0,355	F:0,255 ^b p:0,775	χ^2 :0,434 ^a p:0,805	χ^2 :1,341 ^a p:0,511	χ^2 :1,287 ^a p:0,525	χ^2 :1,014 ^a p:0,602	χ^2 :7,150 ^a p:0,028*	F:1,248 ^b p:0,292
Evre	Evre 1 (n=18)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-12 (4,5) 5,28±3,53	1-13 (7) 7,06±3,64	2-15 (5,5) 6,89±3,88	0-14 (7,5) 6,78±4,53	0-12 (5) 4,94±3,69	0-14 (6) 6,94±4,57	0-15 (7) 6,56±4,76	10-86 (45) 44,44±23,67
	Evre 2 (n=50)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-16 (5) 5,78±3,72	1-16 (7) 7,02±3,28	0-22 (6) 6,94±4,89	0-17 (6,5) 6,76±3,99	0-14 (6) 5,74±3,81	0-18 (8) 7,94±4,37	0-19 (5) 6,64±4,96	6-89 (46) 46,82±18,78
	Evre 3 (n=32)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-18 (7) 7,03±4,45	2-12 (7) 7,25±2,82	0-14 (6) 5,97±4,06	0-16 (7) 7±3,5	0-13 (3,5) 4,25±3,76	0-12 (7) 6,59±3,58	0-17 (7) 6,84±4,95	5-76 (41,5) 44,94±17,88
Test değeri			χ^2 :2,332 ^a p:0,312	F:0,052 ^b p:0,949	χ^2 :0,683 ^a p:0,711	χ^2 :0,074 ^a p:0,964	χ^2 :3,270 ^a p:0,195	χ^2 :1,923 ^a p:0,382	χ^2 :0,063 ^a p:0,969	F:0,144 ^b p:0,866
Ailede kanser öyküsü	Var (n=28)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-16 (7) 6,21±4,09	1-13 (7) 7,32±3,19	0-16 (5,5) 6,14±4,48	0-15 (8) 6,71±4,06	0-11 (6) 5,07±3,33	0-13 (6) 6,75±4,22	0-15 (7,5) 6,93±4,53	6-86 (45) 45,14±21,27
	Yok (n=72)	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	0-18 (5) 6,04±3,93	1-16 (7) 7,01±3,19	0-22 (6) 6,81±4,46	0-17 (6,5) 6,89±3,87	0-14 (5) 5,14±3,98	0-18 (7) 7,56±4,17	0-19 (5) 6,60±5,03	5-89 (46) 46,04±18,61
Test değeri			Z: -0,320 ^c p: 0,749	t: 0,433 ^d p: 0,666	Z: -0,851 ^c p: 0,395	Z: -0,285 ^c p: 0,775	Z: -0,313 ^c p: 0,754	Z: -0,803 ^c p: 0,422	Z: -0,463 ^c p: 0,644	t: -0,208 ^d p: 0,835

Tablo 7 devamı : Meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyum puan ortalamaları ile hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması

			Sağlık bakımına oryantasyon	Mesleki çevre	Aile çevresi	Seksüel ilişkiler	Geniş aile ilişkileri	Sosyal çevre	Psikolojik baskı	Toplam
Ailede meme kanseri	Var (n=17)	<i>Min-Mak</i>	0-16 (5)	1-12 (7)	1-16 (5)	0-15 (8)	0-11 (6)	0-12 (6)	0-15 (6)	6-86 (43)
		<i>(Medyan)</i>								
		<i>Ort±Ss</i>	5,71±4,47	7,12±3,02	6,18±4,64	6,53±4,24	4,94±3,51	6,12±4,28	6,53±4,81	43,12±21,95
	Yok (n=83)	<i>Min-Mak</i>	0-18 (6)	1-16 (7)	0-22 (6)	0-17 (7)	0-14 (5)	0-18 (7)	0-19 (7)	5-89 (49)
<i>(Medyan)</i>										
		<i>Ort±Ss</i>	6,17±3,87	7,10±3,23	6,71±4,43	6,90±3,86	5,16±3,87	7,58±4,14	6,72±4,91	46,34±18,80
		<i>Test değeri</i>	Z: -0,548	t: 0,025	Z: -0,654	Z: -0,221	Z: -0,014	Z: -1,228	Z: -0,129	t: -0,625
		<i>p</i>	^c p: 0,583	^d p: 0,980	^c p: 0,513	^c p: 0,825	^c p: 0,989	^c p: 0,220	^c p: 0,897	^d p: 0,533
Tedavi şekli	Cerrahi (n=86)	<i>Min-Ma</i>	0-18 (6)	1-16 (7)	0-22 (6)	0-17 (7)	0-14 (5)	0-17 (7)	0-19 (6)	5-89 (45,5)
		<i>(Medyan)</i>								
		<i>Ort±Ss</i>	6,21±4,15	7,22±3,22	6,91±4,52	6,80±4,10	5,10±3,82	7,21±4,19	6,64±4,95	46,09±20,25
	Cerrahi+diğer ***tedavi (n=14)	<i>Min-Mak</i>	0-10 (5)	3-12 (6)	0-11 (5)	3-12 (6,5)	0-12 (5)	2-18 (7)	1-15 (7,5)	23-63 (43)
<i>(Medyan)</i>										
		<i>Ort±Ss</i>	5,36±2,44	6,36±2,87	4,86±3,68	7,07±2,50	5,21±3,72	8,07±4,20	7,00±4,54	43,93±12,12
		<i>Test değeri</i>	Z: -0,534	Z: -1,094	Z: -1,490	Z: -0,100	Z: -0,230	Z: -0,425	Z: -0,399	Z: -0,507
		<i>p</i>	^c p: 0,593	^c p: 0,274	^c p: 0,136	^c p: 0,920	^c p: 0,818	^c p: 0,671	^c p: 0,690	^c p: 0,612
Psikolojik destek	Evet (n=5)	<i>Min-Mak</i>	0-10 (7)	1-10 (8)	0-12 (8)	0-10 (8)	4-10 (6)	0-13 (7)	1-11 (8)	6-63 (59)
		<i>(Medyan)</i>								
		<i>Ort±Ss</i>	5,80±3,90	7,20±3,70	7,20±4,60	6,8±3,96	6,60±2,19	6,80±4,66	6,20±4,09	46,60±24,3
	Hayır (n=95)	<i>Min-Mak</i>	0-18 (5)	1-16 (7)	0-22 (6)	0-17 (7)	0-14 (5)	0-18 (7)	0-19 (6)	5-89 (45)
<i>(Medyan)</i>										
		<i>Ort±Ss</i>	6,11±3,98	7,09±3,17	6,59±4,46	6,84±3,92	5,04±3,85	7,36±4,18	6,72±4,93	45,75±19,15
		<i>Test değeri</i>	Z: -0,032	Z: -0,374	Z: -0,635	Z: -0,310	Z: -1,082	Z: -0,088	Z: -0,119	Z: -0,348
		<i>p</i>	^c p: 0,975	^c p: 0,708	^c p: 0,526	^c p: 0,757	^c p: 0,279	^c p: 0,930	^c p: 0,905	^c p: 0,728
Yeterli destek alma durumu	Evet (n=85)	<i>Min-Mak</i>	0-18 (5)	1-16 (7)	0-22 (5)	0-17 (7)	0-14 (5)	0-18 (7)	0-19 (6)	5-89 (45)
		<i>(Medyan)</i>								
		<i>Ort±Ss</i>	5,65±3,80	6,84±3,25	6,26±4,43	6,79±3,91	5,12±3,98	7,16±4,39	6,44±4,93	44,25±19,25
	Hayır (n=15)	<i>Min-Mak</i>	1-16 (8)	4-12 (8)	3-16 (9)	0-12 (7)	0-10 (6)	6-12 (7)	2-15 (8)	24-76 (59)
<i>(Medyan)</i>										
		<i>Ort±Ss</i>	8,60±4,01	8,60±2,26	8,67±4,13	7,13±4,00	5,13±2,59	8,27±2,55	8,13±4,42	54,53±17,65
		<i>Test değeri</i>	Z: -2,691	t: -2,014	Z: -2,145	Z: -0,509	Z: -0,262	Z: -0,889	Z: -1,541	t: 0,684
		<i>p</i>	^c p: 0,007**	^d p: 0,047*	^c p: 0,032*	^c p: 0,611	^c p: 0,793	^c p: 0,374	^c p: 0,123	^d p: 0,056

Tablo 7 devamı: Meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyum ortalamaları ile hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması

			Sağlık bakımına oryantasyon	Mesleki çevre	Aile çevresi	Seksüel ilişkiler	Geniş aile ilişkileri	Sosyal çevre	Psikolojik baskı	Toplam
Meme Kanseri Tanısı Aldıktan Sonra Aile İçi Sorun Alanları										
Çocuklar ile iletişim	Evet (n=33)	Min-Mak (Medyan)	0-13 (5)	1-13 (8)	0-16 (7)	0-16 (7)	0-12 (6)	0-12 (7)	0-19 (8)	5-86 (50)
		Ort±Ss	5,58±3,7	7,33±3,5	7,15±4,66	6,79±3,71	5,7±3,93	6,79±3,8	7,21±5,31	46,55±20,85
	Hayır (n=67)	Min-Mak (Medyan)	0-18 (6)	1-16 (7)	0-22 (6)	0-17 (7)	0-14 (5)	0-18 (7)	0-17 (6)	6-89 (43)
		Ort±Ss	6,34±4,08	6,99±3,03	6,36±4,35	6,87±4,03	4,84±3,72	7,6±4,36	6,43±4,67	45,42±18,62
		Test değeri	Z: -0,777	Z: -0,619	Z: -0,805	Z: -0,029	Z: -1,305	Z: -0,723	Z: -0,526	t:0,274
		p	^c p: 0,437	^c p: 0,536	^c p: 0,421	^c p: 0,976	^c p: 0,192	^c p: 0,470	^c p: 0,599	0,785
Aile ile iletişim	Evet (n=44)	Min-Mak (Medyan)	0-16 (6)	1-16 (7,5)	0-20 (6,5)	0-17 (8)	0-14 (4,5)	0-18 (6)	0-15 (7)	6-86 (50)
		Ort±Ss	6,23±3,95	7,77±3,5	7,23±4,66	7,43±4,01	4,95±3,98	7,23±4,58	6,34±4,89	47,18±20,76
	Hayır (n=56)	Min-Mak (Medyan)	0-18 (5)	1-12 (7)	0-22 (5)	0-16 (6)	0-14 (5)	0-17 (7)	0-19 (6)	5-89 (45)
		Ort±Ss	5,98±3,99	6,57±2,82	6,14±4,26	6,38±3,79	5,25±3,67	7,41±3,87	6,96±4,89	44,7±18,16
		Test değeri	Z: -0,453	Z: -1,760	Z: -1,177	Z: -1,148	Z: -0,506	Z: -0,440	Z: -0,784	t:0,638
		p	^c p: 0,4650	^c p: 0,078	^c p: 0,239	^c p: 0,251	^c p: 0,613	^c p: 0,660	^c p: 0,433	0,525
Ekonomik sorunlar	Evet (n=56)	Min-Ma (Medyan)	0-18 (6)	1-13 (7)	0-22 (6)	0-16 (6,5)	0-14 (5,5)	0-17 (7)	0-17 (7)	5-89 (45,5)
		Ort±Ss	6,71±4,07	7,23±2,91	6,71±4,25	6,54±3,99	5,02±3,27	7,39±3,8	7,04±4,61	46,64±18,66
	Hayır (n=44)	Min-Mak (Medyan)	0-13 (4,5)	1-16 (7)	0-20 (5)	0-17 (7,5)	0-14 (4)	0-18 (7)	0-19 (4)	6-80 (44,5)
		Ort±Ss	5,3±3,7	6,93±3,51	6,5±4,74	7,23±3,8	5,25±4,4	7,25±4,66	6,25±5,21	44,7±20,22
		Test değeri	Z: -1,691	Z: -0,786	Z: -0,665	Z: -0,701	Z: -10,161	Z: -0,199	Z: -1,227	t:0,492
		p	^c p: 0,091	^c p: 0,432	^c p: 0,506	^c p: 0,483	^c p: 0,872	^c p: 0,842	^c p: 0,220	0,785
Eş ile İletişim	Evet (n=19)	Min-Mak (Medyan)	2-12 (8)	4-13 (8)	3-15 (10)	0-16 (7)	0-12 (6)	4-12 (8)	2-15 (8)	27-86 (57)
		Ort±Ss	7,37±2,89	8,79±2,68	8,89±3,74	7,74±4,41	5,63±3,62	8,16±2,73	7,42±3,89	54±16,31
	Hayır (n=81)	Min-Mak (Medyan)	0-18 (5)	1-16 (7)	0-22 (5)	0-17 (7)	0-14 (5)	0-18 (7)	0-19 (5)	5-89 (43)
		Ort±Ss	5,79±4,12	6,7±3,17	6,09±4,45	6,63±3,78	5±3,84	7,14±4,44	6,52±5,08	43,86±19,51
		Test değeri	Z: -1,977	Z: -2,625	Z: -2,905	Z: -0,949	Z: -0,933	Z: -0,955	Z: -1,032	Z:2,057
		p	^c p: 0,048*	^c p: 0,009**	^c p: 0,004**	^c p: 0,343	^c p: 0,351	^c p: 0,340	^c p: 0,302	0,040*

Tablo 7 devamı: Meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyum ortalamaları ile hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması

		Sağlık bakımına oryantasyon		Mesleki çevre	Aile çevresi	Seksiel ilişkiler	Geniş aile ilişkileri	Sosyal çevre	Psikolojik baskı	Toplam
<i>Algılanan Sosyal Destek</i>										
Eş destek	Var (n=58)	Min-Mak (Medyan) (Medyan) Ort±Ss	0-18 (5) 5,59±4,38	1-16 (7) 6,76±3,31	0-20 (5) 6,09±4,16	0-17 (7) 6,84±3,80	0-14 (5) 5,02±3,73	0-15 (7) 7,09±4,11	0-19 (5) 6,34±4,99	6-86 (43) 43,72±19,63
	Yok (n=42)	Min-Mak (Medyan) (Medyan) Ort±Ss	0-13 (7) 6,79±3,20	2-13 (7) 7,57±2,96	0-22 (7) 7,36±4,78	0-16 (6,5) 6,83±4,09	0-14 (6) 5,26±3,92	0-18 (7,5) 7,67±4,30	0-17 (7) 7,17±4,72	5-89 (50) 48,64±18,65
		<i>Test değeri</i> <i>p</i>	Z: -1,898 <i>p</i> : 0,047*	t: -1,267 <i>p</i> : 0,208	Z: -1,520 <i>p</i> : 0,128	Z: -0,147 <i>p</i> : 0,883	Z: -0,397 <i>p</i> : 0,691	Z: -0,418 <i>p</i> : 0,676	Z: -1,031 <i>p</i> : 0,303	t: -1,263 <i>p</i> : 0,210
Kardeş destek	Var (n=29)	Min-Mak (Medyan) (Medyan) Ort±Ss	0-14 (6) 5,76±3,83	1-12 (7) 7,17±3,01	0-15 (5) 6,48±4,42	0-17 (7) 7,24±3,97	0-14 (6) 6,17±4,20	0-12 (8) 7,31±4,08	0-15 (4) 6,41±5,23	6-86 (43) 46,55±18,98
	Yok (n=71)	Min-Mak (Medyan) (Medyan) Ort±Ss	0-18 (5) 6,23±4,02	1-16 (7) 7,07±3,26	0-22 (6) 6,68±4,49	0-16 (7) 6,68±3,89	0-14 (5) 4,69±3,55	0-18 (7) 7,34±4,25	0-19 (7) 6,80±4,76	5-89 (46) 45,48±19,54
		<i>Test değeri</i> <i>p</i>	Z: -0,404 <i>p</i> : 0,686	t: -0,145 <i>p</i> : 0,885	Z: -0,160 <i>p</i> : 0,873	Z: -0,721 <i>p</i> : 0,471	Z: -1,632 <i>p</i> : 0,103	Z: -0,164 <i>p</i> : 0,869	Z: -0,484 <i>p</i> : 0,628	t: 0,251 <i>p</i> : 0,802
Çocuk destek	Var (n=53)	Min-Mak (Medyan) (Medyan) Ort±Ss	0-14 (5) 5,42±3,47	1-16 (7) 7,02±3,28	1-22 (6) 6,53±4,31	0-17 (7) 7,04±4,12	0-14 (4) 4,64±3,99	0-18 (7) 7,58±4,42	0-19 (3) 5,85±4,68	6-89 (43) 44,08±18,93
	Yok (n=47)	Min-Mak (Medyan) (Medyan) Ort±Ss	0-18 (7) 6,85±4,35	1-12 (7) 7,19±3,08	0-16 (5) 6,72±4,64	0-15 (7) 6,62±3,68	0-13 (6) 5,66±3,52	0-13 (7) 7,04±3,91	0-17 (8) 7,64±4,97	5-86 (54) 47,72±19,70
		<i>Test değeri</i> <i>p</i>	Z: -1,717 <i>p</i> : 0,086	t: -1,834 <i>p</i> : 0,070	Z: -0,159 <i>p</i> : 0,873	Z: -0,229 <i>p</i> : 0,819	Z: -1,553 <i>p</i> : 0,120	Z: -0,278 <i>p</i> : 0,781	Z: -1,911 <i>p</i> : 0,056	t: -0,943 <i>p</i> : 0,348
Arkadaş destek	Var (n=9)	Min-Mak (Medyan) (Medyan) Ort±Ss	0-13 (7) 6,89±4,76	2-12 (9) 8±3,54	1-14 (6) 6,89±4,01	0-15 (11) 8,78±4,60	1-11 (6) 5,33±2,83	4-11 (7) 7,22±2,44	0-17 (10) 8,78±6,36	20-76 (59) 51,89±19,78
	Yok (n=91)	Min-Mak (Medyan) (Medyan) Ort±Ss	0-18 (5) 6,01±3,89	1-16 (7) 7,01±3,15	0-22 (6) 6,59±4,51	0-17 (7) 6,65±3,80	0-14 (5) 5,10±3,88	0-18 (7) 7,34±4,32	0-19 (6) 6,48±4,70	5-89 (45) 45,19±19,24
		<i>Test değeri</i> <i>p</i>	Z: -0,732 <i>p</i> : 0,464	Z: -1,018 <i>p</i> : 0,309	Z: -0,399 <i>p</i> : 0,690	Z: -1,597 <i>p</i> : 0,110	Z: -0,291 <i>p</i> : 0,771	Z: -0,267 <i>p</i> : 0,790	Z: -1,089 <i>p</i> : 0,276	Z: -0,946 <i>p</i> : 0,344
Ebeveym destek	Var (n=26)	Min-Mak (Medyan) (Medyan) Ort±Ss	0-13 (6,5) 6,58±3,29	2-12 (7) 6,88±2,47	0-15 (5) 5,85±4,37	0-17 (6) 6,19±3,38	0-14 (4,5) 5,00±4,12	0-18 (6,5) 6,42±4,56	0-15 (4,5) 5,62±4,56	5-73 (41,5) 42,54±16,06
	Yok (n=74)	Min-Mak (Medyan) (Medyan) Ort±Ss	0-18 (5) 5,92±4,17	1-16 (7) 7,18±3,40	0-22 (6) 6,89±4,47	0-16 (7,5) 7,07±4,07	0-14 (5) 5,16±3,70	0-17 (7) 7,65±4,02	0-19 (7) 7,07±4,95	6-89 (48,5) 46,93±20,27
		<i>Test değeri</i> <i>p</i>	Z: -0,987 <i>p</i> : 0,324	t: -0,465 <i>p</i> : 0,643	Z: -1,068 <i>p</i> : 0,285	Z: -1,394 <i>p</i> : 0,163	Z: -0,431 <i>p</i> : 0,667	Z: -1,395 <i>p</i> : 0,163	Z: -1,255 <i>p</i> : 0,210	t: -0,999 <i>p</i> : 0,320

^aKruskal Wallis Test

^bOneway ANOVA Test

^cMann Whitney U Test

^dStudent t Test

**p*<0.05

***p*<0.01

***kemoterapi ve radyoterapi

Meme kanseri tedavisi alan hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özellikleri tanı alma süreleri, tıbbi tanı alma durumları, hastalığın evrelerine, ailede kanser ve meme kanseri öyküsü, tedavi süresinde yeterli destek aldığını düşünme, algılanan sosyal destekte eş desteği olması ile PAIS-SR alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 7).

PAIS-SR toplam puanı hastaların tanı alma süreleri, tıbbi tanı alma durumları, hastalığın evrelerine, ailede kanser ve meme kanseri öyküsü varlığı, tedavi süresinde yeterli destek aldığını düşünme durumu, algılanan sosyal destekte eş desteği olması göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 7).

Meme kanseri tedavisi alan hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliği olan tanı alma sürelerine ile PAIS-SR alt boyutu olan psikolojik baskı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.028$; $p<0.05$). Farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; tanı alma süresi 4-6 ay ile 6 ay üzerinde olan hastaların psikolojik baskı puanları, tanı alma süresi 1-3 ay olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0.018$; $p=0.040$; $p<0.05$). Tanı alma süresi 4-6 ay ile 6 ayın üzerinde olan hastaların psikolojik baskı puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır Hastaların tanı alma süreleri ile PAIS-SR ölçeğinin diğer alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri ve sosyal çevre puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 7).

Meme kanseri tedavisi alan hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliği olan tedavi süresinde yeterli destek aldığını düşünme durumu ile PAIS-SR alt boyutu olan sağlık bakımına oryantasyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.007$; $p<0.01$); yeterli destek almadığını düşünen hastaların sağlık bakımına oryantasyon puanları, yeterli destek aldığını düşünenlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tedavi süresinde yeterli destek aldığını düşünme durumu ile PAIS-SR ölçeğinin alt boyutu mesleki çevre puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.047$; $p<0.05$); yeterli destek almadığını düşünen hastaların mesleki çevre puanları, yeterli destek aldığını düşünenlerden daha yüksektir. Hastaların tedavi süresinde yeterli destek aldığını düşünme durumu ile PAIS-SR alt boyutu aile

çevresi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.032$; $p<0.05$); yeterli destek almadığını düşünen hastaların aile çevresi puanları, yeterli destek aldığını düşünenlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 7).

Tedavi süresinde yeterli destek aldığını düşünme durumuna göre hastaların toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, anlamlılığa yakın farklılık görülmektedir ($p=0.056$; $p>0.05$). Yeterli destek almadığını düşünen hastaların toplam puanlarının, yeterli destek aldığını düşünenlerden yüksek olması dikkat çekici düzeydedir (Tablo 7).

Meme kanseri tedavisi alan hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özellikleri meme kanseri tanısı aldıktan sonra eş ile iletişimde değişim ile PAIS-SR sağlık bakımına oryantasyon, mesleki ve aile çevresi puanları hariç diğer alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p:0,048$; $p:0,009$; $p:0,004$) (Tablo 7). Meme kanseri tedavisi alan hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliği meme kanseri tanısı aldıktan sonra eş ile iletişimde değişim yaşayanların puanları yüksek bulunmuştur. PAIS-SR toplam puanı da eş ile iletişimde değişim yaşayan hastaların, yaşamayanlara hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p:0,040$; $p<0.05$) (Tablo 7).

Meme kanseri tedavisi alan hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliği olan algılanan sosyal destek olarak eş desteği durumu ile PAIS-SR alt boyutu olan sağlık bakımına oryantasyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.047$; $p<0.05$); eş desteği olan hastaların sağlık bakımına oryantasyon puanları, eş desteği olmayan hastalardan daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 8: Meme kanseri tedavisi alan hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliklerine göre hastalığa psikososyal uyum düzeylerinin değerlendirilmesi

		Toplam uyum düzeyi			Test değeri
		İyi uyum	Orta uyum	Kötü uyum	P
		n (%)	n (%)	n (%)	
Tıbbi tanı alma durumu	Sol Meme Kanseri	18 (30,5)	17 (28,8)	24 (40,7)	$\chi^2:0,279$
	Sağ Meme Kanseri	14 (34,1)	10 (24,4)	17 (41,5)	$f_p:0,870$
Tanı alma süresi	1-3 ay	16 (36,4)	12 (27,3)	16 (36,4)	$\chi^2:1,650$
	4-6 ay	6 (30,0)	4 (20,0)	10 (50,0)	$f_p:0,800$
	6 ay üzeri	10 (27,8)	11 (30,6)	15 (41,7)	
Evre	Evre 1	8 (44,4)	1 (5,6)	9 (50,0)	$\chi^2:6,570$
	Evre 2	13 (26,0)	18 (36,0)	19 (38,0)	$f_p:0,160$
	Evre 3	11 (34,4)	8 (25,0)	13 (40,6)	
Ailede kanser	Var	10 (35,7)	8 (28,6)	10 (35,7)	$\chi^2:0,468$
	Yok	22 (30,6)	19 (26,4)	31 (43,1)	$f_p:0,791$
Ailede meme kanseri	Var	7 (41,2)	6 (35,3)	4 (23,5)	$\chi^2:2,586$
	Yok	25 (30,1)	21 (25,3)	37 (44,6)	$f_p:0,275$
Tedavi şekli	Cerrahi	29 (33,7)	21 (24,4)	36 (41,9)	$\chi^2:2,074$
	Cerrahi+diğer tedavi**	3 (21,4)	6 (42,9)	5 (35,7)	$e_p:0,380$
Psikolojik destek	Evet	1 (20,0)	1 (20,0)	3 (60,0)	$\chi^2:0,750$
	Hayır	31 (32,6)	26 (27,4)	38 (40,0)	$e_p:0,856$
Yeterli destek alma durumu	Evet	29 (34,1)	25 (29,4)	31 (36,5)	$\chi^2:4,306$
	Hayır	3 (20,0)	2 (13,3)	10 (66,7)	$e_p:0,103$
Meme kanseri tanısı aldıktan sonra aile içi sorun alanları	Çocuklar ile iletişim	11 (33,3)	6 (18,2)	16 (48,5)	$\chi^2:2,119$; $f_p:0,347$
	Ekonomik sorun	15 (34,1)	9 (20,5)	20 (45,5)	$\chi^2:1,734$; $f_p:0,420$
	Aile ile iletişim	16 (28,6)	17 (30,4)	23 (41,1)	$\chi^2:0,999$; $f_p:0,607$
	Eşi ile iletişim	3 (15,8)	5 (26,3)	11 (57,9)	$\chi^2:3,563$; $f_p:0,168$
Algılanan sosyal destek	Eş	20 (34,5)	16 (27,6)	22 (37,9)	$\chi^2:0,601$; $f_p:0,741$
	Kardeş	9 (31,0)	8 (27,6)	12 (41,4)	$\chi^2:0,019$; $f_p:0,991$
	Çocuk	17 (32,1)	20 (37,7)	16 (30,2)	$\chi^2:8,029$; $f_p:0,018^*$
	Arkadaş	3 (33,3)	0 (0)	6 (66,7)	$\chi^2:4,351$; $e_p:0,112$
	Ebeveyn	11 (42,3)	6 (23,1)	9 (34,6)	$\chi^2:1,716$; $f_p:0,424$

^eFisher-Freeman-Halton Test

^fPearson Ki-kare Test * $p<0.05$ ** Kemoterapi ve Radyoterapi

PAIS-SR toplam puan düzeyleri hastaların tıbbi tanı alma durumuna, tanı alma süresine, evrelerine, ailede kanser ve meme kanseri öyküsü varlığına, tedavi türüne, psikolojik destek varlığına, yeterli destek alma durumuna ve meme kanseri tanısı aldıktan sonra aile içi sorun alanları durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 8).

PAIS-SR toplam puan düzeyleri hastaların tedavi sürecinde algılanan sosyal destek olarak eş, kardeş , arkadaş ve ebeveyn desteği alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. PAIS-SR toplam puan düzeyleri hastaların tedavi sürecinde çocuk desteği alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.018$, $p<0.05$); çocuk desteği alanlarda orta düzeyde uyum görölme oranı daha yüksektir (Tablo 8).



4. TARTIŞMA

Meme kanseri tedavisi alan hastaların uyum düzeyi ve ilişkili faktörlerin incelendiği bu çalışmada, uyum düzeyi ve puanları ve hastaya ve hastalığa ait özellikler arasındaki ilişkiye dair sonuçlar bu bölümde tartışılacaktır.

Araştırma kapsamında yer alan meme kanseri hastalarının ortalama puanı $45,79 \pm 19,28$ olup % 41’inde kötü uyum, % 27’sinde orta uyum, % 32’sinde iyi uyum görülmektedir (Tablo 3). Çam ve arkadaşları (2009) meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerini inceledikleri çalışmalarında hastaların %26,3’ünün psikososyal uyumu ‘iyi’, %40,7’sinin ‘orta’, % 33’ünün ‘kötü’ düzeyde olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırma sonuçlarında, meme kanseri tedavisi alan hastalarının psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde çoğunluğunun psikososyal uyumunun orta ve kötü düzeyde olduğu; hastaların çoğunluğunun yaşlarının 45-54 yaş aralığında, eğitim düzeyinin ilköğretim mezunu, ev hanımı, herhangi bir işte çalışmaması, bir veya iki çocuğa sahip olmak, eşin emekli olması, ekonomik sorunların varlığı, tanı alma süresinin 1-3 ay olması, hastalığın evresinin evre 2 olması, ailede kanser ve meme kanseri öyküsü, cerrahi tedavi, psikolojik destek alınmaması, meme kanseri tanısı aldıktan sonra eş ve aile iletişimde değişimin psikososyal uyum düzeyini etkilediği görülmektedir (Tablo 6 ve Tablo 8).

Araştırmaya katılan hastaların PAIS-SR alt ölçeklerinden aldıkları puanlar, Çam ve arkadaşlarının (2009) meme kanserli hastalarla yaptığı araştırmanın bulgularıyla karşılaştırılmış olup bu hastaların sağlık bakımına oryantasyon puan ortalaması 8.49 ± 3.11 , mesleki çevre puan ortalaması 6.99 ± 3.05 , aile çevresi puan ortalaması 6.71 ± 4.12 , seksüel ilişki puan ortalaması 7.20 ± 3.86 , geniş aile ilişkileri puan ortalaması 3.03 ± 2.17 , sosyal çevre puan ortalaması 7.45 ± 4.79 ve psikolojik baskı puan ortalaması 6.81 ± 4.85 olarak belirtmişlerdir. Araştırma sonuçlarına göre örneklemimizi oluşturan meme kanseri tedavisi alan hastaların sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi, seksüel ilişki, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanlarının daha düşük olduğu; mesleki çevre ve geniş aile ilişkileri puanlarının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Bu bölümde meme kanseri tanısı alan hastaların tanımlayıcı özellikleri ile PAIS-SR alt boyutları puanları karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ile PAIS-SR alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo5). Yaş ile psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde; 44-54 yaş aralığında kötü, 55-64 yaş aralığında iyi ve ≥ 65 yaş kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Çam ve Arkadaşları (2009) çalışmalarında hastaların yaş grubuna göre PAIS-SR ölçeği alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığını saptamışlardır.

Bu araştırma sonucu literatür bilgisi ile benzerlik göstermekte olup meme kanserli hastalarda yaş gruplarına göre psikososyal uyum düzeylerinin değiştiğini fakat hastaların sağlık bakımına oryantasyonu, mesleki ve aile çevresi, seksüel ilişkileri, geniş aile ilişkileri, sosyal ilişkilerini ve psikososyal baskısını etkilemediği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim düzeyi ile PAIS-SR alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 5). Eğitim düzeyi ile psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde; ilköğretim mezunlarının kötü, lise mezunlarının kötü, yüksek okul ve üzeri mezunların ise iyi olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Çam ve arkadaşları (2009) çalışmalarında eğitim durumu ile PAIS-SR ölçeği alt boyutu sosyal çevre puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ve lise/üniversite mezunu olan hastaların sosyal çevreye uyum puanlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Akın ve Durna (2006), eğitim düzeyi düşük kişilerde eğitim düzeyi yüksek kişilere kıyasla aile ilişkilerinin alanının ve total hastalığa psikososyal uyumun daha fazla etkilendiğini belirtmişlerdir. Türten Kaymaz ve Akdemir (2016) de, hastanın öğrenim durumunun psikososyal uyumunu etkilediğini belirtmişlerdir. Gülcivan ve Topçu (2017), meme kanseri olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında eğitim düzeyinin önemli bir değişken olduğunu bildirmişlerdir.

Araştırma sonuçlarına göre meme kanseri tedavisi alan hastaların eğitim düzeyinin sağlık bakımına oryantasyonu, mesleki ve aile çevresi, seksüel ilişkileri, geniş

aile ilişkileri, sosyal ilişkileri ve psikososyal baskısının etkilemediği halde psikososyal uyum düzeylerinin değiştiği görülmektedir. Eğitim düzeyinin psikososyal uyum sürecini etkileyebileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların meslekleri ile PAIS-SR alt boyutları arasında mesleki çevre alt boyutu hariç diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.030$; $p<0.05$) (Tablo 5). Farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ev hanımı olanların mesleki çevre puanlarının çalışanlardan daha yüksek olduğu saptanmış olup bu durum ev hanımlarının psikososyal uyumlarının diğer meslek gruplarına göre daha düşük olduğunu göstermektedir ($p=0.025$; $p<0.05$) (Tablo 5). Meslek ile psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde ise ev hanımı olanların çoğunluğunun psikososyal uyumlarının kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Türten Kaymaz ve Akdemir (2016) çalışmalarında emeklilerin, ev hanımlarına göre psikososyal uyumlarının daha iyi olduklarını belirtmişlerdir. Çam ve arkadaşları (2009) çalışmalarında hastaların meslekleri ile PAIS-SR alt boyutu olan aile çevresi puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiğini belirtmişlerdir Aynı zamanda emekli olan hastaların aile çevresi puan ortalaması anlamlı düzeyde düşük bulunmuş olup bu hastaların diğer meslek gruplarına göre daha iyi uyum gösterdikleri belirtmişlerdir. Bu araştırma sonucu literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir. Araştırma sonuçlarına göre ev hanımı olan hastaların çoğunluğunun psikososyal uyum düzeyinin kötü olması ve tedavi sürecinde ev hayatındaki süreci aktif olarak yönetmeye devam etmek zorunda olduklarından psikososyal uyum sürecinin olumsuz etkilendiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumu ile PAIS-SR alt boyutu olan mesleki çevre alt boyutu hariç diğer alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.008$; $p<0.01$); çalışmayan hastaların mesleki çevre puanları, herhangi bir işte çalışan hastalardan daha yüksektir (Tablo 5). Bu durum çalışmayan hastaların psikososyal uyumunun çalışanlara göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Çalışma durumu ile psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde ise çalışmayan hastaların çoğunluğunun psikososyal uyumlarının kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Öyke (2008) çalışmasında Behçet hastalarında çalışan bireylerin psikososyal uyumlarının çalışmayan bireylere göre iyi olduğunu belirtmiştir. Bu araştırma sonucu literatür bilgisi ile benzerlik göstermekte olup meme kanseri tedavisi alan çalışmayan

hastaların çoğunluğunun psikososyal uyum düzeyi kötü olduğundan mesleki çevrenin psikososyal uyum sürecini olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların sosyal güvence varlığı ile PAIS-SR alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 5). Bu araştırma sonucu ilgili literatür bilgisine ulaşılammıştır. Araştırma sonucuna göre hastaların % 95'inin sosyal güvencesi olduğundan meme kanseri tedavi sürecinde tanı konulduktan sonra hızlı bir şekilde tedavisine başlandığı için tedaviye psikososyal uyum sürecinde problem yaşamadıkları düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların yaşadığı yer ile PAIS-SR alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 5). Bu araştırma sonucu ile ilgili literatür bilgisine ulaşılammıştır. Araştırma sonucuna göre hastaların % 89'u il'de yaşadığı için meme kanseri tedavi sürecinde tanı konulduktan sonra hızlı bir şekilde tedavisine başlandığı için tedaviye psikososyal uyum sürecinde problem yaşamadıkları düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların evlilik süresi, eşin yaşı ve eşin mesleği ile PAIS-SR alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 5). Babaoğlu Akdeniz (2012) , çalışmasında meme kanseri olan hastaların %60'ının 20 yıldan fazla olduğu evli olduklarını ve meme kanseri olan kadın hastaların evlilik uyumu arttıkça daha çok etkili, daha az etkisiz baş etme biçimi göstermektedirlerini belirtmiştir. Alamiş (2017) çalışmasında uzun süre birlikte ya da evli olma, çocuk sayısı, eşler arasındaki bağ, iletişim kalitesi, cinsellik ve kadının bu uyum içerisinde eşiyile kendini bir bütün olarak hissetmesi meme kanserini daha derin yaşamasını ve buna bağlı olarak da anksiyete ve depresyon özellikleri geliştirebileceğini ifade etmiştir. Araştırma sonuçlarına göre hastaların evlilik sürelerinin % 54'ünün 20 yıl üzeri, çoğunluğunun eşinin yaşının 45-54 yaş aralığında olması, % 58'inin eş desteği aldığı ve % 63'ünün emekli oldukları görülmüştür. Bu bilgiler ışığında evlilik süresinin uzun olması ile eşler

birbirini tanımakta, çoğunluğunun herhangi bir işte çalışmadıkları emekli oldukları için tedavi sürecinde eşinin yanında olmaları nedeni ile psikososyal uyum sürecinde problem yaşamadıkları düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların çocuk sayısı ile PAIS-SR alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmediği saptanmıştır. ($p>0.05$) (Tablo 5). Çocuk sayısı ile psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde ise bir ve iki çocuğu olan hastaların çoğunun psikososyal uyumlarının kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Ayrıca üç çocuk ve daha fazlası olan hastaların da çoğunun psikososyal uyumunun iyi olduğu saptanmıştır (Tablo 6). PAIS-SR toplam uyum düzeyleri hastaların tedavi sonrasında çocuk desteği alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.018$, $p<0.05$); çocuk desteği alanlarda orta düzeyde uyum görülme oranı daha yüksektir (Tablo 8). Çam ve arkadaşları da (2009) çalışmalarında tek çocuk sahibi olan hastaların PAIS-SR ölçeğinin seksüel ilişki alt boyutu uyumunun daha kötü olduğunu belirtmişlerdir. Başka farklı çalışmada ise Kabataş Sakal (2008), çocuk sahibi olmanın kansere uyumu etkilemediğini belirtmiştir.

Bu araştırma sonucu meme kanserli hastalarda çocuk sayısına göre psikososyal uyum düzeylerinin değiştiği fakat hastaların sağlık bakımına oryantasyonu, mesleki ve aile çevresi, seksüel ilişkileri, geniş aile ilişkileri, sosyal ilişkilerini ve psikososyal baskısını etkilemediği görülmektedir. Meme kanseri tedavisi alan hastaların çocuk sayısı ve algılanan sosyal destek olarak çocuk desteğinin psikososyal uyum sürecini olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların ekonomik sorunların varlığı ile PAIS-SR alt boyutları olan mesleki ve aile çevresi, seksüel ilişkiler puanları arasında anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0.001$; $p<0.01$), ($p=0.001$; $p<0.01$), ($p=0.031$; $p<0.05$)) ekonomik sorunları olan hastaların mesleki ve aile çevresi, seksüel ilişkiler puanları ekonomik sorunları olmayan hastalara göre psikososyal uyumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Hastaların ekonomik sorunların varlığı ile PAIS-SR diğer alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 5). PAIS-SR toplam uyum düzeyleri hastaların ekonomik

sorunlara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.025$; $p<0.05$); ekonomik sorunları olan hastaların kötü uyum görülme oranı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Akın ve Durna (2006) çalışmalarında gelir düzeyi düştükçe PAIS-SR aile çevresi alt boyutunda psikososyal uyumun azaldığını belirtmişlerdir. Çam ve arkadaşları (2009) çalışmalarında ‘geliri giderden az’ olan hastaların PAIS-SR alt boyutları olan mesleki çevre, aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Vural Doğru ve Karadakovan da (2016) çalışmalarında gelir durumu ile PAIS-SR alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi ve geniş aile ilişkileri puanları arasında anlamlı bir fark olduğunu, gelir durumu kötü olan bireylerin psikososyal uyumlarının olumsuz yönde etkilendiğini belirtmişlerdir. Atlı Özbaş (2008) ise çalışmasında tedavi masraflarının bütçesini etkilediğini ifade eden hastaların distres yaşama oranının, diğer hastalardan önemli derecede yüksek olduğunu belirtmiştir .

Bu araştırma sonucu literatür bilgisi ile benzerlik göstermekte olup ekonomik sorunların mesleki ve aile çevresi, seksüel ilişkileri etkileyen ve meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyumunu birçok yönden etkileyen olumsuz bir faktör olduğunu göstermektedir.

Bu bölümde meme kanseri tanısı alan hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özellikleri ile PAIS-SR alt boyutları puanları karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların ailede meme kanseri öyküsü varlığı ile PAIS-SR alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 7). Ailede meme kanseri öyküsü varlığı ile psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde ise meme kanserinin varlığında hastaların çoğunluğunun orta ve iyi uyum , meme kanseri hikayesi olmayan hastaların çoğunluğun da kötü uyum görülmüştür. (Tablo 8). Kabataş Sakal (2008) bireylerin ailede meme kanseri öyküsü olma durumunun kansere uyumu etkilemediğini belirtmiştir (Kabataş Sakal, 2008).

Bu araştırma sonuçlarında meme kanseri tedavisi alan hastalarda ailede meme kanseri varlığına göre hastaların sağlık bakımına oryantasyonu, mesleki ve aile çevresi, seksüel ilişkileri, geniş aile ilişkileri, sosyal ilişkilerini ve psikososyal baskısını

etkilemediği halde psikososyal uyum düzeylerinin değiştiği görülmektedir. Ailede meme kanseri öyküsü olmasının psikososyal uyumu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların hastalık evresi ile PAIS-SR alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 7). Hastalık evresi ile psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde ise evre 2 olan hastaların çoğunluğun da orta ve kötü uyum görülmüştür (Tablo 8). Çalışkan ve arkadaşları (2017) meme kanseri cerrahisi geçiren kadınların kanser evresi ve ameliyata bağlı duygusal sorun yaşama ile vücut algısı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğunu belirtmişlerdir.

Bu araştırma sonuçlarında meme kanseri tedavisi alan hastaların hastalık evresine göre hastaların sağlık bakımına oryantasyonu, mesleki ve aile çevresi, seksüel ilişkileri, geniş aile ilişkileri, sosyal ilişkilerini ve psikolojik baskısını etkilemediği halde psikososyal uyum düzeylerinin değiştiği görülmektedir. Hastalık evresinin psikososyal uyum sürecini etkileyebileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların tanı alma süreleri ile PAIS-SR alt boyutları arasında psikolojik baskı alt boyutu hariç diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.028$; $p<0.05$) (Tablo 7). Farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; tanı alma süresi 4-6 ay ile 6 ayın üzerinde olan hastaların psikolojik baskı puanları, tanı alma süresi 1-3 ay olanlardan daha yüksektir (sırasıyla $p=0.018$; $p=0.040$; $p<0.05$) (Tablo 7). Tanı alma süresi 3-6 ay ile 6 ayın üzerinde olan hastaların psikolojik baskı puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7). Tanı alma süresi ile psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde ise 4-6 ay ve 6 ay üzeri meme kanseri tanı konan olan hastaların çoğunluğun da kötü uyum görülmüştür (Tablo 8). Her geçen gün görülme sıklığı artan meme kanseri, bedensel zorlukların yanı sıra hastaların sosyal yaşamında ve hastalar üzerinde psikolojik etkisi ağır ruhsal sorunlara yol açabilmekte, bu durum da hastalığın seyrini ve tedaviye yanıtı olumsuz etkilemektedir. Meme kanseri hastaları tanı, tedavi ve palyatif dönemlerde çeşitli ve değişik duygusal, davranışsal reaksiyonlar geliştirirler (Ülger ve ark., 2014). Babacan Gümüş'ün bildirdiğine göre meme kanserli hastaların duygusal anlamda en yoğun olarak belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, güçsüzlük, üzüntü ve endişe hissettikleri, sürekli olarak hastalığı düşünme ve bu düşüncüyü kafasından

atamama, yalnızlık, öfke hissettikleri ve başkaları tarafından anlaşılmama yönünde kaygıları olmaktadır (Babacan Gümüş, 2007). Tünel (2011) meme kanserli hastalarda cerrahi tedavi öncesi anksiyete ve depresyon düzeylerinin, tedavi sonrası erken ve geç dönemden daha yüksek, cerrahi tedavi sonrası erken dönemdeki anksiyete ve depresyon düzeylerinin de, tedavi sonrası geç dönemden daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Tanı süresi uzadıkça meme kanserli hastaların duygusal değişimlere uyum sağladıkları ve baş etme kapasitelerinin arttığını tespit etmiştir. Çam ve arkadaşları (2009), meme kanseri hastalarının tanı süresine göre PAIS-SR alt boyutu, psikolojik baskı ya ait puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık tespit etmişlerdir. Yapılan ileri analizde bu farkın hastalık süresi 1 ay olan hastalardan kaynaklandığını belirtmişlerdir ($p<0.05$). Babacan Gümüş (2007) ise meme kanserli hastalarda psikolojik baskı alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu belirtmiştir.

Araştırma sonuçları meme kanseri tedavisi alan hastaların tanı alma süresine göre psikososyal uyum düzeylerinin değiştiğini ve psikolojik baskının etkilendiğini göstermektedir. Tanı alma süresi 4-6 ay ve 6 ay üzeri hastaların çoğunluğunun toplam uyum düzeyi incelendiğinde kötü uyum görülmektedir. Hastaların tanı alma süresi uzadıkça meme kanserli hastaların duygusal değişimleri daha derinlemesine yaşadıkları ve tedavi sürecine uyumda zorlanmalarından dolayı psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastaların meme kanseri tedavi türü ile PAIS-SR alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 7). Tedavi türü ile psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde ise cerrahi tedavi gören hastaların çoğunluğunda kötü uyum görülmüştür (Tablo 8). Özbaş'ın bildirdiğine göre meme kanseri tanısı konan aile dinamiğinde, hasta ve ailesinin rollerinde değişimlerinin olabileceği vurgulanmaktadır. Cerrahi girişim geçirecek hasta ailesinde de cerrahi girişimin getireceği sonuçlar, yaşam biçimindeki değişiklikler, ekonomik güçlükler, hasta bireye nasıl yardımcı olacaklarını bilemediklerinden dolayı anksiyete yaşamaktadırlar. (Özbaş, 2006). Karakartal (2018) ise meme kanserli hastalar ile gerçekleştirdiği kalitatif çalışmasında aşağıda yer alan bulguyu sosyal sorun olarak bildirmiştir "*Kemoterapi aldığım sürece hem kendi sağlığım için hemde vücudumdaki değişikliklerden dolayı*

evden dışarı çıkmak istemiyordum. Kemoterapinin etkilerinden dolayı bütün vücudum uyuşuyordu, saçlarım dökülmüştü ve kilo almıştım. Evde hiçbir iş yapamıyordum. Aileme karşı sorumluluklarını yerine getiremiyordum bu da beni çok üzüyordu. Kemoterapi bittikten sonra radyoterapiye başladık o da uzun bir süreçti. Allaha şükür şimdi iyileştim.” .

Akyolcu (2008) bildirdiğine göre meme kanserinde uygulanan cerrahi girişimler beden imajının bozulmasına bağlı olarak, kadının cinsel sağlığını olumsuz yönde etkilenerek, bazı cinsel sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Akyolcu, 2008). Garip (2008), çalışmasında radikal mastektomi olan hastaların beden algısının bozulduğunu, cinsel işlevlerinde düşüklük saptandığı belirtmiştir. Alptekin (2018) ise ameliyat sonrası mastektomi hastalarında sürekli öfke düzeyinin arttığı, öfke içe bastırma ve dışa ifade etmelerinin arttığını belirtmiştir. Atlı Özbaş (2008) ise çalışmasında total mastektomi uygulanan hastalarla meme koruyucu cerrahi uygulan hastaların distress yaşama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığını belirtmiştir. Babacan Gümüş (2007) de çalışmasında total mastektomi olan hastaların tümünde meme kaybına ilişkin kaygıların yoğun olarak yaşandığı, bununla birlikte hastalarda yaşamın tehdit altında hissedilmesine ilişkin sorunların daha önemli olarak algılandığını, genç ve total mastektomi olan hastaların beden imajı ve cinsel yaşam sorunlarını daha kaygı verici olarak değerlendirdikleri ve bu durumdan olumsuz etkilendikleri görüldüğü belirtmiştir. Önen Sertöz ve arkadaşları da (2004), meme kanserinde ameliyat tipinin cinsel doyuma ve eş uyumuna etkisinin olmadığını tespit etmiştir. Ayrıca total mastektomi ameliyatının, meme algısını ve benlik saygısını olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Araştırma sonuçları ile literatür bilgisi benzerlik göstermiş olup Çam ve arkadaşlarının bildirdiğine göre meme kanserinde uygulanan ameliyat tipi(total mastektomi, parsiyel mastektomi) ve tedavi durumu (kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi) psikososyal uyumu etkilemediğini belirtilmiştir (Çam ve ark., 2009).

Araştırma sonuçları meme kanseri tedavisi alan hastaların tedavi şekline göre psikososyal uyum düzeylerinin değiştiğini fakat hastaların sağlık bakımına oryantasyonu, mesleki ve aile çevresi, seksüel ilişkileri, geniş aile ilişkileri, sosyal ilişkilerini ve psikolojik baskısını etkilemediğini göstermektedir. Cerrahi tedavi uygulanan hastaların çoğunluğunun toplam uyum düzeyi incelendiğinde orta ve kötü uyum görüldüğünden psikososyal uyum sürecini cerrahi tedavinin etkileyebileceği düşünülmektedir.

Hastaların psikolojik destek alma durumu ile PAIS-SR alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 7). Aslan (2019), meme kanseri tedavisi gören hastaların eşlerinin meme kanseri tanısı almış olmalarından kaynaklı olarak psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarını, tedavi süreci ve sonrasında ise eşlerinin ve kendilerinin, tedavinin etkileriyle baş edebilmeleri için psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarını ve tüm süreç boyunca eşlerinin sağlığını kazanmasını ve hayatta kalmasının önemli olduğunu ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Bu araştırma da az sayıda (%5) tedavi sürecinde psikolojik destek alan olduğundan psikososyal uyumun anlamlı olarak değerlendirilemediği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların yeterli destek alma durumu ile PAIS-SR alt boyutları arasında sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre ve aile çevresi alt boyutu hariç diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.007$; $p<0.01$; $p=0.047$; $p<0.05$); ($p=0.032$; $p<0.05$)). Tedavi sürecinde yeterli destek almadığını düşünen hastaların sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre ve aile çevresi puanları tedavi sürecinde yeterli destek alan hastalara göre daha yüksek olduğu ve psikososyal uyumlarının kötü olduğu görülmektedir (Tablo 7) ($p>0.05$). Tedavi süresinde yeterli destek aldığını düşünme durumuna göre hastaların toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, anlamlılığa yakın farklılık görülmektedir ($p=0.056$; $p>0.05$). Yeterli destek almadığını düşünen hastaların toplam puanlarının, yeterli destek aldığını düşünenlerden yüksek olması dikkat çekici düzeydedir (Tablo 7). Yeterli destek alma durumu ile psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde; yeterli destek almayan hastaların çoğunluğunda kötü uyum görülmüştür (Tablo 8). Gülcivan ve Topçu (2017), meme kanseri olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında tedaviye destek olan kişilerin önemli bir değişken olduğunu belirtmişlerdir. Kabataş Sakal (2008) çalışmasında ise meme kanserli bireylerin destek durumlarının (hastalıkla başetme konusunda destek alma durumu, aldıkları desteği değerlendirmeleri, bakımıyla yükümlü oldukları birinin varlığı ve kim olduğu, kendilerine bakabilecek birinin olup olmaması) kansere uyumu etkilemediğini belirtmiştir. Karakartal (2017), meme kanseri tanısı alan hastaların aile ve arkadaş yaklaşımlarını kalitatif yöntemle incelediği araştırmasında şu bulgulara ulaşmıştır (Karakartal, 2017).“ *Ailem de arkadaşlarım da bana ilgi ile yaklaştılar. Bana destek oldular. Hep yanımda bulundular ve beni teselli ettiler*”.

Babacan Gümüş (2009) ise çalışmasında meme kanserli hastalar hastalık deneyiminde kendine güç veren en önemli desteği çocukları, eşleri, yakınları, dostları olarak ifade ettiklerini belirtmiştir. Bu araştırma sonuçları literatür ile benzerlik göstermiş olup tedavi sürecinde yeterli destek almadığını düşünen hastaların psikososyal uyumlarının kötü olduğu görülmektedir. Meme kanseri tedavisinde hastanın destek mekanizmaları olan aile, eş, çocuk ve arkadaşların psikososyal uyum sürecinin yönetilmesinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Meme kanseri tedavisi alan hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özellikleri meme kanseri tedavi sonrası eş ile iletişimde değişim ile PAIS-SR ölçeğinin sağlık bakımına oryantasyon, mesleki ve aile çevresi puanları hariç diğer alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmemektedir (p:0,048; p:0,009; p:0,004) (Tablo 7). Meme kanseri tedavisi alan hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliği meme kanseri tedavi sonrası eş ile iletişimde değişim yaşayanların puanları yüksek bulunmuştur PAIS-SR toplam puanı da eş ile iletişimde değişim yaşayan hastaların, yaşamayanlara hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p:0,040; p<0.05) (Tablo 7).

Aslan (2019) meme kanseri tedavisi gören kadınların eşlerinin deneyimlerini kalitatif yöntemle incelediği araştırmasında “ *Teşhisten önceki durumun tam zıttı oldu. Ne bileyim size karşı bir sevgi gösteriyor, teşhisten önce normal ama teşhisten sonra tam sıfıra inmiyor ama azalıyor... Beş dakikası beş dakikasına uymuyor. Bende ne söyleyeceğimi bilemiyorum.*” bulgusu ile meme kanseri tedavisi gören hastaların eşlerinin tanı sürecinde eş ile ilişkisinde meme kanseri teşhisi alan eşlerinin kendilerine yönelik davranışlarının değiştiğini, eşlerinin kendilerinden uzaklaştığını davranışlarının çok değişken olduğunu, iletişim kopukluğu yaşadıklarını ifade ettiklerini belirtmiştir. Ayrıca “ *Ev işlerinde yardıma ihtiyaç duydu. Doktor iş yapmayacak dedi. Ben zaten iş yapmıyor yemek falan yapıyor dedim. Onu da yapmayacak dedi. Hanımım benim kocam ne yiyecek dedi. Doktor kendi yapıp yiyecek dedi. Sesimi kestirdi. Hiçbir şey diyemedim.*” bulgusunda da çocukların bakımı, yemek yapma ve temizlik gibi toplumsal cinsiyetçi iş bölümü sonucunda kadına atfedilmiş işlerin eşinin görevleri olduğunu düşünenler eşler bu konularda eşlerine destek olduklarını belirtmişlerdir. Farklı bir çalışmada ise Okanlı ve Ekinci (2008) meme kanserli hastaların ve eşlerinin duygularını ifade etmekten kaçındıklarını saptamışlardır. Araştırma sonuçlarına göre hastaların meme kanseri

tedavisi sırasında eş desteğinin olduğu fakat eşi ile iletişiminde ki değişimin sonucunda psikososyal uyum sürecininin etkilendiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların algılanan sosyal destek olarak kardeş, çocuk, arkadaş ve ebeveyn desteği alma ile PAIS-SR alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 7). Algılanan sosyal destek olarak eş desteği ile PAIS-SR alt boyutu sağlık bakımına oryantasyonu hariç diğer alt boyutlarında arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=0.047$; $p<0.05$); eş desteği olan hastaların sağlık bakımına oryantasyon puanları, eş desteği olmayan hastalardan daha düşüktür. Eş desteği olan hastaların psikososyal uyumunun iyi olduğu görülmüştür (Tablo 7). PAIS-SR ölçeği toplam uyum düzeyleri hastaların tedavi sürecinde algılanan sosyal destek olarak eş, kardeş, arkadaş ve ebeveyn desteği alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemek olup hastaların tedavi sürecinde çocuk desteği alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.018$, $p<0.05$); çocuk desteği alanlarda orta düzeyde uyum görülme oranı daha yüksektir (Tablo 8). Güner'in bildirdiğine göre ailelerin büyük çoğunluğunda meme kanserli hastaların eşlerinin, iş ve parasal sorunlarla ilişkili konularda ve meme kanserininin artırabileceği tüm sorumluluklarda hastaya destek oldukları gözlemlendiği belirtilmiştir. Özdemir ve arkadaşları (2011), çalışmalarında radyoterapi uygulanan kanser hastalarının % 55.5'inin durumu öğrenince ilk olarak eşi ile konuştuğunu ve % 70'inin ise tedavi sürecinde kendisine en çok destek olan kişinin eşi olduğunu ifade ettiklerini belirtmişlerdir (Özdemir ve ark., 2011). Tünel (2011) ise çalışmasında meme kanseri hastalarının hastalıktan sonra eşlerinin davranışlarının daha yakın olduğunu belirtmiştir. Ayrıca Borstelmann ve arkadaşları (2015) da eş desteğinin genç bir kadının meme kanseri gibi ciddi bir strese uyum sağlamada kilit bir rol oynayabileceğini belirtmektedirler. Babaoğlu Akdeniz (2012), ise eşler arası uyum puanı ile etkili baş etme biçimi arasında pozitif yönde ilişki olduğunu saptamıştır. Eşler arası uyum puanı ve etkisiz baş etme biçimi arasında da negatif yönde ilişki olduğunu belirtmiştir. Meme kanseri olan kadın hastaların evlilik uyumu arttıkça daha çok etkili; daha az etkisiz baş etme biçimi gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışkan ve arkadaşları (2017) da , kadınların beden algısı ile eş uyumu arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Tiryaki ve arkadaşları (2010) ise meme kanserli kadınların eşlerinin hastalık ve tedavi sürecinde

eşlerine uygun destek sağladıklarını ifade ettiklerini belirtmiştir. Rızalar ve arkadaşları (2014) da, meme kanserli hastalar için sosyal desteğin hastalığa psikososyal uyumlarını etkilediğini belirtmişlerdir. Howes ve arkadaşları (2008), meme kanserli ailelerde ailenin hastalığa adaptasyonunu, anne ve çocukların hastalıklarıyla başa çıkma yetenekleri ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Araştırma sonuçları literatür bilgisi ile benzerlik göstermiş olup, algılanan sosyal destekte eş desteğinin meme kanseri tedavi sürecinde psikososyal uyumu olumlu bir şekilde etkilediği görülmektedir



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde, meme kanseri tanısı alan hastaların psikososyal uyumu ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmaya ait elde edilen sonuçlar paylaşılmıştır.

1. Araştırmaya katılan kadın hastaların tamamının meme kanseri tanısı aldığı, çoğunluğunu %38'nin 45-54 yaş grubunda olduğu, meme kanseri tedavisi alan hastaların % 98'i evli olup, çoğunluğunun %55 'inin ekonomik sorunu olmadığı görülmüştür. Hastaların büyük bir çoğunluğunun %65'inin ev hanımı olduğu, %57'sinin de menapoz döneminde olduğu görülmüştür. Hastaların %38'i ilköğretim mezunu olup, %95'inin sosyal güvencesi olduğu, % 80'inin çalışmadığı ve % 89'u il'de yaşadığı belirtilmiştir. Hastaların en uzun evlilik süresi 20 yıl ve üzerinde %54 ve 2 çocuğa sahip olanlar % 44 olduğu görülmektedir. Hastaların eşlerinin %26'sı 55-64 yaş grubunda olup %53'ünün emekli olduğu,

2. Hastaların tıbbi tanısında %59'unun sol meme kanseri tanısı aldığı, % 50'sinin 2. Evre ve %83'ünde ailesinde meme kanseri öyküsü bulunmamaktadır. Hastaların tanı alma sürelerinde çoğunluğunun 1-3 ay (%44), en fazla (% 86) cerrahi tedavi uygulandığı görülmüştür. Hastaların %95'i daha önce kanserle ilişkili psikolojik destek almadıklarını belirtmişlerdir. Meme kanseri tedavisi alan hastaların tedavi süresince % 15'i yeterli destek aldığını düşünürken, %58'i algılanan sosyal destekte en çok eşinin destek olduğunu,

3. Araştırmaya katılan hastaların Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) ortalama puanı 45.79 ± 19.28 ; %41'inde (n=41) kötü uyum, %32'sinde (n=32) iyi uyum, %27'sinde (n=27) orta uyum görüldüğü,

4. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) sağlık bakımına oryantasyon alt boyut ortalama puanı 6.09 ± 3.95 ; mesleki çevre alt boyut ortalama puanı 7.10 ± 3.18 ; aile çevresi alt boyut ortalama puanı 6.62 ± 4.45 dir. Seksüel ilişkiler alt boyut ortalama puanı 6.84 ± 3.90 ; geniş aile ilişkileri alt boyut ortalama puanı 5.12 ± 3.79 ; sosyal çevre alt boyut ortalama puanı 7.33 ± 4.18 ve psikolojik baskı alt boyut 6.69 ± 4.87 ortalama puandır.

5. PAIS-SR puan ortalamalarından sağlık bakımına oryantasyonu alt boyutu puan ortalaması bağımsız değişkenlerden tedavi s¼recinde yeterli destek alma durumu, meme kanseri tanısı aldıktan sonra aile i¼i sorun alanlarından eş ile iletişim, algılanan sosyal destekte eş desteği ile anlamlı farklılık g¼stermekte; yaş, eğitim d¼zeyi, meslek, ¼alıřma durumu, sosyal g¼vence, menapoz durumu, yaşadığı yer, evlilik s¼resi, eşin yaşı ve mesleği, ¼ocuk sayısı, ekonomik sorunlar, tıbbi tanı alma durumu, tanı alma s¼resi, hastalığın evresi, ailede kanser ve meme kanseri ¼yk¼s¼, tedavi şekli, psikolojik destek alma ile de anlamlı fark g¼stermediđi,

6. PAIS-SR puan ortalamalarından mesleki ¼evre alt boyutu puan ortalaması bağımsız değişkenlerden meslek, ¼alıřma durumu, ekonomik sorunlar, yeterli destek durumu, meme kanseri tanısı aldıktan sonra aile i¼i sorun alanlarından eş ile iletişim ile anlamlı farklılık g¼stermekte; yaş, eğitim d¼zeyi, sosyal g¼vence, menapoz durumu, yaşadığı yer, evlilik s¼resi, eşin yaşı ve mesleği, ¼ocuk sayısı, tıbbi tanı alma durumu, tanı alma s¼resi, hastalığın evresi, ailede kanser ve meme kanseri ¼yk¼s¼, tedavi şekli, psikolojik destek alma ve algılanan sosyal destekte eş desteği ile de anlamlı fark g¼stermediđi,

7. PAIS-SR puan ortalamalarından aile ¼evresi ¼evre alt boyutu puan ortalaması bağımsız değişkenlerden ekonomik sorunlar, yeterli destek alma durumu ve meme kanseri tanısı aldıktan sonra aile i¼i sorun alanlarından eş ile iletişim ile anlamlı farklılık g¼stermekte; yaş, eğitim d¼zeyi, meslek, ¼alıřma durumu, sosyal g¼vence, menapoz durumu, yaşadığı yer, evlilik s¼resi, eşin yaşı ve mesleği, ¼ocuk sayısı, tıbbi tanı alma durumu, tanı alma s¼resi, hastalığın evresi, ailede kanser ve meme kanseri ¼yk¼s¼, tedavi şekli, psikolojik destek alma ve algılanan sosyal destek ile de anlamlı fark g¼stermediđi,

8. PAIS-SR puan ortalamalarından seks¼el ilişkiler alt boyutu puan ortalaması bağımsız değişkenlerden ekonomik sorunlar ile anlamlı fark g¼stermekte; yaş, eğitim d¼zeyi, meslek, ¼alıřma durumu, sosyal g¼vence, menapoz durumu, yaşadığı yer, evlilik s¼resi, eşin yaşı ve mesleği, ¼ocuk sayısı, tıbbi tanı alma durumu, tanı alma s¼resi, hastalığın evresi, ailede kanser ve meme kanseri ¼yk¼s¼, tedavi şekli, psikolojik destek alma yeterli destek durumu, meme kanseri tanısı aldıktan sonra aile i¼i sorun alanlarında yaşanan değişimler ve algılanan sosyal destek ile de anlamlı fark g¼stermediđi,

9. PAIS-SR puan ortalamalarından geniş aile ilişkileri alt boyutu puan ortalaması bağımsız değişkenler; yaş, eğitim düzeyi, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence, menapoz durumu, yaşadığı yer, evlilik süresi, eşin yaşı ve mesleği, çocuk sayısı, ekonomik sorunlar, tıbbi tanı alma durumu, tanı alma süresi, hastalığın evresi, ailede kanser ve meme kanseri öyküsü, tedavi şekli, psikolojik destek alma yeterli destek durumu, meme kanseri tanısı aldıktan sonra aile içi sorun alanlarında yaşanan değişimler ve algılanan sosyal destek ile anlamlı fark göstermediği,

10. PAIS-SR puan ortalamalarından sosyal çevre alt boyutu puan ortalaması bağımsız değişkenlerden yaş, eğitim düzeyi, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence, menapoz durumu, yaşadığı yer, evlilik süresi, eşin yaşı ve mesleği, çocuk sayısı, ekonomik sorunlar, tıbbi tanı alma durumu, tanı alma süresi, hastalığın evresi, ailede kanser ve meme kanseri öyküsü, tedavi şekli, psikolojik destek alma yeterli destek durumu, meme kanseri tanısı aldıktan sonra aile içi sorun alanlarında yaşanan değişimler ve algılanan sosyal destek ile anlamlı fark göstermediği,

11. PAIS-SR puan ortalamalarından psikolojik baskı alt boyutu puan ortalaması bağımsız değişkenlerden tanı alma süresi ile anlamlı farklılık göstermekte; yaş, eğitim düzeyi, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence, menapoz durumu, yaşadığı yer, evlilik süresi, eşin yaşı ve mesleği, çocuk sayısı, ekonomik sorunlar, tıbbi tanı alma durumu, hastalığın evresi, ailede kanser ve meme kanseri öyküsü, tedavi şekli, psikolojik destek alma yeterli destek durumu, , meme kanseri tanısı aldıktan sonra aile içi sorun alanlarında yaşanan değişimler ve algılanan sosyal destek ile de anlamlı fark göstermediği,

9. PAIS-SR toplam puanı bağımsız değişkenlerden yaş, eğitim düzeyi, sosyal güvence, menapoz durumu, yaşadığı yer, evlilik süresi, eşin yaşı, eşin mesleği ve çocuk sayısına, hastaların tıbbi tanı alma durumu, tanı alma süresine, hastalık evresi, ailede kanser ve meme kanseri öyküsü varlığına, tedavi türüne, psikolojik destek varlığına, yeterli destek alma durumuna ve algılanan sosyal desteğe göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. PAIS-SR ölçeği toplam puanı bağımsız değişkenlerden hastaların ekonomik sorunlarına ve meme kanseri tanısı aldıktan sonra aile içi sorun alanlarında eş ile iletişim değişim yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.007$; $p<0.01$; $p:0,040$; $p<0.05$); ekonomik sorunları olan ve eş ile iletişiminde değişim yaşayan hastaların toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu,

11. PAIS-SR toplam uyum düzeyleri bağımsız değişkenlerden; yaş, eğitim düzeyleri, meslekleri, çalışma durumları, sosyal güvenceleri, menopoz durumları, yaşadığı yerlere, evlilik sürelerine, eşin yaşı ve eşin mesleği, ve çocuk sayısı, hastaların tıbbi tanı alma durumu, tanı alma süresine, evrelerine, ailede kanser ve meme kanseri öyküsü varlığına, tedavi türüne, psikolojik destek varlığına, yeterli destek alma durumuna ve meme kanseri tanısı aldıktan sonra aile içindeki sorun alanları durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. PAIS-SR toplam uyum düzeyleri bağımsız değişkenlerden ekonomik sorunlara ve algılanan sosyal destekte çocuk desteğine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.025$; $p<0.05$; $p=0.018$, $p<0.05$) Ekonomik sorunları olanlarda kötü uyum görülme oranının daha yüksek olduğu ve çocuk desteği alanlarda orta düzeyde uyum görülme oranı daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda;

1. Bu araştırmayla meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyumda etkisi olan çalışmayan hastalar, ev hanımı olan hastalar, ekonomik sorun yaşayan hastalar, tanı alma süresi 4-6 ay ve 6 ay üzeri olan hastalar, tedavi sürecinde yeterli destek almadıklarını düşünen hastalar, meme kanseri tanısı aldıktan sonra eşi ile iletişimde değişim yaşayanlar ve algılanan sosyal destek olarak eş desteği almayan hastalar riskli gruplar olarak belirlenmesi,

2. Meme kanseri tedavisi alan ekonomik sorunlar yaşayan hastaların PAIS-SR alt boyutları olan mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler puanlarının ekonomik sorunlar yaşamayan hastalardan yüksek olduğunun bulunması sebebiyle, ekonomik sorun yaşayan hastaların tespit edilerek, tedaviye psikososyal uyumun sağlanması için tedaviden sonra devletin sağladığı imkanlar hakkında bilgilendirilmesi,

3. Meme kanseri tedavisi alan hastaların tanı alma süresi 4-6 ay ve 6 ay üzeri olan hastaların PAIS-SR alt boyutu psikolojik baskı puanının tanı süresi 1-3 ay hastalardan yüksek olduğunun bulunması sebebiyle, tanı alma süresi 4-6 ay ve 6 ay üzeri olan hastaların tedaviye psikososyal uyumunun sağlanması için konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği uygulamalarının planlanması,

4. Meme kanseri tedavisi alan hastaların algılanan sosyal destek olarak eş desteği durumu ile PAIS-SR alt boyutu olan sağlık bakımına oryantasyon puanının, eş desteği olan hastaların sağlık bakımına oryantasyon puanlarının, eş desteği olmayan hastalardan daha düşük olması sebebiyle hemşirelik bakım süresinde eş desteğinin sağlanması için hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanmasına,

5. Meme kanseri tanısı aldıktan sonra eşi ile iletişimde değişim yaşayan hastaların PAIS-SR alt boyutları sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre ve aile çevresi puanlarının yüksek olması sebebiyle, tedaviye psikososyal uyumunun sağlanması için hasta eşlerinin de bütüncü yaklaşım ile hemşirelik bakımına dahil edilmesi,

6. Meme kanseri tedavisi alan hastaların tedavi sürecinde yeterli destek alma durumu ile PAIS-SR alt boyutları olan sağlık bakımına oryantasyon ve aile çevresi puanının, yeterli destek almadığını düşünen hastalarda, yeterli destek aldığını düşünen hastalara göre daha yüksek olması nedeniyle tedavi boyunca aile ve çevre desteğinin önemli olduğu konusu ile farkındalıkların kazandırılması,

7. Psikososyal bakım sürecinde meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyumlarını artıracak müdahalelerin geliştirilmesi için multidisipliner ekip (psikolog,

psikoonkolog, psikiyatrist, KLP hemşiresi vb) ile işbirliği içinde nitel ve nicel çalışmaları kapsayan çalışmalar planlanması,

8. Çalışan meme kanseri hastalarının tedaviye psikososyal uyum sürecinin daha iyi olması sebebiyle, çalışmayan hastalar için danışmanlık verilmesi,

9. KLP hemşiresi meme kanseri tedavisi alan hasta ve yakınlarının psikososyal uyumunu arttırmak amacıyla tedaviye uyum sürecinde gözlenen sorunlara yönelik bakımın bütüncül olarak planlamasının yapılmasını sağlamalıdır.



7. KAYNAKLAR

- ABSHİRE D, LANG MK. The Evolution of Radiation Therapy in Treating Cancer. *Seminars in Oncology Nursing* 2018;34(2):15-17.
- ADAYLAR M. Kronik Hastalığı olan Bireylerin Hastalığıdaki Tutum Adaptasyon, Algı ve Öz-Bakım Yönelimleri. Doktora Tezi, 1995.
- AKIN S, DURNA S. Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumu. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2006,10(2).
- AKYOLCU N. Meme kanserinde Cerrahi Girişim Sonrası Cinsel Yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2008; 4(2):77-83.
- AKYOLCU N. Memenin Cerrahi Hastalıkları ve Bakım, Cerrahi Hemşireliği II Edi. AKYOLCU N, KANAN N, AKSOY G. İstanbul Nobel Tıp Kitapevi;2018, 327-376.
- AFŞAROĞLU EREN E. Niteliksel Görüşme Yöntemi İle Meme Kanserine İlişkin Anksiyete Ölçeğinin Ön Çalışması. *The Journal of Akademic Social Science*, 2017;5(45):27-36.
- ALAMIŞ B. Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Hastalık Algısı, Anksiyete, Depresyon ve Eş Uyumu İlişkisi; Kontrollü Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi, 2017
- AL-AZRİ M, AL-AWİSİ H, AL-RASBİ S, EL-SHAFİE K, AL-HİNAİ M,AL-HABSİ H, AL-MOUNDRİ M. Psychosocial İmpact of Breast Cancer Diagnosis Among Omani Women. *Oman Med J*, 2014;20(6):437.
- ALPTEKİN HM. Organ Kaybı Deneyimleyen Cerrahi Hastalarının Öfke ve Özbakım Gücü Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi, Edirne 2018.
- ANOTHAİSİNTAWEE T, WİRATKAPUN C, LERDSİTTHİCHAİ P, KASEMESUP V, WONGWAİSAYAWAN S, SRİNAKARIN J. Risk Factors of Breast Cancer. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Asia Pac J Public Health*, 2013;25(5):368-387.
- ANUK D. Kanser Bir Aile Hastalığıdır. Kocaman Yıldırım N, editör. Psiko-onkoloji. Ankara: *Türkiye Klinikleri*;2018:36-42.
- AYDİNER A. Neoadjuvan Kemoterapi. Meme Hastalıkları Kitabı . Edi. ÖZMEN V, CANTÜRK V, GÜLER N, KAPKAÇ M, KOYUNCU A, MÜSLÜMANOĞLU M. İstanbul Güneş Tıp Kitabevi,2012; 473-479.
- AYDOĞAN T, CAKCAK E, ŞİMŞEK O, ERGİNÖZE, AYDOĞAN F. HATİPOĞLU S, KAPAN S. Güncel Çevresel Risk Faktörlerinin Meme Kanserine Etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2013;9:176-182.

ASLAN C, Meme Kanseri Tedavisi Gören Kadınların Eşlerinin Deneyimleri. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*,2019 1(1)55-69.

ASLAN FE, ASLAN EÖ, Meme Kanseri Hastalarda Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları. Uzun Ö, Editör.Meme Kanseri Ve Hemşirelik Bakımı.1. Baskı. Ankara:*Türkiye Klinikleri*;2019; 51-54.

ATAY İM, KAYA V, YALÇIN AY, ÜNAL GD. Meme Kanseri Olgularında Aile İşlevleri ve Depresyon. *J Clin Anal Med*, 2015;6(5):612-615.

ATLI ÖZBAŞ A. Meme Kanseri Hastalarının Distres ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi.Yüksek Lisans Tezi, 2008

BAİDER L, GOLDZWEİNG G. Clinical Psycho-Oncology: An International Perspective. Hoboken. NJ:Wiley-Blackwell;2012; 187-189.

BABAOĞLU AKDENİZ E. Meme Kanseri Olan Evli Kadın Hastaların Eşler Arası Uyum Ve Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 2012;3(2):53-60.

BABAOĞLU E, KOCAMAN YILDIRIM N. Kemoterapi Sonrası Kanser Hastasının Bilişsel İşlevselleğinin Geliştirilmesi. KOCAMAN YILDIRIM N, editör. Psiko-onkoloji. Ankara: *Türkiye Klinikleri* 2018:29-35.

BAĞ B. Psiko-onkoloji, Psikososyal Sorunlar ve Ölçüm Yöntemleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012;4(4):449-464.

BAĞ B. Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013;5(1):109-126.

BAĞ B. Almanya'da Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği Uygulamaları: Bir Deneyim Paylaşımı. *J Psychiatri Nurs-Special Topics*, 2017;3(1):7-11.

BELLİ AK, FERAHMAN M. Meme Kanseri Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi. Tüm Yönleriyle Meme Kanseri. Edi. Aydın S, Akça T. Adana Nobel Tıp Kitabevi. 2011,s.27-32.

BORSTELMANN N, ROSENBARG S.M, RUDDY KJ, TAMİMİ RM, GELBER S, SCHAPİRA L, COME S, BORGERS V, MORGAN E, PARTRİDGE AH. Partner Support and Anxiety in Young Women with Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 2015; 24:1679-1685.

BOURDEUNANU L, LİU EA, Systemic Treatment for Breast Cancer :Chemotherapy and Biotherapy Agents.Seminars in oncology nursing 2015;331(2)156-162.

BUDİN WA, HOSKİNS CN, HABER J, SHERMAN DW, MAİSLİN G, CATER JR. Breast Cancer Education, Counseling, And Adjustment Among Patients and Partners: A randomized clinical trial. *Nurs Res*, 2008; 57(3):199- 213.

BÜCHİ SS, HALFENS J GR, DASSEN T, BORNE B. Psychosocial Problems and Needs of Posttreatment Patients with Breast Cancer and Their Relatives. *European Journal of Oncology Nursing*, 2011;15:260-266.

BÜCHİ SS, HALFENS J GR , DASSEN T, BORNE B. A Review of Psychosocial Needs of Breast-Cancer Patients and Their Relatives. *Journal of Clinical Nursing*, 2008,17,2895-2909.

BRANDAÖ T, SCHULZ M, MENA MATOS P. Psychological Adjustment After Breast Cancer:a systematic review of longitudinal studies *Psycho-Oncology*, 2017;26;917-926 .

BULOTIENE G, OSTAPENKO V, VESELIUNAS J. Psychological Adaptation of Breast Cancer Patients, *Acta Medica Lituanica*. 2006;13(2):92-96.

BUZLU S, BOSTANCI DAŞTAN N, AYDOĞDU A. Anksiyete. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya. Edi. CAN G, Nobel Tıp Kitapevleri 2015; 281-289.

ÇAKIR S, KAFADAR MT, ARSLAN ŞN, TÜRKAN A, KARA B, İNAN A. Meme Kanseri Tanısı Konmuş Kadınlarda Risk Faktörlerinin Güncel Veriler Işığında Gözden Geçirilmesi. *FNG & Bilim Tıp Dergisi*, 2016;2(3):186-194.

ÇAM O, SAKA Ş, BABACAN GÜMÜŞ A. Meme Kanseri Hastalarının Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, *The Journal of Breast Health*, 2009;5(2):73-81.

ÇALIŞKAN T, DURAN S, KARADAŞ A, ERGÜN S, TEKİR S. Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *KÜ Tıp Fak. Derg*, 2015;17(1):27-36.

ÇALIŞKAN İ, KORKMAZ DEMİR F. Meme Kanseri Cerrahisi Geçiren Kadınların Beden Algıları ve Eş Uyumlarının İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2017;33(2):1-15.

ÇELİK A. Radyoterapi Sonucu Gelişen Yan Etkiler ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014;3(3).

ÇELİK S, KELLEÇİ M, AVCI D, TEMEL D. Tip 1 Diyabetli Genç Yetişkinlerin Hastalığa Psikososyal Uyumları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *F.N Hem. Derg* 2015;23(2):105-115.

DAŞTAN BN, BUZLU S. Meme Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010;3(1):73-78.

DEMİR SG. Meme Hastalıkları Cerrahisi. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yeni Akıl Notları Edi. ÖZHAN ELBAŞ N. 2016; 90-96.

- DEMİRALP M, TUNCER M. Psikososyal Beceriler. Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı için. Çev.edi. ÖZ F, DEMİRALP M. Akademisyen Tıp Kitapevi. 2014; 15-32.
- DENİZGİL T, SÖNMEZ İ. Meme Kanseri Nedeni ile Meme Koruyucu Cerrahi Geçirmiş Kadınlarla Mastektomi Operasyonu Geçirmiş Kadınlar Arasında Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Doyum ve Cinsel Yaşantılarının Karşılaştırılması. *Yeni Symposium*, 2015;53(3):17-25.
- DEROGATİS LR. The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). *Jpsychosom Res*.1986;30(1):70-91.
- DİCLE AN. Motivasyonel Görüşme: Öğeler, İlke ve Yöntemler. *Journal of Social And Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 2017 Vol:4 Issue:15 pp:2043-2053.
- DIETRICH M, STUBERT J, REIMER T, ERICKSON N, BERLING A. Influence of Lifestyle Factors on Breast Cancer Risk. *Breast Care* 2014;9:407-414.
- DİRİK G, YASTIBAŞ C. Kanser Tanısı Alan Hastalarda Psikososyal Süreçler. *Türkiye Klinikleri*,2018; 22-31.
- DOĞRU BV, KARADAKOVAN A. Kalp Yetersizliği olan Hastalarda Psikososyal Uyum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, August 2016;7(13):88-104.
- DRAGESET S, LINDSTROM T, GİSKE T, UNDERLİD K. Women's Experiences of Social Support During The First Year Following Primary Breast Cancer Surgery, *Scand J Caring Sci*, 2015.
- DURMAZ H, ORAK OS. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği (KLPH). Edi. Gürhan N, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, 2016; 791-814.
- ERNSTMANN N, ENDERS A, HALBACH S, NAKATA H, KEHRER C, HOLGER P, GEİSER F. Psycho-Oncology Care in Breast Cancer Centers: A Nationwide Survey. *BMJ Supportive&Palliative Care*, 2019;0:1-4.
- FALAGAS EM, ZARKADOULIA AE, LOANNİDOU NE, PEPPAS G, CHRİSTODOULOU C, RAFAILİDİS P. The Effect of Psychosocial Factors on Breast Cancer Outcome: A Systematic Review. *Breast Cancer Research* 2007;9(4):1-23.
- HYE-YOUNG C. YEO-JİN Y. Effects of Music Therapy on Anxiety, Depression and Fatigue in Cancer Patients Undergoing Intensity Modulated Radiotherapy. *Asian Oncology Nursing* . Vol 2013; 13 (4):175-183.
- HİNDİSTAN S, PEKMEZCİ H, NURAL N, GÜLHAN GÜNER S. Kemoterapi Alan Hastalarda Psikolojik Semptomlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2015;4(1):1-9.

GARİP M. Meme Kanseri Nedeniyle Opere olan Hastalarda Meme Koruyucu Cerrahi veya Radikal Mastektomi Kararını Etkileyen Faktörler ve Cerrahi Türünün Hasta Üzerindeki Etkisi. Uzmanlık Tezi, İstanbul 2008.

GEYİKÇİ R, ÇAKMAK S, DEMİRKOL ME, UĞUZ Ş. Meme Kanseri Tanısı Olan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Hastalıkla Başa Çıkma Tutumları ve Sosyodemografik Özellikleri İlişkisi. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2018;31:246-257

GÜLEÇ G, BÜYÜKKINACI A. Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011;3(2):343-367.

GÜLCİVAN G, TOPÇU B. Meme Kanseri Hastalarının Yaşam Kalitesi ile İlgili Yaşam Biçimlerinin Değerlendirilmesi. *Namik Kemal Tıp Dergisi*, 2017;5(2)-63-67.

GÜLLÜOĞLU BM. Risk Faktörleri. Tüm Yönleriyle Meme Kanseri.Edi. AYDIN S, AKÇA T. Adana Nobel Tıp Kitabevi, 2011;35-45.

GÜLSEVEN B, OĞUZ S. Kronik Durumlar. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Edi. KARADAKOVAN A, ETİ ASLAN B, Akademisyen Kitabevi. Cilt 1, 4.Baskı, 2017: 91-104.

GÜMÜŞ BABACAN A. Meme Kanseri Hastalarında Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2006;2(3):108-114.

GÜMÜŞ BABACAN A. Meme Kanseri Hastalarında Emosyonel Destek Odaklı Hemşirelik Girişimlerinin Psikososyal Uyuma Etkisinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, 2007.

GÜNER İA. Meme Kanseri ve Eşlerin Desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2008;46-49.

GÜRSOY A, KOÇAN S, AKTUĞ C. Nothing is More Important than my Partner's Health: Turkish Men's Perspectives on Partner's Appearance After Mastectomy and Alopecia. *European Journal of Oncology Nursing* 2017;29:23-30.

HOSKİNS C N, HABER J. Adjusting to Breast Cancer. *American Journal of Nursing* 2000: 100(4):26-33.

HOWES M J, HOKE L, WİNERBOTTOM M, DELAFİELD D. Psychosocial Effects of Breast Cancer on the Patient's Children. *Journal of Psychological* 2008. 1-21.

IŞIK I. Meme Kanseri Hastalarında Tedavi Sonrası Dönemde Gelişen Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Hemşirelik Girişimleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2014;11 (3):58-64.

IŞIK I. Erken Evre Meme Kanseri Hastalarında Telefonla Danışmanlık Müdahalesinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, İstanbul 2012.

İZCİ F, İLGÜN S A, FINDIKLI E, ÖZMEN V. Psychiatric Symptoms and Psychosocial Problems in Patients with Breast Cancer. *J Breast Health*, 2016;12:94-101.

İZMİRLİ M, DÖNMEZ YILMAZ ., ALAN Ö, YALÇINER M, BERBEROĞLU E, ÜNSAL M. Evre I-III Meme Kanseri Hastalarda Adjuvan Tedavi Sonuçları ve Prognostik Faktörler. *Türk Onkoloji Dergisi* 2006;21(2):72-80

KABATAŞ SAKAL E. Meme Kanseri Hastalarının Kansere Uyumlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, 2008.

KARAGÖZ Y. SPSS 21.1 uygulama, Biyoistatistik; 1.basım; 2014, sf:698

KARAKARTAL D. Kanser Tanısı Almış Hastaların Ruh Sağlıkları ile Kişisel Yardım ve Destekleri. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2017;30(2): 583-599.

KARAKARTAL D. Kanser Hastalarının Yaşadıkları Psiko-Sosyal Sorunların İncelenmesi. *International Journal of Humanities and Education*, 2018; 48-62.

KARAYURT Ö, Meme Kanseri, Onkoloji Hemşireliği, CAN G, Nobel Tıp Kitapevleri 2015; 619-657.

KARAYURT Ö, ZORUKOŞ SN. Meme Kanseri Riski Yüksek Olan Kadınların Yaşadıkları Duygular ve Bilgi- Destek Gereksinimlerinin Karşlanması. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2008;4(2):56-61.

KANKAYA B, BÜYÜKAŞIK S, KAPAN S, ALIŞ S. Meme Kanseri Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Tıp Fakültesi Klinikleri*, Cilt 2-Sayı 1-Ocak 2019 :7-10.

KAYMAKÇI Ş. Meme hastalıkları. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Edi. KARADOVAN A, ETİ ASLAN F. Ankara: 2014; 919-946.

KIZILIRMAK M, DEMİR S. Motivasyonel Görüşme ve Hemşirelikte Kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018;7(4): 103-109.

KOCAMAN N. Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008;11(1):101-112.

KOCAMAN N, Psikososyal Bakımda Onkoloji Hemşiresi, Onkoloji Hemşireliği, CAN G, Nobel Tıp Kitapevleri 2015; 1043-1057

KOCAMAN YILDIRIM N. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliğinde Terapötik Uygulamalar. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatri Nurs-Special Topics*, 2016;2(3):80-86.

KOCAMAN YILDIRIM N. Yetişkin Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Verilen Hizmet Arasındaki Boşluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*, 2013;6(4).

KOCAMAN N, KUTLU Y, ÖZKAN M, ÖZKAN S. Predictors of Psychosocial Adjustment in Patients with Physical Disease. *Journal of Clinical Nursing*, 2006;15(1):1-11.

KOCAMAN YILDIRIM N. Krize Müdahale. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama ve Bakım Kavramları. Çev. Edi. Özcan CT, Gürhan N. Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016,s.179-203.

KOCAMAN YILDIRIM N, ÖZKAN M, TERAKYE G, ÖZKAN S. Psiko-Onkoloji/Psikososyal Onkoloji Hizmetinin Gelişimi, Edi. Kocaman Yıldırım N, Psiko-onkoloji. Ankara: *Türkiye Klinikleri*,2018:1-8.

KOCAMAN YILDIRIM N, ÖZKAN M, ÖZKAN S, ÖZÇINAR B, GÜLER SA, ÖZMEN V. Meme Kanserli Hastaların Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi: Bir Yıllık Prospektif Değerlendirme Sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2009;466:175-181.

KOCAMAN YILDIRIM N, TERAKYE G. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliğinin Bugünü ve Geleceği. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatri Nurs-Special Topics*, 2017;3(1):1-6.

KOÇ M, OKAN İ. Palyatif Bakım Hizmeti Alan Hastaların ve Ailelerin Psikososyal Sorunları. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatri Nurs-Special Topics*, 2017;3(1):69-73.

KOÇAN S, GÜRSOY A. Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *J Breast Health*, 2016;12:145-150.

KNOBF TM, *Seminars in Oncology Nursing*. Vol 23, No 1 (February),2007: 71-83.

KOLLBERG SK. Psychosocial Support Needs After a Breast Cancer Diagnosis. Gothenburg, 2014: 4-6.

KROONKE CH, KUZANSY LD, SCHERNHAMMER ES, HOLMES MD, KAWACHI I. Social Networks,Social Support, and Survival After Breast Cancer Diagnosis. *J Clin Oncol*, 2006;24(7):1150-1111.

KÜBLER-ROSS E. Ölüm ve Ölmek Üzerine. Çev. UŞŞAKLI E. 1. Baskı: Kasım, 2010

LANG ROLLİN İ, BERBERİCH G. Psycho-Oncology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, vol 20.no:1,2018;13-21.

MATSUI T, TANIMUKAI H. The Use of Psychosocial Support Services Among Japanese Breast Cancer Survivors. *Japanase Journal of Clinical Oncology*, 2017,47(8) 743-748.

MOSHER CE, DUHAMEL KN, LAM J, DICKLER M, LI Y, MASSIE MJ, NORTON L. Randomised Trial of Expressive Writing for Distressed Metastatic Breast Cancer Patients. *Psychology Health* 2012;27(1):88-100.

NEAMTIU L, DEANDRE S, PYLKKÖNEN L, FREEMAN C, LOPEZ ALCALDE J, BRAMESFELT A, PARKINSON Z, ULUTÜRK A, FERDA D, *The Breast* 29(2016) :178-180.

NİKBAKHS N, MOUDİ S, ALVARZANDİ S, NİAZİFAR M, FARNOUSH N, BİJANİ A, MOUDİ M. Citalopram and Group Psychotherapy in Breast Cancer, *Med J Islam Repub Iran*, 2018(8 Aug);32.68.

OKANLI A, EKİNCİ M. Meme Kanserli Hasta ve Eflerinin Yaşam Doyumları Duygu Kontrol Düzeyleri ve Evlilik Uyumlarının Mastektomi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması, *New/Yeni Symposium Journal* 2008;46(1):9-14.

OKUTUR K. Meme Kanseri, *Onkoloji El Kitabı*. Edi. Molinas Mandel N. Çukurova Nobel Tıp Kitapevi, 2015; 222-246.

ÖGEL K. Motivasyonel Görüşme Tekniği. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Terapiler Özel Sayısı*, 2009;2(2):41-44.

ÖNEN SERTÖZ Ö, ELBİ METE H, NOYAN A, ALPER M, KAPKAÇ M. Meme Kanseri Ameliyatı Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2004; 15(4):264-275.

ÖYKE N. Behçet Hastaları Hastalığa Psikososyal Uyumu . Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2008.

ÖZBAŞ A. Meme Kanserli Ailelerde Sorunlar ve Çözümler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2006;2(3):115-117.

ÖZDEMİR Ü, TAŞCI S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013;1(1):57-72.

ÖZKAN S, Kanserde Psikososyal Destek ve Psiko-onkoloji. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 2006;2(10):20-25.

ÖZKAN S, ALÇALAR N. Meme Kanseri Cerrahi Tedavisinde Psikolojik Tepkiler. *The Journal of Breast Health*, 2009;5(2):60-64.

ÖZKAN S, ÖZKAN M. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp. Edi: TÜKEL R, ÇAKIR S. *Psikiyatri İstanbul Tıp Fakültesi 185. Yıl Ders Kitapları Serisi*. ISBN: 978-605-861-0-8, 2013;107-124.

ÖZDEMİR S, ÖNER DİNÇBAŞ F, ATKOVAR G, ÖZBEK Ö, ÖZMEN M. Radyoterapi Uygulanan Kanser Hastalarının Psikososyal Özellikleri ve Radyasyon Onkoloğundan Beklentileri. *Türk Onkoloji Dergisi* 2011;26(1):12-17.

ÖZTÜRK MO, ULUŞAHİN NA. *Psikoterapiler. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 14. Baskı. Ankara 2016; 747-767.

RIZALAR S, ÖZBAŞ A, AKYOLCU N, GÜNGÖR B. Effect of Perceived Social Support on Psychosocial Adjustment of Turkish Patients with Breast Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2014;15:3429-3434

POLAT KAMALI A, ANDAÇOĞLU O, SORAN A. Meme Korucu Cerrahi. Tüm Yönleriyle Meme Kanseri. Edi. AYDIN S, AKÇA T. Adana Nobel Tıp Kitabevi, 2011; 291-303.

SEYHAN A, ÇAVDAR İ. Meme Kanserinde Sistemik Tedaviler(Kemoterapi, Hormoterapi, Hedefe Yönelik Tedavi) ve Hemşirelik Bakımı. Meme ve Hemşirelik Bakımı . Edi. UZUN Ö. 1. Baskı, Ankara: *Türkiye Klinikleri*, 2019; 20-27.

SIEGEL RL, MİLLER KD, JEMAL A. Cancer Statics, 2018. *CA Cancer J Clin* 2018;68(1):7-30.

ŞELİMEN D, BALTACI S. Meme Kanserinde Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı. Tüm Yönleriyle Meme Kanseri. Edi. AYDIN S, AKÇA T, Adana Nobel Tıp Kitabevi, 2011; 531-545.

ŞENGÜN İNAN F, ÜSTÜN B. Evde Psikososyal Bakım Örneği; Meme Kanserinde Tedavisi Sonrası Dönemde Psikoeğitim Uygulaması. *DEUHYO ED*, 2014;7(1): 52-58.

WENJUN S, KAREN C, ABİGAİL T, DOUGLAS A W, SUSAN M H, AMYE J T, MARY E S. Work-Related Barriers, Facilitators, and Strategies of Breast Cancer Survivors Working During Curative Treatment. *Work*. 2016; 55(4): 783–795. doi:10.3233/WOR-162449(düzeltilmiş)

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017. Erişim Tarihi.09.07.2019

TAMBAĞ H, ÖZ F. Grup Psikoeğitiminin Yaşlıların Hemşirelik Bakımında Kullanılması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014;47-53.

TEKBAŞ S, DAL YILMAZ Y. Meme Kanserinde Radyoterapi Uygulanan Hastanın Hemşirelik Bakımı. Edi. UZUN Ö. Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı.1. Baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri*, 2019; 28-34.

TOTUR DİKMEN B, BAYRAKTAR N. Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Erken Tanı ve Tarama Programları. Edi. UZUN Ö. Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı.1. Baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri*, 2019; 1-7.

YÜKSEL Ç, KIZILIRMAK M. Ruh Sağlığı ve Hemşireliği Girişimleri, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıt Dayalı Uygulama ve Bakım Kavramları. Çeviri Edi.ÖZCAN CT, GÜRHAN N, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016:108-129.

TİRYAKİ A, ÖZÇÜRÜMEZ G, SAĞLAM D, YAVUZ M. Meme Kanseri Olan Kadınların Eşlerinin Hastalığa Tepkileri, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2010;11:95-101.

TUNA A, UYSAL E, BAKIR H, GÜRER A. Meme Kanseri Hastalarda Ameliyat Sonrası Bilgi Gereksinimi ve Telefon Hemşireliği ile Karşlanması. *GÜSBİD*, 2017;6(3):98-104.

TÜNEL M. Meme Kanseri Hastalarda Cerrahi Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeyi. Uzmanlık Tezi, Adana 2011.

TÜNEL M, VURAL A, EVLİCE YE, TAMAM L. Meme Kanseri Hastalarda Psikiyatrik Sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2012;21(3):189-219.

TÜRTEK KAYMAZ T, AKDEMİR N. Diyabetli Bireylerde Hastalığa Psikososyal Uyum. *Psikiyatri hemşireliği Dergisi*, 2016;7(2):61-67.

UÇAR T, UZUN Ö. Meme Kanseri Hastalarda Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2008 4(3);162-168.

UĞURLU MÜ, GÜLLÜOĞLU BM. Meme Kanseri için Risk ve Riskli Hastalara Yaklaşım. Selim Meme Hastalıkları. Edi. URAS C, GÜLLÜOĞLU BM, AYDOĞAN F. Nobel Tıp Kitapevleri, 2015; 85-95.

ÜLGER E, ALACACIOĞLU A, GÜLSEREN A Ş, ZENCİR N, DEMİR L, TARHAN MO. Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, Cilt 28, Sayı 2, (Ağustos) 2014, 85 - 92

ÜZÜM G, NEHİR S. Kanser Hastalarında Psikoeğitimin Problem Çözme Becerisine Etkisi. *J Psychiatric Nurs*, 2019; 10(1):75-81.

WATSON M, DUNN J, HOLLAND JC. Review of The History and Development in The Field of Psychosocial Oncology. *International Review of Psychiatry*, 2014;26(1):128-35.

WEIS J. Psychosocial Care for Cancer Patients. *Breast Care*, 2015;10:84-86.

WU PH, CHEN SW, HUANG W, CHANG WT, HSU MC. Effects of A Psychoeducational Intervention in Patients with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy, *The Journal of Nursing Research*, 2018;26(4): 266-719.

YAVUZSEN T, KARADİBAK D, CEHRELİ R, DİRİÖZ M. Effect of Group on Psychological Symptoms and Quality of Life in Turkish Patients With Breast Cancer. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2012; 13:5593-5597.

YUSOFF N, REİKO YK , AHMAD A. Husbands Experience with Their Wives Breast Cancer: A Qualitative Study, *Malaysian Journal of Public Health Medicine* ,2012;12(1):31-38.

8. EKLER

EK 1. GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

1. Araştırmanın adı: “Meme Cerrahi Tedavisi Görmüş Hastaların Psikososyal Uyum ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi”

2. Ne tür bir araştırma: Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olup bir anket formu ve ölçek ile veriler toplanacaktır. Size herhangi bir müdahalede bulunulmayacaktır.

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:

Bir yüksek lisans tez çalışmasına davet edilmektesiniz. Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Lütfen biraz zaman ayırın ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun, isterseniz başkalarıyla tartışın. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız lütfen bizi arayın. Ancak araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

Bu araştırma, “Meme Cerrahi Tedavisi Görmüş Hastaların Psikososyal Uyum ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi” amacıyla planlanmıştır.

4. Neler uygulanacak: Herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır.

5. Nasıl uygulanacak: Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formların doldurulması için sizden tahminen 40 dakikanızı ayırmanız istenecektir. Size herhangi bir müdahalede bulunulmayacaktır

6. Hangi yöntemle gerçekleştirilecek: Yüz yüze soru sorma tekniği kullanılarak anket ve ölçekteki soruların cevaplandırılması istenecektir.

7. Çıkabilecek istenmeyen etkileri ve riskleri: Araştırma sizde fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal, ekonomik olarak herhangi bir rahatsızlığa neden olmayacaktır.

8. Ortaya çıkabilecek istenmeyen, advers etkiler ve risklerin tedavi edilebilirliği: Araştırma herhangi bir risk taşımamaktadır.

9. Bilime ve tıbbi katkıları:

Araştırmaya katılmanın size hemen dönecek bir faydası bulunmamakla beraber, araştırma sonuçlarımızın gelecekteki hastalara, kuruma, topluma veya bilime “Meme Cerrahi Tedavisi Görmüş Hastaların Psikososyal ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi”nın hekimlere ve hemşirelere yol göstereceği ve hastaların en üst düzeyde fayda sağlayabilecekleri geribildirimlerin yapılabilmesi umulmaktadır.

10. Süresi: Araştırma 8 ay sürecektir.

11.Yaklaşık katılımcı sayısı: Şubat 2018- Eylül 2018 tarihleri arasında meme cerrahi tedavisi görmüş ve ameliyattan sonra 30. Günü tamamlamış tüm hastalar planlanmaktadır.

II-Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgi Verilmesi:

* Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

*Araştırma süresince elde edilen tüm bilgileriniz ve kişisel detaylarınız gizli kalacaktır. Size ait veriler kimlik bilgileriniz gizli tutulmak kaydıyla eğitim amaçlı kullanılabilir. Her bir veri için anket numarası verilecektir. İstemediğiniz takdirde Ad ve soyadınız, telefonunuz yazılmayacaktır. Bilgilerinizin başka araştırmacılar tarafından kullanılmasına izin verilmeyecektir.

* Araştırmaya katılımızdan ötürü size herhangi bir ücret tarafımızdan ya da bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumu tarafından ödenmeyecektir.

* Talep ettiğiniz ve gerekli iletişim bilgilerinizi verdiğiniz takdirde araştırma sonuçları ile ilgili olarak bilgilendirileceksiniz.

KATILIMCI/HASTANIN BEYANI

Sayın Uzm.Hem. Yasemin NAZLI /Yrd.Doç.Dr. Elçin BABAOĞLU tarafından Marmara Üniversitesi İstanbul Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hemşire ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Uzm.Hem. Yasemin NAZLI'yı 05325025158 numaralı telefonda arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı-Soyadı, imzası, adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-Soyadı, imzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı-Soyadı, imzası, görevi

EK 2. VERİ TOPLAMA FORMU

Değerli Katılımcı, Bu form cerrahi servisinde tedavi gören meme kanserli hastaların psikososyal sorunları ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla oluşturulmuştur. Sorulara vereceğiniz yanıtlar gizli tutularak sadece bu çalışma için kullanılacaktır. Formda yer alan sorulara eksiksiz ve doğru cevap vermeniz oldukça önemlidir. Çalışmaya verdiğiniz katkı için teşekkür ederiz.					
Uzm.Hem. Yasemin NAZLI			Yrd.Doç.Dr. Elçin BABAOĞLU		
ANKET NO:					
I.TANIMLAYICI BİLGİLER					
1.Yaş:					
1.18-24	2.25-34	3.35-44	4.45-54	5.55-64	6.65 ve üzeri
2. Eğitim düzeyi:					
1.İlköğretim	2.Ortaöğretim	3.L ise			
4. Yüksekokul	5.Lisans	6.Lisansüstü			
3. Meslek:					
1.Evhanımı	2.Memur	3.İşçi	4.Serbest Meslek	5.Emekli	
4. Çalışma durumu:					
1. Çalışıyor			2. Çalışmıyor		
5. Medeni durum :					
1.Bekar	2.Evli	3.Eşi vefat etmiş	4.Dul	5.Ayrı yaşıyor	
6. Evlilik süresi: 1.0-2 yıl 2.2-5 yıl 3. 5-10 yıl 4. 10-15 yıl 5. 15-20 yıl 6. 20-20den fazla yıl					
7.Eşin yaşı:					
1.18-24	2.25-34	3.35-44	4.45-54	5.55-64	6.65 ve üzeri
8.Eşin Mesleği:					
1.Memur	2.İşçi	3.Serbest Meslek	4.Emekli	5. İşsiz	
9.Çocuk sayısı:					
1.Yok	2. 1çocuk	3. 2 çocuk	4. 3 çocuk ve fazla		
10. Menapoz Durumu: 1. Premenapoz 2. Menapoz 3.Postmenapoz 4. Yaşlılık					
11. Sosyal Güvenceniz: 1. Var 2. Yok					
12. Gelir düzeyi: 1.Geçim sıkıntısı var 2.Geçim sıkıntısı yok					
13. Yaşadığı yer: 1. İl 2.İlçe 3.Köy					
II HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİLER					
14. Tıbbi tanı :					
15. Tanıyı ilk kez mi aldı? 1.Evet 2.Hayır					
16. Hastalığın evresi: 1.Evre 1 2. Evre2 3.Evre 3 4.Evre4					
17. Tümör çapı: 1. 1cm 2.2 cm 3.3cm 4.4cm 5. 5cm ve üzeri					
18. Ailenizde kanser hastası olan var mı? 1. Evet 2. Hayır					
19. Ailenizde meme kanseri tanısı alan kişiler var mı? 1.Evet 2.Hayır					
20. Hastalığın tanılanma tarihi: 1. 0-3 ay 2. 3-6 ay 3.6-12 ay 4. 12-24 ay 5.>24 ay					
21. Hastanın aldığı tedaviler:					
1. Neoadjuvan Kemoterapi 2. Mastektomi 4. Meme koruyucu cerrahi					
5. Aksiller Lenf Nodu Disseksiyonu 6, Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi 7.Radyoterapi					
22.Daha önce kanser ile ilgili psikolojik destek aldınız mı?					
1.Evet 2. Hayır					
23. Aile içindeki rolleriniz nelerdir? (Birden fazla işaretlenebilir)					
1.Anne 2.Eş 3.Çocuk 4.Kardeş 5.Abla					
24.Meme kanseri tanısı aldıktan sonra aile içindeki rolünüzde nasıl değişimler yaşadınız mı?					
1.Çocuklar ile ilişki 3.Ailem ile ilişki					

2.Ekonomik sorun	4.Eşimle ile ilişki
25. Meme kanseri tedavi tanı ve tedavi sürecinde yeterli destek aldığınızı düşünüyor musunuz?	
1.Evet 2.Hayır	
26. Meme kanseri tedavi tanı ve tedavi sürecinde size en çok kimler yardımcı oldu?	
1. Eş 2. Kardeş 3. Çocuk 4. Arkadaş 5. Aile 6.Diğer	



EK 3. HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM-ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (PAIS-SR)

Açıklama: Bu form sizin ya da çocuklarınızın veya yakınlarınızın yaşamakta olduğu hastalığın sizin üzerinizde yarattığı etkilere yönelik gruplar halindeki soruları içermektedir. Bu hastalığın etkilerinin evinizde, ilişkilerinizde, işinizde, aile ve kişisel yaşamınızda ne yönde ve nasıl olduğuyla ilgilenmekteyiz. Ayrıca, diğer bir grup soru ile hastalığınızın sosyal ve özel yaşamınızdaki etkileri, duygusal olarak ne tür bir ruh hali içinde olduğunuzu ortaya çıkarmaya çalışacağız.

Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken, hastalığa ait deneyiminizi/durumunuzu en iyi yansıtan ifadelerin yanına (x) işareti koyunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışın ve herhangi bir soruyu atlayıp yanıtı bırakmayın. Eğer belli bir soruya ait yanıt şıklarından hiç biri sizin durumunuzu yansıtmıyorsa, durumunuza en uygun ve en yakın yanıt şikkını işaretleyin.

Hastalık etkilerine ait durumunuz bu gün dahil 30 günlük bir dönemi kapsamaktadır. Tüm bu soruları, bu 30 günlük süre içinde hastalık etkilerinin size yaşattıkları açısından işaretleyiniz. Eğer şu anda hastanede tedavi görmekteyseniz(ya da hastanede yatan hastanın yakınıysanız) hastaneye yatış tarihinden önceki 30 günlük süreyi göz önünde alarak yanıt veriniz.

Bazı sorularda evli olduğunuz ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olduğu varsayımı yer almaktadır. Bunun dışında sorularda ise aile ilişkileri açısından sorular sorulmaktadır. Evli olmadığınız bir ailenizin olmayışı, ya da şu anda birlikte olduğunuz birinin olmaması gibi bir durum söz konusu ise, lütfen bu soruları boş bırakın. Bununla birlikte yine de tüm sorulara yanıt vermeye çalışın.

İkinci bölümde çalışma ve iş performansınızla ilgili sorular yer almaktadır. İşiniz sürekli ya da part-time olsa bile, yine de işiniz ve mesleğinizin genel durumu açısından yanıt veriniz.

Bu formu doldururken harcadığınız zaman için teşekkür ederiz. Formu doldurma işiniz bittikten sonra, tüm soruları tamamlayıp tamamlamadığınızı emin olmak için formu tekrar gözden geçiriniz. Form hakkında aklınıza takılan bir soru olursa, lütfen sorunuz. Lütfen formu doldurur doldurmaz teslim ediniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?

- a) Sağlığımla ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.
- b) Sağlığımla korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
- c) Genellikle sağlığımla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.
- d) Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

2. Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.

- a) Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.
- b) Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum ya da yorgun veya meşgul oluyorum.
- c) Hastalığımın bakım ve korunması için yaptığım uygun bir çok şey var.
- d) Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

3. Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?

- a) Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.
- b) Şu anki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.
- c) Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.
- d) Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

4. Şu anki hastalığınız esnasında hem doktorlar hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel görüşleriniz nedir, size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

- a) Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.
- b) Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.

- c) Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.
- d) Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel

5. Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olanı işaretleyiniz.

- a) Bu hastalığın üstesinden gelebileceğinden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.
- b) Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski haline döneceğimi düşünüyorum.
- c) Hastalığım hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni alt üst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki haline kavuşacağıma eminim.
- d) Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

6. Hastalanmak insanı karma karışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.

- a) Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel, hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.
- b) Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.
- c) Hastalığım hakkında genel bir kanıya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.
- d) Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7. Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında, aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanı seçiniz.

- a) Doktorum ve tıbbi personelin tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.

- b) Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.
- c) Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.
- d) Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye emin değilim.

8. Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinde, tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.

- a) Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum.
- b) Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.
- c) Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.
- d) Tedavimle ilgili bir şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

9. Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?

- a) Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok
- b) Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler.
- c) Bazı ciddi sorunlar var.
- d) Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor

10. Şu an mesleğiniz/ çalışmalarınız/ ev işlerinizi vb. yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?

- a) Kötü durumda b) Pek iyi değil c) Yeterli d) Çok iyi

11. Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

- a) 3 gün ve daha az b) 1 hafta c) 2 hafta d) 2 haftadan daha çok

12. Şu an işiniz/ okulunuz/ çalışmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha önemli mi?

- a) Şu an hiç önemli değil.

- b) Oldukça az bir öneme sahip
- c) Eskiye göre biraz önemini yitirdi
- d) Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi

13. Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/ işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?

- a) Amaçlarım değişmez
- b) Amaçlarımda çok az bir değişme oldu.
- c) Amaçlarım önemli ölçüde değişti.
- d) Amaçlarımı tamamen değiştirdim.

14. Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarınızda bir artış gözlemlendi mi?

- a) Sorunlarda büyük artış var.
- b) Sorunlarda orta dereceli bir artış var
- c) Sorunlarda az ölçüde bir artış var
- d) Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok

15. Hastalanmanızdan bu yana eşinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

- a) İyi
- b) Fena değil
- c) Kötü
- d) Çok kötü

16. Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız (çocuklar, akrabalar vb.)?

- a) Çok kötü
- b) Kötü
- c) Fena değil
- d) İyi

17. Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

- a) Bir engelleme olmadı.
- b) Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir.
- c) Orta derecede bazı problemler var, bazıları halledilecek gibi değil.
- d) Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var.

18. Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

- a) Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olmadı.
- b) Ailem bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halletmediler
- c) Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı
- d) Bu konuda bir sorun yok

19. Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?

- a) İletişimde bir azalma yok.
- b) Çok az ölçüde bir azalma oldu.
- c) İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum.
- d) İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum.

20. Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunlara çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaş, komşular, aile) bazı yardımlar bekler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

- a) Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum.
- b) Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil.
- c) Her zaman olmamakla birlikte, çoğunlukla gereken yardım görüyorum.
- d) Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak aile ve dostlarım var.

21. Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

- a) Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok.
- b) Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.
- c) Orta ölçüde bir yetersizlik var.
- d) Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.

22. Sizinki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

- a) Önemli ölçüde maddi sıkıntım var.
- b) Orta derecede maddi sıkıntılarım var.
- c) Çok az maddi problemim var.
- d) Para ile ilgili problemim yok.

23. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile) herhangi bir probleme yol açtı mı?

- a) İlişkimizde herhangi bir değişim olmadı.
- b) Hastalanmamdan bu yana, birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı.
- c) Hastalanmamdan bu yana, yakınlığımız kesinlikle azaldı.
- d) Hastalanmamdan bu yana, ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu.

24. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler, hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?

- a) Hastalığımдан bu yana, kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum.
- b) Cinsel istekte belirgin bir azalma var.
- c) Cinsel istekte hafif bir azalma var
- d) Cinsel istekte hiçbir azalma yok.

25. Hastalıklar bazen cinsel aktivitelere azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?

- a) Cinsel aktivitede azalma yok.
- b) Cinsel aktivitede çok az ölçüde bir azalma var.
- c) Cinsel aktivitede önemli ölçüde bir azalma var.
- d) Cinsel aktivite tamamen durdu.

26. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?

- a) Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu.
- b) Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var.
- c) Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var.
- d) cinsel tatminde bir değişiklik yok.

27. Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?

- a) Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok.
- b) Cinsel performansıyla ilgili ufak problemler var.
- c) Önemli cinsel problemim var.
- d) Cinsellikten tamamen koptum.

28. Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir. Ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı bir görüş ve duygular var mı ve ne derecede?

- a) Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var.
- b) Bu konuda yoğun farklılıklar var.
- c) Bazı farklılıklar var.
- d) Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok.

29. Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre)?

- a) Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu.
- b) Görüşmeler biraz azaldı.
- c) Görüşmeler belirgin olarak azaldı.
- d) Hastalık süresince hiç görüşmedik.

30. Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde ?

- a) Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu.
- b) Öncekine oranla ilgi ve isteğim çok azaldı.
- c) İlgim bir parça azaldı.
- d) İlgi ve isteğim aynı yada hastalığım süresince daha arttı.

31. İnsanlar hastalığında aile üyeleri ve yakın akrabalarımın desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fikrine ve yardımına ihtiyaç duyduğunuzda onlardan destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

- a) Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar.
- b) Yeterince yardımcı oluyorlar.
- c) Yardım ediyorlar ama yeterince değil.
- d) Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar.

32. Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağlıdırlar. Sizin bağlılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağlılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

- a) Bağlılığım önemli ölçüde yok oldu.
- b) Bağlılığım önemli ölçüde azaldı.
- c) Bağlılığım biraz azaldı.
- d) Bağlılığım yoktu veya çok azdı, bu bağlılık hastalıktan hiç etkilenmedi.

33. Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?

- a) İyi
- b) Fena değil
- c) Kötü
- d) Çok kötü

34. Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde azaldı.
- d) Hemen hemen hiç ilgim kalmadı.

35. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az ya da hiç yok.
- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı.
- c) Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi.
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

36. Hastalığınızda öncesine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb.) ilgi duyuyor musunuz?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde azaldı.
- d) İlgim çok az, ya da ilgim kalmadı.

37. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az ya da şu anda hiçbir katılımım yok.
- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı.
- c) Katılımım biraz azaldı.
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

38. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema vb.) olan ilginizi devam ettirebildiniz mi?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde azaldı.
- d) İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı.

39. Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az ya da yok.
- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı.

- c) Katılımım biraz azaldı.
d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

40. Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı b) Çok az c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede

41. Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

- a) Aşırı derecede b) Oldukça fazla c) Çok az d) Olmadı

42. Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı b) Çok az oldu c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede

43. Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?

- a) Aşırı derecede b) Oldukça fazla c) Çok az d) Olmadı

44. Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı b) Çok az oldu c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede

45. Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

- a) Aşırı derecede b) Oldukça fazla c) Çok az kötü d) Olmadı

46. Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı b) Çok az oldu c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede



EK 4. ETİK KURUL ONAYI



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

<i>BAŞVURU BİLGİLERİ</i>	PROTOKOL KODU	09.2018.127
	PROJE ADI	Meme Cerrahi Tedavisi Görmüş Hastaların Psikososyal Uyum ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Yrd. Doç. Dr. Elçin BABAOĞLU

<i>KARAR BİLGİLERİ</i>	Tarih 02.02.2018
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.

<i>ÜYELER</i>						
Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile ilişkisi		Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Atilla KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	

EK 5. KURUM İZİNİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222-799
Konu : Tez Çalışması (Yasemin NAZLI)

MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 26/03/2018 tarihli ve 43766128-030.03-7190 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazı ile Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi 16420406 numaralı Yasemin NAZLI 'nın ve Yrd. Doç. Dr.Elçin BABAOĞLU 'nun danışmanlığında yürütmekte olduğu "Meme Cerrahi Tedavisi Görmüş Hastaların Psikososyal ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi "konulu çalışması uygun görüşlerinize istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda; Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dt. Şule TUYGUN
Başkan a.
Başkan Yardımcısı

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburnu-Istanbul Sağlık Geliştirilmesi
Birimi
Faks No:
e-Posta:sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulsaglik.gov.tr

Bilgi için:Sinan KAVZAN

Unvan:FİRMA

Telefon No:0212 638 33 99-3059

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 04b49dce-c62c-472f-97bb-ced8c209e7ad kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 6. ÖLÇEK İZİNİ

Mahmure AVGÜN <mahmure.aygun@gmail.com>

22.01.2018 Pzt 15:21

Siz



Sayın Yasemin Nazlı,

Tezinizde kullanmak üzere 1995 yılında doktora tezimde incelediğim ve geçerlik-güvenirliliği çalışmamla kanıtlanmış olan 'Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim' ölçeğini araştırmanızda kullanabilme konusundaki onay talebinizi aldım. Çalışmanızda ilgili ölçeği kullanmanız konusunu onaylıyor ve başarılar diliyorum. Ekli dosyada ölçekle ilgili genel bilgiler bulunmaktadır. Saygılarımla...

Yrd. Doç. Dr. Mahmure Aygün

21 Ocak 2018 16:02 tarihinde yasemin nazlı <yaseminnaz82@hotmail.com> yazdı:

Merhaba Mahmure Hocam,

Ben Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde genel cerrahi servisinde sorumlu hemşire olarak çalışıyorum. Aynı zamanda Üsküdar Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda 'Meme Cerrahi Tedavisi Görmüş Hastaların Psikososyal ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi' konulu yüksek lisans tezime başlayacağım. Sizin doktora tez çalışmanızda ki Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçeği-Öz Bildirim (Psychosocial Adjustment of Illness Scale-Self Report-PAIS-SR) ni kullanabilmek için sizden izin istiyorum. Bu konu ile ilgili sizinle görüşmek istiyorum. İyi çalışmalar diliyorum.

Yasemin NAZLI

yaseminnaz82@hotmail.com

0532 502 51 58

EK 7. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Yasemin NAZLI

Doğum Yeri ve Tarihi: İstanbul /21.04.1982

Yabancı Dili: İngilizce

İletişim: yaseminnaz82@hotmail.com

Eğitim Durumu

Lise: 1995 ~ 1998 Üsküdar Kız Lisesi

Üniversite: 1999 ~ 2003 Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü

Yüksek Lisans: 2003 ~ 2007 Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Tez konusu; Total Kalça Protezi Uygulanan Hastalarda İmmobilizasyonun Hasta Üzerine Etkisi

Çalıştığı Kurum:

- Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Eylül 2018-...)Hizmet İçi Eğitim Hemşiresi
- Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Ekim 2011-Eylül 2018) Genel Cerrahi 2 Servisi Sorumlu Hemşiresi
- Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Ağustos 2010-Ekim 2011) Genel Cerrahi ve Göğüs Cerrahi Servisleri Servis Hemşiresi
- Marmara Üniversitesi Hastanesi (Ağustos 2010-Aralık 2003) Genel Cerrahi, Ortopedi ve Kadın Doğum Servislerinde Servis Hemşiresi

Yayımları

- Meme Kanserinde Siklooksijenaz-2 Ekspresyonunun Prognosa Etkisi, Sertaç Ata GÜLER, Mustafa Ümit UĞURLU Handan KAYA, Semiha ŞEN, Yasemin NAZLI, Bahadır M. GÜLLÜOĞLU, Ulusal Cerrahi Dergisi 2016; 32: 81-88.

Kitap Bölüm Yazarlığı

- Yasemin NAZLI, Sonay GÖKTAŞ BALTAÇI, Laktasyonda Meme Bakımı, Selim Meme Hastalıkları, Editör Cihan URAS, Bahadır M GÜLLÜOĞLU, Fatih AYDOĞAN Nobel Tıp Kitapevi 2015, ISBN:978-605-335-167-2.

Bilimsel ve Mesleki Kuruluşlara Üyelikler

- Psikiyatri Hemşireliği Derneği (2017-Halen)
- Europa Donna Derneği (2014-Halen)
- Onkoloji Hemşireliği Derneği (2014-Halen)
- SENATÜRK Senoloji Akademisi (2012-Halen)
- Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği (2010-2012)

Sertifikalar

- Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı (25 Ocak-8 Mart 2018)
- Meme Hemşireliği Sertifika Programı (1 Eylül 2013-28 Mart 2014)
- Aile Danışmanlığı Eğitimi Sertifika Programı (30 Mart 2013-1 Eylül 2013)
- VI. Temel Stoma Bakım Hemşireliği Sertifika Programı (03-09 Kasım 2008)