



**MASTEKTOMİ OLAN KADINLARA VE EŞLERİNE
SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE GÖRE EVDE
VERİLEN EĞİTİMİN AİLE İŞLEVSELLİĞİ VE
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Bahar KEFELİ ÇOL

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Dilek KILIÇ

Doktora Tezi-2016

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MASTEKTOMİ OLAN KADINLARA VE EŞLERİNE
SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE GÖRE EVDE
VERİLEN EĞİTİMİN AİLE İŞLEVSELLİĞİ VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

Bahar KEFELİ ÇOL

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Dilek KILIÇ**

**ERZURUM
2016**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**MASTEKTOMİ OLAN KADINLARA VE EŞLERİNE SAĞLIĞI
GELİŞTİRME MODELİNE GÖRE EVDE VERİLEN EĞİTİMİN
AİLE İŞLEVSELLİĞİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Bahar KEFELİ ÇOL

Tez Savunma Tarihi : 28.01.2016

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Dilek KILIÇ (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Behice ERCİ (İnönü Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ (Gaziantep Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOĞLU (Atatürk Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi	4
2.2. Meme Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri	5
2.3. Meme Kanseri Sonrası Yaşam Biçimi	6
2.4. Meme Kanseri Sonrası Aile İşlevselliği	8
2.5. Meme Kanseri Sonrası Yaşam Kalitesi	9
2.6. Meme Kanseri Sonrası Hemşirenin Rolü	10
2.7. Meme Kanseri Sonrası Sağlığı Geliştirme Modeli	11
2.7.1. Bireysel Özellikler ve Deneyimler	11
2.7.2. Davranışa Özgü Bilişsel Faktörler	11
2.7.3. Davranışın Ortaya Çıkışı	13
3. MATERYAL VE METOT	15
3.1. Araştırmanın Türü.....	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	15
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	15
3.4. Verilerin Toplanması	16
3.4.1. Veri Toplama Araçları	16

3.4.2. Veri Toplama Yöntemleri	18
3.5. Hemşirelik Girişimi: Eğitim ve Danışmanlık Programı	18
3.5.1. Mastektomi Olan Kadınlar ve Eşlerine Evde Uygulanan Eğitim Programının Planı ve İçeriği	19
3.5.1.1. Bireysel Özellikler ve Deneyimler	21
3.5.1.2. Davranışa Özgü Bilişsel Faktörler	21
3.5.1.3. Davranışın Ortaya Çıkışı	22
3.5.2. Danışmanlık (Telefon Görüşmeleri - Ev Ziyaretleri)	23
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	24
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
KAYNAKLAR	46
EKLER	58
EK-I. ÖZGEÇMİŞ.....	58
EK-II. KADINLARA YÖNELİK TANITICI FORM.....	59
EK-III. EŞLERE YÖNELİK TANITICI FORM	60
EK-IV. AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ.....	61
EK-V. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	63
EK-VI. ETİK KURUL ONAYI	65
EK-VII. RESMİ İZİN YAZISI.....	66
EK-VIII. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU	67
EK-IX. MEME KANSERİ HEMŞİRELİĞİ KURSU	68

TEŞEKKÜR

Öncelikle değerli katkı ve önerileriyle bu çalışmanın tamamlanmasında büyük emeği olan tez danışmanım Doç. Dr. Dilek KILIÇ'a, değerli bilgileriyle bana yol gösterdiği için teşekkürlerimi sunarım.

Tez komitemde yer alarak değerli görüş ve önerileriyle tez çalışmama katkıda bulunan değerli Yrd. Dr. Nazlı HACIALİOĞLU ve Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU' ya teşekkür ederim. Tüm hayatım boyunca yanımda olan, bana inanan, sevgi ve desteklerini her zaman hissettiğim değerli annem ve babama, zorlandığım her konuda desteğini hep yanımda hissettiğim biricik kardeşim Pınar KEFELİ'ye en içten teşekkürlerimi sunarım. Tez süreci boyunca yanımda olan ve desteğini benden hiç esirgemeyen sevgili eşim Sinan ÇOL'a göstermiş olduğu sabır ve anlayış için teşekkür ederim. Vakitlerini ayırarak bu çalışmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılara teşekkür ediyorum.

Bahar KEFELİ ÇOL

ÖZET

Mastektomi Olan Kadınlara ve Eşlerine Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Evde Verilen Eğitimin Aile İşlevselliği ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Amaç: Mastektomi olan kadınlara ve eşlerine sağlığı geliştirme modeline göre evde verilen eğitimin aile işlevselliği ve yaşam kalitesine etkisini belirlemektir.

Materyal ve Metot: Araştırma ön test-son test kontrol gruplu ve deneysel olarak, Eylül 2013 ile Ocak 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji polikliniğe kayıtlı mastektomi olan 94 kadın oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamı alınmıştır. Araştırma örneklemini, çalışmaya katılmayı kabul eden ve seçim kriterlerine uyan 30 deney, 30 kontrol grubu mastektomi olan kadın ve eşi oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında “Kadınlara Yönelik Tanıtıcı Form”, “Eşlere Yönelik Tanıtıcı Form”, “Aile Değerlendirme Ölçeği” ve “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmada deney grubu kadınlar ve eşlerine sağlığı geliştirme modeline göre evde eğitim ve danışmanlık verilmiştir. Eğitim sonrasında üç aylık izlem ve danışmanlık yapılmıştır. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare, Mann-Whitney U testi, Wilcoxon eşleştirilmiş t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Deney ve kontrol grubundaki kadınların aile işlevselliği ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır. Ancak eşlerin problem çözme, iletişim ve roller alt boyutları arasında önemli fark olduğu saptanmıştır. Deney grubu kadınlar ve eşlerin aile işlevselliği ve yaşam kalitesi ölçeği tüm alt boyut ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki kadınların yaşam kalitesi mental rol ve mental işlev son test puan ortalamaları arasında önemli bir fark olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki eşlerin yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel rol, mental rol ve mental işlev son test puan ortalamaları arasında önemli bir fark olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Mastektomi olan kadınlar ve eşlerine sağlığı geliştirme modeline göre evde verilen eğitimin kadınlar ve eşlerin aile işlevselliğini olumlu yönde etkilediği ve yaşam kalitesini geliştirdiği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile işlevselliği, eğitim, hemşirelik, meme kanseri, sağlığı geliştirme modeli, yaşam kalitesi

ABSTRACT

The Influence of Home-Based Training Given to Women Undergoing Mastectomy and Their Spouses According to Health Promotion Model on Family Functioning and Quality of Life

Purpose: The purpose of this study is to reveal the influence of home-based training given to women undergoing mastectomy and their spouses according to health promotion model on family functioning and quality of life.

Tools and Method: The study was conducted with control and experimental groups and pre-test/post-test design. It was carried out between September 2013 and January 2016. The universe of the study includes 94 women undergoing mastectomy in Oncology Department of Recep Tayyip Erdoğan University Training and Research Hospital. No sample was selected, and the entire universe was taken. Upon meeting the selection criteria, 30 experimental and 30 control group women undergoing mastectomy who accepted to participate in the study were included in the sample group together with their spouses. “Promotion Form for Women”, “Promotion Form for Spouses”, “Family Assessment Device”, and “SF-36 Quality of Life Scale” were employed to collect the data. Experimental group women and their spouses were given home-based training and consultancy according to health promotion model. 3-month follow-up and consultancy were given following the training. The control group was not exposed to any such process. Chi-square, Mann-Whitney U, and Wilcoxon paired t-tests were used to assess the data.

Findings: No statistically significant difference was detected between the pre-test and post-test mean scores of the control and experimental group women in terms of family functioning. However, a significant difference was detected between the spouses in the sub-dimensions of problem solving, communication, and roles. A significant difference was found between the pre-test and post-test mean scores of the experimental group women and their spouses in all the sub-dimensions of family functioning and quality of life scale. A significant difference was detected between the control and experimental group women’s post-test mean scores in terms of quality of life, role limitations due to emotional problems, and mental health. Another significant difference was found between the control and experimental group spouses’ post-test mean scores concerning physical functioning, role limitations due to emotional problem, and mental health, which are the sub-dimensions of quality of life.

Conclusion: It was concluded that home-based training given to women undergoing mastectomy and their spouses according to health promotion model positively influences the family functioning of women and their spouses and improves their quality of life.

Key Words: Family functioning, training, nursing, breast cancer, health promotion model, quality of life

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADÖ	: Aile Değerlendirme Ölçeği
AI	: Aile İşlevselliği
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
IARC	: Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansı
YK	: Yaşam Kalitesi Ölçeği



ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli.....	14
Şekil 3.1. Araştırma Uygulama Şeması.....	25



TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	24
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	26
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Eşlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	27
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Aİ Ölçeği Alt Boyutlarının Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarına Göre Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması	28
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Eşlerin Aİ Ölçeği Alt Boyutlarının Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarına Göre Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması	29
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların YK Ölçeği Alt Boyutlarının Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarına Göre Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması	31
Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Eşlerin YK Ölçeği Alt Boyutlarının Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarına Göre Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması	31

1. GİRİŞ

Meme kanseri önemli bir halk sağlığı sorunu olup, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kadınlar arasında en sık görülen ve ölüme neden olan bir kanser türüdür.¹ Uluslararası Kanser Araştırma Ajansına (IARC) kayıtlı ülkelerde 2012 yılında 1.7 milyon kadına meme kanseri tanısı konmuştur ve meme kanseri tüm kanserlerin %11.9'unu oluşturmuştur. Aynı veriler dört yılda meme kanseri sıklık (%20) ve meme kanserinden ölüm (%14) oranlarının arttığını göstermiştir.^{2,3} Türkiye'de meme kanseri, yılda en az 25.000 kadını etkilemektedir. Tüm kadın kanserleri içerisinde %25'i meme kanseridir.⁴ Günümüzde erken tanı ve gelişen tedavi olanaklarının artması sonucu meme kanseri olan hastaların sağkalım oranı artmış⁵ ve ülkemizde 5 yıllık sağkalım oranı %90'a ulaşmıştır.⁶

Meme kanseri tedavi sonrası hastalar ve bakım sürecine aktif olarak katılan aile üyeleri tedavinin bıraktığı yan etkiler ve tekrarlanma riski kaygısıyla sağlık sorunları ve aile içi sorunlar yaşabilmektedirler.⁷ Yapılan çalışmalarda tedavisi biten hastalar ve aile üyelerinin çoğunun sağlık problemleri (yorgunluk, ağrı, uyku bozuklukları, anksiyete, depresyon.), aile içi sorunlar (aile içi rol ve işlevlerde güçlük yaşama) yaşadıkları, aile işlevselliğinin bozulduğu ve yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmiştir.⁷⁻¹¹

Aile işlevleri bozulan aileler maddi ve manevi sorunlarını çözemeyen, iletişime kapalı, belirsiz rol dağılımı olan, duygusal sorunlarını birbirinden saklayan, sahte davranışlar gösteren sağlıksız ailelerdir.⁷ Yapılan çalışmalar incelendiğinde, kanserin ailelerin problem çözme becerileri, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel fonksiyon işlevlerini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir.^{12,13} Birey ve ailenin kanser gibi ciddi bir hastalıkla baş etme gücü aile işlevselliğinin sağlıklı yürütülmesi ile doğru orantılıdır.¹²

Aile işlevselliğini sağlıklı bir şekilde yerine getiren aile üyelerinin birbiri ile

içtenlikli bir şekilde ilgilenmesi, birbirlerinin davranışlarına uygun duygusal tepkiler verebilmesi, rol dağılımının dengeli olması, çıkan sorunları aile içinde çözümlenebilmesi ve bütün bunları içine alabilecek şekilde karşılıklı yapıcı bir iletişime sahip olması gerekir.^{7,14}

Meme Kanseri tedavisinin başarılı kabul edilebilmesi için hedef, tedavilerdeki başarıyla birlikte yaşam kalitesini iyileştirmektir.¹⁵ Bu nedenle sunulacak sağlık hizmetlerinde amaç aile işlevselliğini ve yaşam kalitesini korumak ve geliştirmek için¹⁶ olumlu sağlık davranışlarının (egzersiz yapmak, yeterli ve dengeli beslenmek, stresle başa çıkabilme, sosyal destek vb) kazandırılmasını sağlamak olmalıdır.¹⁷ Kanserden sağkalanlar diyet, egzersiz ve mental sağlık gibi konularda bilgi ve danışmanlığa ihtiyaç duymaktadırlar.¹⁸

Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirenin bireylere sağlığı koruyacak, geliştirecek, hastalık halinde iyileşmeyi ve yeni duruma uyumu sağlayıcı bilgileri planlı bir şekilde vererek ihtiyaçlara yönelik olumlu davranış kazandırma sorumluluğu vardır.¹⁹ Bu doğrultuda hemşireler birey ve ailelere verilen sağlık eğitimi ve danışmanlıkta önemli role sahiptir.²⁰

Sağlık davranışlarını kazandırmada önemli bir rolü olan hemşirelerin kendilerine rehber olacak bir model kullanmaları gerekmektedir. Sağlığı geliştirme modeli, bireyin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırmak için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemini vurgulayan bir modeldir.²¹ Bu nedenle meme kanseri sonrası kadınlar ve eşlerinin aile işlevselliği ve yaşam kalitesini geliştirmede etkili olan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmede kullanılacak en uygun modellerden biridir.

Hemşireler tarafından meme kanseri tedavisi sonrası kadınlar ve eşlerine sağlığı geliştirme modeline göre evde bakım verilmesi, kadınlar ve eşlerinin aile işlevselliğini

geliştirmesinde ve yaşam kalitelerinin arttırmasında etkili olabilecek bir uygulamadır. Ancak literatürde mastektomi sonrası tedavilerini tamamlayan kadınlar ve eşlerine bir model doğrultusunda evde verilen eğitimin aile işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendiren çalışmaya rastlanılmamıştır.

Bu çalışmanın amacı; mastektomi olan kadınlara ve eşlerine sağlığı geliştirme modeline göre evde verilen eğitimin aile işlevselliği ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmektir.

Araştırmanın hipotezleri:

H₁: Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim mastektomi olan kadınların aile işlevselliğini geliştirir

H₂: Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim mastektomi olan kadınların eşlerinin aile işlevselliğini geliştirir

H₃: Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim mastektomi olan kadınların yaşam kalitesini arttırır

H₄: Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim mastektomi olan kadınların eşlerinin yaşam kalitesini arttırır

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Meme kanseri gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınlar arasında en sık görülen, sıklığı gittikçe artan ve en fazla ölüme neden olan bir kanser türü olması nedeniyle dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunu niteliğindedir.^{1,22} Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansına (IARC) kayıtlı ülkelerde 2012 yılında 1.7 milyon kadına meme kanseri tanısı konmuştur ve meme kanseri tüm kanserlerin %11.9'unu oluşturmuştur. Aynı veriler dört yılda meme kanseri sıklık (%20) ve meme kanserinden ölüm (%14) oranlarının arttığını göstermektedir.^{2,3}

2014 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaşayan 3.1 milyondan daha fazla kadının meme kanseri olduğu, 232.670 (%29) kişinin yeni vaka olduğu ve 40.000 (%15) kişinin de meme kanserinden öldüğü tahmin edilmektedir.^{23,24} Amerikalı kadınların 1/8'i yaşam boyu meme kanseri gelişme riski ile karşı karşıyadır. Meme kanseri tanısı konan kadınlarda ortalama yaş 61 olarak bildirilmiş olup yaklaşık %20'si 50 yaş altı kadınlarda görülmüştür.²³

Türkiye Birleşik Veri Tabanı'nın 2009'daki son kanser verilerine göre kadınlarda invaziv meme kanseri yüz binde 40.6 (%23.4) oranıyla kadınlarda görülen kanserler arasında birinci sırada yer almaktadır. Ülkemizdeki verilere göre her dört kadın kanserinden biri meme kanseridir.²⁵

Tanı anındaki evreye göre 5 yıllık sağkalıma bakıldığında, ABD'de lokalize evrede %99, bölgesel evrede %84, uzak metastazlı evrede ise %24 olarak bulunup, tüm evrelere göre bakıldığında ise oran %90'dır. 10 yıllık sağkalım oranı %83 ve 15 yıllık sağkalım oranı %78'dir. Eğer erken evrede ise sağkalım oranı %80-90, geç evrede ise sağkalım oranı %24'e düşmektedir.^{23,24,26}

Türkiye 2009 verilerine göre; invaziv vakaların %47.6'sı lokalize evre, %44'u

bölgesel evrede iken sadece %8.4'u uzak evrededir. Tanı konulduğu zaman lokalize olan vakaların 5 yıllık sağkalım hızı ülkemizde %90'dır.²⁵

2.2. Meme Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanserinin oluşum nedeni henüz bilinmemekle birlikte genetik, çevresel etkenlerin ve yaşam biçimi davranışlarının etkili olduğu kabul edilmektedir.^{27,28} Meme kanseri riskini arttırdığı düşünülen bir takım etkenler vardır. Bunlardan en fazla bilinenleri şu şekilde sıralanmaktadır:

Değiştirilemez Risk Faktörleri

Yaş: Tüm yetişkin kadınlar meme kanseri açısından risk altındadır ve yaş ilerledikçe risk artmaktadır.²⁹ Ülkemizde meme kanseri yaşa göre insidans hızları incelendiğinde ortalama 35-39 yaş grubunda yüz bin kişide 51, 40-44 yaş grubunda yüz bin kişide 81 ve 45-49 yaş grubunda yüz bin kişide 109 oranında görülmektedir.²⁵

Cinsiyet: Yalnızca kadın olmak bile meme kanserinin oluşumu için tek başına önemli bir risk faktörüdür. Kadınların hormonlarının özellikle de östrojenin meme dokusunu uzun süre etkilemesi meme kanseri riskini artırır.³⁰

İrk: Meme kanseri zencilere oranla beyaz kadınlarda görülme sıklığı %20 daha fazladır, ancak mortalite hızı zencilerde daha fazla görülür. Etnik farklılıkların büyük oranda yaşam tarzı ve sosyoekonomik durumdan kaynaklandığı düşünülmektedir.²⁸

Ailede meme kanseri öyküsü: Birinci derece akrabalarında meme kanseri olan kişiler genel nüfusa göre daha büyük risk altındadır.³¹

Erken menarş ve geç menapoz: Erken menarş (12 yaş öncesi) ve geç menapoz (55 yaş sonrası) ovülatuar siklus sayısını artırarak kadınların östrojen hormonuna daha uzun süre maruz kalmasını sağlar. Östrojen hormonuna uzun süre maruz kalma meme kanseri riskinin artmasına neden olmaktadır.²⁸

Kişisel meme kanseri hikayesi: Daha önce meme kanseri geçiren kadınların,

ikinci kez meme kanseri geçirme riski meme kanseri teŖhisi konulmamıŖ kadınlara göre daha fazladır.^{28,29}

DeęiŖtirilebilir Risk Faktörleri

Hiç emzirmemiŖ ya da az miktarda emzirmiŖ olmak: Emzirme büyük oranda riski azaltmaktadır.³² Emzirmenin meme kanserinden koruyucu etkisinde rol alan mekanizmalar, östrojen seviyesinin azalması³³ ve ovülasyonun gecikmesi olarak sıralanabilir.

Hormon replasman tedavisi (HRT) almak: Postmenopozal kadınlarn semptomlarını hafifletmek için kullanılan hormon tedavisi meme kanseri gelişimini uyarmaktadır, ancak yoktan bir kanser oluşumuna neden olmamaktadır.³⁴ Ayrıca HRT meme dokusunun yoğunluğunu artırdığı için meme kanserinin ileri evrede saptanmasına yol açmakta, mamografinin etkinliğini azaltmaktadır.³⁵

Oral kontroseptif kullanımı: Meme kanseri riski için oynadığı rol çok açık değildir. Oral kontroseptif 10 yıl kullanıp bırakan kadınlarn kullanmayanlarla aynı riske sahip olduğu bildirilmiŖtir.³⁵

Radyasyona maruz kalma: Memenin aktif geliŖtięi özellikle 10–14 yaŖlar arasında memenin radyasyona maruz kalması meme kanseri riskini artırmaktadır.²⁸

YaŖam biçimi davranıŖları: Yapılan alıŖmalar fiziksel inaktivite,³⁶ sağlıksız beslenme, sigara ve alkol³⁸ kullanımının meme kanseri riskini arttırdığını göstermektedir.³⁷

2.3. Meme Kanseri Sonrası YaŖam Biçimi

Meme kanseri sonrası sağlıklı yaŖamak, aile iŖlevsellięini geliŖtirmek, yaŖam kalitesini arttırmak, nüksü ve ikinci bir kanser riskini önlemek için ideal vücut ağırlığını korumak, bol sebze meyve ve yüksek lifli besin tüketmek, diyetteki yağ oranını dŖrmek, sınırlı Ŗeker alımı, düzenli fiziksel aktivite ve stresle etkili baŖ etme gibi

yaşam biçimi davranışlarını geliştirme önemlidir.

İdeal vücut ağırlığını sürdürme: Şişman veya obez bireylerde meme kanserinin görülme riski ideal kilodaki bireylere göre daha yüksektir.⁴¹ İdeal vücut ağırlığının belirlenmesinde beden kitle indeksi (BKİ) en sık kullanılan yöntemdir. Yaş ilerledikçe BKİ'de artış olabilmektedir, 19-24 yaş altındaki kişilerde BKİ 19-24 sağlıklı bir kilo aralığını göstermekte iken, 65 yaş ve üzerindeki kişilerde ise BKİ 24-29 sağlıklı bir kilo aralığını göstermektedir.⁴²

Obezite ile meme kanseri arasındaki ilişki, obezite bireylerde yağ hücreleri tarafından östrojen hormonunun çok fazla miktarlarda ve sürekli olarak salınmasını sağlar, artan östrojen hormonu hücreleri daha fazla büyümeleri ve bölünmeleri yönünde uyarmakta ve kanser oluşumunu neden olmaktadır.^{35,43,44} Obezite ile meme kanseri arasındaki bir diğer ilişki de, obez kadınlarda kanserin daha geç aşamada fark edilmesidir. Bunda BKİ'ndeki yüksekliğin önemli bir faktör olduğu göstermektedir.⁴⁴

Bol sebze ve meyve tüketimi: Tüm taze meyve ve sebzeler bu gruptadır. Sebze ve meyveler vitamin, mineral ve gıda lifi içeriğinin yüksek oranda bulunması nedeniyle önemlidir. Vitamin ve mineraller karsinogen oluşumunu önler, hücre membranlarının korunarak kanserojen etkinin hücre içine özellikle DNA'ya girmesini engeller, tümör hücre çoğalmasını baskılayan enzimleri uyararak koruyucu etki yapar.^{40,45}

Yüksek lifli besin tüketimi: Meyve, sebze, kuru baklagil ve tahıllar bu gruba girer. Lifler bağırsak hareketini arttırarak dışkıda kansere neden olabilecek maddelerin bağırsaktan hızlı bir şekilde atılmasını sağlayarak kanserojen maddelerin bağırsak içinde emilimini önler.⁴⁵ Ayrıca bağırsakta lifler östrejeni bağlayarak fazla miktardaki östrejenin yeniden kana geçmesini önler, böylece östrejenin geri emilimini azaltarak meme kanseri riskini azaltır.^{46,47}

Düşük yağlı diyet: Kanserojen maddeler yağ içinde birikir ve fazla yağ tüketimi

kanserojen maddelerin vücuda girişini artırır.⁴⁸ Ayrıca yağ içeriği yüksek bir diyet kandaki östrojen düzeyini arttırarak meme kanseri riskini arttırır. Postmenopozal dönemde kadınlarda östrojen primer olarak yağ dokusundan salgılanmaya devam etmesi kadınlarda meme kanseri riskini arttırmaktadır.³⁵

Sınırlı şeker tüketimi: Şekerin fazla kilo ve obeziteye yol açması nedeniyle kanserle arasında dolaylı bir ilişki olduğu düşünülmektedir.⁴⁹

Su tüketimi: Sıvı alımı besinlerin sindirimi, emilimi, taşınması ve metabolizmasında önemli bir rol oynamaktadır.⁵⁰ Su aynı zamanda, metabolizma sonucu oluşan toksinlerin ve atık ürünlerin taşınması ve atılımı için bir araçtır.^{39,50}

Düzenli fiziksel aktivite: Fiziksel aktivite, endojen östrojen salınımını baskılamakta, vücut yağ kitlesini azaltmakta, bağışıklık sistemini güçlendirerek meme kanseri riskini azaltmaktadır.^{35,43} Aynı zamanda kanser tedavi sonrası fiziksel aktivite, vücut gücünü ve dayanıklılığı arttırmak ve tedavi öncesindeki performansa hatta daha üstte çıkmada önemli rol oynamaktadır.³⁹ Tedavi sonrası en ideal egzersiz şekli aerobik egzersizdir. Aerobik egzersize hızlı yürüyüş, koşma, yüzme, bisiklete binme, dans etme gibi aktiviteler örnek olarak verilebilir.⁵¹

Alkol kullanımı: Alkol tüketiminin toplam östrojen ve androjen düzeylerini yükselttiği bilinmektedir.³⁵ Her gün 1-2 kadeh alkol tüketiminin meme kanseri insidansında artışa neden olmaktadır.⁵² Ayrıca alkol ve metabolitlerinin karsinojenlere bağlı oluşan DNA hasarının tamirini engelledikleri belirtilmektedir.³⁵

Sigara kullanımı: Sigara ile meme kanseri arasında net bir ilişki görülmemesine rağmen bazı çalışmalar meme kanseri riskini arttırdığını göstermektedir.⁵³

2.4. Meme Kanseri Sonrası Aile İşlevselliği

Günümüzde meme kanseri tanısı konulan bireylerin sayısının artması, erken tanı ve gelişen tedavi seçenekleri hayatta kalma süresini arttırmakta ve aile üyelerinin

özellikle eşlerin bakım sürecine daha aktif katılmalarına ve/veya hastaların bakım sorumluluğunu daha fazla üstlenmelerine neden olmaktadır.^{7,43}

Yapılan çalışmalarda tedavisini tamamlayan hastalar ve aile üyelerinin çoğunun sağlık problemleri (yorgunluk, ağrı, uyku bozuklukları, anksiyete, depresyon), aile içi sorunlar (aile içi rol ve işlevlerde güçlük yaşama) yaşadıkları belirtilmiştir.⁷⁻⁹ Kadınlar ve eşleri bu süreçte yaşanan sorunlarla baş ederken aile sistemlerinde meydana gelen değişimler ailelerin işlevselliğini etkilemekte ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olmaktadır.⁷⁻⁹

Ailede meydana gelen, kanser gibi ciddi bir hastalık geçici de olsa aile işlevlerinde birtakım bozulmalar yaratmaktadır.¹⁴ Bu doğrultuda işlevleri bozulan ve işlevlerinin bir bütünlük içinde yerine getiremeyen sağlıklı ailenin kansere uyumu güç olacaktır.^{12,14}

Ailenin kanser ile baş etmesi aile işlevselliğinin sağlıklı yürütülmesi ile mümkündür.¹² McMaster Aile İşlevselliği Modeli'ne göre bir aile yedi temel boyutta işlev göstermelidir.⁵⁴ Bunlar aile işlevlerini oluşturan ve sağlıklı olmasını sağlayan değerler olarak kabul edilmektedir. Problem çözme; ailenin etkili bir şekilde işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi, iletişim; ailenin etkili bir iletişim içinde olup olmadığı, roller; ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıpları, duygusal tepki verebilme; aile üyelerinin her türlü uyaran karşısında en uygun tepkiyi göstermesi, gereken ilgiyi gösterme; aile üyelerinin birbirlerine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi, davranış kontrolü; ailenin, aile içindeki üyelerin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimi, genel işlevler, ailenin sağlıklı olup olmadığını genel olarak değerlendirilir.^{12 14}

2.5. Meme Kanseri Sonrası Yaşam Kalitesi

Meme kanseri tedavi sonrası uzun sağkalım beklentisi bireylerde yaşam kalitesi

kavramını gündeme getirmiştir. Yapılan çalışmalarda kanser tedavisinin başarılı kabul edilebilmesi için bireyin sadece hastalıksız ve sağkalım süresinin uzatılması değil, tedavilerdeki başarıyla birlikte sahip olduğu yaşam kalitesinin de iyileştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.¹⁵

Bireyin yaşam kalitesi devamlı aynı ortamı paylaştığı kişilerin yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle; bireyin yaşam kalitesini yükseltmeye çalışırken ailenin yaşam kalitesi de yükseltmeye çalışılmalıdır.⁷

2.6. Meme Kanseri Sonrası Hemşirenin Rolü

Geçmişte toplu ölümlere yol açan enfeksiyon hastalıkları yerini kanser gibi yaşam biçimi ile ilgili kronik hastalıklara bırakmıştır.¹⁶ Kronik bir hastalık olarak kanser, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve dolayısıyla yaşam kalitesini¹⁷ ve aile işlevselliğini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle sunulacak sağlık hizmetlerinde amaç aile işlevselliğini ve yaşam kalitesini korumak ve geliştirmek için¹⁶ sağlık davranışlarının (düzenli egzersiz, yeterli ve dengeli beslenmek, stresle başa çıkabilme vb) kazandırılmasını sağlamaktır.¹⁷

Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirenin bireylere sağlığı koruyacak, geliştirecek, hastalık halinde iyileşmeyi ve yeni duruma uyumu sağlayacak bilgileri planlı bir şekilde vererek ihtiyaçlara yönelik olumlu davranış kazandırma sorumluluğu vardır.¹⁹ Bu doğrultuda hemşireler birey ve ailelere verilen sağlık eğitimi ve danışmanlığında önemli rol oynamaktadır.²⁰

Sağlık davranışlarını kazandırmada önemli bir rolü olan hemşirelerin kendilerine rehber olacak bir modeli kullanmaları gerekmektedir. Pender tarafından geliştirilen sağlığı geliştirme modeli, bireyin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırmak için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemini vurgulayan bir modeldir.²¹ Bu nedenle meme kanseri sonrası kadınların ve eşlerinin aile işlevselliği ve

yaşam kalitesini geliştirmede etkili olan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmede kullanılabilecek en uygun modellerden biridir.

2.7. Meme Kanseri Sonrası Sağlığı Geliştirme Modeli

Bandura'nın Sosyal Öğrenme Teorisi temel alınarak Pender tarafından 1980 yılında geliştirilen SGM 1987 ve 1996 yılında revize edilmiş olup bireyin sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörler tanımlanmaktadır.^{42,55} Model bireysel özellikler ve deneyimler, davranışa özgü bilişsel faktörler, davranışın ortaya çıkışı kavramlarından oluşmaktadır (Şekil 2.1).

2.7.1. Bireysel Özellikler ve Deneyimler

Bireysel özellikler ve deneyimler, kişisel faktörler ve önceki davranışlara bağlıdır. Kişisel Faktörler biyolojik, sosyo-kültürel ve psikolojik olarak sınıflandırılır.

Biyolojik Faktörler; yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, sosyo-kültürel faktörler; etnik köken, kültürel yapı, eğitim ve sosyo-ekonomik durum, psikolojik faktörler; benlik saygısı, öz motivasyon, sağlığın kişisel olarak anlamı ve sağlığın tanımı gibi değişkenleri içerir.^{21,16,56}

Önceki Davranışlar: Geçmişteki benzer ya da aynı sağlık davranışlarının sıklık, aynılık ya da benzerlik oranıdır. Önceki davranışın şimdiki davranışa olan etkisi, bireyi davranışa hazırlayarak alışkanlık kazandırmasına katkı sağlaması yönündedir. Davranış her ortaya çıktığında alışkanlıkların gücü artmaktadır.⁴²

2.7.2. Davranışa Özgü Bilişsel Faktörler

Sağlığı geliştirme modelinde davranışa özgü bilişsel faktörler, girişim ile değiştirilebilir değişkenlerdir. Bu değişkenler davranışın yararlarını, davranışın önündeki engelleri, aktiviteyle bağlantılı etkiyi, öz etkililiği algılama, kişilerarası etkiler, olup davranışların kazanılması ve sürdürülmesinde başlıca motivasyonel mekanizmalardır.

Algılanan Yarar: Sağlığı geliştirecek davranıştan meydana gelecek olumlu sonuçların algılanmasıdır. Birey kazanması gereken sağlık davranışının sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini algılar ve bilirse davranışa başlama ve sürdürmeye kolaylıkla karar verebilir.^{21,16,56}

Algılanan Engel: Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştıran engeller ya da olası olumsuz yönleri ile ilgili algıdır.⁴² Birey yeni bir davranışa başlama ve sürdürme sürecinde bireysel, psikolojik, kültürel kaynaklı pek çok engelle karşılaşabilir. Bu engeller birey açısından hayal ürünü ya da gerçek olabilir ancak her ikisi de davranışı olumsuz etkiler. Ayrıca algılanan yarar, algılanan engelden ne ölçüde fazla ise davranışa eğilim o ölçüde fazladır.^{16,56}

Öz Etkililik Algısı: Bireyin gereken sağlığı geliştirme davranışını gerçekleştirmesine yönelik kararlılığı ve kendisine olan inancıdır.⁴² Öz etkililiğin yükselmesi, davranışın gerçekleştirilmesindeki algılanan engelleri azaltmaktadır.^{16,56}

Kişilerarası Etkiler: Bireyin çevresinde olan kişilerin davranışa ilişkin düşünce, inanış ve tutumlarını kapsamaktadır.⁴² Kişilerarası etkiler, toplumsal kuralları, sosyal desteği ve örnek almayı kapsar. Bu etkilerin en başta gelen kaynakları aile, akran, arkadaş ve sağlık personeli'dir.⁵⁶

Aktiviteyle İlişkili Etki: Bireyin bireysel duyguları ile ilgili özellikleri içermektedir. Bireyin davranış ile ilgili davranış öncesinde, davranış boyunca ve davranışı takiben olumlu duygular taşıması ve olumlu bakış açısına sahip olması, bireyin davranışa başlama ve sürdürmesini kolaylaştırır. Ayrıca önceki benzer davranışın başarı ya da başarısızlığı sonraki davranışı etkiler.^{16,56}

Durumsal Faktörler: Bireyin içinde yaşadığı çevre, sağlığı geliştirici davranışın oluşmasını kolaylaştırır ya da davranışa engel olur. Bireyin ya da grubun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik haline ulaşabilmesi için çevresiyle uyumlu yaşaması,

çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve doyum alması gerekmektedir.⁴²

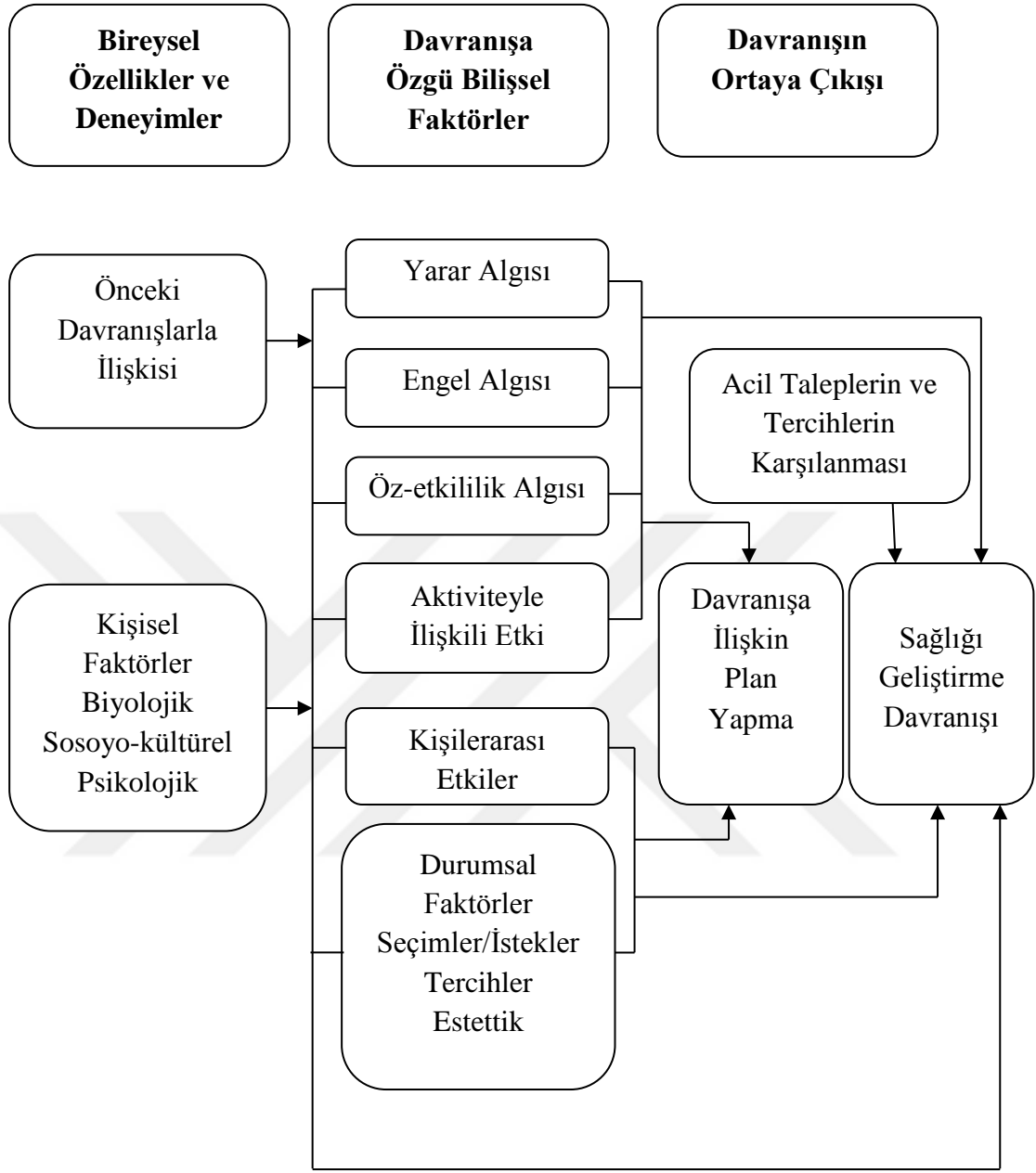
2.7.3. Davranışın Ortaya Çıkışı

Pender SGM'nin bu alanında bireyin davranışı yapmayı önceden planlayıp planlamamasının ya da acil gereksinimlerin doğmasının davranışın ortaya çıkmasını etkilediğini vurgulamıştır.

Davranışa İlişkin Plan Yapma: Bu aşama bireyin davranışı planlı bir şekilde gerçekleştirdiği aşamadır.²¹ Birey, davranışla ilgili olarak planladığı yöntemleri, kendi yaşam biçimine göre belirler ve düzenler.⁵⁶

Acil /Anlık Taleplerin ve Tercihlerin Karşılanması: Planlanan bir sağlığı geliştirme davranışının hemen öncesinde acil bir gereksinimin ortaya çıkması davranışın oluşmasını etkileyecektir.^{21,42}

Sağlığı Geliştirme Davranışı: Sağlığı geliştirme davranışı iyilik hali, bireysel doyum ve üretken bir yaşama sahip olma gibi olumlu sağlık çıktıları ile sonuçlanan davranışlardır. Sağlığı geliştirme davranışlarına, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma, olumlu ilişkiler kurma ve stresle baş etme örnek olarak verilebilir.^{16,56}



Şekil 2.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma mastektomi olan kadınlara ve eşlerine sağlığı geliştirme modeline göre evde verilen eğitimin aile işlevselliği ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla, ön test-son test kontrol gruplu deneysel yöntem kullanılarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji polikliniğine kayıtlı, mastektomi olan, kemoterapi ve/veya radyoterapi tedavisini tamamlayan kadınlar ve eşleri ile Eylül 2013-Ocak 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini söz konusu polikliniğe kayıtlı, mastektomi olmuş 94 kadın ve 94 eşi oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçme yoluna gidilmemiş, çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 63 kadın ve eşi örnekleme alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen kadınlar ve eşleri randomize olarak iki gruba ayrılmıştır. Randomizasyon işlemi için rastgele sayılar tablosu kullanılmış ve bunun sonucunda 31 çift deney grubunu ve 32 çift de kontrol grubunu oluşturmuştur. Ancak deney grubunda yer alan eşlerden birinin eğitim programına devam etmek istememesi, kontrol grubunda yer alan eşlerden birinin çalışmaya devam etmek istememesi ve eşlerden birinin de iş nedeniyle şehir dışına gitmesi nedeniyle bu katılımcılar araştırma kapsamından çıkarılmıştır. Sonuç olarak araştırma 30 çift deney ve 30 çift kontrol grubu olmak üzere toplam 120 kişi ile tamamlanmıştır.

Çalışmaya; meme kanseri sonrası kemoterapi ve/veya radyoterapi tedavisini tamamlayan, metastazı bulunmayan, sözel iletişim kurabilen, 18 yaş ve üzeri, evli,

tanısını biliyor olan ve herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan kadınlar alınmıştır.

Çalışmaya; sözel iletişim kurabilen, 18 yaş ve üzeri, eşinin tanısını biliyor olan ve herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan eşler alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Kadınlara Yönelik Tanıtıcı Form: İlgili literatür doğrultusunda^{12,13,57-59} araştırmacı tarafından hazırlanmış olan bu form; kadınların aile işlevselliği ve yaşam kalitesini etkileyebilecek değişkenleri; (yaş, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, kanser tanısının konulduğu evre, tanıdan itibaren geçen zaman, tamamlanan tedavi, tanı konulduktan sonra herhangi bir eğitim alıp almadığı) içeren toplam 7 sorudan oluşmaktadır (**EK-II**).

Eşlere Yönelik Tanıtıcı Form: İlgili literatür⁶⁰⁻⁶³ doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmış olan bu form; eşlerin aile işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini etkileyebilecek değişkenleri; (yaş ve eğitim düzeyi) içeren toplam 2 sorudan oluşmaktadır (**EK-III**).

Aile Değerlendirme Ölçeği: Orijinal formu Amerika Birleşik Devletlerinde Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde geliştirilmiş olup, ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğinin veya getiremediğinin genel bir değerlendirmesini yapmak ve sorun alanlarını ortaya çıkartmak amacıyla oluşturulmuş bir ölçü aracıdır.

Aile değerlendirme ölçeği altmış sorudan oluşmakta ve birbirinden bağımsız kullanılabilen yedi alt boyutu içermektedir. Problem çözme ölçeğinin 2, 12, 24, 38, 50, 60 numaralı sorular ile, iletişim ölçeğinin 3, 14, 18, 22, 29, 35, 43, 52, 59 numaralı soruları ile, roller ölçeğinin 4, 8, 10, 15, 23, 30, 34, 40, 45, 53, 58 numaralı soruları ile,

duygusal tepki verebilme 9, 19, 28, 39, 49, 57 numaralı soruları ile, gereken ilgiyi gösterme 5, 13, 25, 33, 37, 42, 54 numaralı soruları ile, davranış kontrolü, 7, 17, 20, 27, 32, 44, 47, 48, 55 numaralı soruları ile, genel işlevler, 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56 numaralı soruları ile ölçülmektedir.

Ölçeğin yurtdışı geçerlilik çalışması 1983'de Epstein ve Bishop tarafından yapılmıştır.⁵⁴ Her bir boyutun kendi iç tutarlılığı Cronbach-alfa katsayıları 6 boyutta .72 ile .92 arasında bulunmuştur. Ölçeğin Türkiye geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1990'da Bulut tarafından yapılmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliği .62 (davranış kontrolü) ile .90 (iletişim) değerleri arasında hesaplanmıştır. Her bir boyutun iç tutarlılığı 7 boyutta .38 ile .90 arasında bulunmuştur.¹⁴ Bu araştırmanın örnekleminde, alt ölçeklerin iç tutarlılıkları 7 boyutta .66 ile .79 arasında bulunmuştur.

Dört seçenekli ve her bir maddesi 1.00 (sağlıklı) ile 4.00 (sağlıksız) arasında puanlanan bir ölçektir. 60 maddeden 35'i ters çevrilerek puanlama yapılmaktadır. Ölçeğin herhangi bir boyutundan alınan puan ortalamasınının 2.0 ve üzerinde olması sağlıksızlığı belirtir ve ailenin o işlevinin sağlıksız olduğunu gösterir¹⁴ (**EK-IV**).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği: SF-36 Kısa Form yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla 1992 yılında Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur.⁶⁴ Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması 1995 yılında Pınar tarafından yapılmıştır.⁶⁵ Ayrıca Pınar tarafından ölçeğin kanser hastalarında güvenirlik ve yapı geçerliliğinin sınanması çalışması da yapılmış olup kanser hastalarında kullanılabilir uygun bir ölçek olduğu gösterilmiştir.⁶⁶ Ölçek kısa ve kolay uygulanabilir olmasının yanında çok geniş bir kullanım alanına sahiptir (**EK-V**).

Yaşam kalitesi ölçeği otuz altı sorudan oluşan ve birbirinden bağımsız kullanılabilen sekiz alt boyutu içermektedir. Fiziksel işlev ölçeğin 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f,

3g, 3h, 3i, 3j numaralı sorular ile, fiziksel rol 4a, 4b, 4c, 4d numaralı sorular ile, ağrı 7,8 numaralı sorular ile, genel sağlık algısı 1, 11a, 11b, 11c, 11d numaralı sorular ile, yaşamsallık 9a, 9e, 9g, 9i numaralı sorular ile, sosyal işlev 6,10 numaralı sorular ile, mental rol 5a, 5b, 5c numaralı sorular ile, mental işlev 9b, 9c, 9d, 9f, 9h numaralı sorular ile ölçülmektedir. Sıfır kötü sağlığı, yüz iyilik durumunu göstermektedir.⁶⁴

3.4.2. Veri Toplama Yöntemleri

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından kadınlar ve eşlerine, ev ziyaretleri yapılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile 50-60 dk'lık bir sürede toplanmıştır. Ön test verilerin toplanmasında deney ve kontrol grubundaki kadınlar ve eşlerine; Kadınlara Yönelik Tanıtıcı Form ve Eşlere Yönelik Tanıtıcı Form, Aile Değerlendirme Ölçeği ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. Ön test verilerinin toplanmasından sonra deney grubundaki kadınlar ve eşlerine eğitim ve danışmanlık programı uygulanmış, kontrol grubundaki kadınlar ve eşlerine herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. Eğitim ve danışmanlık programı bittikten sonra son test verilerinin toplanmasında deney ve kontrol grubundaki kadınlar ve eşlerine; Aile Değerlendirme Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır.

3.5. Hemşirelik Girişimi: Eğitim ve Danışmanlık Programı

Mastektomi olan kadınlar ve eşlerine evde uygulanan hemşirelik girişimleri; aile işlevselliğini geliştirmek ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla verilen eğitim ve danışmanlık (ev ziyaretleriyle izlem ve telefon görüşmesi) programından oluşmaktadır. Eğitim programı kapsamındaki ev ziyaretleri, kadın ve eşi ile önceden belirlenen bir zamanda haftada bir gerçekleştirilen ve her biri ortalama 50-60 dk. süren dört oturumdan oluşmaktadır. Eğitimlerden sonra bir aylık sürede bir telefon görüşmesi ve bir ev ziyareti olacak şekilde toplam üç ay boyunca danışmanlık sağlanmıştır.

3.5.1. Mastektomi Olan Kadınlar ve Eşlerine Evde Uygulanan Eğitim Programının Planı ve İçeriği

Mastektomi olan kadınlar ve eşleri için evde verilen eğitimin içeriğinin hazırlanması sürecinde öncelikle mastektomi olan kadınlar ve eşlerine yönelik olarak daha önce verilmiş olan eğitim ve danışmanlık programlarının içerikleri incelenmiştir.^{44,48,67-69} Sonrasında araştırmacı Atatürk Üniversitesi'nde düzenlenen 4. Meme Kanseri Hemşireliği Kursuna katılmıştır (EK-9). Eğitimin içeriği tüm bu çalışmaların ışığında ve sağlığı geliştirme modeline dayalı olarak oluşturulmuştur. Program başlamadan önce mastektomi olan kadınlar ve eşleriyle görüşülerek program hakkında bilgi verilmiştir.

Birinci hafta eğitim programı: Meme kanseri sonrası aile işlevselliği ve yaşam kalitesini arttırmak için deney grubundaki kadınlar ve eşlerine, meme kanseri tedavi sonrası sağkalım, aile işlevselliği ve yaşam kalitesinin önemi ile aile işlevselliğini geliştirmek (iletişim, roller, problem çözme, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel fonksiyonlar) ve yaşam kalitesini arttırmak (sağlık algısı, fiziksel işlev, fiziksel rol, mental rol, sosyal işlev, ağrı, yaşamsallık, mental işlev) için sağlıklı yaşam biçimi davranışları neden önemli.

Öğrenme hedefleri: Meme kanseri sonrası sağkalım konusundaki olumlu gelişmeleri, aile işlevselliğinin önemini, sağlıklı ailenin özelliklerini ve yaşam kalitesinin önemini açıklayabilme.

Eğitimde kullanılan araçlar: power point sunuları, broşür, örnek vakalar ve sunum ile ilgili notlar.

İkinci hafta eğitim programı: Önceki oturum ile ilgili tekrarın yapılması ve soruların cevaplandırılması. Meme kanseri sonrasında aile işlevselliği geliştirme ve

yaşam kalitesini arttırmada fiziksel aktivite yada egzersizin önemi ve önerilen fiziksel aktivite.

Öğrenme hedefleri: Meme kanseri sonrası sağkalımda egzersizin önemini açıklayabilme, aile işlevselliğini geliştirmede egzersizin önemini ve ilişkisini fark edebilme, meme kanseri sonrası yapılabilecek egzersizleri uygulayabilme ve egzersizin yaşam kalitesine etkisini açıklayabilme.

Eğitimde Kullanılan Araçlar: Power point sunuları, egzersiz gösterilmesi ve sunum ile ilgili notlar.

Üçüncü hafta eğitim programı: Meme kanseri sonrasında aile işlevselliğini geliştirme ve yaşam kalitesini arttırmada beslenmenin önemi ve sağlıklı beslenmeye yönelik stratejiler oluşturma, aile işlevselliğinde besin hazırlamada rollerin dağıtımı.

Öğrenme hedefleri: Meme kanseri sonrası sağkalımda beslenmenin önemini açıklayabilme, aile işlevselliğini geliştirmede beslenmenin önemini ve ilişkisini fark edebilme, meme kanseri sonrası günlük beslenmeyi uygulayabilme, beslenmenin yaşam kalitesine etkisini açıklayabilme.

Eğitimde kullanılan araçlar: Power point sunuları, besinlerin gösterilmesi ve sunum ile ilgili notlar.

Dördüncü hafta eğitim programı: Meme kanseri sonrasında aile işlevselliği ve yaşam kalitesini arttırmada, stresle baş etme, problem çözme becerisi, etkili iletişimin önemi ve stresle baş etme yöntemleri, problem çözme becerileri, etkili iletişim konularına yer verilmiştir.

Öğrenme hedefleri: Meme kanseri sonrası sağkalımda stresle baş etmenin, problem çözme becerisinin, etkili iletişimin önemini açıklayabilme, aile işlevselliğini geliştirmede stresle baş etme, problem çözme becerisi, etkili iletişimin önemini ve ilişkisini fark edebilme, meme kanseri sonrası stresle baş etme yöntemlerini

uygulayabilme, problem çözme becerilerini kazanabilme, etkili iletişim kurabilme ve stresle baş etme yöntemlerinin, problem çözme becerisi kazanmanın, etkili iletişim kurmanın yaşam kalitesine etkisini açıklayabilme.

Eğitimde kullanılan araçlar: Power point sunuları, stresle baş etme yöntemlerinin gösterilmesi ve uygulatılması, sunum ile ilgili notlar.

Eğitim Programının Uygulanması

Eğitimler araştırmacı tarafından ev ziyaretleri yapılarak kadın ve eşi ile belirlenen uygun bir zamanda haftada bir toplam dört oturum ve 50-60 dk'lık görüşmeler ile tek bir eğitim şeklinde verilmiştir. Eğitimler sözlü anlatım, beyin fırtınası, tartışma ve demonstrasyon yöntemleri ile powerpoint sunuları kullanılarak yürütülmüştür. Sağlığı geliştirme modeline göre yapılandırılmış **“Meme Kanseri Sonrası Sağlıklı Yaşam”** isimli eğitim kitapçığı deney grubuna ön test verileri toplandıktan sonra verilmiştir.

Yürütülen eğitim programı sağlığı geliştirme modelinin alt bileşenleri olan; bireysel özellikler ve deneyimler, davranışa özgü bilişsel faktörler, davranışın ortaya çıkışına göre oluşturulmuştur.

3.5.1.1. Bireysel Özellikler ve Deneyimler

Kadınlar ve eşlerin aile işlevselliği ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik mevcut ailesel ve çevresel durumu öğrenilmiştir. Geçmişte fiziksel yönden aktif olmak için yaptıkları aktiviteler öğrenilerek fiziksel aktivite/egzersiz yapma durumları,^{21,70} ev ve/veya iş yerinde sağlıklı beslenme için yaptıkları, beslenme durumları⁷⁰ ve stres durumunda ev ve/veya iş yerinde neler yaptıkları öğrenilerek stresle baş etme durumları belirlenmiştir.

3.5.1.2. Davranışa Özgü Bilişsel Faktörler

Davranışın algılanan yararları için; meme kanseri sonrası sağkalımın yaşam tarzı

ile ilişkisi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (fiziksel aktivite/egzersiz, beslenme ve stres yönetimi gibi) meme kanseri sonrası aile işlevselliği ve yaşam kalitesini arttırmadaki önemi anlatılarak davranışların yararlarına odaklanılmıştır.

Davranışın algılanan engelleri için; aile işlevselliğini ve yaşam kalitesini arttıran sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük yaşama uygulamada karşılaşılabilecek engellerin nasıl aşılacağı tartışılmış ve olası engeller için alternatif çözümler üretilmiştir.

Algılanan öz-etkililik için; kadınlar ve eşleri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına başlamaya yönelik karar verme konusunda desteklenmiş ve geçmiş deneyimler paylaşarak olumlu davranışlar pekiştirilmiştir.

Aktivite ile ilgili bağlantılı etkiler için; davranışa başlama ve sürdürmeyi kolaylaştırmak için pozitif duygular oluşmasına ve pozitif bir bakış açısı gelişmesine yardımcı olunmuştur.

Kişilerarası etkiler için; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beklentileri arttırmak ve davranışların sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla verilen eğitim ile eşler cesaretlendirilmiştir ve kadınları desteklemeleri sağlanmıştır. Kadınlar ve eşlerinin olumlu sağlık davranışı gösteren kişilerle etkileşimleri arttırılmaya çalışılmıştır.

Duruma özgü etkiler için; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının oluşmasını kolaylaştırmak ve oluşan davranıştan doyum almak için çevre ile uyumlu yaşamaya yardımcı olunmuştur.

3.5.1.3. Davranışın Ortaya Çıkışı

Acil ya da anlık taleplerin ve tercihlerin karşılanması için; plan hazırlarken artan talepleri ve tercihleri karşılamak için alternatifler üretilerek birey için yarar ve engel durumları belirlenmiştir.

Davranışa ilişkin plan yapmak için; tüm görüşmelerde meme kanseri sonrası aile

işlevselliği ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik sağlıklı yaşam biçim davranışları konusunda gerçekçi hedefler belirlenmiş ve bunlar günlük ve haftalık plana dahil edilmiştir.

Aile işlevselliğini geliştirmek ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamanın ve yaşam boyu sürdürmenin önemini vurgulayıcı eğitim programı yürütülmüştür.

3.5.2. Danışmanlık (Telefon Görüşmeleri - Ev Ziyaretleri)

Danışmanlık, düzenli olarak yapılan eğitimlerden sonra bir aylık sürede bir telefon görüşmesi (15 günde bir) ve bir ev ziyareti (15 günde bir) olacak şekilde toplamda; üç ayda üç telefon görüşmesi ve üç ev ziyareti yapılmıştır.

Ev ziyareti ve telefon ile hatırlatıcı izlem ile kadınlar ve eşlerinin aile işlevselliği ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama ve sürdürme konusunda hatırlatıcı olmak, sorularına yanıt vermek, ihtiyaçları doğrultusunda danışmanlık verilmesi şeklinde yürütülmüştür.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Kadınlar ve eşlerin aile işlevselliği ve yaşam kalitesi araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız Değişken: Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim bağımsız değişkendir.

Kontrol Değişkenleri: Kadınlar ve eşlerin yaşı, eğitimi, çocuk sayısı, kanser tanısının konduğu evre, tanıdan itibaren geçen zaman, tamamlanan tedavi, meme kanserinden sonra alınan eğitim durumu araştırmanın kontrol değişkenlerini içerir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows 22.0) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde kullanılan

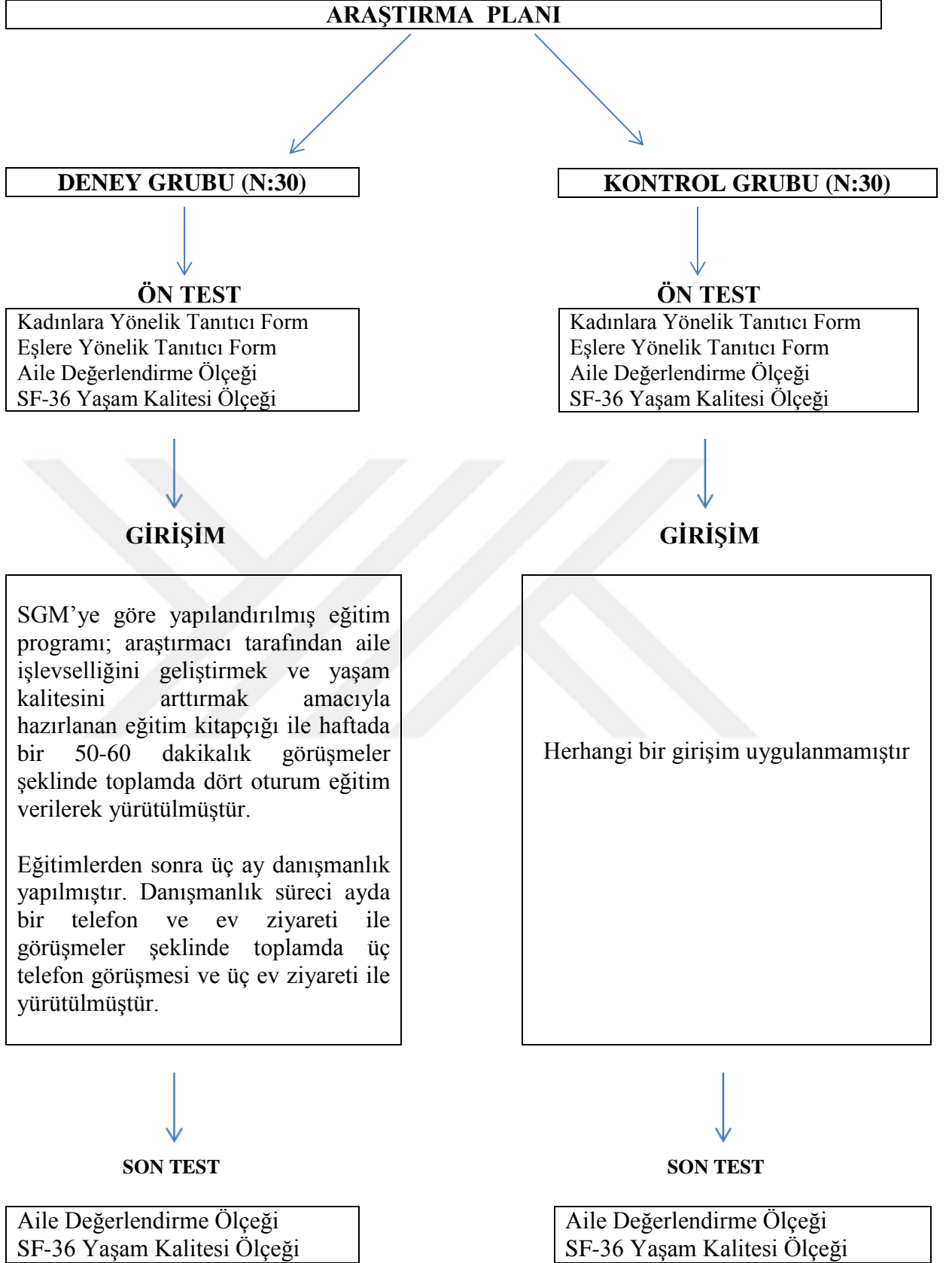
istatistiksel yöntemler Tablo 3.1’de verilmiştir. Gruplar arası ve grup içi karşılaştırmalarda parametrik ve nonparametrik test sonuçlarına karar verebilmek amacıyla tüm değişkenlerin Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile normal dağılıma uygunluğu araştırılmıştır. Deney ve kontrol grubunda kadınlar ve eşlerde normal dağılım testlerinde değişkenlerin büyük çoğunluğunun normal dağılım göstermediği saptanmıştır ($p<0,05$).

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul onayı (EK-VI), Rize Kamu Hastaneler Birliği kurumundan resmi izin alınmıştır (EK-VII). Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce katılımcı haklarının korunması amacı ile “Özerklik” ilkesi doğrultusunda kadınlar ve eşlerine araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “Bilgilendirilmiş Olur Formu” imzalatılmıştır (EK-VIII). Sağlığı geliştirme modeline göre yapılandırılmış eğitim kitapçığı deney grubuna ön test verileri toplandıktan sonra, kontrol grubuna ise son test verileri toplandıktan sonra özet eğitim ile birlikte verilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değerlendirilen Özellikler	İstatistiksel Yöntem
Deney ve kontrol grubu kadın ve eşlerin tanılama özelliklerinin dağılımı	Yüzdellik dağılımı
Deney ve kontrol grubundaki kadın ve eşlerin tanılama özelliklerinin karşılaştırılması	Ki-kare Testi
Deney ve kontrol grubu kadın ve eşlerin gruplar arası aile işlevselliği puan ortalamalarının karşılaştırılması	Mann-Whitney U Testi
Deney ve kontrol grubu kadın ve eşlerin grup içi aile işlevselliği ölçeği ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması	Wilcoxon Eşleştirilmiş t Testi
Deney ve kontrol grubu kadın ve eşlerin gruplar arası yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması	Mann-Whitney U Testi
Deney ve kontrol grubu kadın ve eşlerin grup içi yaşam kalitesi ölçeği ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması	Wilcoxon Eşleştirilmiş t Testi



Şekil 3.1. Araştırma Uygulama Şeması

4. BULGULAR

Mastektomi olan kadınlar ve eşlerine verilen eğitimin aile işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu bölümde verildi. Tanıtıcı özellikler açısından deney ve kontrol grubunda bulunan kadınlar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.1). Deney ve kontrol grubu arasında fark bulunmaması belirtilen değişkenler yönünden iki grubun benzer özelliklere sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Deney Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		Test ve p Değeri
		S	%	S	%	
Yaş	30-49	10	33.3	13	43.3	$\chi^2=0.636$ $p=0.728$
	50-59	14	46.7	12	40.0	
	60 yaş ve üzeri	6	20.0	5	16.7	
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	8	26.7	3	10.0	$\chi^2=3.196$ $p=0.202$
	İlköğretim Mezunu	18	60.0	20	66.7	
	Lise Mezunu ve üzeri	4	13.3	7	23.3	
Çocuk Sayısı	1	2	6.7	2	6.7	$\chi^2=0.417$ $p=0.937$
	2	11	36.7	13	43.3	
	3	9	29.9	7	23.3	
	4 ve üzeri	8	26.7	8	26.7	
Kanser Tanı Evresi	Evre I	7	23.3	5	16.7	$\chi^2=1.111$ $p=0.574$
	Evre II	16	53.4	20	66.7	
	Evre III	7	23.3	5	16.7	
Tanıdan İtibaren Geçen Zaman	0-4 yıl	19	63.3	20	66.7	$\chi^2=0.073$ $p=0.787$
	5 yıl ve üzeri	11	36.7	10	33.3	

Tablo 4.1. (Devamı)

	Yalnızca Ameliyat	3	10.0	2	6.7	
Tamamlanan Tedavi	Ameliyat+KT	4	13.3	7	23.3	$\chi^2=1.418$
	Ameliyat+RT	6	20.0	4	13.3	$p=0.701$
	Ameliyat+KT+RT	17	56.7	17	56.7	
Meme Kanseri Sonrası Eğitim	Evet	0	0.0	2	6.7	$\chi^2=2.069$
	Hayır	30	100.0	28	93.3	$p=0.246$

Tanıtcı özellikler açısından deney ve kontrol grubunda bulunan eşler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.2). Deney ve kontrol grubu arasında fark bulunmaması belirtilen değişkenler yönünden iki grubun benzer özelliklere sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Eşlerin Tanıtcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Deney		Kontrol		p
		n	%	n	%	
Yaş	30-49	7	23.3	7	23.3	$\chi^2=0.783$ $p=0.676$
	50-59	10	33.3	13	43.3	
	60 yaş ve üzeri	13	43.3	10	33.3	
Eğitim Düzeyi	İlköğretim mezunu	18	60.0	16	53.3	$\chi^2=0.271$ $p=0.602$
	Lise mezunu ve üzeri	12	40.0	14	46.7	

Deney ve kontrol grubundaki kadınların Aİ ölçeği alt boyutlarının ön test-son test puan ortalamalarına göre grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması tablo 4.3'de sunuldu.

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Aİ Ölçeği Alt Boyutlarının Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarına Göre Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

Aİ Ölçeği ve Alt Boyutları		Deney Grubu (S=30)		Kontrol Grubu (S=30)		Gruplar Arası Karşılaştırma Ön Test- Son Test	
		X± SS	Grup İçi	X± SS	Grup İçi	U	p
			Karşılaştırma Ön Test-Son Test		Karşılaştırma Ön Test-Son Test		
Problem Çözme	Ön Test	1.42±0.40	Z=-2.291	1.34±0.36	Z=-0,264	394.00	0.393
	Son Test	1.28±0.29	p=0.022	1.34±0.34	p=0,792	413.50	0.578
İletişim	Ön Test	1.70±0.45	Z=-3.941	1.59±0.44	Z=-1,418	386.00	0.342
	Son Test	1.46±0.38	p=0.000	1.54±0.43	p=0,156	413.50	0.587
Roller	Ön Test	1.98±0.42	Z=-1.991	2.05±0.38	Z=-1,323	389.00	0.365
	Son Test	1.90±0.35	p=0.047	2.04±0.42	p=0,186	355.50	0.160
Duygusal Tepki Verebilme	Ön Test	1.96±0.60	Z=-3.246	1.72±0.56	Z=-1,147	337.00	0.092
	Son Test	1.66±0.49	p=0.001	1.68±0.53	p=0,251	447.00	0.964
Gereken İlgiyi Gösterme	Ön Test	2.44±0.39	Z=-2.144	2.37±0.35	Z=-0,225	385.50	0.336
	Son Test	2.30±0.25	p=0.032	2.36±0.34	p=0,822	395.00	0.408
Davranış Kontrolü	Ön Test	2.26±0.40	Z=-3.126	2.26±0.41	Z=-0,956	441.00	0.894
	Son Test	2.13±0.34	p=0.002	2.23±0.42	p=0,339	369.00	0.229
Genel Fonksiyonlar	Ön Test	1.66±0.43	Z=-4.023	1.58±0.51	Z=-0,070	380.00	0.299
	Son Test	1.43±0.41	p=0.000	1.59±0.48	p=0,944	352.50	0.148

Deney ve kontrol grubundaki kadınlara ait grup içi karşılaştırmalarda; deney grubundaki kadınların Aİ ölçeğinin tüm alt boyutlarından aldıkları ön test puan ortalamalarının sağlıklı geliştirme eğitimi sonrası azaldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p<0.05$). Kontrol grubundaki kadınların ise Aİ tüm alt boyutlarından aldıkları ön test-son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulundu ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Aİ ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması yapıldığında; deney ve kontrol grubunda bulunan kadınların Aİ ölçeğinin ön test ve son test tüm alt boyutları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulundu ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Deney grubundaki kadınların Aİ ölçeği ön test ve son test gereken ilgiyi

gösterme ve davranış kontrolü ön test-son test alt boyutlarının sağlıklı işlev olarak algılandığı bulundu (Tablo 4.3).

Deney ve kontrol grubundaki eşlerin Aİ ölçeği alt boyutlarının ön test-son test puan ortalamalarına göre grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması tablo 4.4’de sunuldu.

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Eşlerin Aİ Ölçeği Alt Boyutlarının Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarına Göre Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

Aİ Ölçeği ve Alt Boyutları		Deney Grubu (S=30)		Kontrol Grubu (S=30)		Gruplar Arası Karşılaştırma Ön Test- Son Test	
		X± SS	Grup İçi Karşılaştırma Ön Test-Son Test	X± SS	Grup İçi Karşılaştırma Ön Test-Son Test	U	p
			Z		Z		
Problem Çözme	Ön Test	1.52±0.44	Z=-3.952	1.41±0.33	Z=-1.081	401.00	0.463
	Son Test	1.18±0.23	p=0.000	1.39±0.29	p=0.279	255.50	0.003
İletişim	Ön Test	1.71±0.48	Z=-4.214	1.60±0.44	Z=-0.850	382.00	0.313
	Son Test	1.35±0.27	p=0.000	1.58±0.42	p=0.395	307.00	0.033
Roller	Ön Test	1.89±0.39	Z=-4.343	1.98±0.33	Z=-0.791	392.00	0.389
	Son Test	1.62±0.31	p=0.000	1.96±0.31	p=0.429	195.50	0.000
Duygusal Tepki Verebilme	Ön Test	1.94±0.60	Z=-3.790	1.84±0.59	Z=-0.368	406.00	0.514
	Son Test	1.7±0.49	p=0.000	1.85±0.58	p=0.713	359.00	0.176
Gereken İlgiyi Gösterme	Ön Test	2.32±0.43	Z=-2.939	2.33±0.47	Z=-1.387	446.50	0.958
	Son Test	2.19±0.35	p=0.003	2.31±0.45	p=0.165	388.00	0.355
Davranış Kontrolü	Ön Test	2.14±0.32	Z=-3.835	2.00±0.34	Z=-1.613	337.50	0.094
	Son Test	1.89±0.25	p=0.000	1.98±0.33	p=0.107	380.50	0.298
Genel Fonksiyonlar	Ön Test	1.68±0.50	Z=-4.496	1.53±0.42	Z=-0.342	378.50	0.289
	Son Test	1.34±0.32	p=0.000	1.52±0.42	p=0.733	335.50	0.089

Deney ve kontrol grubundaki eşlere ait grup içi karşılaştırmalarda; deney grubundaki eşlerin Aİ ölçeğinin tüm alt boyutlarından aldıkları ön test puan ortalamalarının sağlıklı geliştirme eğitimi sonrası azaldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p<0.05$). Kontrol grubundaki eşlerin ise, Aİ tüm alt boyutlarından aldıkları ön test-son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulundu ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Aİ ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması yapıldığında; deney

ve kontrol grubunda bulunan eşlerin Aİ ölçeğinin tüm alt boyutları ön test puan ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulundu ($p>0.05$) Son test ölçümlerinde ise sağlığı geliştirme eğitimi alan deney grubundaki eşlerin problem çözme, iletişim ve roller alt boyutlarının puan ortalamalarının, kontrol grubundaki eşlere göre düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Eşlerin Aİ ölçeği gereken ilgiyi gösterme ön test-son test ve davranış kontrolü ön test alt boyutlarının sağlıksız işlev olarak algılandığı bulundu (Tablo 4.4).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların YK ölçeği alt boyutlarının ön test-son test puan ortalamalarına göre grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması tablo 4.5'de sunuldu.

Deney ve kontrol grubundaki kadınlara ait grup içi karşılaştırmalarda; deney grubundaki kadınların YK ölçeğinin tüm alt boyutlarından aldıkları ön test puan ortalamalarının sağlığı geliştirme eğitimi sonrası arttığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p<0.05$). Kontrol grubundaki kadınların ise, YK ölçeğinin genel sağlık algısı, fiziksel rol, ağrı ve mental işlev alt boyutlarından aldıkları son test puan ortalamalarının arttığı ve arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

YK ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması yapıldığında; deney ve kontrol grubunda bulunan kadınların ön test YK ölçeğinin tüm alt boyutları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulundu ($p>0.05$). Son test ölçümlerinde ise sağlığı geliştirme eğitimi alan deney grubundaki kadınların mental rol ve mental işlev alt boyutlarının puan ortalamalarının, kontrol grubundaki kadınlara göre yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların YK Ölçeği Alt Boyutlarının Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarına Göre Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

YK Ölçeği ve Alt Boyutları		Deney Grubu (S=30)		Kontrol Grubu (S=30)		Gruplar Arası Karşılaştırma Ön Test- Son Test	
		X± SS	Grup İçi Karşılaştırma Ön Test-Son Test	X± SS	Grup İçi Karşılaştırma Ön Test-Son Test	U	p
Genel Sağlık Algısı	Ön Test	66.93±24.66	Z=-3.575	72.60±28.73	Z=1.973	357.50	0.169
	Son Test	81.97±20.31	p=0.000	74.67±27.53	p=0.049	408.00	0.532
Fiziksel İşlev	Ön Test	63.33±28.54	Z=-3.185	69.17±28.35	Z=-0.423	386.50	0.346
	Son Test	71.00±24.30	p=0.001	69.50±27.55	p=0.672	446.00	0.953
Fiziksel Rol	Ön Test	35.83±41.36	Z=-3.653	39.17±40.83	Z=-2.922	420.00	0.639
	Son Test	75.00±37.14	p=0.000	63.33±40.86	p=0.003	385.00	0.298
Mental Rol	Ön Test	55.56±44.92	Z=-2.666	53.33±45.99	Z=-1.040	440.00	0.874
	Son Test	84.44±34.72	p=0.008	61.11±47.21	p=0.298	339.00	0.045
Sosyal İşlev	Ön Test	74.17±35.50	Z=-2.812	83.75±27.88	Z=-1.615	391.00	0.318
	Son Test	90.00±23.07	p=0.005	91.67±16.19	p=0.106	442.50	0.878
Ağrı	Ön Test	55.27±33.69	Z=-3.261	68.53±25.62	Z=-2.402	356.00	0.149
	Son Test	71.80±24.79	p=0.001	75.13±22.24	p=0.016	434.00	0.794
Yaşamsallık	Ön Test	59.67±25.08	Z=-3.749	66.83±25.71	Z=-0.899	370.50	0.237
	Son Test	73.83±16.28	p=0.000	68.50±20.73	p=0.368	378.50	0.287
Mental İşlev	Ön Test	66.80±21.14	Z=-4.159	67.47±23.53	Z=-2.656	433.00	0.801
	Son Test	83.33±12.78	p=0.000	70.13±21.37	p=0.008	289.00	0.017

Deney ve kontrol grubundaki eşlerin YK ölçeği alt boyutlarının ön test-son test puan ortalamalarına göre grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması tablo 4.6'da sunuldu.

Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Eşlerin YK Ölçeği Alt Boyutlarının Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarına Göre Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

YK Ölçeği ve Alt Boyutları		Deney Grubu (S=30)		Kontrol Grubu (S=30)		Gruplar Arası Karşılaştırma Ön Test- Son Test	
		X± SS	Grup İçi Karşılaştırma Ön Test-Son Test	X± SS	Grup İçi Karşılaştırma Ön Test-Son Test	U	p
Genel Sağlık Algısı	Ön Test	74.60±20.10	Z=-4.543	83.57±20.68	Z=-0.271	289.50	0.017
	Son Test	92.97±8.59	p=0.000	83.80±19.66	p=0.786	335.50	0.084
Fiziksel İşlev	Ön Test	88.67±12.31	Z=-2.220	88.83±22.96	Z=-1.134	323.50	0.050
	Son Test	91.33±10.58	p=0.026	88.00±22.42	p=0.257	381.50	0.289
Fiziksel Rol	Ön Test	83.33±33.05	Z=-2.546	84.17±35.04	Z=-0.447	427.00	0.646
	Son Test	100.00±0.00	p=0.011	83.33±35.56	p=0.655	360.00	0.011

Tablo 4.6. (Devamı)

Mental Rol	Ön Test	70.00±35.40	Z=-3.460	78.89±37.63	Z=-1.134	369.00	0.169
	Son Test	100.00±0.00	p=0.001	74.44±43.49	p=0.257	330.00	0.003
Sosyal İşlev	Ön Test	81.25±28.76	Z=-2.706	86.25±24.20	Z=-2.032	412.00	0.525
	Son Test	94.58±14.56	p=0.007	90.83±18.84	p=0.042	393.00	0.228
Ağrı	Ön Test	73.40±22.70	Z=-3.304	80.43±18.31	Z=-0.730	343.00	0.074
	Son Test	82.70±15.18	p=0.001	78.53±20.53	p=0.465	413.00	0.482
Yaşamsallık	Ön Test	72.33±16.96	Z=-3.365	77.17±19.81	Z=-0.120	360.00	0.181
	Son Test	81.83±11.78	p=0.001	77.00±20.99	p=0.905	414.50	0.597
Mental İşlev	Ön Test	72.80±15.49	Z=-4.221	76.00±15.62	Z=-1.065	398.50	0.445
	Son Test	87.33±9.92	p=0.000	76.53±15.07	p=0.287	259.50	0.005

Deney ve kontrol grubundaki eşlere ait grup içi karşılaştırmalarda; deney grubundaki eşlerin YK ölçeğinin tüm alt boyutlarından aldıkları ön test puan ortalamalarının sağlığı geliştirme eğitimi sonrası arttığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p<0.05$). Kontrol grubundaki eşlerin ise, YK ölçeğinin sosyal işlev alt boyutundan aldıkları son test puan ortalamalarının arttığı ve arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

YK ölçeği puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması yapıldığında; deney ve kontrol grubunda bulunan eşlerin ön test YK ölçeği puan ortalamaları arasında genel sağlık algısı alt boyutunun gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p<0.05$). Son test ölçümlerinde ise sağlığı geliştirme eğitimi alan deney grubundaki eşlerin fiziksel rol, mental rol ve mental işlev alt boyutlarının puan ortalamalarının, kontrol grubundaki eşlere göre yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, aile işlevselliği ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik olarak sağlığı geliştirme modeline göre yapılandırılan eğitimin, mastektomi sonrası kadınlar ve eşleri üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Çalışmanın bu bölümünde, araştırmadan elde edilen bulgular literatür ile karşılaştırılarak sunulmuştur.

Araştırmada, deney ve kontrol grubundaki kadınların son test aile işlevselliği ölçeği tüm alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.3).

Kanser tedavi sonrasında hastalar ve aile üyelerinin çoğunda aile içi sorunlar (aile içi rol ve işlevlerde güçlük) meydana gelebilmekte ve aile üyeleri bu sorunlarla baş ederken aile işlevselliğinde bozulma ve yaşam kalitesinde düşme olabilmektedir.^{7-9,13} Atay ve ark. meme kanseri olan hastaların aile işlevselliğinin değerlendirildiği çalışma sonucunda, kadınların büyük bir kısmında iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme ve davranış kontrolü alt ölçekleri işlevselliğinde bozulma saptanmış, genel fonksiyonlar alt ölçeği ise sağlıklı işlevsellik olarak değerlendirmiştir.¹² Mantani ve ark.¹³ meme kanseri olan kadınlar ve eşlerinin aile işlevselliğini değerlendirdiği çalışmada kadınların problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü işlevlerinin sağlıklı olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde Atri ve ark.⁷¹ erkek kanser hastalarıyla yaptığı çalışma sonucunda tüm alt boyutlar için sağlıklı aile işlevselliği gözlemlenmiştir. İlgili literatür kanser sürecinin aile işlevselliği üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymuştur. Ancak literatürdeki ilgili çalışmaların bulgularından farklı olarak bu çalışmada, deney ve kontrol grubunda yer alan kadınlar ve erkeklerin aile işlevselliği alt boyutlarının çoğu için sağlıklı olarak değerlendirilmesi tanıdan sonra geçen süre ile ilişkilendirilebilir. Benzer şekilde Pınar⁷² hipertansiyon hastalarıyla yürüttüğü

çalışmada, aile işlevselliğinin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları ile tanının alınmasından sonra geçen süre arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur.

Bu araştırmada, aile işlevselliğini geliştirmeye yönelik yapılan müdahale sonrasında deney grubu kadınların aile işlevselliği ölçeği son test puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır. (Tablo 4.3). Aile işlevleri açısından sağlıklı olup olmama durumunda, ayırt edici değerin iki¹⁴ olduğu göz önüne alınırsa, bu çalışmada deney grubundaki kadınların problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme ve genel fonksiyon alt boyutları işlevselliği sağlıklı olarak değerlendirilmiştir. Bu sonuç sağlığı geliştirme modeli ile yapılandırılan eğitimin, deney grubu kadınların problem çözme becerileri, etkili iletişim, roller, duygusal tepki verebilmeye yönelik davranışlarını olumlu yönde geliştirdiğini, gelişen bu davranışların da kadınların maddi ve manevi sorunları çözebilme becerilerine, açık iletişim kurmalarına, eşit görev dağılımına ve uyaranlar karşısında uygun tepki göstermelerine etki ederek aile işlevselliğini olumlu yönde etkilediği şeklinde değerlendirilebilir. Bunun yanında araştırmada aile işlevselliği alt boyutlarında pozitif yönde bir azalma olmasına rağmen, deney ve kontrol grupları arasındaki farkın anlamlı çıkmamasının, eğitim süresinin kısa olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü işlevlerini sağlıklı algıladıkları bulunmuştur. Ancak bu işlevlerin son test puan ortalamalarındaki azalma, sağlıklı işlevselliğe doğru gidişin olduğunu ve verilen eğitimin etkin olduğunu göstermektedir. Aile işlevselliği ölçeği gereken ilgiyi gösterme alt boyutu, aile üyelerinin birbirlerine yönelik ilgi, sevgi ve bakımını ölçtüğü gibi, aşırı ilgili, müdahaleci, kayıtsız tutumlar içeren davranışlarını da ölçer.¹⁴ Buradan yola çıkılarak kadınların ailelerinde işlevselliğin bozulmasının, hastalık sürecinde kadına aşırı ilgi

gösterilmesi veya ilgisiz davranılması ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Davranış kontrolü ile aile üyelerinin davranışlarına standart koyma, disiplin sağlama biçimi, psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışları değerlendirilmektedir.¹⁴ Bu çalışmada deney grubundaki kadınların davranış kontrolü alt boyutunu sağlıklı olarak algılamasının, Türk aile yapısından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Geleneksel olarak kadınlara çocukluğundan itibaren kendinden önce başkalarının gereksinimlerini karşılama, sessiz olma ve uyumlu davranma öğretilmektedir. Bunun sonucu olarak da kendine güvensiz, pasif, kararsız, başkaları tarafından verilen kararlara uyan, duygularını gizleyen ve çatışmadan kaçınan geleneksel kadın imajı gelişmekte⁷³ ve sonuçta kadınların aile işlevselliği davranış kontrolü alt boyutu olumsuz olarak etkilenmektedir.

Bu çalışmada deney grubunda yer alan kadınların kontrol grubuna göre eğitim sonrası aile işlevselliği ölçeği puan ortalamaları azalmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.3). Bu bulgu ile **Hipotez 1: Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim mastektomi olan kadınların aile işlevselliğini geliştirir** hipotezi red edilmiştir.

İlgili literatür incelendiğinde kanserin sadece hastayı değil, tüm aile bireylerini de etkileyen bir süreç olarak kabul görmesinden dolayı, hastaların eşlerinin ve diğer aile bireylerinin kansere yönelik tutumlarının araştırıldığı çeşitli çalışmaların var olduğu görülse de⁷⁴⁻⁷⁶; meme kanseri sonrası hem kadınlara hem de eşlerine yönelik aile işlevselliğini değerlendirmeye yönelik müdahale çalışmalarına rastlanmamıştır.

Araştırmada, eşlerin gruplar arası aile işlevselliği ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki eşlerin aile işlevselliği ölçeği problem çözme, iletişim, roller alt boyutları son test puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Bu çalışmada sağlığı geliştirme modeli ile

yapılandırılan eğitim ve danışmanlığın problem çözme; (problem odaklı başa çıkma yollarını kullanmaları), iletişim; (bireylerin açık ve doğrudan iletişim kurmaları) ve roller; (görevlerin belirgin ve eşit olarak dağılımı ile görevlerin aile üyeleri tarafından sorumlu bir şekilde yerine getirilmesi)¹⁴ alt boyutları üzerindeki olumlu etkisi, bu alt boyutların problem çözme becerileri, kişilerarası ilişkiler ve roller ile olan ilişkisi ile açıklanabilir.

Deney grubu eşlerin aile işlevselliği ölçeği tüm alt boyutları son test puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Mantani ve ark.¹³ tarafından yürütülen, meme kanseri kadınlar ve eşlerinin aile işlevselliğinin de değerlendirildiği çalışmada eşlerin problem çözme, iletişim, roller, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel fonksiyonlar işlevselliği sağlıklı, duygusal tepki verebilme alanında işlevselliği sağlıksız olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada aile işlevselliği ölçeği alt boyutlarının sağlıklı işlevsellik yönünde ilerlemesi problem çözme becerisi, etkili iletişim, rol dağılımı, uyarılar karşısında uygun tepki verebilme, davranış kontrolü konularında sağlığı geliştirme modeli ile yapılandırılan eğitimin etkinliğini göstermektedir.

Genel olarak literatüre bakıldığında meme kanseri gibi kronik hastalığı olan hastalar ve eşlerinde, aile işlevselliği ölçeği gereken ilgiyi gösterme alt boyutunun sağlıksız olarak algılandığı bulunmuştur.^{12,13} Bu çalışmada eşlerin gereken ilgiyi gösterme işlevini yerine getirmesinde, eşlerin hasta olan bireyin rol ve sorumluluklarını alması, çalışma şartları ve saatleri, boş zamanı değerlendirme alışkanlığının etki ettiği düşünülmektedir. Aile işlevselliği açısından önem taşıyan gereken ilgiyi gösterme aile bireylerinin karşılıklı ilgi, sevgi ve bakımlarının karşılanmasıdır. Kanser tanısının bazen aile bireylerinin birbirine yaklaşmasını sağlaması, bazen de aile bireyleri arasındaki

uzaklaşma duygusunu daha da arttırması bu işlevin kanserli ailelerdeki önemini daha da arttırmaktadır.⁷

Acar'ın⁷⁸ yetişkin bireylerle yürüttüğü deneysel çalışmada, kronik bir hastalığı olan deney grubu ile kronik bir hastalığı olmayan kontrol grubunun aile işlevselliklerini karşılaştırmış ve davranış kontrolü alt boyutu için kontrol grubu verilerinin daha iyi olduğunu saptamıştır. İlgili çalışma bu durumu, kontrol grubundaki bireylerin empatik davranış geliştirirken deney grubundaki kişilerin bu davranışı henüz geliştirmediği şeklinde yorumlamıştır. Bu açıdan değerlendirildiğinde araştırmanın başında, davranış kontrolü boyutunda sağlıksız olarak değerlendirilen eşlerin, son test puanlarının sağlıklı olarak değerlendirilmesi verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin eşlerde farkındalık yaratarak empatik davranış kontrolü geliştirmelerinde olumlu yönde etki ettiği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca hastalığın başlangıcından itibaren geçen sürenin de empatik davranış kontrolü geliştirilmesinde etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmada deney grubunda yer alan eşlerin kontrol grubuna göre eğitim sonrası aile işlevselliği ölçeği puan ortalamaları azalmış ve mental rol ile mental işlev alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 4.4). Bu bulgu ile **Hipotez 2: Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim mastektomi olan kadınların eşlerinin aile işlevselliğini geliştirir** hipotezi doğrulamaktadır.

Bu araştırmada mastektomi olan kadınlar ve eşlerin düzenli fiziksel aktivite/egzersiz, sağlıklı beslenme, stresle başa çıkma, problem çözme becerisi, etkili iletişim, rol dağılımı, uyaranlar karşısında uygun tepki verebilme, davranış kontrolü gibi yaşam biçimi davranışlarında olumlu değişiklikler yapmalarının ve birbirlerine destek vermelerinin, tedavi sonrası süreçte kadınlar ve eşlerin sağlıklı aile işlevselliği geliştirmelerinde önemli rol oynadığı tespit edilmiştir.

Araştırmada, kadınların gruplar arası yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; deney ve kontrol grubu kadınların yaşam kalitesi ölçeği mental rol ve mental işlev alt boyutları son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Bu bulgu ile **Hipotez 3: Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim mastektomi olan kadınların yaşam kalitesini artırır** hipotezini doğrulamaktadır.

Yaşam kalitesinin iyileşmesi kanser sonrası rehabilitasyonun başarısını göstermektedir.⁷⁹ Literatürde meme kanseri tedavi sonrası düzenli fiziksel aktivite/egzersiz, sağlıklı beslenme ve stres yönetimi konularını içeren eğitim ve danışmanlık programlarının yaşam kalitesi alt boyutları üzerinde olumlu etkilerini ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır.^{57-59,80-85}

Kwiatkowski ve ark.⁸⁰ tarafından fiziksel aktivite ve diyet konularını içeren 2 haftalık eğitimin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek için kanser tedavisini tamamlayan kadınlara yönelik yürütülen deneysel çalışma sonucunda, deney grubundaki kadınların fiziksel işlev, fiziksel rol, genel sağlık algısı, yaşamsallık, sosyal fonksiyon, mental işlev, fiziksel yaşam kalitesi ve mental yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamalarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirtilmiştir. Morey ve ark.⁸¹ diyet ve egzersiz konularında 12 ay boyunca verilen telefon danışmanlığının müdahale grubundaki kadınların genel sağlık algısı ve mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak önemli bir fark oluşturduğunu belirtmiştir. Arafa ve Hassan⁸² günlük yürüme ve fiziksel egzersiz eğitim konularını da içeren 4 haftalık psikoeğitim programının kadınların fiziksel yaşam kalitesi (fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı) ve mental yaşam kalitesi (yaşamsallık, mental rol, mental işlev, sosyal işlev) üzerinde anlamlı etkisi olduğunu belirtmiştir.

Northouse ve ark.⁸³ tarafından, başaçıkma teknikleri, iyimser tutum, belirsizliği azaltma ve aile ilişkileri konularını da içeren kapsamlı (4 ev ziyareti ile 2 telefon görüşmesi) ve kısa (2 ev ziyareti ile 1 telefon görüşmesi) eğitim ve danışmanlık programının, yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek için kanser hastaları ve bakım vericilerine yönelik yürütülen deneysel çalışma sonucunda, kısa ve kapsamlı programın hastaların sosyal işlev alt boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır.

Stagl ve ark. meme kanserli kadınlar arasında 10 haftalık verilen kognitif ve davranışsal stres yönetiminin, yaşam kalitesinin üzerindeki etkisinin değerlendirildiği çalışmada, etkili başaçıkma becerileri ve gevşeme tekniklerini içeren psikoedğitim müdahale grubundaki kadınlarda kontrol grubundaki kadınlara göre daha iyi yaşam kalitesi oluşturduğunu belirtmiştir. Ayrıca müdahale grubunda fiziksel ve mental iyiliğin kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir.⁸⁴

Bu araştırmada sağlığı geliştirme modeline göre evde verilen eğitim ve sonrasında sağlanan danışmanlık hizmetinin, meme kanserinden sağkalan kadınların mental rol ve mental işlev düzeylerini arttırdığı görülmüştür.

Kadınların grup içi yaşam kalitesi ölçeği ön test ve son test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubu kadınların yaşam kalitesi ölçeği tüm alt boyutları ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı. Verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin yaşam kalitesinde iyileşmeyi hızlandırdığı şeklinde yorumlanan bu bulgu, literatürdeki benzer çalışmaların sonuçlarıyla da paralellik göstermektedir.^{80,84} Buna karşın, kontrol grubunda yer alan kadınların da yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık algısı, fiziksel rol, ağrı ve mental işlev alt boyutlarının ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Bu sonucun, meme kanseri tedavi sonrası kadınların kontrol

muayeneleri sırasında klinik personelden destek tedavi ve sağlıkla ilgili genel bilgiler almış olmasından kaynaklandığı dűřünülmektedir. Bunun yanında, yaşamsal önemi olan bir hastalık için bireyin hayatında bir takım dűzenlemeler yapmasıyla da açıklanabilir.

Mosher ve ark.⁵⁷ haftalık yapılan orta-ciddi derecedeki egzersiz sűresindeki artıřın fiziksel yařam kalitesi, genel sađlık algısı, fiziksel iřlev, yařamsallık ve sosyal iřlev alt boyut dűzeylerinde artıřla, ađrı alt boyut dűzeyindeki azalmayla iliřkili olduđunu belirtmiřtir. Aynı çalıřmada, kaliteli beslenme ile fiziksel iřlev ve yařamsallık alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif bir iliřki bulunmuřtur. Travier ve ark.⁵⁹ 12 haftalık, diyet ve fiziksel aktivite műdahalelerinin genel sađlık algısı ve fiziksel iřlev alt boyut puan ortalamaları űzerinde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduđunu belirtmiřtir. Antoni ve ark.⁸⁵ 10 haftalık stres yönetim műdahalesinin, Badger ve ark.⁸⁷ kiřilerarası iletiřim ve iliřkiler, sosyal destek konularını da içeren 8 haftalık telefonla sađlık eđitimi ve hem telefon hem de grűntűlű telefonla kiřilerarası danıřmanlık řeklinde műdahalenin yařam kalitesi űzerinde pozitif etkisi olduđunu belirtmiřtir.

Bu alışmada SGM ile uyumlu verilen eğitimin genel sağlık algısı, fiziksel işlev, fiziksel rol, mental rol, sosyal işlev, ağrı, yaşamsallık ve mental işlev alt boyutları űzerindeki olumlu etkisi, bu alt boyutların dűzenli fiziksel aktivite/egzersiz, sağlıklı beslenme ve stres yönetimi ile olan ilişkisi ile açıklanabilir. Bu durum verilen eğitimin deney grubu kadınlara olumlu yönde etki ederek yaşam kalitesinde artışa neden olduğu şeklinde değerlendirilebilir. Ayrıca bu sonuç telefon ve ev ziyareti ile verilen danışmanlık hizmetlerinin de etkinliğini göstermektedir.

Yaptıđımız alıřma literatűrdeki diđer çalıřmalarla da uyumludur. Arafa ve Hassan⁸² gűnlűk yűrűme ve fiziksel egzersiz eđitimi sonunda, deney grubu kadınlardan yařam kalitesi leđi tűm alt boyutlarına iliřkin puanlarında istatistiksel olarak anlamlı

bir artış olduğunu belirtmiştir. Eckert ve ark.⁸⁸ 12 hafta boyunca verilen egzersiz müdahalesinin yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık algısı, mental işlev ve yaşamsal alt boyutları üzerinde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğunu belirtmiştir. Yağlı ve ark.⁸⁹ çalışmalarında aerobik egzersiz eğitiminin yaşam kalitesini yükselttiğini belirtmiştir. Hyun ve Ho⁵⁸ yapılan çalışma sonucunda fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi üzerinde pozitif etkiye sahip olduğunu belirtmiştir. Bunun yanında yapılan meta-analiz çalışmaları da meme kanseri hastaları, meme kanserinden sağkalanlar ve kanserden sağkalanlar için gerçekleştirilen ve süresi 4 ile 52 hafta arasında değişen fiziksel aktivite/egzersiz müdahalesinin yaşam kalitesi üzerinde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur.⁹⁰⁻⁹³

Yapılan çalışmalar meme kanserinin tanı, tedavi ve sağkalm süreçlerinde yalnızca hasta/sağkalan kişileri değil aynı zamanda onların ailelerini de etkilediğini ve en çok etkilenen kişinin primer bakıcı role sahip olan eşler olduğunu göstermektedir.^{62,63,94,95} Bu nedenle kanser genellikle aile hastalığı olarak kabul edilmektedir.⁹⁶ Wagner ve ark.⁶² yaptığı çalışma sonucunda meme kanserli hastaların eşlerinin yaşam kalitesi sağlıklı bireylerin eşlerinin yaşam kalitesi puan ortalamasından daha düşük olduğu belirtilmiştir.

Araştırmada, eşlerin gruplar arası yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; deney ve kontrol grubu eşlerin yaşam kalitesi ölçeği fiziksel rol, mental rol ve mental işlev alt boyutları son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Bu bulgu ile **Hipotez 4: Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim mastektomi olan kadınların eşlerinin yaşam kalitesini artırır** hipotezini doğrulamaktadır.

Li ve ark.⁹⁶ kanserli hastalar ve partnerleri ile yönelik yapılan müdahalelerin etkinliğinin değerlendirildiği sistematik derleme çalışması sonucunda, çiftlere yönelik

müdahalenin kadınlar ve partnerlerin yaşam kalitesi üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu belirtilmiştir.

Eşlerin grup içi yaşam kalitesi ölçeği ön test ve son test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubu eşlerin yaşam kalitesi ölçeği tüm alt boyutları ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı. Kontrol grubu eşlerin yaşam kalitesi ölçeği sosyal işlev alt boyut ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Bu araştırma sonucunda eşlerin mental yaşam kalitesi puan ortalaması, fiziksel yaşam kalitesi puan ortalamasından düşük olduğu belirlendi. Meme kanseri hastaların eşlerinin yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışma sonuçlarında mental yaşam kalitesi puan ortalamasının fiziksel yaşam kalitesi puan ortalamasından düşük olduğu belirtilmiştir.^{62,63}

Bu çalışmada deney grubunda eğitim öncesine göre eğitim sonrası yaşam kalitesinde anlamlı bir farkın olması SGM'ne dayalı hazırlanan eğitim/danışmanlığın etkili olduğunu düşündürmektedir. Bu araştırmanın bulgusu literatür ile uyumludur. Regan ve ark.⁹⁷ meme kanserli kadınlara ve eşlerine yapılan müdahalenin çiftlerin yaşam kalitesini koruduğunu ve artırdığını belirtmiştir. Kayser ve ark.⁶¹ meme kanserli hastalar ve onların eşlerinin yaşam kalitesinde birlikte müdahalenin etkisinin değerlendirildiği çalışma sonucunda müdahale grubunda yer alan meme kanserli hastaların ve eşlerinin yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir. Badr ve Krebs⁹⁸ yaptığı meta-analiz çalışmada çiftin her ikisine de yapılan müdahalenin yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğu belirtilmiştir.

Bu araştırmanın dört aylık bir dönemde yapılmış olması, bir ay boyunca haftada bir dört kez hem kadınlar hem de eşlerine sağlığı geliştirme modeline göre evde eğitim

verilmesi, eğitim sonrasında üç ay boyunca ayda bir evde ve telefonla danışmanlık verilmesi, kadınlar ve eşlerinin yaşam kalitesini arttırmada etkili olmuştur.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Mastektomi olan kadınlara ve eşlerine sağlığı geliştirme modeline göre evde verilen eğitimin aile işlevselliği ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacı ile yapılan çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- Aile işlevselliğinin ön teste deney ve kontrol grubunda fark oluşturmadığı, deney grubu kadınların eğitim sonrası aile işlevselliğinin olumlu yönde geliştiği ve ön teste göre önemli bir fark oluşturduğu bulunmuştur. Ancak hem deney hem de kontrol grubunda “gerekten ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü” puan ortalamaları 2 ve üzerinde bulunmuş ve sağlıksız alanlar olarak değerlendirilmiştir.
- Deney grubu eşlerin son test aile işlevselliği alt boyutlarından “problem çözme, iletişim ve roller” puan ortalamalarının kontrol grubundaki eşlere göre düşük olduğu ve bu alanlarda aile işlevselliğinin sağlıklı olarak geliştiği belirlenmiştir. Deney grubu eşlerin eğitim sonrası aile işlevselliği tüm alt boyutlarının ön teste göre önemli bir fark oluşturduğu ve sağlıklı aile işlevi gösterdiği bulunmuş ancak hem deney hem de kontrol grubunda “gerekten ilgiyi gösterme” alanında puan ortalaması 2 ve üzerinde bulunmuş ve sağlıksız olarak saptanmıştır.
- Deney grubundaki kadınların son test yaşam kalitesi puan ortalamaları kontrol grubundaki kadınlara göre “mental rol ve mental işlev” alt boyutlarında anlamlı olarak yüksek bulunmuş deney grubundaki kadınların eğitim sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutlarındaki puan ortalamaları farkının ön teste göre önemli olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların yaşam kalitesi ölçeğinin “genel sağlık algısı, fiziksel rol, ağrı ve mental işlev” alt boyutlarının son testte önemli olarak arttığı bulunmuştur.

- Deneş ve kontrol grubundaki eşlerin ön test yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından “genel sağlık algısı” kontrol grubunda deneş grubuna göre önemli olarak yüksek, deneş grubundaki eşlerin son test yaşam kalitesi puan ortalamaları kontrol grubundaki eşlere göre “fiziksel rol, mental rol ve mental işlev” alt boyutlarında önemli olarak yüksek saptanmıştır. Deneş grubundaki eşlerin son test yaşam kalitesi puan ortalamaları ön teste göre tüm alanlarda önemli olarak yüksek bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrutusunda, mastektomi olan kadınlar ve eşlerinin aile işlevselliğini geliştirmek ve yaşam kalitesini artırmak için:

- Mastektomi olan kadınlara verilen eğitim ve danışmanlık hizmetine eşlerin de dahil edilmesi
- Mastektomi olan kadınlar ve eşlerine verilecek eğitim ve danışmanlık programlarına düzenli fiziksel aktivite/egzersiz, sağlıklı beslenme, stres yönetimi, problem çözme becerisi, etkili iletişim konularına yer verilmesi
- Mastektomi olan kadınlar ve eşlerin eğitim ve danışmanlığında SGM'nin bir rehber olarak kullanılması
- Danışmanlığın ev ziyareti ve telefon ile yapılması
- Benzer çalışmaların daha büyük bir örneklem grubuyla tekrarlanması önerilmiştir.

KAYNAKLAR

1. American Cancer Society. Breast Cancer Facts and Figures 2013-2014. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-042725.pdf>. 29 Aralık 2014.
2. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Yeni Dünya Kanser İstatistikleri. <http://www.kanser.gov.tr/haberler/856-yeni-dunya-kanser-istatistikleri-yaymlandı.html>. 30 Aralık 2014.
3. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base. GLOBOCAN 2012. <http://globocan.iarc.fr>. 30 Aralık 2014.
4. Türkiye Büyük Millet Meclisi. Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. <https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>. 01 Kasım 2015.
5. İnan FŞ, Üstün B. Evde psikososyal bakım örneği: Meme kanserinde tedavisi sonrası dönemde psikoeğitim uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2014,7(1): 52-58.
6. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri. Murat Gültekin M, Boztaş G (editörler), 2014.
7. Top FÜ. Kanserli Birey ve Aile. İçinde: Kuşuoğlu S, Demirbağ BC (editörler). *Aile Temelli Sağlık Yaklaşımı*, 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2015: 303-311.
8. Wu HS, Harden JK. Symptom burden and quality of life in survivorship. *Cancer Nursing*, 2015, 38(1): 29-54.
9. Bower JE. Behavioral symptoms in breast cancer patients and survivors: fatigue,

- insomnia, depression, and cognitive disturbance. *Journal Of Clinical Oncology*, 2008, 26(5): 768–777.
10. Dodd MJ, Cho MH, Cooper BA, Miaskowski C. The effect of symptom clusters on functional status and quality of life in women with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 2010, 14(2): 101-110.
 11. Leak A, Hu J, King CR. Symptom distress spirituality and quality of life in african american breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 2008, 31(1): 15-21.
 12. Atay İM, Kaya V, Yalçın AY, Ünal GÖ. Meme kanseri olgularında aile işlevleri ve depresyon ilişkisinin değerlendirilmesi. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 2015,6(5): 612-5.
 13. Mantani T, Saeki T, Inoue S, Okamura H, Daino M, Kataoka T, Yamawaki S. Factors related to anxiety and depression in women with breast cancer and their husbands: role of alexithymia and family functioning. *Support Care Cancer*, 2007, 15:859–868.
 14. Bulut I. Ruh Hastalığının Aile İşlevlerine Etkisi. Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları. Ankara,1993: 74.
 15. Büyükakıncak Ö, Akyol Y, Özen N, Ulus Y, Cantürk F, Tander B, Büyükakıncak S, Bilgici A, Kuru Ö. Meme kanseri olan hastalarda cerrahi sonrası erken dönemde yaşam kalitesi: Omuz ağrısı, el kavrama gücü, dizabilite ve emosyonel durum ile ilişkisi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2014,60:1-6.
 16. Erci B. Sağlık Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşam. İçinde: Erci B (editör). *Halk Sağlığı Hemşireliği*, 1. Baskı. Amasya, Göktuğ Yayıncılık, 2009: 266-270.
 17. Ardahan M, Temel AB. Prostat kanserli hastalarda yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı ilişkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2006, 22(2): 1-14.

18. Zebrack B. Information and service needs for young adult cancer survivors. *Support Care Cancer*, 2009, 17:349–357
19. Hacıalioğlu N. *Hemşirelikte Öğretim Öğrenme ve Eğitim*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2013: 2.
20. Yeter K, Savcı A, Sayiner FD. Meme kanserinde rekonstrüktif cerrahinin ve hasta eğitiminin yaşam kalitesine etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2009, 5(2):65-68.
21. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı geliştirme modeli: Kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2014,7(1):59-67.
22. World Cancer Research Fund International/ American Institute for Cancer Research Continuous Update Project Report: Diet, Nutrition, Physical Activity, and Breast Cancer Survivors. <http://www.wcrf.org/sites/default/files/Breast-Cancer-Survivors-2014-Report.pdf> 30 Aralık 2014.
23. American Cancer Society, Cancer Treatment and Survivorship Facts & Figures 2014-2015, American Cancer Society: Atlanta, 2014.
24. American Cancer Society, Cancer Facts & Figures 2014, 2014, American Cancer Society: Atlanta.
25. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri. Gültekin M, Boztaş G (editör), 2014.
26. World Cancer Research Fund Internationa. Diet, nutrition, physical activity and breast cancer survivors. Continuous Update Project,2014.
27. Aydoğan T, Cakcak E, Şimşek O, Erginöz E, Aydoğan F, Hatipoğlu S, Kapan S. Güncel çevresel risk faktörlerinin meme kanserine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2013, 9:176-182.
28. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay S, Tükün A, Yalçın B. Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 konsensüs raporu.

- Meme Sağlığı Dergisi*, 2011, 7(2): 47-67.
29. Somonoğlu S. Meme kanserinde risk faktörleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2(5): 2-12.
30. Aslan FE, Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2007, 3(2): 63-68.
31. Eroğlu C, Eryılmaz MA, Cıvcık S, Gurbuz Z. Meme kanseri risk değerlendirmesi: 5000 olgu. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 2010, 1(20):27-33.
32. Aslan FE, Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2007, 3(2): 63-68.
33. Selimoğlu MA. Anne ve bebek sağlığı açısından emziren anne beslenmesinin önemi. *Türk Pediatri Arşivi*, 2013, 48: 183-7.
34. Erel T. Meme Kanseri ve Hormon Replasman Tedavisi, Ovulasyon İndüksiyon Ajanları ve Oral Kontraseptiflerin Etkileri. *İ. Ü. Cerrahpaşaa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 2006, 54: 43-48.
35. Karayurt Ö. Meme Kanserinde Birincil Korunma ve Hemşirenin Rolü. İçinde: Fadıloğlu Ç (editör). *Meme Kanserli Hastaya Yaklaşım*, 1. Baskı. Adana, Adana Nobel Kitapevi, 2011: 31-37.
36. Monninkhof EM, Elias SG, Vlems FA, Tweel I, Jantine Schuit AJ, Voskuil DW, Leeuwen FE. Physical activity and breast cancer a systematic review. *Epidemiology*, 2007, 18(1): 137-57
37. Davies NJ, Batehup L, Thomas R. The role of diet and physical activity in breast, colorectal, and prostate cancer survivorship: a review of the literatüre. *British Journal of Cancer*, 2011, 105(1): 52-73.
38. Beji NK, Reis N. Risk factors for breast cancer in Turkish women: A hospital-based case-control study. *European Journal of Cancer Care*, 2007, 16: 178-184.

39. Onat H, Demir Ç. *Kanserde Doğru Beslenme Tedavi ve Sonrası*, 2.Baskı. İstanbul, Hera Yayınları, 2012: 30-31.
40. Baysal A, Aksoy M, Besler HT, Bozkurt N, Keçecioglu S, Merdol TK, Pekcan G, Mercangil SM, Yıldız E. *Diyet El Kitabı*, 5. Baskı. Ankara, Hatiboğlu Yayınları, 2008: 45, 319-325.
41. Güner İC. Meme kanseri ve eşlerin desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2008, 46-49.
42. Pender N, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health Promotion in Nursing Practice*, Fifth ed. New Jersey, Pearson, 2006:35-73.
43. Yılmaz S, Atak N. Meme kanseri riskinin beslenme ile ilişkili faktörler açısından değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health*, 2014, 12(1):51-60.
44. Dönmez N. Yıldırım M. Arslan P. Obezite ve Kanser. http://beslenme.gov.tr/content/files/arastirmalar/uyelik/beslenme_bilgi_serisi/Kitaplar/d/d_10_obezitevekanser.pdf 30 Aralık 2014.
45. Applegate L. Çeviri: Özpınar H . *Beslenme ve Diyet Temel İlkeleri*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2011: 266,265.
46. Müftüoğlu O. *Yaşasın Hayat*, 1. Baskı. İstanbul, Doğan Kitapçılık, 2003: 336.
47. Warren BS, Devine CM. Whole Grains, Fiber and Breast Cancer Risk. Cornell University on Breast Cancer and Enviromental Risk Factors. <http://envirocancer.cornell.edu>. 19 Aralık 2015
48. Yıldız E. Kanser ve Beslenme. <http://www.saglik.gov.tr/tr/dosya/1-10489/h/kanservebeslenme.pdf> 30 Aralık 2014.
49. Curbing Global Sugar Consumption. Effective Food policy Actions to Help Promote Healthy Diets & Tackle Obesity. World Cancer Research Fund International <http://www.wcrf.org/sites/default/files/Curbing-Global-Sugar-Consumption.pdf>. 20 Aralık 2015

50. Altieri A, Vecchia CL, Negri E. Fluid intake and risk of bladder and other cancers. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2003, 57(2):, 59–68.
51. Ardiç F. Egzersiz reçetesi. *Türkiye Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 2014, 60(2): 1-8.
52. Terry MB, Zhang FF, Kabat G, Britton JA, Teitelbaum SL, Neugut AI, Gammon MD. Life time alcohol intake and breast cancer risk. *Annals of Epidemiology*, 2006, 16(3): 230-240.
53. Gaudet MM, Gapstur SM, Sun J, Diver WR, Hannan LM, Thun MJ. Active smoking and breast cancer risk: Original cohort data and meta-analysis. *Journal of the National Cancer Institute*, 2013, 105(8): 515-25.
54. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1983, 9: 171-180.
55. Gasalberti D. Early detection of breast cancer by self-examination: The influence of perceived barriers and health conception. *Oncology Nursing Forum*, 2002, 29(9): 1341-1347.
56. Çövener Ç. Sağlık Geliştirme Modeli. İçinde: Ocakçı AF, Alpar ŞE (editörler). *Hemşirelik Kavram Kuram ve Model Örnekleri*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Kitapevi, 2013: 201-212.
57. Mosher CE, Sloane R, Morey MC, Snyder DC, Cohen HJ, Miller PE, Demark-Wahnefried W. Associations between lifestyle factors and quality of life among older long-term breast, prostate, and colorectal cancer survivors. *Cancer*, 2009, 115(17):4001-9.
58. Kim SH, Yun YH. Associations between health behaviors and health-related quality of life among breast cancer survivors. *Asian Oncology Nursing*, 2012, 12(1): 12-19.

59. Travier N, Fonseca-Nunes A, Javierre C, Guillamo E, Arribas L, Peiro I, Buckland G, Moreno F, Urruticoechea A, Oviedo GR, Roca A, Hurto's L, Ortega V, Muñoz M, Garrigo's L, Cirauqui B, del Barco S, Arcusa A, Seguí MA, Borra's JM, Gonzalez CA, Agudo A. Effect of a diet and physical activity intervention on body weight and nutritional patterns in overweight and obese breast cancer survivors. *Medical Oncology*, 2014, 31(1):783.
60. Budin WC, Hoskins CN, Haber J, Sherman DW, Maislin G, Cater JR, Cartwright-Alcarese F, Kowalski MO, McSherry CB, Fuerbach R, Shukla S. Breast cancer education counseling and adjustment among patients and partners: A randomized clinical trial. *Nursing Research*, 2008, 57(3): 199–213.
61. Kayser K, Feldman BN, Borstelmann NA, Daniels AA. Effects of a randomized couple-based intervention on quality of life of breast cancer patients and their partners. *Social Work Research*, 2010, 34(1): 20-32.
62. Wagner CD, Bigatti SM, Storniolo AM. Quality of life of husbands of women with breast cancer. *Psychooncology*, 2006, 15: 109–120.
63. Zhu P, Fu JF, Wang B, Lin J, Wang Y, Fang NN, Wang DD. Quality of life of male spouse caregivers for breast cancer patients in china. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2014, 15: 4181-4185.
64. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). 1. Conceptual frame work and item selection. *Medical Care*, 1992, 30: 473-483.
65. Pınar R. Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram: Yaşam kalitesi, bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalarda geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması. *Hemşirelik Bülteni*, 1995, 9: 85-95.
66. Pınar R. Reliability and construct validity of the SF-36 in Turkish cancer patients. *Quality Life Research*, 2005,14: 259-264.

67. Ledesma N. Nutrition & Breast Cancer. http://cancer.ucsf.edu/docs/crc/nutrition_breast.pdf 30 Aralık 2014.
68. Healthy Living After Breast Cancer Treatment: Diet and Physicalactivity. Canadian Breast Cancer Foundation – OntarioRegion. https://www.cbcf.org/ontario/YourDollarAtWork/EducationAwareness/Documents/GBOT_Chapter%203.pdf 30 Aralık 2014.
69. Kushi LH, Doyle C, McCullough M, Rock CL, Demark-Wahnefried W, Bandera EV, Gapstur S, Patel AV, Andrews K, Gansler T; American Cancer Society 2010 Nutrition and Physical Activity Guidelines Advisory Committee. American cancer society guidelines on nutrition and physical activityfor cancer prevention: Reducing the risk of cancer with healthy food choices andphysical activity. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2012; 62: 30-67.
70. Pender NJ. Health Promotion Model Manual, 2011.<http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/?sequence=1> 30 Kasım 2014.
71. Atri SB, Rahmani A, Sheikhnejhad L. Access family functioning and related factors from the viewpoints of male cancer patients. *Journal of Caring Sciences*, 2014, 3(2): 113.
72. Şahin P. Hipertansif Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Aile İşlevselliği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Öz Yeterlilik İle İlişkisinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2012.
73. Kahraman SD. Kadınların toplumsal cinsiyet eşitsizliğine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2010, 3(1): 30-35.
74. Turner D, Adams E, Boulton M, Harrison S, Khan N, Rose P, Ward A, Watson EK.

- Partners and close family members of long-term cancer survivors: health status, psychosocial well-being and unmet supportive care needs. *Psychooncology*, 2013, 22: 12–9.
75. Moreira H, Canavarro MC. Psychosocial adjustment and marital intimacy among partners of patients with breast cancer: A comparison study with partners of healthy women. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2013, 31: 282–304.
76. Tiryaki A, Ozcurumez G, Sağlam D, Yavuz M. Meme kanseri olan kadınların eşlerinin hastalığa tepkileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2010, 11: 95-101.
77. Alacahan O. Aile birliğini oluşturan faktörler ve işlevleri. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2010, 11(1): 289-298.
78. Acar AE. Kronik Hastalıkların Hastaların Aile İşlevleri ve Yaşam Doyumları Üzerine Etkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2011.
79. Galiano-Castillo N, Ariza-García A, Cantarero-Villanueva I, Carolina Fernández-Lao C, Díaz-Rodríguez L, Legerén-Alvarez M, Sánchez-Salado C, Rosario Del-Moral-Avila R, Arroyo-Morales M. Telehealth system (e-CUIDATE) to improve quality of life in breast cancer survivors: rationale and study protocol for a randomized clinical trial. *Trials*, 2013, 14:187.
80. Kwiatkowski F, Mouret-Reynier M.A, Duclos M, Leger-Enreille A, Bridon F, Hahn T, Praagh-Doreau IV, Travade A, Gironde M, Be'zy O, Lecadet J, Vasson MP, Jouveny S, Cardinaud S, Roques CF, Bignon YJ. Long term improved quality of life by a 2-week group physical and educational intervention shortly after breast cancer chemotherapy completion. Results of the 'Programme of accompanying women after breast cancer treatment completion in thermal resorts' (PACThe) randomised clinical trial of 251 patients. *European Journal of Cancer*, 2013, 49:

1530– 1538.

81. Morey MC, Snyder DC, Sloane R, Cohen HJ, Peterson B, Hartman TJ, Miller P, Mitchell DC, Demark-Wahnefried W. Effects of home-based diet and exercise on functional outcomes among older, overweight long-term cancer survivors: The renew: a randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 2009, 301(18): 1883–1891.
82. Beji NK, Reis N. Risk factors for breast cancer in Turkish women: A hospital-based case–control study. *European Journal of Cancer Care*, 2007, 16: 178–184.
83. Arafa MEA, Hassan M. Psychoeducational program for breast cancer survivors, effect on cancer-related fatigue and quality of life. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 2013, 34: 25–33
84. Northouse LL, Mood DW, Schafenacker A, Kalemkerian G, Zalupski M, LoRusso P, Hayes DF, Hussain M, Ruckdeschel J, Fendrick AM, Trask PC, Ronis DL, Trace Kershaw T. Randomized clinical trial of a brief and extensive dyadic intervention for advanced cancer patients and their family caregivers. *Psychooncology*, 2013, 22(3): 555–563.
85. Stagl JM, Bouchard LC, Lechner SC, Blomberg BB, Gudenkauf LM, Jutagir DR, Glück S, Derhagopian, Carver CS, Antoni MH. Long-term psychological benefits of cognitive-behavioral stress management for women with breast cancer: 11-year follow-up of a randomized controlled trial. *Cancer*, 2015, 121: 1873-81.
86. Antoni MH, Lechner SC, Kazi A, Wimberly SR, Sifre T, Urcuyo KR, Phillips K. How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006, 74(6): 1143–1152.
87. Badger TA, Segrin C, Hepworth JT, Pasvogel A, Weihs K, Lopez AM, Telephone-delivered health education and interpersonal counseling improve quality of life for

- Latinas with breast cancer and their supportive partners. *Psychooncology*, 2013, 22: 1035–1042.
88. Eckert K, Lange1 M, Huber G. Effects of supplemental behavior-oriented exercise intervention in a disease management program for breast cancer. *Archives of Exercise Health and Disease*, 2012, 3(1-2):132-138.
89. Yağlı NV, Şener G, Arıkan H, Sağlam M, Ince DI, Savcı S, Kutukcu EÇ, Altundağ K, Kaya EB, Kutluk T, Özişik Y. Do yoga and aerobic exercise training have impact on functional capacity, fatigue, peripheral muscle strength, and quality of life in breast cancer survivors? *Integrative Cancer Therapies*, 2015, 14(2): 125–132.
90. Duijts SFA, Faber MM, Oldenburg HSA, Beurden MV, Aaronson NK. Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors—a meta-analysis. *Psycho Oncology*, 2011, 20: 115–126.
91. Zeng Y, Huang M, Cheng ASK, Zhou Y, So WKW. Meta-analysis of the effects of exercise intervention on quality of life in breast cancer survivors. *Breast Cancer*, 2014, 21: 262–274
92. Ferrer RA, Huedo-Medina TB, Johnson BT, Ryan S, Pescatello LS. Exercise interventions for cancer survivors: A meta-analysis of quality of life outcomes. *Annals of Behavioral Medicine*, 2011, 41(1): 32–47.
93. Fong DYT, Ho JWC, Hui BPH, Lee AM, Macfarlane DJ, Leung SSK, Cerin E, Chan WYY, Leung IPF, Lam SHS, Taylor AJ, Cheng KK. Physical activity for cancer survivors: Meta-analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 2012, 344(e70):1-14.
94. Kim Y, Given BA. Quality of life of family caregivers of cancer survivors. *Cancer*,

- 2008, 112(11): 2556–68.
95. Traa MJ, Vries JD, Bodenmann G, Oudsten BLD. Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: A systematic review. *British Journal of Health Psychology*, 2015, 20: 85–114.
 96. Li Q, Loke AY. A systematic review of spousal couple-based intervention studies for couples coping with cancer: direction for the development of interventions. *Psycho Oncology*, 2014, 23: 731–739.
 97. Regan TW, Lambert SD, Girgis A, Kelly B, Kayser K, Turner J. Do couple-based interventions make a difference for couples affected by cancer? A systematic review. *Biomed Central*, 2012, 12: 279.
 98. Badr H, Krebs P. A systemic review and meta-analysis of psychosocial interventions for couples coping with cancer. *Psychooncology*, 2012, 22: 1688–1704.

EKLER

EK-I. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Bahar KEFELİ ÇOL
Doğum tarihi: 28.08.1984
Doğum yeri: Samsun
Medeni hali: Evli
Uyruğu: T.C
Adres: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, RİZE
Tel: (0464) 214 1059
Faks:
E-mail: bahar_kefeli@hotmail.com
Eğitim
Lise: Ondokuz Mayıs Lisesi (1998-2001)
Lisans: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2002-2006)
Yüksek lisans: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı (2007-2010)
Doktora: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı (2010-2016)
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: Orta derecede (ÜDS 63.75)
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-II. KADINLARA YÖNELİK TANITICI FORM

SOSYODEMOGRAFİK	Tarih:	
Ad ve soyadı		Anket no:
Adres		
Telefon numarası		
1. Yaş		
2. Eğitim düzeyi	<input type="radio"/> Okuryazar mezunu ve üzeri <input type="radio"/> İlk öğretim mezunu <input type="radio"/> Lise	
3. Çocuk sayısı	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 ve üzeri	
4. Kanser tanısı kaçınıcı evrede kondu	<input type="radio"/> Evre I <input type="radio"/> Evre II <input type="radio"/> Evre III	
5. Tanıdan itibaren geçen zaman	<input type="radio"/> 12 ay ve daha az <input type="radio"/> 2 yıl <input type="radio"/> 5 yıl <input type="radio"/> 10 yıl <input type="radio"/> Diğer	
6. Tamamlanan tedavi	<input type="radio"/> Yalnızca ameliyat <input type="radio"/> Ameliyat+KT <input type="radio"/> Ameliyat+RT <input type="radio"/> Ameliyat+KT+RT <input type="radio"/> Diğer	
7. Meme kanseri tanısı konduktan sonra eğitim aldınız mı?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	

EK-III. EŞLERE YÖNELİK TANITICI FORM

SOSYODEMOGRAFİK	Tarih:	
Ad ve soyadı		Anket no:
Adres		
Telefon numarası		
1. Yaş		
2. Eğitim düzeyi	<input type="radio"/> Okuryazar mezunu ve üzeri <input type="radio"/> İlk öğretim mezunu <input type="radio"/> Lise	



EK-IV. AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

CÜMLELER	Aynen katlıyorum	Büyük ölçüde katlıyorum	Biraz katlıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Ailece ev dışında program yapmakta güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız				
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz				
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenini bilir				
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler				
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler				
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz				
7. Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız				
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız				
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız				
10. Gerekğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız				
11. Evde dertlerimizi, üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz				
12. Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız				
13. Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğinizde sizi dinlerler				
14. Bizim evde bir kişinin söylediğinden, ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir				
15. Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur				
16. Ailemiz üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar				
17. Evde herkes, başına buyruktur				
18. Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler				
19. Ailede bazılarımız duygularımızı belli etmeyiz				
20. Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz				
21. Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız				
22. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz				
23. Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyacımızı karşılamaya yetmiyor				
24. Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır				
25. Bizim ailede herkes kendini düşünür				
26. Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz				
27. Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz				
28. Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz				
29. Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir				
30. Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır				



CÜMLELER	Aynen katlıyorum	Büyük ölçüde katlıyorum	Biraz katlıyorum	Hiç katılmıyorum
31. Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinmeyiz				
32. Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir				
33. Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız				
34. Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz				
35. Evde genellikle söylediklerimizle söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır				
36. Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız				
37. Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz				
38. Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz				
39. Ailemizde sevgi, şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır				
40. Ev işlerinin kimin tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız				
41. Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur				
42. Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterirler				
43. Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür				
44. Ailemizde hiçbir kural yoktur				
45. Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir				
46. Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz				
47. Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz				
48. Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir				
49. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz				
50. Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz				
51. Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz				
52. Sinirlenince birbirimize küseriz				
53. Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez, çünkü genelde umduğumuz görevler verilmez				
54. Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz				
55. Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı, aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir				
56. Aile içinde birbirimize güveniriz				
57. Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz				
58. İşimize yetişmekte güçlük çekiyoruz				
59. Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz				
60. Problemlerimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız				

EK-V. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1.Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?	1. Mükemmel			
	2. Çok iyi			
	3. İyi			
	4. Orta			
	5. Kötü			
2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?	1. Geçen seneden çok daha iyi			
	2. Geçen seneden biraz daha iyi			
	3. Geçen sene ile aynı			
	4. Geçen seneden biraz daha kötü			
	5. Geçen seneden çok daha kötü			
3. Aşağıdakiler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığını bunları kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?				
Etkinlikler		Evet, Oldukça Kısıtlıyor	Evet, Biraz Kısıtlıyor	Hayır, Hiç Kısıtlamıyor
a.Koşmak, ağır kaldırmak, ağır spor gibi ağır etkinlikler				
b.Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta derece etkinlikler				
c.Günlük alışverişte alınanları kaldırma ve taşıma				
d.Merdivenle çok sayıda kat çıkma				
e.Merdivenle bir kat çıkma				
f.Eğilme veya diz çökme				
g.1-2 Km yürüme				
h.Birkaç sokak öteye yürüme				
i.Bir sokak öteye yürüme				
j.Kendi kendine banyo yapma veya giyinme				
4.Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, isiniz ya da günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?				
			Evet	Hayır
a.İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?				
b.Hedeflediğinizden daha azını mı basardınız?				
c.İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?				
d.İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?				
5. Son bir ay içinde duygusal sorunlarınızın sonucu olarak isiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?				
			Evet	Hayır
a.İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?				
b.Hedeflediğinizden daha azını mı basardınız?				
c.İş veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyormuydunuz?				
6. Son bir ay içinde bedensel sağlığını ya da duygusal sorunlarınız arkadaşlarınızla veya komşularınızla olan etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?			1.Hiç etkilemedi	
			2.Biraz etkiledi	
			3.Orta derecede etkiledi	
			4.Oldukça etkiledi	
			5.Aşırı etkiledi	
7.Son bir ay içinde ne kadar ağrınız oldu?		1.Hiç		
		2.Çok hafif		
		3.Hafif		
		4.Orta		
		5.Şiddetli		
		6.Çok şiddetli		

8.Son bir ay içinde ağrınız isinizi ne kadar etkiledi?	1.Hiç etkilemedi					
	2.Biraz etkiledi					
	3.Orta derecede etkiledi					
	4.Oldukça etkiledi					
	5.Aşırı etkiledi					
9.Aşağıdaki sorular son bir ay içinde neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı seçin.						
	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
a.Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
b.Çok sınırlı bir insan oldunuz mu?						
c.Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
d.Kendinizi sakin ve olumlu hissettiniz mi?						
e.Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
f.Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
g.Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
h.Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
i.Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						
10.Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinize sıklıkla etkiledi?(akraba ve arkadaş ziyareti gibi)				1.Her zaman		
				2.Çoğu zaman		
				3.Bazen		
				4.Nadiren		
				5.Hiçbir zaman		
11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?						
	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış	
a.Diğer insanlardan daha kolay hastalanıyor gibiyim						
b.Diğer insanlar kadar sağlıklıyım						
c.Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum						
d.Sağlığım mükemmel						

EK-VI. ETİK KURUL ONAYI

	ETİK KURUL SONUÇ FORMU	
---	-------------------------------	---

Araştırmanın Adı: “Mastektomi Olan Bireylere Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitim, Yaşam Kalitesi ve Aile İşlevselliği Üzerine Etkisi”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)

Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()

Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 13.02.2014 tarihinde yapılan toplantısında “Mastektomi Olan Bireylere Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi ve Aile İşlevselliği Üzerine Etkisi” konulu Doç.Dr.Dilek KILIÇ ve Öğrt.Gör.Bahar KEFELİ ÇOL ‘un çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan


Doç.Dr.Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.

Doç.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye

Doç.Dr.Nadiye ÖZER
Üye

Doç.Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör

EK-VII. RESMİ İZİN YAZISI


T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - RİZE İLİ KAMU
HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - Rize
Eğitim Birimi
31.10.2014 15:10 - 64960800/770/2014.1301822.006
00003974510

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Rize İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 64960800/770
Konu : Akademik Çalışma

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğünde Öğretim Görevlisi olarak çalışan Bahar KEFELİ ÇOL, T.C. Sağlık Bakanlığı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesine son kürlerini almak üzere başvurmuş ve araştırma kriterlerine uygun olan meme kanseri hastalarının onamları alındıktan sonra " Meme Kanserinden Sağ Kalan Kadınlara Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisini Değerlendirme" konulu akademik çalışma yapmak üzere tarafına izin verilmesini talep etmektedir.

Anket soruları incelenmiş olup, çalışma süresince anket sorularında değişikliğe gidilmeden, Bakanlığımızdan edindiğimiz 12/08/2014 tarihli ve 4536968 sayılı konu ile ilgili görüş yazımızdaki esaslar çerçevesinde, birliğimize bağlı sağlık kuruluşunda hizmeti aksatmayacak şekilde çalışmanın yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, yapılacak anket çalışması sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi ve anket sonucu ile ilgili Genel Sekreterliğimize bilgi verilmesi kaydı ile söz konusu anket çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı adı geçen sağlık kuruluşunda 03/11/2014 - 03/07/2015 tarihleri arasında uygulaması uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Hakan GÖRGÜLÜ
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR
.../.../2014

Dr. Şafak SÜNBÜL
Genel Sekreter

Rize Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eminettin Mah. Rize Devlet Hastanesi Kat:1 Merkez RİZE
Ayrıntı için: Fatma KAZANCI Tlf.No: 04642130500-1855-1850 Faks:04642142050
E-posta: khb53.egitim@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imza ile doğruluğunu teyit etmek için www.muhur.gov.tr adresinde 2014.1301822.006/4628-8031-380718009493 kodu ile erişebilirsiniz.

EK-VIII. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışmanın amacı, mastektomi olan bireylere ve eşlerine sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin yaşam kalitesi ve aile işlevselliği üzerine etkisini belirlemektir.

Bu amaç doğrultusunda size araştırmacı tarafından, anket formlarında yer alan sorular sorulacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırmaya katılıp katılmamada tümüyle özgürsünüz. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Araştırmayı yürüten kişi

Öğr. Gör. Bahar KEFELİ ÇOL

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

Gönüllünün:

Adı ve İmzası:

Adresi:

EK-IX. MEME KANSERİ HEMŞİRELİĞİ KURSU

