

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MEME KANSERİNDE ERGOTERAPİ TEMELLİ PROBLEM
ÇÖZME STRATEJİSİ EĞİTİMİNİN ETKİNLİĞİ**

Uzm. Fzt. Sedef ŞAHİN

**Ergoterapi Programı
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA
2018**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MEME KANSERİNDE ERGOTERAPİ TEMELLİ PROBLEM
ÇÖZME STRATEJİSİ EĞİTİMİNİN ETKİNLİĞİ**

Uzm. Fzt. Sedef ŞAHİN

**Ergoterapi Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mine UYANIK**

**ANKARA
2018**

MEME KANSERİNDE ERGOTERAPİ TEMELLİ PROBLEM ÇÖZME STRATEJİSİ**EĞİTİMİNİN ETKİNLİĞİ****Uzm. Fzt. Sedef ŞAHİN**

Bu çalışma 22.12.2017 tarihinde jürimiz tarafından "Ergoterapi Programı" nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:*Prof. Dr. Hülya KAYIHAN**Hacettepe Üniversitesi***Tez Danışmanı:***Prof. Dr. Mine UYANIK**Hacettepe Üniversitesi***Üye:***Doç. Dr. Burcu Semin AKEL**Hacettepe Üniversitesi***Üye:***Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN**Gazi Üniversitesi***Üye:***Prof. Dr. Arzu DAŞKAPAN**Kırıkkale Üniversitesi*

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

Tarih 12 Ocak 2018



Prof. Dr. Diclehan Orhan

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

- Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**
(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)
- Tezimin/Raporumuntarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**
(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)
- Tezimin/Raporumun 01/01/2021 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**
- Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

22 /12/2017

Sedef ŞAHİN



ETİK BEYANI

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanının Prof. Dr. Mine UYANIK danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Uzm. Fzt. Sedef ŞAHİN

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bilgisini, deneyimini, desteğini ve güler yüzünü benden esirgemeyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Mine Uyanık'a,

Tez çalışmasının planlanmasında en başından en sonuna kadar gösterdiği yoğun destekleri için Sayın Prof. Dr. Hülya Kayıhan'a,

Tez çalışmam ve akademik hayatım boyunca bilgisi, deneyimi ve destekleri için Sayın Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan, Prof. Dr. Arzu Daşkapan ve Doç. Dr. Eda Tonga'ya,

Tezimin oluşturulmasındaki, planlanmasındaki ve tez çalışması için vaka sağlanmasındaki destekleri için Sayın Prof. Dr. Sercan Aksoy'a,

Bilgisi ve tecrübesi ile hayatımdaki dönemeçlerde bana her zaman yol gösterdiği için Sayın Prof. Dr. Ayşe Karaduman'a,

Akademik paylaşımlarımızın yanı sıra tez çalışmama bilgi ve deneyimleri, yapıcı öneri ve destekleri için Sayın Doç. Dr. Burcu Semin Akel ve Doç. Dr. Meral Huri'ye,

Akademik hayatımdaki destekleri için Sayın Prof. Dr. Esra Akı, Prof. Dr. Gonca Bumin, Doç. Dr. Gamze Ekici, Doç. Dr. Çiğdem Öksüz ve Yrd. Doç. Dr. Onur Altuntaş'a,

Tezin her aşamasında öncelikle dostlukları, sonra da verdikleri öneriler ile sonsuz destekleri için sevgili meslektaşlarım Zeynep Bahadır Ağce, Tarık Demirok, Berkan Torpil, Orkun Tahir Aran, Hatice Abaoğlu, Hazal Sonbahar Ulu ve Barkın Köse'ye,

Beni ben yapan ve her anımda emeği olan, beni koşulsuz sevip, sabırla destek olan canım annem Hatice Erdi'ye, babam Semih Karayazgan'a, biricik kızım Köfte'ye, manevi olarak her anımda varlıklarını hissettiğim canım anneannem Ayşe Erdi ve dedem İsmail Erdi'ye,

Kelimelere sığdıramayacağım, her anımda yüreğini ve elini hissettiğim için canım eşim Ramazan Şahin'e,

Sonsuz teşekkürler...

ÖZET

Şahin, S., Meme Kanserinde Ergoterapi Temelli Problem Çözme Stratejisi Eğitiminin Etkinliği, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı, Doktora Tezi, Ankara, 2018. Bu çalışma meme kanseri tanısı olan bireylerin katılımda problem yaşadıkları aktiviteler ile, kansere bağlı yorgunluk, depresyon ve yaşam kalitesi seviyelerini değerlendirmek ve bunlara yönelik uygulanacak ergoterapi temelli problem çözme stratejisi eğitimi (PÇSE) uygulamasının etkisini incelemek amacıyla planlandı. Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Polikliniği' ne ayaktan başvuran kişiler içerisinde rastgele olarak meme kanseri tanısı ile takip edilen 22 birey dahil edilmiştir. Kanada Aktivite Performans Modeli çerçevesinde yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi ile bireylere Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri Bilgi Toplama Formu ve Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) uygulanmıştır. Kansere Yorgunluk Skalası (KYS), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), ile yaşam kalitesi testleri Avrupa Kansere Araştırma ve Tedavi Yaşam Kalitesi Ölçeği C-30 ve BR23 (EORTC QOL-C30-EORTC QOL-BR23) testleri de uygulanmıştır. KYS'nın türkçe geçerlilik ve güvenilirliği tez çalışmamız dahilinde ön çalışma olarak yapılmış ve test-tekrar test güvenilirliği (ICC=0,95) ve iç tutarlılığı (Cronbach alfa=0,74) yüksek bulunmuştur. Ergoterapi temelli PÇSE müdahalesi 6 hafta süreyle her seans ortalama 60 dakika olmak üzere haftada 1 seans olarak uygulanmıştır. Müdahale sonunda meme kanserli bireyler tekrar aynı ölçekler yardımıyla değerlendirilerek, sonuçları karşılaştırılmıştır. Çalışmamızın sonucunda KYS, BDÖ, KAPÖ performans ve memnuniyet puanlarında tedavi öncesi ve sonrası ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,01$). Performans alanlarına göre aktivite dağılım sonuçları incelendiğinde, meme kanserli bireylerin en fazla üretkenlik alanı (ev işi yönetimi) aktivitelerinde problem yaşadıkları tespit edilmiştir. Bireylerin problem çözme stratejisi basamakları sonuçlarına göre, performans problemi yaşanan aktivitelerin büyük çoğunluğunda, aktiviteye yeni basamaklar eklenmesi gibi adaptif stratejileri kullanarak, çözüm yolu geliştirdikleri bulunmuştur. EORTC QOL-C30 ve EORTC QOL-BR23 yaşam kalitesi testleri sonuçları incelendiğinde; testlerin fonksiyonel durum ve semptom skalası alt başlıkları puanlarının tedavi öncesine göre sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Ergoterapi temelli PÇSE müdahalesi meme kanserli bireylerde, kansere bağlı yorgunluk ve depresyon düzeyinde azalma, performans problemi yaşanan aktivitelerin performans ve memnuniyet seviyesinde ve yaşam kalitesinde artma yönünde pozitif kazançlar sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aktivite Performansı, Ergoterapi, Meme Kanseri, Problem Çözme Stratejisi, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Şahin, S., Effect of Occupational Therapy Based Problem Solving Strategy Training in Breast Cancer, Hacettepe University, Occupational Therapy Program of the Institute of Health Sciences, PhD Thesis, Ankara, 2018. This study was planned to evaluate activity participation, cancer-related fatigue, depression and quality of life in individuals with breast cancer and to examine the effect of occupational therapy based problem solving strategy training (OTB-PSST) applied to them. Study included randomly chosen 22 individuals with breast cancer who applied to Hacettepe University Oncology Hospital Outpatient Polyclinic. The Socio-demographic and Clinical Features Information Collection Form and Canada Occupational Performance Measurement (COPM) were applied with the semi-structured interview method in the light of Canadian Model of Occupational Performance perspective. Cancer Fatigue Scale (CFS), Beck Depression Inventory (BDI), European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QOL-C30 -EORTC QOL-BR23) were also applied to them. The Turkish translation, reliability and the validity study of CFS was designed as a preliminary study during the thesis study; it's test-retest reliability (ICC: 0,95) were high and good internal consistency (Cronbach alpha: 0,74). OTB- PSST intervention was administered for 6 weeks, 1 session per week for an average of 60 minutes each session. At the end of the intervention, the individuals with breast cancer were evaluated again with the same scales and the results were compared. As a result of our study, there was a statistically significant difference between the pre and post treatment measurements in the CFS, BDI and COPM performance and satisfaction scores ($p<0,01$). When the activity distribution results are analyzed according to the performance areas, it was determined that the individuals with breast cancer had most of their problems in the productivity area (household management) activities. According to the results of individuals' problem-solving strategy steps, most of the activity performance problems were addressed by developing adaptive strategies such as adding new steps to the activity. When the EORTC QOL-C30 and EORTC QOL-BR23 quality of life test results are examined; the difference between pre-intervention and post-intervention results of the functional status and symptom scale subscale scores of the tests were statistically significant ($p<0,05$). OTB- PSST interventions provide positive benefits for individuals with breast cancer, reducing cancer-related fatigue and depression, improving performance and satisfaction levels of activities, and increasing quality of life.

Keywords: Activity Performance, Occupational Therapy, Breast Cancer, Problem Solving Strategy, Quality of Life

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYANI	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanser Tanımı	4
2.2. Meme Kanseri ve Epidemiyolojisi	4
2.3. Meme Kanseri Etiyolojisi	5
2.4. Meme Kanseri Evrelemesi	5
2.5. Meme Kanserinde Ortaya Çıkan Semptomlar	7
2.6. İşlevsellik, Yetiyitimi Ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)	8
2.6.1. ICF ve Onkolojik Rehabilitasyon	9
2.7. Ergoterapi Yaklaşımları	12
2.8. Kanada Aktivite Performans Modeli	14
2.9. Meme Kanseri ve Yorgunluk	16
2.10. Meme Kanseri ve Depresyon	19
2.11. Meme Kanseri ve Aktivite Performansı	21
2.12. Meme Kanseri ve Yaşam Kalitesi	24
2.13. Onkolojik Rehabilitasyonda Ergoterapi Müdahaleleri	27
2.13.1. Problem Çözme Stratejisi Eğitimi	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Bireyler	32

3.2. Yöntem	33
3.3. Değerlendirme	33
3.3.1. Meme Kanserli Bireylerin Sosyo-demografik ve Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi	33
3.3.2. Meme Kanserli Bireylerin Kansere Bağlı Yorgunluk Seviyelerinin Değerlendirmesi	34
3.3.3. Meme Kanserli Bireylerin Depresyon Düzeyinin Değerlendirmesi	34
3.3.4. Meme Kanserli Bireylerin Aktivite Performans Seviyesi Değerlendirmesi	35
3.3.5. Meme Kanserli Bireylerin Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi	36
3.4. Ergoterapi Müdahaleleri	37
3.5. İstatistiksel Analiz	38
4. BULGULAR	39
4.1. Bireylerin Sosyo-demografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular	39
4.2. Kansere Bağlı Yorgunluğun Değerlendirilmesine Ait Bulgular	41
4.3. Depresyon Düzeyi Değerlendirmesine Ait Bulgular	42
4.4. Aktivite Performansı Seviyesi Değerlendirmesine Ait Bulgular	43
4.5. Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesine Ait Bulgular	48
4.6. Problem Çözme Strateji Eğitimi Basamaklarına Ait Bulgular	50
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	67
7. KAYNAKLAR	70
8. EKLER	
EK 1: Tez Çalışması için Etik Kurul Onayı	
EK 2: Aydınlatılmış Onam Formu	
EK 3: Vaka örneği-P.K	
EK 4: Kanser Yorgunluk Skalası	
EK 5: Beck Depresyon Ölçeği	
EK 6: Kanada Aktivite Performans Ölçümü	
EK 7: EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği	
EK 8: EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği	

9. ÖZGEÇMİŞ



SİMGELER VE KISALTMALAR

BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EORTC QOL-BR23	: Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Meme Kanseri Yaşam Kalitesi Ölçeği
EORTC QOL-C30	: Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Yaşam Kalitesi Ölçeği
ICF	: İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması
KAPM	: Kanada Aktivite Performans Modeli
KAPÖ	: Kanada Aktivite Performans Ölçümü
KYS	: Kanser Yorgunluk Skalası
n	: Birey Sayısı
PCSE	: Problem Çözme Stratejisi Eğitimi
SPSS	: Statistical Package for the Social Science
SS	: Standart Sapma
T.Ö	: Tedavi Öncesi
T.S	: Tedavi Sonrası
X	: Ortalama

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. DSÖ'nün ICF modeli	8
2.2. ICF'in Onkolojik Rehabilitasyonda Kullanılma Şeması	10
2.3. Kanada Aktivite Performans Modeli	15



TABLOLAR

Tablo	Sayfa
4.1. Bireylerin yaş, hastalık süresi ve kür sayısına ait bulgular	39
4.2. Bireylerin demografik özelliklerine ait bulgular	40
4.3. Bireylerin meslek dağılımlarına ait bulgular	41
4.4. Kansere bağlı yorgunluk şiddeti ortalamalarının tedavi öncesi ve sonrasına ait bulgularının karşılaştırılması (Bağımlı t-testi)	41
4.5. Depresyon seviyesi ortalamalarının tedavi öncesi ve sonrasına ait bulgularının karşılaştırılması (Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi)	42
4.6. Depresyon düzeyleri sınıflandırılmasına ait bulgular	42
4.7. Bireylerin Performans Alanlarına Göre Problemlerinin Dağılımı	43
4.8. Performans Alanlarına Göre Aktivitelerin Dağılımı	44
4.9. KAPÖ ile belirlenen tüm aktiviteler	45
4.10. KAPÖ'ne göre 1.sırada yer alan aktiviteler	46
4.11. KAPÖ'ne göre 2.sırada yer alan aktiviteler	46
4.12. KAPÖ'ne göre 3.sırada yer alan aktiviteler	47
4.13. KAPÖ'ne göre 4.sırada yer alan aktiviteler	47
4.14. KAPÖ'ne göre 5.sırada yer alan aktiviteler	47
4.15. KAPÖ'ne göre performans ve memnuniyet puanları tedavi öncesi ve sonrası ortalamaları ve karşılaştırılması (Bağımlı t-testi)	48
4.16. EORTC-QOL-C30 testi tedavi öncesi ve sonrası ortalamaları ve karşılaştırılması (Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi)	49
4.17. EORTC-QOL-BR23 testi tedavi öncesi ve sonrası ortalamaları ve karşılaştırılması (Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi)	50
4.18. PÇSE basamaklarına ait bulgular (N=110 aktivite)	51
4.19. Adaptif Stratejilere Ait Bulgular (N=103 adaptif strateji)	52

1. GİRİŞ

Kanser, hücre grubunun farklılaşarak, kontrolsüz, amaçsız ve aşırı olarak çoğalması olarak tanımlanmakta olup, son yıllarda hem dünyada hem de Türkiye’de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre, 2012 yılında dünyada 14 milyon yeni kanser vakası olduğu, yeni vaka sayısının önümüzdeki 20 yılda yaklaşık % 70 artması beklenildiği bildirilmiştir. Erkekler arasında 2012 yılında en çok tanı alan beş kanser türü; akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri olurken, kadınlarda ise; meme, kolorektal, akciğer, serviks ve mide kanseri şeklinde sıralanmaktadır (1).

Meme kanseri, birçok ülkede kadınlarda en sık görülen kanser türüdür (2). Amerika Kanser Kurumuna göre, Amerika ‘da 2,9 milyon kadın meme kanseridir (3). Türkiye’de istatistiksel veriler tam belli olmamakla birlikte, 2013 yılı içerisinde tanı konulan her 4 kadın kanserinden 1’inin meme kanseri olduğu ve görülme sıklığının son yıllarda hızla arttığı bilinmektedir (46,8/100000) (4).

Meme kanseri tedavi yöntemleri cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ve/veya hormon terapisi. Kanser kendi doğası ve bu tedavi yöntemlerine bağlı olarak bireylerde bazı yan etkiler ortaya çıkmaktadır (5). Bunlardan en sık karşılaşılanları; ağrı, yorgunluk, bitkinlik, aktivite ve rol beceri performansında etkilenim, mutsuzluk, depresyon, anksiyete, kognitif problemler ile günlük yaşam aktiviteleri (GYA) katılımında zorluk olarak sayılabilir (6). Bu semptomların bir ya da bir kaçının varlığı ile de kişinin yaşam kalitesinde etkilenim olduğu da bilinmektedir (7, 8).

Kanser ciddi ve kronik bir hastalık olmasının ötesinde, belirsizlik içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, panik ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanmaktadır. Ayrıca kanserli iyileşen bireylerin fiziksel ve sosyal olarak yetersiz oldukları düşüncesi de oldukça yaygındır (9). Bu negatif tutumlar, bireylerin motivasyonunu ve belki de yaşam şanslarını azaltmakta, sosyal dışlanmaya neden olmakta, sosyal desteğin azalmasıyla sonuçlanan izolasyona, fiziksel, ruhsal ve emosyonel iyilik halinin azalmasına ve kötü sağlık sonuçlarına neden olmaktadır (10, 11). Günümüzde güncel gelişmeler ile kanserin daha erken saptanabilmesi, tanı ve tedavisinde daha etkin olunması, kanserli hastaların yaşam süresini arttırmaktadır. Meme kanseri tedavisi sonrası sağkalım sayısının giderek artması, hastalığın ve tedavinin beraberinde getirdiği sekonder sorunlarda artışa sebep olmaktadır (12).

Bunlar başlıca; günlük yaşam aktivitelerinde limitasyon ve katılım kısıtlılıkları ile, sosyal ve iş hayatına geri dönüşte zorlanma olarak söylenilebilir. Kansere bağlı yorgunluk ve depresyon gibi kanserli kişilerde en çok karşılaşılan kişi ile ilgili semptomların varlığı da günlük yaşamlarındaki aktivitelere katılımlarını etkileyebilmektedir (13, 14). Bu görülen kişisel ve aktivite ile ilgili problemler doğrudan yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir (15).

Son yıllarda kanserli hasta sayısının artışı da göz önüne alındığında, kişilerin günlük hayatlarında problem yaşadıkları aktivitelerinin tespiti ve bunlara yönelik müdahale çalışmalarına daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Her hastalık ve hastalığın semptomu kişiden kişiye farklılık göstereceğinden bu semptomların yoğunluğu ve bunlarla başa çıkabilme becerisi birbirlerinden farklıdır. Ergoterapi; kişi merkezli ve bütüncül yaklaşımları içerdiğinden, bu alanda yapılan çalışmalarda artan bir ilgiye sahiptir (16-18). Ergoterapi müdahalelerin etkinliği ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; kişilerin yapmakta problem yaşadıkları becerileri ile aktivitelerinin, problem çözme tedavisi uygulaması gibi bireysel başa çıkma yöntemleri ile olumlu yönde etkilendiği görülmüştür (17-19). Bu müdahale uygulamaları; performans problemi yaşanan aktivitelerin belirlenmesi, anlamlı, amaçlı ve gözlemlenebilir bir hedefin seçilmesi, çözüm yolları hakkında beyin fırtınası yapılması, her bir çözüm yolunun avantaj ve dezavantajlarının belirlenmesi, problem çözüm önerisinin yapılandırılıp uygulanması ve çözümün değerlendirmesi gibi basamakları içerir (19, 20). Aktivite ve rol performansını arttırmada bireysel başa çıkma yaklaşımlarının etkinliği vurgulanmaktadır (18, 19). Fakat ülkemizde bu alanda yapılan çalışma sayısı oldukça yetersiz olmakla birlikte, meme kanserinde ergoterapi müdahalelerini içeren herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Ülkemizde ergoterapinin kanser hastaları üzerindeki etkilerinin araştırıldığı çalışmaların eksikliğinden yola çıkarak planladığımız bu çalışmanın amacı, meme kanseri tanısı olan bireylerin performansa problem yaşadıkları aktiviteler ile, kansere bağlı yorgunluk, depresyon ve yaşam kalitesi seviyelerini değerlendirmek ve bunlara yönelik uygulanacak ergoterapi temelli problem çözme stratejisi eğitimi uygulamasının etkisini incelemektir.

Çalışmamızı oluşturan hipotezlerimiz şunlardır;

1. Meme kanseri olan bireylerde ergoterapi temelli problem çözme stratejisi eğitimi uygulamasının yorgunluk üzerine etkisi yoktur.
2. Meme kanseri olan bireylerde ergoterapi temelli problem çözme stratejisi eğitimi uygulamasının depresyon seviyesi üzerine etkisi yoktur.
3. Meme kanseri olan bireylerde ergoterapi temelli problem çözme stratejisi eğitimi uygulamasının aktivite performansına etkisi yoktur.
4. Meme kanseri olan bireylerde ergoterapi temelli problem çözme stratejisi eğitimi uygulamasının aktivite memnuniyetine etkisi yoktur.
5. Meme kanseri olan bireylerde ergoterapi temelli problem çözme stratejisi eğitimi uygulamasının yaşam kalitesine etkisi yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Tanımı

Kanser, dünya genelinde morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden birisi olup, dünyadaki ölümlere sebep olan hastalıklarda ikinci sıradadır. Kontrolsüz veya anormal şekilde hücre çoğalması ve büyümesi sonucu ilgili dokular ile komşu dokuları ve takiben uzak doku veya organları işgal etmesi (invazyon ve metastaz) sonucu oluşan bir hastalıktır. Oluşan değişiklikler sonucunda hücre proliferasyonu ve hücre ölümü arasındaki denge bozulmaktadır (21).

2.2. Meme Kanseri ve Epidemiyolojisi

Meme kanseri, dünya çapında kadınlar arasında en yaygın olarak görülen malign (kötü huylu) kanser türü olup, tüm kanser türlerinin yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır (22). Ülkemizde de meme kanseri, Sağlık Bakanlığı verilerine göre kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür. Meme kanseri Türkiye'de bütün kanser türlerinin %25'ini, kadınlarda görülen kanserlerin de %24,1'ini oluşturmaktadır (23). Erkeklerde meme kanseri nadir görülmekte olup, seyri oldukça tehlikelidir (24).

Meme kanseri, memede bulunan süt bezi ve kanallarında bulunan hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalarak meme ve diğer dokulara yayılması olarak tanımlanır (21). Meme, göz ve elle muayene için ulaşılması en kolay organlardan biri olduğundan dolayı bu organda ortaya çıkan patolojik değişiklikler ilk çağlardan beri araştırmacıların, hekimlerin ve bireylerin dikkatini erken çekmiş olup, önemli gözlemlerin yapılmasına olanak sağlamıştır. Almanya'da 1913'de ilk olarak A.Salomon tarafından, sonrasında R.Egan tarafından yumuşak doku tekniğini geliştirmesi ile yaygın olarak kullanılan Mammografi meme kanserinin erken tanısını sağlayan en önemli yöntemdir (25). Meme kanserinin bölgesel olarak en sık yayıldığı alanlar aksiler lenf bezleri, mamaria interna lenf bezleri ve supraklavikular lenf bezi gruplarıdır. Bu bölgelerdeki tutulumlarının iyi bilinerek belirlenmesi hem tanı için kanserin evrenmesi hem de tedavi yöntemlerinin planlanması açısından büyük önem taşımaktadır (26).

Meme kanseri tanısı alan kadınların %45'i 50-69 yaş aralığında, %40'ı ise 25-49 yaş aralığındadır. Meme kanseri evreleri incelendiğinde veri tabanında yer alan invaziv olguların %90'ının tedavi edilebilir evrede olduğu görülmektedir (27).

2.3. Meme Kanseri Etiyolojisi

Meme kanseri risklerinin ortaya konulması, risk gruplarının belirlenmesi ve tarama programlarının yaygınlaştırılması, kanserin erken tanınması ve tedavisi ile olumsuz etkilerinin ortaya çıkmasının engellenmesinde önemli rol oynamaktadır. Meme kanserinin etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, tek bir etiyolojik faktörden söz etmek mümkün değildir.

Meme kanseri için öncelikle kadın olmak, ikinci olarak da yaş önemli faktörlerdendir (28). Yaş arttıkça meme kanseri görülme riskinin arttığı bilinmektedir. Genetik ve aile geçmişi, meme kanseri geçmişi, yaşamın erken döneminde meme radyasyon geçmişi, ırk ve etnik köken meme kanserinde risk faktörleri arasında sayılabilir. Ayrıca, sosyoekonomik durum, doğurganlık yaşı ve çocuk sayısı, beslenme alışkanlığı, yaşam tarzı ve çevresel etkenlerin önemi de göz ardı edilmemelidir (29). Çünkü literatürde yüksek sosyoekonomik statü ve/veya eğitim düzeyi, meme kanserinde önemli bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (30).

2.4. Meme Kanseri Evrelemesi

Tedavi planının yapılandırılması, süreç takibi ve tedavide uygulanan yöntemlerin karşılaştırılması için her meme kanseri tanısı olan bireyin tümör yaygınlık derecesine göre gruplara ayırma işlemine evreleme denilmektedir. Klinik evreleme için kullanılan çeşitli sistemler vardır. Dünyada ve ülkemizde en çok kullanılan UICC (Union International Contre Cancer) ve AJCC (American Joint Commite on Cancer)'nin biçimlendirdiği TNM evreleme sistemidir. 1977 ve 1992'de bazı değişiklikler yapılarak bugün dünyada oldukça yaygın kullanılan TNM sisteminde (T) tümör büyüklüğünü, (N) kanserin lenf nodlarını ve (M) tümörün vücudun herhangi bir yerine ya da başka bir doku grubuna yayılma olup olmadığını göstermektedir (31, 32).

Primer Tümör: T

Tx: Primer tümör değerlendirilemeyebilir

To: Primer tümör bulgusu yok

Tis: Tümör bulgusu olmayan Pagat hastalığı, insitu tümör

T1: Tümör 2 cm veya daha küçük

T1a: Tümör 0.5 cm veya daha küçük

T1b: Tümör 0.5 cm'den büyük, fakat 1 cm'yi aşmamış

T1c: Tümör 1 cm'den büyük, fakat 2 cm'yi aşmamış

T2: Tümör 2 cm' den büyük fakat 5 cm'yi aşmamış

T3: Tümör 5 cm'yi aşmış

T4a: Toraks duvarına ulaşmış

T4b: Meme derisinde ödem (Peau d'orange dâhil), ülserleşme, tümörlü memede yandaş deri lezyonları

T4c: T4a+T4b

T4d: İnflamatuvar kanser

Bölgesel lenf ganglionları: N

Nx: Bölgesel lenf ganglionları değerlendirilemeyebilir (örn; daha önce çıkarılmıştır)

N0: Bölgesel lenf bezi metastazı yoktur.

N1: Aynı taraf koltukaltında bir ya da fazla mobil lenf ganglionuna metastaz

N2: Aynı taraf koltukaltında bir ya da fazla lenf ganglionunda metastaza; fakat bu lenf ganglionları birbirlerine ya da dokulara yapışık

N3: Tümörün bulunduğu taraftaki iç mamaria lenf ganglion grubuna metastaz

Uzak metastazlar: M

Mx: Uzak metastazların varlığı değerlendirilemeyebilir

M0: Uzak metastaz yok

M1: Uzak metastazlar mevcut

2.5. Meme Kanserinde Ortaya Çıkan Semptomlar

Kanser tedavisi uzun ve yıpratıcı bir süreç olduğu için bireylerde birçok semptomla sebep olmaktadır (5). Meme kanseri teşhis ve tedavi sürecinde görülen yan etkiler kısa ve uzun vadeli olarak ikiye ayrılabilir.

Kısa vadeli yan etkiler:

- Saç dökülmesi
- Bulantı ve kusma
- Kabızlık veya ishal
- Stomatitis, sistit
- Göğüs ağrısı
- Yorgunluk ve halsizlik
- Uykusuzluk

Uzun vadeli yan etkiler:

- Depresyon
- Anksiyete
- Yorgunluk
- Cinsel fonksiyon – infertilite, libido kaybı
- Nörolojik problemler – nöropati
- Konfüzyon
- Lenfödem
- Günlük yaşamda aktivite limitasyonları
- Katılım kısıtlılığı
- Cilt problemleri
- Uyku problemleri

Günümüzde kanser, fiziksel yetersizlikler, psikolojik, mesleki ve seksüel sorunları içeren, iyileşme ve şiddetlenme dönemleri olan, kısa ve uzun süreli uyum zorlukları yaratan, homeostatik dengesini doğrudan sarsan kronik bir hastalıktır (33). Kanser tanısı öğrenildiğinden itibaren hem kişi hem de ailesi için birçok güçlüğü beraberinde getirmektedir. Bu süreçte her bir bireyde çeşitli fiziksel, duygusal ve

davranışsal tepkiler ortaya çıkabilmektedir (34). Ergoterapi yaklaşımlarında bireyin fiziksel, duygusal, psikolojik ve psikososyal fonksiyon bozuklukları semptomlarını incelerken kişi merkezli problem çözücü bir yaklaşım geliştirmelidir.

2.6.İşlevsellik, Yetiyitimi Ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)

DSÖ, 1970'li yılların başlarında araştırmaya başladıkları bozukluk (impairment), yetiyitimi (disability) ve engel (handicap) kavramlarını, 1980 yılında yayınladığı ilk sınıflandırmada ele almıştır (International Classification of Impairment, Disability and Handicap, ICIDH). DSÖ 2001 yılında yeniden düzenleyerek 'İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)'ni çok boyutlu ele alan bir sınıflandırma olarak yayınladı. Bu oluşturulan biyo-psikososyal çerçevenin içinde kişilerin fonksiyonellik ve kısıtlılık durumları tanımlanır (35).

ICF 'de ICIDH'deki nedensel görüş yerine, sağlığın bileşenleri veya kavramların etkileşimi söz konusudur. ICF kişisel faktörleri göz önüne alarak bir bakış açısı sağladığı için yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde de daha kapsamlı bilgiler sağlamaktadır. Ayrıca ICF'de özürlülük ve engellilik gibi olumsuz bir terminoloji kullanılmadığı gibi, hem kişisel hem de çevresel gibi bağlamsal faktörler sınıflandırmaya dâhil edilmiştir (36, 37).

ICF, fonksiyon ve özürlülük ile bağlamsal faktörler olmak üzere iki bölümden oluşur (38) (Şekil 2.1).



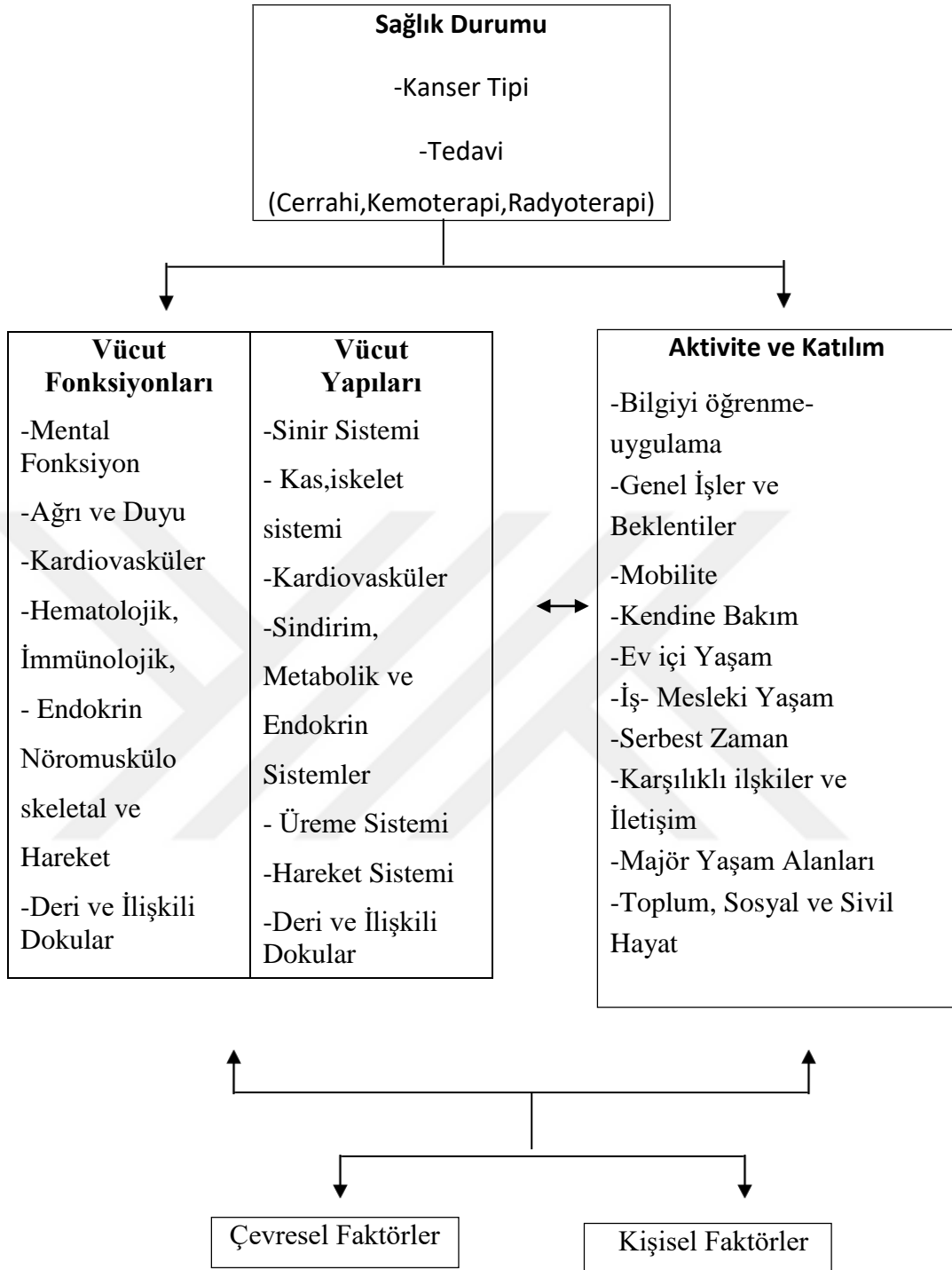
Şekil 2.1. DSÖ'nün ICF modeli

2.6.1. ICF ve Onkolojik Rehabilitasyon

Onkolojik rehabilitasyon alanında çalışmalar uzun yıllardır dikkat çekmektedir. Kanser tedavi sürecinin uzun ve yıpratıcı olması yanı sıra, yan etki yani neden olduğu semptomların fazla ve etkileyici olması nedeniyle bireylerde çeşitli seviyelerde fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal değişikliklere neden olduğu gösterilmiştir (39, 40). Bu değişiklikleri bütüncül bir şekilde tanımlayabilmek için ICF'in onkolojik rehabilitasyonda kullanımını üzerinde çalışmalar yapılmıştır (41).

ICF'in onkolojik rehabilitasyonda onkoloji hastalarında kullanımını kolaylaştırmak için Amerika Fizyoterapistler Derneği Delegation Komitesi tarafından modifiye edilmiştir (42) (Şekil 2.2). Bu şema rehabilitasyon alanında çalışan tüm disiplinlerin ortak standardize testler kullanarak, ortak dil kullanımını geliştirilmesi ile tedavi sürecinin daha etkin planlanmasına olanak sağlamaktadır.

Kanser rehabilitasyonunda kılavuzlar daha çok meme kanseri, baş-boyun tümörleri, kemik ve ilgili doku kanserleri ile palyatif uygulamalarda kullanılmaktadır (43, 44). Kullanılan bütüncül bakış açısına sahip bu kılavuzlar, hastalık ve tedavi sürecine etkin yön verilmesi ve karşılaşılabilecek problemlerin en aza indirilerek önlenmesi açısından oldukça hayati rol üstlenmektedir.



Şekil 2.2. ICF'in Onkolojik Rehabilitasyonda Kullanılma Şeması

2.6.1.1. Bölüm; Fonksiyon ve Özürlülük

2.6.1.1.1 Vücut fonksiyon ve yapıları;

Vücut fonksiyonları, vücut sistemlerinin fizyolojik fonksiyonlarından, vücut yapıları ise vücudun anatomik bölümlerinden oluşur. Bozukluk ise buralarda oluşan kayıp ya da farklılıklardır (38). Meme kanseri olan bireylerde kas kuvveti ve eklem hareket açıklığı kaybı, yetersiz kardiovasküler uygunluk gibi ölçüm ve tedavisinde daha çok rehabilitasyon içindeki terapistlerin görev aldığı bozukluklardır (45).

Onkoloji hastalarına uygulanan tedavilerin erken ve geç dönem sonuçları bireyin vücut bütünlüğünde anatomik yapı ve fonksiyonlarında değişikliklere sebep olabilir. Literatürde yapılan çalışmalarda, meme kanseri olan kadınlarda uygulamalar sırası ve sonrasında çeşitli sistem ve dokuların etkilenimi sebebiyle yorgunluk, depresyon, ağrı gibi semptomların oldukça yaygın olarak ortaya çıktığı görülmektedir (46-48).

2.6.1.1.2 Aktivite ve katılım

Aktivite (activity), birey tarafından hareket veya görevin yerine getirilmesidir. Aktivite, insanın yaşamında yer alan tüm vücut fonksiyonlarını kullanabilmesiyle ilişkilendirilen her tür bireysel aktiviteleri içerir. Aktivite limitasyonu, kişinin aktiviteleri yerine getirmedeki zorluğunu; katılım kısıtlılığı ise, kişinin sosyal hayata dâhil olmada karşılaştığı problemlerdir. Yapılan, kanser ile ilgili araştırmalarda kişilerde bu süreçte, aktivite limitasyonunun ve katılım kısıtlılığının meydana geldiği, bunların da bireylerin yaşam kalitesini, sağlık ihtiyaçlarını ve yaşamlarını sürdürebilmelerinin etkilendiğini göstermiştir (37, 49).

2.6.1.2. Bölüm; Bağlamsal faktörler;

Bağlamsal faktörler, çevresel ve kişisel faktörler olarak ICF'in içerisinde yer alır. Bu faktörlerin, vücut fonksiyon ve yapıları, aktivite ve katılım ile olan ilişkisi gösterilmiştir.

- a) Çevresel faktörler;** bireysel ve toplumsal olmak üzere iki düzeye odaklanır. Bireysel; kişinin yakın çevresini içerir. Her gün ilişki kurduğu anne-baba ve fiziksel özellikleri içerir. Toplumsal ise; kişinin ilişkili olduğu toplum-

hizmet merkezleri, iş çevresi, toplumsal aktiviteleri, yaşadığı toplumun kültür, yasa ve ideolojilerini içerir (38).

b) Kişisel faktörler; yaş, cinsiyet, ırk, alışkanlıklar, meslek, deneyimler, karakter, yaşam şekli, psikolojik beceriler ve diğer etmenleri içerir (38).

Vücut fonksiyonları; vücut sistemlerinin, psikolojik işlevleri de dâhil olmak üzere fizyolojik işlevleridir. Aktivite, işlevselliğin birey boyutunu, katılım ise toplumsal boyutunu tanımlar. Bu oluşumlar arası ilişkiler çift yönlüdür. Bir oluşumda meydana gelen bir değişiklik, sınırlanma ya da sapma diğer oluşumu/oluşumları etkileyebilir. Tüm bu faktörler (vücut fonksiyonları ve yapıları, aktivite, katılım, çevresel ve kişisel faktörler) birbirlerini etkileyebildiği gibi, aktivite performansını da etkileyebilir (38, 50).

ICF uluslararası ortak dili olan bir standarttır ve sağlıklı yaşam için gerekli olan aktivite katılımı vurgusu yapar. Ergoterapi de bu görüşe paralel olarak kişi merkezli anlamlı aktivitelere vurgu yapan bir sağlık disiplini (51).

2.7. Ergoterapi Yaklaşımları

Ergoterapi kişi için uygun, ihtiyacına yönelik, anlamlı ve amaçlı aktivitelerle sağlığı ve refahı geliştiren kişi merkezli bir sağlık disiplini. Bireyin anlamlı ve amaçlı olarak bulduğu her aktiviteye ulaşımını ve katılımını kolaylaştıran, yol gösteren ve destekleyen her türlü fiziksel ve sosyal müdahalelerin tümü ergoterapi uygulamaları içerisindedir. Ergoterapi yaklaşımlarında sağlık, kişinin istediği aktivitenin istediği zamanda gerçekleşmesini ve kişinin toplumsal katılımını desteklemesini gerektirir (52).

Kişi-çevre-aktivite birbirleri ile ilişki içerisinde olan bir bütünün parçalarıdır. Bu bütündeki herhangi bir aksama, performansı etkiler. Ergoterapi felsefesine göre aktivite katılımını, kişilerin fiziksel, duygusal veya bilişsel yetenekleri, yapılan aktivitenin özellikleri ile fiziksel, sosyal, kültürel, davranışsal ve yasal çevre olumlu ya da olumsuz etkileyebilir. Bunlardan dolayı ergoterapi kişinin; kişisel ve çevresel faktörlerini de göz önüne alarak, aktivite performansını ve katılımını değerlendirip, müdahalelerde bulunmayı kapsar.

Onkolojik rehabilitasyonda ergoterapi uygulamaları tüm kanser tiplerinde, medikal tedavi süreci, cerrahi operasyon sonrası ile terminal ve palyatif dönemlerde

aktif ve etkin olarak uygulanılabilmektedir (45, 53). Literatürde meme kanseri olan kadınlarda üst ekstremitte hareket açıklığı, aktivite performansı ile lenfödem çalışmalarında, eklem enerji koruma teknikleri ile katılım çalışmalarını yapılandırma ergoterapistler önemli rol üstlenmektedir (54, 55). Ergoterapi, fiziksel ve temporal limitasyonları olan kanser terminal dönem hastalarında kendine bakım, iş ve oyun aktivite rol performansını arttırdığı gibi, tedavilere bağlı limitasyonlardan kaynaklı hareketsizliği azaltmak veya performansı arttırmak için stratejiler geliştirme ve maksimum bağımsızlık seviyesine çıkarma, bu bağımsızlığın ev/iş çevrelerinde devam ettirebilmeleri için stratejiler geliştirme, kendine yardım aleti önerme, serbest zaman aktiviteleri ile bireyin hayatını anlamlı kılma, aktivite çalışmaları ile GYA'deki bağımsızlığı sağlama, davranışsal başa çıkma yöntemleri ve problem çözme stratejileri geliştirme ve preventif çalışmalar (aile ve hasta için koruyucu yaklaşımların eğitimi) ile onkolojik rehabilitasyonda önemli bir yere sahiptir (6, 45, 56, 57).

Ergoterapi uygulamaları bütüncül ve kişi merkezli olması nedeniyle onkolojik rehabilitasyonda bireyin GYA'lerindeki bağımsızlığı ile kansere bağlı ortaya çıkan semptomların en aza indirilerek, yaşam kalitesinin artırılması amacı ile yeniden yapılandırma, kompanse etme veya adapte etme girişimlerinin uygulanabilirliği ile ilgili çalışmalar ve bunların katkıları gösterilmiştir (54, 57). Amerika Ergoterapi Birliği (AOTA) ergoterapi uygulamalarında top-down ve bottom-up yaklaşımlarından bahsetmektedir. Bireylerin yetersizliklerine yönelik değerlendirme yaklaşımlarını içeren bottom-up değerlendirme yaklaşımlarından çok, bireyin kuvvetli yanlarının ön plana alınarak fonksiyonelliğinin bir bütün olarak ele alındığı top-down yaklaşımlar onkolojik rehabilitasyonda tercih edilmektedir. Top-down uygulamalar 'her bir aktivite için bireyin rol performansı ve kişi için anlamlılığının değerlendirildiği ardından aktiviteyi ne şekilde yaptığı veya yapamama nedenlerinin araştırıldığı süreç' olarak tanımlamıştır (58). Bu süreç, bireyin genel aktivite-rol performansının artırılması için yapılan kişi merkezli çalışmalar ile bireyin aktivite ve çevresi ile ilişkisini de dikkate alır.

Top-down yaklaşımlarında objektif, güvenilirliği çok yüksek olan yarı-yapılandırılmış görüşmeler ile elde edilen nitel sonuçları içeren, standardize ve nicel bilgi veren testler kullanılmaktadır. Yarı- yapılandırılmış görüşmeler ile bireyin

kişisel ve çevresel faktörleri ile aktivite ile ilgili faktörler hakkında da bilgi edinilir. Kişinin yaşam stili ve değerleri ile aktivite tercihi, kültürel ve sosyal çevre gibi faktörler kişiden kişiye göre değişiklik göstereceğinden, değerlendirme ve müdahalelerin etkinliğinin artırılması için ergoterapi yaklaşımlarında bu tür görüşmelere önem verilmektedir. Literatürde Kanada Aktivite Performans Ölçümü'nün de (KAPÖ), bireyin durumu kronikleştikçe ve/veya rol performansı optimal seviyeye ulaştıkça kullanımının uygun ve güvenilir bir top-down yöntemi olarak kabul edildiğini gösteren kaynaklar vardır (59, 60).

Literatürde sıklıkla kullanılan top-down yaklaşım gösteren ergoterapi modellerinden bazıları; İnsan Aktivite Modeli (Model of Human Occupation), Kişi-Çevre-Aktivite Performans Modeli (Person-Environment-Occupation Model), Aktivite Adaptasyon Modeli (Occupational Adaptation Model), Kanada Aktivite Performans Modeli (Canadian Occupational Performance Model) olarak sıralanabilir (60-63). Kanada Aktivite Performans Modeli (KAPM), diğer uygulama modellerden farklı olarak kişi merkezli aktivite performansı ve problemlerine odaklanır (51, 64).

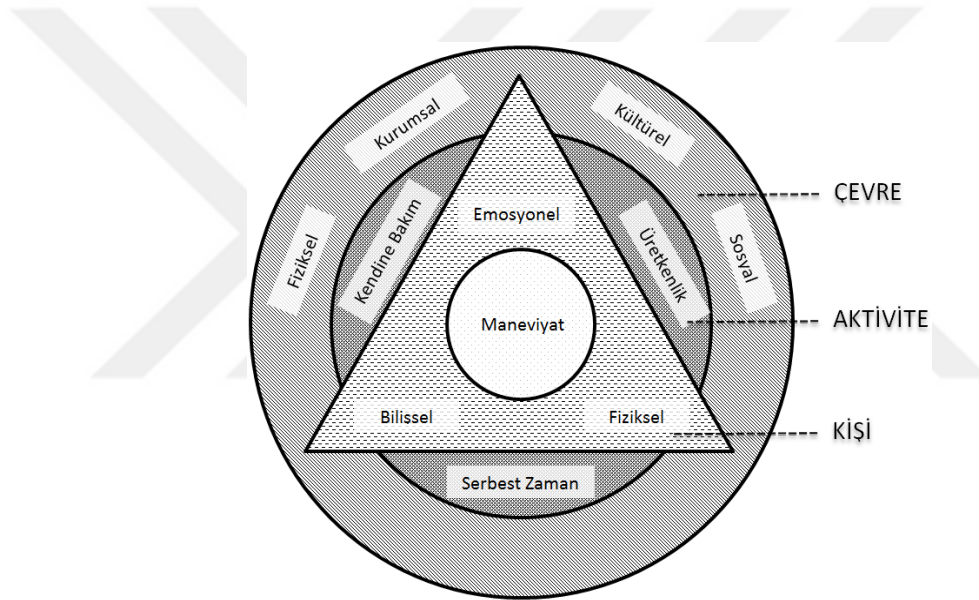
Çalışmamızda bu nedenden ötürü, meme kanserinde ergoterapi müdahalesi etkinliğinin incelenmesini hedefleyen çalışmamızda aktivite performansına odaklanan Kanada Aktivite Performans Modeli (KAPM) kullanılmıştır.

2.8. Kanada Aktivite Performans Modeli

Kanada Aktivite Performans Modeli (KAPM), ergoterapi felsefesi ve kişi merkezli rehabilitasyon yaklaşımını temel alarak, değerlendirme ve müdahaleye rehberlik etmesi için 1980'li yılların başında Kanada' da geliştirilmiştir. KAPM, farklı hasta gruplarında ve çeşitli tedavilerde uygulanabildiği gibi öncelikli olarak iki odak noktası vardır. Bunlardan birincisi kişinin merkez olduğu uygulamadır. Bu yönüyle de kişi merkezli tedavinin ilk temelini atan yaklaşımlardan birisidir. Modelin ikinci odak noktası ise kişinin isteklerine, hayatına ve hayata katılımına uygun aktivite performansının desteklenilmesidir (65, 66).

KAPM'de kişinin, fiziksel, duygusal, bilişsel ve ruhsal özellikleri incelenir. Bireyin ruhu (maneviyatı) kişinin temelidir ve bireyin kendi değerleri ve inançları bulunmaktadır. Model kişinin maneviyatını; 'yaşam gücü, irade kaynağı, iç değeri ve motivasyonu ile kendi deneyimlerinden edindiği anlam' olarak tanımlamaktadır. Bu

tanım ile değerlendirme yöntemleri ve tedavi programları belirlenirken, rehabilitasyon sürecinde aktif rol üstlenen bireyin aktivite isteği ve ilgisi önem kazanmaktadır (60). Law, çevreyi 1997’de kişinin dışında fakat onu etkileyen bir durum olarak tanımlamıştır (67). Çevre; fiziksel, sosyal, kurumsal ve kültürel olmak üzere dört boyuttan oluşur. Aktivite ise kişi ve çevre ile olan ilişkilerin ürünüdür. Aktivite performansları; basit insan ihtiyaçları, sağlık gereklilikleri gibi kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarında incelenir (63). Kişi-çevre-aktivite alanları birbirleriyle ilişkili olduğundan, herhangi birinde meydana gelen değişiklik, uyuşmama ya da bu alanlar arasındaki dengenin olumsuz şekilde etkilenmesi, diğer alanları ve performansları etkileyebilir (Şekil 2.3).



Şekil 2.3. Kanada Aktivite Performans Modeli

KAPM, aktivite performans problemlerine odaklanan bir ergoterapi modelidir. Bu performans problemlerinin değerlendirmesi için kişisel, çevresel ve aktivite faktörleri ile tüm faktörleri içine alan yaşam kalitesi değerlendirmesi önemlidir. KAPM, bireyin istek ve önceliklerine göre problemlerin çözümü için her türlü strateji geliştirilmesini içeren müdahalelerin planlamasına yardımcı olurken, müdahalenin zaman içerisindeki etkisini anlamak için de fırsat sağlamaktadır. Literatürde modelin dezavantajlı yanı olarak gösterilen aktivite ve rollere çevreden daha fazla önem vermesi, onkolojik rehabilitasyonda çizilen bireysel rehabilitasyon

programlarını kolaylaştırmakta, fakat kişinin çevresi ile ilgili etken faktörlerin göz ardı edilmesine neden olabileceği de unutulmamalıdır (45).

2.9. Meme Kanseri ve Yorgunluk

Meme kanseri olan bireylerde yorgunluk, hastalığın kendisine veya uygulanan tedaviye bağlı olarak gelişebilen, önceki aktivite tecrübelerinden bağımsız olan ve günlük yaşam fonksiyonlarını etkileyen subjektif bir bitkinlik ve tükenmişlik hissi olarak tanımlanmaktadır. Ulusal Kapsamlı Kansere Ağ'ına (National Comprehensive Cancer Network) göre kansere bağlı yorgunluk; yapılan aktivite ile orantılı olmayıp, genelde aktiviteyi gerçekleştirmeyi engelleyen, kanser ve kanser tedavisi ile ilişkili sürekli sıkıntı hissi veren subjektif güçsüzlük ve bitkinliktir (68).

Çok boyutlu bir sorun olduğundan tanımlanması zor ve her duruma uygulanabilecek genel bir tanımın olmaması nedeni ile yorgunluğu bireyler; halsizlik, bitkinlik, ağırlık hissi, çabuk yorulma, yavaşlama, enerji kaybı, güçsüzlük, kuvvet kaybı gibi terimlerle tanımlanmaktadır. Yorgunluk, kansere bağlı ortaya en sık çıkan ve en rahatsız edici belirtidir (69). Sıklıkla aktif olarak tedavi gören hastalar başta olmak üzere henüz onkolojik tedavi almamış, özellikle ileri evre kanser hastalarının %78-96'sında, radyoterapi gibi ışın tedavisi alınan bölgeye göre şiddetinde farklılık göstermekle birlikte bu olguların %75-100'ünde yorgunluk semptomu görülmektedir (70). Meme kanserinde yorgunluk sıklığı kemoterapi öncesi %4, cerrahi ve kemoterapi sonrası %91 olduğu, sağ kalımlarda ise bu oranın %35-56 arasında olduğu vurgulanmaktadır (71).

Oldukça sık görülmesine ve geliştiğinde kişinin, günlük yaşantısını ve yaşam kalitesini doğrudan olumsuz şekilde etkilemesine rağmen klinik pratikte yeterince dikkat edilmeyen konulardan birisi yorgunluktur. Kansere hastalarında görülen yorgunluğun etiyojisine bakıldığında tümörün kendisi, dispne, anemi, metabolik bozukluklar, beslenme sorunları, endokrin ve hormonal sorunlar, immünolojik bozukluklar gibi fizyolojik sorunlar beraberinde yetersiz ve kalitesiz uyku, tanı ve tedavinin yarattığı başta depresyon, anksiyete, kişilik özellikleri, sitokin aktivasyonu ile cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi gibi kanser tedavileri sorumlu tutulmaktadır (46).

Meme kanseri sağ kalanları üzerinde yapılan araştırmalar da ortak görölen fiziksel semptomun yorgunluk olduğu gösterilmiştir (72, 73). Cappiello ve ark. meme kanseri tedavisi sonrası 3., 6. ve 12. ayda en yaygın olarak tanımlanan fiziksel semptomun yorgunluk olduğunu ve bunun ağrı, anemi, hipotroidi, bilişsel problemler, hareketsizlik, dengesiz beslenme, kilo alma, depresyon, anksiyete, uygulanan tedavinin türü, kemoterapitik ajanların sistemler üzerindeki toksik etkileri, diğer hastalıklar (diyabet, KOAH, kalp yetmezliği), uyku problemleri ve hormon tedavisi gibi birçok faktörle ilişkili olabileceğini belirtmiştir (74). Literatürdeki diğer araştırmalar ile de kanser tedavileri ve yorgunluğun bağlantılı olduğu fikri kesin olarak desteklenmektedir (75, 76).

Ahlberg ve ark. kansere bağlı yorgunluğa neden olan ya da yorgunluğu etkileyebilen psiko-sosyal faktörlerden de söz etmektedir. Bu faktörleri; depresyon, anksiyete, stres, uyku problemleri, tam zamanlı çalışma sistemi veya fiziksel fonksiyonda azalma olarak belirtmiştir (47). Dodd, Miaskowski ve Paul da kansere bağlı yorgunluk tespit edilen bireylerde yukarıda belirtilen psikososyal semptomlardan en az üç tanesinin göröldüğünü bildirmiş ve bu semptomların kadınların günlük yaşam aktivitelerindeki fonksiyonellik becerisini azalttığını göstermiştir (77). Bir başka araştırmacı ise bu semptomların genel olarak tek başlarına değil de, birlikte görölme olasılığının daha fazla olduğunu söylemiştir (78).

Meme kanseri, yalnızca hastanın potansiyel olarak sağ kalımını değil, fiziksel, duygusal, psikolojik ve bilişsel bütönlük gibi öğelerini de etkileyen, sadece bireyi değil, ailesini, iş ve yakın çevresini derinden sarsan sosyal bir hastalık olarak en fazla araştırmaya konu olmuş kanser türüdür (79). Meme kanserin de biyolojik davranış çeşitliliğinin çok geniş bir spektrumda olması, tedavi standardının belirlenmesini de zorlaştırmaktadır (76). Yorgunluk yaşayan bireylere yönelik öneriler diğer hastalıkların aksine, bireyin daha aktif olması yönündedir. Çünkü aktivitelere aktif katılım göstermek, kanser tedavisinin neden olduğu yorgunluğu en aza indirmede önemli katkı sağlamaktadır (80, 81). Adjuvan kemoterapi alan kadınlarda yapılan araştırmalar yatakta dinlenerek geçirilen süre ve hareketsizliğin, fonksiyonel yeteneklerin azalmasına ve yorgunluğun artmasına sebep olduğuna dair kanıtlardan bahsetmektedir (29, 79).

Yorgunluk şiddeti, tipi, sıklığı gibi değerlendirme yapan bazı ölçekler mevcut olup, birçoğunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlikleri de vardır (79, 82). Fakat genellikle bu ölçeklerin çoğu yorgunluğun tek boyutunu değerlendirmektedir. Hâlbuki son yıllarda yapılan araştırmalar yorgunluğun; fiziksel, bilişsel, sosyal veya duygusal gibi birçok boyutla ele alınarak incelenmesi gerektiğini göstermiştir (83). Buna göre meme kanseri olan bireylerde yorgunluğu değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan ölçekler; Rhoton Yorulma Ölçeği (RFS), Piper Yorgunluk Ölçeği (PFS), Çok Boyutlu Yorulma Envanteri (MFI), Borg Yorgunluk Skalası (BYS), Kısa Yorgunluk Envanteri (KYE) ve Kanser Yorgunluk Skalası (CFS)'dir (83-86). Bu ölçekler arasında sadece Kanser Yorgunluk Skalası (KYS)'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması mevcut değildir. Fakat çok boyutlu olarak yorgunluğu inceleyen birçok ölçeğe göre, KYS'nin pratik olduğu göz önünde bulundurulduğunda ölçeğin Türkçe diline adaptasyonunun yapılarak geçerli ve güvenilir olduğunun tez çalışmamızda gösterilmesi de oldukça önemlidir.

Literatür incelendiğinde meme kanserli bireylerde ortaya çıkan semptomların incelendiği ve değerlendirildiği çalışmalar mevcut olup, bunlara karşın rehabilitasyonun etkisini inceleyen çalışma sayısı oldukça yetersizdir. Yapılan kısıtlı sayıdaki araştırmalarda fiziksel aktivite ve egzersiz programlarının, tedavi ile bağlantılı oluşan yorgunluğun önlenmesi ve azalmasında etkili olduğu gösterilmiştir. Eğer bireyin aktivite performans kapasitesinin sürdürüldüğü aktif yaşamı desteklenirse, deneyimlediği yorgunluk seviyesinde de azalma meydana geleceği gösterilmiştir (87). Onkolojik rehabilitasyon içerisinde önemli bir disiplin olarak ergoterapinin semptom kontrolündeki rolü ve etkinliğini Cooper; hastalık ve tedavilere bağlı gelişen semptomlar hakkında bilgi sahibi olmak, bu semptomlar hakkında bireye, ailesine ve bakım verenlerine detaylı bilgi vermek, semptomların bireyin günlük hayatındaki etkilerini belirlemek, bireyin arzu ettiği yaşam hedefleri doğrultusunda semptomları en aza indirecek veya sonlandıracak stratejiler geliştirmek olarak tanımlamaktadır. Yorgunluğun aktiviteler üzerindeki bu subjektif etkisinin gerekliliğinden dolayı, değerlendirmeler ve müdahaleler için kişi merkezli ve bütüncül bir yaklaşım gerekmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda en yaygın kullanılan yöntem olarak, problem çözme stratejilerinin geliştirilmesi gösterilmektedir (54).

2.10. Meme Kanseri ve Depresyon

Kanser, insanlar için ölüm nedeni olmasının yanında psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının da yüksek olduğu bir hastalıktır. Kanser hastalığının teşhisinden sonra herhangi bir depresif bozukluğun görülme olasılığı %40 olduğu, bu oranında yarısının yani bulguya sahip olan kadınların %20'sinin ağır depresif bozukluğu olduğu, diğer yarısının da hafif depresif bozukluğu olduğu gösterilmiştir (88, 89).

Depresyon, bireyin hayattan zevk alma isteğinin azaldığı veya kaybolduğu, kendisini mutsuz, kederli, gelecekte umutsuz veya kötümser hissettiği, geçmişe yönelik pişmanlık, öfke veya suçluluk gibi duygu veya düşüncelerinin olduğu, ölüm düşüncesi ve hatta intihar girişimi ile ölümün görülebildiği bir psikolojik hastalıktır.

Depresyon, dünyaya ve insanlara karşı ilginin azalması, kişinin kendini ayıplama, kınama, suçlama, beğenmeme veya hor görme gibi duygularının bir arada görüldüğü bir bozukluktur (90). Depresyon sırasında bireyde; çökkünlük, bitkinlik, ümitsizlik, değersizlik, uyku bozuklukları, dikkati ve düşünceleri toplayamama, kendini ve dünyayı değersiz görme, ölüm ve intihar düşüncesi gibi olumsuz ruhsal belirtiler gözlemlenir. İştah ve kilo kaybı, cinsel işlev bozuklukları gibi fiziksel belirtiler ile tedirginlik, bilişsel ve fiziksel aktivitelerde yavaşlama gibi davranışsal belirtiler görülebilir (48).

Depresyon: geçici, normal ve akut bir durumdan; anormal, kronik veya psikiyatrik bir bozukluğa kadar çok geniş bir kavramı kapsar. Bir depresyon atağı için, hastalığı ilk ve ani öğrenme gibi anlık bir olay sebep olabileceği gibi, hastalığın zamanla aldığı durum veya sebep olduğu sonuçlar da neden olabilir (91).

Depresyon oldukça yaygın görülen bir hastalıktır. Bireyler arasında depresyon yaygınlığı %9,2 olduğu, yaşam boyu depresyon görülme oranının ise %23,6 olduğu gösterilmiştir (92). Bland de yaptığı araştırmada, değişik ülkelerde yaşayanlar arasında depresyon yaygınlığının %0,9 - %12,6 arasında değiştiği, en düşük yaygınlığın Taiwan'da, en yüksek yaygınlık oranının ise Zürih'te olduğunu göstermiştir (93).

Depresyon, doğum ile ölüm arasındaki tüm yaşam döngüsünde her yaşta görülebilen bir semptomdur. Sıklıkla 30'lu yaşlarda başladığı ve orta yaş grubunda yaygın olarak görüldüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur (93, 94). Kadın olmanın depresyon için bir risk faktörü olduğunu gösteren çalışmaların yanı sıra, çoğu

çalışmada dul, boşanmış ya da ayrı yaşayan kadınların depresyon seviyesinin, evli veya evli ve beraber yaşayan kadınlardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir (94). Tokgöz ve ark. da kanser hastalarında depresyon yaygınlığını %22 olarak saptamış ve kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğünü bildirmiştir (48).

Depresyon değerlendirmesi yapılırken objektif sonuçlar veren bazı ölçekler kullanılır. Yaygın olarak kullanılanları, Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'dir. Bunların dışında daha yaşlı bireylerde depresyon düzeyi belirlenmesinde, Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), doğum yapan kadınlarda doğum sonrası depresyon ölçümünde Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), gibi hastalığa yönelik değerlendirme ölçekleri de mevcut olup, özellikle meme kanseri olan kadınlara yönelik geliştirilmiş ayrı bir ölçek bulunmamaktadır (95).

Kanser hastalarının % 25-33'ünde tanının öğrenildiği ilk iki yıl içinde genel anksiyete bozukluğu, major depresyon ya da uyum bozukluğu gibi psikolojik hastalıkların gelişmekte olduğu, radyoterapi alan meme kanseri tanılı kadınların % 38'inde major depresyon bulgusu olduğu, ve lokal rekürrensi olan mastektomili olan bireylerde ise bu oranın %45.5 olduğu araştırmalarda gösterilmiştir (34, 48).

Psikolojik, sosyolojik ve fizyolojik bozuklukların görüldüğü hastalık olan depresyon, hem ülkemizde hem de dünyada önemli bir toplum sağlığı sorunudur (96). Bundan dolayı bireyin depresyon tedavisi alması ya da buna katılım göstermesi, kanser tedavisine aktif katılımı ile tedavinin süreğenliğine fayda sağladığı gösterilmiştir (34).

Meme kanseri sağ kalanlarında fiziksel güçlüklerin tanımlanması çok çalışılan bir konu olmakla birlikte bu hasta grubunda psikolojik etkilenmeleri açıklamaya yönelik literatürün sınırlı olduğu görülmüştür. Yine meme kanseri tedavisi sonrası sağ kalan kadınların yaşam kalitesinin incelendiği çalışmalarda, yaşam kalitesinin ruhsal sağlık alanının daha kötü olduğu gösterilmiştir (97, 98).

Ülkemizde ve dünyada meme kanseri olan kadınlarda yaygın olarak görülen depresyonun çeşitli terapi yöntemleri ile tedavi edilebilir olduğu gösterilmektedir. Kanser hastalarında depresyonun tedavisi diğer gruplarda olduğu gibi psiko-sosyal girişim, psikoterapi, farmakolojik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarını içerir.

2.11. Meme Kanseri ve Aktivite Performansı

Aktivite, vücut fonksiyonlarını kullanma ile ilişkilendirilmiş insan yaşamında yer alan eylem ve davranışların bireysel olarak yerine getirilmesini içerir. KAPM'ne göre aktivite; kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman performans alanlarından oluşur. Yaşam sürecinde kişinin, aktivite ve rollerinin, yaşadıkları, çalıştıkları ya da oyun oynadıkları çevrenin arasındaki dinamik ilişki sonucu olarak da aktivite performansı oluşur. (63). Kişisel faktörler (hastalık, etkilenim...), aktivite faktörleri (teknoloji, ekipman...), çevresel faktörler (sosyal, ulaşım, limitasyonlar...) nedeniyle aktivite performansında problemler olabilir. Her aktivite tecrübesi ve karşılaşılan problem subjektif bir deneyimdir ve kişiden kişiye farklılık gösterebilir. KAPM yaklaşımı yardımı ile terapistler, kişi merkezli değerlendirme ile, bireyin kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktivitelerindeki performans problemlerinin çözümlerine odaklanır (60).

Aktivite terim olarak hem fiziksel hem de bilişsel fonksiyonu içermekte olup, DSÖ'nün ICF sınıflamasındaki aktivite alanları, mobilite, kendine bakım, ev ile ilgili aktiviteler, kişisel aktivite, öğrenme, bilgiyi kullanma ve iletişim becerilerden oluşmaktadır (37). DSÖ aktivite limitasyonunu; kişinin, aktivitelerini yerine getirme sırasında karşılaştığı zorluklar olarak tanımlanmaktadır (50). Diğer bir deyiş ile spesifik günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki yetersizlik olarak da tanımlanabilir. Aktivite limitasyonun belirleyici bulgusu kronik tıbbi durumlardır.

Meme kanserli bireyler tedavileri esnasında hem tedaviden hem de hastalığın doğasından kaynaklı olarak fiziksel olarak daha pasif hale gelebilirler. Literatürde hafif dereceli aktivite limitasyonu oluşmasının, ilerleyen süreçte daha ileri düzeylerde aktivite limitasyonuna yol açabileceği gösterilmiştir (45). Kronik tedavi sürecinde veya sonucu olarak artan fizyolojik bozukluklar, metastaz, doku veya organ kaybı veya yorgunluk gibi oldukça yaygın olarak ortaya çıkan semptomlardan dolayı çeşitli seviyelerde aktivite limitasyonu ve performans problemleri ortaya çıkabilmektedir. Kanserli bireylerde ortaya çıkan bu aktivite performans problemleri kişinin bağımsızlık seviyesini düşürerek, sosyal izolasyonuna da neden olabilir. Sosyal izolasyon, depresyon gibi bir çok psikolojik duruma sebep olabileceği gibi, oluştuktan sonra meydana gelen kısır döngü ile kişinin aktiviteleri daha fazla kısıtlanır bu da daha fazla sosyal izolasyona neden olur (89, 99). Bunun yanında

kişinin aktivitelerini kısıtlayan faktörler her zaman kişiden kaynaklanan nedenler olmayabilir. Bazen çevreden kaynaklı problemlerinde kişinin aktivitelerini yerine getirmesini olumsuz yönde etkileyebileceği de unutulmamalıdır.

Literatürde meme kanserli bireylerin aktivite limitasyonunu inceleyen son yıllarda yapılan çalışmalar incelendiğinde, aktivite limitasyonunun kansere bağlı yan etkilerin sekonder sonuçlarına bağlı olduğuna vurgu yapılmaktadır (53, 100). Yine bu gruptaki bireylerdeki aktivite performans problemlerine sebep olan en önemli faktörler içerisinde kültürel farklılıklar, çevresel bariyerler, motivasyon eksikliği ve fiziksel yetersizliklerin bulunduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (42, 101).

Pek çok kanser tanılı birey kanserden kaynaklı semptomlarla başa çıkmayı ve sonuçlarının üstesinden gelmeyi süreç içerisinde öğrense de, çoğunda bu durum kendine bakım, okul/iş, sosyal ve günlük yaşam aktivitelerini kısacası yaşama katılımlarını sıklıkla olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Oluşan aktivite limitasyonu derecesi rehabilitasyon sürecini ve etkilerini oldukça yakından ilgilendirmektedir. Meme kanserli bireylerde görülen orta derecede aktivite limitasyonunun yardımcı araç veya yorgunluk ile başa çıkma eğitimi gibi daha kolay yöntemlerle çözülebilirken, daha ağır derecede aktivite limitasyonu oluşan bireylerin daha yoğun, kapsamlı ve devamlı olarak rehabilitasyon uygulamalarına ihtiyaç duyduğunu göstermiştir (43, 53).

Aktivite limitasyonu özrün en önemli göstergelerinden birisi olduğu için meme kanserli bireylerde aktivite performans problemlerini önlemek rehabilitasyonun en önemli hedeflerindedir (54, 102). Onkolojik rehabilitasyon içerisinde ergoterapi yaklaşımları; yaşamın basitten-karmaşığa doğru ilerleyen hiyerarşik yapısı göz önünde tutularak yapılan aktivite değerlendirmelerini, kişinin hali hazırda içinde bulunduğu sağlık ve sosyal durum ile potansiyelinin incelenmesini kapsamaktadır (45). Bu amaçlarla ergoterapi değerlendirmeleri; kişinin geçmiş yaşamı ve alışkanlıkları ile gelecekteki hedef ve isteklerini ortaya koyan aktivite ve rolleri, bunların ilişkili olduğu çevre ve aktivite performansına önem vermelidir (103).

Meme kanseri tedavileri sonrasında ve/veya kemik tutulumları sonucu gelişen ekstremitelerdeki kas kütleindeki azalma ve güçsüzlük bireylerde başta giyinme, beslenme ve kişisel hijyen gibi kendine bakım aktiviteleri ile yemek yeme ve saç

tarama gibi temel günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasında zorluğa neden olabilir. Gövde ve alt ekstremitte kemik ve kas zayıflığı olan bireylerde ise mobilizasyon, denge ve bağımsız transfer aktivitelerinde yetersizlikler ortaya çıkabilir. Bireylerde oluşan üst ekstremitte kas zayıflığı, hem kaba hem de ince el becerisi gerektiren aktivitelerinde, fonksiyonel yetersizlikler ile sonuçlanabilir. Yani aslında yerleri süpüremek, alış veriş malzemelerini buzdolabına yerleştirememek gibi sıradan fakat yaşam için önemli aktiviteleri yapmakta sorun yaşamaktadırlar. Rehabilitasyon ekibi çalışmalarında hedef belirlerken bu aktivitelerdeki başarı seviyesini arttırmaya çalışır. Bu görev alanındaki çalışmalar rehabilitasyon ekibinde ergoterapistler tarafından yapılır (45).

Katılım, hayatın içinde yer almak, çevre ve çevredeki insanlar ile ortak bir yaşamı paylaşabilmektir. DSÖ'nün ICF sınıflamasındaki katılım alanları, kişiler arası etkileşimler ve ilişkiler, ev yaşamı, eğitim, iş ve çalışma yaşamı, toplum hayatı, sosyal hayat ve vatandaşlık görevleridir (104). Aktivitelere katılım bireyin aktivitedeki performansı ile değerlendirilir. Örneğin; evde yemek yapmak bir aktivitedir. Ama aktivitenin tüm basamaklarını gerçekleştirmek katılımı içerir. Meme kanserli bireylerde aktivite klinik değerlendirme testleri, fonksiyon testleri ve anketler ile belirlenebilir. Aktivite değerlendirmesi, temel günlük yaşam aktiviteleri (Barthel/Modifiye Barthel İndeksi, Katz İndeksi gibi), global aktivite (Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FIM), PULSES Profili gibi), enstrumental/genişletilmiş aktivite (Frenchay Aktivite İndeksi, Nottingham EADL), değerlendiren ölçeklerle yapılabilmektedir (42, 45). Aktivite performans değerlendirmesi için yaygın olarak Kanada Aktivite Performans Ölçümü kullanılmaktadır (105).

Katılım düzeyi öznel bir kavram olup, kültürel farklılıklara göre değişebilir. Bu da karşımıza kişinin algıladığı katılım ve toplumun algıladığı katılım olmak üzere iki farklı kavram çıkarmaktadır. Bu yaklaşım rehabilitasyonda özellikle aktivitelerin toplumsal karşılığını yorumlarken önemlidir. Katılımı değerlendirirken kullandığımız ölçeklerden elde ettiğimiz puanlar kişinin kendi yaşamını yaratma otonomisinin olduğu göz önüne alındığında her birey ve toplum için farklılık gösterebilir. Bu durumda kullandığımız skalalar ile toplulukları karşılaştırmak mümkün olmadığı gibi kişileri karşılaştırmak da çok doğru sonuçlar vermeyebilir. Kişinin yaşamdan beklentilerini ve yaşam hedeflerini arttırmanın rehabilitasyonun bir parçası olduğu

düşünüldüğünde kişinin algıladığı katılımı değerlendirmenin yani katılımın her bir birey için ayrı değerlendirilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır. Literatür incelendiğinde ise katılımı değerlendiren ölçeklerin aktivite değerlendirmesine göre daha az kullanıldığı dikkat çekmektedir (49, 106).

Meme kanseri gibi kronik bir hastalığa sahip olmak, bireylerin gereksinimleri ve günlük aktiviteleri ile kişinin aktivite seçimini, performansını ve memnuniyetini de değiştirebilir. Bireylerin yorgunluk ve depresyon gibi hastalık semptomları kronikleştikçe, aktivite performansı ve katılımında azalma meydana gelmektedir. Yapılan çalışmalar, herhangi bir kanser varlığında aktivite ve katılım limitasyonlarının yaşam kalitesini de olumsuz etkilediğini göstermiştir (37, 106).

2.12. Meme Kanseri ve Yaşam Kalitesi

DSÖ göre yaşam kalitesi; kişinin kültürel ve değer yargıları göz önünde bulundurularak, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile birlikte yaşamda kendi durumunu algılaması şeklinde tanımlamıştır. Yaşam kalitesi bireyin fiziksel ve ruhani sağlığı, psiko-sosyal durum ve çevresel faktörler gibi alanları kapsar (107). Yaşam kalitesinin tanımı ile ilgili en geniş tanımlamalardan birisini Patrick ve Erickson; ‘ölüm ve yaşam süresi, yetersizlik, fonksiyonel durum, sosyal, fiziksel ve psikolojik sağlık algılaması ve sosyo-kültürel dezavantajları içeren temel bir kavramdır’ şeklinde yapmıştır (108). Cella ise fiziksel, fonksiyonel, duygusal ve sosyal faktörlerin kombinasyonu ile oluşan bir iyilik hali üzerinde durmuştur (109). Fayos ve ark.da; yaşam kalitesini hastalarının kendi yaşamlarını değerli buldukları gibi devam ettirmesi olarak tanımlamıştır (110). Calman yaşam kalitesini bireyin beklenti ve deneyimleri arasındaki fark olarak göstermiştir. Bu tanım “ Calman’s gap” veya “dynamic gap” olarak da bilinir (111).

Yaşam kalitesi; zaman içerisinde, kişiden kişiye, kişinin yaşantısındaki beklenti ve aldığı zevklere göre değişiklik gösteren, ekonomik, psikolojik, sosyal ve kültürel boyutları olan ve onlardan etkilenebilen subjektif ve çok yönlü bir kavramdır (112). Literatürde yaşam kalitesi ile ilgili araştırmalar incelendiğinde yaşam kalitesini objektif ve subjektif olmak üzere iki bölümde incelendiği dikkat çekmektedir. Objektif yaşam kalitesi fiziksel iyilik halini, subjektif yaşam kalitesi ise psikolojik iyilik halini yansıtmaktadır. Objektif yaşam kalitesi, günlük yaşam

aktiviteleri, semptomlar, sosyal sağlık gibi yaşam kalitesini belirleyen alanlar ve bu alanlara ait giyinme, kendine bakım, ağrı, iş, evlilik hayatı gibi göstergelerin değerlendirilmesine denilmektedir (yorgunluk şiddeti, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi, sosyal yaşamdaki destek alma durumu vb.). Subjektif yaşam kalitesi ise hem psikolojik hem de duygusal iyilik halinin birlikte incelenmesidir (112, 113).

Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi birbirinden farklı kavramlardır. Yaşam kalitesi fiziksel, duygusal, fonksiyonel ve sosyal boyutları olan daha genel bir kavramdır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bireyin fiziksel, psikolojik, ekonomik, politik ve sosyal yönleri ve bu durumlardan memnuniyetini içeren bir kavramdır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi daha holistik bir yaklaşım içermesinden, sağlık durumu, kişisel ve sosyo-kültürel faktörler çerçevesinde istek ve arzular, sağlık durumları nedeniyle bunların gerçekleşmesindeki kısıtlanmalar ve kişinin bu kısıtlanmalara verdiği duygusal cevaplar gibi birçok alan için belirleyici olur (114, 115).

Fitzpatric ve ark. yaşam kalitesi ölçeklerini inceleyerek derledikleri çalışmada; yaşam kalitesini fiziksel fonksiyon (öz bakım ve hareket kabiliyeti), duygusal fonksiyon (depresyon ve anksiyete), sosyal fonksiyon (sosyal ilişkileri), günlük hayatlarındaki tüm işlerin rol performansı ve ağrı olmak üzere 5 farklı boyuttan oluştuğunu belirtmiştir (116).

Onkolojik rehabilitasyon uygulamalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, bireyin özel gereksinimlerini belirlemek, psiko-sosyal sorunlarını ortaya koymak ile süreç içerisindeki gelişmeleri izlemek ve kanser gibi kronik ve ağır bir hastalığa sahip olunmasına rağmen daha anlamlı ve keyifli bir yaşam sürmelerine yardımcı olabilmek amacı ile kullanılır (117, 118). Özellikle onkolojik olgularda kalite eklenmiş yaşam yıllarının ve genel yaşam kalitesi düzeyinin ölçülmesi sağlık giderlerini düzenlemek ve azaltmak, yeni stratejiler geliştirmek ve bu stratejilerin kılavuzlar halinde tanı gruplarına göre özel olarak uygulanmasını sağlamak için gereklidir (119).

Literatür bilgilerine göre meme kanserinde alınan tedavilere bağlı olarak, tedavi sonrası dönemde yorgunluk, ağrı, kas-iskelet sisteminde etkilenim ve seksüel problemler başta olmak üzere birçok sorun görülebilmektedir (120, 121). Mastektomi

gibi zor ve ağır cerrahi tedavisi sonrası, kadınlarda vücut algısı, kas-iskelet yapısı, psikolojik durum ve cinsel fonksiyon problemi sıklıkla karşımıza çıkan bir tablodur (122). Bu süreçte birey kendisini değersiz, işe yaramaz ve yarım görebilir. Bu psikolojik ve duygusal çöküşü yorgunluk, ağrı ve fiziksel kapasitedeki azalma takip ederek, bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesindeki bağımsızlık seviyesini etkileyebilmektedir. Sonuç olarak bireyin üzerine düşen rolleri yerine getirmesine, rutin alışkanlıklarına katılım göstermesinde ortaya çıkan engeller, bireyin yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (123).

Yaşam kalitesi değerlendirmesinde kullanılan ölçekler genel ve özel ölçekler olmak üzere iki gruba ayrılır. Genel ölçekler herhangi bir durum veya hastalığa özel olmaksızın, geniş soru kapasitesine sahip olan, toplumun her kesimine uygulanabilen ölçütlerdir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri de bu gruba dâhildir. Bu konuda yaygın olarak kullanılanları; DSÖ Yaşam Kalitesi İndeksi (World Health Quality of Life- WHOQOL-100), Nottingham Sağlık Profili (Nottigham Health Profile-NHP), Kısa Form -36 (Short Form-36-SF-36) ve kısaltılmış formları SF-12 ile SF-8'dir (124). Özel ölçekler ise belirli bir hastalığa, işleve veya duruma uygulanabilen ölçütlere denilmektedir. Hemen hemen tüm hastalıklara özgü geliştirilmiş ölçekler bulunmaktadır. WHOQOL kanser hastalarında kullanılmasını önerdiği ve hastalığa özgü geliştirilmiş olan yaşam kalitesi ölçeği EORTC QOL-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Yaşam Kalitesi Ölçeği)'dir (125). EORTC QOL-C30 genel sağlık durumu ve yaşam kalitesini fiziksel, duygusal, algılama, sosyal ve işlevsel olmak üzere beş alanda kansere bağlı ortaya çıkan yorgunluk ve ağrı gibi semptomların da incelenebildiği bir ölçektir (126). Tüm kanser tiplerine göre EORTC QOL'nin farklı modülleri de geliştirilmiştir. Meme kanseri olan bireylerde yaşam kalitesini incelemek için EORTC QOL- BR23 modülü kullanılmaktadır (127).

Bu ölçekler yardımı ile bireylerin yaşam kalitesi algısı ve ihtiyaçları belirlenmiş olur. Rehabilitasyonun ana hedefi de bu kişileri günlük yaşantılarında maksimum bağımsızlığa ulaştırıp, fiziksel, duygusal, psikolojik ve sosyal alanda yaşam kalitesini arttırmaktır. Ergoterapi müdahale yaklaşımları da bireyin istek ve

ihtiyaçları ışığında fonksiyonel seviyesini ve memnuniyetini arttıracak uygulamalar ile yaşam kalitesinin geliştirilmesine katkı sağlamaktadır.

2.13. Onkolojik Rehabilitasyonda Ergoterapi Müdahaleleri

Kanserin yaşamı tehdit eden ve süreç içerisinde hayatı kısıtlayan bir hastalık olması ile uygulanan tedavi yöntemleri ile, bireylerde fiziksel değişikliklerinin yanında psikolojik, duygusal ve manevi etkilenimlere sebep olduğu bilinmektedir (128). Onkolojik rehabilitasyon da görev alan terapistler, bu etkilenimleri en aza indirerek, kişilerin fonksiyonel bağımsızlığının artmasına odaklanmaktadır. Ergoterapi müdahaleleri kişi merkezli yaklaşımları benimseyerek, bireylerin yaşantılarının daha kolaylaşması, iyileşmesi ve kalitesinin artmasını hedeflemektedir. Ergoterapi müdahalelerinde en sık odaklanılan konu, 'günlük yaşam sorunları' ve bunlara yönelik çözümlerde bireylere yardımcı olunmasıdır (129).

Meme kanserli bireylerin çoğu, tedavi sürecindeyken fonksiyonel kısıtlılık yaşamaktadır. Bu kısıtlanma günlük yaşam, sosyal, iş ve serbest zaman aktiviteleri gibi tüm günlük yaşantılarında değer verdikleri ve katılım gösterdikleri rollerini de etkileyebilmektedir (130). Ergoterapi yaklaşımları ile meme kanserli bireylerde hastalığın her döneminde fayda sağlamak mümkündür (45).

Ergoterapi uygulamaları ile fonksiyonel kapasitenin artırılması için öncelikle birey için en önemli buldukları faaliyetlerinin belirlenmesi ile, bu faaliyetlerdeki aktivite performanslarını olumlu yönde geliştirmeye yönelik gerçekçi ve ulaşılabilir hedefler belirlenmelidir (131). Bu hedefler bir performans alanına yönelik olabileceği gibi, birden fazla performans alanını kapsayan çeşitli aktivitelerden oluşabilir.

Kronik ve süregelen hastalıkları nedeniyle kanserli bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yönetmekte ve çözmekte birçok problemle karşılaşabileceği gibi bu karmaşık süreç içerisinde öz yönetim (self-management) becerisi gerektiren bazı kararları alması gerekebilmektedir (20, 132). Bireyin karşılaştığı problemleri çözebilmesi ve zaman planlaması yapabilme becerisini kazanmasının, hem kanserle ilgili ortaya çıkan semptomlar ile başa çıkma için, hem de günlük rutin aktivitelerinin sürdürülebilmesi için önemli olduğu düşünülmektedir (19, 133, 134). Mevcut rutin aktiviteler, günlük hayatta farkına varmadan gerçekleştirdiğimiz alışkanlıklardan

meydana geldiği için değişimlerinin algılanması zor olabilmektedir (133, 134). Başka bir kronik hastalık olan diyabette, bireylerin mevcut alışkanlıkları ve rutinleri analiz edilmesi incelenmiş olup, öz yönetimini destekleyecek şekilde aktivitelerde yeniden düzenleme yapmasının, bireylerin günlük yaşam hedeflerine ulaşması, aktivite performansının artırılması ile yaşam kalitesinin yükseltilmesine önemli ölçüde katkı sağladığı gösterilmiştir (135).

Amerikan Ergoterapi Derneği (American Occupational Therapy Association-AOTA) onkolojik rehabilitasyonda ergoterapistlerin, bireylerin mevcut alışkanlık ve rutinlerini inceleyerek, günlük yaşam aktivitelerindeki kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman gibi tüm performans alanlarında fonksiyonel bağımsızlık seviyelerini geliştirmek için uygulanan müdahale yaklaşımları ile davranış değişikliği yaratmakta etkili olabileceğini belirtmiştir (49). Fritz ve ark. davranış değişim sürecinin, bireylerin kendi rutin aktivitelerinde öz yönetim için problemleri farkına varması ile başladığını ifade etmektedir (133). Bu süreçte öz yönetim için gerekli olan davranış değişikliğini etkileyen kişisel tutum, inanç, düşünce öz yönetim bilgisi ile bilgi toplayabilme ve değişiklik yapabilme becerisi gibi bireysel faktörler ile sosyal, kültürel ve fiziksel çevresel faktörler olabileceğini söylemiştir (136-139). Yetişkinlerin değişimde, alışkanlık ve deneyimleriyle çatışan yeni kavramlara direndiği belirtilmektedir (140). Bu nedenle sağlıklı davranış edinmek kişinin günlük alışkanlık ve rutinlerinde kişi için anlamlı ve amaçlı değişiklikler yoluyla müdahale yapılması önerilmektedir (133, 141).

Onkolojik rehabilitasyon ile ilgili ergoterapi alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde hem genel onkoloji hastalarında hem de palyatif bakım hastalarında yapılan çalışmalar olduğu dikkat çekmektedir (54, 57, 142). Meme kanserli bireylere yönelik müdahale programlarının incelendiği çalışmalarda ise ağrı yönetimi, stres yönetimi, yorgunluk yönetimi gibi özellikle semptomların kontrolüne yönelik eğitimler ile aktivite eğitimi, davranışsal başa çıkma stratejileri eğitimi, bilişsel-davranışsal tedavi gibi yöntemlerin ergoterapi alanında kullanıldığı görülmektedir (142).

Kanserli bireylerde kişisel ve çevresel faktörleri göz ardı ederek, aktivite katılım kısıtlamalarını aşmak mümkün değildir. Bu sebepten dolayı, davranışsal başa çıkma stratejileri uygulamaları, kanserli bireylerde ön plana çıkmaktadır. Literatürde

başa çıkma kavramı ile adaptasyon terimi zaman zaman kavram karışıklığına sebep olabilmektedir. White 1974 'te bu iki terimi birbirinden ayırmak için adaptasyonu başa çıkma, ustalık ve savunma kavramlarını içeren üst bir kavram olarak; başa çıkmayı ise objektif olarak zor kabul edilen durumlarla başa çıkabilme olarak tanımlamış olup iki kavram arasındaki ayrımı açıklamaya çalışmıştır (123). Buna göre, günlük yaşam aktiviteleri sırasında ihtiyaçların yerine getirilebilmesi için değişen çevresel faktörlere otomatik adaptasyonlarımız başa çıkma stratejileri olarak kabul edilmemektedir (120). Machanic ise aynı hastalığa sahip olan ve aynı tedavi uygulanan bireylerin; hastalık ve yarattığı sorunlarla başa çıkma yöntemlerinin farklı olmasının fonksiyonel bağımsızlık seviyesini etkileyecek önemli bir etken olabileceğini belirtmiştir (119, 120). Bu nedenle hastaların fonksiyonellik seviyelerini maksimum seviyeye çıkarabilmek için farklı başa çıkma metotları geliştirebilecek olması aslında ergoterapi müdahaleleri açısından da oldukça önemlidir.

Problem çözme stratejilerinin kullanıldığı ergoterapi yaklaşımları ile kanserli bireylerde hedeflerin net bir şekilde tanımlanmasına yardımcı olup, alternatif çözümlerin geliştirilmesinde ergoterapi müdahalesine yol gösterici bir yöntem olduğu kabul edilmektedir (13, 129).

2.13.1. Problem Çözme Stratejisi Eğitimi

Problem çözme stratejisi eğitimi (PÇSE), bilişsel ve davranışsal temele sahip olup, aktivite adaptasyonu ve/veya davranış değişikliği yaklaşımı prensibi ile ergoterapi uygulamalarında kullanılmaktadır (143, 144). Problem çözme stratejisi; problem çözmek için potansiyel stratejiler üretebilmek, en uygun strateji seçmek, stratejiyi uygulamak ve stratejinin etkinliğini değerlendirmeyi içeren öğrenilmiş bir davranış olarak tanımlanabilmektedir (145). Problem çözmeyi D'Zurilla ve Nezu ise, kişinin günlük yaşamında problem ile karşılaştığında bununla baş etmek için tanımlamış olduğu veya keşfettiği adaptif ve etkili durumu kendi kendisine yönettiği bir süreç olarak tanımlamıştır (146).

PÇSE ile ilgili literatür de farklı tanı grupları ve yaşlara yönelik uygulama örnekleri mevcuttur (20, 147, 148). Özellikle yapılan araştırmalar incelendiğinde PÇSE ile problem çözebilme becerisi kazanan diyabet tanılı bireylerin başta

hastalığın kontrolü olmak üzere, depresyon, kilo kaybı gibi semptomların azalması ve yaşam kalitesinin arttırılmasına yönelik olumlu katkısı olduğu gösterilmiştir (149). D’Zurilla ve arkadaşları (146), hastane de başlayan sosyal problem çözme yöntemlerinin ev ortamında da devam etmesi gerekliliğinden yola çıkarak, PÇSE’nin telefonda da verilmesi yöntemi fikrini ortaya çıkarmıştır. Fakat bu yöntemin yüz yüze uygulanmasının etkinliğini gösteren daha fazla çalışma mevcuttur (20, 143).

Kanserli bireylere yönelik ergoterapi müdahale çalışmaları geleneksel olarak yapılan uygulamalar bakımından da oldukça yetersiz olmakla birlikte, son yıllarda yapılan araştırmalarda alternatif yöntemler kullanılarak yapılan ergoterapi müdahaleleri dikkat çekmektedir (13, 142). PÇSE de, kanserli bireylerin aktivite adaptasyonu ile davranış değişikliği yaratarak, öz yönetim ve yaşam becerilerinin arttırılmasında etkili bir alternatif yöntem olarak kabul edilmektedir (19, 143). Hegel ve ark. kemoterapi tedavisi almakta olan meme kanserli kadınlarda PÇSE ile bireylerin fonksiyonel düzeyleri ve yaşam kalitesi seviyesinde artış olduğunu göstermiştir (20).

PÇSE kanserli bireylerde, becerilerin ve stratejilerin gelişmesinin teşvik edildiği ve kişisel ihtiyaçlarına göre adaptasyonlar yapıldığı bir yöntemdir (19). PÇSE; problem yaşanan aktivitenin belirlenmesi, ardından ulaşılabilir/başarılabilir bir hedef belirlenmesi, olası çözüm yollarının avantaj/ dezavantajlarının incelenmesi, bir çözüm yoluna karar vererek aktivite için hareket planının oluşturulması ve harekete geçilen problemin çözüm sürecinin değerlendirilmesi gibi basamaklardan oluşan bir uygulamadır. Çözüm yollarının avantaj ve dezavantajları göz önüne alarak aktivite için hareket planının oluşturulması; aktivitenin adapte edilmesi (kolaylaştırma-eğlenceli hale getirme- az stresli hale getirme), yeni aktivite bulunması, aktivitenin basamaklarının planlanması (öncelik sırasına göre) ve aktivite ile ilgili bilgi ve kaynakların bir araya getirilmesi gibi farklı basamakları da içermektedir. Birey aktiviteyle ilgili problemlerinin çözümünde bu basamaklardan birini veya birden fazlasını aynı anda kullanabilir. Problem çözümünde aktivitenin adapte edilmesi; kim (başka bir kişiyi dâhil etmek), nerede (aktivitenin uygulama yerinde değişiklik yapmak), ne zaman (aktivitenin uygulanma zamanının değiştirmek), nasıl (yapılış yönteminde değişiklik yapmak) ve ne (aktivitenin başında veya sonunda bazı yeni basamaklar eklemek/ ekstra şeyler yapmak ya da yapmamak) gibi alanlarda

değişiklikleri yapılmasını içermektedir. Problem çözümü sırasında adaptif strateji geliştiren birey bu alanların birinde veya birden fazlasında değişiklik yapabilmektedir.

Kanser; bireyi, fiziksel, duygusal, psikolojik, bilişsel ve sosyal olarak birçok boyutta etkileyebilen kronik bir hastalık olması sebebiyle bireylerin yaşadığı zorluklar statik olmayıp, zamanla değişen dinamik bir yapıya sahiptir. Süreç içerisinde birey kanser ile yaşamaya adapte olup, hastalığı kontrol edebilir hale gelse bile, günlük yaşantısı yönetiminde bazı zorlukları yaşamaya devam ettiği bilinmektedir. Bu süreçte, bireylerin gelişebilecek beklenen veya beklenmeyen karmaşık problemleri çözmek için yaratıcı yollar bularak, yaşam beklentileri ve fiziksel ihtiyaçları başta olmak üzere gerekli olan tüm gereksinimleri arasında denge kurabilme becerisi edinebilmesi, günlük yaşantısındaki bağımsızlığına katkı sağlayacaktır (137). Bu nedenle meme kanseri tanısı olan bireylerde ergoterapi yaklaşımları ile günlük hayatlarındaki aktivitelerinde yaşadıkları problemlerin tespit edilerek, çözüm odaklı yaklaşımlar benimsenmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma meme kanseri tanısı olan bireylerin kansere bağlı yorgunluk, depresyon, aktivite performansı ve yaşam kalitesi seviyelerini değerlendirmek ve bunlara yönelik ergoterapi temelli problem çözme stratejisi eğitimi uygulamasının etkisini incelemek amacıyla Şubat 2016- Mart 2017 tarihleri arasında, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü'nde yapıldı.

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Komisyonu tarafından GO15/730 sayı numarasıyla izlenen çalışmamız 02.12.2015 tarihinde değerlendirilmiş olup, tıbbi etik açısından uygun bulunmuştur.

3.1. Bireyler

Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Polikliniğine ayaktan başvuran kişiler içerisinde rastgele olarak meme kanseri tanısı ile takip edilen 22 birey dahil edilmiştir (İstatistiksel power analizi yapılarak %80 güçte, hata payı %5 ($p=0.05$) olarak kabul edildiğinde örneklem sayısı 18 olarak belirlenmiştir). Çalışmaya katılımları öncesinde tüm bireylere çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden her kişiye, çalışmayı kabul ettiklerine dair aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. 18-64 yaş arasında olmak,
2. Kadın olmak,
3. Meme kanseri Kanser Evre 1-2 tanısı almış olmak,
4. Son 6 ay içerisinde kemoterapi uygulaması almak,
5. Koopere olmak,
6. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

1. Meme kanseri Evre 3-4 tanısı almış olmak,
2. Son 6 ay içerisinde radyoterapi uygulaması almış olmak,
3. Sekonder başka kronik bir hastalığa sahip olmak,
4. Son 9 ay içerisinde hormon tedavisi almış olmak,
5. Başka herhangi bir rehabilitasyon programına dahil olmak.

3.2. Yöntem

Bireylerin dahil edilme kriterine uygun olarak belirlendikten sonra, aşağıda detaylı olarak anlatılan değerlendirme ölçekleri yardımıyla değerlendirilerek, her seans ortalama 1-1,5 saat olmak üzere, 6 hafta süreyle haftada 1 seans ergoterapi temelli PÇSE müdahalesi uygulanmıştır. 6 hafta sonunda katılımcılar tekrar aynı ölçekler yardımıyla değerlendirilerek, sonuçlar karşılaştırılmıştır.

3.3. Değerlendirme

Ergoterapide kullanılan değerlendirme yöntemleri yarı yapılandırılmış analizler veya yapılandırılmamış görüşmeler şeklinde uygulanabilmektedir. Hedeflenen amaca yönelik iki yöntemde geçerli uygulama olarak kabul edilmektedir (150). Bizim çalışmamızda; yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi tercih edilmiş, KAPM çerçevesinde bireylerin sosyodemografik ve klinik özellikleri, yorgunluk, depresyon, aktivite performansı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesine yönelik değerlendirmeler yapılmıştır.

3.3.1. Meme Kanserli Bireylerin Sosyo-demografik ve Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Meme kanserli bireyleri kapsamlı bir şekilde değerlendirebilmek için benzer konuda yapılan çalışmalardan derlenerek hazırlanan sosyo-demografik özellikler bilgi toplama formu kullanılmıştır

Bu form kapsamında;

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. Yaş, | 7. Medeni durum, |
| 2. Cinsiyet, | 8. Eğitim durumu, |
| 3. Hastalık süresi (ay), | 9. Meslek, |
| 4. Kür sayısı, | 10. Şuan herhangi bir işte çalışıp çalışmadığına dair bilgiler alınmıştır. |
| 5. Kanser evresi, | |
| 6. İlaç kullanımı, | |

3.3.2. Meme Kanserli Bireylerin Kansere Bağlı Yorgunluk Seviyelerinin Değerlendirmesi

Meme kanserli bireylerin yorgunluklarını değerlendirmek için Kanser Yorgunluk Skalası (KYS) kullanılmıştır. Bu skala, Japonya'da Okuyama ve ark. tarafından 2000 yılında geliştirilmiştir. Yorgunluğu fiziksel, duygusal ve bilişsel olmak üzere çok boyutlu olarak ele alıp, üç alt başlıkta incelemektedir. KYS'nin hem çeşitli kanser tiplerine sahip bireylerde, hem de meme kanserli bireylerde yorgunluğu değerlendirmek için kullanılan geçerli ve güvenilir bir yöntem olduğu gösterilmiştir (83, 151-153). Testin Türkçeye adapte edilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması mevcut olmadığından, çalışmamız sırasında yapılmıştır.

Toplam 15 maddeden oluşan ölçeğin uygulanması kolay ve hızlıdır. Testin fiziksel fonksiyon kısmı kolay yorulma, uzanarak dinlenme ihtiyacı, tükenmişlik hissi, yorgun ve bitkin düşme hissi, bıkkınlık, isteksizlik, ne yapacağını bilememe; duygusal fonksiyon kısmı enerji kaybı, ilgi ve konsantrasyon eksikliği ve bir şeyler yapıp yapmamaya dair cesareti; bilişsel fonksiyon kısmı ise unutkanlık, hatalı konuşma, yavaş düşünme ve dikkatsizlik gibi durumları incelemektedir. Her bir madde 1 (hiç olmaması) - 5 (çok fazla olması) puan arasında likert bir yapıya sahip olarak bireyden kendi durumuna en uygun olan dereceyi işaretlenmesi istenilir. Fiziksel fonksiyon alt başlığındaki puan aralığı 0-28 arasında, duygusal fonksiyon alt başlığı puan aralığı 0-16 arasında, bilişsel fonksiyon alt başlığı puan aralığı 0-16 arasındadır. Maksimum toplam skor 60 puandır. Yüksek skor kansere bağlı oluşan yorgunluk seviyesinin fazla olduğunu göstermektedir.

3.3.3. Meme Kanserli Bireylerin Depresyon Düzeyinin Değerlendirmesi

Meme kanserli bireylerin depresyon seviyelerini belirlemek için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır. Bu ölçek 1961 yılında Beck ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği de yapılmıştır (154). Ölçek, depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri de ölçmektedir. Bu ölçekle depresyon belirtilerinin derecesi nesnel olarak belirlenmesi amaçlanır. Karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah kaybı, karasızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekinme gibi depresif belirtilerden oluşan toplam 21 sorusu ve her bir sorusunun 4

ayrı seçeneği vardır (155). Her madde 0-3 puan arası skorlanır. Her bir madde skoru teker teker toplanarak, depresyon puanı saptanır. Toplam puanda meydana gelen artış, depresyon şiddetinde artış olduğu anlamına gelmektedir. Depresyon varlığı olarak kabul edilen puan dağılımı (156);

- 1- Normal (0-9 puan),
- 2- Hafif düzeyde depresyon (10-16 puan),
- 3- Orta düzeyde depresyon (17-29 puan),
- 4- Ciddi düzeyde depresyon (30-63 puan) 'dur.

Çalışmaya katılan tüm bireylere bu ölçeğin maddeleri birer birer okunmuştur. Bireyin bizzat söylediği cevap şıkkı işaretlenerek, testin uygulaması yapılmıştır.

3.3.4. Meme Kanserli Bireylerin Aktivite Performans Seviyesi Değerlendirmesi

Meme kanserli bireylerin aktivite performansı ve memnuniyet düzeylerini değerlendirmek için Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) değerlendirme kullanılmıştır. KAPÖ bireyin aktivite performans problemlerini belirlemek, performans değişikliği ve performans memnuniyeti algısını ölçmek amacıyla kullanılan standart bir ölçüm aracıdır (64). Bu değerlendirme ölçeği aktivite performansı alanında kişilerin karşılaştığı problemleri yarı yapılandırılmış görüşme yöntemiyle belirleyen bir ölçümdür (157). Bireylerin aktivite tercihlerini yine kendisi tarafından verilen performans ve memnuniyet puanları ile değerlendirir (158). Çeşitli hasta gruplarında ve farklı dillerde geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş olup, multipl sklerozlu bireylerde yapılmış Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması mevcuttur (159-162).

İlk basamakta bireylerden günlük rutin yaşantılarında yaptığı, yapmak istediği veya yapmakta kısıtlandığı kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarındaki problemleri belirlemesi istenilir. İkinci basamakta bireylerin belirledikleri alanlardaki aktivitelerin her birisine likert skalasına göre 1-10 arası bir önem değeri vermesi istenilir (1-Hiç önemli değil, 10-çok önemli). Üçüncü basamak olarak bireylerden onun için en önemli en az 1, en fazla 5 aktiviteyi seçip, her bir aktivite için yine likert skalasına göre 1-10 arası performans ve memnuniyet puanı

belirlemesi istenmiştir. Elde edilen performans ve memnuniyet puanları toplanıp, bireyin önemli bulduğu aktivite sayısına bölerek performans ve memnuniyet puanları elde edilir (105).

KAPÖ'nün daha gerçekçi ve birey odaklı hedeflerin belirlenmesinin yanı sıra, iyileşme algısında ve rehabilitasyon sürecinde aktivite üzerine odaklanılmasında da artışa sebep olduğu düşünülmektedir (163). Ayrıca KAPÖ'nün tedavi planlanması yapılırken bireyin kendi önceliklerinin farkında olması ile hedef belirlenmesine yardımcı olduğu ve bireylerle iletişimi kolaylaştırdığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (164, 165).

3.3.5. Meme Kanserli Bireylerin Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi

Çalışmamızda; meme kanserli bireylerin yaşam kalitesi değerlendirilmesi sırasında EORTC QOL-C30 ve EORTC QOL-BR23 testleri kullanılmıştır. DSÖ'nün kanserli bireylerde yaşam kalitesini incelemek için kullanılmasını önerdiği kanser tiplerine özgü olarak da versiyonları bulunan EORTC QOL-C30 ölçeğinin kullanımı oldukça yaygındır (125, 126). Ölçek EORTC tarafından geliştirilmiş, Beşer ve Öz tarafından Türkçe geçerliği ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (166).

EORTC QLQC30 Version 3.0 Yaşam Kalitesi Ölçeği kanserli hastalarda tüm dünyada yaygın kullanılan bir yaşam kalitesi anketidir (167). Ölçek; genel iyilik hali, fonksiyonel güçlükler ve semptom kontrolü olmak üzere üç alt başlık ve 30 soru içermektedir. İlk 28 madde likert olarak 1 (hiç) - 4 (çok) puan arası, son 2 soru ise 1 (çok kötü) - 7 (mükemmel) arasında puanlanır. Toplam puan 0 ile 100 puan arasında olabilir. 29. ve 30. sorular genel iyilik hali alanını oluşturan sorulardır. Bu bölümden alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu gösterir. Fonksiyonel Alan ve Semptomlar bölümlerinde ise alınan puanların düşük olması yaşam kalitesinin yüksek, puanların yüksek olması ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir (168).

30 soruya ek olarak (soru 31-53) meme kanserine özel geliştirilmiş EORTC QOL BR-23 modülü kullanılmıştır. Bu ölçeğin toplam 23 maddesi bulunur ve likert olarak 1 (hiç) - 4 (çok) puan arasında puanlanır (127). Ölçek, fonksiyonel ve semptom olmak üzere 2 alanı değerlendirir. Fonksiyonel alan; vücut imajı, seksüel fonksiyonellik, seksüel eğlence ve gelecek beklentisini, semptom alan ise; sistemik

terapilerin yan etkisi, meme semptomları, kol semptomları ve saç kaybı nedeniyle yaşanan üzüntüyü inceler. Bu iki alan bölümlerinde alınan puanların düşük olması yaşam kalitesinin yüksek, puanların yüksek olması ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir (169). Meme kanserli bireylere özel olarak geliştirilmiş bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği de mevcuttur (170).

3.4. Ergoterapi Müdahaleleri

Çalışmamıza katılan bireylerin becerilerinin ve stratejilerinin gelişiminin teşvik edildiği ve kişisel ihtiyaçlarına göre adapte edebildiği bilişsel ve davranışsal temele sahip olan bir yöntem olan problem çözme stratejisi yaklaşımı kullanılmıştır. Müdahale bireyin ihtiyacına göre düzenlenmiş olup, haftada bir (1) seans ve her seans ortalama 1-1,5 saat süren toplam 6 seans müdahale uygulaması yapılmıştır. Müdahale uygulaması öncesinde yüz yüze görüşme yoluyla; bireylere çalışma hakkında bilgi verilmiş, bireyin çalışmaya katılmaya gönüllü olması durumunda aydınlatılmış onam formu imzalatılmış ve tüm değerlendirme ölçekleri uygulanmıştır. Müdahale içeriği aşağıdaki gibidir;

1. Seans: PÇSE ile KAPÖ ile belirlenen aktivitelerdeki problemlerin belirlenmesi ve belirlenen problemlerin çözümüne yönelik ölçülebilir- gerçekçi- başarılı bir hedef belirlenmesi

2. Seans: PÇSE ile KAPM bakış açısıyla beyin fırtınası yapılarak olası çözüm yollarının avantaj/ dezavantajları göz önüne alınarak incelenmesi

3. Seans: PÇSE ile avantaj ve dezavantajları göz önüne alınarak gerçekleştirilmek üzere bir çözüm yoluna karar verilerek, aktivite için hareket planının oluşturulması ve harekete geçilmesi

4. Seans: PÇSE ile harekete geçilen problemin çözüm sürecinin gözden geçirilmesi ve bireyin deneyimlerine dair geri bildirim alınması, ihtiyaca göre eylem planında revizyona gidilmesi

5. Seans: PÇSE ile harekete geçilen problemin çözüm sürecinin gözden geçirilmesi ve bireyin deneyimlerine dair geri bildirim alınması, ihtiyaca göre eylem planında revizyona gidilmesi

6. Seans: PÇSE ile harekete geçilen problemin çözüm sürecinin gözden geçirilmesi ve bireyin deneyimlerine dair geri bildirim alınması, ihtiyaca göre eylem planında revizyona gidilmesi

Müdahale öncesi uygulanan ölçeklerin tekrar edilmesi için bir kez daha bireyler ile görüşülerek, uygulama ile ilgili geri dönüşler alınmıştır. Aşağıda çalışmamıza dâhil ettiğimiz bireylerden rastgele seçilmiş olan bir tanesinin örnek olarak uygulama bilgileri ekte yer almaktadır. KAPÖ yardımıyla belirlenen aktivite performans problemlerine göre PÇSE ile bireylerin genel olarak aktiveye bağlı problemlerine yönelik çözüm oluşturması konusunda bilgi paylaşımında bulunularak tamamlanılan müdahale uygulaması sonuçlarından elde edilen bulgular istatistiksel olarak incelenmiştir.

3.5. İstatistiksel Analiz

Nicel verilerin istatistiksel analizlerinde SPSS 17.0 programı kullanılmıştır. Ölçümle belirlenen değişkenler, ortalama \pm standart sapma ($X \pm SS$) olarak ifade edilmiş, sayımla belirlenen değişkenler için yüzde (%) değeri hesaplanmıştır.

Ergoterapi müdahalesi öncesi ve sonrası yapılan değerlendirme sonuçlarının karşılaştırılmasında dağılımın normal olup olmadığına Shapiro Willks testi ile bakılmıştır. Bu test ile, p değeri <0.05 ise dağılımın normal olmadığı dolayısıyla da parametrik test varsayımları yerine getirilmediği sonucuna varılmış ve non-parametrik testler tercih edilmiştir.

Parametrik test varsayımları sağlandığında bağımlı gruplarda t-testi, parametrik test varsayımları sağlanmadığında Wilcoxon eşleştirilmiş iki örneklem testi kullanılmıştır. Tüm istatistiklerde p anlamlılık değeri 0.05 olarak alınmıştır.

Nitel verilerin analizlerinde ise MAXQDA 11.0 sürüm kullanılarak, içerik analizi yapılmıştır. Verilerin analizinde kodlama yöntemi kullanılmıştır. Verilerin kodlaması yapılırken hem daha önceden belirlenmiş, hem de verilerden çıkarılan kavramlara göre yapılan kodlamaların birleşimlerinden oluşan üçüncü bir yöntem olan genel bir çerçeve içerisinde yapılan kodlama biçimi kullanılmıştır (171).

4. BULGULAR

Çalışmaya; meme kanseri tanısı ile takip edilen toplam 22 birey dâhil edilmiştir. Bireyler 6 hafta ara ile iki kez (tedavi öncesi- sonrası) değerlendirilmiş ve bu iki ölçüm sonuçlarına ait bulgular karşılaştırılmıştır. Tedavi öncesi ve sonrasına ait elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

4.1. Bireylerin Sosyo-demografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular

Çalışmamıza meme kanseri tanısı almış toplam 22 birey katılmıştır. Bireylerin yaş ortalaması $46,77 \pm 7,99$ yıl olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların tamamı kadın olup, hastalık süresi ve aldıkları kür sayısı ile ilgili bilgiler Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Bireylerin yaş, hastalık süresi ve kür sayısına ait bulgular

	X± S.S (Minimum-Maksimum)
Yaş (yıl)	46,77 ± 7,99 (28-57)
Hastalık süresi (ay)	5,77 ± 2,52 (2-12)
Kür sayısı	5,68 ± 3,21 (2-16)

Kanser evresi bakımından incelendiğinde bireylerin %40,9’u evre 1 hastası olduğu, %59,1’inin de evre 2 hastası olduğu görülmüştür. Medeni durumları incelendiğinde bireylerin çoğunun evli olduğu (%72,7) tespit edilmiştir. Eğitim durumu incelendiğinde katılımcıların %9,1’i ortaokul, % 40,9’u lise, % 50’si ise üniversite mezunudur. Bireylerin şu anda ki çalışma durumları incelendiğinde toplamda ise %86,4’ünün çalışmadığı ve %66,7’sinin çalışmaya tedaviden dolayı ara vermek durumunda kaldığı bulunmuştur (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Bireylerin demografik özelliklerine ait bulgular

	N	%
Kanser Evre		
Evre 1	9	40,9
Evre 2	15	59,1
İlaç Kullanımı		
Evet	19	86,4
Hayır	3	13,6
Depresyona Yönelik İlaç Kullanımı		
Evet	8	36,6
Hayır	14	63,4
Medeni Durum		
Evli	16	72,7
Bekâr	2	9,1
Dul	4	18,2
Eğitim Durumu		
İlkokul	0	0
Ortaokul	2	9,1
Lise	9	40,9
Üniversite	11	50,0
Çalışma Durumu (Medikal Tedavi Öncesi)		
Evet	12	54,5
Hayır	10	45,5
Çalışma Durumu (Medikal Tedavi Sonrası)		
Evet	3	13,6
Hayır	19	86,4
Çalışmaya Ara verme		
Evet	8	66,7
Hayır	3	25,0
Emekliye ayrılma	1	8,3

Bireylerin meslek dağılımları incelendiğinde %31,8'inin ev hanımı, %18,2'sinin emekli, geriye kalan %50 katılımcının ise çeşitli mesleklerden olduğu görülmüştür (Tablo 4.3).

Tablo.4.3. Bireylerin meslek dağılımlarına ait bulgular

	N	%
Ev hanımı	7	31,8
Öğretmen	4	18,2
Emekli	4	18,2
Bankacı	3	13,6
Memur	2	9,1
Mühendis	2	9,1
Toplam	22	100

4.2. Kansere Bağlı Yorgunluğun Değerlendirilmesine Ait Bulgular

Bireylerin yorgunluk düzeylerinin fiziksel, duygusal ve bilişsel olmak üzere 3 farklı boyutunun ayrı ayrı ele alınarak incelendiğinde; tedavi öncesi (T.Ö) ve sonrası (T.S) yorgunluk şiddetleri ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Kansere bağlı yorgunluk şiddeti ortalamalarının tedavi öncesi ve sonrasına ait bulgularının karşılaştırılması (Bağımlı t-testi)

	T.Ö (X±SS)	T.S (X±SS)	t	p
KYS- Fiziksel	15,59±4,11	7,04±3,73	9,45	<0.01*
KYS- Duygusal	11,77±2,32	7,81±1,73	8,06	<0.01*
KYS- Bilişsel	3,72±1,54	1,59±1,89	4,57	<0.01*
KYS- Toplam	27,13±4,57	20,40±4,45	6,51	<0.01*

* $p<0,01$

Ayrıca tez çalışmamız dâhilinde yapılan KYS fiziksel, duygusal ve bilişsel boyutlarının test-tekrar test güvenilirliği (ICC = 0,95) yüksek ve iç tutarlılığının (Cronbach alfa = 0,74) iyi olduğu bulunmuştur. Örneklem yeterliliği, Kaiser-Meyer-Olkin ölçümü sonucu 0,819 olduğu görülmüştür. Altın standart testi olarak kullanılan EORTC- QOL-C30 testi ile olan korelasyon katsayıları anlamlı olarak bulunmuştur (fiziksel (r: 0,77); duygusal (r:0,48); bilişsel (r: 0,70); genel yorgunluk (r: 0,80)).

4.3. Depresyon Düzeyi Değerlendirmesine Ait Bulgular

Bireylerin depresyon düzeyi ortalaması tedavi öncesi $18,86 \pm 6,54$ iken, tedavi sonrası değerlendirilmede istatistiksel olarak anlamlı şekilde $6,86 \pm 3,82$ 'ye düşmüş olduğu görülmüştür ($p < 0,01$) (Tablo 4.5). Ayrıca, bireylerin depresyon düzeyleri alınan puanlara göre gruplanarak incelendiğinde tedavi öncesi % 63,6'sında hafif düzeyde, % 27,3'ünde orta düzeyde, % 9,1'inde ise şiddetli düzeyde depresyon bulgusu olduğu görülmüştür. Tedavi sonrası değerlendirmelerinde ise %72,7'sinin normal düzeyde depresyon bulgusuna sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6).

Tablo 4.5. Depresyon seviyesi ortalamalarının tedavi öncesi ve sonrasına ait bulgularının karşılaştırılması (Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi)

	T.Ö (X±SS)	T.S (X±SS)	Z	p
BDÖ	18,86±6,54	6,86 ±3,82	-4,120	<0.01*

*p<0.01

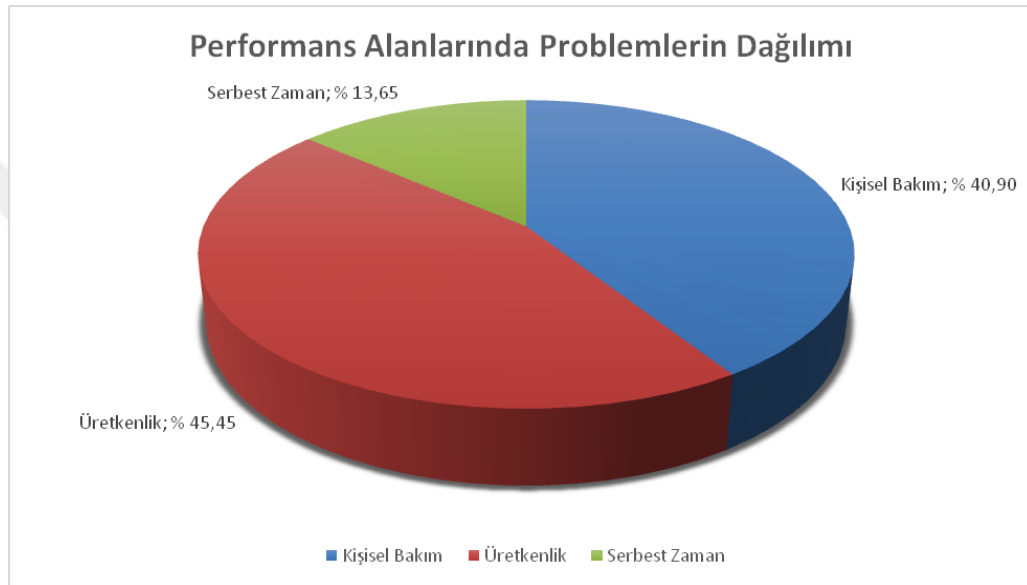
Tablo 4.6. Depresyon düzeyleri sınıflandırılmasına ait bulgular

	T.Ö N (%)	T.S N (%)
Normal (0-9 puan)	-	16 (%72,7)
Hafif düzeyde depresyon (10-16 puan)	14 (%63,6)	6 (%27,3)
Orta düzeyde depresyon (17-29 puan)	6 (%27,3)	-
Ciddi düzeyde depresyon (30-63 puan)	2 (%9,1)	-
TOPLAM		22 (%100)

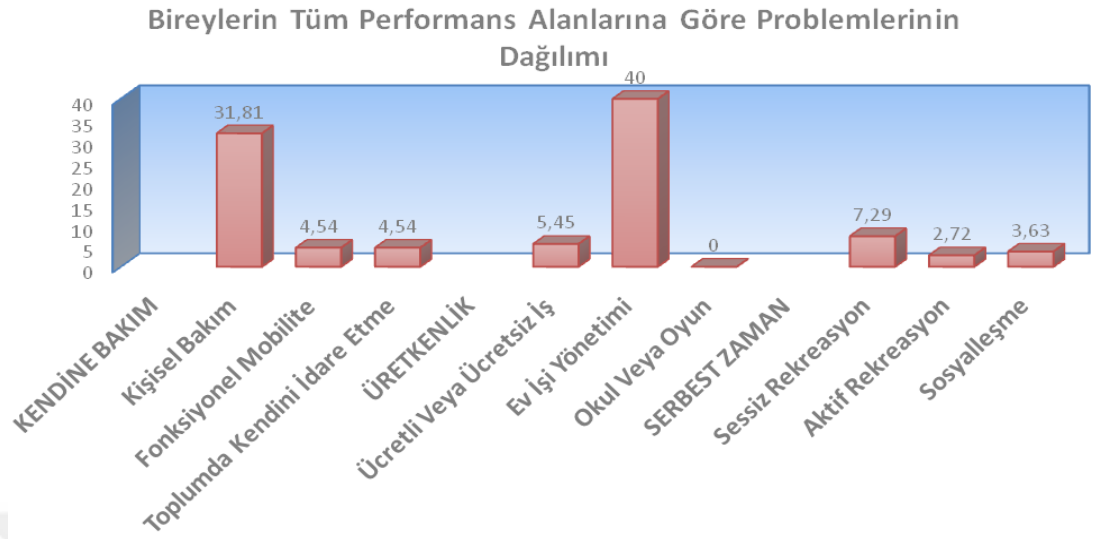
4.4. Aktivite Performansı Seviyesi Değerlendirmesine Ait Bulgular

KAPÖ 'e göre belirlenen tüm aktiviteler, performans alan dağılımlarına göre incelendiğinde; meme kanserli bireylerin en fazla üretkenlik, sonrasında sırayla kendine bakım ve serbest zaman alanlarındaki aktivitelerde problem yaşadıkları görülmüştür (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Bireylerin Performans Alanlarına Göre Problemlerinin Dağılımı



Meme kanserli bireylerin performans alanlarına göre problem yaşanan aktivitelerin dağılımları incelendiğinde; en fazla performans probleminin yaşandığı aktivitelerin üretkenlik alanındaki ev işi yönetiminde olduğu bulunmuştur. Bunu kendine bakım alanında kişisel bakım, serbest zaman alanında sessiz rekreasyon alanındaki aktiviteler takip etmektedir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Performans Alanlarına Göre Aktivitelerin Dağılımı

Bireylerin tamamında yapmak istedikleri fakat performans göstermekte zorlandıkları 5'er tane toplamda 110 farklı kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktivitesi belirlenmiş, belirlenen bu aktivitelere PÇSE uygulaması yapılmıştır. KAPÖ 'e göre belirlenen tüm aktiviteler Tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. KAPÖ ile belirlenen tüm aktiviteler

	N	%
KENDİNE BAKIM	45	40,90
Kişisel bakım	35	31,81
Giyinme (üst gövde)	17	15,45
Sütyen giyinme	8	7,27
Tshirt-kazak giyinme	6	5,45
Gömlek giyinme	3	2,72
Banyo yapma	13	11,81
Saç yıkama	7	6,36
Sırt yıkama	4	3,63
Tüm vücut yıkama	2	1,81
Kişisel Hijyen	5	4,54
Saç tarama	4	3,63
Diş fırçalama	1	0,9
Fonksiyonel mobilite	5	4,54
Yatak içi mobilizasyon	5	4,54
Toplumda kendini idare etme	5	4,54
Araba kullanma	3	2,72
Alışveriş yapma	2	1,81
ÜRETKENLİK	50	45,45
Ücretli veya ücretsiz İş	6	5,45
Tahtaya yazı yazma	3	2,72
Bilgisayar kullanma	1	0,9
Yazı yazma	2	1,81
Ev işi yönetimi	44	40,0
Ev temizliği yapma	28	25,45
Süpürge kullanma	11	10,0
Perde Asma	9	8,18
Yerleri Silme	3	2,72
Çamaşır asma	2	1,81
Toz alma	2	1,81
Ütü yapma	1	0,9
Yemek yapma	16	14,54
Karıştırarak-pişirme	5	4,54
Kavanoz açma	5	4,54
Çaydanlık taşıma	3	2,72
Bıçak kullanma	3	2,72
Okul ve/veya oyun	0	0
SERBEST ZAMAN	15	13,65
Sessiz rekreasyon	8	7,29
Örgü örme	6	5,45
Kitap okuma	1	0,9
Resim yapma	1	0,9
Aktif rekreasyon	3	2,72
Tango yapma	1	0,9
Yürüyüş yapma	1	0,9
Spor yapma (fitness)	1	0,9
Sosyalleşme	4	3,63
Arkadaş ziyareti	4	3,63
TOPLAM	110	100

Aktivite performansı değerlendirilmesi için ilk basamakta bireylerin kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarından problem yaşadıkları aktiviteler belirlenmiştir. Meme kanseri tanısı olan bireylerin problem yaşadıkları aktiviteler içerisinde önemli buldukları ilk beş aktivitelerle ilgili bilgiler aşağıdaki tablolarda yer almaktadır (Tablo 4.10, Tablo 4.11, Tablo 4.12, Tablo 4.13, Tablo 4.14.) Buna göre; bireylerin %68,18'inin ilk sırada en fazla üretkenlik alanındaki aktivitelerde problem yaşadıkları tespit edilmiştir.

Tablo 4.10. KAPÖ'ne göre 1.sırada yer alan aktiviteler

	N	%
Kendine Bakım	7	31,82
Kişisel bakım	7	31,82
Fonksiyonel mobilite	-	-
Toplumda kendini idare etme	-	-
Üretkenlik	15	68,18
Ücretli veya ücretsiz iş	5	22,72
Ev işi yönetimi	10	45,45
Okul ve/veya oyun	-	-
Serbest Zaman	0	0
Sessiz rekreasyon	-	-
Aktif rekreasyon	-	-
Sosyalleşme	-	-
Toplam	22	100

Tablo 4.11. KAPÖ'ne göre 2.sırada yer alan aktiviteler

	N	%
Kendine Bakım	9	40,91
Kişisel bakım	6	27,28
Fonksiyonel mobilite	1	4,54
Toplumda kendini idare etme	2	9,09
Üretkenlik	11	50,0
Ücretli veya ücretsiz iş	-	-
Ev işi yönetimi	11	50,0
Okul ve/veya oyun	-	-
Serbest Zaman	2	9,09
Sessiz rekreasyon	1	4,54
Aktif rekreasyon	-	-
Sosyalleşme	1	4,54
Toplam	22	100

Tablo 4.12. KAPÖ'ne göre 3.sırada yer alan aktiviteler

	N	%
Kendine Bakım	7	31,81
Kişisel bakım	5	22,72
Fonksiyonel mobilite	2	9,09
Toplumda kendini idare etme	-	-
Üretkenlik	10	45,47
Ücretli veya ücretsiz iş	1	4,54
Ev işi yönetimi	9	40,93
Okul ve/veya oyun	-	-
Serbest Zaman	5	22,72
Sessiz rekreasyon	4	18,18
Aktif rekreasyon	-	-
Sosyalleşme	1	4,54
Toplam	22	100

Tablo 4.13. KAPÖ'ne göre 4.sırada yer alan aktiviteler

	N	%
Kendine Bakım	13	59,10
Kişisel bakım	11	50,0
Fonksiyonel mobilite	1	4,54
Toplumda kendini idare etme	1	4,54
Üretkenlik	5	22,72
Ücretli veya ücretsiz iş	-	-
Ev işi yönetimi	5	22,72
Okul ve/veya oyun	-	-
Serbest Zaman	4	18,18
Sessiz rekreasyon	1	4,54
Aktif rekreasyon	3	13,64
Sosyalleşme	-	-
Toplam	22	100

Tablo 4.14. KAPÖ'ne göre 5.sırada yer alan aktiviteler

	N	%
Kendine Bakım	6	27,28
Kişisel bakım	3	13,65
Fonksiyonel mobilite	1	4,54
Toplumda kendini idare etme	2	9,09
Üretkenlik	10	45,45
Ücretli veya ücretsiz iş	-	-
Ev işi yönetimi	10	45,45
Okul ve/veya oyun	-	-
Serbest Zaman	6	27,27
Sessiz rekreasyon	2	9,09
Aktif rekreasyon	2	9,09
Sosyalleşme	2	9,09
Toplam	22	100

Aktivite performansı ve memnuniyeti değerlendirilmesi sonuçları incelendiğinde hem performans hem de memnuniyet ortalamalarının tedavi öncesine göre tedavi sonrasında artış gösterdiği, bu artışın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. KAPÖ'ne göre performans ve memnuniyet puanları tedavi öncesi ve sonrası ortalamaları ve karşılaştırılması (Bağımlı t-testi)

	T.Ö ($\bar{X}\pm SS$)	T.S ($\bar{X}\pm SS$)	t	p
KAPÖ- Performans	2,96 \pm 0,97	6,81 \pm 1,04	-16,96	<0.01*
KAPÖ- Memnuniyet	2,67 \pm 1,33	7,03 \pm 1,28	-12,56	<0.01*

* $p<0.01$

4.5. Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesine Ait Bulgular

Bireylerin yaşam kaliteleri EORTC-QOL-C30 ve EORTC-QOL-BR23 testleri ile, bu testlerin alt test sonuçlarına göre incelenmiştir. EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması tedavi öncesi 67,36 \pm 8,63 iken, tedavi sonrası değerlendirilmesinde 51,36 \pm 5,00 olarak bulunmuştur. Bu ortalamalar arasındaki azalma istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$). EORTC-QOL-C30 testi Genel Sağlık Durumu tedavi öncesi ortalaması 6,59 \pm 2,01'den, 11,27 \pm 1,63 puana artış göstermiştir. Fonksiyonel Durum ortalamaları da 34,36 \pm 6,48'den 22,13 \pm 3,74'e, Semptom Skalası ortalamaları da 26,40 \pm 3,96'dan 17,95 \pm 3,53 puana düşüş olduğu bulunmuştur. Tedavi öncesi ve sonrası ölçümleri arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Semptom skalası alt başlıklarından birisi olan Ekonomik Zorluklar da sadece tedavi öncesi ve sonrası ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. EORTC-QOL-C30 testi tedavi öncesi ve sonrası ortalamaları ve karşılaştırılması (Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi)

	T.Ö		T.S		Z	p
	(X±SS)	(min-max)	(X±SS)	(min-max)		
Genel Sağlık Durumu	6,59±2,01	3-12	11,27±1,63	8-14	-4,14	<0.01**
Fonksiyonel Durum	34,36±6,48	24-53	22,13±3,74	19-33	-4,11	<0.01**
Fiziksel Fonksiyon	11,95±2,66	8-19	8,00±1,57	6-12	-4,03	<0.01**
Rol Fonksiyon	4,95±0,89	2-6	3,18±0,90	2-5	-4,16	<0.01**
Duygusal Fonksiyon	8,18±2,06	5-14	4,95±1,64	4-10	-4,12	<0.01**
Bilişsel Fonksiyon	4,04±1,25	2-6	2,77±0,75	2-4	-3,75	<0.01**
Sosyal Fonksiyon	5,22±1,15	3-8	3,22±0,81	2-5	-4,06	<0.01**
Semptom Skalası	26,40±3,96	19-38	17,95±3,53	12-24	-4,11	<0.01**
Yorgunluk	8,31±1,21	6-11	5,31±0,99	4-8	-4,27	<0.01**
Bulantı ve Kusma	3,00±1,02	2-6	2,22±0,61	2-4	-2,81	<0.01**
Ağrı	5,00±0,75	4-6	3,22±0,68	2-4	-4,07	<0.01**
Nefes Darlığı	1,50±0,59	1-3	0,63±0,78	0-2	-3,12	<0.01**
Uykusuzluk	1,95±0,48	1-3	1,27±0,82	0-2	-2,76	<0.01**
İştahsızlık	1,86±0,63	1-4	1,13±0,88	0-2	-2,58	0,01*
Kabızlık	1,45±0,50	1-2	1,13±0,56	0-2	-2,64	<0.01**
İshal	1,50±0,74	1-4	1,18±0,95	0-4	-2,07	0,038*
Ekonomik Zorluklar	1,81±0,79	1-3	1,81±0,79	1-3	0,00	1,000
EORTC QLQ-C30 TOPLAM PUAN	67,36±8,63	58-95	51,36±5,00	41-60	-4,11	<0.01**

*p<0.05, **p<0.01

Meme kanseri için spesifik olarak kullanılan EORTC-QOL-BR23 yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması tedavi öncesi 54,68±5,02 iken, tedavi sonrası değerlendirmesinde 43,40±4,83 olarak bulunmuştur. Bu ortalamalar arasındaki azalma istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,01). Fonksiyonel Durum ve Semptom Skalası alt başlıkları ortalamaları tedavi öncesi ve sonrası bakımından incelendiğinde puanlardaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,01) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. EORTC-QOL-BR23 testi tedavi öncesi ve sonrası ortalamaları ve karşılaştırılması (Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi)

	T.Ö		T.S		Z	p
	(X±SS)	(min-max)	(X±SS)	(min-max)		
Fonksiyonel Durum	18,50±2,46	14-26	16,22±2,58	11-22	-3,26	<0.01**
Vücut Algısı	10,90±2,02	6-16	7,72±1,93	5-14	-3,64	<0.01**
Seksüel Fonksiyon	3,56±0,79	2-5	4,68±1,04	2-7	-3,34	<0.01**
Seksüel Zevk	1,45±0,67	0-2	1,90±0,86	0-3	-2,23	0,02*
Gelecek Beklentisi	2,54±0,73	1-4	1,90±0,92	1-3	-3,26	<0.01**
Semptom Skalası	36,18±3,34	28-44	27,18±4,39	21-41	-3,47	<0.01**
Sistemik Tedavi Yan Etkileri	16,31±2,35	13-23	12,50±2,82	10-21	-3,41	<0.01**
Meme Semptomları	9,13±1,67	5-11	6,45±1,22	4-8	-3,72	<0.01**
Kol Semptomları	7,63±1,04	6-10	5,68±1,67	3-11	-3,33	<0.01**
Saç Kaybı Nedeniyle Yaşanılan Üzüntü	3,09±0,52	2-4	2,54±1,01	1-4	-2,22	0,02*
EORTC QLQ-BR23 TOPLAM PUAN	54,68±5,02	43-70	43,40±4,83	35-57	-3,57	<0.01**

*P<0.05, **P<0.01

4.6. Problem Çözme Strateji Eğitimi Basamaklarına Ait Bulgular

Bireylere uygulanan PÇSE basamakları ile ilgili sonuçlar incelendiğinde, KAPÖ kullanılarak belirlenen toplam 110 aktivite de yaşanan problemler tespit edilmiştir. Bu tespit edilen problemlerin çözümü için ölçülebilir-gerçekçi-başarılabilir 110 farklı hedef oluşturulmuştur. Hedefe ulaşmada kullanılacak olası çözüm yolları, avantaj ve dezavantajları göz önüne alınarak incelenmiştir. Aktivite için hareket planının oluşturulması aşamasında 22 bireyden alınan toplam 110 aktivitenin %58.19'unun aktivitenin daha kolay, eğlenceli ve az stresli hale getirmesi ile aktiviteyi adapte ederek performans problemine yönelik çözüm oluşturduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, harekete geçilen problemin çözüm süreci

değerlendirmesine ait bilgilere göre PÇSE verilen toplam 110 aktivitenin 12'sinde konuşulan tüm önerilere rağmen aktivite problemi için bir çözüm yolu elde edilemediği görülmüştür (Tablo 4.18).

Problem çözümünde 64 aktivite de toplam 103 adaptif strateji geliştirildiği, bu stratejilerin %33,9'u aktivitede bazı ekstra şeyler yapmak-aktivitenin başında veya sonunda yeni basamaklar eklemek gibi, aktivitenin '*Ne*'sinde; %28,2'si aktivitenin yapılış yönteminde, yani '*Nasıl*'ında; %18,5'inin ise aktivitenin uygulama yerinde değişiklik yapmak gibi, yani aktivitenin '*Nerede*'sinde; değişiklik yapılması olduğu görülmüştür (Tablo 4.19).

Tablo 4.18. PÇSE basamaklarına ait bulgular (N=110 aktivite)

	N	%
1. Aktivitedeki problemin belirlenmesi	110	100
2. Aktivitedeki problemin belirlenmesinin ardından ölçülebilir-gerçekçi- başarılı bir hedef oluşturulması	110	100
3. KAPM modeli ışığında beyin fırtınası yaparak olası çözüm yollarının avantaj/ dezavantajları göz önüne alınarak incelenmesi	110	100
4. Bir çözüm yoluna karar verilerek, aktivite için hareket planının oluşturulması	110	100
Aktivitenin adapte edilmesi (kolaylaştırma- eğlenceli hale getirme- az stresli hale getirme vb.)	64	58,19
Yeni aktivite bulunması	8	7,27
Aktivitenin basamaklarının planlanması (önceliğe göre liste oluşturma)	28	25,45
Aktiviteyle ilgili bilgi ve kaynağın bir araya getirilmesi	10	9,09
5. Harekete geçilen problemin çözüm sürecinin değerlendirilmesi	110	100
Problemin çözülmesinde başarılı olunması	98	89,09
Problemin çözülmesinde başarılı olunmaması	12	10,91

Tablo 4.19. Adaptif Stratejilere Ait Bulgular (N=103 adaptif strateji)

	N	%
Kim (başka bir kişiyi dâhil etmek)	10	9,7
Nerede (aktivitenin uygulama yerinde değişiklik yapmak)	19	18,5
Ne zaman (aktivitenin uygulanma zamanını değiştirmek)	10	9,7
Nasıl (yapılış yönteminde değişiklik yapmak)	29	28,2
Ne (aktivitenin başında veya sonunda yeni basamaklar eklemek ya da bazı ekstra şeyler yapmak ya da yapmamak)	35	33,9

5. TARTIŞMA

Meme kanseri tanısı olan bireylerin performans göstermede problem yaşadıkları aktiviteler, kansere bağlı yorgunluk, depresyon ve yaşam kalitesi seviyelerinin araştırılarak, ergoterapi temelli problem çözme stratejileri eğitimi ile bireysel başa çıkma becerileri geliştirilmesi hedeflenmiş, kansere bağlı yorgunluk ve depresyon düzeyinin azalması ile aktivite performansı ve yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür.

Meme kanseri dünyada olduğu gibi Türkiye’de de kadınlarda en sık görülen kanser türüdür ve her geçen gün görülen kanser insidansı verilerindeki artış, erken tanı çalışmalarına ağırlık verilmesi zorunluluğunu ortaya çıkarmaktadır (172). Kanser tanısı, tümörün büyüklüğü ve/veya tutulumuna göre evrelere ayrılarak isimlendirilmektedir. Çalışmamıza katılan bireyler kanser evresi dağılımlarına göre incelendiğinde yarısından fazlasının evre 2 hastası olduğu görülmüştür. Kanser evresi dağılımlarının, bireyin bağımsızlık seviyesi ve yaşam beklentileri açısından önemli olduğu bilinmektedir (173). Holick ve arkadaşları (174) yapmış oldukları çalışmada kanser evresi ve süresinin özellikle fiziksel aktivite üzerindeki olumsuz etkisine dikkat çekmiştir. Irwin ve arkadaşları da (175) alınan kür sayısı ve tedavi süresi ile doğru orantılı olarak, ev işi aktiviteleri ve rekreasyonel aktivitelerde azalma meydana geldiğini söylemiştir. Çalışmamıza dâhil olan bireylerin kanser evresi, tedavi süresi ve kür sayısı gibi hastalığın şiddeti ve prognozu hakkında edilen bilgilere göre, bireylerde meydana gelen aktivite performansı ile ilgili problemlerin azaltılması ve kansere bağlı ortaya çıkan semptomların kontrolüne yönelik erken müdahale yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Lyons ve arkadaşları (17) meme kanseri tanılı kadınlarda yapmış oldukları telefon ile görüşülerek yapılan problem çözme strateji uygulamasını içeren çalışmada, katılımcıların %71’nin evli olduğu, %48’inin ise yüksek öğrenim almış olduğunu bildirmiştir. Hopko ve arkadaşları (14) benzer şekilde fonksiyonel limitasyonları ve depresyon bulgusu olan meme kanserli bireylere davranış değişikliği eğitimi verdikleri çalışmalarında çoğunun evli ve yüksek öğrenim aldıklarını tespit etmiştir. Çalışmamıza katılan bireyler sosyodemografik özellikleri bakımından incelendiğinde literatür ile benzer şekilde çoğunluğunun evli olduğu ve eğitim seviyesinin lise ya da üniversite düzeyinde olduğu görülmüştür.

Kanser tedavisi sırası ve sonrasında bireyler arasında ilaç kullanımını oldukça yaygın olup, kullanılan ilaçlar arasında özellikle antidepresan kullanımının fazla olduğu bilinmektedir (176). Çalışmamızda yer alan bireylerin çoğunluğunda ilaç kullanımını olduğu, bunların içinden %36,6'sının depresyon ilacı kullandığı tespit edilmiştir. Literatürde yapılan araştırmalarda, ilaç kullanımının özellikle işe devam etme gibi bireylerin günlük rutin yaşantı sürecinin hem olumlu hem de olumsuz yönde etkilenebileceği söylenmektedir (176, 177). Bu nedenle araştırmaya alınan bireyler için antidepresan kullanımını dâhil edilme ya da edilmeme kriteri olarak belirlenmemiştir.

Meme kanserli bireylerin işe devamlılığını araştıran çalışmalar, bireylerin çoğunun tedavi öncesinde tam zamanlı bir işe sahip olduklarını, fakat tedavi süresince ya da sonrasında çalışma saatlerinin azaldığını ya da çalışma hayatlarını tamamen sonlandırdıklarını söylemektedir (13, 178). Bizim çalışmamızdaki katılımcılarda literatürdeki sonuçlara benzer olarak tedavi öncesinde çalışma oranı % 54,5 iken, tedavi sonrasında % 66,7'si çalışmaya ara vermek zorunda kaldığı dolayısıyla çalışmaya devam etmediği bulunmuştur. Çalışmamız sonuçlarından aktivite performans problemlerinin en fazla üretkenlik alanında yer alması da, bu sonucu desteklemektedir. İşe yönelik aktivite performans problemlerinin çözüm yollarını içeren rehabilitasyon uygulamalarının bu konuda çok önemli olduğu düşünülmektedir.

Yorgunluk, alınan tedavilere bağlı olarak kanser hastalarında en sık görülen semptomlardan birisidir (179). Kansere bağlı yorgunluk ile ilgili yapılan çalışmalarda yorgunluğun tedaviye bağlı olarak gelişebileceği gibi, kardiyovasküler, kas-iskelet, sinir sistemi, pulmoner gibi herhangi bir ikincil hastalıktan kaynaklı olarak da gelişebileceği vurgusu da yapılmaktadır (180). Cooper, yorgunluk düzeyinin fazla oluşunun bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki fonksiyonel yetersizlik seviyesini arttırabileceğini belirtmiştir (54). Çalışmamız katılımcısı olan H.B yaşadığı yorgunluk hissini şu sözlerle ifade etmiştir:

“ Yaşadığım hastalık sürecinde beni en çok zorlayan, her şeyden elimi ayağımı kesen, zaman zaman kendi kendime bile düşman eden şey, sıklıkla her anımda yaşadığım yorgunluk hissidir.”(H.B 38 yaşında evli, bir çocuk sahibi, öğretmen)

Bu açıklama ışığında kanserli bireylerin yaşadıkları yorgunluğun değerlendirilip, kontrol altına alınması, bireylerin günlük hayatlarının süreğenliği için oldukça önemlidir. Son yıllarda yapılan yorgunluk ile ilgili araştırmalar; yorgunluğun çok boyutlu ele alınması gerekliliğine dikkat çekmektedir (83, 86). Özellikle kemoterapi uygulaması alınırken veya tedavi sonrasında, meme kanserli bireylerde görülen yorgunluk şiddetinin farklı boyutları ile kişiyi artarak etkilediği söylenmektedir (181). Yapılan araştırmalar incelendiğinde kansere bağlı oluşan yorgunluk bireylerde en çok fiziksel ve duygusal yorgunluk olarak kendini göstermektedir (182). Smets, fiziksel ve duygusal yorgunluk ile depresyon, anksiyete ve günlük yaşam aktivite problemleri arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğunu belirtmiştir (183).

Çalışmamız sonuçları da literatüre benzer olarak bireylerin fiziksel, duygusal ve bilişsel olarak yorgunluk yaşadıklarını göstermekle birlikte, en çok duygusal yorgunluk yaşadıklarını tespit etmiştir. Alınan primer kanser tedavilerinin halsizlik, isteksizlik, bitkinlik gibi yan etkiler ve günlük yaşantılarını sürdürmede karşılaştıkları zorluklar nedeniyle bireylerin, duygusal stres seviyesinde artış olması, duygusal yorgunluk düzeyini de olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Kanser hastalarında yorgunluk düzeyinin azaltılmasına yönelik çalışmalarda, özellikle fiziksel yorgunluğun kontrolü için egzersiz içeren fiziksel aktivite eğitimlerine ağırlık verildiği görülmektedir (184). Schwartz ve arkadaşları (185), meme kanserli bireye göre oluşturulmuş düşük veya orta şiddette egzersiz programının, günde 30-60 dakika uygulaması ile yorgunluğun %14-35 arasında azaldığını göstermiştir. Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı'na göre; sürekli ve aşırı hissedilen yorgunluk varlığı, enerji ve performansın azalması, konsantrasyon sorunları, motivasyon düzeyinin azalması gibi nedenler, kanserden kaynaklı yorgunluk ile ilişkilidir (186). Ergoterapi literatürde kansere bağlı yorgunlukla ilgili önemli çalışmaları olan Cooper, kişi merkezli enerji koruma teknikleri eğitimi ile bireylerin yorgunluk seviyesinin azaldığı ve yaşam kalitesinin arttığını göstermiştir (54).

Problem çözme stratejilerinin, kişilerin yorgunluk seviyesi üzerine etkisini inceleyen çalışmalar da mevcuttur (146, 187). Bunlardan birisinde yeni kanser teşhisi alan çocukların annelerinin yorgunluk düzeyine problem çözme stratejisi

uygulamalarının etkisini inceleyen Sahler, 8 haftalık uygulama ardından bireylerin yorgunluk seviyesinde istatistiksel olarak anlamlı bir düşme olduğunu göstermiştir (187). Çalışmamız amaçlarından birisi performans problemi yaşanan aktivitelerin belirlenerek, yorgunluğu azaltacak ergoterapi temelli PÇSE müdahalesi uygulamaktır. Uygulama sonrası sonuçlar incelendiğinde, literatürle farklı durumlardaki bireylerin sonuçlarına benzer şekilde, kanserli bireylerdeki fiziksel, duygusal ve bilişsel yorgunluk seviyesi ortalamalarının, ergoterapi temelli PÇSE uygulaması sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı görülmüştür.

Meme kanseri olan evre 1 ve 2 hastalarında problem çözme stratejileri ile bireylerin performansta problem yaşadıkları günlük aktivitelerinde, aktiviteyi kolay veya eğlenceli hale getirme gibi adapte edebilme becerilerinin geliştirilmesinin ve aktivitenin basamaklarının birer birer planlanmasının, yorgunluk seviyesinde azalma sağlayacağı düşünülmektedir. Yorgunluk tanımının, aktivite boyunca veya sonrasında yaşanan subjektif mutsuzluk veya kötü hissetme olduğu düşünüldüğünde, aktivite sırasında bireyin daha motive bir şekilde günlük yaşantılarındaki aynı aktivitelerini rahatlıkla gerçekleştirmesinin, bireyin psikolojik durumunu da olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Kanser hastalarında ortaya çıkan psikiyatrik bozukluk oranının %30-40 arasında olduğu belirtilmektedir. Depresyon, kanserli bireylerde en sık görülen psikopatolojik bozukluktur (48). Meme kanserli bireylerin depresyon açısından risk etkenleri; yaşanan fazla duygusal stres ve bu esnada duygusal desteğin azlığı, ilerlemiş kanser evresi, psikiyatrik bozukluk öyküsü, alkol bağımlılığı, kullanılan ilaçların yan etkileri, ölüm korkusu, eşlik eden başka hastalıklar ile özellikle depresyon görülme sıklığını arttırıcı etkisi olan kemoterapatik ajanların kullanılmasıdır (48, 188). Bir katılımcımız depresyon varlığını şu ifadeleri kullanarak tarif etmiştir:

“Durup durup kanser olduğumu öğrendiğim ilk ana gidiyorum. Neden ben diyorum. Kime karşı ne suç işledim de bu durum benim başıma geldi. Bu hastalıktan kurtulmak kolay değil ve ben kesin öleceğim, biliyorum.” (Z.S, 46 yaşında, evli ve 2 çocuk annesi, ev hanımı)

Bu sözler meme kanserli bireylerde depresyon duygusunun ne kadar yoğun olduğunu desteklemektedir. Bu düşüncelere sahip bireylere yönelik yapılacak

rehabilitasyon uygulamaları ile kendini değerli hissetme ve motivasyonunu arttırmanın önemi büyüktür. Literatürde depresyon seviyesinin azaltılmasına yönelik çeşitli rehabilitasyon teknikleri varlığından söz edilmektedir. Örneğin, Sloman ve arkadaşları (189), depresyon seviyesinin kontrol altına alınması ve bireylerin toplumsal katılımlarının arttırılmasında gevşeme tekniklerinin etkinliğinden bahsetmiştir. Molassiotis de çalışmasında ilerleyici kas gevşeme eğitimleriyle bireylerde, kemoterapiye bağlı olarak görülen bulantı ve kusma gibi semptomların azalmasına katkı sağladığını göstermiştir (190). Kanser hastalarında bu tür semptomların kontrolünün sağlanmasıyla, tedavi sürecinde yaşanan negatif duyguların azaltılarak, pozitif duyguların geliştirilebileceğine vurgu yapılmaktadır (54). Penfold kanser ve benzeri kronik hastalıklarda uygulanan ergoterapi yaklaşımlarını inceleyen derlemesinde gevşeme ve bilişsel davranış değiştirme tekniklerinin depresyon, anksiyete, stres gibi semptomların kontrol altına alınmasında etkin olabileceğini söylemiştir (45).

Çalışmamız sonuçları incelendiğinde bireylerin, depresyon seviyesi genel ortalamalarına göre orta düzeyde depresyon bulgusuna sahip olduğu bulunmuştur. Ergoterapi temelli PÇSE uygulaması sonrasında bakılan depresyon seviyesi genel ortalamalarına göre, bireylerin büyük bir kısmında depresyon bulgusunun normal seviyeye gerilemiş olduğu görülmüştür. Çalışmamız sonucuna göre, meme kanserli bireylerde PSÇE teknikleri ile problemlili aktivitelere karşı geliştirilen ergoterapi müdahalesinin, depresyon seviyesinde azalmaya katkı sağladığı düşünülmektedir.

Bireyin aktivite performansındaki kayıplarının fiziksel değişikliklerden kaynaklandığını düşünmek hem hasta hem de yakınları için daha kolay anlaşılabilen bir durumdur. Fakat bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmada, fiziksel değişiklikten çok hastalığın bireyde meydana getirdiği psikolojik, duygusal ve manevi etkiler sonucu bireyin motivasyonu ve güveninin olumsuz yönde etkilenmesinden dolayı aktivite performansının olumsuz yönde etkilendiğini belirtmektedir (191). Bundan yola çıkarak aktivite performansının arttırılmasında bireylerin manevi, fiziksel, duygusal ve bilişsel özelliklerinin göz ardı edilmeden incelenerek, yapılan problemlere yönelik bütüncül ergoterapi müdahale yöntemlerinin tercih edilmesi ile daha etkin bir sonuç elde edilebileceği düşünülmektedir.

Meme kanserli bireylerin günlük hayatlarını sürdürürken en çok hangi aktivitelere katılım göstermekte ve bu aktivitelerin hangi aşamasında problem yaşadıklarının belirlenmesi, bireylerin fonksiyonellik seviyesinin daha iyi anlaşılabilmesi bakımından önemlidir. KAPÖ, bireyin en önemli olarak bulduğu performans problemi yaşanan aktivitelerin incelenmesinde hem bireyin kendisine hem de terapistle daha detaylı olarak inceleme ve anlama fırsatı sağlayan bir ölçektir. Önemli olarak bulunan aktivite performans problemlerinin anlaşılabilmesi, aktivitenin detaylı olarak analiz edilebilmesine de bağlıdır. Çalışmamızda aktivitenin sözel olarak konuşulması sırasında aktivite performans problemleri analiz edilerek belirlenmiştir. Tabi ki aktivite analizleri yapılırken özel aktivite laboratuvarları kullanımının daha izole, objektif ve hijyenik sonuçlar verebileceği de unutulmamalıdır (192). Aktivite performans problemleri belirlenmesinde aktivite analizi yapılırken özel bir laboratuvar kullanılmaması zaman zaman objektiflikten uzaklaşıldığını düşündürse de, kullanılan performans problem ölçeğinin yaklaşımı itibariyle kişinin algısına göre performansta değişiklik olmasının bize gelişmeyi tanımlamasından dolayı bu durumun herhangi bir problem yaratmadığı düşünülmüştür.

KAPÖ yardımı ile bireylerin aktivite önceliklerinin belirlenmesi, hem aktivite performansına neden olan problemlerin anlaşılması hem de kişi merkezli müdahale yapılabilmesi bakımından oldukça önemlidir. Çeşitli kanser türüne sahip bireylerde yapılan araştırmalarla; hastaların daha çok kendine bakım alanı aktivitelerini daha önemli olarak gördükleri gösterilmiştir (59, 193). Bizim çalışmamız katılımcıları ise daha çok üretkenlik alanı aktivitelerini kendileri için önemli olarak bulduklarını belirtmiştir. Bunun nedeninin çalışmaya dâhil olan kadınların büyük bir kısmının yüksek öğrenim görmüş olmaları, çalışma geçmişine sahip olmaları ile şundaki yaşları göz önünde bulundurulduğunda da hala aktif çalışma yaşında olmaları olduğu düşünülmektedir.

Literatürde kanserli bireylerde günlük yaşam aktivitelerinin incelendiği çalışmalar mevcuttur (99, 194, 195). Kanser evresine göre daha ileri olan ve yaşlı bireylerde kendine bakım alanındaki aktivitelerde zorluk yaşadıkları, tedavinin erken dönemlerinden itibaren ise yetişkin popülasyondaki bireylerin üretkenlik alanındaki aktivitelerde sorun yaşadıkları belirtilmektedir (89, 195). Çalışmamız sonuçlarına

bakıldığında, katılımcıların daha erken evredeki kanserli yetişkin bireylerden oluştuğu, onların da daha çok üretkenlik alanı aktivitelerinde problem yaşadıkları görülmüştür. Bu durum literatür sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Meme kanserli kadınların günlük yaşam aktivitelerinin araştırılmasında daha çok fiziksel aktivite düzeylerine odaklanılmakta olup, düzenli egzersiz ile fiziksel aktivite düzeylerinde artış elde edilebileceği ve günlük yaşam aktivitelerinde daha fonksiyonel olabilecekleri gösterilmiştir (196). Fakat günlük yaşam aktiviteleri denilince sadece fiziksel aktivite düşünülmemelidir. Bireylerin günlük yaşam aktiviteleri fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal parametreler içeren kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman gibi farklı performans alanlarından oluşur. Bu performans alanlarına göre aktivitelerin incelendiği onkolojik rehabilitasyon alanındaki çalışma sayısı oldukça yetersizdir.

Metastatik prostat kanserli bireylerde yapılan bir araştırmada en fazla kendine bakım alanındaki aktivitelerde performans problemleri yaşanıldığı gösterilmiştir (59). Lyons ve arkadaşları (17) ise meme kanserli kadınların aktivite problemlerinin iyileştirilmesi için stratejilerin incelenmesini içeren araştırmalarında en sık ücretli veya ücretsiz iş aktivitelerinde, bireylerin problemle karşılaştıklarını göstermiştir. Çalışmamızda aktivite performans problemleri, performans alanlarına göre incelendiğinde en fazla ev işi yönetimini içeren (süpürge yapmak, perde asmak, yemek pişirmek vb.) üretkenlik alanı aktivitelerinde problem yaşanıldığı tespit edilmiştir. Bunu üst gövde giyinme, banyo yapma gibi kişisel bakım aktivite problemleri takip etmektedir. Bu performans alanlarındaki aktivite problemlerini bir katılımcımız şu şekilde ifade etmiştir:

'Kanser olmuş olabilirim ama hala anneyim, eşim, öğretmenim. Beni evde ve işimde bekleyen sorumluluklarım var. Çocuğuma en sevdiği yemek olan imambayıldıyı yapmada, istediğim kıyafeti giyinmede, okuldaki çocuklarıma da tahtada konu anlatırken en sevdikleri yöntem olan çizim yaparak anlatmada zorlanıyorum. Bundan dolayıdır ki en çok evimde ve işimde tek başıma bağımsız olarak yorulmadan bulunmayı özledim.'(M.A, 49 yaşında evli, bir çocuk annesi, öğretmen)

Bu açıklama, meme kanseri olan bireylerin hem üretkenlik hem de kendine bakım alanındaki aktivitelerini sürdürmede bazı sorunlar yaşadığını

desteklemektedir. Meme kanseri sıklıkla kadınlarda görülen bir kanser türü olması ve özellikle ev işleri gibi aktivitelerin toplumsal roller gereği sıklıkla kadınlar tarafından üstlenilmesi nedeniyle, bu alanlardaki aktivite problemlerinin daha ön planda ifade edildiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamız sonuçlarında, problem yaşanan performans alanlarına göre en son sırada yer alan serbest zaman alanı aktivitelerinden meme kanserli bireylerin daha çok örgü örme gibi sessiz rekreasyonel aktivitelerinde problem yaşadıkları görülmüştür. Literatür ile benzer şekilde hastalığın yaratmış olduğu sekonder yan etkilerin varlığı sebebiyle serbest zaman alanı aktivitelerinin diğer performans alanlarına göre daha az sıklıkta gerçekleştiriliyor olması muhtemel bir sonuçtur. Hem örgü örme gibi bir aktivitenin Türk toplumunda kadınlar arasında oldukça yaygın olan bir aktivite türü olması, hem de kişilerin serbest zaman alanındaki aktivitelere katılımının teşvik edilmesi için bu performans alanındaki aktivite problemlerinin tespiti ve çözümlenmesi oldukça önemlidir. Literatürde kanserli bireylerin serbest zaman alanındaki aktiviteler yoluyla hayatlarının daha anlamlı hale getirerek iyi olma hali ve yaşam kalitesinde olumlu yönde değişikliklere neden olduğu da gösterilmiştir (59, 197).

Meme kanserli bireylerde yapılan aktivite limitasyonlarına sebep olan problemlerin incelendiği çalışmalar dikkate alındığında, hastalığın tedavisinin erken dönemlerinden itibaren gözlemlenen yorgunluk, depresyon, bulantı, nefes darlığı gibi fonksiyonelliği etkileyen yan etkilerin görülmesi sebebiyle aktivitenin tamamlanamaması ile üst ekstremitte hareket kısıtlılığı varlığı aktivite performansında sorun oluşturabileceği söylenilmektedir (54, 99).

Kanserli bireylerin aktivite performansı ve memnuniyetinin incelendiği çalışma sayısı oldukça yetersiz olup, onkolojik rehabilitasyonda aktivite performansı ile ilgili çalışmalar genellikle fiziksel aktivitelerdeki performansa odaklanmaktadır (81). Tüm alanlardaki aktiviteleri KAPÖ kullanarak inceleyen Huri ve arkadaşları (6), metastatik prostat kanserli bireylerde yapmış oldukları 12 haftalık kişi merkezli günlük yaşam aktivite içerikli ergoterapi müdahalesi uygulaması ile aktivite performans seviyesinde artış olduğunu göstermiştir.

KAPÖ, kişi merkezli olarak verilmiş olan ergoterapi programlarının etkisini değerlendirmede önemli bir ölçüm metodudur. Bireyin kendisi için önemli olan

aktiviteleri belirleyip, bunlar için performans ve memnuniyet puanı vermesi değerlendirme sisteminin en güçlü yanındır (105, 198). Kanser hastalarında hem performans değerlendirilmesinde hem de performans alanlarına göre rehabilitasyon hedeflerinin belirlenmesinde uygun olduğu da gösterilmiştir (39).

Bu bilgilerden yola çıkarak çalışmamızda kullandığımız KAPÖ sonuçları tedavi öncesi ve sonrası olarak karşılaştırıldığında, aktivite performans ve memnuniyet puanlarında istatistiksel olarak anlamlı artış olduğu gözlenmiştir. Ergoterapi temelli PÇSE ile, meme kanserli bireylerin kendileri için anlamlı fakat yapmakta problemle karşılaştıkları aktivitelere ait performans ve memnuniyet seviyelerinin olumlu yönde etkilendiği düşünülmektedir.

Aktivite performans problemlerinin belirlenerek kişi merkezli yaklaşımlar ile çözüm yollarının terapist ve bireyin ortaklaşa düşünerek oluşturulmasını destekleyen çalışma sayısı her geçen gün artmaktadır. Ergoterapi yaklaşımları kişi merkezli bir bakış açısına sahip olması ile model kullanılmasına imkân vermesi sebebiyle de değerlendirme ve müdahale uygulamalarının bütüncül olmasına olanak vermektedir (192). Problem çözme stratejileri kullanılarak bireylerin günlük yaşantılarında karşılaştıkları zorlukların incelendiği bir çalışmada, kişi merkezli ergoterapi uygulamalarında hem problemin hem de probleme uygun olan hedefin belirlenmesinde bu yöntemin rahatlıkla kullanılabilir olduğu belirtilmiştir (19).

Problem çözme stratejisi, hastalık yönetiminde karşılaşılan zorluklar, problemler veya semptomlarla başa çıkma veya bunlara karşı yaşam stili değişikliği oluşturmada kullanılan kendini yönetebilme becerisini içeren bir yöntemdir (144). İlk kez depresyon bulgusu varlığında geliştirilmiş olan bu yöntem, bireylerin aktif katılımı ile en çok yardıma ihtiyaç duydukları aktiviteler ve bu aktivitelerin hangi safhasında daha çok ihtiyaç duyduklarının belirlenmesi üzerinde beyin fırtınası yaparak, olası çözüm yollarının gözden geçirilmesi ve sonrasında uygulanması yolu ile problem çözme becerisinin geliştirilmesini hedefler (199).

Problem çözme strateji uygulaması yapılan çeşitli tanı gruplarında çalışmalar mevcuttur. Bunlardan büyük bir çoğunluğu psikiyatrik ve nörolojik hastalıklar ile kanser gibi kronik hastalığı olan bireylerde uygulama sonuçlarını içermektedir (200). Örneğin; Mishel ve arkadaşları (201), 2002 yılında lokalize prostat kanseri tanısı olan erkeklerde bilişsel yeniden yapılandırma stratejisini geliştirmek için problem

çözme eğitimi uygulaması yapmış, kansere bağlı oluşan semptomların kontrolünde fayda sağladığını belirtmiştir. Bir diğer çalışmada ise göğüs kanseri tanısı olan 132 kadında ortaya çıkan fiziksel ve depresyon gibi psikolojik etkiler üzerinde, problem çözme stratejisi yönteminin olumlu katkı verdiği yönündedir (202).

Problem çözme stratejisi ile belirlenen aktivite problemlerine karşı oluşturulan çözüm yolları içerisinde aktivitenin daha kolay, az yorularak, eğlenceli ve etkili yapılabilmesi için adaptif stratejiler kullanılmaktadır. Lyons, kemoterapi tedavisi aldıkları sırada 16 meme kanserli kadınla yapmış olduğu çalışmada toplam 80 aktiviteye problem çözme stratejisi yaklaşımı uygulamış, bu aktivitelerin %40'ında aktivite adaptasyonu yapılarak çözüm yolu oluşturulduğunu belirtmiştir. Adapte edilen bu aktivitelerin %32'sinde, aktivitenin başında veya sonunda yeni basamaklar eklenmesini içeren adaptif strateji geliştirdiklerini göstermiştir. Bunu aktivitenin yapılışında ve yapılma zamanında değişiklik yaratma gibi adaptif stratejilerin izlediği bildirilmiştir (19).

Çalışmamızda ergoterapi yaklaşımları ile uygulanan PÇSE sonucunda bireylerin %58'i aktivite problemleri çözümünde aktivite adaptasyonu yaptığı ve bunların %33'ünün de aktiviteye yeni basamaklar ekleyerek, %28'inin de aktivitenin yapılış yönteminde değişiklik yaparak, çözüm yolu oluşturdukları bulunmuştur. Bu bakımından çalışmamız sonuçları literatürdeki çalışmalara benzerlik göstermesi ile beraber, adaptif stratejiler ile çözüm yolu geliştirilmesi yönteminin meme kanserli bireylerin karşılaştıkları aktivite performans problemlerini azaltabilmesinde kolaylıkla kullanılabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, performans problemi olduğu belirlenen çoğu aktivitenin çözümünde, harekete geçilen problemin çözüm süreci sonucu değerlendirilmesinde PÇSE uygulaması ile aktivitelerde başarı elde edildiği saptanmıştır. Fakat aktivite performans problemi belirlenen oldukça az sayıda aktivitenin bireylerin beyanına göre problemlerinin çözümlenip, çözümlenmediğinin sorgulanmasında hem kişisel hem de çevresel bazı faktörlerden kaynaklı olarak başarısız bulunduğu görülmüştür. Bu durumun, hem PÇSE uygulaması içinde bir sorun oluşturmaması hem de KAPÖ ile belirlenen aktivitelerdeki performans puanında ergoterapi temelli PÇSE ile görülen artışın bireyin algısını yansıtması sebebiyle çalışmamız sonucunu etkilemediğini düşünmekteyiz.

Meme kanseri tedavisi, yıllar boyunca sürebileceğinden dolayı hem uzun hem de yıpratıcı bir süreçtir. Bu süreçte bireylerin aile, iş ve sosyal yaşamının olumsuz etkilendiği bilinmektedir (203). Bireyler de meydana gelen bu hayat standartlarındaki değişiklik, bireylerin yaşam kalitesinde de etkilenime sebep olabilmektedir. Yaşam kalitesi, tüm yaşam alanlarını içine alan geniş bir kavram olup, herhangi bir hastalık ya da tedavi sürecinden etkilenebilmektedir. Yaşam kalitesi etkilenim düzeyi son yıllarda araştırmacılar tarafından önemsenen bir konu olmuştur. Çeşitli kanser türlerine sahip bireylerin yaşam kalitesinin negatif olarak etkilendiğini gösteren çalışma sayısı oldukça fazladır (204, 205). Kansere bağlı oluşan semptomların ve bu semptomların tedavisine yönelik yaklaşımların, yaşam kalitesi ile ilişkisini inceleyen çalışmalar da literatürde mevcuttur (188, 206, 207).

Meme kanserli bireylerin yaşam kalitesinin incelendiği çalışmalarda bireylerin fiziksel, duygusal ve sosyal alanda yaşam kalitelerinde azalma olduğu belirtilmektedir (208). Meme kanserli bireylerde, kemoterapi gibi almış oldukları tedavi yöntemleri sonrasında anksiyete, stres, depresyon, kaygı ve ölüm korkusu gibi psikosomatik belirtilerin görülme oranı oldukça yüksektir. Bu belirtiler ile özellikle kanser hastalarında en sık görülen semptom olan yorgunluğun yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği de belirtilmektedir (69, 207). Bu sebeplerden dolayı da kanserli bireylerde yaşam kalitesini inceleyen testler sadece fiziksel alanda değil, aynı zamanda psiko-sosyal alanları da içermelidir.

Çalışmamızda kanserli bireylerde yaşam kalitesi ölçümünde tüm kanser türleri için dünyada yaygın olarak kullanılan EORTC QOL-C30 testi kullanılmıştır (125). Genel sağlık durumu, fonksiyonel durum ve semptom skalası gibi alt başlıkları olan bu test, kanserli bireylerde görülen etkilenimlerin bütüncül olarak ele alınmasına olanak vermektedir. Tan ve arkadaşları (208) meme kanserli kadınların fonksiyonel durum ve semptom alanlarını inceledikleri çalışmada yaşam kalitesi puanlarının benzer yaştaki herhangi bir hastalığı olmayan bireylerden düşük olduğunu göstermiştir. Çalışmamızın ilk değerlendirme sonuçları incelendiğinde puanların benzer çalışmalardaki sonuçlardan daha da düşük olduğu görülmüştür. Bunun katılımcılarımızdaki depresyon seviyesinin benzer tanıda yapılan çalışmadaki bireylere göre daha yüksek olmuş olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Bu fikrimizi, Zanapalıoğlu'nun cerrahi operasyon geçirmiş meme kanserli kadınların

yaşam kalitelerini incelemiş olduğu çalışma da, depresyon bulgusunun artması ile yaşam kalitesinin fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal fonksiyonlarının azalmasına sebep olduğunu göstermesi desteklemektedir (209).

Literatürde meme kanseri tanısı olanlarda uygulanan gevşeme eğitimi ile nefes darlığı ve uykusuzluk gibi semptomlar üzerinde olumlu etkilerinin olduğu, dolayısıyla yaşam kalitesinin artırıldığını belirten rehabilitasyon uygulamalarından bahsedilmektedir (42). Zeng ve arkadaşlarının çalışmasında, (210) meme kanserli bireylere, üst ekstremitte fonksiyonlarını arttırmaya yönelik verilen egzersiz programının bireylerin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir. Fakat problem çözme stratejisi içeren, yaşam kalitesini inceleyen, herhangi bir spesifik ergoterapi çalışmasına literatürde rastlanılmamıştır.

Çalışmamız sonuçlarında, bireylere uygulanan ergoterapi temelli PÇSE sonrası tekrar edilen ölçümler de ise yaşam kalitesinin fiziksel, rol, duygusal, bilişsel ve sosyal fonksiyon parametreleri ile yorgunluk, bulantı ve kusma, ağrı, nefes darlığı, uykusuzluk, iştahsızlık, kabızlık ve ishal gibi kansere bağlı görülen semptomlar da azalma olduğu görülmüştür. Bu bulgulara göre bireylerin problem yaşadıkları aktivitelere yönelik verilen problem çözme strateji eğitimine bağlı olarak aktivite performanslarının artırılmasının, yaşam kalitesinin parametrelerinde olumlu yönde değişikliklere yol açabileceğini düşünmekteyiz. Yaşam kalitesi alt testlerinden birisi olan ekonomik zorluklar parametresinde istatistiksel olarak bir değişim olmadığı bulunmuştur. Bunun, müdahalemiz içeriğinde maddi zorlukları temel alan herhangi bir problemin tespit edilmemesi nedeniyle uygulamamız sırasında özellikle bu hedef doğrultusunda odaklanılmamış olabileceğinden kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz. Fakat gerek sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin çok farklı boyutları kapsayan geniş bir kavram olması, gerekse yaşam kalitesinin diğer tüm parametrelerindeki olumlu yönde kazanım sağlamış olması, ergoterapi temelli PÇSE'nin meme kanserli bireylerin yaşam kalitesinde artış sağlayabilecek bir yöntem olduğunu düşündürmektedir.

EORTC QOL-BR23, meme kanserinden ortaya çıkan kol ve göğüs semptom, vücut algısı, seksüel fonksiyon, saç dökülmesi ve gelecek beklentisi gibi problemlerin yaşam kalitesi üzerine etkisi hakkında bilgi vermek için meme kanserli bireylere özgü geliştirilmiştir. Ölçek meme kanserinin birey üzerinde yaratmış

olduğu hem fonksiyonel hem de semptomlar ile ilgili yaşam kalitesi hakkında bilgi sağlar (209).

Arora ve arkadaşları (211), meme kanserli bireylerin tedavi süresinin ilk bir yıl içerisindeki yaşam kalitesinin ölçütlerinden birisi olan fonksiyonel parametresindeki düşüşüne dikkat çekmiştir. Berglund ise özellikle kemoterapik ajanların uygulanmasının ardından meme kanserli kadınların %20-25 'inin fiziksel, %30'unun seksüel ve neredeyse tamamına yakınının ise vücut algılamasında problemleri olduğunu belirtmiştir (212). Benzer şekilde meme kanserli kadınların %24 'ünde kemoterapi sonrası seksüel istek ve zevk alma gibi etkilenimleri olması nedeniyle seksüel fonksiyon problemleri görülmektedir (203).

EORTC QOL-BR23 testine göre katılımcıların PÇSE öncesi ve sonrası ölçüm sonuçları incelendiğinde vücut imajı, seksüel fonksiyon ve zevk, gelecek beklentisi gibi tüm fonksiyonel parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı azalma olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde yan etkiler, meme ve kol semptomları ile saç kaybı nedeniyle duyulan üzüntü gibi semptomların sonuçları da PÇSE sonrasında anlamlı olarak düzelme göstermiş olduğu tespit edilmiştir. Meme kanserli bireylere yönelik aktivite adaptasyonu yapılarak aktivite performansının artırılması ile ergoterapi temelli PÇSE ile meme kanserine özgü görülen fonksiyon bozuklukları ile semptomların azaltılması ile yaşam kalitesinde değişiklik yaratılabileceği düşünülmektedir.

EORTC QOL-C30 ve EORTC QOL-BR23 yaşam kalitesi sonuçları birlikte incelendiğinde kansere bağlı ve meme kanserine özgü yaşam kalitesinde artış olduğu tespit edilmiştir. Ergoterapi temelli verilen PÇSE'nin, meme kanserli bireylerin yaşam kalitesinde artışa katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ergoterapi temelli uygulanan problem çözme stratejisi eğitiminin, meme kanseri evre 1 ve 2 hastası olan bireylerde ortaya çıkan aktivite performans problemlerini belirleme, ulaşılabilir ya da başarılabilir hedef belirleme, olası çözüm yollarının ergoterapi modelleri (KAPM) ışığında avantaj/dezavantajlarını inceleme, bir çözüm yoluna karar vererek aktivite için hareket planı oluşturma ve harekete geçilen problemin çözüm sürecinin değerlendirilmesinin etkili olduğu saptanmıştır. Müdahalenin meme kanserli bireylerin yorgunluk ve depresyon düzeyini azaltma, aktivite performansı ve memnuniyeti ile yaşam kalitesi

artırma yönünde pozitif kazançlar sağladığı görülmüştür. Bununla birlikte bireylerde görülen aktivite performans problemlerinin ergoterapi modeli yardımıyla bütüncül bir bakış açısıyla inceleme, çeşitli çözüm yolları için birey ve terapistle birlikte beyin fırtınası yapma fırsatı sağlamıştır. Çözüm yolu seçilerek uygulama fırsatı sağlayan bu yaklaşım ile bireyin performans problemine yönelik aktivite adaptasyonu yaparak adaptif stratejiler geliştirilmesine olanak vermiştir. Özellikle meme kanserli bireylerde aktivite performans problemlerinin ayrıntılı olarak değerlendirilmesi ve tespit edilen problemlere yönelik yapılacak rehabilitasyon alanında yapılacak değerlendirme ve kişi merkezli müdahalelere ihtiyaç vardır. Bizim çalışmamızın da bu alanda yapılacak olan çalışmalara ışık tutması beklenmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Meme kanserli bireylerde, uygulanan ergoterapi temelli PÇSE müdahalesinin etkisinin araştırıldığı çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Bireylerin günlük hayatlarındaki problem yaşadıkları aktivitelerin tespiti ve buna yönelik aktivite adaptasyonu, alternatif ve kompensatuar stratejilerin geliştirilmesi gibi çeşitli çözüm yollarını içeren ergoterapi temelli PÇSE'nin kansere bağlı oluşan fiziksel, duygusal ve bilişsel yorgunluğun azaltılmasında etkin bir yöntem olarak kullanılabileceği sonucuna varılmıştır.

-Ergoterapi temelli PÇSE, kişilerin performans problemi yaşadığı aktivitelerle ilgili bireysel başa çıkma becerileri üzerine daha fazla katkı sağlamaktadır. Bireylerin aktiviteye yönelik adaptif strateji geliştirmesiyle depresyon gibi negatif semptomların azaltılmasında etkin bir yöntem olarak kullanılabileceği görülmüştür.

- Meme kanserli bireyler daha çok ev işi yönetimi (temizlik yapmak-yemek yapmak vb.) gibi üretkenlik alanı aktiviteleri ile, kişisel bakım (giyinmek-banyo yapmak vb.) gibi kendine bakım alanındaki aktivitelerde problem yaşamaktadır. Serbest zaman alanındaki aktivitelerden ise sessiz ve aktif rekreasyon ile akraba ziyaretine gitmek gibi sosyalleşme aktivitelerinde performans problemi yaşamaktadır. Meme kanserli bireylere uygulanacak rehabilitasyon programında; bu performans alanlarındaki aktivitelere önem verilmelidir.

- Meme kanserli bireyler kendine bakım, üretkenlik (üretici-iş) ve serbest zaman alanındaki aktivite performans problemlerini KAPM ile gözden geçirilerek bir çözüm yoluna karar verip, daha çok aktivite için hareket planının oluşturulmasında aktivitenin başında veya sonunda yeni basamaklar eklemek ile yapılış yönteminde değişiklik yapmak gibi aktivitelere yönelik adaptif stratejiler geliştirmiştir. Bireyler, performans problemi tespit edilen aktivitelerin çözümünde adaptif stratejilerin geliştirilmesi dışında, aktivite basamaklarının planlanması, aktivitenin kaynaklarının bir araya getirilmesi ile yeni aktivite bulunması gibi farklı hareket planlarının tercih etmiştir. Tüm çözüm basamaklarının bireylerin problemlere karşı başa çıkma becerilerine katkı sağlayarak, performanslarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

PÇSE'nin bütüncül bakış açısına sahip ergoterapi modelleri ile birlikte meme kanserli bireylerde erken dönemlerden itibaren uygulanmasının, aktivite performans problemlerini azaltmada önemli bir yaklaşım olacağı düşünülmektedir.

- Bireylerde aktivite performans problemi odaklı, erişilebilir-uygulanabilir hedef belirlenmesi ve uygulanması gibi problem çözme stratejilerinin kullanıldığı ergoterapi yaklaşımları ile aktivite performans ve memnuniyetin de artış olmuştur. Meme kanserli bireylerin aktivite performanslarının artırılmasında ergoterapi temelli PÇSE'nin kullanımının uygun olacağı düşünülmektedir.

- Performans problemi yaşanan aktivitelere yönelik geliştirilen, ergoterapi temelli PÇSE uygulamalarında bireylerin adaptif stratejiler geliştirmesi ile yaşam kalitesini etkileyen semptom ve fonksiyonlarda azalma ile meme kanserli bireylerin yaşam kalitesi artmaktadır. Ergoterapi temelli PÇSE'nin bireylerin yaşam kalitesini olumlu etkileyeceği düşünülmektedir.

- Çalışmamızın limitasyonları, PÇSE sonrasında bireylerin gerçek yaşam çevrelerinde gözlem yapılarak davranışsal değişimlerinin izlenilmemiş olması ve fiziksel, sosyal, kurumsal ve kültürel çevresel faktörlerinin daha detaylı değerlendirilmemiş olması olduğunu düşünmekteyiz. Bu kapsamda meme kanserli bireylerde çevresel faktörlerin detaylı olarak incelendiği ve uygulanacak rehabilitasyon programlarının, performans problemleri görülen aktivitelerin tespiti ve çözümlenmesine yönelik ergoterapi temelli PÇSE uygulaması içermesi ile onkolojik rehabilitasyon alanında bilgi ve tecrübe sahibi olan interdisipliner bir ekiple oluşturulan çalışmalar yapılmasının bu alana katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın sonuçları; evre 1 ve 2 meme kanserli bireylerin performans problemi yaşadıkları aktiviteleri sırasıyla; üretkenlik, kendine bakım ve serbest zaman alanında olduğunu göstermiştir. Bu performans problemi olan aktivitelerin, bireylerde kansere bağlı yorgunluk, depresyon, aktivite performansı ve memnuniyeti ile yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır.

Ergoterapi temelli olarak uygulanan PÇSE yaklaşımı ile meme kanserli bireylerin performans problemlerini azaltmak için; gerçekçi ve başarılabılır hedef oluşturup, aktivite için hareket planı oluşturarak, adaptasyonlar geliştirilmesi ile çözüm yolu geliştirebildikleri ve süreci değerlendirebildikleri tespit edilmiştir. Sonuç olarak, meme kanserli bireylerde performans problemi yaşadıkları aktivitelere yönelik strateji geliştirilmesi ile aktivite performans ve memnuniyetinin artması, kansere bağlı yorgunluk ve depresyon seviyesinin azalması ile yaşam kalitesinin artması için ergoterapi temelli PÇSE'nin uygun bir yaklaşım olarak kullanılabileceği sonucuna varılmıştır.



7. KAYNAKLAR

1. Genova Cancer Fact Sheet: World Health Organization; 2015 [updated 2017; cited 2017 21 Ağustos]. 2015:[Available from: <http://www.who.int/cancer/en/>].
2. Haydaroğlu A, Bölükbaşı Y, Özşaran Z. Ege Üniversitesi'nde kanser kayıt analizleri: 34134 Olgunun değerlendirilmesi. Türk Onkoloji Dergisi. 2007;22(1):22-8.
3. Cancer Facts & Figures 2014: American Cancer Society; 2014 [updated 2014; cited 2017 23 Ağustos]. 2014:[Available from: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2014.html>].
4. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik Ankara: Özdemir Yayıncılık; 1994 Available from: <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-taramalari.html>.
5. Mourgues C, Gerbaud L, Leger S, Auclair C, Peyrol F, Blanquet M, et al. Positive and cost-effectiveness effect of spa therapy on the resumption of occupational and non-occupational activities in women in breast cancer remission: a French multicentre randomised controlled trial. European Journal of Oncology Nursing. 2014;18(5):505-11.
6. Huri M, Huri E, Kayıhan H, Altuntas O. Effects of occupational therapy on quality of life of patients with metastatic prostate cancer: a randomized controlled study. Saudi medical journal. 2015;36(8):954.
7. Tedavinin Mktou. Quality-Of-Life Assessment Of Applied Therapy To Breast Cancer Patients. 2013.
8. Sert F, Özşaran Z, Eser E, Alanyalı S, Haydaroğlu A, Aras A. Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, Van, Türkiye 2 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye 3 Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye. Eur J Breast Health. 2013;9:57-63.
9. E K. Kanser ve Kanser Hastalarına İlişkin Tutumların İncelenmesi [Yüksekisans Tezi]. Yayınlanmamış İstanbul Üniversitesi; 2010.
10. Cho J, Choi Ek, Kim SY, Shin DW, Cho BL, Kim Ch, et al. Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: a nationwide survey in Korea. Psycho-Oncology. 2013;22(10):2372-8.
11. Park JH, Park JH, Kim SG. Effect of cancer diagnosis on patient employment status: a nationwide longitudinal study in Korea. Psycho&Oncology. 2009;18(7):691-9.
12. Kromm EE, Smith KC, Singer RF. Survivors on cancer: the portrayal of survivors in print news. Journal of Cancer Survivorship. 2007;1(4):298-305.
13. Lyons KD, Hull JG, Kaufman PA, Li Z, Seville JL, Ahles TA, et al. Development and initial evaluation of a telephone-delivered, behavioral activation, and problem-solving treatment program to address functional goals

- of breast cancer survivors. *Journal of psychosocial oncology*. 2015;33(2):199-218.
14. Hopko DR, Cannity K, McIndoo CC, File AA, Ryba MM, Clark CG, et al. Behavior therapy for depressed breast cancer patients: Predictors of treatment outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2015;83(1):225-31.
 15. Şimşir Atalay N, Taflan Selçuk S, Ercidoğan Ö, Akkaya N, Sarsan A, Yaren A, et al. Meme Cerrahisi ve Aksiller Diseksiyon Uygulanan Meme Kanserli Hastalarda Üst Ekstremitte Problemlerinin Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*. 2011;14.
 16. Dominick SA, Natarajan L, Pierce JP, Madanat H, Madlensky L. Patient compliance with a health care provider referral for an occupational therapy lymphedema consult. *Supportive Care in Cancer*. 2014;22(7):1781-7.
 17. Lyons KD, Svensborn IA, Kornblith AB, Hegel MT. A Content Analysis of Functional Recovery Strategies of Breast Cancer Survivors. *OTJR: occupation, participation and health*. 2015;35(2):73-80.
 18. Newman RM. Re-defining one's occupational self 2 years after breast cancer: A case study. *Work*. 2013;46(4):439-44.
 19. Lyons KD, Erickson KS, Hegel MT. Problem-solving strategies of women undergoing chemotherapy for breast cancer. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2012;79(1):33-40.
 20. Hegel MT, Lyons KD, Hull JG, Kaufman P, Urquhart L, Li Z, et al. Feasibility study of a randomized controlled trial of a telephone-delivered problem-solving-occupational therapy intervention to reduce participation restrictions in rural breast cancer survivors undergoing chemotherapy. *Psycho-Oncology*. 2011;20(10):1092-101.
 21. Ruddon RW. *Cancer biology*: Oxford University Press; 2007.
 22. Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer statistics, 2014. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2014;64(1):9-29.
 23. Erdoğan B. Meme kanseri hastalarında vücut kitle indeksinin klinik özellikler ve sağkalım ile ilişkisi [Tıpta uzmanlık Tezi]: Ankara üniversitesi; 2015.
 24. Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 2000. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2000;50(1):7-33.
 25. Aşık A. Meme kanserli hastalarda meme koruyucu cerrahi ve modifiye radikal mastektomi ; yaşam kalitesine yönelik prospektif bir analiz. [Tıpta uzmanlık Tezi]: Dr. Lütfi Kırdar Kartal eğitim ve araştırma hastanesi; 2008.
 26. Nemoto T, Natarajan N, Bedwani R, Vana J, Murphy G. Breast cancer in the medial half. Results of 1978 National Survey of the American College of Surgeons. *Cancer*. 1983;51(8):1333-8.
 27. Kanyılmaz G, Aktan M, Yavuz BB, Koç M. Meme Kanserinde 5 Yıllık Tedavi Sonuçlarımız ve Prognostik Faktörler: Tek Merkez Deneyimi. *Selçuk Tıp Derg*. 2017;33(1):5-9.

28. Bray GA. Medical consequences of obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2004;89(6):2583-9.
29. de Azambuja E, McCaskill-Stevens W, Francis P, Quinaux E, Crown JP, Vicente M, et al. The effect of body mass index on overall and disease-free survival in node-positive breast cancer patients treated with docetaxel and doxorubicin-containing adjuvant chemotherapy: the experience of the BIG 02-98 trial. *Breast cancer research and treatment*. 2010;119(1):145-53.
30. Clarke CA, Glaser SL, West DW, Ereman RR, Erdmann CA, Barlow JM, et al. Breast cancer incidence and mortality trends in an affluent population: Marin County, California, USA, 1990–1999. *Breast cancer research*. 2002;4(6):R13.
31. Woodward WA, Strom EA, Tucker SL, McNeese MD, Perkins GH, Schechter NR, et al. Changes in the 2003 American Joint Committee on Cancer staging for breast cancer dramatically affect stage-specific survival. *Journal of clinical oncology*. 2003;21(17):3244-8.
32. Yılmaz H. Meme kanserli hastalarda lokal bölgesel nüks üzerine radyoterapi zamanlamasının prognostik faktör olarak araştırılması. 2008.
33. Patterson P, Moylan E, Bannon S, Salih F. Needs analysis of a cancer education program in south western Sydney. *Cancer nursing*. 2000;23(3):186-92.
34. Garip M. Meme kanseri nedeniyle opere olan hastalarda meme koruyucu cerrahi veya radikal mastektomi kararını etkileyen faktörler ve cerrahi türünün hasta üzerindeki etkileri. Uzmanlık tezi, Sağlık Bakanlığı Dr Lutfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul. 2008.
35. Eryıldız D. Gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezi'ne devam eden kronik şizofreni hastaları ile bir rehabilitasyon programına katılmayan kronik şizofreni hastalarının işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması. İstanbul2008.
36. Levasseur M, Desrosiers J, Tribble DS-C. Comparing the disability creation process and international classification of functioning, disability and health models. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2007;74(3_suppl):233-42.
37. Hemmingsson H, Jonsson H. An occupational perspective on the concept of participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health—some critical remarks. *American Journal of Occupational Therapy*. 2005;59(5):569-76.
38. Örgütü.(2004) DS. İşlevsellik, Yetiyitimi ve sağlığın Uluslararası sınıflandırılması. E. Kabakçı ve A. Göğüş ç, editor. Genova2001.
39. Watterson J, Lowrie D, Vockins H, Ewer-Smith C, Cooper J. Rehabilitation goals identified by inpatients with cancer using the COPM. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2004;11(5):219-25.
40. Huri M, Akel BS, Karayazgan S, Özdemir E. Hematopoetik Kök Hücre Nakli Yapılan Hastalarda Nöropsikolojik Fonksiyonların Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Ergoterapi*.53.

41. Brach M, Cieza A, Stucki G, Fussl M, Cole A, Ellerin B, et al. ICF Core Sets for breast cancer. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004;36(0):121-7.
42. Gilchrist LS, Galantino ML, Wampler M, Marchese VG, Morris GS, Ness KK. A framework for assessment in oncology rehabilitation. *Physical Therapy*. 2009;89(3):286-306.
43. de Boer MF, Pruyn JF, van den Borne B, Knegt PP, Ryckman RM, Verwoerd CD. Rehabilitation outcomes of long-term survivors treated for head and neck cancer. *Head & neck*. 1995;17(6):503-15.
44. Nagarajan R, Clohisy D, Neglia J, Yasui Y, Mitby P, Sklar C, et al. Function and quality-of-life of survivors of pelvic and lower extremity osteosarcoma and Ewing's sarcoma: the Childhood Cancer Survivor Study. *British Journal of Cancer*. 2004;91(11):1858.
45. Penfold SL. The role of the occupational therapist in oncology. *Cancer treatment reviews*. 1996;22(1):75-81.
46. Jacobsen PB, Thors CL, editors. *Fatigue in the radiation therapy patient: current management and investigations*. Seminars in radiation oncology; 2003: Elsevier.
47. Ahlberg K, Ekman T, Wallgren A, Gaston-Johansson F. Fatigue, psychological distress, coping and quality of life in patients with uterine cancer. *Journal of advanced nursing*. 2004;45(2):205-13.
48. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazici A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008;9(2):59-66.
49. Silver JK, Gilchrist LS. Cancer rehabilitation with a focus on evidence-based outpatient physical and occupational therapy interventions. *American journal of physical medicine & rehabilitation*. 2011;90(5):S5-S15.
50. Karayazgan S. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Aktivite, Aktivite performansı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin incelenmesi. 2013.
51. Wressle E. *Client participation in the rehabilitation process*. İsveç: Linköpings Üniversitesi; 2002.
52. Salar S. Omurilik yaralanması olan kişilerde çevresel faktörlerin toplumsal katılım ve yaşam memnuniyetine etkisi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2011.
53. Egner JR. *Cancer Rehabilitation: Principles and Practice*. JAMA. 2011;305(3):306-7.
54. Cooper J. Occupational therapy approach in symptom control. *Occupational therapy in oncology and palliative care*. 2006:27-39.
55. de Carvalho FN, Bergmann A, Koifman RJ. Functionality in women with breast cancer: the use of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Journal of physical therapy science*. 2014;26(5):721-30.

56. Şahin S, Akel S, Zarif M. Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care. Occupational Therapy-Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation: InTech; 2017.
57. Huri M, Huri E, Kayıhan H. Metastatik Prostat Kanserli Bireylerde Ergoterapinin İyi Olma Hali ve Duygu Durumu Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. Ergoterapi.71.
58. Trombly C. Anticipating the future: assessment of occupational function. The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association. 1993;47(3):253-7.
59. Huri M. Metastatik prsotat kanserli bireylerde ergoterapinin iyi olma hali veyaşam kalitesine olan etkisi [Doktora Tezi]: Hacettepe Üniversitesi; 2012.
60. Kielhofner G. The Canadian Model of Occupational Performance. In: Kielhofner G, editor. Conceptual Foundations of Occupational Therapy (3bs). Philadelphia: F.A. Davis Company; 2007. p. 94-109.
61. Clark FA, Parham D, Carlson ME, Frank G, Jackson J, Pierce D, et al. Occupational science: Academic innovation in the service of occupational therapy's future. American Journal of Occupational Therapy. 1991;45(4):300-10.
62. Weinstock-Zlotnick G, Hinojosa J. Bottom-up or top-down evaluation: Is one better than the other? American Journal of Occupational Therapy. 2004;58(5):594-9.
63. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The person-environment-occupation model : A transactive approach to occupational performance. Canadian Journal of Occupational Therapy. 1996; 63 (1):9-23.
64. Law MC, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko HJ, Pollock N. Canadian occupational performance measure: Canadian Association of Occupational Therapists Toronto; 1998.
65. Law M. Measurement In Occupational Therapy. In: Law M. BC, Dunn W.,, editor. Measuring Occupational Performance. U.S.A: Slack Incorporated; 2005. p. 3-21.
66. Strong S, Gruhl KR. Person-Environment-Occupation Model. In: C. Brown S, V.C., editor. Occupational Therapy in Mental Health Philadelphia: F.A. Davis Company; 2011. p. 31-46.
67. Law M, Polatajko H, Baptiste S, Townsend E. Core concepts of occupational therapy. Enabling occupation: An occupational therapy perspective. 1997:29-56.
68. Kudubeş AA. Çocuğun kansere bağlı yaşadığı yorgunluk ve hemşirelik bakımı. Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi. 2014;29(3).
69. Ünsal D, Atınç A, Bağrıaçık Ü, Akmansu M. Postmastektomi radyoterapi uygulanan meme kanserli olgularda gelişen yorgunluğun derecesi, serum sitokin ve leptin düzeyleri ile ilişkisi: Prospektif değerlendirme. Türk Onkoloji Dergisi. 2007;22(1):1-12.

70. King K, Nail LM, Kreamer K, Strohl R, Johnson J, editors. Patients' descriptions of the experience of receiving radiation therapy. *Oncology nursing forum*; 1985.
71. Carr D, Goudas L, Lawrence D, Pirl W, Lau J, DeVine D, et al. Management of cancer symptoms: pain, depression, and fatigue. *Evidence report/technology assessment*. 2002;61:368-74.
72. Gil KM, Mishel MH, Belyea M, Germino B, Porter LS, LaNey IC, et al., editors. Triggers of uncertainty about recurrence and long-term treatment side effects in older African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncology nursing forum*; 2004.
73. Thewes B, Butow P, Girgis A, Pendlebury S. The psychosocial needs of breast cancer survivors; a qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-Oncology*. 2004;13(3):177-89.
74. Cappiello M, Cunningham RS, Tish Knobf M, Erdos D. Breast cancer survivors: information and support after treatment. *Clinical nursing research*. 2007;16(4):278-93.
75. Onat A, Surdum-Avci G, Senocak M, Ornek E, Gözükaray Y. Plasma lipids and their interrelationship in Turkish adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1992;46(5):470-6.
76. Ünal H. Meme kanserinin cerrahi tedavisi. Serdengeçti S, Demir G, editörler Güncel Klinik Onkoloji Sempozyum Dizisi. 2003(37):169-77.
77. Dodd MJ, Miaskowski C, Paul SM, editors. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology nursing forum*; 2001.
78. Given CW, Given B, Azzouz F, Kozachik S, Stommel M. Predictors of pain and fatigue in the year following diagnosis among elderly cancer patients. *Journal of pain and symptom management*. 2001;21(6):456-66.
79. Dali İhha, Hemşireliği O. Meme Kanseri Hastalarında Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi.
80. Dimeo F, Rumberger BG, Keul J. Aerobic exercise as therapy for cancer fatigue. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 1998;30:475-8.
81. Dimeo F, Stieglitz R-D, Novelli-Fischer U, Fetscher S, Mertelsmann R, Keul J. Correlation between physical performance and fatigue in cancer patients. *Annals of Oncology*. 1997;8(12):1251-5.
82. Kuebler KK, Heidrich DE, Esper P. Palliative & end-of-life care: Clinical practice guidelines: Elsevier Health Sciences; 2007.
83. Okuyama T, Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Shima Y, Maruguchi M, et al. Development and validation of the cancer fatigue scale: a brief, three-dimensional, self-rating scale for assessment of fatigue in cancer patients. *Journal of pain and symptom management*. 2000;19(1):5-14.
84. Schneider RA. Reliability and validity of the Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20) and the Rhoten Fatigue Scale among rural cancer outpatients. *Cancer nursing*. 1998;21(5):370-3.

85. Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, Weiss MC, Slaughter RE, Paul SM, editors. The revised Piper Fatigue Scale: psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncology nursing forum*; 1998.
86. Smets E, Garssen B, Bonke Bd, De Haes J. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal of psychosomatic research*. 1995;39(3):315-25.
87. Andrykowski MA, Curran SL, Lightner R. Off-treatment fatigue in breast cancer survivors: a controlled comparison. *Journal of behavioral medicine*. 1998;21(1):1-18.
88. Gallagher J, Parle M, Cairns D. Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *British journal of health psychology*. 2002;7(3):365-76.
89. Kissane DW, Grabsch B, Love A, Clarke DM, Bloch S, Smith GC. Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004;38(5):320-6.
90. Çevik A, Volkan VD. Depresyonun psikodinamik etiyojisi. *Depresyon Monografaları Serisi 3*. 1993:109-22.
91. Güler D. Mastalji, yaşam kalitesi ve depresyon. İstanbul2006.
92. Güleç C. Affektif bozuklukların yaygınlığı ve bu konudaki tutumlar üzerine sağlık örgütlenişinin etkisini araştıran bir çalışma. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1981.
93. Bland RC. Epidemiology of affective disorders: a review. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 1997;42(4):367-77.
94. Kaya B, Kaya M. 1960'lerden Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*. 2007;10 (Ek 6):3-10.
95. Kılınç S, Torun F. Türkiye'de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*. 2011; 86(1):39-47.
96. Küey L. Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*. 1998;1:5-12.
97. Amir M, Ramati A. Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. *Journal of Anxiety Disorders*. 2002;16(2):191-206.
98. Peuckmann V, Ekholm O, Rasmussen NK, Møller S, Groenvold M, Christiansen P, et al. Health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark. *Breast cancer research and treatment*. 2007;104(1):39.
99. Kärki A, Simonen R, Mälkiä E, Selfe J. Impairments, activity limitations and participation restrictions 6 and 12 months after breast cancer operation. *Journal of rehabilitation medicine: official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2005;37(3):180-8.
100. Spence RR, Heesch KC, Brown WJ. Exercise and cancer rehabilitation: a systematic review. *Cancer treatment reviews*. 2010;36(2):185-94.

101. Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gulhane Medical Journal*. 2011;53(4).
102. Skär L, Tamm M. Disability and social network. A comparison between children and adolescents with and without restricted mobility. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 2002;4(2):118-37.
103. Urish C, Jacobs B. Families living with mental illness. In: Brown C, Stoffel , VC., editor. *Occupational Therapy in Mental Health*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2011. p. 415-32.
104. Svensson AB, Tommy. Health, the body and occupational therapy. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2000;7(1):26-32.
105. Law M, Baptiste S, Carswel A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. *Canadian Occupational Performance Measure*. CAOT Publications ACE. 2005.
106. Weintraub N, Rot I, Shoshani N, Pe'er J, Weintraub M. Participation in daily activities and quality of life in survivors of retinoblastoma. *Pediatric blood & cancer*. 2011;56(4):590-4.
107. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C. Yaşam Kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *3P Dergisi (Ek 2)*. 1999:3-66.
108. Patrick DL, Erickson P. *Health status and health policy*. NewYork: Oxford University Press. 1993.
109. Cella DF. Measuring quality of life in palliative care. *Oncology*. 1995;22:73-81.
110. Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y. Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999;2(4):173-8.
111. Calman KC. Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *Journal of medical ethics*. 1984;10(3):124-7.
112. Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama hastanesi'nde çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısının belirlenmesi. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2007.
113. Küçükdeveci A. Rehabilitasyonda yaşam kalitesi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2005;51 özel EkB:23-9.
114. Öksüz Ç. Nöromusküler hastalarda ergoterapi yaklaşımlarının aktivite ve toplumsal katılım düzeyine etkisi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2009.
115. Yücel H. Evde ve huzurevindeki yaşlılarda çok amaçlı aktivite eğitiminin etkinliğinin karşılaştırılması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2008.
116. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *Bmj*. 1992;305(6861):1074-7.
117. Bleakley K, Stinson M. Complementary and alternative therapies: do they improve quality of life for women with breast cancer? *Physical Therapy Reviews*. 2011;16(2):96-105.

118. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *Journal of Clinical Oncology*. 2009;28(3):445-52.
119. Gerber LH, Stout NL, Schmitz KH, Stricker CT. Integrating a prospective surveillance model for rehabilitation into breast cancer survivorship care. *Cancer*. 2012;118(S8):2201-6.
120. Uçar T. Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi: İnönü Üniversitesi; 2008.
121. Çavdar İ. Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. *Meme sağlığı dergisi*. 2006;2(2):64-6.
122. Okanlı A. Kadınlarda mastektominin psikososyal etkileri. *Journal of Human Sciences*. 2006;1(1).
123. Huri M, Akel BS, Şahin S. Rehabilitation of Patients with Prostate Cancer. *Prostate Cancer-Leading-edge Diagnostic Procedures and Treatments: InTech*; 2016.
124. Eser E, Lagarlı T, Baydur H, Akkurt V, Akkus H, Arslan E, et al. EUROHIS (WHOQOL-8. Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki psikometrik özellikleri. *Turkish Journal of Public Health*. 2010;8(3):136.
125. Fayers P, Bottomley A, Group EQoL. Quality of life research within the EORTC—the EORTC QLQ-C30. *European Journal of Cancer*. 2002;38:125-33.
126. Cocks K, King M, Velikova G, De Castro G, St-James MM, Fayers P, et al. Evidence-based guidelines for interpreting change scores for the European Organisation for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30. *European journal of cancer*. 2012;48(11):1713-21.
127. Michels FAS, Latorre MdrDd, Maciel MdS. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2013;16(2):352-63.
128. Butow PN, Phillips F, Schweder J, White K, Underhill C, Goldstein D. Psychosocial well-being and supportive care needs of cancer patients living in urban and rural/regional areas: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*. 2012;20(1):1-22.
129. Robertson L, Griffiths S. Problem solving in occupational therapy. *Clinical reasoning in occupational therapy Pondicherry: Wiley-Blackwell*. 2012:1-14.
130. Romsaas EP, Rosa SA. Occupational therapy intervention for cancer patients with metastatic disease. *American Journal of Occupational Therapy*. 1985;39(2):79-83.
131. Pergolotti M, Williams GR, Campbell C, Munoz LA, Muss HB. Occupational therapy for adults with cancer: why it matters. *The oncologist*. 2016;21(3):314-9.

132. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, et al. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *The Diabetes Educator*. 2017;43(1):40-53.
133. Fritz H. The influence of daily routines on engaging in diabetes self-management. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2014;21(3):232-40.
134. Haltiwanger EP. Effect of a group adherence intervention for Mexican-American older adults with type 2 diabetes. *American Journal of Occupational Therapy*. 2012;66(4):447-54.
135. Sokol-McKay DA. Occupational Therapy's Role in Diabetes Self-Management 2017: The American Occupational Therapy Association; 2011 [cited 2017]. Available from: <https://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/HW/Facts/Diabetes%20fact%20sheet.pdf>.
136. Youngson A, Cole F, Wilby H, Cox D. The lived experience of diabetes: Conceptualisation using a metaphor. *British Journal of Occupational Therapy*. 2015;78(1):24-32.
137. Wilkinson A, Whitehead L, Ritchie L. Factors influencing the ability to self-manage diabetes for adults living with type 1 or 2 diabetes. *International journal of nursing studies*. 2014;51(1):111-22.
138. Majeed-Ariss R, Jackson C, Knapp P, Cheater FM. British-Pakistani women's perspectives of diabetes self-management: the role of identity. *Journal of clinical nursing*. 2015;24(17-18):2571-80.
139. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2013;12(1):14.
140. Trento M, Passera P, Borgo E, Tomalino M, Bajardi M, Cavallo F, et al. A 5-year randomized controlled study of learning, problem solving ability, and quality of life modifications in people with type 2 diabetes managed by group care. *Diabetes care*. 2004;27(3):670-5.
141. Pyatak EA. The role of occupational therapy in diabetes self-management interventions. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2011;31(2):89-96.
142. Vockins H. Occupational therapy intervention with patients with breast cancer: a survey. *European journal of cancer care*. 2004;13(1):45-52.
143. Hill-Briggs F, Gemmell L. Problem Solving in Diabetes Self-management and Control A Systematic Review of the Literature. *The Diabetes Educator*. 2007;33(6):1032-50.
144. Schumann KP, Sutherland JA, Majid HM, Hill-Briggs F. Evidence-based behavioral treatments for diabetes: problem-solving therapy. *Diabetes Spectrum*. 2011;24(2):64-9.

145. Educators AAoD. Problem Solving: American Association of Diabetes Educators; 2017 [cited 2017 03.08.17]. Available from: <https://www.diabeteseducator.org/patient-resources/aade7-self-care-behaviors/problem-solving>.
146. D'Zurilla T, Chang, EC The relations between social problem solving and coping Cognitive Therapy and Research. 1995 19 547-62.
147. Whipple JL, Lambert MJ, Vermeersch DA, Smart DW, Nielsen SL, Hawkins EJ. Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology*. 2003;50(1):59.
148. Bennett K. Learning Problem-Solving Strategies in Virtual Worlds that Encourage People to Respect Human Rights. Integrating an Awareness of Selfhood and Society into Virtual Learning: IGI Global; 2017. p. 123-44.
149. Hill-Briggs F, Lazo M, Peyrot M, Doswell A, Chang Y-T, Hill MN, et al. Effect of problem-solving-based diabetes self-management training on diabetes control in a low income patient sample. *Journal of general internal medicine*. 2011;26(9):972.
150. Walsh M, Bailey PH, Koren I. Objective structured clinical evaluation of clinical competence: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(8):1584-95.
151. Kröz M, Zerm R, Reif M, Von Laue H, Schad F, Büssing A, et al. Validation of the German version of the Cancer Fatigue Scale (CFS-D). *European Journal of cancer care*. 2008;17(1):33-41.
152. Charalambous A, Kaite C, Constantinou M, Kouta C. Translation and validation of the Cancer-Related Fatigue Scale in Greek in a sample of patients with advanced prostate cancer. *BMJ open*. 2016;6(12):e011798.
153. Montazeri A HS, Ebrahimi M. . The Cancer Fatigue Scale (CFS): translation and Validation Study of the Iranian Version. . *Qual Life Res* 2005;14: 2132.
154. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*. 1988;6(22):118-26.
155. Seber G, Dilnaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. Umutsuzluk ölçeği:geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz dergisi*. 1993:139-42.
156. http://www.psikiyatripsikoterapi.com/test_1_action.asp. Simurg Psikiyatri Psikoterapi: Simurg Psikiyatri Psikoterapi; 2007 [cited 2015 1 Mayıs].
157. Law M. The environment: A focus for occupational therapy. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 1991.
158. Christiansen CH, Baum CM, Bass-Haugen J. Occupational therapy: Performance, participation, and well-being: Slack Incorporated; 2014.
159. Torpil B. Multipl Skleroz'lu Bireylerde Kanada Aktivite Performans Ölçümü'nün Türkçe Kültürel Adaptasyonu, Geçerlilik ve Güvenilirliği: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.

160. Cup EH, Scholte op Reimer W, Thijssen MC, van Kuyk-Minis M. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clinical rehabilitation*. 2003;17(4):402-9.
161. Pan AW, Chung L, Hsin-Hwei G. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure for clients with psychiatric disorders in Taiwan. *Occupational therapy international*. 2003;10(4):269-77.
162. Law M, Polatajko H, Pollock N, Mccoll MA, Carswell A, Baptiste S. Pilot testing of the Canadian Occupational Performance Measure: clinical and measurement issues. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1994;61(4):191-7.
163. Chen YH, Rodger S, Polatajko H. Experiences with the COPM and client-centred practice in adult neurorehabilitation in Taiwan. *Occupational therapy international*. 2002;9(3):167-84.
164. Colquhoun H, Letts L, Law M, MacDermid J, Edwards M. Feasibility of the Canadian Occupational Performance Measure for routine use. *British Journal of Occupational Therapy*. 2010;73(2):48-54.
165. Pollock N, Baptiste S, Law M, McColl MA, Opzoomer A, Polatajko H. Occupational performance measures: a review based on the guidelines for the client-centred practice of occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1990;57(2):77-81.
166. Beser Ng, Öz F. Kemoterapi Alan Lenfomali Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi.
167. Beser N. Öz F. Kemoterapi alan lenfomali hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi C Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2003;7:47-58.
168. Ataman F, Songür N, Ay S, Kaya Ş, Bottomley A, editors. EORTC QLQ-C30 ve QLQ-LC13-Türkçe Versiyonu'nun Akciğer Kanseri Hastalarda Uygulanması: QLQ-LC13 Trans-kültürel Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi ". *Proceedings of the TÜSAD 30th National Congress*", Bodrum, Turkey; 2008.
169. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. The EORTC breast cancer-specific quality of life questionnaire (EORTC QLQ-BR23): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*. 2000;9(2):177-84.
170. Demirci S, Eser E, Ozsaran Z, Tankisi D, Aras AB, Ozaydemir G, et al. Validation of the Turkish versions of EORTC QLQ-C30 and BR23 modules in breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011;12(5):1283-7.
171. Corbin J, Strauss A. Grounded theory research: Procedures, canons and evaluative criteria. *Zeitschrift für Soziologie*. 1990;19(6):418-27.
172. Aslan FE, Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2007;3:63-8.

173. Subaşı HG, Yıldız HN, Tekin S. Kanser Hastalarının Bakımıyla İlgilenen Yakınlarının Umut Düzeylerinin İncelenmesi. *Journal of Turkish Educational Sciences*. 2016;14(2).
174. Holick CN, Newcomb PA, Trentham-Dietz A, Titus-Ernstoff L, Bersch AJ, Stampfer MJ, et al. Physical activity and survival after diagnosis of invasive breast cancer. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2008;17(2):379-86.
175. Irwin ML, McTiernan A, Bernstein L, Gilliland FD, Baumgartner R, Baumgartner K, et al. Physical activity levels among breast cancer survivors. *Medicine and science in sports and exercise*. 2004;36(9):1484.
176. Terry MB, Gammon MD, Zhang FF, Tawfik H, Teitelbaum SL, Britton JA, et al. Association of frequency and duration of aspirin use and hormone receptor status with breast cancer risk. *Jama*. 2004;291(20):2433-40.
177. Harris RE, Chlebowski RT, Jackson RD, Frid DJ, Ascenseo JL, Anderson G, et al. Breast cancer and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Cancer Research*. 2003;63(18):6096-101.
178. Bouknight RR, Bradley CJ, Luo Z. Correlates of return to work for breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*. 2006;24(3):345-53.
179. Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of clinical oncology*. 2000;18(4):743-.
180. Berger AM, Gerber LH, Mayer DK. Cancer-related fatigue. *Cancer*. 2012;118(S8):2261-9.
181. Broeckel JA, Jacobsen PB, Horton J, Balducci L, Lyman GH. Characteristics and correlates of fatigue after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 1998;16(5):1689-96.
182. Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Ganz PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute*. 2000;92(17):1422-9.
183. Smets E, Garssen B, Cull A, De Haes J. Application of the multidimensional fatigue inventory (MFI-20) in cancer patients receiving radiotherapy. *British journal of cancer*. 1996;73(2):241-5.
184. McNeely ML, Campbell KL, Rowe BH, Klassen TP, Mackey JR, Courneya KS. Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*. 2006;175(1):34-41.
185. Schwartz AL, Mori M, Gao R, NAIL LM, KING ME. Exercise reduces daily fatigue in women with breast cancer receiving chemotherapy. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2001;33(5):718-23.
186. Network NCC. Breast cancer Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*. 2003;1(2):148.

187. Sahler OJZ, Varni JW, Fairclough DL, Butler RW, Noll RB, Dolgin MJ, et al. Problem-solving skills training for mothers of children with newly diagnosed cancer: A randomized trial. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2002;23(2):77-86.
188. Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniv Tıp Derg*. 2011;27(3):149-53.
189. Sloman R. Relaxation and imagery for anxiety and depression control in community patients with advanced cancer. *Cancer Nursing*. 2002;25(6):432-5.
190. Molassiotis A. A pilot study of the use of progressive muscle relaxation training in the management of post-chemotherapy nausea and vomiting. *European Journal of Cancer Care*. 2000;9(4):230-4.
191. Lyons M, Orozovic N, Davis J, Newman J. Doing-being-becoming: occupational experiences of persons with life-threatening illnesses. *American Journal of Occupational Therapy*. 2002;56(3):285-95.
192. Kielhofner G. *Conceptual foundations of occupational therapy practice*: FA Davis; 2009.
193. Haskell WL, Lee I-M, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116(9):1081.
194. Taylor K, Currow D. A prospective study of patient identified unmet activity of daily living needs among cancer patients at a comprehensive cancer care centre. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2003;50(2):79-85.
195. Guadagnoli E, Mor V. Daily living needs of cancer outpatients. *Journal of Community Health*. 1991;16(1):37-47.
196. Lee I-M. Physical activity and cancer prevention--data from epidemiologic studies. *Medicine and science in sports and exercise*. 2003;35(11):1823-7.
197. BOOG K. 12 The Use of Creativity as a Psychodynamic Activity. *Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care*. 2006:175.
198. Carswell A, McColl MA, Baptiste S, Law M, Polatajko H, Pollock N. The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2004;71(4):210-22.
199. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 2010;3:197-225.
200. Dobson KS. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*: Guilford Press; 2009.
201. Mishel MH, Belyea M, Germino BB, Stewart JL, Bailey DE, Robertson C, et al. Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects. *Cancer*. 2002;94(6):1854-66.
202. Allen SM, Shah AC, Nezu AM, Nezu CM, Ciambrone D, Hogan J, et al. A problem-solving approach to stress reduction among younger women with breast carcinoma. *Cancer*. 2002;94(12):3089-100.

203. Whelan TJ, Levine M, Julian J, Kirkbride P, Skingley P. The effects of radiation therapy on quality of life of women with breast carcinoma. *Cancer*. 2000;88(10):2260-6.
204. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 1993;85(5):365-76.
205. Hinz A, Mehnert A, Degi C, Reissmann D, Schotte D, Schulte T. The relationship between global and specific components of quality of life, assessed with the EORTC QLQ-C30 in a sample of 2019 cancer patients. *European journal of cancer care*. 2017;26(2).
206. Arslan S. Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2003;6(3).
207. Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Türkiyede Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması. *International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*. 2008;18(1).
208. Tan ML, Idris DB, Teo LW, Loh SY, Seow GC, Chia YY, et al. Validation of EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23 questionnaires in the measurement of quality of life of breast cancer patients in Singapore. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 2014;1(1):22.
209. Zanalıoğlu Y, Atahan K, Gür S, Çökmez A, Tarcan E. Effect of breast conserving surgery in quality of life in breast cancer patients. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*. 2009;5(3).
210. Zeng Y, Huang M, Cheng AS, Zhou Y, So WK. Meta-analysis of the effects of exercise intervention on quality of life in breast cancer survivors. *Breast Cancer*. 2014;21(3):262-74.
211. Arora NK, Gustafson DH, Hawkins RP, McTavish F, Cella DF, Pingree S, et al. Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma. *Cancer*. 2001;92(5):1288-98.
212. Berglund G, Bolund C, Fornander T, Rutqvist LE, Sjöden P-O. Late effects of adjuvant chemotherapy and postoperative radiotherapy on quality of life among breast cancer patients. *European Journal of Cancer and Clinical Oncology*. 1991;27(9):1075-81.

8. EKLER

EK 1: Tez Çalışması için Etik Kurul Onayı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-20

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 06.01.2016 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2016/01
Proje No : GO 15/730 (Değerlendirme Tarihi:02.12.2015)
Karar No : GO 15/730 - 18

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Mine UYANIK'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Uzm.Fzt.Sedef ŞAHİN'in tezi olan GO 15/730 kayıt numaralı ve "Meme Kanserinde Ergoterapi Müdahalesinin Etkinliği" başlıklı proje önerisi araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan) | 9 Prof. Dr. Rahime Nohutçu (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye) | 10. Prof. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara (Üye) | 11. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevdâ F. Müftüoğlu (Üye) | 12. Prof. Dr. Leyla Dinç (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer (Üye) | 13. Prof. Dr. Hatice Doğan Buzoğlu (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye) | 14. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ali Düzova (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Levent Akın (Üye) | 16. Av. Meltem Onurlu (Üye) |

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:

EK 2: Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Hasta Grubu)

(Araştırmacının Beyanı)

Çalışmanın ismi 'Meme Kanseri Ergoterapi Müdahalesinin Etkinliği'

Sizin de bu çalışmaya katılmanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğinizi önceden bildirmeniz uygun olacaktır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu çalışmada size bazı değerlendirmeler uygulanacaktır. Bunlardan birincisi; problem yaşadığınız aktiviteleri belirlemenizi isteyeceğiz. Sonrasında da belirlediğiniz aktivitelerin sizin için daha kolay uygulanabilmesini sağlamak amacıyla size aktivite eğitimi uygulanacak, bunların uygulanmasının yanı sıra yaşam memnuniyetinizi, yorgunluğunuzu, psikolojik durumunuzu değerlendiren bazı testler uygulanacaktır. Sizden bu çalışmaya katılmanız için herhangi bir ücret istenmeyecektir. Aynı zamanda çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırma davet edilmenizin sebebi Meme Kanseri tanısı almış olmanızdır. Çalışma Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümünde yapılacaktır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz sizi Prof. Dr. Mine Uyanık ve Uzm. Fzt.Sedef Şahin değerlendirecektir. Değerlendirme kayıtlarınız kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bunun dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Sizin ile ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Değerlendirme sırasında oluşabilecek riskler: Düşünülen herhangi bir risk bulunmamaktadır. Fakat kişiyi etkileyen en ufak bir olumsuzlukta çalışma sonlandırılacaktır.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Prof. Dr. Mine Uyanık ve Uzm.Fzt.Sedef Şahin tarafından Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak katılmam konusunda iznim istendi.

Eğer bu araştırmaya katılmayı kabul edersem, fizyoterapist 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 bana ait bilgilerin 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 bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)*

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte Prof. Dr. Mine Uyanık'ı 0532 626 7667 no'lu telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana 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" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen uzman

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza

EK 3: Vaka örneği-P.K

Demografik Özellikler	<ul style="list-style-type: none">✓ 49 yaş,✓ Bekar,✓ Üniversite Mezunu,✓ Memur✓ Evre 1 hastası (Sol meme),✓ 4.ay (teşhis konulduktan sonra geçen süre),✓ 3.Kür tedavi almış,✓ İlaç kullanıyor (tedaviye yönelik ilaçlar ve antidepresan)✓ Çalışmaya ara vermiş		
Kanada Aktivite Performans Modeli (KAPM)			
Kişi Fiziksel Duygusal Bilişsel Manevi	Kas kuvveti, Normal Eklem Hareket açıklığı üst ekstremitte fonksiyon kullanımını için yeterli, mobilite de bağımsız, yorgunluk hissediyor Depresyon bulgusu var, duygusal, duygu durum kontrolü zayıf Bilişsel fonksiyonları günlük yaşam aktivitelerini bağımsız sürdürebilecek düzeyde İyileşeceğine dair inancı yüksek, işlemiş olduğu bir suç nedeniyle, hastalığın başına geldiğini düşünüyor bu yüzden kendisini ‘ ne yaptım ben’ diye sürekli sorguluyor		
Aktivite Kendine Bakım Üretkenlik Serbest Zaman	Genel de aktivitelerinde bağımsız, bazen kardeşinden yardım alıyor Kendine bakım (krem sürme, makyaj yapma, saç yapma, oje sürme) aktiviteleri ile gün içinde birden fazla çeşitte kıyafet giyip çıkarma aktivitelerini seviyor Tedavi nedeniyle işe devam edemiyor, bir an önce işe geri dönmek istiyor, Mutfak işlerine ilgili, evde aile bireyleri arasında görev dağılımı var, bulaşık yıkama ve sulu yemek pişirme (çorba gibi) görevleri kendine ait Enerjik-dışa dönük-sosyal aktiviteler yapmaktan hoşlanıyor (sinemaya gitmek, arkadaşları ile dışarıda buluşmak, milangolara katılmak), profesyonel olarak tango yapmaktadır		
Çevre Fiziksel Kültürel Sosyal Kurumsal	Ev ortamı çok rahat olduğunu söylüyor ve kendini güvende hissediyor Kardeşi ile birlikte annelerine ev işlerinde yardım etmek için görev dağılımı yapmışlar Çok fazla arkadaşı var, fakat tedavi nedeniyle birçoğu ile görüşmüyor İşe devam etmiyor, hastaneye ve Ergoterapi bölümüne tedavi için belirli aralıklarda geliyor		
Kanada Aktivite Performans Ölçümü	<table border="1"><tr><td><ol style="list-style-type: none">1. Ağır ve dar kollu kaban giyinmekte zorluk2. Saçını ovalayarak durulamakta zorluk3. Çorba pişirirken karıştırmakta zorluk4. Tango Dansı tutuş pozisyonunu alarak, ortalama 3 dakikalık şarkı boyunca pozisyonu korumakta zorluk5. Arkadaşlarıyla birlikte sosyal faaliyetlere katılmakta zorluk</td><td>Aktivitelerin Kodlanması<ol style="list-style-type: none">1. Üst Gövde Giyinme (Kendine Bakım Aktivitesi)2. Banyo Yapma (Kendine Bakım Aktivitesi)3. Yemek Pişirme (Üretkenlik Aktivitesi)4. Tango Yapma (Serbest Zaman Aktivitesi)5. Arkadaşları ile buluşma (Serbest Zaman Aktivitesi)</td></tr></table>	<ol style="list-style-type: none">1. Ağır ve dar kollu kaban giyinmekte zorluk2. Saçını ovalayarak durulamakta zorluk3. Çorba pişirirken karıştırmakta zorluk4. Tango Dansı tutuş pozisyonunu alarak, ortalama 3 dakikalık şarkı boyunca pozisyonu korumakta zorluk5. Arkadaşlarıyla birlikte sosyal faaliyetlere katılmakta zorluk	Aktivitelerin Kodlanması <ol style="list-style-type: none">1. Üst Gövde Giyinme (Kendine Bakım Aktivitesi)2. Banyo Yapma (Kendine Bakım Aktivitesi)3. Yemek Pişirme (Üretkenlik Aktivitesi)4. Tango Yapma (Serbest Zaman Aktivitesi)5. Arkadaşları ile buluşma (Serbest Zaman Aktivitesi)
<ol style="list-style-type: none">1. Ağır ve dar kollu kaban giyinmekte zorluk2. Saçını ovalayarak durulamakta zorluk3. Çorba pişirirken karıştırmakta zorluk4. Tango Dansı tutuş pozisyonunu alarak, ortalama 3 dakikalık şarkı boyunca pozisyonu korumakta zorluk5. Arkadaşlarıyla birlikte sosyal faaliyetlere katılmakta zorluk	Aktivitelerin Kodlanması <ol style="list-style-type: none">1. Üst Gövde Giyinme (Kendine Bakım Aktivitesi)2. Banyo Yapma (Kendine Bakım Aktivitesi)3. Yemek Pişirme (Üretkenlik Aktivitesi)4. Tango Yapma (Serbest Zaman Aktivitesi)5. Arkadaşları ile buluşma (Serbest Zaman Aktivitesi)		
Problem Çözme Stratejisi Eğitimi (PÇSE)			
Problemlerin belirlenmesi	<ol style="list-style-type: none">1. Ağır ve dar kollu kaban giyinmekte zorluk2. Saçını ovalayarak durulamakta zorluk3. Çorba pişirirken karıştırmakta zorluk4. Tango Dansı tutuş pozisyonunu alarak, ortalama 3 dakikalık şarkı boyunca pozisyonu korumakta zorluk5. Arkadaşlarıyla birlikte sosyal faaliyetlere katılmakta zorluk		

<p>Problemin çözümüne yönelik ölçülebilir-gerçekçi-başarılabilir hedef belirlenmesi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. İsteddiği kabanı giyinme 2. Saçını ovalayarak yıkama 3. Çorbayı yeterli kıvama gelinceye kadar karıştırarak pişirme 4. Tango dansı tutuş pozisyonunda ritme uygun olarak 3 dakika şarkıda dans edebilme 5. Arkadaşlarıyla birlikte uzun kahvaltıya (brunch) katılma
<p>Çözüm yollarının avantaj ve dezavantajlarını göz önünde bulundurarak beyin fırtınası (KAPM ile) yapma</p>	<p>1. Aktivitenin Çözüm Yolları; (İsteddiği kabanı giyinme)</p> <p>a) Geniş kollu kaban giyinme Avantaj: Kolay giyerim Dezavantaj: Estetik bulmuyorum</p> <p>b) Hafif kaban giyinme Avantaj: Kolay giyerim Dezavantaj: Tarzıma uygun değil</p> <p>c) Geniş kollu ve hafif kaban giyinme Avantaj: Kolay giyerim Dezavantaj: Estetik bulmuyorum</p> <p>d) Uzanarak giyinme Avantaj: İsteddiğimi giyebilirim Dezavantaj: Dışarıda tekrar giyemem</p> <p>e) Askıya takarak giyinme Avantaj: İsteddiğimi giyebilirim Dezavantaj: Dışarıda tekrar giyemem- Ağrım olur</p> <p>f) Kaslarımı kuvvetlendiririm Avantaj: Her işimi daha rahat yapabilirim Dezavantaj: Ağrım olur-Uzun sürer- kesin sonuç elde edip etmeyeceğimi bilmiyorum</p>
	<p>2. Aktivitenin Çözüm Yolları; (Saçını ovalayarak yıkama)</p> <p>a) Eğilerek yıkama Avantaj: Daha az enerji harcarım, kol-omuz ağrım az olur Dezavantaj: Belim ağrıyabilir</p> <p>b) Uzun saplı fırça kullanma Avantaj: Daha az enerji harcarım, kol-omuz ağrım az olur Dezavantaj: Yavaş yıkarım, tam durulayamayabilirim</p> <p>c) Başkasından yardım alarak yıkama Avantaj: Az enerji harcarım Dezavantaj: Her zaman birisini bulamam, utanırım</p> <p>d) Kuaföre gitme Avantaj: Saçım güzel ve bakımlı olur Dezavantaj: Maddi olarak fazla gelebilir, her zaman istediğimde gitmem zor olabilir, sürekli gitmeye zaman bulamayabilirim</p>
	<p>3. Aktivitenin Çözüm Yolları; (Çorbayı yeterli miktarda kıvama gelinceye kadar pişirme)</p> <p>a) Oturarak karıştırma Avantaj: Daha az yorulurum, kolumu rahat tutabilirim Dezavantaj: Görmediğim için kıvamını tam bilemeyebilirim, taşırayabilirim, kendime zarar verebilirim</p> <p>b) Başkasından yardım isteme Avantaj: Daha az enerji harcarım, yorulmam Dezavantaj: Her zaman birisini bulamam, başkasına muhtaç olurum</p> <p>c) Kısa aralıklı molalar verme Avantaj: Daha az yorulurum, ağrımı kontrol edebilirim Dezavantaj: Çorbayı taşırayabilirim, kıvamını tutturamayabilirim</p> <p>d) Kas kuvvetlendirme Avantaj: Genel aktivitelerime yansır, daha uzun süre alan yemekleri daha az yorularak yapabilirim</p>

	<p>Dezavantaj: Ağrım olur-Uzun sürer- kesin sonuç elde edip etmeyeceğimi bilmiyorum</p> <p>e) Otomatik yemek karıştırıcı kullanma</p> <p>Avantaj: Daha az enerji harcarım, yorulmam, çabuk yaparım</p> <p>Dezavantaj: Bütçemi aşabilir, bulunması zor olabilir</p>		
	<p>4. Aktivitenin Çözüm Yolları; (Tango dansı tutuş pozisyonunda ritme uygun olarak 3 dakika şarkıda dans edebilme)</p> <p>a) Kapalı tutuşa geçme</p> <p>Avantaj: Bu dans pozisyonunu alabilirim</p> <p>Dezavantaj: Çok sık tercih ettiğim duruş değil, güzel gözükmüyor</p> <p>b) Daha kısa boylu bir partner ile dans etme</p> <p>Avantaj: Kol hareketlerini daha kolay yapabilirim</p> <p>Dezavantaj: Birbirimize alışmamız zaman alır</p> <p>c) Daha yavaş ritimdeki şarkılarda dans etme</p> <p>Avantaj: Daha kolay dans ederim, daha az yorulurum</p> <p>Dezavantaj: Müzik çeşitliliği azalır, sıkılırım, daha az dans ederim</p> <p>d) Evde dans etme</p> <p>Avantaj: Daha fazla pratik yapma şansım olur, kendimi daha az stresli hissedirim</p> <p>Dezavantaj: Gerçek ortamdaki heyecanı ve coşkusu olmaz</p>		
	<p>5. Aktivitenin Çözüm Yolları; (Arkadaşlarıyla birlikte uzun kahvaltıya-bruch katılma)</p> <p>a) Psikolojik yardım alma</p> <p>Avantaj: Profesyonel birisinden destek almış olurum</p> <p>Dezavantaj: Bütçem yeterli değil, para ayıramam</p> <p>b) Arkadaşlarımı sürekli olarak hastalığım hakkında konuşmamaları için ikaz etme</p> <p>Avantaj: Buluşmalarımızda rahat olurum</p> <p>Dezavantaj: Bazıları veya hepsi bana kırılabilir</p> <p>c) Arkadaşlarımla başka bir arkadaşımın konuşma yapması</p> <p>Avantaj: Kendim konuşmak zorunda kalmam</p> <p>Dezavantaj: Arkadaşım beni tam ve doğru bir şekilde ifade edemeyebilir</p>		
<p>Çözüm yoluna karar verilmesi, hareket planının oluşturulması ve harekete geçilmesi</p>	<p>1. Aktivite İstediği kabanı giyinmek</p>	<p>Aktivitenin adapte edilmesi Kolaylaştırma</p>	<p>Adaptif strateji: Nerede, Nasıl Aktivite performans problemine sebep olan kişinin fiziksel özellikleri ve çevresel faktörleri göz önüne alındığında aktiviteyi kolaylaştırmak için aktivitenin uygulama yeri ve yönteminde değişiklik yapma -Kabani yatağın üzerine serip, önce sol kolunu geçirerek giyinmesi</p>
	<p>2. Aktivite Saçını ovalayarak yıkamak</p>	<p>Aktivitenin adapte edilmesi Kolaylaştırma</p>	<p>Adaptif strateji: Nasıl ve Ne Aktivite performans problemine sebep olan kişi (fiziksel) ve çevre ile ilgili faktörlerini göz önünde bulundurarak aktiviteyi kolaylaştırmak için</p>

			yapılış yönteminde değişiklik yapma, oturmaya gelerek saç yıkama aktivitesinin yapılması gibi aktivitenin başına yeni basamak ekleme - Otururken öne eğilerek yıkama
	3. Aktivite Çorbayı yeterli kıvama gelinceye kadar karıştırarak pişirmek	Aktiviteyle ilgili bilgi ve kaynağın bir araya getirilmesi	Aktivite performans problemine sebep olan kişisel ve çevresel faktörler göz önüne alındığında aktivite ile ilgili kaynakların fark edilip, gözden geçirilmesi; otomatik yemek karıştırıcı nerede ve ne kadar satılır, kullanımını nasıl, kullanım ömrü ne kadar -Otomatik yemek karıştırıcı satın alma
	4. Aktivite Tango dansı tutuş pozisyonunda ritme uygun olarak 3 dakika şarkıda dans edebilmek	Aktivitenin adapte edilmesi Kolaylaştırma- az stresli hale getirme	Adaptif strateji: Kim-Nerede Aktivite performans problemine sebep olan fiziksel ve sosyal çevrede, kişisel faktörlerini göz önünde bulundurarak aktiviteye yeni bir kişi dâhil etme ve farklı bir çevrede uygulama yapma -Daha kısa boylu bir eş seçimi -Evde dans etme
	5. Aktivite Arkadaşlarıyla birlikte uzun kahvaltıya (brunch) katılmak	Aktivitenin adapte edilmesi Az stresli hale getirme	Adaptif strateji: Ne Aktivite performans problemine sebep olan kişi ile ilgili duygusal faktörlerden olan duygusal stresini azaltmak için performans öncesine yeni basamak ekleme -Uzun kahvaltıya (brunch) gitmeden arkadaşları ile konuşma
Çözüm sürecinin değerlendirilmesi (geri bildirim alınması)	4-5-6. seanslarda tüm aktivitelerin gerçekleştirilme süreciyle ilgili geri bildirimlerin alınması, deneyimlerin paylaşılması Tüm aktivitelerdeki problem çözüm süreci değerlendirilmesi: Başarılı		

EK 4: Kanser Yorgunluk Skalası

Şu anda...	Hayır	Biraz	Oldukça	Epeyce	Çok fazla
1. Kendinizi kolayca yorgun hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
2. Uzanarak dinlenmek için bir arzunuz var mı?	1	2	3	4	5
3. Kendinizi yorgun hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
4. Dikkatsiz olduğunuzu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
5. Enerjik hisseder misiniz?					
6. Vücudunuzu ağır ve yorgun hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
7. Konuşurken sık hata yaptığınızı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
8. Herhangi bir şeyle ilgili olduğunuzu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
9. Kendinizi bıkkın hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
10. Unutkan olduğunuzu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
11. Belirli şeylere konsantre olabiliyor musunuz?					
12. Kendinizi isteksiz hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
13. Düşünme yetinizin zayıfladığını hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
14. Kendinizi bir şeyler yapmak için cesaretlendiriyor musunuz?	1	2	3	4	5
15. Kendi kendinize ne yaptığınızı bilemediğinizde bir bitkinlik hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5

EK 5: Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi ya lıf yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirliğini düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK 6: Kanada Aktivite Performans Ölçümü

KANADA AKTİVİTE PERFORMANS ÖLÇÜMÜ
Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell
Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock

Kanada Aktivite Performans Ölçümü (COPM), bireyin aktivite performans problemlerindeki zamana bağlı değişikliklerin anlaşılması amacı ile ergoterapistlere özel olarak düzenlenmiş bireysel bir testtir.

Hasta Adı:		
Yaş:	Cinsiyet:	No.:
Sorumlu (eğer hasta değil ise):		
Değerlendirme tarihi:	Planlanan II. Değerlendirme tarihi:	II. Değerlendirme tarihi:

Terapist:
Yer:
Program:

<p>Adım 1: Aktivite Performans Değerlerinin Tanımlanması: Hastanın aktivite performans problemlerini, endişelerini belirleyebilmek için hastanın kendine bakım, GYA, üretkenlik ve boş zamanları hakkında konuşulur. Hastaya hangi günlük aktiviteleri yaptığını, yapmaya ihtiyacı olduğu veya yapmak istediğini tipik bir gün hakkında cesaretlendirilerek konuşup sorulmalıdır. Daha sonra hastaya bu aktivitelerden hangilerini yerine getirmekte zorlandığı ve ne kadar tatmin olduğu sorulur. bu aktiviteler 1A, 1B veya 1C'ye kaydedilir.</p> <p>Önemsiz</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Çok önemli</p>	<p>Adım 2: Önemlilik Değeri Puanlama kağıdını kullanarak hastadan her bir aktivitenin önemlilik derecesini 1 ile 10 arasında puanlaması istenir. 1A, 1B veya 1C adımlarındaki uygun kutucuğa yerleştiriniz.</p>
--	---

Adım 1A: Kendine Bakım	Önemlilik Değeri
Kişisel Bakım ----- (Örn: Giyinme,banyo ----- -----beslenme, hijyen)	----- -----
Fonksiyonel Mobilite ----- (Örn: ev içi – ev dışı ----- transferler)	----- -----
Toplumsal Başarı ----- (Örn: ulaşım, finans ----- alış-veriş yapma)	----- -----
Adım 1B:Üretkenlik	Önemlilik Değeri
Maaşlı/maaşsız iş ----- (Örn: iş bulma/arama, ----- gönüllü çalışma -----	----- -----
Ev İşi Yönetimi ----- (Örn: temizlik, çamaşır ----- Yemek pişirme)	----- -----
Oyun/ Okul ----- (Örn: ev ödevi yapma ----- oyun oynama) -----	----- -----

Adım 1C: Boş Zaman		Önemlilik Puanı	
Pasif Rekreasyon			
(Örn: Mobiler e-ışi			
okuma)			
Aktif Rekreasyon			
(Örn:spor, seyahat			
diş ortam)			
Sosyalizasyon			
(Örn: ziyaret, partiler			
telefon görüşmesi)			

Adım 3& 4: Puanlama- I. ve II. Değerlendirme

Hasta ile en önemli beş problemi kararlaştırıp aşağıya kaydediniz. Hastaya puanlama tablosuna kullanarak her bir aktivite için önem ve tatmin olma puanı vermesini isteyiniz. II. Değerlendirmede hastadan her bir problemi tekrardan puanlaması istenir. Toplam puan ve puandaki değişim hesaplanır.

I. Değerlendirme	I. Değerlendirme		II. Değerlendirme	
	Rol Performans Puanları	I. Tatmin Puanı	II. Performans Puanı	II. Tatmin Puanı
1				
2				
3				
4				
5				
Puanlama:				

	Performans Puanı 1	Tatmin Puanı 1	Performans Puanı 2	Tatmin Puanı 2
	/	/	/	/
	-----	-----	-----	-----
Performans Değişikliği: II. Performans Puanı- I. Performans Puanı.....:				
Tatmin Değişikliği: II. Tatmin Puanı- I. Tatmin Puanı:				

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

EK 8: EORTC QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği



EORTC QLQ-BR23

Hastalar bazen aşağıda bazı geçen belirti ve sorunlardan bahsedebilir. Lütfen geçen hafta süresince bu belirti ve sorunlardan hangilerini ne derecede yaşadığınızı belirtiniz.

Geçtiğimiz hafta boyunca:		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
31.	Ağzınızda kuruma oldu mu?	1	2	3	4
32.	Yediklerinizde ve içtiklerinizde her zamankinden farklı bir tat var mıydı?	1	2	3	4
33.	Gözlerinizde batma, yanma veya sulanma oldu mu?	1	2	3	4
34.	Saçınız döküldü mü?	1	2	3	4
35.	Bu soruyu yalnızca saçınız döküldü ise yanıtlayınız: Saçınızın dökülmesinden dolayı üzüldünüz mü?	1	2	3	4
36.	Kendinizi hasta veya rahatsız hissettiniz mi?	1	2	3	4
37.	Bu hastalıktan dolayı sıcak (ateş) basmaları oldu mu?	1	2	3	4
38.	Başınızda ağrı oldu mu?	1	2	3	4
39.	Hastalığınız veya tedaviniz nedeni ile kendinizi daha az çekici (cezbetici) hissettiniz mi?	1	2	3	4
40.	Hastalığınız veya tedaviniz sonucunda kendinizi daha az kadınsı hissediyor musunuz?	1	2	3	4
41.	Kendinizi çıplak olarak görmekte zorlandığınız oldu mu?	1	2	3	4
42.	Vücudunuzdan memnuniyetsizlik duyduğunuz oldu mu?	1	2	3	4
43.	Gelecekteki sağlığınız için endişe duyduunuz mu?	1	2	3	4
Geçen dört hafta boyunca:		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
44.	Cinsellikle ne derece ilgilisiniz?	1	2	3	4
45.	Cinsel birleşme olsun yada olmasın cinsel olarak ne kadar aktiftiniz?	1	2	3	4
46.	Bu soruyu, geçen dört hafta boyunca cinsel faaliyetiniz olduysa yanıtlayınız: Cinsel hayatınız yada ilişkinizden ne derece zevk aldınız?	1	2	3	4

Lütfen arka sayfaya geçiniz

Geçtiğimiz hafta içinde:		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
47.	Kolunuzda veya omuzunuzda ağrı oldu mu?	1	2	3	4
48.	Kolunuzda veya elinizde şişme oldu mu?	1	2	3	4
49.	Kolunuzu kaldırmakta veya hareket ettirmekte zorlandınız mı?	1	2	3	4
50.	Hasta olan memenizin bulunduğu bölgede ağrı hissettiniz mi?	1	2	3	4
51.	Hasta memenizin bulunduğu bölgede şişme oldu mu?	1	2	3	4
52.	Hasta olan memenizin bulunduğu bölgede aşırı hassasiyet oldu mu?	1	2	3	4
53.	Hastalanan meme bölgenizde cilt sorunlarınız oldu mu? (Örn: kaşıntı, kuruma, döküntü, kızarıklık, yanma)	1	2	3	4

9. ÖZGEÇMİŞ

Sedef Şahin 12/01/1988 yılında Ankara doğdu. 2010 yılında Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümünden mezun oldu. 2010 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programında yüksek lisans eğitimine başladı ve 2013 yılında bilim uzmanlığını aldı. 2010-2013 yılları arasında TSK Sağlık Vakfı Özel Eğitim Merkez'inde fizyoterapist olarak, 2013-2014 yılları arasında Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümünde araştırma görevlisi olarak çalıştı. Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Bölümünde araştırma görevlisi olarak klinik çalışmalarını sürdürmektedir. İlgili alanları; onkolojik ve pediatrik rehabilitasyon.