

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MEME KANSERİ OLAN KADINLAR VE EŞLERİ
İÇİN OLUŞTURULAN WEB TABANLI
EĞİTİMİN YAŞAM KALİTESİ VE EŞ UYUMUNA
ETKİSİ**

SAADET ÇÖMEZ

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

İZMİR-2016

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2011970117

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MEME KANSERİ OLAN KADINLAR VE EŞLERİ
İÇİN OLUŞTURULAN WEB TABANLI
EĞİTİMİN YAŞAM KALİTESİ VE EŞ UYUMUNA
ETKİSİ**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

SAADET ÇÖMEZ

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Özgül KARAYURT

Bu araştırma DEÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Şube Müdürlüğü tarafından
2012.KB.SAG.067 sayı ile desteklenmiştir.

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2011970117

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Saadet ÇÖMEZ ‘MEME KANSERİ OLAN KADINLAR VE EŞLERİ İÇİN OLUŞTURULAN WEB TABANLI EĞİTİMİN YAŞAM KALİTESİ VE EŞ UYUMUNA ETKİSİ’ konulu Doktora tezini 28.06.2016 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



BAŞKAN

Prof. Dr. Özgül KARAYURT
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

ÜYE

Doç. Dr. Hatice MERT
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi



ÜYE

Yard. Doç. Dr. Özlem BİLİK
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi



ÜYE

Prof. Dr. Samiye METE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi



ÜYE

Prof. Dr. Meryem YAVUZ Van GIERBERGEN
Ege Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi



YEDEK ÜYE

Doç. Dr. Murat BEKTAŞ
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

YEDEK ÜYE

Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ
Ege Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ.....	v
ŞEKİL DİZİNİ.....	vi
RESİM DİZİNİ.....	vii
KISALTMALAR.....	viii
TEŞEKKÜR	ix
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.	3
1.2. Araştırmanın Amacı	7
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	7
2. GENEL BİLGİLER.....	9
2.1. Memenin Yapısı.....	9
2.2. Meme Kanseri ve Epidemiyolojisi.....	10
2.3. Meme Kanserinin Etiyolojisi.....	12
2.4. Meme Kanserinde Erken Tanı.....	17
2.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM).....	18
2.5. Meme Kanserinde Tanı Yöntemleri	19
2.5.1. Klinik Meme Muayenesi (KMM).....	19
2.5.2. Mammografi.....	19
2.5.3. Ultrasonografi (USG)	20
2.5.4. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)	20
2.5.5. Biyopsi.....	21
2.5.5.1. Perkütan Biyopsi.....	21
2.5.5.2. Cerrahi Biyopsi	22
2.5.5.3. Biyopsi Yapılacak olan Hastaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri.....	22
2.6. Meme Kanseri Tipleri.....	23
2.6.1. Duktal Kanserler.....	23
2.6.2. Lobuler Kanserler.....	23

2.6.3. İnflamatuvar Meme Kanseri.....	24
2.6.4. Paget Hastalığı.....	24
2.7. Meme Kanserinde Evreleme	24
2.8. Meme Kanserinde Tedavi.....	25
2.8.1. Cerrahi Tedavi.....	26
2.8.1.1. Meme Kanserinde Cerrahi Tedavi Öncesi Bakım	29
2.8.1.2. Meme Kanserinde Cerrahi Tedavi Sonrası Görülebilecek sorunlar ve Bakım.....	30
2.8.1.3. Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu.....	40
2.8.2. Kemoterapi.....	41
2.8.3. Radyoterapi.....	41
2.8.4. Hormonoterapi.....	42
2.8.5. Hedefe Yönelik Tedavi.....	42
2.9. Meme Kanserinde Yaşam Kalitesi	48
2.10. Meme Kanserinde Çift Uyumu	50
2.11. İnternet Temelli Eğitim.....	51
2.11.1. Meme Kanserinde İnternet Temelli Eğitim.....	53
2.12. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi.....	55
3.1. GEREÇ VE YÖNTEM	62
3.1.1. Araştırmanın Tipi	62
3.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	62
3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	62
3.1.4. Çalışma Materyali	63
3.1.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	63
3.1.6. Veri Toplama Araçları.....	63
3.1.7. Araştırmanın Planı ve Takvimi.....	64
3.1.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	64
3.1.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	67
3.1.10. Etik Kurul Onayı	67
4.1. BULGULAR	68
4.1.1. Meme Kanseri Olan Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Bilgileri.....	68
4.1.2. Meme Kanseri Olan Kadınların ve Eşlerinin Yaşadıkları Deneyimler	69
4.1.2.1. Meme Kanseriyle Yüzleşme.....	71

4.1.2.2. Tedavi Süreci.....	72
4.1.2.3. Hastalık ve Tedavi Süreciyle Baş etme.....	79
4.1.2.4. Meme Kanseri Sonrası Yaşam.....	84
5.1. TARTIŞMA.....	87
6.1. SONUÇ VE ÖNERİLER	94

II. AŞAMA

Meme Kanseri Olan Kadınlar ve Eşleri İçin Oluşturulan Web Tabanlı Eğitimin Yaşam Kalitesi ve Eş Uyumuna Etkisi

3.2. GEREÇ VE YÖNTEM	96
3.2.1. Araştırmanın Tipi	96
3.2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	96
3.2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	97
3.2.4. Çalışma Materyali	99
3.2.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	99
3.2.6. Veri Toplama Araçları.....	99
3.2.7. Araştırma Planı ve Takvimi.....	102
3.2.7.1. Veri Toplama Süreci.....	103
3.2.7.1.1 Web Tabanlı Eğitim ve Meme Kanseri ve Kaliteli Yaşam Web Sitesinin Yapılandırma Süreci.....	105
3.2.7.1.1 Meme Kanseri ve Kaliteli Yaşam Web Sitesi.....	105
3.2.7.2. Rutin Hemşirelik Bakımı.....	113
3.2.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	113
3.2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	114
3.2.10. Etik Kurul Onayı	114
3.2.11. Araştırmanın Kavramsal, Teorik ve Deneysel Yapısı.....	114
4.2. BULGULAR	117
4.2.1.1 Kadınların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....	117
4.2.2. Eşleri Sosyodemografik Özellikleri.....	118
4.2.3 Web Tabanlı Eğitimin Yaşam Kalitesi ile Çift Uyum Düzeyine Etkisi.....	119
4.2.3.1. Girişim ve Kontrol Grubunun Başlangıç Verilerinin Karşılaştırılması.....	119
4.2.3.1.1. Yaşam Kalitesi.....	119
4.2.3.1.2. Çift Uyum.....	120

4.2.3.2. Web Tabanlı Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi.....	122
4.2.3.3. Web Tabanlı Eğitimin Çift Uyumuna Etkisi.....	124
5.2. TARTIŞMA.....	129
6.2. SONUÇ VE ÖNERİLER	138
7. KAYNAKLAR.....	140
8. EKLER	163
Ek-1. Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	163
Ek-2. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu.....	164
Ek-3. Eş Tanıtıcı Bilgi Formu.....	165
Ek-4. Yapılandırılmamış Görüşme Formu.....	166
Ek-5. Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme-Meme Kanseri Ölçeği.....	168
Ek-6. Çift Uyum Ölçeği	171
Ek-7. Ege Üniversitesi Hastanesi Kurum İzin Belgesi	172
Ek-8. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kurum İzin Belgesi	173
Ek 9. Etik Kurul İzin Belgesi	174
Ek-10. Özgeçmiş	176

TABLO DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Türkiye Meme Kanseri Tarama Rehberi.....	18
Tablo 2. Amerikan Kanser Birliği Meme Kanseri Tarama Rehberi.....	18
Tablo 3. Meme Kanserinde Evreleme.....	25
Tablo 4. Ameliyat Sonrası Dönemde Görülebilecek Sorunlar ve Bakım.....	37
Tablo 5. Kemoterapi, Radyoterapi ve Hormonoterapi Sonrası Görülebilecek Yan Etkiler ve Bakım.....	43
Tablo 6. Meme Kanseri Olan Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Bilgileri.....	68
Tablo 7. Çift Uyum Ölçeği Alt Boyutları.....	101
Tablo 8. Girişim Grubu ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	118
Tablo 9. Girişim Grubu ve Kontrol Grubundaki Eşlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	119
Tablo 10. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Başlangıç Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	121
Tablo 11. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Kadınların Başlangıç Çift Uyumu Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	122
Tablo 12. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Eşlerin Başlangıç Çift Uyumu Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	123
Tablo 13. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Üçüncü Ay Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	124
Tablo 14. Girişim Grubundaki Kadınların Web Tabanlı Eğitim Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	124
Tablo 15. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Üçüncü Ay Çift Uyumu Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	125
Tablo 16. Girişim Grubundaki Kadınların Web Tabanlı Eğitim Öncesi ve Sonrası Çift Uyum Ölçeği Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	126
Tablo 17. Girişim ve Kontrol Grubundaki Eşlerin Üçüncü Ay Çift Uyumu Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	127
Tablo 18. Girişim Grubundaki Eşlerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	128

ŞEKİL DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1. Memenin Yapısı.....	9
Şekil 2. Dünya’da Kadınlarda En Sık Karşılaşılan Kanser Türleri.....	10
Şekil 3. Dünya’da Kadınlarda Görülen Kanser Türlerinde Tahmin Edilen Ölüm Oranları...	11
Şekil 4. Kadınlarda En sık Görülen 10 Kanserın Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları....	11
Şekil 5. Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	16
Şekil 6. Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi.....	28
Şekil 7. Roy Uyum Modeline göre İnsan Sistemi ve Hemşirelik Süreci.....	59
Şekil 8. Meme Kanseri Tedavisi Gören Kadınlara Verilen Eğitimin Roy Uyum Modeline Göre Entegrasyonu.....	60
Şekil 9. Araştırma Planı ve Takvimi.....	64
Şekil 10. Verilerin analizinde izlenen yollar.....	65
Şekil 11. Meme Kanseri Olan Kadınlar ve Eşlerinin Yaşadıkları Deneyimlerine İlişkin Ana Temalar ve Alt Temalar.....	70
Şekil 12. Araştırma Örneğine Alınan Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların ve Eşlerinin Dağılımı	99
Şekil 13. Araştırma Planı.....	102
Şekil 14. Hastalar için Hazırlanan Web sitesine Giriş Akış Şeması.....	104
Şekil 15. Araştırmanın Roy Uyum Modeline Göre Teorik, Kavramsal ve Deneysel Yapısı.....	116

RESİM DİZİNİ

	Sayfa No
Resim 1. Meme Kanseri ve Kaliteli Yaşam Giriş Sayfası.....	106
Resim 2. Meme Kanseri ve Kaliteli Yaşam Anasayfa Ekranı.....	106
Resim 3. Memenin Yapısı Alt Başlık Ekranı.....	107
Resim 4. Meme Kanseri Nedir? Alt Başlık Ekranı.....	107
Resim 5. Korunma Yolları Nelerdir? Alt Başlık Ekranı.....	107
Resim 6. Meme Rekonstrüksiyonu Alt Başlık Ekranı.....	108
Resim 7. Kemoterapi ve Yan Etkileri Alt Başlık Ekranı.....	108
Resim 8. Radyoterapi ve Yan Etkileri Alt Başlık Ekranı.....	109
Resim 9. Meme Kanseri ve Cinsellik Alt Başlık Ekranı.....	109
Resim 10. Ne Zaman Gebe Kalabilirim? Alt Başlık Ekranı.....	109
Resim 11. Bebeğimi Emzirebilir miyim? Alt Başlık Ekranı.....	110
Resim 12. Sağlıklı Yaşam Önerileri Alt Başlık Ekranı.....	110
Resim 13. Tartışmalar Ekranı.....	111
Resim 14. Kol Omuz Egzersizleri Video Ekranı.....	111
Resim 15. El Yıkama Video Ekranı.....	111
Resim 16. Yönetici Paneli Giriş Ekranı.....	112
Resim 17. Metin Sayfaları Ekranı.....	112
Resim 18. Üye Ekleme Ekranı.....	112

KISALTMALAR

- ACS:** American Cancer Society
AJCC: American Joint Committee on Cancer
AKB: Amerikan Kanser Birliği
ALND: Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu
CDC: Center of Disease Control
CTE: Conceptual-Theoretical-Empirical
ÇUÖ: Çift Uyum Ölçeği
DCIS: Duktal Karsinoma in situ
DEÜ BAP: Dokuz Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri
DIEP: Derin İnferior Epigastrik Perforetor
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
EBCTCG: Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group
FACT-B: Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Cancer
FACIT: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy
HT: Hormonoterapi
KMM: Klinik Meme Muayenesi
KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KT: Kemoterapi
KTFD-MK: Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme-Meme Kanseri
LCIS: Lobular Karsinom in Situ
MKC: Meme Koruyucu Cerrahi
MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme
MRM: Modifiye Radikal Mastektomi
MSAS: Mastektomi Sonrası Ağrı Sendromu
RKÇ: Randomize Kontrollü Çalışma
RT: Radyoterapi
RUM: Roy Uyum Modeli
SİYK: Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi
SLNB: Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi
TRAM: Transvers Rektus Abdominis
UICC: Union International Contre Cancere
USG: Ultrasonografi
WHO: World Health Organization

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve doktora eğitimim süresince danışmanlığımı yürüten, tezimin tüm aşamalarında bilgi, destek, sabır ve anlayışıyla her zaman yanımda olan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Özgül KARAYURT'a,

Tez süresince bana değerli görüşleriyle katkı sağlayan, tez çalışmamı planlama, yürütme aşamalarında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım ve bana yol gösteren değerli hocalarım Sayın Yard. Doç. Dr. Özlem Bilik'e ve Sayın Doç. Dr. Hatice MERT'e,

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim elemanlarına,

Tezimin yürütülmesine katkı sağlayan başta meslektaşlarım hemşireler olmak üzere tüm klinik çalışanlarına ve tüm hastalarımıza/eşlerine,

Doktora eğitimim süresince birlikte çalıştığım, birlikte öğrendiğim, bu zor süreçte her zaman desteklerini yanımda hissettiğim başta Hale Turhan Damar ve Ayşegül Savcı olmak üzere tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca yanımda olup beni destekleyen, hayattaki duruşuyla ban hep örnek olup yol gösteren ve güç kaynağım olan anneme,

Destek, sabır, ilgi, sevgi ve anlayışıyla her zaman yanımda olan yol arkadaşım eşim Kaan Çömez'e

Bu sürecin sonunda hayatıma giren, varlığıyla tüm dünyamı değiştiren en güzel hediyem oğlum Çınar'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Saadet ÇÖMEZ

Meme Kanseri Olan Kadınlar ve Eşleri İçin Oluşturulan Web Tabanlı Eğitimin Yaşam Kalitesi ve Eş Uyumuna Etkisi

Saadet Çömez

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İnciraltı / İZMİR

saadet.andic@deu.edu.tr

ÖZET

Amaç: Meme kanseri olan kadınlar ve eşlerinin deneyimlerinin belirlenmesi ve Roy Uyum Model’ne göre yapılandırılmış web tabanlı eğitimin yaşam kalitesi ve eş uyumuna etkisinin incelenmesidir.

Yöntem: Niteliksel araştırmada, tanımlayıcı araştırma tasarımı kullanılmış ve örneklemini meme kanseri olan 14 kadın ve onların eşleri oluşturmuştur (n:28). Veriler yapılandırılmamış görüşme formu kullanılarak derinlemesine görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veriler içerik analizi ile değerlendirilmiştir. **Niceliksel araştırmada;** yarı deneysel araştırma tasarımı kullanılmıştır. Araştırma örneklemini 41 girişim ve 42 kontrol olmak üzere 83 çift oluşturmuştur. Veriler ameliyat sonrası ilk bir hafta içinde ve üçüncü ayda, iki kez yüz yüze görüşme/telefon görüşmesi ile toplanmıştır. Bu süreçte girişim grubuna uygulanan RUM’a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitimin hasta sonuçlarına etkisi incelenmiştir.

Bulgular: Niteliksel araştırmada; meme kanseri olan kadınlar ve eşlerinin yaşadıkları deneyimler; “meme kanseriyle yüzleşme”, “tedavi süreci”, “hastalık ve tedavi süreciyle baş etme” ve “meme kanseri sonrası yaşam” olmak üzere dört ana tema ve 15 alt temadan oluşmaktadır. **Niceliksel araştırmada;** web tabanlı eğitim alan girişim grubunun yaşam kalitesi ve çift uyum puan ortalamaları kontrol grubundan daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Sonuç: Meme kanseri olan kadınlar ve eşleri tanıdan itibaren tüm tedavi sürecinde fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan birçok olumlu ve olumsuz deneyim yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Meme kanseri tanı ve tedavisinin etkilerini kadınların yanı sıra tüm aile bireylerinin özellikle eşlerinin birlikte yaşadıkları ifade edilmiştir. Bu durum meme kanserinin sadece kadının değil ailenin hastalığı olduğunu göstermektedir. Roy Uyum Modeli’ne göre yapılandırılmış web tabanlı eğitimin kadınların yaşam kalitesi, kadınların ve eşlerin çift uyumlarını arttırdığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, kalitatif araştırma, deneyim, eş

Impact of Web Based Education on the Quality of Life and Spouse Adjustment in Patients with Breast Cancer and Their Spouses'

Saadet Çömez

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Inciraltı / İZMİR
saadet.andic@deu.edu.tr

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to describe experience of women with breast cancer and their spouses' and effects of web based education on the Roy Adaptation Model in women with breast cancer and their spouses'.

Method: The qualitative research with a descriptive design and fourteen women and their spouses were enrolled in the study (n:28). Data were collected at in-depth interviews and a unstructured interview form. Obtained data were analyzed with content analysis. **The quantitative research** used a quasi-experimental research design. The sample of the research consisted of 83 spouses, of whom 41 were in the intervention group and 42 were in the control group. The data was acquired by two face-to-face meetings/phone calls, at the within the first week after surgery, and in the third month post operation. In this period, the aim was to assess the effects of web based education on the RAM in women with breast cancer and their spouses'

Results: In the qualitative research: The women with breast cancer and their spouses' experiences were categorized into four main and 15 subthemes. Main themes are "facing breast cancer" "treatment process" "coping with disease and treatment" and "life after treatment". **In the quantitative research;** the web based education group's quality of life and didactic adjustment scores were higher than the control group. The difference was found statistically significant ($p<0.05$).

Conclusions: The women with breast cancer and their spouses reported that they had many positive and negative experiences in terms of physical, psychological and social status from the time of diagnosis till completion of treatment. They explained that the diagnosis and treatment of breast cancer affected both the women suffering from the disease and members of their families. This suggests that breast cancer is not only a disease which appears in women but also a condition which strike families. The Roy Adaptation Model-based web based education increases women' quality of life, womens and their spouses's dydactic adjustment.

Key Words: breast cancer; spouses; experiences; qualitative research

1.GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Meme kanseri, kadınlar arasında en sık (%29) tanılanan kanser çeşidi olup dünyada en sık (%14) ölüme yol açan malign tümördür (American Cancer Society [ACS] 2015, 2016). Türkiye'deki kanser oranlarına bakıldığında meme kanseri kadınlarda görülen kanserler arasında birinci sırada (yüz binde 45.9) yer almaktadır (T. C. Sağlık Bakanlığı 2016a).

Meme kanseri lokal ve sistemik bir hastalık olduğundan tedavisinde de lokal; cerrahi ve radyoterapi (RT), sistemik; kemoterapi (KT), hormonoterapi (HT) ve hedefe yönelik tedaviler yer almaktadır (Karamanoğlu ve Özer 2008; Karayurt, Erol Ursavaş ve Çömez 2016). Bu tedavilerin birçok yan etkisine kadınlar uyum sağlamak zorunda kalmaktadır (Hofso, Miaskowski, Bjordal ve ark. 2011; Hack, Kwan, Thomas-MacLean ve ark. 2010; Byar, Berger, Bakken ve ark. 2006; Knobf ve Sun 2005). Meme kanserinin cerrahi tedavisine bağlı; ağrı, beden imajında ve cinsel yaşamda değişiklik, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sıkıntılar, sosyal yaşamda bozulma, lenfödem gibi sorunlar yaşanmaktadır. KT'ye ve RT'ye bağlı; cilt reaksiyonları, memede ödem, bulantı-kusma, nötropeni, trombositopeni, anemi, saç dökülmesi, yorgunluk gibi yan etkiler görülmektedir. HT'nin de; sıcak basması, vaginal kuruluk, osteoporoz gibi yan etkileri olmaktadır (Ganz 2008; Özkan ve Alçalar 2009; Yıldırım, Özkan, Özkan ve ark. 2009; Park, Bae, Jung ve ark. 2011; ACS 2015; Dash, Randolph-Jackson, Isaacs ve ark. 2016; Ho, Lo ve Luk 2016; Marshall-McKenna, Morrison, Stirling ve ark. 2016).

Yaşam kalitesi, sağkaldımdan sonra hasta izlenmesinde önemli değerlendirme ölçütü olarak belirlenen bir kavram olmuştur (Aydemir 2007). Sağlıkta yaşam kalitesi ölçümlerinin hedefi bir hastalık ve bu hastalığın tedavisinin yaşamın fiziksel, sosyal, emosyonel boyutları üzerine etkilerini incelemektir. Meme kanserinde tedavi ve hastalıktan iyileşme dönemine geçişde psikososyal uyumun kalitesi meme kanseri tedavisi gören kadının gelecekteki iyi olma durumunu etkilemektedir (Garofalo, Choppala, Hamann ve ark. 2009; Park ve ark. 2011, Fu, Axelrod, Guth ve ark. 2016). Meme kanserinin aktif tedavisi sonrası dönemde yeterli bilgi ve desteğin sağlanması, meme kanseri tedavisi gören kadınların semptomları yönetmelerine ve kanser tedavisi sonrası yaşama uyum sağlamalarına yardımcı olmaktadır. Bununla birlikte, meme kanseri için yapılan girişimlerin çoğu tanı ve tedavi kararı arasındaki döneme (Cimprich, Janz, Northouse ve ark. 2009; Park ve ark., 2011; Glaser, Fraser, Corner ve ark.

2013), ya da tedavi sırasına yöneliktir (Cimprich ve ark. 2009; Reimer ve Gerber 2010; Park ve ark. 2011; Bayram, Durna, Akın 2014; Huang, Tseng, Chien ve ark. 2016). Meme kanseri tedavisi gören kadınların yaşadığı semptomları inceleyen çalışmaların çoğu; yorgunluk, beden imajı, kol-omuz sıkıntıları, menapozal semptomlar ya da depresyon gibi tek bir semptomla yönelik yapılmıştır (Hofso ve ark. 2011; Kilbreath, Refshauge, Beith ve ark. 2012; Fallbjörk, Rasmussen, Karlsson, Salander 2013; Przewdziecki, Sherman, Baillie ve ark. 2013).

Yurt dışında yapılan tanımlayıcı çalışmalarda; tanı sırasında genç olan, sağlık durumu iyi olmayan kadınların semptomlarının daha kötü olduğu ve bu durumun kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Janz, Mujahid, Chung ve ark. 2007; Leak, Hu, King 2008; Cleeland 2007; Dodd, Cho, Cooper ve ark. 2010; Kim, Jahan, Aouizerat ve ark. 2009). Ayrıca genç kadınların hastalığın prognozu ve gelecekleri konusunda daha endişeli olduğu, aile hayatlarının ve eşleriyle olan ilişkilerinin etkilenmesinden korktukları gösterilmiştir (Kamińska, Ciszewski, Kukielka-Budny ve ark. 2015). Türkiye’de Akın ve arkadaşları 2008’de kemoterapi alan meme kanseri olan kadınların yaşam kaliteleri ve öz yeterliliklerini tanımlamak amacıyla kanser tedavisinde fonksiyonel değerlendirme-meme kanseri (KTFD-MK) ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada, yaşam kalitesi boyutlarının tümünün olumsuz olarak etkilendiğini belirtmişlerdir. Kemoterapinin başlangıcından itibaren fiziksel iyi olma, duygusal iyi olma ve ek endişe alt boyutu ve tüm KTFD-MK ve öz yeterliliklerinin olumsuz olarak etkilendiği bulunmuştur. Tedavi boyunca fiziksel semptomlar ve psikososyal sıkıntının arttığı ve aktivite düzeyinin olumsuz olarak etkilendiği saptanmıştır. Zapanalıoğlu ve arkadaşlarının 2009 yılında Türkiye’de yaptıkları tanımlayıcı çalışmada modifiye radikal mastektomi (MRM) ve meme koruyucu cerrahi (MKC) geçiren ve tedavi süreçleri devam eden kadınların yaşam kaliteleri karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda MKC’nin MRM’ye oranla daha iyi yaşam kalitesi sağladığı belirtilmiştir.

Meme kanseri kadınların yaşamlarını değiştirmektedir. Kadınlar yaşamlarını tehdit eden hastalığın fiziksel ve duygusal sonuçlarının üstesinden gelmek zorundadırlar (Arman Rehnsfeldt, Lindholm ve ark. 2008). Meme kanseri olan kadınlar, bu büyük olayın duygusal etkisini yakınlarıyla beraber yoğun olarak yaşarlar. Kadınların meme kanseri nedeniyle yaşadığı korku ve anksiyetesini eşine ve çocuklarına yansıtarak onları da olumsuz yönde etkilediği, dolayısıyla meme kanserinin ailenin hastalığı olduğu vurgulanmaktadır (Karayurt ve Zorukoş 2008).

Meme kanseri olan kadınlar ve eşlerinin yaşadıkları güçlükler ile uyum sorunlarının incelendiği tanımlayıcı çalışmalarda; yaşlı, eğitim düzeyi düşük ya da yeni evli olanların eşlerinin daha depresif olduğu (Lewis, Fletcher, Cochrane ve ark. 2008), gelecek konusunda belirsizlik yaşadıkları, evlilik uyumunun düşük olduğu belirtilmiştir (Wagner, Bigatti, Storniolo 2006; Ben-Zur, Gılbar ve Lev 2001). Ayrıca meme kanserini bir travma olarak gördükleri (Seunghye ve Eunjung 2014), eşlerinin iyileşememesinden korktukları (Çömez ve Karayurt 2015), baş etme durumlarının kötü olduğu (Wagner ve ark. 2006), hastaların eşlerinden daha çok sıkıntı yaşadıkları fakat psikososyal uyumlarının benzer olduğu, kadınların eşlerinden daha çok problem çözme seçeneklerinin kullandıkları saptanmıştır (Ben-Zur ve ark. 2001). Bununla birlikte yapılan başka bir çalışmada daha yaşlı olan hasta ve eşlerinin gençlere göre daha düşük düzeyde depresyon yaşadıkları belirtilmiştir (Hasson-Ohayon, Goldzweig, Dorfman ve Uziely 2014). Bigatti ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları bir çalışmada, meme kanseri olan kadınların eşlerinin meme kanseri olmayan kadınların eşlerinden daha az baş etme yöntemi kullandıkları bulunmuştur. Kanada’da yapılan bir çalışmada (2014), eşlerin hastalığın etkilerini öğrenmek ve bunlarla baş etmek için bilgi gereksinimlerinin olduğu, eşlerin kadınlara destek olmak için internet gibi kaynaklara başvurarak bilgi edindikleri ve destek almaya çalıştıkları saptanmıştır (Cheng, Jackman, McQuestion, Fitch 2014). Nasırı ve arkadaşlarının 2016 yılında İran’da yaptıkları niteliksel çalışmada, eşlerin kadınların hastalığından sonra aile yaşamını organize etmek için daha çok mücadele ettikleri belirtilmiştir. Bunun sonucunda sağlık çalışanlarının kadınların hastalıkları süresince eşlere de destek sağlamaları gerektiği vurgulanmıştır. Jones ve arkadaşlarının 2001 yılında Kanada’da yaptıkları bir çalışmada, meme kanseri olan hastalar için geliştirdikleri web sitesinin hastalar tarafından kolay kullanılabilirdiği, hastalara bilgi sağlayıcı olduğu ve hastalar ve aileleri için eğlenceli olduğu gösterilmiştir. Fu ve arkadaşlarının 2016 yılında Amerika’da yaptıkları randomize kontrollü çalışmada (RKÇ), meme kanseri tedavisi gören kadınların kronik ağrılarını ve lenfödeme ilişkin semptomlarını yönetebilmeleri için bir web ve mobil destekli girişim geliştirmişlerdir. Çalışmanın sonucunda girişimin kadınların ağrı ve lenfödeme ilişkin semptomlarını yönetmelerinde yardımcı olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda kadınların web ve mobil destekli girişimden faydalanarak semptomlarını izlemede kendi stratejilerini geliştirebildikleri belirtilmiştir. Salonen ve arkadaşlarının 2009 yılında Finlandiya’da mastektomiden bir hafta sonra telefon danışmanlığının etkinliğini

değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastaların beden imajının geliştiğini ve ameliyat sonrası yan etkileri daha iyi yönettiklerini belirtmişlerdir.

Ülkemizde meme kanseri olan kadınlar ve eşleriyle yapılan girişimsel çalışmalara ulaşamamıştır. Ülkemizde yapılan tanımlayıcı çalışmalarda, ameliyat tipinin cinsel doyuma ve eş uyumuna etkisi olmadığı, total mastektomi ameliyatının meme algısını ve benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği (Sertöz, Mete, Noyan ve ark. 2004) gösterilmiştir. Ayrıca, meme kanseri olan kadınların depresyon düzeylerinin eşlerine göre yüksek olduğu (Alacacıoğlu, Yavuzsen, Dirioz ve ark. 2009) saptanmıştır. Tiryaki ve arkadaşlarının 2010 yılında eşleri meme kanseri olan ve olmayan erkeklerle yaptığı çalışmada, meme kanseri olan kadınların eşlerinin sağlıklı kadınların eşlerine göre cinsel yaşamdan daha az kaçındıkları ve duygularını cinsel olarak ifade etmekte daha iyi oldukları bulunmuştur. Ayrıca, meme kanseri olan kadınların eşlerinin hastalık ve tedavi sürecinde eşlerine uygun destek sağladıkları belirtilmiştir.

Hemşireler, hasta ve yakınlarının tanı ve tedavi süreci boyunca değişen bilgi ve bakım gereksinimlerini belirleyerek, diğer sağlık profesyonelleri ile sürekli etkileşime girerek bireylerin günlük yaşama uyumlarında anahtar rol oynarlar (Hawkey 2001). Bu araştırmanın kavramsal çerçevesini Roy Uyum Modeli (RUM) oluşturacaktır. RUM, hastaların hastalıkları ile baş etme ve uyumunu inceleyen temel hemşirelik modellerinden biridir. Aynı zamanda RUM, bireyleri biyo-psiko-sosyal açıdan inceleyen bir modeldir (Fawcett 2005; Roy 2009).

Literatürde, farklı hastalıklarla baş etme, yaşam kalitesi ve hastalığa uyum RUM'a temellendirilerek incelenmiştir (Samarel, Tulman, Fawcett 2002; Young-McCaughan ve ark., 2003; Zeigler, Smith, Fawcett 2004; Bakan ve Akyol 2008; Lefaiver ve ark. 2007). Hastaların, yaşam kaliteleri ve hastalığa uyumunu geliştirmede destek grubun, sosyal desteğin (Samarel ve ark. 2002), egzersiz programlarının (Young-McCaughan ve ark. 2003), ve bireysel danışmanlığın etkisi RUM'a göre incelendiği çalışmalarda yaşam kalitesi ve uyumun geliştirildiği gösterilmiştir (Yeh 2003; Zeigler, Smith, Fawcett 2004). Yurtdışında ve yurtiçinde yapılan çalışmalarda; RUM'un hastalara bütüncül yaklaşımda multidisipliner ekip çalışmasının yönetilmesinde (Hana 2006), hemodiyaliz hastalarında (Burns 2004), doğum öncesi anne eğitiminde (Figen ve Mete 2009), bulantı ve kusması olan gebenin bakımının yönetilmesinde (İşbir ve Mete 2010) etkin bir şekilde kullanıldığı belirtilmiştir. Ülkemizde meme kanseri olan kadınlara ve eşlerine yönelik RUM'a göre yapılandırılmış girişimin etkisinin incelendiği çalışmalara ulaşamamıştır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma nitel ve nicel olmak üzere iki aşamada yürütülecektir.

1. Araştırmanın birinci aşamasında; meme kanseri olan kadınların ve eşlerinin yaşadıkları deneyimlerin açıklanması amaçlanmaktadır.
2. Araştırmanın ikinci aşamasında; RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitimin meme kanseri olan kadınların ve eşlerinin "*yaşam kalitesi ve eş uyumu*" na etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

1.3. Araştırmanın İkinci Aşamasının Hipotezleri

H₁. Meme kanseri olan kadınlara ve eşlerine RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilen deney grubundaki *kadınların ilk kontrole geldiklerinde yaşam kalitesi* düzeyi kontrol grubuyla benzerdir.

H₂. Meme kanseri olan kadınlara ve eşlerine RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilen deney grubundaki *kadınların eğitim sonrası üçüncü ayda yaşam kalitesi* düzeyi kontrol grubuna göre yüksektir.

H₃. Meme kanseri olan kadınlara ve eşlerine RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilen deney grubundaki *kadınların ve eşlerin ilk kontrole geldiklerinde çift uyumu* düzeyi kontrol grubuyla benzerdir.

H₄. Meme kanseri olan kadınlara ve eşlerine RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilen deney grubunda *kadınların ve eşlerin eğitim sonrası üçüncü ayda çift uyumu* düzeyi kontrol grubuna göre yüksektir.

H₅. Meme kanseri olan kadınlara ve eşlerine RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilen deney grubundaki *kadınların eğitim sonrası üçüncü ayda yaşam kalitesi* düzeyi eğitim öncesine göre yüksektir.

H₆. Meme kanseri olan kadınlara ve eşlerine RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilen deney grubundaki *kadınların eğitim sonrası eğitim sonrası üçüncü ayda çift uyumu* düzeyi eğitim öncesine göre yüksektir.

H₇. Meme kanseri olan kadınlara ve eşlerine RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilen deney grubundaki *eşlerin eğitim sonrası üçüncü ayda çift uyumu* düzeyi eğitim öncesine göre yüksektir.

Bu doğrultuda planlan RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitimin meme kanseri olan kadınların ve eşlerinin;

- tedavi ve rehabilitasyon sürecinde birbirlerine daha kolay uyum sağlayacağı ve
- fonksiyonel yeterliliklerini daha çabuk kazanarak fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden iyi olmalarını hızlandıracağı düşünülmektedir.

Web tabanlı eğitimin, kadınların yaşam kalitelerini arttıracağı ve böylelikle kadınların rol fonksiyonlarına, işlerine daha çabuk dönebilecekleri, hastaneye tekrar yatışların azalacağı düşünülmektedir.



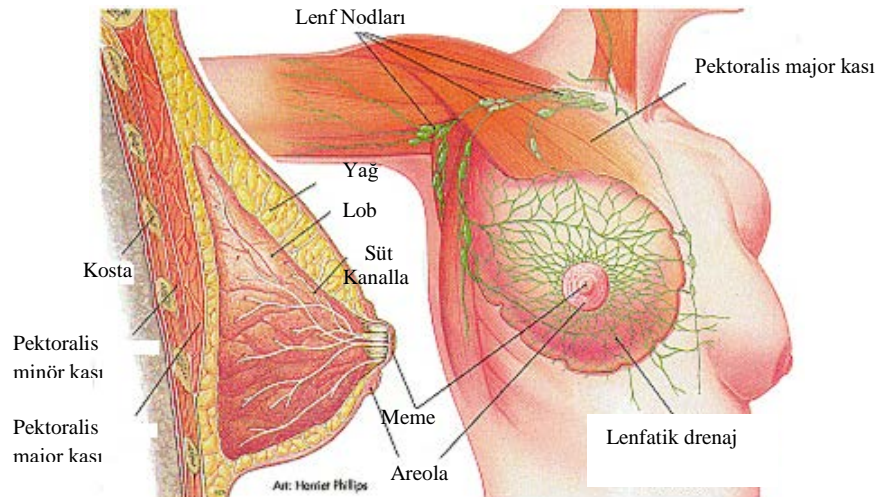
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Memenin Yapısı

Erişkin sağlıklı bir kadında memeler simetriktir. Memelerin büyüklüğü ve şekli kadının yaşı, genetik yapısı, beslenme durumu, gebelik, laktasyon ve menstruasyon durumuna bağlı olarak değişiklikler gösterir. Memenin şekli ve sertliği yağ dokusunun hacmine bağlıdır. Meme, toraks üzerinde ikinci ile altıncı kostalar arasında, sternum ile orta aksiler hat arasında simetrik olarak yer alan bir çift bezdir. Meme dokusunun yaklaşık üçte ikisi pektoralis major kası üzerinde, üçte birlik bölümü ise serratus anterior kası üzerinde bulunmaktadır (Baron 2010; Kaymakçı 2014; Karayurt 2014; Hunt, Robertson, Bland 2015).

Meme dıştan içe doğru deri, derialtı yağ dokusu ve meme dokusundan oluşur. Her bir meme bezi 12-20 lobdan oluşmaktadır. Loblar, üzüm salkımı görünümünde yapılar olup kendilerine ait bir kanalla meme başına açılır. Çapları areola yakınında iki mm'yi bulan toplayıcı kanallar (duktus laktiforus) subareolar bölgede beş-sekiz mm çapında süt sinuslarına (sinus laktiforus) dönüşürler (Şekil 1). Meme başı areolanın merkezinde yer alır. Daire şeklinde olan areolanın içinde bol miktarda duyarlı sinir ucu, yağ bezleri ve ter bezleri bulunur (Baron 2010; Kaymakçı 2014; Karayurt 2014; Hunt ve ark. 2015).

Meme dokusu dış yüzeyden meme ucunu yatay ve dikey olarak kesen hayali iki çizgi ile dört kadrana ayrılır. Bunlar üst dış, üst iç, alt dış ve alt iç kadranslar olarak adlandırılırlar. Meme dokusunda bulunan herhangi bir lezyon ya da kitle bu ayrıma göre saat kadranı yönünde tanımlanır (Baron 2010; Karayurt 2014; Karayurt, Erol Ursavaş ve Çömez 2016).



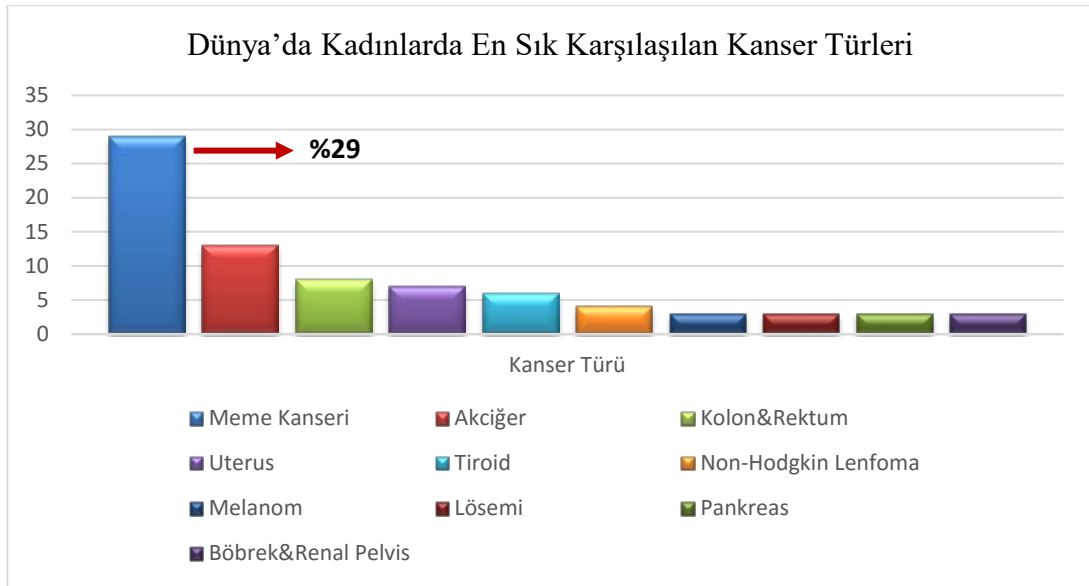
Şekil 1. Memenin Yapısı

Kaynak: <http://nursingcrib.com/anatomy-and-physiology/anatomy-and-physiology-of-mammary-glands-breast/> den alınmıştır. Erişim Tarihi: 29.02.2016.

Memenin kanlanması sağlayan damarlar interkostal arter, internal torasik arter ve lateral torasik arterdir. Memenin venleri ise; torasik internal ven, aksiler ven ve interkostal vendir (Baron 2010; Foxson, Lattemer, Felder 2011; Kaymakçı 2014; Karayurt 2014; Hunt ve ark. 2015). Lenfatik sistem vasküler sistemin bir parçasıdır. Meme kanserinin yayılmasında etkili olduğundan meme için önemlidir. İnterstisiyel aralıkta toplanan lenf sıvısı lenfatik kapillere geçer. Lenf kapilleri önce toplayıcı lenf damarlarına daha sonra lenf nodlarına drene olur. Lenf nodundan çıkan lenf damarları genişleyerek ve birleşerek venöz dolaşıma karışır. Memenin lenf yolları; deri lenf yolları ve parankimal lenf yolları olmak üzere ikiye ayrılırlar. Lenf akımının %75'i aksillaya, %25'i internal mamma lenf nodüllerine olur (Baron 2010; Foxson ve ark. 2011; Kaymakçı 2014; Karayurt 2014; Hunt ve ark. 2015; Karayurt ve ark. 2016). Memenin lenfleri solda duktus torasikusa, sağda duktus lenfatikusa boşaldığı gibi; her iki yanda boynun lenfatiklerine bazen de doğrudan subklavian ven ve jugular venin birleşim yerine açılırlar (Kaymakçı 2014).

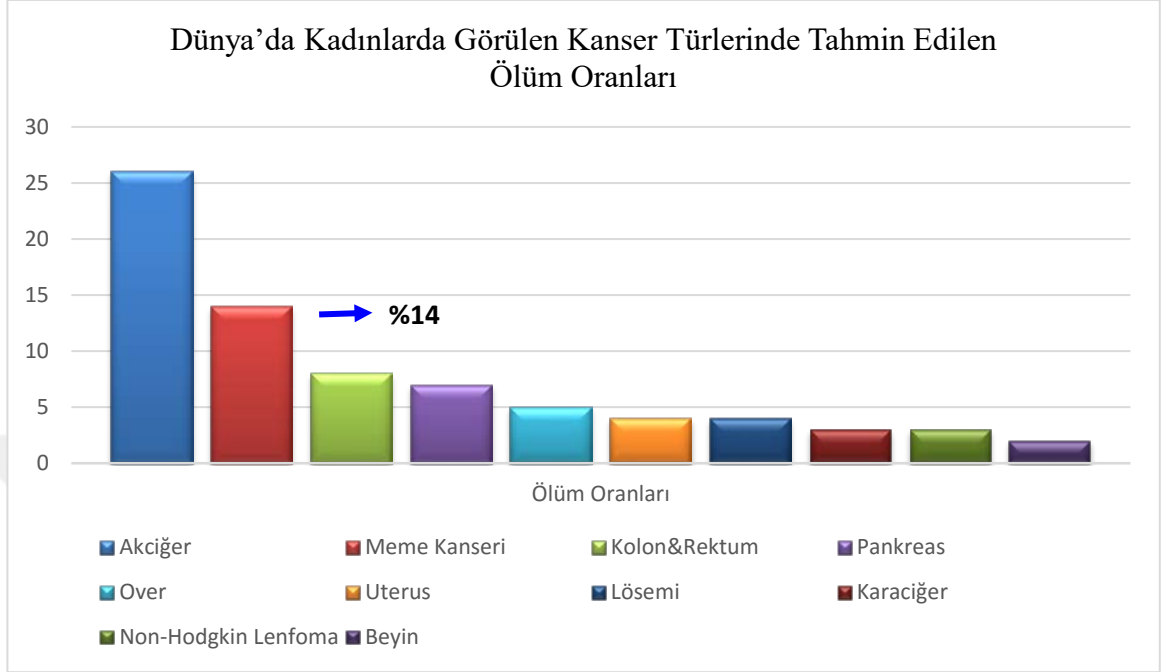
2.2. Meme Kanseri ve Epidemiyolojisi

Meme kanseri, memedeki süt bezleri ve süt kanallarındaki hücrelerin kontrolsüzce değişmesi ve çoğalması ile oluşan bir hastalıktır. (ACS 2015, 2016) Kadınlar arasında en sık (%29) tanılanan kanser çeşidi olan meme kanseri (Şekil 2) aynı zamanda en sık (%14) ölüme yol açan ikinci malign tümördür (Şekil 3) (ACS, 2015, 2016). Türkiye’de ise meme kanseri kadınlarda görülen kanserler arasında birinci sırada (yüz binde 45.9) yer almaktadır (Şekil 4) (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2016a).



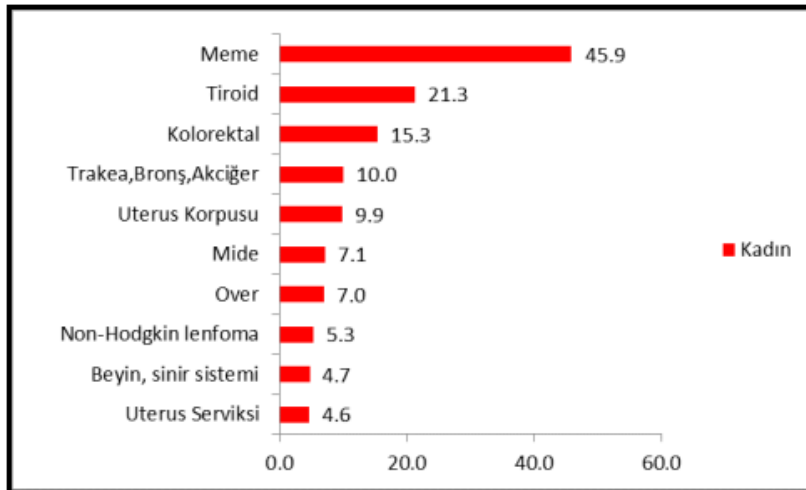
Şekil 2. Dünya’da Kadınlarda En Sık Karşılaşılan Kanser Türleri

Kaynak: American Cancer Society, Cancer facts & figures 2016. Atlanta, American Cancer Society. 2016. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-047079.pdf> 'den alınmıştır. Erişim Tarihi: 25.02.2016



Şekil 3. Dünya'da Kadınlarda Görülen Kanser Türlerinde Tahmin Edilen Ölüm Oranları

Kaynak: American Cancer Society, Cancer facts & figures 2016. Atlanta, American Cancer Society. 2016. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-047079.pdf> 'den alınmıştır. Erişim Tarihi: 25.02.2016



Şekil 4. Kadınlarda En sık Görülen 10 Kanser'in Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2013) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide).

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara 2016a'dan alınmıştır.

2.3. Meme Kanserinin Etiyolojisi

Meme kanserinin etyolojisinde tek bir etkenden söz etmek mümkün değildir. Hastalığın gelişiminde rol oynayan birçok faktör bulunmaktadır (Baron 2010; Foxson ve ark. 2011; Hamolsky 2014; ACS 2015). Hastanın yaşı, aile öyküsü, erken menarş ve geç menapoz gibi risk faktörleri değiştirilemeyen risk faktörleri olarak sınıflandırılırken, menapoz sonrası obezite, kombine östrojen ve progesteron kullanımı gibi faktörler değiştirilebilir risk faktörleri olarak sınıflandırılmaktadır (Şekil 5) (ACS, 2015).

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Cinsiyet: Meme kanserinin %99'u kadınlarda, %1'i erkeklerde görülmektedir (Baron 2010; Kaymakçı 2014). Kadın olmak meme kanseri gelişiminde en önemli risk faktörüdür (Hamolsky 2014; ACS 2015). Bunun nedeni kadınların erkeklerden daha fazla meme dokusuna sahip olması ve kadınların gelişimsel dönemlerindeki östrojen ve progesteron hormonlarının düzeylerinin değişim göstermesidir. (ACS 2015).

Yaş: Yaş faktörünün de meme kanserinin görülmesinde önemli olduğu ve yaş ilerledikçe meme kanserinin insidansında artış olduğu bilinmektedir (Kaymakçı, 2010; Hamolsky 2014; ACS 2015). Amerikan Kanser Birliği (AKB)'nin verilerine göre kadınlarda meme kanseri tanılama yaşı ortalama 61'dir (ACS 2015).

Genetik Risk Faktörleri: Meme kanseri olan hastaların yaklaşık %10'unda otozomal dominant geçişli kalıtsal bir neden olduğu belirtilmektedir. On yedi numaralı kromozomda bulunan BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinde mutasyon olan kadınlarda yaşamları boyunca meme kanseri olma riskleri %40 ila %80 arasında değişmektedir. BRCA-1; östrojen reseptör aktivitesini düzenler, meme dokusunda proliferasyona neden olan östrojeni kontrol eder. DNA hasarlarını onarır ve kromatinin yeniden şekillenmesini sağlar. BRCA-2 ise sadece DNA'yı onarır ve kromatinin yeniden şekillenmesini sağlar (Edwards ve Palomares 2008; Baron 2010; Foxson ve ark. 2011; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014, ACS 2015). BRCA-1 ve BRCA-2 genleri normalde hücrelerin anormal şekilde büyümelerini önleyerek tümör oluşumunu engelleyen tümör baskılayıcı genlerdir (ACS 2015). BRCA-1 ya da BRCA-2 genlerinde mutasyon bulunan kadınların mutasyon olmayan kadınlara oranla meme ya da over kanserine yakalanma risklerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Aynı ailede BRCA-1 ve BRCA-2 gen mutasyonlarının varlığında meme kanseri riski %80 daha fazladır (Baron 2010; Foxson ve ark. 2011; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; ACS 2015).

Aile Öyküsü: Birinci derece yakınında meme kanseri olan kadınların meme kanseri riski diğer kadınlardan daha yüksektir (Baron 2010; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; ACS 2015). Kadınların birinci derece yakınlarından bir tanesinde meme kanseri olması riski yaklaşık iki kat arttırırken, birinci derece yakınlarından iki tanesinde meme kanseri olması riski yaklaşık üç kat arttırmaktadır (ACS 2015).

Atipik Hiperplazi: Memede atipik hiperplazi, meme kanseri riskini dört beş kat arttırmaktadır (Baron 2010; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; ACS 2015).

Irk: Beyaz tenli kadınlarda (60-84 yaş arası) Afrika Kökenli Amerikalı kadınlara göre meme kanseri insidansı daha yüksektir. Bununla birlikte 45 yaş altı zenci kadınlarda insidans daha yüksektir (ACS 2015).

Yoğun Meme Dokusu: Yoğun meme dokusu olan kadınlarda daha fazla meme dokusu (parankim dokusu) ve daha az yağ dokusu bulunmaktadır. Bu durum meme kanseri riskini arttırmaktadır (ACS 2015).

Benign Meme Hastalıkları: Benign meme hastalığı olan kadınların meme kanseri olma riski artmaktadır. Bunlardan bazıları meme kanseri riskini diğerlerine göre daha çok arttırmaktadır. Riski etkileme durumlarına göre üç grupta toplanabilmektedir. Bunlar; non-proliferatif lezyonlar (fibrokistik hastalıklar, orta dereceli hiperplaziler, yağ nekrozları, mastitler), atipik olmayan proliferatif lezyonlar (duktal hiperplaziler, kompleks fibroadenomlar, çeşitli papillomalar) ve atipik proliferatif lezyonlar (atipik duktal hiperplaziler ve atipik lobüler plaziler)'dir (ACS 2015).

Erken menarş, geç menapoz: Hormonal durum da bu hastalığın gelişmesinde rol oynayan etkili bir faktör olarak gösterilmektedir. Genel olarak menarşın bir yıl gecikmesi ile meme kanseri riskinin %20 oranında azaldığı kabul edilmektedir. Menopoza 45 yaşından önce giren kadınlarda meme kanseri riski 55 yaşından sonra giren kadınların yarısı kadardır (Güllüoğlu 2008; Baron 2010; Foxson ve ark. 2011; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; ACS 2015).

Daha Önce Göğüs Bölgesine Radyasyon Alınması: Çocukken ya da gençken göğüs bölgesine RT alan kadınların meme kanseri riski önemli ölçüde artmaktadır. Bu hastanın radyasyon aldığı yaşa göre değişmektedir. Adölesan dönemde meme gelişimi devam ederken göğse radyasyon alınması meme kanseri riskini daha çok arttırmaktadır. Radyasyon tedavisi 40 yaştan sonra alındığında meme kanseri riskinde artış gözlenmemektedir. Ancak tanı amacıyla uygulanan mammografinin meme kanserini arttırıcı bir risk taşımadığı gösterilmiştir (Baron 2010; Hamolsky 2014; ACS 2015).

Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Gebelik: Hiç gebe kalmamış olmak, ilk gebeliğin 35 yaşından sonra olması ve erken menarş hastalığının gelişmesinde etkilidir (Güllüoğlu 2008; Baron 2010; Foxson ve ark. 2011; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; ACS 2015). Gebelik yaşam boyu toplam menstural döngü sayısını azaltarak riski azaltmaktadır. Doğal menopozun gecikmesi önemli bir risk faktörüdür. İlk gebelik yaşının 20 yaşından önce olması meme kanserine yakalanma riskini hiç doğum yapmamış bir kadına göre %50 azaltmaktadır (ACS 2015).

Postmenopozal Hormon Tedavisi: Menopoz sonrası 5 yıldan fazla östrojen ve progesteron ile kombine hormon kullanımı meme kanseri riskini arttırmaktadır (Chlebowski, Anderson, Gass ve ark. 2010; ACS 2015). Risk, hormon kullanımını menopoz başlangıcından kısa süre sonra başlayan kadınlarda, daha sonra kullanmaya başlayan kadınlardan daha fazladır (Beral, Reeves, Bull, Green 2011; ACS 2015).

Oral Kontraseptif Kullanımı: İlk gebelikten önce ya da 20 yaşından önce oral kontraseptif kullanan kadınların meme kanseri olma riskinin çok az arttırdığı belirtilmektedir. Bu risk ilaç kullanımı bittikten 10 yıl sonra hiç oral kontraseptif kullanmayan kadınlarla benzer oranda olmaktadır (ACS 2015).

Emzirme: Emzirme süresi bir buçuk iki yıl olan kadınların meme kanseri riskinin daha düşük olduğu belirtilmektedir. Bu durum emzirmenin yaşam boyu toplam menstural döngüyü azaltmasıyla açıklanmaktadır. Meme kanserinde hormonal faktörlerin etkisini inceleyen bir grup tarafından 30 ülkede 47 çalışmayla yapılan sistematik derlemede, her 12 ay süren emzirme periyodunun meme kanseri riskini %4 azalttığı gösterilmiştir (ACS 2015).

Alkol: Günlük alkol alım miktarı artışı ile meme kanseri riski arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (Güllüoğlu 2008; Edwards ve ark. 2008; Baron 2010; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; ACS 2015). Her gün yaklaşık 10 gr (bir bardak) alkol alınmasının meme kanseri riskini %7 ile %10 oranında arttırdığı belirtilmektedir. Günlük alkol alımı 2-5 bardak olan kadınların meme kanseri riski %20 oranında artmaktadır (ACS 2015).

Obezite: Obezite postmenopozal meme kanseri riskini arttırmaktadır (ACS 2015). Risk zayıf kadınlara göre şişman kadınlarda 1.5 kat, obez kadınlarda 2 kat daha yüksektir (La Vecchia, Giordano, Hortobagyi, Chabner ve ark. 2011; ACS 2015). Aşırı kilolu kadınlardaki artmış meme kanseri riski geniş yağ dokusundan salınan östrojen ile ilişkilidir (ACS 2015).

Tip II Diyabet: Yüksek yağlı diyet obesiteye yol açmakta ve salınan insülin düzeyini arttırmaktadır (Boyle, Boniol, Koechlin ve ark. 2012; De Bruijn, Arends, Hansen, Leeftang ve

ark. 2013). Meme hücresinde fazla sayıda insülin reseptörü bulunmaktadır. İnsülin meme hücrelerinde mitoz bölünmeyi uyararak bölünmeyi arttırarak meme hücresinde kontrolsüz bölünmeye neden olmaktadır (Lipscombe, Fischer, Austin, Fu ve ark. 2015).

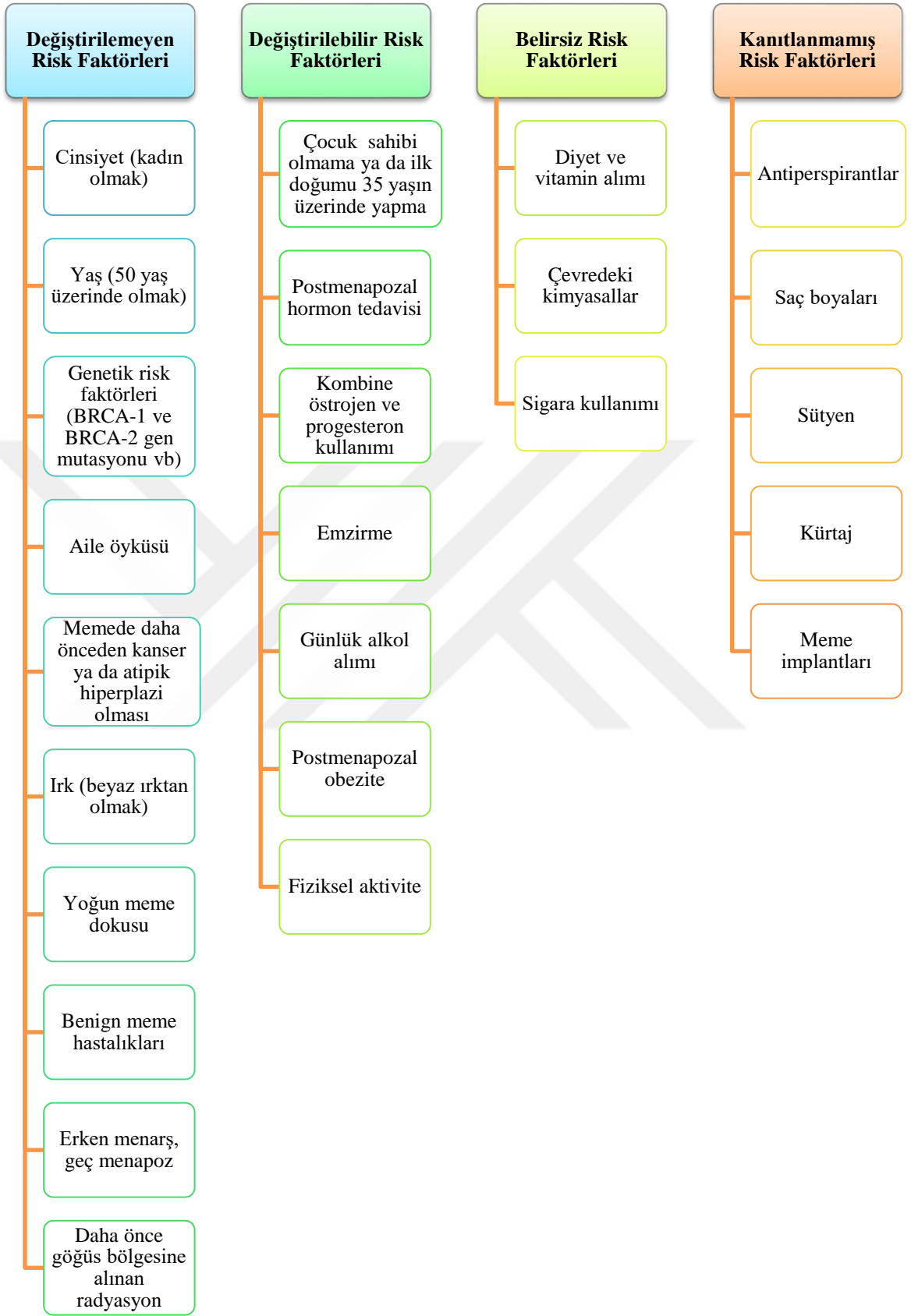
Fiziksel Aktivite: Düzenli egzersiz yapan kadınlarda meme kanseri riskinin %10-%20 oranında azaldığı belirtilmektedir (Karayurt 2014). Egzersizin ne kadar yapılması gerektiği çok önemlidir. AKB'nin 73000 menopoz sonrası kadınla yaptığı bir çalışmada, haftada 7 veya daha fazla saat yürüyüş yapan kadınların meme kanseri riskinin, haftada 3 veya daha az yürüyüş yapan kadınlara göre %14 daha az olduğu belirtilmiştir (ACS 2015). AKB'nin meme kanserini azaltmak için; haftada 150 dk orta şiddette fiziksel aktivite yapılmasını önermektedir (ACS 2015).

Belirsiz Risk Faktörleri

Beslenme: Postmenopozal dönemdeki kadınlarda yağlı yiyeceklerle beslenme ve vücut ağırlığının fazla olması meme kanseri riskini arttırmaktadır. Özellikle aşırı yağlı diyetin meme kanserini arttırdığı düşünülmektedir (Sauven 2004; Baron 2010; Hamolsky 2014; Güllüoğlu 2008, ACS 2015). Yağ dokusu östrojeni tutmakta ve bu da daha fazla endojen östrojen salınımına yol açmaktadır. Ayrıca yağ dokusu bağımsız olarak östrojen salgılamaktadır (ACS 2015). D vitamini yetersizliği olan kadınların da meme kanseri riskinin arttığı belirtilmektedir (Steck et al., 2010).

Çevredeki Kimyasallar: Yirminci yüzyılın ikinci yarısına artan meme kanseri insidansının çevre kirliliği ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ancak çevre kirliliği ve meme kanseri arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma bulunmasına rağmen, çevre kirliliğinin meme kanseri üzerindeki etkileri ile ilgili kesin kanıt yoktur (Ingber, Buser, Pohl, Abadin ve ark. 2013; ACS 2015).

Sigara Kullanımı: Meme kanseri ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiyi kanıtlayan çalışmalar sınırlıdır. İlk gebeliğinden önce sigara kullanmaya başlayıp uzun süre fazla miktarda sigara kullanan kadınlarda meme kanseri riskinin hafif miktarda arttığı belirtilmiştir (Dossus, Boutron-Ruault, Kaaks ve ark. 2014; ACS 2015; Catsburg, Miller, Rohan 2015). AKB tarafından yapılan bir çalışmada ilk doğumdan önce sigara içmeye başlayan kadınlarda meme kanseri riskinin hiç içmeyen kadınlara göre %21 daha fazla olduğu gösterilmiştir (Gaudet, Gapstur, Sun, Diver ve ark 2013; ACS 2015).



Şekil 5. Meme Kanseri Risk Faktörleri

2.3. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları

Tümörün küçük ve kolay tedavi edilebildiği dönemlerde, meme kanseri genellikle herhangi bir belirti göstermez. Meme kanseri hissedilebilir boyutta büyüdüğü zaman en yaygın belirtisi ağrısız şişliktir. Bazı hastalarda tümör hissedilmeden önce koltuk altında bir şişlik meydana gelebilir (ACS, 2015). Bununla birlikte görülebilen diğer belirti bulgular; ağrı, meme başı akıntısı, meme üzerindeki deride ödem, portakal kabuğu görünüm (pau d'orange), meme başında retraksiyon, meme derisinde çukurlaşma, deride ülserasyon ve eritem, lenf nodüllerinde büyüme, memelerde asimetri ve üst kolda şişmedir (Baron 2010; Foxson ve ark. 2011; Karayurt 2014; ACS 2015; Karayurt ve ark. 2016)

Meme kanserinin görülme olasılığı; üst dış kadranda %50 (fazla miktarda meme dokusu içerdiği için), meme ucu çevresinde %18, üst iç kadranda %15, alt dış kadranda %11, alt iç kadranda %6 oranındadır (Hamolsky 2014; Foxson ve ark. 2011; Karayurt ve ark. 2016).

2.4. Meme Kanseri Erken Tanı

Meme kanserinde erken tanılama hastalığın seyri ve tedavisi için oldukça önemlidir. Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mammografi meme kanserinde erken tanı yöntemlerindedir. Yüksek riskli kadınlarda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve meme dokusu yoğun olan kişilerde MRG yapılamıyorsa ultrasonografi (USG) erken tanı yöntemi olarak kullanılmaktadır (ACS 2015; Karayurt ve ark. 2016). Meme kanserinde erken tanılama için yapılan tarama programları Dünya'da farklı şekillerde uygulanmaktadır. AKB meme kanserinin erken tanınması için 45-54 yaşları arasında yıllık mammografi önerirken (Tablo 2), yine Amerika'da Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi Ulusal Meme ve Serviks Kanseri Erken Tarama Programı (Center of Disease Control and Prevention National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program) 50 yaş altındaki kadınların mammografi çekme sıklığına doktorları ile birlikte karar vermelerini önermektedir (CDC, 2016). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Kanseri Daire Başkanlığı, meme kanserinin erken tanınması için AKB'nden farklı olarak mammografi taramasını 40-69 yaşları arasında iki yılda bir defa önermektedir (Tablo 1) (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2016b).

Tablo 1. Türkiye Meme Kanseri Tarama Rehberi

Yaş Aralığı	Kullanılan Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-39	KKMM	1 defa / Her ay (farkındalığı artırmak için)
	Klinik Muayene	3 Yılda bir defa
40-69	KKMM	1 defa / Her ay (farkındalığı artırmak için)
	Klinik Muayene	Yılda bir defa
	Mammografi	2 yılda bir defa

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, Meme Kanseri Ulusal Kanser Tarama Standartı, Ankara 2016b'dan alınmıştır.

Tablo 2. Amerikan Kanser Birliği Meme Kanseri Tarama Rehberi

Yaş Aralığı	Kullanılan Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-39	KKMM	1 defa / Her ay (isteğe bağlı)
	Klinik Muayene	3 Yılda bir defa
40 ve üzeri	KKMM	1 defa / Her ay (isteğe bağlı)
	Klinik Muayene	Yılda bir defa
	Mammografi	Yılda bir defa
Riskli grup	KKMM	1 defa / Her ay (isteğe bağlı)
	Klinik Muayene	Yılda bir defa
	Mammografi	Yılda bir defa
	Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) (30 yaş)	Yılda bir defa

Kaynak: American Cancer Society, Breast Cancer Facts & Figures 2016. Atlanta, American Cancer Society. 2015. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-046381.pdf> 'den alınmıştır. Erişim Tarihi: 25.02.2016

2.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Meme hastalıklarının saptanmasında hastaların kendileri önemli rol oynamaktadır. KKMM hastaların farkındalıklarını arttırmada rol oynadığı için klinik meme muayenesi ve mammografi ile birlikte uygulanmaktadır (Baron 2010; Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016; ACS 2015). KKMM ucuz, basit ve üstelik kadının mahremiyetinin korunduğu, evinde tek başına rahatlıkla uygulayabileceği bir muayenedir (Kaymakçı 2014). Menstural siklus, gebelik ve menapoz gibi durumlarda çeşitli değişiklikler meydana gelmektedir. KKMM,

menstrual dönemde meydana gelen bu değişiklikler sonucu doğru sonuçlar elde edilememesi riski nedeniyle her ay mensturasyonun başlangıcından itibaren 5-7. günlerde ya da postmenapozal dönemde her ayın belirli gününde (ör: ayın birinci günü) yapılmalıdır (Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016). Meme muayenesinin her ay düzenli olarak yapılması, kadının kendi meme yapısını daha iyi tanımasını ve önceki aya göre meme dokusunda herhangi bir değişiklik olup olmadığını daha kolay anlamasını sağlar (Baron 2010; Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016).

2.5. Meme Kanseri Tanı Yöntemleri

2.5.1. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

Klinik meme muayenesi, bu alanda uzmanlaşmış hekim veya hemşireler tarafından 20 yaş üzerindeki kadınlara yılda bir yapılması gereken hem erken tanı hem de tanı yöntemidir. KMM, hasta oturur pozisyondayken ve yatar pozisyondayken olmak üzere iki aşamada yapılır. Kullanılan yöntemler ise inspeksiyon ve palpasyondur. İnspeksiyonda; memelerin şekil ve büyüklüğü, meme derisinde şişkinlik, çukurlaşma, renk değişikliği, meme başında içe çekilme olup olmadığı gözlenir ve palpasyonla meme dokusunda değişiklik olup olmadığı gibi meme kanseri belirtileri açısından kontrol edilir. Palpasyonda tüm meme ve aksiller bölge muayene edilir (Baron 2010; Foxson ve ark. 2011; Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016).

2.5.2. Mammografi

Mammografi memedeki oluşumların erken tanısında, taramada ve tanıda oldukça yaygın kullanılan bir yöntemdir. Memenin kas, yağ ve glandüler yapılarını incelemek amacıyla kullanılır. Mammografinin, düşük enerjili X ışınları ve kompresyon uygulanarak elde edilen özel bir radyografi yöntemidir. Mammografinin meme kanserini saptamadaki duyarlılığı memenin parankim ve yağ dokusunun yoğunluğuna göre değişmektedir. (Hamolsky 2014; Foxson ve ark. 2011; Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016). Özellikle yoğunluğu fazla olan (dens) memelerde mammografik duyarlılığın az olması nedeniyle USG ve MRG gibi ek tanı yöntemlerinin de kullanılması gerektiği belirtilmektedir (Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; Hunt ve ark. 2015; ACS 2015; Karayurt ve ark. 2016).

AKB meme kanserinin tanılanmasında 45-54 yaşları arasında kadınlar için yıllık mammografi çekilmesini önermektedir. Yüksek riskli kadınlarda ise, ailelerindeki meme kanseri görülme yaşından 10 yıl daha erken mammografi uygulamasına başlamaları önerilmektedir (ACS 2015).

Düşük doz dijital mammografi; memeye verilen radyasyon ışınlarıyla elde edilen görüntünün doğrudan yüksek çözünürlüklü ekranlara yansıtılmasıdır. Genç kadınlarda ve meme dokusu yoğun yapıda olan kadınlarda erken tanı olasılığını arttırmaktadır (Foxson ve ark. 2011; Hamolsky 2014).

Üç boyutlu (3D) mammografi; ile meme dokusu üç boyutlu olarak taranabilmektedir. İşlem süresi 3-4 saniyede tamamlanmaktadır. Üç boyutlu meme görüntüsü sayesinde üst üste gelen meme dokusu daha rahat görüntülenmekte ve meme kanseri erken tanılabilmektedir (Foxson ve ark. 2011; Hamolsky 2014).

Mammografi uygulamasında hemsirenin görevi;

- ✓ Hastaya işlemin yapılma nedeni, nerede, nasıl, ne sıklıkta yapılacağı,
- ✓ Ne kadar radyasyona maruz kalacağı,
- ✓ Mammografi çekimi sırasında kolay çıkarabileceği, iki parçalı kıyafet giymesi,
- ✓ Mammografi sırasında ağrı ve rahatsızlık duymaması için memelerinin çok fazla duyarlı olmadığı dönemde mammografi çektirmesi söylenir. Bu dönem premenapozal dönemlerde menstrasyon başlangıcını izleyen iki haftanın sonudur.
- ✓ Mamografi çekimine giderken deodorant, koltuk altı losyonu gibi maddeleri kullanmaması söylenir (Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016).

2.5.3. Ultrasonografi (USG)

Ses dalgalarından yararlanılarak memenin iki boyutlu olarak görüntülenmesidir. Genç kadınlarda ve meme dokusu yoğun olan kadınlarda kitlenin kistik ya da solid olduğunun değerlendirilmesi için kullanılır. Radyasyon içermez. USG meme kanseri tanılmasında tek başına yeterli değildir. Meme kitlelerinin değerlendirilmesinde mammografiye yardımcı bir tanılama yöntemidir (Baron 2010; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; ACS 2015; Karayurt ve ark. 2016).

2.5.4. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)

MRG güçlü bir manyetik alan içinde radyo dalgaları kullanılarak belirli anatomik yapıları, diğer yapılardan net olarak ayırt etmek, sağlıklı ve hastalıklı dokular arasındaki farklılıkları saptamak ve tanımlamak için kullanılan bir yöntemdir. MRG memedeki lezyonların saptanmasında en yüksek duyarlılığı olan bir görüntüleme yöntemidir. Mammografi ve ultrasonografi ile kesin değerlendirme yapılamayan durumlarda MRG kullanılmaktadır. Opere edilen memelerde rezidüel ya da nüks değerlendirmesi, neoadjuvant

tedavi izlemi ve aksiler lenf bezi metastazı olan olgularda kanser araştırması MRG uygulanması için önemli endikasyonlardır. Ayrıca MRG yüksek riskli kadınların taramalarında da kullanılmaktadır (Baron 2010; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; Hunt ve ark. 2015; ACS 2015; Karayurt ve ark. 2016).

2.5.5. Biyopsi

Biyopsi, ele gelen ve gelmeyen şüpheli kitlelerde kesin tanıyı saptamak için yapılan işlemdir. Meme cerrahisinde kullanılan biyopsi çeşitleri; perkütan biyopsi (ince iğne aspirasyon biyopsisi, kesici iğne (core) biyopsisi, vakum destekli kor biyopsi, stereotaktik biyopsi) ve cerrahi biyopsi (insizyonel biyopsi, eksizyonel biyopsi)dir (Baron 2010; Polat, Yıldız ve Polat 2013; Hamolsky 2014; Kılıç ve Yılmaz 2014; Hunt ve ark. 2015; Karayurt ve ark. 2016). Biyopsi tipine karar verirken hastanın bireysel ve klinik özellikleri, biyopsi cihazlarının varlığı ve kaynaklar önemlidir (ACS 2015).

2.5.5.1. Perkütan Biyopsi

İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi: Kolay uygulanabilen, diğer yöntemlerden daha ucuz basit ve çoğu kadın tarafından kolay tolere edilebilen bir tanılama yöntemidir. Tercihe göre lokal anestezi uygulanabilir. Tek kullanımlık ince bir iğne (22 ya da 25 gauge) yardımı ile daha önceden tespit edilen kitleden doku örneği alınır ve incelenmek üzere laboratuvara gönderilir (Baron 2010; Polat ve ark. 2013; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016). En sık görülen komplikasyon lokal hematomdur. Göğüs duvarına yakın yerleşimli kitlelerde ve zayıf kişilerde nadiren pnömotoraks gelişebilir (Polat ve ark. 2013; Karayurt ve ark. 2016). İnce iğne aspirasyon biyopsisinin dezavantajı in situ ve invaziv kanser ayrımının yapılamamasıdır (Karayurt 2014; Kılıç ve Yılmaz 2014; Karayurt ve ark. 2016).

Kesici İğne (Core) Biyopsisi: İnce iğne aspirasyon biyopsisine benzer daha büyük iğne (14 ya da 16 gauge) kullanılarak kitleden küçük parçalar alınması amacıyla uygulanan yöntemdir (Baron 2010; Karayurt 2014). Kitlenin farklı bölümlerinden alınan örnekler histopatolojik olarak incelenir (Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016). İşlem sonrasında ağrı ve ekimoz olabilir (Kaymakçı 2014).

Vakum Destekli Kor Biyopsi: doku örneğinin alınmasında vakum tekniği kullanılan bir kor biyopsi çeşididir (Hamolsky 2014). Biyopsi sırasında meme dokusu içine giren iğne kendi etrafında 360° dönerek birden fazla doku örneği alınmasını sağlar (Hamolsky 2014; Karayurt ve ark. 2016).

Stereotaktik Biyopsi: Mammografide görüntülenen ancak ele gelmeyen şüpheli kitlelerde ve mikrokalsifikasyon uygulanan bir yöntemdir (Baron 2010; Foxson ve ark. 2011; Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016). Kitlenin yeri özel bir tel ya da iğne ile işaretlenir ve kitlenin tamamı açık cerrahi biyopsi ile alınır (Foxson ve ark. 2011; Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016). Bu yöntemle hem doğru yerden yeterli genişlikte doku örneği alınır hem de gereğinden fazla meme dokusu çıkartılmamış olur (Kaymakçı 2014).

2.5.5.2. Cerrahi Biyopsi

İnsizyonel Biyopsi: Şüpheli kitlenin tamamı çıkarılmadan histopatolojik olarak tanı koyduracak miktarda doku örneğinin çıkarılmasıdır (Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016).

Eksizyonel Biyopsi: Şüpheli kitlenin tamamının çıkarılmasıdır. Eksizyonel biyopsi sonrası ağrı, yara yeri enfeksiyonu, evantrasyon komplikasyonlar görülebilir (Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016).

2.5.5.3. Biyopsi Yapılacak olan Hastaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri

- ✓ Biyopsi seçeneği hakkında bilgi verilir. Soruları varsa cevaplanır.
- ✓ İşlemin 15 ile 30 dakika arasında sürebileceği açıklanır.
- ✓ Önü fermuarlı ya da düğmeli iki parçalı, rahat kıyafetler giymesi gerektiği hakkında bilgi verilir.
- ✓ Aspirin ya da aspirin türevi ilaç kullanıyorsa biyopsiden 10 gün önce bırakması gerektiği söylenir.
- ✓ Alerjisi olup olmadığı sorulur.
- ✓ Lokal anestezi ile biyopsi yapılacaksa yiyecek ve sıvı kısıtlamasına gerek olmadığı söylenir.
- ✓ Biyopsi genel anestezi altında yapılacaksa gece yarısından sonra işlem öncesine kadar ağız yoluyla yiyecek ve sıvı almaması gerektiği söylenir.
- ✓ Genel ya da lokal anestezi alan hastaların vital bulguları normal oluncaya kadar düzenli olarak izlenir.
- ✓ İstemdeki analjezikler uygulanarak, ödem ve ekimozu önlemesi için buz torbası uygulanır.
- ✓ Biyopsi yeri kanama, kızarıklık ve hassasiyet açısından gözlemlenir ve rapor edilir.
- ✓ İyileşme sağlanana kadar (cerrahiden sonra 3-4 gün) uyurken dahil, destekleyici (teli olmayan) bir sütyen takması gerektiği söylenir.

- ✓ Şişme ve morarma görülebileceği, şişmenin büyük olması durumunda doktora haber vermesi gerektiği söylenir.
- ✓ Dikişin türüne göre düşmeyen dikiş ise bir ya da iki hafta arasında alınacağı, kendi kendine düşen dikişlerin alınmayacağı söylenir.
- ✓ Dikişler alınana kadar, ağır kaldırmaması ve yorucu aktivitelerden kaçınması gerektiği hakkında bilgi verilir.
- ✓ Biyopsi sonucunu ne zaman ve nereden alacağı hakkında bilgi verilir
- ✓ Hastanın tanısını beklediği sürede duygusal destek sağlanır.

(Baron 2010; Karayurt ve ark. 2016; UCSF Medical Center 2016).

2.6. Meme Kanseri Tipleri

Memede oluşan kitlelerin çoğu epitel bağ dokudan kaynaklanan karsinomlar ya da bez dokudan kaynaklanan adenokarsinomlardır. Kanseri hücrelerinin lokalize ya da çevre dokuya yayılmalarına göre noninvaziv (in situ) ya da invaziv (infiltratif) kanserler olarak gruplandırılabilir (Foxson ve ark. 2011; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014).

2.6.1. Duktal Kanserler: Meme kanallarındaki epitel dokulardan köken almaktadır. Noninvaziv duktal karsinoma (duktal karsinoma in situ [DCIS]) ve invaziv duktal kanserler olarak ikiye ayrılır (Foxson ve ark. 2011; Kaymakçı 2014; Hunt ve ark. 2015; Karayurt ve ark. 2016).

Duktal Karsinoma in situ (DCIS): Duktus içerisindeki hücrelerin kansere dönüşmesi ile meydana gelir. Mammografide sıklıkla mikrokalsifikasyon olarak görülür. Tedavi edilmezse invaziv duktal karsinomaya dönüşebilir (Baron 2010; Hunt ve ark. 2015; Karayurt ve ark. 2016).

İnvaziv (infiltratif) Duktal Kanserler: Tüm meme kanserlerinin %75-80'ini oluştururlar. Duktuslarda başlayan tümör hücresi önce çevre dokulara infiltratif olur, ardından kan ve lenf yoluyla vücudun diğer bölümlerine metastaz yapar (Foxson ve ark. 2011; Hamolsky 2014; Hunt ve ark. 2015; Karayurt ve ark. 2016).

2.6.2. Lobüler Kanserler: Meme lobüllerindeki epitel dokulardan köken almaktadır. Noninvaziv lobüler kanserler (lobüler karsinoma in situ [LCIS]) ve invaziv lobüler kanserler olarak ikiye ayrılır (Kaymakçı 2014; Hunt ve ark. 2015; Karayurt ve ark. 2016).

Lobular Karsinoma in situ (LCIS): Memenin lobüllerinden köken almaktadır. Mammografide görülmeyebilir ve genellikle belirti vermez. Kitleden yapılan biyopsiyle tanı konulur (Hunt ve ark. 2015; Karayurt ve ark. 2016).

İnvaziv (infiltratif) Lobüler Karsinom: Meme kanserlerinin %10-15'ini oluştururlar. Mammografide farkedilmeyebilir. Tümör lobüllerin epitelinden köken alarak çevre dokulara infiltre olur, ardından kan ve lenf yoluyla vücudun diğer bölümlerine metastaz yapar. Genellikle çok merkezli ve bilateraldir (Baron 2010; Hunt ve ark. 2015; Karayurt ve ark. 2016).

2.6.3. İnflamatuvar Meme Kanseri: Meme kanserlerinin %1-3 oranında görülen nadir tiplerindedir. Diğer meme kanserlerinden farklı olarak mastit bulgularına benzer bulgular gösterir. Bu nedenle karıştırılabilir. Kansere hücreleri memenin içindeki küçük lenf kanallarını bloke eder. Bunun sonucunda memede şişlik, kızarıklık, portakal kabuğu görünüm, sıcaklık, deride kalınlaşma/sertleşme meydana gelir. Memede inflamatuvar meme kanserine bağlı ağrı olabilir fakat her zamanda görülmeyebilir. Semptomlar aniden ortaya çıkmaktadır (Baron 2010; Kaymakçı 2014; Hunt ve ark. 2015; Karayurt ve ark. 2016).

2.6.4. Paget Hastalığı: Meme kanserlerinin %1'ini oluşturur. Meme başı ya da areolada egzamatöz lezyon oluşturur. Meme başı ve areolada ülserasyon, yanma ve kaşıntı hissi, kanama, kırmızı görünüm gibi belirtiler görülür. Tanı biyopsi ile konur. Prognozu oldukça iyidir (Baron 2010; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; Hunt ve ark. 2015; Karayurt ve ark. 2016).

2.7.Meme Kanserinde Evreleme

Meme Kanserinin evrelendirilmesinde Kansere Karşı Uluslararası Birlik (Union International Contre Cancere [UICC]) ve Amerikan Kansere Ortak Komitesi (American Joint Committee on Cancer [AJCC])'nin 2010 yılında biçimlendirdiği TNM sistemi kullanılmaktadır (Tablo 3). Buna göre primer tümörü T, koltukaltı lenf bezlerini N, uzak metastazları ise M temsil etmektedir (Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016).

Tablo 3. Meme Kanserinde Evreleme

Evre	Tümör Boyutu	Lenf Nodu Tutulumu	Metastaz	
Evre 0	İnsitu tümör (Tis)	Yok	Yok	Tis N0 M0
Evre I	< 2cm	Yok	Yok	T1 N0 M0
Evre IIA	Tümör 5cm kadar büyüyebilir	Yok ya da 1-3 arasında aksiller lenf nodu tutulumu	Yok	T0 N1 M0 T1 N1 M0 T2 N0 M0
Evre IIB	2 ile 5cm arasında olabilir	Yok ya da 1-3 arasında aksiller lenf nodu tutulumu	Yok	T2 N1 M0 T3 N0 M0
Evre IIIA	Tümör 5cm'den fazla	4-9 arasında aksiller lenf nodu tutulumu mevcut	Yok	T0 N2 M0 T1 N2 M0 T2 N2 M0 T3 N1 M0 T3 N2 M0
Evre IIIB	Tümörün boyutu ne olursa olsun deri ya da göğüs duvarına doğrudan ulaşmış	4-9 arasında aksiller lenf nodu tutulumu mevcut	Yok	T4 N0 M0 T4 N1 M0 T4 N2 M0
Evre IIIC	Herhangi bir boyutta	10'dan fazla aksiller lenf nodu tutulumu mevcut	Yok	T1-4 N3 M0
Evre IV	Herhangi bir boyutta	Her tür nod tutulumu	Var	T ve N ne olursa olsun M1 içeren tüm hastalar

Kaynak: Hamolsky, D. (2014). Nursing management breast disorders. In S. L. Lewis, S. R. Dirksen, M. M. Heitkemper, L. Bucher, and M. M. Harding, (Ed.). Medical surgical nursing assessment and management of clinical problems (9th ed.) (1238-1260). Canada: Mosby Elsevier'dan alınmıştır.

2.8.Meme Kanserinde Tedavi

Meme kanserinde birçok tedavi seçeneği bulunmaktadır. Bu seçeneklerin seçimi meme kanserinin evresi, hastanın yaşı, tümörün hormon duyarlılığı gibi birçok faktöre göre hekim ve hastanın işbirliği ile belirlenmektedir. Meme kanseri tedavisinde kullanılan tedavi yöntemleri lokal ve sistemik olarak ikiye ayrılır. Lokal tedavi, cerrahi ve RT'yi içerir. Sistemik tedavi ise KT, HT ve hedefe yönelik tedaviyi içerir. Cerrahi tedavi genellikle KT,

RT, HT ya da hedefe yönelik tedavi seçenekleriyle kombine olarak kullanılır (Foxson ve ark. 2011; ACS 2015; Karayurt ve ark. 2016).

2.8.1. Cerrahi Tedavi

Memeye uygulanan cerrahi girişimler çok geniş olabileceği gibi, daha dar alanı da kapsayabilir. Cerrahi tedavinin amacı, memeyi mümkün olan oranda koruyarak tümörün çıkarılması ve hastalığın evresinin belirlenmesidir. Meme kanserinde uygulanan cerrahi yaklaşımlar, MRM ve MKCdir (Baron 2010; Foxson ve ark. 2011; Hamolsky 2014; ACS 2015; Karayurt ve ark. 2016).

Modifiye Radikal Mastektomi: MRM seviye I,II aksiler lenf nodları, pektoralis major kasının fasyası ile birlikte memenin tamamının çıkarılmasıdır (Baron 2010; Sevinç 2011; ACS 2015; Hunt ve ark. 2015). Cerrahi sonrası rekonstrüksiyon için uygun olması, morbiditenin düşük olması, kozmetik yönden iyi sonuçlar vermesi, ameliyat süresinin kısa olması ve sağkalım yönünden diğer radikal girişimlerle eşdeğer olması MRM oranlarının artmasına neden olmuştur (Sevinç 2011).

Meme Koruyucu Cerrahi: Primer meme tümörünün, güvenli sağlam bir sınır sağlayacak şekilde komşu meme dokusu ile birlikte çıkarılması işlemidir. MKC evre I veya II meme kanserinde uygulanabilir (Foxson ve ark. 2011; Sevinç 2011; ACS 2015; Hunt ve ark. 2015; Karayurt ve ark. 2016). MKC ile mastektomi arasındaki seçim hastanın klinik özellikleri ve kişisel tercihinine göre yapılır. MKC sonrası RT standarttır. MKC'nin amacı; tedavi edilen memede güzel bir kozmetik görünüş ve düşük lokal nüks ile beraber, mastektomiye benzer yaşam süresi sağlamaktır (Sevinç 2011; Hunt ve ark. 2015; Karayurt ve ark. 2016). MKC'nin başarılı olabilmesi için; negatif sınırlı cerrahi eksizyonla birlikte iyi kozmetik, RT ile kombine edilmesi ve hastanın sık takibi gereklidir (Foxson ve ark. 2011; Sevinç 2011; Hamolsky 2014; Hunt ve ark. 2015). MKC'nin en önemli avantajlarından birisi meme başının korunuyor olmasıdır (Hamolsky 2014).

Meme Koruyucu Cerrahi için Hasta Seçimi

MKC tüm hastalar için uygun bir yöntem değildir. Cerrahinin başarısı için uygun hasta seçimi çok önemlidir.

MKC için Endikasyonlar:

- ✓ Hastanın tercihi,
- ✓ Evre I, II tümörler,
- ✓ Multisentrik olmayan tümörler,

- ✓ 5 cm den küçük tümörler,
- ✓ Radyoterapi kontrendikasyonları bulunmayanlar (gebelik, ileri akciğer hastalığı v.b.),
- ✓ Üçüncü trimesterdaki gebeler,
- ✓ Tümörün invazyon yapmadığı durumlar,
- ✓ MKC'den estetik fayda beklenenlerdir,

Hekim ve hasta MKC ve MRM'yi birlikte tartışarak karar vermelidir

MKC için Kontrendikasyonlar;

- ✓ 5'cm den büyük olan tümörler,
- ✓ Tümörün meme ucu ve areola kompleksini içermesi,
- ✓ Yaygın intraduktal hastalık olan tümörler,
- ✓ Multisentirik tümörler ya da tümörlerin memenin tüm kadranslarını kapsamasıdır.

MKC için diğer kontrendikasyonlar skleroderma gibi aktif bağ doku hastalığı olmasıdır. Bu durumlarda alınan radyoterapi yetersiz kalmaktadır (Sevinç 2011; Hamolsky 2014; ACS 2015; Karayurt ve ark. 2016).

Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi (SLNB)

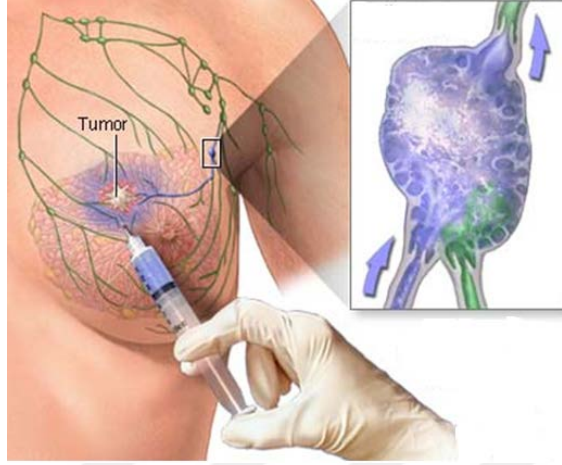
Tümörün bulunduğu yerden, drene olacağı ilk lenf bezine bekçi, gözcü veya haberci anlamına gelen “sentinel” lenf bezi denilmektedir. SLNB iki prensibe dayanır; bölgesel lenf nodu havuzuna olan lenfatik drenaj şeklinin belirlenmesi ve ilk lenf nodunun tümör hücreleri için etkili bir filtre olması. Eğer sentinel lenf bezi tümör taşıyorsa o bez yatağındaki diğer lenf bezlerinin de tümörsüz olduğu kabul edilir (Baron 2010; Balkan ve Öztürk 2011; Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016). SLNB sonucu negatif gelmişse aksiller diseksiyonun yapılmaz (Baron 2010; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; ACS 2015; Hunt ve ark. 2015; Karayurt ve ark. 2016).

SLNB üç şekilde uygulanabilir.

1. Mavi Boya: primer tümör çevresine ya da areola etrafına enjekte edilen boyanın tümör hücreleri ile aynı lenfatik yolu kullanarak aynı lenf noduna ulaşması ve sentinel lenf nodunu gözle görünebilecek şekilde boyamasını sağlar. En sık kullanılan boyalar; izosülfan mavisi, metilen mavisi ve patent mavisidir (Balkan ve Öztürk 2011; Karayurt ve ark. 2016).

2. Radyokolloid Madde: intradermal, subdermal, subtömöral, periareolar, peritümöral, subtümöral ve intratümöral enjeksiyon ile uygulanabilir. Radyokolloid maddeyi tutan lenf nodunun gama probu ile tespit edilmesiyle işlem gerçekleştirilir (Şekil 6) (Balkan ve Öztürk 2011; Karayurt ve ark. 2016).

3. Mavi Boya ve Radyokolloid Madde Tekniğinin Birlikte Kullanılması; her iki tekniğin birlikte kullanılmasının %90'dan fazla başarılı olduğu gösterilmiştir (Karayurt 2014; Karayurt ve ark. 2016)



Şekil 6. Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi

Kaynak: <http://www.aboutcancer.com/sentinel.htm>'dan alınmıştır Erişim Tarihi: 29.02.2016)

Hemşire olarak;

- ✓ Hastalara SLNB sonrası idrar ve gaitasının mavi renge boyanabileceği,
- ✓ Verilen maddelere karşı allerjik reaksiyonlar gelişebileceği konusunda bilgi verilir ve
- ✓ Maddeyi kolayca atabilmesi için bol sıvı tüketmesi önerilir (Baron 2010; Karayurt ve ark. 2016).

Kell ve arkadaşlarının 2010 yılında Amerika'da yaptıkları meta-analizde; aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND) veya SLNB yapılan 9608 erken evre meme kanserli hasta incelenmiştir. SLNB yapılan hastalarda postoperatif morbiditenin ALND yapılanlara göre daha az olduğu, enfeksiyon riski, seroma, kolda şişlik, uyuşma gibi komplikasyonların SLNB yapılan hastalarda daha düşük oranda olduğu görülmüştür (Kell, Burke, Barry ve Morrow 2010). Verbelen ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları sistematik derlemede ALND ile karşılaştırıldığında SLNB sonrası kol ve omuz bozukluklarının daha az olmasına rağmen hastalarda ihmal edilemeyecek düzeyde kol omuz bozuklukları yaşandığı belirtilmiştir. (Verbelen, Gebruers, Eeckhout, Verlinden ve ark. 2014)

Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu (ALND)

Meme kanserinde aksillanın durumu, hastalığın sağ kalımının belirlenmesinde, evrelemede ve lokal kontrolün sağlanmasında önemlidir. Bu nedenle ALND meme kanseri

tedavisinde vazgeçilmez bir yöntem olmuştur. ALND, koltuk altı yağ dokusu ve gözenekli doku ile birlikte lenf bezlerinin çıkarılmasıdır. ALND, lokal kontrolü sağlamak, hastalığın evresine belirlemek, kemo-radyoterapi gibi yapılması düşünülen ek tedavi yöntemleri hakkında karar vermek ve prognostik bilgileri sağlamak için yapılmaktadır. SLNB pozitif olması ya da belirlenememesi durumunda ve modifiye radikal mastektominin bir parçası olarak ALND yapılır (Mersin ve Berberoğlu 2011; Hunt ve ark. 2015; Karayurt ve ark. 2016). ALND’nda yaklaşık 12-20 lenf nodu çıkarılır (Hamolsky, 2014). Aksiller diseksiyon hastalarda; kol ödemi, parestezi, ağrı, nöropati, donmuş omuz, seroma, enfeksiyon ve hematoma gibi komplikasyonlara yol açmaktadır (Baron 2010; Balkan ve ark. 2011; Mersin ve ark. 2011; Hamolsky 2014; Hunt ve ark. 2015; Karayurt ve ark. 2016).

2.8.1.1. Meme Kanserinde Cerrahi Tedavi Öncesi Bakım

Meme kanserinde hastanın bakımı hekim, hemşire, cerrah, onkolog, radyasyon onkoloğu, fizyoterapist, psikolog vb. iş birliğini gerektiren bir süreçtir (Kaymakçı 2014). Meme cerrahisi öncesi kadınlar için oldukça stresli bir dönemdir. Hasta birçok korku yaşar. Hastanın ve yakınlarının yaşamı olumsuz yönde etkilenir. Bu nedenle hasta ve yakınlarının cerrahi hakkında konuşmaya ve duygularını paylaşmaya gereksinimleri vardır (Baron 2010; Karayurt ve ark. 2016).

Ameliyat öncesi tanılama çok önemlidir. Kadınların bilgi düzeyi; hastanın konuyla ilgili bilgi ve deneyimlerinin öğrenilmesi gerekir. Bu şekilde hastanın yanlış ve eksik anlamasının önlenebileceği gibi hastaya uygun eğitim planı hazırlanabilir. Hemşire, hekim ile işbirliği sağlayarak hekimin verdiği bilgileri desteklemelidir (Baron 2010).

Eğitimler verilirken hastanın uygulamasına da fırsat verilmelidir. Eğitim sırasında hastaya broşür yazılı ve resimli materyaller verilmesi öğrenmeyi kolaylaştırıp kalıcılığını arttırabilir. Hemşire hastanın verilen bilgileri ne kadar anladığını değerlendirmeli, eksik ya da yanlış anlaşılan bilgiler varsa düzeltmeli, gerekiyorsa açıklamalar tekrarlanmalıdır. Hastanın soru sormasına fırsat tanınmalı, soruları anlayabileceği şekilde yanıtlanmalıdır. Eğitim sırasında tıbbi terimler kullanılmamalıdır (Baron 2010; Karayurt ve ark. 2016).

Meme cerrahisi öncesi olası hemşirelik tanıları;

- ✓ Meme kanseri ve tedavisine ilişkin bilgi eksikliği,
- ✓ Kanseri tanısı nedeniyle anksiyete,
- ✓ Olası beden imajı değişiklikleri nedeniyle korku,
- ✓ Meme kanseri ve tedavisine ilişkin yetersiz baş etme riski olabilir.

Hastaya verilecek eğitimin içeriğinde olması gerekenler;

- ✓ Ameliyat öncesi yapılacak olan rutin fiziksel, psikolojik ve yasal hazırlık,
- ✓ Yapılacak ameliyatın şekli, insizyon yeri ve drenaj sistemi hakkında bilgi verme,
- ✓ Etkilenen taraftaki el ve kolun bakımı
- ✓ Etkilenen taraftaki kolun elevasyonu ve ameliyat sonrası kol ve omuz egzersizleri hakkında bilgi verme,
- ✓ Yatak içinde dönme ve oturma,
- ✓ Derin solunum ve öksürme egzersizlerini öğretme,
- ✓ Ameliyat sonrası ağrı değerlendirmesinin nasıl yapılacağı konusunda bilgi vermedir (Baron 2010; Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016).

2.8.1.2. Meme Kanserinde Cerrahi Tedavi Sonrası Görülebilecek Sorunlar ve Bakımı

Meme ameliyatı sonrası bakım, hastanın fiziksel anlamda rahat ettirilmesi, uygun beslenmesinin sağlanması, komplikasyonların önlenmesi gibi konuları içerir (Baron 2010; Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016).

Ameliyat Sonrası Bakımda;

- ✓ Ameliyat sonrası ağrı ve rahatsızlık
- ✓ Beden imajında bozulma
- ✓ Seksüel fonksiyonda bozulma
- ✓ Anksiyete ve depresyon
- ✓ Yara yeri enfeksiyonu
- ✓ Drenler
- ✓ Seroma
- ✓ Hematom
- ✓ Kol ve omuz hareketlerinde sınırlılık
- ✓ Lenfanjit
- ✓ Lenfödem üzerinde odaklanılmalıdır (Tablo 4).

Postoperatif İnsizyon ve Dren Bakımı: ameliyat sonrası insizyon bölgesi 24-48 saat steril pansuman ile kapatılmaktadır. Pansuman sırasında ve cerrahi alanla temas sırasında el hijyeni önemlidir. Ameliyat sonrası drenajın sağlanması amacıyla yerleştirilen drenler yaklaşık 7-10 gün sonra çıkarılmaktadır. Hastanın dren bakımını yapabilmesi, gelen drenaj miktarını ve özelliğini kontrol edebilmesi önemlidir. Dren başlangıçta kanlıdır, daha sonra kanlı-seröz ve

en son seröz akıntı olarak gelir. Hastalara ve yakınlarına dren miktarının nasıl ölçüleceği, negatif basıncı nasıl koruyacağı anlatılmalıdır. Drenden 24 saatlik gelen miktarın 30cc'nin altında olduğunda çekilmesi önerilmektedir (Baron 2010; Foxon ve ark. 2014, Kaymakçı 2014; Karayurt 2014).

Ameliyat Sonrası Ağrı ve Rahatsızlık: ameliyat sonrası ağrı ve rahatsızlık duyulması daha çok mastektomi sonrası gelişebilmektedir. Hastalar meme koruyucu cerrahi ve SLNB sonrası daha az ağrı deneyimlemektedirler (Baron 2010; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; Karayurt 2014). Cerrahi travmayla başlayan ağrıya yanma, gerginlik ve çekilme hissi de eşlik edebilmektedir. Ameliyat edilen bölgedeki sinirlerin kesilmesine bağlı o alanda duyarsızlık, karıncalanma, göğüs duvarında aşırı duyarlılık ve fantom ağrısı görülebilir. Ameliyat sonrası ağrının ortaya çıkışını, şiddetini niteliğini ve süresini; hastanın psikolojik ve fizyolojik yapısı, anestezi uygulamaları, cerrahi girişim sonrası bakımın niteliği, insizyonun tipi, hastanın cerrahi girişime hazırlığı, ameliyat ve ağrı korkusu gibi faktörler etkilemektedir (Şelimen ve Baltacı 2011; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014). Üç aydan fazla süren, aksilla, kolun medial hattında, meme ve göğüs duvarında keskin, sıkıştırıcı, yanıcı şekilde hissedilen ağrı mastektomi sonrası ağrı sendromu (MSAS) olarak tanımlanmaktadır (Özyuvacı, Özgümüş, Sevim, Acar 2009; Alkan, Güç, Şenler, Yavuzşen ve ark. 2016; Beyaz, Şerbetçigil Ergöneç, Ergöneç, Uysal Sönmez ve ark. 2016). MSAS'nun görülme oranı %20-%68 arasında değişmektedir (Vilholm, Rasmussen, Sindrup 2008; Gartner, Jensen, Nielsen, Ewertz ve ark. 2009; Alkan ve ark. 2016; Beyaz ve ark. 2016). Genç yaşta olma, beden kitle indeksinin fazla olması, MKC, ALND, tümörün üst dış kadranda olması, KT, RT ve psikososyal değişiklikler MSAS'ı arttırmaktadır (Vilholm ve ark. 2008; Anderson, Kehlet 2011; Cho, Kwon, Kim ve ark. 2013; Mejdahl, Andersen, Gartner, Kroman ve ark. 2013; Alkan ve ark. 2016). Ülkemizde yapılan bir çalışmada meme cerrahisi sonrası %64.1 oranında MSAS görüldüğünü belirtilmiştir. Ayrıca MSAS'nın hastaların duygusal durumlarını, günlük aktivitelerini ve sosyal ilişkilerini ciddi olarak etkilediği ve sağlık sistemi için önemli bir ekonomik yük getirdiği gösterilmiştir (Alkan ve ark. 2016).

Beden İmajında Bozulma: Meme kanseri bireyin yaşamında birden fazla kayba neden olmaktadır. Cerrahi tedavi sonrası memenin kaybedilmesi beden imajının bozulmasına neden olmakta ve yaşam kalitesini de önemli ölçüde etkilemektedir (Şelimen ve Baltacı 2011; Hamolsky 2014; Male, Fergus, Kullen 2016). Kadınların yaklaşık %27 ila %88'inde beden imajı problemleri yaşanmaktadır (Begovic-Juhant, Chmielewski, Iwuagwu, Chapman 2012;

Andrzejczak, Markocka-Maczka, Lewandowski 2013; Boquiren, Esplen, Wong ve ark. 2015; Male ve ark. 2016). Meme kaybının yanı sıra kilo değişiklikleri, alopesi, menopozal semptomlar ve lenfödem gibi faktörler beden imajında bozulmanın artmasına neden olmaktadır (Male ve ark. 2016). Meme kanserinin cerrahi tedavisi ile ilişkili olarak birçok kadın vücudundan memnun olmamakta, kendini daha az çekici hissetmekte ve çıplak vücuduna bakmakta zorlanmaktadır (Begovic-Juhant ve ark. 2012; Andrzejczak ve ark. 2013). Yapılan çalışmalarda mastektomi olan kadınlarda MKC olan kadınlara göre daha fazla beden imajı problemleri yaşandığı belirtilmiştir (Chen, Liao, Chen ve ark. 2011; Rosenberg, Tamimi, Gelber ve ark. 2013; Spatuzzi, Vespa, Lorenzi, Miccinesi ve ark. 2016). Tedavi sonrası kilo değişiklikleri beden imajını önemli ölçüde etkilemektedir. Raggio ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı bir çalışmada kadınların %55'inin tedavi sırasında kilo kontrolünün çok zor olduğu, %73'ü yaklaşık 4.5 kg aldığı ve kadınların beden imajının bu durumdan olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (Raggio, Butryn, Arigo ve ark. 2014).

Seksüel Fonksiyonda Bozulma: Kadınlığın ve cinselliğin belirgin sembollerinden ve kadın açısından son derece önemli bir organ olan memenin cerrahi girişimle alınması kadının cinsellik, annelik, çekicilik duygularına ve beden imajına karşı bir tehdit oluşturmaktadır. Bu durum sıklıkla kişinin zevk ve doyum duygusunda yetersizliğe ve sorunlara neden olabilmektedir (Çavdar 2006; Kaymakçı 2014). Cinsel performans ile ilgili anksiyete, cinsel aktivite sırasında beklenen ağrı ve rahatsızlık korkusu, vajinal kuruluk, eşi tarafından reddedilme veya terk edilme korkusu psikoseksüel sorunların nedenleri olarak sıralanabilir (Kaymakçı 2014; de Moraes, Freitas-Junior, Rahal, Gonzaga 2016; Öztürk ve Akyolcu 2016). Lee ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları çalışmada (n:304) kemoterapiye bağlı gelişen menopozun seksüel disfonksiyonun önemli bir belirleyicisi olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte yapılan çalışmalar seksüel sıkıntı yaşayan kadınların oranının yüksek olmasına rağmen, yaklaşık %75'inin bu konuları sağlık profesyonelleriyle asla konuşmadığını ve yaklaşık %52'sinin bu konuda bilgi almadıklarını belirtmektedir (Ussher, Perz, Gilbert 2012; Lewis, Sheng, Rhodes ve ark. 2012).

Anksiyete ve Depresyon: Meme kanseri olan kadın tanıyı öğrendikten sonra stresi artmakta ve bu zamanla anksiyeteye ve ikincil olarak da depresyona dönüşebilmektedir. Yaşanan psikolojik sorunlar mastektomi sonrasında daha da artmaktadır (Şelimen ve Baltacı 2011; Hamolsky 2014). Meme kanseri tedavisi gören kadınların %30 ile %50'sinin anksiyete ve depresyon yaşadıkları belirtilmektedir (Savard, Savard, Trudel-Fitzgerald, Ivers ve ark. 2011;

Hagen, Aas, Kvaloy, Eriksen ve ark. 2016). Meme kanseri tanısı sonrası bir ve üçüncü yıldaki psikolojik sıkıntıyı inceleyen bir çalışmada, zaman geçtikçe psikolojik sıkıntının azaldığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada düşük maddi gelir, daha önceki psikolojik problemler ve yüksek düzeydeki yorgunluğun psikolojik sıkıntıları arttırabileceği gösterilmiştir (Alfonsson, Olsson, Hursti, Lundh ve ark. 2016). Otuz üç RKC'nin incelendiği bir meta analizde egzersizin anksiyete ve depresyonu azalttığı belirtilmiştir (Zhu, Zhang, Wang, Xiong ve ark. 2016).

Seroma: Modifiye radikal mastektomi ameliyatının en sık rastlanılan komplikasyonu seromadır. Seroma % 2,5-60 arasında gözlemlendiği bildirilmiştir. Aksiller disseksiyon sonrası seroma %30 oranında görülmektedir (Kurt 2011; Chand, Aertssen, Royle 2013; Hunt ve ark. 2015; Khater, Elnahas, Roshdy, Farouk ve ark. 2016). Seroma seröz sıvının, mastektomi veya aksiller disseksiyon sonrası meme insizyonu altında ya da aksiller bölgede birikmesidir (Pogson, Adwani, Ebbs 2003; Kurt 2011; Hamolsky 2014; Hunt ve ark. 2015). Seroma oluşumunu arttıran nedenler; aşırı disseksiyon sonrası oluşan ölü boşluğun fazlalığı, göğüs duvarı düzensizliği, yaş, vücut-kitle indeksi fazlalığı, sistemik hastalıklar (örn: diyabet, hipertansiyon) solunum hareketleri ile göğüs duvarı hareketliliği olarak sıralanabilir. Yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası ilk üç günde özellikle 500ml'yi aşan drenajın seroma oluşumunda etkisi olabileceği belirtilmiştir (Lumachi, Brandes, Burelli, Basso ve ark. 2004; Loo, Chow 2007; Khater, Elnahas, Roshdy, Farouk ve ark. 2016). Seromanın azaltılmasında önerilen uygulamalar; skleroterapi, fleplerin göğüs duvarına dikilmesi, omuz ve kol hareketlerinin kısıtlanması, drenajın erken çekilmesi olarak sıralanabilir (Jain, Sowdi, Anderson, MacFie 2004; Mc Caul, Aslam, Spooner, Loudon ve ark 2000; Kurt 2011; Hunt ve ark. 2015; Faisal, Abu-Elela, Mostafa, Antar 2016). Ancak en etkili yöntem kapalı emici drenaj sistemlerinin kullanılmasıdır Kurt 2011; Hunt ve ark. 2015; Turner, Benson, Winters 2014). Thomson, Sadideen, Furniss 2013).

Hematom: Mastektomi ve MKC sonrası genellikle ilk 12 saat içinde insizyon bölgesinde kan ve pıhtının toplanması sonucu hematom gelişir. Küçük çaptaki hematomlar vücut tarafından absorbe edilebilir. Ancak daha büyük hematomlara kompresyonlu bir sargı uygulanabilir. Ayrıca steril bir alanda hematoma boşaltılması da sağlanabilir (Baron 2010; Şelimen ve Baltacı 2011; Hunt ve ark. 2015).

Yara Yeri Enfeksiyonu: Mastektomi sonrası yara yeri enfeksiyonu %3-15 oranında görülmektedir (Bunn, Jones, Bell-Syer 2012; Kurt 2011; Hamolsky 2014; Hunt ve ark. 2015). Yara yeri enfeksiyonuna nekroz ve lenfödem neden olabilmektedir (Baron 2010;

Karayurt 2014). Morbid obezite, ameliyat öncesi serum albumin düzeyi düşüklüğü gibi etkenler yara yeri enfeksiyonu gelişmesinde etkilidir (El Tamer ve ark. 2007). Meme cerrahisi sonrasında oluşan yara yeri enfeksiyonlarında literatürde en sık bildirilen etkenler cilt kaynaklı stafilokokkus aerus ve stafilokokkus epidermidisdir. Bununla birlikte diğer aerobik veya anaerobik mikroorganizmalar da etken olabilir (Kurt 2011; Hunt ve ark. 2015). Nelson ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları çok merkezli bir çalışmada 254 hasta prospektif olarak değerlendirilmiştir. Ameliyat öncesi hastaların yarısına sefazolin yarısına plasebo verilmiş. Ameliyat sonrası toplamda bir ay izlenen hastalar değerlendirilmiş, gruplar arasında enfeksiyon riski açısından fark saptanmamıştır. Çalışmada meme ameliyatı öncesinde rutin antibiyotik profilaksi uygulanmaması vurgulanmıştır

Kol ve Omuz Hareketlerinde Sınırlılık: Geniş insizyon, seroma, skar dokusu, nekroz, cerrahi sonrası radyoterapi, lenfödem gibi nedenlerle gelişebilir (Baron 2010; Kaymakçı 2014). ALND uygulanan hastaların yaklaşık %30-40'ında kol omuz hareketlerinde sınırlılık yaşanmaktadır (Sagen, Kåresen, Risberg 2009; Nesvold, Reinertsen, Fossa, Dahl 2011). Hastaya kol-omuz egzersizleri öğretilir. Ameliyat sonrası 2. günde parmak bilek hareketleriyle başlayarak, aktif egzersizlere dren ve dikişleri alındıktan sonra devam edebileceği anlatılır (Günde 3 kez 20 dk.) (Baron 2010; Kaymakçı 2014).

Lenfanjit: lenfödem oluştuğunda kolda biriken proteinden zengin sıvı bakterilerin üremesi için ideal bir ortam oluşturmaktadır. Bunun sonucunda lenf damarlarında enfeksiyon gelişerek lenfanjit oluşmaktadır. Belirtileri; deride şişik görünümlü kızarıklık, kaşınma, şişliğin artması, lokal ısı artışı, ağrı, ateş yükselmesi ve titremedir (Baron 2010; Karayurt 2014).

Lenfödem: Lenf ödem, lenfatik drenajın tümör, aksiler lenf nodu diseksiyonu, radyoterapi, fibrozis ya da inflamasyon nedeniyle kesilmesi veya tıkanması sonucu proteinden zengin sıvının intersistiyel alanda birikmesidir (National Breast and Ovarian Cancer Centre Lymphoedema 2008, Baron 2010; Kaymakçı 2014). Meme kanseri nedeniyle tedavi olan her dört kadından birini (%25) etkileyen ciddi bir komplikasyon olan lenfödem insidansının %6-%70 gibi geniş bir aralıkta olduğu belirtilmektedir (Topuz ve ark. 2003; Gürsoy 2005; Ewertz ve Jensen 2011). Ülkemizde yapılan bir çalışmada lenfödem görülme sıklığı, erken dönemde (ameliyat sonrası 1. hafta), %14.7, orta dönemde (ameliyat sonrası 9.-12.) ay %24.8, uzun dönemde (ortalama 50 ay) ise %6.9 olarak bulunmuştur (Özçınar ve ark. 2010). Lenf ödem gelişimini etkileyebilecek risk faktörleri; üç grupta toplanabilir. Bunlar; hasta ile ilgili faktörler, hastalık ile ilgili faktörler ve tedavi ile ilgili faktörlerdir. Yaş, obezite,

hipertansiyon, elde/kolda enfeksiyon - inflamasyon öyküsü, hastalığın aktif olarak kullanılan kolla aynı tarafta olması, meme kanserinin evresi, patolojik lenf nodu durumu, tümörün memedeki lokalizasyonu, insizyon bölgesinin genişliğinin artması, ALND yapılması ve postoperatif dönemde aksiller bölgeye radyoterapi uygulanması lenfödem gelişimini arttıran risk faktörleridir (Baron 2010; Şelimen, Baltacı 2011; Kaymakçı 2014). Aksiller disseksiyona radyoterapi eklenmesinin lenfödem riskini %36 arttırdığı belirtilmektedir (Özçınar ve ark. 2010). Lenfödem sonucunda; kolda dolgunluk hissi, deride gerginlik, ağrı, uyuşukluk, güç kaybı, el bileği ve parmakların hareketliliğinin azalması, kol ve omuz hareketlerinde kısıtlılık ve ağrı, giysi kolu, bilezik, saat, yüzük gibi eşyaların dar gelmeye başlaması gelişir (Park ve ark. 2008; Gürsoy 2005; Baron 2010; Kaymakçı 2014). Çalışmaların bazıları egzersizin lenfödemi önlediğini belirtirken bazıları da lenf ödem üzerinde egzersizin bir etkisi olmadığını belirtmektedir. Canvanaugh'un (2011) yaptığı sistematik derlemede egzersizin lenfödem üzerinde arttıran ya da azaltan bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Çalışmaların çoğunda deney ve kontrol grubunun arasında lenfödem semptomları açısından önemli bir fark olmadığı bulunmuştur. Belçika'da yapılan bir RKÇ'de; egzersize ek olarak yapılan manuel lenf drenajının kısa sürede lenfödemi önlemede orta derecede bir etkisi olduğu saptanmıştır (Christiaens ve ark. 2011). Kwan ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları sistematik incelemede; yavaş yavaş ağırlaşan egzersiz programlarının lenfödem gelişmesine ya da alevlenmesine neden olmadığı ve uygun bir danışmanın takibinde güvenle yapılabileceği belirtilmiştir. Kombine aerobik ve dirençli/resistance egzersizlerin güvenli görüldüğü ancak daha büyük çalışmalarla desteklenmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Taburculuk Eğitimi ve Evde Bakım: hasta bireyi evde en kısa zamanda kendi gereksinimlerini karşılayacak bağımsız düzeye getirmek ve normal yaşamını sürdürmesine yardım etmek için sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir. Bu amaçla hastaya kapsamlı bir taburculuk eğitimi verilmelidir. Kol omuz egzersizleri, ağrının giderilmesi, lenfödem ve enfeksiyonun önlenmesi, yara ve dren bakımı, KT, RT, HT gibi konular eğitim kapsamına alınmalıdır. Hastaya;

- Her gün tolere edebileceği düzeyde aktivitelerini arttırarak ameliyat öncesi aktivite düzeyine dönebileceği, aktiviteler arasında dinlenme periyotlarının olması gerektiği,
- Dikişler alındıktan sonra duş şeklinde banyo yapabileceği ancak ameliyat bölgesini bastırarak ovması gerektiği,

- Ateşin 38 derecesinin üzerine çıktığında ve ısrarlı bir şekilde düşmediğinde gecikmeden doktora başvurması,
- İsteddiği zaman seksüel aktiviteye başlayabileceği fakat eşinin pozisyonunun göğüs duvarına bası yapmaması gerektiği,
- Kendi kendine meme muayenesinin öğretilmesi ve sağlam memeye uygulaması kontrollerinin önemi,
- Meme protezleri ve rekonstruktif cerrahi anlatılır.
- Etkilenmiş kolda lenf drenajını ve dolaşımı arttırmak, hareket kısıtlamasını, kas atrofilerini ve kontraktürleri önlemek kas tonüsünü sürdürmek, enfeksiyonu önlemek amacıyla; ameliyat sonrası kol bakımı öğretilir (Baron 2010; Şelimen, Baltacı 2011; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014).

Tablo 4. Ameliyat Sonrası Dönemde Görülebilecek Sorunlar ve Bakım

Sorunlar	Girişimler
Yara yeri ve dren ile ilgili enfeksiyon	<ul style="list-style-type: none">*Yara yeri kızarıklık, şişlik akıntı, ödem, koku ve ısı artışı yönünden izlenir*Pansuman değişimi sırasında yaranın drenaj özellikleri değerlendirilir.*Dren giriş yerleri lokal enfeksiyon belirtileri açısından izlenir.*Gelen drenaj miktar ve özellik açısından izlenir (drenden 24 saatlik gelen 30cc'nin altında olduğunda çekilmesi önerilmektedir).*İşlemlerde aseptik teknik uygulanır.*Yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanır.*Önerilen antibiyotik uygun doz ve zamanda yapılır.
Omuz ve Kol Hareketlerinin Sınırlaması (Donmuş omuz; Kontraktür)	<ul style="list-style-type: none">*Ameliyat sonrası erken dönemde sınırlı hareketlere (el/bilek) başlanması önerilmektedir.*Drenlerin çıkarılmasından sonra aktif kol ve omuz egzersizleri devam edilir ve her gün düzenli uygulanır.*Hareketlerin sayısı ve çeşidi yavaş yavaş artırılır.*Hastanın kendi bakım aktivitelerine katılması sağlanır. Saç tarama, yemek yeme, dişlerini fırçalamada, ameliyatlı kolun kullanılması için hasta motive edilir.
Ağrı	<ul style="list-style-type: none">*Ameliyat sonrasında hasta semi fowler pozisyonunda yatırılır.*Ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler belirlenir.*Hastaya uygun olan nonfarmakolojik yöntemler (müzik dinleme, masaj vb.) uygulanır.*Önerilen analjezikler uygun doz ve zamanda yapılır.
*Seroma ve Hematom	<ul style="list-style-type: none">*Ameliyat sonrasında hasta semi fowler pozisyonunda yatırılır.*Drenler tamamen dolması beklenmeden boşaltılır.

	<p>*Seroma oluşmuşsa enjektör ile boşaltılması sağlanır</p>
	<p>*Hematom oluştuğunda steril bir alanda hematoma boşaltılması sağlanır.</p>
	<p>* Hematom oluştuğunda hekim istemine göre basınçlı sargı uygulanabilir</p>
*Beden İmajında Bozulma	<p>*Cerrahi pansuman açılırken duygusal destek sağlanır, ameliyat bölgesine bakması için cesaretlendirilir.</p> <p>*Hasta ve eşi hazır olduğunda ameliyat bölgesini eşinin de görmesi sağlanır.</p> <p>*Hem kadının hem de eşinin meme kaybına ilişkin duygularını ifade etmesi sağlanır.</p> <p>*Sosyal destek düzeyi belirlenip aile desteği sağlanabilir</p> <p>*Daha önce meme kanseri tanısı almış bireylerle tanıştırılır.</p> <p>*Destek gruba katılması için bilgilendirilip, yönlendirilir.</p> <p>*Meme protezleri ve rekonstrüktif cerrahi hakkında bilgi verilir.</p>
*Lenfödem	<p>*Otururken veya yatarken etkilenen kol bir yastık ile elevasyona alınır.</p> <p>*Her gün üst ve alt kol çevresi ölçülür. Kol çevresi ölçümü için altı nokta önerilmektedir; elin orta bölümü, bilek, dirsek, üst kol, dirseğin 10 cm altı ve üstü. Etkilenmeyen taraftaki kol ve kolun ameliyattan önceki ölçümü ile kıyaslanır, kayıt edilir.</p> <p>*Ameliyat sonrası 1. Günden itibaren elde top sıkma, parmak bilek hareketleri, 2. Günden itibaren dirsek hareketleri başlamalıdır. Drenler çıktıktan ve dikişler alındıktan sonra aktif kol ve omuz egzersizleri (saç tarama, duvara tırmanma, ip çevirme vb) ile devam edilir.</p> <p>*Etkilenen koldan kesinlikle enjeksiyon yapılmamalı ve kan alınmamalıdır.</p> <p>*Etkilenen koldan kesinlikle tansiyon ölçümü yapılmamalıdır.</p> <p>*Etkilenen kolla süratle-tekrarlanan hareketler (ovma, çekme, itme gibi) yapmaktan kaçınılmalıdır.</p> <p>*Etkilenen kolla 4-6 kg'dan daha ağır kaldırılmamalıdır. Ağır çanta veya omuzdan askılı çanta taşınmamalıdır.</p>

*Lenfödem

- *Bedeni aşırı sıkı telli (balenli) sütyenler ve ağır meme protezleri kullanılmamalıdır.
- *Dar manşetli, kolu lastikli ya da aşırı sıkı giysiler giyilmemelidir.
- *Etkilenen kola sıkı saat, bilezik; parmaklara yüzük takılmamalıdır.
- *Ödemli (ya da riskli) kol temiz tutulur.
- *Kurumasını önlemek için lanolinli kremler kullanılır.
- *Kesik ve çiziklerin bakımında alan yıkanır ve antiseptik uygulanır.
- *Her türlü travmadan kaçınılmalıdır (çarpma, kesikler, güneş yanığı, diğer yanıklar, spor sakatlanmaları, böcek ısırıkları, kedi tırmalaması gibi).
- *Hasta ev işi, bahçeyle meşgul olma gibi ellerini kullanacağı işleri yaparken mutlaka eldiven giymelidir.
- *Tırnak kenarı yanlarında çıkan etleri keserken zarar vermemelidir. Profesyonel manikür önerilmektedir (hastaya özel manikür seti ile).
- *İğne batmasını önlemek için dikiş dikerken her zaman yüksük kullanılmalıdır.
- *Koltuk altı tüyleri elektrikli traş makinesi ile temizlenmeli ve sık sık makinenin bakımı yapılmalı, başlığı değiştirilmelidir.
- *Banyo yaparken veya bulaşık yıkarken, ani soğuk-sıcak değişikliklerinden, saunadan ve güneşten kaçınılmalıdır.
- *Dengeli, tuz oranı düşük ve yüksek lif içeren bir beslenme planı uygulanmalıdır.
- *Kolay sindirilen proteinleri içeren besinler (balık ve tavuk) alınmalıdır.
- *Sigara ve alkollü içeceklerden uzak durulmalıdır.
- *Lenf ödem bilekliği kullanması önerilir.
- *Kolda herhangi bir tahriş izi, ödem, kızarıklık, bölgesel ısı artışı varlığında derhal doktora başvurmalıdır.

2.8.1.3. Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu

Rekostrüksiyon, mastektomi sonrası yeniden simetrik meme görüntüsünü elde etmek ya da beden imajını korumak amacıyla yapılır. Ancak yeni memede normal bir memedeki duyarlılık hissi oluşmamaktadır. Eş zamanlı rekonstrüksiyon ya da ertelenmiş rekonstrüksiyon olarak ikiye ayrılır. Rekonstrüksiyon zamanına hasta ve doktoru birlikte kara verirler (Foxson ve ark. 2011; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014).

Eşzamanlı (Erken) Rekonstrüksiyon: Mastektomi ile aynı anda uygulanır. Tek bir cerrahi işlemle hem mastektomi hem de rekonstrüksiyon yapılmış olur. Operasyon maliyeti düşer. Göğüs duvarı radyasyon tedavisinden ya da ikinci bir skar dokusundan zarar görmemiş olur. Hasta uyandığında organ kaybını görmemiş ve hissetmemiş olur. Ancak operasyon sonrası RT uygulaması rekonstrüksiyonu olumsuz yönde etkileyebilir (Foxson ve ark. 2011; Koçak 2011; Sevinç 2011; Karayurt ve ark. 2016).

Ertelenmiş (gecikmiş) rekonstrüksiyon: Yeniden yapılandırma işlemi operasyondan sonraki bir zamana ertelenir. Bazı kadınların mastektomi sonrası göğüs duvarına radyasyon tedavi alması gerekebilir ve rekonstrüksiyon ertelenir. Çünkü rekonstrüksiyon sonrası radyasyon tedavisi alınması komplikasyonlara neden olabilir (Foxson ve ark. 2011; Koçak 2011; Sevinç 2011; Karayurt ve ark. 2016).

Rekonstrüksiyon kararı verilmesi için; hastanın bütüncül olarak sağlığının değerlendirilmesi, hastanın buna psikososyal açıdan hazır oluşluğu, meme kanserinin evresi, memenin boyutu kullanılabilir doku miktarı, sağlık güvencesi, implantın ya da yeniden yapılan dokunun boyutu birlikte bütüncül olarak değerlendirilmelidir (Koçak 2011; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016).

Rekonstrüksiyon Tipleri

Meme rekonstrüksiyonu için çeşitli tipler vardır:

- 1. İmplantlar:** En yaygın kullanılan implant “salin dolgulu implant”lardır. Slikon iskeletin steril salin ile doldurulması ile oluşur. Diğer bir seçenek de “slikon jel dolgulu implant”lardır. Hasta ve cerrah tarafından implantın tipinin seçiminde, memenin boyutu, şekli ve çevresi birlikte değerlendirilir (Foxson ve ark. 2011; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016).
- 2. Otojen Doku Flepleri:** Hastanın kendi donör alanından dokunun alınmasıyla uygulanır. Doku flepleri karın, sırt, kalça ya da uyluktan doku alınarak uygulanır. En yaygın kullanılan tipleri Transvers Rektus Abdominis (TRAM) kası, Latismus Dorsi ve Derin İnferior Epigastrik

Perforetor (DIEP) kas-deri flepleridir. Bu operasyonlarda 2 cerrahi alan ve skar oluşumu vardır. Doku alınan alanlarda komplikasyonlar gelişebilir. Flepler diyabeti, bağ dokusu hastalığı, vasküler hastalığı olan ya da sigara içen kadınlarda genellikle tercih edilmez (Foxson ve ark. 2011; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016).

2.8.2. Kemoterapi

Kemoterapi, kontrolsüzce çoğalan hücrelere karşı öldürücü etkileri olan ilaçların kullanıldığı sistemik tedavi şeklidir. İlaçlar, kanserli hücrelerin gelişmesini ve çoğalmasını önlediği gibi hızlı çoğalan sağlıklı hücrelerin (bağırsak ve ağız içi, kemik iliği, kıl hücreleri gibi) de gelişmesini ve çoğalmasını önleyebilir (Hamolsky 2014; Karayurt ve ark. 2016). Aynı anda birkaç ilaç ile birlikte verildiğinde daha etkili olduklarından, değişik kombinasyonlar halinde verilirler. Genelde 3 haftada bir bazen de 2 haftada bir kür olacak şekilde tedavi planı yapılır. Adjuvan, neoadjuvan ve palyatif olarak verilebilirler. KT'ye karar verildiğinde hastaya tedavinin amacı, uygulanış yolu ve olası yan etkileri hakkında bilgi verilmelidir (Hamolsky 2014; Karayurt ve ark. 2016). KT'nin yararlılığı, tümörün boyutu, çıkarılan lenf nodlarının sayısı, östrojen ve progesteron reseptörlerinin varlığı gibi birçok neden bağlıdır. Yapılan araştırmalar, birçok vakada kombine ilaç kullanımının tek ilaç kullanımına göre daha etkili olduğunu göstermiştir (ACS 2015).

2.8.3. Radyoterapi

Meme kanserinde RT'nin önemi giderek artmaktadır. RT meme cerrahisi sonrası kullanılan adjuvant tedavi biçiminden biridir (Hamolsky 2014; ACS 2015). Yüksek enerjili ışınlar kullanılarak kanser hücrelerinin ölmesini sağlamaktadır. RT, özellikle santral sinir sistemi ya da kemiklere yayılan ileri evre meme kanserinde semptomları tedavi etmede kullanılabilir (ACS 2015). Meme kanserinde RT; lokal ve bölgesel nüks riskini ve buna bağlı ağrıyı azaltmak ve sağkalımı arttırmak için kullanılır. Erken Meme Kanseri Araştırmacıları Çalışma Grubu'nun (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group [EBCTCG]) 2011 yılında 10801 kadınla yaptıkları meta analizde MKC sonrası RT'nin kanser rekürrensini yaklaşık %50 ve meme kanserinden ölümleri yaklaşık %20 azalttığı gösterilmiştir (EBCTG 2011; ACS 2015). RT Süresi genellikle haftada 5 gün olmak üzere 5-7 haftadır. Meme kanserinde RT uygulaması; yapılan cerrahiye ve hastanın evresine göre değişiklik gösterir. Mastektomi yapılmış bir hasta ile sınırlı cerrahi yapılmış bir hastanın RT alanları, hacimleri birbirinden farklıdır (Hamolsky 2014; Karayurt ve ark. 2016).

Meme kanseri tedavisinde RT genellikle eksternal olarak uygulanır. Hastada yorgunluk, cilt reaksiyonları (kuru-yaş deskuamasyon, yanık vb.) gibi yan etkiler görülebilir (Tablo 5) (Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016). Gosselin ve arkadaşlarının (2010) Amerika’da yaptıkları çalışmada; 208 RT alan meme kanseri hastasına tedavinin ilk gününden itibaren çeşitli cilt bakım ürünleri uygulanmış ancak ürünler ile placebo arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Gosselin ve ark, 2010).

2.8.4. Hormonoterapi

Meme kanserinde HT’nin *amacı*, östrojen reseptörü içeren ve östrojene duyarlı olan kanser tiplerinde, östrojenin etkisini ortadan kaldırarak kanserin gelişmesinin önlenmesidir (Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016). Meme kanseri tedavisinde HT’ye yanıt tümörün östrojen ve progesterona duyarlılığıyla yakından ilişkilidir (Dinçol ve Özal 2011; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; Karayurt ve ark. 2016).

HT’nin en sık görülen yan etkileri; sıcak basması, gece terlemesi, vajinal kuruluk, bacak krampları, duygu durum değişiklikleri, kilo alımı, osteoproz ve endometrial kanserlerdir (Tablo 5). HT’de ilacın yan etkisi ve psikolojik problemler gibi nedenlerle hastanın uyumu azalmaktadır. Hastaya tedavinin amacı iyi anlatılmalıdır. Tedavi hakkında yazılı materyal verilmelidir. Yan etkiler yönelik stratejiler geliştirilmelidir. Hastanın doktor, hemşireye ulaşımında kolaylık sağlanmalıdır. Tedavi planı için bir takvim oluşturulmalı (kontrol ve düzenli tedavi). Daha fazla bilgi için öneriler sunulmalıdır (Hamolsky 2014; Karayurt ve ark. 2016).

2.8.5. Hedefe Yönelik Tedavi

Hedefe yönelik tedavi doğrudan kanserli hücreyi hedef almakta ve sadece tümörün yok edilmesinde kullanılmaktadır. Meme kanserinde hedefe yönelik tedavi uygulaması kararı kişideki HER2 neu pozitif/negatif olma durumuna göre karar verilmektedir. Biyopsi sırasında alınan dokuda HER2 neu pozitif ise hedefe yönelik tedavi uygulanır. En sık kullanılan ilaç trastuzumab (Herceptin)’dir. Tek başına ya da kemoterapi ile birlikte uygulanabilir. Kalp problemlerine neden olabilmektedir. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası kalp fonksiyonları düzenli olarak kontrol edilmelidir. Herceptin tedavisi alırken sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin hastaları sağlıklı bir diyet, düzenli olarak yapılan egzersiz ve sigara içilmemesi ve sigara içilen ortamlardan uzak durarak kalplerini koruyabilecekleri hakkında bilgi vermelidir (Atalay 2009; Hamolsky 2014; Komen 2014).

Tablo 5. Kemoterapi, Radyoterapi ve Hormonoterapi Sonrası Görülebilecek Yan Etkiler ve Bakım

Semptom	Girişimler
Yorgunluk (KT, RT)	<ul style="list-style-type: none">✓ Orta veya şiddetli düzeyde yorgunluk hissettiğinde tüm gerekli olmayan aktivitelerini erteleyebileceği,✓ Enerjisinin en yüksek olduğu zamanları günlük veya haftalık olarak kayıt etmesini, böylece planlanan aktivitelerinin zamanını bu çizelgeye göre düzenleyebileceği,✓ Yorgunluk hissettiğinde dikkati başka yöne çeken aktiviteler (oyunlar, müzik, kitap okuma, sosyalleşme) yapabileceği,✓ Günlük 1 saatin altında şekerleme yapabileceği,✓ Kendisini yormayan yürüyüşler yapması, ancak ağır egzersizlerden kaçınması,✓ Yeterli (günde 2-2,5 lt) su içmesi,✓ Rahatlatan ortamlarda bulunmayı tercih etmesi, (deniz kenarı, orman, bahçe...)✓ Gevşeme egzersizi yapabileceği,✓ Bol sebze, meyve ve demir içeren et, kuru baklagil, pekmez, incir ve kuru üzün tüketmesi gerektiği,✓ Demir içeren besinlerle birlikte C vitamini içeren besinleri tüketmesi (portakal suyu vb) demirin emilimini artırırken, kalsiyum içeren besinleri (süt ve süt ürünleri) tüketmememesi gerektiği anlatılır.
Bulantı-Kusma (KT)	<ul style="list-style-type: none">✓ Yeterli (günde 2-2,5 lt) su içmesi,✓ Tedaviden iki saat önce hafif yiyecekler tercih etmesi,✓ Tedavi günü hafif ve azar azar beslenmesi,✓ Bulantı sırasında derin nefes alması,✓ Kraker, leblebi gibi tuzlu yiyecekler tercih etmesi,✓ Bulantı dönemlerinde sıvı ve yumuşak gıdalar tercih etmesi,✓ Bulantı dönemlerinde tatlı, aşırı yağlı, baharatlı, çok sıcak ve ağır kokulu yiyeceklerden kaçınması,✓ Ağız yarası oluşmamışsa limonlu, ekşi yiyecekler tercih etmesi,✓ Hekim önerisi ile antiemetik kullanıyorsa bulantı başlamadan önce alması ve 30-60 dk dinlenmesi,✓ Son kusmadan sonraki 2-3 saatlik süre içinde büyük miktarlarda sıvı almaktan kaçınması,✓ Yemek yedikten sonra hemen yatmaması, yaklaşık 2 saat oturması,✓ Her kusma dönemi sonrası ağız bakımı yapması,✓ KT sırasında kendini güvenli ve rahat hissettiği bir yerde (evinizin sevdiğiniz bir odası, evinizin bahçesi,

deniz kıyısında bir plajda ya da ormanda olma gibi) hayal ederek rahatlamaya çalışması,

- ✓ Bulantı hissettiğinde dikkatini başka yöne çeken aktiviteler (televizyonda hoşlanılan bir program izleme, müzik dinleme, kitap okuma, bilgisayar oyunları, sosyalleşme) yapması,
- ✓ Gevşeme egzersizi yapılabileceği söylenir.

Alopesi (KT)

- ✓ KT başlamadan önce saçlarını kısa kestirebileceği,
- ✓ Saçlarını 2-3 günde bir yıkaması,
- ✓ Cildi tahriş etmeyen pH 5.5 olan şampuanları tercih etmesi,
- ✓ Fazla şampuan kullanımından kaçınması,
- ✓ Şampuan uyguladıktan sonra saçını bol suyla durulaması,
- ✓ Saçını aşırı fırçalamaktan ve taramaktan kaçınması,
- ✓ Saçını gergin bir şekilde toplamaması,
- ✓ Saç kırılmasını arttıran saç spreylere, jöle, köpük, krem gibi ürünlerin kullanımından kaçınması,
- ✓ Saçları döküldüğünde şapka, peruk, eşarp, bandana... kullanabileceği,
- ✓ Peruk ya da eşarp gibi ürünler kullanacaksa saçları dökülmeden kullanmaya başlaması, dökülen kaş ve kirpikleri için kaş kalemi ve takma kirpik kullanabileceği söylenir.

Mukozit (KT)

- ✓ Kemoterapi öncesinde bir diş hekimine muayene/tedavi olması,
 - ✓ Yumuşak bir diş fırçası ile dişlerinin tüm yüzeylerini her defasında en az 90 saniye olmak üzere günde en az iki kez (kahvaltıdan sonra ve gece yatmadan önce) fırçalaması,
 - ✓ Fırçalama sırasında ağrı olursa yumuşak yüzeyli temizleme gereçleri kullanması,
 - ✓ Günde bir kez diş ipi ile diş aralarını temizlemesi (trombosit düzeyi 50.000'in altında olanlar hariç),
 - ✓ Günde dört kez ya da hekiminin önerisi doğrultusunda tahriş edici olmayan bir gargara ya da su ile 30 saniye boyunca ağzını çalkalaması,
 - ✓ Diş fırçasını kullandıktan sonra kapalı kılıfı içine koymadan önce kurumasını sağlaması,
 - ✓ Ağız bakımı yapmadan önce varsa diş protezini çıkarması,
 - ✓ Kullanmadığı zaman çıkardığı protezini antiseptik solüsyon içinde koruması
 - ✓ Ağızına iyi oturmeyen, ağrı ve zorlanma yaratan diş protezlerini kullanmaması,
 - ✓ Ağız derisine zarar verebilecek, sıcak, asitli, sert, acı, baharatlı gıdalar tüketmekten kaçınması,
-

-
- ✓ Yumuşak gıdalar tüketmesi,
 - ✓ Proteinden zengin gıdalarla beslenmesi,
 - ✓ Sigara ve alkol kullanmaması,
 - ✓ Yeterli (günde 2-2,5 lt) su içmesi,
 - ✓ Dudaklarını nemlendirmesi,
 - ✓ Ağzında ağrı, kanama ve rahatsızlık duyarsa hekimine/hemşiresine bildirmesi,
 - ✓ Her gün gerekiyorsa yardımcı ışık kaynağı kullanarak bir ayna yardımıyla ağız içini kontrol etmesi, gerekirse bir yakından yardım alması söylenir.

Diyare (KT)

- ✓ Baharatlı gıdalar, çiğ sebze, ağır hamur işleri, kızarmış gıdalar, gazlı içecekler, gaz oluşturan gıdalar, kafein içeren besin ve içecekler, alkol, çikolata, baharatlı ve acılı yemekler, sarımsak, hardal turşu ve alkollü içecekler gibi sindirim sistemini tahriş edecek besinlerin alımını kısıtlaması,
- ✓ Yeterli (günde 2-2,5 lt) su içmesi,
- ✓ Peynir, yumurta, haşlanmış patates, pirinç lapası, makarna, muz, şeftali, tuz, ayran, yoğurt gibi yüksek kalorili ve potasyum açısından zengin gıdalar alması,
- ✓ Az ve sık beslenmesi,
- ✓ Aşırı sıcak ve soğuk besinlerden kaçınması,
- ✓ Ağızdan sıvı alımı kısıtlı ise ve diyare devam ediyorsa mutlaka hekimine/hemşiresine başvurması,
- ✓ Eğer diyare günde 6-8 kereyi aşar ve 2 günden fazla sürerse ve karında kramp tarzı ağrılar 2 günden fazla sürerse hekimine/hemşiresine başvurması söylenir.

Konstipasyon (KT)

- ✓ Tuvalet alışkanlığı oluşturmak için her gün aynı saatte tuvalete oturması,
- ✓ Gün içinde meyve yemeye (üzüm, hurma, erik, kayısı...) ve meyve suyu (portakal suyu, kayısı suyu...) içmeye özen göstermesi,
- ✓ Yeterli (günde 2-2,5 lt) su içmesi,
- ✓ Beslenmesinde lifli gıdalara (kepeği ve özü ayrılmamış tahıl ürünleri, taze sebze ve meyveler, kuru baklagiller vb.) yer vermesi,
- ✓ Fiziksel aktivitesini arttırması,
- ✓ Konstipasyon olduğunu dönemlerde, yumurta, peynir, patates, pilav, makarna gibi konstipasyon yapabilecek

gıdaları daha az miktarda tüketmesi,

- ✓ Boşaltım yaparken uygun pozisyon alması (çömelir pozisyon) ve karnın alt bölümüne masaj yapması,
- ✓ Gerekli durumlarda hekiminin önerdiği laksatifleri kullanması,
- ✓ Konstipasyona ek olarak bulantı ve kusması varsa ve dışkıda kan varsa mutlaka hekimine/hemşiresine başvurması söylenir.

El-Ayak Sendromu (KT)

- ✓ Bulaşık yıkarken ya da banyo yaparken el ve ayaklarının sıcak su ile temas etmesinden kaçınması,
- ✓ Ev temizliği, çamaşır yıkama gibi faaliyetlerde yoğun kimyasalları kullanmaktan kaçınması,
- ✓ Güneşlenmekten ya da güneşli bir havada camın önünde oturmaktan kaçınması ve güneş koruyucu kremler kullanması,
- ✓ Sıcak su ile temizlik yaparken kauçuk cilde ısıyı kolaylıkla ilettiği için kauçuk eldiven kullanmaktan kaçınması,
- ✓ El cildine hasar verebilecek işlerden (bahçe işleri vs.) kaçınması,
- ✓ Var olan nasırlarını düzenli olarak kontrol etmesin,
- ✓ Profesyonel manikür ya da pedikür yaptırması (hastaya özel set ile),
- ✓ Sıkmayan ve tabanı yumuşak olan ayakkabılar tercih etmesi,
- ✓ Ayakkabıların içine yumuşak pedler yerleştirmesi, kalın pamuklu eldiven ve çoraplar kullanarak el ve ayaklarını travmalardan koruması,
- ✓ Vücudu sıkı elbiseler giymemesi ve takılar takmaması, sıkı bandaj kullanmaktan kaçınması,
- ✓ Ellerini, ayaklarını ve tüm cilt yüzeyini ılık su ile yıkaması ve iyice kurulaması,
- ✓ Cildini terli, nemli bırakmaması,
- ✓ Tırnaklarına ve tırnak etrafına zarar verebilecek kimyasal ve deterjanlar kullanmaması,
- ✓ Ağrı ve hassasiyet için el ve ayaklarına soğuk su uygulayabileceği,
- ✓ El ve ayaklarına lanolin içeren nemlendirici kremler kullanması söylenir.

Cilt Değişiklikleri (RT)

- ✓ Tedavi bölgesini her gün kızarıklık, kaşıntı, döküntü, soyulma açısından gözlemlemesi,
- ✓ Tahriş olan deri yüzeyi temiz ve kuru tutması,
- ✓ Banyosunu ılık su ile yapması, radyoterapi alanını ovalamaması, kese yapmaması,
- ✓ Cildin daha fazla kurumasını engellemek için hafif, kokusuz, pH5.5 sabunlar ya da bebek şampuanları kullanması,

-
- ✓ Tedavi bölgesine parfüm, deodorant, krem, pudra, roll-on ya da parfümlü sabun ve losyonlar sürmemesi,
 - ✓ Enfeksiyon riskini azaltmak için koltuk altındaki tüylerin temizliğinde jilet kullanmaması, elektrikli tıraş makinesi kullanması,
 - ✓ Tedavi bölgesinde rahatlık sağlamak ve sürtünmeyi engellemek için pamuklu, yüzeyi yumuşak gevşek giysiler giymesi,
 - ✓ Tedavi sırasında balenli sütyen giymekten ve sütyen askıları kullanmaktan kaçınması, mümkünse sporcu sütyeni kullanması,
 - ✓ Tedavi edilen bölgedeki deri çok hassaslaştığından aşırı sıcak ve soğuktan koruyup, sıcak su torbası, elektrikli battaniye kullanmaması,
 - ✓ Güneşe maruz kalacağına yüksek faktörlü (50+) güneş koruyucu kremler kullanması,
 - ✓ Şapka ve uzun kollu kıyafetler tercih etmesi,
 - ✓ Tuzlu ve klorlu su cildi tahriş edebileceğinden yüzmekten kaçınması,
 - ✓ Tamamen iyileşinceye kadar yüzmemesi,
 - ✓ Tedavi süresince cildini kaşımaması,
 - ✓ Hekimin önerdiği kremleri radyoterapi seansından önce kullanmaması, seans bittikten sonra ya da gece yatarken kullanması,
 - ✓ Radyoterapi tamamlandıktan sonra en az bir yıl cildini güneşten koruması gerektiği söylenir.
- | | |
|-------------------------------------|--|
| Hormonoterapi Genel Etkileri | <ul style="list-style-type: none">✓ Tedavi sırasında iştahı artabilir, bu nedenle beslenmesinde yağlı ve şekerli besinleri daha az tüketmesi,✓ Uygun egzersiz programlarına katılabileceği,✓ Oluşabilecek vajinal kuruluğu önlemek için su bazlı kayganlaştırıcılar kullanabileceği,✓ Yıllık jinekolojik muayene yaptırması,✓ Yıllık kemik taraması yaptırması söylenir. |
| Sıcak Basması (HT) | <ul style="list-style-type: none">✓ Pamuklu hafif giysileri tercih etmesi,✓ Aşırı sıcak ortamlardan kaçınması,✓ Çay kahve tüketimini azaltması,✓ Sigara içmemesi,✓ Gevşeme egzersizi yapabileceği,✓ İlaçlarını hekimin söylediği dozda ve miktarda aksatmadan kullanması söylenir. |
-

2.9. Meme Kanserinde Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür. Ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade eden bir kavram olduğundan net bir tanım yapmak güçtür. Sadece hastalık olmaması değil, tam bir fiziksel, mental ve sosyal iyilik halidir (Başaran, Güzel, Sarpen 2005; Yeter, Savcı, Sayiner 2009). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini; kişilerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel yeterliliği, sosyal ilişkileri ve çevresi ile olan etkileşimleri kapsayan bir kavram olarak tanımlamaktadır (WHO 2008). Yaşam kalitesine ilişkin sistemli çalışmalar 1960'lı yıllarda ABD'de başlamış, 1970'li yıllarda yaşam kalitesi çalışmalarına ilgi artmıştır (Pınar 2012). 1980-1990'lı yıllarda hemşirelik alanında üzerinde durulan, sağ kalımdan sonra hasta izlenmesinde önemli değerlendirme ölçütü olarak belirlenen bir kavram olmuştur (Aydemir 2007). Sınırlı sağlık kaynaklarının dağılımı, klinik karar vermenin kolaylaştırılması, bağımsız karar vermesi yönünde hastalara yardım edilmesi amaçları ile çeşitli hastalık durumlarında, farklı tedavi yaklaşımlarının etkinliğinin karşılaştırılmasında ve hastaya uygun tedavi kararlarının verilmesinde yaşam kalitesi araştırmaları yapılmaya başlanmıştır. Bu durum sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramını (SİYK) gündeme getirmiştir (Ferrans, Zerwic, Wilbur, Larson 2005; Moons, Budts, Geest 2006; Pınar 2012). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin birçok tanımı bulunmaktadır. Carr ve arkadaşlarına göre SİYK, bir kişinin sağlık, hastalık, sakatlık ve tedavinin etkinliği gibi doğrudan veya dolaylı subjektif deneyimlerini tanımlamak için geliştirilmiş bir kavramdır. Ferrans ve arkadaşları SİYK kavramını, kişisel özellikleri ve yaşanan çevreyi dikkate alarak, bireylerin biyolojik fonksiyonları, hastalık semptomları, fonksiyonel durum ve genel sağlık algısının etkileşimi modeliyle açıklamıştır. Sağlıkta yaşam kalitesi ölçümlerinin hedefi bir hastalık ve bu hastalığın tedavisinin yaşamın fiziksel, sosyal, emosyonel boyutları üzerine etkilerini incelemektir (Aydemir 2007).

Meme kanserinin tanısı ve tedavisi kadınları psikolojik, cinsel ve fiziksel yönden etkilemektedir (Yılmaz, Keşkek, Sakallı, Canataroğlu 2013). Tedavi sürecinde ve sonrasında kadınlarda kol-omuz hareket kısıtlılığı, lenfödem, cilt değişiklikleri, saç dökülmesi, beden imajında bozulma, bulantı-kusma, yorgunluk, sıcak basması gibi birçok yan etki görülmektedir (Engel, Schlesinger-Raab, Emeny, Ho'zel ve ark. 2014; Kaminska ve ark. 2015; Bourdon, Blanchin, Tessier, Campone ve ark. 2016). Buna bağlı olarak SİYK, değişik meme kanseri tedavilerini karşılaştırmada değerlendirilen bir parametre olmuştur. Kanser tedavilerinde yaşam kalitesinin iyileştirilmesi primer hedeflerden olduğu gösterilmiştir (Yılmaz ve ark. 2013).

Meme kanseri ve yaşam kalitesinin incelendiği tanımlayıcı çalışmalarda kadınların sosyodemografik özellikleri ve tedavi şekilleri ile ilişkili olarak farklı sonuçlar elde edilmiştir (Antoine ve ark. 2013; Kaminska ve ark. 2015; Beyaz ve ark. 2016; Chow, Pulenzas, Zhang, Ecclestone ve ark. 2016). Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (n:84), kadınların yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler alanı, genel algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumu puanlarının hem ameliyat sonrası erken dönemde, hem de geç dönemde ameliyat öncesi döneme göre düşük olduğu saptanmıştır. Tanı sırasında genç olan kadınların daha duygusal, depresif bozuklukların etkilerine karşı daha savunmasız olduğu ve bu durumla başa çıkmada uyum stratejilerinin uygulanmasında zorluk yaşadıkları için yaşam kalitelerinin yaşlı kadınlardan daha fazla etkilendiği gösterilmiştir (Antoine ve ark. 2013). Kaminska ve arkadaşlarının 2015 yılında Polonya’da yaptıkları bir çalışmada (n:179), meme koruyucu cerrahi geçiren kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin mastektomi olan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca anksiyete ve depresyon düzeylerinin mastektomi olan kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ifade edilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada, meme kanseri cerrahisi sonrası yaşam kalitesinin sadece cerrahi tipinden değil hastaların preoperatif ve postoperatif fonksiyonel durumundan, yaşından, kemoterapi, radyoterapi, hormonoterapi alma durumlarından ve ameliyat sonrası geçen süreden etkilendiği gösterilmiştir (Shia ve ark 2011).

Canario ve arkadaşlarının Brezilya’da 2016 yılında fiziksel aktivitenin yorgunluk ve yaşam kalitesiyle ilişkisini inceledikleri çalışmada (n:215), fiziksel aktivitenin yorgunluk düzeyini azalttığı, yaşam kalitesini arttırdığı bulunmuştur. Sajjad ve arkadaşlarının 2016 yılında Pakistan’da meme kanseri olan 50 kadın ile yaptıkları yarı deneysel çalışmada yazılı ve sözlü hemşirelik eğitimi alan 25 kadın ile rutin bakım alan 25 kadının yaşam kaliteleri karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda verilen eğitimin, kadınların yaşam kalitesini geliştirdiği, fiziksel iyi olma ve fonksiyonel iyi olma alt boyutlarında anlamlı bir iyileşme sağladığı gösterilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada meme kanseri nedeniyle meme cerrahisi sonrası adjuvan radyoterapi ve/veya kemoterapi ve/veya hormonoterapi uygulanmış kadınlarda; MRM ile MKC’nin, yaşam kalitesi üzerine etkisi karşılaştırmışlardır. MKC yapılan hastaların iyilik, fiziksel semptom, rol performans, emosyonel durum, bilişsel durum, sosyal durum, semptom kontrolü, vücut görünümü, seksüel fonksiyon, cinsel tatmin, gelecek endişesi, kol semptomları, meme ile ilgili şikayetlerinde MRM oranla daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır (Zanaphloğlu ve ark. 2009). Kement ve arkadaşlarının

yaptıkları bir çalışmada (2011) MKC uygulanan hastaların yaşam kalitelerinin sağlıklı bireylere oranla fiziksel açıdan bozulduğu, mental açıdan etkilenmediği, mastektomi uygulanan hastalarla karşılaştırıldığında yaşam kalitelerinin hem fiziksel hem de mental açıdan daha iyi olduğu gösterilmiştir.

2.10. Meme Kanserinde Çift Uyumu

Evlilik, karşı cinsten iki kişinin birlikte yaşamak, yaşantıları paylaşmak, çocuk yapmak ve yetiştirmek gibi amaçlarla yaptıkları bir sözleşmedir. Evlilikte her iki tarafın da doyum sağlaması, uyumlu bir birliktelik yaşanması beklenir. Ancak insan yaşamının çok önemli bir boyutunu oluşturan evlilikte yaşanan sıkıntıların, uyumsuzlukların, kişilerin sağlığını doğrudan etkilediği görülmektedir (Gündoğan 2015).

Evlilik uyumu evli çiftler arasındaki ilişkilerin uyumunu ve farklı süreçleri belirtmektedir. Bu süreçler evlilik ve aile hayatında değişen durumlar karşısında eşlerin birbirlerinin beklenti ve ihtiyaçlarındaki dengeyi ve koşullara adaptasyonu içermektedir (Şener ve Terzioğlu 2008). LaScala (1987), evlilikte uyumu, eşlerin birbirlerine ve evliliğin bütünlüğüne uyum sağlayacak şekilde değişiklikleri özümsemeleri olarak tanımlamıştır. Sabatelli (1988)'e göre uyumlu evlilik, eşlerin birbirleri ile iletişim kurabildiği, evliliğin önemli alanlarında fazla anlaşmazlık yaşanmadığı, anlaşmazlıkların her ikisini de memnun edecek şekilde çözümlendiği evliliktir (Gürsoy 2004; Gündoğan 2015). Spanier (1976) evlilikte uyumu, eşlerin günlük yaşantıya ve yaşantı içinde değişen koşullara uyum sağlaması ve belirli bir süre içinde birbirlerine uygun olarak değişmesi şeklinde tanımlamaktadır. Spainer evlilik uyumunun; eşler arasında sorun yaratan farklılıklar, kişiler arası gerginlik ve kişisel anksiyete, eşler arası tatmin, eşler arası bağlılık, yapılmakta olan işlerin önemi konusunda eşler arasındaki fikir birliğinin dereceleriyle karar verilecek bir süreç olduğunu belirtmiştir.

Evlilik uyumu hem aile hem de aile dışı ilişkilerin belirleyicisi olması nedeniyle, incelenmesi gereken önemli bir değişkendir (Gündoğan 2015). Yapılan bilimsel araştırmalar evlilikte uyum ile eşlerden birinde var olan herhangi bir kronik hastalık, eşlerin hastalıkları algılama tarzı ve hastalıklar karşısında gösterdikleri tepkiler gibi değişkenler arasında önemli ilişkilerin bulunduğunu ortaya koymaktadır (Sardoğan ve Karahan 2005; Gündoğan 2015).

Meme kanseri hem hasta hem de aile için duygusal ve yaşamsal bir kriz durumu oluşturmakta, ailenin işlevselliğini, rol dağılımını ve aile içi ilişkilerini etkilemektedir (Okanlı ve Ekinci 2008). Yapılan çalışmalarda meme kanseri olan kadınların eşlerinden duygusal destek

bekledikleri ve gördükleri destekle hastalık sürecine daha kolay uyum sağlayabildikleri belirtilmiştir (Foy ve Rose 2001; Inoue, Saeki, Mantani, Okamura ve ark. 2003; Tiryaki ve ark. 2010). Meme kanserinde uyumla ilgili olarak eşlerle yürütülen araştırmalarda, kadınların bildirdiklerine benzer biçimde eşlerin de duygusal güçlükler ve rol kısıtlılıkları yaşayabildikleri belirlenmiştir. (Cochrane ve ark. 2011). Romero ve arkadaşlarının 2008 yılında duygusal desteğin kadınların baş etme düzeyine etkisini belirlemeye yönelik yaptıkları bir çalışmada (n:45 çift), eşin sağladığı duygusal desteğin kadının hastalığa uyumunu ve hastalıkla baş etmesini olumlu etkilediği bulunmuştur. Badr ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada (n:191 çift) sosyal rollerin ve destekleyici baş etme sistemlerinin çift uyumunu etkilediği, kadınların çift uyumlarının eşlerinin çift uyumlarından daha kötü olduğu belirtilmiştir. Ayrıca olumlu çift baş etme yöntemleri kullanılmasının çift uyumunu büyük ölçüde arttırdığını ifade etmişlerdir (Badr, Carmack, Kashy, Cristofanilli ve ark. 2011). Ameliyat tiplerine göre hastalardaki psikolojik etkilenmeyi ve memnuniyeti karşılaştıran bir çalışmada, mastektominin beden algısını, benlik saygısını ve eş uyumunu olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (Al-Ghazal, Fallowfield, Blamey 2000). Ülkemizde, Önen Sertöz ve arkadaşlarının (2004) meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkilerini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada, mastektominin beden algısını ve benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği, eş uyumuna ise etkisinin olmadığı gösterilmiştir. Keskin ve Gümüş (2011) histerektomi ve mastektomi olan kadınların, depresyon, beden imajı, cinsel problemler ve çift uyumlarının incelendiği bir çalışmada mastektomi olan kadınlarda beden imajının çift uyumunu olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir. Kadınların yaşadığı yerin çift uyumunu etkilediği, şehirde yaşayan kadınların çift uyumlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Evlilik yaşının çift uyumunu etkilediği ve daha büyük yaşta evlenenlerin çift uyumunun daha iyi olduğu ifade edilmiştir. Aynı çalışmada lise ve üzeri eğitimi olan eşlerin çift uyumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur. Cerrahi sonrası yalnızlık hissi yaşamamanın çift uyumunu etkilediği ve yalnızlık hissetmeyen eşlerin çift uyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Aydın Avcı ve Kumcağız 2011).

2.11. İnternet Temelli Eğitim

İnternet, birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da önemli bir bilgi kaynağı haline gelmiştir (Tekin, Kaya, Demirel, Yazıcı, 2009). Gerek hastalar ve aileleri gerekse de sağlık çalışanları için internet; öğrenme fırsatları, bilgi ve iletişim olanakları sağlamaktadır (Nguyen ve ark. 2004; Yenal, Ümran 2012). Günümüzde insanlar internetin yaygınlaşması,

hastanelerin kalabalık olması, hastaneye gitmek için randevu alma işleminin internetten yapılabilir ve test sonuçlarına internetten erişilebilir olması gibi birçok nedenle sağlık alanında interneti kullanmaya başlamıştır. Sağlık sitelerine buldukları ortamdaki kolaylıkla erişebilmeleri; genel sağlık bilgisi, hastalıklar, tedavi seçenekleri, ilaçlar gibi pek çok konu hakkında bilgi sahibi olabilmeleri, hasta ve yakınlarının interneti kullanmalarını arttırmaktadır (Tekin ve ark. 2009; Demirel ve ark. 2008; Salo ve ark. 2004; Demir, Gözüm 2011). Böylece hasta ve yakınları hastalıklar ve uygulanacak tedaviler konusunda gereksinim duydukları, doğru bilgi içeriğine hızlı, ucuz, kolay ve engelsiz olarak ulaşabilmektedir (Magnusson, Hanson ve Borg 2004; Akpınar, Gönen, Küçüköçlü, 2012). Bununla birlikte internetin insanların hastalıklara karşı algılarına şekil verdiği, hastaların tedaviye uyumlarını ve genel sağlık durumlarını etkilediği belirtilmektedir (Bass 2003; Akpınar ve ark. 2012). Ülkemizde özellikle son 10 yılda sağlık alanında da internet kullanımı giderek artmaktadır (Tekin ve ark. 2009). Türkiye’de sağlıkla ilişkili web sitelerinin kullanılma durumunu inceleyen bir araştırmada, internetten sağlıkla ilgili bilgi arayanların oranının %94.9 olduğu, internetin bilgiye ulaşmanın kolay, ucuz ve hızlı olduğu için tercih edildiği belirtilmiştir. Ayrıca %30.4’ünün edindiği bilgiyle sağlık kararları aldığı ve internetten aldığı bilgileri hekimleriyle görüşmelerinde kullandığı gösterilmiştir (Demirel ve ark. 2008).

Araştırma, bilgi edinme, öğrenme gibi birçok alanda kullanılan internet, hasta ve yakınlarının eğitiminde de kullanılmaya başlanmıştır. İnternet temelli eğitimlerde temel amaç, kişilerin yer ve zaman sınırlılığı olmadan istediği her alanda eğitim almasını sağlamaktır (Yenal, Ümran 2012; Avdal 2010; Çetin, Çakıroğlu 2004; Graves 2005). İnteraktif olarak kullanılabilen internet, bireylerin istedikleri zaman eğitim alabilecekleri, yüksek kalitede bir eğitim aracı olarak görülmektedir (Avdal 2010). İnternet, 24 saat kullanılabilme, sosyal ağları ve kolaylığı gibi eşsiz avantajlarıyla sağlıkla ilişkili bilgi aramada değerli kaynaklar sunmaktadır. Hem bilgi kaynağı hem de psikososyal destek kaynağı olarak internet kullanımının artması hastalık yönetimini önemli ölçüde değiştirmektedir (Kreps ve ark. 2007, Hong ve ark. 2012). Milyonlarca insan her gün internetten sağlıkla ilgili bilgi aramaktadır (Koch-Weser ve ark. 2010, Hong ve ark. 2012). İnternet temelli eğitim birey odaklıdır ve eğitim alacak bireyler bilgiye kolaylıkla ulaşabilmektedir (Avdal, 2010). Bununla birlikte internet dünyasına alışan insanlar, eğitim gereksinimlerini de internet aracılığıyla karşılamayı normal olarak düşünmektedirler (Avdal 2010; Yenal, Ümran 2012).

Dönüşen sağlık sistemiyle birlikte sağlık personelinin iş yükünün artması, zaman kısıtlılığı ve yetersiz sağlık personeli nedeniyle hekim ve hemşireler hasta ve yakınlarına sağlık eğitimi için yeterli zaman ayıramamaktadır. Bunun sonucu olarak hasta ve yakınlarının sağlık, hastalık ve tedavileriyle ilişkili artan bilgi edinme gereksinimi için internet kullanımını arttırmıştır. İnternetin hızlı ve kolay bir şekilde daha geniş kitlelere ulaşabilmesi hasta ve yakınlarının birbirleriyle iletişim kurmalarını, bilgiye ulaşmalarını, öğrenmelerini ve yeni gelişmelere göre hızlı bir şekilde kararlarını vermesini sağlamaktadır. Bu durum sağlık eğitimi için önemli bir avantajdır (Demir, Gözüm 2011; Yenal, Ümran 2012; Nguyen, Kohlman, Rankin, Slaughter, ve ark. 2004; Graves 2005). Bununla birlikte internet sitelerinin çoğunun herhangi bir kontrolünün olmaması ya da içeriğinde hatalı eski bilgiler içeriyor olması da önemli bir dezavantajdır (Yenal, Ümran 2012; Graves 2005). İnternet temelli sağlık eğitimiyle bireylere, interaktif, etkili, verimli ve uygun içerik sağlanabilir (Demir, Gözüm 2011).

Hasta eğitiminin amacı sağlık sorunları ve bakımları hakkında hastaların bilgilerini arttırmaktır (Ryhanen ve ark. 2010). Eğitim, bilgi birikimiyle birlikte hastanın sağlık sorunlarına karşı güçlenmesinde ve kendi bakımıyla ilgili kararlara katılmasında etkin olabilir (Ryhanen ve ark. 2010). Bilgi, hastayı güçlendirme sürecinde temel element olabilir (Leino-Kilpi ve ark. 2005; Ryhanen ve ark. 2010). Güçlendirici hasta eğitimi sonucunda hastanın yaşam kalitesi daha iyi duruma getirilebilir. Hasta eğitiminin olumlu sonuçları, bireylerin daha az anksiyete yaşamaları ve kendi yaşamlarını optimal sürdürebilecek yaşam becerilerini yapabilmeleridir. Örneğin, meme kanseri olan bir hasta hastalığın yan etkileriyle nasıl baş edebileceğini öğrenirse daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olabilir (Ryhanen ve ark. 2010). Bilgi teknolojilerindeki gelişme, artan internet kullanımı ve bireylerin bilgiyi internette aramaları internet temelli sağlık eğitimlerini ve bunları inceleyen araştırmaları arttırmıştır.

2.11.1. Meme Kanserinde İnternet Temelli Eğitim

Meme kanseri, sağlıkla ilgili alanlarda internette en yaygın arama yapılan konulardan biridir (Meric ve ark. 2002; Ryhanen ve ark., 2010). Meme kanseri olan birçok kadın ve eşi hastalık ve tedavisine yönelik bilgi edinmek ve psikososyal destek almak için internete başvurmaktadır (Huang ve Penson 2008; Pauwels ve ark. 2012; Meric ve ark. 2002; Ryhanen ve ark. 2010). İnternet kullanıcılarının meme kanseri olan hastanın bakımı konusunda yoğunlaştıkları görülmüştür. Ancak internet tabanlı hasta eğitiminin meme kanseri olan hastaların güçlendirilmesi üzerindeki etkileri çok az bilinmektedir (Ryhanen ve ark. 2010).

Meme kanseri tedavisi tamamlandıktan sonra bile internet önemli bir bilgi kaynağı olmaya devam etmektedir (Huang ve Penson 2008; Pauwels ve ark. 2012).

Literatürde meme kanseri olan hastaların %22.5- %45'inin meme kanseri ile ilişkili bilgi aramak için internete başvurduğu görülmüştür (Pereira ve ark. 2000; Nilsson-Ihrfelt ve ark. 2004; Fogel 2004; Valero-Aguilera ve ark. 2013; Muhamad ve ark. 2011). Bazı çalışmalarda interneti kullanan kadınların daha genç, eğitim düzeyi daha yüksek, yıllık gelirinin daha iyi olduğu bulunurken (Pereira ve ark.; 2000, Valero-Aguilera ve ark. 2013; Muhamad ve ark. 2011), bir çalışmada kadınların internet kullanımının yaş ve eğitim ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır (Fogel 2004). Kadınların daha çok meme kanseri, tedavi seçenekleri (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi, hormonoterapi, hedefe yönelik tedavi), tedavilerin yan etkileriyle (lenfödem, cilt problemleri, bulantı, kusma, alopesi, cinsel sorunlar) baş etme ve sağlığı geliştirme konularında bilgi aradıkları saptanmıştır (Pereira ve ark. 2000; Quinn ve ark. 2012). Meme kanseri olan kadınların çoğu internet tabanlı eğitimlerin kitapçık ya da broşürle yapılan eğitimden daha faydalı olduğunu belirtmektedir (Ryhanen ve ark. 2010; Lee ve ark. 2014).

Lee ve arkadaşlarının 2014 yılında Kore'de yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada (RKÇ) web tabanlı öz-yönetim egzersiz ve diyet programı uygulanan kadınların egzersiz yapma durumlarının, diyet kalitesinin, fiziksel fonksiyonlarının, iştah kaybı, yorgunluk, motivasyon durumu ve öz-yönetimlerinin kontrol grubuna göre daha iyi olduğu belirlenmiştir. İnternet tabanlı yapılan eğitimler sonucunda kadınların meme kanseri ile ilişkili bilgi düzeylerinin, yaşam kalitelerinin ve hastalığa uyumlarının arttığı saptanmıştır (Ryhanen ve ark. 2010; Valero-Aguilera ve ark. 2013). Çeşitli yöntemler kullanılarak online bilgi sağlanmasının sosyal destek ve interaktif problem çözme konularında yararlı olduğu, hastaların bakıma katılımları üzerinde olumlu etkilerinin bulunduğu görülmüştür (Wise ve ark. 2008). Eğitim programına katılan kadınların çoğu yararlı bilgi, sistem güvenliği, bilginin yeterliliği ve kolaylık açısından web tabanlı eğitim programından memnun olduklarını belirtmişlerdir. Web tabanlı eğitimin yararlılığının incelendiği çalışmalarda ise meme kanserini anlama, tedavi sonrası yaşam, erken tanı, kemoterapi ve hormonoterapi, risk faktörleri ve önleme, tedaviler ve tanımlar alt başlıkları en yüksek puanları almıştır (Wise ve ark. 2008; Yi ve ark. 2008). Ryhanen ve arkadaşlarının 2012 yılında Finlandiya'da yaptıkları RKÇ'da meme kanseri olan kadınlara internet tabanlı hasta eğitim programı uygulanmış (n:47) ve standart bakım alan kadınlarla (n: 43) bilgi düzeyleri karşılaştırılmıştır. Çalışmanın

sonucunda girişim grubunun bilgi düzeyleri daha yüksek bulunurken her iki grubun bilgi beklentileri arasında da anlamlı bir fark görülmemiştir (Ryha`nen ve ark. 2012). Pauwels ve arkadaşlarının 2012 yılında Belçika’da meme kanseri olan 57 kadın ve 28 eşle yaptıkları deneysel çalışmada siteyi kullanan kadınların kullanmayanlara göre daha yüksek gelirli, benlik saygılarının daha yüksek ve tedavi sürelerinin daha uzun olduğu belirtilmiştir. Web sitesinden bilgi alan eşlerin ise almayanlara göre daha genç ve sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Pauwels ve ark. 2012). Winzelberg ve arkadaşları 2003 yılında Amerika’da 72 meme kanseri olan kadınla RKÇ yapmışlardır. Çalışmanın sonucunda web temelli programın, kadınların depresyon, algılanan stres düzeyi, kanserle ilişkili travma puanlarında azalma olduğu gösterilmiştir. Ayrıca kadınlar programdan faydalandıklarını ve çok memnun kaldıklarını belirtmişlerdir (Winzelberg ve ark. 2003).

2.12. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi

Hemşireler, hasta ve yakınlarının tüm farklı süreçlerinde değişen bilgi ve bakım gereksinimlerini belirleyerek, diğer sağlık profesyonelleri ile sürekli etkileşime girerek bireylerin günlük yaşama uyumlarında anahtar rol oynarlar (Hawkey 2001). Bu araştırmanın kavramsal çerçevesini Roy Uyum Modeli (RUM) oluşturmuştur. RUM, hastaların hastalıkları ile baş etme ve uyumunu inceleyen temel hemşirelik modellerinden biridir. Aynı zamanda RUM, bireyleri biyo-psiko-sosyal açıdan inceleyen bir modeldir (Fawcet 2005; Roy 2009).

Hemşirelik modelleri felsefi varsayımlara ve bilimsel temellere dayandırılır. Teorisyen hemşireler teori ya da modellerini inançları, değerleri ve bilgileri doğrultusunda oluştururlar. RUM, Roy’un klinik girişimlerini literatürle birleştirmesi sonucu ortaya çıkmıştır. Model ilk oluşturulduğunda bilimsel varsayımları varken, felsefik varsayımları 1988, kültürel varsayımları 2007 yılında oluşturulmuştur. RUM’da varsayımların temelini “uyum” kavramı oluşturmuştur (Roy 2009).

RUM “kişileri değişen bir çevrede devamlı büyüyen ve gelişen uyumlu bir sistem” olarak tanımlar. **Çevre**de bireyin bütünlüğünü tehdit eden birçok uyaran vardır ve bireyin temel görevi bu çevresel uyaranlar ile entegrasyonu sürdürmektir. Entegrasyon; “değişikliklere adapte olarak bütünlüğü korumak” olarak tanımlanır. Bireyin en önemli amacı hayatta kalmak, büyümek, gelişmek ve otonomisini sağlamak için çevresel uyaranlara uyumlu yanıt verebilmektir (Fawcet 2005; Roy 2009). **Sağlık** ise Roy tarafından; “kişinin tamamlanma ve bütünleşme süreci” şeklinde tanımlanmıştır. Sağlık ve hastalık kişinin tüm

yaşamının kaçınılmaz bir boyutudur ve kişiler uyumu gerçekleştirebildikleri ölçüde sağlıklı olurlar. **Hemşireler** kişinin sağlık durumlarını olumlu ve olumsuz biçimde etkileyen süreçleri devamlı gözleyerek, bunları sınıflandırır ve aralarında bağlantı kuran gelişmiş bir bilgi sistemi ile gereksinimlerini karşılarlar (Şekil 7) (Roy 2009). Bu hizmet; hastalara destek sağlama, sorunları belirleme ve çözme, kriz yönetimi, hasta eğitimi, rehabilitasyon desteği ve diğer sağlık profesyonelleri ile etkileşim kurma gibi çok boyutlu bir süreci içerir (Ouellet ve ark. 2003).

Modele göre profesyonel hemşire, bireyin gelişimi ve iyilik durumu için insan-çevre etkileşimine odaklanır. Hemşirenin amacı ise; sağlık ve hastalık durumlarında bireyin uyumlu davranış gösterebilmesine yardımcı olmaktır. Bu nedenle hemşire bireyin davranışlarını değerlendirir ve bu süreç bireyle ilk karşılaşılan anda başlar (Roy 2009).

RUM'a göre kişinin çevresinde biçimlenen odak (fokal), durumsal (kontekstüel) ve olası (rezidüel) olmak üzere üç uyararı bulunmaktadır (Fawcet 2005; Roy 2009).

Odak Uyararı (Focal stimulus): Kişinin hemen karşı koyduğu iç ve dış uyarılardır. Kişinin dikkatini çeken nesne ya da olaylardır. Meme kanseri olan kadınların tedavisi (ör: mastektomi ameliyatı olması, radyoterapi, kemoterapi, hormonoterapi) Roy uyum modeline göre odak uyararı olarak tanımlanmaktadır (Alligood ve Tomey 2006; Roy 2009).

Etkileyen Uyararı (Contextual stimuli): Odak uyararı etkileyen uyarılardır. Kişiyi etkileyen tüm çevresel faktörleri içerir. Meme cerrahisi geçiren kadınların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durum) ve tanımlayıcı özellikleri (kullandığı ilaçlar vb.) etkileyen uyararı olarak tanımlanmaktadır (Roy 2009).

Olası Uyararı (Residual stimuli): Çevrede var olan etkisi tam olarak açıklanmamış, odak ve etkileyen uyararı etkileyen tüm uyarılardır. Meme kanseri tedavisi gören kadınların inançları, davranışları ve geçmiş deneyimleri olası uyararı olarak tanımlanır (Fawcet 2005; Roy 2009).

Uyum Seviyeleri

RUM'da özellikle bilinmesi gereken bir kavramda uyum seviyesidir. Uyum seviyesi, kişinin herhangi bir durumda olumlu olarak yanıt verme yeteneğini gösteren değişme noktasıdır. Kişinin uyum seviyesi sürekli olarak değişir. Olumlu olarak yanıt verme yeteneği, üç uyararın tipine ve kişi üzerindeki etkisine bağlıdır. Uyum seviyesi bireyin anlaşılabilir uyumlu tepkilerini içeren ve değişen durumlara uyum sağlamada ki standartlarını gösteren bir durumdur (Fawcet 2005; Roy 2009). RUM'a göre uyum seviyeleri;

Denge Durumu (Integrated): Bireyin çevresindeki uyaranlara olumlu yanıt vererek tüm yapı ve fonksiyonlarının dengede olmasıdır (Roy 2009). Meme kanseri olan hastanın lokal ve sistemik tedaviye fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak uyum sağlaması denge durumunu tanımlamaktadır.

Denge Arama Durumu (Compensatory): Bireyin olumlu yanıtı koruyabilmek için baş etme sistemlerinin devreye girdiği ve dengede olduğu seviyedir (Roy 2009). Meme kanseri tedavisi gören hastanın kemoterapi, hormonoterapi gibi tedavilerin yan etkileriyle ya da beden imajı değişiklikleriyle başedebilmesi ve uyum sağlaması denge arama durumu olarak tanımlanmaktadır.

Dengesizlik Durumu (Compromised): Bireyin baş etme sistemlerinin yetersiz kaldığı ve olumsuz yanıtın olduğu seviyedir (Roy 2009). Meme kanseri tedavisi gören kadının yaşadığı semptomlarla başedememesi ve olumsuz yanıtların gelişmesi dengesizlik durumudur.

RUM'a göre bir uyum alanında olan bir değişiklik diğer tüm uyum alanlarını etkilemektedir. Roy'a göre dört uyum alanındaki davranışsal yanıtlar uyumlu (adaptif) veya uyumsuz (adaptif olmayan) olarak sınıflandırılır. Uyumlu yanıtlar bireyin bütünlüğünü geliştirmeye yönelik iken, uyumsuz yanıtlar bu bütünlüğü olumsuz yönde etkilemektedir (Fawcett 2005; Roy 2009). Hemşireliğin amacı ise; tanımlanan dört uyum alanlarında uyumlu yanıtların geliştirilebilmesidir.

Yanıtlar kişinin uyaranlara karşı oluşturduğu davranışlardır. Davranış, kesinlik kazanmış koşullar altında eylemler ve reaksiyonlar gibi en kapsamlı duygu olarak tanımlanır. Hemşire kişiyi uyumlu bir sistem olarak gördüğünden, kişinin davranışı çevresel değişikliğe adapte olup olmadığını gösterir. Bu gözlem hemşirelik tanılması ve girişimi için esastır (Roy 2009). **Uyumlu Yanıtlar;** bireyin bütünlüğünü geliştirmeye yönelik yanıtlardır. **Uyumsuz yanıtlar** ise; bireyin bütünlüğünü olumsuz yönde etkilemektedir (Fawcett 2005; Roy 2009)

Uyum Alanları

RUM'un fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık olmak üzere dört uyum alanı bulunmaktadır (Fawcett 2005).

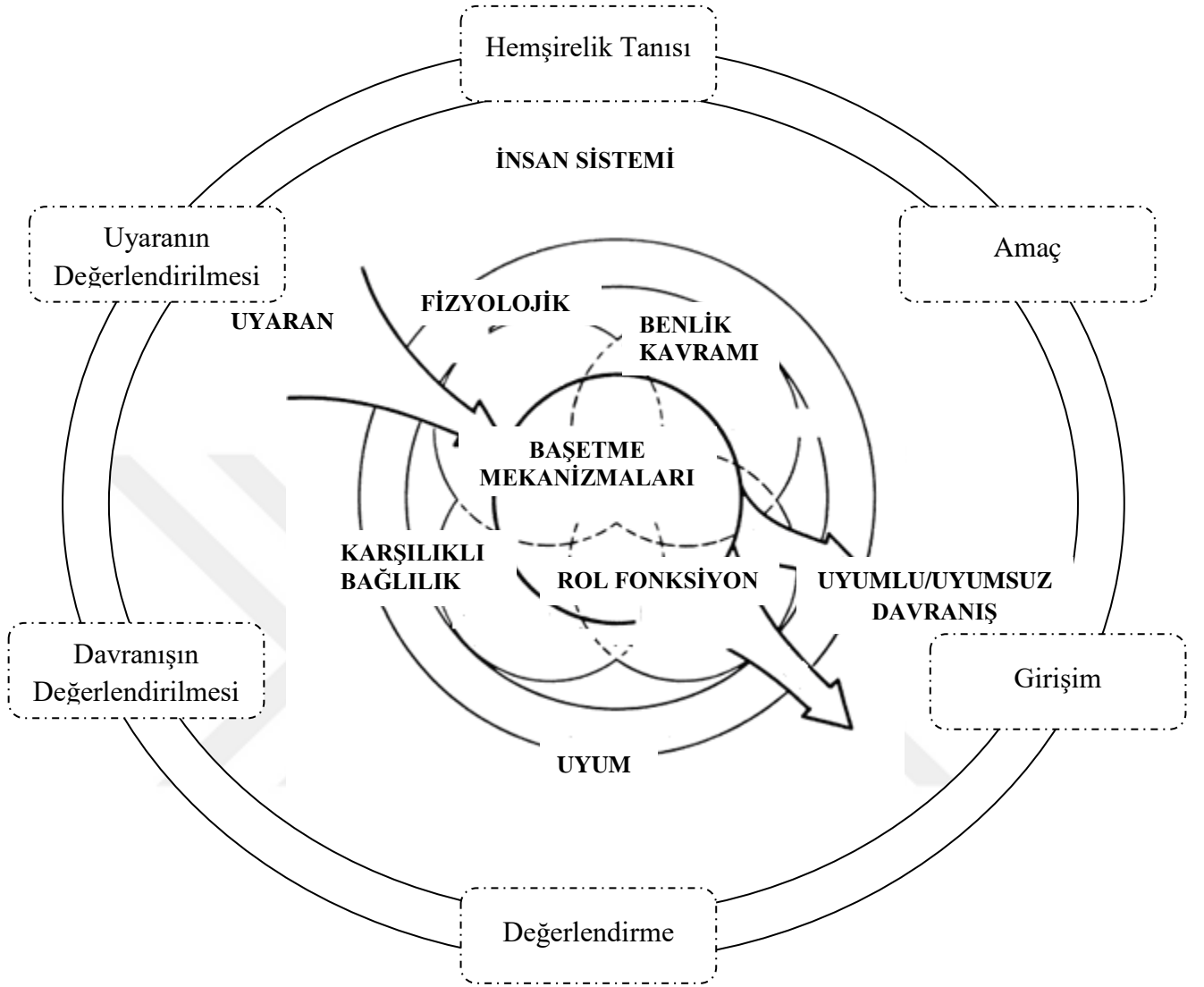
Fizyolojik Alan (Physiological mode): Çevreden kaynaklanan uyaranlara karşı kişinin bedensel olarak verdiği yanıtlarla ilişkilidir. Fizyolojik alandaki davranışlar sistemin fiziksel olarak bütünlüğünün sürmesini amaçlar. İnsanın, fizyolojik gereksinimleri ile ilgili uyum alanıdır. Oksijenlenme, beslenme, boşaltım, aktivite-dinlenme, korunma, sıvı, elektrolit, asit-baz dengesi, nörolojik fonksiyon ve endokrin fonksiyonu olmak üzere dokuz temel

gereksinim üzerinde durmaktadır (Fawcet 2005; Alligood ve Tomey 2006; Roy 2009). Meme kanseri tedavisi sırasında hastaların deneyimledikleri fizyolojik semptomlar; bulantı-kusma, diyare, yorgunluk, cilt değişiklikleri, lenfödem gibi semptomlar fizyolojik alan içinde değerlendirilmelidir.

Benlik Kavramı Alanı (Self-concept mode): Belirli bir zaman sürecinde bireyin kendisi hakkında edindiği inanç ve duyguların bileşimidir. Özellikle kişinin fizyolojik ve akılsal görünüşleri üzerinde odaklanır. RUM'a göre benlik kavramı alanı, "fiziksel benlik" ve "kişisel benlik" olmak üzere iki alt alana ayrılmıştır. Fiziksel benlik; bireyin beden imajı, cinsellik algısı, sağlık ve hastalık durumu, kişisel görünüşünü yansıtan davranışlar, bedenine olan duyarlılığı ile ilişkilidir. Kişisel benlik ise; bireylerin değerleri, beklentileri, kişisel özellikleri, özgüveni, ahlak, etik gibi sahip olduğu manevi değerler ile ilişkilidir (Fawcet 2005; Roy 2009). Kadınların meme kanseri ve tedavisinden korkması, ameliyat sonrası nasıl görüneceğine dair endişelerinin olması, eşyle olan ilişkisinin etkilenip etkilenmeyeceğini düşünmesi, insanların kendisini tek memeyle görmesinin istememesi benlik kavramı alanı içinde değerlendirilmelidir.

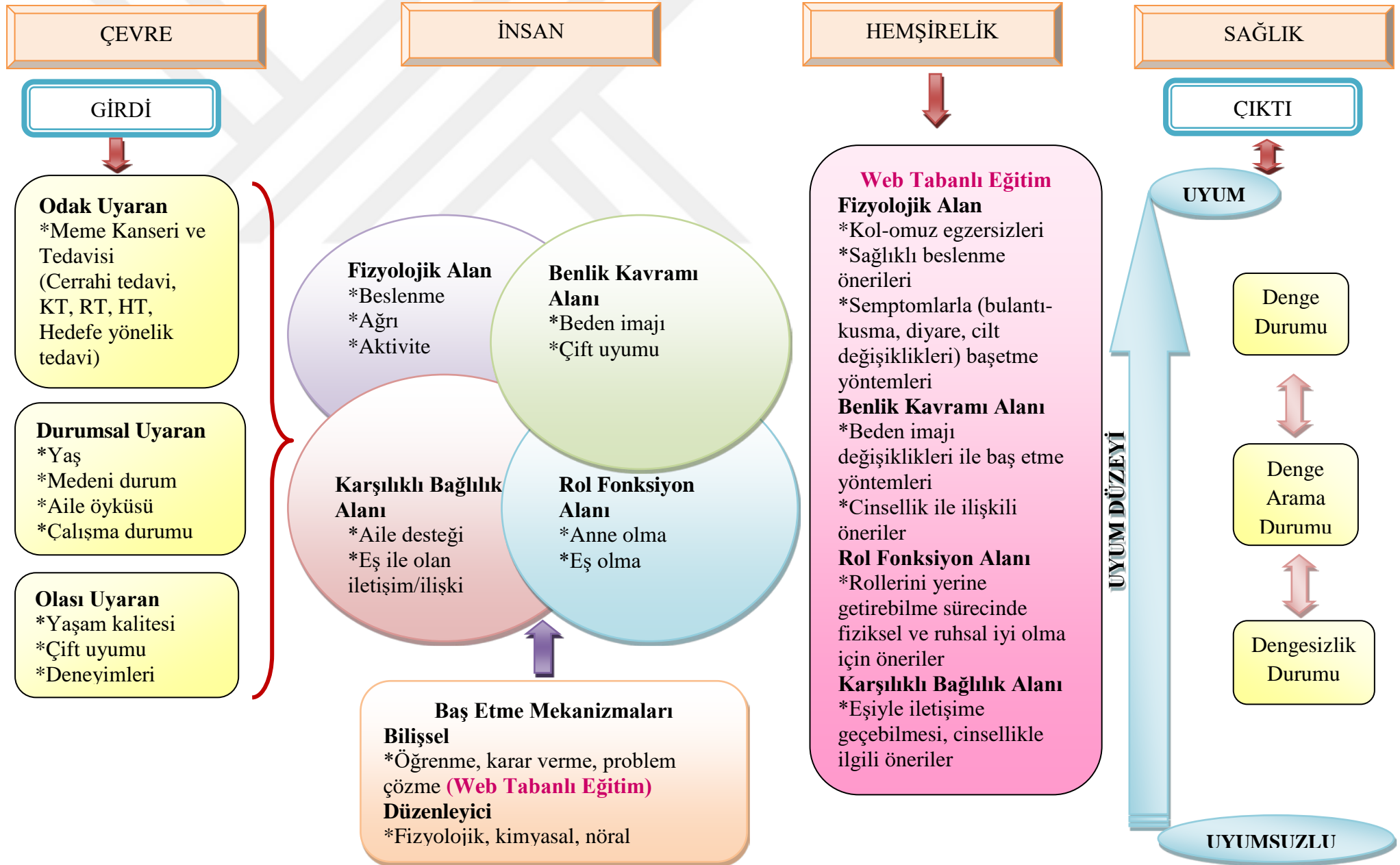
Rol Fonksiyon Alanı (Role function mode): Kişinin toplumdaki pozisyonunu devam ettirebilmesi için toplumun beklediği davranışları göstermesini tanımlar. Rol fonksiyon alanının altında yatan temel gereksinim sosyal bütünlük olarak tanımlanmaktadır. Rol fonksiyon alanı bireyin sahip olduğu rolleri üç boyutta ele almaktadır. *Birincil rol:* yaşa, cinsiyete ya da gelişimsel dönemlere dayalı rollerdir. *İkincil rol:* birincil rol ve gelişimsel süreçle ilgili görevleri içerir (anne-baba olmak, meslek sahibi olmak gibi). *Üçüncül rol:* birey tarafından seçilen, gelişimsel süreçte çok az yeri olan rollerdir (dernek üyeliği, meme kanseri destek grup üyeliği gibi) (Fawcet 2005; Roy 2009). Meme kanseri tedavisi olan kadının annelik ya da eş rolünü yerine getiremediğini düşünmesi rol fonksiyon alanı içinde değerlendirilmelidir.

Karşılıklı Bağlılık Alanı (Interdependence mode): Birbirine bağlanma bireyin ayrıcalıklı kişilerle ve destek sistemlerle ilişkilerini kapsar. Bu süreç içinde birey doyum ve sevgi gibi gereksinimlerini karşılayarak ruhsal bütünlüğünü devam ettirir. Bağlılık diğerleri ile yakın ilişki için bir gereksinim, kendi bakımı için destek ve onaylanmak olarak tanımlanır (Fawcet 2005; Roy 2009). Meme kanseri tedavisi gören kadınların ailesinden destek beklemesi, eşine daha çok bağlanması ya da ondan uzaklaşması karşılıklı bağlılık alanı içinde değerlendirilmelidir.



Şekil 7. Roy Uyum Modeline göre İnsan Sistemi ve Hemşirelik Süreci

Kaynak: Roy S. C. The Roy Adaptation Model. Pearson Education. Inc, Upper Saddle River, New Jersey. 07458. 2009'dan uyarlanmıştır.



Şekil 8. Meme Kanseri Tedavisi Gören Kadınlara Verilen Eğitimin Roy Uyum Modeline Göre Entegrasyonu



I. AŞAMA: NİTELİKSEL ÇALIŞMA

Meme Kanserli Kadınların ve Eşlerinin Yaşadıkları Deneyimlerin Açıklanması

3.1. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmada niteliksel araştırma yöntemlerinden tanımlayıcı niteliksel araştırma tasarımı kullanılmıştır.

Araştırmanın amacı; meme kanseri olan kadınların ve eşlerinin yaşadıkları deneyimlerin açıklanmasıdır.

3.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın birinci bölümü Nisan 2012- Mart 2013 tarihleri arasında, çalışmaya katılmayı kabul eden kadın ve eşlerin evlerinde yürütülmüştür. Niteliksel araştırma planı ve takvimi Şekil 9'da gösterilmiştir.

3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evreninin en az bir yıl önce meme kanseri tanısı koyulan ve tedavi edilen kadınlar ve eşleri oluşturmuştur. Araştırmada amaçlı örneklem yöntemlerinden ölçüt örneklem yöntemi kullanılmış, aşağıda yer alan ölçütleri karşılayan en az bir yıl önce meme kanseri tanısı koyulan ve tedavi olan ve toplam 14 çift ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. Toplam katılımcı sayısı 28'dir. Araştırmada meme kanseri olan kadınların ve eşlerinin yaşadıkları deneyimlerin açıklanması amacıyla derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Araştırmanın verilerinin toplanmasında, nitel araştırmalarda kullanılan veri toplama yöntemlerinden derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır. Kadınların eşlerine işleri dolayısıyla ulaşamadığından eşleri yanında olmayan hastalardan eşlerinin izniyle telefon numaraları alınmış ve ölçekler telefon görüşmesi aracılığıyla doldurulmuştur.

Araştırma örneklemine dahil edilme ölçütleri;

- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmesi,
- Türkçe anlayabilmesi ve konuşabilmesi,
- İşitme ve konuşma sorunu olmaması
- En az ilkokul mezunu olması,
- En az bir yıl önce meme kanseri tanısı koyulan ve tedavi edilen (cerahi, kemoterapi, radyoterapi) kadınlar ve eşleridir.

Araştırma örnekleminden dışlanma ölçütleri;

- Kadınların ve eşlerinin psikiyatrik hastalık tanısı olmasıdır.

3.1.4. Çalışma Materyali

Çalışma materyali olarak veri toplama araçları kullanılmıştır.

3.1.5. Araştırmanın Değişkenleri

Tanımlayıcı niteliksel bir çalışma olduğu için bağımlı, bağımsız değişken bulunmamaktadır.

3.1.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın birinci aşamasında veri toplama aracı olarak, kadınlar ve eşleri için tanıtıcı bilgi formu ve yapılandırılmamış görüşme formu kullanılmıştır.

Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu:

Hastaların sosyo-demografik özelliklerinden oluşmaktadır. *Hasta bilgi formunun sosyodemografik özellikler bölümü* hastanın yaşı, eğitimi, mesleği, gelir durumu, hastalığının evresi, uygulanan ameliyat tipi, aksiler diseksiyon durumu, kemoterapi/radyoterapi/hormonoterapi alma durumunun yer aldığı toplam 10 sorudan oluşmaktadır. (EK-2)

Eş Tanıtıcı Bilgi Formu

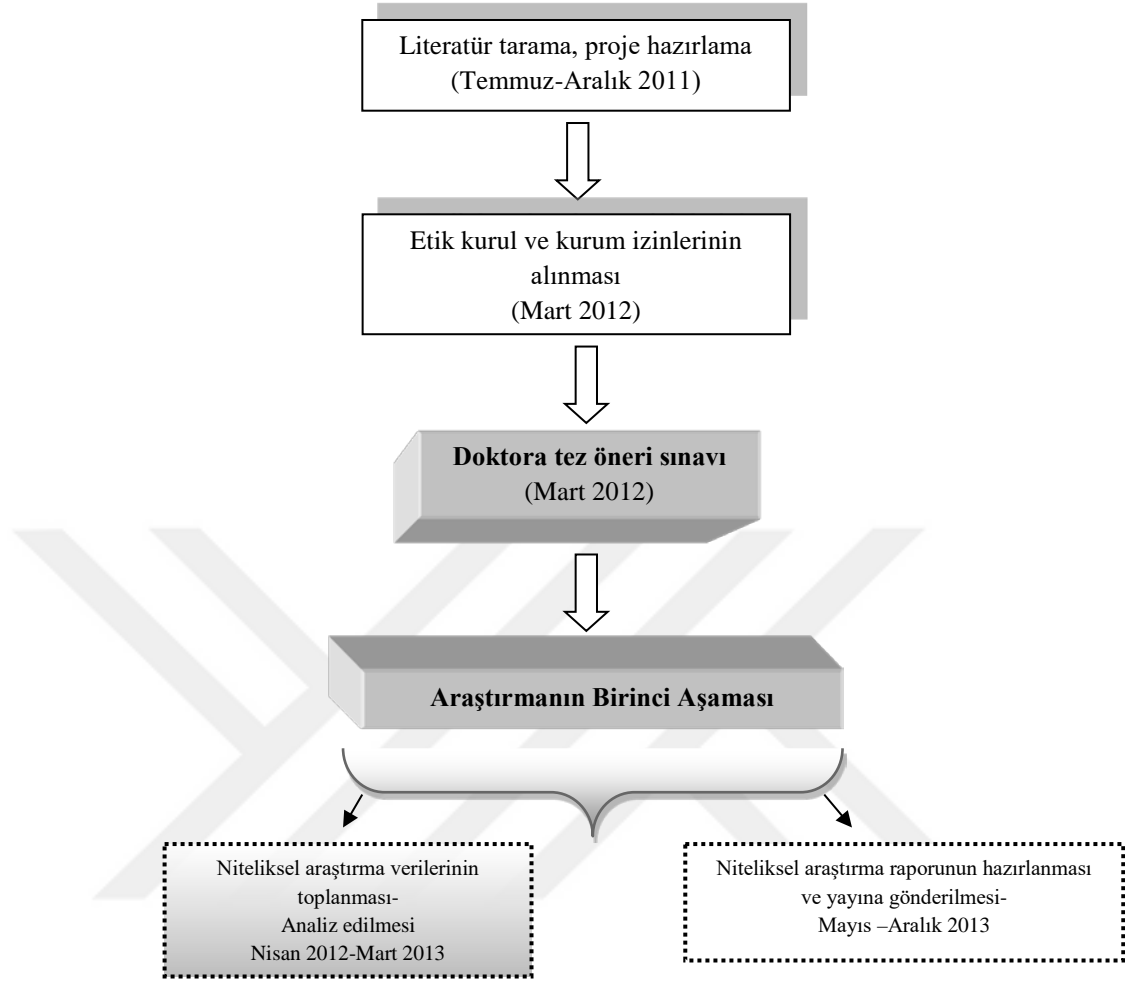
Meme kanseri olan kadınların eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinden oluşmaktadır. *Eş tanıtıcı bilgi formunun sosyodemografik özellikler bölümünde* eşin yaşı, eğitimi, mesleği ve gelir durumunun yer aldığı toplam dört sorudan oluşmaktadır. (EK-3)

Yapılandırılmamış Görüşme Formu:

Araştırmanın birinci aşamasında, meme kanseri olan kadınların ve eşlerinin hem hastane ortamında hem de taburculuk sonrası dönemde yaşadığı deneyimlerini belirlemeye yönelik açık uçlu bir sorunun yer aldığı yapılandırılmamış görüşme formu kullanılmıştır. (EK-4) Görüşme formu; giriş bölümü, görüşme sorusu ve kapanış bölümlerinden oluşmaktadır.

Giriş bölümü, görüşmenin amacı ve görüşmeciye ilişkin bilgileri içermektedir. Görüşme sorusu bölümü, meme kanseri olan kadınların ve eşlerinin hem hastane ortamında hem de taburculuk sonrası dönemde yaşadığı deneyimlerini belirlemeye yönelik hazırlanan açık uçlu bir sorudan (Size/Eşinize meme kanseri tanısı koyulduktan sonra neler yaşadınız?) oluşmaktadır. Sorunun kolay anlaşılabilen, konuyla ilgili ve yönlendirici özellikte olmayan nitelikte olmasına dikkat edilmiştir. Kapanış bölümünde ise kadınlara ve eşlerine başka söylemek istedikleri olup olmadığı sorulmuş ve teşekkür edilerek görüşme sonlandırılmıştır.

3.1.7. Araştırma Planı ve Takvimi



Şekil 9. Araştırma Planı ve Takvimi

3.1.8. Verilerin Değerlendirilmesi

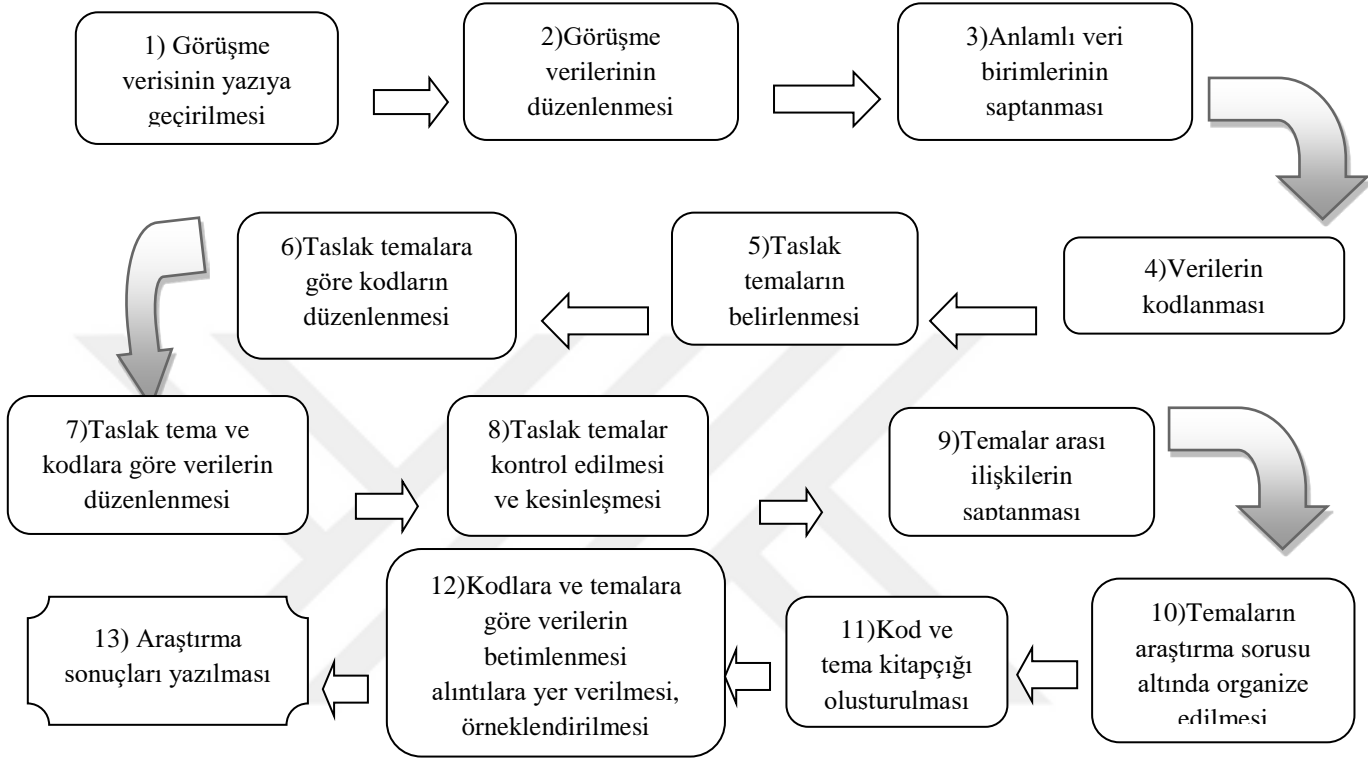
Araştırma verilerinin analizinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Ses kaydından elde edilen verilerin yazılı dokümantasyonu yapılarak iki bağımsız araştırmacı tarafından ana ve alt temaları belirlenmiştir. Daha sonra iki araştırmacı birlikte ana ve alt temalar konusunda fikir birliğine varmıştır. Oluşturulan ana ve alt temalar bu konuda deneyimli üçüncü bir araştırmacı tarafından bağımsız olarak incelenmiştir ve kesinleştirilmiştir (Şekil 10) (Yıldırım ve Şimşek 2011).

Araştırmacı nitel araştırmalarla ilgili olarak;

- 3-5 Ekim 2011 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nin düzenlediği "Sağlık Bilimlerinde Nitel Araştırma Kursu"na katılmıştır.
- SKA 5002 Kalitatif Araştırma Yöntemleri Dersi almıştır. (Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon AD' dan

seçmeli olarak).

- SBE 6025 Kalitatif Araştırma Yöntemleri Dersi almıştır. (Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Programı birinci grup derslerinden).



Şekil 10. Verilerin analizinde izlenen yollar

Kaynak: Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. 8. Baskı. Ankara: Seçkin Yayın Evi. 2011'den alınmıştır.

Nitel araştırmanın geçerlik ve güvenilirliği

Sonuçların inandırıcılığı, bilimsel araştırmanın en önemli ölçütlerinden biri olarak kabul edilir. “Geçerlik” ve “güvenirlik” bu açıdan araştırmalarda en yaygın olarak kullanılan iki ölçüttür. “Geçerlik” araştırma sonuçlarının doğruluğunu konu edinirken “güvenirlik” araştırma sonuçlarının tekrar edilebilirliği ile ilgilidir (Yıldırım ve Şimşek 2008).Araştırmanın geçerliği ve güvenilirliği için Lincoln ve Guba (1985)’nin önerdiği ölçütler dikkate alınmıştır (Lincoln ve Guba 1985).

Geçerlik: Bu tipteki araştırmalarda geçerlik, araştırmacının araştırdığı olguyu olduğu gibi ve olabildiğince yansız gözlemesi anlamına gelmektedir. (Yıldırım ve Şimşek 2011). Lincoln ve Guba “iç geçerlik” yerine “inandırıcılık”, “dış geçerlik” yerine “aktarılabirlik”

kavramlarını kullanmayı tercih etmektedirler (Lincoln ve Guba 1985). **İnandırıcılık**, araştırma soruları yoluyla gerçeğin doğru temsil edilmesini içermektedir (Yıldırım ve Şimşek 2011). İnandırıcılık; araştırmanın bilimsel olarak kabul edilmesi için araştırma sonuçlarının açık, tutarlı ve başka araştırmacılar tarafından teyit edilebilir olmasıdır. Bunun sağlanabilmesi için ise uzun süreli etkileşim, derinlik odaklı veri toplama, çeşitleme, uzman incelemesi ve katılımcı teyidi gibi farklı yöntemler kullanılmaktadır (Yıldırım ve Şimşek 2011). Bu çalışmada da bütün görüşmeler ses kayıt cihazı ve telefon ile kayıt edilmiştir. Araştırmanın inandırıcılığını sağlamak amacıyla *derinlik odaklı veri toplama* ve *uzman incelemesi* yöntemleri kullanılmıştır. Görüşme sırasında, görüşmeler ses kaydına alınmakla birlikte araştırmacı gözlem notları da almıştır. Görüşmeler yeni bir bilginin gelmediği noktada sonlandırılmıştır. Araştırmanın değerlendirilmesi sürecinde araştırmacı sürekli olarak kendisini ve araştırma süreçlerini eleştirel bir gözle sorgulayarak ve elde ettiği bulguların gerçeği yansıtmayı yansıtmadığını denetlemiştir.

Aktarılabirliklik, araştırma sonuçlarının doğrudan benzer ortamlara genellenemeyeceği, ancak bu tür ortamlara sonuçların uygulanabilirliğine ilişkin geçici yargılara ulaşılması ve test edilecek denenceler oluşturulması anlamına gelmektedir (Yıldırım ve Şimşek 2011). Bu şekilde araştırmayı okuyan bireyler benzer ortamlara ve süreçlere ilişkin bir anlayış oluşturabilir ve kendi uygulamalarına daha deneyimli ve bilinçli bir şekilde yaklaşabilirler. Bunun test edilebilmesi için ise ayrıntılı betimleme ve amaçlı örnekleme yönteminin kullanılması önerilmiştir (Yıldırım ve Şimşek 2011). Bu çalışmada da bu yöntemlerden *ayrıntılı betimleme yöntemi* ve *amaçlı örnekleme* kullanılmıştır. Böylece ham verinin ortaya çıkan kavram ve temalara göre yeniden düzenlenmiş bir biçimde okuyucuya yorum katmadan ve verinin doğasına mümkün olduğu ölçüde sadık kalınarak aktarılması sağlanmıştır.

Güvenirlik: Çalışmada “iç güvenilirlik” yerine “tutarlık” ve “dış güvenilirlik” yerine “teyit edilebilirlik” kavramları kullanılmıştır (Lincoln ve Guba 1985). **Tutarlık**, olay ve olguların değişkenliğini kabul etmek ve bu değişkenliği araştırmaya tutarlı bir biçimde yansıtabilmektir. Bu yöntemin amacı araştırmaya dışarıdan bir gözle bakılmasını sağlamak ve araştırmacının baştan sona gerçekleştirdiği araştırma etkinliklerinde tutarlı davranıp davranmadığını ortaya koymaktır (Yıldırım ve Şimşek 2011). **Teyit Edilebilirlik**, nitel araştırmalarda nesnellik kavramının yerine kullanılan bir kavramdır. Bu kavram çerçevesinde nitel araştırmacıdan beklenen ulaştığı sonuçları topladığı verilerle sürekli olarak teyit etmesi

ve bu çerçevede okuyucuya mantıklı bir açıklama sunabilmesidir. Teyit edilebilirlik için teyit incelemesi yapılması önerilmektedir (Yıldırım ve Şimşek 2011). Bu araştırmada da tutarlık incelemesi ve teyit incelemesinden yararlanılmıştır. Okuyucuya açık ve anlaşılır biçimde aktarma teyit etmede kullanılmıştır. Ayrıca görüşme sırasında yapılan ses kayıtları, gözlem notları, veri dökümleri ve analizleri teyit edilebilirlik için saklanmaktadır.

3.1.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmamız Türkiye'nin batısında yaşayan kadınlar ve eşlerinden oluşan bir örnekleme niteliksel olarak gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda araştırmamızın verileri Türkiye'deki tüm meme kanseri olan kadınları ve eşlerinin deneyimlerini temsil etmeyebilir. Kadınların eşlerinin çalıştığı için görüşmeye gelememesi nedeniyle yedi eş ile telefon görüşmesi yapılarak veriler toplanmıştır.

3.1.10. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi için girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulu değerlendirme komisyonundan onay (29.03.2012 tarih, 2012/12-06 sayılı, 599-GOA protokol numaralı) alınmıştır (EK-10). Çalışmaya alınacak kadınlar ve eşlerine çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek, yazılı ve sözlü onamları alınmıştır (EK-1).

4.1. BULGULAR

Bu bölümde; araştırma örnekleme alınan kadınların ve eşlerinin tanıtıcı bilgileri ve yaşadıkları deneyimlerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1.1. Meme Kanseri Olan Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Bilgileri

Araştırma örnekleminde yer alan kadınların ve eşlerinin tanıtıcı bilgileri Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Meme Kanseri Olan Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Bilgileri (n:28)

Özellikler	Kadınlar (n:14)	Eşleri (n:14)
Yaş	$\bar{x} \pm SS$ 54.07±14.61	$\bar{x} \pm SS$ 57.36±12.69
	n (%)	n (%)
Eğitim Durumu		
İlkokul	3 (21.4)	2 (14.3)
Orta okul	1 (7.1)	---
Lise	6 (42.9)	5 (35.7)
Üniversite ve üzeri	4 (28.6)	7 (50.0)
Meslek		
Ev hanımı	5 (35.7)	---
Memur	1 (7.1)	2 (14.3)
İşçi	2 (14.3)	2 (14.3)
Emekli	5 (35.7)	8 (57.1)
Serbest meslek	1 (7.1)	2 (14.3)
Gelir durumu		
Gelir giderden az	---	---
Gelir gidere denk	8 (57.1)	6 (42.9)
Gelir giderden fazla	6 (42.9)	8 (57.1)
Ameliyat Tipi		
Mastektomi	8 (57.1)	
Meme koruyucu cerrahi	6 (42.9)	
Meme Kanserinin Evresi		
Evre I	4 (28.6)	
Evre II	10 (71.4)	
Aksiller Diseksiyon Durumu		
Evet	13 (92.9)	
Hayır	1 (7.1)	
Kemoterapi Alma Durumu		
Evet	11 (78.6)	

Hayır	3 (21.4)
Radyoterapi Alma Durumu	
Evet	14 (100.0)
Hayır	---
Hormonoterapi Alma Durumu	
Evet	12 (85.7)
Hayır	2 (14.3)

Araştırmaya 14 çift katılmış olup toplam katılımcı sayısı 28'dir. Örneklem grubuna alınan kadınların yaşları 34 ile 76 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 54.07 ± 14.61 'dir. Kadınların %42.9'u lise mezunu, %35.7'si ev hanımı, %35.7'si emekli ve %57.1'inin geliri gidere denktir. Ayrıca kadınların %57.1'ine mastektomi, %92.9'una aksiler diseksiyon yapılmış olup %71.4'ünün evre II meme kanseri olduğu saptanmıştır. Kadınların %78.6'sı kemoterapi, %85.7'si hormonoterapi ve %100'ü radyoterapi almıştır. Örneklem grubuna dahil edilen eşlerin yaşları 39 ile 75 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 57.36 ± 12.69 'dir. Eşlerin %50'sinin üniversite ve üzerinde eğitim aldığı, %57.1'inin emekli, ve %57.1'inin geliri giderden fazla olduğu bulunmuştur.

4.1.2.Meme Kanseri Olan Kadınların ve Eşlerinin Yaşadıkları Deneyimler

Meme kanseri olan kadınlar ve eşlerinin yaşadıkları deneyimler dört ana tema ve alt temalar altında toplanmıştır (Şekil 11).

Size/Eşinize meme kanseri tanısı konulduktan sonra bugüne kadar neler yaşadınız/denevimlediniz?



Şekil 11. Meme Kanseri Olan Kadınlar ve Eşlerinin Yaşadıkları Deneyimlerine İlişkin Ana Temalar ve Alt Temalar

4.1.2.1. Meme Kanseriyle Yüzleşme

Araştırmaya alınan kadınlar ve eşleriyle yapılan görüşme sonucunda belirlenen meme kanseriyle yüzleşme teması altında “*meme kanseri algısı ve meme kanserine verilen tepkiler*” olmak üzere iki alt tema ortaya çıkmıştır.

Meme Kanseri Algısı

Kadınların çoğu meme kanserinin korkunç olduğunu, ölümle sonuçlandığını, ürpertici olduğunu dile getirirken; bazıları da moral bozacak bir hastalık olarak algılamadıklarını ifade etmişlerdir.

“İlk aklıma zaten başka hiçbir şey gelmedi. Sadece ölüm tabi... (ağlıyor) Kolay bir rahatsızlık değil. Adı zaten korkunç...” {12. kadın, 38Y, MKC}.

“... Kanser hastalığı gerçekten ürpertici...” {3. kadın, 35Y, Mastektomi}.

“... 3 sene evvel elime mercimek tanesi olarak gelmişti. Ama herkesten sakladım. Söylemedim. Büyüme yaptı... Doktora gittik kansersin dediler... Bu kanser kalp hastalığına, böbrek hastalığına benzemiyor. Onlar ameliyat oluyor orada bitiyor. Ama bizim öyle değil gezen bir hastalık. Bugün memede yarın karaciğerde çıkabilir...” {9. kadın, 65Y, Mastektomi}.

“... Korkulacak moral bozacak bir hastalık olarak algılamadım... Ben moralimi hiç bozmadım” {13. kadın, 71Y, Mastektomi}.

Eşlerin çoğu meme kanserinin travma yarattığını, ölümle sonuçlandığını, ciddi bir hastalık olduğunu ifade ederken; bazıları da grip gibi ya da ölümcül olmayan bir hastalık olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir.

“... Hiç unutmuyorum, eşim birden göğsümde bir kitle hissediyorum dedi. Ben de baktım, gerçekten var, önce inanmadım, eşimde kötü bir şey olmaz diye düşündüm... Hemen doktora gittik ve gerçeği öğrendik ... Artık önümüzde ciddi bir rahatsızlık, sonu ölümle bitebilecek bir hastalık var... Çok inanılmaz bir durum insan böyle bir hastalığı, eşine yakıştıramıyor” {3. eş, 40Y, Mastektomi}.

“... Çok ciddi bir travma tabi herkes için bu ciddi bir travma!” {4. eş, 53Y, MKC}.

“Bu süreç gerçekten hasta ve hasta yakınları için çok kolay değil. Hastalığın ismi bile bir çöküntü yaşıyor” {12. eş, 39Y, MKC, 39Y, MKC}

“... Teselli olduğum bir tek nokta var, hanımların bu göğüs ameliyatlarının ölümcül olmaması” {1. eş, 65Y, Mastektomi}.

Meme Kanserine Verilen Tepkiler

Kadınların çoğu meme kanserini ilk duyduklarında böyle bir şey beklemediklerini, panik yaşadıklarını ve ağladıklarını dile getirirken; bazıları da üzülmeyi ifade etmiştir.

“Kanser olduğumu öğrendiğim gün çok ağladım, kansersin dedi doktor (iç çaktı. Ağladım, doktor teselli etti beni” {2. kadın, 60Y, MKC}.

“... O anda, duyduğum zaman büyük bir panik yaşadım. Sonra toparlanmaya çalıştım tabi ki...” {1. kadın, 62Y, Mastektomi}.

“Sen kanser olabilirsin denildiğinde... Hiç kendime konduramadım bunu, kabul etmek istemedim. Ben de böyle bir şey olamaz dedim...” {5. kadın, 41Y, MKC}.

“İlk tanıyı aldığım zaman hiç şok olmadım ben. Bunun bir gün başıma geleceğini biliyordum... Çünkü teyzem meme kanseriydi” {10. kadın, 76Y, MKC}.

“Beklenmeyen bir şeydi... Hiç üzülmедim. Ölüm aklıma hiç gelmedi” {9. kadın, 65Y, Mastektomi}.

Eşlerin çoğu meme kanserini ilk duyduklarında dünyasının yıkıldığını, şok olduğunu ve böyle bir şeyi beklemediklerini açıklamışlardır.

“Bana telefonda eşimin kanser olduğu söylendi... Nefes alamaz oldum, yutkunamadım... İnsan için için ağlar ya o an onu yaşadım” {3. eş, 40Y, Mastektomi}.

“Kadınlar meme kanserinin fiziksel etkisini yaşıyor ama asıl tsunamiyi biz yaşıyoruz... Bütün hayatımız alt üst oldu...” {3. eş, 40Y, Mastektomi}.

“... Hastanede eşime hemen söylemişler bu kötü huylu diye tabi dünyamız yıkıldı bizim” {2. eş, 64Y, MKC}.

“... İlk öğrendiğim zaman şok oldum böyle bir şey beklemiyordum” {1. eş, 65Y, Mastektomi}.

“...Sağlıklı bir eşe sahipsin birdenbire eşin meme kanseri olduğunu söylüyor... Şok oldum” {8. eş, 45Y, Mastektomi}.

4.1.2.2. Tedavi Süreci

Araştırmaya alınan kadınlar ve eşleriyle yapılan görüşme sonucunda belirlenen tedavi süreci teması altında *“deneyimlenen semptomlar, korku, çiftlerin birbirinin değerini anlaması, gereksinimler ve danışmanlık, ile hastane koşulları”* olmak üzere beş alt tema ortaya çıkmıştır.

Deneyimlenen Semptomlar

Görüşmelerde kadınların çoğu tedavi sürecinde aksiler diseksiyon, KT, RT ve HT'ye bağlı memede yanık, bulantı-kusma, yorgunluk ve saç dökülmesi gibi birçok semptom yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Bazı kadınlar da tedavi sürecinde semptom yaşamadıklarını ifade etmişlerdir.

"... Ameliyat ve radyoterapi sonrası lenfödem oldum kolum kalkmadı. Ağırlaştı..."
{3. kadın, 35Y, Mastektomi, aksiler diseksiyon, RT}.

"Radyoterapide çok yanıklarım oldu... Uzun süre hiçbir kıyafet giyemedim. Cildim kurudu, ağacın sırtı gibi oldu aynı, hani ağacın kabuğu nasıl çatlar çatır çutur aynen o şekilde çatladı. Bir kerede bir paket kremi sürmek zorunda kalıyordum" {3. kadın, 35Y, Mastektomi, RT}.

"Radyoterapide göğsüm yandı, yara oldu... Sızladı ... Rengi kapkara oldu... Ödem oldu." {2. kadın, 60Y, MKC, RT}.

"Radyoterapi çok rahat geçti. Hiçbir sorunum olmadı. Ne cildimde bir yanık oldu ne de başka bir sıkıntı..." {10. kadın, 76Y, MKC, RT}.

"İlk aldığım gün öleceğimi düşündüm... Kalbim yerinden çıkacakmış gibi atıyordu, üç gün dört gün boyunca devamlı kusuyordum... Tam o geçiyordu ağızda yaralar çıkıyordu. Yaralarım düzeliyordu basurum azıyordu. Yani tam düzeleceğim derken tekrar kemoterapi alıyordum" {5. kadın, 41Y, MKC, KT}.

"... Fiziki olarak çöktüm. Yürümeye tuvalete gitmeye gücüm kalmadı... Banyomu yapamadım. Soyunamadım, giyinemedim... Aylarca sütyenimi takamadım" {3. kadın, 35Y, Mastektomi, KT}.

"...Farklı alerjik reaksiyonlarım oldu kemoterapi ilaçlarına karşı... Onlar çok kötüydü... Nefesim kesiliyordu, tamamen, bütün fonksiyonlarım bozuluyordu" {6. kadın, 34Y, Mastektomi, KT}.

"Kemoterapinin sonuna doğru mide bulantısı, halsizlik beni çok etkiledi... Kemoterapide verilen kırmızı renkli bir ilaç vardı... O aralar kırmızı bir şey görmek istemiyordum. Kırmızıyı gördüğüm zaman midem bulanıyordu..." {10. kadın, 76Y, MKC, KT}. (Antrasiklin grubu ilaç alıyor)

“... Kemoterapi başladı. O da zaten hayatımda gördüğüm en zor zamanlardan biriydi... Sürekli mide bulantısı, uykusuzluk... İnsanlar kokuyorlar bana. Çok kötü kokuyorlar. Herkes kokuyor” {3. kadın, 35Y, Mastektomi, KT}.

“Evde yemek piştiği zaman her taraf kokuyordu. Her şey küflü teneke gibi kokuyordu” {7. kadın, 62Y, MKC, KT}.

“O vücudumdaki şişlikler bir sene sonra ancak geçti... Ben zayıf bir insandım. Kilo aldım, 40 bedene çıktım” {4. kadın, 39Y, Mastektomi, KT}.

“... Kemoterapi anlatıldığı gibi değil yaşamak gerekiyormuş, gerçekten insanı çok yıpratıcı bir şey... Bütün dişlerim inceldiler. Yemek yerken hep sızlıyorlar, hala da sızlıyor” {5. kadın, 41Y, MKC, KT}.

“...Tedaviler sürecinde ruhen yaşadığım acının yanında fiziken yaşadığım acıların hiçbir önemi yoktu” {3. kadın, 35Y, Mastektomi}.

“Erken yaşta menopozla mücadele ettim. ateş basmaları oluyor, ruhsal yönüm çöktü mesela... Bazen düşünüyorum sadece ameliyat olsaydım radyoterapi, kemoterapi hiç almasaydım. Belki vücudum daha az zarar görürdü” {4. kadın, 39Y, Mastektomi, HT, RT, KT}.

“Çok yürüyemiyorum kemiklerimde vücudumda ağrılar hissediyorum... Çok çabuk yoruluyorum. Yatma ihtiyacı hissediyorum. Ya sırtım ağrıyor, ya belim ağrıyor” {5. kadın, 41Y, MKC, HT}.

“... Menopozun verdiği birtakım sıkıntılar var. Ateş basmaları, ayağıma giren kramplar, ayaklarımda ellerimde şişmeler...” {6. kadın, 34Y, Mastektomi, HT}.

Eşlerin çoğu kadınların tedavi sürecinde kemoterapiye (KT) bağlı saç dökülmesi, bulantı-kusma gibi bir takım semptomlar yaşadıklarını belirtmişlerdir.

“... Kemoterapi sırasında saçlarının dökülmesi, vücudunun şeklinin bozulması, allerji gelişmesi... Solunum yetmezliği gibi olaylarla karşılaştık...” {6. eş, 43Y, Mastektomi}.

“Kemoterapi süreci başladı fiziksel bozulmalar kendini gösterdi. Gerek saçında gerek bedeninde... Üç dört gün süren bulantılar yemek yiyememeler...” {8. eş, 45Y, Mastektomi, KT}.

“Çok yıpratıcı bir süreç ikimiz için de. Özellikle eşime fizik olarak da yıpratıcı, ruhsal olarak da yıpratıcı” {4. eş, 53Y, MKC, KT}.

“21 günde kendini toparlayan eşim bir daha çöküş yaşıyor. Çünkü aldığı ilaçların yan etkileri gerçekten çok kötü...” {12. eş, 39Y, MKC, KT}.

Korku

Kadınların çoğu tedavi sürecinde metastaz, nüks, ölüm, lenfödem korkusu yaşadıklarını ve geleceğe ilişkin endişelerinin olduğunu ifade etmişlerdir.

“... İlk başladığında bayağı bir korku sardı beni korkmuştum (ağlıyor)” {12. kadın, 38Y, MKC}.

“... Aklıma geldi mi konuşuldu mu korkuyorum. Allah’ım diyorum metastaz yapar mı? İnşallah yapmaz!... Bilemezsin yani vücut bu... Kapalı kutu gibi... Kontrollere gidiyorum o sonuçları alırken o kadar korkuyorum ki!... Elime aldım mı o mammografi sonucunu nasıl heyecanlanıyorum, nasıl korkuyorum” {2. kadın, 60Y, MKC}.

“Acaba ben çok mu kötüyüm, iyi olabilecek miyim diye kendime devamlı bunları sormaya başladım” {5. kadın, 41Y, MKC}.

“Mesela birisi “tamamen tedavi olmuştum bitmişti yıllar sonra metastaz yaptı” diyor... Bunları duyunca diyorum ki Allah’ım! Ya Rabbim! bende de mi olacak? Şimdi bir yerim ağrırsa acaba orda da mı bir şey var? diye düşünüyorum” {2. kadın, 60Y, MKC}.

“... Ama gördüm ki ben her an gidebilirim ya eşim ve çocuğum ne olacak?...” {3. kadın, 35Y, Mastektomi}.

Eşlerin çoğu tedavi sürecinde metastaz, nüks, ölüm, ve boşanma korkusu yaşadıklarını ve geleceğe ilişkin endişelerinin olduğunu ifade etmişlerdir.

“Bizde korkuyoruz, sonuç çıkana kadar korku içinde yaşıyoruz. Acaba kötüye mi gidiyor? Sonucu aldıktan sonra rahatlıyoruz. O sonuçları almak heyecan veriyor” {2. eş, 64Y, MKC}.

“Birkaç kere nefessiz kaldığında ölümle yüz yüze geldiğini düşündüğümden dolayı korktum...” {6. eş, 43Y, Mastektomi}.

“Hastalığın sonucuyla ilgili korkularımız oluyor. Acaba ne olur? Tekrar eder mi? Yoksa bu ameliyat çözüm mü?” {1. eş, 65Y, Mastektomi}.

“... Onun için endişelendim. İnsan sürekli olarak düşünüyor, bu hastalığın sonu ne olacak diye... Ben o dönemde yedi sekiz kilo verdim.” {13. eş, 75Y, Mastektomi}.

“İnternette okudum... Bir araştırmaya baktım bu hastalıkta bir yıl içinde boşanma oranı %50’nin üzerindeymiş... Çok korktum. Acaba dedim biz de mi öyle olacağız?” {3. eş, 40Y, Mastektomi}.

Çiftlerin Birbirinin Değerini Anlaması

Kadınların bazıları eşleriyle daha fazla yakınlaştıklarını ve birbirlerinin kıymetini anladıklarını açıklamışlardır.

“Daha fazla yakınlaştık... Her manada... Bir ara sevmediğini, beğenmediğini ama aslında söyleyemediğini düşünüyordum öyle hissediyordum ama sonra... Öyle bile düşünüyor olsa onu unuttuğunu fark ettim tıpkı benim gibi, o yüzden bağlarımız eskiye göre daha iyi” {3. kadın, 35Y, Mastektomi}

“Eşimle kemoterapi sırasında çok uzaktık birbirimize ama sonradan daha çok birbirimize bağlandık. Daha çok birbirimizin kıymetini bilmeye başladık” {5. kadın, 41Y, MKC}.

Yapılan görüşmede bir eş artık eşine eskisi gibi davranmadığını, bu hastalığı eşine yakıştıramadığını dile getirirken aynı zamanda eşini ne kadar çok sevdiğini de ifade etmiştir.

“İlgi sürekli hastanın üzerine gittiği için. Hasta olmayan kişi sürekli arka planda kalıyor. Belki bencilce bir düşünce bu bilemiyorum... Her şey eşinize göre ayarlanıyor. Onun istekleri, kaprisi, nazı... Eşinizin tavırları değişiyor... Ben karımı ne kadar çok sevdiğimi daha çok anladım... Belki de bu hastalığı nedeniyle ona bir acıma mı, onu da bilmiyorum. Ama gerçekten ben zaten karımı seviyordum. Daha çok ilgi duyar oldum” {3. eş, 40Y, Mastektomi}.

Gereksinimler ve Danışmanlık

Kadınların çoğu tedavi sürecinde sağlık profesyonelleri tarafından yeteri kadar bilgilendirilmediğini, danışmanlık alabilecekleri hiç kimsenin olmadığını belirtirken, bazı kadınlar yeterli bilgiyi aldıklarını ifade etmişlerdir.

“... Çok ihtiyaçlar var. Hem devletten beklenen ihtiyaçlar hem de sağlığın getirdiği ihtiyaçlar... Bana kemoterapiyle ilgili el broşürü verdiler. Okudum ama soru soracağın hiçbir yer yok, bir danışma merkezi yok. Bir hastanın gidebileceği bir yer olmalı, soru sorabileceği ya da mail atıp da geri dönebilecekleri. Birileri bu soruların cevabını vermeli. Hala herkes birbirine soruyor. Onu mu yesek bunu mu yesek şunu mu yapsak? Bu da yeteri kadar bilgilendirmediğimizi gösteriyor. Bilgilensek zaten bu soruları sormayız” {3. kadın, 35Y, Mastektomi}.

“Doktorlar da artık sıkılmışlar... Biz çok fazla önem veriyoruz çok soruyoruz, bu kadar soru sormamız onları bunaltıyor. Çünkü bir doktora 500 tane hasta düşerse... Bir hasta bir gidişte 10 tane 20 tane soru sorsa... Artık onlar da istemiyorlar” {3. kadın, 35Y, Mastektomi}.

“Sonrasında da çok yalnız bırakılıyor. Bunun bir sürü derneği muhakkak vardır... Hastaların birbirleriyle tanıştırılması gerekiyor bence, birbirlerinden haberleri olması gerekiyor. Kim nasıl?” {3. kadın, 35Y, Mastektomi}.

“Doktora sordum bu geçecek mi, yayılacak mı diye. Yayılır mı yayılmaz mı sana ne. Yaşa işte yaşayabildiğin kadar dedi” {11. kadın, 66Y, Mastektomi}

“Ben aslında kol egzersizlerini merak ediyorum. Sanıyordum ki ne kadar az hareket ettirsek o kadar az şişer... O konuda bana hiç bilgi verilmedi... Egzersiz varmış, yapmam gerekiyormuş sonradan öğrendim” {1. kadın, 62Y, Mastektomi}.

“Hemşire hanım bana kitapçık verdi bulantıların, şu şu şikayetlerin olacak dedi... Hazırlıklı olun, dişlerinizi yaptırın demediler. Gerçi ben kitapçığı da çok okumamışım” {5. kadın, 41Y, MKC}.

“Ben nelerden korunayım? Gıda olarak, yani zararlı şeyler nedir? Burada tedavi altındaysam bu üniversitenin hastasıysam böyle bir bölüm oluşturup beslenme yönünden daha çok nelere dikkat etmem lazım... Bunlar bize anlatılmalı... Kimseye telefon açabilme şansım yok. Telefon numaraları verilmiyor... Bir şeye takılsan mesela sorabileceğim kimse yok...” {2. kadın, 60Y, MKC}.

“... Her gittiğimde doktor değişiyor. Baştan ona anlatıyorsun o bir şeyler diyor... Bir kopukluk var şu anda... Sen bir doktorda kalmıyorsun artık. Sana randevu veriliyor o gün hangi doktor görevliyse o. Doğru olan bu mu?... Hep özel hastaneye gittim... Ama en azından daha çok yıpranmadım... İşlerimi rahat gördüm doktorumla rahatça konuşabildim” {2. kadın, 60Y, MKC}.

“... Şu tahlilleri yaptır gel... Gidiyorum biri hemen yarına veriliyor öbürü taaa bir buçuk iki ay sonra... Ooo! 4 ay bekleyeceğim... Peki bende ciddi bir şey varsa? Dört ay az süre mi? Ne kadar büyük bir açık değil mi? Sonra elime alıyorum kapı kapı dolaşıyorum ben bunu kime gösterebilirim diye” {2. kadın, 60Y, MKC}.

“Doktorların bazıları çok ilgiliydi, bazıları çok ilgisizdi. İşleriniz ağır ve zor ilerliyor” {5. kadın, 41Y, MKC}.

“... Hastaların yoğunluğu dolayısıyla hemşire hanım da çok fazla vakit ayıramıyor... Çok hasta olduğu için çok az zaman ayırıyorlar... Hemşire probleminiz olursa gelin dedi ama şimdi ben problemim olduğu zaman ona gidemem ki. Çünkü onun branşı değil o. O sadece beni kemoterapi hakkında bilgilendiriyor” {5. kadın, 41Y, MKC}.

“İlk başta doktorum her türlü açıklamayı yaptı o yüzden içim rahatladı... Bir gereksinim duymadım aslında... Ama tedavi bittikten sonra düşündüm benimle genel cerrah mı ilgilenecek yoksa onkolog mu? Tereddütte kaldım” {1. kadın, 62Y, Mastektomi}.

Bir eş tedavi sürecinde sağlık profesyonelleri tarafından yeteri kadar bilgilendirilmediğini, danışmanlık alabilecekleri hiç kimsenin olmadığını ifade etmiştir.

“Danışmanlık hizmetlerinin orada yetersiz olduğunu gördüm. Daha önce bazı doktorlarımıza da ilettik. Yazılı olarak da birkaç yere vermeyi düşündük...” {12. eş, 39Y, MKC}.

“Bazı tıbbi terimler vardı, bize açıklanmıyordu... Hemen internetten veya tanıdık birileriyle iletişime geçerek soruyorduk ne anlama geldiğini... Bu konuda hastaların ve yakınlarının anlayabileceği dilde bilgilendirilmeye çok ihtiyacı var. Doktor orda kendi hastası olmayan birini bilgilendirmiyor” {12. eş, 39Y, MKC}.

Hastane Koşulları

Kadınlar ve eşlerin çoğu hastane koşullarının yeterli olmadığını, hastanelerin çok kalabalık olduğunu, kemoterapi ünitelerinin uygun koşullarda olmadığını ifade ederken; bazı kadınlar ve eşler da uygun olmayan koşullar nedeniyle özel hastaneleri tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.

“Çok kalabalık bir hastane, ben ameliyata giderken ameliyat önlüğümü tuvalette giyindim. Bu benim için çok kötü bir şeydi Apar topar gittim ne olduğunu bilemedim, çok heyecanlandım..... Sonrasında kemoterapi sırasında uzun süre bekliyorsunuz... İşlemler yapılıyor, doktora giriyorsunuz, çıkıyorsunuz o sizi tüketiyor” {5. kadın, 41Y, MKC}”.

“... Hastane şartları bize uygun değil. Mesela kemoterapi odası en üst katta. Asansöre binmek zorundayım. İnsanlar zaten kokuyorlar bana... Ulaşmak tedaviyi almak da çok zor... Bir servis yapmalılar bizler için en azından... Bize bir kolaylık sağlamaları lazım. Zaten yürüyecek halimiz olmuyor... Hastaneye gittiğimiz zaman bazen oturacak bekleyecek bir yer bulamıyoruz... Ciddiye alınmıyoruz aslına bakarsan” {3. kadın, 35Y, Mastektomi}.

“... Kemoterapi yapılan yer bahçedeydi, onun ortamı... Ben açıkçası orada kemoterapi görmeye cesaret edemedim. Özel bir yerde kemoterapi gördüm” {4. kadın, 39Y, Mastektomi}.

“Üniversiteye gittim Salı Perşembe yapıyoruz dediler. Ben de hemen olsun istedim. Özel bir polikliniğe gittim” {10. kadın, 76Y, MKC}.

“Radyoterapi bölümüne geldiğimizde de makinelerin arızalanmasından dolayı kaç kez geriye dönüşlerimiz oldu” {12. eş, 39Y, MKC}.

“Buradan randevu alıp muayene olmak zaman alacağı için özel hastaneye gittik” {2. eş, 64Y, MKC}.

4.1.2.3. Hastalık ve Tedavi Süreciyle Baş etme

Araştırmaya alınan kadınlar ve eşleriyle yapılan görüşme sonucunda belirlenen baş etme temasının altında “*beden imajı ve cinsellik, kaderci yaklaşım, destek sistemleri ile toplum ve medyanın olumsuz etkileri*” olmak üzere dört alt tema ortaya çıkmıştır.

Beden İmajı ve Cinsellik

Kadınların çoğu memenin kendisi için önemli olduğunu, memeyi cinsellikle ilgili olarak gördüğünü ifade ederken; bazı kadınlar memesinin alınmasından etkilenmediğini, onlar için bu durumun önemli olmadığını ifade etmişlerdir. Kadınların bir çoğu kadınlık vazifelerini yerine getiremediğini açıklarken; bazı kadınlar da mastektomi sonrası görünümüne alıştıklarını, rekonstrüksiyon için yeni bir ameliyatı göze alamadıklarını vurgulamışlardır.

“...Başsız bir insan nasıl olursa göğüssüz bir kadın da ancak o kadar olabilirdi. Mümkün değildi. göğüs aldırma mı!... Böyle bir şey söz konusu bile değildi ama tabii alındı... Alışılması çok zor bir şeydi. Kabullenmek çok uzun sürdü” {3. kadın, 35Y, Mastektomi}.

“Çok uzun bir süre ellemedim. Hiç bakmadım nasıl olduğuna, dikişler alındığı zaman da hiçbir şekilde bakmadım. En sonunda ablam elletti bana. Aaa bak! burada birazcık kabartı var, kas dokusu var orada. Çok da düz değil...” {3. kadın, 35Y, Mastektomi}

“... Kadın gibi hissedemiyorum kendimi. Çünkü kadınlık vazifemi yapamıyorum... Göğüs yaptırmayı çok istiyordum ama şu an istemiyorum. Bir daha hastaneye gitmek beni rahatsız ediyor... Bir daha iğne görmek, bir daha serum bile takılsın istemiyorum...” {3. kadın, 35Y, Mastektomi}.

“... Göğüs kadında üreme organı” {2. kadın, 60Y, MKC}.

“... Bir kadın için bir organın alınması yok olması kötü bir şey ama çok fazla panik yapmadım” {13. kadın, 71Y, Mastektomi}.

“...Saçlarımın, kaşlarımın olmaması, kilo almak fiziksel olarak insanı olumsuz etkiliyor. İnsan kendine aynada baktığı zaman bile tanıyamıyor, bunlar gerçekten zor bir insan için...” {6. kadın, 34Y, Mastektomi, KT}.

“... Benim için çok önemli değil... Çocuklarımın görmesini istemiyorum. Onun haricinde bu konuda espiiri bile yapabiliyorum” {6. kadın, 34Y, Mastektomi}.

“... Daha önce tekrar bir meme yapımı için başvurmak, yaptırmak istiyordum ama şimdi onu da istemiyorum. Artık böyle alışıyor insan...” {6. kadın, 34Y, Mastektomi}.

“... Eksilmesinden dolayı rahatsız olmadım... Genç olsaydım belki etkilenirdim” {1. kadın, 62Y, Mastektomi}

“Kimisi rahat mayo giyememekten rahatsız oluyor... Çok şekilci değilseniz... Bu şekilde yaşıyorsunuz. Bunu başaramayanlar ameliyat yoluna gidiyor. Ama ben artık ameliyatın verdiği hiçbir şeyi görmek istemediğim için bu şekilde kalmaya razı oldum...” {4. kadın, 39Y, Mastektomi}.

“Saçlarım olmadığında... Neyiniz var diye sorulduğunda. Ben meme kanseriyim diyemiyordum. Ben meme hastasıyım diyordum” {5. kadın, 41Y, MKC}.

“Saçım ilk kel olduğu zaman sürekli evde eşarp takıyordum. Kimseyle fazla görüşmek istemiyordum. Daha sonraları peruk aldım. Peruk aldıktan sonra herkesle çok rahat bir şekilde görüşebiliyordum. Kaş yapıyordum kendime, boyuyordum evdeki boya kalemleriyle” {12. kadın, 38Y, MKC}.

“Saç dökülmesi beni hiç etkilemedi. Kemoterapiye başlamadan önce gittim çok kısa kestirdim. Kaşım kalmamış kirpiğim kalmamış bunlar beni hiç etkilemedi. Boyadım gezdim” {10. kadın, 76Y, MKC}.

Eşlerden ikisi mastektominin kendileri için önemli olmadığını belirtirken cinsel anlamda eşleriyle uzaklaştıklarını, aralarına mesafe girdiğini, kendilerini baskı altında hissettiklerini ifade etmişlerdir.

“Bayanlar için çok önemli olan bir uzvunu kaybetti o... Bunun benim için önemli olmadığını anlatmaya çalışsam da belki de benim için de önemi de var bilemiyorum... Şu an belki eşimin rahatsızlıktan dolayı önemsiz gibi gözüküyor ama bilemiyorum...” {3. eş, 40Y, Mastektomi}.

“Büyük bir baskıyla kendimi tutuyormuşum meğerse. Eşime bir şekilde yaklaşmak istiyorum ama yaklaşamıyorum. Tutuyorsunuz, bu kimi zaman gizli bir gözyaşı oluyor. Kimi zaman yapmayı çok istediğiniz bir şey var ama eşinizin durumundan dolayı onu engelliyorsunuz. Kendime diyorum ki acaba eşimi yalnız mı bırakmış olurum. Hep bu psikoloji içinde olduğum için sürekli kendimden veriyorum” {3. eş, 40Y, Mastektomi}.

“Eşin artık eskisi gibi değil. ameliyattan sonra değişti... Normal bir çiftin yaşadığı şeyleri yaşayamıyoruz.. Çünkü o duygusal artık... Mesafeyi belki de o koyuyor. Bilemiyorum... Cinsel açıdan mesela kendisini eksik olarak hissediyor. Aslında ben her zaman benim için hiçbir önemi olmadığını söyledim... Ama o görsellik bayanlarda daha ön planda olduğu için... Bir uzaklaşma oluyor. Bu durumda zaten karımı böyle bir şey için zorlayamıyorum... Çok abes bir durum olur...” {3. eş, 40Y, Mastektomi}.

“Biraz kıskançlık oluyor. Acaba eşim beni başkasıyla mı aldatıyor?... Yaptığım her şey ona farklı bir şey varmış gibi geliyor. Bu gerçekten beni çok üzüyor kırıyor. Ama bir şey de diyemiyorum... Bunları yaşadık, ama atlattık. Konuştum eşimle. Dedim böyle oldukça biz zarar göreceğiz...” {3. eş, 40Y, Mastektomi}.

“... Kendisinde bir eksiklik kaldı... Genç olmasının getirdiği dezavantajları o görüntüyle benim karşıma çıkmayı hala istemiyor. Saklıyor kendisini... Hormon kullandığı için erken dönemde menopoza girdiği için cinsel anlamda bir isteksizlik oldu. Bir de görüntü olarak da kendisini kabul etmediği için durum ikiye hatta üçe katlamış oldu... Yapılacak bir şey yok. O da ben de bu duruma katlanmak zorunda olduğumuzun farkında olan insanlarız” {6. eş, 43Y, Mastektomi}.

Kaderci Yaklaşım

Yalnızca kadınlar kadercilikle ilgili ifadeler kullanmıştır.

“Allah’ım diyorum artık en büyük inancım güvencim Allah!...” {2. kadın, 60Y, MKC}.

“Çok fazla tasavvufî kitaplar okuyordum. Hatta seviniyordum. Bu Allahtan bana gelmiş bir şey diye... Sanki Allah tarafından muhatap alınmışım gibi. Bana böyle bir hastalık verdi bakalım ne olacak? ... Beni sınıyor gibi...” {4. kadın, 39Y, Mastektomi}.

“El kadar çocuklarda var. Birine kötülük etti Allah dert verir derler. Düşündüm o çocuğun suçu ne? Ben ne diye üzüleyim? Allah’a yalvarırım dedim. Nerde tekke türbe varsa oraya gittim yalvardım kim ne dediyse onu içtim. Allah çok şükür anamdan yeni doğmuşa döndüm” {11. kadın, 66Y, Mastektomi}.

“Ölüm varsa her şey de var! Allah hastalığı verdi bana rahatlık verdi... Yaşanması gerekiyorsa da yaşayacağız. Yapılacak bir şey yok. Ağlasam sızlasam etrafımı üzsem ancak bıkınlık veririm... Bu hastalık bana geldi. Ne yapmam gerekiyorsa onu yapmam gerek” {9. kadın, 65Y, Mastektomi}.

“Ben şükrediyorum. Allah’ıma çok şükür moralim bozulmadı diye” {13. kadın, 71Y, Mastektomi}.

Destek Sistemleri

Kadınların çoğu eşinin, ailesinin, çocuklarının, akrabalarının, hemşirenin ve doktorun destek olduğunu ifade ederken; bazı kadınlar kendilerinin ailelerine destek olduğunu açıklamıştır.

“Çocuklarım, rahmetli annem çok yardımcı oldu. Eşim çok destek oldu. Biz bu hastalığı beraber atlatacağız dedi... Bazen de ben onları teselli ettim. Annem çok ağlıyordu, kızım çok üzüldü. Dedim ki siz bana moral vereceksiniz ben size moral veriyorum. Böyle bir şey olmaz. Ağlamayacaksınız dedim” {10. kadın, 76Y, MKC}.

“Eşim çok destek oldu... İşinden fedakarlık ederek beni hastaneye götürdü getirdi” {3. kadın, 35Y, Mastektomi}.

“Eşim de çok üzülüyordu hep yanımda oldu... Allah başımdan eksik etmesin, iyi ki eşim. Benden çok üzülüyordu... Ben hastalığı bırakıyordum onu teselli ediyordum” {2. kadın, 60Y, MKC}

“Çocuklar bana çok destek olular. Annem, eşim, kayınvalidem. Kayınvalidem baktı bana hastayken...” {5. kadın, 41Y, MKC}.

“Benim gelinim de meme kanseri... O genç dururken bizim etkilenmemiz, etkilendiğimizi göstermemiz de hoş olmazdı. Ona destek olmak amaçlı daha da metanetli olmaya çalıştım” {7. kadın, 62Y, MKC}.

“Beyimin sayesinde, desteğiyle. Çocuklarımın, gelinlerimin, damadımın da desteği çok oldu, özellikle torunlarım benim yaşam sevincim. İnsanın eşinin ve yakınlarının desteği çok önemli.” {9. kadın, 65Y, Mastektomi}.

“Eşim benim sağ kolum oldu. Resmen vücudumdan bir parça oldu sanki” {6. kadın, 34Y, Mastektomi}.

“Hastanede hemşire hanım, Allah razı olsun bana çok yardımcı oldu, onun desteğini hiçbir zaman unutamam...” {12. kadın, 38Y, MKC}.

“Çok iyi doktorlara düştüm. Bana her bakımdan destek oldular” {13. kadın, 71Y, Mastektomi}.

Eşlerin çoğu birbirlerine destek olduklarını, eşlerinin onlar için bir güç olduğunu ve hemşirenin kendilerine destek olduğunu ifade etmiştir.

“O ameliyattan sonra teselli ettim ilk önce. Senin sol tarafın yoksa benim de sağ tarafım yok, ikimiz birbirimizi tamamlayacağız dedim... Yanında oldum hep” {9. eş, 72Y, Mastektomi}.

“Hep olumlu ve pozitif yaklaşımlar sergileyerek bu süreçten kurtulabilmesi için ilgi alanının, kafasının farklı alanlara yönlenmesi her şeyi yaptık diyebilirim” {12. eş, 39Y, MKC}.

“Ayrıca hemşire hanımı unutmak imkansız. Gerçekten bizlere çok destek oldu. Katkılarından dolayı her zaman kendilerine minnettarız” {12. eş, 39Y, MKC}.

“Hayat arkadaşım. Hastalıkta da sağlıkta da birbirimize destek oluyoruz” {2. eş, 64Y, MKC}.

“Eşim güçlü bir insan olduğu için onun varlığı bana bir dirençtir. Eşim benim bedenimde bir güçtür. Onun varlığı benim hayatımda bir direnme noktası, güçlü bir dağdır” {8. eş, 45Y, Mastektomi}.

“Eşıme destek olmak zorundayım, yardımcı olmak zorundayım, tedavisini en iyi şekilde yapılmasını sağlamak zorundayım” {4. eş, 53Y, MKC}.

Toplum ve Medyanın Olumsuz Etkisi

Yalnızca kadınlar toplum ve medya ilgili ifadeler kullanmıştır. Bazı kadınlar toplumun bakış açısının ve medyadaki kanser haberlerinin kafalarını karıştırdığını ve morallerini bozduğunu belirtmiştir.

“Arkadaşım “sen hem bir ameliyat geçirdin hem de var olan bir şeyini kaybettin” dedi... Ben o sözü bir daha unutamıyorum!” {4. kadın, 39Y, Mastektomi}.

“Yaşım kemoterapi ünitesindekilere göre daha genç olduğu için herkes bakıyor, “aaa çok gençmişsin, sen başka tahliller yaptırdın mı inşallah kurtulursun” diyorlar... Bunlar insanı üzüyor... Meme kanseri olduğumu duydukları zaman daha farklı yaklaşıyorlar. acıyorlarmış gibi geliyor, daha çok üstüme titiyorlar” {5. kadın, 41Y, MKC}.

“Zaten biz toplum olarak hastayı daha çok hasta eden bir toplumuz... Böyle miydi, şöyle miydi? Şunu yeme, şunu yapma. Bu da insanı yıpratıyor” {9. kadın, 65Y, Mastektomi}.

“Televizyonu açıyorum, kanserli hastalar şunu yemesin, şunu içmesin! Gazetede okuyorum, kanserli hastalar aşırı süt yoğurt aldığında kanser hücrelerini besler, şekerli besinler kanser hücrelerini besler!... Kafam karışıyor” {2. kadın, 60Y, MKC}.

“Basından sağlık köşelerini okudukça insanın morali daha çok bozuluyor” {10. kadın, 76Y, MKC}.

4.1.2.4. Meme Kanseri Sonrası Yaşam

Araştırmaya alınan kadınlar ve eşleriyle yapılan görüşme sonucunda belirlenen meme kanseri sonrası yaşam teması altında *“rol değişimi, sağlığı koruma davranışları, kendisi için yaşama ve diğer hastalara öneriler”* olmak üzere dört alt temaya ayrılmıştır.

Rol Değişimi

Bazı kadınlar ev kadını, anne ve eş olma gibi rollerini yerine getiremediklerini ifade etmiştir.

“...Artık eskisi gibi ev işi yapamıyorum. Ev kadınları gibi değilim artık... Artık anne değilim. Çok fazla eş de değilim. Sadece insan olmaya çalışıyorum... Anne gibi hissedemiyorum çünkü çocuğumun okuluna bile gidemiyorum. Çorabını bile giydiremiyorum. ... Kendi ihtiyacımı karşılayamıyorum ki çocuğunkini karşılayayım.” {3. kadın, 35Y, Mastektomi}.

“...Eskiden devamlı alışverişi kendim yaparken şimdi eşime söylemek zorunda kalıyorum” {5. kadın, 41Y, MKC}.

Eşlerin çoğu çalışan rolünü, baba rolünü yeteri kadar üstlenemediklerini ve ev işlerini üstlendiklerini belirtmişlerdir.

“İşime gidemiyordum, kendimi tam anlamıyla işime veremiyordum, çocuğuma veremiyordum, eşime veremiyordum.” {3. eş, 40Y, Mastektomi}.

“Tedavi döneminde ev işlerinde yardımcı oluyordum. Ev işleri konusunda birçok şeyi ben üstlendim. Bu şekilde devam ettiriyoruz” {6. eş, 43Y, Mastektomi}.

“...Normal olarak yapmam gerekeni yaptım, evle olan ilişkim bir kat daha arttı, sorumluluğum arttı... Daha çok ilgi göstermek mecburiyetinde kaldım. Bir tane de oğlum var yaşı küçük olduğu için onunla da ilgilenmem gerekti” {12. eş, 39Y, MKC}.

Sağlığı Koruma Davranışları

Kadınların çoğu sağlığı koruma davranışı olarak tedavi sürecinde beslenme önlemleri aldıklarını, izolasyon önlemlerini uyguladıklarını, saçlarını boyamadıklarını ifade etmişlerdir.

“Hiç kimseyi evime almamaya özen gösteriyordum. Özellikle grip olan kişileri kesinlikle yanıma yaklaştırmadım... Hasta olmamaya özen gösteriyordum. Her şeye dikkat ediyordum. Bol bol süt içiyordum. Yoğurt yiyordum. Kan değerlerimin yükselmesi için kuru üzüm yemeye çalışıyordum. Sevmesem de yiyordum” {12. kadın, 38Y, MKC}.

“Salam, sosis evime sokmuyorum... Konserve yeme dediler, konserveyi evime sokmuyorum... Mümkün olduğu kadar ağır kaldırmamaya ya da o koluma yüklenmemeye çalışıyorum... Doktor ne dediyse onu yaptım... Hala da yapmaya gayret ediyorum” {10. kadın, 76Y, MKC}.

Eşlerin çoğu sağlığı koruma davranışı olarak tedavi sürecinde etraflarındaki kişilerle hastalığı konuşmadıklarını, kalabalık ortamlara girmediklerini, beslenme önlemleri aldıklarını açıklamışlardır.

“Biz bu süreçte bir karar aldık. Gelen yakınlarımız ve komşularımıza sadece tedavimiz devam ediyor dedik, ... Fazla bilgi vermedik. Çünkü hasta her anlattığında daha da yıpratıyor. Olayı bir daha yaşamış gibi oluyor” {12. eş, 39Y, MKC}.

“Bu süre içerisinde doktorların söylediği tüm tetkikleri eksiksiz ve problemsiz olarak yaptık. Hiçbir şeyi atlamadık... Çok araştırmacı olduk. Neye ne iyi gelir. Bitkisel olarak da düşündük. Hasta ve hasta yakınlarına neyin iyi geleceği... Gezilere gittik geldik değişiklik olsun diye her şeyi yaptık” {12. eş, 39Y, MKC}

“Eşimi üzmezdim... Öyle düğünmüş, eğlenceymiş, cenazeymiş gitmedik... Mümkün olduğu kadar bu şeylerden uzak tuttuk. Kalabalıktan enfeksiyon kapmasın diye böyle yerlerden uzak durduk hep...” {9. eş, 72Y, Mastektomi}.

“Odasını ayırdık, misafir kesinlikle kabul etmedik o dönemde. Enfeksiyonu önleme açısından” {4. eş, 53Y, MKC}.

“Evde hiçbir iş yapmasına izin vermemem gerekiyordu, ağır iş ütü olsun, elektrik süpürgesiyle süpürme olsun, temizlik yapmaması gerekiyordu... Sosyal yaşantımıza beslenme şeklimize çok dikkat eder olduk. Çocuklarımıza daha koruyucu bir şekilde davranıyoruz. Sağlığımıza daha çok dikkat etmeye çalışıyoruz” {6. eş, 43Y, Mastektomi}

Kendisi için Yaşama

Kadınların çoğu meme kanseri ve tedavisinden sonra çalışmaya başladığını, artık kendi istekleri doğrultusunda yaşadıklarını, hayatlarında yeni bir sayfa açıldığını belirtmişlerdir.

“Hastalığımdan sonra koskocaman yeni bir sayfa açıldı hayatımda. Her şeyimi değiştirdim... Yeni bir yaşam şekli geliştirdim kendime. şimdi bu şekilde mutluyum... Hiç çalışmadım daha önce ama bundan sonra çalışmaya başladım. Çok da mutluyum en azından rahatsızlığımı dūřünecek vaktim olmuyor. Kendime güvenim arttı. Tekrar üniversiteye kaydoldum, o bana yaşam gücü verdi. Dört elle sarılmaya başladım hayata... Bakış açım değişti... Rahatsızlıktan sonra hayata daha iyi sarılmam gerektiğini ve canımın kıymetini anladım En önemli şey sağlıklımış...” {6. kadın, 34Y, Mastektomi}.

“Eskiden çok daha duygusaldım artık değilim. Daha ketumum. Psikolojik olarak da kişisel olarak da çok değiştim... Daha farklı daha iyi birisi oldum... Çok fazla kendimi onlara adamak istemiyorum. Adamıyorum da zaten. Herkes kendi hayatını bir şekilde idame ettirmek zorunda. Artık benim korumam altından çıkmaları gerekiyor... Daha çok kendi isteklerim doğrultusunda yaşamaya çalışıyorum” {3. kadın, 35Y, Mastektomi}.

“Önce kendim demeyi öğrenim. Etrafıma önem veren bir insandım. Önce çocuklarım, önce kocam, hiç kendimi düşünmezdim. Ama bu hastalıktan sonra şimdi ben çok önemliyim demeye başladım” {5. kadın, 41Y, MKC}.

Bir eş meme kanseri ve tedavisinden sonra eşine çalışması için iş bulduğunu ifade etmiştir.

“Bir iş bulduk eşime. Bu dönemden sonra sosyalliği arttı. Keyfi yerine geldi insanlarla iç içe olmak çalışmak tutunmak bir şeyleri becerebilmek onu rahatlattı. İlgilenecek farklı bir şey buldu. şimdi eskisinden daha güzel hayatımız” {6. eş, 43Y, Mastektomi}.

Diğer Hastalara Öneriler

Kadınlar ve eşleri diğer hastalara ümitli olmaları ve moral bozmamaları konusunda tavsiyelerde bulunmuşlardır.

“En son gittiğimde bir hasta ilk defa kemoterapi alacakmış korkmayın, gerçekten çok zor bir süreç ama geçecek. Size çok büyük destekleri olan insanlarla görüşün. Hiçbir şeyi kafaya takmayın diye konuştum” {5. kadın, 41Y, MKC}.

“Moral çok önemli hastalar morallerini bozmamalı, paniklememeliler, en güzel şey moral... İnşallah kimsenin başına gelmez” {13. kadın, 71Y, Mastektomi}.

“Bu aşamada hasta ve hasta yakınlarının ümitlerini yitirmemesi neden ben sorusunun yanıtını aramaması. Felsefe olarak düşünürsek moralini yüksek tutması gerektiğini söyleyebilirim...” {12. eş, 39Y, MKC}.

5.1. TARTIŞMA

Bu araştırmanın bulguları, meme kanseri olan kadınlar ve eşlerinin tanıdan itibaren tüm tedavi sürecinde yaşadıkları deneyimleri ortaya koymuştur. Çiftlerin meme kanseriyle ilk karşılaşmalarından itibaren, tedavi sürecinde, hastalık ve tedavinin yan etkileriyle baş etmede ve meme kanseri sonrası yaşamda birçok değişiklik deneyimledikleri ve birtakım gereksinimlerinin olduğu açığa çıkmıştır.

Meme Kanseriyle Yüzleşme

Meme kanseriyle yüzleşme teması; meme kanseri algısı ve meme kanserine olan tepkiler olmak üzere iki alt temada açıklanmıştır. Kadınların çoğu yapılan diğer çalışmaların sonuçlarına benzer olarak kitleyi ilk kendilerinin fark ettiğini açıklamışlardır (Lackey ve ark. 2001; Lam ve Fielding 2003). Kadınlar kitleyi ilk fark ettiklerinde meme kanseri şüphesiyle yüzleşmektedirler. Bu yüzleşme araştırmamızdaki bazı kadınlarda olduğu gibi kitleyi yok sayıp, saklamayla sonuçlanırken çoğu kadının yaptığı gibi doktor kontrolüyle de sonuçlanabilmektedir. Kadınların kitleyi yok sayma çabaları kanser ve ölüm korkusundan kaynaklanabilir. Birçok kadının hemen doktora başvurması bir an önce sorunun netleşip, tedavi olup iyileşmek istemeleriyle açıklanabilir.

Yapılan çalışmalarda bizim araştırmamızla benzer olarak kadınların meme kanseriyle karşılaştıklarında şok oldukları, bunu hiç beklemedikleri, ağladıkları (Antoine ve ark. 2013) ve kanseri korkunç, ciddi bir hastalık olarak ifade ettikleri (Obeidat ve ark. 2012; Cebeci ve ark. 2012; Antoine ve ark. 2013; Curtis ve ark. 2014; Zahlis ve Lewis 2010) belirlenmiştir. Bu durum kadınların içinde buldukları sosyokültürel yapıyla (Obeidat ve ark. 2012; Cebeci ve ark. 2012), kanserin ölümcül bir hastalık olarak algılanmasıyla (Obeidat ve ark. 2012; Cebeci ve ark. 2012, Antoine ve ark. 2013; Curtis ve ark. 2014; Zahlis ve Lewis 2010; Lackey ve ark. 2001) açıklanabilir. Araştırmamızdaki kadınlar ve eşleri literatürle benzer olarak kanseri ölümle eşleştirmekte ve önemli bir stres kaynağı olarak görmektedir (Cebeci ve ark. 2012;

Hocaoğlu ve ark. 2007, Remmers ve ark. 2010; Dounmit ve ark. 2010). Kadınların ve eşlerinin meme kanseri algısı ve meme kanserine verilen tepkileri kişiye göre değişmekte olup; toplumun kansere bakış açısına, meme kanseri tedavisinin saç dökülmesi, meme kaybı gibi etkilerinin olmasına ve ölümlerle sonuçlanabilmesine bağlanabilir.

Tedavi Süreci

Çiftler görüşmelerde tedavi sürecinde kadınların birçok semptom deneyimlediğini, metastaz ve ölümden korktuklarını, bu süreçte birçok gereksinimlerinin olduğunu ve hastane koşullarının uygun olmadığı ifade etmişlerdir. Çalışmamızdaki kadınların deneyimledikleri semptomlar yapılan kalitatif ve kantitatif çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Aksiler diseksiyona ve RT'ye bağlı; lenfödem (Akkaş Gürsoy, 2005; ACS 2015; Antoine ve ark., 2013; Yusoff ve ark. 2011), RT'ye bağlı; memede yanık, yara, kuruma, çatlama ve renk değişimi (ACS 2015; Yusoff ve ark. 2011), KT'ye bağlı; bulantı-kusma, yorgunluk, halsizlik, ağız ve diş problemleri, hemoroid, alerjik reaksiyon ve saç dökülmesi (ACS 2015; Obeidat ve ark. 2012; Chung ve Hwang 2012; Curtis ve ark. 2014; Zahlis ve Lewis 2010) deneyimlenmektedir. Ayrıca HT'ye bağlı; menopoz, ateş basması, kramplar, kemiklerde ağrı ve yorgunluk yaşanmaktadır (Dinçol Antoine ve ark. 2013; ACS 2015; Antoine ve ark. 2011; Sawin 2012). Özçınar ve arkadaşları (2010) aksiller diseksiyona radyoterapi eklenmesinin lenfödem riskini %36 arttırdığını belirtmişlerdir. Kadınların deneyimledikleri semptomların farklılık göstermesi, araştırmaya katılan kadınların meme kanseri evrelerinin, ameliyat (mastektomi, MKC) ve tedavi tiplerinin (RT, KT, HT) farklı olmasıyla açıklanabilir. Bununla birlikte çiftler tüm tedavi sürecinde yaşanan semptomlar da dahil bir çok konuda yeteri kadar bilgilendirilmediğini, danışmanlık hizmetinin olmadığını ifade ederken kadınlardan ikisi yeterli bilgiyi aldıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda kadınların bizim çalışmamızla benzer olarak; meme kanserinin nedenleri, risk faktörleri, tedavisi, sağlığı koruma davranışları (Andıç ve Karayurt 2012; Chalmers ve ark. 2003; Tunin ve ark. 2010; Sinicrope ve ark. 2009; Yusoff ve ark. 2011; Obeidat ve ark. 2012; Cebeci ve ark. 2012; Raupach ve Hiller 2002), tedavinin yan etkileri (Cebeci ve ark. 2012; Obeidat ve ark. 2012), gen bilimindeki yeni gelişmeler, hormon replasman tedavisi (HRT) ve medyada çıkan açıklamalarla ilişkili (Iradale ve ark. 2003) bilgi gereksinimleri olduğu gösterilmiştir. Bizim araştırmamızda ortaya çıkan bu gereksinimler sağlık profesyonellerinin iletişim ve eğitime, hasta yoğunluğu ve iş yükü nedeniyle yeterli zaman ayıramamaları, kanser hastasıyla nasıl iletişime geçeceklerini bilememeleri ve kendi duygu yoğunluklarıyla baş edememeleri ile

açıklanabilir. Ayrıca Türkiye’de son yıllarda “sağlık dönüşüm” adı altında sağlık sisteminin özelleştirilmesiyle ilgili yaşanan olumsuzluklar (Elbek ve Adaş 2009) sağlık profesyonellerinin iş yükünü ve yoğunluğunu arttırması bu durumun bir başka nedenidir. Bununla birlikte Türkiye’de tanı aşamasından başlayıp tüm tedavi sürecinde meme kanseri hastalarına ve eşlerine bilgi sağlayan, danışmanlık hizmeti veren meme bakım hemşiresi ve meme bakım hemşiresine ilişkin sertifika programları yoktur (Karayurt ve Andıç 2011). Bu nedenle hasta ve yakınları genel cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi ünitelerinde çalışan farklı hemşirelerden bilgi almaktadır. Araştırmamızda hemşirenin bilgi kaynağı olarak görülmemesi, bu birimlerde çalışan hemşirelerin tüm kanser hastalarına hizmet vermesi ve hasta yoğunluğu nedeniyle eğitimlerin sınırlı zamanda yapılması ile açıklanabilir. Dünyada Avustralya, İrlanda, Amerika gibi birçok ülkede meme bakım hemşireleri görev yapmakta ve tanıdan itibaren rehabilitasyona kadar geçen sürede hasta ve yakınlarına bilgi ve destek vermektedir (Karayurt ve Andıç 2010; Jiwa ve ark. 2010; Eicher 2006; EONS 2009). Bu da kadınların daha az semptom deneyimlemesini, yaşam kalitelerinin artmasını, kadınların ve yakınlarının semptomları daha iyi yönetmelerine katkı sağlamaktadır (Karayurt ve Andıç 2011). Ayrıca meme kanseri olan kadınlara bilgi sağlanması anksiyeteyi ve korkuyu azaltabilir (Raupach ve Hiller 2002).

Kadınlar ve eşleri tanıdan itibaren tüm tedavi sürecinde metastaz, nüks, ölüm ve boşanma korkusu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda kadınların ve eşlerinin anksiyete (Obeidat ve ark. 2012; Ching ve ark. 2009; Banning ve ark. 2009) metastaz, nüks, ölüm (Lally 2010; Fletcher ve ark. 2010; Ashing ve ark. 2006; Berterö ve ark. 2007; Doumit ve ark. 2010; Vargens ve Berterö 2007; Chung ve Hwang 2012; Cebeci ve ark. 2012; Hocaoğlu ve ark. 2007; Antoine ve ark. 2013) ya da boşanma korkusu (Antoine ve ark. 2013; Taylor Brown ve ark. 2000) yaşadıkları saptanmıştır. Kadınların yaşadıkları metastaz ve nüks korkusu; tekrar kanser tedavisi ve onun yan etkilerine maruz kalmak istememeleriyle ve ölüm korkusuyla açıklanabilir. Aynı zamanda kadınların ölüm korkusu tüm toplumlarda olduğu gibi, Türk toplumunda da kanserin ölümle eş tutulmasından kaynaklanırken eşlerin yaşadıkları ölüm ve boşanma korkusu sevdiği insanı kaybetme ve bugüne kadar kurdukları aile düzeninin bozulması endişesinden kaynaklanıyor olabilir. Yapılan çalışmalarda boşanmaların meme kanseri tanısından önce sorun yaşayan çiftlerde daha çok olduğunu gösterirken (Taylor Brown ve ark. 2000; Hocaoğlu ve ark. 2007) tersine diğer çalışmalar meme kanseri sonrası çiftlerin ilişkilerinin daha güçlü olduğunu belirtmektedir (Dorval ve

ark. 2005; Hoccoğlu ve ark. 2007). Bizim araştırmamızda da eşlerin birbirlerine gösterdikleri değerin arttığını ifade etmesi, çiftler arasındaki ilişkinin bu süreçte olumlu yönde etkilendiğini düşündürmektedir. Bununla birlikte Wimberly ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışmada iyi bir evliliğin kanserle baş etmede önemli bir rolü olduğu belirtilmiştir.

Araştırmamızdaki kadınların çoğu niversite hastanesinde daha azı özel hastanede tedavi grmştir. Kadınlar ve eşleri hastanelerin çok kalabalık olduğunu, kemoterapi ünitelerinin uygun koşullarda olmadığını, RT bölümünde makinelerinin sık arızalanmasının tedavi sürecini aksattığını dile getirirken bazı kadınlar da uygun olmayan koşullar nedeniyle özel hastaneleri tercih etmek zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir. Literatürde bu konuyla ilgili yapılan çalışmalara ulaşılamamıştır. Araştırmamızdaki çoğu kadının tedavi gördüğü niversite hastanesinde kemoterapi ünitesinin onkoloji hastanesiyle aynı binada olmaması, hastaların bu mesafeyi yürümek zorunda kalmaları ve yakınlarının hastane bahçesinde beklemek zorunda kalmaları çiftlerin bu süreçte sıkıntı yaşamasına ve özel hastaneleri tercih etmesine neden olabilir.

Hastalık ve Tedavi Süreciyle Baş Etme

Meme kaybı ve tedavinin yan etkilerinin kadınların beden imajını bozduğu ve buna bağlı olarak çiftlerin cinsel yaşamlarının olumsuz etkilediği ortaya çıkmıştır. Araştırmamızda literatürle benzer olarak kadınlar meme, saç vb. kayıpların beden imajlarını olumsuz etkilediğini (Antoine ve ark. 2013; Cebeci ve ark. 2012; Doumit ve ark. 2010), meme kaybını kadınlığın kaybı gibi gördüklerini ve kendilerini cinsel anlamda yetersiz gördüklerini (Cebeci ve ark. 2012) dile getirmişlerdir. Araştırmamızdaki kadınlar saç kayıplarıyla baş etmek için peruk ve eşarp; kaş ve kirpik kayıplarıyla baş etmek için göz kalemleri kullandıklarını ifade etmişlerdir. Olumlu baş etme yöntemleri kullanan kadınların geç olmaları, saç ve kaş kayıplarının geç kadınların beden imajını olumsuz olarak daha çok etkilediğini düşündürmektedir. Yapılan çalışmalarda mastektominin kadınları mutsuz ettiği (Cebeci ve ark. 2012), meme algısını ve benlik saygısını olumsuz etkilediği (Sertöz ve ark. 2004; Uzun ve Uçar 2008; avdar 2006) ve mastektomi sonrası tek memeyle eşlerinin, çocuklarının ya da arkadaşlarının karşısına nasıl çıkacakları konusunda endişe yaşadıkları (Obeidat ve ark. 2012) açıklanmıştır. zkan ve Alçalar'ın (2009) da belirttiği gibi meme kaybı birçok kadın için oldukça travmatik bir deneyimdir ve cinsellik, çekicilik duygularına zarar vermektedir. Bununla birlikte bir çalışmada ameliyat tipinin cinsel doyuma ve eş uyumuna etkisinin olmadığı saptanmıştır (Setzve ark. 2004). Kadınların memeyi üreme, annelik ve cinsellikle

birleştirdiği görülmektedir. Ayrıca araştırmamızdaki genç kadınlar mastektomi sonrası görüntüleriyle eşlerinin karşısına çıkamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum genç kadınların kendilerini cinsel anlamda eksik görmeleriyle ilişkilendirilebilir. Meme kaybından etkilenmediğini ifade eden kadınların yaşlarının etkilendiğini ifade eden kadınlardan daha ileri olması da bu durumun bir sonucu olabilir. Ayrıca araştırmamızın sonuçlarıyla benzer olarak yapılan çalışmada bir eşin cinsel ilişki isteğini karısının yerine getiremeyeceğini düşünerek dile getirmediği belirtilmiştir (Chung ve Hwang 2012). Eşlerin bu düşüncesinin kadınların aralarına koyduğu mesafe sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Kadınlar, yaşadıkları tüm olumsuz duygu ve düşünceler doğrultusunda eşlerine uzak davranmış olabilir. Bununla birlikte araştırmamızdaki mastektomi yapılmış olan genç kadınlar meme rekonstrüksiyonu ameliyatı olmak istemediklerini dile getirmişlerdir. Bu durum kadınların yeni görüntülerini kabullenmeleri ve onların da ifade ettiği gibi tekrar hastaneye gitmek istememeleri, ameliyat sürecini bir daha yaşamak istememeleri ile açıklanabilir.

Kadınların ve eşlerinin hastalık ve tedavi süreciyle baş etmelerinde kaderci yaklaşımlarının, destek sistemlerinin, toplumun tutumunun ve medyanın olumsuz etkilediği ortaya çıkmıştır. Çiftler meme kanserini ve tedavisinin sonuçlarını uzun süre kabullenemediklerini dile getirirken; bazı kadınlar bunun kabullendiklerini, kabullenmekten başka yapacak bir şeyleri olmadığını, bunun Allah'tan geldiğini ifade etmişlerdir. Literatürdeki benzer çalışmalarda farklı kültürden ve dinden olan kadınların baş etmek için maneviyatı kullandıkları görülmüştür (Cebeci ve ark. 2012; Obeidat ve ark. 2012; Ashing ve ark. 2006; Berterö ve ark. 2007; Doumit ve ark. 2010; Banning ve ark. 2009). Kadınların hastalığı kabullenme süreçlerinde dinin ön plana çıkması çoğunluğu Müslüman olan Türk toplumunda İslami öğretilerle birleştirilerek insanların iyi ya da kötü başına gelen her şey için Allah'a dua ve şükretmeleriyle yorumlanabilir. Müslümanlarda sağlık-hastalık dini görüşler ile ilişkilidir ve hastalık kader olarak benimsenebilmektedir (Taşçı 2012). Bu durum sağlık profesyonelleri tarafından dikkate alınması ve hastaların inançlarının farkına varılması oldukça önemlidir (Cebeci ve ark. 2012). Ülkemizde yapılan kalitatif bir çalışmada kadınların meme kanserini ilk başta kabullenmediği ancak daha sonra Allah'tan geldiğini düşünerek kabullendiği belirtilmiştir (Cebeci ve ark. 2012). Buna karşın batılı ve Arap Amerikan kadınların meme kanseri ve tedavisini bir "mücadele" olarak gördükleri ve baş etme teknikleriyle üstesinden gelebilecekleri gösterilmiştir (Bussing ve Fischer. 2009; Obeidat ve ark. 2011). Araştırmamızdaki kadınların çoğunun hastalığa kaderci yaklaşım sergilemesi

kadınların etkili baş etme yöntemlerini yeteri kadar bilmediğini, kullanmadığını ve kadınların kaderci yaklaşımla hastalığa çaresizce teslim olduklarını, bu nedenle hastalığı baş edilebilecek bir “mücadele” olarak görmediklerini düşündürmektedir.

Çiftler, destek sistemlerinin eşleri, çocukları, akrabaları ve arkadaşları olduğunu ifade ederken bazı kadınlar kendilerinin eş ve çocuklarına destek olmak zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca bir kadın ve bir eş doktorlarının ve hemşirelerinin kendilerine destek olduğunu açıklamıştır. Bununla birlikte yalnızca kadınlar toplumdaki meme kanseri damgasından ve medyada çıkan farklı haberlerden psikolojik olarak olumsuz etkilendiklerini açıklamışlardır. Araştırmamızdaki kadınların çoğunun ev hanımı ya da emekli olması, kadınların evde televizyon izleme oranlarında artışa sebep olmuştur. Bu durum kadınların medyadan meme kanseri ile ilgili farklı bilgi almalarına ve kafalarının karışmasına neden olmuştur. Ayrıca toplumdaki kişilerin iyi niyetle destek olmak için kullandıkları sözcükler (inşallah kurtulursun vb.) kadınları olumsuz etkilemiş ve kadınların baş etmesini olumsuz etkilemiş olabilir. Meme kanseri olan kadınlar damgalanmanın etkisini yakınlarıyla beraber yoğun olarak yaşamakta olup (Gross 2000; Vogel 2003; Antoine ve ark. 2013) aile üyelerinden özellikle de eşlerinden sosyal ve duygusal destek beklemektedirler (Antoine ve ark. 2013). Aile ve arkadaşlar meme kanseri olan kadınların güçlü destek kaynaklarıdır (Cebeci ve ark. 2012; Raupach ve Hiller 2002; Erci ve Karabulut 2007; Westman ve ark. 2005). Araştırmamızda kadınların ve eşlerinin birbirlerini, ailelerini destek kaynağı olarak görmesi Türk toplumunda aile içi dayanışma ve bağların güçlü olması gibi kültürel özelliklerine bağlanabilir. Ayrıca kadınların hastalıklarını bir kenara bırakıp eşlerine ve ailelerine destek olmaları kadınların aile içindeki birincil bakım verici rolünden kaynaklanmaktadır (Cebeci ve ark. 2012). Davis ve arkadaşlarının 2004 yılında Avustralya’da yaptıkları çalışmada meme kanseri olan kadınların ve ailelerinin destek aldıkları kaynakların çoğunlukla sağlık personelleri (cerrah, aile hekimi, onkolog, meme hemşiresi vb) olduğu saptanmıştır. Bizim araştırmamızda sadece bir kadın ve bir eşin sağlık profesyonellerini destek kaynağı olarak görmesi, sağlık profesyonellerinin değişen sağlık sistemi ve yoğun çalışma ortamında hasta ve yakınlarına gerekli zamanı ayıramaması ve bu konuda bilgi ve destek sağlayamaması ile yorumlanabilir. Kadınların ve eşlerinin yeni tanı konulan kadınlara ve eşlerine destek olmak için önerilerde bulunmaları Türk toplumunun yardımsever ve dayanışma içinde olma özellikleriyle açıklanabilir.

Meme Kanseri Sonrası Yaşam

Kadınlar ve eşleri meme kanseri sonrası yaşamlarında bazı rol değişimleri yaşadıklarını, sağlığı koruma davranışları geliştirdiklerini ve yaşama farklı bir bakış açısıyla baktıklarını ifade etmişlerdir. Kadınlar yapılan diğer çalışmaların sonuçlarına benzer olarak; eskisi gibi ev kadını olmadıklarını, ev işi ya da alışveriş yapmadıklarını ve annelik rolünü yerine getiremediklerini açıklamışlardır. (Fu 2005; Chung ve Hwang 2012; Cebeci ve ark. 2012; Vergens ve Berterö 2007). Ayrıca eşler işlerine yeteri zaman ayıramadıkları, babalık rolünü yeteri kadar yerine getiremediklerini ve ev işlerini üstlendiklerini açıklamışlardır. Yapılan kalitatif bir çalışmada çiftlerin ev işleri, iş ve aile sorumlulukları gibi rollerinde büyük değişiklikler yaşadığı, eşlerin bakım verici rolü üstlenmek zorunda kaldıkları belirtilmiştir (Chung ve Hwang 2012). Kadınların yaşadıkları bu rol kayıpları ve değişimleri tedavi sürecinde yaşadıkları lenfödem, yorgunluk, halsizlik gibi semptomların sonucuyla açıklanabilir. Türk toplumunun aile yapısında kadına ve erkeğe verilen rol ve sorumluluklar ataerkil bir düzene göre belirlenmiştir. Türk toplumunda kadınlar ev işlerinden, çocukların ve eşin (Cebeci ve ark. 2012) hatta bazen aile büyüklerinin bakımından sorumludur. Kadınların yaşadıkları rol kayıpları ve eşlerin üstlendikleri yeni görevler aile içi sürecinde kendi rollerindeki aksamaların nedeni olarak düşünülebilir.

Çiftler tedavi sürecinde sağlıklı beslenmeye çalışarak ve izolasyon önlemleri alarak sağlıklarını korumaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Meme kanseri tedavisinden sonraki yaşamlarında kadınların kendi yaşamlarına odaklandığını, yaşamlarının önemini daha iyi anladıklarını, özgüvenlerinin arttığını (Chung ve Hwang 2012; Cebeci ve ark. 2012; Antoine ve ark. 2013) ve yeni yaşam biçimi geliştirmek için araştırmalar yaptığı (Yusoff ve ark. 2011) saptanmıştır. Küçükkaya'nın 2010 yılında yaptığı çalışmada meme kanseri olan kadınların %50'sinin pozitif yaşam değişiklikleri deneyimledikleri saptanmıştır. Ayrıca araştırmamızda yapılan çalışma sonuçlarına benzer olarak kadınların çoğu meme kanseri ve tedavisinden sonra çalışmaya başladıklarını, artık kendi istekleri doğrultusunda yaşadıklarını, hayatlarında yeni bir sayfa açıldığını dile getirmişlerdir. Bu durum kadınların kanser hastalığı ve tedavisi nedeniyle ölümle yüz yüze geldiklerini ve tedavi sonrasında yaşama yeniden başladıklarını düşünmeleri ile açıklanabilir.

6.1. SONUÇ VE ÖNERİLER

Uygulamaya İlişkin Öneriler

Bu araştırmanın sonuçları meme kanseri olan kadınların ve eşlerinin tanıdan itibaren tüm tedavi sürecinde fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan birçok olumlu ve olumsuz deneyim yaşadıklarını göstermiştir. Meme kanseri tanı ve tedavisinin etkilerini kadınların yanı sıra tüm aile bireylerinin özellikle eşlerinin birlikte yaşadıkları açıklanmıştır. Bu durum meme kanserinin sadece kadının değil ailenin hastalığı olduğunu göstermektedir. Meme kanseri tanısı konulan kadınlara ve eşlerine tanıdan itibaren tüm tedavi sürecinde aynı hemşirenin bilgi ve destek sağlaması kadınlar ve eşlerinin birçok semptomu deneyimlemelerine engel olabilir ve gelişen semptomların yönetilmesini kolaylaştırabilir. Türkiye’de tanıdan itibaren tüm tedavi sürecinde hasta ve yakınlarına bilgi ve destek sağlayan, danışmanlık hizmeti veren, meme bakım hemşiresi ve meme bakım hemşiresine ilişkin sertifika programları yoktur. Bu bağlamda meme bakım hemşireliği rollerinin belirlenmesi, meme bakım hemşireliği sertifika programlarının hazırlanması ve hastanelerde meme bakım hemşiresinin yürüttüğü meme polikliniklerinin açılması önerilmektedir. Bununla birlikte sağlık profesyonelleri kadınların hastalık ve tedavi sürecine verdikleri tepkileri önemsemeli ve kadınlara beden imajını koruyacak peruk, meme protezi ve rekonstrüksiyon konusunda bilgi vermelidirler. Kadınların tedavi süreciyle baş etmelerinde maneviyatın önemli bir rolü olduğu görülmektedir. Yapılacak kalitatif çalışmalarda Türk kadınların hastalık ve tedaviyle baş etme sürecinde kullandıkları maneviyat ve kaderci yaklaşımlar incelenebilir. Kadınların ve eşlerinin yeni tanı konulan hastalara destek olmak için önerilerde bulunmalarından yola çıkarak, akran eğitimi ve deneyim paylaşımının da bu hastaların hastalıkla baş etme sürecinde kullanılması önerilebilir.

Araştırmacılara İlişkin Öneriler

Ayrıca bizim araştırmamız kadınların ve eşlerinin süreçteki tüm deneyimlerine odaklanmıştır. Kalitatif çalışmalarda kadınlar ve eşlerinin beden imajı ve cinsel yaşam ile ilgili deneyimlerinin incelenmesi önerilmektedir. Ayrıca gelecek kalitatif çalışmalarda meme kanseri olan kadınların diğer aile üyelerinin (çocuklar, birinci derece yakınlar vb.) meme kanseri tanı ve tedavisi sürecinde yaşadıkları deneyimlerin incelenmesi önerilmektedir. Meme kanseri olan kadınlar ve eşlerinin bilgi ve destek gereksinimlerini karşılamada, web tabanlı eğitim, telefon danışmanlığı, destek grup eğitimi ve bireysel eğitim girişimlerinin kullanılması ve bu girişimlerin hasta sonuçlarını iyileştirmedeki etkilerinin incelenmesi önerilmektedir.

II. AŞAMA: YARI DENEYSEL ÇALIŞMA
Meme Kanseri Olan Kadınlar ve EŞleri İçin Oluşturulan Web Tabanlı Eğitimin Yaşam
Kalitesi ve EŞ Uyumuna Etkisi

3.2. GEREÇ ve YÖNTEM

3.2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, niceliksel araştırma yöntemlerinden ön test-son test kontrol gruplu eşleşmemiş gruplarda yarı deneysel araştırma tasarımına uygun olarak yapılmıştır.

Araştırmanın amacı; RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitimin meme kanseri olan kadınların “*yaşam kalitesi*” ve kadınların ve eşlerinin “*eş uyumu*” na etkisinin incelenmesidir.

Araştırmanın Hipotezleri

H₁. Meme kanseri olan kadınlara ve eşlerine RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilecek olan deney grubundaki *kadınların ilk kontrole geldiklerinde yaşam kalitesi* düzeyi kontrol grubuyla benzerdir.

H₂. Meme kanseri olan kadınlara ve eşlerine RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilecek deney grubundaki *kadınların eğitim sonrası üçüncü ayda yaşam kalitesi* düzeyi kontrol grubuna göre yüksektir.

H₃. Meme kanseri olan kadınlara ve eşlerine RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilecek deney grubundaki *kadınların ve eşlerin ilk kontrole geldiklerinde çift uyumu* kontrol grubuyla benzerdir.

H₄. Meme kanseri olan kadınlara ve eşlerine RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilecek deney grubundaki *kadınların ve eşlerin eğitim sonrası üçüncü ayda çift uyumu* kontrol grubuna göre yüksektir.

H₅. Meme kanseri olan kadınlara ve eşlerine RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilecek olan deney grubundaki *kadınların eğitim sonrası üçüncü ayda yaşam kalitesi* düzeyi eğitim öncesine göre yüksektir.

H₆. Meme kanseri olan kadınlara ve eşlerine RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilecek olan deney grubundaki *kadınların eğitim sonrası üçüncü ayda çift uyumu* düzeyi eğitim öncesine göre yüksektir.

H₇. Meme kanseri olan kadınlara ve eşlerine RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilecek olan deney grubundaki *eşlerin eğitim sonrası üçüncü ayda çift uyumu* düzeyi eğitim öncesine göre yüksektir.

3.2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ege Üniversitesi Hastanesi Meme Polikliniği'nde yürütülmüştür. Araştırmanın verileri Temmuz 2013 – Nisan 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Ege

Üniversitesi Hastanesi Meme Polikliniği haftanın beş günü 08.00-16.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Cuma günleri sabah konsey toplantıları yapılmakta ve öğleden sonra hastalara konsey sonuçları ve yeni tedavi protokolleri açıklanmaktadır. Poliklinikte bir hekim ve hemşire görev yapmaktadır. Hemşire hastaların izlemlerini yapmakta, yara yeri, dren bakımı ve lenfödemi önlemeye ilişkin bilgiler vermektedir.

3.2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ege Üniversitesi Hastanesi Meme Polikliniği'ne başvuran meme kanseri cerrahisi geçiren kadınlar ve eşleri oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, aşağıda yer alan ölçütleri karşılayan meme kanseri cerrahisi geçiren kadınlar ve eşlerinden oluşan toplam 83 çiftten oluşmaktadır. Kontrol grubunda 45 çifte ulaşılmıştır. Üçüncü ay izlemlerinde araştırmaya devam etmeyi kabul etmeyen üç çift araştırmadan ayrılmıştır. Kontrol grubu 42 çift ile tamamlanmıştır. Deney grubu için 44 çift çalışmaya dahil edilmiştir. Üçüncü ay izlemlerinde iki çifte ulaşılamamış, bir çift de devam etmeyi kabul etmeyerek araştırmadan ayrılmıştır. Girişim grubu 41 çift ile tamamlanmıştır. Araştırma örneklemine alınan girişim ve kontrol grubunun dağılımı Şekil 12'de verilmiştir.

Örneklem Büyüklüğü

GPOWER paket programı kullanılarak yapılan güç analizinde, araştırmanın bağımlı değişkenleri olan yaşam kalitesi ve çift uyumu puan ortalamaları kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, 0.05 anlamlılık düzeyinde örneklem gücü 0.99 olarak bulunmuştur.

Araştırma örneklemine dahil edilme ölçütleri;

Kadınlar için:

- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmesi,
- 18 yaş üzerinde olması,
- Türkçe anlayabilmesi ve konuşabilmesi,
- İşitme ve konuşma sorunu olmaması,
- En az ilkokul mezunu olması,
- Evinde bilgisayar ve internet bağlantısı bulunması, internet kullanıyor olması
- Evli olması,
- Primer meme kanseri tanısı koyulması,
- Evre I ya da evre II meme kanseri olması,
- Son 10 gün içinde mastektomi ve ya meme koruyucu cerrahi yapılması,
- Daha önceden kanser tanısı almamış olması,

- Kontrol edilemeyen tıbbi problemlerinin olmaması (kronik renal ve kalp hastalıkları gibi)

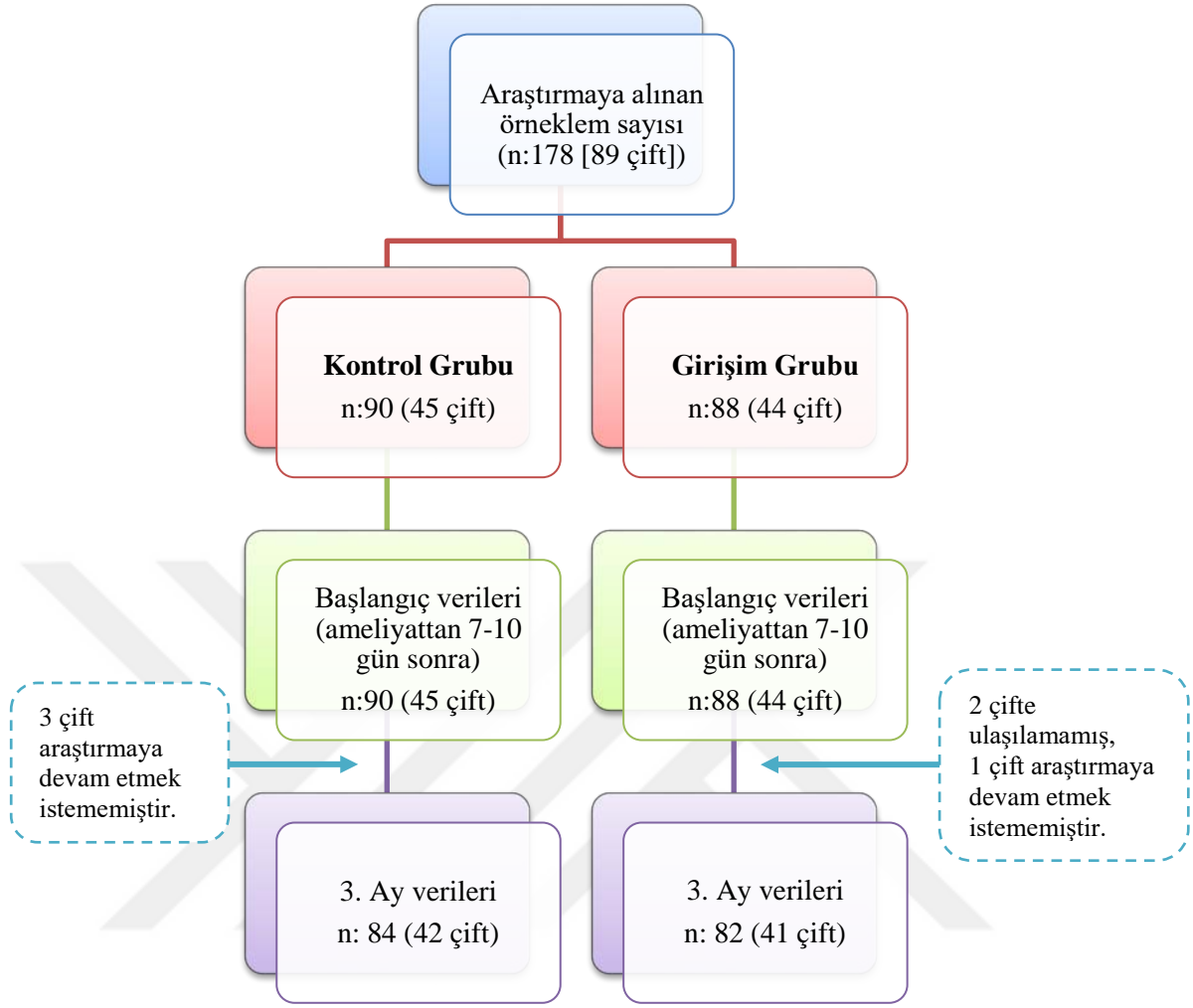
- İlaç tedavisi ya da hastaneye yatmayı gerektirecek psikiyatrik hastalık tanısı olmaması

Kadınların eşleri için:

- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmesi,
- 18 yaş üzerinde olması,
- Türkçe anlayabilmesi ve konuşabilmesi,
- İşitme ve konuşma sorunu olmaması,
- En az ilkokul mezunu olması,
- Evinde bilgisayar ve internet bağlantısı bulunması, internet kullanıyor olması
- İlaç tedavisi ya da hastaneye yatmayı gerektirecek psikiyatrik hastalık tanısı olması

Araştırma örnekleminden dışlanma ölçütleri;

- Cerrahi tedavi sonrası radyoterapi ve kemoterapi almayan hastalar
- Kadınların ve eşlerinin psikiyatrik hastalık tanısı olmasıdır.



Şekil 12. Araştırma Örneklemine Alınan Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların ve Eşlerinin Dağılımı

3.2.4. Çalışma Materyali

Çalışma materyali olarak RUM'a göre hazırlanmış web sitesi kullanılmıştır.

3.2.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim

Bağımlı Değişkenler: Meme kanseri olan kadınların yaşam kalitesi puan ortalamaları, meme kanseri olan kadınların ve eşlerinin çift uyum puan ortalamaları.

3.2.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama sürecinde aşağıdaki formlar kullanılmıştır.

- Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2)
- Eş Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-4)
- Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme-Meme Kanseri Ölçeği (EK-5)

- Çift Uyum Ölçeği (EK-6)

Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Hastaların sosyo-demografik özelliklerinden oluşmaktadır. *Hasta bilgi formunun sosyodemografik özellikler bölümü* hastanın yaşı, eğitimi, mesleği, gelir durumu, hastalığının evresi, uygulanan ameliyat tipi, aksiler diseksiyon yapılıp yapılmadığı, kemoterapi/radyoterapi/hormonoterapi alma durumunu içeren toplam 10 sorudan oluşmaktadır. (EK-2)

Eş Tanıtıcı Bilgi Formu

Meme kanseri olan kadınların eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinden oluşmaktadır. *Eş tanıtıcı bilgi formunun sosyodemografik özellikler bölümü* eşin yaşı, eğitimi, mesleği ve gelir durumuna ilişkin bilgilerin sorgulandığı toplam dört sorudan oluşmaktadır. (EK-3)

Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme-Meme Kanseri Ölçeği (FACT-B)

Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme-Meme Kanseri Ölçeği (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Cancer), Brady ve arkadaşları tarafından, 1997 yılında meme kanseri olan hastalarda yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçek beş alt boyut ve toplam 36 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutları; fiziksel iyi olma (7 madde), sosyal/aile iyi olma (7 madde), duygusal iyi olma (6 madde), fonksiyonel iyi olma (7 madde) ve meme kanseri alt boyutu (9 madde) dur. Ölçek toplam puanı 0-144 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksek olması yaşam kalitesinin de iyi olduğunu gösterir. Meme kanseri alt boyutu meme kanseri olan kadınların endişelerini kapsamaktadır. Toplam ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.90 bulunmuştur. Ölçek alt boyutları Cronbach alfa değerleri 0.63 ve 0.86 arasında değişmektedir (Brady, Cella, Mo, Bonomy ve ark. 1997). Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) (Kronik Hastalıkların Tedavisini Fonksiyonel Değerlendirme) bu ölçeği 52 dile çevirmiştir. Ölçeğin Türkçesi ve kullanım izni web sitesindeki (FACIT) ilgili yöneticiden alınmıştır (<http://www.facit.org/FACITOrg>). Ölçeğin bu çalışmanın örnekleminde toplam ölçek Cronbach alfa güvenirlik kat sayısı 0.90 bulunmuştur. Ölçek alt boyutları Cronbach alfa değerleri fiziksel iyi olma için 0.88, sosyal/aile için 0.80, duygusal iyi olma için 0.87, fonksiyonel iyi olma için 0.82 ve meme kanseri alt boyutu için 0.65 bulunmuştur. (EK-5)

Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ)

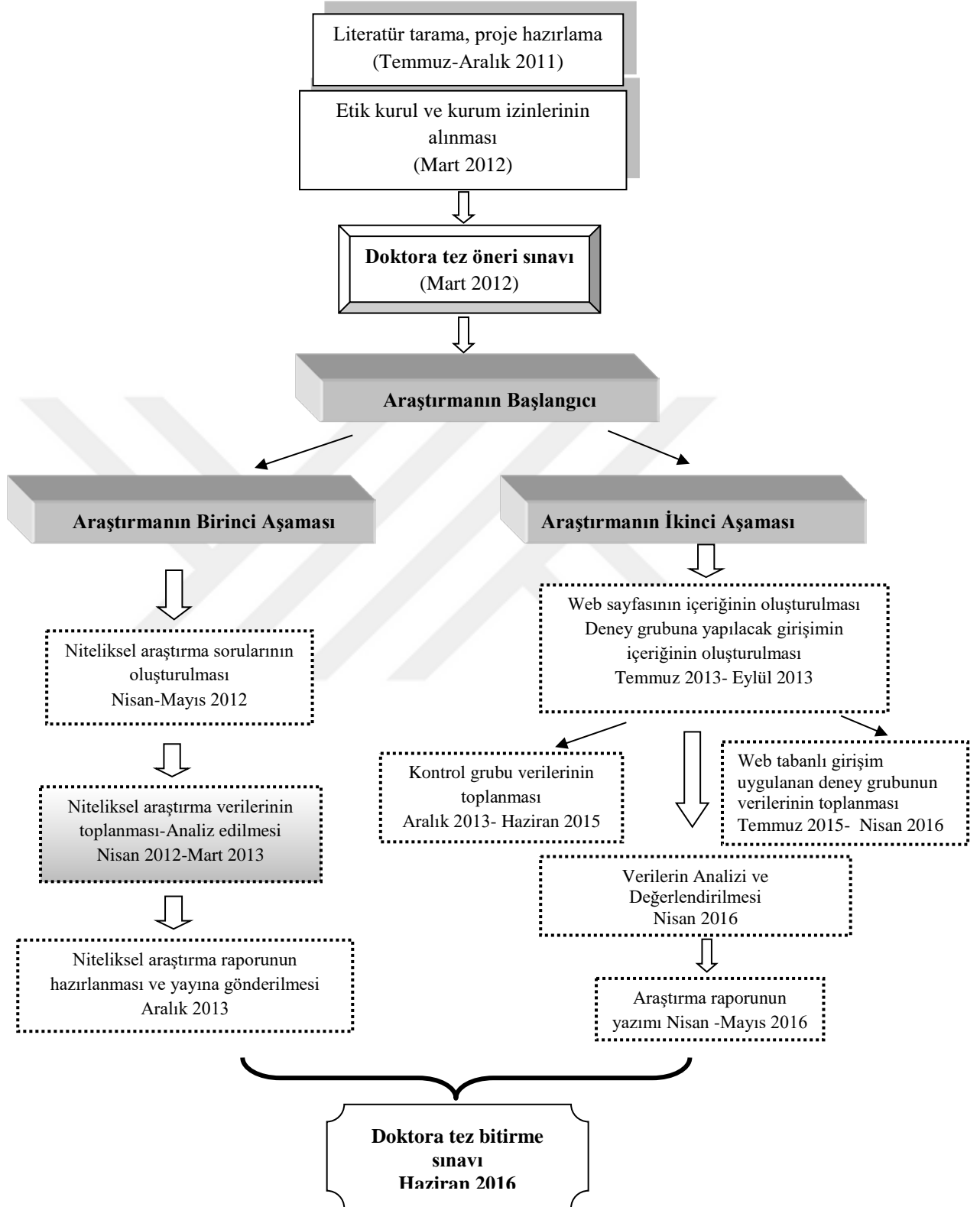
Orijinal adı "Dyadic Adjustment Scale" olan çift uyum ölçeği (ÇUÖ), Spainer tarafından 1976 yılında evli veya birlikte yaşayan çiftlerin algıladığı biçimiyle ilişkinin niteliğini değerlendirmek için geliştirilmiştir.

ÇUÖ çiftlerin algıladıkları biçimde ikili ilişkilerin özelliklerini ölçmek için geliştirilmiş 32 maddelik likert tipli bir ölçektir. Dört alt boyuttan oluşmaktadır; a) eşler arası tatmin alt boyutu, b) eşler arası bağlılık alt boyutu, c) eşler arası fikir birliği alt boyutu, d) duygusal ifade alt boyutu (Tablo 6). Ölçek farklı maddeler için beşli, altılı ve yedili likert tipi ölçüm sağlamaktadır. İki madde ise "evet" ve "hayır" seçeneklerinden oluşmaktadır. Maddelerin çoğunluğu 0-5 arasındaki değerlerin kullanıldığı altılı bir puanlama sistemi üzerinden değerlendirilir (her zaman anlaşıyoruz/anlaşamayız, her zaman/hiç bir zaman gibi). Ölçekten alınabilecek puanlar 0-151 arasında değişmektedir. Toplam uyum puanının yüksek oluşu bireyin ilişkisinin ya da evlilik uyumunun daha iyi olduğunu gösterir. Orijinal ölçeğin puan ortalamaları evli örneklem için 114.8 (SS±17.8), boşanmış örneklem için ise 70.7 (SS±23.8) dir. Tüm ölçek için güvenilirlik katsayısı 0.96 iken alt boyutlar için 0.73 ile 0.94 arasında değişmektedir. ÇUÖ'nün Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması 1997 yılında Fışiloğlu ve Demir tarafından yapılmıştır. Türk örneklemini için yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında; puan ortalaması erkeklerde 103.7 (SS±18.8) ve kadınlarda 105.2 (SS±18.4) olmak üzere ortalama 104.5 (SS±18.6) olarak bulunmuştur. Fışiloğlu ve Demir ölçeğin Cronbach Alfa değerini, 0.92 olarak bulmuştur. Alt boyutların güvenilirlik sonuçları 0.75 ile 0.83 arasındadır. Evlilik uyumunun ölçümü için kullanılan ÇUÖ'nün yapı geçerliliği çalışmasında evlilik uyum ölçeği (Locke-Wallace marital adjustment scale) kullanılmıştır. Locke-Wallace Evlilik Uyum Testiyle yapılan geçerlilik çalışmasında korelasyon .82 bulunmuştur. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Fışiloğlu'nun isteği üzerine, bu çalışmadaki ÇUÖ alfa değeri hesaplanmamıştır. (EK-6)

Tablo 6. Çift Uyum Ölçeği Alt Boyutları

Alt Boyut	Madde Numarası	Madde Sayısı (toplam 32 Madde)
Eşler arası tatmin	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32	10
Eşler arası bağlılık	1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	13
Eşler arası fikir birliği	24, 25, 26, 27, 28	5
Duygusal ifade	4, 6, 29, 30	4

3.2.7. Araştırma Planı ve Takvimi



Şekil 13. Araştırma Planı

3.2.7.1. Veri Toplama Süreci

Örneklem ölçütlerine uyan hastalar kontrol ve deney grubuna alınmıştır. Meme Polikliniği'ne gelen, kontrol ve deney grubuna alınan hastalara ve eşlerine araştırmanın amacı açıklanarak Bilgilendirilmiş Olur Formu imzalatılmıştır. Kontrol grubunda belirlenen örneklem sayısına (n: 45 çift) ulaşıldıktan sonra deney grubunun verileri alınmaya başlanmıştır. Kontrol grubundaki hastalar rutin hastanede verilen hizmetten yararlanmışlardır. Bu hasta grubuna verilen rutin hemşirelik bakımı klinikte, RT ve KT ünitelerinde görevli hemşireler tarafından yürütülmektedir. Ancak, fazla hasta sayısı ve iş yükü nedeniyle bu hastalara yeterli zaman ayrılamamaktadır. Deney grubundaki hastalara rutin hemşirelik bakımına ek olarak oluşturulan web tabanlı eğitim verilmiştir.

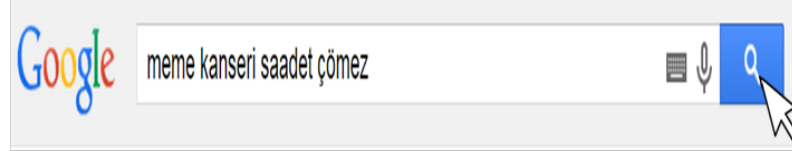
Çalışmaya katılmayı kabul eden, örneklem ölçütlerini karşılayan hastalar ve eşlerine Meme Polikliniği'nde hastalar ilk kontrole geldiğinde (ameliyattan 7-10 gün sonra) Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, Eş Tanıtıcı Bilgi Formu, Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme-Meme Kanseri Ölçeği (sadece hastalara) ve ÇUÖ yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Veri toplama araçları tamamlandıktan sonra deney grubundaki hastalara ve eşlerine web sitesine ilişkin bilgi verilerek, web sitesinin kullanımı ve tanıtımına yönelik hazırlanan broşür verilmiştir (Şekil 14). Broşürle birlikte araştırmacının telefon numarası hastalara ve eşlerine verilmiş olup, hastalar ve eşleri bir sorunla karşılaştıklarında ya da soruları olduğunda araştırmacıya telefonla ulaşabilmişlerdir.

Web sitesine ilişkin bilgi verildikten bir hafta sonra tüm hastalar telefonla aranmıştır. Web sitesini kullanmaya başlayan hastalar ve eşlerinin bir sorun yaşayıp yaşamadığı, kullanamayan hastaların ise kullanmamasının nedenleri görüşülmüştür. Kullanıma ilişkin sorun varsa araştırmacı tarafından giderilmiştir. Kadınların ve eşlerinin en az bir kez siteyi kullanmaları sağlanmıştır. Web sitesinde hastaların ve eşlerinin sorularını yazabilecekleri ve yanıt alabilecekleri bir bölüm bulunmaktadır. Girişim ve kontrol grubunda ilk verilerin toplanmasından üç ay sonra aynı ölçekler tekrar uygulanmıştır. Girişim grubu verileri tamamlandıktan sonra kontrol grubundaki hastalara oluşturulan web sitesine ilişkin bilgi verilmiş ve siteyi kullanabilmeleri için olanak sağlanmıştır.

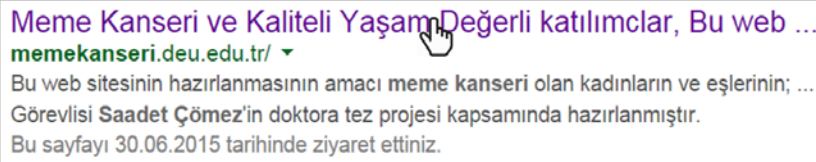
Değerli katılımcılar,

Hazırladığımız web sitesine kolaylıkla ulaşabilmek için aşağıdaki adımları izleyiniz.

1. Google arama mototruna **meme kanseri saadet çömez** yazınız ve arama butonunu tıklayınız.



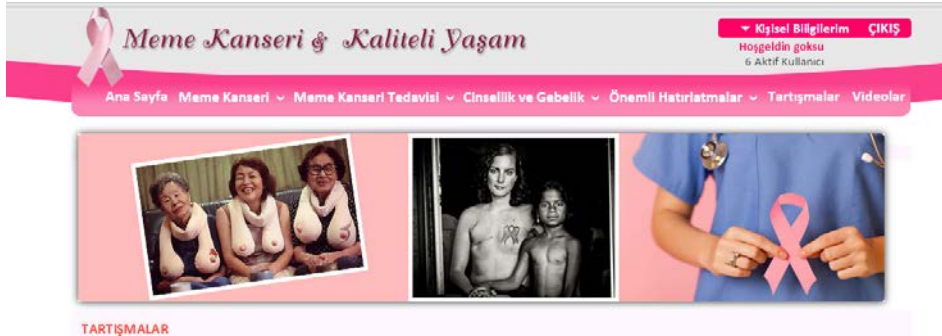
2. Arama sonucunda karşınıza çıkan aşağıdaki linki tıklayınız.



3. Karşınıza çıkan web sitesine giriş yapabilmemiz için **kullanıcı adı** ve **şifre** girmemiz gerekmektedir.



4. **Kullanıcı adınız:**bitişik harflerle adınız soyadınız (Örneğin; saadetçömez), **Şifreniz:** 123 **giriş** butonunu tıkladıktan sonra siteye giriş yapabilir ve incelemeye başlayabilirsiniz.



Şekil 14. Hastalar için Hazırlanan Web sitesine Giriş Akış Şeması

3.2.7.1.1. Web Tabanlı Eğitim ve Meme Kanseri ve Kaliteli Yaşam Web Sitesinin Yapılandırma Süreci

Web tabanlı eğitim, araştırmanın birinci aşamasında (nitel çalışmadan) belirlenen hasta ve eş deneyimlerinden ve literatürden yararlanılarak RUM'a göre hazırlanmıştır ve web sitesi üzerinden yürütülmüştür. “Meme Kanseri ve Kaliteli Yaşam” isimli web sitesi oluşturulmuş ve uzman görüşü alınmıştır. Meme Kanseri ve Kaliteli Yaşam web sitesi oluşturulurken, Dokuz Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (DEÜ BAP) tarafından maddi ve teknik destek alınmıştır. Hazırlanan teknik şartname doğrultusunda bir bilgisayar firması ile anlaşma yapılmış ve sitenin maddi gideri DEÜ BAP birimi tarafından karşılanmıştır. Tez süresince web sitesinin yazılım, tasarım ve geliştirilmesinden bu firma sorumlu olmuştur. Veri toplama aşamasında yaşanabilecek aksaklıklarda firma ile iletişime geçilmiş ve gerekli onarım firma tarafından sağlanmıştır. Sitenin içerisindeki bilimsel bilgi, video ve resim içeriği araştırmacı tarafından oluşturulup siteye yüklenmiştir. Sitenin içeriği danışman tarafından kontrol edilmiş ve bir genel cerrah, bir medikal onkolog, bir kemoterapi hemşiresi ve doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği alanında uzman bir öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır. Gelen uzman görüşleri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Site erişim adresi memekanseri.deu.edu.tr olarak belirlenmiştir. Sitenin kullanıcı profili yönetici (Araştırmacı) ve kullanıcı (meme kanseri olan hastalar ve eşleri) olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Yönetici, sitenin teknik yönetiminden ve kullanıcıların web sitesini kullanımının takibinden sorumlu olmuştur.

3.2.7.1.2 Meme Kanseri ve Kaliteli Yaşam Web Sitesi

Girişim grubunun izlemi ve takibi “Meme Kanseri ve Kaliteli Yaşam” web sitesi üzerinden gerçekleştirilmiştir. Sitenin giriş sayfasında kullanıcılar için ön bilgilendirme ve siteye giriş yapabilmeleri için “kullanıcı adı, şifre” bölümü yer almaktadır (Resim 1). Siteye sadece yönetici tarafından “kullanıcı adı ve şifre” verilen hasta ve eşleri giriş yapabilmektedir. Site üç aylık izlem sürecinde sadece 41 çiftin kullanımına açık olmuştur. Web sitesinin yapılandırılmasında konu ile ilgili resimler, ve dikkat çekici yazım teknikleri kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından çekilen kol omuz egzersizleri ve el yıkama videoları da web sitesinde yer almaktadır. Çekilen videolar danışman tarafından kontrol edilmiştir. Hastalar ve eşleri kullanıcı adı ve şifrelerini girdikten sonra anasayfa ekranını görmektedir (Resim 2). Anasayfada “altı ana başlık” ve “18 alt başlık” görülmektedir.



Resim 1. Meme Kanseri ve Kaliteli Yaşam Giriş Sayfası

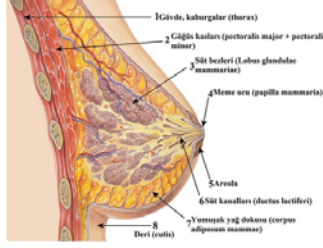


Resim 2. Meme Kanseri ve Kaliteli Yaşam Anasayfa Ekranı

1. Ana Başlık: Meme Kanseri; memenin yapısı (Resim 3), meme kanseri (Resim 4), belirti ve bulguları, risk grubu, korunma yolları (Resim 5), erken tanı yöntemleri alt başlıklarından oluşmaktadır.

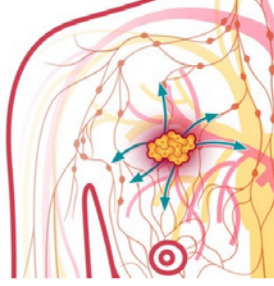
Memenin Yapısı

- Meme göğüs duvarının ön yüzünde bulunur.
- Dıştan içe doğru deri, derialtı yağ dokusu ve meme dokusundan oluşur.
- Memenin yaklaşık %85'i yağ dokusudur.
- Her bir meme bezinde üzüm salkımı görünümünde yapılar olup kendilerine ait bir kanalla meme başına açılır.
- Bu toplayıcı kanallar areolanın (meme ucundaki kahverengi alan) altında süt kanallarına dönüşür.



Resim 3. Memenin Yapısı Alt Başlık Ekranı

- Meme kanseri, meme dokusundaki hücrelerin kontrolsüzce çoğalmasıdır.
- Meme kanserinin görülme olasılığı; üst dış kadranda %45 (fazla miktarda meme dokusu içerdiği için), meme ucu çevresinde %25, üst iç kadranda %15, alt dış kadranda %10, alt iç kadranda %5 oranındadır.
- Dünyada yaklaşık iki buçuk milyon meme kanseri olan kadın bulunmaktadır.
- Türkiye'de ise meme kanseri kadınlarda görülen kanserler arasında birinci sırada (yüz binde 45.10) yer almaktadır.



Resim 4. Meme Kanseri Nedir? Alt Başlık Ekranı

Korunma Yolları Nelerdir?

- Meme Kanserinden korunmanın **temel hedefi** hastalığın oluşma sıklığının azaltılmasıdır.

Meme kanserinden korunmak için neler yapmalısınız?

- Kalori alımını dengeleyin



- Yaşam boyu aşırı kilo almaktan kaçının



Resim 5. Korunma Yolları Nelerdir? Alt Başlık Ekranı

2. Ana Başlık: Meme Kanseri Tedavisi; cerrahi tedavi yöntemleri, rekonstrüksiyon (Resim 6), kemoterapi (Resim 7), radyoterapi (Resim 8), hormonoterapi ve hedefe yönelik tedavi ve yan etkileri alt başlıklarından oluşmaktadır.



Resim 6. Meme Rekonstrüksiyonu Alt Başlık Ekranı



Resim 7. Kemoterapi ve Yan Etkileri Alt Başlık Ekranı

memekanseri.deu.edu.tr/metin.aspx?ID=1409

Meme Kanseri & Kaliteli Yaşam

Hosgeldin goksu
7 Aktif Kullanıcı
ÇIKIŞ

Ana Sayfa Meme Kanseri Meme Kanseri Tedavisi Cinsellik ve Gebelik Önemli Habirler Tarihçeler Videolar Kişisel Bilgilerim

Radyoterapi ve yan etkileri

*Işın tedavisi olarak da bilinen radyoterapi, radyasyon adı verilen ışın tanecikleri ile hastalığın tedavi edilmesidir.

Meme kanserinde radyoterapi:

- Memede ya da koltukaltında kalabilecek tümörün yok edilmesine yardımcı olur,
- Hastalığın tekrar etme (nüks) riskini azaltır,
- Sağ kalımı artırır.



Resim 8. Radyoterapi ve Yan Etkileri Alt Başlık Ekranı

3. Ana Başlık: Cinsellik ve Gebelik; meme kanseri ve cinsellik (Resim 9), gebe kalma zamanı (Resim 10), emzirme(Resim 11), gebelikten korunma alt başlıklarından oluşmaktadır.

memekanseri.deu.edu.tr/metin.aspx?ID=1413

Meme Kanseri & Kaliteli Yaşam

Hosgeldin goksu
7 Aktif Kullanıcı
ÇIKIŞ

Ana Sayfa Meme Kanseri Meme Kanseri Tedavisi Cinsellik ve Gebelik Önemli Habirler Tarihçeler Videolar Kişisel Bilgilerim

Meme Kanseri ve Cinsellik

*Mastektomi, hormonoterapi, radyoterapi ve kemoterapinin yan etkileri nedeniyle meme kanseri diğer kanser türlerinden daha çok cinsel işlev bozukluğuna, beden imajı değişikliklerine neden olabilmektedir.



Resim 9. Meme Kanseri ve Cinsellik Alt Başlık Ekranı

memekanseri.deu.edu.tr/metin.aspx?ID=1414

Meme Kanseri & Kaliteli Yaşam

Hosgeldin goksu
7 Aktif Kullanıcı
ÇIKIŞ

Ana Sayfa Meme Kanseri Meme Kanseri Tedavisi Cinsellik ve Gebelik Önemli Habirler Tarihçeler Videolar Kişisel Bilgilerim


Ne zaman gebe kalabilirim?

*Kanser tedavisi sırasında östrojen baskılanmasına bağlı olarak doğurganlık kalıcı ya da geçici olarak etkilenebilir.

*Bu durum tedavinin tipine ve dozuna bağlı olarak değişir.

*Kemoterapi tedavisi sırasında ve sonrasında adet görmeyebilirsiniz.

*Bunun süresi yaşınız, kemoterapinin tipi ve dozu ile yakından ilişkilidir.



Resim 10. Ne Zaman Gebe Kalabilirim? Alt Başlık Ekranı

memekanseri.deu.edu.tr/metin.aspx?ID=1416

Meme Kanseri & Kaliteli Yaşam

Hosgeldin goku
7 Aktif kullanıcı
ÇIKIŞ


Ana Sayfa Meme Kanseri Meme Kanseri Tedavisi Cinsellik ve Gebelik Önemli Hatırlatmalar Tartışmalar Videolar Kişisel Bilgilerim

Bebeğimi emzirebilir miyim?

*Kemoterapi, radyoterapi ya da hormonoterapi sırasında, kadınların emzirmesi [önerilmemektedir](#).

*Emzirme sırasında kemoterapi ve hormonoterapi almıyorsanız bebeğinizi emzirirkenizde sakınca yoktur.

*Meme koruyucu cerrahi geçiren ve radyoterapi uygulanan memede emzirme %40 oranında başarısız olmaktadır.



Resim 11. Bebeğimi Emzirebilir miyim? Alt Başlık Ekranı

4. Ana Başlık: Önemli Hatırlatmalar; kontrol zamanı ve sağlıklı yaşam önerileri alt başlıklarından oluşmaktadır (Resim 12).

memekanseri.deu.edu.tr/metin.aspx?ID=1418

Meme Kanseri & Kaliteli Yaşam

Hosgeldin goku
7 Aktif kullanıcı
ÇIKIŞ

Ana Sayfa Meme Kanseri Meme Kanseri Tedavisi Cinsellik ve Gebelik Önemli Hatırlatmalar Tartışmalar Videolar Kişisel Bilgilerim

Sağlıklı yaşam önerileri

[Beslenme](#)

*Kalori alımını dengeleyin

*Yaşam boyu aşırı kilo almaktan kaçının

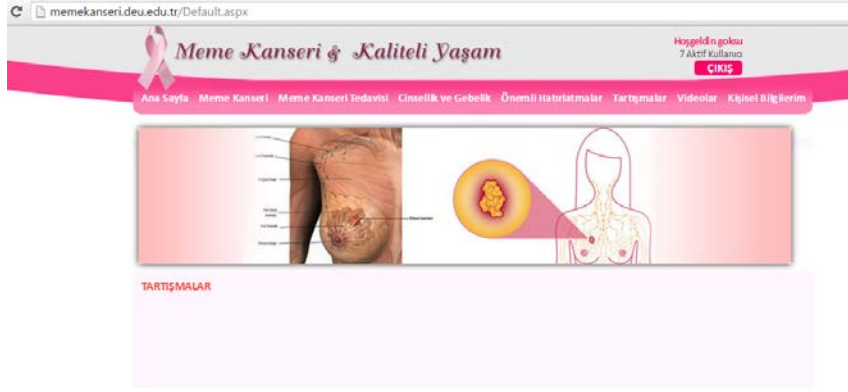
*Aşırı kilolu [Beden kitle indeksi $25\text{kg}/\text{m}^2$ 'nin üzerinde] veya obezseniz [Beden kitle indeksi $30\text{kg}/\text{m}^2$ 'nin üzerinde] kilo verin

*Yağ alımını azaltın



Resim 12. Sağlıklı Yaşam Önerileri Alt Başlık Ekranı

5. Ana Başlık: Tartışmalar; Hasta ve eşlerin diğer hastalara, eşlere ve yönetice açık olarak sormak ya da önermek istedikleri konuları paylaşabildikleri menüdür. Hastalar ve eşleri bu bölümü kullanmamışlardır. Siteyi kullanmaya başladıktan sonra hastalara bu bölümü kullanarak sormak ya da önermek istedikleri konuları paylaşabilecekleri hatırlatılmış, ancak herhengi bir tartışma konusu açılmamıştır (Resim 13).

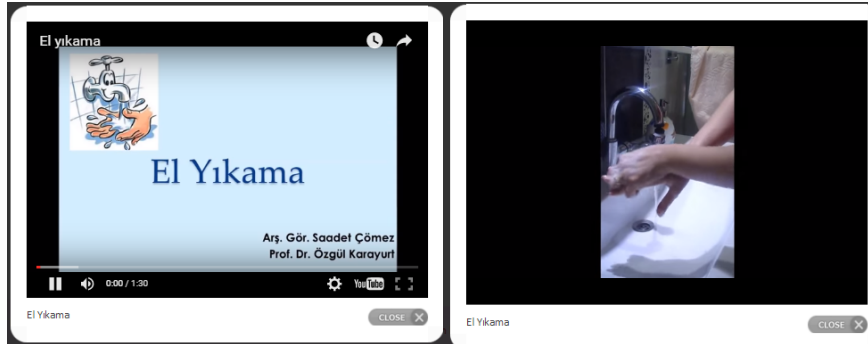


Resim 13. Tartışmalar Ekranı

6. Ana Başlık: Videolar; bu bölümde araştırmacı tarafından çekilen kol omuz egzersizleri (Resim 14), el yıkama (Resim 15) ve video paylaşım sitesinden uzantı verilen kendi kendine meme muayenesi ve gevşeme egzersizi videoları yer almaktadır.

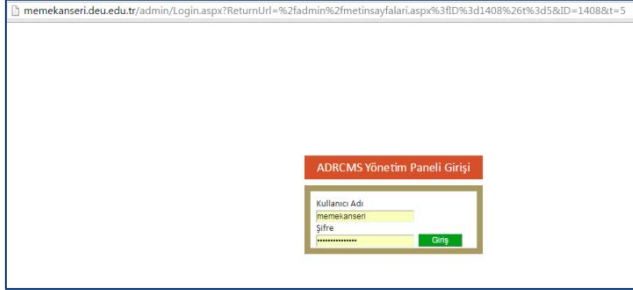


Resim 14. Kol Omuz Egzersizleri Video Ekranı

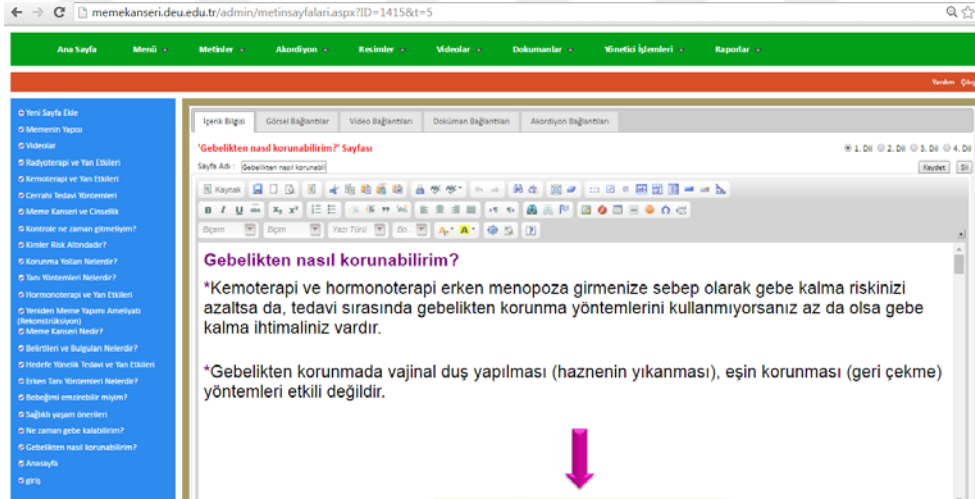


Resim 15. El Yıkama Video Ekranı

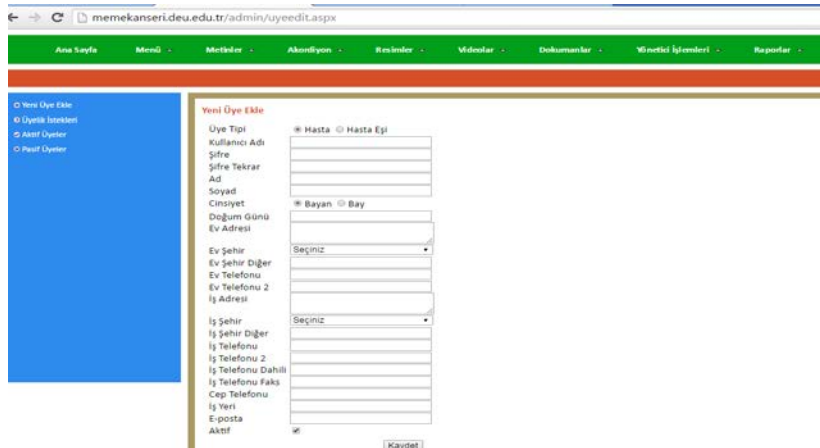
Yönetici Paneli: site yöneticilerinin (araştırmacı ve firma yetkilileri) ulaşabildiği bölümdür (Resim 16). Araştırmacı bu bölümü kullanarak sitenin iç düzenini sağlayabilmekte, metin sayfaları bölümünden yazılı ve görsel materyalleri ekleyebilmekte (Resim 17) ve yönetici işlemleri bölümünden hastalar ve eşlerine kullanıcı adı ve şifre verebilmektedir (Resim 18).



Resim 16. Yönetici Paneli Giriş Ekranı



Resim 17. Metin Sayfaları Ekranı



Resim 18. Üye Ekleme Ekranı

3.2.7.2. Rutin Hemşirelik Bakımı

Kontrol grubundaki hastalara verilen rutin hemşirelik bakımı poliklinikte, klinikte, RT ve KT ünitelerinde görevli hemşireler tarafından yürütülmektedir. Klinikte hastalara ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımı uygulanmaktadır. Poliklinikte bir hemşire görev yapmaktadır. Hemşire hastaların izlemlerini yapmakta, yara yeri, dren bakımı ve lenfödemi önlemeye ilişkin bilgiler vermektedir. RT ünitesinde her gün üç hemşire görev yapmaktadır. Radyoterapi ile eş zamanlı uygulanan KT hastalarının tedavileri uygulanmaktadır. Ayaktan KT ünitesinde kemoterapi almak için gelen hastaların günlük tedavileri yapılmaktadır. Ayaktan KT ünitesinde toplam altı hemşire görevlidir. KT servisinde hastalara KT uygulanmakta, aynı zamanda hastaların destek bakımları da sağlanmaktadır.

3.2.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 15.0 kullanılmıştır.

- Kadınların ve eşlerinin tanıtıcı bilgilerinin değerlendirilmesi tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde ile incelenmiştir.

Kadınların;

- Web tabanlı eğitim alan (Girişim) ve almayan (kontrol) grubuna alınan kadınların yaşam kalitesi ve çift uyumunu etkileyebilecek faktörler (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, ameliyat tipi, kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapi alma durumu) açısından benzerliği bağımsız gruplarda t-testi ve ki-kare analizi ile,

- Girişim ve kontrol grubuna alınan kadınların yaşam kalitesi ve çift uyumu puan ortalamaları arasındaki fark bağımsız gruplarda t-testi ile,

- Girişim grubuna alınan kadınların eğitim öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ve çift uyumu puan ortalamalarının arasındaki fark bağımlı gruplarda t-testi ile,

Eşlerin;

- Web tabanlı eğitim alan (Girişim) ve almayan (kontrol) grubuna alınan eşlerin yaşam kalitesi ve çift uyumunu etkileyebilecek faktörler (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu) açısından benzerliği bağımsız gruplarda t-testi ve ki-kare analizi ile,

- Girişim ve kontrol grubuna alınan eşlerin yaşam kalitesi ve çift uyumu puan ortalamaları arasındaki fark bağımsız gruplarda t-testi ile,

- Girişim grubuna alınan eşlerin eğitim öncesi ve sonrası çift uyumu puan ortalamalarının arasındaki fark bağımlı gruplarda t-testi ile incelenmiştir.

3.2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemini tek hastaneyle sınırlandırılmıştır ve hastaların eşlerine ulaşılmasında sıkıntı yaşandığı için 16 eş ile telefon görüşmesi yapılarak veriler toplanmıştır. Kadınların ve eşlerinin siteye giriş sayılarını belirleyen arayüz bütçe yetersizliğinden dolayı web sitesine eklenememiştir. Bu nedenle kadınların ve eşlerinin siteye giriş sayıları belirlenememiştir.

3.2.10. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi için girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulu değerlendirme komisyonundan onay (29.03.2012 tarih, 2012/12-06 sayılı, 599-GOA protokol numaralı) alınmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında kullanılacak olan veri toplama araçlarının soru sayıları; Tanıtıcı Bilgi Formu: 10 madde, FACT-B: 36 madde, PAİS: 46 madde ve Çift Uyum Ölçeği: 32 olmak üzere toplamda 124 maddedir. Bu durumun hastaların ölçekleri doldurmalarına engel olacağı ve doğru sonuçları yansıtamayacağı göz önünde bulundurularak üçüncü tez izleme toplantısında oy birliği ile 46 madde olan PAİS ölçeğinin çıkarılmasına karar verilmiştir. Bu doğrultuda tez başlığı değişikliği talebi için Dokuz Eylül Üniversitesi girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulu değerlendirme komisyonuna başvurulmuş (10.04.2014 tarih, 2014/14-24 sayılı, 559-GOA protokol numaralı) ve değişiklik onaylanmıştır. Çalışmanın başlığı “Meme Kanseri Olan Kadınlar ve Eşleri İçin Oluşturulan Web Tabanlı Eğitimin Yaşam Kalitesi, Hastalık ve Eş Uyumuna Etkisi” yerine “Meme Kanseri Olan Kadınlar ve Eşleri İçin Oluşturulan Web Tabanlı Eğitimin Yaşam Kalitesi ve Eş Uyumuna Etkisi” olmuştur. Çalışmaya alınacak bireylere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek, çalışmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onam alınmıştır. (EK-I)

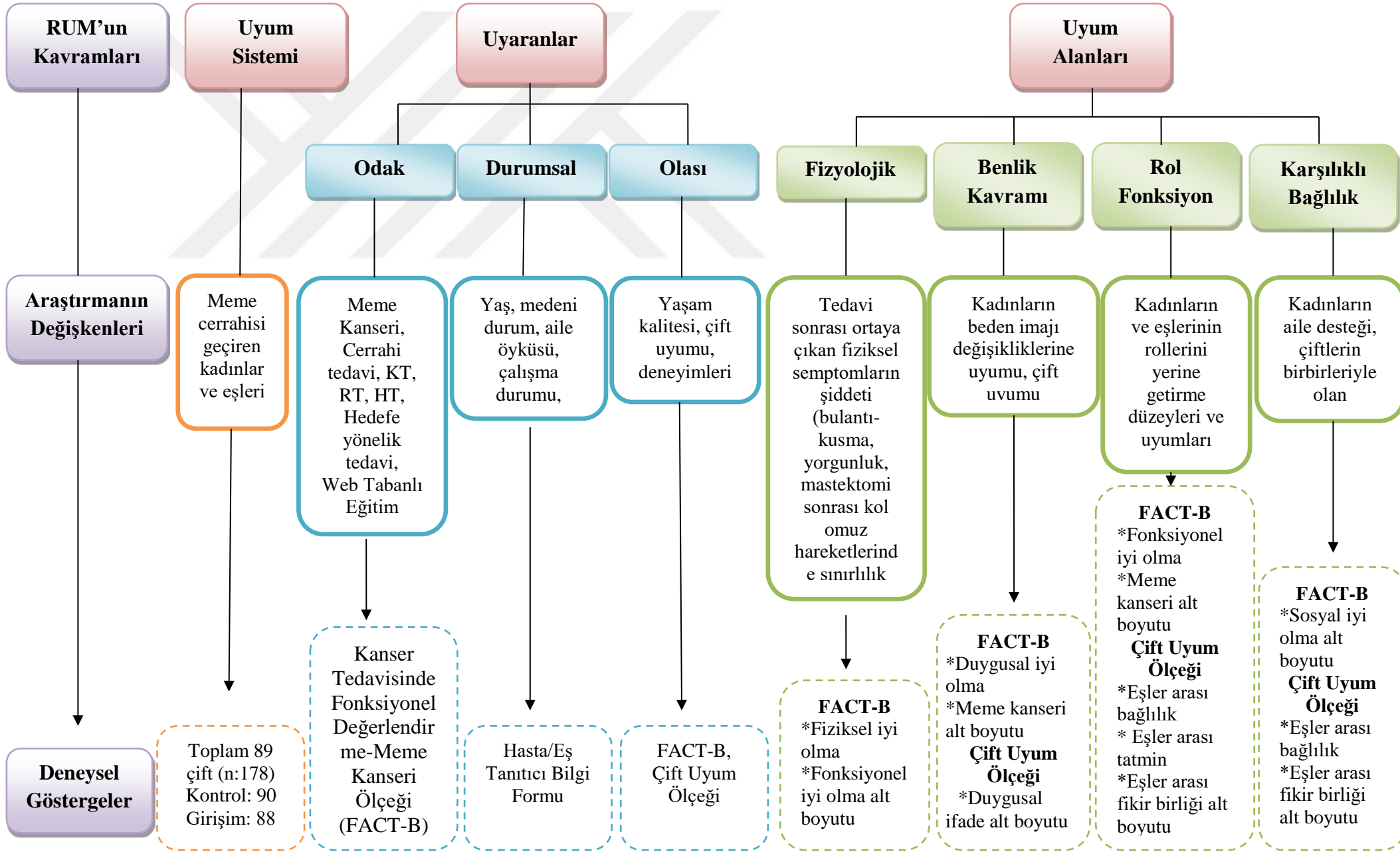
3.2.11. Araştırmanın Kavramsal, Teorik ve Deneysel Yapısı

Araştırmanın kavramsal, teorik ve deneysel (Conceptual-Theoretical-Empirical [CTE]) RUM'a göre oluşturulmuştur. Araştırmanın teorik yapısının araştırmayla ilgili değişkenler oluşturmaktadır. Deneysel yapısı ise; araştırmanın deneysel göstergelerinden oluşmaktadır. Araştırmanın RUM'a göre oluşturulmuş kavramsal, teorik ve deneysel yapısı Şekil 15'te gösterilmiştir.

Araştırmada RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim ile kadınların ve eşlerinin fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarına etki etmek amaçlanmıştır. Etkilenen alanlar Kansere Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme-Meme Kanseri Ölçeği (FACT-B) (sadece hastalara) ve ÇUÖ ile değerlendirilmiş ve takip edilmiştir.

Bu doğrultuda RUM'a göre yapılandırılan web tabanlı eğitim ile kadınların yaşam kalitelerinin artması, kadınların ve eşlerinin çift uyumlarının artması amaçlanmıştır.





Şekil 15. Araştırmanın Roy Uyum Modeline Göre Teorik, Kavramsal ve Deneysel Yapısı

4.2. BULGULAR

Araştırmanın bulguları, kadınların ve eşlerinin sosyodemografik özellikleri ve web tabanlı eğitimin yaşam kalitesi ile çift uyumu düzeyine etkisi olmak üzere iki başlık altında verilmiştir.

4.2.1 Kadınların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki meme kanseri olan kadınların sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 8'de verilmiştir. Girişim grubunda yer alan kadınların yaşları 35 ile 75 arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları 49.63 ± 10.36 'dır. Kadınların %61.0'ı ilköğretim mezunu, %61.0'ı çalışmıyor, %63.4'ünün geliri giderine denk ve fazla, %61.0'ı evre I meme kanseri, %63.4'ü mastektomi ameliyatı geçirmiş, %70.7'sine aksiller diseksiyon uygulanmış, %80.5'i kemoterapi almamıştır (Tablo 8). Kontrol grubunda yer alan kadınların yaşları 31 ile 66 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 48.40 ± 8.33 'tür. Kadınların %54.8'i ilköğretim mezunu, %71.4'ü çalışmıyor, %71.4'ünün geliri giderine denk ve fazla, %52.4'ü evre II meme kanseri, %52.4'ü mastektomi ameliyatı geçirmiş, %76.2'sine aksiller diseksiyon uygulanmış, %78.6'sı kemoterapi almamıştır (Tablo 8).

Girişim ve kontrol grubundaki kadınlar arasında yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, meme kanserinin evresi, ameliyat tipi, aksiller diseksiyon uygulanma durumu ve kemoterapi alma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Girişim Grubu ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Girişim Grubu n=41 $\bar{x} \pm SS$	Kontrol Grubu n=42 $\bar{x} \pm SS$	t	p*
Yaş (yıl)	49.63±10.36 (min:35- max:75)	48.40±8.33 (min:31-max 66)	0.596	0.553
	n(%)	n(%)	χ^2	p*
Eğitim Durumu				
İlköğretim	25 (61.0)	23 (54.8)	0.352	0.838
Lise	8 (19.5)	9 (21.4)		
Üniversite ve üzeri	8 (19.5)	10 (23.8)		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	16 (39.0)	12 (28.6)	1.014	0.314
Çalışmıyor	25 (61.0)	30 (71.4)		
Gelir Durumu				
Gelir giderden az	15 (36.6)	12 (28.6)	0.607	0.436
Gelir gidere denk ve fazla	26 (63.4)	30 (71.4)		
Meme Kanserinin Evresi				
Evre I	25 (61.0)	20 (47.6)	1.491	0.222
Evre II	16 (39.0)	22 (52.4)		
Ameliyat Tipi				
Mastektomi	26 (63.4)	22 (52.4)	1.036	0.309
Meme Koruyucu Cerrahi	15 (36.6)	20 (47.6)		
Aksiller Diseksiyon Durumu				
Evet	29 (70.7)	32 (76.2)	0.317	0.573
Hayır	12 (29.3)	10 (23.8)		
Kemoterapi Alma Durumu				
Evet	8 (19.5)	9 (21.4)	0.047	0.829
Hayır	33 (80.5)	33 (78.6)		
Radyoterapi Alma Durumu				
Evet	26 (63.4)	22 (52.4)	1.036	0.309
Hayır	15 (36.6)	20 (47.6)		
Hormonoterapi Alma Durumu				
Evet	8 (19.5)	9 (21.4)	0.047	0.829
Hayır	33 (80.5)	33 (78.6)		

SS: Standart sapma, t:Bağımsız gruplarda t testi, χ^2 : Ki-Kare analizi *p>0.05

4.2.2 Eşlerinin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki meme kanseri olan kadınların eşlerinin sosyodemografik özellikleri Tablo 9’de verilmiştir. Girişim grubunda yer alan eşlerin yaşları 38 ile 78 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 53.36 ± 10.05 ’tir. Eşlerin %56.0’ı ilköğretim mezunu, %56.1’i çalışmıyor, %68.3’ünün geliri giderine denk ve fazladır (Tablo 9). Kontrol grubunda yer alan eşlerin yaşları 32 ile 65 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 52.02 ± 8.74 ’tir. Eşlerin %42.9’u ilköğretim mezunu, %52.4’ü çalışmıyor, %61.9’unun geliri giderine denk ve fazladır (Tablo 9).

Girişim ve kontrol grubundaki eşler arasında yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Girişim Grubu ve Kontrol Grubundaki Eşlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Girişim Grubu n=41 $\bar{x} \pm SS$	Kontrol Grubu n=42 $\bar{x} \pm SS$	t	p*
Yaş (yıl)	53.36 ± 10.05 (min:38- max:78)	52.02 ± 8.74 (min:32-max 65)	0.649	0.518
	n(%)	n(%)	χ^2	p*
Eğitim Durumu				
İlköğretim	23 (56.0)	18 (42.9)		
Lise	9 (22.0)	15 (35.7)	2.098	0.350
Üniversite ve üzeri	9 (22.0)	9 (21.4)		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	18 (43.9)	22 (52.4)	0.597	0.440
Çalışmıyor	23 (56.1)	20 (47.6)		
Gelir Durumu				
Gelir giderden az	13 (31.7)	16 (38.1)	0.372	0.542
Gelir gidere denk ve fazla	28 (68.3)	26 (61.9)		

SS: Standart sapma, t:Bağımsız gruplarda t testi, χ^2 : Ki-Kare analizi *p>0.05

4.2.3 Web Tabanlı Eğitimin Yaşam Kalitesi ile Çift Uyum Düzeyine Etkisi

Girişim ve kontrol grubuna alınan kadınların yaşam kalitesi ve çift uyumu puan ortalamaları, eşlerin çift uyumu puan ortalamaları iki ölçüm ile değerlendirilmiştir. Girişim öncesi(baseline) değerlendirmesi ve taburculuk sonrasında üçüncü ay değerlendirmesi yapılmıştır.

4.2.3.1. Girişim ve Kontrol Grubunun Başlangıç Verilerinin Karşılaştırılması

4.2.3.1.1. Yaşam Kalitesi

Girişim ve kontrol grubuna alınan kadınların başlangıç yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları Tablo 10'da gösterilmiştir. Girişim grubundaki kadınların yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması 95.41 ± 20.05 iken kontrol grubundaki kadınların yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması 104.52 ± 17.55 'tir. Kadınların başlangıç yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p:0.130$).

Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarına göre girişim grubundaki kadınların puan ortalamaları; fiziksel iyi olma 18.82 ± 6.83 , sosyal/aile iyi olma 20.39 ± 4.84 , duygusal iyi olma 16.09 ± 6.21 , fonksiyonel iyi olma 17.02 ± 5.10 ve meme kanseri 23.07 ± 4.94 'tür. Kontrol grubundaki kadınların puan ortalamaları; fiziksel iyi olma 21.23 ± 5.96 , sosyal/aile iyi olma 24.66 ± 2.36 , duygusal iyi olma 16.66 ± 6.37 , fonksiyonel iyi olma 18.73 ± 3.37 ve meme kanseri 23.21 ± 5.74 'tür. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların yaşam kalitesinin fiziksel iyi olma, sosyal/aile iyi olma, duygusal iyi olma, fonksiyonel iyi olma ve meme kanseri alt boyutlarının başlangıç ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Başlangıç Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Gruplar		t	p*
	Girişim (n:41)	Kontrol (n:42)		
Yaşam Kalitesi (FACT-B)	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Toplam Puan	95.41 ± 20.05	104.52 ± 17.55	1.203	0.130
Alt Boyutlar				
Fiziksel iyi olma	18.82 ± 6.83	21.23 ± 5.96	1.712	0.091
Sosyal/aile iyi olma	20.39 ± 4.84	24.66 ± 2.36	1.132	0.060
Duygusal iyi olma	16.09 ± 6.21	16.66 ± 6.37	0.412	0.682
Fonksiyonel iyi olma	17.02 ± 5.10	18.73 ± 3.37	1.808	0.074
Meme kanseri	23.07 ± 4.94	23.21 ± 5.74	0.120	0.905

SS:Standart sapma, t:Bağımsız gruplarda t-testi *p > 0.05

4.2.3.1.2. Çift Uyumu

Girişim ve kontrol grubuna alınan kadınların başlangıç çift uyumu puan ortalamaları Tablo 11’de gösterilmiştir. Girişim grubundaki kadınların çift uyumu toplam puan ortalaması 117.97 ± 9.06 iken kontrol grubundaki kadınların çift uyumu toplam puan ortalaması 122.52 ± 20.31 ’dir. Girişim ve kontrol grubuna alınan kadınların çift uyumu başlangıç puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p:0.193) (Tablo 11).

Çift uyumu ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde girişim grubundaki kadınların puan ortalamaları; eşler arası tatmin 40.02 ± 2.39 , eşler arası bağlılık 17.53 ± 2.49 , eşler arası fikir birliği 50.46 ± 5.25 , duygusal ifade 9.95 ± 1.30 ’dur. Kontrol grubundaki kadınların ise puan ortalamaları; eşler arası tatmin 40.47 ± 6.68 , eşler arası bağlılık 16.61 ± 4.52 , eşler arası fikir birliği 55.47 ± 11.26 , duygusal ifade 9.95 ± 2.19 ’dur. Girişim ve kontrol grubuna alınan kadınların eşler arası tatmin, eşler arası bağlılık ve duygusal ifade başlangıç puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken (p>0.05), eşler arası fikir birliği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 11).

Tablo 11. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Kadınların Başlangıç Çift Uyumu Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Gruplar		t	p*
	Girişim (n:41)	Kontrol (n:42)		
Çift Uyumu	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Toplam Puan	117.97 \pm 9.06	122.52 \pm 20.31	1.312	0.193
Alt Boyutlar				
Eşler arası tatmin	40.02 \pm 2.39	40.47 \pm 6.68	0.408	0.684
Eşler arası bağlılık	17.53 \pm 2.49	16.61 \pm 4.52	1.140	0.258
Eşler arası fikir birliği	50.46 \pm 5.25	55.47 \pm 11.26	2.588	0.011
Duygusal ifade	9.95 \pm 1.30	9.95 \pm 2.19	0.003	0.998

SS:Standart sapma, t:Bağımsız gruplarda t-testi *p > 0.05

Girişim grubundaki eşlerin başlangıç çift uyumu toplam puan ortalaması 115.29 \pm 9.47 iken kontrol grubundaki eşlerin çift uyumu toplam puan ortalaması 119.66 \pm 18.19'dur. Eşlerin başlangıç çift uyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p:0.175) (Tablo 12).

Çift uyumu ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde girişim grubundaki eşlerin puan ortalamaları; eşler arası tatmin 40.36 \pm 3.58, eşler arası bağlılık 16.41 \pm 3.18, eşler arası fikir birliği 48.51 \pm 4.98, duygusal ifade 10.00 \pm 1.16'dır. Kontrol grubundaki eşlerin puan ortalamaları; eşler arası tatmin 40.40 \pm 5.49, eşler arası bağlılık 15.16 \pm 4.41, eşler arası fikir birliği 54.19 \pm 10.16, duygusal ifade 9.90 \pm 1.98'dir. Girişim ve kontrol grubuna alınan eşlerin eşler arası tatmin, eşler arası bağlılık ve duygusal ifade alt boyutlarında başlangıç puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken (p>0.05), eşler arası fikir birliği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 12).

Tablo 12. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Eşlerin Başlangıç Çift Uyumu Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Gruplar		t	p*
	Girişim (n:41)	Kontrol (n:42)		
Çift Uyumu	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Toplam Puan	115.29 ± 9.47	119.66 ± 18.19	1.369	0.175
Alt Boyutlar				
Eşler arası tatmin	40.36 ± 3.58	40.40 ± 5.49	0.038	0.970
Eşler arası bağlılık	16.41 ± 3.18	15.16 ± 4.41	1.473	0.145
Eşler arası fikir birliği	48.51 ± 4.98	54.19 ± 10.16	3.218	0.020
Duygusal ifade	10.00 ± 1.16	9.90 ± 1.98	0.266	0.791

SS:Standart sapma, t:Bağımsız gruplarda t-testi *p > 0.05

4.2.3.2. Web Tabanlı Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi

Girişim ve kontrol grubuna alınan kadınların üçüncü ay yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; girişim grubundaki kadınların yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının 107.17 ± 13.17 , kontrol grubundaki kadınların yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının ise 92.97 ± 11.76 olduğu saptanmıştır. Kadınların üçüncü ay yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p: 0.000) (Tablo 13).

Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarına göre girişim grubundaki kadınların puan ortalamaları; fiziksel iyi olma 19.85 ± 2.46 , sosyal/aile iyi olma 24.02 ± 2.90 , duygusal iyi olma 19.85 ± 3.77 , fonksiyonel iyi olma 19.70 ± 2.90 ve meme kanseri 23.73 ± 4.84 'tür. Kontrol grubundaki kadınların puan ortalamaları; fiziksel iyi olma 16.76 ± 5.78 , sosyal/aile iyi olma 24.19 ± 2.00 , duygusal iyi olma 15.14 ± 6.34 , fonksiyonel iyi olma 17.54 ± 2.79 ve meme kanseri 19.30 ± 5.40 'tır. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların yaşam kalitesinin fiziksel iyi olma, duygusal iyi olma, fonksiyonel iyi olma ve meme kanseri alt boyutlarında üçüncü ay ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken (p<0.05), sosyal/aile iyi olma alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 13).

Tablo 13. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Üçüncü Ay Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi	Gruplar		t	p*
	Girişim (n:41)	Kontrol (n:42)		
	$\bar{x} \pm SS^{\#}$	$\bar{x} \pm SS$		
FACT-B				
Toplam Puan	107.17 ± 13.17	92.97 ± 11.76	5.146	0.000
Alt Boyutlar				
Fiziksel iyi olma	19.85 ± 2.46	16.76 ± 5.78	3.152	0.002
Sosyal/aile iyi olma	24.02 ± 2.90	24.19 ± 2.00	0.310	0.757
Duygusal iyi olma	19.85 ± 3.77	15.14 ± 6.34	4.098	0.000
Fonksiyonel iyi olma	19.70 ± 2.90	17.54 ± 2.79	3.454	0.001
Meme kanseri	23.73 ± 4.84	19.30 ± 5.40	3.921	0.000

SS:Standart sapma, t:Bağımsız gruplarda t-testi *p < 0.05

Girişim grubundaki kadınların web tabanlı eğitim öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 14).

Tablo 14. Girişim Grubundaki Kadınların Web Tabanlı Eğitim Öncesi ve Sonrası Üçüncü Ayda Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi FACT-B	Eğitim Öncesi (n:41)	Eğitim Sonrası Üçüncü Ay (n:41)	t	p*
	$\bar{x} \pm SS^{\#}$	$\bar{x} \pm SS$		
Toplam Puan	95.41 ± 20.05	107.17 ± 13.17	3.727	0.001
Alt Boyutlar				
Fiziksel iyi olma	18.82 ± 6.83	19.85 ± 2.46	3.152	0.002
Sosyal/aile iyi olma	20.39 ± 4.84	24.02 ± 2.90	5.449	0.000
Duygusal iyi olma	16.09 ± 6.21	19.85 ± 3.77	3.830	0.000
Fonksiyonel iyi olma	17.02 ± 5.10	19.70 ± 2.90	4.233	0.000
Meme kanseri	23.07 ± 4.94	23.73 ± 4.84	3.921	0.000

SS:Standart sapma, t:Bağımlı gruplarda t-testi *p < 0.05

4.2.3.3. Web Tabanlı Eğitimin Çift Uyumuna Etkisi

Girişim ve kontrol grubuna alınan kadınların üçüncü ay çift uyumu puan ortalamaları incelendiğinde; girişim grubundaki kadınların çift uyumu toplam puan ortalamasının 125.82 ± 9.23 , kontrol grubundaki kadınların çift uyumu toplam puan ortalamasının 114.95 ± 10.02 olduğu saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubuna alınan kadınların üçüncü ay çift uyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p:0.000$) (Tablo 15).

Çift uyumu ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde girişim grubundaki kadınların üçüncü ay puan ortalamaları; eşler arası tatmin 41.19 ± 2.46 , eşler arası bağlılık 18.19 ± 3.09 , eşler arası fikir birliği 56.12 ± 5.06 , duygusal ifade 10.31 ± 1.45 'tir. Kontrol grubundaki kadınların üçüncü ay puan ortalamaları; eşler arası tatmin 40.33 ± 3.22 , eşler arası bağlılık 16.16 ± 3.01 , eşler arası fikir birliği 48.64 ± 5.32 , duygusal ifade 9.80 ± 1.31 'dir. Girişim ve kontrol grubuna alınan kadınların eşler arası bağlılık ve eşler arası fikir birliği üçüncü ay puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p<0.05$), eşler arası tatmin ve duygusal ifade puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Üçüncü Ay Çift Uyum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Gruplar		t	p*
	Girişim (n:41)	Kontrol (n:42)		
Çift Uyum	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Toplam Puan	125.82 ± 9.23	114.95 ± 10.02	5.138	0.000
Alt Boyutlar				
Eşler arası tatmin	41.19 ± 2.46	40.33 ± 3.22	1.367	0.175
Eşler arası bağlılık	18.19 ± 3.09	16.16 ± 3.01	3.024	0.003
Eşler arası fikir birliği	56.12 ± 5.06	48.64 ± 5.32	6.555	0.000
Duygusal ifade	10.31 ± 1.45	9.80 ± 1.31	1.669	0.099

SS:Standart sapma, t:Bağımsız gruplarda t-testi * $p < 0.05$

Girişim grubundaki kadınların web tabanlı eğitim öncesi ve sonrası çift uyumu ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p:0.001$).

Eşler arası tatmin, eşler arası bağlılık ve eşler arası fikir birliği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p < 0.05$) (Tablo), duygusal ifade alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.242$) (Tablo 16).

Tablo 16. Girişim Grubundaki Kadınların Web Tabanlı Eğitim Öncesi ve Sonrası Üçüncü Ayda Çift Uyum Ölçeği Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	t	p*
	(n:41)	Üçüncü Ay (n:41)		
Çift Uyumu Ölçeği	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Toplam Puan	117.97 \pm 9.06	125.82 \pm 9.23	3.780	0.001
Alt Boyutlar				
Eşler arası tatmin	40.02 \pm 2.39	41.19 \pm 2.46	2.292	0.027
Eşler arası bağlılık	17.53 \pm 2.49	18.19 \pm 3.09	2.110	0.024
Eşler arası fikir birliği	50.46 \pm 5.25	56.12 \pm 5.06	4.712	0.000
Duygusal ifade	9.95 \pm 1.30	10.31 \pm 1.45	1.188	0.242

SS:Standart sapma, t:Bağımlı grupta t-testi * $p < 0.05$

Girişim grubundaki eşlerin üçüncü ay çift uyumu toplam puan ortalaması 127.09 \pm 13.36 iken kontrol grubundaki eşlerin çift uyumu toplam puan ortalaması 117.54 \pm 8.60'tır. Girişim ve kontrol grubuna alınan eşlerin üçüncü ay çift uyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.000$) (Tablo 17).

Çift uyumu ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde girişim grubundaki eşlerin üçüncü ay puan ortalamaları; eşler arası tatmin 41.39 \pm 5.57, eşler arası bağlılık 17.26 \pm 4.33, eşler arası fikir birliği 57.80 \pm 5.32, duygusal ifade 10.63 \pm 1.29'dur. Kontrol grubundaki eşlerin puan ortalamaları; eşler arası tatmin 40.30 \pm 2.31, eşler arası bağlılık 17.47 \pm 2.12, eşler arası fikir birliği 49.76 \pm 5.49, duygusal ifade 10.00 \pm 1.18'dir. Eşlerin üçüncü ay eşler arası fikir birliği ve duygusal ifade puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p < 0.05$), eşler arası tatmin ve eşler arası bağlılık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Girişim ve Kontrol Grubundaki Eşlerin Üçüncü Ay Çift Uyumu Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Gruplar		t	p*
	Girişim (n:41)	Kontrol (n:42)		
Çift Uyumu	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Toplam Puan	127.09 ± 13.36	117.54 ± 8.60	3.880	0.000
Alt Boyutlar				
Eşler arası tatmin	41.39 ± 5.57	40.30 ± 2.31	1.159	0.250
Eşler arası bağlılık	17.26 ± 4.33	17.47 ± 2.12	0.279	0.781
Eşler arası fikir birliği	57.80 ± 5.32	49.76 ± 5.49	6.770	0.000
Duygusal ifade	10.63 ± 1.29	10.00 ± 1.18	2.320	0.023

SS:Standart sapma, t:Bağımsız gruplarda t-testi *p < 0.05

Girişim grubundaki eşlerin web tabanlı eğitim öncesi ve sonrası çift uyumu ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p:0.000) (Tablo). Eşler arası bağlılık, eşler arası fikir birliği ve duygusal ifade alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken (p<0.05) (Tablo 18), eşler arası tatmin alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p:0.307) (Tablo 18).

Tablo 18. Girişim Grubundaki Eşlerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Üçüncü Ayda Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Eğitim Öncesi (n:41)	Eğitim Sonrası Üçüncü Ay (n:41)		
Çift Uyumu Ölçeği	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t	p*
Toplam Puan	115.29±9.47	127.09±13.36	4.587	0.000
Alt Boyutlar				
Eşler arası tatmin	40.36 ± 3.58	41.39 ± 5.57	1.035	0.307
Eşler arası bağlılık	16.41 ± 3.18	17.26 ± 4.33	2.971	0.030
Eşler arası fikir birliği	48.51 ± 4.98	57.80 ± 5.32	8.351	0.000
Duygusal ifade	10.00 ± 1.16	10.63 ± 1.29	2.274	0.028

SS:Standart sapma, t:Bağımlı gruplarda t-testi *p < 0.05

5.2.TARTIŞMA

Meme kanseri olan kadınlara RUM'a temellendirilerek verilen web tabanlı eğitimin yaşam kalitesi ve çift uyumu, eşlerin çift uyumu üzerindeki etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmada girişimin etkinliği kontrol grubu ile karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Araştırmanın bulguları, RUM'a göre incelenmiştir.

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki kadınların yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, meme kanserinin evresi, ameliyat tipi, aksiller diseksiyon uygulanma durumu ve kemoterapi alma durumu (Tablo 8), eşlerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu açısından başlangıç verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmaması deney ve kontrol grubunun sosyodemografik ve klinik özellikleri açısından homojen olduğunu göstermektedir ($p > 0.05$) (Tablo 9).

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların başlangıç (baseline) yaşam kalitesi ve çift uyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaması bu özellikler açısından homojen olduğunu göstermektedir ($p > 0.05$) (Tablo 10, Tablo 11). Girişim ve kontrol grubundaki eşlerinde çift uyumu puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaması grupların bu özellikler açısından homojen olduğunu göstermektedir ($p > 0.05$) (Tablo 12). Kadınların ve eşlerinin eşler arası fikir birliği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 11-12)

Web Tabanlı Eğitimin Fizyolojik Uyum Alanına Etkisinin İncelenmesi

Fizyolojik uyum alanı, çevreden kaynaklanan uyaranlara karşı kişinin bedensel olarak verdiği yanıtlarla ilişkilidir. İnsanın, fizyolojik gereksinimleri ile ilgili uyum alanıdır. Değişen fizyolojik gereksinimlere hastanın uyum sağlaması ve fiziksel bütünlüğünü koruması durumudur (Roy 2009). Meme kanseri tedavisi sırasında kadınlar, bulantı-kusma, diyare, yorgunluk, cilt değişiklikleri, lenfödem gibi birçok fizyolojik semptom deneyimlemekte ve bu semptomlara uyum sağlamaya çalışmaktadırlar. Yapılan çalışmalarda da meme kanseri tedavisi sırasında deneyimlenen semptomların kadınların fiziksel ve fonksiyonel iyi olma durumlarını olumsuz etkilediği bulunmuştur (Akın, Can, Durna ve Aydiner 2008; Sheean, Kabir, Rao, Hoskins ve ark. 2015). Araştırmamızda girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların yaşam kalitelerini değerlendirmek için kullandığımız FACT-B ölçeğinin fiziksel iyi olma ve fonksiyonel iyi olma alt boyutları RUM'un fizyolojik alanını değerlendirmektedir. Literatürde araştırmamızla benzer olarak FACT-B ölçeğinin

fiziksel iyi olma ve fonksiyonel iyi olma alt boyutları ile kadınların fizyolojik durumlarının değerlendirildiği görülmektedir (Chow ve ark. 2016; Cao, Zhang, Liu, Wu ve ark. 2016; Lahart, Metsios, Nevill, Kitas ve ark. 2016). Çalışmamızda kadınlar ve eşleri için hazırlanan web tabanlı eğitim içeriğinde tedavi yöntemleri (cerrahi tedavi, KT, RT, HT ve hedefe yönelik tedavi) ve tedavi sonucu gelişebilecek fizyolojik semptomlarla baş etmeye yönelik girişimlere yer verilmiştir. Bulantı kusmanın, yorgunluğun, diyare/konstipasyonun, cilt değişikliklerinin, lenfödemin önlenmesine ve yönetilmesine ilişkin öneriler ve kol-omuz egzersizleri videosu ile fiziksel bütünlüğünü koruması ve fizyolojik uyumlarının artırılması hedeflenmiştir. Araştırmamızda girişim grubundaki kadınların üçüncü ay fiziksel iyi olma ve fonksiyonel iyi olma alt boyut puan ortalamaları kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca girişim grubundaki kadınların web tabanlı eğitim sonrası fiziksel iyi olma ve fonksiyonel iyi olma alt boyut puan ortalamalarının eğitim öncesindeki puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışma sonucumuzla benzer olarak Pakistan’da yapılan bir çalışmada meme kanseri olan kadınlara verilen yazılı ve sözlü hemşirelik eğitimin, kadınların yaşam kalitesini geliştirdiği, fiziksel iyi olma ve fonksiyonel iyi olma alt boyutlarında anlamlı bir iyileşme sağladığı gösterilmiştir (Sajjad ve ark. 2016). Lahart ve arkadaşlarının 2016 yılında fiziksel aktivite danışmanlığının etkinliğini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, girişim grubunun yaşam kalitelerinin ve fiziksel iyi olma durumların rutin bakım alan kontrol grubuna göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer şekilde meme kanseri olan kadınlara uygulanan fiziksel aktivite eğitimlerinin kadınların fiziksel iyi olma durumlarını arttırdıkları saptanmıştır (Swisher, Abraham, Bonner, Gilleland ve ark. 2015; Phillips, Awick, Conroy, Pellegrini ve ark. 2015). Bu doğrultuda, verilen web tabanlı eğitimin kadınların, meme kanseri tedavisi süresince yaşayabilecekleri semptomlar ve onları nasıl yönetebilecekleri hakkında bilgi sahibi oldukları düşünülmektedir. Böylece edindikleri bilgi ile RUM’nin beslenme, boşaltım, aktivite dinlenme, koruma gibi alanlarını iyileştirerek fiziksel ve fonksiyonel iyi olma durumlarının geliştiği ve fizyolojik uyumlarının arttığı görülmektedir.

Web Tabanlı Eğitimin Benlik Kavramı Uyum Alanına Etkisinin İncelenmesi

Benlik kavramı uyum alanı, belirli bir zaman sürecinde bireyin kendisi hakkında edindiği inanç ve duyguların bileşimidir. “Fiziksel benlik” ve “kişisel benlik” olmak üzere iki alt alana ayrılmıştır. Fiziksel benlik; bireyin beden imajı, cinsellik algısı, sağlık ve

hastalık durumu, kişisel görünüşünü yansıtan davranışlar, bedenine olan duyarlılığı ile ilişkilidir (Fawcett 2005; Roy 2009). Yapılan çalışmalarda, meme kaybının kadınlar için önemli olduğu, onları psikososyal açıdan olumsuz etkilediği ve yüksek oranda cinsel işlev bozuklukları yaşadıkları belirtilmiştir (Aygın ve Arslan, 2008; Cebeci ve ark. 2012). Roy Uyum Modeli'nde kişisel benliğin ise; bireylerin değerleri, beklentileri, kişisel özellikleri, özgüveni, ahlak, etik gibi sahip olduğu manevi değerler ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Fawcett 2005; Roy 2009). Kadınların meme cerrahisi sonrası nasıl görüneceklerine dair endişelerinin olması, eşyle olan ilişkisinin etkilenip etkilenmeyeceğini düşünmeleri modelin benlik kavramı alanı içinde değerlendirilebilir. Girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların yaşam kalitelerini değerlendirmek için kullandığımız FACT-B ölçeğinin duygusal iyi olma ve meme kanseri alt boyutları ve ÇUÖ'nin duygusal ifade alt boyutu benlik kavramı alanını değerlendirmektedir. Çalışmamızda kadınlar ve eşleri için hazırlanan web tabanlı eğitimin içeriğinde "meme kanseri ve cinsellik" başlığı altında cinsel ilişkide isteksizlik, vajinal kuruluk, ağrılı cinsel ilişki gibi kadınların yaşayabilecekleri cinsel sorunlar, "meme kanseri tedavisi" başlığı altında ameliyat izi, meme kaybı, saç dökülmesi gibi beden imajında bozulmaya neden olabilecek değişikliklere yer verilmiştir. Web sitesinde kadınlara ve eşlerine, tüm bu sorunlarla baş edebilmeleri için uygulanabilecek öneriler, gevşeme egzersizi videosu, kadınların ve eşlerinin kendilerini ifade edebilmelerine ve beklentilerini anlatabilmelerine destek olacak girişimler sunulmuştur.

Araştırmamızda girişim grubundaki kadınların FACT-B ölçeğinin duygusal iyi olma ve meme kanseri alt boyutları puan ortalamaları kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 13). Ayrıca girişim grubundaki kadınların web tabanlı eğitim sonrası duygusal iyi olma ve meme kanseri alt boyutları puan ortalamalarının eğitim öncesindeki puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda da meme cerrahisinin kadınların duygusal iyi olma durumlarını olumsuz yönde etkilediği gösterilmektedir (Eskitzis, Zafrakas, Papanicolaou, Panagopoulou ve ark. 2016; Chow ve ark. 2016). Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak Peerawong ve arkadaşlarının 2015 yılında Tayland'da yaptıkları kesitsel bir çalışmada meme kanseri ve tedavisi sonucu oluşan kozmetik sonuçların yaşam kalitesi ve duygusal iyi olma ile ilişkisi olmadığı belirtilmiştir. Diğer yandan çalışma sonucumuzla benzer olarak Amerika'da yapılan bir RKC'de meme cerrahisi geçiren kadınlara uygulanan bilişsel davranışsal stres yönetimi eğitimi sonucunda girişim grubundaki kadınların duygusal iyi olma durumlarının

kontrol grubundaki kadınlardan daha iyi olduğu bulunmuştur (Stagl ve ark. 2015). Elumela ve arkadaşlarının 2015 yılında Nijerya’da yaptıkları bir çalışmada ise aktif baş etme yöntemleri kullanan kadınların duygusal iyi olma ve meme kanseri alt boyutları dahil tüm yaşam kalitesi puanlarında baş etme yöntemi kullanmayan kadınlara göre anlamlı bir fark olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızla benzerlik gösteren tüm bu sonuçlar meme kanseri cerrahisi geçiren kadınların psikososyal ve duygusal anlamda destek gereksinimleri olduğu ve desteklendiği durumda baş etme yeteneklerinin ve uyumlarının arttığını düşündürmektedir. Ülkemizde sağlık sisteminde yaşanan “sağlıkta dönüşüm”le birlikte sağlık profesyonellerinin iş yükü ve yoğunluğu artmıştır. Bunun sonucunda meme kanseri olan kadınlar ve eşlerine bakım verilirken sadece fiziksel gereksinimlere odaklanıldığı, kadınların ve eşlerinin psikososyal ve duygusal gereksinimlerinin ikinci planda kaldığı düşünülmektedir. Çalışmamız süresince verilen web tabanlı eğitimin kadınların duygusal olarak daha iyi olmalarına katkı sağlayarak ve meme kanseri ile ilişkili endişeleriyle baş etmelerine yardımcı olarak benlik kavramı alanında uyumlarını arttırdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda girişim grubunda yer alan kadınların ve eşlerinin ÇUÖ duygusal ifade alt boyutu puan ortalamaları kontrol grubundaki kadınların ve eşlerinin puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur (Tablo 15, Tablo 17). Ayrıca kadınların web tabanlı eğitim sonrası ÇUÖ duygusal ifade alt boyutu puan ortalamalarının eğitim öncesindeki puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu fark klinik olarak anlamlı olsa da, istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.005$) (Tablo 16). Bu sonuç doğrultusunda, verilen web tabanlı eğitimin kadınların duygusal olarak daha iyi olmalarına katkı sağladığını ancak kendilerini duygusal olarak ifade etmeleri açısından yeterli olmadığını göstermektedir. Meme kanseri olan kadınlar ve aileleri tanı ve tedavi aşamasında birçok karmaşık duygu yaşamakta ve bu durum onların kendilerini ifade etme becerilerinde değişikliğe sebep olabilmektedir. Bu durum kadın ve ailesi arasındaki iletişimin bozulmasına neden olabilmektedir. Birçok aile, kanser ve etkileri hakkında konuşmaktan kaçınabilir. Endişelerin ve korkuların konuşulmaması var olan korkularının artmasına neden olabilir. Literatürde de meme kanseri olan kadının tedavi aşamasında muhtemel bir kayıpla ilgili eşinin duygularını öğrenmemek için eşiyle açıkça konuşmaktan kaçınabildiği belirtilmiştir (Coşkun Güner 2008). Literatürle benzer olarak, araştırmamızdaki kadınların ve eşlerinin birbirlerine karşı duygusal ifadelerden kaçınmasının kanseri konuşmaktan ve korkuları tetiklemekten kaçınmak istemelerinden dolayı olabileceği düşünülmektedir. Meme kanseri sonrası, hastalık hakkında konuşurken kullanılan dilin aile ve

çift uyumu üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışmada (2013), eşlerin pozitif duygu sözcükleri kullanmasının aile uyumunu, “sen” yerine “biz” kelimesini kullanmasının çift uyumunu arttırdığı bulunmuştur (Robbins, Mehl, Smith, Weihs 2013). Amerika’da yapılan bir çalışmada kadınlara psikoeğitimi girişimi uygulanan kadınların ve eşlerinin çift uyum puanlarında klinik olarak bir artış saptanırken, kadınların duygusal ifade alt boyutunda istatistiksel olarak bir artış saptanmıştır (Cochrane ve ark. 2011). Bizim çalışmamızda da olduğu gibi meme kanseri cerrahisi geçiren kadınlara verilecek danışmanlık ve eğitimlerin kadınları ve eşleri birlikte değerlendirmek ve duygusal olarak kendilerini ifade etmeleri açısından önemli olabilir.

Web Tabanlı Eğitimin Rol Fonksiyon Uyum Alanına Etkisinin İncelenmesi

Rol fonksiyon uyum alanı kişinin toplumdaki pozisyonunu devam ettirebilmesi için toplumun beklediği davranışları göstermesini tanımlar. Rol fonksiyon alanı bireyin sahip olduğu rolleri üç boyutta ele almaktadır. *Birincil rol:* yaşa, cinsiyete ya da gelişimsel dönemlere dayalı rollerdir. *İkincil rol:* birincil rol ve gelişimsel süreçle ilgili görevleri içerir (anne-baba olmak, meslek sahibi olmak gibi) (Fawcett 2005; Roy 2009). Meme kanseri olan kadınların çocukların eğitimi, ailevi sorumluluklar, cinsellik, evlilik ve kariyer gibi konularla ilgili sorunlarla karşı karşıya kaldığı belirtilmiştir (Janz ve ark. 2007; Leak ve ark. 2008; Cleeland 2007; Dodd ve ark. 2010; Kim ve ark. 2009; Antoine ve ark. 2013). Meme kanseri tedavisi olan kadının annelik ya da eş rolünü yerine getiremediğini düşünmesi rol fonksiyon alanı içinde değerlendirilmelidir. Kadınlar meme kanseri nedeniyle yaşadığı korku ve anksiyetesini eşine ve çocuklarına yansıtarak onları da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Karayurt ve Zorukoş, 2008). Ayrıca hasta yakınları da maliyette, iş yaşantısı ve sosyal ilişkilerde sorunlar, anksiyete ve depresyon yaşayabilirler. Bunların sonucunda daha önceden evliliğinde problem yaşayan hastaların evliliklerinin bozulabildiği belirtilmektedir (Antoine ve ark. 2013; Hocoğlu ve ark. 2007; Dorval ve ark. 2005).

Araştırmamızda girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların yaşam kalitelerini değerlendirmek için kullandığımız FACT-B ölçeğinin fonksiyonel iyi olma ve meme kanseri alt boyutları, ÇUÖ'nin eşler arası bağlılık ve eşler arası fikir birliği alt boyutları değerlendirilirken RUM'un rol fonksiyon alanına göre incelenmiştir. Çalışmamızda kadınlar ve eşleri için hazırlanan web tabanlı eğitimin içeriğinde fonksiyonel iyi olmayı geliştirmeye ve meme kanseri alt boyutunda yer alan beden imajı değişiklikleri ve lenfödem ile baş etmeye yönelik girişimlere yer verilmiştir. Girişimlerde lenfödemin önlenmesine ve

yönetilmesine ilişkin öneriler ve kol-omuz egzersizleri videosunun yanı sıra ameliyat izi, meme kaybı, saç dökülmesi gibi beden imajında bozulmaya neden olabilecek değişiklikler yer almaktadır. Çiftlerin eşler arası fikir birliği ve eşler arası bağlılık durumlarının iyileştirilebilmesi için gevşeme egzersizi videosu, kadınların ve eşlerinin kendilerini ifade edebilmelerine ve beklentilerini anlatabilmelerine destek olacak girişimler sunulmuştur. Girişim grubunda yer alan kadınlar ile kontrol grubundaki kadınların fonksiyonel iyi olma ve meme kanseri alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 13). Ayrıca girişim grubundaki kadınların web tabanlı eğitim sonrası fonksiyonel iyi olma ve meme kanseri alt boyutlarının puan ortalamalarının eğitim öncesindeki puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 14). Araştırmamızda girişim grubunda yer alan kadınların ve eşlerinin üçüncü ayda eşler arası fikir birliği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 15), (Tablo 17). Ayrıca girişim grubundaki kadınların ve eşlerinin web tabanlı eğitim sonrası ÇUÖ eşler arası fikir birliği alt boyutu puan ortalamalarının eğitim öncesindeki puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 16-18). Badr ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada (n:191 çift) sosyal rollerin ve destekleyici baş etme sistemlerinin çift uyumunu etkilediği, kadınların çift uyumlarının eşlerinin çift uyumlarından daha kötü olduğu belirtilmiştir. Ayrıca olumlu çift baş etme yöntemleri kullanılmasının çift uyumunu büyük ölçüde arttırdığını ifade etmişlerdir (Badr, Carmack, Kashy, Cristofanilli ve ark. 2011).

Eşlerin kanser ve etkileri sebebiyle annelik, eş olma, iş yaşamı gibi rollerinin etkilenmesinin olmasının kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir. Ancak bu süreçte aldıkları destek ve danışmanlık yaşam kararları hakkında eşlerin birlikte karar alma ve hareket etmelerine, birbirlerini rolleri konusunda destekleyebilmelerine olanak sağlayabilir. Çalışmamızda kadınların ve eşlerin birlikte ele alınmasının sebeplerinden bir tanesi de bu alanda uyumu hemşirelik girişimleri ile arttırabilmektir. Çalışma sonuçları da, RUM'a göre hazırlanan web tabanlı eğitim içerisinde yer alan girişimlerin kadınların rol değişiklikleriyle baş etmelerine yardımcı olarak rol fonksiyon uyumunu attırmada etkili olduğunu göstermektedir.

Web Tabanlı Eğitimin Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanına Etkisinin İncelenmesi

Karşılıklı bağlılık uyum alanı, birbirine bağlanma bireyin ayrıcalıklı kişilerle ve destek sistemlerle ilişkilerini kapsar. Bu süreç içinde birey doyum ve sevgi gibi

gereksinimlerini karşılayarak ruhsal bütünlüğünü devam ettirir (Fawcet 2005; Roy 2009). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınların tüm tedavi sürecinde aile ve arkadaşlarından destek görmek istedikleri belirtilmiştir (Erci ve Karabulut, 2007). Meme kanseri tedavisi gören kadınların ailesinden destek beklemesi, eşine daha çok bağlanması ya da ondan uzaklaşması RUM'un karşılıklı bağlılık alanı içinde değerlendirilebilir.

Mastektomi ile yaşanan meme kaybı, kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmakta ve bu durum kadının beden imgesinde zedelenmeye bağlı olarak çeşitli psikososyal sorunlara neden olabilmektedir (Uzun ve Uçar; Okanlı 2004; Çavdar 2006; Gümüş 2006). Bu durum sıklıkla cinsel sorunlarla beraber eş uyumu üzerinde de çeşitli problemlere yol açabilmektedir (Uçar ve Uzun 2008; Çavdar 2006; Gümüş 2006). Keskin ve Gümüş (2011) histerektomi ve mastektomi olan kadınların, depresyon, beden imajı, cinsel problemler ve çift uyumlarını incelediği bir çalışmada mastektomi olan kadınlarda beden imajının olumsuz etkilendiğini bu nedenle çift uyumlarının da düşük olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte cerrahi ve adjuvan tedavinin etkisinin incelendiği bir çalışmada cerrahi tedavi sonrası birinci yılın sonunda çift uyumunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ölçeğin alt boyutlarının tamamında klinik olarak bir artış saptanmış ancak bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durum çiftlerin yaşadığı cinsel sorunlarla ilişkilendirilmiştir (Biglia, Moggio, Peano, Sgandurra ve ark. 2010). Ülkemizde, Önen Sertöz ve arkadaşlarının (2004) meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkilerini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada, mastektominin beden algısını ve benlik saygısını olumsuz yönde etkilediğini, eş uyumuna ise etkisinin olmadığını saptamışlardır.

Çalışmamızda girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların yaşam kalitelerini değerlendirmek için kullandığımız FACT-B ölçeğinin, sosyal iyi olma alt boyutu, ÇUÖ'nin eşler arası bağlılık ve eşler arası tatmin alt boyutları RUM'un karşılıklı bağlılık alanı çerçevesinde değerlendirmiştir. Çalışmamızda kadınlar ve eşleri için hazırlanan web tabanlı eğitimin içeriğinde sosyal iyi olma, eşler arası bağlılık ve eşler arası tatmin alt boyutlarını geliştirmek için kadınlara ve eşlerine öneriler sunulmuştur. Girişim grubunda yer alan kadınlar ile kontrol grubundaki kadınların fonksiyonel iyi olma ve meme kanseri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p<0.05$), sosyal/aile iyi olma alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 13). Sosyal iyi olma alt boyutunda anlamlı bir fark olmamasının geleneksel Türk aile yapısıyla

ilişkili olduğu düşünülmektedir. Türk kültüründe, kanserli bireye yaklaşım ve bireyi acıma ve sürekli koruma davranışları meme kanserli kadınların, tedaviye uyum gösterip iyileşmeler dahi olumsuz etkilenmelerine sebep olabilmektedir (Taşçı 2012). Ayrıca girişim grubundaki kadınların web tabanlı eğitim sonrası fonksiyonel iyi olma, sosyal iyi olma ve meme kanseri alt boyutlarının puan ortalamalarının eğitim öncesindeki puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo).

Çalışma sonucumuzla benzer olarak Çin’de doktor hasta iletişiminin (hastalık hakkında bilgi, tedaviye doktoruyla birlikte karar verme) yaşam kalitesi üzerine etkisini incelendiği bir çalışmada doktorları ile iyi iletişimde olan kadınların sosyal iyi olma, fonksiyonel iyi olma ve duygusal iyi olma durumlarının daha iyi olduğu gösterilmiştir (Zhou ve ark. 2014). Meme kanseri olan 154 kadınla yapılan bir çalışmada, kadınların sosyal iyi olma ve fonksiyonel iyi olma puanları yüksek bulunurken meme kanseri puanları daha düşük bulunmuştur. Sosyal iyi olma puanının yüksek olmasının eğitim ve çalışma durumuyla ilişkili olduğu belirtilirken meme kanseri puanının düşük olmasının KT ve RT ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Hong-li, Xiao-chun, Jiang-bin, Jing-bo ve ark. 2014). Bunun yanısıra meme cerrahisi sonrası ortaya çıkan kozmetik sonuçlar da kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Peerawong, Mahattanobon, Jiratrachu, Rordlamol ve ark. 2015; Jeffe, Perez, Cole Liu ve ark. 2016). Meme koruyucu cerrahi ve mastektomi geçiren kadınlarda yaşam kalitesinin karşılaştırıldığı bir çalışmada ($n:180$), genel yaşam kalitesi puanlarında bir fark görülmezken, MKC geçiren kadınların sosyal iyi olma puan ortalamalarının mastektomi olan kadınlardan daha iyi olduğu belirtilmiştir (He, Tong, Wu, Li ve ark. 2012).

Kraemer ve arkadaşları (2011), bu yeni ve zorlu süreçte kendisinin duygusal ve sosyal olarak yeterince desteklenmediğini algılayan hastalarda suçluluk, yalnızlık, umutsuzluk, eş ve kendisine öfke gibi olumsuz duyguların ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Ayrıca bu duyguların hastanın, kanser yaşantısının oluşturduğu diğer sorunlarla baş etmesine olumsuz etkilerinin olduğunu vurgulamışlardır. Meme kanseri olan kadınlar ve eşleri ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada, hastaların algıladıkları duygusal ve sosyal destek ile baş etme biçimleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Eşleri tarafından yeterli desteklendiğini algılayan hastaların, kanser yaşantısının getirdiği sorunlarla daha etkin baş ettikleri belirtilmiştir (Sherman ve ark. 2009).

Araştırmamızda girişim grubunda yer alan kadınların üçüncü ayda eşler arası bağlılık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p < 0.05$), eşler arası tatmin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 11). Eşlerin, eşler arası tatmin ve eşler arası bağlılık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 15). Bu sonuç web tabanlı eğitim içerisinde yer alan girişimlerin karşılıklı bağlılık alanında kadınların bağlılık alt boyutu için uyumunu attırmada etkili olduğunu göstermektedir. Bu durumun kadınların yaşadıkları zor süreçte yanlarında hissettikleri eşlerine olan bağlılık ve minnet duygusu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ancak eşler açısından kadınları, artık hasta olarak gördüklerinden ve koruma davranışları geliştirerek onlardan cinsel anlamda uzaklaşmış olduklarını düşündürmektedir.



6.2. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Bu araştırma, meme kanserli hastalarda RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitimin kadınların yaşam kalitesi ile çift uyumu, eşlerin çift uyumu düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

- ✓ RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilen girişim grubundaki kadınların üçüncü ay yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir.
- ✓ RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilen girişim grubundaki kadınların yaşam kalitesinin fiziksel iyi olma, duygusal iyi olma, fonksiyonel iyi olma ve meme kanseri alt boyutları puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir.
- ✓ RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilen girişim grubu ile kontrol grubundaki kadınların üçüncü ay sosyal/aile iyi olma alt puan ortalamaları benzerdir.
- ✓ RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilen girişim grubundaki kadınların eğitim sonrası yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları eğitim öncesi puan ortalamalarına göre daha yüksektir.
- ✓ RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilen girişim grubundaki kadınların üçüncü ay çift uyumu puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir.
- ✓ RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilen girişim grubundaki kadınların eşler arası bağlılık ve eşler arası fikir birliği üçüncü ay puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir.
- ✓ RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilen girişim grubu ile kontrol grubundaki kadınların eşler arası tatmin ve duygusal ifade puan ortalamaları benzerdir.
- ✓ RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilen girişim grubundaki kadınların eğitim sonrası çift uyumu ölçeği toplam puan ortalamaları eğitim öncesi puan ortalamalarına göre daha yüksektir.
- ✓ RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilen girişim grubundaki eşlerin üçüncü ay çift uyumu puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir.
- ✓ RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilen girişim grubundaki eşlerin üçüncü ay eşler arası fikir birliği ve duygusal ifade puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir.

- ✓ RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilen girişim grubu ile kontrol grubundaki eşler arası tatmin ve eşler arası bağlılık puan ortalamaları benzerdir.
- ✓ RUM'a göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim verilen girişim grubundaki eşlerin eğitim sonrası çift uyumu ölçeği toplam puan ortalamaları eğitim öncesi puan ortalamalarına göre daha yüksektir.
- ✓ Meme kanseri olan kadınların bakımında RUM'nin hastanın değerlendirilmesinde ve bakımın sürdürülmesinde bütüncül bir bakış sağlayarak kolaylaştırıcı olduğu görülmüştür.
- ✓ Meme kanseri olan kadınların ve eşlerinin bakımında web tabanlı eğitim hastaların/eşlerin bilgi boşluklarının giderilmesini, kadınların yaşadıkları semptomları yöneterek yaşam kalitelerini ve çift uyumlarını iyileştirmeleri sağlamıştır.
- ✓ Araştırmada meme kanseri olan kadınlar ve eşleri için model kullanımı, web tabanlı eğitim girişimi araştırmacı ve hemşireler için rehber oluşturmuştur.
- ✓ Araştırma ile meme kanser olan kadınlar ve eşlerinde RUM kullanılmasının hemşirelik bilgi birikimine de katkıda bulunacağı öngörülmektedir.

Öneriler

Bu araştırma sonuçları doğrultusunda araştırmacılar ve uygulama için öneriler aşağıda sunulmuştur.

Uygulama Alanına Yönelik Öneriler

Meme kanseri olan kadınlara ve eşlerine bakım veren hemşirelerin;

- ✓ Uygulanacak bakım süreçlerinin planlanmasında RUM'un rehber alınabileceği,
- ✓ Web tabanlı eğitim girişiminin, hastaların buldukları yerden ulaşabilmeleri açısından kolaylaştırıcı olduğundan uygulanabileceği,
- ✓ Web tabanlı eğitimlerin hastanelerle etkileşime geçilerek tüm meme kanseri olan kadınların ve eşlerinin kullanımına sunulması önerilmektedir.

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- ✓ Meme kanseri olan kadınlar ve ailelerine yönelik web tabanlı girişimlerin yaygınlaştırılması,
- ✓ Meme kanseri olan kadınlarda yapılacak web tabanlı eğitimlerde sosyal öğrenme ve etkileşimlerini geliştirmesi açısından destek grup oturumlarına yer verilmesi,
- ✓ Web tabanlı eğitimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla niteliksel araştırmaların yapılması önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

1. American Cancer Society. Cancer facts & figures 2016. Atlanta, American Cancer Society. 2016.
<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-047079.pdf> (25.02.2016)
2. American Cancer Society. Breast cancer facts & figures 2015. Atlanta, American Cancer Society. 2015.
<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-046381.pdf> (25.02.2016)
3. Akın S, Can G, Durna Z, Aydın A. The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Eur J Oncol Nurs*. 2008;12:449–456.
4. Akpınar B, Gönen S, Küçükgülü Ö. Demans sendromu ile ilgili türkçe web sayfalarının içeriğinin incelenmesi. *DEUHYOED*. 2012;5(4):150–156.
5. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer*. 2000 Oct;36(15):1938-43.
6. Alacacioğlu A, Yavuzsen T, Dirioz M, Yılmaz U. Quality of life, anxiety and depression in Turkish breast cancer patients and in their husbands. *Med Oncol*. 2009;26:415–419.
7. Alfonsson S, Olsson E, Hursti T, Lundh MH, et al. Socio-demographic and clinical variables associated with psychological distress 1 and 3 years after breast cancer diagnosis. *Support Care Cancer*. 2016 Apr 29. [Epub ahead of print]
8. Alkan A, Guc ZG, Senler FC, Yavuzsen T, et al. Breast cancer survivors suffer from persistent postmastectomy pain syndrome and posttraumatic stress disorder (ORTHUS study): a study of the palliative care working committee of the Turkish Oncology Group (TOG). *Support Care Cancer*. 2016 Apr 2. [Epub ahead of print]
9. Alligood MR, Tomey AM. *Nursing Theory Utilization & Application*. Third Edition. Mosby Year Book Inc: United States, 2006.
10. Anderson KG, Kehlet H. Persistent pain after breast cancer treatment: A critical review of risk factors and strategies for prevention. *J Pain* 2011;12:725-46.

11. Andıç S, Karayurt Ö. Determination of information and support needs of first degree relatives of women with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2012;13(9):4491-4499.
12. Andrzejczak E, Markocka-Mańczka K, Lewandowski A. Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction. *Psychooncology* 2013; 22:1653–1657.
13. Antoine P, Vanlemmens L, Fournier E, Trocme M, et al. Young couples' experiences of breast cancer during hormone therapy: A interpretative phenomenological dyadic analysis. *Cancer Nurs.* 2013;36(3):213-20.
14. Arman M, Rehnsfeldt A, Lindholm L, Hamrin E. The face of suffering among women with breast cancer—being in a field of forces. *Cancer Nurs.* 2008; 25(2): 96-103.
15. Atalay C. HER2 pozitif meme kanserine cerrahi yaklaşım nasıl olmalı? *The Journal of Breast Health.* 2009;5(4):1-4.
16. Avdal N. Web tabanlı verilen diyabet eğitiminin bakım sonuçlarına etkisi randomize kontrollü çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Doktora Tezi.
17. Aydemir Ö. Sağlıkta yaşam kalitesinin klinik uygulamalarda kullanımı, Sağlıkta Birikim. 2007;1(2):9-13.
18. Avcı IA, Kumcagiz H. Marital adjustment and loneliness status of women with mastectomy and husbands reactions. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2011;12(2):453-9.
19. Aygün D, Aslan FE. Meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi. *The Journal of Breast Health.* 2008;4(2);105-114.
20. Badr H, Carmack CL, Kashy DA, Cristofanilli M, et al. Dyadic coping in metastatic breast cancer. *Health Psychol.* 2010 Mar;29(2):169-80.
21. Bakan G, Akyol AD. Theory-guided interventions for adaptation to heart failure. *J Adv Nurs.* 2008 Mar;61(6):596-608.
22. Balkan M, Öztürk E. Sentinel lenf nodu biyopsisi. In: S. Aydın, T. Akça, ed. Tüm yönleriyle meme kanseri. 1. Basım. Adana, Nobel Kitabevi, 2011;333-344.
23. Banning M, Hafeez H, Faisal S, Hassan M, et al. The impact of culture and sociological and psychological issues on Muslim patients with breast cancer in Pakistan. *Cancer Nurs.* 2009;32(4):317-324.
24. Baron RH. Assessment and Management of Patients With Breast Disorders. In Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle LJ, Cheever KH, ed. *Brunner & Suddarth's textbook of*

- medical-surgical nursing. 12th ed. USA, Lippincott Williams & Wilkins, 2010;1471-1502.
25. Bass S. How will internet use affect the patient? A review of computer network and closed internet based system studies and the implications in understanding how the use of the internet affects patient populations. *Journal of Health Psychology* 2003;8(1): 25-38.
 26. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. *Romatizma* 2005;20(1):55-63.
 27. Bayram Z, Durna Z, Akin S. Quality of life during chemotherapy and satisfaction with nursing care in Turkish breast cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2014 Sep;23(5):675-84.
 28. Begovic-Juhant A, Chmielewski A, Iwuagwu S, Chapman LA. Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *J Psychosoc Oncol*. 2012;30:446–460.
 29. Ben-Zur H, Gılbar O, Lev S. Coping with breast cancer: Patient, spouse, and dyad models. *Psychosom Med*. 2001;63:32–39.
 30. Beral V, Reeves G, Bull D, Green J. Breast cancer risk in relation to the interval between menopause and starting hormone therapy. *J Natl Cancer Inst*. 2011;103: 296-305.
 31. Berterö C, Chamberlain Wilmoth MC. Breast cancer diagnosis and its treatment affecting the self: a meta synthesis. *Cancer Nurs*. 2007;30:194-202.
 32. Beyaz SG, Ergönenç JŞ, Ergönenç T, Sönmez ÖU, et al. Postmastectomy Pain: A Cross-sectional Study of Prevalence, Pain Characteristics, and Effects on Quality of Life. *Chin Med J (Engl)*. 2016 Jan 5;129(1):66-71.
 33. Bigatti SM, Brown LF, Steiner JL, Miller KD. Breast cancer in a wife: How husbands cope and how well it works. *Cancer Nurs*. 2011;34(3):193-201.
 34. Biglia N, Moggio G, Peano E, Sgandurra P, et al. Effects of surgical and adjuvant therapies for breast cancer on sexuality, cognitive functions, and body weight. *J Sex Med*. 2010 May;7(5):1891-900.
 35. Boquiren VM, Esplen MJ, Wong J, Toner B, et al. Sexual functioning in breast cancer survivors experiencing body image disturbance. *Psychooncology*. 2015. doi: 101002/pon3819. Epub ahead of print.

36. Bourdon M, Blanchin M, Tessier P, Campone M, et al. Changes in quality of life after a diagnosis of cancer: a 2-year study comparing breast cancer and melanoma patients. *Qual Life Res.* 2016 Feb 17. [Epub ahead of print]
37. Boyle P, Boniol M, Koechlin A, Robertson C, et al. Diabetes and breast cancer risk: A meta-analysis. *Br J Cancer.* 2012;107:1608-1617.
38. Bunn F, Jones DJ, Bell-Syer S. Prophylactic antibiotics to prevent surgical site infection after breast cancer surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Jan 18;1:CD005360.
39. Burns D. Physical and psychosocial adaptation of blacks on hemodialysis. *Appl Nurs Res.* 2004;17(2):166-124.
40. Bussing A, Fischer J. Interpretation of illness in cancer survivors is associated with health-related variables and adaptive coping styles. *BMC Womens Health.* 2009;9(1):2.
41. Byar KL, Berger AM, Bakken SL, Cetak MA. Impact of adjuvant breast cancer chemotherapy on fatigue, other symptoms, and quality of life. *Oncol Nurs Forum.* 2006;33(1):E18-26.
42. Canário AC, Cabral PU, Paiva LC, Florencio GL, et al. Physical activity, fatigue and quality of life in breast cancer patients. *Rev Assoc Med Bras.* 2016 Feb;62(1):38-44.
43. Cavanaugh KM. Effects of early exercise on the development of lymphedema in patients with breast cancer treated with axillary lymph node dissection. *J Oncol Pract.* 2011 Mar;7(2):89-93.
44. Cao A, Zhang J, Liu X, Wu W, et al. Health-related quality of life of postmenopausal Chinese women with hormone receptor-positive early breast cancer during treatment with adjuvant aromatase inhibitors: a prospective, multicenter, non-interventional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2016 Mar 24;14(1):51.
45. Catsburg C, Miller AB, Rohan TE. Active cigarette smoking and risk of breast cancer. *Int J Cancer.* 2015 May 1;136(9):2204-9.
46. Cebeci F, Yangin HB, Tekeli A. Life experiences of women with breast cancer in south western Turkey: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs.* 2012;16:406-412.
47. Centers for Disease Control and Prevention. National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. <http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/screenings.htm> (01.03.2016)

48. Chalmers K, Marles S, Tataryn D, Scoyy-Findlay S, et al. Reports of information and support needs of daughters and sisters of women with breast cancer. *Eur J Cancer Care*. 2003;12:81-90.
49. Chand N, Aertssen AM, Royle GT. Axillary 'Exclusion'—a successful technique for reducing seroma formation after mastectomy and axillary dissection. *Adv Breast Cancer Res*. 2013;2(1):1–6.
50. Chen CL, Liao MN, Chen SC, Chan PL, et al. Body image and its predictors in breast cancer patients receiving surgery. *Cancer Nurs* 2012; 35:E10– E16.
51. Cheng T, Jackman M, McQuestion M, Fitch M. 'Knowledge is power': perceived needs and preferred services of male partners of women newly diagnosed with breast cancer. *Support Care Cancer*. 2014 Dec;22(12):3175-83.
52. Chlebowski RT, Anderson GL, Gass M, et al. Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women. *JAMA*. 2010;304: 1684-1692.
53. Ching SSY, Martinson IM, Wong TKS. Reframing: Psychological adjustment of Chinese women at the beginning of the breast cancer experience. *Qual Health Res*. 2009;19(3):339-351.
54. Cho AR, Kwon JY, Kim KH, Lee HJ, et al. The effects of anesthetics on chronic pain after breast cancer surgery. *Anesth Analg*. 2013;116:685–693.
55. Chow R, Pulezas N, Zhang L, Ecclestone C, et al. Quality of life and symptom burden in patients with breast cancer treated with mastectomy and lumpectomy. *Support Care Cancer*. 2016 May;24(5):2191-9.
56. Chung CW, Hwang EK. Couples' experiences of breast cancer in Korea: A descriptive qualitative study. *Cancer Nurs*. 2012;35(3).
57. Cimprich B, Janz NK, Northouse L, Wren PA, et al. Taking CHARGE: A self-management program for women following breast cancer treatment. *Psychooncology*. 2005;14:704–717.
58. Cleeland CS. Symptom burden: Multiple symptoms and their impact as patient-reported outcomes. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2007;37:16 – 21.
59. Cochrane BB, Lewis FM, Griffith KA. Exploring a Diffusion of Benefit: Does a Woman With Breast Cancer Derive Benefit From an Intervention Delivered to Her Partner? *Oncol Nurs Forum*. 2011 Mar;38(2):207-14.

60. Coşkun Güner İ. Meme kanseri ve eşlerin desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2008;46-49.
61. Curtis R, Groarke A, McSharry J, Kerin M. Experience of breast cancer: Burden, benefit, or both? *Cancer Nurs.* 2014;Mar 20:1-10.
62. Çavdar İ. Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. *The Journal of Breast Health.* 2006;2:64-66.
63. Çetin O, Çakıroğlu M, Bayılmış C, Ekiz H. Teknolojik Gelişme İçin Eğitimin Önemi ve İnternet Destekli Öğretimin Eğitimdeki Yeri. *TOJET.* 2004;3(3):144–147.
64. Çömez S, Karayurt Ö. We as Spouses Have Experienced a Real Disaster!: A Qualitative Study of Women With Breast Cancer and Their Spouses. *Cancer Nurs.* 2015 Oct 19. [Epub ahead of print]
65. Dash C, Randolph-Jackson PD, Isaacs C, Mills M, et al. An exercise trial to reduce cancer related fatigue in African American breast cancer patients undergoing radiation therapy: Design, rationale, and methods. *Contemp Clin Trials.* 2016 Mar;47:153-7.
66. Davis C, Williams P, Parle M, Redman S, et al. Assessing the support needs of women with early breast cancer in Australia. *Cancer Nurs.* 2004;27:169-74.
67. De Bruijn KM, Arends LR, Hansen BE, Leeftang S, et al. Systematic review and meta-analysis of the association between diabetes mellitus and incidence and mortality in breast and colorectal cancer. *British J Surg.* 2013;100: 1421-1429.
68. de Moraes FD, Freitas-Junior R, Rahal RM, Gonzaga CM. Sociodemographic and clinical factors affecting body image, sexual function and sexual satisfaction in women with breast cancer. *J Clin Nurs.* 2016 Jun;25(11-12):1557-65.
69. Demir Y, Gözüm S. Sağlık eğitiminde yeni yönelimler; Web destekli sağlık eğitimi. *DEUHYOED.* 2011;4(4):196–203.
70. Demirel M, Tekin A, Özbek S, Kaya E. E-Sağlık kapsamında internet kullanıcılarının sağlık web sitelerini kullanma durumu üzerine bir araştırma. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu (Proje No: 0016-NAP-07). 2008.
71. Dinçol D, Özal G. Meme kanserinde endokrin tedavi. In: S. Aydın, T. Akça, ed. *Tüm yönleriyle meme kanseri.* 1. Basım. Adana, Nobel Kitabevi, 2011; 387-395.
72. 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. *Eur J Oncol Nurs.* 2010;14(2):101–110.

73. Dorval M, Guay S, Mondor M, Masse B, et al. Couples who get closer after breast cancer: frequency and predictors in a prospective investigation. *J Clin Oncol.* 2005;23(15):3588-3596.
74. Dossus L, Boutron-Ruault MC, Kaaks R, et al. Active and passive cigarette smoking and breast cancer risk: results from the EPIC cohort. *Int J Cancer.* 2014;134: 1871-1888.
75. Doumit MAA, El Saghir N, Huijjer AS, Kelley JH, et al. Living with breast cancer, a Lebanese experience. *Eur J Oncol Nurs.* 2010;14:42-48.
76. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group, Darby, McGale S, Correa P, Taylor C, Arriagada C, et al. Effect of radiotherapy after breast-conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year breast cancer death: Meta-analysis of individual patient data for 10,801 women in 17 randomised trials. *Lancet.* 2011;378(9804):1707-16.
77. Edwards QT, Palomares MR. Assessment of risk for breast cancer utilizing history & quantitative models in primary care. *J Nurse Pract* 2008; 5(4): 361-369.
78. El-Tamer MB, Ward BM, Schiffner T, Neumayer L, et al. Morbidity and mortality following breast cancer surgery in women: national benchmarks for standards of care *Ann Surg.* 2007 May;245(5):665-71.
79. Erci B, Karabulut N. Appraising the self-assessed support needs of Turkish women with breast cancer. *Eur J Cancer Care.* 2007;16:137-143.
80. Elbek O, Adaş EB. sağlıkta dönüşüm: Eleştirel bir değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni.* 2009;12(1):33-43.
81. Elumelu TN, Asuzu CC, Akin-Odanye EO. Impact of active coping, religion and acceptance on quality of life of patients with breast cancer in the department of radiotherapy, UCH, Ibadan. *BMJ Support Palliat Care.* 2015 Jun;5(2):175-80.
82. Eicher MRE, Marquard S, Aebi S. A nurse is a nurse? A systematic review of the effectiveness of specialised nursing in breast cancer. *Eur J Cancer.* 2006;42:3117-26.
83. Engel J, Schlesinger-Raab A, Emeny R, Hölzel D, et al. Quality of life in women with localised breast cancer or malignant melanoma 2 years after initial treatment: a comparison. *Int J Behav Med.* 2014 Jun;21(3):478-86.
84. EONS Post-basic Curriculum for Breast Cancer Nursing. 2009;7-17.

85. Eskitzis P, Zafrakas M, Papanicolaou A, Panagopoulou E, et al. Quality-of-life changes over time in breast cancer patients undergoing breast-conserving surgery: a prospective study in Greece. *Arch Gynecol Obstet*. 2016 Apr 16. [Epub ahead of print]
86. Ewertz M, Jensen AB. Late effects of breast cancer treatment and potentials for rehabilitation. *Acta Oncol*. 2011 Feb;50(2):187-93.
87. Faisal M, Abu-Elela ST, Mostafa W, Antar O. Efficacy of axillary exclusion on seroma formation after modified radical mastectomy. *World J Surg Oncol*. 2016 Feb 20;14(1):39.
88. Fallbjörk U, Rasmussen BH, Karlsson S, Salander P. Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer - a two-year follow-up study. *Eur J Oncol Nurs*. 2013 Jun;17(3):340-5
89. Fawcett J. Roy's Adaptation Model. In: Fawcett J. ed. *Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories*. 2nd ed. United States of America, F. A. Davis Company, 2005:364- 437.
90. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarsh*. 2005;37(4):336-42.
91. Fişiloğlu H, Demir A. Applicability of the dyadic adjustment scale for marital quality with Turkish couples. *Eur J Psychol Assess* 2000;16(3):214-218.
92. Figen PS, Mete S. Uyum modeli ve Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramının doğum öncesi eğitimde kullanımı. *DEUHYOED* 2009;1(1):57-68.
93. Fletcher KA, Lewis FM, Haberman MR. Cancer-related concerns of spouses of women with breast cancer. *Psychooncology*. 2010;19:1094–1101.
94. Fogel J. Internet breast health information use and coping among women with breast cancer. *Cyberpsychol Behav*. 2004 Feb;7(1):59-63.
95. Foy S, Rose K. Men's experiences of their partner's primary and recurrent breast cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2001 Mar;5(1):42-8.
96. Foxon SB, Lattimer JG, Felder B. Breast Cancer. In: Yabro HC, Wujcik D, Globel HD, ed. *Cancer Nursing: Principles and Practice*. 7th ed, Canada, Jones and Bartlett Publishers. 2011;1091-1137.
97. Fu MR. Breast cancer survivors' Intentions of managing lymphedema. *Cancer Nurs*. 2005;6:446-457

98. Fu MR, Axelrod D, Guth A, Scagliola J, et al. A Web- and Mobile-Based Intervention for Women Treated for Breast Cancer to Manage Chronic Pain and Symptoms Related to Lymphedema: Randomized Clinical Trial Rationale and Protocol. *JMIR Res Protoc.* 2016 Jan 21;5(1):e7.
99. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT), <http://www.facit.org/FACITOrg> (14.07.11)
100. Ganz PA. Psychological and social aspects of breast cancer. *Oncology.* 2008;22(6):642-650.
101. Garofalo JP, Choppala S, Hamann HA, Gjerde J. Uncertainty during the transition from cancer patient to survivor. *Cancer Nurs,* 2009;32(4):E8-14.
102. Gartner R, Jensen MB, Nielsen J, Ewertz M, et al. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. *JAMA,* 2009;302(18):1985–1992.
103. Gaudet MM, Gapstur SM, Sun J, Diver WR, et al. Active smoking and breast cancer risk: original cohort data and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst.* 2013;105: 515-525.
104. Gosselin TK, Schneider SM, Plambeck MA, Rowe K. A prospective randomized, placebo-controlled skin care study in women diagnosed with breastcancer undergoing radiation therapy. *Oncology Nursing Forum,* 2010;37(5):619-26.
105. Graves J. Electronic communication. *Communication in Nursing,* 5 ed. Mosby Comp, Philadelphia, 2005;79–89.
106. Güllüoğlu MB. Meme hastalıklarına yaklaşım: “meme kanseri için risk değerlendirmesi ve tarama stratejileri”. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2008; 12(1): 9-17.
107. Gündoğan M. Eşlerin bağlanma tarzları ile çift uyum düzeyi arasındaki ilişkinin araştırılması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. 2015
108. Gürsoy, F. Ç. “Kaygı Ve Demografik Degiskenlerin Evlilik Uyumu İle İlişkisi”. Mersin Üniversitesi (Yüksek Lisans Tezi). 2004.
109. Gürsoy A A. Meme Kanser Tedavisine Bağlı Lenfödem ve Hemşirelik Bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;9(2):18-25.
110. Hack TF, Kwan WB, Thomas-MacLean RL, Towers A, et al. Predictors of arm morbidity following breast cancer surgery. *Psychooncology.* 2010;19:1205–1212.

111. Hagen KB, Aas T, Kvaløy JT, Eriksen HR, et al. Fatigue, anxiety and depression overrule the role of oncological treatment in predicting self-reported health complaints in women with breast cancer compared to healthy controls. *Breast*. 2016 Jun 2;28:100-106.
112. Hamolsky, D. Nursing management breast disorders. In: Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, Harding MM. ed. *Medical surgical nursing assessment and management of clinical problems*. 9th ed. Canada, Mosby Elsevier, 2014;1238-1260.
113. Hana D. Using the Roy adaptation model in management of work groups. *Nurs Sci Q* 2006;19(3): 226-230.
114. Hasson-Ohayon I, Goldzweig G, Dorfman C, Uziely B. Hope and social support utilisation among different age groups of women with breast cancer and their spouses. *Psychol Health*. 2014;29(11):1303-19.
115. Hawkey B, Williams J. Rehabilitation: The nurse's role. *Orthop Nurs* 2001;5:81-88.
116. He ZY, Tong Q, Wu SG, Li FY, et al. A comparison of quality of life and satisfaction of women with early-stage breast cancer treated with breast conserving therapy vs. mastectomy in southern China. *Support Care Cancer*. 2012 Oct;20(10):2441-9.
117. Ho RT, Lo PH, Luk MY. A Good Time to Dance? A Mixed-Methods Approach of the Effects of Dance Movement Therapy for Breast Cancer Patients During and After Radiotherapy. *Cancer Nurs*. 2016 Jan-Feb;39(1):32-41.
118. Hocoğlu Ç, Kandemir G, Civil F. Meme kanserinin aile ilişkilerine etkileri. *The Journal of Breast Health*. 2007;3(3):163-165.
119. Hofsø, K, Miaskowski C, Bjordal K, Cooper BA, et al. Previous chemotherapy influences the symptom experience and quality of life of women with breast cancer prior to radiation therapy. *Cancer Nurs*. 2011;35(3):167-77.
120. Hong Y, Peña-Purcell NC, Ory MG. Outcomes of online support and resources for cancer survivors: A systematic literature review. *Patient Educ Couns*, 2012;86(3):288–296.
121. Hong-Li C, Xiao-Chun W, Jiang-Bin W, Jing-Bo Z, et al. Quality of life in patients with breast cancer and their rehabilitation needs. *Pak J Med Sci*. 2014 Jan;30(1):126-30.

122. Huang SM, Tseng LM, Chien LY, Tai CJ, et al. Effects of non-sporting and sporting qigong on frailty and quality of life among breast cancer patients receiving chemotherapy. *Eur J Oncol Nurs*. 2016 Apr;21:257-65.
123. Huang GJ, Penson DF: Internet health resources and the cancer patient. *Cancer Invest* 2008, 26:202–207.
124. Hunt KK, Robertson JFR, Bland KI. The breast. In: Brunicardi FC. ed. *Schwartz's Principles of Surgery*, 10th edition, USA, McGraw-Hill Education, 2015;
125. Ganz PA. Psychological and social aspects of breast cancer. *Oncology*. 2008;22(6):642-650.
126. Glaser AW, Fraser LK, Corner J, Feltbower R, et al. Patient-reported outcomes of cancer survivors in England 1-5 years after diagnosis: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2013 Apr 10;3(4). pii: e002317.
127. Gross RE. Breast cancer: Risk factors, screening, and prevention. *Semin Oncol Nurs*. 2000;16:176-184.
128. Gümüş AB. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2006;2:108-13.
129. Gürsoy AA. Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem ve hemşirelik bakımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005;9(2):18-25.
130. Ingber SZ, Buser MC, Pohl HR, Abadin HG, et al. DDT/DDE and breast cancer: a meta-analysis. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2013;67:421-433.
131. Inoue S, Saeki T, Mantani T, Okamura H, et al. Factors related to patient's mental adjustment to breast cancer: patient characteristics and family functioning. *Support Care Cancer*. 2003 Mar;11(3):178-84. Epub 2003 Jan 29.
132. İşbir GG, Mete S. Nursing care of nausea and vomiting pregnancy: Roy Adaptation Model. *Nurs Sci Q* 2010; 23(2): 148-155.
133. Jain PK, Sowdi R, Anderson AD, MacFie J. Randomized clinical trial investigating the use of drains and fibrin sealent following surgery for breast cancer. *Br. J Surg* 2004; 91:54-60.
134. Janz NK, Mujahid M, Chung LK, Lantz PM, et al. Symptom experience and quality of life of women following breast cancer treatment. *J Womens Health*. 2007;16(9): 1348-1361.

135. Jeffe DB, Pérez M, Cole EF, Liu Y, et al. The Effects of Surgery Type and Chemotherapy on Early-Stage Breast Cancer Patients' Quality of Life Over 2-Year Follow-up. *Ann Surg Oncol*. 2016 Mar;23(3):735-43.
136. Jiwa M, Halkett G, Deas K, Ward P, et al. How do specialist breast nurses help breast cancer patients at follow-up? *Collegian*. 2010;17:143-9.
137. Jones JM, Nyhof-Young J, Friedman A, Catton P. More than just a pamphlet: Development of a innovative computer-based education program for cancer patients. *Patient Educ Couns* 2001;44:271-281.
138. Kamińska M, Ciszewski T, Kucielka-Budny B, Kubiowski T et al. Life quality of women with breast cancer after mastectomy or breast conserving therapy treated with adjuvant chemotherapy. *Ann Agric Environ Med*. 2015;22(4):724-30.
139. Karamanoğlu AY, Özer FG. Mastektomili hastalarda evde bakım. *The Journal of Breast Health*. 2008;4(1):3-8.
140. Karayurt Ö, Andıç S. Meme Bakım Hemşireliği. *The Journal of Breast Health*. 2011;7(4):196-202.
141. Karayurt Ö. Meme Kanseri. In: Can G. ed. *Onkoloji Hemşireliği, Birinci Basım*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014;619-657.
142. Karayurt Ö, Erol Ursavaş F, Çömez S. Endokrin cerrahisi: Meme cerrahisinde bakım. In: Eti Aslan F. ed. *Cerrahi bakım vaka analizleri ile birlikte*. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2016; 583-628.
143. Karayurt Ö, Zorukoş S. Meme kanseri riski yüksek olan kadınların yaşadıkları duygular ve bilgi – destek gereksinimlerinin karşılanması. *The Journal of Breast Health*. 2008;4(2): 56-61.
144. Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları, In: Karadakovan A, Eti Aslan F. ed. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, 3. Basım*, Ankara, Akademisyen Kitabevi. 2014;917-946.
145. Kell MR, Burke JP, Barry M, Morrow M. Outcome of axillary staging in early breast cancer: a meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat*, 2010;120:441-447.
146. Kement M, Gezen C, Aşık A, Karaöz A ve ark. Meme kanserli türk kadınlarında meme koruyucu cerrahi ve modifiye radikal mastektomi; yaşam kalitesine yönelik ileriye dönük bir analiz. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2011;31(6):1377-84

147. Keskin G, Gumus AB. Turkish hysterectomy and mastectomy patients - depression, body image, sexual problems and spouse relationships. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2011;12(2):425-32.
148. Khater A, Elnahas W, Roshdy S, Farouk O, ve ark. Evaluation of the Quilting Technique for Reduction of Postmastectomy Seroma: A Randomized Controlled Study. *Int J Breast Cancer.* 2015;2015:287398.
149. Kılıç F, Yılmaz MH. Meme biyopsisi: hasta ve yöntem seçimi; Hangi lezyonda ne yapalım? *Trd Sem,* 2014;2:140-157.
150. Kilbreath SL, Refshauge KM, Beith JM, Ward LC, ve ark. Upper limb progressive resistance training and stretching exercises following surgery for early breast cancer: a randomized controlled trial. *Breast Cancer Res Treat.* 2012 Jun;133(2):667-76.
151. Kim E, Jahan T, Aouizerat BE, Dodd MJ, et al. Changes in symptom clusters in patients undergoing radiation therapy. *Support Care Cancer.* 2009;17:1383-139.
152. Koch-Weser S, Bradshaw YS, Gualtieri L, Gallagher SS. The Internet as a health information source: findings from the 2007 Health Information National Trends Survey and implications for health communication. *J Health Commun* 2010;15:279-93.
153. Koçak S. Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu. In: S. Aydın, T. Akça, ed. *Tüm yönleriyle meme kanseri.* 1. Basım. Adana, Nobel Kitabevi, 2011; 433-441.
154. Kraemer LM, Stanton AL, Meyerowitz BE, Rowland JH, et al. A longitudinal examination of couples' coping strategies as predictors of adjustment to breast cancer. *J Fam Psychol* 2011;25:963-72.
155. Kreps GL, Gustafson D, Salovey P, Perocchia RS, et al. The NCI Digital Divide Pilot Projects: implications for cancer education. *J Cancer Educ,* 2007;22:S56-60.
156. Kurt Y. Meme caerrahisi sonrası görülen komplikasyonlar. In: S. Aydın, T. Akça, ed. *Tüm yönleriyle meme kanseri.* 1. Basım. Adana, Nobel Kitabevi, 2011;547-562.
157. Küçükkaya PG. An exploratory study of positive life changes in Turkish women diagnosed with breast cancer. *Eur J Oncol Nurs.* 2010;14:166-173.
158. Kwan ML, Cohn JC, Armer JM, Stewart BR, et al. Exercise in patients with lymphedema: a systematic review of the contemporary literature. *J Cancer Surviv.* 2011 Dec;5(4):320-36.

159. La Vecchia C, Giordano SH, Hortobagyi GN, Chabner B. Overweight, obesity, diabetes, and risk of breast cancer: interlocking pieces of the puzzle. *Oncologist*. 2011;16: 726-729.
160. Lackey NR, Gates MF, Brown G. African American women's experiences with the initial discovery, diagnosis, and treatment of breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2001;28(3):519-27.
161. Lahart IM, MetsiosGS, Nevill AM, Kitas GD et al. Randomised controlled trial of a home-based physical activity intervention in breast cancer survivors. *BMC Cancer*. 2016 Mar 17;16(1):234.
162. Lally RM. Acclimating to breast cancer: a process of maintaining selfintegrity in the pretreatment period. *Cancer Nurs*. 2010;33(4):268-279.
163. Lam WWT, Fielding R. The evolving experience of illness for Chinese women with breast cancer: A qualitative study. *Psychooncology*. 2003;12:127–140.
164. Leak A, Hu J, King CR. Symptom distress, spirituality, and quality of life in African American breast cancer survivors. *Cancer Nurs*. 2008;31(1): E15-21.
165. Lee M, Kim YH, Jeon MJ. Risk factors for negative impacts on sexual activity and function in younger breast cancer survivors. *Psychooncology* 2015;24:1097–1103.
166. Lee MK, Yun YH, Park HA, Lee ES, et al. A Web-based self-management exercise and diet intervention for breast cancer survivors: Pilot randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 2014;51(12):1557–1567.
167. Lefaiver Ca, Keough V, Letizia M, Lanuza DM. Using the Roy Adaptation Model to explore the dynamics of quality of life and the relationship between lung transplant candidates and their caregivers. *ANS Adv Nurs Sci*. 2007 Jul-Sep;30(3):266-74.
168. Leino-Kilpi H, Johansson K, Heikkinen K, Kaljonen A, et al. Patient education and health-related quality of life. Surgical hospital patients as a case in point. *J Nurs Care Qual* 2005;20:307–16.
169. Lewis FM, Fletcher KA, Cochrane BB, Fann JR. Predictors of depressed mood in spouses of women with breast cancer. *J Clin Oncol*. 2008;26(8):1289-1295.
170. Lewis PE, Sheng M, Rhodes MM, Jackson KE, et al. Psychosocial concerns of young African American breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol* 2012;30:168–184.

171. Lincoln SY, Guba GE. Naturalistic inquiry. 1985. <http://books.google.com>. (15.01.2012).
172. Lipscombe LL, Fischer HD, Austin PC, Fu L, et al. The association between diabetes and breast cancer stage at diagnosis: a population-based study. *Breast Cancer Res Treat.* 2015 Apr;150(3):613-20.
173. Loo W, Chow L. Factors predicting seroma formation after mastectomy for Chinese breast cancer patients. *Indian J Cancer*, 2007;44(3):99–103.
174. Lumachi F, Brandes AA, Burelli P, Basso SMM, et al. Seroma prevention following axillary dissection in patients with breast cancer by using ultrasound scissors: A prospective clinical study. *Eur J Surg Oncol*, 2004;30(5):526–530.
175. Magnusson L, Hanson E, Borg M. The impact of information and communication technology on family carers of older people and professionals in Sweden. *Ageing and Society*, 2005;25(5):693-713.
176. Male DA, Fergus KD, Kullen K. Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2016 Mar;10(1):66-74.
177. Marshall-McKenna R, Morrison A, Stirling L, Hutchison C et al. A randomised trial of the cool pad pillow topper versus standard care for sleep disturbance and hot flushes in women on endocrine therapy for breast cancer. *Support Care Cancer.* 2016 Apr;24(4):1821-9.
178. Mc Caul JA, Aslam A, Spooner RJ, Loudon I, et al. Aetiology of seroma formation in patients undergoing surgery for breast cancer. *Breast* 2000; 9:144-148
179. Mejdahl MK, Andersen KG, Gärtner R, Kroman N, et al. Persistent pain and sensory disturbances after treatment for breast cancer: Six year nationwide follow-up study. *BMJ* 2013;346:f1865.
180. Meric F, Bernstam EV, Mirza NQ, Hunt KK, et al. Breast cancer on the world wide web: cross sectional survey of quality of information and popularity of websites. *Brit Med J* 2002;324:577–81.
181. Mersin HH, Berberoğlu U. Meme kanseri tedavisinde aksiller diseksiyon. In: S. Aydın, T. Akça, ed. *Tüm yönleriyle meme kanseri*. 1. Basım. Adana, Nobel Kitabevi, 2011; 319-332.

182. Moons P, Budts W, De Geest S. Critique on the conceptualization of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *Int J Nurs Stud*, 2006;43:891-901.
183. Muhamad M, Afshari M, Mohamed NA. Internet Use and Breast Cancer Survivors. *Turkish Online Journal of Educational Technology - TOJET*, 2011;10(4):241–247.
184. Nasiri A, Taleghani F, Irajpour A. Adjustment process in Iranian men to their wives' breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2016 Mar;25(2):307-17.
185. National Breast and Ovarian Cancer Centre Lymphoedema, Review of Research Evidence on Secondary Lymphoedema: Incidence, Prevention, Risk Factors And Treatment 2008.
186. Nelson D, Cabaluna Gemma B, Uy Rommel M, Galicia Shalimar C, et al. A randomized, double-blinded placebo-controlled clinical trial of the routine use of preoperative antibiotic prophylaxis in modified radical mastectomy. *World J Surg*, 2013;37:59–66
187. Nesvold IL, Reinertsen KV, Fossa SD, Dahl AA. The relation between arm/shoulder problems and quality of life in breast cancer survivors: a cross-sectional and longitudinal study. *J Cancer Surviv*. 2011;5(1):62–72.
188. Nguyen HQ, Kohlman CV, Rankin SH, Slaughter R, et al. Internet-based patient education and support interventions: A review of evaluation studies and directions for future research. *Comput Biol Med*, 2004;34(2):95–112.
189. Nilsson-Ihrfelt E, Fjällskog ML, Blomqvist C, Ahlgren J, ve ark. Breast cancer on the Internet: The quality of Swedish breast cancer websites. *Breast*, 2004;13(5):376–382.
190. Obeidat RF, Dickerson SS, Homish GG, Algaissi NM, et al. Controlling fear: Jordanian women's perceptions of the diagnosis and surgical treatment of early-stage breast cancer. *Cancer Nurs*. 2012;5:1-10.
191. Okanlı A. Kadınlarda mastektominin psikososyal etkileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2004;1(1):1-6.
192. Özçınar B, Güler SA, Özmen V, Güllüoğlu BM ve ark. Meme kanserinde lokal/bölgesel tedavi sonrası görülen komplikasyonlar ve bunların hasta yaşam kalitesi üzerine etkileri. *The Journal of Breast Health* 2010; 6(1).

193. Özkan S, Alçalar N. Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *The Journal of Breast Health*. 2009;5(2):60-64.
194. Öztürk D, Akyolcu N. Assessing sexual function and dysfunction in Turkish women undergoing surgical breast cancer treatment *Jpn J Nurs Sci*. 2016 Apr;13(2):220-8.
195. Özyuvacı E, Özgümüş N, Sevim S, Acar P. Mastektomi Sonrası Lenfödem ve Kronik Ağrı Sendromunda Stellat Ganglyon Blokajı: 6 Hastada Klinik Etkinliğin Retrospektif Analizi. *İstanbul Tıp Dergisi*, 2009;4:170-173.
196. Park HJ, Lee HW, Chung SH. Incidence and risk factors of breast cancer lymphoedema. *J Clin Nurs* 2008;17: 1450-1459.
197. Park HJ, Bae SH, Jung YS, Kim KS. Quality of life and symptom experience in breast cancer survivors after participating in a psychoeducational support program: A pilot study. *Cancer Nurs*. 2011;35(1):E34-41.
198. Pauwels E, Van Hoof E, Charlier C, Lechner L, et al. Design and process evaluation of an informative website tailored to breast cancer survivors' and intimate partners' post-treatment care needs. *BMC Research Notes*, 2012;5(1):578.
199. Thanarpan P, Somrit M, Rungarun J, Paytai R, et al. Cosmetic Outcomes and Quality of Life in Thai Women Post Breast Conserving Therapy for breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(11):4685-90.
200. Pereira JL, Koski S, Hanson J, Bruera ED, et al. Internet usage among women with breast cancer: an exploratory study. *Clin Breast Cancer*. 2000 Jul;1(2):148-53
201. Phillips SM, Awick EA, Conroy DE, Pellegrini CA, et al. Objectively measured physical activity and sedentary behavior and quality of life indicators in survivors of breast cancer. *Cancer*. 2015 Nov 15;121(22):4044-52.
202. Pınar R. Türkiye'de hemşirelik alanında yaşam kalitesi. *Cerrahi bakım ve yaşam kalitesi sempozyumu kitabı*. 2012:5-10.
203. Pogson CJ, Adwani A, Ebbs SR. Seroma following breast cancer surgery. *Eur J Surg Oncol*. 2003 Nov;29(9):711-7.
204. Polat FR, Yıldız E, Polat S. Ultrasonografi eşliğinde memede ince iğne aspirasyon biyopsisi: 132 olgunun retrospektif analizi. *Bozok Tıp Derg*, 2013;2:12-16.
205. Przewdziecki A, Sherman KA, Baillie A, Taylor A, et al. My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psychooncology*. 2013 Aug;22(8):1872-9.

206. Ouellet LL, Hodgins MH, Pond S, Knorr S, et al. Post-discharge telephone follow-up for orthopaedic surgical patients: a pilot study. *Journal of Orthop Nurs* 2003;7:87-93.
207. Quinn EM, Corrigan MA, McHugh SM, Murphy D, et al. Breast cancer information on the internet: Analysis of accessibility and accuracy. *Breast*, 2012;21(4):514–517.
208. Raggio GA, Butryn ML, Arigo D, Mikorski R, et al. Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. *Psychol Health* 2014;29:632–650.
209. Raupach JCA, Hiller JE. Information and support for women following the primary treatment of breast cancer. *Health Expect*. 2002;5(4): 289-301.
210. Reimer T, Gerber B. Quality-of-life considerations in the treatment of early-stage breast cancer in the elderly. *Drugs Aging*. 2010 Oct 1;27(10):791-800.
211. Remmers H, Holtgräwe M, Pinkert C. Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study. *Eur J Oncol Nurs*. 2010 Feb;14(1):11-6.
212. Robbins ML, Mehl MR, Smith HL, Weihs K. Linguistic indicators of patient, couple, and family adjustment following breast cancer. *Psychooncology*. 2013 Jul;22(7):1501-8.
213. Ryhänen AM, Siekkinen M, Rankinen S, Korvenranta H, et al. The effects of Internet or interactive computer-based patient education in the field of breast cancer: A systematic literature review. *Patient Educ Couns*, 2010;79(1):5–13.
214. Ryhänen AM, Rankinen S, Siekkinen M, Saarinen M, et al. The impact of an empowering Internet-based Breast Cancer Patient Pathway programme on breast cancer patients' knowledge: A randomised control trial. *Patient Educ Couns*, 2012;88(2):224–231.
215. Romero C, Lindsay JE, Dalton WT, Nelson DV, et al. Husbands' perceptions of wives' adjustment to breast cancer: the impact on wives' mood. *Psychooncology* 2008;17:237-43.
216. Rosenberg SM, Tamimi RM, Gelber S, Ruddy KJ, et al. Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer. *Psychooncology* 2013;22:1849–1855
217. Roy SC. *The Roy Adaptation Model*. Pearson Education. Inc, Upper Saddle River, New Jersey. 07458. 2009

218. Sagen A, Kåresen R, Risberg MA. Changes in arm morbidities and health-related quality of life after breast cancer surgery—a five year follow-up study. *Acta Oncol.* 2009;48:1102–10.
219. Sajjad S, Ali A, Gul RB, Mateen A, et al. The effect of individualized patient education, along with emotional support, on the quality of life of breast cancer patients - A pilot study. *Eur J Oncol Nurs* 2016;21:75-82.
220. Salo D, Perez C, Lavery R, Malankar A, et al. (2004). Patient education and the internet: Do patients want us to provide them with medical web sites to learn more about their medical problems? *The Journal of Emergency Medicine*, 26 (3), 293-300.
221. Salonen P, Tarkka MT, Kellokumpu-Lehtinen PL, Astedt-Kurki P, et al. Telephone intervention and quality of life in patients with breast cancer. *Cancer Nurs* 2009;32(3):177-190.
222. Samarel N, Tulman L, Fawcett J. Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage breast cancer. *Res Nurs Health.* 2002 Dec;25(6):459-70.
223. Sardoğan ME, Karahan TF. Evli bireylere yönelik bir insan ilişkileri beceri eğitimi programının evli bireylerin evlilik uyum düzeylerine etkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2005;38(2):89- 102.
224. Savard MH, Savard J, Trudel-Fitzgerald C, Ivers H, et al. Changes in selfreported hot flashes and their association with concurrent changes in insomnia symptoms among women with breast cancer. *Menopause* 2011;18:985e93.
225. Sawin EM. The body gives way, things happen: Older women describe breast cancer with a non-supportive intimate partner. *Eur J Oncol Nurs.* 2012;16:64-70.
226. Sauven P. Guidelines for the management of women at increased familial risk of breast cancer. *Eur J Cancer* 2004; 40: 653–665.
227. Sevinç Aİ. Erken evre meme kanserinde tedavi seçenekleri. In: S. Aydın, T. Akça, ed. *Tüm yönleriyle meme kanseri*. 1. Basım. Adana, Nobel Kitabevi, 2011; 271-288.
228. Sertöz ÖÖ, Mete HE, Noyan A, Alper M, ve ark. Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri: Kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2004;15(4):264-275.

229. Seunghye S, Eunjung R. Posttraumatic Growth, Dyadic Adjustment, and Quality of Life in Breast Cancer Survivors and Their Husbands. *J Korean Acad Nurs*. 2014 Oct;44(5):515-524.
230. Sheean P, Kabir C, Rao R, Hoskins K, et al. Exploring Diet, Physical Activity, and Quality of Life in Females with Metastatic Breast Cancer: A Pilot Study to Support Future Intervention. *J Acad Nutr Diet*. 2015 Oct;115(10):1690-8.
231. Sherman DW, Haber J, Hoskins CN, Budin WC, et al. Differences in physical, emotional, and social adjustment of intimate, family, and nonfamily patient-partner dyads based on a breast cancer intervention study. *Oncol Nurs Forum*. 2009 Jul;36(4):E185-97. doi: 10.1188/09.ONF.E185-E197.
232. Shia HY, Uen YH, Yen LC, Culbertson R, et al. Two-year quality of life after breast cancer surgery: A comparison of three surgical procedures. *EJSO* 2011; 37: 695- 702.
233. Spatuzzi R, Vespa A, Lorenzi P, Miccinesi G, et al. Evaluation of Social Support, Quality of Life, and Body Image in Women with Breast Cancer. *Breast Care (Basel)*. 2016 Feb;11(1):28-32. doi: 10.1159/000443493. Epub 2016 Feb 3.
234. Stagl JM, Bouchard LC, Lechner SC, Blomberg BB, et al. Long-term psychological benefits of cognitivebehavioral stress management for women with breast cancer: 11-year follow-up of a randomized controlled trial. *Cancer*. 2015 Jun 1;121(11):1873-81. doi: 10.1002/cncr.29076. Epub 2015 Mar 23.
235. Susan G. Komen, Targeted therapies, 2014.
<http://ww5.komen.org/BreastCancer/TargetedTherapies.html>. (04.07.2015)
236. Steck S, Rosling R, Murphy EA, Davis JM, et al. Vitamin D status and breast cancer aggressiveness among African-American and European-American women in South Carolina. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, October 2010;19(10) Supplement 1: Abstract A79.
237. Swisher AK, Abraham J, Bonner D, Gilleland D, et al. Exercise and dietary advice intervention for survivors of triple-negative breast cancer: effects on body fat, physical function, quality of life, and adipokine profile. *Support Care Cancer*. 2015 Oct;23(10):2995-3003. doi: 10.1007/s00520-015-2667-z. Epub 2015 Mar 1.
238. Şener A, Terzioğlu G. Arkadaşlık ilişkilerinin evlilik uyumu üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar E-Dergisi*. 2008; 1-15.

239. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara 2016a. http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf (29.02.2016)
240. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, Meme Kanseri Ulusal Kanser Tarama Standartı, Ankara 2016b. <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/meme.pdf> (29.02.2016)
241. Taşçı S. Cultural Factors Affecting Health and Disease. In: Seviğ Ü, Tanrıverdi G. ed. Intercultural Nursing. Istanbul, Istanbul Medical. 2012:19-44.
242. Tekin A, Kaya E, Demirel M, Yazıcı SÖ. İnternetin hastaları güçlendirme potansiyeli ve hasta-hekim ilişkilerine etkisi: Burdur’da hastanelere başvuran internet kullanıcılarına yönelik bir alan araştırması. In VI. Ulusal Sosyoloji Kongresi, “Toplumsal Dönüşümler ve Sosyolojik Yaklaşımlar”, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın. 2009:1205–1227.
243. Thomson DR, Sadideen H, Furniss D. Wound drainage after axillary dissection for carcinoma of the breast. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Oct 20;(10):CD006823. doi: 10.1002/14651858.CD006823.pub2.
244. Tiryaki A, Özçürümez G, Sağlam D, Yavuz. Meme kanseri olan kadınların eşlerinin hastalığa tepkileri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2010;1:95-10.
245. Turner EJ1, Benson JR, Winters ZE. Techniques in the prevention and management of seromas after breast surgery. Future Oncol. 2014 May;10(6):1049-63.
246. UCSF Medical Center, Biopsy for breast cancer diagnosis: surgical breast biopsy, 2016. University of California San Fransisco. http://www.ucsfhealth.org/education/biopsy_for_breast_cancer_diagnosis/surgical_breast_biopsy/ (29.02.2016)
247. Uçar T, Uzun Ö. Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi. The Journal of Breast Health. 2008;4(3):162-168.
248. Ussher JM, Perz J, Gilbert E. Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer. Cancer Nurs 2012;35:456–465.
249. Valero-Aguilera B, Bermúdez-Tamayo C, García-Gutiérrez JF, Jiménez-Pernett J, et al. Information needs and Internet use in urological and breast cancer patients. Support Care Cancer. 2014 Feb;22(2):545-52.

250. Vargens OMC, Berterö C. Living with breast cancer: its effect on the life situation and the close relationship of women in Brazil. *Cancer Nurs.* 2007;30:471-478.
251. Verbelen H, Gebruers N, Eeckhout F, Verlinden K, et al. Shoulder and arm morbidity in sentinel node-negative breast cancer patients: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat*, 2014;144:21–31.
252. Vilholm OJ, Cold S, Rasmussen L, Sindrup SH. Effect of levetiracetam on the postmastectomy pain syndrome. *Eur J Neurol* 2008;15:851-7.
253. Vogel WH. The advanced practice nursing role in a high-risk breast cancer clinic. *Oncol Nurs Forum.* 2003;30(1):115-122.
254. Wagner CD, Bigatti SM, Storniolo AM. Quality of life of husbands of women with breast cancer. *Psychooncology.* 2006;15:109–120.
255. Westman B, Bergenmar M, Andersson L. Life, illness and death –existential reflections of a Swedish sample of patients who have undergone curative treatment for breast or prostatic cancer. *Eur J Oncol Nurs.* 2005;10:169-176.
256. World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü); www.who.org (25.02.2015)
257. Winzelberg AJ, Classen C, Alpers GW, Roberts H, et al. Evaluation of an internet support group for women with primary breast cancer. *Cancer.* 2003 Mar 1;97(5):1164-73.
258. Wise M, Han JY, Shaw B, McTavish F, et al. Effects of using online narrative and didactic information on healthcare participation for breast cancer patients. *Patient Educ Couns*, 2008;70(3):348–356.
259. Yeh CH. Psychological distress: testing hypotheses based on Roy's adaptation model. *Nurs Sci Q.* 2003 Jul;16(3):255-63.
260. Yenal K, Ümran S. The effects of web-based childbirth education program on activities of daily living of pregnant women. *Health Med*, 2012;6(3):930–938.
261. Yeter K, Savcı A, Sayiner FD. Meme kanserinde rekonstrüktif cerrahinin ve hasta eğitiminin yaşam kalitesine etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2009;5(2):65–68.
262. Yıldırım NK, Özkan M, Özkan S, ve ark. Meme kanserli hastaların tedavi öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi: bir yıllık prospektif değerlendirme sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 2009;46:175-81.
263. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. 8. Baskı. Ankara: Seçkin Yayın Evi. 2008

264. Yılmaz T, Keşkek ŞÖ, Sakallı H, Canataroğlu A. Meme kanserli hastalarda kemoterapinin yaşam kalitesine etkisi. Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 2013;1(2):14-20.
265. Yi M, Kim J, Noh DY, Lee JL, et al. Evaluation of the satisfaction and usefulness of a web-based educational program for breast cancer patients. Open Med Inform J, 2008. <http://doi.org/10.2174/1874431100802010129>
266. Young-McCaughan S, Mays MZ, Arzola SM, Yoder LH, et al. Research and commentary: Change in exercise tolerance, activity and sleep patterns, and quality of life in patients with cancer participating in a structured exercise program. Oncol Nurs Forum. 2003;May-Jun;30(3):441-54;.
267. Yusoff N, Taib NA, Ahmad A. The health seeking trajectories of Malaysian women and their husbands in delay cases of breast cancer: A qualitative study. Asian Pac J Cancer Prev. 2011;12(10):2563-70.
268. Zahlis EH, Lewis FM. Coming to grips with breast cancer: the spouse's experience with his wife's first six months, J Psychosoc Oncol. 2010;28(1):79-97.
269. Zanalıoğlu Y, Atahan K, Gür S, Çökmez A, et al. Effect of breast conserving surgery in quality of life in breast cancer patients. J Breast Health 2009;3:152-156
270. Zeigler L, Smith PA, Fawcett J. Common Journey Breast Cancer Support Group. Breast cancer: evaluation of the Common Journey Breast Cancer Support Group. J Clin Nurs. 2004 May;13(4):467-78.
271. Zhu G, Zhang X, Wang Y, Xiong H et al. Effects of exercise intervention in breast cancer survivors: a meta-analysis of 33 randomized controlled trails. Onco Targets Ther. 2016 Apr 13;9:2153-68.
272. Zhou Q, Shen JC, Liu YZ, Lin GZ, et al. Effects of doctor-patient communication on quality of life among breast cancer patients in southern China. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(14):5639-44.

8. EKLER

EK-1 BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı,

“Meme Kanseri Olan Kadınlara ve Eşlerine Verilen Web Tabanlı Eğitimin Yaşam Kalitesi ve Eş Uyumuna Etkisi” isimli araştırma, meme kanseri olan hastaların ve eşlerinin bakım sonuçlarını geliştirmek için tasarlanmıştır. Kimliğiniz ve araştırma sonunda elde edilecek bilgiler **tamamen** gizli tutulacaktır. Bu araştırma için herhangi bir ödeme yapmayacaksınız, araştırmaya katıldığınız için size de bir ödeme yapılmayacaktır.

Ben, (katılımcı adı), katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Deneğin Adı-Soyadı:.....İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:.....Tarih

(gün/ay/yıl):...../...../.....

EK-2 Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Adınız Soyadınız:.....

Telefon Numaranız:.....

1. Yaşınız:.....

2. Eğitim durumunuz:

a. İlkokul mezunu b. Ortaokul mezunu c. Lise mezunu d. Üniversite
ve üzeri

3. Mesleğiniz:

a. Ev hanımı b. Memur c. İşçi d. Emekli e. Serbest meslek f. Diğer

4. Gelir Durumunuz:

a. Gelir giderden az b. Gelir gidere denk c. Gelir giderden fazla

5. Meme kanserinizin evresi:

a. Evre I b. Evre II

6. Uygulanan ameliyat tipi nedir?

a. Mastektomi b. Meme Koruyucu Cerrahi

7. Aksiller diseksiyon yapıldı mı?

a. Evet b. Hayır

8. Kemoterapi aldınız mı?

a. Evet b. Hayır

9. Radyoterapi aldınız mı?

a. Evet b. Hayır

10. Hormonoterapi aldınız mı?

a. Evet b. Hayır

EK-3 Eş Tanıtıcı Bilgi Formu

Adınız Soyadınız:.....

Telefon Numaranız:.....

1. Yaşınız:.....

2. Eğitim durumunuz:

a. İlkokul mezunu b. Ortaokul mezunu c. Lise mezunu d. Üniversite
ve üzeri

3. Mesleğiniz:

b. Memur c. İşçi d. Emekli e. Serbest meslek f. Diğer

4. Gelir Durumunuz:

a. Gelir giderden az b. Gelir gidere denk c. Gelir giderden fazla

EK-4 YAPILANDIRILMAMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Görüşmecinin adı-soyadı: Saadet Andıç

Görüşme yeri:

Çalıştığı kurum: Dokuz Eylül Üniversitesi

Tarih:

Hemşirelik Fakültesi

Görüşmenin Başlama/Bitiş Saati:

Merhaba, benim adım Saadet Andıç ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde doktora öğrencisiyim. Meme kanseri olan kadınların ve eşlerinin gereksinimlerini ve yaşadıkları güçlükleri belirleyebilmek amacıyla bir araştırma yapıyorum. Meme kanseri tanısı koyulduğu andan itibaren, tedavi öncesi, sırası ve sonrası kadınlar ve eşleri birçok sorun yaşamakta ve sağlık ekibinden daha fazla destek almaya gereksinim duymaktadır. Görüşme sonucunda bu süreçte yaşanan güçlüklerin ve gereksinimlerin ve hemşirelerden beklentilerinin belirlenmesi hastalarımıza ve eşlerine daha kaliteli tedavi / bakım sunmamızı sağlayacaktır. Bu nedenle sizin bilgi ihtiyacınızla ilgili düşüncelerinizi ve beklentilerinizi öğrenmek istiyorum

Ayrıca;

- Araştırmaya katılımınız bütünüyle “**gönüllü olmanıza**” bağlıdır.
- Bu görüşmenin yaklaşık 30-40 dakika süreceğini tahmin ediyorum.
- Her biriniz eşsiz olup söylediklerinizde doğru veya yanlış yoktur, gerçek duygu ve düşüncelerinizi yansıtmamız verilerin güvenilir olması için önemlidir.
- Bu görüşme sırasında verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacak, isminiz kullanılmadan bilimsel olarak paylaşılacaktır.
- Sizinle yapacağımız görüşmeyi zamanı daha iyi kullanabilmek ve söylediğiniz hiç bir şeyi kaçırmamak için ses kayıt cihazı ile kaydetmek istiyorum. Görüşmede özellikle kayıt edilmesini istemediğiniz şey olursa bana söyleyebilirsiniz ve kaydetmeyebiliriz.
- Araştırma ve görüşme süreci konusunda sorunuz olursa, görüşme bittikten sonra sorabilirsiniz.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim. İzin verirsiniz görüşmeye başlamak istiyorum.

Görüşme Soruları

Kadınlar için;

1. Meme kanseri tanısı koyulduktan sonra neler yaşadınız?

Eşleri için;

1. Eşinize meme kanseri tanısı koyulduktan sonra neler yaşadınız?

Bana zaman ayırdığınız için çok teşekkür ederim. Görüşmeden sonra eklemek istediğiniz başka görüş ve önerileriniz olursa, beni 0535 674 17 64 no'lu telefondan arayabilirsiniz.



EK-5 Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme-Meme Kanseri Ölçeği
Aşağıdaki listede sizinle aynı hastalığı olan diğer insanların önemli olduğunu söylediği bazı ifadeler verilmiştir. **Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.**

<u>BEDENİ DURUM</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GP 1	Enerjim düşük.....	0	1	2	3	4
GP 2	Bulantım var.	0	1	2	3	4
GP 3	Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4
GP 4	Ağrım var.....	0	1	2	3	4
GP 5	Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor.....	0	1	2	3	4
GP 6	Kendimi hasta hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GP 7	Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum.....	0	1	2	3	4

<u>SOSYAL YAŞAM ve AİLE DURUMU</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GS 1	Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum	0	1	2	3	4
GS 2	Ailemden manevi destek görüyorum.....	0	1	2	3	4
GS 3	Arkadaşlarımdan destek görüyorum.....	0	1	2	3	4
GS 4	Ailem hastalığımı kabullendi.....	0	1	2	3	4
GS 5	Ailemle hastalığım konusundaki iletişimden memnunum.....	0	1	2	3	4
GS 6	Kendimi hayat arkadaşına (veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum	0	1	2	3	4
Q1	Aşağıdaki soruyu lütfen şu anki cinsel ilişki durumunuzu göz önüne almadan yanıtlayınız. Eğer bu soruya cevap vermemeyi tercih ederseniz, lütfen yandaki kutuyu işaretleyip bir sonraki bölüme geçiniz. <input type="checkbox"/>					
GS 7	Cinsel hayatım tatmin edici.....	0	1	2	3	4

Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.

DUYGUSAL DURUM

		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GE1	Kendimi üzgün hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GE2	Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum.....	0	1	2	3	4
GE3	Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum.....	0	1	2	3	4
GE4	Kendimi sinirli hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GE5	Ölmekten korkuyorum	0	1	2	3	4
GE6	Durumumun daha kötüye gitmesinden endiseleniyorum	0	1	2	3	4

FAALİYET DURUMU

		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GF1	Çalışabiliyorum (ev işi dahil).....	0	1	2	3	4
GF2	İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor	0	1	2	3	4
GF3	Hayattan zevk alabiliyorum	0	1	2	3	4
GF4	Hastalığımı kabullendim	0	1	2	3	4
GF5	İyi uyuyorum	0	1	2	3	4
GF6	Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum	0	1	2	3	4
GF7	Şu anda hayatımın kalitesinden memnunum.....	0	1	2	3	4

Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.

<u>DİĞER ENDİŞELER</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
B1	Nefes darlığı çekiyorum	0	1	2	3	4
B2	Kıyafetlerimin üzerimde nasıl durduğu konusunda tedirginim	0	1	2	3	4
B3	Kollarımdan biri ya da her ikisi şiş veya dokununca hassas	0	1	2	3	4
B4	Kendimi cinsel yönden çekici hissediyorum	0	1	2	3	4
B5	Saçımın dökülmesi beni rahatsız ediyor.....	0	1	2	3	4
B6	Diğer aile fertlerimin bir gün aynı hastalığa yakalanabileceklerinden endişe duyuyorum	0	1	2	3	4
B7	Stresin (sıkıntının) hastalığım üzerindeki etkisinden endişe duyuyorum	0	1	2	3	4
B8	Kilomdaki değişiklik beni rahatsız ediyor	0	1	2	3	4
B9	Kendimi kadın gibi hissedebiliyorum	0	1	2	3	4
P2	Vücudumun belirli yerleri kayda değer derecede ağrıyor	0	1	2	3	4

EK-6 Çift Uyum Ölçeği


	Her gün	Hemen hemen her gün	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
Eşinizi Öper misiniz?					

	Hepsine	Çoğuna	Bazılarına	Çok azına	Hiç birine
Siz ve eşiniz ev dışı etkinliklerinizin ne kadarına birlikte katılırsınız?					

Aşağıda ilişkinizdeki farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki “mutlu” birçok ilişkide yaşanan mutluluk düzeyini gösterir. İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyinizi en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz.

- Asırı mutsuz Oldukça mutsuz Az mutsuz Mutlu
Oldukça mutlu Asırı mutlu Tam anlamıyla mutlu

EK 7. EGE Üniversitesi Kurum İzni



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI : 69631334 -266 -26521
KONU: Tez Çalışması Hk.

10.11.2014

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

İLGİ: 2573 sayılı ve 04.11.2014 tarihli yazınız.

Enstitünüz Cerrahi Hastahkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Saadet ÇÖMEZ'in "Meme Kanseri Olan Kadınlara ve Eşlerine Verilecek Olan Web Tabanlı Eğitim Sonrası Yaşam Kalitelerinin ve Çift Uyumlarının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Kasım 2014 – Haziran 2015 tarihleri arasında Genel Cerrahi Anabilim Dalı Meme polikliniğinde yapması, günlük poliklinik faaliyetlerini aksatmamak koşulu ile uygun görülmüştür.



Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Mehmet ÖZKAHYA
Başhekim

*Öğrenci İzni
07/01/2015*

*DOKU
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Kayıt No : 07 01 2015
0038*

EK 8. Dokuz Eylül Üniversitesi Kurum İzni

 T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI 

Sayı : B.30.2.DEÜ.0.30.00.00/655
Konu :

20.10.2012

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İLG : 16.03.2012 tarih ve 12 sayılı yazınız.

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalınız tarafından "Meme Kanseri Olan Kadınlar ve Eşleri için Oluşturulan Web Tabanlı Eğitimin Yaşam Kalitesi, Hastalık ve Eş Uyumuna Etkisi" başlıklı çalışmanızın uygulanmasına ilişkin DEÜ. Hast. Bşk.'nin 29.03.2012 tarih ve 148 sayılı yazı ektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Zühal BAHAR
Dekan

EK : 1 Sayfa

DEÜ Hemşirelik Fakültesi İnciraltı – İZMİR (35340) 412 47 50 Faks: (0.232) 412 47 98
<http://www.deu.edu.tr>

EK 9. Etik Kurul İzni

KARAR BİLGİLERİ		Karar No:2012/12-06	Tarih: 29.03.2012		
Doç.Dr.Özgül KARAYURT'un sorumlusu olduğu "Meme Kanseri Olan Kadınlar ve Eşleri İçin Oluşturulan Web Tabanlı Eğitimin Yaşam Kalitesi,Hastalık ve Eş Uyumuna Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Banu</i>
Prof.Dr..Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Besti</i>
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Açıkgoz</i>
Prof.Dr.Mehtap MALKOÇ	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Malkoç</i>
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Reyhan</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Nesip</i>
Prof.Dr.Adnan MENDERES	Plastik Cerrahi	DEU Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Ece</i>
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Hüseyin</i>
Prof.Dr.Servet AKAR	İç Hastalıkları (Romatoloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Katılmadı</i>
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Katılmadı</i>
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Katılmadı</i>
Doç.Dr.Işıl TEKME	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Işıl</i>
Prof.Dr.Meltem Kutlu GÜRSEL	Hukuk	D.E.Ü Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Katılmadı</i>
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>İhsan</i>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2012/14-24	Tarih: 10.04.2014
	Doç.Dr.Özgül KARAYURT'un sorumlusu olduğu "Meme Kanseri Olan Kadınlar ve Eşleri İçin Oluşturulan Web Tabanlı Eğitimin Yaşam Kalitesi,Hastalık ve Eş Uyumuna Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait 08.04.2014 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak; -Çalışma adının "Meme Kanseri Olan Kadınlar ve Eşleri İçin Oluşturulan Web Tabanlı Eğitimin Yaşam Kalitesi ve Eş Uyumuna Etkisi" olarak değiştirilmesi ile ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
---------------	---

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Işıl TEKME	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Şeyda SerenİNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

EK 10. Özgeçmiş

Araştırma Görevlisi SAADET ÇÖMEZ

TC Kimlik No / Pasaport No:	28666898182
Doğum Yılı:	1985
Yazışma Adresi :	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 35340 İzmir/Türkiye
Telefon :	232-4124794
Faks :	232-4124798
e-posta :	saadet.andic@gmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ	Yüksek Lisans	2011

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Dokuz Eylül Üniversitesi	Türkiye	İzmir	Hemşirelik	Araştırma Görevlisi	2010-
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	Türkiye	Burdur	Hemşirelik	Araştırma Görevlisi	2009-2010

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

PROJE DENEYİMİ

Proje Adı	Kurum	Bütçe	Tarih	Görev	Proje Türü
Meme Kanseri Olan Kadınlar ve Eşleri için Oluşturulan Web Tabanlı Eğitimin Yaşam Kalitesi ve Es Uyumuna Etkisi	Dokuz Eylül Üniversitesi	24000	05.06.2012-05.06.2015	Yürütücü	Ulusal

DİĞER AKADEMİK FAALİYETLER

Son Bir Yılda Uluslararası İndekslere Kayıtlı Makale/Derleme İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı			
Son Bir Yılda Projeler İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı			
Yayınlara Alınan Toplam Atıf Sayısı			3
Danışmanlık Yapılan Öğrenci Sayısı		Tamamlanan	Devam Eden
	Yüksek Lisans		
	Doktora		
	Uzmanlık		
Diğer Faaliyetler (Eser/görev/faaliyet/sorumluluk/olay/üyelik vb.)			

ÖDÜLLER

Ödülün Adı	Alındığı Kuruluş	Yılı
-------------------	-------------------------	-------------

YAYINLARI

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

Comez, S. Karayurt, O., We as spouses have experienced a real disaster! Women with breast cancer and their spouses' experiences: a qualitative study, 2015, CANCER NURSING (publish ahead of print)
Comez, S. Karayurt, O., We as spouses have experienced a real disaster! Women with breast cancer and their spouses' experiences: a qualitative study, 2014, EUROPEAN JOURNAL OF ONCOLOGY NURSING
Andic, Saadet; Karayurt, Ozgul, Determination of Information and Support Needs of First Degree Relatives of Women with Breast Cancer, 2012, ASIAN PACIFIC JOURNAL OF CANCER PREVENTION

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

Karayurt, Özgül; Çömez, Saadet; Ceylan, Hatice, Cerrahi Kliniklerde Çevre Dostu Uygulamalar, 2014, Dokuz Eylül Hemşirelik Yüksekokulu E Dergisi
Karayurt, Özgül; Andıç, Saadet, Meme Bakım Hemşireliği, 2011, The Journal of Breast Health

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayımlar

Cerrahi Hastalarının Bütüncül Hemşirelik Bakımında Yararlı Bir Eğitim Materyali; Kavram

Haritası, 20. Ulusal Cerrahi Kongresi 15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Nisan 2016
Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi, 20. Ulusal Cerrahi Kongresi 15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Nisan 2016
Cerrahi Operasyon Geçiren Hastalarda Venöz Tromboemboli Sıklığının ve Risk Faktörlerinin İncelenmesi: Retrospektif Çalışma, 20. Ulusal Cerrahi Kongresi 15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Nisan 2016
Meme Kanseri Olan Kadınlar İçin Geliştirilen İnternet Tabanlı Eğitim Araştırmalarının Sistemik İncelenmesi, 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Kasım 2015
Meme Kanseri Olan Kadınlar ve Eşleri İçin Web Tabanlı Eğitim Örneği, 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Kasım 2015
We as spouses have experienced a real disaster! Women with breast cancer and their spouses' experiences: a qualitative study, EONS 9 Congress, 2014
Asıl Tsunamiyi biz Yaşadık! Meme Kanseri Olan Kadınlar ve Eşlerinin Deneyimleri: Kalitatif Bir Çalışma, 12. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi, 2013
Loneliness among The Elderly in Rural and Urban Areas , I. Uluslar arası Evde Bakım Kongresi, 2013
Hemşirelik Eğitiminde Yeni Bir Yaklaşım: Yönderlik , Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar Sempozyumu, 2013
Ülkemizde hemşirelikte teori ile klinik arasındaki boşluk, Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar Sempozyumu, 2013
Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Saptanması, 11. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi, 2011
Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Sorunlarına Yönelik Bildikleri Geleneksel Uygulamalar ve bu Uygulamalar Hakkındaki Görüşleri, 1. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik ve Ebelik Kongresi, 2011
Meme Bakım Hemşireliği, 17. Ulusal Cerrahi Kongresi, 2010

Diğer yayımlar

Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte, Endokrin Cerrahisi: Meme Cerrahisinde Bakım, ISBN: 978-605-9942-58-4, 2016