

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**MEME KANSERİ TANISI KONULMUŞ KADINLARA
VERİLEN VIDEO DESTEKLİ EĞİTİMİN ETKİNLİĞİ:
NONRANDOMİZE KONTROLLÜ ARAŞTIRMA**

NERİMAN GÜZEL

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI**

GAZİANTEP

2021

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**MEME KANSERİ TANISI KONULMUŞ KADINLARA VERİLEN
VIDEO DESTEKLİ EĞİTİMİN ETKİNLİĞİ: NONRANDOMİZE
KONTROLLÜ ARAŞTIRMA**

Neriman GÜZEL

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin
Hemşirelik Anabilim Dalı'nın
Doktora Programı İçin Öngördüğü

DOKTORA TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır.

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ayla YAVA**

**GAZİANTEP
2021**

DOKTORA KABUL VE ONAY FORMU



İTHAF

Bu tezimi; beni bu günlere getiren, üzerimde büyük emekleri olan ve çok erken yaşta kaybettiğim ama hep yanımda olduklarını hissettiğim; on çocuğunu merhamet ve sevgiyle yetiştirip evimizin tüm yükünü sırtlayacak kadar zeki ve çalışkan; bana hem bir anne olup hem de kariyer hayatımı ilerletebileceğimi öğreten, en büyük rol modelim canım annem Halime ERGENÇ'e ve kız çocuklarının okutulmasının hoş görülmediği küçük bir ilçede yedi kızını da maddi zorluklara rağmen okutan ve bizi her zaman destekleyen, ileri görüşlü çok kıymetli babam Hüseyin ERGENÇ'e ve erken yaşta melek olan sevgili kardeşlerim Aysel ERGENÇ, Mustafa ERGENÇ, Fatoş ERGENÇ ve yengem Hatice ERGENÇ'e ithaf ediyorum. Sizleri hiç unutmayacağız.

Neriman GÜZEL

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tezinin tüm aşamalarında desteğini, sabrını, emeğini esirgemeyen ve hep örnek aldığım saygıdeğer danışmanım Prof. Dr. Ayla Yava'ya,

Tez izleme jürisinde yer alan bilgi ve birikimlerinden yararlandığım çok değerli hocalarım Doç. Dr. Betül Tosun'a ve Dr. Öğr. Üyesi Semra Çelikli'ye,

Hastalara verilecek eğitim videolarının çekiminde yer alarak bana destek veren Sevgili Gülhan Şahin'e ve teknik desteği ile her zaman yanımda olan araştırma görevlisi arkadaşım Gökhan Tunçelli'ye, öğretmen arkadaşım Süleyman Tarlabölen'e ve birikim ve önerilerinden yararlandığım arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi Aynur Koyuncu'ya,

Tezin veri toplama formunu hazırlamada, araştırma verilerini toplamada bilimsel ve akademik desteği, tecrübesi ve varlığı ile bana her zaman güç ve moral veren Doç Dr. Arzu Akan'a,

Tezin Sağlık Bakanlığı İstanbul Prof. Dr. Cemil Taçcıoğlu Hastanesinde uygulanmasına izin veren tüm idari görevdeki yöneticilere, evrakların takibinde her zaman desteğini esirgemeyen sayın Musa Kaya'ya, meme cerrahisi kliniğinde görev yapan asistan ve hemşirelere,

Çalışmaya ön uygulamaları ve esas uygulamalarına katılarak, bu tezin verilerini sağlayan tüm hastalara,

Her zaman yanımda olup, gece gündüz beni özveriyle destekleyen ve motive eden sevgili eşim Reşat Güzel'e manevi destekleri ve gösterdikleri sabırdan ötürü kızlarım Aysel, Fatoş, Zeynep ve oğlum Muhammed İsmail'e candan teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

Neriman GÜZEL

ÖZET

Neriman GÜZEL, Meme Kanseri Tanısı Konulmuş Kadınlara Verilen Video Destekli Eğitimin Etkinliği: Nonrandomize Kontrollü Araştırma, Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Doktora Programı, Doktora Tezi, Gaziantep, 2021. Meme kanseri tanısı konulan hastalarda büyük bir kaygı ve üzüntü meydana gelmesinin yanı sıra; tedavide uygulanacak cerrahi girişimin çeşidi, etkileri, cerrahi sonrası yaşantısının nasıl olacağı konusundaki kaygılar; hastaların fiziksel ve ruhsal yönden birtakım zorluklara neden olmaktadır. Bu kaygı ve belirsizlikler cerrahi riskleri artırmakla birlikte hem tedavinin sonuçlarını hem de sağlık hizmetleri memnuniyeti olumsuz etkilenmektedir. Bu çalışmada cerrahi öncesi verilen video destekli eğitimin postoperatif dönemde cerrahi sonrası komplikasyonlar, anksiyete ve konfor üzerinde etkisinin belirlenmesi amaçlandı. Çalışma Ağustos-Aralık 2020 tarihleri arasında, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi'nin genel cerrahi kliniğinde yapılan nonrandomize kontrollü klinik bir araştırmadır. Örneklem ölçütlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 35'i Çalışma (ÇG), 35'i Kontrol (KG) olmak üzere 70 hasta ile araştırma tamamlandı. Önce KG, daha sonra ÇG hastalarına ilişkin verileri toplandı. KG hastalarına araştırma kapsamında müdahalede bulunulmadı, genel cerrahi servisinde cerrahi öncesi rutin tedavi ve bakım uygulamaları sürdürüldü. ÇG'na ise rutin tedavi ve bakım uygulamalarına ek olarak araştırma kapsamında hazırladığımız "Meme Kanseri Tanısı Konulmuş Kadınlara Verilen Video Destekli Eğitim" isimli eğitim videosu izlettirildi. Her iki gruptaki hastalara preoperatif 1. gün anksiyete değerlendirmede Durumluk- Sürekli Anksiyete Ölçeği (*Stait Trait Anxiety Inventory-STAI*) ile konfor durumlarını değerlendirmede Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) kullanıldı. Postoperatif 2. Gün STAI ölçeğinin durumluk (STAI-S) bölümü ile GKÖ; postoperatif 10. gün ise sadece anksiyete ölçeğinin durumluk (STAI-S) bölümü uygulandı. İstatiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0.05$ kabul edildi. Cerrahi öncesi video destekli eğitimin anksiyete düzeyini düşürdüğü ve konfor düzeyini yükselttiği görüldü. Bu eğitimler onkolojik ya da diğer cerrahi yöntemlerde de kullanılabilir ve hasta üzerindeki olumlu etkilerini tespit etmeye yönelik daha geniş örneklemeli araştırmalar yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, Meme Cerrahisi, Anksiyete, Konfor, Video Destekli Eğitim, Hemşire.

ABSTRACT

Neriman GUZEL, The Effectiveness of Video-Assisted Education for Women Diagnosed with Breast Cancer: Non-randomized Controlled Study, Nursing Department Nursing Doctorate Program, PhD Thesis, Gaziantep, 2021. Beside intense anxiety and grief in patients diagnosed with breast cancer, concerns about the type of surgical intervention to be applied in the treatment, its effects, and the post-surgical life cause a number of physical and mental difficulties for patients. These concerns and uncertainties not only increase the surgical risks, but also both the results of the treatment and the satisfaction regarding health services are negatively affected. This study aimed to identify the effects of video-assisted education on the anxiety during post-operative period, post-surgical complications, and comfort. The study is a non-randomised controlled study performed at Republic of Turkey, Ministry of Health, Istanbul City Health Administrative Prof Dr Cemil Taşcıoğlu State Hospital in period of August-December 2020. The study was completed with 70 patients, 35 of whom were Study Group (SG) and 35 were Control group (CG), who met the inclusion criteria and volunteered to participate in the study. Initially data on CG patients, and then data on SG patients were collected. KG patients were not intervened within the scope of the study, and preoperative routine treatment and care practices were continued. In addition to routine treatment and care practices, the training video titled "Video-Assisted Training Provided to Women with Breast Cancer Diagnosis", prepared within the scope of the research, was shown to SG. The State Trait Anxiety Inventory (STAI) was used in the pre-operative 1st day anxiety assessment of the patients in both groups, and the General Comfort Scale (GAS) was used to assess their comfort state. While the STAI-S and the GCS were applied on the 2nd post-operative day, only the STAI-S was applied on the 10th postoperative day. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$. It was seen that video-assisted education given to patients before surgery had lowered anxiety levels and increased general comfort levels. These trainings can also be used in oncological or other surgical methods, and studies with larger samples can be conducted to determine their positive effects on the patient.

Keywords: Breast Cancer, Breast Surgery, Anxiety, Comfort, Video Assisted Education, Nurse.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
RESİMLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
KISALTMALAR.....	xi
GİRİŞ.....	1
1.1 Konunun Önemi ve Problemin Tanımı.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi.....	5
2.2. Meme Hastalıkları.....	7
2.2.1. Memenin Kistik Hastalığı.....	8
2.2.2. Fibroadenomlar	8
2.2.3. Akut Mastitis ve Abse	8
2.3. Meme Kanseri.....	9
2.3.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi	9
2.3.2. Meme Kanserinde Risk Faktörleri.....	11
2.3.3. Meme Kanseri Riski Tahmin Yöntemleri.....	15
2.3.4. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları.....	16
2.3.5. Meme Kanserinde Evreleme.....	17
2.3.6. Meme Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri.....	19
2.3.7. Meme Kanserinin Erken Tanısında Hemşirenin Rolü.....	24
2.3.8. Meme Kanserinde Tedavi.....	25
2.3.9. Meme Kanseri Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı ve Yönetimi.....	28
2.3.10. Meme Cerrahi Sonrası Olası Komplikasyonlar	31
2.3.11. Hastanın Ameliyat Sonrası Taburculuk Eğitimi.....	39
2.4. Meme Kanseri ve Cerrahisine İlişkin Bilgi Eksikliği ve Hasta Eğitimi	39
2.4.1. Meme Kanseri ve Cerrahisinde Hastaların Video Destekli Eğitimi	40

2.4.2. Hemşirelikte Bazı Kuram ve Modeller	41
2.4.3. Hasta Eğitiminde Önemli Faktörler	42
2.4.4. Eğitimde Gütülenmeyi Arttıran Kavramlar	42
2.4.5. Eğitim Türleri	43
2.4.6. Eğitim Yöntem ve Teknikleri	43
2.4.7. Eğitim Süreci	44
2.5. Anksiyete	44
2.5.1 Anksiyete Karşısında Hastaların Yaşadığı Durumlar	45
2.5.2. Anksiyeteye Bağlı Ortaya Çıkan Kuramlar	46
2.5.3. Anksiyete Düzeyleri	46
2.6. Konfor	47
2.6.1. Birinci Aşama	48
2.6.2. İkinci Aşama	49
3. GEREÇ VE YÖNTEM	51
3.1. Araştırmanın Hipotezleri	51
3.2. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı	51
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	51
3.3.1. Örneklem Ölçütleri	52
3.4. Araştırmanın Etik Yönü	53
3.4.1. Bilgilendirme ve Onam	54
3.4.2. Araştırmaya Katılmama ve Araştırmadan Ayrılma	54
3.5. Veri Toplama Formları	55
3.5.1. Kişisel Bilgiler Formu	55
3.5.2. Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI)	55
3.5.3. Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)	56
3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri	58
3.7. Nonrandomize Yarı Deneysel Çalışma Tasarımı	59
3.8. Eğitim Videosunun Hazırlanması	59
3.9. Araştırmanın Uygulanması	60
3.9.1. Kontrol Grubu Verilerinin Toplanması	60
3.9.2. Çalışma Grubuna Yönelik Uygulama ve Verilerin Toplanması	61
3.10. Verilerin İstatiksel Analizi	64
3.11. Finansman	64
3.12. Tez İzleme Komitesi Toplantıları	65
4. BULGULAR	67

4.1. Tanıtıcı ve Hastalıkla İlişkili Özelliklere ait Bulgular.....	68
4.2. Hastane Sürecinde Cerrahi Sonrası Komplikasyonlara İlişkin Bulgular.....	71
4.3. Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Yaşadıkları Komplikasyonlara İlişkin Bulgular	73
4.4. ÇG ve KG Hastalarının Sürekli ve Durumluk Anksiyete (STAI-T ve STAI-S) Bulguları.....	74
4.5. Genel Konfor Ölçeği Bulguları.....	77
5. TARTIŞMA.....	80
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	87
6.1. Sonuçlar	87
6.2. Öneriler	87
6.3. Sınırlılıklar	88
7. KAYNAKLAR.....	89
EK 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	111
EK 2. Etik Kurul Onay Formu.....	112
EK 3. Kurum İzinleri	113
Ek.3.1. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu Karar Tutanağı	113
EK 3.2. Sağlık Müdürlüğü İzni.....	114
EK 4. Gönüllüleri Bilgilendirme Formu.....	115
EK 4.1. Çalışma Grubundaki Hastaların Bilgilendirilmesi	115
EK 4.2. Kontrol Grubundaki Hastaların Bilgilendirilmesi	116
EK 5. Veri Toplama Formları.....	117
EK 5.1. Kişisel Bilgiler Formu 1. Bölüm Tanıtıcı Bilgiler	117
EK 5.2. Veri Toplama Formu 2. Bölüm Hastalıkla ilgili Bilgiler	118
EK 5.3. Veri Toplama Formu 3. Bölüm Ameliyat ve Ameliyat Sonrasına ait Bilgiler	119
EK 5.4. STAI Ölçeği Durumluk Boyutu	120
EK 5.5. STAI Ölçeği Sürekli Boyutu	122
EK 5.6. Genel Konfor Ölçeği	124
EK 6. Ölçek İzinleri	128
EK 6.1. Anksiyete Ölçeği İzni	128
EK 6.2. Genel Konfor Ölçeği İzni	129
EK 7. İntihal Raporu.....	130

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI



ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 2.1. Meme Parankim Dokusu	6
Şekil 2.2. Elle Yapılan Meme Muayene Yönleri	22
Şekil 3.1. Nonrandomize Araştırmalar için Akış (Consort) Diyagramı	51
Şekil 3.2. Araştırmanın Uygulanması Akış Şeması	62
Şekil 3.3. Tez Çalışma Takvimi	65



RESİMLER DİZİNİ

Sayfa No

Resim 2.1. Memenin Yandan Kesiti	5
Resim 2.2. Kanserli Meme dokusu	9
Resim 2.3. Meme Kanserinin Belirtileri	17
Resim 2.4. Meme Kanseri Evreleri	18
Resim 2.5. Kendi Kendine Meme Muayenesi	21
Resim 2.6. Meme Koruyucu Cerrahi	26
Resim 2.7. Memenin tamamının alınması (Mastektomi ve aksiller diseksiyon)	27
Resim 2.8. Lenf ödem	34



TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kanserin Dağılımı.....	10
Tablo 2.2. Meme Kanseriinde TNM Evreleme Tablosu.....	18
Tablo 2.3. Amerikan Kanseri Birliğinin Meme Kanseri için Tarama Önerisi	19
Tablo 2.4. Türkiye Ulusal Meme Kanseri Tarama Standartları	20
Tablo 2.5. Lenf ödemin Belirti ve Bulguları	35
Tablo 2.6. Konfor Kuramının Taksonomik Yapısı	50
Tablo 3.1. Konfor Ölçeğinin Düzeyleri ve Boyutlarının Puanları	59
Tablo 3.2. Ölçeklere ilişkin güvenilirlik katsayıları	60
Tablo 4.1. Çalışma ve Kontrol Grubu Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri Açısından Karşılaştırılması (N=70)	70
Tablo 4.2. Çalışma ve Kontrol Grubu Hastalarının Hastalık ve Hastalıkla İlişkili Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=70)	71
Tablo 4.3. Çalışma ve Kontrol Grubu Hastalarının Kanseri Tanısı Alma ve Cerrahi Girişim Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=70)	72
Tablo 4.4. Çalışma ve Kontrol Grubu Hastalarının Cerrahi Sonrası Hastanede Yaşadıkları Komplikeasyonlar ve Karşılaştırılması (N=70)	73
Tablo 4.5. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Evde Yaşadıkları Komplikeasyonlar ve Karşılaştırılması (N=70)	75
Tablo 4.6. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Preoperatif Sürekli Anksiyete (STAI-T) Puanlarının Karşılaştırılması (N=70)	76
Tablo 4.7. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Preoperatif ve Postoperatif Durumluk Anksiyete (STAI-S) Puanlarının Karşılaştırılması (N=70)	77
Tablo 4.8. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Preoperatif ve Postoperatif Genel Konfor Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=70)	79

KISALTMALAR

ACS:	Amerikan Kanser Birliği
BKI:	Beden Kitle İndeksi
ÇG:	Çalışma Grubu
DVD:	Digital Versatile Disc
GKÖ:	Genel Konfor Ölçeği
HRT:	Hormonoterapi
IARC:	Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
KG:	Kontrol Grubu
KMM:	Klinik Meme Muayenesi
KMMM:	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KT:	Kemoterapi
MKC:	Meme Koruyucu Cerrahi
RT:	Radyoterapi
SBE:	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
SLNB:	Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi
STAI:	Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği
STAI-T:	Sürekli Anksiyete Ölçeği
STAI-S:	Durumluk Anksiyete Ölçeği
TİK:	Tez İzleme Komitesi
TNM:	Tümör Nod Metastaz

GİRİŞ

1.1 Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Dünyada ve ülkemizde kadının yaşamını önemli ölçüde tehdit eden, en çok morbidite ve mortaliteye sebep olan sorunlarından biri meme kanseridir (1-3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne bağlı bir kuruluş olan Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC-The International Agency for Research on Cancer) 2020 verilerine göre; dünyada tüm kanserler içerisinde kadınlarda meme kanseri insidansı %47.8 ile birinci sırada yer almaktadır (4). Türkiye'de de tüm yaş gruplarındaki kadınlarda görülen kanserler içerisinde %24.6 görülme oranı ile meme kanseri ilk sırada yer almakta olup tanı konulan her dört kadından biri yine meme kanseridir (1). Birçok Avrupa ülkesinde olduğu gibi meme kanserinin ülkemizde de insidansında artış görülmekle birlikte mortalite oranları stabil seyretmekte ya da azalma göstermektedir (4, 6).

Hastalar meme kanserinin evresi ve yayılımına göre kemoterapi (KT), radyoterapi (RT), hormonoterapi (HRT) ve cerrahi girişim gibi yoğun stres yaratan tedavilerden geçerler (7). Günümüzde özellikle de uzak metastazı olmayan meme kanserlerinde cerrahi girişim, en çok başvurulan tedavi yöntemidir (8). Meme kanseri tanısının konulması hastalarda büyük bir kaygı ve üzüntü meydana getirmesinin yanı sıra, tedavide uygulanacak cerrahi girişimin çeşidi, etkileri, cerrahi sonrası yaşantısının nasıl olacağı konusundaki endişeler, hastaları cerrahi öncesi süreçte birçok fiziksel, duygusal, psikolojik, ruhsal ve sosyal zorluklarla karşı karşıya bırakmaktadır (8, 9). Bu duygusal belirsizlikler cerrahi riskleri artırabilmekte, tedavinin sonuçlarını etkileyebilmekte ve hastanın sağlık sisteminden memnuniyet düzeyini azaltmaktadır (10).

Meme kanserli her 10 kadından dördünün yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon yaşadığı da belirtilmektedir (11). Cerrahi tedavi hakkındaki bilgilerin karmaşık olması, bilgi boşluğu ve sağlık personeli ile hasta arasındaki iletişimin hastanın duygusal olarak çöküntü içinde olduğu bir zaman diliminde gerçekleşmesinin getirdiği zorluklar anksiyetenin en önemli nedenleri olarak sıralanmaktadır (12). Hastanın gerek cerrahiden kaynaklanan gerekse uygulanacak işlemler sırasında yaşaması muhtemel olan korku, ağrı, hipotermi, kusma gibi rahatsızlıklar anksiyetesinin artmasına, konfor düzeyinin de azalmasına neden olabilmektedir (13).

Meme kanseri tanısı konulan hastalar yaşadıkları travma ile beraber özellikle de cerrahi karar sürecinde yoğun bir bilgi gereksinimi duymaktadır (14, 15). Cerrahi öncesi dönemde bilgi gereksinimlerini gidermek ve bu bilgilerden karar verme süreçlerinde de yararlanmak düşüncesinde olan hastalar bilgiye hızlıca ulaşma gayretindedir. Bu amaçla da çoğunlukla hastanın bireysel özelliklerine tam olarak uymayan, yanlış ya da eksik bilgiler içermeye potansiyeli olan ve güvenilir olmayan internet sitelerinden faydalanırlar (16, 17). Örneğin Fox ve Dugan'ın 2013 yılında yaptıkları araştırmalarında; Amerikalıların üçte birinin sağlıkları konusunda en sık internet kaynaklarına başvurdukları belirtilmektedir (18). Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK), Türkiye'de internet üzerinden yapılan aramaların %65.9'unun sağlık konusunda bilgi almaya yönelik olduğunu bildirmiştir (19). Bilgi alma amacıyla başvuru kaynaklarının güvenilirliği ile ilgili sorunlar hastaların kendi sağlıklarını yönetme, tedavi ve bakımlarını sürdürmede yanlış bilgilenebilmelerine sebep olabilmektedir (20).

Günümüzde bilim ve sağlık teknolojileri yanında iletişim teknolojileri de hızla gelişmekte; üretilen bilginin yayılması da bir o kadar hızlı olmaktadır. Hastalıklar hakkında doğru bilgi edinmek, hastalıkların erken teşhisi yanında, tedavi hakkında bilgi edinme, tedavi ve bakım süreçlerinin takip edilmesi ve sağlık profesyonelleri tarafından verilen bilgi ve eğitim uygulamalarını anlamada önemli bir yere sahiptir (21). İletişim teknolojilerinden doğru bir şekilde yararlanılması da doğru bilgiye ulaşmada hem hasta hem de sağlık bakım profesyonellerine sürecin doğru yönetilmesinde avantajlar sağlayacaktır.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de internet ağı üzerinde sağlıkla ilgili videoların üretimi ve izlenmesi yaygınlık kazanmaktadır. Sadece meme kanseri değil, pek çok sağlıkla ilgili sorun hakkında bilgi almak, tedavi seçeneklerini öğrenmek ve diğer insanların uygulamaları hakkında bilgi edinmek isteyen kişiler bu videolara artan oranlarda ilgi göstermektedir. Bilgi kaynaklarının ve bilgiyi üreten kaynakların doğru ve güvenilir olması yanında bu alanda verilen bilgilerin anlaşılır düzeyde olması büyük önem taşımaktadır (22, 23). Joury ve ark. (2017) çalışmalarında; birçok internet sitesindeki bilginin en az lise eğitim seviyesinde olan bireylerin anlayabileceği düzeyde olduğunu ve bilgilerin çoğunlukla karmaşık ve anlaşılmasının güç olduğunu belirtmişlerdir (24). Erdoğan ve Bulut'un 2017'de yaptığı araştırmaya göre de "hemşirelerin eğitici rolünü yerine getirirken; bilgi almada sağlık personeli dışında yararlandıkları bilgisayar ve internet gibi kaynakları araştırması, anlayabilecekleri düzeyde ve doğru bilgi kaynaklarına yönlendirmesi ve bu konuda danışmanlık yapması"nın önemi vurgulanmaktadır (25).

Benzer çalışma olarak Esen ve ark. (2019)'da internette bilgi kaynağı olarak uzmanlar tarafından hazırlanan tam ve doğru bilgilere sahip videolara ihtiyaç duyulduğunu belirtmişlerdir (21).

Cerrahi hemşiresi, hasta ve yakınlarının gereksindiği bilgi düzeyi ve miktarını belirleyerek, cerrahi öncesi verdiği eğitimle profesyonel düzeyde tanı ve tedavi aşamalarında sağlığı yeniden kazanması ve komplikasyonları önlemeye yönelik mesleki sorumluluklarını yerine getirmektedir (26, 27). Hastalık ve cerrahi girişimin stresi altındaki hastalara, rutin olarak verilen bilgilerin, uygun ortamda ve yeterli zamanda verilememesi, temel ihtiyaçları olan bilginin tam anlaşılmasına, belirsizlik ve kaygıya neden olabilmektedir (28). Yutmaz'ın 2018'de yaptığı araştırmada görsel-işitsel bir eğitimle hastaların kendileri ile daha fazla ilgilenilmiş gibi hissettikleri; bu tipte yapılan eğitimin ağrı, anksiyete ve konfor üzerinde olumlu sonuçları olduğu ortaya konulmuştur (29).

Eğitimlerin hasta odalarında verildiği bildirilen bir çalışmada refakatçi, ziyaretçi ya da başka sağlık personelinin farklı uygulamalar için odaya girebilme ihtimalinin de bulunduğu; bu durumun hastanın mahremiyetini azalttığı, dikkatini verilen eğitime odaklayamadığı, verilen bilgi ve eğitimin bireysel olmadığı ve böylelikle eğitimden yararlanma durumunun sınırlı kaldığı değerlendirilmiştir (29). Hastane ortamında ve kısıtlı bir sürede verilen eğitimin hastaların karar verme, kaygı ve sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerine etkisini ölçmeye yönelik Singapur'da yapılan bir çalışmada da olumlu sonuçlar alınmasına rağmen; kadınların bu eğitimi evde ya da istedikleri yerden ve istedikleri zamanda almalarının tedavilerinde daha olumlu sonuçlar doğuracağı sonucuna varılmıştır (12).

Bilgi kaynağı olarak hemşire, hastanın yaşamında önemli bir rol oynayan sağlık profesyonelidir. Bilimsel veriler ışığında, hastanın anlayacağı düzeyde ve günümüz teknolojisi kullanılarak hazırlanacak bir videolu eğitim materyali ile bilgilendirmenin meme kanseri tanısı konulmuş kadınlara fayda sağlayacağı değerlendirilmiştir. Bu materyal ile hasta bilgilendirilirken, eğitimler hasta odaları ya da poliklinik gibi kalabalık yerlerden ziyade, kargaşa ve gürültünün olmadığı özel eğitim odalarında verilmesi de etkinliği artırabilir. Ayrıca bu eğitim videoları hastanın cep telefonuna veya internet ortamına yüklenerek hastane dışında da istediği yerden, istediği zamanda, bilgilendirme içeriğine güvenli olarak ulaşabilmesini, tekrar izleyebilmesini de sağlayarak hasta konforu üzerinde olumlu sonuçlar doğuracağı düşünülmüştür.

Hemşirelik literatüründe videolu eğitim yönteminin iletişim teknolojilerinden de yararlanılarak meme kanserine bağlı ameliyat olacak hastaların eğitiminde kullanıldığı ve bu eğitim yönteminin hastaların anksiyete düzeyi ile ilgili sınırlı ve konforu üzerindeki etkilerini inceleyen hiçbir çalışma bulgularına rastlanılmamıştır. Bu yöntemle verilecek bir eğitimin meme kanseri nedeniyle ameliyat olacak kadınların hastalık ve tedavi süreci hakkında doğru bilgilenmelerinde ve böylelikle anksiyetelerinin azalmasında ve konforlarının artmasında katkı sağlayabileceği değerlendirilmektedir. Araştırmadan elde edilecek sonuçların cerrahi hemşireliği alanına katkı sağlayacağı, ayrıca; araştırma sonuçlarının daha etkin ve ulaşılabilir bir sağlık hizmeti sunulmasının yanında, yapılacak başka çalışmalara da kaynak teşkil etmesi açısından yararlı olacağı düşüncesi ile bu çalışma doktora tezi olarak seçilmiştir.

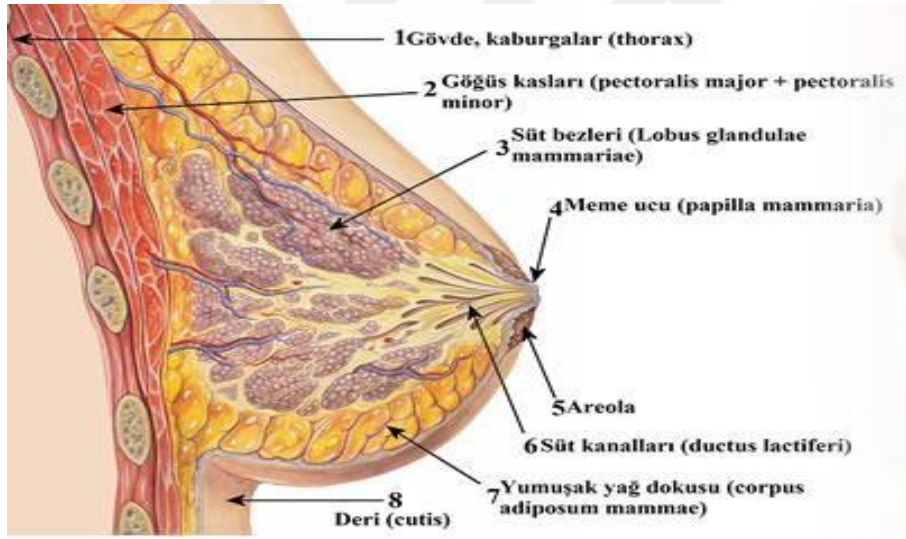
1.2 Araştırmanın Amacı

Meme kanseri nedeniyle ameliyat olacak kadın hastalara yönelik hazırlanan video destekli eğitimin, hastaların anksiyete ve genel konfor düzeyleri üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

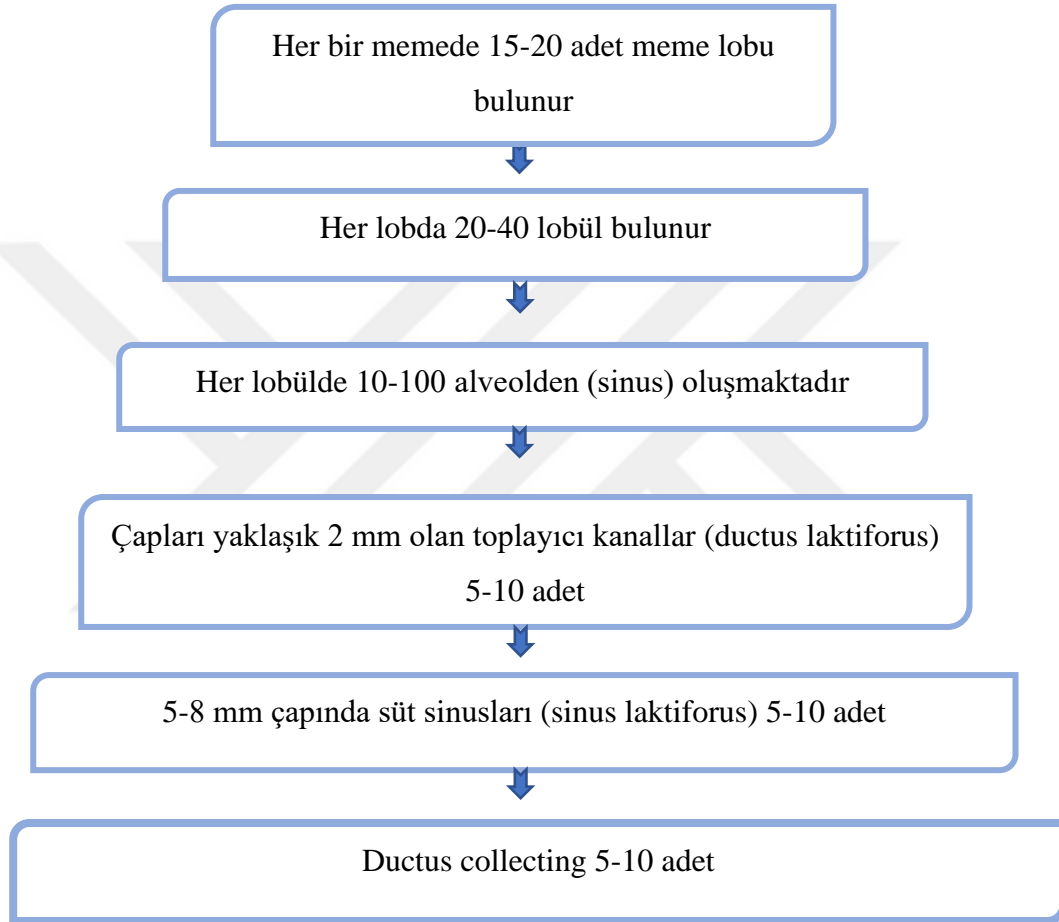
2.1. Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi

Meme toraks bölgesinde horizontal olarak sternum ve orta aksiller hat arasında simetrik, vertikal olarak ikinci ve altıncı kostalar arasında yer alan bir çift salgı organı olup, yaklaşık üçte ikisi pektoral majör kası üzerinde, üçü bir bölümü ise serratus anterior kası üzerinde bulunan bir çift salgı organıdır. Memeler deri, deri altı yağ dokusu ve meme dokusu olmak üzere üç temel yapıdan oluşmakta bağ dokusu ya da fasya ile kaslara bağlanırlar. Esas glanduler dokusu parankim dokusudur, diğer destek dokuları ise stroma olarak adlandırılan yağ dokusu ve fibröz bağ dokusudur. Meme aoralasının yakınında çapları 2 mm'yi bulan toplayıcı kanallar (ductus laktiforus), subaerolar bölgede çapları 5-8 mm olan süt sinuslarına (sinus laktiforus) dönüşürler (30), (Resim 2.1).



Resim 2.1. Memenin Yandan Kesiti (31)

Her bir meme parankimasında üzüm salkımı şeklinde 15-20 lob, her lobda sekresyon hücrelerinden oluşan 20-40 lobül ve her lobülde 10 ila 100 alveolden (asinus) oluşmaktadır. Her lob sekresyon hücrelerinin oluşturduğu 20-40 lobülden ve her lobülde 10 ila 100 alveolden (asinus) oluşmaktadır. Ductus adı verilen kendilerine ait kanalla meme başına açılırlar (32). Meme parankim dokusunun yapısı araştırmacı tarafından şematize edilerek özetlenmiştir (Şekil 2.1).



Şekil 2.1. Meme Parankim Dokusu (32)

Meme derisi ince ve yumuşak yapıda olup, meme başı aerola merkezinde yer alır. Aerola yaklaşık 15-60 mm çapında ve çevresinde morgagni tüberkülleri bulunur. Morgagni tüberkülleri, sebum salgılayan montgomeri glandlarının kanallarının açıldığı tümseklerdir. Aerola daire şeklindedir ve içerisinde duyarlı sinir uçları, yağ bezleri ve ter bezleri bulunmaktadır (33). Meme, meme uçlarını yatay ve dikey kesen iki hayali çizgi ile alt dış, üst dış, alt iç ve üst iç olmak üzere dört kadrana ayrılmaktadır (30). Memenin kanlanması arteia

torasika interna (arteria mammae interne), arteria subklavia ve arteria interkostalisler ile sağlanmaktadır. Büyük damarlardan olan internal torasik arterin iki, üç ve dördüncü anterior perforan dalları göğüs duvarını sternum kenarından delerek memenin medyalini besler. Bu damarlar laktasyon sırasında genişlerler. Memelerdeki venöz akım ise genel olarak koltuk altına doğrudur, meme başı çevresindeki venler bir anastomoz çemberi (pleksus venosus aerolaris) oluşturmaktadırlar (32).

Memenin vasküler sistemin bir parçası olan lenfatik sistem kanserin yayılımında etkili olduğu için çok önemlidir. Lenf sıvıları hücrelerarası aralıkta toplandıktan sonra lenfatik kapillere geçer, önce toplayıcı lenf damarlarına daha sonra da lenf nodlarına boşalır ve nodlardan çıkan lenf damarları genişleyip birleşerek ven dolaşımına katılır. Birçok lenfatik damar aksillada yer alan lenf nodlarına doğru akış sağlarken (%75'i), birkaç küçük lenfatik damar memede derine yerleşimi olan internal mammarian (%25'i) lenf nodlarına doğru akış sağlarlar. Memenin duysal innervasyonu esas 2-6. interkostal sinirlerin sempatik dalları ile sağlanır. Bu sinirler kan akımı ve ter bezleri üzerinde de etkilidir. Torasik interkostal sinirlerin ön kütanoz dalları meme derisinin orta kısmının, lateral kütanoz dalları ise meme derisinin yan kısmının innervasyonunu gerçekleştirir. Memede sempatik sinirler vazomotor işlevi üzerinde parasempatik sinirler ise meme dokusunu innerve etmezler. Süt salgılanması over ve hipofiz hormonlarının kontrolü altındadır (30). Meme cerrahisinde özellikle aksiller disseksiyonda dikkat edilmesi gereken serratus anterior kasını innerve eden nervus totasikus longustur çünkü bu sinirin kesilmesi serratus anterior'un felcine ve "skapula alata" kasık tabanının duyu kaybı durumuna sebep olur (33).

2.2. Meme Hastalıkları

Memede görülen hastalıkların %90'ı iyi huylu olmakla birlikte, meme kanseri kadınlarda primer kanser olarak oldukça önemlidir. Normalde meme dokusunda menstruasyon, gebelik, laktasyon ve menapoz dönemlerinde bazı değişiklikler olmaktadır. İyi huylu tümörler daha çok premenapoz dönemde ortaya çıkmaktadır. Buna karşın kötü huylu tümörler menapoz ve menapoz sonrası dönemdeki yıllarda daha fazla görülür. Meme kanserinin %75'i ortalama 40 yaşın üzerinde, %2'den azı 30 yaş altında görülmektedir. Fibrokistik hastalıkları, fibroadenomlar, galaktosel, mastit, jinekomasti en yaygın görülen meme hastalıklarındandır (34).

2.2.1. Memenin Kistik Hastalığı

Memenin iyi huylu hastalıklarını tanımlamak için genellikle “fibrokistik meme değişiklikleri” terimi kullanılmaktadır. Sıklıkla hiç doğum yapmamış 30-35 yaş arasındaki kadınlarda görülmektedir. Adet öncesi dönemde ağrılı ve oldukça hassas olan kistik lezyonlar genellikle yumuşak, sınırları belli ve hareketlidir. Ultrason eşliğinde teşhis edilebilir ve rahatsız etmediği sürece müdahale edilmez. Kistler östrojen miktarının azalmasına bağlı olarak menopoz sonrası dönemde azalır. Genellikle iki memede de görülür. Kist içeriği berrak, süt rengi, somon rengi, sarı, koyu kahverengi ya da bazen hafif kanlı olabilir (30). Fibrokistik meme genellikle önce kişinin kendisi tarafından saptanır daha sonra klinik muayenesi, mamografi ya da biyopsi ile tanı konur ve nadiren cerrahi olarak çıkarılır. Hormon ve hormon benzeri maddelerin devamlı kullanımı süt bezleri ve süt kanallarının hücresel yapısında değişikliklere neden olabilir. Normal hücrelerden farklı olan bu hücrelere atipik, bunlarda hücre artışı olanlara da atipik hipeplazi olarak isimlendirilirler ve memelerde meme kanseri en çok bu hücrelerden olmaktadır (35).

2.2.2. Fibroadenomlar

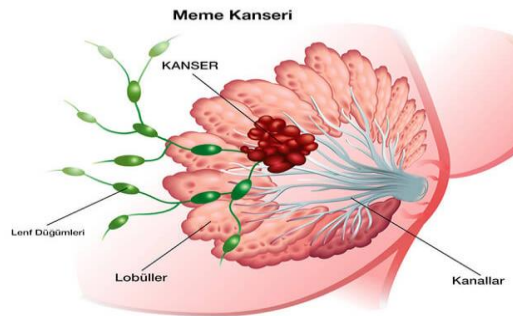
Genellikle 25 yaş altı kadınlarda daha sık görülen ve kadınlarda en sık görülen iyi huylu meme hastalığıdır. Kadınların %10-25’inde bir ya da birden fazla fibroadenom bulunur. Genellikle 25 yaşın altındaki kadınlarda daha sık görülür. Kitleler katı, lastik kıvamında, yuvarlak, hareketli, ağrısız ve kapsülsüzdür. Fibroadenomlar fibroblastik ve epitelial kökenli, östrojen fazlalığına bağlı ortaya çıktığı düşünülen tümörlerdir. Yerleşimleri genellikle sol memede ve memenin üst kadranında bulunurlar. Fibroadenomlar genelde yavaş büyür, büyüme herhangi bir tedavi gerekmeksizin kendi kendine durur, bazen de kendi kendilerine küçülebilir. Büyümenin durmaması durumunda genellikle cerrahi girişimle alınması gerekmektedir (30).

2.2.3. Akut Mastitis ve Abse

Akut mastitis, memenin iltihabi bir inflamasyondur ve genellikle emziren kadınlarda görülür. Emziren kadınların ilk aylarında meme başında çatlaklar meydana gelir. Tedavi edilmeyen bu çatlaklar stafilokokus aureus ya da streptokok apselerine neden olmaktadır. Bu inflamasyon nedeniyle memede hassasiyet, ağrı, şişlik, ele gelen kitle, meme ucunda akıntı, ateş, koltuk altı bezinde şişme gibi belirtiler görülür (36, 30). Kronik mastit ise daha çok ileri yaş kadınlarda görülen akut mastitin devamı ya da sinsi şekilde ilerleyen ve bulguları inflamatuvar meme kanserine benzer. Mastitlerden sonra absede gelişebilir bunun içinde tedavide insizyonel drenaj ve kültür sonrası antibiyotik tedavisi verilir (30, 32).

2.3. Meme Kanseri

Meme kanseri, meme hücrelerin kontrolsüz çoğalmasıyla başlayan ve kadınlarda en sık görülen kronik bir hastalıktır ve köken aldıkları dokuya göre isimlendirilirler. Memedeki duktusta meydana gelmişse duktal kanser, lobülde meydana gelmişse lobüler kanser ismi verilmektedir. Bunun yanında ductusta oluşmuşsa noninvaziv (in situ) ve buralardan yayılma göstermişse de invaziv (infiltrate) olarak nitelendirilir (37). Normal bir hücrede DNA mutasyonu gelişmesi sonucunda kanser hücresi bölünüp çoğalır ve sağlıklı meme dokularını istila etmesiyle meme kanseri oluşur (38). Sınırlı kanser hücresi, başlarda duktal kanal içinde sonra da kendi bazal membranlarından ilerleyip bağ dokusu içine, oradan da kan damarlarına ve sıklıkla lenfatiklerle karışarak lenf nodlarına, karaciğere, kemik ve beyin gibi uzak organlara da sıçrayarak metastaz yapabilmektedir (39-42). (Resim 2.2). Nükseden vakaların içinde %50 oranında ilk metastaz bölgesi kemikler olup meme kanserinden ölümlerin sebebi de bundan dolayı olmaktadır (43, 44). Bazı hastalarda bir gram meme kanseri dokusu bazı hastalarda sekiz yılda geliştiği tahmin edilmektedir (39).



Resim 2.2. Kanserli Meme dokusu (42)

2.3.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Kadınlarda daha çok görülen ve mortalitesi yüksek olan meme kanseri, dünyada tahmini 2.3 milyon vaka ile akciğer kanserinden sonra ikinci kanser türü olup, yeni kanser tanısı alan tüm vakaların %11.7'sini oluşturmaktadır (4). Dünya genelinde, 2015 yılı verilerine göre 570.000 kadın meme kanseri nedeniyle yaşamını yitirmiştir (46). Görülme oranı yüz binde 43.3 olup ülkeden ülkeye, ülkedeki bölgelere ve etnik gruplara göre farklılık göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde diğer ülkelere oranla daha yüksek olmakla beraber dünya geneli hemen her ülkede yıllar içerisinde oranlar artış görülmektedir. Meme kanseri görülme oranı en yüksek

Kuzey Amerika ve Okyanusya, en düşük Afrika ve Asya bölgeleridir. Batı Avrupa’da yüz binde 96 iken Orta Afrika ve Doğu Asya bölgelerinde yüz binde 27 olarak görülmektedir. Az gelişmiş ülkelerde yüz binde 31.3 iken gelişmiş ülkelerde bu oran 74.1’e yükselmektedir (47). Sağlık Bakanlığı’nın Türkiye birleşik veri tabanında yer alan IARC Globocan (2018) verilerine göre kadınlarda en sık görülen ilk beş kanserin dağılımında meme kanseri birinci sıradadır (45, 48), (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kanserin Dağılımı

Sıra	Türkiye*	Batı Asya	Orta-Doğu Avrupa	ABD	Dünya
1	Meme	Meme	Meme	Meme	Meme
2	Troit	Kolarektal	Kolarektal	Akciğer	Kolarektal
3	Kolarektal	Troit	Uterus Korpusu	Kolarektal	Akciğer
4	Uterus Korpusu	Uterus Korpusu	Uterus Serviksi	Troit	Uterus Korpusu
5	Akciğer	Akciğer	Akciğer	Uterus Korpusu	Troit

TC. Sağlık Bakanlığı: Türkiye Birleşik Veri Tabanı (45)

IARC, meme kanseri morbidite %20, mortalite oranlarının ise sadece %14 arttığını bildirmiştir (48, 49). Meme kanseri morbidite oranları olarak Amerika Birleşik Devletleri’nde 2013-2017 yılları arasında insidans artmakla beraber ölüm oranları her yıl %1.3 oranında azaldığı bununla beraber mortalite oranları incelendiğinde; az gelişmiş ülkelerde %14.3 (324.000 ölüm), gelişmiş ülkelerde bu oran %15.4 (198.000 ölüm) olarak bildirilmiştir (50).

Türkiye’de yapılan son çalışmalar meme kanseri insidansının arttığını göstermiştir. Kanserler içerisinde 70 yaş üzeri kadınların %14.6’sı, 50-69 yaş arası %14.9’u, 25-49 yaş arası %21.9’u, 15-24 yaş arası %3.1’i meme kanseridir. Tüm yaş gruplarında kadınlarda görülen kanserler içerisinde meme kanseri oranı ise %24.8’dir (47, 48). Meme kanseri olan kadınların, ağırlıklı olan gruplardan %45’inin 50-69 yaş, %40’nın ise 25-40 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın 2016 raporuna göre 62 bin kadın kansere yakalanmış olup bunun yaklaşık 14 bini meme kanseridir ve bunlarında yarısının erken evrede olduğu tespit edilmiştir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında 2014’te yapılan taramalarda 2013 yılına göre %40 artmıştır. Ölüm sayılarına baktığımızda ise; 2012 yılında 9640 kişi olarak kayıtlı iken; bu

oran 2016 yılında 11097'a yükselmiştir (48, 49). Bu oranlar ülkemizde meme kanseri ölüm hızının ABD'ye göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (51).

Türkiye'de meme kanserinin bölgesel dağılımı değerlendirildiğinde; Karadeniz, Akdeniz ve İç Anadolu bölgeleri birinci sırada, Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve Marmara bölgelerinin ise ikinci sırada yer aldığı bildirilmektedir. 2000'li yılların sonunda Türkiye'de yaşanan coğrafik, ekonomik, sosyal ve kültürel faktörlerdeki değişimlerin meme kanseri insidansının artışında bir etken olarak değerlendirilmektedir (52). Tüm bu artışa rağmen Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de erken tanı yöntemlerindeki ilerleme ve tedavi seçeneklerine ulaşılabilirliğin artması, meme kanserinin mortalite hızını düşürmüş ve tanıdan sonra sağ kalım süresi uzamıştır (4,6). Beş yıllık sağ kalım hızı dünyada artış gösterdiği bu oranın Türkiye'de %86 olarak rapor edilmiştir (53).

2.3.2. Meme Kanserinde Risk Faktörleri

Meme kanserinin etyolojisi tam olarak bilinmemesine rağmen meme kanseri ile ilişkili birçok risk faktörü bulunmaktadır (30, 54). Meme kanseri tanısı alan olan kadınların yaklaşık %85'inde aile öyküsü, %65'inde ise belirgin bir risk faktörü bulunmamaktadır. Amerikan Kanser Derneği (ACS- American Cancer Society) meme kanseri risk faktörlerini değiştirilemeyen risk faktörler, yaşam tarzı ile ilişkili faktörler, belirsiz risk faktörler ve kanıtlanmamış faktörler olarak dört gruba ayırmaktadır (54).

Meme Kanserinde Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Cinsiyet: Kadın olmak meme kanserinde en önemli risk faktörüdür ve kadınlarda erkeklerden 100 kat daha yaygındır (54, 55). Bunun sebebi kadınların erkeklerden daha fazla meme dokusuna sahip olması ve kadınlarda östrojen ve progesteron düzeyin erkeklerden daha yüksek olmasıdır (30, 49).

Yaş: Meme kanseri 25 yaşın altında nadir olup, yaşla birlikte meme kanseri insidansı artış göstermektedir. (56). Otuz yaşın altındaki kadınlarda meme kanseri tüm olguların %2'sini oluşturur (57). Kadınlarda menopoza sonrası ve sonrası dönemdeki yıllarda meme kanseri daha fazla görülmektedir. Ortalama olarak meme kanserinin %75'i 40 yaş üzerinde, %0.3'den daha azı 30 yaşın altında görülmeyle beraber meme kanseri sıklığı 30-24 yaş aralığında 100 binde 25 iken, 45-49 yaş aralığındaki sıklık 7-8 kat artış göstermektedir. Bu yaştan sonra artış yavaşlayarak 70-74 yaşlarında 100 binde 463'e ulaşmaktadır. Meme kanserine bağlı mortalite ise yaşla birlikte artış göstermektedir (56). Karayurt ve ark. (2017)'nin makalelerinde Yavuz ve Dolgun'un makalelerini kaynak olarak gösterdikleri bilgiye göre; "invaziv meme kanseri 45

yaşından küçük kadınlarda yaklaşık sekiz kişiden birinde; 55 yaş ve üstü kadınlarda ise üç kişiden ikisinde görülmektedir” (30).

Genetik Faktörler: Kanseler içinde meme kanserinin %5 ile %10'un genetik geçişli olduğu düşünölmektedir. Genetik geçişli meme kanserinin çoğu BRCA-1 ve BRCA-2 genlerindeki mutasyon sonucu gelişir. Ailede BRCA-1 gen mutasyonu olan kişilerin yaşamları boyunca meme kanserine yakalanma oranı ortalama %55-65 arasında değışirken, BRCA-2 gen mutasyonunda risk %45 olarak daha düşük orandadır (49, 55).

Ailede Meme Kanseri Öyküsü: Birinci derecede akrabada (anne, kızı ya da kız kardeş) meme kanseri öyküsü, hastalık gelişme riskini iki katına çıkarır (50, 57, 58). Birinci derece akrabası olan iki kişide meme kanserinin olması ise hastalık gelişme riskini üç katına çıkarır. Ayrıca pozitif aile öyküsü ve atipik hiperplazi beraber bulunduğunda risk dokuz kata kadar çıkmaktadır (57).

İrk ve Etnik Yapı: Beyaz ırkta meme kanseri görülme sıklığı sarı ve siyah ırka göre daha fazla olmakla beraber, agresif tipte ve daha ağır prognozlu meme kanseri tipleri siyah ırkta daha fazla görölmektedir (32, 49, 54).

Meme Dokusu Yoğunluğu: Memede bulunan yapılardan glandüler ve fibröz dokunun fazla, yağ dokusunun daha az olduğu yoğun meme dokusuna sahip olan bireylerin meme kanseri riski daha fazla olmaktadır (55, 59).

Bening Meme Hastalıkları: Meme kanseri oluşmasında bazı benign meme hastalıkları risk faktörüdür. Bunlar; non-proliferatif lezyonlar, atipik olmayan proliferatif lezyonlar ve atipik proliferatif lezyonlardır (30). Memede fibrokistik değışikliği olan hastalarda ve daha önce herhangi bir nedenle meme biyopsisi yapılan kimselerde meme kanseri gelişme riski artmaktadır. Fibrokistik hastalıkta epitelyal hiperplazi veya metaplazi olduğunda risk artarken, kist oluşumunda çok fazla artmamaktadır (57). Mastit oluşumu meme kanseri riskini artırmamaktadır (50).

Lobüler Carsinoma İn Situ (LCIS): Lobüler carsinoma in situ olan kadınlarda meme kanseri görülme olasılığı diğer bireylerden 7-11 kat fazladır (55).

Doğum Sayısı: Doğum sayısı ile meme kanseri gelişimi arasında daha öncelerde ters ilişki olduğü öne sürölmüşse de buna dair ilişki gösterilememiştir. Ancak hamilelik döneminde östrojen hormonunun daha düşük seviyelerde olması koruyucu etki sağlıyor olabilir (49).

Menstrüel Siklus: Meme kanseri riski, ilk adeti 12 yaşından önce gören ve 55 yaşından sonra menopoza giren kadınlarda artmaktadır. Bu artışın sebebi östrojen ve progesteron hormonuna daha uzun süre maruz kalınması gösterilmiştir (30, 49, 54, 60).

Radyasyona Maruz Kalma: Meme gelişiminin yoğun olduğu 10-14 yaş ergenlik döneminde radyasyona maruz kalmanın kanser riskini artırdığı varsayılmakla beraber (50), 45 yaşından sonra radyasyona maruz kalma ve radyoterapi meme kanseri riskini etkilememektedir (61, 62).

Yaşam Tarzı ile İlişkili Risk Faktörleri

İlk Çocuğu Doğurma Yaşı: Meme kanseri riski açısından doğum yaşı önemlidir. Hiç çocuk sahibi olmayan ve ilk çocuğunu 30 yaşından sonra dünyaya getiren kadınların meme kanseri riski daha yüksektir (50, 56, 60).

Hormon Replasman Tedavisi (HRT): HRT genellikle (östrojen ve progesteron) menopoz semptomlarını hafifletmek ve osteoporozu önlemeye yönelik kullanılmaktadır. Meme kanseri riski, kullanım süresi ile doğru orantılı olup HRT'nin durdurulmasıyla azalmaktadır (56, 57). Beş yıllık HRT tedavisinden sonra risk 1.35 kat iken, her ilave yılda %2-3 artmaktadır (57).

Oral Kontraseptif Kullanımı (OKS): Oral kontraseptiflerin meme kanseri üzerindeki etkisi ile ilgili çeşitli hipotezler ortaya atılmıştır. Oral kontraseptiflerin kullanım süresi, kullanım dozu ve son kullanım süresinin önemli olduğu sonucuna varılmıştır (54, 63, 64). Farklı olarak enjeksiyon yolu ile uygulanan progestin kontraseptif kullanan kadınlarda meme kanseri riski yüksek, ancak ilacın bırakılmasından birkaç yıl sonra risk normale düştüğü belirtilmektedir (50, 60, 64).

Emzirme: Günümüze kadar emzirme konusunda yapılmış çalışmalar tam bir görüş birliği içerisinde olmasa da son zamanlarda elde edilen kanıtlar herhangi bir süre emzirmiş kadınlarda hiç emzirmemiş kadınlara göre meme kanseri riskinin azalmış olduğuna işaret etmektedir (50, 60). Karayurt ve ark. (2017)'nin aktardığına göre bir meta analizde uzun süre emzirenlerin kısa süre emzirenlere göre, meme kanseri riskinin azaldığı saptanmıştır (30). Emzirme süresi uzadıkça riskin de doğru orantılı olarak azaldığına dair zayıf da olsa kanıtlar mevcuttur (65).

Alkol Kullanımı: Alkolün kandaki östrojen ve androjen düzeylerini artırarak meme kanseri gelişme riskini artırdığı belirtilmektedir (30). Güllüoğlu (2011)'nin aktardığına göre; yapılan epidemiyolojik çalışmaları derleyen bir meta analizde günlük bir kadeh alkol almanın rölatif olarak meme kanseri riskini hiç alkol tüketmeyenlere göre 1.1 oranında, günlük iki kadeh içki tüketmenin 1.2 oranında ve günlük üç kadeh içki tüketmenin de 1.4 oranında artırdığı

gösterilmiştir (65). Ayrıca alkol ve metabolitlerin karsinojenlere bağlı oluşan DNA hasarının tamirini engelledikleri belirtilmektedir (1, 66, 67). Kadının gebelikte alkol kullanımı bebekte de meme kanseri riskine sebep olmaktadır (49).

Obezite: Aker ve arkadaşlarının (2014) Samsun ilinde 20 yaş üstü kadınlarda meme kanserine yönelik yaptıkları araştırmada meme tanısı alan hastaların %50.4'ünün aşırı kilolu ve obez olduğu görülmüştür. Obezite kadınlarda menopozdan sonra meme kanseri riskini artırmaktadır. (68). Menopozdan önce östrojenin çoğu yumurtalıklardan salgılanır. Menopozdan sonra östrojen salgılanması durduğundan kadın fazla yağ dokusuna sahip ise östrojen buralardan gelir ve böylece menopoz sonrası östrojen meme kanseri riskini artırır (50, 69).

Fiziksel Aktivite: Özellikle postmenopozal dönemde düşük düzeyde fiziksel aktivitede bulunan kadınların düzenli fiziksel aktivitede bulunanlara göre meme kanserine yakalanma riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Haftalık dört saat veya daha fazla sürede egzersiz yapmanın sedanter yaşama kıyasla meme kanseri riskini %40 ila %60 oranında azalttığı saptanmıştır (50, 59).

Belirsiz Risk Faktörleri

Beslenme Biçimi ve Vitamin Alımı: Sebze ağırlıklı beslenmenin meme kanserine karşı koruyuculuğu vardır. Yağ oranı fazla yiyeceklerle beslenmenin ve vitamin kullanmanın meme kanseri ile ilişkisi tartışmalıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmalarda diyetdeki yağ ile meme kanseri arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (50).

Sigara Kullanımı: Erken adölesan dönemden itibaren kullanılmaya başlanan sigaranın meme kanserini tetiklediği düşünülmesine rağmen konu ile ilgili yapılan çalışmalar net bir fikir verememiştir (32). ACS'ye göre uzun süre sigara kullanımının meme kanseri riskini artırabileceğini göstermekle birlikte ilk doğumdan önce sigara kullananlarda riskin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (50). Norveç ve İsveç'te 100.000 kadının katılımıyla yapılan bir çalışmada genç yaşta başlanan, 20 yıl ve üzerinde kullanılan sigaranın, sigara kullanmayan gruba göre artmış meme kanseri riskine sahip olduğu saptanmıştır. Artmış olan bu risk 20 yıl veya üzerinde sigara kullanımında görülmemiş, ilk doğumdan sonra sigaraya başlayanlarda görülmüştür. Bu da meme dokusunun karsinojenlere en çok erken puberte ve ilk gebelikte duyarlı olduğu fikrini vermiştir (70, 71).

Kanıtlanmamış Risk Faktörleri: Antiperspirantlar (Rollon-parfüm-deodorant), sütyen kullanımı, düşük ve küretaj yapılması ve meme implantları kanıtlanmamış risk faktörleridir (30, 50, 59).

2.3.3. Meme Kanseri Riski Tahmin Yöntemleri

Erken tanılama ve farkındalığın artırılması için risk belirlenmesi önemlidir (72). Bireylerin risk faktörleri, genetik yapısı, hastalığın biyolojik olarak başlaması ile klinik semptomların ortaya çıkması gibi bazı erken tanı koyma yaklaşımları için birçok model geliştirilmiştir (73). Bunlar; Gail, Claus, Tyrer- Cuzeik, Ford, BRCApro, Bodian, Myriad, Manuel, Rosner-Colditz, Couch ve Hultso Urday modelleridir. Kalıtsal olmayan ve riskin yüksek olduğu düşünüldüğü durumlarda sıklıkla Gail modeli ve Claus modeli yöntemleri kullanılmaktadır (49, 74).

Gail Modeli: Bu model Gail ve ark. tarafından 1989 yılında geliştirilen “Gail Modeli” 284.780 kadın üzerinde meme kanseri gelişme riskinin belirlenmesi için mamografi görüntülemesi yapılan bir çalışma verileri kullanılarak geliştirilmiştir (74, 75). Bu modelde kadınların bireysel risk faktörlerini kullanarak beş yıllık ve yaşam boyu riskleri hesaplamaktadır. Bilgisayar hesaplama yöntemi olarak da kullanımı oldukça kolaydır (59, 74). Gail modelinde risk faktörleri; kadının şu andaki yaşı, menarş yaşı, canlı ilk doğum yaşı veya hiç doğum yapmama, meme kanseri birinci derece yakın sayısı, önceki iyi huylu meme biyopsisinde atipik hiperplazi olması ve ırk faktörü olarak belirlenmiştir (75).

Claus Modeli: Bu model Claus ve arkadaşları tarafından 1994’te geliştirilen “Claus Modeli” daha çok kadınların genetik risk faktörleri ile on yıllık yaşam ve ömür boyu sağ kalımları hesaplamaktadır (76, 77). Kişinin aile öyküsü Gail modelinden daha ayrıntılı ele alınır ama diğer tüm riskler dışlanır. Risk faktörleri olarak; kadının şu andaki yaşı, meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akraba sayısı ve meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akrabasının meme kanseri olma yaşıdır (76).

Tyrer-Cuzick Modeli: Bu model ile Kadınların BRCA-1 ve BRCA-2 gen mutasyonları ve diğer risk faktörlerini değerlendirilerek meme kanseri riskini hesaplamaktadır (73, 78). Bu modelde belirtilerin risk faktörleri; kadının şu anki yaşı, menarş yaşı, canlı ilk doğum yaşı, menopoz yaşı, atipik hiperplazi, lobüler carcinoma in situ (LCIS) varlığı, önceki benign meme biyopsisi sayısı, ailesinde meme ve over kanseri geçirme durumudur (78).

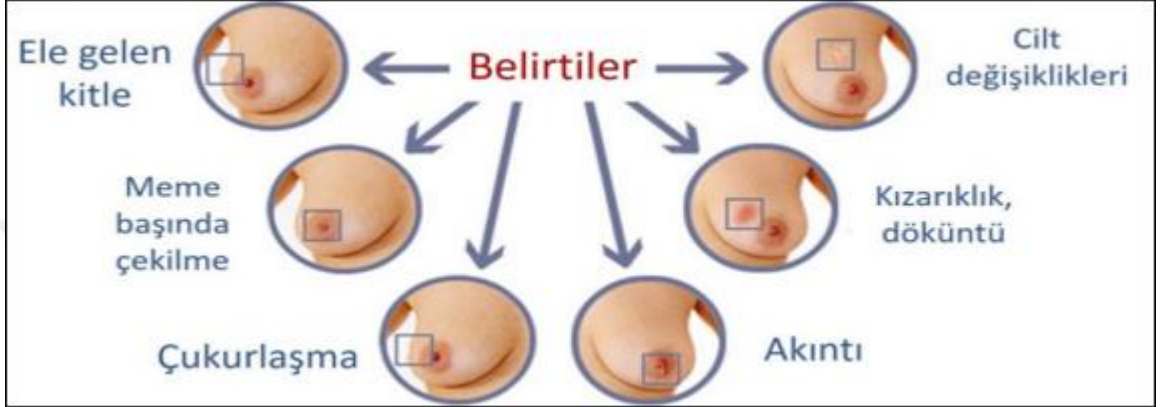
2.3.4. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları

Memedeki herhangi bir değişiklik çoğu kez hastanın kendisi tarafından fark edilir (79). Kadınların herhangi bir farklı nedenle doktora giderek yapılan muayene ve tetkikler sonucu meme kanseri teşhisi oranı ise %20'dir. Meme kanserinin görülme olasılığı meme dokusu fazla olan üst dış kadranda %45, üst iç kadranda %15, meme ucu çevresinde %25, alt dış kadranda %10 ve alt iç kadranda %5'tir. Meme kanseri metastazı hematogen yol ile kemik ve yumuşak dokularda olmakla beraber, iskelet yapıda vertebralar, pelvis, femur proksimali, kaburgalar ve kafatası iken yumuşak dokularda en çok plevra, karaciğer ve akciğer metastazı görülür (80).

Belirtiler:

- **Kitle:** Meme kanserinin %80'i ilk olarak kitle ile tespit edilir (81). Ele gelen şişlik veya kitle en sık görülen belirti olup genellikle ağrısız ve sınırları belirli olmayan düzensiz kenarlara sahip ve zor palpe edilebilmektedir. (79, 81).
- **Meme Başı Retraksiyonu:** Memede tümörün büyüyüp meme başını tutması sonucu gelişir.
- **Memede Ödem, Çukurlaşma ve Portakal Kabuğu Görünümü:** Meme kanserinde tümöral hücreleri Cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyip derinin yüzeysel lenf damarlarına gelir burada lenflerin tıkanmasına ve dolaşımın bozulmasına neden olup ödem oluşmaktadır. Ayrıca Cooper ligamentlerin pectoralis majör kasına ve derideki fasyaya bağlı olduğundan tümör bu bağları etkileyerek portakal kabuğu görünümüne ve deride çukurlaşmaya neden olmaktadır (30, 54).
- **Meme Başında Akıntı:** Kadınların %20'sinde meme başı akıntısı görülmektedir. Meme başı akıntısı genelde tek taraflıdır. Seröz, seröanjyöz, pembe-kahverengi veya kanlı şekilde olabilir (54).
- **Meme Derisinde Değişiklikler:** Meme kanserinin ileri evresinde tümör hücrelerinin önce derin fasyaya ardından göğüs duvarı ve deriye ulaşması sonucunda memede irritasyon, ülserasyon, kızarıklık, kalınlaşma görülebilir.
- **Meme Başında ve Memede Ağrı:** Ağrı daha çok geç dönemde olur ve başlangıçta %90'ı ağrısızdır.
- **Memelerdeki Asimetri:** Tümörün büyümesi sonucu gelişen bir durumdur. Öncesi normal iken bir memenin diğerine göre büyük olması asimetri başlangıcının bir göstergesidir ve kontrol edilmelidir.

- **Lenf Nodüllerinde Büyüme:** Tümörün lenf nodüllerine metastazı ile beraber lenf nodüllerinin tıkanması sonucunda meydana gelmektedir. Genelde aksiller veya klavikula çevresinde ele gelen kitle ve şişme ile saptanır.
- **Üst Kolda Şişlik:** Lenflerin tıkanması sonucu lenf dolaşımı bozularak lenf ödeme neden olabilir (30), Meme kanseri belirtileri Resim 2.3'te gösterilmiştir.



Resim 2.3. Meme Kanserin Belirtileri (30).

2.3.5. Meme Kanserinde Evreleme

Kanser evrelemesi hastalığın ilerlemesinin belirlenmesi ve tedavi planı yapılmasında önemli bir araçtır (82). Meme kanserinin evrelemesinde AJCC (Amerikan Joint Comitee on Cancer)'ın TNM yöntemi kullanılmaktadır. AJCC, ilk evrelendirme yayını 1977' de son güncellemeyi de 2018'de yapmıştır (82, 83). AJCC (2018) meme kanseri TNM evreleme sistemi güncellemesi aşağıdaki gibidir (Tablo 2.2).

TNM sınıflamasında;

T: Tümör

N: Lenf nodu tutulumu

M: Metastaz durumu (83), (Resim 2.4).

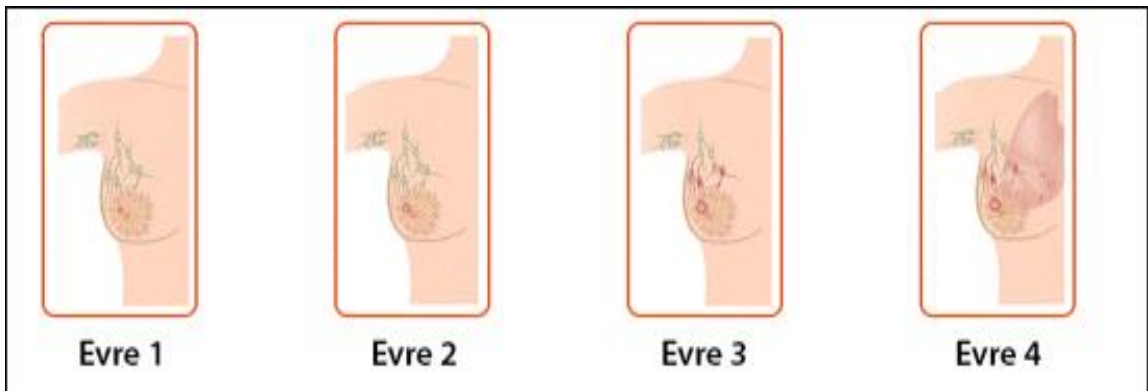
Tablo 2.2. Meme Kanseri TNM Evreleme Tablosu

Evre 0	Tis	N0	M0
Evre I	T1	N0	M0
Evre IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
Evre IIB	T2	N0	M0
	T2	N1	M0
Evre IIIA	T3	N0	M0
	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
Evre IIIB	T3	N2	M0
	T4	No	M0
	T4	N1	M0
Evre IIIC	T4	N2	M0
	Her T	N3	M0
Evre IV	Her T	Her N	M1

AJCC (2018) Evreleme Sistemi, (83).

Buna göre:

- Evre 0 kanser teşhisi konduğunda, kanser başladığı yerde sınırlıdır ve çevre dokulara yayılmamış anlamına gelmektedir.
- Erken meme kanseri: Evre I, IIA, IIB (T2N1)
- Lokal ileri meme kanseri: Evre IIB (T3N0), III
- Metastatik meme kanseri: Evre IV (83, 84).



Resim 2.4. Meme Kanseri Evreleri (84)

2.3.6. Meme Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri

Erken tanı koymanın amacı; sağ kalım oranının yükseltilmesi, sağlıklı ve uzun bir yaşamın sağlanması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, kanser tedavisinin kolaylaştırarak meme koruyucu cerrahi seçeneğinin artırılmasıdır (85, 86). Erken tanı için meme kanseri tarama programları ülkeler arasında farklılıklar gösterebilmekle birlikte, genel olarak tarama programlarında kendi kendine meme muayenesi (KMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi yer almaktadır (32). KMM ve KMMM özellikle meme kanseri riski yüksek olan sosyo-ekonomik yapısı düşük ya da orta olan, herhangi bir sebeple mamografiyi reddeden ve sağlık hizmetlerine ulaşma güçlüğü çeken kadınlarda önemli tarama yöntemleridir (43, 87). ACS ve Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın meme kanseri için tarama önerileri (88, 89, 90) Tablo 2.3 ve Tablo 2.4’te araştırmacı tarafından tablo haline getirilmiştir.

Tablo 2.3. Amerikan Kanser Birliğinin Meme Kanseri için Tarama Önerisi

Yöntem	Yaş Aralığı	Uygulama Sıklığı
KKMM	>20	Her ay
Fiziki Muayene	20-40	Her üç yılda bir
	>40	Her ay
Mamografi	40-44	Yılda bir kez (Ortalama risk altında olan kadınlar ya da isteğe bağlı düşük radyasyon içeren mamogram).
	45-54	Her yıl bir kontrol
	>55	İki yılda bir kontrol (isteğe bağlı yılda bir kontrol)

American Cancer Agency. (2021), (88).

Tablo 2.4. Türkiye Ulusal Meme Kanseri Tarama Standartları

Yaş Aralığı	Kullanılan Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-39	KKMM	Her ay-1 defa
	KMM	3 yıl da bir- bir defa
40-69	KKMM	Her ay- 1 defa
	KMM	Yılda bir defa
	Mamografi	2 Yılda bir defa

Sağlık Bakanlığı 2019 Kanser taramaları. (90).

Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM): Genellikle kadınlar memelerinde bir lezyon fark ettikleri zaman doktora başvurmaktadır. Ancak 20 yaşını geçen her kadının KKMM öğrenmesi ve düzenli bir şekilde uygulaması olası bir meme kanserinin erken tanı ve tedavisini sağlayabilir. KKMM kadın evinde tek başına ve her an uygulanabilen, ucuz, üstelik kadın mahremiyetinin korunduğu bir muayene yöntemidir (56). Bu yöntemin meme kanserine bağlı ölümleri azalttığına dair net bir kanıt olmamasına rağmen, KKMM'nin 20 yaşından itibaren uygulanmaya başlaması önerilmektedir. Menstrual dönemde meydana gelen değişiklikler nedeniyle doğru sonuç elde etmek için premenopozal dönemde kadınlar her ay menstrüasyonun 5. ve 7. Günlerinde KKMM uygulamalıdır. Adet görmeyen (postmenopozal dönemde) kadınlar ise her ayın belli bir gününde KKMM uygulamalıdır.

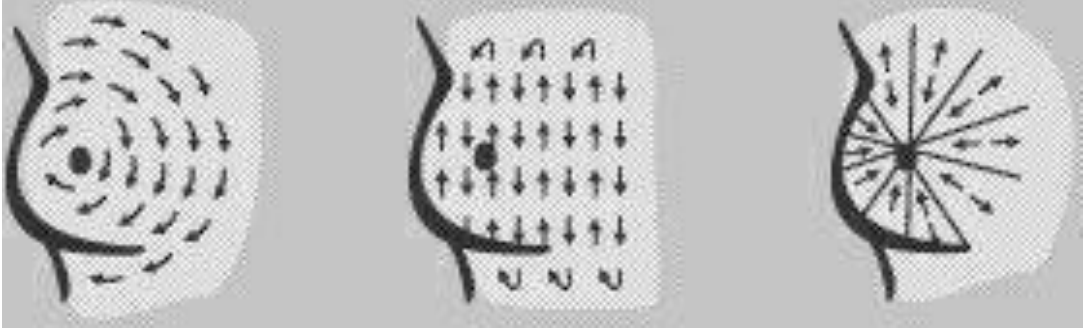
KKMM Uygulama Yöntemi Basamakları: KMMM'de ve KMM'de kullanılan yöntemler inspeksiyon ve palpasyondur. İnspeksiyon ile meme derisi ve meme başındaki değişiklikler ve asimetrik açısından incelenir (30). Meme başında çekinti, içeri çöküklük, epidermisin soyulması, kızarıklıkla beraber ciltte görülen ödem, portakal kabuğu görünümü meme kanseri bulgusu olabilir. Palpasyonda ise; hata oturur ve yatar pozisyondayken, aksiller ve supraklaviküler lenf nodları palpe edilmeye çalışılır (57).

İnspeksiyon: Bu yöntem için yeteri kadar aydınlık bir ortamda ayna karşısına geçip ayakta durulur ve kollar her iki yanda olarak memelerin görünümü dikkatle incelenir. Muayenede memenin şekli, büyüklüğü, uçlarının durumu gözlemlenmelidir. Ayna karşısında gözle memelerin şekil ve büyüklüğündeki değişimler, deride şişlik, içe çekilme, renk değişimi ve meme başı ile ilgili çekilme olup olmadığına bakılır (Resim 2.5-1). Daha sonra eller baş hizasında yukarı kaldırılarak memeler tekrar incelenir. Meme başında bir değişim ve çekilme olup olmadığı, meme başlarının simetrisi ve şekil olarak bir farklılık olup olmadığına bakılır (91), (Resim 2.5-2 ve 3).



Resim 2.5. Kendi Kendine Meme Muayenesi: 1.2.3. ayna karşısında eller yanda ve belde bakarak muayene, 4.Elle koltukaltı muayenesi, 5.Meme başı muayenesi, 6.Yatarak elle muayene (91).

Palpasyon: KKMM'nin ikinci aşamasında her iki memenin aksiller bölge ve supraklavikular bölgesinin palpasyonudur. Palpasyona ayakta durur pozisyonda başlanır (56). Ayakta yapılan muayene banyoda eller sabunluken yapılmalıdır. Ellerin sabunlu olması parmakların hareketini kolaylaştırıp olası değişiklikleri daha kolay saptanmasını sağlar (30). Önce sol memenin muayenesi için sol kol başın üzerine kaldırılır ve sağ elin üç orta parmakları ile memenin dış kadrından başlayarak saat yönünde ve bütün meme üzerinde gezdirilecek şekilde parmaklar kaydırılır. Daha sonra parmaklar yavaş yavaş kaydırılırken küçük dairesel hareketlerle muayene edilir ve klavikula üstü alan iyice palpe edilir. Bu işlem aynı şekilde sağ meme için de tekrarlanır, daha sonra da sırt üstü yatar pozisyonda memeler tekrar palpe edilir (Resim 2.5: 4 ve 5). Yatış pozisyonunda, meme dokusu yayıldığı için, derinliği daha azalır ve bundan ötürü meme dokusu içindeki anormal oluşumlar daha kolay palpe edilebilir. Palpasyon işlemine memenin dış kenarından başlanarak saat yönünde aerolaya kadar devam etmelidir (30), (Resim 2.5: 6). Palpasyonda elin ikinci, üçüncü ve dördüncü parmakları ve iç yüzeyleri yardımı ile meme üzerinde daireler çizerek, dikey ya da memeyi kadrnlara bölerek dikkatli ve ritmik bir şekilde yavaşça yapılır. Bu işlemde muayenesi yapılan taraftaki kol başın arkasına konular aksi taraftaki elle palpasyon gerçekleştirilir (91, 92), (Şekil 2.2).



Şekil 2.2. Elle Yapılan Meme Muayene Yönleri (92).

Klinik Meme Muayenesi (KMM): Memenin klinik muayenesi, hekim tarafından yılda bir kez yapılması önerilen muayenedir. Ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarda yılda iki kez yapılmalıdır. Bu muayene hasta oturur ve yatar pozisyonlarda iken yapılır (32). Meme muayenesi için gerekli ortamda hastanın soyunacağı kabin, muayene masası, hastaya yardımcı olacak sağlık personeli olmalıdır. Meme muayenesi hasta hekim ilişkisinin ve güven ortamının en üst düzeyde olması gereken bir yöntemdir (65). KMM’de de kullanılan yöntemler inspeksiyon ve palpasyondur (30).

Mamografi: Meme kanseri taraması kapsamında gerçekleştirilen mamografide ana hedef hastalığı semptom vermeden erken dönemde belirlemek ve böylece morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır (57, 93). Erken tanıda oldukça yaygın kullanılan bu yöntemle memedeki oluşumlar görüntülenmektedir. Memedeki oluşumlar henüz palpe edilmedikleri erken dönemde mamografi ile saptanabilirler. Mamografi asemptomatik kadınlarda kanserlerin %90’ını belirlemektedir. Meme kanserlerin yaklaşık %15’i mamografide görüntü vermeyebilir (56). Doku yoğunluğu fazla olan memelerin görüntülenmesinde mamografi duyarlılığı az olduğu için ultrasonografi ve manyetik rezonans (MRG) gibi tanı yöntemleri de kullanılması gerektiği bildirilmektedir (91). Mamografiden önce, klinik meme muayenesi yapılması ve ailesinden meme kanserli yüksek riskli kadınların mamografi çekirme yaşından 10 yıl önce mamografi çekirmeleri önerilmektedir. Hastanın mamografi esnasında daha az ağrı duyması için meme hassasiyetinin az olduğu dönemde çekilmesi söylenmeli, bu dönemde premenopozal dönemlerde menstrasyonun bitiminden sonraki ikinci haftadır (94).

Diğer Tanılama Yöntemleri

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG): Güçlü bir manyetik alan içinde MRG, radyo frekans dalgaları aracılığıyla anatomik yapıları, yumuşak dokuları diğer yapılardan ayırt etme de kullanılır. Sağlıklı ve hastalıklı dokuları da ayırt eder ve farklılıkları saptar. Mamografi ve

ultrasonografi ile kesin değerlendirme yapılamadığı durumlarda yüksek duyarlılığı olan MRG yöntemi kullanılmaktadır (91). Meme koruyucu tedavi (MKC) planlanan hastalarda, meme içinde birden fazla kanser odağı olup olmadığının araştırılmasında, kanserin ne kadar yayılımı olduğunu saptamada, ameliyata bağlı değişikliklerin tekrarlayan kanser ile ayırt edilmesinde kemoterapi etkinliğinin değerlendirilmesinde riskli kadınlarda mamografi ile beraber oldukça etkilidir (30).

Ultrasonografi (USG): Ultrasonografi ses dalgaları aracılığıyla görüntü veren bir yöntemdir. Meme kanserinde tek başına tanı koyucu değil yardımcı tanı yöntemidir. 35 yaş altı kadınlarda kullanılacak ilk tanılama yöntemidir. Radyasyon içermeyen, ucuz, ulaşılabilir ve noninvaziv bir görüntüleme yöntemidir. Mamografide saptanan kitle ve lezyonların iç yapısı hakkında (kistik-solid) bilgi verir. Meme dokusunun yoğun olduğu kişilerde tanılama amaçlı, ameliyat öncesinde işaretleme ve girişimsel biyopsi işlemlerinde kullanılır (95).

PET: Kanserlerin metastaz durumu hakkında bilgi verir ve ayrıca lenf bezleri alınmadan önce kanser kontrolü yapılmasında kullanılır. Bu cihazlar aynı anda hem PET hem de bilgisayarlı tomografi yapılabilmektedir (49).

Biyopsi: Meme kanserinin kesin tanısında ve şüpheli kitlelerin kanser olup olmadığını belirlemede kullanılır. Meme biyopsisi çeşitleri; cerrahi (insizyonel ve eksizyonel), stereotaktik biyopsi, kesici iğne biyopsisi, kor biyopsisi ve ince iğne biyopsisidir (30).

İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi: Meme ameliyatı öncesi değerlendirmede en popüler uygulamadır. En kolay, en ucuz ve en az invaziv biyopsi yöntemidir. Ultrason eşliğinde hasta sırtüstü ve hafif yana yatırılarak kitle tespit edilir. Lokal anestezi yapılarak disposable ince iğne ile şüpheli kitle içerisinden hücreler çekilerek incelenmesidir. İnce iğne aspirasyon biyopsisinin dezavantajı, yalnız sitolojik analiz yapılabilmesidir. Bu yüzden benign in situ ve invaziv kanser ayrımı yapılamamaktadır (30, 96). İnce iğne aspirasyonunda tipik olmayan bulguların varlığında eksizyon gerekir ve bunların %51'inde malignite saptanmıştır (49).

Kesici İğne Biyopsisi (Kor biyopsi): Bu yöntemde spesifik benign ya da malign lezyonların kesin tanısında kullanılır. Tümör evresini belirlemede kullanılan kor biyopsi, cerrahi biyopsiye alternatif kabul edilir. Bu işlemde memedeki kitleden doku örneği almak için kalın bir iğne ve biyopsi tabancası kullanılır. Bu yöntemin avantajı hücrelerin değil dokunun incelenmesinin sağlanmasıdır (30).

Eksizyonel Biyopsi: Bu yöntemle saptanan şüpheli lezyon çıkarılır. Esas amaç kitleye histopatolojik tanı koyduracak materyalin elde edilmesi olmasına rağmen ikincil olarak da kitlenin tamamen çıkarılarak cerrahi tedavinin sağlanmasıdır

İnsizyonel Biyopsi: Burada kitlenin tümü alınmaz sadece cerrahi olarak bir parçanın alınması şeklindedir ve günümüzde tercih edilen bir biyopsi yöntemi değildir (30, 49).

2.3.7. Meme Kanserinin Erken Tanısında Hemşirenin Rolü

Hemşire, hastalar ile sürekli iletişim halinde olmaları sebebi ile kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalıklarının artırılmasında anahtar role sahiptirler. Erken tanı yöntemlerinden mamografi, KKMM ve KMM, uygulama sıklığı ve yöntemi konusunda kadınların eğitilmesi erken tanı için son derece önemlidir (30, 91, 97). Erken tanıda kullanılan bu yöntemlerin başarıya ulaşabilmesi için hemşirelerin toplumun meme kanseri konusundaki farkındalığının artırılmasına yönelik eğitim programlarını yaygınlaştırarak hedef kitlede sağlıklı davranışlar kazandıracağı düşünülmektedir (43, 85, 86, 98).

KKMM eğitimi verilirken her aşamanın açık ve doğru olarak anlatılması önemlidir. Hemşirenin unutmaması gereken nokta; KKMM'nin bir hastalık bulma işi olmadığı, sağlığın sürekliliğini sağlamaya çalışan bir uygulama olduğunu vurgulamaktır. Eğitimler verilirken her bireyin öğrenme biçiminin farklı olduğu göz önünde bulundurularak eğitimlerde farklı yöntemlerin bir arada kullanılması uygun olur. Örneğin, anlatım, demonstrasyon, meme modeli kullanımı, video izletme gibi. Ayrıca KKMM'yi anlatan broşürlerde bu konuda yararlı olmaktadır. KKMM eğitiminde hemşirenin KKMM tekniklerini göstererek hastaya da uygulamasına olanak tanınmalıdır. KKMM gibi psikomotor beceri gerektiren uygulamalarda kadının bu yöntemi sadece anlatım ve broşürlerden öğrenmesini beklemek doğru olmayacaktır (32).

Erken tanı yöntemlerinden mamografi uygulanmasında hemşirenin görevi; işlemin önemi, nerede yapıldığı, nasıl yapıldığı ne sıklıkta yapıldığı ve ne kadar radyasyona maruz kalacağı konusunda bilgi vermektir. Mamografide iyi bir görüntü alabilmek için memenin sıkıştırılması gerekir. Bu nedenle hasta az da olsa ağrı ya da rahatsızlık duyabilir. Hemşire bu rahatsızlığı en aza indirmek için hastasına memelerinin çok fazla duyarlı olmadığı dönemlerde mamografi çektirmesini önermeli ve işlem sırasında duyabileceği herhangi bir rahatsızlığı mamografi çeken görevliye söylemesi için cesaretlendirmelidir.

Ülkemizde yapılan çalışmalar, meme kanserine yönelik erken tanı ve tarama hizmetleri ücretsiz ve ulaşılabilir olmasına rağmen meme kanseri tarama programlarının yeterli düzeyde kullanılmadığı görülmektedir (98-101). Güzel ve Bayraktar'ın (2019) kadınların KKMM'yi bilme ve uygulamalarını belirlemeye yönelik yapmış oldukları araştırmada, kadınların çoğunluğunun KKMM'nin ne olduğunu bildikleri ancak çok az bir kısmının düzenli olarak

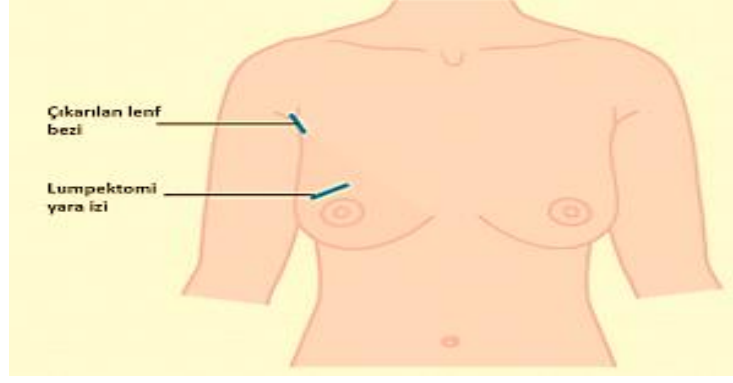
uyguladığı bulunmuştur (102). Farklı öğretim yöntemlerinin incelendiği çalışmalarda KKMM'nin alışkanlığa dönüşüp dönüşmediği araştırılmıştır. Yaygın olarak bilinenlerin tersine meme kanseri yönünden yüksek risk grubunda olan kadınların kendi kendine meme uygulamasında daha isteksiz oldukları belirtilmektedir (56). Genel olarak mamografi konusunda kadınların en büyük kaygısı ne kadar radyasyona maruz kalacakları olmaktadır. Önceleri mamografide kullanılan radyasyon dozları günümüze göre oldukça yüksek iken, günümüzde mamografide görüntüleme için kullanılan radyasyon dozu 0.1 raddan daha düşüktür (32).

2.3.8. Meme Kanserinde Tedavi

Meme kanserinde birçok tedavi seçeneği bulunmaktadır. Bu seçeneklerin seçiminde; meme kanserinin evresi, hastanın yaşı, tümörün hormon duyarlılığı gibi birçok faktöre göre hekim ve hastanın iş birliği ile belirlenmektedir. Meme kanseri tedavisinde kullanılan tedavi yöntemleri, lokal ve sistemik olarak ikiye ayrılır. Lokal tedavi, cerrahi tedavi ve radyoterapiyi içerir. Sistemik tedavi ise hormonoterapi, kemoterapi ve hedefe yönelik tedavileri kapsar. Cerrahi tedavi genellikle kemoterapi, hormonoterapi, ya da hedefe yönelik tedavi seçenekleriyle kombine olarak kullanılır (30, 103, 104).

Cerrahi Tedavi: Meme kanserinde cerrahi tedavinin amacı, memeyi mümkün olan oranda koruyarak tümörün çıkarılması ve hastalığın evresinin belirlenmesidir (54, 80). Meme kanserinde en çok kullanılan cerrahi yaklaşımlar meme koruyucu ve mastektomi cerrahidir (30).

Meme Koruyucu Cerrahi (MKC): Tüm dünyada meme kanserinin erken evre tedavisi olarak MKC yöntemine doğru bir eğilim vardır. Eş zamanlı nodal değerlendirme ve rekonstrüktif tedavi (RT) sürecin bir parçasıdır. MKC'de lumbektomi, geniş eksizyon, parsiyel mastektomi, segmental mastektomi, kadranektomi gibi çeşitleri vardır. MKC sonrası nüksü belirleyen en önemli faktör negatif cerrahi sınırın belirlenebilmesidir bu durumda parsiyel mastektomi en uygun cerrahi tedavi yöntemidir (32, 103, 105), (Resim 2.6).



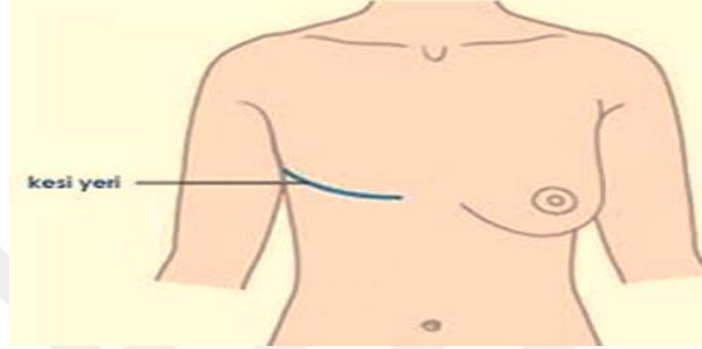
Resim 2.6. Meme Koruyucu Cerrahi (106)

Lumpektomi: Meme dokusunu tamamen almadan kanserli kitleyi etrafında güvenli sağlam bir sınır (1-2 cm'lik) alanı içine alacak şekilde cerrahi olarak çıkarılması işlemidir. MKC ile beraber RT, onkolojik olarak mastektominin eşdeğeri sayılmasının yanı sıra, vücut bütünlüğünün korunması ile beraber memenin kozmetik olarak bozulmaması, psikolojik ve hayat kalitesini yükseltici olumlu etkileri vardır (103). Kanserlin ilk evrelerinde; kitlenin küçük olması, iyi huyluluğu ve tümör sınırlarının belirgin şekilde olması durumunda endikedir. Lumpektomi hafif anestezi altında gününbirlik yatışlarla hasta günlük yaşam aktivitelerine hızlıca dönebilir ve ağrı daha az olur (107). Cerrahi sınırın belirlenememesi durumunda ikinci bir ameliyat gerektirmesi dezavantajları arasındadır. Lumpektomi sonrası mutlaka radyoterapi gerekir. Bunun yanında lumpektomi yapılan hastaların ilk üç yıl altı ayda bir ultrason ve yılda bir mamografi; sonrasında yıllık mamaografi ve ultrason ile takipleri yapılmalıdır (108).

Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi (SLNB): MKC hastalarında klinik ve radyolojik olarak aksillası negatif olduğu durumlarda rutin olarak uygulanan bir yöntemdir. İlk uygulandığı zamanlarda sınırlı endikasyona sahipken, günümüzde T3 tümörler, neoadjuvan KT sonrası, gebe hastalar gibi durumlarda da uygulanabilmektedir. SLNB'nin doğruluk oranı %95'tir. Uygulamada tümör çevresine, tümörün üzerindeki cilde, meme başı çevresine işaretleyici madde deri altı ve deri içine uygulanabilir. Kullanılan maddenin yarı ömrüne göre cerrahiden bir gün önce veya cerrahi sabahı uygulanır. Koltukaltı bölgeye uygulanan 5 cm'lik kesi ile dokuya girilerek maviye boyanmış olan lenf kanalı boyu tutan lenf nodu veya nodları çıkarılır (30, 103).

Mastektomi ve Aksiller Disseksiyon: MKC'nin kontrendike olduğu durumlar dışında da rekonstrüksiyon olanaklarının artması ve nüks etme endişesi gibi faktörler sebebi ile hastalar mastektomiye tercih edebilmektedir. Anatomik sınırlar olarak mastektomi de medialde sternum, superiorda subklavian kas, inferiorda ise meme sulukunun 2-3 cm altı olarak uygulanır. (Resim

2.7). İşlemdede 5-7 mm'lik flebler açılır ve pektoral kasın yüzeysel fasyası ile meme kas dokusundan ayrılır. Mastektomi sonrası oluşan en yaygın komplikasyon cilt flepleri altında oluşan seromadır. Bunu önlemek için drenler konulur ya da flepler kas dokusuna dikilmesi önleyici bir uygulamadır. Ayrıca flep nekrozu, hematoma, enfeksiyon ve lenf ödem geri kalan komplikasyonlardır. Lenf ödem modifiye radikal mastektomi sonrası %20 oranında görülür. (103).



Resim 2.7. Memenin tamamının alınması (Mastektomi ve aksiller diseksiyon) (106).

Meme Kanseriinde Diğer Tedavi Yöntemleri

Adjuvan ve Neoadjuvan Terapi: Adjuvan tedavi yöntemi ameliyat sonrası hastalığın aynı bölgede ya da karaciğer, akciğer, kemik vb. organlarda nüksetme riskine karşı uygulanan kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedavi yöntemleridir (32). Neoadjuvan tedavi ise ameliyat öncesi tümörün küçülmesini sağlayarak, MKC'yi kolaylaştırmak ve cerrahi sonuçları iyileştirmek için uygulanır. Erken evre meme kanseri tedavisinde ya da lokal ileri evre meme kanserinde hastalığın yükünü azaltmakta kullanılan neoadjuvan tedavi ile aynı zamanda uzak metastaz riski olan hastalarda uygulanan sistemik (kemoterapi ve Hormonoterapi) tedavinin erken başlanması ile genel sağ kalımı iyileştirdiği düşünülmektedir (109).

Kemoterapi (KT): Kemoterapi cerrahi girişim öncesinde tümörü küçültmek (neoadjuvan kemoterapi), mastektomi sonrası mikro metastazları önlemek amaçlı (adjuvan kemoterapi) ya da tek başına uygulanan KM'de amaç, kemoterapötik ajanlar kullanılarak kanser hücrelerini öldürmektir. Bu tip tedavide en çok sitotoksik anti-neoplastik ajanlar kullanılmaktadır (109, 110). Yapılan araştırmalar, birçok vaka da kombine ilaç kullanımının tek ilaç kullanımına göre daha etkili olduğunu göstermiştir. KT uygulamasına karar verildiğinde; amacı, uygulama yolu, olası yan etkiler mutlaka anlatılmalıdır (109). Kemoterapinin yan etkileri; bulantı-kusma, periferik nöropati, aftlar, kardiyak toksisite,

stomatit, alopesi, anemi, diyare, menstural değişiklikler, hemorajik sistit ve kas-eklem ağrılarıdır (30, 109). Bu nedenle gerçekten kimin kemoterapiye ihtiyacı olduğunu belirleyen testlerin yapılması yararlı olacaktır (105).

Radyoterapi (RT): Meme kanseri cerrahisinden yaklaşık 6-8 hafta sonra, yara iyileşmesi tamamlanınca cerrahi uygulanan meme, göğüs duvarı veya koltuk altında kalan kanser hücrelerini yok etmek amacı ile internal ve eksternal uygulanır. Erken dönemde kemoterapi ve radyoterapi uygulaması 10 yıllık sağ kalım oranı %70-80 civarındır. Ancak RT uygulaması malign hücreler üzerinde tahrip etkisi yaratırken sağlam doku ve hücrelere üzerinde de istenmeyen etkilere neden olmaktadır (111). RT'ye bağlı sık görülen yan etkiler; yorgunluk, ciltte kaşıntı, kuruluk, pullanma, cilt renginde koyulaşma, iştahsızlık, lenf ödem ve kalp iletim bozukluklarıdır (30).

Hormonoterapi (HT): Meme dokusunda doğal olarak bulunan östrojen malign hücrelerin kontrolsüz büyümelerine neden olur. HT' de amaç östrojen etkisini ortadan kaldırarak kanserin gelişiminin önlenmesidir. HT'ye yanıt tümörün östrojen ve progesterona duyarlılığı ile yakından ilişkilidir. Östrojen reseptörü negatif olan kadınlarda etkisi yoktur. (30, 110, 112). Östrojen reseptörü pozitif olanlarda ise meme kanseri hücresinin hormon reseptörlerini bloke ederek, östrojen almalarını engeller ve buna bağlı kanser yayılımını engellemektedir (112). Hormon tedavisi; diğer tedavilerden sonra (adjuvan olarak) kanseri geri dönen hastalarda veya vücudun başka yerine yayılan kanserlerin tedavisinde kullanılır (105, 112.). En sık görülen yan etkileri, sıcak basması, gece terlemesi, vajinal kuruluk, duygu durum değişiklikleri, damarda pıhtı oluşumu, osteoporoz ve endometrial kanserlerdir (30).

2.3.9. Meme Kanseri Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı ve Yönetimi

Ameliyat Öncesi Dönem

Meme kanserli hastanın bakımı; hekim, hemşire, psikolog ve diğer sağlık profesyonellerinin iş birliğini gerektiren bir süreçtir. Hastalar tedavi süreçlerinin birçok aşamasında hemşirelerle bir arada oldukları için bu süreçte hemşireye düşen sorumluluklar daha fazladır. Kanser tanısı ve bunun ardından gelen bir dizi işlemlerle beraber verilen ameliyat kararı ile hasta ve yakınlarının yaşam kaliteleri önemli ölçüde etkilenmekte, korku ve anksiyete yaşamaktadırlar. Bu korkuların giderilmesi için hasta ve yakınlarının tanı ve tedavi süreçleri hakkında bilgi almaya ve duygularını paylaşmaya gereksinimleri vardır. Hemşire hastanın fizyolojik ve psikolojik olarak cerrahiye hazırlarken hastanın eksik veya yanlış bildiği konular

hakkında değerlendirerek bir eğitim planlamalıdır (113). Planlanan eğitimde hemşire hekimle de iş birliği yaparak hekimin verdiği bilgileri desteklemeli, tedavilerin yan etkilerini ve kişisel bakım uygulamalarını eğitim içeriğine eklemelidir (32, 114).

Hastalara cerrahi öncesi cerrahinin neden yapılacağı, yararları, istenmeyen durumları, psikolojik ve kozmetik etkileri anlatılmalıdır. Cerrahi yöntemi (MKC, SLNB, ALNB, Mastektomi), riskleri, muhtemel kesi yeri, kesi şekli, drenler, ameliyat sonrası egzersizler hakkında bilgi vermelidir. Cerrahi sonrası, cerrahi yõteme göre ilk 24 saat kolunu ve omuzunu hareket ettirmemesi, bir yastık yardımı ile kolunu yüksekte tutarak lenfatik ve venöz akışın kolaylaştırılabileceği anlatılmalıdır. Ameliyat sonrası yatak içi dönme, oturma, öksürük ve derin solunum egzersizleri, kol egzersizleri öğretilip uygulatılmalıdır (32, 115). Meme kaybına bağlı duygularını ifade etmesine olanak tanınmalı, rekonstriksiyon hakkında bilgi verilmeli, mümkünse iyi durumda olan başka hastalarla tanıştırılmalıdır (115). SLNB işlemi esnasında izosülfan ya da metilen mavisi kullanılır. Normalde bu 24 saat içinde boşaltım yolu ile atılır. İdrar ve gaitanın yeşil-mavi renkte olacağı konusunda hasta bilgilendirmeli. Hipotansiyon ve alerji komplikasyonuna karşıda hasta gözlemlenmelidir (54, 114).

Etkili bir eğitimde hastanın bilgi gereksinimi göz önünde bulundurulmalı, eğitim içeriği güncel bilgilerle desteklenmeli ve uygulayarak öğrenme gerçekleştirilerek hastanın emosyonel olarak rahatlaması sağlanmalıdır (26). Hemşire eğitim sırasında tıbbi terimlerden kaçınmalı, soru sorma imkânı verilmeli ve hastanın ne kadar anladığını değerlendirip gerekirse tekrar etmelidir. Hastanın anlayacağı düzeyde hazırlanmış olan kitap, broşür, videoları tekrar tekrar okuyarak veya izleyerek verilen eğitimin düzenli olarak uygulama imkânı sağlayacaktır (26, 32, 114).

Ameliyat Sonrası Dönem

Ameliyat sonrası bakımın amacı hastanın fiziksel rahatlığının sağlanması, uygun beslenmenin sağlanması ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesidir (30, 114). Tüm bunların yanında hastaya verilecek taburculuk eğitimi ile evde bakımının sağlanmasında yardımcı olmaktadır (32). Ameliyattan çıkan hasta semi fowler pozisyonuna alarak önce 15 dakikada bir olmak üzere dört defa, sonra yarım saatte bir iki defa, en son saat başı olmak üzere dört defa saat başı vital bulguları alınmalıdır. Cerrahi alan kanama açısından kontrol edilmeli, ağrı değerlendirilmeli ve mutlaka hastanın kolu yastıkla desteklenerek elevasyona alınmalıdır. Kolda ve parmaklarda dolaşım kontrolü, ellerde ve parmaklarda güç kaybı, kolda şişme ve duyu kaybı açısından değerlendirilip kayıt işlemleri gerçekleştirilmelidir (54, 114).

Cerrahi İnsizyon ve Yara Yeri Bakımı: Cerrahi bölgede kanama kontrolü yapılırken ya da pansuman değiştirilirken el hijyenine dikkat edilmelidir. Steril tekniklerin kullanılması cerrahi alan enfeksiyonlarından korunma açısından önemlidir. Mastektomi ameliyatlarında, cerrahi alanda biriken sıvıların boşalması ve iyileşmenin hızlanması için yerleştirilen drenler kontrol edilmelidir. Başlangıçta kanlı olan dren sıvısı yavaş yavaş seröz-kanlı ve seröz hale dönüşür. Vital bulgular alma esnasında kontrol edilip kaydedilmelidir. Hastalar taburcu olurken genelde drenler yerinde duracağından hastaya bu konuda eğitim verilmelidir. Drenaj renginde değişme, ani kesilmesi ya da enfeksiyon açısından bulgularda hemşire ve hekimine başvurması gerektiği söylenmelidir. Drenler ortalama 5-7 gün içinde ya da 24 saat içinde drenaj miktarı 25-30 ml'nin altına düşmesi halinde cerrah tarafında çıkarılacağı anlatılmalıdır. Cerrahi alan bakımı ve dren bakımında pansumanlarının nasıl olacağı öğretilmelidir (30, 116).

Ağrının Giderilmesi ve Hasta Rahatının Sağlanması: Meme cerrahisi sonrası özellikle de mastektomi sonrası ağrı ve rahatsızlık hissedilmesi beklenen bir durumdur. Bunun için uygun hemşirelik bakımı ve analjezik kullanımı kontrol altına alınabilir (32). Hastaların MKC sonrası radikal mastektomiye göre daha az ağrı deneyimledikleri belirtilmektedir. Ağrıya, doku hasarı sonucu açığa çıkan prostoglandin, serotonin, histamin gibi maddeler ve sinir hasarı neden olabildiği gibi ameliyat sonrası enfeksiyon, seroma ve lenf ödemde sebep olabilmektedir. Hemşire hastaya ağrının giderek azalacağını ve bir yıl içinde kaybolacağını ifade etmelidir (32, 54, 114, 116). Cerrahi sonrası ağrılar kişinin ağrı eşiği ile ilgilidir ve kişiden kişiye farklılıklar göstermektedir. Hastanın ağrı düzeyi belirlenip hemen tedaviye (opioidler, nonstroidal antiinflamatuvar ilaçlar veya parasetamol) başlanması ağrıyı giderdiği gibi, kişinin daha rahat uyuyarak dinlenebilmesini sağlayacaktır (32). Yatak içinde dönerken ya da ayağa kalkarken ağrı olabileceğini uygun tedavi ile ve giderek azalacağı anlatılmalıdır (54, 114). Ağrıyı azaltma yöntemlerinden biri de doktor tarafından da önerilmişse etkilenen kolun ilk günlerde askıya alınmasıdır. Askıya alma baskıyı azaltarak rahatlamaya ve ağrının hafiflemesine destek sağlayacaktır (32).

Postmastektomi sonrası ağrı sendromu; cerrahi nedeniyle doku ve sinir yaralanması sonucu oluşur ve görülme oranı %20-%68 arasında değişmektedir. Sıklıkla görülen belirtileri; göğüs ve üst kolda ağrı, kolda karıncalanma, uyuşukluk şeklindedir. Hastalarda fantom meme hissi de gelişebilmekte bu ameliyat sonrası üç aya kadar sürebilir. Postmastektomi ağrı sendromu yaşayan hastalarda ayrıca anksiyete, depresyon ve uyku bozuklukları daha fazla görülebilmektedir (117). Hemşire postoperatif duyuların farkında olmalı, hastayı bu konuda bilgilendirmelidir. Doktorun ağrı kesici olarak önerdiği tedaviyi uygulamanın yanında, hastaya

ağrı ile baş etme yöntemleri olarak bilinen hayal kurma, kendisini mutlu eden şeyleri düşünme, müzik dinleme, okuma vb. gibi yöntemler önerilmelidir (91).

Beslenme ve Dinlenmenin Sağlanması: Meme cerrahisi sonrası genellikle beslenme sorunu görülmediğinden dolayı en erken dönemde normal beslenmeye geçilmelidir. Beslenmede bol sıvı alımı ve protein ağırlıklı beslenme hem yara iyileşme süreci açısından hem de barsak düzeni açısından önemlidir. Dokuların onarımı ve enerji gereksinimi için yüksek kalorili ve proteinli diyet verilmelidir (118). Lenf ödem gelişimi açısından tuz kısıtlaması gerekebilir. Hemşire ameliyattan sonra hastanın yemek ihtiyacını tek başına karşılayamayan hastalara yardımcı olmalı ancak taburcu olmadan önce günlük gereksinimlerini kendisinin karşılaması yönünde de teşvik etmelidir (32, 118).

2.3.10. Meme Cerrahi Sonrası Olası Komplikasyonlar

Meme cerrahisi sonrası en çok gelişen komplikasyonlar; enfeksiyon, kolda lenf ödem, hematoma, seroma, deri flep nekrozları, sinir hasarına bağlı duyu kaybı, cinsel fonksiyonlarda bozulma ve psikolojik sorunlardır. Mastektomilerde insizyon alanı daha geniş olduğu için komplikasyon görülme oranı daha fazladır.

Akciğer Problemleri (Atektazi, Pnömotoraks): Meme cerrahisi sonrası öksürme, nefes almada kısıtlılık, kanamayı kontrol etmek amacıyla uygulanan bandaj ve enfeksiyon gelişimi sebebi ile atektazi en sık görülen ameliyat sonrası komplikasyonlardandır. Cerrahi öncesi hastaya öğretilen solunum ve öksürük egzersizleri ameliyat sonrası anestetik maddenin daha kolay atılmasına ve akciğer kapasitesinin normal sınırlarda tutulmasına yardımcı olmaktadır. Pnömotoraks; sıklıkla radikal mastektomi sırasında interkostal alanda kanama kontrolü sağlarken pariyetal plevranın hasarı sonucu gelişmektedir. Solunum güçlüğüne sebep olan bu durum tüp uygulaması ile var olan hematoma drenaj edilmesi ile giderilir (119).

Enfeksiyon: Mastektomi sonrası enfeksiyon %3-15 oranında görülmektedir (54, 120). Enfeksiyonun nedeni; yaranın uzun süre açıkta kalması, tam birleşmemesi, yarada sıvı birikmesi, doku kanlanması bozulması, lenfatik drenajın bozulmasıdır. Buna ileri yaş, diyabet, kötü beslenme ve bağışıklığın bozulması eklendiğinde bu risk artmaktadır. Meme ameliyatları sonrası enfeksiyon gelişme oranı düşük olmakla beraber aksiller diseksiyon düşünülüyorsa profilaktik antibiyotik başlanması faydalıdır (32). Hemşirenin, olası

enfeksiyonu erken tanılması, her pansumanda yaranın değerlendirmesi, doğru doz ve zamanda antibiyotiğe başlaması ve hastayı bu konuda eğitmesi gerekir (30, 121).

Enfeksiyona Karşı Alınacak Önlemler

- Yara yeri kuru ve temiz tutulmalıdır.
- Pansuman öncesi eller yıkanmalı, eldiven giyilmeli, yara etrafı steril serum fizyolojik ile veya antiseptiklerle temizlenmelidir.
- Pansumanlar dikişler alınıncaya kadar günlük değiştirilmelidir.
- Pansumanlar çok sıkı olmamalıdır.
- Yara iyileşmesini hızlandırmak amaçlı bölge etrafına yumuşak masajlar yapılabilir.
- Yara iyileşmeden (4-6 hafta) bu bölgeye deodorant, parfüm, losyon, pudra sürülmemelidir (122).

Seroma: Ameliyat sırasında lenf yollarının da açılmasına bağlı meme insizyonu altında ve aksillar alanda sıvı birikmesidir. Vakaların yaklaşık %10-52'sında görülen komplikasyonlardandır. Belirtileri; İnsizyon altında şişme, ağrı, ağırlık hissi ve sıvının cilt altında hissedilmesidir. Şişmanlık ve cerrahi sırasında alınan lenf nodu sayısı seroma miktarını etkilemektedir. Ameliyat sonrası ikinci haftada seroma birikmeye, üçüncü haftaya doğru rezorbe edilmeye başlar (120, 123). Hemşire seroma oluşumunu erken tanılması, etkili drenajı sağlaması ve hastayı bilgilendirmesi gerekir. Ameliyat öncesi öğrettiği omuz ve kol egzersizleri insizyon bölgesinde seröz sıvı birikimini önlenmesinde etkilidir (30).

Doku Nekrozu: Doku nekrozunun sebebi yara üzerinde uygulanan sıkı bandaj, yaranın gergin bir şekilde kapatılması ile birlikte bunun yanında diabet, şişmanlık, ileri yaş ve pıhtılaşma bozuklukları önemli morbidite sebebidir. Bundan dolayı yara iyileşmesi gecikerek hastanede yatış süreside uzamaktadır. Uygun yara bakımı yapıp, ölü dokuların eksize edilmesi ile tedavi sağlanabilir (122).

Hematom: Meme cerrahisinden sonraki ilk 12 saat içinde, cerrahi alanda şişme, ağrı, gerginlik, ciltte ekimoz gibi belirtilere sebep olan bir komplikasyondur. Küçük çapta olan hematomlar vücut tarafından absorbe edilebilir. Daha büyük hematomlar da kompresyonlu bir sargı uygulanıp hematomun boşaltılması gerekebilir (114, 124). Hemşirenin belirti bulguları yönünden takip etmesi ve drenajdan gelen kanlı sıvı miktarının artması durumunda cerrahi bilgilendirmesi gerekir (54, 116, 120).

Omuz ve Kol Hareketlerinde Kısıtlılık/Donmuş Omuz: Cerrahide aksiller lenf nodu disseksiyonu (ALND)'na bağılı olarak omuz hareket kısıtlılığı ve duyu kaybı olmaktadır. Koltuk altı lenf bezlerinin çıkarılması ile insizyonun büyüklüğü ve tedaviye radyoterapinin eklenmesi bu riski artırmaktadır (32). Omuz hareketlerinde kısıtlılık ALND uygulanan hastaların yaklaşık %30-40'ında görülmektedir (125). İnsizyon alanı büyüdükçe, aksiller lenf nodu disseksiyon sayısı arttıkça seroma oluşumu ve ağrının şiddeti artmaktadır. Hasta ameliyatlı taraftaki kolu hareket etmekten korkması ve kolu vücuda yapışık şekilde tutması hareketlerinde sınırlamaya (donmuş omuza) neden olmaktadır. Buna engel olmak için erken dönem mobilizasyon ve egzersizler oldukça önem taşımaktadır (32, 125, 126). Kol ve omuz egzersizlerinin amacı, lenfatik drenajı artırmak, venöz dönüşü kolaylaştırmak, kas gücünü artırarak eklemdeki hareket açıklığını sağlamaktır. Hemşire hastaya ameliyattan önce öğrettiği omuz ve kol hareketlerinin amacını anlatmalı hastanede ve evde yapması konusunda desteklemelidir. Bu hareketlere önce parmak ve bilek hareketleriyle, daha sonraki günlerde adım adım dirsek, kol, omuz ekstansiyonu ve fleksiyonu gibi egzersizlerle devam etmesi büyük önem taşımaktadır (32).

Cinsellikle ilgili Sorunlar: Hastalar taburcu olduktan sonra seksüel aktiviteye başlamalarında bir sakınca yoktur. Memenin kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin simgesi olarak görülmesi, kaybı durumunda da aile, cinsellik, annelik duyguları ve beden imajına karşı bir tehdit oluşturmaktadır. Cinsel performans ile ilgili anksiyetenin sebebi, eşi tarafından reddedilme, terkedilme korkusu, kişinin zevk ve doyum duygularında yetersizlik duygusuna neden olabilmektedir. Ayrıca psikososyal, iş ve sosyal yaşamla ilgili sorunlarda yaşanabilmektedir. Hemşirenin cerrahi girişim sonrası kadınların değişik düzeylerde yaşadığı sorunların giderilmesi, hasta ve eşinin birlikte bu konuda duygularını ifade etmesi için desteklemelidir. Hastanın ve eşinin baş etme yöntemlerini geliştirmesi için gerekli durumda profesyonel destek alması yönünde teşvikte edilebilir (32, 114, 127).

Psikososyal sorunlar: Meme kanseri tanısı ve tedavisinde memenin tümü ya da bir bölümünün alınması kadınlarda çeşitli psikososyal sorunlara neden olmaktadır. Memeyi kaybetmenin yanı sıra yaşamını tehdit eden bir hastalıkla savaşmakta ve nüksetme korkusu ile hayatını devam etmek zorunda kalmaktadır. Kadınlar kendilerini yarım, eksik, hastalıklı ve çirkin olarak algılamaktadır. Bu duygular mastektomi ameliyatlarında daha belirgin görülmektedir. Zamanla kadında bu duygular çaresizlik, ümitsizlik, öfke, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlara dönüşmektedir (54, 120). Hemşire hastaya kanser tanısı ve anlamı hakkında duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirmelidir. Hasta ve eşine rekonstrüksiyon ve protez seçenekleri konusunda bilgi verilerek tedaviye katılımları

sağlanmalıdır. Bazı hastalara, hastalığa uyum için psikiyatrist, psikolog desteği için yönlendirilebilir (54, 115).

Lenf ödem: Lenf ödem; meme kanseri ameliyatında ALND uygulanması veya bu bölgeye radyoterapi uygulanması nedeniyle lenf drenajı bozulması ve proteinden zengin lenf sıvısının intertisyel alanda birikmesine bağlı gelişen en önemli komplikasyonlarından biridir (128, 129), (Resim 2.8). Kemoterapi ise lenf ödeme yol açmamakla beraber venlerine ilişkin sorunu olan hastalarda ve venöz hasarlara bağlı olarak lenf ödem görülebilmektedir. Kemoterapi yöntemlerinden biri olan göğse kateter takılarak uygulama yapılan hastalarda özellikle kateter çevresini lenf ödem açısından gözlemek gerekir (130).



Resim 2.8. Lenf ödem (131).

Her 4 kadından birini etkileyen ve ciddi bir sorun olan lenf ödem insidansı %15 ile %60 arasında değişmektedir (30). Lenf ödem aksiller diseksiyon ameliyatında sonra bir ila üç yıl arasında ya da uzun yıllar sonra da görülebilmektedir. Ameliyat olan taraftaki kolda görülmekte ve minimal, orta ya da ciddi düzeyde olabilmektedir (128, 132).

Lenf ödeme yönelik tanı konulabilmesi için öncelikle uygulanan yöntem kol çevresinin ölçülmesidir. Cerrahi sonrası kollardaki farklılaşmanın anlaşılabilmesi için kol çevresi ölçümlerine cerrahiden önce başlanmalıdır. Genelde öncesi ve sonrası kol ölçümleri arasındaki fark 1.5-3 cm ise minimal, 3-5 c arasında ise orta, 5 cm ve üzerinde ise şiddetli ödem olarak kabul edilir (32).

Lenf ödemi 'in risk faktörleri şöyle sıralanabilir:

Hasta ile ilgili risk faktörleri; Lenf ödemin hasta ile ilgili olan risk faktörleri; obezite, seroma oluşumu, ileri yaş (55 yaş üstü), ileri kanser evresi, hipertansiyon ve etkilenen kolun hiç kullanılmaması ya da çok kullanılmasıdır (128, 133).

Hastalıkla ilgili risk faktörleri; Koltuk altı bölgeye metastazı olan ileri evrede bir kanser olmasıdır.

Tedavi ile ilgili risk faktörleri ise; İnsizyon alanın geniş olması, çıkarılan lenf nodu sayısının fazla olması, aksiller bölgeye radyoterapi uygulanması ve rekonstrüksiyon amacı ile yapılan bazı meme onarım ameliyatlarıdır (32, 128, 133, 134). Lenf ödemin belirti ve bulguları Tablo 2.5'te American College of Surgeons Oncology Group (acosog) z1071 (135) verilerine ve Kaymakçı (2017)'e dayanarak araştırmacı tarafından tablolştırılmıştır (32, 135).

Tablo 2.5. Lenf ödemin Belirti ve Bulguları

• Etkilenen memede, elde, kolda, omuzda ve göğüste şişme
• Etkilenen kolda ağrı, kızarıklık, sıcaklık ya da soğukluk
• Etkilenen kolda rahatsızlık, ağırlık hissi, gerginlik
• Etkilenen bölgede kılların dökülmesi, tırnaklarla ilgili değişiklikler
• Etkilenen kolda uyuşukluk, karıncalanma
• Etkilenen kolun hareket esnekliğinde azalma
• Etkilene bölgedeki ciltte değişiklikler, hassasiyet, kalınlaşma
• Kullanılan kıyafet ve takıların dar gelmesi (gömlek, sütyen, yüzük vb.)

Lenf ödemin Hasta Üzerindeki Etkileri: Lenf ödem, ağrı ve ekstremitte hareketlerinde kısıtlılığa neden olduğu için hastalar günlük işlerini yerine getirmede zorlanmakta ve daha çok yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Bundan ötürü hastalar kendini sınırlanmış ve bağımlı hissetmektedir. Ödemli olan cilt bütünlüğü bozulduğundan deri altında selülit ve lenfajit gibi önemli komplikasyonlara neden olmaktadır. Hastaların kollarında lenf ödeme bağlı gelişen fiziksel görüntüden dolayı meme kaybı sonucu gelişen bedenine uyumunda güçleştirmektedir. Bütün bu değişimler hastanın cinsel yaşamında sorunlar yaşamasına, sosyal ilişkilerde değişime ve izolasyona neden olmaktadır (119, 136). Hastalarda gelecek kaygısı ve hiç iyileşememe duygusuna bağlı umutsuzluk, anksiyete ve depresyon görülebilmektedir (137).

Lenf Ödemde Tedavi ve Hemşirelik Bakımı

Lenf ödemin tedavisi multidisipliner bir ekip anlayışı gerektirir ve en etkili yöntem lenf ödemin önlenmesidir (32). Lenf ödemde hemşirelik bakımının amacı, hastanın lenf ödem konusundaki sorumluluğunu alabilmeyi, lenf ödemi önleme, izleme, kontrol etme yeteneğini kazanarak bunu tüm hayatına yaymasına yardımcı olmaktır (138). Hastanın beslenme ile ilgili

olarak alması gereken besin öğelerini alması sağlanmalı, kilosu ölçülerek ideal olan ile karşılaştırılmalı ayrıca albümin ve total protein değerlerine bakılmalıdır (91). Cerrahi sonrası etkilenen kola; omuz 20-45 derece abduksiyonda, kol 4-60 derece horizontal, el bilekten ve bilek omuzdan yüksekte olacak şekilde pozisyon verilmelidir. İlk 24 saat kol bu pozisyonda tutularak hareket ettirilmez. Hastaya da bunun sebebi açıklanarak kolun pozisyonunu koruması söylenir. Ayrıca her iki kolun ölçümleri yapılarak lenf ödem ve enfeksiyona yönelik belirti ve bulgular takip edilir. Kol çevresi ölçümlerinde lokalizasyon olarak dirsek çıkıntısının 7.5 cm altı ve üstü ile 14 cm altı ve üstü şeklinde yapılır (91, 118). Kolda travma ya da enfeksiyon varlığında antibiyotik başlanması gerekebilir (139). Lenf sıvısının boşalmasına yardımcı olmak için kola elden omuza doğru yumuşak masajlarla lenf sıvısını kan dolaşımına boşaltır (91, 118). Bu yöntem tüm gövde ve lenf düğümlerine uygulanarak kol elastik bandajla sarılarak bu bandaj 24 saat bırakılır. Tüm tedaviler ödemin ciddiyetine göre 2-6 hafta sürebilir. Hemşire, lenf ödem ile ilgili hastayı eğitmeli; kol, omuz, el bileği ve parmaklarla ilgili egzersizleri yaptırarak öğretmelidir. Ameliyattan sonra ilk 24 saatin ardından hasta; el bileği ve parmaklarını çalıştırmaya yönelik egzersizlere başlamalı drenler çekildikten sonra da aktif germe egzersizlerine başlanmalıdır (119). Egzersizler hasta ile beraber yapılmalı, hastanın egzersizlere uyumu ve derecesi değerlendirilerek yalnız yapamadığı durumlarda yardım edilmelidir (91).

Lenf ödem Önlenmesine Yönelik Hasta Eğitimi

Lenf ödem cerrahi sonrası uygun hemşirelik girişimleri ile önlenabilir ya da etkisi azaltılabilir bir durumdur. Bu nedenle hemşirelere, iyi planlanmış bir eğitimle lenf ödemi önlemeye yönelik önemli bir sorumluluk düşmektedir (32, 137, 140). Teymur ve Kapucu'nun aktardığına göre yapılan bir çalışmada eğitim verilen hastaların ameliyattan sonraki üçüncü ve altıncı ayda genel iyilik hali, yaşam kalitesi ve fonksiyonel yapılarının daha iyi olduğu belirlenmiştir (132). Verilecek eğitimler hastanın anlayacağı şekilde, planlı ve kapsamlı olmalıdır (Çavdar ve ark., 2015). Hasta eğitimi;

- Lenf ödemin ne olduğu, neden gelişebildiği, olası risk faktörleri, belirti ve bulgularının neler olduğunu,
- Lenf ödemi önlemeye yönelik yapması gereken egzersizlerin önemi,
- Bundan sonraki yaşantısında dikkat etmesi gereken konuları içermelidir (115, 138, 141, 142).

Lenf Ödemi Önlemeye Yönelik Egzersizler

Kolu Elevasyona Alma: Meme cerrahisi sonrası etkilenen kol lenfatik ve venöz dolaşımı kolaylaştırabilmek için yastıkla desteklenerek elevasyona alınmalıdır. Bu pozisyonda el ve kol dirsekten yukarı, dirsek ise omuzdan yukarda olacak şekilde yükseltilmelidir. Hasta yatarken ve otururken de bu pozisyon korunmalıdır.

Ameliyat sonrası 24 saat içinde sınırlı hareketlerle egzersizlere başlanabilir. Ancak bu egzersizler el ve parmaklar ile sınırlıdır. Omuzdan açma kapama egzersizleri için drenlerin çıkmasını beklemek gerekir. Drenler çıkana kadar da kol vücuda yapışık olacak şekilde durmamalıdır. Bu daha sonra yapılacak egzersizlerde ağrıya ve kısıtlılığa neden olabilir. Günlük işler ameliyatlı kol ile çok zorlamadan basit hareketlerle yapılabilir. Kısıtlı egzersizler günde en az ikiden fazla yapılmamalıdır. Ağrı durumunda kol dinlendirilir (139).

Top Sıkma Egzersizi: Hastanın avucuna sığacak büyüklükte bir lastik top kullanarak elin sıkıp gevşetme hareketidir.

El Açıp Kapama Egzersizi: Bu egzersize cerrahiden birkaç sonra başlanır. El 15 ila 25 defa açıp kapatılır. Bu hareket günde 3-4 kez tekrarlanır. Bu hareketle lenf sıvısının genel vücut dolaşımına dönüşü hızlanacaktır.

Saç Tarama Egzersizi: Cerrahiden 24 sonra yapılması gereken bir harekettir. Hastanın dik oturması sağlanır. Dirseğini masaya dayayarak ve elinde bir tarak varmış gibi saçının bir tarafını önden başlayıp geriye doğru tarama hareketi yapılması istenir.

Omuz Çevirme Hareketleri: Hastanın sırt ve omuz ağrılarını hafifletmek için her iki omzu dairesel hareketlerle geriye doğru çevirmesi istenir. Drenler çıktıktan sonra duruş bozukluğunu önlemek için otururken ya da ayaktayken omuzlar yavaşça aşağı ve yukarı hareket ettirilir. Hasta sandalyeye oturur ve elleri olabildiğince ensede birleştirerek kendisini yukarı doğru germesi istenir. Hastanın ayakta ellerini göğüs hizasında birleştirilip, sıkıp gevşetmesi sağlanır. Hasta sandalyeye oturtulur ve tek kolu vücuda 90 derece olacak şekilde açıp küçük dairesel hareketlerle çevirir. Hasta sandalyeye oturtulur her iki kolu yukarı ve aşağı olacak şekilde açıp kapaması istenir daha sonra elleri başının iki yanında olacak şekilde kaldırıp yumruklarını açıp kapatması istenir.

Duvar Hareketi: Hasta, ayakta duvara yaklaşmış şekilde elleri duvara tırmanıyormuş gibi küçük adımlarla yapabildiği kadar dairesel hareketler yapar ardından ellerini önde birleştirerek başının üzerine doğru büyük dairesel hareketler yapar. Hastanın ellerini başının

arkasında birleştirerek dirseklerini yüzüne doğru açıp kapatması istenir. Bu hareketler 5'er kez tekrarlanarak 10-15 kez yapılmalıdır.

Ağrı, gerilme gibi durumlarda harekete son verip dinlenilmelidir. İlk başlanıldığında kısıtlılık hissedebilir. Hareketlerin devamlılığında daha rahat yapılabileceği unutulmamalıdır (143).

Lenf ödem Önlenmesine Yönelik Hastadan Beklenen Sağlıklı Yaşam Davranışları

- Ameliyattan sonra kolunuzu belli bir pozisyonda uzun süre aşağıda tutmayın. Kolunuz kalp seviyesinden yukarıda olmalıdır. Kolunuzu gün içinde ve yatarken zaman zaman yüksekte tutun.
- Bulaşık ya da çamaşır yıkarken ilk 3 ay eldiven kullanın.
- Her türlü basınç ve baskıdan korunmaya çalışın (çarpma, vurma, tansiyon ölçtürme, kese yapma ve uygun olmayan masaj).
- Etkilenen kola enjeksiyon yaptırmayın.
- Kolunuzu güneş yanığından koruyun, güneşe çıkınca koruyucu kremler kullanın ve uzun süre güneş altında kalmayın.
- Ciltte sıyrık, çizik ya da böcek ısırığı olursa çeşme altında sabunlu su ile bolca yıkayın ve temiz tutun.
- Enfeksiyonla ilgili belirtilere rastlarsanız hemşire ya da doktorunuzla iletişime geçin
- Elinizi, parmağınızı ve bileğinizi sıkacak; saat, yüzük ve bilezik kullanmayın
- Sizi sıkan giysiler, iç çamaşırları ya da ağır meme protezleri kullanmayın
- Ameliyat geçirmiş taraftaki kol ile çanta ve dosya taşımaktan kaçının.
- Etkilenen kolunuzla cam silme, ev süpürme, çekme-itme gibi ağır işlerden kaçının.
- Manikür yaptırmayın. Tırnak kenarında çıkan etleri keserken dikkatli olun.
- Koltuk altı tüyler için elektrikli tıraş makinası kullanın. Jilet, asla kullanmayın. Roll-on ve türevi alet kullanmayın.
- Banyo suyun sıcaklığını etkilenmeyen kolunuzla kontrol edin ve çok sıcak su kesinlikle kullanmayın.
- Banyo sonrası ve gün içinde nemlendirici kullanın Nemlendirici alkol, mineral, yağ, talk, lanolin içermediğinden emin olun.

- Dokularınızın onarımı ve enerji gereksiniminiz için yüksek kalorili ve proteinden zengin kolay sindirilen balık, tavuk ve bol sebze meyve tüketmeniz gerekmektedir. İdeal kilonuzu koruyun.
- Alkol ve sigara kullanmayın.
- Yemek yaparken sıcak kapları tutarken mutlaka koruyucu kullanın. Ameliyattan sonraki ilk üç ay ameliyat olan taraftaki kolun üzerine yatmayın.
- Toprak ve bahçe işleri yaparken eldiven kullanın.
- Yoga yüzme suda aerobik ve ritmik yürüyüşler gibi ağır olmayan sporlar yapın. (115, 144, 145).

2.3.11. Hastanın Ameliyat Sonrası Taburculuk Eğitimi

Hastanın taburculuk için hazırlanmasında yapılan hazırlıklarda;

- Kol ve omuz egzersizleri
- Ağrının azaltılması
- Lenf ödem ve enfeksiyon gelişimin önlenmesi
- Yara takibi ve bakımı
- Kendi kendine meme muayenesi
- Mamografiye başlama ve sürdürmenin önemi
- Mastektomi sonrası kullanabileceği protez seçenekleri
- Günlük sağlıklı yaşam davranışları

Taburculuk eğitimi hasta ile birlikte beraber yaşadığı aile üyelerinden birine eğer evli ise özellikle eşinin tercih edilmesi önemlidir. Eşinin bakıma katılması aralarındaki paylaşımı artırarak hastalıkla ilgili olumsuz duyguları birbirlerine açıklamalarına fırsat verebilir. Ortak hareket buldukları durumla baş etmelerini kolaylaştırabilir (146).

2.4. Meme Kanseri ve Cerrahisine İlişkin Bilgi Eksikliği ve Hasta Eğitimi

Hemşirelik tanısı olarak eğitim gereksinimi “bilgi eksikliği” olarak ifade edilmektedir. Bilgi eksikliği; sağlığın korunması, iyileştirilmesi, sürdürülmesi ve geliştirilmesi için gerekli olan bilgi, beceri ve tutum eksikliği olarak tanımlanır (147). Kanserden kaynaklanan ölüm korkusunun yanında yaşanacak bir ameliyat süreci hasta ve ailesinde korku ve anksiyeteye neden olmakta, yaşam kalitesini ve konforunu olumsuz yönde etkilemektedir (45, 148). Cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası yeterli bilgi alamayan hastalar çeşitli sorunlar yaşarlar. Bunlar; cerrahi

öncesi ve sonrası süreç hakkında bilinmezlik, ağrı korkusu, cerrahi sonrası kişisel fonksiyonlarını yerine getirememe korkusu, gelecek hakkında bilinmezlik korkusu, öfke, depresyon, anksiyete, yorgunluk, periferal nöropati, lenf ödem, cinsel disfonksiyonu, beden imajında değişim, uyku bozuklukları, hastalığın tekrarlama korkusu ve çalışma hayatına geri dönme ilgili sorunlar olduğu bildirilmiştir (149).

Sağlık eğitiminin amacı, komplikasyonları önlemek, hastanın kendi kişisel bakımı konusundaki bağımsızlığını artırmak, yaşam kalitesini yükseltmek ve yeniden hastaneye yatışı önlemektir (55,148, 150). Bu doğrultuda hemşireler birey ve ailelere verilen sağlık eğitimi ve danışmanlığında önemli rol oynamaktadır (151, 152). Hemşire, meme kanseri cerrahisi sonrası hakkında doğru bilgilendirmeyi yaparak başa çıkma becerisi kazandırmalı; korku ve endişelerin ifade edilmesine olanak tanıyarak ameliyat korkusu, ağrı hissi, iş durumu, kişilerarası ilişkiler, cinsellik ve tedavi olanakları gibi konularda uygun bir iletişim yöntemi kullanarak bilgi ve eğitim vermelidir (153, 154). Hasta eğitiminde kullanılan birçok kitap, broşür ve yazılı kaynaklar görsel işitsel duyulara hitap etmelerine rağmen çoğunlukla hastaların eğitim seviyesinin üstünde ve anlaşılabilirliği zordur. (45, 155). Bunların yerine günümüzde giderek yaygınlaşan bilgisayar destekli eğitim videoları sağlık okuryazarlığı kısıtlı düşük olan daha geniş kitlelere hitap etmektedir. Bu videolar hastane dışında hastaların aileleri ile birlikte tedavi ve bakıma katılmalarına olanak tanımakla birlikte öğrenmeyi kolaylaştırıcı unsurlar içerir ve daha eğlencelidir. Hastaların zaman sınırlaması olmaksızın istedikleri zamanda istedikleri yerden bu bilgilere ulaşmalarına da olanak tanır. (156-159).

2.4.1. Meme Kanseri ve Cerrahisinde Hastaların Video Destekli Eğitimi

Günümüzde sağlık bakım sistemindeki gelişmelere paralel olarak hasta ve ailesine verilecek eğitimlerin daha sistematik, nitelikli ve sorun çözücü olarak verilmesini zorunlu kılmaktadır. (160, 161). Gerek bu zorunluluk gerekse bilişim teknolojik alanda yaşanan gelişmeler eğitimde birtakım değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Geçmişte yüz yüze olan hasta eğitimleri, bilgisayar ve internet ortamına taşınmıştır (104, 156, 162-164). Hastalar kolay ulaşılabilir ve ücretsiz bir şekilde ulaşabildikleri internet web (ağ) sitelerini yaygın olarak kullanmaktadır. Ancak bu bilgilerin güvenilirliği konusunda endişeler mevcut olup, oluşturduğu bilgi kirliliği de yadsınamayacak kadar çoktur (165-167). Örneğin Eysenbach (2003) bir çalışmada kanser hastalarının web üzerinden edindikleri bilgilerin %27'sini kafa karıştırıcı, %76'sını ise çelişkili bulduklarını ve bireysel ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz olduğunu belirtmiştir (168). Web üzerinde birçok video olmasına rağmen, bunların birçoğu karmaşık ve yanıltıcı bilgi içermektedir. Bunun yerine bilimsel ve güncel kaynaklardan elde

edilen bilgiler ışığında hazırlanan, tam ve doğru bilgiye sahip eğitim videolarına ihtiyaç duyulmaktadır (169).

Hastalara verilen eğitimlerde video desteğinin sağlanması sağlık inançları ve erken tanıda önemli olan KKMM gibi uygulama gerektiren sağlık davranışları üzerinde bilme ve yapma durumunu önemli derecede etkiler (170). Eğitimde kullanılan materyaller soyut kavramları somutlaştırmak ve daha etkili bir bilgilendirme sağlamanın yanında hastaların daha kolay öğrenmelerine katkı sağlayarak karmaşık mesajları basitleştirmeye yardımcı olmaktadır. (105, 171). Meme kanserli hastalara verilen standart eğitim ile videolu internet destekli eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, video destekli eğitimi alanların anksiyete düzeylerinin tedavi süresince azaldığı görülmüştür (172).

2.4.2. Hemşirelikte Bazı Kuram ve Modeller

Uzun dönem bakım gerektiren hastalıklarda kuram ve modellerin kullanımı; bireye özgü bakımda farklılık yaratmakta, hemşirelik bakımını şematize etmekte, bütüncül bakım sağlayarak yaşam kalitelerini artırmaktadır. Hemşirelik bakımı üzerine bazı kuramcılar ve bakım modelleri aşağıda belirtilmiştir.

Modeller:

Orem'in Öz Bakım Kuramı; öz bakım, öz bakım gücü, temel durumsal faktörler, öz bakım eksikliği, terapötik öz bakım gereksinimleri, hemşirelik gücü ve hemşirelik sistemi şeklindedir.

Roy'un Uyum Kuramı ve Pender'in Sağlık Geliştirme Modeli; kişinin gelişimi ve iyilik durumunu sürdürebilmesi için insan-çevre etkileşimine odaklanarak hastalık ve sağlık durumlarına bireyin uyumunu kolaylaştırmak şeklinde olan bir modeldir.

Neuman'in Sistemler Modeli; bu model bireyin iyiliğe adaptasyonu ve psikolojik, sosyokültürel, spiritüel ve gelişimsel başlıca değişkenleri ile hemşirelik uygulamalarına rehber niteliğindedir. Hastayı bütüncül yaklaşımla açık bir sistem olarak tanımlamış stres ve strese verilen tepkiler kavramları üzerine olan bir modeldir.

Watson'in İnsan Bakım Modeli; burada bireyin zayıf ve güçlü yönlerini, tepkileri içeren davranışları, zihnin, bedeninin ve ruhunun uyumunu, bireyin konfor alanının nasıl sağlanacağını, şefkat ve empatinin nasıl uygulanacağını göstermektedir. Bu model hemşireler tarafından yaygın kullanılan modellerdendir. Eğitim verecek olan hemşireler güncel bilgiler kullanarak modeller doğrultusunda etkili ve yararlı eğitimler planlamalıdır (173).

Hasta Eğitiminin İçeriği:

- Hastalığın tedavisi ve hastalığa uyum
- Komplikasyonların en aza indirgenmesi
- Bireye hastalıkları önleme davranışının kazandırılması
- Sağlığın korunması ve devamı
- Tekrarlı yatışların önlenmesi
- Yaşam kalitesinin yükseltilmesi
- Maliyetlerin azaltılması
- Temel yaşam gereksinimlerinin karşılanması ve bağımsız karar almada bireyin desteklenmesidir (174).

2.4.3. Hasta Eğitiminde Önemli Faktörler

Hasta eğitimlerinde hemşireler; hastaların sağlık inancı, hastaların etkin katılımı, hastalığa uyum gibi faktörleri dikkate alarak eğitim içeriklerini hazırlamalı, eğitim sırasında hasta ve yakınlarını sürece dahil etmeli, gereksinimleri karşılayıp karşılamadığı üzerinde durmalı, gerekli analizler yapılmalıdır.

2.4.4. Eğitimde Güdülenmeyi Arttıran Kavramlar

Sağlık İnancı: Hastaların alacağı kişisel önlemlerde hastalığın etkilerinin azalacağına inanmasıdır.

Hastalığa Uyum: Hastalara uygun zamanda verilen etkili eğitim hastalığa uyumu kolaylaştırmaktadır. Hasta hastalığı anlamaya, öğrenmeye hazır ve açık olması gerekir.

Öğrenme Yeterliliği ve Gelişim: Hastanın bilgi düzeyi ve bu bilginin doğruluğu araştırılmalıdır. Çünkü yeni bilgi öğrenebilmesi için belirli bir gelişimsel ve bilişsel yeterlilikte olmalıdır.

Dikkat: Bireyin dikkatini etkileyen en önemli faktörler; beklentiler, ilgiler, inançlar, değerler ve çevredir. Bunun yanında ağrı, açlık, yorgunluk, uykusuzluk, anksiyete ve gürültü gibi çevresel faktörler dikkatin dağılmasına sebep olmaktadır. Yüksek düzeyde anksiyete dikkati ve öğrenmeyi olumsuz etkiler. Eğitimde dikkati çeken noktalara önem verilmelidir.

Etkin Katılım: Hastanın sorumluluk alma, maç birliği oluşturma durumudur. Bireyin öğrenme öğretme sürecine aktif katılımı öğrenmeyi artırdığı gibi kendini ifadeye olanak tanır.

Öğrenme Ortamı: Hastaya verilen eğitimlerin uygun ortamda yapılması onun konuya yoğunlaşmasını sağlayacaktır. Sessiz, rahat, güvenli, uygun ışık, eşya düzeni, hastanın mahremiyetinin sağlanması önemlidir. Eğitime hastanın aile üyelerinin dahil edilmesinde hastanın isteğine bırakılmalıdır. (175).

2.4.5. Eğitim Türleri

Görsel Eğitim: Eğitimde dikkat çekmenin en iyi yolu görselliğin kullanılmasıdır. Görsel araç ve gereçler sözeli desteklediği gibi tek başına da bir sözcüğün yerini tutabilir. Kullanılan görsel araçlar; kitap, dergi, afiş, broşür, karikatür, grafik, harita, maket, slayt vb. kullanılması öğrenmeyi kolaylaştırır ve zaman kazanmaya yardımcı olur.

İşitsel Eğitim: Özellikle dil eğitiminde sıkça kullanılan bir yöntemdir. Eğitim aracı olarak kullanılan teyp, radyo, plak, telefon vb. taşınabilir olabilmelerinden ötürü diğer eğitim türleri ile birlikte kullanılmaktadır.

Görsel İşitsel Eğitim: Öğrenme yöntemleri içinde en verimli etkinlik yöntemidir. Kişinin hem görme hem de işitme duyusuna hitap eder. Kolay unutulmadığı gibi hatırlamanın kolay olduğu ve öğrenme süresinin kısa olduğu bir yöntemdir. Hem görsel hem işitsel olan başlıca eğitim araçları; CD, DVD, TV, sinema filmi, tiyatro, kısa video, konferans, internet vb.dir (176).

2.4.6. Eğitim Yöntem ve Teknikleri

Her hastanın öğrenme şekli farklıdır. Hemşire eğitim verirken farklı yöntemleri kullanabilir. Belirli bir yöntem yerine amaca uygun birkaç yöntemin birlikte kullanılmasında fayda vardır (177).

Düz Anlatım: Sıklıkla kullanılan ve eğitimcinin herhangi bir konuyu belirli bir düzende anlatmasıdır.

Örnek Olay: Belirli bir olayla ilgili karşılaşılan problemlerin neden-sonuç ilişkisine göre araştırılarak sorun çözümü yöntemidir. Bu yöntemde amaç konu ile ilgili bilgi, beceri ve tutum kazanmak ve benzer olayla karşılaşıldığında hızlı ve etkin çözüm bulmanın kolaylaştırmasıdır.

Gösterip Yaptırma: Uygulamalı anlatımlarda konunun gösterilerek anlatılması ve sonrasında hastadan aynı uygulamayı tekrarlanmasının istenmesidir.

Soru-Cevap Yöntemi: Karşılıklı soru-cevaplarla tartışma, problem çözme, gezi gözlem ve gösteri gibi birçok farklı yöntemle birlikte yapılabilir.

Drama-Rol Yapma: Eğitimin oyunlarla canlandırılarak yapılmasıdır (177, 178).

2.4.7. Eğitim Süreci

Hemşire, hastanın sağlık bakım gereksinimlerini belirlerken, aynı zamanda eğitim gereksinimlerini de belirler. Eğitim süreci; veri toplama, tanı koyma, planlama, uygulama ve kaydetme şeklinde toplam beş aşamadan oluşmaktadır (179).

- 1) **Veri Toplama:** Sürecin başlangıç basamağı olup, hasta ile ilk karşılaşmada başlar ve kesintisiz devam eder.
- 2) **Tanı Koyma:** Bireyin, ailenin veya toplumun mevcut problemlerine ve yaşam süreçlerine tepkileri hakkında vermiş olduğu klinik karar aşamasıdır.
- 3) **Planlama:** Öğrenme amaçları saptanır. Gereksinimler göz önüne alınarak öncelikler belirlenir. Hasta iş birliği ile öğrenim metodu belirlenir.
- 4) **Uygulama:** Sorunu gidermeye yönelik belirlenen hedeflere ulaşmak için hemşirelik girişimlerinin pratiğe geçirilmesidir.
- 5) **Değerlendirme:** Hedeflenen sonuca ulaşıp ulaşılmadığının belirlenip gerekirse tekrar uygulamaya geçirilir.
- 6) **Kaydetme:** Sürecin dökümanite edildiği aşamadır (155, 160, 179, 180).

2.5. Anksiyete

Anksiyete sözcüğü kökü eski Yunancada “anxietas” olup, korku, endişe, merak anlamlarına gelmektedir (181). Türk Dil Kurumu ise “kötü bir şey olacakmış düşüncesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu” olarak tanımlamaktadır (182) Kansere bağlı sağlık kaygısı semptomların şiddetlenmesine, ağrı hissini artmasına, uyku bozukluklarına ve hastaların tedaviye uyumunun zorlaşmasına neden olur (183, 184). Bunların yanı sıra; kişide el ayakta titreme, hızlı nefes alıp verme, çarpıntı, aşırı terleme, bulantı kusma gibi bir takım fizyolojik belirtilerle beraber, heyecan, huzursuzluk ve korku gibi durumların bir ya da birkaçı eşlik eder (185).

Sağlık anksiyetesi ilk defa Salkovskis ve Warwick (1986) tanımlanmış olup, tek başına bir psikiyatrik durum olarak görüldüğü gibi, depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi diğer psikiyatrik bozukluklara eşlik edebilmektedir (186). Kanser hastalarında görülme sıklığı %50'nin üzerinde ve yaklaşık %30'unda kronik anksiyete şeklinde görülmektedir. Meme

kanseri tanılı kadınların psikososyal incelemesi yapılan bir araştırmaya göre, hastaların %80'i kanserin nüksüne dair anksiyete, ölüm korkusu ile ilgili anksiyete ve cinsel sorunlarla ilgili anksiyete yaşadıklarını belirtmişlerdir (187). Meme kanseri tanısı ile beraber cerrahi süreci hastanın anksiyete düzeyini ve psikolojik durumunu etkilemektedir (183). Meme kanseri cerrahisi geçirecek hastalar genellikle ölüm korkusu, bedenin zarar göreceği ve acı çekeceği korkusu, anestezi sonrası uyanamama korkusu, cerrahi sonrası bağımlı kalma korkusuna bağlı olarak yüksek düzeyde anksiyete yaşamaktadırlar (188). Preoperatif anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda daha fazla komplikasyon geliştiği ve hastane yatış süresinin uzadığı bildirilmiştir. Preoperatif ve postoperatif görülme oranı arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Kontrol edilemeyen anksiyete cerrahi süreci olumsuz etkiler, iyileşmeyi geciktirir (189). Preoperatif anksiyeteye sebep olarak da bilgisizlik, psikolojik ve fizyolojik komplikasyon gelişme riskinin artmasıdır (190). Koca'nın (1998) bir çalışmasına göre, cerrahi öncesi verilen eğitimlerin anksiyete seviyesini önemli ölçüde azalttığı tespit edilmiştir (190, 191).

2.5.1 Anksiyete Karşısında Hastaların Yaşadığı Durumlar

Bilişsel yanı; hastaların yaşadığı kaygı durumu.

Duygusal yanı; korku, huzursuzluk, endişe, çaresizlik, panik, alarm duygusu ve hoş olmayan karmaşık duygular.

Davranışsal Yanı: anksiyete yaratan durumun üzerine gitmeyip bundan kaçınma.

Fizyolojik Yanı: bedensel tepkiler, kan basıncı değişiklikleri vb. anksiyetenin neden olduğu durumlardır (192).

Davranışçı kurama göre anksiyete, kişinin ebeveynlerinden öğrendiği davranışları örnekleme ya da klasik koşullanma sürecidir. Bilişsel kurama göre ise koşullanmış uyarılara koşullanmış tepkilerin ortaya çıkmasıdır. Yani felaket beklentisi içeren inanışlar anksiyete ve bedensel tepkilere yol açmaktadır (193). Dinamik kurama göre, anksiyete benlikle alt benliğin yasaklarıyla çatışma yaşar. Benlik bu çatışmayı yatıştırırsa sorun çözülür ancak yatıştırılmazsa patolojik durumlar ortaya çıkabilir. Anksiyete durumunda hastanın sosyal desteklerinin sorgulanması önemlidir. Hemşire bakım verirken hastaların destek alabileceği bilgi, insan, maddi kaynakların harekete geçirilmesine yardımcı olmalıdır. Gevşeme ve nefes egzersizleri de anksiyete üzerinde etkili yöntemlerdir (194).

2.5.2. Anksiyeteye Bağlı Ortaya Çıkan Kuramlar

Spielberger, kişilerin durumlar karşısında ikinci faktörlü anksiyete durumu yaşadıklarını ileri sürmüştür. Anksiyeteler arasındaki ayrımın yapılmasını “İki Faktörlü Anksiyete Kuramı” ile anksiyete türlerinin ölçülmesi de Spielberg ve ark.’nın “Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri” ile gerçekleştirilmektedir (195, 196).

Durumluk Anksiyete: Bireyin tehlikede olduğunu hissettiği zaman anksiyete duyabilir. Olduğunu hissettiği durumlarda anksiyete duyabilir. Örneğin diş koltuğuna otururken, ameliyat saatini beklerken, bir sınava girerken ortaya çıkan huzursuzluk ve tedirginlik herkesin yaşayabileceği durumsal bir anksiyetedir. Buna durumluk (state) anksiyetesi denir. Stres yaratan unsurların kuvvetli veya fazla olduğu durumlarda anksiyete de yükselir (195,196, 197). Otonom sinir sistemi uyarılması ile bireyde terleme, titreme, kızarma, sararma fiziksel değişimler görülür. Eğer stres yoğun olursa durumluk anksiyetesi yüksek, stres ortadan kalkınca da düşme olur (196).

Sürekli Anksiyete: Bireyin uzun sürelerde hissettiği ve asılsız olan tehdit durumunu stresli yorumlaması ve anksiyeteye olan yatkınlığıdır (197). Birey genellikle içinde bulunduğu durumları stresli olarak algılama ve yorumlama durumundadır. Hatta normal olan zamanlar bile tehlikeli ve tehditleri algılayarak bunun neticesinde mutsuzluk, hoşnutsuzluk sürekli bir anksiyetedir. Bu bireyler genelde karamsardırlar ve normal kişilerden daha yoğun durumluk anksiyetesi yaşarlar (195, 196).

Sürekli anksiyete durumluk anksiyetenin devamlılığına ve şiddetine bağlıdır. Kişilerin davranışlarından doğrudan ölçülemez. Bu nedenle stresörler ortadan kalktığında durumluk anksiyete seviyesi azalabilir ancak sürekli anksiyete düzeyinde önemli değişiklikler olmayabilir (197).

2.5.3. Anksiyete Düzeyleri

Günlük yaşam koşulları, bireysel özellikler anksiyete düzeylerini etkiler. Öz’ün (2004) aktardığına göre, Hay ve Peplau’ya göre anksiyetenin dört düzeyi vardır.

Hafif Düzeyde Anksiyete: Bireyde çok az gerilme vardır. Duyular normal ve kavrama alanı genişlemiştir. Çevreye konsantre olabilir, mantık yürütebildiğinden problem çözme becerisine sahiptir.

Orta Düzeyde Anksiyete: Hayati bulgular normal ya da hafif artmıştır. Daha dikkatli ve gergindir. Kavrama alanı biraz daralmış, kendisi için önemli olan konulara daha çok odaklanır ama çevresel ayrıntıların daha az farkındadır.

Şiddetli Anksiyete: Kavrama büyük ölçüde daralmış, ayrıntılara yoğunlaştığından çevredeki olayları tam algılayamaz. Gerilimi hisseder ama kaygısını yüksek olduğunu anlayamaz. Mantık yürütmede zorlanır, problem çözme becerisi yoktur. Profesyonel yardım gereken durumdadır.

Panik: Bireyin kan basıncı düşmüş, işitme duyusu zayıflamış, rengi solmuş, kas koordinasyonu zayıflamıştır. Çevrede olup bitenleri kavrama kabiliyeti bozulmuş, düşün dünyası zayıflamış ve anormal davranışlarda bulunur. Bu aşamada birey korkmuş ve kriz halindedir (198).

Cerrahi öncesi hastaların anksiyete ve endişelerinin dinlenmesi anksiyete ile başa çıkma yeteneğini güçlendirmektedir (199). Bunun yanı sıra hastanın eğitimi ve bilgilendirilmesi cerrahi öncesi sürecin sorunsuz geçmesine, cerrahi sonrası da olumsuz etkilerin etkilerini azaltmaktadır (199, 200). Anksiyeteyi gidermek için verilen hemşirelik bakımı sayesinde ameliyattan sonra daha az analjezik kullanılması, hayati bulguların daha erken sürede normale dönmesi strese karşı salgılanan kortikosteroid hormonların daha az salınarak daha hızlı iyileşme ardından erken taburculuk sağlanmış olacaktır (201- 203).

2.6. Konfor

Konfor kavramı İngilizce sözlük karşılığı olarak sıkıntı ve ağrıdan kurtularak ruhsal sıkıntı ya da ıstıraptan destek alarak kurtulmayı ifade eder (204). Konfor kavramını “bireyin günlük hayatını kolaylaştıran rahatlığı” olarak ifade etmekte mümkündür (205).

Hemşirelikte konfor, kaliteli bakımın temeli olarak kabul edilir ve çok önemli bir yere sahiptir. Kolcaba, hemşirelik bakım sürecinde bireylerin konfor ihtiyaçlarının karşılanmasında rehber olarak konfor kuramından yararlanılabileceğini belirtmiştir. Kurama göre hemşire; hastanın ihtiyacı olan gereksinimlerin karşılanması için gerekli önlemleri almakta ve hastalarda konfor bozucu etkenleri ortadan kaldırarak hastanın güç kazanmasına ve yenilenmesine yardımcı olmaktadır (206). Hemşire hasta bireyin sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında konfora yönelik girişimleri uygulayarak hastanın daha az sıkıntı çekmesini, rahatlamasını ve sorunlarının üstesinden gelebilmesini sağlar (205, 207, 208).

Hasta konforu üzerinde etkisi olan en önemli uygulamalardan biri cerrahi operasyonlardır. Hastalıkların tanısı ve tedavisi amacıyla başvuru olan cerrahi operasyonlar, günümüzde en yaygın olarak kullanılan yöntemlerden biridir (207). Ancak, hasta açısından bakıldığında cerrahi operasyonlar, önemli psikolojik, fizyolojik ve sosyal travmadır (209).

Cerrahi işlem planlanan hastalarda görülen ağrı, bulantı, kusma, hipotermi, anksiyete vb. rahatsızlıklar hastanın konforunun azalmasının temel sebebi olarak görülmektedir (210). Hemşirelerden girişim öncesi ve sonrası hastanın konfor düzeyinin artırılması, rahatsızlık yaratacak sorunların azaltılması ya da ortadan kaldırılması için bireysel özelliklerine göre hemşirelik uygulamalarını planlamalıdır (211). Bu uygulamalar ile hastanın yaşamı daha konforlu hale gelerek yaşam kalitesi artacaktır (212).

Konfor kavramı, hemşirelik işlevlerinden pozitif, bütüncül, çok boyutlu, rahatlama üzerine temellenen ve ilk kez Kolcaba tarafından kuramsallaştırılmıştır (213, 214). Kolcaba'ya göre konfor kavramı; kuramsal, çok boyutlu ve holistik olarak üç tür konfor boyutunun herhangi biri için ihtiyaçların karşılanması ile güçlenmenin gerçekleşmesidir (215).

Konfor kuramının temel varsayımlarını şu şekilde özetlenebilir;

- Konfor hemşireliğe özgü istendik bir sonuçtur.
- Bireyler, karmaşık olan uyarılara bütüncül yanıt verir.
- Bireylerin konfor gereksinimi kendi ya da başkaları tarafından karşılanmalıdır
- Geleneksel bütünlük, hasta merkezli, değer sistemine temellenen, kuralcı ve tanımlayıcı bir yapıya sahiptir (216, 217).

Kolcaba, kuramın taksonomik yapısını, konfor boyutları ve konfor düzeyleri olarak iki aşamada incelemiştir. Konfor kuramının taksonomik yapısı araştırmacı tarafından aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (213), (Tablo 2.6.).

Tablo 2.6. Konfor Kuramının Taksonomik Yapısı

KONFOR		DÜZEYLERİ		
		Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
BOYUTLARI	Fiziksel			
	Psikospritiyel			
	Çevresel			
	Sosyo-kültürel			

2.6.1. Birinci Aşama

Ferahlama (Relief): Bireyin ihtiyaçlarının karşılanmaya başladığında sıkıntılı durumdan kurtulduğunu hissettiği duygudur (213, 218).

Rahatlama (Ease): Bireyde rahatlık, sakinlik ve huzur içinde olma durumudur

Üstünlük (Transcendence): Bireyin sorunlarının çözümlenerek gücünün artması durumu olarak tanımlanır (213).

Her üç konforda hastanın mevcut durumunu olumlu yönde etkileyen güç verici bileşenlerdir (219). Bireyin bu üç gereksinimi karşılanmadığı takdirde eksiklik hisseder (213, 212).

2.6.2. İkinci Aşama

Fiziksel Konfor: Bireyin fiziksel durumunu etkileyen ağrı, uyku, dinlenme, beslenme, hastalığa karşı gösterdiği yanıtlar, barsak fonksiyonların devamlılığı vb. fizyolojik göstergelerdir. Bunlardan birinde meydana gelen sapma konforu etkilemektedir (218, 219).

Psikospritiüel Konfor: Mental, emosyonel ve manevi bileşenlerden oluşan psikospritiüel konfor; bireyin hayatına anlam katan öz saygı, benlik kavramı, cinsellik ve kendinin farkında olma duyguları ifade eder (219, 220).

Çevresel Konfor: Bireyin üzerindeki etkisi olan dış etkenleri kapsayan çevresel konfor; aydınlık, renk, gürültü, ısı, pencereden görülen manzara vb. gibi dış ortamla ilgi kavramlardır (215, 218).

Sosyokültürel Konfor: Bu konfor boyutu; kişilerarası ilişkiler, aile ve sosyal ilişkiler ağırlık kazanır. Hemşire diğer sağlık üyeleri ile ailenin sosyokültürel ve dini inançları doğrultusunda eğitim vermesi, bakım vermesi, kişilerarası iletişimin sağlanması, taburculuk eğitimi ve evde bakımın sağlanmasını destekleyerek sosyal konforu kolaylaştırabilir (205).

Kolcaba, konforun kavramsal boyutlarını tamamladıktan sonra oluşturduğu taksonomik yapıyı test etmek üzere hastadan beklenen konforu ölçmek için 48 maddeden oluşan dördümlü likert tipte Genel Konfor Ölçeği'ni (GKÖ-*General Comfort Questionary*) geliştirme çalışmaları yapmış sonuçlarında 1992 yılında yayınlamıştır (205). Ülkemizde Kuğuoğlu ve Karabacak (2008), erişkin hastalarda GKÖ'ni Türkçe uyarlamasını yaparak ölçeğin Türkçe olarak geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna ulaşmıştır (221).

Duman ve ark. (2020)'nin göre konfor kuramı hemşirelik mesleğine farklı bir bakış açısı getirmiştir. Hastalara hemşirelik bakımının ana amaçlarından olan rahat ve konforun sağlanarak yaşam kalitesi artırılabilceği sonucuna varmışlardır (222).

Hasta bireyler tanımlanırken bireyin fiziksel, psikospiritüel, sosyo-kültürel ve çevresel gereksinimleri bütüncül olarak değerlendirilmektedir. Hemşire hastanın fizyolojik işlevlerinde bozulmaya neden olan hastalık, virüs, cerrahi işlem gibi durumları incelerken bazı fiziksel konfor gereksinimlerini (ağrı, bulantı, kusma, titreme, kaşınma vb.) ilaç kullanmadan bakım ve tedavi uygulayabilmektedir. (208). Karabacak'ın (2004) çalışmasında konfor gereksinimlerine odaklanan hemşirelik girişimlerinin yanı sıra, beklenen konfor derecesi ölçme araçlarının hemşirelik bakım uygulamaları içinde yer aldıkları, bu şekilde her ikisinin de bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine önemli ölçüde etkisi olduğu ifade edilmektedir (223).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Hipotezleri

H0₁: Cerrahi öncesi video destekli eğitim verilen hastaların anksiyete düzeyi ile bu eğitimin verilmediği hastaların anksiyete düzeyi arasında fark yoktur.

H1₁: Cerrahi öncesi video destekli eğitim verilen hastaların durumluk anksiyetesi bu eğitimin verilmediği hastalara göre daha düşüktür.

H0₂: Cerrahi öncesi video destekli eğitim verilen hastaların konfor düzeyi ile bu eğitimin verilmediği hastaların konfor düzeyi arasında fark yoktur.

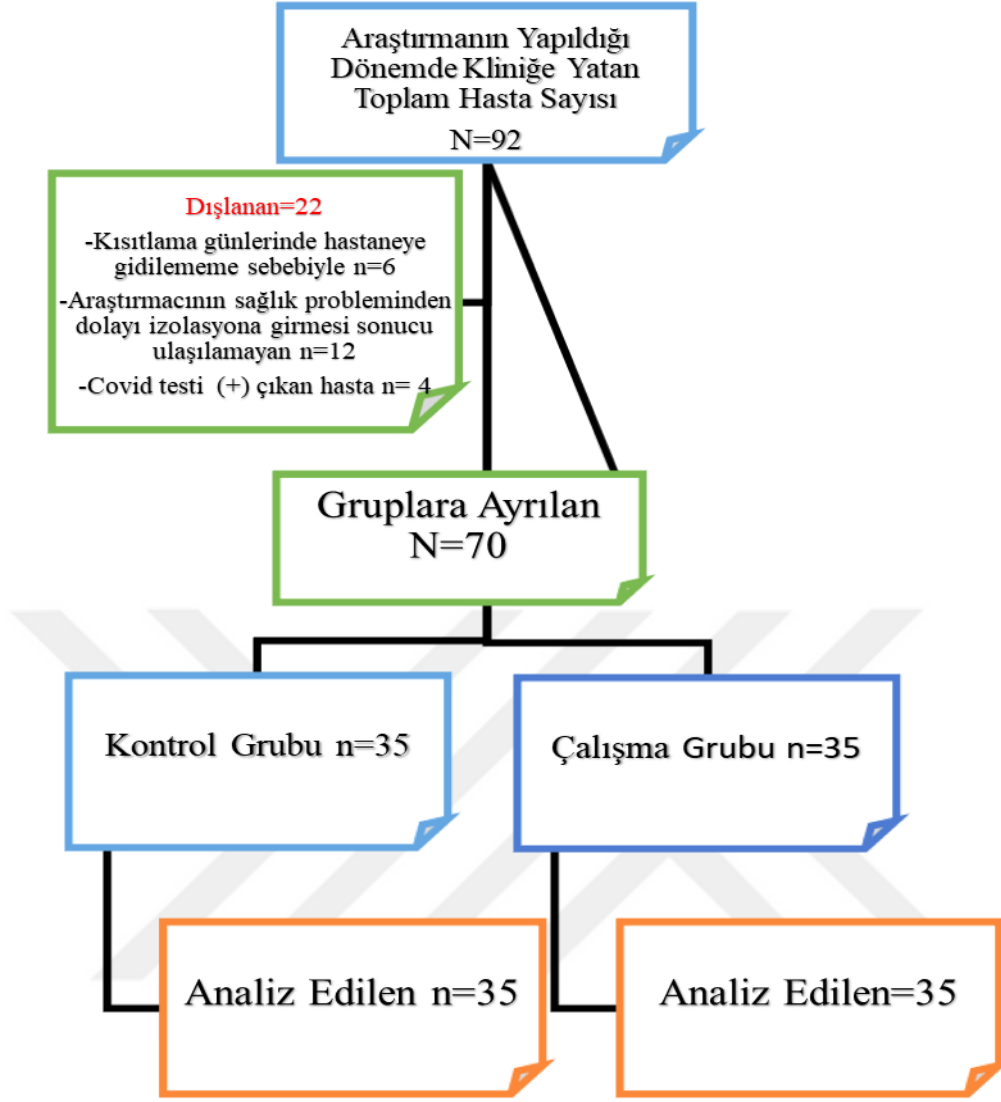
H1₂: Cerrahi öncesi video destekli eğitim verilen hastaların konfor düzeyi, bu eğitimin verilmediği hastalara göre daha yüksektir.

3.2. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Bu çalışma 01 Temmuz-31 Aralık 2020 tarihleri arasında, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi'nin Genel Cerrahi Kliniği'nde yapılan, nonrandomize, Çalışma (ÇG) ve Kontrol (KG) gruplu, yarı deneysel tasarımda bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evrenini araştırmanın uygulandığı dönemde, belirtilen hastanenin Genel Cerrahi Kliniği'nde meme kanseri teşhisi konulmuş ve cerrahi amacıyla yatırılan 92 kadın hasta oluşturdu. Örneklem alınması gereken minimum hasta sayısını hesaplamak için güç analizi yapıldı. Araştırmanın gücü %80 ve araştırma etki büyüklüğü için Yutmaz'ın (2018) çalışması referans alınarak, Çalışma ve Kontrol gruplarının her biri için 30 hastanın alınmasının yeterli olduğu saptandı. Ancak örnekleme kayıpların olabileceği düşünülerek her bir gruba 35'er hasta atanmasına karar verildi. Araştırmanın örnekleme aşağıda sıralanan örneklem ölçütlerini sağlayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 70 hasta dahil edildi (Şekil 3.1).



Şekil 3.1. Nonrandomize Araştırmalar İçin Akış (Consort) Diyagramı

3.3.1. Örneklem Ölçütleri

- 18 yaş ve üstü,
- Meme kanseri teşhisi konulmuş ve Evre I-II-III düzeyinde olan kadın hastalar,
- Mastektomi veya Meme Koruyucu ameliyatı planlanan,
- Herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunmayan ve bu nedenle ilaç tedavisi almayan,
- Herhangi bir iletişim problemi olmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar olarak belirlendi.

Araştırmanın yapıldığı tarihler Covid-19 pandemi dönemine denk geldiğinden dolayı; bazı günlerin kısıtlama günlerine denk gelmesi sebebiyle hastaneye gelemeyen altı, araştırmacının aynı pandemiye bağlı sağlık problemi yaşamasından dolayı izolasyona girmesi sürecinde hastaneye yatan 12 ve Covid-19 testinin pozitif çıkması sonucu cerrahisinin iptal edilmesi nedeniyle dört olmak üzere toplam 22 hasta araştırmaya dâhil edilmedi. Araştırma 70 (KG:35, ÇG:35) hastanın verileri ile tamamlandı. Araştırmaya katılmayı reddeden ve örneklem ölçütünü karşılamayan hasta olmadı (Şekil 3.1).

Kontrol Grubu (KG): Araştırma tasarımına uygun olarak öncelikle KG'na ait veriler toplandı. Araştırmanın yürütüldüğü Genel Cerrahi Kliniğinin rutin işleyişine göre ameliyattan bir gün önce hastaneye yatırılan ve araştırmanın örneklem ölçütlerini sağlayarak araştırmaya katılmayı kabul eden 35 hasta araştırmanın KG'nu oluşturdu. KG hastalarına ilişkin veriler 01 Temmuz – 31 Ağustos 2020 tarihleri arasında toplandı. Hastalarla cerrahiden bir gün önce kendi odalarında görüşülerek araştırma hakkında bilgi verildi ve yazılı onamları alındı. KG hastalarına kliniğin rutin tedavi ve bakım süreçleri uygulandı, araştırma kapsamında herhangi bir uygulama yapılmadı.

Çalışma Grubu (ÇG): KG hastalarına ilişkin verilerin tamamlanmasından sonra 01 Ekim – 31 Aralık 2020 tarihleri arasında yatışı yapılan ve araştırmanın örneklem ölçütlerini sağlayarak gönüllü olan 35 hasta ÇG'yi oluşturdu. Genel Cerrahi Kliniğinin rutin ameliyat hazırlıkları kapsamında cerrahiden bir gün önce yatışı yapılan ÇG hastaları ile hasta odasında görüşme yapılarak araştırma hakkında bilgi verildi ve yazılı onamları alındı. ÇG hastalarına kliniğin rutin tedavi ve bakım süreçlerine ek olarak bu araştırmada etkinliği değerlendirilen ve “**3.8.2. Çalışma Grubuna Yönelik Uygulama ve Verilerin Toplanması**” başlığı altında ayrıntıları verilen girişimler araştırma kapsamında uygulandı.

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Doktora tez çalışmasının konusu, 18.02.2020 tarihinde gerçekleştirilen Doktora Tez Önerisi Savunması konulu toplantıda Tez İzleme Komitesi (TİK) üyelerine “Doktora Tez Konusu” olarak sunulmuş ve TİK üyelerinin oybirliği ile uygun bulunarak kabul edilmiştir. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 2020/06 tarih ve sayılı toplantısı ile onaylanmıştır (EK 1).

Araştırmaya başlamadan önce Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Karar numarası: 2020-022) (EK 2) alındı. Araştırmanın yapılacağı kurum olan İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi yönetiminden yazılı izin (İzin onay numarası: 2020-48) (Ek 3.1.) alındıktan sonra İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu'nca da Tez Çalışma İzni kararı alındı (Komisyon Kararı: 2020/37) (Ek 3.2.).

3.4.1. Bilgilendirme ve Onam

Araştırmaya davet edilen tüm hastalara araştırma hakkında bilgi yazılı ve sözlü olarak verildi. Bilgilendirmede araştırmadan elde edilen bilgilerin ve kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı, araştırma raporunun hazırlanması ve kimlikleri belirtilmeden makale-yayın çalışmasında kullanılabileceği, bunlardan başka amaçla kullanılmayacağı açıklandı. İstenildiği takdirde araştırma yayımlandıktan sonra kendisine ait bilgileri içeren verilere katılımcının kendisinin de ulaşabileceği söylendikten sonra gönüllü olduklarına dair yazılı onamları alındı (Ek 4).

Bilgilendirme ve onamlar sözlü ve yazılı olarak yapıldı. Bilgilendirme içeriğinde;

- Araştırmanın konusu ve amacı,
- Araştırmada uygulanacak işlem basamakları,
- Araştırmanın olası yararları,
- Hastaların araştırmadaki sorumlulukları,
- Araştırmadan elde edilen bilgilerin gizliliğinin sağlanacağı,
- Araştırma için herhangi bir ücret ödenmeyeceği ve ücret talep edilmeyeceği,
- Araştırmaya katılmama, araştırmadan ayrılma ve araştırma hakkında bilgi edinmek isteme hallerinde kimlere başvurulabileceği konuları yer aldı.

3.4.2. Araştırmaya Katılmama ve Araştırmadan Ayrılma

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada yer almak, araştırmaya katıldıktan sonra herhangi bir aşamada ayrılmak ya da araştırmaya katılmayı baştan reddetmek tamamen hastaların isteğine bırakılmış olup bu konularda hastalara açıklama yapılmıştır. Araştırmaya katılma, katılmama ya da reddetme durumunda hastanede uygulanan tedaviler, rutin eğitimler ve bakımlar devam etmiştir. Hastalara araştırma hakkında soru yöneltebilmeleri amacıyla araştırmacının iletişim bilgileri paylaşılarak istedikleri zaman

ulaşabilecekleri bilgisi verildi. Araştırmanın tüm basamaklarında “Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi”nin kurallarına uygun davranılmıştır.

3.5. Veri Toplama Formları

Araştırmanın verileri (EK 5); Kişisel Bilgiler Formu (EK 5.1, 5.2 ve 5.3), Durumluk-Süreklilik Anksiyete Ölçeği (*State-Trait Anxiety Inventory –STAI*) (EK 5.4 ve 5.5) ve Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) (EK 5.6) kullanılarak elde edildi. Aşağıda detaylı bilgisi yer alan STAI ve GKÖ için araştırmacı tarafından gerekli izinler alındı (EK 6).

3.5.1. Kişisel Bilgiler Formu

Kişisel bilgiler formu; Hastaların tanıtıcı özellikleri, hastalık ile ilgili bilgileri ve cerrahi sonrası bilgilerini belirlemeye yönelik bir formdur. Bu formdaki sorular araştırmacı tarafından, kaynak incelemelerinden (1, 49, 8, 105) yararlanılarak üç bölümden oluşturuldu. Birinci bölümde hastaların yaş, medeni durum, boy, kilo, meslek, eğitim durumu ve gelir düzeyi gibi tanıtıcı özelliklerinden oluşan 12, ikinci bölümde aile öyküsü, ilk adet yaşı, ilk gebelik yaşı, menopoz durumu, geçirdiği ameliyatlar gibi hastalık ile ilgili 15, üçüncü bölümde de cerrahi sonrası ortaya çıkan sorunlara ilişkin üç olmak üzere toplam 30 sorudan meydana geldi.

3.5.2. Durumluk-Süreklilik Anksiyete Ölçeği (STAI)

Araştırmada anksiyetenin ölçülmesi için Spielberg ve arkadaşları tarafından 1964 yılında geliştirilen STAI ölçeği kullanıldı. STAI ölçeği iki ayrı ölçek şeklinde ve her bir ölçek 20’şer olmak üzere toplamda 40 sorudan oluşmaktadır. İlk bölümdeki 20 soru hastanın durumluk (STAI-S), sonraki 20 soru da sürekli anksiyete düzeyini (STAI-T) ölçmektedir. Ölçek Likert tipinde olup maddeler “Hiç” ve “Tamamıyla” arasında değişen dört seçenekte işaretlenmektedir. Ölçekten elde edilen puanlar 20-80 arası değişmekte olup elde edilen puanın yüksek olması anksiyetenin yüksek olduğunu, düşük olması da anksiyetenin düşük olduğunu göstermektedir (224, 225). Anksiyete ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması ve geçerlilik-güvenirliliği Öner ve Le Compte tarafından 1977 yılında yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik katsayıları STAI-S için 0.83-0.92, STAI-T için 0.86-0.92 olarak hesaplanmıştır (224, 195). Bizim çalışmamızda *Cronbach Alpha* katsayısı preoperatif ölçüm için STAI-S: 0.90, postoperatif ikinci gün 0.92, postoperatif 10.gün 0.80 olarak hesaplandı (Tablo 3.2.). Ölçek uygulanırken anksiyete oluşturabilme ihtimaline karşı önce STAI-S, sonra STAI-T uygulandı.

Durumluk-Anksiyete Ölçeği (STAI-S): Durumluk anksiyete; istenmeyen, tehdit edici bir durumla karşılaşıldığında oluşan anksiyetedir. Bireyin belirli koşullarda ve belirli bir zaman

dilimi içinde kendini nasıl hissettiğini belirler. STAI-S ölçeğindeki maddeler; Hiç: 1, Biraz: 2, Çok: 3, Tamamıyla: 4 şeklinde puanlandırılır. STAI-S’de 10 doğrudan (3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18), 10 tersine dönmüş ifade (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler olumsuz, tersine dönmüş ifadeler olumlu duyguları tanımlar. STAI-S puanının hesaplanmasında; olumsuz ifadelerin toplam puanından, olumlu ifadelerin toplam puanı çıkarılarak elde edilen değere 50 sabit katsayısı eklenerek STAI-S puanı bulunur (224, 225).

Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI-T) Bireyin genel olarak hissettiği anksiyeteyi ölçmeyi amaçlamaktadır (224). STAI-T maddeleri; Hemen hiçbir zaman: 1, Bazen: 2, Çok zaman: 3, Hemen her zaman: 4 olarak puanlandırılır. STAI-T’de 13 doğrudan (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40), yedi tane de tersine dönmüş ifade (21,26, 27, 30, 33, 36, 39) bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler olumsuz, tersine dönmüş ifadeler olumlu duyguları tanımlar. STAI-T puanı hesaplanmasında; olumsuz soruların puanından olumlu soruların puanı çıkarılarak elde edilen değere 35 sabit katsayısı eklenerek STAI-T puanı elde edilir (224, 225).

STAI’de 0-19 puan anksiyete olmadığını, 20-39 puan düşük, 40-59 puan orta, 60-79 puan yüksek, 80 puan panik düzeyinde anksiyeteyi göstermektedir (195).

3.5.3. Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)

Katharine Kolcaba (1991) hemşirelik disiplininde konfor kavramının kullanılmasına yönelik yaptığı çalışmalar sonucunda Konfor Kuramını (*Comfort Theory*) geliştirmiştir (213). Kolcaba konforu üç düzeyden ve dört boyuttan oluşan bir yapı şeklinde tarif etmiştir. Kolcaba’ya göre konfor düzeyleri; ferahlama, rahatlama ve üstünlüktür. Konfor boyutları da fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel konfordur. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Kuguoğlu ve Karabacak tarafından 2008’de yapılmış olup *Cronbach Alpha* değeri 0.85 olarak bulunmuştur (221). Bizim çalışmamızda GKÖ’nün *Cronbach Alpha* Katsayısı preoperatif ölçüm için 0.85, postoperatif ikinci gün için 0.90 olarak hesaplandı (Tablo 3.2.). Kolcaba, konforu ölçebilmek amacıyla toplamda 48 sorudan oluşturduğu ifadelerin 24’ünü pozitif, 24’ünü negatif maddeler olarak düzenlemiştir.

Pozitif Maddeler: 1, 36, 15, 29, 44, 46, 2, 7, 31, 38, 9, 17, 3, 27, 11, 47, 30, 33, 37, 4, 23, 43, 10, 16.

Negatif Maddeler: 14, 19, 48, 25, 20, 28, 5, 6, 22, 40, 24, 41, 45, 12, 34, 32, 42, 18, 21, 35, 8, 13, 26, 39.

Kolcaba'nın 4'lü Likert tipte olan geliştirdiği Genel Konfor Ölçeğindeki maddeler; “Kesinlikle katılmıyorum” (1 p), “Katılmıyorum” (2 p), “Katılıyorum” (3 p), “Tamamen katılıyorum” (4 p) şeklinde puanlanmaktadır.

Tablo 3.1. GKÖ’de Pozitif (+) ve Negatif (-) İfade İçeren Soruların Düzey ve Boyutlara Göre Dağılımı

Konfor	Düzeyleri		
Boyutları	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel	14- 19- 48- 25-	1+ 36+ 20- 28-	15+ 29+ 5- 6-
Psikospritiüel	44+ 46+ 22- 40-	2+ 7+ 31+ 38+ 24-	9+ 17+ 41- 45-
Çevresel	3+ 27+ 12- 34-	11+ 47+ 32- 42-	30+ 33+ 18- 21- 35-
Sosyokültürel	37+ 8- 13- 26-	4+ 23+ 43+ 39-	10+ 16+

Kaynak: Kuguoğlu S ve Karabacak Ü. (2008). (221).

Ölçekteki toplam 48 maddenin alt boyutları ve düzeyleri beraber; hangilerinin pozitif (+) ve negatif (-) ifade olduğu Tablo 3.1’de belirtilmiştir. Ölçekte pozitif ve negatif maddelerden oluşan soruların yanıt değerleri karışık verilmiştir. Pozitif ifadelerde en düşük puan bir (1 puan) düşük konfora, en yüksek puan dört (4 puan) yüksek konfora, negatif ifadelerde ise en düşük puan (1 puan) yüksek konfora, en yüksek puan dört (4 puan) ise düşük konfora karşılık gelmektedir. (221).

GKÖ Puan Hesaplama: Elde edilen negatif puanlar ters kodlanarak pozitif maddelerin puanları ile toplanır. Ölçek’ten alınabilecek en yüksek toplam puan 192, en düşük toplam puan ise 48’dir (216). Elde edilen toplam puanlar Ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer saptanır. Sonuç 1-4 dağılımında belirtilir. Yüksek konfor dört puanla, düşük konfor bir puanla ifade edilmektedir.

STAI ve GKÖ’ ye ilişkin elde edilen Güvenirlilik Katsayıları Tablo 3.2’de gösterilmiştir.

Tablo 3.2. Ölçeklere İlişkin Güvenilirlik Katsayıları

	Ölçekler	Madde sayısı	Cronbach-α katsayısı
Preoperatif	Sürekli Anksiyete (STAI-T)	20	0.92
Preoperatif	Durumluk Anksiyete (STAI-S)	20	0.90
	Genel Konfor Ölçeği	48	0.85
Postoperatif 2.gün	Durumluk Anksiyete (STAI-S)	20	0.92
	Genel konfor ölçeği	48	0.90
Postoperatif 10.gün	Durumluk Anksiyete (STAI-S)	20	0.80

3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri

İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, araştırmanın yapıldığı tarihlerde yeni inşa edilen binada hizmete devam eden 965 yatak sayılı bir hastanedir. Yeni binanın Genel Cerrahi Kliniği üç blok halinde ayrılmıştır. Birinci blokta hepatopankreatobilier (karaciğer, pankreas, safra yolları) cerrahisi, ikinci blokta gastroenteroloji cerrahisi, üçüncü blokta meme cerrahisi, endokrin cerrahisi ve acil cerrahi hastalarının takip ve bakımları yapılmaktadır. Genel Cerrahi kliniğinde toplamda 105 hasta yatağı bulunmakta ve bunun 34'ü meme cerrahisi hasta yatağından oluşmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı dönemde; meme cerrahisi bölümünde bir Profesör, iki Doçent, beş Uzman, üç Asistan Doktor ve 10 hemşire görev yapmaktaydı. Klinikte yılda ortalama 250-300 hastaya meme kanseri cerrahisi ameliyatı yapılmaktadır. Cerrahi yöntem olarak; meme koruyucu ameliyatlara, basit mastektomi, aksiller diseksiyon, aksiller bölge sentinel lenf bezi örnekleme, modifiye radikal mastektomi ve plastik cerrahi ile rekonstrüksiyon yöntemleri uygulanmaktadır. Hastalar cerrahiden en az bir gün önce kliniğe yatışları yapılmaktadır. Hasta odalarının tamamı iki kişilik olup; oda içerisinde el yıkama lavabosu mevcuttur. Ayrıca her odaya ait lavabo, tuvalet ve duş alma kabini bulunmaktadır. Hastanın yanında bir refakatçisinin bulunmasına izin verilmektedir. Cerrahi öncesi gerekli bakım ve hazırlıklar servis hemşiresi tarafından yapılmaktadır.

Cerrahi işlemden sonra hastanın ameliyathanenin uyandırma odasında gerekli takipleri yapıldıktan sonra klinikteki odasına transferi yapılmaktadır. Klinikte hastalara sağlık profesyonelleri tarafından rutin tedavi ve bakım uygulamaları yapılmakta ayrıca özel bir eğitim

verilmemektedir. Hastalar çoğunlukla cerrahi yöntemin tipine ve genel durumuna göre ameliyattan bir veya iki gün sonra taburcu edilmektedir. Ancak genel durumunda olumsuz bir durum olduğu takdirde hastaların hastanede kalışları uzayabilmektedir.

3.7. Nonrandomize Yarı Deneysel Çalışma Tasarımı

Araştırmanın yapıldığı İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi cerrahi kliniğine meme kanseri tanısı ile yatırılan hastalara ameliyat öncesi rutin işlemler uygulanmaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü 2020 yılının Temmuz-Aralık ayları arasında mastektomi ya da meme koruyucu cerrahi amacıyla yatırılan hastalar Kontrol Grubu ve Çalışma Grubu sırasıyla olacak şekilde çalışma kapsamına alındı. Grupların birbirlerini etkileme olasılığına karşı randomize tasarım tercih edilmedi, gruplara atama için nonrandomize örnekleme yöntemi kullanıldı. Bu nedenle araştırmanın başladığı ilk üç ayda hastaneye yatan hastalar KG'na, ikinci üç ay yatan hastalar da ÇG'na dahil edildi.

3.8. Eğitim Videosunun Hazırlanması

Çalışmamızda ÇG hastalarının bilgilendirilmesi amacıyla bir eğitim videosu hazırlandı. Bu videonun hazırlanmasında; literatür (8, 30, 114, 135, 145, 226), ulusal ve uluslararası kanser organizasyonlarının (ACS, 2021; Türk Radyoloji Derneği meme kanseri tarama rehberi, 2011; Türk Tıbbi Onkoloji Derneği, 2021 ve Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi Başkanlığı 2021'in meme kanseri ile ilgili bilgi ve ulusal tarama standartları) kaynak bilgileri incelendi (46, 48, 50, 67, 80, 105, 227). Daha sonra araştırmanın yapılacağı klinikte çalışan hemşire ve hekimlerin görüşü alındı. Araştırmanın örneklem özelliklerini taşıyan hastaların rutin eğitiminde hangi konulara yer verildiği öğrenildi. Literatür ve klinikten elde edilen bilgilerin incelenmesi sonrası bir eğitim metni oluşturuldu.

Eğitim içeriğinde; cerrahi öncesi, sırası ve sonrasında yapılan rutin işlemler, cerrahi yöntemler, anestezi yöntemi, ameliyat sonrası erken dönemde hastaların yaşayabileceği sorunlar, cerrahi sonrası yapılacak girişimler (pansuman, drenajlar, kol egzersizleri, nefes egzersizleri), kontrol zamanları, protezler, lenf ödem, beslenme, yapması ve yapmaması gerekenler ve diğer hemşirelik bakımı konularındaki bilgilere yer verildi. Oluşturulan eğitim içeriğinin uygunluğu, Tez Danışmanı Prof. Dr. Ayla Yava ve klinik hekimlerinden Doç. Dr. Arzu Akan'ın görüş ve önerilerine sunuldu. Her iki öğretim üyesinin önerilerine göre gerekli düzenlemeler yapıldı. Eğitim videosu araştırmacı tarafından sesli ve bazı görsel araçlar kullanılarak 14 dakikalık profesyonel çekimli bir eğitim videosuna dönüştürüldü.

Eğitim videosunda vurgulanan eğitim konuları aşağıda sıralanmıştır:

- Meme kanseri ile ilgili genel bilgiler (epidemiolojisi ve tedavi yöntemleri vb.)
- Pansuman ve cerrahi yara yeri bakımı,
- Lenf ödemin ne olduğu, neden gelişebildiği, olası risk faktörleri, belirti ve bulgularının neler olduğu,
- Lenf ödemi önlemeye yönelik yapması gereken egzersizlerin önemi ve uygulama yöntemleri,
- Solunum ve öksürük egzersizleri,
- Cerrahi sonrası kullanılan implant meme eşitleri,
- Cerrahi sonrası sağlıklı yaşam davranışları konuları.

3.9. Araştırmanın Uygulanması

3.9.1. Kontrol Grubu Verilerinin Toplanması

Araştırma tasarımına uygun olarak önce KG hastaları ile çalışmaya başlandı. KG hastalarına kliniğin rutin perioperatif tedavi, bakım ve eğitim işlemleri araştırma kapsamında herhangi bir müdahalede bulunulmadan sürdürüldü. Ameliyattan bir gün önce hasta odasında hastalara araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra katılımlarını sağlayacak onam formu imzalatıldı. Kliniğin rutin işleyişi içerisinde klinik hemşiresi tarafından, ameliyat öncesi uygulamalar ve bilgilendirmeleri yapıldı. Bilgilendirmeler daha hasta odasında, kolu elevasyona alma, etkilenen kolu kullanmama, oral beslenme geçme süresi, ayağa kalkma süresi, herhangi bir şiddetli ağrı ve ameliyat bölgesi ile ilgili olumsuz bir durumda hemşireye haber vermeleri şeklinde idi. Araştırmacı tarafından tanıtıcı bilgi formundaki ve ölçeklerdeki (STAI-S, STAI-T ve GK) tüm maddeler hastalara okundu ve cevaplar yine araştırmacı tarafından işaretlenerek dolduruldu. Çalışmanın yapıldığı dönem Covid-19 Pandemisine denk geldiğinden soru formlarının hastalar ve araştırmacı arasında el değiştirmesi suretiyle enfeksiyon bulaş riskini artırmamak amacıyla çalışmada form soruları araştırmacı tarafından okunmuş ve hasta tarafından verilen yanıt işaretlenmiştir. Hastanın verdiği yanıtlar araştırmacı tarafından tekrar kendisine okunup onaylandıktan sonra veri formunun doldurulması aşaması tamamlanmıştır. Kişisel Bilgiler Formu ve ölçeklerin doldurulması ortalama her bir hasta için 10-15 dakika sürdü.

Postoperatif bir ile ikinci günlerde STAI-S ölçeği, GKÖ ve ameliyat sonrası olası komplikasyonlara ilişkin sorular uygulandı. KG hastaları taburcu olup kontrol amacı ile hastaneye geldikleri yedi ile onuncu günlerde sadece STAI-S Ölçeği ve ameliyat sonrası evde olası komplikasyonlara ilişkin sorular uygulandı. Bu formların uygulanma süresi yaklaşık 8-10 dakika sürdü. Cerrahi sonrası ameliyat kaynaklı istenmeyen durumların anksiyete durumlarını etkileme ihtimaline karşı anksiyete ölçeğinin sürekli kısmı (STAI-T) postoperatif görüşmelerde doldurulmadı. Araştırmanın akış şeması araştırmacı tarafından şematize edildi (Şekil 3.2.).

Taburcu olduktan sonra yedinci ilâ onuncu günlerde, hasta ile klinikte karşılaşmadığı zamanlarda hastalar cep telefonlarından araştırmacı tarafından aranarak hastaların uygun olmaları halinde STAI-S Ölçeğindeki maddeler ve kişisel bilgi formunda yer alan cerrahi sonrası evde olası komplikasyonlara ilişkin maddeler araştırmacı tarafından okunarak hastadan alınan cevaplarla dolduruldu. Hastanın verdiği cevap araştırmacı tarafından tekrar edilerek teyit alındı. Bu görüşmeler de yaklaşık on beş dakika sürdü.

3.9.2. Çalışma Grubuna Yönelik Uygulama ve Verilerin Toplanması

ÇG hastalarına cerrahiden bir gün önce araştırma hakkında bilgi verilerek Onam Formu imzalatıldı ve Meme Odası olarak belirlenen odaya alındı. Araştırmada kullanılmak üzere hazırlanan kişisel bilgiler formundaki sorular ve ölçekler (STAI-S, STAI-T ve GKÖ) uygulandı. Kişisel bilgiler formu ve ölçeklerin doldurulması ortalama 10-15 dakika sürdü.

Daha sonra araştırmacı tarafından sağlanan diz üstü bilgisayardan 14 dakikalık eğitim videosu ÇG hastalarına izlettirilerek soruları yanıtlandı. Videoda yer alan egzersizler önce araştırmacı tarafından gösterildi, sonra hasta tarafından tekrarlanması istendi. Ardından bu eğitim videosu hastanın cep telefonuna yüklendi. Cep telefonlarında oluşabilecek bir arızaya karşı ilgili video ayrıca DVD olarak da paylaşılarak evde izlemelerine olanak sağlandı. Hastaya bizzat cep telefonundan da nasıl erişileceği gösterilerek istediği yerde ve zamanda tekrar izleyebileceği bilgisi verildi.

Postoperatif bir ile ikinci gün STAI-S ölçeği, GKÖ ve cerrahi sonrası olası komplikasyonlara ilişkin verileri dolduruldu. ÇG hastaları taburcu olup kontrol amacı ile hastaneye geldikleri yedi ile onuncu günlerde araştırmacı tarafından bu defa sadece STAI-S Ölçeği ve cerrahi sonrası evde olası komplikasyonlara ilişkin sorular soruldu ve veri toplama formuna kaydedildi. Bu görüşmelerden her biri yaklaşık 8-10 dakika sürdü. Cerrahi işlem kaynaklı istenmeyen durumların anksiyete durumlarını etkileme ihtimaline karşı anksiyete ölçeğinin sürekli kısmı (STAI-T) postoperatif görüşmelerde kullanılmadı. (Şekil 3.2.).

Taburcu olduktan sonra yedinci ilâ onuncu günlerde, hasta ile klinikte karşılaşmadığı zamanlarda hastalar cep telefonlarından araştırmacı tarafından aranarak hastaların uygun olmaları halinde STAI-S Ölçeğindeki maddeler ve kişisel bilgiler formunda yer alan cerrahi sonrası evde olası komplikasyonlara ilişkin maddeler araştırmacı tarafından okunarak hastadan alınan cevaplarla dolduruldu. Hastanın verdiği cevap araştırmacı tarafından tekrar edilerek teyit alındı. Bu görüşmeler de yaklaşık on beş dakika sürdü.

NOT 1: KG hastaları ile çalışma kapsamında herhangi bir girişim yapılmadı sadece hastanenin rutin bakım, eğitim ve uygulamaları sürdürüldü.

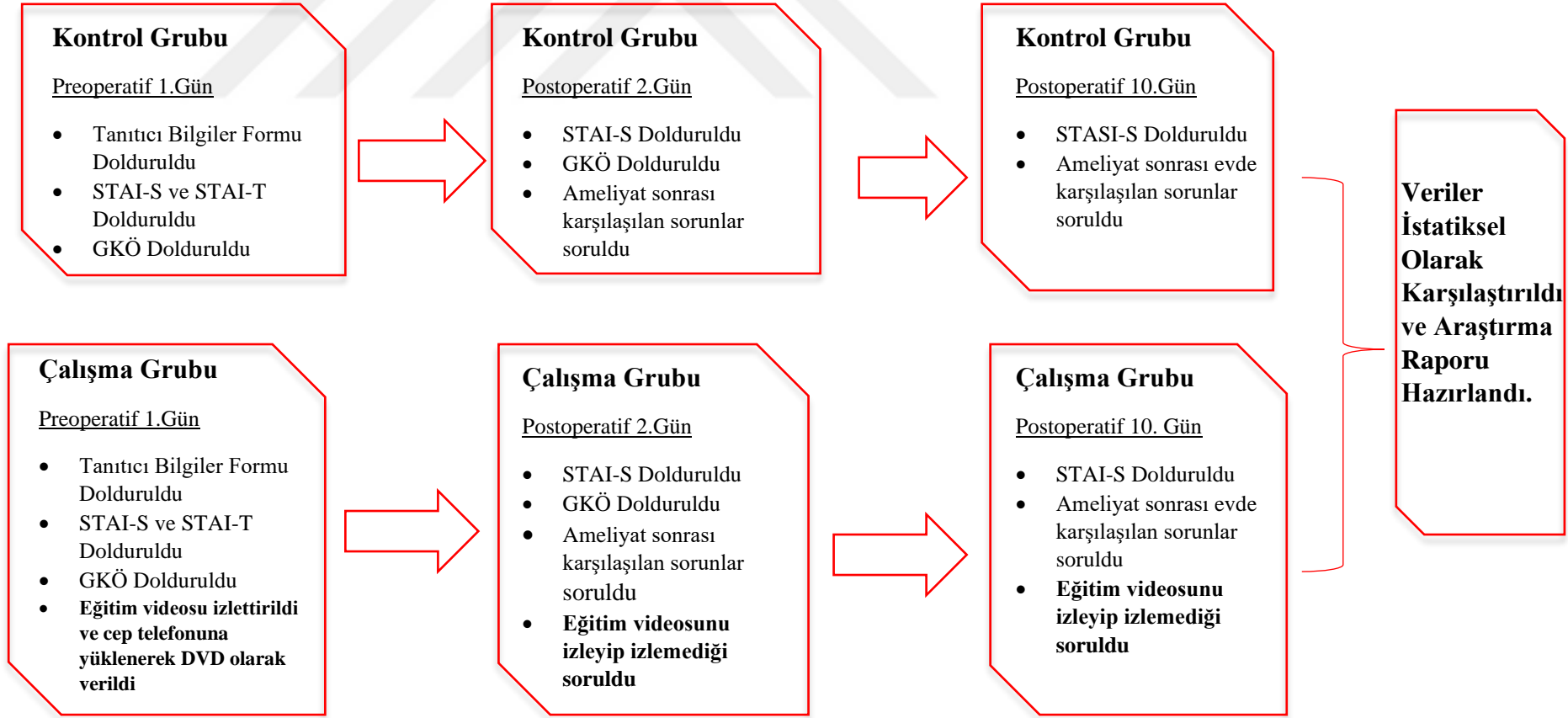
NOT 2: Videolu eğitimler sadece ÇG hastalarına uygulandı. Hasta odalarının iki kişilik olması sebebiyle hastaların mahremiyetinin ve sakin bir ortam sağlanmasına yönelik klinikteki bir oda hastane yönetiminden alınan izinle Özel Meme Odası olarak kullanıldı.



Şekil 3.2. Araştırmanın Uygulanması Akış Şeması

01 Temmuz-31 Ağustos 2020

01 Ekim-31 Aralık 2020



3.10. Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel analiz için veriler SPSS for Windows 24.00 paket programına (*IBM SPSS Inc Canada*) aktarıldı. Araştırmanın bağımsız değişkenleri: hastaların yaş, meslek, medeni durum, eğitim durumu verilerinden oluşmaktadır. Cerrahi sonrası yaşanan sorunlar ile anksiyete (STAI) ve konfor (GKÖ) ölçeğine verdikleri yanıtlar araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturdu. Tanımlayıcı istatistiklerde kesikli değerlerin gösteriminde sayı (n) yüzde (%), sürekli sayısal değerlerin gösteriminde ortalama \pm standart sapma ve ortanca değerleri (medyan) kullanıldı. Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik analiz yöntemleri kullanıldı. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında “Bağımsız Örneklem-t testi” (*t*-tablo değeri); iki bağımlı grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında “Eşleştirilmiş Örneklem testi” (*t*-tablo değeri) ve üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında “Tekrarlı Ölçümler testi” (*F*-tablo değeri) kullanıldı. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan analiz yöntemleri kullanıldı. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “*Mann-Whitney U*” test (*Z*-tablo değeri); iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “*Wilcoxon*” test (*Z*-tablo değeri) ve üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “*Friedman*” test (χ^2 -tablo değeri) kullanıldı. İki nitel değişkenin birbirleri ile ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre “*Fisher-Exact*”, “süreklilik düzeltilmesi” veya “*Pearson- χ^2* ” çapraz tabloları kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0.05$ kabul edildi. Yaş grupları 50 yaş altı ve 50 yaş üstü alındı. Bunun sebebi yaş ortalamasına yakın olması ve grupların homojen dağılması idi. Kanseri tanıya kadar geçen süre; sınıfsal bazda veri girişi yapıldığı için tanımlayıcı bilgileri hesaplanamadı. Etkilenen alanların yüzdeleri; hastalığın yaşantıyı etkileme sorusuna evet/kısmen cevabını verenlerin toplam değeri çalışma grubu için 27; kontrol grubu için 28 kişi üzerinden hesaplandı.

3.11. Finansman

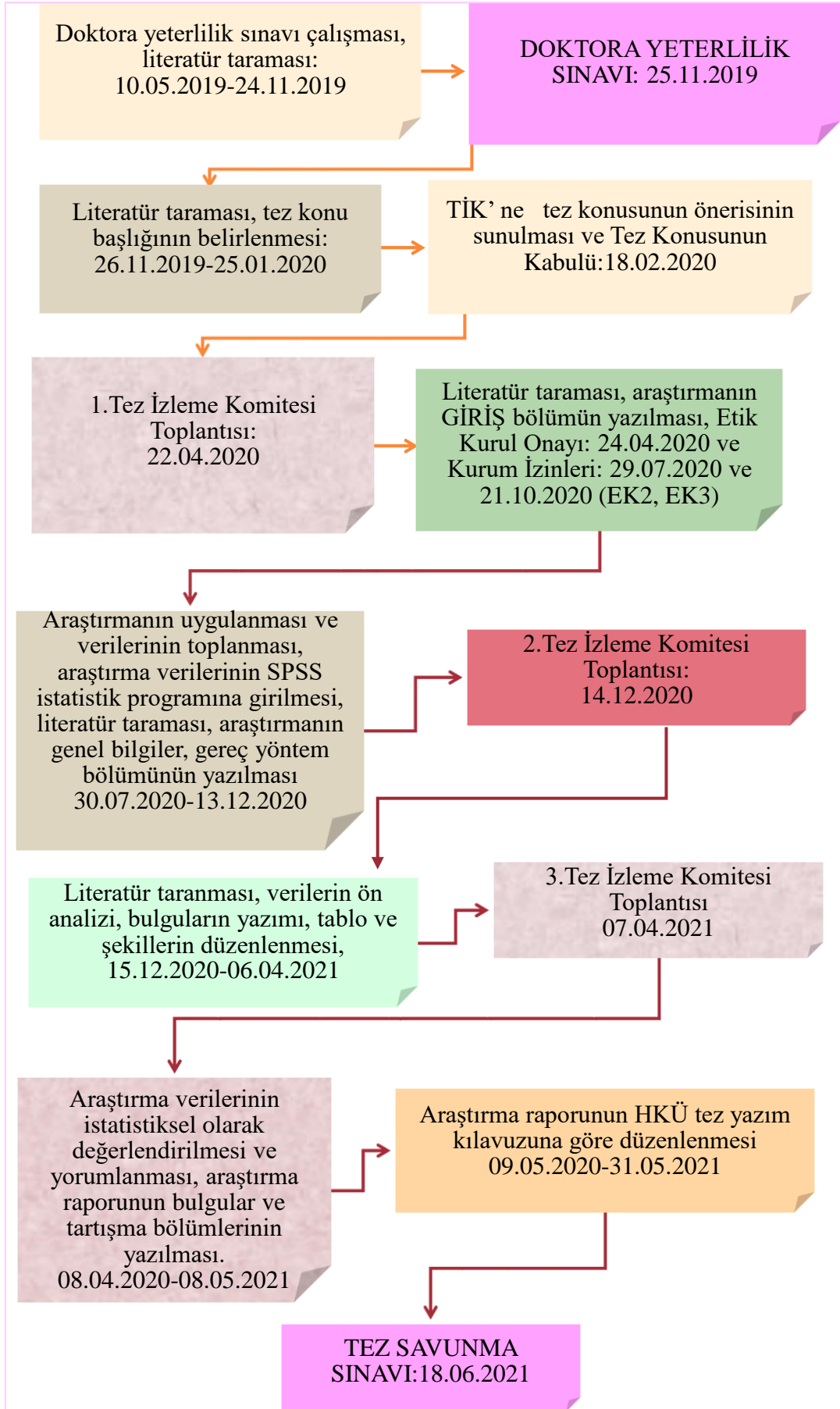
Bu çalışmada kullanılan eğitim videosunun çekimi, DVD olarak hazırlanıp çoğaltılması, çalışmada kullanılan veri formlarının çoğaltılması için yapılan harcamalar çalışmacı tarafından finanse edildi. DVD’ler hastalara evde izlemeleri için elden verilerek herhangi bir şekilde ücret talep edilmedi. Hastalara ameliyattan önce çalışmacının kendi dizüstü bilgisayarından ilgili eğitim videosu izlettirildi. Çalışmacı daha sonra cep telefonundan kendi internetini kullanarak eğitim videosunu *Google Drive* yolu ile hastaların kişisel cep telefonlarına da aktardı. Hastalardan da ilgili videoyu kendi internet paketlerini

kullanarak hastanede oldukları süreçte izlemeleri istendi. Sonraki görüşmelerde hastanın ilgili videoyu cep telefonundan izleyip izlemediği sorularak bilgi alındı.

3.12. Tez İzleme Komitesi Toplantıları

Tez İzleme Komitesi Toplantıları, araştırmacı tarafından hazırlanan çalışma takvimine ve Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitimi Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'ne uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Tez alışma takvimi araştırmacı tarafından şematize edildi (Şekil 3.3.).





Şekil 3.3. Tez Çalışma Takvimi

4. BULGULAR

Bu bölümde meme kanseri tanısı ile meme cerrahisi geçirecek hastalara verilen video destekli eğitimin anksiyete ve konfor düzeyleri üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik yapılan çalışmaya ilişkin bulgular yer almaktadır. Bulgular aşağıdaki başlıklar altında verilmiştir:

1. Tanıtıcı ve hastalıkla ilişkili özelliklere ait bulgular
2. Hastane sürecinde cerrahi sonrası komplikasyonlara ilişkin bulgular
3. Hastaların taburculuk sonrası evde yaşadıkları komplikasyonlara ilişkin bulgular
4. Hastaların sürekli ve durumluk anksiyete (STAI-T ve STAI-S) bulguları
5. Genel Konfor Ölçeği bulguları



4.1. Tanıtıcı ve Hastalıkla İlişkili Özelliklere ait Bulgular

Bu bölümde ÇG ve KG hastalarının tanıtıcı ve hastalıkla ilişkili özelliklerine ait bulguları ve her iki grubun bu özellikler açısından karşılaştırılmalarına yönelik bulguları yer almaktadır.

Tablo 4.1. Çalışma ve Kontrol Grubu Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri Açısından Karşılaştırılması (N=70)

Tanıtıcı Özellikler	Çalışma Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Test* p
	$\bar{X} \pm S.S.**$ [En az- En çok]		$\bar{X} \pm S.S.**$ [En az- En çok]		
Yaş (yıl)	52.91±8.79	[37.0-71.0]	54.37±12.10	[33.0-78.0]	
	n	%	n	%	
Yaş Grupları***					
≤50	12	34.3	15	42.9	$\chi^2=0.241$
>50	23	65.7	20	57.1	p=0.623
Medeni durum					
Evli	28	80.0	32	91.4	$\chi^2=1.050$
Bekar	7	20.0	3	8.6	p=0.306
Çocuk Varlığı					
Evet	31	88.6	33	94.3	p=0.673
Hayır	4	11.4	2	5.7	
Çocuk Sayısı	(n=31)		(n=33)		
1-3	27	87.1	26	78.8	$\chi^2=0.301$
≥4	4	12.9	7	21.2	p=0.583
İlk Çocuk Yaşı	(n=31)		(n=33)		
≤18	3	9.7	3	9.1	$\chi^2=0.043$
19-24	18	58.1	20	60.6	p=0.979
≥25	10	32.2	10	30.3	
Son Çocuk Emzirme	(n=31)		(n=33)		
Emzirmiş	29	93.5	28	84.8	
Emzirmemiş	2	6.5	5	15.2	p=0.428
Emzirme Süresi	(n=31)		(n=33)		
≤12 ay	15	51.7	19	67.9	$\chi^2=3.545$
13-24 ay	5	17.3	6	21.4	p=0.170
>24 ay	9	31.0	3	10.7	
Birlikte Yaşanılan Kişiler					
Yalnız	12	34.3	6	17.1	$\chi^2=2.783$
Eş ve çocuklar	20	57.1	26	74.3	p=0.249
Geniş aile	3	8.6	3	8.6	
BKİ Grupları****					
Normal	9	25.7	14	40.0	$\chi^2=1.620$
Fazla kilolu	15	42.9	12	34.3	p=0.445
Obez	11	31.4	9	25.7	
Eğitim Düzeyi					
Okuryazar değil	7	20.0	6	17.1	$\chi^2=1.296$
İlk/ortaokul	22	62.9	19	54.3	p=0.523
Lise	6	17.1	10	28.6	
Çalışma Durumu					
Aktif çalışan	4	11.4	5	14.3	
Emekli	-	-	3	8.6	$\chi^2=3.456$
Ev hanımı	22	62.9	20	57.1	p=0.326
Çalışmıyor	9	25.7	7	20.0	
Gelir Düzeyi					
Gelir giderden az	11	31.4	8	22.9	$\chi^2=1.140$
Gelir gidere eşit	22	62.9	26	74.2	p=0.565
Gelir giderden fazla	2	5.7	1	2.9	

*İki nitel değişken arasındaki ilişkilerin incelenmesinde beklenen Pearson- χ^2 çapraz tabloları, süreklilik düzeltmesi ve Fisher-Exact test kullanıldı. ***Yaş grupları yaş ortalamasına yakın olması ve gruplar homojen dağılması sebebiyle belirlendi, ****Beden kitle indeksi grupları DSÖ sınıflandırmasına göre yapıldı (DSÖ, 2020).

Tablo 4.1’de Çalışma ve Kontrol grubundaki hastaların yaş, medeni durum, çocuk varlığı, çocuk sayısı, ilk çocuk yaşı, son çocuğu emzirme durumu, emzirme süresi, birlikte yaşanan kişiler, BKİ sınıfları, eğitim düzeyi çalışma durumu ve gelir durumuna ilişkin verilerin dağılımı ve karşılaştırmaları yer almaktadır. Tablo 4.1’de ÇG ve KG’ deki hastaların belirtilen tanıtıcı özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0.05$).

Tablo 4.2. Çalışma ve Kontrol Grubu Hastalarının Hastalık ve Hastalıkla İlişkili Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=70)

Özellikler	Çalışma Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Test* p
	n	%	n	%	
İlk Adet Yaşı					
≤13	19	54.3	20	57.1	$\chi^2=0.058$ p=0.810
≥14	16	45.7	15	42.9	
Menopoz Durumu					
Evet	22	62.9	24	68.6	$\chi^2=0.063$ p=0.801
Hayır	13	37.1	11	31.4	
Menopoz Yaşı**	(n=22)		(n=24)		
<50	8	36.4	13	54.2	$\chi^2=0.837$ p=0.360
≥50	14	63.6	11	45.8	
Kronik Hastalık Varlığı					
Evet	17	48.6	21	60.0	$\chi^2=0.518$ p=0.472
Hayır	18	51.4	14	40.0	
Kronik Hastalık** Sayısı***	(n=17)		(n=21)		
1	10	58.8	14	66.7	$\chi^2=0.026$ p=0.873
2-3	7	41.2	7	33.3	
Daha Önce Ameliyat öyküsü					
Evet	23	65.7	22	62.9	$\chi^2=0.000$ p=1.000
Hayır	12	34.3	13	37.1	
Ailede Kanser Öyküsü					
Evet	24	68.6	26	74.3	$\chi^2=0.070$ p=0.791
Hayır	11	31.4	9	25.7	
Ailede kanser Öyküsü olanların Yakınlık** Derecesi****	(n=24)		(n=26)		
1.derece	14	58.3	16	61.5	$\chi^2=1.305$ p=0.521
2.derece	9	37.5	7	26.9	
3.derece	1	4.2	3	11.5	

*İki nitel değişken arasındaki ilişkilerin incelenmesinde beklenen Pearson- χ^2 ve süreklilik düzeltmesi çapraz tabloları kullanıldı**Menopoza girenlerin, Kronik hastalığı olanların ve Ailede meme kanseri öyküsü olanların yakınlık derecesi yüzdeleri hasta sayısına göre hesaplandı. ***Kronik Hast: Diabet, Hipertansiyon, Astım, Kalp yetmezliği. Romatizmal hastalık, migren, sedef, guatr, KOAH. ****1.Derece: Anne, baba, çocuk. 2. Derece: Dede, nine kardeş, torun. 3. Derece: Amca, hala, dayı, teyze, yeğen.

ÇG ve KG' deki ilk adet yaşı, menopoz durumu, menopoz yaşı, başka kronik hastalık olma durumu, ek hastalık sayısı, ameliyat öyküsü ve ailede kanser öyküsü, yakınlık derecesine ilişkin verileri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu (p>0.05).

Tablo 4.3. Çalışma ve Kontrol Grubu Hastalarının Kanser Tanısı Alma ve Cerrahi Girişim Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=70)

Özellikler	Çalışma Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Test* p
	n	%	n	%	
Kanser Tanı Süresi**					
<1 yıl	25	71.4	24	68.6	$\chi^2=5.497$ p=0.139
1-3 yıl	9	25.7	5	14.3	
>3 yıl	1	2.9	6	17.1	
Etkilenen Alanlar***					
Özel hayat	3	10.7	4	14.3	$\chi^2=1.829$ p=0.609
İş hayatı	4	14.3	3	10.7	
Sosyal hayat	2	7.1	5	17.9	
Birden fazla alan	19	67.9	16	57.1	
Meme Kanseri İlk Bilgi Kaynağı					
Doktor	32	91.4	34	97.1	$\chi^2=4.061$ p=0.131
Hemşire	3	8.6	-	-	
Aile	-	-	1	2.9	
Aldığı Bilgiyi Yeterli Bulma					
Evet	12	34.3	16	45.7	$\chi^2=4.033$ p=0.133
Hayır	6	17.1	10	28.6	
Kısmen	17	48.6	9	25.7	
Ameliyat Türü					
Meme koruyucu	21	60.0	24	68.6	$\chi^2=1.867$ p=0.393
Radikal Mastektomi	14	40.0	10	28.5	
Mastektomi+Rekonst.	-	-	1	2.9	
Metastaz					
Var	24	68.6	15	42.9	$\chi^2=3.706$ p=0.054
Yok	11	31.4	20	57.1	
Tedavi Şekli					
Kemoterapi + Cerrahi	10	28.6	13	37.1	$\chi^2=2.958$ p=0.398
Radyoterapi+ Cerrahi	-	-	1	2.9	
Cerrahi	23	65.7	17	48.6	
KT+RT+Cerrahi****	2	5.7	4	11.4	
Hastane Yatış Süresi (gün)					
1-3	25	71.4	30	85.7	$\chi^2=1.358$ p=0.244
≥4	10	28.6	5	14.3	
	$\bar{X} \pm S. S.$	Ortanca [En az-en çok]	$\bar{X} \pm S. S.$	Ortanca [En az en çok]	
Hastanede Yatış Süresi (gün)	2.94±1.21	2.00 [2.0-6.0]	2.83±1.18	3.0 [2.0-7.0]	

*İki nitel değişken arasındaki ilişkilerin incelenmesinde beklenen Pearson- χ^2 ve süreklilik düzeltmesi çapraz tabloları kullanıldı. ** Kanser tanısı süresi sınıfsal bazda veri girişi yapıldığı için tanımlayıcı bilgileri hesaplanamadı. *** Etkilenen alanların yüzdeleri; Hastalığın yaşantıyı etkileme sorusuna evet/kısmen cevabını verenlerin toplam değeri deney grubu için 27; kontrol grubu için 28 kişi üzerinden hesaplandı. ****KT: Kemoterapi, RT: Radyoterapi

Her iki grupta yer alan hastaların kanser tanısı alma ve cerrahi süreci ile ilgili bilgileri ve istatistiksel karşılaştırmaları Tablo 4.3.'de yer almaktadır. ÇG ve KG hastalarının kanser tanısı alma ve cerrahi süreci ile ilgili yakınlık derecesi, kanser tanı süresi, hastalığın yaşantıyı etkilemesi, hastalığın etkilediği alanlar, meme kanseri hakkında ilk bilgi, ilk bilgi yeterliliği, ameliyat türü, metastaz, tedavi şekli ve hastane yatış süresi ile ilgili verileri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0.05$).

4.2. Hastane Sürecinde Cerrahi Sonrası Komplikasyonlara İlişkin Bulgular

Her iki grupta yer alan hastaların cerrahi sonrası hastanede yattıkları süre içerisinde yaşadıkları komplikasyonlara ilişkin bulguları ve istatistiksel karşılaştırmaları Tablo 4.4' de yer almaktadır.

Tablo 4.4. Çalışma ve Kontrol Grubu Hastalarının Cerrahi Sonrası Hastanede Yaşadıkları Komplikasyonlar ve Karşılaştırılması (N=70)

Komplikasyonlar (Hastanede)	Çalışma Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Test* p
	n	%	n	%	
Bulantı-Kusma					
Evet	9	25.7	8	22.9	$\chi^2=0.000$
Hayır	26	74.3	27	77.1	p=1.000
Kolda Şişlik					
Evet	17	48.6	7	20.0	$\chi^2=5.136$
Hayır	18	51.4	28	80.0	p=0.023
Omuzda Ağrı					
Evet	28	80.0	26	74.3	$\chi^2=0.081$
Hayır	7	20.0	9	25.7	p=0.776
Kol/Omuzda Kısıtlılık					
Evet	26	74.3	24	68.6	$\chi^2=0.070$
Hayır	9	25.7	11	31.4	p=0.791
Hissizlik					
Evet	16	45.7	25	71.4	$\chi^2=3.768$
Hayır	19	54.3	10	28.6	p=0.052
Ameliyat Bölgesi Şişlik/Kızarıklık					
Evet	5	14.3	2	5.7	p=0.428
Hayır	30	85.7	33	94.3	
Koltuk Altı Şişlik					
Evet	15	42.9	9	25.7	$\chi^2=1.585$
Hayır	20	57.1	26	74.3	p=0.208
Solunum Sıkıntısı					
Evet	5	14.3	6	17.1	$\chi^2=0.000$
Hayır	30	85.7	29	82.9	p=1.000
Egzersiz Zorlanma					
Evet	14	40.0	10	28.6	$\chi^2=0.571$
Hayır	21	60.0	25	71.4	p=0.450
Kabızlık/İshal					
Evet	5	14.3	13	37.1	$\chi^2=3.665$
Hayır	30	85.7	22	62.9	p=0.056
Aşırı Kilo Alma					
Evet	6	17.1	4	11.4	$\chi^2=0.117$
Hayır	29	82.9	31	88.6	p=0.733
Diğer**					
Evet	2	5.7	35	-	$\chi^2=2.059$
Hayır	33	94.3	-	100.0	p=0.357

*İki nitel değişken arasındaki ilişkilerin incelenmesinde beklenen Pearson- χ^2 çapraz tabloları, süreklilik düzeltmesi ve Fisher-Exact test kullanıldı. **Diğer: Halsizlik-yorgunluk, mide ağrısı

Her iki gruptaki hastaların cerrahi sonrası hastane karşılaştıkları komplikasyonlar olarak bulantı-kusma, omuzda ağrı, kol/omuz kısıtlılığı, hissizlik, ameliyat bölgesinde şişlik/kızarıklık, koltuk altı şişlik, solunum sıkıntısı, egzersiz zorlanma, kabızlık/ishal, aşırı kilo alma ve diğer sebepler arasındaki verileri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0.05$).

Grupların hastanede kolda şişlik görülme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edildi ($\chi^2=5.136$; $p=0.023$). Çalışma grubundaki 17 (%48.6) hastanın, kontrol grubunda ise yedi hastanın (%20.0) kolunda şişlik olduğu tespit edildi.

Her iki grupta hastanede çoğunlukla yaşadıkları komplikasyonlar olarak ÇG'da; omuzda ağrı (%80), kol/omuz kısıtlılığı (%74.3), KG'da ise omuzda ağrı (%74.3), kol/omuz kısıtlılığı (%68.6), hissizlik (71.4) olarak görüldü.

4.3. Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Yaşadıkları Komplikasyonlara İlişkin Bulgular

Her iki çalışma grubundaki hastaların cerrahi sonrası taburcu olduktan sonra evde yaşadıkları komplikasyonlar ve istatistiksel karşılaştırmaları Tablo 4.5’ te yer almaktadır.

Tablo 4.5. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Evde Yaşadıkları Komplikasyonlar ve Karşılaştırılması (N=70)

Komplikasyonlar (Evde)	Çalışma Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Test* p
	n	%	n	%	
Bulantı-kusma					
Evet	4	11.4	2	5.7	p=0.673
Hayır	31	88.6	33	94.3	
Kolda şişlik					
Evet	11	31.4	7	20.0	$\chi^2=0.673$ p=0.412
Hayır	24	68.6	28	80.0	
Omuzda ağrı					
Evet	17	48.6	8	22.9	$\chi^2=3.982$ p=0.046
Hayır	18	51.4	27	77.1	
Kol/omuz kısıtlılık					
Evet	11	31.4	15	42.9	$\chi^2=0.551$ p=0.458
Hayır	24	68.6	20	57.1	
Hissizlik					
Evet	8	22.9	12	34.3	$\chi^2=0.630$ p=0.427
Hayır	27	77.1	23	65.7	
Ameliyat bölgesi şişlik/kızarıklık					
Evet	4	11.4	2	5.7	p=0.673
Hayır	31	88.6	33	94.3	
Koltuk altı şişlik					
Evet	10	28.6	8	22.9	$\chi^2=0.075$ p=0.784
Hayır	25	71.4	27	77.1	
Solunum sıkıntısı					
Evet	3	8.6	2	5.7	p=1.000
Hayır	32	91.4	33	94.3	
Egzersiz zorlanma					
Evet	7	20.0	7	20.0	p=1.000
Hayır	28	80.0	28	80.0	
Kabızlık/ishal					
Evet	5	14.3	4	11.4	p=1.000
Hayır	30	85.7	31	88.6	
Aşırı kilo alma					
Evet	4	11.4	3	8.6	p=1.000
Hayır	31	88.6	32	91.4	
Diğer **					
Evet	2	5.7	-	-	$\chi^2=2.059$ p=0.357
Hayır	33	94.3	35	100.0	

*İki nitel değişken arasındaki ilişkilerin incelenmesinde beklenen Pearson- χ^2 çapraz tabloları, süreklilik düzeltilmesi ve Fisher-Exact test kullanıldı. **Diğer: Halsizlik, kilo verme.

Her iki gruptaki hastaların cerrahi sonrası evde karşılaştıkları komplikasyonlar olarak; bulantı-kusma, omuzda ağrı, kol/omuz kısıtlılığı, hissizlik, ameliyat bölgesinde şişlik/kızarıklık, koltuk altı şişlik, solunum sıkıntısı, egzersiz zorlanma, kabızlık/ishal, aşırı kilo alma ve diğer sebepler verileri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0.05$).

Grupların evde omuzda ağrı durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edildi ($\chi^2=3.982$; $p=0.046$). Çalışma grubundaki 17 hastanın (%48.6) omuzda ağrı olduğu, kontrol grubundaki 27 hastanın (%77.1) omuzda ağrı olmadığı tespit edildi.

4.4. ÇG ve KG Hastalarının Sürekli ve Durumluk Anksiyete (STAI-T ve STAI-S) Bulguları

Her iki grupta yer alan hastaların preoperatif sürekli anksiyetelerine ilişkin STAI-T ve hastaların hastanede oldukları preoperatif birinci ve postoperatif ikinci günler ile taburcu olduktan sonraki postoperatif onuncu günlere ait STAI-S (durumluk anksiyete) puanları sonuçları ve istatistiksel karşılaştırmaları bu bölümde verilmiştir.

Tablo 4.6. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Preoperatif Sürekli Anksiyete (STAI-T) Puanlarının Karşılaştırılması (N=70)

Değişken	Çalışma Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		test* p
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR**]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR**]	
STAI-T (Sürekli Anksiyete Ölçeği)	54.31±7.35	55.0 [8.0]	51.54±11.15	52.0 [18.0]	t=1.228 p=0.224

Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. **IQR: Interquartile Range (Çeyrekler Arası Aralık)

Araştırmamızda hastaların preoperatif dönemde uygulanan STAI-T Ölçeğinden elde edilen sürekli anksiyete puanlarına göre; ÇG hastaların sürekli anksiyete puanı 54.31±7.35, KG hastalarının sürekli anksiyete puanı 51.54±11.15 olarak değerlendirilmiştir. Her iki grubun preoperatif sürekli anksiyete puanları (t=1.228, p=0.224) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0.05$) (Tablo 4.6.).

Tablo 4.7. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Preoperatif ve Postoperatif Durumluk Anksiyete (STAI-S) Puanlarının Karşılaştırılması (N=70)

Durumluk Anksiyete Puanları (STAI-S)	Çalışma Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Test* p	Etki büyüklüğü
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]**	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]**		
Preoperatif ⁽¹⁾	56.31±8.13	56.0 [14.0]	54.40±10.52	54.0 [14.0]	t=0.852 0.397	0.310
Postoperatif 2.gün ⁽²⁾	33.29±4.94	33.0 [4.0]	43.97±9.42	41.0 [13.0]	Z=-5.147 0.000	1.420
Postoperatif 10.gün ⁽³⁾	33.31±3.01	33.0 [4.0]	39.45±3.88	40.0 [7.0]	Z=-5.808 0.000	1.768
Test p	$\chi^2=54.412$ 0.000		F=32.851 0.000			
Farkı oluşturan grup/lar	[1-2.3]		[1-2.3] [2-3]			
Etki büyüklüğü	0.919		0.666			

*Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında “Repeated Measures” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanıldı. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında “Friedman” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanıldı. IQR: Interquartile Range (Çeyrekler Arası Oran)

ÇG ve KG hastaları preoperatif birinci gün durumluk anksiyete puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0.05$). Ancak ÇG ve KG hastaları postoperatif ikinci gün durumluk anksiyete puanları açısından incelendiğinde; ÇG’nun postoperatif ikinci gün durumluk anksiyete puanları, KG’nun durumluk anksiyete puanından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu ($Z=-5.147$; $p=0.000$). Benzer şekilde Postoperatif onuncu gün durumluk anksiyete puanları açısından da incelendiğinde ÇG postoperatif onuncu gün durumluk anksiyete puanları, KG’nun durumluk anksiyete puanından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu ($Z=5.808$; $p=0.000$) (Tablo 4.7).

Her iki gruptaki hastalar preoperatif dönem ve postoperatif dönem uygulanan durumluk ölçeği (STAI-S) puan ortalamaları açısından kendi içlerinde de karşılaştırılmıştır.

ÇG’daki hastaların durumluk anksiyete puanlarının preoperatif ve postoperatif ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=54.412$; $p=0.000$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; preoperatif birinci gün, postoperatif ikinci ve onuncu gün puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0.05$). Preoperatif durumluk anksiyete puanları, postoperatif ikinci ve onuncu gün puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu.

KG'daki hastaların preoperatif ve postoperatif ölçek ortalamalarına göre durumluk anksiyete puanlarının giderek azaldığı ve ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ($F=32.851$; $p=0.000$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; preoperatif birinci gün, postoperatif ikinci ve onuncu gün puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi. Preoperatif durumluk anksiyete puanları, postoperatif ikinci ve onuncu gün puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksekti. Aynı şekilde, postoperatif ikinci gün ile postoperatif 10.gün puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi. Postoperatif ikinci gün durumluk anksiyete puanları, postoperatif onuncu gün puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksekti.



4.5. Genel Konfor Ölçeği Bulguları

Çalışma ve Kontrol gruplarındaki hastaların hastanede oldukları preoperatif birinci ve postoperatif ikinci günlerdeki Genel Konfor Ölçeği'nden aldıkları puanlara ait verilerin istatistiksel karşılaştırmaları Tablo 4.8.'de yer almaktadır.

Tablo 4.8. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Preoperatif ve Postoperatif Genel Konfor Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=70)

Genel Konfor Ölçeği alt boyut puanları	Çalışma Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Test* p	Etki büyüklüğü
	$\bar{X} \pm S. S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Median [IQR]		
Fiziksel konfor						
Preoperatif	32.17±4.18	32.0 [5.0]	30.71±5.70	32.0 [9.0]	t=1.220 p=0.227	0.292
Postop. İkinci gün	39.09±3.42	40.0 [6.0]	35.37±6.16	37.0 [9.0]	Z=-2.616 p=0.009	0.747
Test P	Z=-4.796 p=0.000		t=-4.327 p=0.000			
Etki büyüklüğü	1.357		0.717			
Psikospiritüel konfor						
Preoperatif	35.57±5.64	37.0 [6.0]	35.49±5.90	35.0 [8.0]	Z=-0.572 p=0.568	0.014
Postop. İkinci gün	44.86±4.44	46.0 [8.0]	38.91±6.74	38.0 [11.0]	t=4.354 p=0.000	1.042
Test P	Z=-5.055 p=0.000		t=-3.149 p=0.000			
Etki büyüklüğü	1.341		0.531			
Çevresel konfor						
Preoperatif	39.31±5.38	39.0 [8.0]	35.77±3.57	36.0 [6.0]	t=3.244 p=0.002	0.775
Postop. İkinci gün	45.51±3.71	46.0 [4.0]	37.60±4.15	37.0 [5.0]	Z=-6.110 p=0.000	2.010
Test P	Z=-4.328 p=0.000		t=-2.232 p=0.032			
Etki büyüklüğü	1.037		0.377			
Sosyokültürel konfor						
Preoperatif	24.57±3.37	24.0 [4.0]	25.57±4.20	26.0 [6.0]	t=-1.099 p=0.276	0.263
Postop. İkinci gün	27.71±2.49	28.0 [4.0]	27.43±3.34	28.0 [4.0]	Z=-0.047 p=0.962	0.095
Test P	Z=-4.072 p=0.000		Z=-2.962 p=0.003			
Etki büyüklüğü	0.881		0.526			
Genel konfor						
Preoperatif	131.63±15.00	135.0 [20.0]	127.54±15.87	126.0 [28.0]	t=1.107 p=0.272	0.265
Postop. İkinci gün	157.17±11.67	161.0 [15.0]	139.31±16.96	142.0 [30.0]	t=5.131 p=0.000	1.227
Test p	t=-8.468 p=0.000		t=-4.255 p=0.000			
Etki büyüklüğü	1.431		0.719			

*Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); iki bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Paired Sample" test (t-tablo değeri) istatistikleri kullanıldı. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (t-tablo değeri); iki bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Wilcoxon" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanıldı.

ÇG ve KG hastalarının preoperatif fiziksel konfor puanları ortalama değerler ve istatistiksel karşılaştırmalar açısından bir fark görülmedi ($p>0.05$). Ancak ÇG ve KG hastalarının postoperatif fiziksel konfor puanları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2.616$; $p=0.009$). Çalışma grubunun postoperatif fiziksel konfor puanları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu.

ÇG hastaların süreçlere göre; preoperatif ölçümden başlayarak postoperatif dönem ölçümlerine göre fiziksel konfor puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($Z=-4.796$; $p=0.000$). Çalışma grubundaki hastaların postoperatif fiziksel konfor puanları, preoperatif puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Kontrol grubundaki hastaların da preoperatif ve postoperatif ölçüm süreçlerine göre fiziksel konfor puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($t=-4.327$; $p=0.000$). Kontrol grubundaki hastaların postoperatif fiziksel konfor puanları, preoperatif puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu.

ÇG ve KG hastalarının preoperatif psikospiritüel konfor puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$). Ancak postoperatif psikospiritüel konfor puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($t=4.354$; $p=0.000$). Çalışma grubunun postoperatif psikospiritüel konfor puanları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu.

ÇG hastaların süreçlere göre psikospiritüel konfor puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-5.055$; $p=0.000$). Çalışma grubundaki hastaların postoperatif psikospiritüel konfor puanları, preoperatif puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. KG'daki hastaların süreçlere göre psikospiritüel konfor puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($t=-3.149$; $p=0.000$). Kontrol grubundakilerin postoperatif psikospiritüel konfor puanları, preoperatif puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu.

ÇG ve KG hastalarının preoperatif çevresel konfor puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($t=3.244$; $p=0.002$). Çalışma grubunun preoperatif çevresel konfor puanları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Benzer şekilde grupların postoperatif çevresel konfor puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-6.110$; $p=0.000$). Çalışma grubunun postoperatif çevresel konfor puanları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu.

ÇG hastaların süreçlere göre çevresel konfor puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-4.328$; $p=0.000$). Çalışma grubundaki hastaların postoperatif çevresel konfor puanları, preoperatif puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. KG'daki hastaların süreçlere göre çevresel konfor puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($t=-2.232$; $p=0.032$). Kontrol grubundaki hastaların postoperatif çevresel konfor puanları, preoperatif puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu.

ÇG ve KG hastalarının preoperatif sosyokültürel konfor puanları verileri açısından istatistiksel olarak bir fark yoktu ($p>0.05$). Benzer şekilde gruplara göre postoperatif sosyokültürel konfor puanları verileri açısından da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark yoktu ($p>0.05$).

Çalışma grubundaki hastaların süreçlere göre sosyokültürel konfor puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-4.072$; $p=0.000$). Çalışma grubundaki hastaların postoperatif sosyokültürel konfor puanları, preoperatif puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Kontrol grubundaki hastaların süreçlere göre sosyokültürel konfor puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2.962$; $p=0.003$). Kontrol grubundakilerin postoperatif sosyokültürel konfor puanları, preoperatif puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu.

Gruplar arasında preoperatif genel konfor puanları açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0.05$). Ancak gruplar arasında postoperatif genel konfor puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($t=5.131$; $p=0.000$). Çalışma grubunun postoperatif genel konfor puanları, kontrol grubu postoperatif genel konfor puanından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu.

Çalışma grubundaki hastaların süreçlere göre genel konfor puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($t=-8.468$; $p=0.000$). Çalışma grubundaki hastaların postoperatif genel konfor puanları, preoperatif puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Benzer şekilde kontrol grubundaki hastaların süreçlere göre genel konfor puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($t=-4.255$; $p=0.000$). Kontrol grubundaki hastaların postoperatif genel konfor puanları, preoperatif puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu.

5. TARTIŞMA

Kanser tanısının ardından geçirilen cerrahi süreç hastaları bazı fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlarla karşı karşıya bırakmaktadır (8). Cerrahi öncesinde verilen eğitim ile hastalarda cerrahi sonrası yaşanan bazı sorunların azaldığı görülmektedir (12, 29,228-230). Doğu (2013)'nun yaptığı araştırma sonuçları preoperatif dönemde sağlık personeli tarafından verilen eğitimlerin hastada korku ve endişeyi azalttığı, iyileşme üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (26).

Meme kanseri cerrahisinde hastanın tanı aşamasından başlayıp sürecin tamamında görev yapan sağlık ekibinin üyesi hemşirenin, cerrahi sonrası olası komplikasyonlara yönelik tedavisine ilişkin tüm süreci yönetmesi beklenmektedir (231). Bilgi edinmek amacıyla başvuru kaynaklarının güvenilirliği de önemli konulardan biridir. Bu nedenle profesyonel olmayan bazı bilgi kaynaklarının her zaman sağlıklı bilgi edinmede tercih edilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır (22, 23). Çalışma tasarımı belirtilen çalışmalarla örtüşecek nitelikte olup; cerrahi öncesi verilen video destekli eğitimin postoperatif dönemde anksiyete, cerrahi sonrası komplikasyonlar ve konfor üzerinde etkisini belirlemeye yönelik yapılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların postoperatif dönemde hastanede yaşadıkları komplikasyonlar açısından incelendiğinde hastanede “kolda şişlik” durumu dışında diğer tüm komplikasyonlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir (Tablo 4.4). Kolda şişlik olan hastaların ağırlıklı olarak ÇG, kolunda şişlik olmayan hastalar ise ağırlıklı olarak KG'da olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu durumun ÇG'da mastektomi cerrahisi geçiren (14 hasta, %40.0) hasta sayısının KG hastalarından (10 hasta, %28.5, Tablo 4.3) daha fazla olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir. Benzer şekilde metastaz durumunun ÇG'unda (24 hasta, %68.6, Tablo 4.3), KG'undan (15 hasta, %42.9, Tablo 4.3) fazla olması ÇG hastalarının kolunda şişlik gelişmesini arttırmış olabilir. Yutmaz (2018)'in çalışmasında cerrahi öncesi hazırlan eğitim videosu ile hastalara cerrahi sonrası lenf ödemin önlenmesine yönelik egzersizler gösterilmiş, hastaya yaptırılarak öğretilmiş ve cerrahiye bağlı şikâyetlerin daha az yaşandığı belirlenmiştir (29). Bu çalışmanın tasarımında, çalışmamızla benzerlik bulunmasına rağmen eğitim verilen ÇG hastalarında KG hastalarından daha az oranda kolda şişlik şikâyetinin tespit edilmesi çalışmalardaki hasta gruplarının yukarıda belirtilen özellikler açısından farklılıklar göstermesinden kaynaklanmış olabilir. Ayrıca bir diğer neden olarak Yutmaz'ın (2018) çalışmasında kolda şişlik durumu eğitim sürecinden daha uzun süre sonra incelenmesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir (29).

Çalışmamızda her iki gruptaki hastalar, postoperatif dönemde evde karşılaştıkları bulantı-kusma, kol/omuz kısıtlılığı, hissizlik, ameliyat bölgesinde şişlik/kızarıklık, koltuk altı şişlik, solunum sıkıntısı, egzersiz zorlanma, kabızlık/ishal, aşırı kilo alma gibi komplikasyonlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0.05$, Tablo 4.5). Ancak omuzda ağrısı olan hasta oranı ÇG hastalarında KG hastalarından istatistiksel olarak anlamlılık seviyede yüksekti ($p=0.046$). Bu durum ÇG’da mastektomi cerrahisi geçiren ($n=14$) hasta sayısının KG hastalarından ($n=10$) daha fazla olması ile ilişkilendirilebilir. Benzer şekilde bir başka çalışmada da radikal mastektomi gibi meme cerrahisinin hastalarda omuzda ağrı gibi çeşitli sorunlara yol açma oranı diğer cerrahilere göre daha yüksek bulunmuştur (232). Metastaz gelişme oranının ÇG ($n=24$) hastalarında, KG ($n=15$) hastalarından fazla olması da yukarıdaki değerlendirmemizi desteklemektedir. Bir başka ifade ile ÇG hastalarının çoğunun KG’na göre meme kanseri tipine bağlı olarak daha riskli olmalarından kaynaklandığı ifade edilebilir.

Çalışmamızda grupların preoperatif sürekli anksiyete puanları açısından orta düzeyde (40-59) anksiyete yaşadıkları belirlendi (ÇG: 54.31 ± 7.35 , KG: 51.54 ± 11.15). Benzer şekilde preoperatif sürekli anksiyete düzeyleri açısından Özberksoy ve ark. (2009)’ın “Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeylerine etkisi” isimli çalışmalarında gruplar (Deney: 43.33 ± 6.88 , Kontrol: 43.40 ± 7.91) ve Yutmaz (2018)’in çalışmasında grupların (Girişim: $50.96\pm8,50$, Kontrol: 50.26 ± 4.09) orta düzeyde anksiyeteli oldukları görülmektedir. Özberksoy ve ark. ile Yutmaz’ın çalışmalarında hastalardaki orta seviyedeki anksiyetenin birçok sebepten kaynaklanmış olabileceği değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise cerrahi öncesi hastaların orta düzeyde anksiyeteli olmalarının bir ve üzeri yıldan beri (ÇG:10, KG:11) kanser tanısı almış olmaları ve bunun sonucunda yaşantılarında birçok alanda olumsuz etkiye sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bunun yanı sıra hastaların büyük çoğunluğunun menopoza girmiş olmaları (ÇG:22, KG:24), neoadjuvan tedavi olarak bilinen cerrahi öncesi kemoterapi ve radyoterapi (ÇG:12, KG:17) işlemlerinden geçmiş olmaları da anksiyetelerinin sürekli hale gelmesinde ve orta seviyede olmasında etkili olmuş olabilir.

Araştırmamızda hastaların preoperatif durumluk anksiyete puanları incelendiğinde her iki grubun da preoperatif anksiyete puanlarının orta derecede olduğu (ÇG: 56.31 ± 8.13 , KG: 54.40 ± 10.52) ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmektedir (Tablo 4.7) ($p>0.05$). Ameliyat adı açısından farklı bir hasta grubu ile çalışma yapılmasına rağmen çalışma sonucumuzla uyumlu olarak Çetinkaya ve Karabulut (2010)’un “Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı

düzeyine etkisi” isimli çalışmasında (42.30 ± 7.73 , KG: 47.13 ± 10.07) bizim bulgularımızla benzer sonuçlar elde edilmiştir (229). Meme cerrahisi hastaları ile çalışma yapan Yutmaz (2018)’ın (ÇG: 50.96 ± 8.50 , KG: 50.26 ± 4.09) ve Özberksoy ve ark. (2009)’nın araştırmalarında (ÇG: 43.33 ± 6.88 , KG: 43.40 ± 7.9) da ÇG ve KG hastalarının, preoperatif durumluk anksiyete düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur (29, 119). Bunun nedeni bizim çalışmamızın ve diğer çalışmaların tasarımının benzer şekilde olmalarından kaynaklanmış olabileceği değerlendirildi; çünkü ÇG’na video destekli eğitim verilmeden önce preoperatif durumluk anksiyete ölçümü yapıldı. Benzer şekilde diğer üç çalışmada da bunun nedeni eğitim verilmeden önce ölçüm yapıldığından kaynaklı olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Ayrıca bizim çalışmamızda hastaların preoperatif sürekli anksiyete ve buna sebep olduğu düşünülen durumların preoperatif durumluk anksiyetenin devamlılığına etki etmiş olabilir.

Araştırmamızın ana sonuçlarından biri olan ve H₁ hipotezinde belirtilen “video destekli eğitimin ÇG hastalarında postoperatif dönemde durumluk anksiyetesini etkilemesi” yönündeki tezini gerçekleştirme durumu yine Tablo 4.7’de incelenmiştir. Preoperatif ilk ölçümde ÇG hastalarının anksiyete puan ortalaması KG hastalarından daha yüksek olmasına rağmen; postoperatif ikinci ve 10.gün yapılan ölçümlerde ÇG hastalarının durumluk anksiyete puanlarının KG hastalarından istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük olduğu görülmektedir. KG hastalarında preoperatif ilk ölçümdeki anksiyete puanı postoperatif ikinci gün ölçümünden yaklaşık 11, onuncu gün ölçümünden 15 puan daha düşük iken; ÇG hastalarındaki ölçümler arasındaki fark 23 puan olmuştur. ÇG hastalarının hastalık ve cerrahi tipi dezavantajına rağmen KG hastalarına göre anksiyete seviyelerindeki bu azalmanın araştırma kapsamında verilen video destekli eğitimin etkisini gösterdiği şeklinde değerlendirilmiş ve **H₁ hipotezi kabul edilmiştir**. Çalışma sonuçlarımızla uyumlu olarak; Wilkins ve ark. (2006) meme kanserli hastalarda videolu eğitimin tedaviye katılım düzeylerini artırarak, bilgi, anksiyete ve memnuniyet düzeyleri üzerinde olumlu etkisi olduğunu belirtmişlerdir (233). ÇG ve KG’da yaklaşık 12 puan azalma olduğu bulunan Leng Tan ve ark. (2018)’nın çalışmasında hastane ortamında ve kısıtlı bir sürede verilen eğitimin olumlu sonuçları olmasına rağmen; kadınların bu eğitimi evde ya da istedikleri yerden ve istedikleri zamanda almalarının tedavilerinde daha olumlu sonuçlar doğuracağı da önerilmiştir (12). Bu yönü ile araştırmamızda uygulanan videolu eğitim şeklinin literatür önerileri ve sonuçları ile uyumlu olduğu kanısına varılmıştır. Yıldırım (2019)’ın “Ameliyat öncesi hastaya verilecek olan sözlü ve görsel eğitimlerin hastaların kaygı düzeyleri ve memnuniyetleri üzerine etkisi” başlıklı çalışmasında; deney ve kontrol grubu hastalarının eğitim öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanlarındaki değişimler karşılaştırılmıştır. Deney grubundaki hastaların eğitim sonrası değerlendirmede kaygı

puanlarındaki azalma, kontrol grubu hastalarının eğitim sonrası değerlendirmedeki kaygı puanlarında artma olduğu tespit edilmiştir. Bu değişimin gerekli bilgilendirilme yapılmayan hastalarda ameliyat saati yaklaştıkça yaşayacakları bilinmezliğe karşı duydukları kaygı ve endişelerinin arttırması sebebiyle olduğunu düşünülmüştür. Sağlık personeli tarafından hazırlanan videolu eğitim tekniğinin farklı duyulara hitap etmesi eğitimi daha ilgi çekici ve kalıcı kılacak ve beklenen sonuçların oluşmasına önemli katkısı olacağı dile getirilmektedir (230). Eğitimde standart yöntemlerin dışında yeni yöntemlerin kullanılması ile ilgili olarak O'Conner ve ark. (2016)'nın çalışması örnek olarak gösterilebilir. Bu çalışmada ortopedi ameliyatı öncesinde kontrol grubu hastalara standart eğitim yöntemi, deney grubu hastalarına ise standart eğitimin yanında youtube ile 16 videodan oluşan video ile eğitim verilmiş ve sonuç olarak youtube videoları ile eğitim verdikleri deney grubu hastalarının kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma sonuçları bizim çalışmamız birlikte değerlendirildiğinde; eğitimde video gibi teknolojik yöntemlerin ve internet üzerinden eğitimlerin kullanılmasının standart eğitimlerden daha olumlu sonuçlar doğuracağı söylenebilir (234). Ashvini ve ark. (2018), video destekli eğitimin etkinliğinin araştırıldığı çalışmada meme kanserli hastaların postoperatif bilgi seviyesi preoperatif dönem bilgi seviyesine oranla büyük oranda arttığı bulunmuş ve bu yöntemin cerrahi sonrası birçok komplikasyonun önlenmesi açısından kullanılabilir etkili bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir (235).

Bu çalışmada her iki grupta yer alan hastaların anksiyeteleri zamanla birlikte anlamlı düzeyde azalma göstermiştir. Çalışmamızda ÇG hastalarının anksiyeteleri preoperatif dönemde orta seviyeden postoperatif dönemde her iki ölçümde de yaklaşık olarak 23 puanlık bir azalma ile hafif seviyeye düşmüştür. KG hastalarında da anksiyete puanlarında zamanla azalma görülmesine rağmen preoperatif ölçüm ile postoperatif ikinci gün ölçüm puanları arasındaki fark yaklaşık olarak 11, onuncu gün ise 15 puan olarak gerçekleşmiştir. Bu durum zamanın durumluk anksiyete üzerinde olumlu etkisini göstermesi açısından önemli bir bulgudur. Bununla birlikte; videolu eğitim alan ÇG hastalarındaki anksiyete azalmasının daha erken aşamada ve daha yüksek puanlarla gerçekleşmiş olmasının videolu eğitimin anksiyete üzerinde olumlu etkisi olduğunu gösteren ve H₁ hipotezimizi doğrulayan diğer bir kanıt olarak değerlendirilmiştir.

Grupların kendi içinde durumluk anksiyetesi süreç içinde azalma gösterdiği çalışmalardan biri olan Yutmaz (2018)'in yaptığı çalışmada; ÇG'da ikinci ve 10. günlerde azalma görülürken (3 puan); KG'da ikinci gün bir puan azalma eğiliminde olup 10.günde herhangi bir değişiklik izlenmemiştir. Araştırma sonuçlarımızın anksiyete azalması yönünden

benzer olduğu söylenebilir (29). Amy ve ark. (2014) Amerika Birleşik Devletleri'nde yapmış oldukları “İspanyolca ile verilen ameliyat öncesi video destekli anestezi eğitiminin İspanyolca konuşan hastaların kaygısı, bilgisi ve memnuiyeti üzerindeki etkileri: bir pilot çalışma” da video izleyen hastaların (Preop:5.12±5.0; Postop:2.42±1.50) izlemeyenlere (Preop:4.37±4.50; Postop: 3.87±4.0) göre kaygı puanında önemli bir azalma olduğunu ve video izleyen grubun memnuniyet puanında da bir artış olduğunu belirlemişlerdir (236). Benzer şekilde Schofield ve ark. (2008)'in kemoterapi tedavisi gören hastalara verilen videolu eğitimin hastalar üzerindeki etkilerinin incelenmesi ile ilgili araştırmada da anksiyete durumu ve hastalıkla baş etme yöntemleri üzerinde olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir. Birçok alanda kullanılabilir etkili bir yöntem olduğu sonucuna varmışlardır (237).

Konfor Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlüğe göre ‘üzüntüsü, sıkıntısı, tedirginliği olmama durumu’, ‘yorgunluk veya sıkıntı vermeme’ durumudur (182). Meme kanseri tanısı ve cerrahi uygulama sebebi ile hastanın konfor düzeyinde değişimlerin olması beklenen bir durumdur. Bu sebeple çalışmamızda cerrahi öncesi verilen video destekli eğitim ile hastaların konfor algılarının nasıl değiştiği de değerlendirildi.

Araştırmamızın ana sonuçlarından biri olan H₁₂ hipotezinde belirtilen “cerrahi öncesi verilen video destekli eğitim, konfor (Genel Konfor Ölçeği puanı) üzerinde etkilidir” yönündeki tezini gerçekleştirme durumu Tablo 4.8’de incelenmiştir. Çalışmamızda ÇG ve KG hastalarının preoperatif fiziksel konfor puanları, psikospiritüel konfor puanları, sosyokültürel konfor puanları ÇG ve KG hastalarının preoperatif verileri açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık görülmedi ($p>0.05$). Benzer şekilde Yutmaz (2018)'in çalışmasında grupların preoperatif tüm konfor düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p>0.05$). Ancak grupların preoperatif çevresel konfor puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($t=3.244$; $p=0.002$). Çalışma grubunun preoperatif çevresel konfor puanları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (Tablo 4.7.). Çevresel konfor aydınlık, gürültü, renk, güvenli çevre, pencereden görülen manzara gibi dış ortamla ilgili durumlardan oluşmaktadır (Kolcaba, 1994). Bundan ötürü bizim çalışmamız yürütülürken ÇG ölçümleri KG verilerinden sonra yapıldığından ve ÇG verileri kliniğin yeni binasında toplanmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızın cerrahi sonrası verileri olarak, ÇG ve KG hastalarının postoperatif fiziksel konfor puanları ($Z=-2.616$; $p=0.009$), postoperatif psikospiritüel konfor puanları ($t=4.354$; $p=0.000$) ve postoperatif çevresel konfor puanları ($Z=-6.110$; $p=0.000$) açısından istatistiksel

olarak anlamlı farklılık tespit edildi (Tablo 4.7.) ($p<0.05$). ÇG'na ait postoperatif fiziksel konfor, postoperatif psikospiritüel konfor, postoperatif çevresel konfor puanları, KG'na ait postoperatif fiziksel konfor, postoperatif psikospiritüel konfor, postoperatif çevresel konfor puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Çalışmamızı destekler şekilde Yutmaz (2018)'in girişim ve kontrol grubu ameliyat sonrası ikinci gün konfor alt boyutları değerlendirmelerinde her ikinci grup için postoperatif; çevresel, sosyokültürel, fiziksel konfor düzeyleri değerler istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Sadece ÇG ve KG hastalarının postoperatif sosyokültürel konfor puanları verileri açısından da benzer bulundu ($p>0.05$).

ÇG'deki hastaların süreçlere göre kendi içlerinde fiziksel konfor puanları ($Z=-4.796$; $p=0.000$), psikospiritüel konfor puanları ($Z=-5.055$; $p=0.000$), çevresel konfor puanları ($Z=-4.328$; $p=0.000$) ve sosyokültürel konfor puanları ($Z=-4.072$; $p=0.000$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (Tablo 4.7.) ($p<0.05$). ÇG'deki hastaların postoperatif fiziksel konfor puanları, psikospiritüel konfor puanları, çevresel konfor puanları ve sosyokültürel konfor puanları, preoperatif puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. ÇG hastalarının hastalık ve cerrahi tipi dezavantajlarına rağmen postoperatif dönemde yükselmiş olması araştırma kapsamında verilen video destekli eğitimin etkisini gösterdiği şeklinde değerlendirilmiş çalışma sonuçlarımızla uyumlu olarak **H1₂ hipotezi doğrulanmıştır.**

Gruplara göre preoperatif genel konfor puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). Ancak gruplara göre postoperatif genel konfor puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($t=5.131$; $p=0.000$). ÇG'nun postoperatif genel konfor puanları, KG'dan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Bu durumda verilen video destekli eğitimden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Çalışmamıza destek olarak Karabacak (2004) çalışmasında, radyoterapi gören meme kanserli hastaların bakımında konforu sağlayacak girişimlerden hastaların bireysel gereksinimleri doğrultusunda kişiye verilecek eğitimlerin radyoterapinin başarılı bir şekilde sürdürülmesinde yardımcı olacağı belirtilmişlerdir. Bu görüş de **H1₂ hipotezimizi** desteklemektedir.

ÇG'daki hastaların kendi içinde preoperatif ve postoperatif genel konfor puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi. ÇG'daki hastaların postoperatif genel konfor puanları, preoperatif puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($t=-8.468$; $p=0.000$; $p<0.005$). Benzer şekilde KG'daki hastaların kendi içinde preoperatif ve postoperatif genel konfor puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık

tespit edildi ($t=-4.255$; $p=0.000$; $p<0.005$). KG'daki hastaların postoperatif genel konfor puanları, preoperatif puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Ancak ÇG hastaların postoperatif genel konfor puanları (Etki büyüklüğü:1.431), KG hastaların postoperatif genel konfor puanından (Etki büyüklüğü:0.719) iki kat etki büyüklüğüne sahiptir. Bunun sebebi yine verilen video destekli eğitimin etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ülkemizde meme cerrahisi sonrası hastaların konfor düzeylerini belirleyen çok sınırlı çalışma olduğundan sonuçlarımız benzer çalışmalarla karşılaştırılmamıştır.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Meme kanseri tanısı sonrası meme cerrahisi geçirecek hastaların preoperatif dönemde gereksinim duydukları eğitimin video desteği ve çevirim içi olacak şekilde ihtiyaç duydukları oranda izlemeleri sağlanarak postoperatif dönemde komplikasyon, anksiyete durumu ve konfor üzerindeki etkisi değerlendirildi. Bu araştırma sonuçlarına göre meme cerrahisi öncesi rutin uygulamaların yanı sıra hastalara video destekli eğitim verilip uygulattırılarak cerrahi sonrasında komplikasyonların azaldığını, anksiyete düzeyini bariz şekilde düşürdüğünü ve genel konfor düzeyini yükselttiği kanısına varıldı. Video destekli eğitimlerin birçok onkolojik ya da diğer cerrahi yöntemlerde de kullanılarak hasta üzerindeki farklı olumlu etkilerini tespit etmeye yönelik başka araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu eğitimler hastanın cerrahi sonrası anksiyete ve konforunu üzerinde etkili olduğu gibi birçok olumlu etkilere neden olabilir ve komplikasyonları azaltarak iyileşmeyi hızlandırabilir.

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçlarına dayalı olarak;

- İnternet ortamında konu ile ilgili birçok bilgi olmasına rağmen, bunların büyük bir kısmı yanıltıcı bilgiler içermektedir. Bu nedenle hastaların doğru bilgilendirilmesi için sağlık profesyoneli olarak hemşirelerin eksiksiz ve doğru bilgiler içeren videoların günümüzde herkes için önemli bir bilgi kaynağı olan internet ortamına yüklenmesi,
- Sağlık kurumlarında bu eğitimler birçok onkolojik cerrahi işlemlerde rutin uygulama haline gelmesi,
- Verilecek eğitimlerin hastaları özel hissettirecek, mahremiyetine daha uygun ve teknolojik eğitim araçlarının bulunduğu (bilgisayar, projeksiyon, maket, görsel-işitsel materyaller vb.) bir Hasta Eğitim Odası kavramının yaygınlaştırılması,
- Çalışmamızın özgün nitelikte olması sebebiyle bu konuya kaynaklık etmesi ve hasta bireylerin konforunu artırmak amacı ile cerrahi işlem geçiren hastaların konfor durumları ile ilgili fiziki, çevresel, psikospirüel, sosyokültürel araştırmaların yapılması önerilmektedir.

6.3. Sınırlılıklar

Araştırmamızın tasarımında grupların randomize edilmeden yapılmış olması, araştırma için bir sınırlılıktır, ancak ÇG'na verilecek eğitimlerin KG hastalarının öğrenebilme ihtimaline karşılık randomizasyon araştırma etiğine uygun bulunmamıştır. Araştırmanın dünyada ve ülkemizde etkili olan Covid-19 salgınından kaynaklı getirilen idari kısıtlamalardan ötürü klinikte çalışma bazen duraklamaya neden olmuştur. Video destekli eğitimlerin hastaların genel konfor düzeyleri üzerinde etkisini inceleyen ilk çalışmalardan olması sebebiyle araştırma bulguların özgün, klinik uygulamaya faydası olacağı değerlendirilmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Meme Kanseri. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanserturleri/400-meme-kanseri.html>, [06.11.2019].
2. Cecilio AP., Takakura ET., Jumes JJ., Dos santos, JW., Herrera, AC., Victorino VJ., Panis C. (2015). Breast cancer in Brazil: epidemiology and treatment challenges. *Breast Cancer (Dove Med Press)*. 7: 43–49.
3. Espie M., Lalloum M., Coussy F. (2013). Epidemiology and risk factors of breast cancer. *Soins; la revue de reference infirmiere*. 776: 22-4.
4. Sung H., Ferlay J., Siegel RL., Laversanne M., Seorjomataram I., Jemal A., Bray F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality for 36 cancer in 185 countries. *Ca Cancer Journal Clin*. 71:209-249.
5. Kanyılmaz G., Aktan M., Yavuz BB., Koç M. (2017). Meme kanserinde 5 yıllık sonuçlarımız ve prognostik faktörler. *Selçuk Med. J*. 33(1): 5-9.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Türkiye kanser kontrol planı (2013-2018) Uluslararası Standart Kitap Numarası (ISBN). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No (1): 41-42.
7. Yıldırım NK, Ozkan M, Ozkan S, Ozcınar B, Guler SA, Ozmen V. (2009). The anxiety, depression and quality of life of breast cancer patients before and after treatment: the results of one year prospective study. *Noropsikiyatri Arşivi*. 46:175-181.
8. Bayraktar N. (2015). Meme kanserinde cerrahi tedavi ve bakımı. *Türkiye Klinikleri J Surg. Nurs-Special Topics*. 1(1):7-12.
9. Olsson M., Nilsson M., Meyer KF., Petersson LM., Larsen, AW., Kjeldgård L., Alexanderson K. (2017). Life satisfaction of women of working age shortly after breast cancer surgery. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*. 26(3):673- 684.
10. Montgomery M., Mc Crone SH. (2010). Meme kanseri şüphesi için tanısal fazla ilişkili psikolojik rahatsızlık: sistematik inceleme. *Journal Adv Nurs*. 66:2372–2390.
11. Gallagher J, Parle M, Cairns D. (2002). Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *Br J Health Psychol*. 7:365-76.

12. Tan ML., Lee KH., Yong SW., Rodgers C. (2018). The Effects of a video-based education in women with newly diagnosed breast cancer in Singapore. *Supportive Care in Cancer* (26): 3891-3897.
13. Wilson L., Kolcaba K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *J Perianesth Nurs.* 19 (3):164-73.
14. Hong-li C., Xiao-Chun W., Jiang-Bin W., Jing-Bo Z., Yao W. (2014). Quality of life in patients with breast cancer and their rehabilitation needs. *Pak J Med Sci.* 30 (1):126–30.
15. Wilkins EG., Lowery JC., Copeland LA., Goldfarb SL., Wren PA., Janz NK. (2006). Impact of an educational video on patient decision making in early breast cancer treatment. *Med Decison Macing.* 26(6):589-598.
16. Street JM., Mayer AB., Facey K., Ashcroft R., Hiller JE. (2008). Virtual community consultation Using the literature and weblogs to link community perspectives and health technology assessment. *Health Expect.* (11): 189–200.
17. Tennant B., Stellefson M., Dodd V., Chaney B., Chaney D., Paige S., Alber J. (2015). *Health literacy and J. Med. Internet Res.* 17(70): 1.
18. Fox S., Duggan M. (2013). Health online 2013. *Pew Research Center Internet &Technology* January 15.
19. TÜİK. (Türkiye İstatistik Kurumu). Hane halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2016.
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21779> [20.07.2020].
20. Özberksoy A., Özbayır T., Taşdemir N. (2009). Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeylerine etkisi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 29(6):1605-11.
21. Esen E., Aslan M., Sonbahar BÇ., Kerimoğlu RS. (2019). YouTube English videos as a source of information on breast self-examination. *Breast Cancer Res Treat.*173(3):629-635.
22. Tan MLH., Kok K., Ganesh V., Thomas SS. (2014). Patient information on breast reconstruction in the era of the world wide web. A snapshot analysis of information available on youtube.com. *The Breast.* (23):33-37.

23. Yılmazel G., Çetinkaya F (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Prev. Med. Bull.* 15(1): 69-74.
24. Joury A., Joraid., Algahtami F., Alghamdi A., Batwa A., Pines JM. (2017). The variation in quality and content of patient-focused health information on the Internet for otitis media. *Child: Care health and development.* 44 (2): 221-226.
25. Erdoğan Z., Bulut H. (2017) Bilgisayar Destekli Hasta Eğitimi. *Gazi Üniversitesi SBD.* 2(3):13-18.
26. Doğu Ö. (2013). Cerrahi girişim planlanan hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve eğitimin hasta bireyin psikolojik hazırlığına etkisi. Sakarya örneği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 3(3): 10-13.
27. Selimen D., Işık Andsoy I. (2011). The importance of a holistic approach during the perioperative period. *AORN Journal.* 93(4):488-490.
28. Güner A., Küçükalp İ. (2013). *Sağlık eğitimi kavramı ilke, faktörleri ve sınıflandırılması.* Megep. Ankara.16-23.
29. Yutmaz F. (2018). *Mastektomi öncesi verilen video destekli eğitimin, ameliyat sonrası ağrı, anksiyete ve hasta konforu üzerine etkisi,* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). CBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
30. Karayurt Ö., Ursavaş EF., Çömez S. (2017). Meme cerrahisinde bakım. Eti Aslan F. (ed.), *Cerrahi bakım vaka analizleri ile birlikte.* Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 583-629.
31. Taşpınar E. (2018). Meme cerrahisi. Meme anatomisi. <http://memecerrahisi.com.tr/memenin-anatomisi/> [26.10.2020].
32. Kaymakçı Ş. (2017). Meme hastalıkları. Karadakovan A., Eti Aslan F. (ed.), *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım.* Ankara: Akademisyen Kitapevi. 915-945.
33. Yalav O. (2009). *Erken evre meme kanserli hastalarda sentinel lenf nodu biyopsisinin yeri,* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). ÇÜTF Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana.
34. Özmen V. (2012). *Meme anatomisi ve fizyolojisi.* Ankara: Güneş Kitapevi. (1):3-17
35. Erel S. (2010). Memenin Benign proliferatif lezyonları ve kanser riski. *SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Arşiv.*19: 155.

36. Topuz E., Aydın A., Dinçer M. (2006). *Meme kanseri tanı tedavi takip*. İstanbul: Nobel Kitabevi. 13-18.
37. Kaymakçı Ş. (2011). *Meme Hastalıkları*. Adana: Nobel Kitapevi.1. Baskı. 973-985.
38. Anderson JW. (2009). *Stand by her: A breast cancer guide for men*. Anderson JW. (ed), American Management Association. 7-41.
39. Aydınтуğ, S. (2004). Meme kanserinde erken tanı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 13(6): 226-228.
40. Chen W, Campos, SM, Hayes, DF. (2010). *Breast Cancer, Mosby*. 325-364.
41. Kennecke H., Yerushalmi R., Woods R., Cheang MC., Voduc D., Speers CH., Nielsen TO., Gelmon K. (2010). Meme kanseri alt tiplerinin metastatik davranışı. *Journal Clinic Oncology*. 28 (20): 3271–3277.
42. Kanserli Meme dokusu [http://www.aboutcancer.com/breast cancer](http://www.aboutcancer.com/breast%20cancer). [12.10.2020]
43. Ibrahim T., Mercetalı L., Amadori D. (2013). A new emergency in oncology: Bone metastases in breast cancer patients. *Oncol Letter*. 6 (2): 306-310.
44. Coleman C. (2017). Early detection and screening for breast cancer. *Semin Oncol Nurs*. 33 (2): 141-55.
45. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: Cancer Journal for Clinicians*. 68 (6):394- 424.
46. American Cancer Society, 2015. American Cancer Society Guidelines for the American Cancer Society. Breast Cancer Prevention and Early Detection. [URL:http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcancerearlydetection/index](http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcancerearlydetection/index) [12.02.2020].
47. DeSantis CE., Bray F., Ferlay J., Lortet-Tieulent J., Anderson BO., Jemal A. (2015). International variation in female breast cancer incidence and mortality rates. *Cancer Epidemiology Biomarkers &Prevention*. 24(10):1495–506.
48. SB. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2020). Türkiye Kanser İstatistikleri. <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanseristatistikleri/2106-2014-y%C4%B1%C4%B1-t%C3%BCrkiye-kanser-istatistikleri.html> [12.12.2020].

49. Utkan NZ., Yeniay L., Özçınar B. (2018). Meme kanseri. Özçelik MF. (Ed), *Türk cerrahi derneği yeterlilik (board) okulu ders notları*.1. Baskı. Ankara: 298-313.
50. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2020. Atlanta: CA: A Cancer Journal For Clinicians. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2020.html>
51. Keskinçılıç B., Gültekin M., Karaca AS., Öztürk C., Boztaş G., Karaca MZ., Utku EŞ., Hacıkamiloğlu E., Turan H., Dede İ., Dünder S. (2016). *SB Türkiye kanser kontrol programı*, Ankara. 32.
52. Taşçı A. (2008). *Bolu il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran 40 yaş üstü kadınlarda ve bu merkezlerde çalışan hemşirelerde kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamalarının karşılaştırılması*, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu.
53. Ozmen V. (2008). Breast cancer in the world and Turkey. *Journal Breast Health*. 4(2):7-12
54. Hamolsky D. (2014). Breast Disorders Nursing Management. Lewis SL., Dirksen SR., Heitkemper MM., Bucher L. (eds), *Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*. 9th ed. Missouri: Elsevier Mosby St. Louis. 1238-60.
55. Yavuz M., Dolgun E. (2015). Meme kanserinde risk faktörleri ve korunma. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Nursing-Special*. 1(1): 1-6.
56. Gençalp NS. (2016). Meme hastalıkları. Şirin A., Kavlak O. (ed), *Kadın Sağlığı*. Geliştirilmiş 2. Baskı. Ankara: Nobel Kitabevi. 109-121.
57. Kaynaroğlu, V., Aydın, O. (2014). Meme Hastalıkları. Günalp, S., Yüce, K. (ed.), *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 3.Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi. 96-101.
58. Laura L., Mc Cully., Perry-Philo D. (2015). Nursing care of women with reproductive system disorders. Williams LS., Hopper PD. (Ed.), *Understanding Medical Surgical Nursing*. 5th ed. India: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd. 968-1003.
59. Güllüoğlu BM. (2008). Meme hastalıklarına yaklaşım: meme kanseri için risk değerlendirmesi ve tarama stratejileri. *Türk Aile Hek. Derg.* 12(1):9-17.

60. Perry-Philod., McCullyLL. (2015). Nursing care of women with reproductive system disorders. Williams LS., Hopper PD. (eds). *Understanding Medical Surgical Nursing*. 5th ed. India: Jaypee Brothers Medical Publishers. 968-1003.
61. Koçak S., Çelik L., Özbaş S., Dizbay Sak D., Tükün A., Yalçın B. (2011). Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*. 7(2).
62. American Cancer Society. (2018). Breast Cancer risk and prevention. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/breastcancer-risk-factors-you-cannot-change>. [02/08/2018].
63. Urban M., Banks E., Egger S., Canfell K., O'Connell D., Beral V., Sitas F. (2012). Injectable and oral contraceptive use and breast, cervical, ovarian, and endometrial cancers in black South African women: a case-control study. *Plos Medicine*. 9 (3):1001-182.
64. Beaber EF., Buist DS., Barlow WE., Malone KE., Reed SD., Li CI. (2014). Recent oral contraceptive use among women aged 20 to 49 years with formulation and risk of breast cancer. *Cancer Research*. 74 (15): 4078–4089.
65. Güllüoğlu BM. (2011). Risk faktörleri. Aydın S., Akça, T. (Ed). Tüm yönleri ile meme kanseri. Adana: Nobel Kitabevi. 35-45.
66. Gül A., Erdim L. (2009). Meme kanseri ameliyatından sonra lenf ödemin önlenmesinde hemşirelerin eğitim yaklaşımı. *Meme Sağlığı Dergisi*. 5(1):82-86.
67. Türk Tıbbi Onkoloji Derneği. 2020. <https://www.kanser.org/saglik/> [12.6.2020].
68. Aker S., H Öz., Kaynar Tunçel E. (2015). Samsun'da yaşayan kadınların meme kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili uygulamaları ve bu uygulamaları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Journal Breast Health*. 11(3):115-122.
69. Dieterich M., Stubert J., Reimer T., Erickson N., Berling A. (2014) Influence of lifestyle factors on breast cancer risk. *Breast Care (Basel)*. 9(6):407-14.
70. Belli AK., Ferahman M. (2011). Meme kanseri epidemiyolojisi ve etyolojisi. Aydın S., Akça, T. (Ed.), *Tüm yönleriyle meme kanseri*. Adana: Nobel Kitabevi. 30.

71. Gaudet MM., Gapstur SM., Sun J., Dalgıç WR., Hannan LM., Thun MJ. (2013). Active smoking and breast cancer risk: Original cohort data and meta-analysis. *Journal of the National Cancer Institute*. 105(8):515-525.
72. Ozanne EM. (2006). Breast cancer risk assessment and prevention: A framework for shared decision-making consultations. *Breast Journal*.12(2):103-13.
73. Garip M. (2008). *Meme kanseri nedeniyle opere olan hastalarda meme koruyucu cerrahi veya radikal mastektomi kararını etkileyen faktörler ve cerrahi türünün hasta üzerindeki etkileri*, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). SB. Dr. Lütfi Kırdar Kartal EAH. Aile Hekimliği, İstanbul.
74. Tchou J, Morrow M. (2003). Available models for breast cancer risk assessment: How accurate are they? *Journal of The American Collage Surgial*. 197(6):1029-1035.
75. Gail MH., Constantino JP., Bryant J. Croyle R., Freedman L., Helzlsouer K. Vogel V. (1999). Weighing the risk and benefits of tamoxifen treatment for preventing breast cancer. *Journal of the National Cancer Institu*. 91(21):1829-46.
76. Claus EB., Risch N., Thompson WD. (1994). Autosomal dominant inheritance of early-onset breast cancer. *Implications for risk prediction*. *Cancer*. 73(3):643-51.
77. Demirelöz M. (2007). *Ailesinde Kanser Öyküsü Olan-Olmayan Kadınların Meme Kanserine Yönelik Koruyucu Davranış Geliştirmelerinde Ebenin Rolü*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans). EÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, İzmir.
78. Tyrer J., Duffy SW., Cuzick J. (2004). A breast cancer prediction model incorporating familial and personal risk factors. *Statist Medical*. 23(7):1111-30.
79. Parlar S., Kardul N., Ovayolu N. (2005). Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesinin önemi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 8(1):72-83.
80. American Cancer Society, 2021. Breast Cancer.
<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>
[31.03.2021].
81. Zhang BN., Cao XC., Chen JY., Chen J., Fu L., Hu XC., Jiang ZFet all. (2012). Guidelines on the diagnosis and treatment of breast cancer (2011 edition). *Gland Surgery*. 1(1):39-61.

82. Kim I., Choi HJ., Ryu JM., Lee SK., Yu JH., Kim SW., Nam SJ., Lee JE. (2018). Prognostic validation of the American Joint Committee on Cancer 8th staging system in 24,014 Korean patients with breast cancer. *Journal of Breast Cancer*. 21(2):173-81.
83. Giuliano AE., Connolly JL., Edge SB., Mittendorf EA., Solin LJ., Weaver DL., Winchester DJ., Hortobagyi GN. (2017). Breast Cancer-Major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. *CA Cancer J Clin*. 67(4):290-3-3.
84. Shcolars Ark, 2018. Sobre Marie Breast cancer.
[https://scholarsark.com/breast-cancer-improved-lifestyle-regular-screening-key-reducing-risks/\[16/12/2019\]](https://scholarsark.com/breast-cancer-improved-lifestyle-regular-screening-key-reducing-risks/[16/12/2019]).
85. Kozan R., Tokgöz VY. (2016). Türkiye’de meme kanseri farkındalığı ve tarama programı. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*. 7(4):185-8. 31.
86. Sohbet R., Karasu F. (2017). Kadınların meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarının incelenmesi. *GÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(4): 113-21.
87. Tang TS., Solomon LJ., McCracken LM. (2000). Cultural barriers to mammography, clinical breast exam, and breastsSelf-exam among Chinese-American women 60 and older. *Prev Med*. 31(5):575-83.
88. American Cancer Agency. (2021). Tarama Yöntemleri
<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of-breast-cancer.html>. [11.02.2021].
89. Akdemir N. (2011). Kanserde tanı yöntemleri, kanserin oluşumu-gelişmesi ve sınıflandırılması. Akdemir N., Birol L. (Ed.), *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Genişletilmiş 3.baskı. Ankara: Sistem Ofset. 252-256.
90. Sağlık Bakanlığı, 2019. Kanser taramaları.
<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>. [25.06.2019].
91. Kaymakçı Ş. (2010). *Meme Hastalıkları, dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Adana: Nobel Kitabevi. 26.
92. Sönmez B. (2012). *Meme kanseri ve tedavi yöntemleri*, Kayseri.

93. Başkan S., Atahan K., Arıbal E., Özaydın N., Balcı P., Yavuz E. (2012). Meme kanserinde tarama ve tanı: istanbul meme kanseri konsensus konferansı 2010. *Meme Sağlığı Dergisi*. 8(3):100-25.
94. Yiğit A., Erdem R. (2017). Mamografi sağlık teknolojisi ile meme kanseri tarama programının klinik etkililiğinin meta analiz yöntemiyle değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 3(2):401-430.
95. Berkarda B. (2000). *Meme kanseri*. Tıbbi Onkoloji Derneği. İstanbul: İ.Ü. Basımevi. 18(14): 2780-7.
96. Litherland JC. (2002). Should fine needle aspiration cytology in breast assessment be abandoned? *Clin Radiol*. 57:81–84.
97. Uzun Ö., Karaman Özlü Z. (2019). Meme Kanserinden korunma yöntemleri. Uzun Ö. (Ed.), *Meme kanseri ve hemşirelik bakımı*. Ankara: Türkiye Klinikleri 1. Baskı. 8-14.
98. Açıkgöz A., Çehreli R., Ellidokuz H. (2015). Hastanede çalışan kadınların meme kanseri konusunda erken tanı yöntemlerine yönelik bilgi ve davranışlarının belirlenmesi, uygulanan planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 11:31-8.
99. Aksoy YE., Turfan ÇE., Sert E., Mermer G. (2015). Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller. *J Breast Health*. 11:26-30.
100. Yılmaz M., Durmuş T. (2016). Health beliefs and breast cancer screening behavior among a group of female health professionals in Turkey. *J Breast Health*. 12:18-24.
101. Kolutek A., Avcı Aİ. (2015). Eğitim ve evde izlemin, evli kadınların meme ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeylerine ve uygulamalarına etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 11: 155-62.
102. Güzel N., Bayraktar N. (2019). Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Farkındalıklarının ve Uygulamalarının Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 6(2): 101-110.
103. Yeniay L. Özçınar B., Utkan NZ. (2018). Meme kanseri tedavisi. Özçelik MF. (Ed), *Türk cerrahi derneği yeterlilik (board) okulu ders notları*. 1. Baskı. Ankara: 314-319.

104. Ozmen V. (2009). How to improve the quality of surgical treatment of breast diseases? *Eur J Breast Health*. 5(1):119-121.
105. American Cancer Agency (2021). <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer.html>. [12.3.2021].
106. Dağlar Gül. 18/09/2019. Meme kanserinde tedavi seçenekleri, [https://memehastaliklariankara.com/meme-kanserinde-cerrahi-tedavi-secenekleri/\[6/07/2020\]](https://memehastaliklariankara.com/meme-kanserinde-cerrahi-tedavi-secenekleri/[6/07/2020]).
107. Kaplan M., Salman BN., Atabek M., Yusufzade K., Onuk E. (2002). Evre I ve II meme kanserli hastalarda mastektomi mi, meme koruyucu cerrahi mi? *Cerrahi Genel Tıp Dergisi*. 13(3):113-121.
108. Tezel E. (2016). *Meme Ameliyatları Özellikleri*. Ankara: 1
109. Aydın A. (2012). Neoadjuvan kemoterapi. Özmen V., Cantürk V., Güler N, Kapkaç M., Koyuncu A., Müslümanoğlu M., ve ark. (Ed.), *Meme Hastalıkları Kitabı*. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi. 473-479.
110. Baykara O. (2016). Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. (5)3: 154-165.
111. Alıcıkuş. ZA. (2015). *Radyoterapiden Ne Bekliyoruz?* (Radyoterapinin Etkinliği, Uygulama Alanları, Endikasyonları). 3-7
112. Flatley MJ., Dodwell DJ. (2016). Adjuvant treatment for breast cancer. *Surgery-Oxford International Edition*. 34 (1): 43-6.
113. Aydın N. (2015). Ameliyat Öncesi ve Sonrası Bakım. *Yakın Doğu Üniversitesi*. 1-22
114. Baron RH. (2010). Assesment and Management of Patients with Breast Disorders. In: *Brunner & Suddarth's Testbook of Medical Surgical Nursing*. Smeltzer SC., Hinkle JL., Bare BG., Cheever KH. (12th ed), China: Linpincott Williams & Wilkins. 1471-503.
115. Foxon SB., Lattimer JG., Felder B. (2011). Breast cancer. In: Yarbro HC., Wujcik D., Gobel HB. (Ed.), *Cancer Nursing: Principles and Practice*. 7th ed. Canada: Jones and Bartlett Publishers. 1091-137.
116. Karayurt Ö. (2014). Meme Kanseri. Can G. (Ed.), *Onkoloji Hemşireliği*. 1. Baskı.

- İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 619-28.
117. Alkan A., Guç ZG., Senler FC., Yavuzsen T., Onur H., Dogan M., et al. (2016). 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)*. *24(9):3747-55*.
 118. Sarıyaz ND. (2018). Meme kanseri tedavisine bağlı lenf ödemin önlenmesi ve hemşirelik girişimleri 7. *Türk Tıbbi Onkoloji Kongresi*. 1-44.
 119. Özberksoy A. (2006). *Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeyleri üzerine etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi) Ege Üniversitesi, İzmir. 8-30.
 120. Kurt Y. (2011). Meme cerrahisi sonrası görülen komplikasyonlar. Aydın S., Akça T. (Ed.), *Tüm yönleriyle meme kanseri*. 1. Basım. Adana: Nobel Kitabevi. 547-62.
 121. Kalenderer Ö., Turan D., Özel A. (2011). *Cerrahi gerektiren hastalıklar hemşirelik bakım rehberi*. SB. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi. 40-90. file:///C:/Users/pc/Downloads/tepecikcerrahIpdf.pdf
 122. Koyuncu C. (2009). *Erken Evre Meme Kanserli olgularda Sentinel Lenf Nodu Biyopsi Sonuçları*. (Uzmanlık Tezi). SB Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Cerrahi Kliniği. İstanbul.
 123. Tunk OC. (2011). *Ratlarda mastektomi ve aksiller disseksiyon sonrası klinoptilolit (frokسيمun) kullanımının seroma oluşumuna etkisi*. (Uzmanlık Tezi). DEÜ Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD. İzmir. 7-26.
 124. Hunt KK., Robertson JFR., Bland KI. (2015). The Breast. Brunicardi FC. (Ed.), *Schwartz's Principles of Surgery. 10th ed. USA*, McGraw&Hill Education. Chapter 17.
 125. Kilbreath SL., Refshauge KM., Beith JM., Ward LC., Lee M., Simpson JM. et al. (2012). Upper limb progressive resistance training and stretching exercises following surgery for early breast cancer: a randomized controlled trial. *Breast Cancer Res Treat. 133 (2):667-76*.

126. Büyükakıncak Ö., Akyol Y., Özen N., Ulus Y., Cantürk F., Tander B., Büyükakıncak S., Kuru Ö. (2013). Göğüs kanseri cerrahisi. OMÜ. Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*. 59:304-9.
127. Akyolcu N. (2008). Meme kanserinde cerrahi girişim sonrası cinsel yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi*. Cilt: 4 Sayı: 2
128. Disipio T., Rye S., Newman B., Hayes S. (2013). Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and metaanalysis. *The Lancet Oncol*. 4 (6):500- 15.
129. Rockson SG., Keeley V., Kilbreath S., Szuba A., Towers A. (2019). Cancer-associated secondary lymphoedema Nature Reviews Disease Primers. 5(1):22.
130. Yeter K., Savcı A., Saymer FD. (2009). Kemoterapi alan hastalara verilen eğitimin yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 5 (2): 65-68.
131. Borman P., Yaman A. Lenfödemli hastalar için genel bilgiler. Anadolu Lenfödem Derneği. <https://lenfodemderneği.org.tr> [20.09.2020].
132. Temur K., Kapucu S. (2018). Effective methods of breast cancer related lymphedema development and improvement of life quality: selfcontrolled lymphedema management. *Osmangazi Journal of Medicine*. 40 (1): 121- 129.
133. Demir SG. (2008). Meme kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda kendi kendine lenf ödem yönetimi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 4(2):62-69.
134. Lee BB., Rockson SG., Bergan J. (2018). *Lymphedema: A concise compendium of theory and practice*. (Ed.), Springer International Publishing AG.
135. Armer JM., Ballman KV., McCall L., Armer N., Sun Y., Udmuangpia T., Hunt, KK., Mittendorf EA., Byrd DR., Julian TB., Boughey JC. (2019). Lymphedema symptoms and limb measurement changes in breast cancer survivors treated with neoadjuvant chemotherapy and axillary dissection: Results of American College of Surgeons Oncology Group (ACOSOG) Z1071 (Alliance) substudy. *Support Care Cancer*. 2(2):495–503.
136. Fu MR., Ridner SH., Hu SH., Stewart BR., Cormier JN., Armer JM. (2013). Psychosocial impact of lymphedema: A systematic review of literature from 2004 to 2011. *Psycho-Oncology*. 22(7):1466-84.

137. Yıldız A., Karayurt Ö. (2011). Meme kanserli kadınların lenfödem nedeniyle yaşadıkları güçlükler. *Meme Sağlığı Dergisi*.7(3): 154-62.
138. Terrazzino S., Mattina PL., Masini L., Caltavuturo T. Gambaro G., Canonico PL., Genzzani AA., Krengli M. (2012). Common variants of eNOS and XRCC1 genes may predict acute skin toxicity in breast cancer patient sreceiving radiotherapy after breast conserving surgery. *Radiother Oncol*. 103(2):199-205.
139. Gürsoy AA. (2005). Meme kanseri tedavisine bağlı lenf ödem ve hemşirelik bakımı. *CÜ. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9(2): 18-25.
140. Müezziner Evsine N., Karayurt Ö. (2014). Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınların deneyimlerinin incelenmesi. *Journal Breast Health*. 10:23-9.
141. Çavdar İ., Kostanoğlu A., Karayurt Ö., Yıldız Fındık Ü., Turan A., Kanan N. et al. (2015). Lenfödem. Can G. (Ed.), *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya Konsensus 2014*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 25-38.
142. Hojan K., Wojtysiak M., Huber J., Molinska Glura M., Wiertel-Krawczuk A., Milecki P. (2016). Clinical and neurophysiological evaluation of persistent sensory disturbances in breast cancer women after mastectomy with or with outradiotherapy. *Eur Jour. Oncol Nurs*. 23:8-14.
143. Oral A., Sindel D. (2016). Mastektomi. T.C. İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Mastektomi Polikliniği Hasta Bilgilendirme Kitapçığı. 4-15. <http://www.istanbulftr.org/uploads/documents/Mastektomi.pdf>
144. Harmer V. (2009). Breast cancer-related lymphoedema: implications for primary care. *Br J Community Nurs*. 14(10):15-19.
145. Fleysher LA. (2010). Keeping breast cancer survivors lymphoedema-free. *Br Journal Nurs*. 19(13):826-830.
146. Karamanoğlu AY., Özer FG. (2008). Mastektomili hastalarda evde bakım. *Meme Sağlığı Dergisi*. 4(1):3-8.
147. Taşocak G. (2017). *Hasta Eğitimi*. İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi. İstanbul: 4.baskı 5243-4.

148. Farzianpour F., Hosseini S. (2014). Accreditation of patient family education (PFE) in the teaching Hospitals of Tehran University of Medical Sciences from the nurses view. *Pensee Journal*. 76(6):182-9.
149. Cappiello M., Cunningham RS., Knobf MT., Erdos D. (2007). Breast cancer survivors: information and support after treatment. *Clinic Nurs Res*. 16(4):278-93.
150. Ardahan M., Temel AB. (2006). Prostat kanserli hastalarda yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı ilişkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 22(2):1-14.
151. Yeter K., Savcı A., Sayiner FD. (2009). Meme kanserinde rekonstrüktif cerrahinin ve hasta eğitiminin yaşam kalitesine etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 5(2):65-68.
152. Şişman H., Şahin B., Duman BB., Tanrıverdi G. (2012). Hemşire destekli eğitim ve egzersiz meme kanseri cerrahisi sonrası lenfödem sıklığını ve morbiditesini azaltıyor. *Journal of Buon*. 17(3):565-569.
153. Durna Z., Can G. (2003). Meme kanserli hastalarda hemşirelik bakımı ve yaşam kalitesi. Topuz E., Aydın A., Dinçer M. (Ed.), *Meme Kanseri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2003:691-710.
154. Dorval M., Guay S., Mondor M., Masse B., Falardeau M., Robidoux A., Deschenes L., Maunsell E. (2005).et al. Couples who get closer after breast cancer: frequency and predictors in a prospective investigation. *Journal of Clinic Oncology*. 23:3588-96.
155. Williams L. ve Wilkins A. (2016) Nursing care planing- Incredibly Easy! Çiçek S., Özdemir L. (Ed.), Nobel Akademik Yayıncılık: Ankara
156. Demir Y., Gözüm S. (2011). Sağlık eğitiminde yeni yönelimler; web destekli sağlık eğitimi. *DEUHYO ED*. 4(4):196-203.
157. Özer Ö., Şantaş F., Budak F. (2012). Sağlık web sitelerinin kullanım düzeylerinin incelenmesi: örnek bir uygulama. *e-GİFDER*. 1(4): 137-149.
158. Yıldız T. (2015). Cerrahi hasta eğitiminde kullanılan güncel yöntemler: hastalık merkezli değil, hasta merkezli eğitim. *MÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 5(2):129-133.

159. Zülfikar H. (2014). Hastaların internet kullanımı ve elektronik ortamdaki sağlık bilgilerine erişim davranışları. *F.N. Hemşirelik Dergisi*. 22(1):46-52.
160. Şenyuva E., Taşocak G. (2007). Patient Education Activities Of Nurses and Patient Education Process. *İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 15(59):100-6.
161. Boughton M., Halliday L. (2009). Home alone: patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs. *Contemp Nurse*. 33(1):30-40.
162. Malik NA., Zhang J., Lam OLT., Jin L., McGrath C. (2017). Effectiveness of computer-aided learning in oral health among patients and caregivers: a systematic review. *JAMIA*. 24(1):209- 217.
163. García-Casal JA., Loizeau A., Csipke E., Franco-Martín M., Perea-Bartolomé MV., Orrell M. (2017). Computer -based cognitive interventions for people living with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging Ment Health*. 21(5):454-467.
164. Fife CE., Farrow W., Hebert AA., Armer NC., Stewart BR., Cormier JN, et all. (2017). Skin and wound care in lymphedema patients: A taxonomy, primer, and literature review. *Advances in Skin & Wound Care*. 30(7):305-18.
165. Yılmaz E. (2014). The impact of patients' medical information seeking behaviours on the internet on doctor-patient communication in Turkey. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*. 93-108.
166. Torres E., Dixon C., Richman AR. (2016). Understanding the breast cancer experience of survivors: a qualitative study of African American women in rural eastern North Carolina. *J Cancer Educ*. 31(1):198-206.
167. Head KJ., Iannarino NT. (2019). It changed our outlook on how we want to live: cancer as a transformative health experience for young adult survivors and their family members. *Qual Health Res*. 29(3):404-17.
168. Eysenbasch G. (2003). The impact of the internet on cancer outcomes. *CA Cancer J Clin*. 53(6):356-371.

169. Esen E., Aslan M., Sonbahar BÇ., Kerimoğlu RS. (2019). YouTube English videos as a source of information on breast self-examination. *Breast Cancer Res Treat.* 173(3):629-635.
170. Avcı İA., Atasoy A., Sabah E. (2007). Video ile eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesine yönelik inanç, bilgi ve uygulamalarına etkisi. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi.* 15(60):119-128.
171. Von Ah D., Habermann B., Carpenter JS., Schneider BL. (2013). Impact of perceived cognitive impairment in breast cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs.* 17(2):236-41.
172. Ryhänen AM., Rankinen S., Siekkinen M., Saarinen M., Korvenranta H., Leino- Kilpi H. (2013). The impact of an empowering internet-based breast cancer patient pathway program on breast cancer patients' clinical outcomes: a randomised controlled trial. *Journal Clin Nurs.* 22(7-8): 1016-1025.
173. Zuhur Ş., Özpancar N. (2017). Türkiye’de Kronik Hastalık Yönetiminde Hemşirelik Modellerinin Kullanımı. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 19(2):57-74.
174. Uzun M. (2014). *Kardiyak ve pulmoner rehabilitasyon.* İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.95-10.
175. Mauk KL. (2014). Rehabilitation Nursing A Contemporary Approach to Practice. Çiçek H., Özdemir L. (Ed.), *Rehabilitasyon Hemşireliği Uygulamaya Güncel Yaklaşım.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 1.baskı. 176-196.
176. MEB: www.megep.meb.gov.tr (2013). *Sağlık Eğitimi Kavramı.* İlke Faktörleri ve Sınıflandırılması Ankara. [22.05.2020].
177. Özcan H., (2008). *Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları,* (Yayınlanmamış Yüksek lisans).TÜ. SBE Hemşirelik ABD, Edirne.
178. Toker MM. (2003). Aktif Öğrenme. *Mevzuat Dergisi.* 6.61.
179. Birol L. (2004). *Nursing Process: Systematic Approaches in Nursing Care].* 6. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık. 11-278.
180. Erbaş N. (2018). Two important concepts in health services: patient education and nursing process. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.* 27(5):358-64.

181. Canbaz S., Sünter AT., Aker S., Pekşen Y. (2007). Samsun Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*. 17(1):15-19.
182. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. Genel Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Dil Kurumu Başkanlığı. <https://sozluk.gov.tr/> [Erişim:15.09.2020].
183. Güleç G., Büyükkınacı A. (2011). Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 3(2): 343-367.
184. McFarland DC., Holland JC. (2016). The management of psychological issues in oncology. *Clinical Advances in Hematology & Oncology*. 14(12):999-1009.
185. Aydoğan Ü., Doğaner YÇ., Borazan E., Kömürcü Ş., Koçak N., Öztürk B., Özet A., Sağlam A. (2012). Kanser Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişki. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 55-60.
186. Sunderland M., Newby JM., Andrews G. (2013). Health Anxiety in Australia: Prevalence, Comorbidity, Disability, And Service Use. *Br J Psychiatry*. 202:56- 61.
187. Spiegel D. (1997). Psychosocial aspects of breast cancer treatment. *Seminars in Oncology*. 24(1): 36-47.
188. Cimili C. (2001). *Cerrahide Anksiyete Klinik psikiyatri*. DEÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD. İzmir.4:182-186.
189. Antrobus JH., Abbott P., Carr C.M., Chatrath RR. (1991). Midazolam-droperidol premedication for cardiac surgery. A comparison with papaveretum and hyoscine. *Anaesthesia*. 46(5):407-409.
190. Yardakçı R., Akyolcu N. (2004). Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*.1(2):7-13.
191. Koca A. (1998). *Açık kalp ameliyatı öncesi hasta eğitiminin anksiyete düzeyine etkisi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İÜ SBE Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

192. Kayhan C. (2003). *Cerrahi Hastalarda Postoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). AKÜ SBÜ Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Afyon.
193. Bal U., Çakmak S., Uğuz Ş. (2013). Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. *Archives Medical Review Journal*. 22(4):441-459.
194. Ünal S. (2017). *Anksiyete bozuklukları*. İnönü Üniversitesi; 13140/Rg
195. Öner N., Le Compte A. (1998). *Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul:2.Basım. Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
196. Yaylacı A. (2010). *Genel anestezi altında dental tedavi gören çocuk hastaların ebeveyninin kaygı düzeylerinin karşılaştırılması olarak değerlendirilmesi*, (Yayınlanmamış Bitirme Tezi). EÜ DHF. Pedodonti ABD, İzmir.
197. Dikici A., Yavuzer A., Gündoğdu R. (2010). Yaratıcı drama temelli grup rehberliği ve bilişsel-davranışçı yaklaşıma dayalı grupla psikolojik danışmanın ergenlerin kaygı düzeylerine etkileri *e-Journal of New World Sciences Academy*. 5(3):1126-1140.
198. Öz F. (2004). *Sağlık alanında temel kavramlar*. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ. Yayınevi.
199. Karabulut N., Arıkan D. (2009). The Effect Of Different Training Programs Applied Prior To Surgical Operation On Anxiety Levels. *New Symposium Journal*. 47(2):64-69.
200. Özorak, Ö. (2010). *Preoperatif basınç ağrı eşiği, stai anxiety inventory ve stres hormonu (kortizol" ün) postoperatif analjezi ihtiyacı ile kolerasyonu*, (Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). SDÜ Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD, Isparta.
201. Akyolcu N. (2003) Perioperatif hasta ve ailesinin eğitim gereksinimleri ve hemşirenin rolü. *Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı*. İzmir.S.97.
202. Mutlu S. (2006). *Kalıcı abdominal stomalı hastalarda beden imajı değişiminin yaşam kalitesine etkisi*, (Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi). MÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

203. Moser DK. (2007). The rüşt of life: impact of anxiety on cardiac patients. *Am Journal Crit Care. 16(4):361-369.*
204. Siefert ML. (2002). Concept analysis of comfort. *Nursing Forum. 37(4):16-23.*
205. Yücel ŞÇ. (2011). Kolcaba'nın konfor kuramı. *EÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 27 (Ek 2):79-88.*
206. Terzi B. (2014). Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü Uygulamasının Hastanın Konfor Düzeyi ve Fizyolojik Parametrelerine Etkisi. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
207. Kolcaba K. (2003). Comfort theory and practice a vision for holistic health care and research, *Springer Publishing Company. New York. 57.*
208. Terzi B., Kaya N. (2017). Konfor kuramı ve analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 20(1):67-74.*
209. Aslan EF. (2009). Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 12(1):104-113.*
210. Wilson L., Kolcaba K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing. 19(3):164-173.*
211. Yılmaz E., Çeçen D., Toğaç HK., Mutlu S., Kara H., Aslan A. (2018). Ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyleri ve hemşirelik bakımları. Manisa CBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü. *Research Article.5(1):3-9.*
212. Kolcaba K., Fox C. (1999). Theeffects of guide dimagery on comfort of women with early- stage breast cancer going through radiation therapy. *Oncology Nursing Forum. 26(1):67-71.*
213. Kolcaba KY., Kolcaba RJ. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing. 16(11):1301-1310.*
214. Zengin N. (2010). Konfor kuramı ve yoğun bakım ünitesinin hasta konforuna etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 14(2):37-44.*

215. Dowd T. (2010). Nursing theorists and their work. Tomey AM., Alligood MR. (Ed.), Katharine Kolcaba; Theory of Comfort. 7th ed. *St Louis Missouri: Mosby Elsevier*. 657–669.
216. Kolcaba KY. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19 (6):1178-84.
217. Kolcaba K. (2001). Evolution of the mid range theory of oomfort for outcomes *Research. Nursing Outlook*. 49(2):86-92.
218. Kolcaba K., Wilson L. (2002). Comfort care: a framework for perianesthesia nursing. *J Perianesth Nurs*.17(2):102–113.
219. Üstündağ H., Eti Aslan F. (2011). Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastanın bakımı ve konforu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 15(1):22–28.
220. Karabacak Ü., Potur DC. (2017). Katharine Kolcaba: Konfor Teorisi. Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZÇ. (ed). *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık. 654–673.
221. Kuguoğlu S., Karabacak Ü. (2008). Genel konfor ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*. 16(61):16-23
222. Duman HT., Yıldırım Y., Fadıloğlu Ç., Aykar Şenuzun F. (2020). Kolcaba'nın konfor kuramına göre atriyal fibrilasyon olgusu. *Turk J Cardiovasc Nurs*. 11(24):37–42.
223. Karabacak Ü. (2004). *Meme kanserli hastalarda konforu destekleyici hemşirelik bakımının ve eğitimin radyoterapi uygulaması ile etkileşimi*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
224. Spilberger CD., Gorsuch RL., Lushene RE (1970). *Test manuel fort he State Trait Anxiety Inventory*. 1st ed. California. Consulting Psychologists.
225. Balsamo M., Romanelli R., Innomorati M., Ciccarese G., Carlucci L., Saggino A. (2013). The State- Trait Anxiety Inventory: Shadows and Lights on its Construct Validity. *J Psychopathol Behav Assess*. 35(1):475-486.

226. Foxon SB., Lattimer JG., Felder B. (2011). Breast cancer. Yarbrow HC., Wujcik D., Gobel HB. (Ed.), *Cancer Nursing: Principles and Practice. 7th ed.* Canada: Jones and Bartlett Publishers. 1091-137.
227. TRD Yeterlilik Kurulu, Rehber ve Standartlar Komitesi 2011. Meme Kanseri Tarama Rehberi <https://www.turkrad.org.tr/assets/standartlar/meme-tarama-rehberi.pdf> [20.01.2021].
228. Akman EK. (2015). *Kadın Hastalıklarından Ameliyat Olacak Hastalara Preoperatif Dönemde Yapılan Tanıtıcı Eğitimin Kaygı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi.* (Yayınlanmamış tez). Haliç Üniversitesi SBE.İstanbul.
229. Çetinkaya F., Karabulut N. (2010). Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 13(2):* 20-26.
230. Yıldırım S. (2019). *Ameliyat öncesi hastaya verilecek olan sözlü ve görsel eğitimlerin hastaların kaygı düzeyleri ve memnuniyetleri üzerine etkisi.* ZBEÜ SBE. Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği ABD. (Yüksek lisans tezi). Zonguldak.
231. Norman SA., Localio AR., Potashnik SL., Torpey HAS., KallanMJ., Weber AL., et al. (2009). Lymphedema in breast cancer survivors: incidence, degree, time course, treatment, and symptoms. *Journal of Clinical Oncology.27(3):*3 90.
232. Tasmuth T., von Smitten K., Kalso E. (1996). Pain and other symptoms during the first year after radical and conservative surgery for breast cancer. *Br J Cancer. 74:*2024-31.
233. Wilkins EG., Lavery JC., Laurel A., Copeland LA. (2006). Impact of an Educational Video on Patient Decision Making in Early Breast Cancer Treatment. *Med Decis. Making. 26(6):*589-98.
234. O’Conner MI., Brennan K., Kazmerchak S., Pratt J. (2016). YouTube video to create a “virtual hospital experience” for hip and knee replacement patients to decrease preoperative anxiety: a randomized trial. *Interactive Journal of Medical Research.5(2).*
235. Ashwini KN., Satyanarayana TE., Ramesh C. (2018). A Study to Assess the Effectiveness of Video Assisted Teaching on Knowledge Regarding Post Mastectomy

Exercises among Breast Cancer Patients at Kidwai Memorial Institute of Oncology. Bangalore. International Journal of Health Sciences & Research Vol.8(8):176-181.

236. Amy M., Edward A., Vilma E. (2014). The effects of preoperative, video-assisted anesthesia education in Spanish on Spanish-speaking patients' anxiety, knowledge, and satisfaction: a pilot study. *Journal of Clinical Anesthesia*. 26. 325–329.
237. Schofield P., Jefford M., Carey M., Thomson K., Evans M., Baravelli C., Aranda S. (2008). Preparing patients for threatening medical treatments: effects of a chemotherapy educational DVD on anxiety, unmet needs, and self-efficacy. *Support Care Cancer*. 16:37–45.



EK 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı



T.C.
HASAN KALYONCU
ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM
ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı :E-97105791-804.01-2106090020
Konu :Tez Konu Başlığı Hk.

Tarih:09.06.2021

Sayın Neriman GÜZEL

Enstitü Yönetim Kurulunun 20.02.2020 tarih ve 2020/06 nolu kararına göre; tez konu başlığınız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. İbrahim Halil GÜZELBEY
Müdür Vekili

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
174115110 Neriman GÜZEL	Meme Kanseri Tanısı Konmuş Kadınlara Verilen Video Destekli Eğitimin Etkinliği: Nonrandomize Kontrollü Araştırma.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu:4177c1da

Belge Doğrulama Adresi: <http://ebys.hku.edu.tr/Dogrulama/Index>

Adres :Havaalanı Yolu Üzeri 8.Km - Şahinbey / GAZİANTEP
Tel / Fax : 0(342) 211 80 80 / 0(342) 211 80 81
Kep Adresi : hasankalyoncu.unv@hs01.kep.tr

İrtibat:0(342) 211 80 80
Web:www.hku.edu.tr
e-Posta:info@hku.edu.tr



EK 2. Etik Kurul Onay Formu



EK 3. Kurum İzinleri

Ek.3.1. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu Karar Tutanağı



EK 3.2. Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM
ve TESCİL BİRİMİ
29.12.2020 18.07 - E-15916306 - 604.01.02 - E.7649



Sayı : 15916306-604.01.02
Konu : Neriman GÜZEL, Doç. Dr. Arzu
AKAN Tez Çalışması İzni

İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİNE

İlgi : a) 28/08/2020 tarihli ve 48670771-772.99-15216 sayılı yazınız.
b) 24/09/2020 tarihli ve 48670771-772.02-17149 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazılar ile Gaziantep Hasan Kalyoncu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hemşireliği Doktora öğrencisi Neriman GÜZEL'in Prof. Dr. Ayla YAVA danışmanlığında, Hastaneniz hekimlerinden Doç. Dr. Arzu AKAN ile birlikte yürüteceği "Meme Kanseri Tanısı Konmuş Kadınlara Verilen Video Destekli Eğitimin Etkinliği" konulu tezin saha çalışmasını kurumunuzda yapma talebi Birimimize iletilmiş olup Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 21.10.2020 tarih ve 2020/37 sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

İstanbul Cd. General Kani Elitez Sk. No.8/1 Yenimahalle/Bakırköy/İSTANBUL

Bilgi için: Yeşim BIYIK

Telefon: Faks No:

MEMUR

e-Posta: yesim.biyik@saglik.gov.tr İnt.Adresi: yesim.biyik@saglik.gov.tr

Telefon No: (0 212) 638 33 99

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3d153949-e2c2-425a-916b-2c9149e0f878 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 4. Gönüllüleri Bilgilendirme Formu

EK 4.1. Çalışma Grubundaki Hastaların Bilgilendirilmesi

ÇALIŞMA GRUBU GÖNÜLLÜLERİ İÇİN BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI

**MEME KANSERİ TANISI KONMUŞ KADINLARA VERİLEN VİDEO DESTEKLİ EĞİTİMİN ETKİNLİĞİ:
NONRANDOMİZE KONTROLLÜ ARAŞTIRMA**

DEĞERLİ KATILIMCI

Meme ameliyatı öncesi verilen video destekli eğitimin, ameliyat sonrası kaygı ve konfor düzeyine etkisi konulu araştırma yürütmekteyiz. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız bizim için oldukça önemlidir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Ankete vereceğiniz cevaplar kesinlikle gizli tutulacak olup üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırma verileri sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, anketler tek tek değil toplu olarak analiz edilecektir. Bu araştırma için sizden herhangi bir ücret istenmeyeceği gibi herhangi bir ücret de ödenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Cerrahi girişime karar verilen tüm hastalara ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası döneme ilişkin bilgilerin yer aldığı eğitimler verilmektedir. Bu eğitimler hastaların, hastalık ve cerrahi süreçte, hastalık ve tedavi ile ilgili ortaya çıkabilecek durumları kontrol altına almak ve hatalık deneyimi ile baş etmek için bilgiye ve eğitim gereksinimlerini karşılamak için planlanmaktadır. Yapılacak bu araştırma ile size verilen ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrasında karşılaşılabileceğiniz durumları nasıl etkilediği belirlemektir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Araştırma ilk olarak ameliyat öncesi dönemde sizinle yüz yüze görüşme yapılacak isim verilmeksizin sizin yaşınız medeni durumunuz, eğitim durumunuz, boyunuz, kilonuz, ilk adet tarihiniz, emzirme durumunuz gibi kişisel özelliklerinizi içeren **27** ve ameliyat sonrası genel durumunuzla ilgili **3 toplamda 30** soruluk “Tanıtıcı Bilgi formu” doldurulacaktır. Daha sonra ameliyat hazırlığının nasıl yapılacağını, ameliyat sonrası nasıl davranmanız gerektiği, nasıl egzersizler yapacağınızı ve bu egzersizlerin size ne fayda sağlayacağını, ağrı gidermek ve rahatlamak amacıyla yapmanız gerekenleri, ameliyat sonrası yaşamınızı devam ettiren dikkat etmeniz gerekenleri anlatan 14 dakikalık bir eğitim videosu izleyeceksiniz. Bu video; cep telefonunuza yüklenecek ve ayrıca bir cd olarak size verilecektir. Toplamda **40** soru içeren duyu durumunuzu ve yaşadığınız olayların sizi nasıl etkilediğini anlamaya yarayan **Durumluluk-Süreklilik Kaygı envanteri** ile **48** sorudan oluşan genel yaşamınızdaki konfor durumunuzu sorgulayan soruların bulunduğu **Genel Konfor Ölçeği** doldurulacaktır. Ameliyattan sonraki 1-2. Gün ve kontrol amacı ile hastaneye geldiğiniz 7-10. günlerde duyu durumunuz ve konfor durumunuz tekrar sorgulanacak ve yapılan eğitimin ne kadar etkili olduğu değerlendirilecektir. Yapılacak olan tüm bu görüşmelerin ortalama 20 dakikalık bir zamanı kapsamaması amaçlanmaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılımınız ile size ameliyat öncesi verilen eğitimin içeriğinin geliştirilmesi ile daha etkin ve yararlı hizmet verilmesine katkıda bulunmuş olacaksınız. Uygulama sürecinin uygulama sonuçlarının ilerideki hastalara, hasta yakınlarına, sağlığa ve topluma olumlu katkılar yapacağı umulmaktadır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

“Bu formu imzalayarak araştırmaya katılım için onay vermiş olacaksınız. Bilgileriniz hiçbir kimse ile ya da ticari bir amaç için paylaşılmayacaktır. Doldurulan anketlere verdiğiniz cevaplar ve araştırma süresince görsel/işitsel cihaz kullanılarak edinilen her türlü bilgi yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Araştırmayla ilgili olarak soru ve problemlerinizi için **Neriman GÜZEL** (sorumlu araştırmacı) iletişime geçebilirsiniz. Şimdiden araştırmaya katılımınızdan dolayı size çok teşekkür ederiz.

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi: (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacı

Neriman GÜZEL: İstanbul Bayrampaşa Tuna AL Sağlık Hizmetleri Öğretmeni

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik AD. Doktora Öğrencisi

İmza:

EK 4.2. Kontrol Grubundaki Hastaların Bilgilendirilmesi
KONTROLGRUBU GÖNÜLLÜLERİ İÇİN BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI

**MEME KANSERİ TANISI KONMUŞ KADINLARA VERİLEN VİDEO DESTEKLİ EĞİTİMİN ETKİNLİĞİ:
NONRANDOMİZE KONTROLLÜ ARAŞTIRMA**

DEĞERLİ KATILIMCI

Meme ameliyatı kararı verilen hastaların, ameliyat öncesi ve sonrası kaygı ve konfor düzeyinin ölçülmesi amacı ile bir araştırma yürütmekteyiz. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız bizim için oldukça önemlidir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Ankete vereceğiniz cevaplar kesinlikle gizli tutulacak olup üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırma verileri sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, anketler tek tek değil toplu olarak analiz edilecektir. Bu araştırma için sizden herhangi bir ücret istenmeyeceği gibi herhangi bir ücret de ödenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Cerrahi girişime karar verilen tüm hastalara ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası döneme ilişkin sizlere birtakım bilgiler ve eğitimler verilmektedir. Bu eğitimler sizlerin, hastalık ve cerrahi süreçte, hastalık ve tedavi ile ilgili ortaya çıkabilecek durumları kontrol altına almak ve hatalık deneyimi ile baş etmek için bilgiye ve eğitim gereksinimlerini karşılamak için planlanmaktadır. Yapılacak bu araştırma ile size verilen ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrasında karşılaşılabileceğiniz durumları nasıl etkilediği belirlemektir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Araştırma ilk olarak ameliyat öncesi dönemde sizinle yüz yüze görüşme yapılacak isim verilmeksizin sizin yaşınız medeni durumunuz, eğitim durumunuz, boyunuz, kilonuz, ilk adet tarihiniz, emzirme durumunuz gibi kişisel özelliklerinizi içeren **27**, ameliyat sonrası genel durumunuzla ilgili **3** toplamda **30** soruluk “Tanıtıcı Bilgi formu” ile **40** soru içeren duyu durumunuzu ve yaşadığımız olayların sizi nasıl etkilediğini anlamaya yarayan **Durumluluk-Süreklilik Kaygı envanteri** ile **48** sorudan oluşan genel yaşamımızdaki konfor durumunuzu sorgulayan soruların bulunduğu **Genel Konfor Ölçeği** doldurulacaktır. Ameliyattan sonraki 1-2. Gün ve kontrol amacı ile hastaneye geldiğiniz 7-10. günlerde duyu durumunuz ve konfor durumunuz tekrar sorgulanacak ve yapılan eğitimin ne kadar etkili olduğu değerlendirilecektir. Yapılacak olan tüm bu görüşmelerin ortalama 20 dakikalık bir zamanı kapsamaması amaçlanmaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılımlarınız ile size ameliyat öncesi verilen eğitimin içeriğinin geliştirilmesi ile daha etkin ve yararlı hizmet verilmesine katkıda bulunmuş olacaksınız. Uygulama sürecinin uygulama sonuçlarının ilerideki hastalara, hasta yakınlarına, sağlığa ve topluma olumlu katkılar yapacağı umulmaktadır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

“Bu formu imzalayarak araştırmaya katılım için onay vermiş olacaksınız. Bilgileriniz hiçbir kimse ile ya da ticari bir amaç için paylaşılmayacaktır. Doldurulan anketlere verdiğiniz cevaplar ve araştırma süresince görsel/işitsel cihaz kullanılarak edinilen her türlü bilgi yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Araştırmayla ilgili olarak soru ve problemlerinizi için **Neriman GÜZEL** (sorumlu araştırmacı) letişime geçebilirsiniz. Şimdiden araştırmaya katılımlarınızdan dolayı size çok teşekkür ederiz.

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi: (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacı

1.Neriman GÜZEL: İstanbul Bayrampaşa Tuna AL Sağlık Hizmetleri Öğretmeni

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik AD. Doktora Öğrencisi

İmza:

EK 5. Veri Toplama Formları

EK 5.1. Kişisel Bilgiler Formu 1. Bölüm Tanıtıcı Bilgiler

MEME KANSERİ TANISI KONMUŞ KADINLARA VERİLEN VİDEO DESTEKLİ EĞİTİMİN ETKİNLİĞİ: NONRANDOMİZE KONTROLLÜ ARAŞTIRMA VERİ TOPLAMA FORMU

Bölüm 1: Tanıtıcı Bilgiler

1)Doğum yılınız:

2) Medeni durumunuz Evli () Bekar ()

3) Çocuğunuz var mı? Evet() Hayır ()

4)Evet ise; kaç çocuğunuz var:.....

İlk çocuğu doğurma yaşı:

5)En son çocuğunuzu emzirme süreniz: ().....ay/yıl süre ile emzirdim.

Emzirmediğim ()

6)Evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

Yalnız yaşıyorum ()

Eş ve/veya çocuklarımla ()

Arkadaş/akraba ile ()

Geniş aile olarak ()

7) Boyunuz:.....

8) Kilonuz:

9)Eğitim Durumunuz: Okur yazar değil () İlk-Orta () Lise() Ön Lisans ()

Lisans ()

Yüksek Lisans ()

Doktora ()

10) Çalışma durumunuz?

Aktif çalışan ()

Emekli ()

Şu anda çalışmıyor ()

Ev hanımı ()

11) Çalışıyor iseniz mesleğiniz.....

12)Gelir durumu giderinize göre nasıl?

Gelir gidere göre az ()

Gelir gideri dengeler ()

Gelir gidere göre yüksek ()

EK 5.2. Veri Toplama Formu 2. Bölüm Hastalıkla ilgili Bilgiler
Bölüm 2: Hastalıkla ilgili Bilgiler

13) İlk adet yaşıınız:.....

14) Menapoza girdiniz mi? Evet () Hayır ()

15) Evet ise Menapoz yaşıınız:.....

16) Başka bir kronik/ yandaş hastalığınız var mı? Evet () Hayır ()
Evet ise:(yazınız)

17) Daha önce herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi? Evet () Hayır ()
Evet ise:(yazınız)

18) Ailenizde daha önce kanser teşhisi alan var mı? Evet () Hayır ()

19) Evet ise: yakınlık dereceniz.....

20) İlk kanser tanısını ne zaman aldınız? 1 yıldan az () 1-3 yıl ()
3-5 yıl () 5 yıldan fazla ()

21) Hastalığınız yaşamınızı etkiledi mi? Evet () Hayır () Kısmen ()

22) Etkilediği alanlar neler? Özel Hayatımı () İş Hayatımı () Sosyal Hayatımı ()

23) Meme Kanseri olduğunuzla ilgili ilk bilgilendirmeyi kim yaptı?
Doktor () Hemşire () Ailem ()

24)Yapılan bilgilendirme yeterli oldu mu? Evet () Hayır () Kısmen()

25) Kanser teşhisi sonrasında size herhangi bir eğitim verildi mi? Evet () Hayır ()

26) Verilen eğitim kim tarafından verildi.....

27) Verilen eğitim sizce yeterli oldu mu? Evet () Hayır () Kısmen()

EK 5.3. Veri Toplama Formu 3. Bölüm Ameliyat ve Ameliyat Sonrasına ait Bilgiler
Bölüm 3: Ameliyat ve Ameliyat Sonrasına ait Bilgiler

28) Ameliyat tarihi:

Ameliyat Türü: Koruyucu cerrahi uygulandı () Meme tamamen alındı ()

Metastaz: Var () Yok ()

Tedavi Şekli: Kemoterapi () Radyoterapi () Hormonoterapi () Cerrahi ()

29) Ameliyat sonrası hastanede kalma süresi:.....

30) Ameliyattan sonra hastanede veya evde yaşadığınız güçlükleri aşağıdaki tabloda “var” yada “yok” diye işaretleyiniz.

Güçlükler	Hastanede	Evde
Bulantı ve Kusma		
Kolunda Şişlik		
Omuzda Ağrı		
Kol ve Omuz hareketlerinde kısıtlılık		
Ameliyat tarafında hissizlik		
Ameliyat bölgesinde şişlik, kızarıklık, akıntı, ısı artışı		
Koltuk altında şişlik		
Solunum ile ilgili sıkıntılar		
Egzersiz yaptı iseniz uygulama sırasında zorlanma		
Kabızlık-İshal benzeri sıkıntılar		
Aşırı kilo alma		
Diğer: (yazınız)		
.....		
.....		
.....		
.....		

EK 5.4. STAI Ölçeği Durumluk Boyutu

STAI FORM I

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun ve sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin şu anda nasıl hissettiğinizi gösteren yanıtı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1. Şu anda sakinim	()	()	()	()
2. Kendimi emniyette hissediyorum	()	()	()	()
3. Şu anda sinirlerim gergin	()	()	()	()
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	()	()	()	()
5. Şu anda huzur içindeyim	()	()	()	()
6. Şu anda hiç keyfim yok	()	()	()	()
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum	()	()	()	()
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	()	()	()	()
9. Şu anda kaygılıyım	()	()	()	()
10. Kendimi rahat hissediyorum	()	()	()	()

11. Kendime güvenim var	()	()	()	()
12. Şu anda asabım bozuk	()	()	()	()
13. Çok sinirliyim	()	()	()	()
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	()	()	()	()
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	()	()	()	()
16. Şu anda halimden memnunum	()	()	()	()
17. Şu anda endişeliyim	()	()	()	()
18. Heyecandan kendimi şakına dönmüş hissediyorum	()	()	()	()
19. Şu anda sevinçliyim	()	()	()	()
20. Şu anda keyfim yerinde	()	()	()	()

Durumluk kaygı puanı:

EK 5.5. STAI Ölçeği Sürekli Boyutu

STAI FORM II

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun ve sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren yanıtı işaretleyin.

	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir	()	()	()	()
22. Genellikle çabuk yorulurum	()	()	()	()
23. Genellikle kolay ağlarım	()	()	()	()
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterdim	()	()	()	()
25. Çabuk arar veremediğim için fırsatları kaçırırım	()	()	()	()
26. Kendimi dinlenmiş hissedirim	()	()	()	()
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğuk kanlıyım	()	()	()	()

28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	()	()	()	()
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	()	()	()	()
30. Genellikle mutluyum	()	()	()	()
31. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim	()	()	()	()
32. Genellikle kendime güvenim yoktur	()	()	()	()
33. Genellikle kendimi güvende hissedirim	()	()	()	()
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	()	()	()	()
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	()	()	()	()
36. Genellikle hayatımdan memnunum	()	()	()	()
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	()	()	()	()
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	()	()	()	()
39. Akli başında ve kararlı bir insanım	()	()	()	()
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	()	()	()	()

Sürekli kaygı puanı:

EK 5.6. Genel Konfor Ölçeği

Rahatlık kavramı ile ilgili çalışmamızda görüşleriniz bizim için önemlidir katılımınız için teşekkür ederiz.

YÖNERGE: Aşağıda şu andaki rahatlık durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için “tamamen katılıyorum”dan “kesinlikle katılmıyorum”a kadar giden dört seçenek vardır. Lütfen şu andaki rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtiniz.

Örnek: Rahatlığıma ilişkin doldurduğum bu anketten memnunum	Tamamen Katılıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	4	3	2	1
1.Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	4	3	2	1
2.Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	4	3	2	1
3.Mahremiyetimi yeterince sürdürebiliyorum	4	3	2	1
4.Yardıma gereksinim duyduğumda güvенеbileceğim kişiler var	4	3	2	1
5. Egzersiz yapmak istemiyorum	4	3	2	1
6. Durumum beni bunaltıyor	4	3	2	1

7. Kendimi güvende hissediyorum	4	3	2	1
8. Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	4	3	2	1
9. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	4	3	2	1
10. Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor	4	3	2	1
11. Bulduğum ortamdan memnunum	4	3	2	1
12. Gürültü dinlenmemi engelliyor	4	3	2	1
13. Kimse beni anlamıyor	4	3	2	1
14. Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	4	3	2	1
15. Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	4	3	2	1
16. Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	4	3	2	1
17. İnançım korkusuz olmama yardım ediyor	4	3	2	1
18. Burada olmaktan hoşlanmıyorum	4	3	2	1
19. Şu anda kabızım	4	3	2	1
20. Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	4	3	2	1
21. Bu oda beni ürkütüyor	4	3	2	1
22. Bundan sonra olacıklardan korkuyorum	4	3	2	1

23. Önemli olduğumu bana hissettiren kişi(ler) var	4	3	2	1
24. Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığımı hissediyorum	4	3	2	1
25. Açım	4	3	2	1
26. Doktorumu daha sık görmek istiyorum	4	3	2	1
27. Bu odanın ısısı iyi	4	3	2	1
28. Çok yorgunum	4	3	2	1
29. Ağrıyla başa çıkabiliyorum	4	3	2	1
30. Bulduğum ortam beni rahatlatıyor	4	3	2	1
31. Memnunum	4	3	2	1
32. Bu sandalye/yatak rahatsız	4	3	2	1
33. Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	4	3	2	1
34. Özel eşyalarım burada değil	4	3	2	1
35. Kendimi buraya ait hissetmiyorum	4	3	2	1

36. Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum	4	3	2	1
37. Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/ kart atarak beni hatırlıyor	4	3	2	1
38. İnançlarım bana huzur veriyor	4	3	2	1
39. Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	4	3	2	1
40. Kendimi kontrol edemiyorum	4	3	2	1
41. Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	4	3	2	1
42. Bu oda berbat kokuyor	4	3	2	1
43. Tek başınayım ama yalnızlık hissetmiyorum	4	3	2	1
44. Kendimi huzurlu hissediyorum	4	3	2	1
45. Kederliyim	4	3	2	1
46. Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	4	3	2	1
47. Burada yaşamak kolay	4	3	2	1
48. Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	4	3	2	1

EK 6. Ölçek İzinleri
EK 6.1. Anksiyete Ölçeği İzni



EK 6.2. Genel Konfor Ölçeği İzni



EK 7. İntihal Raporu

Neriman..

ORJİNALLİK RAPORU

% 14	% 12	% 4	% 6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	openaccess.hku.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
2	Submitted to Hasan Kalyoncu Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
3	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1
4	www.turkcer.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
6	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
8	Submitted to Bülent Ecevit Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
9	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1