# MEME KORUYUCU CERRAHİ YAPILAN KADINLARIN EVDE YAŞADIKLARI SEMPTOMLAR VE ÖZ BAKIM GÜCÜ

**Gül ÇANKAYA**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı**

**İstanbul**

**T.C.Maltepe Üniversitesi**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Eylül, 2018**

# MEME KORUYUCU CERRAHİ YAPILAN KADINLARIN EVDE YAŞADIKLARI SEMPTOMLAR VE ÖZ BAKIM GÜCÜ

**Gül ÇANKAYA**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı**

**Dr. Öğr. Üyesi Rabia SAĞLAM**

**İstanbul**

**T. C. Maltepe Üniversitesi**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Eylül, 2018**

# JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Gül ÇANKAYA "Meme Koruyucu Cerrahi Yapılan Kadınların Evde Yaşadıkları Semptomlar ve Öz Bakım Gücü" başlıklı tezi 19/09/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca, Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi **oy birliğiyle / oy çokluğuyla** olarak kabul edilmiştir.

| | Unvanı. Adı ve Soyadı | İmza |
|---|---|---|
| Üye (Tez Danışmanı) | : Dr. Öğr. Üyesi Rabia SAĞLAM AKSÜT | ..... |
| Üye | : Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK | ..... |
| Üye | : Dr. Öğr. Üyesi Şenay ÖZTÜRK | ..... |

Prof. Dr. Zeliha ÖZER
Enstitü Müdürü

# İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu tezin bana ait özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarda bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmanın Maltepe Üniversitesinde kullanılan "bilimsel intihal tespit programı" ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

19/ 09/ 2018

Gül ÇANKAYA

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlanmamı sağlayan ve bu süre içinde yaşadığım tüm sorunlarda anlayışını, hoşgörüsünü ve sabrını esirgemeyen çok sevdiğim ve saygı duyduğum saygıdeğer hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Rabia SAĞLAM ‘a,

Yüksek lisans eğitimim süresince yardım ve desteğini esirgemeyen, bilgisi ve tecrübesiyle her konuda danışmanlığını ve manevi desteğini aldığım değerli hocam Sayın Doç. Dr. Ümit UĞURLU’ ya,

Tezin istatistik bölümündeki değerli desteği için değerli hocam Sayın Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK‘ a,

Araştırmaya değerli vakitlerini ayırarak gönüllü olarak katılan bütün kadınlara,

Yüksek lisans eğitimim süresince en zor günlerimde desteğini esirgemeyen başta sevgili kızım Delfin ÇANKAYA ve eşim Barış ÇANKAYA**’** ya olmak üzere canım aileme**,**

Tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

Gül ÇANKAYA

Eylül, 2018

# ÖZ

## MEME KORUYUCU CERRAHİ YAPILAN KADINLARIN EVDE YAŞADIKLARI SEMPTOMLAR VE ÖZ BAKIM GÜCÜ

GÜL ÇANKAYA

Hemşirelik Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Rabia SAĞLAM

Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018

Bu araştırma, meme koruyucu cerrahi ameliyatı olan kadınların evde yaşadıkları semptomlar ve öz bakım gücünü belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, İstanbul'da bir kamu hastanesinde Ocak - Eylül 2018 tarihinde meme koruyucu cerrahi ameliyatı olan kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine karşılayan 65 kadın oluşturmuştur. Bu araştırmanın sonucunda kadınların meme koruyucu cerrahi yapıldıktan sonra evde en fazla yorgunluk ve halsizlik, ağrı ve uykusuzluk semptomlarını yaşadıkları ve orta düzey öz bakım gücüne sahip oldukları belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yüksek, evli, geliri giderine eşit ve kronik hastalığı olmayan kadınların öz bakım gücü puan ortalaması daha yüksek olup, kadınların yaşı ve BKİ arttıkça öz bakım gücü puan ortalamasının azaldığı belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Meme kanseri, Meme Koruyucu Cerrahi, Semptomlar, Öz Bakım Gücü, Hemşirelik

# ABSTRACT

## THE SYMPTOMS IN WOMEN UNDERGOING BREAST CONSERVING SURGERY AND SELF CARE ABILITY AT HOME

Gül ÇANKAYA

Nursing Department

Surgical Diseases Nursing Programme

Advisor: Asst. Prof. Rabia SAĞLAM

Maltepe University Institute of Health Sciences, 2018

This research was conducted to determine the symptoms and self care power of women with breast conserving surgery. The universe of the study was composed of women who had breast conserving surgery in January - September 2018 at a public hospital in Istanbul. The sample of the study consisted of 65 women who agreed to participate in the study and met the inclusion criteria. As a result of our study, it was determined that the women participated in the study gave the highest score for fatigue and weakness, pain and insomnia symptoms after breast conserving surgery. Women have the medium level of self-care power in the first interview and in the second interview. As the education and income level of the women increased, the self-care score increased too. it was determined that women who had a spouse and children and who had no chronic disease had a higher self-care score.



**Keywords**: Breast Cancer, Breast Conserving Surgery, Symptoms, Self Care, Nursing

## İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ..... ii
İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI ..... iii
TEŞEKKÜR ..... iv
ÖZ ..... v
ABSTRACT ..... vi
İÇİNDEKİLER ..... vii
TABLOLAR LİSTESİ ..... ix
KISALTMALAR ..... x
ÖZGEÇMİŞ ..... xi
1. GİRİŞ ..... 1
1.1. Problem ..... 1
1.2. Amaç ..... 4
1.3. Önem ..... 4
1.4. Sınırlıklar ..... 4
2. GENEL BİLGİLER ..... 5
2.1. Memenin Anatomisi ..... 5
2.2. Memenin Hastalıkları ..... 5
2.2.1. Memenin İyi Huylu (Benign) Hastalıkları ..... 5
2.2.2. Memenin Kötü Huylu (Malign) Hastalıkları ..... 6
2.3. Meme Kanseri ve Epidemiyolojisi ..... 7
2.4. Meme Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri ..... 7
2.5. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları ..... 8
2.6. Meme Kanserinin Tanı Yöntemleri ..... 9
2.7. Meme Kanserinde Sınıflandırma ve Evreleme ..... 9
2.7.1. BI-RADS Sınıflama Sistemi ..... 9
2.7.2. Tümör Nod Metastaz Sistemi (TNM) ..... 10
2.8. Meme Kanserinin Tedavi Yöntemleri ..... 10
2.8.1. Meme Koruyucu Cerrahi (MKC) ..... 12
2.9. MKC Yapılan Kadınlarda Gelişebilecek Semptomlar ve Semptom Yönetimi ..... 12
2.10. MKC Yapılan Kadınlarda Öz Bakım Gücü ..... 15
3. YÖNTEM ..... 18

3.1. Araştırmanın Şekli ..... 18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı ..... 18
3.3. Evren ve Örneklem ..... 18
3.4. Veriler ve Toplanması ..... 18
3.4.1.Hasta Tanıtım Formu ..... 19
3.4.2. Semptom Kontrol Listesi ..... 19
3.4.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği ..... 19
3.5. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması ..... 21
3.6. Araştırmanın Etik Yönü ..... 23
4. BULGULAR ..... 24
5. TARTIŞMA ..... 32
6. SONUÇ ..... 36
6.1. Özet ..... 36
6.2. Yargı ..... 37
6.3. Öneriler ..... 38
7. EKLER ..... 39
EK-1. Hasta Tanıtım Formu ..... 39
EK-2. Semptom Kontrol Listesi ..... 41
EK-3. Öz Bakım Gücü Ölçeği ..... 43
EK-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu ..... 46
EK-5. Etik Kurul Onay Formu ..... 47
EK-6. Öz Bakım Gücü Ölçeği Kullanım İzni ..... 48
KAYNAKÇA ..... 49

## TABLOLAR LİSTESİ

**Tablo 3.1.** Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler ..... 21
**Tablo 3.2.** Verilerin Normallik Dağılım Analizleri ..... 22
**Tablo 3.3**. Çalışmada Kullanılan Öz bakım Gücü Ölçeğinin Cronbach α Katsayısı ..... 22
**Tablo 4.1.** MKC Yapılan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ..... 24
**Tablo 4.2**. MKC Yapılan Kadınların Tıbbi Öykülerine İlişkin Özellikleri ..... .25
**Tablo 4.3.** MKC Yapılan Kadınların Evde Yaşadıkları Semptomlara İlişkin Puan Ortalamaları (1. Görüşme) ..... 26
**Tablo 4.4.** MKC Yapılan Kadınların Öz Bakım Gücü Puan Ortalaması (1. Görüşme) . 26
**Tablo 4.5.** MKC Yapılan Kadınların Evde Yaşadıkları Semptomlar ile Öz Bakım Gücü Puan Ortalamaları (1. Görüşme) ..... 27
**Tablo 4.6.** MKC Yapılan Kadınların Evde Yaşadıkları Semptomlara İlişkin Puan Ortalamaları (2. Görüşme). ..... 27
**Tablo 4.7**. MKC Yapılan Kadınların Öz Bakım Gücü Puan Ortalamaları (2.Görüşme) ..... 28
**Tablo 4.8.** MKC Yapılan Kadınların Evde Yaşadıkları Semptomlar ile Öz Bakım Gücü Puan Ortalamaları (2. Görüşme) ..... 28
**Tablo 4.9.** MKC Yapılan Kadınların Evde Yaşadıkları Semptomlar ile Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Görüşmelere Göre Karşılaştırılması ..... 29
**Tablo 4.10.** MKC Yapılan Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ..... 30
**Tablo 4.11.** MKC Yapılan Kadınların Tıbbi Öyküleri ve Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Özellikleri ile Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ..... 31

## KISALTMALAR

ALND : Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu

BKİ : Beden Kitle İndeksi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EB : Eksizyonel Biyopsi

İİAB : İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi

KİB : Kesici İğne Biyopsisi

MKC : Meme Koruyucu Cerrahi

MR : Magnetik Rezonans

MRM : Modifiye Radikal Mastektomi

SİB : Sterotaksik İğne Biyopsisi

SLNB : Sentinal Lenf Nodu Biyopsisi

SPSS : Statistical Package For Social Sciences

TNM : Tümör Nod Metastaz Sistemi

USG : Ultrason

KKMM : Kendi Kendine Meme Muayenesi

# ÖZGEÇMİŞ

**Gül Çankaya**
**Hemşirelik Anabilim Dalı**
**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı**

**Eğitim**

| | | |
|---|---|---|
| Yüksek Lisans | 2018 | Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı |
| Lisans | 2011 | Kocaeli Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi |
| Lise | 2005 | Tuzla Süper lisesi |
| İlkokul | 1994 | Namık Kemal İlk Öğretim Okulu |

**İş/İstihdam**

| | |
|---|---|
| 2015- Halen | Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ameliyathanesi/ Hemşire |
| 2014- 2015 | Pendik Bölge Hastanesi, Cerrahi Servisi/ Hemşire |
| 2012-2014 | Kocaeli Üniversitesi, Yeni Doğan Yoğun Bakım/ Çocuk Yoğun Bakım/ Servisi/ Hemşire |
| 2011-2012 | Johns Hopkins Anadolu Sağlık Merkezi, Cerrahi Servisi/ Hemşire |

**Kişisel Bilgiler**

| | |
|---|---|
| Doğum yeri / yılı | Kadıköy/ 1987 |

# 1.GİRİŞ

## 1.1.Problem

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türlerinden biri olup, Dünya'da cinsiyete özgü kanserlerden ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'nün raporuna göre 2012 yılında 1.7 milyon kadına meme kanseri tanısı konmuştur. Meme kanseri kadınlarda görülen tüm kanser türlerinin %25'ini, her iki cinste görülen kanser türlerinin ise %12'sini oluşturmaktadır. DSÖ'nün raporuna göre 2012 yılında yarım milyon kadın meme kanseri nedeniyle yaşamını yitirmiştir ve bu oran kanser nedeniyle yaşamını yitiren kadınların %15' ini oluşturmaktadır (DSÖ, 2014). Tüm Dünya'da olduğu gibi, Türkiye'de de meme kanseri insidansı yıllara göre artış göstermektedir. Türkiye Kanser İstatistikleri'ne göre meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türü olup her 4 kadından 1'i meme kanseridir. Ülkemizde meme kanseri görülme oranı diğer gelişmiş ülkelerle benzerlik göstermekte olup, 2013 yılında yüz binde 45.9 olduğu bildirilmektedir ve 2013 yılında yaklaşık 17.000 kadına meme kanseri teşhisi konulmuştur (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016).

Meme kanseri tanısı konulduktan sonra tedavisi hastada yakalandığı evre ve yapılan tanılama işlemlerinin sonucuna göre değişmekle birlikte cerrahi tedavi, radyoterapi, kemoterapi, hormonal tedavi ve biyolojik tedavi meme kanseri tedavisinde kullanılan yöntemlerdir (Kaymakçı, 2014). Meme kanserinde cerrahi girişim, özellikle uzak yayılımın olmadığı lokalize kanserlerde en fazla başvurulan yöntemdir. Uzun süreli sağ kalımlar sonucu erken evre meme kanseri tedavisinde memedeki kanser kitlesinin çıkarılmasını içeren cerrahi girişim alternatifleri vardır ve Meme Koruyucu Cerrahi (MKC) bu alternatif cerrahi girişim yöntemlerinden biridir (Akyolcu, 2008). MKC ameliyatı tümör ile bir miktar sağlam doku ve aksilladan birkaç lenf nodunun alındığı bir ameliyat tipidir (American Cancer Society, 2015). MKC ameliyatlarının diğer meme kanseri ameliyatlarına oranla sağ kalımlarda farklılığının olmaması ve kozmetik sonuçlarının daha iyi olması nedeniyle erken evre meme kanserlerinde tercih edilen bir cerrahi tedavi yöntemidir (Çolak ve ark., 2008). Bununla beraber MKC ameliyatı sonrasında hastaların mastektomi ameliyatlarına göre daha az semptom yaşaması ve yaşam kalitesinin daha az etkilenmesi nedeniyle erken evre meme kanserinde tercih edilmesini sağlamıştır (Çolak ve ark., 2008; Gümüş ve ark., 2010; Zanapalıoğlu ve ark., 2009).

MKC ve mastektomi ameliyatı yapılan kadınlarda cerrahi prosedürlerden dolayı birçok fiziksel semptomlar yaşanmaktadır. Literatürde meme kanseri nedeniyle mastektomi ameliyatı olan kadınların ameliyat sonrası dönemde hafıza sorunları ve konsantrasyonda azalma, kas ve eklemlerde ağrı, seroma, hematom, yara yeri akıntısı, ateş, fantom meme sendromu, omuz ve kol hareketlerinde kısıtlılık, el de karıncalanma ve uyuşma, doku perfüzyonunda bozulma, lenf ödem, enfeksiyon ve cilt flebi nekrozu, saç dökülmesi, vücut ağırlığında ciddi artış ya da azalma ve fiziksel güçte azalma semptomlarını yaşadığı belirtilmiştir (Denizligil ve Sönmez, 2015; Çakıcı ve ark., 2011; Büyükakıncak ve ark., 2013). MKC yapılan kadınlarda hafıza sorunları ve konsantrasyonda azalma, kas ve eklemlerde ağrı, yara yeri akıntısı, seroma, hematom, lenf ödem görüldüğü belirtilmiştir (Denizligil ve Sönmez,2015; Çakıcı ve ark., 2011; Büyükakıncak ve ark., 2014; Atay, 2015). Mastektomi ameliyatı olan kadınlarda yara yerinin büyük olması MKC yapılan kadınlara göre daha fazla şiddette ve sıklıkta semptom yaşanmalarına neden olmaktadır (Gümüş ve ark., 2010; Denizligil ve Sönmez, 2015; Karmanoğlu ve Özer, 2008).

Meme kanseri tedavisinde karşılaşılan problemlerden bir diğeri de kanser tanısı alan ve kanser tedavisi uygulanan hastaların tedavilerine bağlı olarak gelişen psikolojik problemlerdir. Bunlar, hasta yaşam kalitesini bozmakta, tedaviye uyumu ve yaşam süresini azaltmaktadır (Özçınar ve ark., 2010; Işık, 2014). Mastektomi ameliyatı olan kadınlarla MKC yapılan kadınların yaşadıkları psikolojik semptomların literatürde benzer semptomlar olduğu belirtilmiştir. Kadınların meme kanseri tanısı alması ile birlikte cerrahi sonrası yaşanan psiko-sosyal semptomlar; beden imajında bozulma, stres, anksiyete, benlik saygısında azalma, öfke, libidoda azalma, acı çekme ve ölüm korkusu, tedavinin belirsizliğine bağlı depresyon, yorgunluk, uykusuzluk, cinsel sorunlar, tedavinin uzun ve pahalı olmasına bağlı ekonomik zorluklar, aile ve iş yaşamında değişiklik olup yaşanan bütün bu sorunlar hastaların öz bakımlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Turgut ve ark., 2009; Okanlı, 2004; Öskan ve Alçalar, 2009; Przezdziecki ve ark., 2013; Drageset ve ark., 2011;Tünel ve ark., 2012; Baron, 2010; Özbaş, 2006; Akça ve ark., 2014).

Öz bakım; bireyin sürekli, kontrollü, etkili ve amaçlı davranışlarının olgunlaşmasıyla kendi kendine yaptığı bakım olarak tanımlanmaktadır (Carpenito-Moyet, 2012). "Öz bakım gücü" ise sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesi ile ilgili

bireyin öz bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğeleri bileşimidir (Altıparmak ve ark., 2011). Kanser tanısı aldıktan sonra ameliyat olan hastaların sürekli takip ve tedavilerinin olması, ameliyat sonrası dönemde günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması ile birlikte cerrahi tedaviye bağlı gelişen fizyolojik ve psikolojik semptomlar hastaların taburculuk sonrası öz bakım gücünü ve iyileşmenin seyrini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Karamanoğlu ve Özer, 2008; Baron ve ark., 2010; Altıparmak ve ark., 2011). Yapılan çalışmalarda yaşam kalitesi ve öz bakım gücü doğru orantılı olup birbirlerini paralel olarak etkilemektedir (Altıparmak ve ark., 2011). Literatürde MKC ve öz bakım gücü ile ilgili sınırlı çalışmalara rastlanılmıştır. Bununla beraber genellikle yapılan çalışmalarda mastektomi ameliyatı sonrasında hastaların karşılaştığı semptomlar ve yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Özçınar ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada ağrı, lenf ödem ve yara yeri ile ilgili yaşanan semptomların hastaların hem fiziksel hem de psiko-sosyal yönden etkilediği, bu durumun hastaların hastalığa uyum ve hastalıkla başetme sorunları yaşamalarına neden olduğu belirtilmiştir. Büyükakıncak ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada omuz ağrısı, el kavrama gücünde bozulma ve yaşanan psiko-sosyal semptomların hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir.

Yapılan çalışmalarda, meme kanseri nedeniyle ameliyat olan kadınların evde yaşadıkları semptomların erken belirlenmesi ve bakımın sürekliliğinin sağlanması için ev ortamında etkili bir bakım verilmesi gerektiği bildirilmektedir. Taburcu olduktan sonra hastaların hastalıkla ilgili fiziksel ve psiko-sosyal birçok sorun yaşaması, hemşirelere hastaların ameliyat sonrası evde bakımlarında eğitici, danışman, aile içi stres yöneticisi, diğer aile bireylerinin risk danışmanlığı, hasta ve ailesinin takibi gibi birçok rol ve sorumluluk yüklemektedir (Karamanoğlu ve Özer, 2008; Işık, 2014). .

Meme kanseri nedeniyle ameliyat olan hastaların en kısa zamanda normal yaşamlarına dönmesine yardımcı olmak ve bu süre içinde hastaya uygun hemşirelik bakımını planlayıp uygulamak hemşirelerin en önemli görevlerindendir (Karamanoğlu ve Özer, 2008; Özbaş, 2006; Gürsoy ve Erdil, 2008). Bu amaçla hastalara kapsamlı bir hemşirelik bakımının taburculuk sonrası da verilmesi gerekmektedir. Taburculuk sonrası verilecek hemşirelik bakımında hastanın hastalığı ve cerrahi operasyon sonrası tedavinin yan etkilerine yönelik bilgi eksikliğinin giderilmesi, beslenme, kol egzersizleri, cinsellik, cerrahi operasyon uygulanmayan memenin korunmasına yönelik

eğitimler, cerrahi operasyon uygulanan memenin korunmasına yönelik günlük yaşamda dikkat edilmesi gerekenler, cerrahi operasyon sonrası takipler, hasta ve ailesinin var olan duruma adaptasyonunun sağlanması, yara yeri bakımı gibi tedaviye bağlı gelişebilecek semptomları önleyici hemşirelik bakımının hastalara verilmesi gerekmektedir (Karamanoğlu ve Özer, 2008; Gürsoy ve Erdil, 2008; Karayurt ve Andıç, 2011; Gül ve Erdim, 2009; Gürsoy, 2005).

### 1.2.Amaç

Literatürde MKC yapılan kadınların evde yaşadıkları semptomlar ve öz bakım gücünü değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda bu çalışmanın amacı MKC ameliyatı yapılan kadınların evde yaşadıkları semptomlar ve öz bakım gücünün belirlenmesine yönelik verilecek sağlık hizmetlerinin planlanmasında literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu amaç doğrultusunda cevaplanması istenilen sorular şunlardır:

- MKC yapılan kadınlarda cerrahi sonrası en fazla görülen semptomlar hangileridir?
- MKC yapılan kadınlarda öz bakım gücü ne düzeydedir?
- MKC yapılan kadınların yaşadıkları fiziksel semptomlar öz bakım gücünü etkiler mi?

### 1.3.Önem

MKC yapılan kadınların evde yaşadıkları semptomların bilinmesi evde gelişebilecek komplikasyonların önüne geçilmesi ve hastaneye geri dönüşleri azaltmak açısından son derece önemlidir.

### 1.4. Sınırlılıklar

Araştırmanın belli bir zaman dilimi içinde, taburcu olan kadınlarla ve tek bir hastanede yapılmıştır.

# 2.GENEL BİLGİLER

## 2.1. Memenin Anatomisi

Meme sternumun lateral kenarından orta koltukaltı çizgisine kadar uzanır ve yukarıdan aşağıya doğru 2. kosta ile 6. kostalar arasındadır. Meme dokusunun yaklaşık üçte ikisi pektoralis majör kasının üzerindedir, üçte birlik bölümü ise sertarus anterior kası üzerinde bulunmaktadır. Memenin büyüklüğü ve şekli kadının yaşı, genetik yapısı, beslenme durumu, gebelik, laktasyon ve mensturasyon durumuna göre değişiklikler gösterir (Ünal, 2002). Meme dıştan içe doğru deri, deri altı yağ dokusu ve meme dokusundan oluşur. Her bir meme bezi 12-20 lobdan, her lob sekresyon hücrelerinin oluşturduğu 20-40 lobülden ve her lobül 10-100 alveolden oluşur. Üzüm salkımını andıran bu yapı alt bir kanalla meme başına açılır. Meme başının çevresi areola adı verilen koyu pigmente ve kasılmayı kolaylaştırıcı düz adele lifleri bulunan ciltle kaplıdır. Daire şeklinde olan areolanın içinde bol miktarda duyarlı sinir ucu, yağ bezleri ve ter bezleri bulunur. Memenin kanlanmasını inter kostal arter, internal ve lateral torasik arter sağlar. Memelerin gelişimi doğum öncesi klavikulanın orta hattı üzerinde bulunan ve süt çizgisi adı verilen bölgede olur. Ergenlik dönemine kadar, kız ve erkek çocuklarında aynıdır. Kadınlarda memeler, adet döngüsünde, gebelik ve lohusalık dönemlerinde östrojen, progesteron, prolaktin, oksitosin, tiroid hormonları, kortizol ve growth hormonlarının etkilerine maruz kalır. Meme dokusu kadın vücudunda gelişimini doğum sonrası tamamlayan tek dokudur. Ergenlik dönemindeki değşikliklerden sonra asıl gebelik ve süt salgılama döneminde tamamen değişmektedir. Menopoz sonrası ise overlerden salgılanan östrojen ve progesteron hormonlarının etkisinin kesilmesiyle meme dokusu küçülmekte ve eski fonksiyonunu yerine getirememektedir (Grimsel, 2011; Cabioğlu, 2012).

## 2.2. Memenin Hastalıkları

Memenin hastalıkları benign (iyi huylu) ve malign (kötü huylu) olmak üzere ikiye ayrılır.

### 2.2.1. Memenin İyi Huylu ( Benign) Hastalıkları

Memenin kistik hastalıkları mikrokistler, apokrin değişiklikler, adenozis, fibroadenozis ve hiperplazi şeklinde olup yumuşak, sınırları belli ve hareketlidir. Meme dokusunda aylık östrojen ve progestron döngüsü esnasında hormonal etkilerden dolayı

dönemsel ağrı, hassasiyet, şişlik ve ele gelen kitle hissedilir. Mensturasyon sonrası bu durum sona erer (Karayurt, 2015).

Fibroadenomlar en yaygın görülen benign meme hastalıklarındandır. Ele gelen kitleler genellikle katı, lastik kıvamında, yuvarlak, hareketli, ağrısız ve kapsüllüdür. Menstural düzensizlikle ilişkili olan bu kitleler genellikle gebelik ve laktasyonla uyarılırlar. Tekrarlama riski olmasına rağmen büyümenin durdurulamaması durumunda cerrahi girişim ile alınır. Memenin büyük kanallarındaki sıvı birikiminin bakteriyel enfeksiyonu olarak belirtilen enflamatuar lezyonlar ve kanal ektazisi, premenopoz ve menopozda görülür. Nedeni tam olarak bilinmeyen bu hastalığın belirtileri meme başı akıntısı, ağrı, palpe edilebilen kitle, meme başı çevresinde kaşıntı ve kızarıklıktır (Harmer ve Froyd, 2011).

Akut mastit ve apse de ise etken sıklıkla meme başındaki bir çatlaktan giren ve alttaki dokuya yayılan stafilokokus aureus 'tur. Ateş, lokal duyarlılık, deride eritem vardır. Pürülan akıntı olabilir. Akut mastit genellikle emziren annelerde görülmekle birlikte akut başlayıp kronikleşebilir. Bununla beraber kronik mastit daha çok yaşlı kadınlarda görülür. Etken aynı olup bulgular enflamatuar meme kanserini taklit edebilir (Baron, 2010; Harmer ve Froyd, 2011).

### 2.2.2. Memenin Kötü Huylu (Malign) Hastalıkları

Meme dokusundaki hücrelerin kontrolsüz olarak çoğalıp çevre ve uzak organlara yayılarak çoğalmayı sürdürmesi sonucu görülen lokal ve sistemik bir hastalıktır. Meme kanseri, tümör memenin hangi bölgesindeki dokudan kaynak almışsa ona göre sınıflandırılmaktadır. Bu kanserler; lobüller kanserler, duktal kanserler, paget hastalığı ve inflamatuar kanserlerdir. Lobüller kanserler, memenin epitelindeki lobülden kaynaklanan kanserlerdir. Noninvaziv ve invaziv lobüler kanserler olmak üzere ikiye ayrılır. Duktal kanserler, meme kanalındaki epitel dokudan kaynaklanır. Noninvaziv ve invaziv duktal kanserler olmak üzere ikiye ayrılır. Paget hastalığı nadir görülür. Başlangıçta yanma, ülserasyon, kaşınma ve kabuklanma ile başlayıp geç evrede tümör invaziv hale gelir. İnflamatuar kanserlerde tümör yumuşak ve ağrılı olup, kızarıklık, sıcaklık artışı, meme derisinde ödem ve kalınlaşma göstererek enfeksiyon görünümü verir. Prognozu oldukça kötü olan bu kanser kadınlarda nadir olarak görülür (Karayurt, 2015; Harmer ve Froyd, 2011).

## 2.3. Meme Kanseri ve Epidemiyolojisi

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgüt (DSÖ)'nün raporuna göre 2012 yılında 1.7 milyon meme kanseri tanısı konmuştur. DSÖ'nün raporuna göre 2012 yılında yarım milyon kadın meme kanseri nedeniyle yaşamını yitirmiştir ve bu oran kanser nedeniyle yaşamını yitiren kadınların %15' ini oluşturmaktadır (DSÖ, 2014). Meme kanseri görülme sıklığında son 50–60 yılda ciddi artışlar olmuştur. Kadınlarda meme kanserinin görülmesinin sıklığını artması, erken evrede tedavi imkânlarının olması ve gelişen bilgi, teknoloji ile daha erken tanı konulabilmesi meme kanseri insidansının bir önceki tahminlere göre %20, ölümlerin ise %14 artışına neden olmasıyla ilişkilendirmiştir (Utkan, 2018). Tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de meme kanseri insidansı yıllara göre artış göstermektedir. Türkiye Kanser İstatistikleri' ne göre meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türü olup her 4 kadından 1'i meme kanseridir. 2013 yılında Türkiye' de yüz binde 45.9 oranındadır. Yine 2013 yılında yaklaşık 17.000 kadına meme kanseri teşhisi konulmuştur (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016).

## 2.4. Meme Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Kadınlarda görülen en sık kanser türü olan meme kanserine neden olan birçok faktör bilinmesine rağmen kadınların yaklaşık %70'inde bilinmeyen nedenlerden dolayı meme kanseri gelişmektedir. Meme kanserinin gelişmesinde rol oynayan faktörler birçok kaynakta farklı şekilde gruplandırılmıştır. Literatürde daha çok demografik özellikler, reprodüktif öykü, ailesel/genetik faktörler, çevresel faktörler ve diğer faktörler şeklinde beş grupta sınıflandırılmaktadır (Güler, 2013; Koçak ve ark., 2011).

Kadın cinsiyeti, en büyük risk faktörüdür ve 100 kat artmış riski ifade eder. Bunun nedeni kadınların erkeklerden daha fazla meme dokusuna sahip olması ve gelişimsel dönemlerinde östrojen ile progesteron hormonlarının yüksek olmasıdır. Yaş ilerledikçe görülme oranı artmaktadır. Meme kanserinin beyaz kadınlarda görülme sıklığı, siyahi kadınlara oranla %20 daha fazla olmasına rağmen, mortalite oranları siyahi ırkta daha fazladır (Güler, 2013; Koçak ve ark., 2011).

Erken adet görme veya menopoza geç girilmesi östrojen hormonuna daha fazla maruz kalınmasına neden olduğu için meme kanseri riskini arttırmaktadır. İleri yaşlarda yapılan canlı doğum veya hiç doğumun olmaması da yine östrojen hormonunun etkisine daha fazla maruz kalınmasından dolayı meme kanseri riskini arttırır (Kaymakçı, 2014).

Meme kanseri aile öyküsünün özellikle birinci derece akrabalarda (anne, kız kardeş, baba, hala ya da erkek kardeş) görülmesi meme kanseri riskini arttırır. Genetik meme kanserlerinin çoğunluğu (%50-60) 17 numaralı kromozomda bulunan BRCA1/2 genlerinden birini etkileyen mutasyonlara bağlıdır. Genel olarak meme kanserinin $BRCA_1$ – $BRCA_2$ gen mutasyonlarından kaynaklandığı ön görülmektedir (Koçak ve ark., 2011).

Yağlı besinlerin çok fazla miktarda ve uzun süre tüketimi vücutta serum östrojen düzeyini yükselterek östrojen hormonuna maruziyeti ve meme kanserine yakalanma riskini artıracaktır. Beden kitle indeksi 30 kg/m² olan kilolu kadınlarda postmenapozal meme kanseri daha fazla görülmektedir. Fiziksel aktivitenin olması, özellikle menopoz öncesinde meme kanseri riskini azaltmaktadır. Düzenli egzersiz yapmak adet görme aralıklarını uzatarak östrojen hormonunun etkisine maruziyeti azalttığından dolayı meme kanserine yakalanma riskini azalttığı düşünülmektedir. Bununla beraber alkol alımının miktarı ve kullanım süresinin de meme kanseri riskini arttırdığı düşünülmektedir (Koçak ve ark., 2011; Harvey ve Wistanley, 2014).

Kişinin kendisinde invaziv veya insitu meme kanseri öyküsü var ise diğer memede invaziv meme kanseri gelişme riski de artmaktadır. Memenin yapısının yoğun olması mamografi değerlendirmesini güçleştirmesi ile beraber başlı başına meme kanseri için risk faktörüdür. Memenin gelişiminin daha hızlı olduğu 10-14 yaş arası dönemde, radyasyona maruz kalmak, meme kanseri riskini artırmaktadır. Hormon replasman tedavisi alan kadınlarda, verilen tedavinin tipinden ve yönteminden bağımsız olarak hayatı tehdit eden meme kanserine yakalanma riskinin arttığı ortaya konmuştur (Koçak ve ark., 2011; Parks ve Cheving, 2018).

### 2.5. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları

Zor ele gelen, hareketsiz, şekilsiz ve genellikle ağrısız olan kitle; meme başında gerilme, hastalığın ilerleyen dönemlerinde geç belirtilerinden biri olan ağrı; lenf damarlarının tıkanması sonucu lenf dolaşımının bozulması ve meme derisi ile deri altı dokusunun beslenememesi sonucu oluşan şişlik, lenf nodüllerinde büyüme ve portakal kabuğu görünümü ile birlikte deride ülserasyon ve eritem, ödemin geliştiği üst kolda anormal şişlik, kanlı, seröz ya da kanlı-seröz meme başı akıntısı meme kanserinin başlıca belirti ve bulgularındandır (Parks ve Cheving, 2018; Onat ve Baykal, 2009).

## 2.6. Meme Kanseri Tanı Yöntemleri

Meme kanserinde klinik değerlendirmeler ilk aşama olup bunu ikinci basamakta radyolojik yöntemler izler (Kılıç ve Yılmaz, 2014). Düşük dozda radyasyon verilerek meme iç yapısının görüntülenmesini sağlayan mamografik tarama, detaylı görüntü elde etmek için radyasyon yerine manyetik alanın kullanılması sonucu elde edilen magnetik rezonans (MR), mamografi ile görüntülemenin yetersiz kaldığı genellikle yoğun meme yapısına sahip yüksek riskli kadınlarda mamografi ile birlikte kistik yapıların incelenmesinde kullanılan ultrason (USG), uzman sağlık çalışanları tarafından gözlemleme yoluyla elde edilen bulgular ile elle muayene yöntemleri kullanılarak yapılan klinik meme muayenesi, kendi kendine meme muayenesi (KKMM) meme kanserinin tanılama yöntemlerindendir (Köroğlu, 2012). Ayrıca mamografi, USG ya da el le muayene ile tespit edilmiş bir kitleden doku örneği almak amacıyla yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB), kesici iğne (Core) biyopsisi (KİB) ve sterotaksik iğne biyopsisi (SİB) ve eksizyonel biyopsi/ lumpektomi(EB) meme kanseri tanılama yöntemleridir (Tam Ashinh ve Marshlee, 2017).

## 2.7. Meme Kanserinde Sınıflandırma ve Evreleme

Evreleme kanser hücrelerinin vücutta hangi bölgeye yerleştiğinin, nerelere yayıldığının ve vücuttaki diğer organları etkileyip etkilemediğinin tanımlanmasıdır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).

### 2.7.1. BI-RADS Sınıflama Sistemi

BI-RADS Sınıflama Sistemi Amerikan Radyoloji Koleji ile Meme Görüntüleme, Raporlama ve Veri Sisteminin görüntüleme bulgularına (USG, Mamografi, MR) özel hastalığın yönetilmesi ve standardize edilmesi için yaptığı bir sınıflamadır.

BI-RADS sınıflamasında;

- Birinci grupta normal görüntüleme,
- İkinci grupta iyi huylu lezyon bulguları,
- Üçüncü grupta şüpheli/yüksek olasılıkla iyi huylu lezyon (>%98) bulguları oluşturur. Bu sınıflama sistemi kendi içinde iki farklı uygulama içerir: genelde üçüncü grupta yer alan hastalara BI-RADS sınıflamasında 6 ay ara ile 2 yıla kadar takip önerilirken, meme koruyucu cerrahi tedavi planlanan hastalarda aynı memede saptanan lezyonların varlığında, mamoplasti planlanan hastalarda üçüncü kategori için de biyopsi ile örnekleme düşünülebilir.

- Dördüncü grupta kötü huylu lezyonlar açısından şüpheli lezyonlar oluşturur.
- Beşinci grupta kötü huylu lezyonlar açısından yüksek şüpheli (>%90) lezyonları içerir (Özel ve ark., 2015).

### 2.7.2. Tümör Nod Metastaz Sistemi (TNM)

Meme kanserinde kullanılan diğer evreleme sisitemi Amerikan Kanser Komitesi tarafından hazırlanmış TNM evreleme sistemidir. T N M' de T(tümör), N(nod=lenf nodu) ve M(metastaz) kısaltmasıdır. T, N,M sonuçları birleştirilerek kanserin evresi belirlenir. Evre Romen rakamlarıyla 1'den 4'e (I, II, III, IV) kadar yazılır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).

TNM sınıflamasında;

- Evre 0 kanser teşhisi konduğunda, kanser başladığı yerde sınırlıdır ve çevre dokulara yayılmamış anlamına gelmektedir (Onat ve Baykal, 2009).
- Erken meme kanseri: Evre I, IIA, IIB (T2N1)
- Lokal ileri meme kanseri: Evre IIB (T3N0), III
- Metatastik meme kanseri: Evre IV (Utkan, 2018).

TNM evrelemesi hastalığın prognozunu göstermesi, tedavinin planlanmasında ve takibinde yol göstericidir. Bununla beraber TNM sistemi diğer tedavi merkezlerinde ve tümör araştırmalarında ortak bir dilde oluşturmaktadır. Ancak gelişen teknoloji ve tedavi yöntemleri ile elde edile yeni bilgiler TNM sisteminin yeterli olmadığının bunun yerine hastaya ilişkin biyolojik özelliklerin ve kişisel verilerin girişine izin veren esnek bir yapı olan TNMEIO Avrupa Onkoloji Enstitüsü (EIO) uzmanları tarafından önerilmektedir (Çavuşoğlu ve ark., 2009).

## 2.8. Meme Kanserinde Tedavi Yöntemleri

Meme kanserinin tedavisinde kemoterapi, hormonal tedavi, biyolojik tedavi, radyoterapi ve cerrahi tedavi kullanılmaktadır (Baykara, 2016; Chaabouni ve ark., 2016).

Kemoterapinin amacı kanser hücrelerini kemoterapötik ilaçlar kullanarak yok etmektir. Cerrahi girişim öncesinde tümörün boyutunu küçültmek üzere neoadjuvan tedavi şeklinde veya tek başına uygulanabilir (Baykara, 2016; Chaabouni ve ark., 2016).

Hormonlar meme kanseri tedavisinde ilaç olarak kullanılabilen bir diğer tedavi yöntemidir. Hormonal tedavide kullanılan ilaçlar genel olarak 3 alt gruba ayrılabilirler.

Bunlar; hormon sentez inhibitörleri, hormon reseptör antagonistleri ve hormon takviyesidir (Baykara, 2016; Chaabouni ve ark., 2016).

Meme kanserinde biyolojik tedavilerin amacı biyolojik maddeler kullanarak kanserin tedavi edilmesidir. Monoklonal antikorlar, kanser aşıları, anti tümörojenikler (kanserin büyümesini engelleyiciler), anti anjiyogenikler (kan damarlarının büyümesini engelleyiciler), interferonlar, interlökinler ve gen terapi biyolojik tedavinin alt grupları olarak sınıflandırılabilirler (Baykara, 2016; Chaabouni ve ark., 2016).

Radyoterapi ise kanserli hücrelerin iyonizan ışınlar kullanılarak yok edilmesine dayanan bir tedavi yöntemidir. Vücudun sadece belli bir bölgesine uygulanabildiği gibi, tüm vücuda da uygulanabilmektedir. Asıl amaç kanser hücrelerininin en fazla, sağlıklı hücrelerin ise en az hasara uğramasını sağlamaktır (Baykara, 2016).

Cerrahi tedavi radyoterapi ve / veya kemoterapi ile birlikte uygulanabildiği gibi, tek başına da çok fazla kullanılan yaygın bir yöntemdir. Gelişen kanserlerin önlenmesinde koruyucu amaçlı olarak, dokudan bir parça alınıp tanı konulmasında, yayılım olmayan durumlarda kanserli dokunun vücuttan çıkarılmasında sıklıkla kullanılmaktadır. Sağlıklı dokulara zarar vermeden kitleyi çıkarmanın mümkün olmadığı durumlarda ise hekim önce kemoterapi veya radyoterapi ile kitlenin küçültülmesini tercih edebilir. Cerrahi işlem zarara uğrayan cerrahi alanın yeniden düzeltilmesi ya da rekonstrüksiyonda içermektedir (Baykara, 2016; Chaabouni ve ark., 2016).

Mastektomi ameliyatları radikal mastektomi, basit mastektomi ve modifiye radikal mastektomi (MRM) olmak üzere üçe ayrılmıştır. Radikal mastektomi meme dokusunun tamamının, pektoralis majör ve minör kası ile birlikte aksiller dokunun çıkarıldığı bir cerrahi işlemdir. Basit mastektomi ise meme başı, areola, meme cildinin bir kısmı, meme dokusunun tamamı ve pektoralis majör kasının çıkartılması işlemidir. Bu tedavi yöntemlerinin komplikasyonlarının çok fazla olması zamanla bu tedavi yöntemlerinden uzaklaşılmasına neden olmuştur. MRM genellikle invaziv meme kanserlerinde tercih edilen bir cerrahi işlemdir. Bu işlemde memenin tüm göğüs dokusu ve aksiller lenf düğümlerinin bir kısmı da aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND) ile çıkarılır. MRM ‘de diğer mastektomi ameliyatlarından farklı olarak, pektoralis majör ve pektoralis minör kaslarına dokunulmaz (Tünel ve ark., 2012; Harmer, 2011).

## 2.9. Meme Koruyucu Cerrahi (MKC)

Erken tanı olanaklarının artışı, mastektomi ameliyatı sonrası gelişen fiziksel ve psiko-sosyal semptomların olması ve meme kanserinin tedavisindeki gelişmeler erken evre meme kanserlerinde MKC ameliyatlarının artışına yönelik bir eğilim olmuştur (Baron, 2010; Karayurt, 2015).

MKC ameliyatlarının amacı tekrarlama riskini en aza indirip bununla beraber memeyi koruyarak iyi bir estetik görünüm sağlamaktır. Bu nedenle MKC ameliyatları sırasında meme de kitle ile beraber bir miktar sağlam dokuda çıkarılmaktadır. MKC prosedürü genellikle lumpektomi, segmental mastektomi, parsiyal mastektomi, kadranektomi, geniş lokal eksizyon sonrası radyoterapinin verildiği tedavi protokolünün tümünü kapsamaktadır (American Cancer Society, 2015; Harmer, 2011).

MKC ameliyatları ile mastektomi ameliyatları karşılaştırıldığında cerrahi girişim sonrası sağ kalımlarda anlamlı bir farklılığın olmaması bununla beraber mastektomi ameliyatları sonrasında hastaların fiziksel ve psiko-sosyal birçok semptom ile karşılaşması nedeniyle MKC ameliyatı erken evre meme kanserinde güvenle uygulanmaktadır. Meme kanseri nedeniyle ameliyat olacak hastanın ameliyat öncesinde gereksinimleri, yaşı, beklentileri, hastalık öyküsü ve fizik muayenesi, mamografik değerlendirmesi ve meme dokusunun histojik bulguları, tümörün sınırı iyi değerlendirilmelidir. MKC' nin yapılabilmesi için hastanın tercih etmesi, tümörün evre 1 ya da 2 olması, tümörün multisenterik olamayan tümörlerden olması, tümörün boyutunun 4 cm den küçük olması, hastanın radyoterapi almasına engel bir durumun olmaması, hasta gebe ise 3. trimesterde olmaması, tümörün invazyon yapmaması gerekmektedir (Okanlı, 2014; Zanapalıoğlu ve ark., 2009; Denizligil ve Sönmez, 2015; Harmer, 2011; Disa ve Kuechel, 2006).

## 2.10. MKC Yapılan Kadınlarda Görülen Semptomlar ve Semptom Yönetimi

Meme kanseri hastaları fiziksel ve emosyonel stres, hastalık ve tedaviler sonucunda gelişen fonksiyonel yetersizlikler ve semptomlarla baş etmek zorundadırlar (Turgut ve ark., 2009).

Literatürde meme kanseri nedeniyle cerrahi prosedürü uygulanan kadınlarda fiziksel sorunlar arasında ağrı, hematom, seroma, yorgunluk, uykusuzluk, yara yeri enfeksiyonu, ateş, aksilladan geçen damar ve sinirlerin yaralanması sonucu gelişen omuz ve kolda hareket kısıtlılığı ile lenfatik ve venöz akımın zarar görmesine bağlı lenf

ödem, beslenme bozukluğu ve bulantı-kusma görülmektedir. Psikososyal sorunlardan ise acı çekme ve ölüm korkusu, gelecek hakkında belirsizlik ve nüks korkusu, cinsel işlev bozukluğu, tedavinin uzun ve pahalı olmasına bağlı ekonomik zorluklar gelmektedir (Çakıcı ve ark., 2011; Büyükakıncak ve ark., 2012; Karamanoğlu ve Özer, 2008; Akkaş ve ark., 2008; Karayurt ve Andıç, 2011; Gül ve Erdim, 2009; Gürsoy, 2005).

MKC uygulanan hastaların cerrahi tedavi sonrası diğer meme ameliyatları ile bakım ve takibi benzerdir. MKC' de aksiller tutulumu ve tümör evrelendirilmesi için yapılan aksiller lenf nodu diseksiyonu ve sentinal lenf nodu diseksiyonu ameliyatları sonrası semptomların gelişme riskini arttırmaktadır (Baron, 2010; Yeşilbalkan, 2015).

Doku hasarına neden olan cerrahi girişim sonrasında ağrı semptomu beklenen ve korkulan bir durumdur. Ağrı semptomunu arttıran faktörler; hematom, seroma, anksiyete, cerrahi prosedür uygulanırken kola verilen pozisyon, ameliyat olunan taraf üzerine uyumak, bu tarafla yük taşımak ve ev işi yapmaktır. Meme cerrahisi sonrası şiddetli, kontrol edilmeyen ağrı yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Bununla beraber ağrının önlenmesi ve tedavisi; pulmoner fonksiyonun geliştirilmesi, cerrahiye stres yanıtın azaltılması, iyileşmenin hızlanması, hastanede yatış süresinin kısaltılması, tedavi maliyetinin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılmasını sağlar (Gül ve Erdim, 2009; Turan ve ark., 2016). Ağrı semptomu bireye özgü olması nedeniyle de cerrahi prosedür sonrası tüm hastaların dikkatle değerlendirilmesi gereken bir semptomdur. Bu nedenle ağrılı hastanın bakımını planlayan ve uygulayan hemşire cerrahi operasyon sonrası hastanın ağrısını değerlendir, ilaç uygulama prosedürüne uygun şekilde hastaya uygular ve hastaya ilaç kullanımı hakkında bilgi verir. Hastanın ilk birkaç gün ameliyat olduğu tarafın hareketleri kısıtlanacağından ameliyat olan tarafın desteklenmesini sağlar (Baron, 2010).

Meme ameliyatları sonrası en sık görülen fiziksel semptomlardan biri de yara yeri ile ilgili olanlardır. Hastanın sigara kullanımı, yaşı, diyabetik olması, kilolu olması, yara kesisinin geniş olması yara yeri semptomlarının gelişmesinde etkilidir. Yara yeri enfeksiyonlarının belirtileri şişlik, kızarıklık ve ısı artışıdır (Karakaya ve ark., 2006). Seroma, cerrahi prosedür sonrasında memedeki ölü boşlukta anormal seröz sıvı birikimi olup en sık görülen erken dönem yara yeri semptomlarından biridir. Hematom ise cerrahi protokol sonrası ilk on iki saat içinde beklenen yara yerinde kan toplanmasıdır

(Özman ve ark., 1996). Hastanın bakımı planlanmasından ve uygulamasından sorumlu hemşire ameliyat yerinde şişme, sızdırma, ağrı ve ciltte morarma bulunan bir hematomun semptomlarını değerlendirir. Cerrahın değerlendirmesine bağlı olarak, insizyona yaklaşık 12 saat boyunca bir sıkıştırma bandı uygulanabilir veya hasta, kanamanın kaynağını belirlemek için ameliyathaneye geri gönderilebilir. Hematom genellikle 4-5 hafta içinde tedavi edilir (Baron, 2010).

Yara yerinde gelişebilen bu semptomlar yara iyileşmesini geciktirdiği gibi bununla beraber hastanın daha fazla cerrahi müdahaleye maruz kalmasına neden olmaktadır. Ayrıca ek tedavi süreci verilmesi gereken asıl tedavi geciktirmektedir (Baron, 2010). Tüm taburculuk eğitimlerinde verildiği gibi meme hastalarına da taburculuk esnasında enfeksiyon bulgularını (kızarıklık, kesi etrafındaki sıcaklık, hassasiyet, kötü kokulu drenaj, sıcaklık 40 C üzerinde, titreme) nasıl izlemesi gerektiği öğretilir (Bayraktar, 2015).

Meme kanseri cerrahisinde cerrahi prosedür sırasında cilt ve aksilladaki sinirler genellikle kesilir veya yaralanır. Meme kanseri cerrahisi sonrası üst ekstiremitede gelişen sinir hasarı ve drenaj problemleri sonucu gelişen lenf ödem; güç, hareket ve his kaybı, omuz hareketlerinde kısıtlılık gelişmesine yol açabilir (Çakıcı ve ark., 2011). Uzun süreli hareketsizlik omuz ekleminde değişikliklere yol açmakta ve bu durum omuz sertliği ya da "donmuş omuz sendromu" olarak adlandırılmaktadır (Karamanoğlu ve Özer, 2008; Özçınar ve ark., 2010). Lenf ödem ise lenfatik drenaj yetersizliğine bağlı olarak gelişir. Lenf ödem gelişen hastalarda enfeksiyon riskinde artış, ağrı, beden imajında bozulmaya bağlı sosyal ilişkiler bozulma görülür. Lenf ödem için risk faktörleri arasında yaş, obezite, geniş aksiller hastalık, radyasyon tedavisi ve ekstremite de yaralanma veya enfeksiyon sayılabilir (Harmer, 2011; Atalay ve ark.,2010). Parestezi hastaların cerrahi prosedür sonrası uyuşukluk, duyu kaybı ve keçeleşme hissinin yaşamasıdır. Çıkarılan lenf nodu sayısı parestezi hissinin gelişme riskini artırıcı faktörlerdendir. Duyarlılıklar genellikle birkaç ay süreyle devam eder ve daha sonra azalmaya başlar. Hastalar bu konuda korku yaşamamaları için bakımından sorumlu hemşireleri tarafından bilgilendirilir (Baron, 2010).

Bulantı epigastrium ve boğaz arkasında deneyimlenen kusma ile sonuçlanan ve ya sonuçlanmayan hoş olmayan duygudur. Cerrahi prosedür sonrası gelişebilen bulantı-kusma semptomu hastaların yetersiz beslenmesine neden olur. Bu durum bağışıklığı

bozar, yaraların iyileşmesini geciktirir, hastada ciddi enfeksiyonların görülmesine ve uygulanan tedavilerin yan etkilerinin daha fazla görülmesine neden olur (Buluş, 2015).

Kanser cerrahisinin ameliyat sonrası semptomlarından biri yorgunluktur. Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı 'na göre kanserle ilişkili yorgunluk, " kanser ya da kanser tedavisi ile ilişkili olan, son aktiviteyle orantılı olmayan ve her zaman yapılan işlevleri engelleyen, fiziksel, duygusal ve/ veya bilişsel olarak hissedilen, sıkıntı veren, sürekli ve subjektif yorgunluk veya bitkinlik hissi" olarak tanımlanmıştır. Ruhsal sorunların, ağrının, uyku bozukluklarının, enfeksiyonun yorgunluk ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Özdemir ve Taşçı, 2017; Yeşilbalkan, 2015).

Meme kanseri tedavisi sonrası karşılaşılan en önemli problemlerden biri de kanser tanısı ve uygulanan tedavilere bağlı olarak gelişen psikolojik semptomlardır. Meme kanseri tanısını alan kadınlar da ilk zamanlarda şok, inkâr, kızgınlık, depresyon, yansıtma, psikolojik gerileme, umutsuzluk-çaresizlik, kaygı, bezginlik, patolojik bağımlılık gibi tepkiler görülebilir. Hastalarda tanı ve tedavi sürecinde yorgunluk, yeme bozuklukları, cinsel sorunlar, beden imajında bozulma, hastalığa uyum sağlayamama ve bu durumla bahşedememe gibi semptomlar görülebilmektedir (Bostancı ve Buzlu, 2015; Gümüş ve ark., 2010).

Meme kanseri olan kadınlarda gelişen cinsel sorunlar meme kanseri tedavisi nedeniyle uygulanan cerrahi girişimin kadınların cinsel kimliğine tehdit ve eksik hissetmesine neden olması sonucu gelişir. Bununla beraber kadınlar kanser nedeniyle evlilik ilişkilerinin tehlikeye gireceğine, eşleri ile cinsel ve duygusal ilişkilerinin bozulacağı korkusunu yaşamaktadırlar (Oskay, 2015; Gümüş, 2006). Bu nedenle hastalarının tanısı ve cerrahi tedavisi ile baş etme mekanizmalarını belirlemeli ve değerlendirilmedir. Hastaların eşlerine ve diğer aile fertlerine de rehberlik, destek ve eğitim gerekiyorsa verebilmelidir. Bununla birlikte, sorunlar çözülemezse, hastalar danışmanlık için uzman kişilere (psikolog, psikiyatr, psikiyatri hemşiresi uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, cinsel terapist) yönlendirmelidirler (Akyolcu, 2008; Baron, 2010).

### 2.11. MKC Yapılan Kadınlarda Öz Bakım Gücü

Öz bakım yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinliklerdir (Karadağlı ve Alpar, 2017). Öz bakım gücü ise sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesi ile ilgili bireyin öz bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğelerin bileşimidir (Altıparmak ve ark., 2011). Meme kanseri

hastalarında yaşanan cerrahi ve psikolojik sorunlar hastaların yaşam kalitesini, tedaviye uyumu ve yanıtını azaltmakta, hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir (Karamanoğlu ve Özer, 2008; Özkan ve Alçalar, 2009). Yaşanan bu sorunlar hastaların öz bakımını olumsuz etkileyebilir (Gürsoy ve ark., 2008). Kanserli bireylere bakım verirken amaç, fonksiyonel durumun iyi düzeye getirilmesi, iyilik hali ve öz bakım yeteneğinin arttırılmasıdır (Karayurt ve Andıç, 2011; Karadağlı ve Alpar, 2017).

Meme kanseri tanısında tıbbi tanı ve buna karşılık gelişebilecek duygusal ve sosyal tepkilere karşı etkili yönetim ve profesyonel bütüncül bir yaklaşım gerekmektedir. Bu nedenle meme kanserli kadınların geniş ve bütüncül bir hemşirelik bakımına ihtiyacı vardır (Karamanoğlu ve Özer, 2008). Ülkemizde onkoloji derneğinin alt grubu olarak görülen ancak dünya da son yirmi yıldır faaliyet gösteren meme bakım hemşireliği ortaya çıkmıştır. Meme bakım hemşireliği meme kanseri tanısı alan kadınlara faydalı olduğu kanıtlamış bir uzmanlık alanıdır. Özellikle taburculuk sonrası bireylere verilecek devamlı bakım hizmeti onların evdeki yaşamlarında karşılaşabilecekleri problemlerle baş etmelerini kolaylaştırabilecek günlük yaşam aktivitelerini daha erken dönemde gerçekleştirmelerini sağlayarak bakımın kalitesini arttırabilecektir. Ayrıca verilecek duygusal destek, sosyal hayatlarına uyumlarını kolaylaştırabileceği düşünülmektedir (Baron, 2010; Karayurt ve Andıç, 2011).

Meme kanseri ameliyatı geçiren hastalar cerrahi prosedür süresince çok fazla bilgiye maruz kaldıkları ve yaşadıkları duygusal sorumlar nedeniyle bazı bilgileri tam alamazlar. Bu nedenle bakımın evde de devam etmesi çok önemlidir. Evde bakım veren hemşire, hastanın cerrahi alanını, ağrı yönetiminin yeterliliğini, egzersiz planına uymasını ve genel fiziksel ile psikolojik işlevlerini değerlendirir. Ayrıca hastanın taburcu olmadan önceki aldığı bilgileri güçlendirir. Önemli fizyolojik bulguları ve psikososyal sorunları hastanın bakım sağlayıcısına veya cerrahına iletir (Baron, 2010; Karayurt ve Andıç, 2011). Evde bakım veren hemşire ayrıca cerrahi prosedür sonrası hastaya bazı kısıtlamalar konusunda da bilgilendirir. Bunlar genel olarak ağır kaldırmaması, bol ve sıkmayan giysilerin tercih edilmesi, sıcaktan korunma, tıbbi işlemlerin cerrahi prosedür uygulanan memenin olduğu koldan yapılmaması, spor yaparken nelerden uzak durması gerektiği gibi (Karamanoğlu ve Özer, 2008). Genel olarak meme bakım hemşiresi ameliyat sonrası dönemde hastaya danışmanlık yapar,

hastanın eğitimini ve bilgilendirilmesini sağlar, destekleyici bakım verir ve tedavinin koordinasyonu sağlar (Karayurt ve Andıç, 2011).

Meme kanseri nedeniyle geçirilen ameliyat sonrası gelişen semptomlara karşı hastalara verilmesi gereken hemşirelik bakımları; ağrı ve rahatsızlığın giderilmesi, cerrahi işlem sonrası duyuları yönetme, olumlu vücut imajını teşvik etme, pozitif uyumu desteklemek ve baş etmek, cinsel işlevin geliştirilmesi, olası semptomları izleme ve yönetme, ev de bakımın desteklenmesi ve hastalara öz-bakımın öğretilmesidir (Karamanoğlu ve Özer, 2008; Baron, 2010; Özbaş, 2006; Karayurt ve Andıç, 2011). Hemşire, yaşamın sürdürülmesi, hastalık nedeniyle gelişen travma ve bunların etkisiyle baş etmede ve hastanın sağlığını normalde olduğu durumuna döndürmede öz bakım gereksinimlerini sağlama ve geriye döndürmeden sorumludur (Karadağlı ve Alpar, 2017). Bu nedenle hemşire bakımından sorumlu olduğu hastalarını öz bakım gücü yönünden desteklemeli, ihtiyaçlarını hastalarla birlikte belirlemeli ve bu konuda eğitimler planlanmalıdır. Hastaların öz bakım gücünün geliştirilmesi için sağlık bilgisi, kendi sağlığını koruma ve geliştirmede motivasyonu artırıcı etkinliklerin planlanması, hastalıkları ve tedavileriyle ilgili sorunlarla başa çıkabilmelerine yardımcı olmak amacıyla hastanelerde rehberlik/danışmanlık hizmetlerinin verilmesi sağlamalıdır (Bektaş ve Akdemir, 2009).

# 3. YÖNTEM

## 3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma tanımlayıcı kesitsel tipte yapılmıştır.

## 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul'da bir kamu hastanesinin genel cerrahi servisinde ve cerrahi polikliniğinde Ocak - Eylül 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Genel cerrahi kliniği 43 yataklı ve 2 servisli bir kliniktir. Araştırmanın yapıldığı hastanede 2017 yılında 200 hastaya MKC ameliyatı uygulanmıştır.

## 3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul'da bir kamu hastanesinin genel cerrahi servisinde MKC ameliyatı olan kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise yapılan güç analizi doğrultusunda araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine karşılayan 65 kadın oluşturmuştur. Araştırmada örneklem hacminin yeterliliğini belirlemek için yapılan güç analizinde; araştırmanın 0,05 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında gücünün 0.99 olduğu belirlenmiştir. Bu değer örneklemin yeterli olduğuna işaret etmektedir (Çapık, 2014).

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 yaşından büyük olan,
- Tanı konmuş psikiyatrik bir hastalığı olmayan,
- Uygulanan ameliyatın etkilerini görmek amacıyla MKC ameliyatı sonrası herhangi bir kemoterapi, radyoterapi ya da hormonal destek tedavisi almamış olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardır.

## 3.4. Veriler ve Toplanması

Araştırmanın verileri hastaların sosyo-demografik ve tıbbi öykülerine ilişkin özellikleri içeren Hasta Tanıtım Formu (Ek-1), hastaların MKC yapıldıktan sonra evde görülebilecek semptomlarını belirlemek amacıyla hazırlanan Semptom Kontrol Listesi (Ek-2) ve Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek-3) kullanılarak toplanmıştır. MKC ameliyatı olan hastalarla taburcu olmadan önce tedavi oldukları klinikte tanışılmış, hastalara Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek-4) verilmiş ve hastalardan bu formu okumaları ve imzalamaları istenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara bu görüşme

sırasında sosyo-demografik özellikleri içeren Hasta Tanıtım Formu (Ek-1) uygulanmış olup, hastalara kontrole geldiklerinde poliklinikte yapılacak görüşmeler konusunda bilgi verilmiş ve hastalardan iletişim bilgileri alınmıştır. Hastaların taburculuk sonrası birinci haftada yapılacak olan ilk tıbbi kontrollerinden önce hastalar aranmış ve tıbbi kontrolleri tamamlandıktan sonra poliklinikte hastalara taburculuk sonrası evde görülen semptomları belirlemek amacıyla Semptom Kontrol Listesi (Ek-2) ve Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek-3) uygulanmıştır. Hastaların taburculuk sonrası üçüncü haftada yapılacak olan ikinci tıbbi kontrollerinden önce hastalar aranmış ve polikliniktekı tıbbi kontrollerinden sonra hastalara Semptom Kontrol Listesi (Ek-2) ve Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek-3) ikinci kez uygulanmıştır. Bu görüşmeler sırasında hastalara herhangi bir hemşirelik girişimi uygulanmamıştır.

### 3.4.1. Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak (Akyolcu, 2008; American Cancer Society, 2015; Çolak, 2008; Gümüş ve ark., 2010; Zanapalıoğlu ve ark., 2009) hazırlanan ve toplam 12 sorudan oluşan bu formda MKC uygulanan hastaların yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim durumu gibi sosyo demografik özelliklerini içeren 5 soru, tıbbi öykülerine özgü durumları içeren 7 soru bulunmaktadır.

### 3.4.2. Semptom Kontrol Listesi

Araştırmacı tarafından literatür taranarak (Karakaya ve ark., 2006; Atay, 2015, Karamanoğlu ve Özer, 2008; Özçınar ve ark., 2010) hazırlanan Semptom Kontrol Listesi, MKC ameliyatı olan hastalarda taburculuk sonrası evde görülebilecek 8 semptomdan (yorgunluk-halsizlik, ağrı, ateş, ödem, bulantı-kusma, yara yerinde akıntı, uykusuzluk, iştah problemleri) oluşmaktadır ve görsel analog şeklinde hazırlanmıştır. Her semptom 0-10 puan arası (0=semptom yok, 10=çok şiddetli semptom) puanlandırılmıştır ve puan arttıkça semptomun şiddeti de artmaktadır. Hastaların yaşadıkları semptomlar ortalama puan üzerinden değerlendirilmiştir.

### 3.4.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği

Bireyin kendi kendisine bakım verme yeteneği ya da öz bakım gücünü ölçmek için kullanılan ölçek, Kearney ve Fleicher (1979) tarafından İngilizce olarak 43 madde halinde geliştirilmiş, 35 maddelik kısaltılmış Türkçe formdur. Ölçeğin geçerlilik güvenirlilik çalışmasını Nahcivan (1994) tarafından yapılmıştır. Ölçek bireylerin öz bakım eylemleriyle ilgilenme durumlarını kendi değerlendirmeleri üzerine

odaklanmıştır. Her bir ifade, 0'dan 4'e kadar puanlanmıştır. Bireylerin öz bakıma karşı yönelimleri 5'li Likert-tip ölçek üzerinde katılımcıların yanıtlaması ile belirlenir. Yanıt seçeneklerinden, "Beni hiç tanımlamıyor" yanıtına 0 puan, diğerlerine sırasıyla "Beni pek tanımlamıyor " 1 puan, "Fikrim yok " 2 puan, "Beni biraz tanımlıyor" 3 puan, ve "Beni çok tanımlıyor "yanıtına 4 puan verilir. Türkçeleştirilen ölçekte 8 madde (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26. ve 31. maddeler) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Maksimum puan ise 140'dır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği bireyin öz bakım ya da kendi –kendine bakma yeteneğinin, gücünün yüksekliğini gösterir. Sınır/kesme değeri (cut off value) yoktur. Güvenilirlik katsayısı Kuder Richardson tarafından 0.65 – 0.76 alfa değeri olarak bulunmuştur. Ölçek 4 özellik üzerinde temellendirilmiştir. Bunlar durumlar karşısında aktif veya pasif yanıt, motivasyon, sağlık uygulamaları bilgisi ve bireyin kendine duyduğu değer olarak sıralanmıştır (Nahcivan, 1994).

### 3.5. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Veriler, SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra Tablo 3.1'de yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır.

**Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler**

| **Değişken** | **Normal dağılan ölçümlerde** | **Normal dağılmayan ölçümlerde** |
|---|---|---|
| Eğitim düzeyi, birlikte yaşadığı bireyler BKİ, kronik hastalık, sigara kullanımı | Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansın homojen dağıldığı durumlarda LSD ve Tukey HSD, dağılmadığı durumlarda Dunnet C testi kullanılmıştır. | - |
| Medeni durum, ekonomik durum, daha önce ameliyat olma durumu, başka kronik hastalık, ilaç kullanımı ve aile öyküsü | Bağımsız gruplarda t testi | - |
| MKC yapılan kadınlarda, taburculuk sonrası evde yaşanan semptomlar ile öz-bakım gücü puanı arasındaki ilişkinin incelenmesi ( Taburculuk Sonrası 1.Görüşme) | - | Spearman korelasyon analizi |
| MKC yapılan kadınların yaşları, BKI değerleri ve hastaneye yatış süreleri ile öz-bakım gücü puanı arasındaki ilişkinin incelenmesi (ortalama puan) | Pearson korelasyon analizi | Spearman korelasyon analizi |
| MKC yapılan kadınlarda, taburculuk sonrası evde yaşanan semptomlar ile öz-bakım gücü puanı arasındaki ilişkinin incelenmesi (Taburculuk Sonrası 2.Görüşme) | - | Spearman korelasyon analizi |
| MKC ameliyatı geçiren kadınlarda, taburculuk sonrası evde yaşanan semptomlar ile öz-bakım gücü puanı arasındaki ilişkinin incelenmesi (ortalama puan) | - | Spearman korelasyon analizi |
| İç tutarlılık | Cronbach α katsayısı | |
| Verilerin normallik dağılımı | Kurtosis ve skewness kat sayıları | |

Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 3.2' de sunulmuştur.

**Tablo 3.2. Verilerin Normallik Dağılım Analizleri**

| Değişkenler (n = 65) | Skewness | | Kurtosis | |
|---|---|---|---|---|
| | Test | S.E. | Test | S. E. |
| Yaş | 0.101 | 0.297 | -0.586 | 0.586 |
| Hastane kalma Süresi* | 1.599 | 0.297 | 3.72 | 0.586 |
| BKİ* | 0.96 | 0.297 | 2.246 | 0.586 |
| **Taburculuk Sonrası 1. Görüşme** | | | | |
| Yorgunluk ve Halsizlik* | 1.177 | 0.297 | 1.983 | 0.586 |
| Ağrı* | 1.467 | 0.297 | 2.51 | 0.586 |
| Ödem* | 7.451 | 0.297 | 57.35 | 0.586 |
| Ateş | . | . | . | . |
| Yara Yeri Akıntısı | . | . | . | . |
| Uykusuzluk* | 2.203 | 0.297 | 6.26 | 0.586 |
| Bulantı-Kusma* | 4.429 | 0.297 | 18.174 | 0.586 |
| İştah Problemleri* | 2.572 | 0.297 | 7.181 | 0.586 |
| **Taburculuk Sonrası 2. Görüşme** | | | | |
| Yorgunluk ve Halsizlik * | 2.709 | 0.297 | 10.492 | 0.586 |
| Ağrı * | 2.841 | 0.297 | 11.535 | 0.586 |
| Ödem * | 8.062 | 0.297 | 65 | 0.586 |
| Ateş * | . | . | . | . |
| Yara Yeri Akıntısı * | 8.062 | 0.297 | 65 | 0.586 |
| Uykusuzluk * | 3.071 | 0.297 | 11.811 | 0.586 |
| Bulantı-Kusma * | . | . | . | . |
| İştah Problemleri* | 3.624 | 0.297 | 13.124 | 0.586 |
| Öz-Bakım Gücü Toplam Puanı (Taburculuk Sonrası 1.Görüşme) | -0.636 | 0.297 | -0.669 | 0.586 |
| Öz-Bakım Gücü Toplam Puanı (Taburculuk Sonrası 2.Görüşme) | -0.68 | 0.297 | -0.617 | 0.586 |
| Öz-Bakım Gücü Ortalama Toplam Puanı (Taburculuk Sonrası 1. ve 2. Görüşme ) | -0.682 | 0.297 | -0.624 | 0.586 |

* normal dağılmayan veriler

**Tablo 3.3. Çalışmada Kullanılan Öz-bakım Gücü Ölçeğinin Cronbach α Katsayısı**

| | Cronbach α |
|---|---|
| **Öz-bakım Gücü Ölçeği** | 0.943 |

### 3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek-5). Araştırmada kullanılan Öz Bakım Gücü Ölçeği için gerekli izin alınmıştır (Ek-6). Hastalara araştırmaya katılmanın zorunlu olmadığı, hiçbir form üzerine isim yazmamaları gerektiği ve bu çalışmadan elde edilecek verilerin sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacağı belirtilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden kadınlara araştırma hakkında bilgi verilerek Bilgilendirilmiş Onam Formunu (Ek-4) doldurmaları ve imzalamaları istenmiştir.

# 4. BULGULAR

MKC yapılan kadınların taburculuk sonrası evde yaşadıkları semptomlar ile öz bakım gücünü araştırmak amacı ile gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulgular tablolarla verildi.

**Tablo 4.1. MKC Yapılan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n = 65)**

| **Tanıtıcı Özellikler** | | **n** | **%** |
|---|---|---|---|
| **Eğitim Düzeyi** | İlkokul | 30 | 46.2 |
| | Ortaokul | 18 | 27.7 |
| | Lise ve üzeri | 17 | 26.1 |
| **Medeni Durum** | Evli | 47 | 72.3 |
| | Bekâr | 18 | 27.7 |
| **Ekonomik Durum** | Gelir gidere eşit | 33 | 50.8 |
| | Gelir giderden az | 32 | 49.2 |
| **Birlikte Yaşadığı Bireyler** | Eşi ve çocukları | 39 | 60.0 |
| | Eşi | 13 | 20.0 |
| | Yalnız | 7 | 10.8 |
| | Çocukları | 6 | 9.2 |
| **BKİ** | 30-39.9 (obez) | 30 | 46.2 |
| | 25-29.9 (kilolu) | 22 | 33.8 |
| | 19-24.98(normal/ sağlıklı) | 13 | 20.0 |
| | **$\bar{X}$ ± SS** | | |
| **Yaş** | 52.68 ± 13.24 | | |
| **BKİ** | 29.33 ± 5.08 | | |

Tablo 4.1'de MKC ameliyatı geçiren kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. MKC ameliyatı geçiren kadınların % 46.2'si ilkokul mezunu ve %72.3'ü evlidir. Kadınların %50.8'inin geliri giderine eşit olup, %60'ı eş ve çocuklarıyla yaşamaktadır. Çalışmaya katılan kadınların ortalama yaşları 52.68±13.24 ortalama BKİ 29.33±5.08 ve % 46.2'si obezdir.

**Tablo 4.2.MKC Yapılan Kadınların Tıbbi Öykülerine İlişkin Özellikleri (n = 65)**

| **Tıbbi Öykü** | | | **n** | **%** |
|---|---|---|---|---|
| **Düzenli Egzersiz** | Evet | | 1 | 1.5 |
| | Hayır | | 64 | 98.5 |
| **Sigara Kullanımı** | Evet | | 13 | 20 |
| | Hayır | | 29 | 44.6 |
| | Bıraktım | | 23 | 35.4 |
| **Daha Önce Ameliyat Olma** | Evet | | 45 | 69.2 |
| | Hayır | | 20 | 30.8 |
| **Kronik Hastalık** | Evet | | 27 | 41.5 |
| | Hayır | | 38 | 58.5 |
| **Kronik Hastalıklar** | Kronik Hastalık Yok | | 38 | 58.5 |
| | DM, HT | | 7 | 10.8 |
| | Diğerleri | | 6 | 9.2 |
| | HT | | 5 | 7.7 |
| | DM | | 3 | 4.6 |
| | Astım | | 2 | 3.1 |
| | HT, Astım | | 2 | 3.1 |
| | KOAH, HT, DM | | 1 | 1.5 |
| | KOAH, HT | | 1 | 1.5 |
| **Meme Kanseri Nedeniyle Tedavi Süresi** | 0-6 ay | | 65 | 100 |
| **Meme Kanseri Aile Öyküsü** | Evet | | 38 | 58.5 |
| | Hayır | | 27 | 41.5 |
| | **Min.** | **Max.** | **$\bar{X}$ ± SS** | |
| **MKC Sonrası Hastanede Kalma Süresi (Gün)** | 1 | 5 | 2.09 ± 0.84 | |

MKC ameliyatı geçiren kadınların tıbbi öykülerine ilişkin özellikleri incelendiğinde; kadınların %41.5'nin kronik hastalığının olduğu, kronik hastalığa sahip olanların %10.8'inde DM ve HT olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Kadınların tamamı son 6 ay içinde meme kanseri nedeniyle tedavi görmektedir ve %58.5' inin ailesinde meme kanseri öyküsü bulunmaktadır. Kadınların %98.5'i düzenli egzersiz yapmamakta ve %20'si sigara kullanmaktadır. MKC sonrası hastanede ortalama kalma süreleri ise 2.09±0.84 gündür.

**Tablo 4.3. MKC Yapılan Kadınların Evde Yaşadıkları Semptomlara İlişkin Puan Ortalamaları (1. Görüşme) (n=65)**

| Semptomlar | Min. | Max. | $\bar{X} \pm SS$ |
|---|---|---|---|
| Yorgunluk ve Halsizlik | 1 | 9 | 3.26 ± 1.65 |
| Ağrı | 1 | 9 | 3.20 ± 1.77 |
| Uykusuzluk | 1 | 10 | 3.12 ± 1.82 |
| İştah Problemleri | 1 | 9 | 2.17 ± 1.76 |
| Lenf ödem | 1 | 5 | 1.08 ± 0.51 |
| Bulantı-Kusma | 1 | 2 | 1.05 ± 0.21 |
| Ateş | 1 | 1 | 1.00 ± 0.00 |
| Yara yeri akıntısı | 1 | 1 | 1.00 ± 0.00 |

MKC ameliyatı geçiren kadınların birinci görüşmede yaşadıkları semptomlar Tablo 4.3' te görülmektedir. Birinci görüşmede yorgunluk ve halsizlik, ağrı ve uykusuzluk semptomlarının en yüksek puan alan semptomlar olduğu; ateş, yara yeri akıntısı ve bulantı-kusma semptomlarının ise en az puana sahip semptomlar olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.4. MKC Yapılan Kadınların Öz bakım Gücü Puan Ortalaması (1. Görüşme) (n = 65)**

| | Min. | Max. | $\bar{X} \pm SS$ |
|---|---|---|---|
| **Öz Bakım Gücü Puan Ortalaması** | 38 | 136 | 101.11 ± 26.64 |
| **Öz Bakım Gücü Düzeyi** | **n** | | **%** |
| Orta (83-108) | 18 | | 27.7 |
| Düşük (82 ve altı) | 17 | | 26.2 |
| İyi (109-124) | 16 | | 24.6 |
| Çok İyi (110+) | 14 | | 21.5 |

Tablo 4.4' te kadınların birinci görüşmede öz bakım gücü puan ortalamaları 101.11±26.64 olup aldıkları öz bakım puanları 38-136 arasında değişmektedir. %25'er dilimliklere göre kadınların % 27.7' si orta düzey öz bakım gücüne sahiptir.

**Tablo 4.5. MKC Yapılan Kadınların Evde Yaşadıkları Semptomlar ile Öz Bakım Gücü Puan Ortalamaları (1. Görüşme) (n = 65)**

| Semptomlar* | | Yorgunluk ve Halsizlik | Ağrı | Lenf Ödem | Uykusuzluk | Bulantı-Kusma | İştah Problemleri |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Öz Bakım GücüPuanı** | r | -0.007 | 0.039 | 0.028 | 0.077 | 0.076 | -0.032 |
| | p | 0.957 | 0.758 | 0.823 | 0.543 | 0.546 | 0.800 |

*Ateş ve yara yeri akıntısı semptomları birinci görüşmede hastalarda görülmediği için tablodan çıkarılmıştır.

Tablo 4.5' e göre; kadınların birinci görüşmede öz bakım gücü puan ortalamaları ile yorgunluk ve halsizlik, ağrı, lenf ödem, uykusuzluk, bulantı kusma ve iştah durumu semptomlarının skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

**Tablo 4.6. MKC Yapılan Kadınların Evde Yaşadıkları Semptomlara İlişkin Puan Ortalamaları (2. Görüşme) (n=65)**

| Semptomlar | Min. | Max. | $\bar{X} \pm SS$ |
|---|---|---|---|
| Yorgunluk ve Halsizlik | 1 | 10 | 2.35 ±1.52 |
| Uykusuzluk | 1 | 10 | 2.29 ± 1.56 |
| Ağrı | 1 | 9 | 2.14 ± 1.33 |
| Lenf Ödem | 1 | 6 | 1.08 ± 0.62 |
| Yara Yeri Akıntısı | 1 | 2 | 1.02 ± 0.12 |
| Ateş | 1 | 1 | 1.00 ± 0.00 |
| Bulantı-Kusma | 1 | 1 | 1.00 ± 0.00 |

MKC yapılan kadınların ikinci görüşmede yaşadıkları semptomlar Tablo 4.6'da görülmektedir. İkinci görüşmede yorgunluk ve halsizlik, uykusuzluk ve ağrı semptomları en fazla puanı aldığı; bulantı-kusma, ateş ve yara yeri akıntısı semptomlarının en az puana sahip semptomlar olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.7. MKC Yapılan Kadınların Öz Bakım Gücü Puan Ortalamaları (2. Görüşme) (n = 65)**

| | Min. | Max. | $\bar{X} \pm SS$ |
|---|---|---|---|
| **Öz Bakım Gücü Puan Ortalaması** | 40 | 139 | 102.22 ± 27.24 |
| **Öz Bakım Gücü Düzeyi** | **n** | | **(%)** |
| Orta (83.6-108) | 17 | | 26.2 |
| Düşük (83.5 ve altı) | 16 | | 24.6 |
| İyi (109-123.5) | 16 | | 24.6 |
| Çok İyi (123.6+) | 16 | | 24.6 |

Kadınların ikinci görüşmede öz bakım gücü puan ortalamaları 102.22±27.24 olup aldıkları öz bakım gücü puanları 40-139 puan arasında değişmektedir. %25'er dilimliklere göre kadınların %26.2 'si orta düzey öz bakım gücüne sahiptirler (Tablo 4.7).

**Tablo 4.8. MKC Yapılan Kadınların Evde Yaşadıkları Semptomlar ile Öz Bakım Gücü Puan Ortalamaları (2. Görüşme) (n = 65)**

| **Semptomlar*** | | **Yorgunluk ve Halsizlik** | **Ağrı** | **Lenf Ödem** | **Yara Yeri Akıntısı** | **Uykusuzluk** | **İştah Problemleri** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Öz Bakım Gücü Puanı** | r | -0.226 | -0.107 | 0.000 | 0.053 | 0.073 | -0.164 |
| | p | 0.070 | 0.398 | 1.000 | 0.673 | 0.564 | 0.191 |

*Ateş ve bulantı kusma semptomları ikinci görüşmede hastalarda görülmediği için tablodan çıkarılmıştır.

Kadınların taburculuk sonrası ikinci görüşmede öz bakım gücü puan ortalamaları ile yorgunluk ve halsizlik, ağrı, lenf ödem, yara yeri akıntısı, uykusuzluk ve iştah problemleri semptomlarının skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

**Tablo 4.9. MKC Yapılan Kadınların Evde Yaşadıkları Semptomlar ile Öz Bakım Gücü Puan Ortalamaları (n =65)**

| Semptomlar* | | Yorgunluk ve Halsizlik | Ağrı | Lenf Ödem | Yara Yeri Akıntısı | Uykusuzluk | Bulantı-Kusma | İştah Problemleri |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Öz Bakım Gücü Puanı Ortalaması**** | r | -0.128 | -0.008 | 0.035 | 0.043 | 0.095 | 0.072 | -0.107 |
| | p | 0.310 | 0.948 | 0.781 | 0.732 | 0.453 | 0.567 | 0.397 |

***** 1.ve 2. görüşmelerde ateş semptomu hastalarda görülmediği için tablodan çıkarılmıştır.

**İki görüşmeden elde edilen puan ortalaması alınmıştır

Kadınların taburculuk sonrası birinci ve ikinci görüşmelerde yaşadıkları semptomlar ile öz bakım gücü puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yorgunluk ve halsizlik, ağrı, lenf ödem, yara yeri akıntısı, uykusuzluk, bulantı-kusma ve iştah problemleri skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

**Tablo 4.10. MKC Yapılan Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=65)**

| | | n | $\bar{X} \pm SS$ | Test ve Önemlilik |
|---|---|---|---|---|
| **Eğitim Düzeyi** | İlkokul | 30 | 90.15 ± 28.81 | F=6.122 p=**0.004** |
| | Ortaokul | 18 | 109.25 ± 19.04 | |
| | Lise ve Üzeri | 17 | 113.94 ± 22.53 | |
| **Medeni Durum** | Evli | 47 | 108.27 ± 21.97 | t=2.990 p=**0.006** |
| | Bekâr | 18 | 84.42 ± 30.99 | |
| **Ekonomik Durum** | Gelir giderden az | 32 | 94.17 ± 27.11 | t=-2.292 p=**0.025** |
| | Gelir gidere eşit | 33 | 108.92 ± 24.76 | |
| **Birlikte Yaşadığı Bireyler** | Yalnız | 7 | 75.71 ± 31.97 | F=4.031 p=**0.011** |
| | Eşi | 13 | 105.46 ± 21.80 | |
| | Çocukları | 6 | 86.33 ± 35.80 | |
| | Eşi ve çocukları | 39 | 107.41 ± 22.99 | |
| **BKİ Grup** | "19-24.9 normal/sağlıklı | 13 | 114.85 ± 15.28 | F=3.075 p=0.053 |
| | "25-29.9 kilolu" | 22 | 104.25 ± 30.20 | |
| | "30-39.9" | 30 | 94.05 ± 26.15 | |

Tablo 4.10'da görüldüğü gibi, kadınların eğitim düzeyi, medeni durumu, ekonomik durumu ve birlikte yaşadığı bireylere göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.05$). Evlilerin ve geliri giderine eşit olanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Eğitim düzeyi için ise farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); ilkokul mezunlarının puan ortalamalarının ortaokul, lise ve üzeri mezunlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Birlikte yaşanan bireylere göre farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Tukey HSD); yalnız yaşayanların puanlarının eş ve çocuklarıyla yaşayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Kadınların BKI sınıflarına göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

BKİ grupları ile öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

**Tablo 4.11. MKC Yapılan Kadınların Tıbbi Öyküleri ve Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Özellikleri ile Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=65)**

| | | n | $\bar{X} \pm SS$ | Test ve Önemlilik |
|---|---|---|---|---|
| **Daha Önce Ameliyat Olma** | Evet | 45 | 98.60 ± 26.14 | t=-1.392 |
| | Hayır | 20 | 108.55 ± 27.62 | p=0.169 |
| **Kronik Hastalık** | Evet | 27 | 90.72 ± 30.51 | t=-2.759 |
| | Hayır | 38 | 109.43 ± 20.92 | p=**0.008** |
| **İlaç Kullanımı** | Evet | 27 | 90.72 ± 30.51 | t=-2.759 |
| | Hayır | 38 | 109.43 ± 20.92 | p=**0.008** |
| **Aile Öyküsü** | Evet | 38 | 99.55 ± 28.34 | t=-0.750 |
| | Hayır | 27 | 104.63 ± 24.66 | p=0.456 |
| **Sigara Kullanımı** | Evet | 13 | 100.73 ± 24.60 | F=1.678 p=0.195 |
| | Hayır | 29 | 95.91 ± 28.34 | |
| | Bıraktım | 23 | 109.43 ± 25.07 | |

Tablo 4.11'de görüldüğü gibi, kadınların kronik hastalığının olması ve ilaç kullanma durumlarına göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.05$). Kronik hastalığı olmayanların ve ilaç kullanmayanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Kronik hastalığın türüne göre farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Tukey HSD); Kronik hastalığı olmayanların puanlarının Diyabet ve diğer hastalığı olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Daha önce ameliyat olma, Aile öyküsü ve sigara kullanma durumuna göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

# 5.TARTIŞMA

MKC yapılan kadınların taburculuk sonrası yaşadığı semptomlar ve öz bakım gücünü belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Taburculuğu izleyen 7. günde yapılan birinci görüşmede kadınların en fazla yorgunluk ve halsizlik, ağrı ve uykusuzluk semptomlarını bildirdiklerini; taburculuğu izleyen 21. günde yapılan ikinci görüşmede ise kadınların en fazla yorgunluk ve halsizlik, uykusuzluk ve ağrı semptomlarını bildirdikleri belirlenmiştir. Açıl (2013) tarafından yapılan bir çalışmada MKC ve MRM yapılan kadınların taburculuk sonrası en fazla uykusuzluk, halsizlik ve ağrı semptomlarını yaşadıklarını bildirilmektedir. Özçınar ve arkadaşlarının (2010) meme kanserli hastalarda cerrahi tedavi sonrası yaşanan semptomlar ve bu semptomların yaşam kalitesine etkisini araştırdıkları başka bir çalışmada ise ağrı semptomunun hastaların çoğunda (%64-80) görüldüğü bildirilmektedir. Akça ve arkadaşlarının (2014) meme kanseri nedeniyle ameliyat olan hastaların ameliyat sonrası yaşanan semptomlarını değerlendirdikleri bir çalışmada da MKC yapılan kadınların ameliyat sonrası dönemde en fazla ağrı, yorgunluk ve bulantı kusma semptomlarını yaşadıkları bildirilmektedir. Zanapalıoğlu ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada ise MKC ve mastektomi olan hastaların cerrahi operasyon sonrası yaşadıkları semptomlar değerlendirilmiş ve hastaların %46'sının ağrı, %64'ünün yorgunluk, %27'sinin ise uykusuzluk semptomu yaşadıkları belirlenmiştir. Atalay ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise meme kanseri nedeniyle ameliyat olan hastaların en fazla ağrı semptomunu (%45.5) yaşadığı bildirilmektedir. Büyükakıncak ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da meme kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarının en fazla ağrı semptomunu (%76.3) yaşadığı belirtilmektedir. Eren (2016) tarafından yapılan bir çalışmada meme kanseri nedeniyle ameliyat olan hastaların %38'inde ağrı semptomu görülmüştür. Kaya'nın (2016) çalışmasında ise meme kanseri nedeniyle ameliyat olan hastaların en fazla halsizlik, ağrı ve uykusuzluk semptomunu yaşadıkları bildirilmiştir. Hastaların bu semptomları sıklıkla yaşamalarının nedeninin ameliyat sırasında hastaya verilen cerrahi pozisyondan, cerrahi işlem sonrasında tedavi edilen bölgenin iyileşme döneminde olmasından ve ameliyat edilen meme tarafındaki kolun korunmaya çalışılması sırasında yaşanan uyum sorunlarından kaynaklandığı söylenebilir.

Taburculuğu izleyen 1. ve 3. haftada yapılan görüşmelerde kadınların öz bakım gücü değerlendirilmiş ve orta düzey öz bakım gücüne sahip oldukları belirlenmiştir. Kronik bir hastalık olan meme kanseri bireye ve ailesine; bedensel, duygusal, manevi, bilişsel, sosyal ve ekonomik yönden sorunlar yaşatmakta, bireyin ve ailesinin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Karakoç ve Taşkın, 2014). Literatürde MKC ve öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaya rastlanmamıştır ancak yaşam kalitesi ile öz bakım gücü arasında pozitif bir ilişki olduğu ve yaşam kalitesi ile öz bakım gücünün birbirlerini paralel olarak etkilediği bildirilmektedir (Altıparmak ve arkadaşları, 2011). Zanapalıoğlu ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında MKC yapılan hastaların yaşam kalitesinin MRM yapılan kadınlardan daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Akça ve arkadaşlarının (2014) yaptığı başka bir çalışmada ise mastektomi yapılan kadınlar ile MKC yapılan kadınların yaşam kalitesi karşılaştırılmış ve MKC yapılan kadınların yaşam kalitelerinin cerrahi tedavi sonrası daha az etkilendiği belirlenmiştir. Açıl (2013) tarafından yapılan benzer bir çalışmada da MKC yapılan kadınların mastektomi yapılan kadınlara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada MKC uygulanan kadınların cerrahi tedavi sonrası orta düzeyde öz bakım gücüne sahip olmalarının, yapılan cerrahi tedavinin minimal düzeyde olmasından ve hastaların yaşam kalitelerinin daha az etkilenmiş olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu çalışmada kadınların eğitim düzeyi arttıkça öz bakım gücünün arttığı belirlenmiştir. Altıparmak ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ilköğretim ve üzeri eğitime sahip olan kanser hastalarının öz bakım gücünün, eğitim düzeyi ilköğretim ve altında olan kanser hastalarının öz bakım gücüne göre daha iyi olduğu bildirilmektedir. Üstündağ ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da kanser hastalarının eğitim düzeyi artıkça öz bakım gücünün arttığı belirlenmiştir. Aydın'nın (2005) çalışmasında ise eğitim düzeyi yüksek olan hastaların kendi bakım sorumluluklarını daha fazla üstlenmesi ve yaşadıkları problemler ile daha iyi baş etmeleri nedeniyle tedaviye daha fazla uyum sağladıkları bildirilmektedir. Bu sonuç eğitim seviyesi yükseldikçe kadınların tedaviye uyumunun artması ve öz bakımlarına daha fazla önem vermeleri ile açıklanabilir.

Araştırmada evli olan hastaların öz bakım gücünün yalnız yaşayan hastaların öz bakım gücüne göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Dedeli ve arkadaşlarının (2008)

çalışmasında kanser hastalarının hastalıkla başetme durumu ile birlikte yaşadıkları bireyler arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada genelde annesi, babası ve kardeşi ile yaşayan bireylerin en büyük desteği ailesinden aldığı, böylece tedaviye daha fazla uyum sağladığı bildirilmektedir. Bu sonuç, meme kanserinin sadece fiziksel değil sosyal etkilerinin de olduğu ve MKC yapılan kadınların aldıkları sosyal destek sayesinde tedavilerine daha fazla uyum gösterebilecekleri şeklinde açıklanabilir.

Bu araştırmada geliri giderine eşit olan kadınların öz bakım gücünün geliri giderinden az olan kadınların öz bakım gücünden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ateşçi ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında ekonomik problem yaşayan hastaların bu durumu ciddi bir sorun olarak gördüğü ve bu durumun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir. Kuzuhan ve arkadaşlarının (2015) sosyo-ekonomik faktörlerin meme kanserine etkisinin araştırıldığı çalışmalarında ise geliri düşük hastaların geliri yüksek olan hastalara göre hastalıklarının daha geç evrede tespit edildiği bildirilmektedir. Gülcivan ve Topçu (2017) tarafından meme kanserli hastaların yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada ise gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı belirlenmiştir. Bu çalışmada geliri giderine eşit olan kadınların öz bakım gücünün geliri giderinden az olan kadınlara göre daha yüksek olması, ekonomik problemi olmayan hastaların tedaviye daha hızlı ve kolay ulaşmaları ve zamanlarını daha fazla tedavilerine ayırabilmelerine karşın; ekonomik yönden sorun yaşayan hastaların iş kaybı korkusu, maaş kesintisi gibi nedenlerle tedavilerine daha az uyum göstermek zorunda kalmaları ile açıklanabilir.

Kronik hastalığı olmayan kadınların öz bakım gücünün kronik hastalığı olan kadınların öz bakım gücünden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aydın (2005) çalışmasında kanser hastalarının var olan diğer kronik hastalıklar nedeniyle öz bakım gücünün azalabileceğini bildirmektedir. Bu çalışmada kronik hastalıkları olan kadınların öz bakım gücünün kronik hastalıkları olmayan kadınlara göre daha düşük olmasının nedeni, kronik hastalıkları olan kadınların meme kanseri dışında ek sağlık sorunlarıyla da başa çıkmak zorunda olmaları ile açıklanabilir.

Bu araştırmada yaş arttıkça öz bakım gücünün azaldığı belirlenmiştir. Akça ve arkadaşlarının (2014) hastaların yaş ortalamasını yüksek, orta ve düşük olarak üç gruba

ayırdığı bir çalışmada yaş ortalaması yüksek olan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gülcivan ve Topçu (2017) tarafından meme kanserli hastaların yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi ve davranışlarının araştırıldığı çalışmada ise artan yaşın fiziksel yetersizlikleri beraberinde getirdiği ve bunun yaşam kalitesinin azalmasına neden olduğu belirtilmiştir. Bu sonuç, kadınların ilerleyen yaşları ile birlikte fonksiyonel kapasitelerinin azalması ve meme kanseri tanısının yanı sıra yaşla birlikte ortaya çıkan kronik hastalıklarla mücadele etmek zorunda kalmaları nedeniyle öz bakım gücünün de etkilenmiş olması şeklinde açıklanabilir.

Bu çalışmada hastaların BKİ azaldıkça öz bakım gücü artmaktadır. Açıl (2013) tarafından yapılan çalışmada hastaların %42' sinin fazla kilolu olduğu ve bu hastaların normal kilodaki hastalara göre daha fazla sağlık sorunu yaşamaları nedeniyle yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bilginer'in (2011) çalışmasında meme kanserli hastalarda görülen BKİ artışı ile birlikte ek hastalıkların da ortaya çıktığı belirtilmiştir (Bilginer, 2011). Aynı çalışmada meme kanserli hastalarda kilo kontrolünün, yaşam süresini ve kalitesini olumlu yönde etkileyebileceği bildirilmektedir. Bu durum, kilo artışının kronik hastalıklara yol açması ve kilolu hastaların öz bakımlarına daha az önem vermeleri şeklinde açıklanabilir.

# 4. SONUÇ

## 4.1.Özet

**Amaç:** Bu araştırma, meme koruyucu cerrahi yapılan kadınların evde yaşadıkları semptomlar ve öz bakım gücünü belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı tipte yapıldı.

**Yöntem:** Araştırmanın evrenini, İstanbul'da bir kamu hastanesinde Ocak - Eylül 2018 tarihinde meme koruyucu cerrahi olan kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine karşılayan 65 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın verileri hastaların sosyo-demografik ve tıbbi öykülerine ilişkin özellikleri içeren Hasta Tanıtım Formu, hastaların meme koruyucu cerrahi yapıldıktan sonra evde görülebilecek semptomlarını belirlemek amacıyla hazırlanan Semptom Kontrol Listesi ve Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmaya katılan kadınlarla taburculuk sonrası iki kez görüşülmüştür. Araştırmanın verileri, SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra istatistiksel analizler kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hastaların birinci görüşmede en fazla 3.26±1.65 puan ortalaması ile yorgunluk ve halsizlik, 3.20±1.77 puan ortalaması ile ağrı, 3.12±1.82 puan ortalaması ile uykusuzluk semptomlarını yaşadıkları belirlenmiştir. Kadınların birinci görüşmede öz bakım gücü puan ortalamaları 101.11±26.64 olup, %27.7'si orta düzey öz bakım gücüne sahiptirler. Kadınlarla yapılan ikinci görüşmede kadınların en fazla 2.35±1.52 puan ortalaması ile yorgunluk ve halsizlik, 2.29±1.56 puan ortalaması ile uykusuzluk, 2.14±1.33 puan ortalaması ile ağrı semptomlarını yaşadıkları, öz bakım gücü puan ortalamalarının ise 102.22±27.24 olduğu belirlenmiştir ve kadınların %26.2'si orta düzey öz bakım gücüne sahip olduğu belirlenmiştir.

**Sonuç:** Bu araştırmanın sonucunda kadınların meme koruyucu cerrahi yapıldıktan sonra evde en fazla yorgunluk ve halsizlik, ağrı ve uykusuzluk semptomlarını yaşadıkları ve orta düzey öz bakım gücüne sahip oldukları belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yüksek, evli, geliri giderine eşit ve kronik hastalığı olmayan kadınların öz bakım gücü puan ortalaması daha yüksek olup, kadınların yaşı ve BKİ arttıkça öz bakım gücü puan ortalamasının azaldığı belirlenmiştir.

## 4.2.Yargı

MKC yapılan kadınların evde yaşadıkları semptomlar ve öz bakım gücünü araştırmak amacı ile yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edildi:

- MKC ameliyatı olan kadınlarla yapılan birinci görüşmede kadınların en fazla yorgunluk ve halsizlik, ağrı ve uykusuzluk semptomlarını bildirdikleri; ateş, yara yeri akıntısı ve bulantı-kusma semptomlarının ise en az bildirilen semptomlar olduğu,
- MKC yapılan kadınların birinci görüşmede orta düzey öz bakım gücüne sahip olduğu,
- Kadınlarla yapılan birinci görüşmede öz bakım gücü ile yorgunluk ve halsizlik, ağrı, lenf ödem, uykusuzluk, bulantı kusma ve iştah durumu semptomları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı,
- Kadınlarla yapılan ikinci görüşmede ise en fazla yorgunluk ve halsizlik, uykusuzluk ve ağrı semptomlarını bildirdiği; bulantı-kusma, ateş ve yara yeri akıntısı semptomlarının ise en az bildirilen semptomlar olduğu,
- MKC yapılan kadınlarla yapılan ikinci görüşmede kadınların orta düzey öz bakım gücüne sahip olduğu,
- MKC yapılan kadınlarla yapılan ikinci görüşmede kadınların öz bakım gücü ile yorgunluk ve halsizlik, ağrı, lenf ödem, yara yeri akıntısı, uykusuzluk ve iştah problemleri semptomları arasında ilişki olmadığı,
- MKC yapılan kadınların eğitim düzeyi arttıkça öz bakım gücünün arttığı,
- Araştırmaya katılan evli kadınların öz bakım gücü puan ortalamasının bekâr olan kadınlara göre daha yüksek olduğu,
- MKC yapılan kadınların gelir seviyesi arttıkça öz bakım gücünün arttığı,
- Kronik hastalığı olmayan kadınların öz bakım gücünün kronik hastalığı olan kadınlara göre daha yüksek olduğu,
- MKC ameliyatı olan kadınlarda yaş arttıkça öz bakım gücü puan ortalamasının azaldığı,
- MKC yapılan kadınların BKİ azaldıkça öz bakım gücünün arttığı belirlenmiştir.

## 4.3.Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- MKC yapılan kadınlarda iyileşmenin hızlanması ve desteklenmesi amacıyla yorgunluk ve halsizlik, ağrı, uykusuzluk semptomları başta olmak üzere kadınların cerrahi operasyon sonrası evde yaşadıkları semptomlara yönelik semptom yönetiminin sağlanması,
- MKC yapılan ve özellikle eğitim seviyesi düşük, ekonomik problemi olan, BKİ değeri yüksek olan yalnız yaşayan ve kronik hastalıkları olan kadınların; hemşireler tarafından ameliyat sonrası öz bakım gücü yönünden değerlendirilmesi, semptom yönetimi ve öz bakım gücü ile ilgili eğitimlerin hemşireler tarafından verilmesi,
- Hastalara ve ailelerine taburculuk sonrası yaşanabilecek semptomlara ilişkin eğitim kitapçıklarının / broşürlerin rutin olarak verilmesi,
- Bu çalışmanın MKC yapılan kadınların evde yaşadıkları semptomlar ve öz bakım gücü puanını belirlemek amacıyla daha geniş örneklem grubunda yapılması önerilmiştir.

# EKLER

**EK-1**

## HASTA TANITIM FORMU

**Değerli katılımcı**,
Bu formda meme koruyucu cerrahi yapılan kadınların tanıtıcı bilgileri ile ilgili sorular yer almaktadır. Bilgileriniz saklı kalacak ve veriler konu ile ilgili yapılacak çalışmada kullanılacaktır.

Gül ÇANKAYA

**Sosyo Demografik Özellikler**

1.Yaşınız:

2.Eğitim Durumunuz

a. Okur – yazar değil b. İlkokul c. Ortaokul

d. Lise e. Üniversite

3.Medeni durumunuz

a. Evli b. Bekar c. Dul d. Boşanmış

4. Ekonomik durumunuz

a. Gelirim giderimden az b. Gelirim giderime eşit c. Gelirim giderimden fazla

5. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

**Tıbbi Öyküye Göre Özellikler**

1.Daha önce ameliyat oldunuz mu?

Evet( ) Hayır( ) Evet ise.....

2. Kronik rahatsızlığınız var mı?

Var( ) Yok( ) Var ise.....

3.Ne kadar süredir meme kanseri nedeniyle tedavi görüyorsunuz? (ay olarak).....

4. Ailenizde meme kanseri öyküsü olan birey var mı?

a. Evet b. Hayır

5.Hastanede ameliyat sonrası dönemde hastanede kalma süresi?.....

6. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

7. Sigara kullanıyor musunuz?

a. Evet b. Hayır c. Bıraktım

Evet ise miktarı:

Kilo :

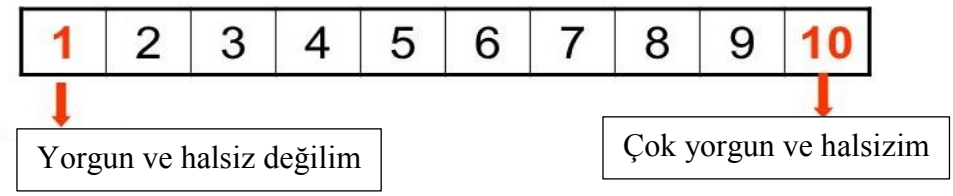
Boy :

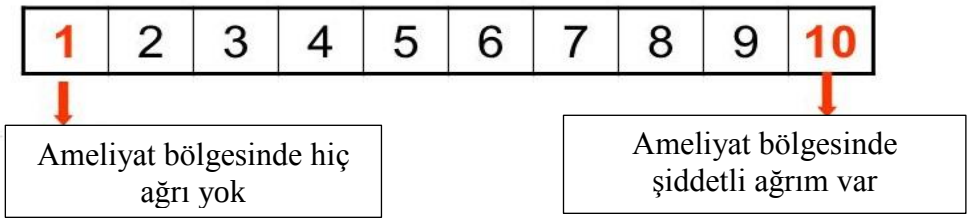
**EK-2**

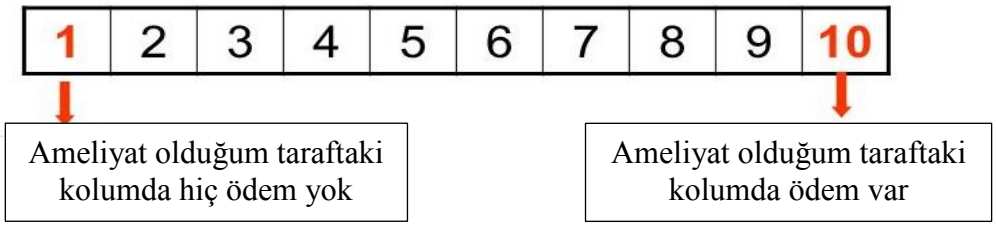
## SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

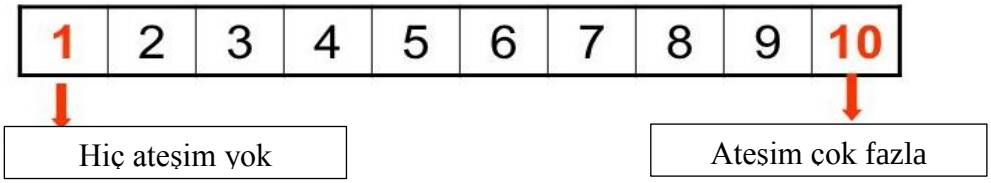
Doldurulma tarihi: Saat:

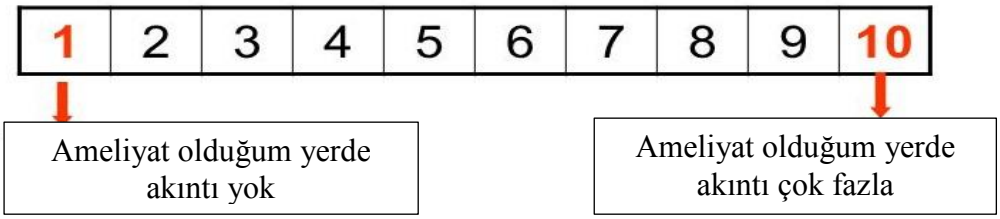
Durumunuzu en iyi ifade eden rakamın üzerine çarpı işareti ( X ) koyunuz.

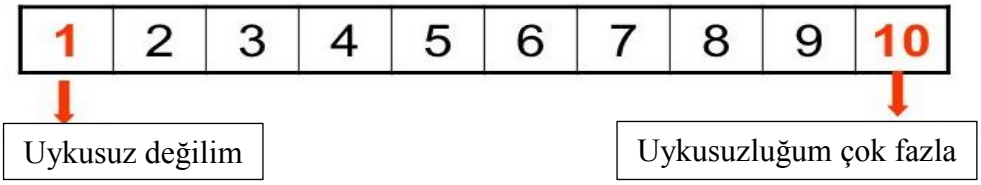


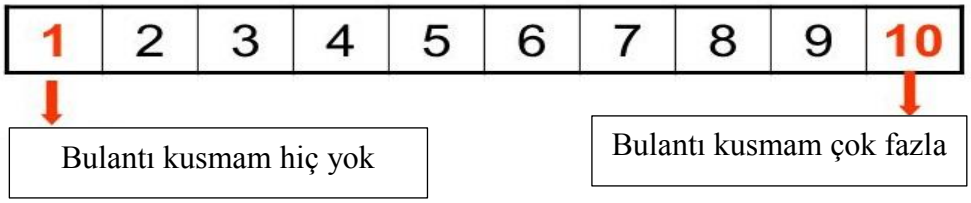



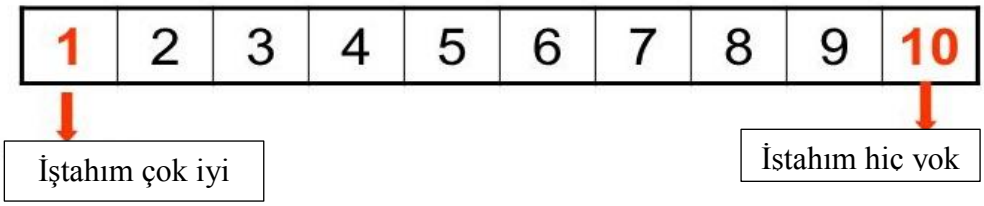




1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ameliyat olduğum yerde akıntı yok
Ameliyat olduğum yerde akıntı çok fazla


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Uykusuz değilim
Uykusuzluğum çok fazla


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Bulantı kusmam hiç yok
Bulantı kusmam çok fazla


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
İştahım çok iyi
İstahım hiç vok

**EK-3**

## ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

**AÇIKLAMA:** Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (X) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

| | **Beni hiç tanımlamıyor** | **Beni pek tanımlamıyor** | **Fikrim yok** | **Beni biraz tanımlıyor** | **Beni çok tanımlıyor** |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 2. Kendimi beğeniyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 3. Sağlığımla ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 4. Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 6.Kişisel ihtiyaçlarım ihmal etmeye meyilliyim. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 7.Kendime bakamadığım zaman, yardım ararım. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 10. Hasta olmamak için bazı önlemler alırım. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 12.Dengeli beslenirim. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 20.Kendimledostum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 21.Kendime iyi bakarım. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 25.Yaşam bir zevktir. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 27. Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

**EK-4**

../../20..

**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

**LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ**

Sizi Gül Çankaya tarafından yürütülen " Meme Koruyucu Cerrahi (MKC) Ameliyatı Olan Kadınların Evde Yaşadıkları Semptomlar ve Öz bakım Gücü " başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

**1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:**

1. Araştırmanın Amacı: Meme Koruyucu Cerrahi ameliyatı sonrası taburcu olan hastaların ameliyata bağlı karşılaştıkları cerrahi semptomlar ile öz bakım sorunlarını tespit etmek ve hastaların bu sorunlarla bahşetmelerinde öz bakım gücünün yeterliliğini ölçmeyi amaçlıyoruz.
   a. Araştırmanın İçeriği: Günümüzde erken evre meme kanserlerinde meme kanseri tedavisinde memenin tümüyle alınması yerine uygun ise öncelikle Meme Koruyucu Cerrahi ameliyatı gerçekleştirilmektedir. Ameliyattan 3 hafta sonra radyoterapi uygulamaları başlamaktadır. Ameliyatın sonrasındaki 3 haftalık dönemde gerçekleştireceğimiz görüşmeler ile öz bakım gücünü değerlendirerek ameliyata bağlı gerçekleşen semptomlar ve öz bakım gücü arasındaki ilişki tanımlanacaktır.
   b. Araştırmanın Nedeni: □ Bilimsel araştırma × Tez çalışması

**2. Çalışmaya Katılım Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.
Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
İmzası:

**(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;**
Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)
İmzası:

***Not:*** *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

**EK-5**

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURUL KARARI

**Toplantı Tarihi:** 19/01/2018
**Toplantı Karar Sayısı:** 2018/01
**Toplantı Saati:** 09:30

**Karar No:** 2018/01-09

Sağlık Bilimleri Enstitüsünün Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Tezli Yüksek Lisans öğrencilerinden Gül ÇANKAYA tarafından gönderilen "Meme Koruyucu Cerrahi Yapılan Kadınların Evde Yaşadıkları Semptomlar ve Öz Bakım Gücü" konulu tez önerisi ve ölçekleri 19/01/2018 tarihinde incelenerek T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu Yönergesinin 6. maddesinde yazılı; **"bilimsel disipline bağlılık, yaşama saygı, zarar vermeme, olası zarar ve riskler konusunda tüm ilgilileri bilgilendirme, insan ve topluma sorumluluk"** gibi ilkelere uygun olduğuna; yayına temel oluşturan araştırmanın tasarım, planlama ve yürütülme aşamalarında katkıda bulunanlara yer verilmesi, eksiksiz ve doğru kaynak gösterilmesi, gereken biçim ve doğrulukta atıflarda bulunulması kaydıyla yapılmasının etik olarak uygun olduğuna; toplantıya katılan üyelerin oybirliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Belma AKŞİT
Etik Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Necla ÖZTÜRK
Üye

Prof. Dr. Nurgün OKTİK
Üye

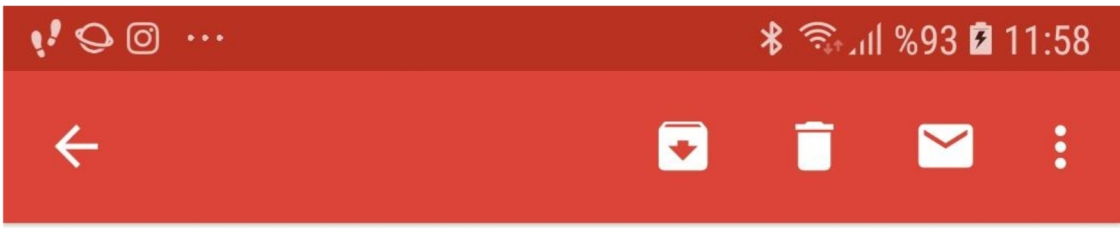
Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU
Üye

Prof. Dr. Nermin ÇELEN
Üye

Prof. Dr. Durmuş GÜNAY
Üye

Prof. Dr. Ahmet Zafer ÖZTEK
Üye (Katılmadı)

**EK-6**



NURSEN NAHCİVAN
Alıcılar: ben
31.07.2017 Ayrıntıları görüntüle

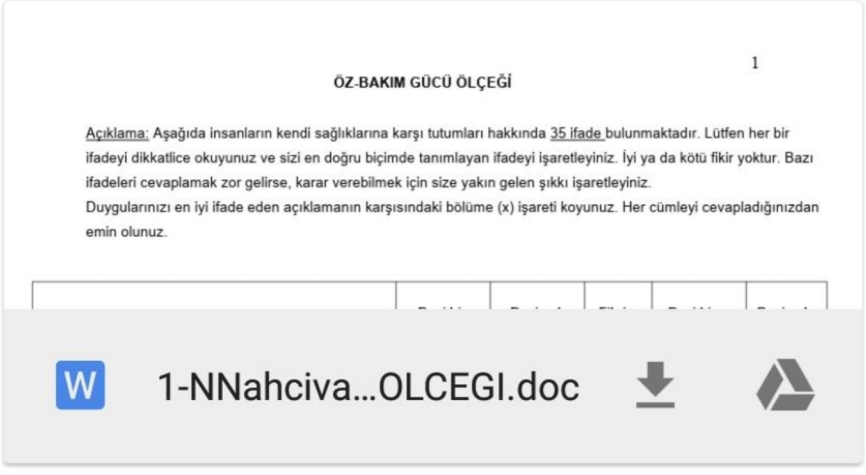
Sayın Gül CANKAYA,

Türkçe Öz-Bakım Gücü Ölçeği'ni araştırmanızda kaynak göstermek suretiyle elbette kullanabilirsiniz. İhtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dileklerimle,

--
Prof. Dr. Nursen NAHCİVAN
İstanbul Üniversitesi/*Istanbul University*
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi/*Florence Nightingale Nursing Faculty*
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı/*Public Health Nursing Department, Chair*
Tel: 0-212-440 0000 (dahili/*ex.* 27058)

2017-07-29 10:58 GMT+03:00 GUL CANKAYA <g.zengin87@gmail.com>:


1

ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz.
Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

1-NNahciva...OLCEGI.doc

# KAYNAKÇA


1. Akca, M., Ata, A., Nayır, E., Erdoğdu, S. ve Arıcan, A. (2014). Impact of Surgery Type on Quality of Life in Breast Cancer Patients [Meme Kanseri Nedeni ile Mastektomi Yapılmış Hastalarda Cerrahi Tedavinin Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkileri]. *Meme Sağlığı Dergisi*, 1(10): 222-228. DOI: 10.5152/tjbh.2014.1919.

2. Akkaş Gürsoy, A., Erdil, F. ve Bayraktar, N. (2008). Mastektomi Uygulanan Hastalar için Geliştirilen Evde Bakım Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2(1):1-15.

3. Akyolcu, N. (2008). Meme Kanserinde Cerrahi Girişim Sonrası Cinsel Yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi*,2(4): 77-83.

4. Altıparmak, S., Fadıloğlu, Ç., Gürsoy, Ş. ve Altıparmak, O. (2011). Kemoterapi Tedavisi Alan Akciğer Kanserli Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi [Elektronik Sürüm]. Ege Tıp Dergisi, 50(2): 95-10268.

5. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2015. (2015). Erişim Tarihi:18.08.2017 https://www.cancer.org/ content/dam /cancer-org/research/ cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2015/cancer-facts- and-figures-2015.

6. Atay, S. (2015). Kanserli Hastalarda İstatistiksel Yöntemle Belirlenen Semptom Kümeleri: Literatür İncelemesi**.** *Türk Onkoloji Dergisi***,** 30(4):175-187.

7. Ateşçi ,F., Oğuzhanoğlu, N., Baltalarlı, B., Karadağ, F. ve karagöz, N. (2003). Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 14(2):145-152.

8. Aydın Bektaş, H. ve Akdemir, N. K. (2009). Kanserli Bireylerde Fonksiyonel Durumun Önemi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 12(3): 1-7.

9. Baron, R.H. (2010). Assement and Management of Patients With Breast Disorders [Meme Hastalıkları Olan Hastaların Değerlendirilmesi ve Yönetimi] Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, L.J. ve Cheever, K.H.(ed), Brunner and Suddart' s Text book of Medical-Surgical Nursing [Brunner ve Suddart'ın Tıp-Cerrahi Hemşireliği Metin kitabı] (p: 1471-1501). USA: Lippincott Williams and Wilkins.

10. Baykara ,O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi [Elektronik Sürüm], 5(3):154-165. doi: 10.5505/ bsbd. 2016.93823.

11. Bayraktar, N. (2015). Meme Kanserinde Cerrahi Tedavi ve Bakım. Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Nursing, 1(1):7-12.

12. Bilginer, M. (2011). Erken Evre Meme Kanserli Hastaların Takibinde Ortaya Çıkan Beden Kütle İndeksi Değişiklikleri ve Bu Değişikliklerin Yol Açtığı Sağlık Problemlerinin Tespiti. Uzmanlık Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi ,Trabzon.

13. Buluş, M. (2015). Bulantı-Kusma, Can,G.(ed.), Onkoloji Hemşireliği. (syf: 619-659). İstanbul : Nobel Kitapevleri. ISBN:978-605-068-261.

14. Büyükakıncak, Ö., Akyol, Y., Özen, N., Ulus, Y., Cantür, F., Tander, B. ve ark. (2013). Meme Kanseri Cerrahisi: Üst Ekstremite İçin Bir Problem midir? [Elektronik Sürüm]. Türk Fizyoloji Tıp Rehabilitasyon Dergisi, 1(59):304-309. DOI: 10.4274/tftr.92489.

15. Büyükakıncak, Ö., Akyol, Y., Özen, N., Ulus, Y. Cantürk, F., Kuru, Ö. ve ark. (2014). Meme Kanseri Olan Hastalarda Cerrahi Sonrası Erken Dönemde Yaşam Kalitesi: Omuz Ağrısı, El Kavrama Gücü, Dizabilite ve Emosyonel Durum ile İlişkisi. Türk Fizyoloji Tıp Rehabilitasyon Dergisi, 1(60): 1-6.

16. Cabioğlu, N.(2012).Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi. Özmen,V., Çelik, V., Güler, N., Kapkaç, M., Koyuncu, A., Utkan, Z., Müslüman oğlu, M.(ed), Meme Hastalıkları Kitabı. (syf:7-17). Ankara: Güneş Kitap Evi. ISBN: 978-975-277-402-5.

17. Carpenito-Moyet, L.J. (2012). Hemşirelik Tanıları El Kitabı (Erdemir, F., Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evi. (syf: 334-341). 13. Baskı. ISBN: 978-975-420-885-6.

18. Cengiz Açıl, H. (2013). *Meme Koruyucu Cerrahi Uygulanan Hastalarla Modifiye Radikal Mastektomi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması / Meme Koruyucu Cerrahi Uygulanan Hastalarla Modifiye Radikal Mastektomi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

19. Chaabouni, N., Kolov, C. and Harries, M. (2016). Sytemic Therapies To Reduce To Rick Recurence İn Early Breast Cancer: New Strategles [Erken Meme Kanserinde Tekrarlanmasının Azaltılmasına Yönelik Tedaviler: Yeni Stratejiler Alistair Ring, A. and Parton, M. (Ed.). ,Breast Cancer Survivorship [Meme Kanserinde Sağkalımlar]. (p:83-93). Switzerland : Springer İnternational Publishing. ISBN: 978-3- 319 - 41856- 8 / DOİ:10.1007/978-3-319-41858-2.

20. Çakıcı, A., Ünlü, E. ve Umay, E. (2011). Mastektomi Uygulanan Meme Kanserli Hastalarda Rehabilitasyona Başlama Zamanının Omuz Dizabilitesi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi, 1(13); 132-139.

21. Çavdar, İ. (2006). Meme Kanserli Hastalarda Cinsel Sorunlar. Meme Sağlığı Dergisi,2(2):64-66.

22. Çavuşoğlu, A. , Saydam, S. , Canda, T. ve Sakızlı, M. (2009). Meme Tümör Sınıflamasında Yenilik Çabaları. Meme Sağlığı Dergisi ,5(4): 187-190.

23. Çolak, T., Alimoğlu, E., Mesci, A., Peştereli, E., Kabaalioğlu, A., Karaveli, Ş. (2008). Meme Kanserli Kadınlarda Cerrahi Yöntemin Seçimini Etkileyen Faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(1): 3-8.

24. Daştan Bostancı, N. Ve Buzlu, S. (2015). Psikososyal Distres, Can,G.(ed), Onkoloji Hemşireliği. (syf: 551-569). İstanbul: Nobel Kitapevleri. ISBN:978-605-068-2.

25. Dedeli, Ö., Fadıloğlu, Ç. ve Uslu, R. (2008). Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi;23(3):132-139.

26. Denizgil, T. ve Sönmez, İ. (2015). Meme Kanseri Nedeni ile Meme Koruyucu Cerrahi Geçirmiş Kadınlarla Mastektomi Operasyonu Geçirmiş Kadınlar Arasında Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Doyum ve Cinsel Yaşantıların Karşılaştırılması [Elektronik Sürüm]. Yeni Symposium Dergisi, 3(53): 17-25. DOI: 10.5455/NYS.

27. DisaJ.J. and Kuechel,C.M. (2006). 100 Questions and Anwers About Breast Surgery [Meme Cerrahisi İle İlgili 100 Soru ve Cevap]. (p:80-102). Massachusetts: Jones And Barlett Publishes Sudbory. ISBN:0-7637-3041-6.

28. Drageset, S. Lindstrom, T., Giske, T. ve Underlid, K., (2011). Being in suspence: Women's Experiences A Waiting Breast Cancer Surgery [Belirsizlikte Kalmak: Meme Kanseri Ameliyatı Bekleyen Kadınların Deneyimleri]. Journal of Advanced Nursing, 67(9): 1941–1951.

29. Erdoğdu, B. (2015). Meme Kanseri Hastalarında Vücut Kitle İndeksinin Klinik Özellikler ve Sağ kalım İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

30. Eren, S. (2016). *Meme Kanseri Hastalarında Mastektomi Sonrası Kronik Ağrı İnsidansı ve Hayat Kalitesi Üzerine Etkileri.* Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

31. Fadıloğlu, Ç,. ve Akyol, A. D. (1998). Meme kanseri olan kadınlarda hastalığa uyumda kullandıkları başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi. Ulusal Kadın Çalışmaları Toplantısı, E Ü. Kadın Sorunları Araştırma Uygulama Merkezi ve Ege Üniversitesi Kadın Araştırmaları Derneği Yayını.

32. Gorman, L. M., Sultan, D. F., Raines, M.L. (1996). Manual of Psychosocial Nursing in General Patient Care [Genel Hasta Bakımında Psikososyal Hemşirelik Kılavuzu]. p:

33. Grimsey, E. (2011). An Overview Of The Bearst And Breast Cancer [Meme ve Meme Kanserine Genel Bir Bakış]. Harmer, V. (Ed.), Breast Cancer Nursing Care and Management [Meme Kanseri Hemşireliği Bakımı ve Yönetimi]. (p:1-19). London, UK: A Jhon Wiley And Sons, Ltd, Publication.

34. Gül, A. ve Erdim, E. (2009) . Meme Kanseri Ameliyatından Sonra Lenf Ödemin Önlenmesinde Hemşirelerin Eğitim Yaklaşımı. Meme Sağlığı Dergisi, 12(5): 82-86.

35. Gülcivan, G. ve Topçu, B. (2017). Meme Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*; 5(2) : 63-74

36. Güler, N. (2013). Meme Kanserinde Risk Faktörleri. Sayek, İ. (Ed.), Temel Cerrahi. 4. Baskı. Cilt 1. Bölüm 84. (syf: 1091-1098). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.

37. Güllüoğlu, B. M., Cingi, A., Çakır, A., Gerçek, A. Barlas, A. Ve Eti, Z. (2006). Factors Related To Post-Treatment Chronic Pain İn Breast Cancer Survivors: The

İnterference Of Pain With Life Functions [Meme Kanserinden Kurtulanlarda Tedavi Sonrası Kronik Ağrı İle İlgili Faktörler: Ağrının Yaşam Fonksiyonları İle Etkileşimi]. İnternational Journal Of Fertility and Women's Medicine [Uluslararası Doğurganlık ve Kadın Hastalıkları Dergisi]. 51(2): 75-82.

38. Gümüş, A.B. (2006). Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar Ve Destekleyici Girişimler. Meme Sağlığı Dergisi, 2(3): 108-114.

39. Gümüs, M., Ustaalıoğlu, O., Garip,M., Kızıltan,E., Bilici,A ve Şeker, M. (2010). Factors That Affect Patients' Decision-Making About Mastectomy or Breast Conserving Surgery and The Psychological Effect of This Choice on Breast Cancer Patients [Meme Kanseri Hastasının Mastektomi veya Meme Koruyucu Cerrahi Arasında Karar Vermesini Etkileyen Faktörler ve Bu Kararın Psikolojik Etkileri]. Breast Care, 5(2): 60-68.

40. Gürsoy, A. A. (2005). Meme Kanseri Tedavisine Bağlı Lenf ödem ve Hemşirelik Bakımı. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9(2):18-25.

41. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Meme Kanserinde Evreleme. Erişim Tarihi:25.04.2018.m(https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi nelerdir /426- evreleme.html.

42. Harmer,V. (2011).Surgery For Breast Cancer [Meme Kanseri Cerrahisi]. Harmer,V (Ed.), Breast Cancer Nursing Care And Management [Meme Kanseri Hemşireliği Bakımı ve Yönetimi]. (p:81-103). London, UK: A Jhon Wiley And Sons, Ltd, Publication.

43. Harmer, V. and Froyd, H.E. (2011). The Histopatology Of Breast Cancer [Meme Kanserinin Histopatolojisi]. Harmer, V. (Ed), Breast Cancer Nursing Care And Management[Meme Kanseri Hemşireliği Bakımı ve Yönetimi]. (pp:1-19). London, UK: A Jhon Wiley And Sons, Ltd, Publication.

44. Harvey, J. and Wistanley, J. (2014).Breast Disease Management [Meme Hastalığı Yönetimi]. Harmer, V. (Ed.), Breast Cancer Nursing Care And Management [Meme Kanseri Hemşireliği Bakımı Ve Yönetimi]. (p: 38-41). United Kingdom: Oxford Universty Press.

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

46. Karadağlı, F. ve Ecevit Alpar, Ş. (2017). Bir Ölçek Geliştirme Çalışması: Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Yetersizliği Kuramına Göre Öz Bakım Davranışları Ölçeği. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(3): 168-181.

47. Karakoç, A. ve Taşkın, F. (2014). Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,2 (2): 62-70.

48. Karakaya, N., Özaslan, C., Kurukahvecioğlu O., Bircan, H. Ve Altıok, M. (2006). Meme Kanseri Cerrahisi Sonrası Yara Komplikasyonları. Meme Sağlığı Dergisi, 2(2):85-88.

49. Karamanoğlu, A. ve Gök Özer, F. (2008). Mastektomili Hastalarda Evde Bakim. Meme Sağlığı Dergisi, 4(1): 863-867.

50. Karayurt, Ö. (2015). Meme Kanseri. Can, G.(ed), Onkoloji Hemşireliği. (syf: 619-659). İstanbul : Nobel Kitapevleri. ISBN:978-605-068-2.

51. Karayurt, Ö. ve Andıç, S. (2011). Meme Bakim Hemşireliği. Meme Sağlığı Dergisi, 7(4): 196-202.

52. Kaya, G. (2016). *Meme Kanserli Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Algılanan Aile Destek Düzeyinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Gülhanane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü. Ankara.

53. Kaymakçı, Ş. (2014). Meme Hastalıkları. Karadakovan, A. ve Etiaslan, F. (ed) , Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (917-947). Ankara: Akademisyen Yayın Evi. ISBN:978-605-464-950-1 50.

54. Kılıç,F. ve Yılmaz, M.H. (2014).Meme Biyopsisi: Hasta ve Yönten Seçimi; Hangi Lezyonda Ne Yapmalıyım? Türk Radyoloji Seminerleri. 2(1): 140-157.

55. Koçak, S., Çelik, L., Özbaş, S., Tükün, A., Yalçın, B. ve Dizbay Sak, S. (2011). Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesi ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. Meme Sağlığı Dergisi, 7(2): 47-67.

56. Korkmaz, T., ve Tel, H. (2010). KOAH'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(4): 79-86.

57. Kömürcüoğlu, B., Balcıoğlu, M. ve Öztuna, I. (2000). KOAH' lı Olgularda Depresyon. Toraks Dergisi, 1(3):31- 4.

58. Köroğlu M. (2012). Meme Kanserinde Tarama Ve Radyolojik Yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topics, 5 (2): 5-10.

59. Kuzuhan, A. ve Adlı, M. (2015). Sosyoekonomik-Kültürel Faktörlerin Meme Kanserine Etkisi. J Breast Health, 11 (1): 17-21. DOI: 10.5152/ tjbh.2014.2293.

60. Nahcivan, N. (1994). Geçerlilik Ve Güvenirlilik Çalışması: Öz Bakım Gücü Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. Hemşirelik Bülteni; 33(7): 109-119.

61. Onat, D., Baykal, A. (2009). Meme Başı Akıntısı. Sayek, İ. (Ed.).Cerrahi El Kitabı. Bölüm 56. Güneş Tıp Kitabevleri.:312-313.

62. Okanlı, A. (2004). Kadınlarda Mastektominin Psikososyal Etkileri [Elektronik Sürüm]. Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi, 1(1):1-6. ISSN: 1303-5134.

63. Oskay, Ü. (2015). Cinsellik Ve Üreme Sorunları, Can,G.(ed.), Onkoloji Hemşireliği. (syf: 497-517). İstanbul: Nobel Kitapevleri. ISBN:978-605-068-2.

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

65. Özçınar, B. ,Özmen, V., Güllüoğlu, M.B., Kocaman, N. ve Keçer, M . (2010). Meme Kanserinde Lokal/ Bölgesel Tedavi Sonrası Görülen Komplikasyonlar ve Bunların Hasta Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. Meme Sağlığı Dergisi, 6(1): 9-16.

66. Özdemir, Ü. Ve Taşçı, S. (2017) Yorgunluk Yaşayan Kanserli Bireylerde Bütünleşik Sağlık Uygulaması [Elektronik Sürüm]. Akupres Sağlık Bilimleri Dergisi, 26: 253-256.

67. Özel, B. , Özel D. , Özkan, F. , Halefoğlu, A. , Özer, Ö. ve Başak, M. (2015). BIRADS Ultrasonografi Solid Meme Lezyonlarında Biyopsi Öncesi Yeterli Fikir Verebilir Mi? Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni, 49(4):284288.

68. Özkan, S. ve Alçalar, N. (2009). Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler. Meme Sağlığı Dergisi, 2(5): 60-64.

69. Özman, İ., Saydam S. ve Bekter C. (1996). Meme kanseri cerrahisinde seroma problemi. Ulusal Cerrahi Dergisi, 12(4): 398-399.

70. Parks, R.M. and Cheving, K.L. (2018). Risk Faktors Assiociated With Breast Cancer [Meme Kanseri ile Altındaki Risk Faktörleri]. Wyld, L. and Markopoulos, C.(Ed.). Breast Cancer Management For Surgeons [Cerrahlar İçin Meme Kanseri Yönetimi]. London: Springer İnternational Publishing. ISBN: 978-3-319-56671-9.

71. Przezdziecki, A., Sherman, K.A., Baillie, A., Taylor A., Foley. E., ve Bilinski, K.S. (2013). My Changed Body: Breast Cancer, Body İmage, Distress and Self-Compassion [Değişen Vücudum:Meme Kanseri, Vücut Görünümüm, Stress ve Kendine Merhamet Etmek]. Journal of Psycho-Oncology, 3(2): 18-24.

72. Şimşir Atalay ,N., Selçuk, Ö., Akkaya, N. ve Sarsan, A. (2010.)Meme Cerrahisi ve Aksiller Diseksiyon Uygulanan Meme Kanserli Hastalarda Üst Ekstremite Problemlerinin Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Türk Fizyoloji Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 5(7): 186-192.

73. Tam Ashinh, K. and Marshlee, G. (2017). Detecting and Living with Breast Cancer [Meme Kanseri tanılama ve Meme Kanseri ile Yaşama. (p:45-79). New Jersey: Jhon and Sons Published: p:45-79.

74. Turan, M., Karaman, Y., Tuncel Tekgül, Z., Karaman, S., Uyar, M. ve Gönüllü, M. (2016). Meme Cerrahisi Sonrası Görülen Kronik Postoperatif Ağrı Sıklığı ve Risk Etmenleri. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi, 26(3): 207-214.

75. Turgut, E., Berkem, H., Özel, H., Polat ve E., Yıldız. (2009). Meme Yakınması ile Başvuran Kadınlardaki Kaygıyı (Anksiyeteyi) Etkileyen Faktörler. Meme Sağlığı Dergisi, 1(5):92-97.

76. Tünel, M., Vural, A., Evlice, Y.E. ve Tamam, L. (2012). Meme Kanserli Kadınlarda Psikolojik Sorunlar [Elektronik Sürüm]. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 21(3): 189-219.

77. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri 2016. (2016). Erişim tarihi: 18.08.2017 http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/ kanser-istatistikleri.

78. Utkan, Z. (2018). Meme Kanseri Özçelik,M.(ed). Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları. (syf: 298-300). Ankara. Türk Cerrahi Derneği Yayınları. 1. Baskı: Nisan 2018. ISBN: 978-605-85624-5-5.

79. Ünal, M. (2002). Meme Anatomisi ve Gelişmesi. Kalaycı, G. (Ed.), Genel Cerrahi. (syf: 537-541). İstanbul: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitapevleri.

80. Üstündağ, H. ve Zengin, N. (2008). Baş Boyun Kanseri Nedeni İle Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,11(1): 63-68.

81. World Health Organisation. Globocan 2014: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevelance Worldwide in 2014. İnternational Agency for Research on Cancer. (2014). Erişim Tarihi: 18.08. http://www.who.int /gho/ Publication/ world_ health_ statistics/ 2014 /en.

82. Zanapalıoğlu, Y., Atahan, K., Gür, S., Çökmez, A. ve Tarcan, E. (2009). Effect Of Breast Conservıng Surgery İn Qualıty Of Life İn Breast Cancer Patıents [Meme Koruyucu Cerrahisinin Meme Kanseri Hastalarının Yaşam Kalitesine Etkisi]. The Journal of Breast Health, 3(5): 152-156.