

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MASTEKTOMİ SONRASI KADINLARIN TEDAVİ SÜRECİNE GÖRE EVDE BAKIM GEREKSİMLERİNİN BELİRLENMESİ

HALİSE AKYILDIZ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2017

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2012970083

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MASTEKTOMİ SONRASI KADINLARIN TEDAVİ SÜRECİNE GÖRE EVDE BAKIM GEREKSİMLERİNİN BELİRLENMESİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALİSE AKYILDIZ

Danışman Öğretim Üyesi: Yard. Doç. Dr. Nihal Gördes Aydoğdu

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2012970083

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı,
Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora /Yüksek Lisans programı öğrencisi Halise AKYILDIZ
**‘Mastektomi Sonrası Kadınların Tedavi Sürecine Göre Evde Bakım
Gereklerinin Belirlenmesi’** konulu Doktora/Yüksek Lisans tezini 27.12.2017
tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Yard.Doç.Dr.Nihal GÖRDES AYDOĞDU
BAŞKAN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Doç.Dr.Ezgi KARADAĞ
ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Yard.Doç.Dr.Aygül KISSAL
ÜYE
Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Doç.Dr.Cantürk ÇAPIK
ÜYE
Atatürk Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Yard.Doç.Dr.Fatma VURAL
ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	v
KISALTMALAR	vi
TEŞEKKÜR.....	vii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	3
1.1.Problemin Tanımı Ve Önemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı	8
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Meme Kanseri.....	9
2.1.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi	9
2.1.2. Meme Kanseri Etiyolojisi Ve Risk Faktörleri.....	10
2.1.3. Meme Kanserinin Belirtileri	122
2.1.4. Meme Kanserinde Erken Tanı	12
2.1.5. Meme Kanseri Tedavisi	12
2.1.5.1. Lokal Tedavi (Radyoterapi ve Cerrahi Girişim)	13
2.1.5.2. Sistemik Tedavi (Kemoterapi Ve Hormon Tedavisi).....	17
2.2. Evde Bakım.....	211
2.2.1. Meme Kanserinde Evde Bakım ve Hemşirelik	244
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	26
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	26
3.4. Çalışma Materyali.....	28
3.5.Araştırmanın Değişkenleri.....	28
3.5.1. Bağımlı Değişkenler	28
3.5.2. Bağımsız Değişkenler	28
3.6. Veri Toplama Araçları	28
3.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu (EK 1)	28

3.6.2.Evde Bakım Gereksinimine İlişkin Bilgi Formu (EK 2).....	29
3.6.3.Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EK 3).....	29
3.7.Araştırma Planı.....	29
3.8.Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.9.Tezin Bütçesi.....	30
3.10. Etik Kurul Onayı.....	30
4.BULGULAR.....	31
5.TARTIŞMA.....	388
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	444
7.KAYNAKLAR.....	455
8.EKLER.....	566
EK-1_HASTA TANILAMA FORMU.....	566
EK-2_KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ (GYA) ÖLÇEĞİ.....	58
EK-3_ETİK KURUL ONAYI.....	59
EK-4_KURUM İZİNLERİ.....	65
EK-5_BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	68
EK-6_ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ.....	69

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan Globacan 2012 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kanserin Dağılımı.....	10
Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı...27	
Tablo 3. Katılımcıların Hastalıklarına Yönelik Tanıtıcı Özellikleri.....31	
Tablo 4. Katılımcıların Tedavi Süreçlerine Göre Eğitim Gereksinimlerinin karşılaştırılması.....32	
Tablo 5. Tedavi Süreçlerine Göre Katılımcıların Eğitim Gereksinimi Duydukları Konuların Dağılımı.....33	
Tablo 6. Katılımcıların Evde Bakımına İlişkin Özellikleri.....34	
Tablo 7. Katılımcıların Tedavi Süreçlerine Göre Evde Bakıma İhtiyaç Duyma Durumlarının Karşılaştırması.....35	
Tablo 8. Katılımcıların Tedavi Şekillerine Göre Evde Bakım Gereksinimleri.....36	
Tablo 9. Katılımcıların Hastaların Tedavi Süreçlerine Göre Bağımlılık Durumlarının Karşılaştırması.....37	

KISALTMALAR

WHO: World Health Organization

ACS: American Cancer Society

GLOBOCAN: Global Burden of Cancer Study

IARC: International Agency for Research on Cancer

KMM: Klinik Meme Muayenesi

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

MKC: Meme Koruyucu Cerrahi

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

TEŐEKKÖR

**Tez alıŐmamn planlanması, hazırlanması ve sonuçlanması sürecinde
desteğini esirgemeyen, değerli tez danıŐmanım Yard. Doç. Dr. Nihal Gördes**

Aydoğdu'ya,

Hayatımın her döneminde beni destekleyen, sabır, ilgi ve anlayıŐla yanımda

olan sevgili eŐim Emrah Akyıldız'a,

Hayatın bana en değerli hediyesi oğlum Poyraz'a,

Sonsuz teŐekkürler

Halise Akyıldız

MASTEKTOMİ SONRASI KADINLARIN TEDAVİ SÜRECİNE GÖRE EVDE BAKIM GEREKSİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Halise Akyıldız

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

haliseduz@hotmail.com

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı mastektomi olan kadınların tedavi sürecine göre evde bakım gereksinimlerini belirlemektir.

Yöntem: Araştırmanın evrenini Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Ege Üniversitesi Hastanesi ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniklerinde mastektomi ameliyatı geçirmiş kadınlar oluşturmuştur. Örneklem mastektomi sonrası taburculuğu yapılmış herhangi bir tedavi almamış erken dönem hastalardan 44, mastektomi sonrası radyoterapi alan hastalardan 49, kemoterapi alan hastalardan 51 ve hormon tedavisi alan hastalardan 44 olmak üzere toplam 188 hasta alınmıştır. Veriler Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu, Evde Bakım Gereksinimine İlişkin Bilgi Formu ve Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYA) ile yüz yüze görüşme yapılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı ve yüzde dağılımı ve χ^2 analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 50.5 ± 12.31 olup; hastaların %27.1'i kemoterapi, %26.1'i radyoterapi ve %23.4'ü hormon tedavisi ve %23.4'ü ameliyat sonrası erken dönemde olup herhangi bir tedavi almamaktadır. Gruplar arasında evde bakıma ihtiyaç duyma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Ameliyat sonrası erken dönem hastaları, kemoterapi ve hormon tedavisi alan hastalar en çok hijyen konusunda, radyoterapi alan hastalar ise en çok alışveriş konusunda evde bakımda ihtiyaç duymaktadırlar. Hormon tedavisi alan kadınların tümü bağımsız olarak günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirirken, en yüksek oranla

kemoterapi alan hastalar günlük yaşam aktivitelerinde kısmen bağımlıdır (%9.8). Tedavi süreçlerine göre hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Sonuç: Mastektomi sonrası tedavi süreçlerinde bireylere gerekli evde bakım hizmetlerinin planlanması ve bireylerin bu hizmetlerden yararlanmasını sağlamak için gerekli organizasyonel düzenlemelerin yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Evde bakım, mastektomi, tedavi süreci.



DETERMINATION OF HOME CARE REQUIREMENTS BY TREATMENT OF WOMEN AFTER MASTECTOMY

Halise Akyıldız

Dokuz Eylul University Faculty of Nursing

haliseduz@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to determine the needs of women with mastectomy in the home according to the treatment process.

Methods: Dokuz Eylül University Hospital, Ege University Hospital and İzmir Katip Çelebi University Atatürk Training and Research Hospital have created women who have undergone mastectomy operations in general surgery clinics. A total of 188 patients were enrolled, 44 of whom had undergone a post-mastectomy untreated treatment, 44 patients who received radiotherapy after mastectomy, 51 patients who received chemotherapy, and 44 patients who received hormone therapy. Data were collected by face to face interview with the Socio-Demographic Information Form, the Information Form on Home Care Needs and the Katz Daily Living Activities Scale (GYA). Number and percentage distribution and χ^2 analysis were used in the analysis of the data.

Findings: The average age of the women participating in the survey was 50.5 ± 12.31 ; 27.1% of the patients were chemotherapy, 26.1% were radiotherapy, 23.4% were hormone therapy and 23.4% were in the early postoperative period and did not receive any treatment. There is no statistically significant difference between groups in terms of need for home care. Patients receiving early postoperative period, chemotherapy and hormone treatment are most needed hygiene, and patients receiving radiotherapy are mostly in need of shopping at home. While all women taking hormone therapy performed their daily living activities independently, patients

receiving chemotherapy at the highest rate were partially dependent on their daily living activities (9.8%). There is no statistically significant difference between patients' daily life activities according to treatment processes.

Conclusion: In post-mastectomy treatment, it is suggested to organize the necessary home care services for the individuals and organizational arrangements to ensure that the individuals benefit from these services.

Key Words: Home care, mastectomy, treatment process.



1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Problemin Tanımı Ve Önemi

Kanser, günümüzde insan sağlığını tehdit eden en önemli hastalıklardan birisidir. Dünya genelinde 2015 yılında 8.8 milyon ölümden sorumlu olan kanser; ölüm nedenleri arasında ikinci sırayı almaktadır (WHO, 2017). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2017'de 1.688.780 yeni kanser vakası ve 600.920 kansere bağlı ölüm olacağı tahmin edilmektedir (American Cancer Society, 2017). Dünya'da en çok görülen kanserler arasında yer alan meme kanseri tüm kanserlerin %23'ünü, kanserden kaynaklanan ölümlerin %14'ünü oluşturmaktadır (Eti Aslan ve Gürkan, 2007; IARC, 2012). Meme kanserine bağlı 2015 yılında 571 000 ölüm gerçekleşmiştir (WHO, 2017).

Ülkemizde kanserli her dört kadından biri meme kanseridir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014). Meme kanseri insidansında meydana gelen bu artış beraberinde birçok tedavi yönteminin gelişmesine de neden olmuştur.

Meme kanseri tedavisinde; cerrahi girişim (mastektomi), radyoterapi, kemoterapi ve hormonoterapi gibi birçok tedavi yöntemi kullanılmaktadır. Memenin kısmen ya da tamamının cerrahi olarak çıkarılması meme kanserinin tedavisinde önemli bir yere sahiptir (Akkaş Gürsoy, 2008; Güner, 2001).

Meme kanserinin cerrahi tedavi yöntemleri içerisinde yer alan mastektomi sonrası hastalar tedavileriyle ilgili hem fiziksel hem de psikolojik açıdan birçok komplikasyonla karşı karşıya gelmektedirler. Mastektomi sonrasında; ameliyat yerinde bulunan insizyonun büyük olması, yara iyileşmesindeki problemler, ağrı, lenfödem olasılığı ve ameliyatın yapıldığı taraftaki kolla ilgili sorunlar gibi birçok fizyolojik komplikasyonun ortaya çıktığı bildirilmektedir (Akkaş Gürsoy, 2008). Yapılan bir çalışmada meme kanserinin tedavi sürecinde hastaların %20.7'sinde lenfödem geliştiği; diğer çalışmalarda da hastaların yarısından fazlasında kolda şişlik, sertlik, omuz ve kol hareketlerinde kısıtlılık, his kaybı gibi komplikasyonların görüldüğü saptanmıştır (Akkaş Gürsoy, 2008; Chachaj ve ark, 2010; Clark ve ark, 2005; Özçınar ve ark, 2010). Vilholm ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada mastektomi sonrasında hastaların %23.9'unda ağrı geliştiği bulunmuştur.

Mastektomi çoğu kadında fizyolojik etkilerin yanı sıra ağır psikolojik etkilere de sebep olabilmektedir. Meme kadınlar için dişiliği, cinselliği ve de anneliği simgelediği için mastektomi geçiren hastalar, yalnızca yaşam tehdidiyle değil aynı zamanda memenin kaybedilmesinden kaynaklanan zorluklarla da baş etmektedirler. Memeyi kaybetmeye bağlı olarak kadınlarda; depresyon, cinsel disfonksiyon, sosyal izolasyon, beden imajında bozulma, benlik saygısında azalma gibi birçok psikolojik problem görülmektedir. Bu sebeplerden dolayı mastektomi geçiren kadınlar uyum güçlüğü çekmekte, geleceğe yönelik beklentileri olumsuz etkilenmektedir (Akkaş Gürsoy, 2008; Kızılcı, 1999). Yapılan bir çalışmada meme kanserli hastaların %72.4'ünde anksiyete, depresyon, korku, bilişsel ve duygu durum bozuklukları gibi psikolojik problemlerin, %35.4'ünde cinsel problemlerin, %22'sinde ise hem psikolojik hem de cinsel problemlerin birlikte görüldüğü saptanmıştır (Pumo ve ark, 2012). Zainal ve arkadaşları (2013) meme kanseri hastalarının depresyon riski altında olduğunu belirtmişlerdir.

Yapılan çalışmalarda mastektomi sonrasında beden algısı, benlik saygısı ve çiftler arasındaki uyumun olumsuz yönde etkilendiği ve hastalarda cinsel disfonksiyon görülme oranında önemli artış olduğu bulunmuştur (Panjari, Bell, Davis, 2011; Uçar ve Uzun, 2008).

Müezzinler ve Karayurt'un (2014) mastektomi sonrası lenfödem gelişen kadınların deneyimlerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada; lenfödem geliştikten sonra hastaların günlük yaşamlarını sürdürmede sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Ayrıca bu hastaların kendilerini engelli olarak gördüğü, gelecekle ilgili kaygılı olduğu, beden imajında bozulma gibi sorunlar yaşadığı saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda kadınların, lenfödem gelişimine bağlı olarak ortaya çıkan koldaki fiziksel değişim nedeniyle beden imajında bozulma yaşadıkları görülmektedir. Bu durumun kadınların aile ilişkilerinde, cinsel ve sosyal hayatlarında problem yaşamalarına neden olduğu bildirilmektedir (Fu ve Rosedale, 2009; Radina ve Armer, 2001). Mastektomi operasyonu sonrasında hem fiziksel hem de psikolojik komplikasyonların önlenmesi ve hastanın ameliyat sonrası sürecine uyum sağlaması için kapsamlı bir evde bakım hizmetine gereksinimi bulunmaktadır.

Evde bakım hizmetleri hem teşhis ve tedavi sonrası bakım sürecinde, hem de kronik bir hastalığın takibinde ve bir sağlık problemi olmaksızın koruyucu sağlık ve tetkik hizmetlerinin verilmesinde, ihtiyaç sahiplerine evlerinde sağlık bakımı hizmetlerinin verilmesidir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013). Evde bakım, hastanın içinde bulunduğu koşulları değiştirmeden, uygun tedavi ve bakımla hastalığın ve ortaya çıkan diğer olumsuzlukların etkisini azaltmaktadır (Boerma ve ark, 2012; Ünsar ve ark, 2007). Evde bakım hizmetleri, hasta merkezli bakım sağlamanın yanı sıra, sağlık harcamaları yönünden de birçok avantajı bulunması nedeniyle hastalar ve hükümetler tarafından tercih edilmektedir (Oğlak, 2007).

Evde bakım hizmetinde amaç; hastanın günlük yaşamını minimum etkileyerek, hastaya en doğru tedaviyi uygulamaktır. Aynı zamanda hastalığın etkilerini en aza indirip, hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir (Karahan ve Güven, 2002; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013).

Literatürde meme kanserli hastaların evde bakım hizmetlerine olan gereksinimleriyle ilgili yapılmış çalışmalar sınırlıdır. Lampic ve ark (1996), kanserli hastaların, hastalığı kabullenme ve tedaviye uyum sağlamlarının yanı sıra günlük işlerini yapmakta, sosyal ortamlara katılmakta ve sahip olduğu rolleri yerine getirmekte sorun yaşadıklarını belirlemiştir. Hastaların çoğunluğunun ailesiyle birlikte olduğu, kendini rahat, huzurlu ve güvende hissettiği evinde olmayı istemesi, hastane ortamını sevmemesi gibi nedenlerle evde bakımı tercih ettikleri bildirilmektedir (Bradley, 2003).

Cerrahi sonrası yapılan ev ziyaretlerinin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada; yapılan ziyaretlerin tıbbi sonucu değiştirmede başarılı olmadığı saptanmıştır. Yine aynı çalışmada hastaların %96.3'ünün erken taburcu olmaktan ve ailesiyle birlikte evinde bulunmaktan memnun oldukları belirtilmiştir (Shapiro ve ark, 2003).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada mastektomi sonrası evde bakım hizmetinin, ağrı, mastektomili kolda ödem oluşumu ve cinsel problemler görülme oranını düşürdüğü belirlenmiştir (Akkaş Gürsoy, 2008). Diğer bir çalışmada, taburcu olduktan sonra hastaların çoğunluğunun beslenme, boşaltım, aktivite, uyku ve dinlenme gibi

fizyolojik gereksinimlerle ilgili konularda problemler yaşadığı ve bu sebeplerden dolayı sağlık personeline ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (Yılmaz ve Çifçi, 2009).

Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimlerinin belirlendiği bir çalışmada, ihtiyaç duyulan konuların başında ev işlerinin (%76.2) geldiği, bunu yemek, temizlik işleri ve kişisel bakımın takip ettiği bildirilmiştir (Ertem ve ark, 2009). Yılmaz ve Çifçi (2010) çalışmasında hastaların sağlık bakım profesyoneli tarafından evde izlenmekten ve gerektiğinde telefon ile danışmanlık hizmeti almaktan memnun olduklarını saptamıştır.

Çalışmalar, ülkemizde ameliyat için hastaneye yatan bireyin bu süreçte sadece fiziksel bakım aldığı; taburculuk eğitiminin neredeyse hiç verilmediğini vurgulamaktadır (Demirkıran, 2011; Sertöz ve ark, 2004). Taburculuktan sonra eve dönen hastanın hem fizyolojik hem de psikolojik birçok sorunla karşılaştığı ve bu sorunlarla baş etmede çaresizlik yaşadığı saptanmıştır (Akkaş Gürsoy, 2002).

Mastektomi sonrasında yaşanan problemler, hastanın bütüncül olarak ele alındığı bir hemşirelik bakımına ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Meme kanseri cerrahisi kadınlarda hemşirelik bakımının asıl amacı; bireylerin eski yaşamına en kısa sürede ve en az problem ile dönmesini sağlamaktır. Mastektomi sonrası hastaların evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi gelişebilecek komplikasyonların önlenmesinde ve yönetilmesinde planlanan hemşirelik girişimleri için yol gösterici olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma mastektomi olan kadınların tedavi sürecine göre evde bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri

2.1.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Meme kanseri kadınlarda görülen kanserler arasında en çok görülen ve en çok ölüme neden olan kanser türüdür. Dünyada kanserli tüm kadınların dörtte birini meme kanserli kadınlar oluşturmaktadır (Globacan, 2012; WHO, 2017). Dünya geneline bakıldığında 2015 yılında 8.8 milyon kansere bağlı ölüm gerçekleşmiştir. Bu ölümlerin 570 bini meme kanserinin neden olduğu ölümlerdir (WHO, 2017).

Dünyada meme kanser insidansı 100.000'de 43.3'tür (Globacan, 2012). Bu oranlar ülkelere ve etnik kökenlere göre değişkenlik gösterebilmektedir. Meme kanseri insidansı incelendiğinde en yüksek insidansın Kuzey Amerika ve Okyanusya olduğu görülürken; en düşük insidans Orta Afrika ve Doğu Asya'dadır. Az gelişmiş ülkelerde meme kanserinin insidansının düşük olmasına karşın, meme kanserine bağlı ölüm oranları gelişmekte olan ülkelere oranla daha yüksektir. Az gelişmiş ülkelerde tarama, teşhis, tedavi hizmetlerinin yetersizliği bu farklılığı açıklamaktadır (Globacan,2012).

Türkiye'de de meme kanseri kadınlarda görülen kanser türleri arasında birinci sırada yer almaktadır (yüz binde 45.9). Ülkemizde yaklaşık olarak yılda 163.500 yeni kanser vakası teşhis edilmektedir. İstatistiksel olarak ölüm nedenleri incelendiğinde; kanser tüm ölümlerin yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017).

Tablo 1’de Dünya genelinde ve Türkiye’de kadınlarda en sık görülen beş kanserin başında meme kanserinin geldiği görülmektedir.

Tablo 1: Uluslararası Kanser Ajansının (IARC) Yayınladığı Globacan 2012 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kanserın Dağılımı (Globacan, 2012)

Türkiye	Dünya	IARC’a üye 24 ülke	AB (28 ülke)	ABD
1. Meme	Meme	Meme	Meme	Meme
2. Tiroid	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Akciğer
3. Kolorektal	Uterus Serviksi	Akciğer	Akciğer	Kolorektal
4. Uterus Korpusu	Akciğer	Uterus Serviksi	Uterus Korpusu	Tiroid
5. Akciğer	Uterus Korpusu	Uterus Korpusu	Uterus Serviksi	Uterus

2.1.2. Meme Kanseri Etiyolojisi Ve Risk Faktörleri

Meme kanserinin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Hastalığın gelişiminde birçok faktörün rol oynadığı düşünülmektedir. Bu faktörler değiştiremez ve değiştirilebilir risk faktörleri başlıkları altında ele alınmaktadır.

Değiştirilemez Risk Faktörleri

- ✓ **Cinsiyet:** Meme kanserinde en önemli risk faktörlerinden birisi kadın olmaktır. Erkeklerde de meme kanseri görülebilir, fakat kadınlarda görülme sıklığı erkeklerde görülme sıklığının 100 katıdır. Bunun nedeni kadınlardaki östrojen ve progesteron hormonlarıdır.
- ✓ **Yaş:** Yaşla beraber meme kanseri gelişme oranı artmaktadır. Özellikle 55 yaş üzeri kadınların üçte ikisinin meme kanseri tanısı aldığı görülmektedir.
- ✓ **Genetik faktörler:** BRCA 1 ve BRCA 2 genlerde meydana gelen mutasyonlar meme kanserine neden olabilmektedir.
- ✓ **Aile öyküsü:** Yakın akrabalarında meme kanseri olan kadınların riski artmaktadır. Anne, kız kardeş veya kızı gibi birinci derece yakınında meme

kanseri olan kadınlarda risk artmaktadır. Akrabalık uzaklaştıkça risk azalmaktadır.

- ✓ **Meme kanseri öyküsü:** Daha öncesinde meme kanseri olan kadının aynı memesinde ya da diğer memesinde kanser gelişme riski 3-4 kat artmaktadır.
- ✓ **Yoğun meme dokusuna sahip olunması:** Kendi yaş grubuna kıyasla meme dokusu yoğunluğu artan kadınların meme kanseri olma riski normal yoğunluğa sahip olanlara göre artmaktadır.
- ✓ **İlk adet (menarş) erken görülmüş olması:** İlk adet 12 yaş öncesinde görülmesi meme kanseri riskini artırmaktadır.
- ✓ **Menapoza geç yaşta girilmiş olması:** 55 yaş sonrasında menapoza girmek meme kanseri riskini az da olsa artırmaktadır.
- ✓ **Göğüs bölgesine daha önceden radyasyon almış olmak:** Önceki yıllarında başka bir kanser tedavisi için göğüs bölgesine radyasyon almış olmak riski artırmaktadır (ACS, 2017; Aydın ve Topuz, 2007).

Değiştirilebilir Risk Faktörleri

- ✓ **Doğum öyküsü:** Hiç çocuk sahibi olmayan veya ilk doğumunu 30 yaşından sonra yapan kadınlarda risk artmaktadır. Genç yaşta doğum yapmak ve fazla gebelik riski azaltmaktadır.
- ✓ **Hormon replasman tedavisi almak:** Özellikle kombine (östrojen ve progesteron içeren) hormon tedavisi riski artırmaktadır. Risk ilacın alınma süresi ile doğru orantılı olarak artmaktadır.
- ✓ **Alkol kullanımı:** Alkol kullanımı meme kanseri riskini artırmaktadır.
- ✓ **Obezite:** Özellikle menopoz sonrasında fazla kadınlardaki risk, zayıf kadınlara oranla daha fazladır.
- ✓ **Hareketsizlik (fiziksel aktivite azlığı / sedanter yaşam):** Sedanter yaşam meme kanseri riskini artırmaktadır (ACS, 2017; Aydın ve Topuz, 2007).

2.1.3. Meme Kanserinin Belirtileri

Meme kanserinin en erken belirtisi, ağrısız, kısmen sınırları belirli, hareketi sınırlı ve sert bir kitledir. Bunun yanı sıra;

- ✓ Memede veya koltukaltında şişmeler,
- ✓ Meme başında soyulma veya kabuklanmalar,
- ✓ Memede çukurlaşma,
- ✓ Ağrı ve meme başında içe çekilme,
- ✓ Memede büyüme ve şekil bozukluğu,
- ✓ Meme başının kitleye doğru çekilmesi (forguo belirtisi),
- ✓ Anne sütü dışında başka bir meme başı akıntısı (kanlı olabilir) gibi birçok belirtisi bulunmaktadır (Gençay, 2007; Şirin ve Kavlak; 2008).

2.1.4. Meme Kanserinde Erken Tanı

Erken evrede meme kanseri belirti vermeyebilir. Meme kanserinin erken teşhis edilip tanı konulması, tedavinin başarısını ve hayatta kalma şansını arttırmaktadır.

Amerikan kanser birliği meme kanserinin erken dönemde teşhis edilmesinde kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ve klinik meme muayenesinin (KMM) yararlı olmadığını, mamografinin (MG) ise erken tanıda ve kanserden kaynaklanan ölümlerin azalmasında büyük önem taşıdığını belirtmektedir (ACS; 2015).

Meme kanserinin erken teşhis edilebilmesi için Amerikan Kanser Birliği (ACS) 40 yaş üstü kadınların her yıl mamografi çektirmesini önermektedir (ACS; 2015). Ülkemizde ise; tüm kadınların 20 yaşından sonra her ay düzenli olarak KKMM yapması, 20 yaşından sonra KMMM ile birlikte iki yılda bir KMM yaptırması önerilmektedir. Kırk yaşından sonra ise kadınların her yıl KMM yaptırması ve mamografi çektirmesi gerektiği belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı; 2017).

2.1.5. Meme Kanseri Tedavisi

Meme kanseri tedavisinde birçok yöntem kullanılmaktadır. Kanserin türü ve evresi, tümörün boyutu, menopozda olma gibi durumlar tedaviye karar verirken göz önünde bulundurulmaktadır. Meme kanserinin tedavisi lokal ve sistemik olarak

uygulanmaktadır. Lokal tedaviler radyasyon terapisi ve cerrahi müdahaleyi; sistemik tedavi ise kemoterapi ve hormon tedavisini kapsamaktadır (ACS, 2016).

2.1.5.1. Lokal Tedavi (Radyoterapi ve Cerrahi Girişim)

Radyoterapi: x-ışınları, gama ışınları, nötron, proton ve diğer kaynaklardan yüksek enerjili radyasyon kullanılarak tümörleri küçültme ve kanser hücrelerini öldürme işlemidir. Ameliyat öncesi bir tümörün büyüklüğünü azaltmak için kullanılırken; ameliyat sonrasında meme, göğüs duvarı ve koltuk altı bölgesinde kalan kanser hücrelerinin yok edilmesi için uygulanmaktadır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Sönmez, 2012).

Radyasyon tedavisinin iki türü vardır:

Eksternal radyasyon terapisi genellikle kullanılan türdür. Radyasyon vücut dışında bir makineden kanserden etkilenen alana uygulanmakta olup genellikle tüm memeyi içermektedir. Kanserin boyutu ve derecesine bağlı olarak göğüs duvarı ve koltuk altı alanını da içerebilmektedir. Eksternal radyasyon terapisi genellikle 5-7 haftalık bir süre içinde uygulanmaktadır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Sönmez, 2012).

İnternal radyasyon terapisinde (brakiterapi) ise tümöre yakın yerlere doğrudan iğne, kateter yerleştirildikten sonra radyoaktif madde verilmektedir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Sönmez, 2012).

Radyoterapinin birçok yan etkisi bulunmaktadır. Bunlardan en yaygın olanı ciltteki reaksiyondur. Radyoterapi uygulanan bölgede hafiften orta pembe renk veya kızarıklık, kaşıntı, yanma, ağrı ve muhtemel soyulma ile birlikte güneş yanığı gibi bir görüntü oluşabilmektedir. Ayrıca; kusma, boğaz ağrısı, iştah kaybı, saç kaybı, halsizlik, yorgunluk, ağrı, ödem, ağrı ve hassasiyet gibi sık görülen yan etkiler de hastanın yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Baykara, 2016; Ertem ve Kalkım, 2009).

Radyoterapinin diğer bir yan etkisi de lenfödemdir. Lenfödem nedeniyle kadınlar günlük yaşam aktivitelerini ve sosyal aktivitelerini sürdürmede ve ev işlerini yapmakta zorlanmaktadırlar (Ahmed ve ark, 2008, Di Sipio ve ark, 2013, Fu ve

Rosedale, 2009; Johanson ve ark, 2003; Meiklejohn ve ark, 2013, Müezzinler ve Karayurt, 2014, Radina ve ark, 2014; Yıldız ve Karayurt, 2011). Ayrıca; lenfödem gelişen kolun fiziksel görünümündeki değişiklik nedeniyle beden imajında bozulma yaşamakta, cinsel yaşamları da olumsuz etkilenmektedir (Fu ve Rosedale, 2009; Girgis ve ark, 2011, Morgan ve ark, 2005; Müezzinler ve Karayurt, 2014, Radina ve ark, 2014; Taghian ve ark, 2014; Thomas ve ark, 2005).

Meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada hemşirelik müdahalesinin, radyoterapi sırasında ve sonrasında kadınların baş etme yeteneğini etkileyip etkilemeyeceğini araştırmak amacıyla randomize bir çalışma yürütülmüştür. Yapılan girişimler; hastanın tedaviye adaptasyonunu kolaylaştırmak, baş etme yeteneklerini geliştirmek ve arttırmak için destekleyici davranışların teşvik edilmesidir. Uygulanan bu girişimlerin hastalara tedaviyle baş etme imkanı sağladığı saptanmıştır (Wengström ve ark, 2001).

Radyoterapinin yan etkilerine yönelik hemşirelik bakımlarının bu semptomları azaltmada etkili olduğu bilinmektedir (Sis Çelik, 2014). Radyoterapi sonrası verilen evde bakım hizmetleri; ortaya çıkabilecek komplikasyonların bilinmesi, önlenmesi ve bu komplikasyonlara yönelik uygun bakımın sağlanması, tedavilerin uygulanması, hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesi, hasta ve ailenin eğitimi ile semptomların en aza indirgenmesi konularında önemli rol oynamaktadır (Sis Çelik, 2014). Radyoterapi alan hastaya evde bakımına yönelik uygulanacak başlıca hemşirelik girişimleri;

- ✓ Hasta ve yakınlarını ciltte meydana gelebilecek değişimler ve cilt bakımı hakkında bilgilendirme
- ✓ Hastaya terletmeyen, geniş pamuklu giysiler giymesini önerme
- ✓ Dar giysilerin giyilmesini önleme
- ✓ Lenfödem gelişimi riski açısından hastayı değerlendirme
- ✓ Lenfödem, lenf ödemi belirtileri semptomları gibi konularda hastalarını / yakınlarını eğitme
- ✓ Hastayı yoracak aktivitelerden uzak tutma
- ✓ Bulantı ve kusmayı arttıracak yiyeceklerle ilgili hasta ve aileyi bilgilendirme
- ✓ Sıvı alımı için cesaretlendirme

- ✓ Hastanın dikkatini başka yöne çekecek aktivitelere yönlendirme
- ✓ Hastalığı hakkında soru sorması için teşvik etme olarak sıralanabilmektedir (Akkaş Gürsoy, 2005; Arıkan Dönmez ve Kapucu 2016; Özbaş, 2003; Sis Çelik, 2014).

Cerrahi Girişim: Meme kanserinde cerrahi girişim; teşhis, tedavi ya da bazı durumlarda kanseri önlemeye yardımcı olmak için kullanılabilir. Kanser vücudun diğer bölgelerine metastaz yapmadıysa, cerrahi girişim tedavi için büyük şans sağlamaktadır. Meme kanserinde iki farklı cerrahi tedavi yöntemi uygulanmaktadır.

- **Memeyi korumayan cerrahi**

- ✓ **Basit mastektomi:** Basit mastektomi meme kanseri tedavisinde kullanılan en yaygın mastektomidir. Memeye birlikte, deri, meme başı, areola ve pektoral fasyanın çıkarılmasıdır. Total mastektomide amaç; meme dokusunun tamamını temizlemektir. Total mastektomi genellikle erken evre meme kanserlerinde primer tedavi olarak kullanılmaktadır. Aynı zamanda da meme koruyucu cerrahi sonrası gelişen nüksler, yeni oluşan kanserler ve ciltte ülserlere yol açabilecek lezyonlarda da uygulanmaktadır (ACS, 2017; Özmete, 2007).
- ✓ **Modifiye radikal mastektomi:** Meme ve derisiyle birlikte koltukaltı lenf bezlerinin çıkarılmasıdır.
- ✓ **Radikal mastektomi:** Meme ile birlikte pektoral kasların ve aksilladaki tüm dokuların rezeksiyonunu kapsamaktadır. Bu cerrahi girişimde meme derisi çok geniş bir şekilde çıkarıldığından, toraks duvarındaki defekti kapatmak için deri grefti kullanılmaktadır. Sonrasında lenfödem, toraks deformitesi, motor ve duyu kayıpları gibi ciddi komplikasyonlar oluşabilmektedir (ACS, 2017; Özmen, 2012).

- **Memeyi koruyucu cerrahi**

Meme koruyucu cerrahi (MKC) genellikle erken evredeki meme kanserlerinde uygulanmaktadır. MKC de sadece memenin kanser içeren kısmı çıkarılmaktadır (ACS, 2017).

- ✓ **Lumpektomi:** Tümörün etrafındaki sağlam dokuyla birlikte çıkarılmasıdır.
- ✓ **Kadranektomi:** Tümörlü dokunun bulunduğu kadranın çıkarılmasını içermektedir (ACS, 2017; Gürsoy, 2011).

Meme koruyucu cerrahi sonrasında;

- ✓ Ağrı ya da hassasiyet
- ✓ Geçici ödem
- ✓ Cerrahi bölgede oluşan sert yara dokusu
- ✓ Meme şeklindeki değişiklik
- ✓ Göğüs duvarı, koltuk altı ve / veya kolda zamanla kaybolmayan nöropatik ağrı (post-mastektomi ağrı sendromu/PMPS) gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (ACS, 2017).

Meme kanserinin aksiller (koltuk altında) lenf bezlerine yayılıp yayılmadığını belirlemek için, bu lenf bezlerinden bir veya daha fazlası çıkarılıp, mikroskop altında incelenmektedir. Böylece kanserin hangi aşamada (kapsamı) olduğu saptanmaktadır. Lenf nodları için iki çeşit cerrahi işlem uygulanmaktadır:

Sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB): Kanser hücrelerinin bulunduğu yerden direne olacağı ilk lenf noduna sentinel lenf nodu (bekçi lenf bezi) denir. Bu yöntem lenf bezinde metastaz olup olmadığını anlamak için uygulanmaktadır. Böylece gereksiz yere bütün lenf bezlerinin diseksiyonu engellenmiş olmaktadır. İşlem sonucunda metastaz tespit edildiğinde o bölgede bulunan bütün lenf nodları temizlenmektedir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

Aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND): Koltuk altı lenf diseksiyonu (10 ila 40 arasında) lenf bezlerinin çıkartılmasıdır. Bu işlemde amaç; tümörün bölgesel kontrolünü sağlamak ve tedavi seçenekleri hakkında karar vermektir. Ciddi komplikasyonları bulunduğu için ALND geçmişte olduğu kadar sık yapılmamaktadır (Koyuncu, 2009).

Cerrahi sonrası meme kaybı yaşayan kadınlarda, ağrı, depresyon, yorgunluk, cinsel istek kaybı, sosyal izolasyon, hastalığın nüks etme korkusu ve istedikleri giysiyi giyememe gibi sorunlar gözlenmektedir (Karamanoğlu ve Özer 2008; Pumo ve ark, 2012; Zainal ve ark, 2013). Ayrıca memenin kaybı kadınlar için cinselliğin ve anneliğin kaybı olarak da algılanmaktadır. Bu durum beden algısında bozulma gibi

çeşitli psikososyal sorunlara ve ilişkilerde bozulmalara yol açabilmektedir (Gümüş, 2006; Okanlı ve Ekinci, 2008; Uçar ve Uzun, 2008).

2.1.5.2. Sistemik Tedavi (Kemoterapi Ve Hormon Tedavisi)

Sistemik tedavide intravenöz veya ağız yoluyla anti-kanser ilaçları verilmektedir. Cerrahi öncesinde verilen tedavi *neoadjuvan tedavi* olarak adlandırılmaktadır. Neoadjuvan tedavi; cerrahi sonrası hayatta kalma, diğer organlara metastaz olasılığı ve hastalığın ilerlemesi gibi problemlerde etkili olmaktadır. Cerrahi sonrası verilen tedaviye ise *adjuvan tedavi* adı verilmektedir. Cerrahi sırasında saptanarak çıkartılamayan hücreleri yok etmek için kullanılmaktadır (ACS, 2015-2016).

Kemoterapi: Anti-kanser ilaçlarla hücreleri öldürerek veya bölünmeyi engelleyerek kanser hücrelerinin büyümesinin durdurulması için kullanılmaktadır. Kemoterapide verilen kemoteropötik ajanlar, kan yoluyla vücuda dağılıp tümör hücrelerinin bölünmesi ve çoğalmasını engellemektedir. Böylece; tümörün büyümesi ve de yayılması önlenmektedir (Baykara, 2016).

Kemoterapide amaç; kanserin tedavisi ve tam olarak tedavi edilemeyecek durumlarda ise hastanın yaşam süresini uzatmaktır. Kemoterapi tek başına uygulanabileceği gibi radyoterapi ile birlikte de (radiokemoterapi) uygulanabilmektedir (Baykara, 2016; Emiroğlu, 2010).

Kemoterapi alırken hastalarda tedaviye bağlı çeşitli yan etkiler gelişebilmektedir. Bu yan etkilerinin şiddeti alınan ilaçların çeşidine ve yoğunluğuna göre değişmektedir (Akçay ve Gözüm 2012).

Kemoterapinin meme kanserli hastalar üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Kemoteropik ajanlar kanser hücrelerini yok ederken aynı zamanda kan, ağız içindeki normal hücreler, bağırsak, burun, vajina ve saç hücrelerini de etkilemektedir. Kemoterapiyle birlikte anemi, diyare, yorgunluk, fertilité sorunları, saç değişiklikleri, enfeksiyon, hafıza kaybı, menopoz ve menopoz semptomları, ağız ve boğaz yaraları, tırnak değişiklikleri, mide bulantısı, nöropati (elleri ve ayakları ile ilgili sorunlar), tat ve koku değişiklikleri, vajinal kuruluk, kusma, kilo değişiklikleri gibi komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır (Akçay ve Gözüm 2012).

Meme kanseri tedavisi sonrasında kemoterapi gören kadınlarda yan etkileri yönetmede eğitim etkisini belirlemek için yapılan çalışmada en çok görülen yan etkilerin yorgunluk, bulantı ve kusma ve tat değişikliği olduğu saptanmıştır (Williams ve Schreier, 2004). Ballatori ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada hastaların %90'undan fazlasının kemoterapiye bağlı bulantı ve kusma yaşadıkları ve günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiği bulunmuştur.

Hintistan ve ark (2012)'nin, kemoterapi kaynaklı sorunların incelendiği çalışmasında hastaların sırasıyla yorgunluk (%97.5), ağız yaraları (%84.1), bulantı-kusma (%79.2), alopesi (%62.1), kilo kaybı (%60.9), ağrı (%53.6), ateş (%39.8) ve konstipasyon (%19.5) yaşadığı belirlenmiştir.

Kemoterapi fiziksel etkilerinin yanında psikolojik açıdan da hastaları etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada kemoterapi alan hastaların %83.1'inin depresyonda olduğu, yaşam kalitesinin ise düşük olduğu saptanmıştır (Demir Göl, 2014).

Kemoterapi sürecinde ve sonrasında kapsamlı hemşirelik bakımına ihtiyaç vardır. Kemoterapi sonrası evde bakım uygulamalarında hemşirelik girişimleri:

- Kemoterapinin yan etkileri ve toksisitelerini önceden fark edebilmek için hasta ve yakınlarını bilgilendirmek
- Hasta ve yakınlarının yanlış anlamalarını düzeltmeye yönelik tekrarlara yer vermek
- Bulantı ve kusmayı önlemek için gerekli tedaviyi uygulamak, ağız bakımının önemi konusunda hasta ve aileyi bilgilendirmek
- Konstipasyon, diyare, bulantı, kusma gibi kemoterapiye bağlı gelişebilecek yan etkileri önlemek için beslenme konusunda hasta ve ailesini bilgilendirmek
- Hastanın evde bakımına katılımında hasta ve yakınlarını cesaretlendirmek
- Hastanın tedavi süresince mümkün olduğunca normal yaşamını sürdürmesini sağlamaktır (Ertem, 2008; Kütük, 2016; Vural ve Vural 2010).

Kemoterapi alan kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda, evde bakım hizmeti alan hastaların ev ortamında daha rahat oldukları, tedavi ve bakım için de ev ortamlarını tercih ettikleri, aileleri ile birlikte daha mutlu oldukları ve sosyal izolasyon yaşamadıkları belirlenmiştir (Parker, 2002; Rischin ve ark, 2000).

Oral kemoterapi alan meme ve rektal kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada hastalara düzenli aralıklarla ev ziyaretleri yapılmıştır. Yapılan ev ziyaretlerinde hasta eğitimi, semptom değerlendirmesi ve tedavi hizmeti sağlanmıştır. Çalışma sonucunda hastaların olumsuz beden imajı düşüncelerinin azaldığı ve duygularını daha kolay ifade edebildikleri saptanmıştır. Buna ek olarak; mastektomi bölgesine bakma ve dokunma ile ilgili başlangıçta yaşadıkları sıkıntıları zamanla yaşamadıkları ve öz bakımlarını yapabildikleri belirlenmiştir (Molassiotis ve ark, 2009).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada da ayaktan kemoterapi alan hastalara yapılan ev ziyaretlerinde hastaların yaşadıkları ve olası sorunları belirlenmiş ve çözüm yolları sunulmuştur. Bu ziyaretler sonucunda hastaların öz-bakım güçlerinin artırıldığı belirtilmiştir (Kapucu ve Akdemir, 2007). Başka bir çalışmada kemoterapi alan meme kanserli hastalara yapılan ev ziyaretlerinde kemoterapi sonrası ortaya çıkabilecek olan yan etkilerin yönetimi ve baş etme yöntemlerine ilişkin bir eğitim verilmiştir. Sonuç olarak; hemşire tarafından yapılacak ev ziyaretlerinin hastaların sağlık inançlarında, günlük ve sosyal yaşam aktivitelerinde etkili olduğu bulunmuştur (Akçay ve Gözüm, 2012).

Hormon Tedavisi: Sistemik tedavinin başka bir şeklidir. Östrojen ve progesteron meme kanseri gelişiminde etkili olan başlıca hormonlardır.

Hormonal tedavi;

- ✓ İnvazif olamayan meme kanserlerinde tekrarlama riskini azaltmak için,
- ✓ İlk tedavilerin ardından nüks etme ve yeni kanser oluşum riskini azaltmak için,
- ✓ Tümörlerin küçültülmesi için,
- ✓ İleri hastalıkların tedavisinde uygulanabilmektedir (Buzdar ve Hortobagyi, 1998; Sönmez, 2012).

Premenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınlar için hormonal tedavi uygulanmaktadır (Sönmez, 2012).

Premenopozal Hormon Tedavisi

Endokrin ilaçların seçimine hastaların menapozal durumuna göre karar verilmektedir. Böylelikle östrojenin kaynağı belirlenmektedir. Premenopozal kadınlarda östrojenin ana kaynağı overlerdir. Premenopozal dönemde standart endokrin tedavisi tamoksifendir. Tamoksifen meme kanseri olan hücrelerin östrojen reseptörüne bağlanmaktadır. Bu şekilde hücrelerde DNA replikasyonunu engellemektedir. Kanser hücreleri ölmekte ve tümör küçülmektedir. Tamoksifen tedavisi genellikle beş yıl boyunca devam etmektedir (Çelik, 2007; Sönmez, 2012).

Postmenopozal Hormon Tedavisi

Menopoz sonrası kadınlarda östrojen üretimi az miktarda da olsa devam etmektedir. Özellikle yağ dokusunda, kaslarda ve meme kanseri hücrelerinde östrojen üretimi olmaktadır. Üretilen bu östrojen bir yandan tamoksifen aracılığıyla diğer yandan aromataz engelleyici denilen cisimler yoluyla bastırılabilir (Çelik, 2007; Sönmez, 2012).

Hormon tedavisinin birçok yan etkisinin olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda tamoksifen kullanımının endometrium kanseri riskini arttırdığı bulunmuştur (Aydın ve ark, 2017; Cohen ve ark, 2001; Kalan, 2005). Tamoksifen kullanma süresi arttıkça endometrial hiperplazi gelişimi artmaktadır (Kalan, 2005).

Yıldız'ın (2014) çalışmasında tamoksifen kullanımının diyabet riskini arttırdığı belirlenmiştir. Ayrıca sıcak basmaları, tad alma bozukluğu, vulva kaşıntısı, sersemlik hissi, baş ağrısı, saç dökülmesi, tromboembolik hastalıklar, katarakt ve vajinal kuruluk diğer sık olmayan yan etkilerdir (Fisher ve ark, 1998; Sönmez, 2012).

Meme kanseri sonrası uygulanan hormon tedavisi çok uzun ve yorucu bir süreçtir. Bu süreçte hemşireler;

- ✓ Tedavi ve yan etkileri hakkında bilgi vermeli
- ✓ Hasta ve hasta yakınları da emosyonel açıdan desteklemeli
- ✓ Hastanede uygulanan tedavilerden sonra, ev ziyaretleri yaparak hasta/aile üyelerini psikososyal gereksinimler açısından değerlendirmeli ve gerekli konularda bilgi vermelidirler (Babacan Gümüüş, 2006).

2.2. Evde Bakım

Evde bakım hizmetleri; sağlık ekibi tarafından bireylerinde kendi evlerinde tıbbi gereksinimlerine yönelik sağlık ve bakım hizmetlerinin sunulmasıdır (Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik, 2015).

Evde bakım hizmetleri ile engelli, yaşlı, hasta veya nekahet dönemindeki bireylerin kendi çevrelerinde sosyal yaşamlarını devam ettirmeleri ve bu bireylerin topluma entegre olmaları kolaylaşmaktadır. Bununla birlikte evde bakım hizmetleri; bakım veren kişilerin üzerindeki yükün hafiflemesini sağlamaktadır (Danış, 2006). Bakıma gereksinim duyan bireylerin günlük hayatını minimum düzeyde etkileyerek, evlerinde veya çevrelerinde bağımlı olmadan yaşamlarını sürdürebilmeleri ve yaşam kalitelerinin artırılması evde bakım hizmetlerinin temel amacıdır (Karahan ve Güven, 2002; Kısa ve Karadağ, 2001; Yılmaz ve Çifçi, 2010).

Yaşlı nüfusun artması, artan kronik hastalıklar, sağlık harcamalarındaki artış, hasta ve yakınlarının evlerinde rahat hissetmesi, sürekli sağlık hizmetine geçiş ve erken taburculuk talebinin artması Dünya'da ve Türkiye'de evde bakım hizmetlerini gerekli kılmıştır (Fadıloğlu ve ark, 2013; Işık ve ark, 2016).

Evde bakım hizmetlerinin kapsamı şu şekildedir:

- ✓ Hemşirelik bakımı
- ✓ Destek sağlık hizmetleri
- ✓ Gündüz/Gece bakımı
- ✓ Öz bakım
- ✓ Ev işlerine yardım
- ✓ Sosyal destek
- ✓ Gıda ve beslenme hizmetleri
- ✓ Danışmanlık hizmetleri
- ✓ Bakıcılar için destek hizmetler (Oğlak, 2007).

Evde bakım hizmetleri kısa ve uzun süreli olmak üzere iki şekilde sunulmaktadır. Kısa süreli evde bakım hizmetleri ile hastanın tıbbi bakım ve rehabilitasyonunu sağlayarak, bireyleri kendi kendine yetebilecek duruma getirmek amaçlanmaktadır. Kısa süreli evde bakım hizmetleri; hastane sonrası 30 günlük

dönem içinde verilen sağlık bakım hizmetidir. Uzun süreli evde bakım hizmetleri altı aydan daha fazla bakım gerektiren durumlarda verilen hizmetlerdir (Oğlak, 2007).

Evde bakım hizmetleri hastane bakımına göre;

- ✓ Bireyin özerkliğini koruması,
- ✓ Hastanın kendini ev konforunda hissetmesi,
- ✓ Hastanın kendini ekip içinde görmesi,
- ✓ Bakım verenlerin yükünü hafifletmesi,
- ✓ Yirmi dört saat ve hafta sonları hizmet sunma olanağının olması,
- ✓ Hastane enfeksiyonu riskinin daha az olması,
- ✓ Erken dönemde taburcu edilmeyi sağlaması,
- ✓ Hastanede gereksiz yatışları ve maliyetleri azaltması nedeniyle tercih edilmektedir (Danış, 2006; Doğan ve Değer, 2004; Fadiloğlu ve ark, 2013; Karaduman ve ark, 2004; Karahan ve Güven, 2002; Macintyre ve ark, 2002; Oğlak s, 2007; Özer ve Şantaş, 2012).

Evde bakım hizmetleri birçok ülkede yeni bir uygulama olduğu için denetim sorununu da beraberinde getirmektedir.

- ✓ Hizmet veren kişinin alışmış olduğu ortam dışında olması verimliliği azaltabilir.
- ✓ Aile üyeleri hasta bakımında zorlanabilir.
- ✓ Acil durumlarda müdahale edecek profesyonelin bulunmayabilir.
- ✓ Hasta özel alanına müdahale istemeyebilir.
- ✓ Evde bakım verecek personelin güvenliği sağlanamayabilir (Karabağ, 2007).

Kapsamı çok geniş olan evde bakım hizmetleri disiplinlerarası çalışmayı gerektirmektedir.

Evde bakım hizmetlerinde hemşire; bakım alanların sağlık durumları hakkında diğer ekip üyeleriyle bilgi alışverişi yapar, ilaçların gerektiği şekilde alınmasını sağlar. Hasta ve yakınlarına ilaçların etki ve yan etkileri, sağlığın korunması ve geliştirilmesi hakkında eğitim planlar ve uygular (Danış, 2006).

Evde bakım hizmetleriyle ilgili ilk kayıtlar ABD'de bulunmuştur. On dokuzuncu yüzyıl başlarında da ilk evde bakım hizmeti veren yapılar kurulmuştur. Sigorta kapsamına girmesi 1960'larda gerçekleşmiştir. ABD'de 1982'de kurulan Ulusal Evde

Bakım Birliği'nin amacı; bakım kalitesini geliştirmek, sağlık bakımın merkezine evde bakımı yerleştirmek ve hizmet verenleri temsil etmektir. Ulusal Evde Bakım Birliği yaptığı çalışmalarla evde bakımın toplumda bilinirliğini ve evde bakım alan hasta oranını arttırmıştır. Daha sonraki yıllarda evde bakım hizmetlerinin kapsamı genişlemiş, hizmet sunan kuruluş sayısında artış meydana gelmiştir (Aydın, 2005). Evde bakım hizmeti veren kuruluşların çoğu hastanelerle ortak çalışmaktadır. Böylece; hastaların hastaneden zamanında taburcu olmaları sağlanmıştır (Munchus, 1999). ABD'de evde bakım kuruluşları; öz bakım ve hasta bakıcılığı hizmetleri, evde tıbbi malzeme desteği hizmetleri, hemşirelik hizmetleri ve evde infüzyon desteği hizmetleri olmak üzere dört ayrı sınıfta değerlendirilmektedir (Popovich, 2010).

Avrupa'da uzun yıllardır evde sağlık hizmeti uygulanmaktadır. İskoçya, Hollanda, İşve, İngiltere ve Danimarka gibi ülkelerde hükümetler evde sağlık ve bakım hizmetlerini sunmaktadırlar. İngiltere'de evde bakım hizmetleri ile hastanelerdeki yatış problemi kısmen zmlenmiştir (Karabağ, 2007).

Dünyadaki uygulamalara bakıldığında; evde bakım hizmetleri kapsamında kişilere sağlık hizmetlerinin yanı sıra ihtiyaç duyulan sosyal hizmetlerin de ulaştırılması hedeflenmektedir.

Ülkemizde 1930 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu ıkarılmıştır. Bu kanunla evde bulaşıcı hastalıkların takibi, hasta muayenesi ve ana-ocuk sağlığı izlemlerinin yapılması amaçlanmıştır. Daha sonra 1961 yılında uygulamaya konan 224 sayılı Sosyalizasyon Yasası ile kronik hastalıklı bireylerin evde izlenmesi görevi halk sağlığı hemşirelerine verilmiştir. Evde bakım hizmetleriyle ilgili Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanmıştır. Özel sektör tarafından sağlanmakta olan evde bakım hizmetleri yayınlanan bu yönetmeliğe tabi tutulmuştur (Aydın, 2005; Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik, 2005). 'Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usl Ve Esasları Hakkında Yönerge' ise 01.02.2010 yılında yürürlüğe girmiştir. Yönerge doğrultusunda il sağlık müdürlüklerinde *Evde Sağlık Hizmetleri İletişim Ve Koordinasyon Merkezi* kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra evde bakım hizmetleri belediyeler ve sivil toplum örgütleri tarafından da verilmektedir. Son olarak 27 şubat 2015 tarih ve 29280 Sağlık Bakanlığı ve bağlı

kuruluşları tarafından evde sağlık hizmetlerinin sunulmasına dair yönetmelik resmi gazetede yayınlanmıştır. Yönetmelikte, evde bakım hizmetlerinin uygulanması, hastanın sevinde kurumlar arası koordinasyonun sağlanmasıyla ilgili usul ve esasların belirlenmesi ve bu hizmetlerin herkes tarafından ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamak amaçlanmıştır (Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik, 2015).

2.2.1. Meme Kanserinde Evde Bakım ve Hemşirelik

Günümüzde meme kanserinde uygulanan tedavi yöntemleri sayesinde kadınların yaşam süreleri uzamıştır. Buna ek olarak, hastaların uygulanan tedavi yöntemlerinin istenmedik etkilerine maruz kalma oranları da artmıştır. Meme kanseri olan kadınlarda, mastektomi ve mastektomi sonrası uygulanan tedavi süreçleri sonrasında hem fiziksel hem de psikolojik birçok komplikasyon görülmektedir. Bu nedenle mastektomi ve sonrasında uygulanan tedavi süreçlerinde hasta kapsamlı bir evde bakım hizmetine ihtiyaç duymaktadır.

Akçay ve Gözüm'ün (2012) yaptığı çalışmada evde takip etme ve eğitim vermenin hastaların yaşam kalitesini arttırdığı belirlenmiş ve evde bakım hizmetinin uygulamaya konulması önerilmiştir. Bu hizmetlerin yürütülmesinde hemşirelere büyük iş düşmektedir. Hemşireler; kanser tedavileri sonrasında, kapsamlı bir evde bakım hizmeti ile ortaya çıkabilecek komplikasyonları önlemede ve azaltmada etkin rol almaktadırlar (Vallerand ve ark, 2005). Evde bakım hizmeti veren hemşire mastektomi ve mastektomi sonrası tedavi süreçlerinde;

- ✓ Ağrı kontrolünü sağlamalı
- ✓ Yara takibini yapmalı
- ✓ Hastanın günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesinde yardımcı olmalı
- ✓ Hastayla cinsel yaşama ilişkin endişeleri hakkında konuşmalı ve duygularını ifade etmesi için cesaretlendirmeli
- ✓ Hastaya stresle baş etme yöntemleri anlatmalı ve kullanması için hastayı desteklemeli
- ✓ Alınan tedavinin (kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi) yan etkileri ve baş etme yöntemlerine ilişkin bilgi vermeli

- ✓ Hastanın kullanabileceği yardımcı araç ve çamaşırlarla ilgili bilgi vermeli
- ✓ Hastaya taburculuk sonrası gerektiğinde başvurabileceği kurumlar hakkında bilgi vermelidir (Akkaş Gürsoy, 2008; Kaymakçı, 2001; Uzun, 2009; Türk Hemşireler Derneği, 2010-2011).

Ev ziyaretleri kanserle baş etmede, semptom yönetiminde ve hasta eğitiminde oldukça önemlidir (Ross ve Johansen, 2002). Evde bakım hizmeti alan kanser hastalarının, hastalıkla ve sorunlarla baş etme güçlüğü yaşama oranlarının daha az olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Aktaş, 2012; Rischin ve ark, 2000). Evde bakım hizmeti alan kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda, evde bakım hizmeti alan hastaların yaşam kalitelerinin, hizmet almayan hastalara göre çok yüksek olduğu belirlenmiştir (Ahlner-Elmqvist ve ark, 2008; Jocham ve ark, 2009).

Mastektomili hastalarla yapılan bir çalışmada hemşirelerin ev ziyaretleri yaparak hastaların beslenme, ağrı, ödem ve kol hareketlerini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (Akkaş Gürsoy, 2008).

Yapılan çalışmalar doğrultusunda mastektomi ve mastektomi sonrası uygulanan tedavi süreçlerinde bireylerin birçok zorlukla karşılaştığı görülmektedir. Literatürde mastektomi sonrası kadınların yaşadıkları sorunlar ortaya koyan çalışmalar olmasına karşılık mastektomi sonrası tedavi süreçlerine göre evde bakım gereksinimlerinin değerlendirildiği çalışmalara rastlanmamıştır. Komplikasyonların önlenmesi, hastanın tedavi sürecine uyum sağlaması, kişinin kendi öz bakımına katılmaya teşvik edilmesi ve böylece bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi için kapsamlı bir evde bakım hizmetine gereksinim duyulmaktadır. Bu çalışma sonuçlarının mastektomili kadınlara bakım veren alandaki tüm hemşirelere ve mastektomili kadınların evde bakım ihtiyaçlarına yönelik oluşturulacak rehberlere fayda sağlayacağı ön görülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, mastektomi sonrası kadınların tedavi süreçlerine göre evde bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla kesitsel tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Araştırma İzmir ilinde Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Ege Üniversitesi Hastanesi ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniklerinde 2014-2017 yılları arasında yürütülmüştür. Veri toplama çalışmaları Eylül 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Görüşme öncesinde katılımcılara çalışmanın amacı anlatılmış, gönüllü olur formu verilmiştir. Görüşmeler hastanede sessiz bir odada yüz yüze yaklaşık 30 dakika süre ile yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Ege Üniversitesi Hastanesi ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniklerinde mastektomi ameliyatı geçirmiş kadınlar oluşturmuştur. Örnekleme Eylül 2014- Ocak 2015 tarihleri arasındaki; çalışmaya katılmayı kabul eden mastektomi sonrası taburculuğu yapılmış, herhangi bir tedavi almamış erken dönem hastalardan 44, mastektomi sonrası radyoterapi alan hastalardan 49, kemoterapi alan hastalardan 51 ve hormon tedavisi alan hastalardan 44 olmak üzere toplam 188 hasta alınmıştır.

Örnekleme seçilme kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, 18 yaş ve üstü,
- Mastektomi operasyonu geçirmiş ve taburculuğu yapılmış,
- Mastektomi dışında herhangi bir fiziksel kısıtlılığı olmayan,
- İl içi ve il dışından gelen,
- Demans ve alzheimer teşhisi almamış, bilinci açık hastalar olarak belirlenmiştir.

Örneklemeden çıkarılma kriterleri;

- Araştırmaya katılan hastaların vazgeçmesi olarak belirlenmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	Ort	SS
Yaş	50.55 Min:28; max:84	±12.31
	N	%
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	5	2.7
Okur-yazar	10	5.3
İlkokul	50	26.6
Ortaokul	28	14.9
Lise	28	14.9
Üniversite ve üstü	67	35.6
Medeni durum		
Evli	146	77.7
Bekar	42	22.3
Gelir durumu		
Gelir giderden az	88	46.8
Gelir gidere eşit	94	50.0
Gelir giderden fazla	6	3.2
Çalışma durumu		
Çalışıyor(raporlu)	65	34.6
Çalışmıyor	123	65.4
Sosyal güvence		
Var	173	92.0
Yok	15	8.0
Evde yaşanan birey durumu		
Yalnız	23	12.2
Aile/Bakım veren	165	87.8
Mastektomi sonrası tedavi alma durumu		
Ameliyat sonrası erken dönem	44	23.4
Kemoterapi	51	27.1
Radyoterapi	49	26.1
Hormon tedavisi	44	23.4
	Ort	SS
Meme kanseri tanısı alma süresi (ay)	9.74 Min:4; max:38	±4.93
Mastektomi Ameliyatı Olma Süresi (ay)	6.99 Min:1; max:14	±2.82
Toplam	188	100

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 50.5 ± 12.31 olup; %35.6'sı en az üniversite mezunu; %77.7'si evlidir. Kadınların %50'sinin geliri gidere eşittir, %65.4'ü çalışmamaktadır. Katılımcıların %92'sinin sosyal güvencesi bulunmakta ve %87.8'i aile veya bakım veren ile yaşamaktadır. Bireylerin meme kanserine yönelik tedavi süreçleri incelendiğinde %27.1'i kemoterapi, %26.1'i radyoterapi ve %23.4'ü hormon tedavisi almaktadır ve hastaların %23.4'ü ameliyat sonrası erken dönemde olup herhangi bir tedavi almamaktadır. Meme kanseri tanısını alma süreleri ortalama 9.74 ± 4.93 ay ve mastektomi ameliyatı olma süreleri ortalama 6.99 ± 2.82 ay olarak saptanmıştır (Tablo 1).

3.4. Çalışma Materyali

Çalışma materyali olarak veri toplama formları kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

Eğitim gereksinimleri, evde bakım gereksinimleri ve Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçek puan ortalamasıdır.

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

Çalışmanın bağımsız değişkenleri hastaların tedavi süreçleridir (ameliyat sonrası erken dönem, kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi).

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri; Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu, Evde Bakım Gereksinimine İlişkin Bilgi Formu ve Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYA) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu (EK-1)

Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu, hastaların yaş, eğitim, medeni durum, gelir ve çalışma durumu, sosyal güvence ve evde birlikte yaşanan birey durumunu içeren toplam 7 sorudan oluşmaktadır.

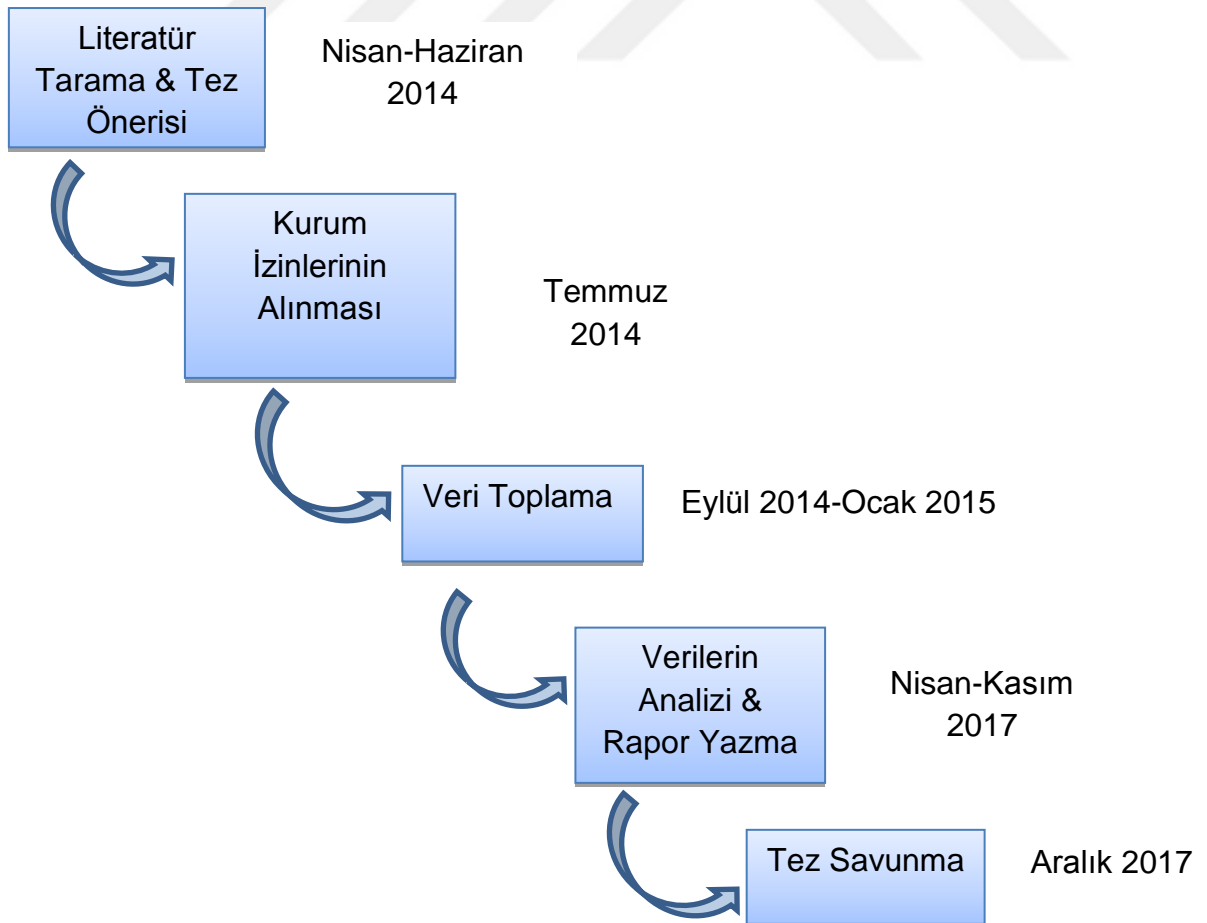
3.6.2.Evde Bakım Gereksinimlerini Belirleme Formu (EK-1)

Form araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuştur (Boynton; 2004). Hastaların meme kanseri bilgisi ve evde bakım gereksinimlerine yönelik olarak 13 sorudan oluşmaktadır

3.6.3.Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EK-2)

Katz ve ark (1963),’nın günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek için geliştirdiği ölçektir. Ölçekte giyinme, yıkanma, transfer, tuvalet ihtiyacı, inkontinans ve beslenme olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğe göre günlük yaşam aktiviteleri “bağımlı (1 puan)”, “kısmen bağımlı (2 puan)” ve “bağımsız (3 puan)” şeklinde puanlandırılmakta olup; 0-6 puan “bağımlı”, 7-12 puan “kısmen bağımlı”, 13-18 puan “bağımsız” olarak değerlendirilmektedir (şahbaz ve Tel, 2006; Wallace ve Shelkey, 2012). Arık ve arkadaşları (2015) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

3.7.Araştırma Planı



3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 16.0 bilgisayar programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde;

- Mastektomili bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre sayı ve yüzde dağılımı,
- Evde bakıma ihtiyaç duyma durumu ve tedavi şekli arasındaki ilişki x^2 testi,
- Eğitim gereksinimi ve tedavi şekli arasındaki ilişki x^2 testi,
- Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği puanı ve tedavi şekli arasındaki ilişki x^2 testi ile değerlendirilmiştir.

3.9.Tezin Bütçesi

Tezin bütçesi araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yürütülebilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Ege Üniversitesi Hastanesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden yazılı kurum izni; Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (09.10.2014/1622-GOA) alınmıştır. Araştırmaya alınacak kadınlara araştırma ile ilgili bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır.

4.BULGULAR

Tablo 3: Katılımcıların Hastalıklarına Yönelik Tanıtıcı Özellikleri (n:188)

Hastalık Özellikleri	N	%
Kronik hastalığı olma durumu		
Evet	83	44.1
Hayır	105	55.9
Kronik hastalıklar*		
Hipertansiyon	46	44.23
Diyabet	25	24.03
Tiroid	13	12.50
Solunum sistemi hastalıkları	8	7.69
Diğer (kolesterol, böbrek yetmezliği)	12	11.53
Ailede meme kanseri olma durumu		
Evet	50	26.6
Hayır	158	73.4
Meme kanseri olan bireyin yakınlık derecesi		
Kuzen	16	32.0
Teyze	15	30.0
Anne	12	24.0
Kız kardeş	4	8.0
Diğer	3	6.0
Taburculukla İlgili Bilgi Alma Durumu		
Evet	115	61.2
Hayır	73	38.8
Taburculukla İlgili Eğitim Alınan Sağlık Personeli		
Hekim	70	37.2
Hemşire	45	23.9
Eğitim almayan	73	38.8

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 3'te katılımcıların hastalıklarına yönelik tanıtıcı özelliklerine ilişkin verileri yer almaktadır. Katılımcıların %44.1'inin kronik bir hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalığı bulunanların %44.23'ü hipertansiyon hastasıdır. Hastaların %26.6'sının ailesinde meme kanseri bulunmaktadır. Ailesinde meme kanseri bulunanların ise %32'sinin kuzeninde kanser olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların %61.2'sinin taburculukla ilgili eğitim aldığı ve eğitim alanların %37.2'sinin hekimden eğitim aldığı bulunmuştur.

Tablo 4: Katılımcıların Tedavi Süreçlerine Göre Eğitim Gereksinimlerinin Karşılaştırılması

Tedavi Süreci	Eğitim Gereksinimleri				x ²	P
	Var		Yok			
	n	%	n	%		
Ameliyat Sonrası Erken Dönem	28	63.6	16	36.4	7.293	.063
Kemoterapi	27	52.9	24	47.1		
Radyoterapi	20	40.8	29	59.2		
Hormon Tedavisi	17	38.6	27	61.4		

Mastektomi sonrası uygulanan tedavi sürecine göre eğitim gereksinimleri Tablo 4'te yer almaktadır. Gruplar arasında eğitim gereksinimleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamasına karşın ameliyat sonrası erken dönemde olan kadınların bilgi gereksiniminin (%63.6) kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavisi alan kadınlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (p=.063, x²=7.293).

Tablo 5: Tedavi Süreçlerine Göre Katılımcıların Eğitim Gereksinimi Duydukları Konuların Dağılımı

Eğitim Konuları	n	%
Ameliyat Sonrası Erken Dönem		
Tedavi Süreci	24	54.5
Egzersiz	8	18.1
Beslenme	4	9.09
Gereksinimi Yok	8	18.1
Kemoterapi		
Tedavi Süreci	19	37.2
Egzersiz	12	23.5
Beslenme	9	17.6
Gereksinimi Yok	11	21.5
Radyoterapi		
Tedavi Süreci	16	32.6
Egzersiz	13	26.5
Beslenme	7	14.2
Gereksinimi Yok	13	26.5
Hormon Tedavisi		
Tedavi Süreci	6	13.6
Beslenme	10	22.7
Egzersiz	8	18.1
Gereksinimi Yok	20	45.4

Tedavi süreçlerine göre katılımcıların eğitim gereksinimi ile ilgili sonuçlar Tablo 5'te yer almaktadır. Ameliyat sonrası erken dönem hastalarının %54.5'inin, kemoterapi alanların %37.2'sinin, radyoterapi alanların %32.6'sının tedavi süreci hakkında bilgiye gereksinimi olduğu; hormon tedavisi alanların %22.7'sinin beslenme hakkında bilgi almak istedikleri saptanmıştır.

Tablo 6: Katılımcıların Evde Bakımına İlişkin Özellikleri

Evde Bakıma İlişkin Özellikler	n	%
Hastaların evde yardım alma durumu		
Evet	182	96.8
Hayır	6	3.20
Evde yardım alınan kişiler*		
Eş	117	46.06
Çocuk	84	33.07
Bakımveren/bakıcı	27	10.62
Sağlık personeli	5	1.968
Anne	21	8.267
Bakım veren kişinin hastalıkla ilgili bilgi durumu		
Var	85	45.2
Yok	103	54.8
Hastalıkla ilgili bilgi alınan kaynak*		
İnternet	47	55.29
Kitap	13	15.29
Hekim	11	12.94
Medya	4	4.705
Okul	10	11.76

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %96.8'i evde yardım almaktadır. Yardım alınan kişilerin %46'sını eşler oluşturmaktadır. Bakım veren kişilerin %54.8'inin hastalıkla ilgili bilgisi yoktur. Bakım verenler hastalıkla ilgili bilgiyi en fazla internetten (%55.29) edinmektedirler (Tablo 6).

Tablo 7: Katılımcıların Tedavi Süreçlerine Göre Evde Bakıma İhtiyaç Duyma Durumunun Karşılaştırılması

Tedavi Süreci	Evde Bakıma İhtiyaç Duyma Durumu						p	x ²
	Var		Yok		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
Ameliyat Sonrası Erken Dönem	43	97.7	1	2.3	44	100	.24	4.188
Kemoterapi	51	100.0	0	.00	51	100		
Radyoterapi	49	100.0	0	.00	49	100		
Hormon tedavisi	42	95.5	2	4.5	44	100		

Tablo 7'de tedavi süreçlerine göre evde bakıma ihtiyaç duyma durumu verilmiştir. Gruplar arasında evde bakıma ihtiyaç duyma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Kemoterapi ve radyoterapi alan hastaların tamamı evde bakıma ihtiyaç duymaktadır (p>.05).

Tablo 8: Katılımcıların Tedavi Şekillerine Göre Evde Bakım Gereksinimleri

Tedavi Şekli	Evde Bakım Gereksinimleri																																							
	Alışveriş				Hijyen				Giyinme				Boşaltım				Hareket Etme				Sosyal Aktiviteye Katılım				Beslenme				Tedavi				Çocuk Bakımı				Diğer			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						
Ameliyat Sonrası Erken Dönem	42	95.5	2	4.5	43	97.7	1	2.3	36	81.8	8	18.2	9	20.5	35	79.5	42	95.5	2	4.5	42	95.5	2	4.5	21	47.7	23	52.3	40	90.9	4	9.1	10	22.7	34	77.3	2	4.5	42	95.5
Kemoterapi	50	98.0	1	2.0	50	98.0	1	2.0	24	47.1	27	52.9	37	72.5	14	27.5	46	90.2	5	9.8	41	80.4	10	19.6	42	82.4	9	17.6	38	74.5	13	25.5	8	15.7	43	84.3	7	13.7	44	86.3
Radyoterapi	49	100.0	0	.00	48	98.0	1	2.0	11	22.4	38	77.6	10	20.4	39	79.6	35	71.4	14	28.6	29	59.2	20	40.8	16	32.7	33	67.3	31	63.3	18	36.7	4	8.2	45	91.8	5	10.2	44	89.8
Hormon tedavisi	32	72.7	12	27.3	36	81.8	8	18.2	8	18.2	36	81.8	1	2.3	43	97.7	19	43.2	25	56.8	14	31.8	30	68.2	2	4.5	42	95.5	1	2.3	43	97.7	4	9.1	40	90.9	4	9.1	40	90.9

Ameliyat sonrası erken dönem hastaları en çok hijyen (%97.7), en az ise boşaltım (%20.5) konusunda; kemoterapi alanlar en çok hijyen (%98) en az çocuk bakımı (%15.7) konusunda; hormon tedavisi alanlar en çok hijyen (%72.7) en az boşaltım (%2.3) ve tedavi (%2.3) konularında evde bakma gereksinim duyarken; radyoterapi alan hastalar ise en çok alışveriş (%100) ve en az çocuk bakımı (%8.2) konusunda evde bakıma gereksinim duymaktadır (Tablo 8).

Tablo 9: Katılımcıların Tedavi Süreçlerine Göre Bağımlılık Durumlarının Karşılaştırılması

Tedavi Şekli	Katz Gya Puanı				Toplam		X ²	P
	Kısmen Bağımlı		Bağımsız		n	%		
	n	%	n	%				
Ameliyat Sonrası Erken Dönem	2	4.5	42	95.5	44	100	7.094	.069
Kemoterapi	5	9.8	46	90.2	51	100		
Radyoterapi	4	8.2	45	91.8	49	100		
Hormon Tedavisi	0	.00	44	100	44	100		

Hastaların tedavi süreçlerine göre bağımlılık durumları Tablo 9'da yer almaktadır. Hormon tedavisi alan kadınların tümü bağımsız olarak günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken, en yüksek oranla kemoterapi alan hastalar günlük yaşam aktivitelerinde kısmen bağımlıdır (%9.8). Tedavi süreçlerine göre hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=7.094$, $p=.069$)

5.TARTIŞMA

Mastektomi olan kadınların tedavi süreçlerine göre evde bakım gereksinimlerini belirlemek için yapılan bu çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 50.55'tir. Kadınların büyük çoğunluğunun sosyal güvencesi bulunmakta ve aile veya bakım verenle yaşamaktadır. Çalışmaya katılan kadınların %44.1'inin kronik hastalığı bulunmaktadır.

Bu çalışmada katılımcıların %26.6'sının ailesinde meme kanseri öyküsü olduğu saptanmıştır. Farklı kanserler türlerinde yapılan çalışmalarda kanser olan bireyin yakınlarında kanser riskinin arttığı görülmüştür (Murff ve ark, 2004; Lynch ve ark, 1990). Yine ülkemizde yapılan çalışmalarda meme kanseri aile öyküsünün kanser için başlıca risk faktörü olduğu ve riski artırdığı saptanmıştır (Dinçel ve ark, 2014; Koçak ve ark, 2011; Onat ve Başaran, 2003). Bu sonuçlardan farklı olarak yapılan bir çalışmada meme kanserli bireylerin %64.8'inin ailesinde meme kanseri tanısı alan kimse olmadığı saptanmıştır (Seçkin, 2009). Bu farklılık değiştirilebilir risk faktörlerine maruziyetin artmasından kaynaklanıyor olabilir.

Yapılan bu çalışmada kadınların %61'inin taburculukla ilgili eğitim aldığı bulunmuştur. Kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastaların %89.7'sinin taburculuk eğitimi aldıkları saptanmıştır (Kütük, 2016). Dal ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışma sonuçları bu çalışmayla benzerlik göstermektedir. Literatürde bu bulgulardan farklı olarak taburculukla ilgili eğitim verilmediğini gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (Ankem, 2006; Çavuş, 2008; Demirkıran, 2011; Leatbeater, 2000; McCaughan ve Thompsan, 2000; Rutten ve ark, 2005; Sertöz ve ark, 2004; Yi Wen ve Gustafson, 2004). Perreault ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında sağlık personellerinin hasta yakınlarıyla iletişime geçmedikleri belirtilmiştir. Hastaneden taburcu olan hastalar bilinmezlik ve endişelerle evlerine dönmektedirler. Gerekli bilgi verilmeden yapılan taburculuk hasta ve ailesini strese sokarak, iyileşme sürecini yavaşlatabilmektedir. Taburculuk eğitimi ile hasta ve ailesi evde ihtiyaç duyabilecekleri konularla ilgili bilgi edinerek sorumluluk almaya hazırlanmaktadırlar (Özcan, 2008). Sonuçlardaki farklılıklar kurum politikalarından veya çalışan sağlık personeli sayılarının yetersiz-fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada taburculukla ilgili eğitimin en çok hekimler (%37.3) tarafından verildiği bulunmuştur. Hemşirelerden eğitim alma oranı ise %23.9'dur. Yapılan çalışmalarda da hastaların taburculukla ilgili bilgileri hekimden aldıkları görülmektedir (Demirkıran, 2011; Duran ve Gürhan, 2012; Özcan, 2008; Yıldız, 1998). Bu sonuçtan farklı olarak; Yılmaz ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada taburculukla alakalı bilginin daha çok hemşireler tarafından verildiği bulunmuştur. Sonuçlar değerlendirildiğinde; hekimlerin taburculukla ilgili daha çok bilgilendirme yaptığı, hemşirelerin ise taburculuk eğitiminde etkin olarak yer almadığı görülmektedir. Oflaz'ın (2002) kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların hekimden bilgi almak istediği, hemşirelerden ise ilgi beklediği görülmüştür. Hastaların hemşirelerden daha az bilgi almalarının nedeni; yetersiz hemşire sayısı, iş yükünün fazla olması ve ekip çalışmasının olmamasından kaynaklanabilir.

Bu çalışmada ameliyat sonrası erken dönemde olan kadınların kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavisi alan kadınlara göre daha çok bilgi gereksinimi olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada; ameliyat sonrası erken dönemdeki bireylerin evde tek başlarına günlük yaşam aktivitelerini yapamadıkları bulunmuştur. Özellikle hastaneden çıktıktan sonraki ilk haftalarda daha büyük sıkıntılar yaşanırken; dördüncü haftadan sonra güçlüklerin giderek azaldığı belirtilmiştir (Açıksöz ve Uzun, 2007). Hastaların cerrahi sonrası evde yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; hastaların çoğunluğunun evde kendi bakımlarını yapamadıkları belirlenmiştir (Dal ve ark, 2012). Literatürde bu çalışma sonuçlarından farklı olarak; tedavi yöntemlerine göre hastaların bilgi gereksinimlerinin farklılık göstermediği ve tedavi sürecinde hastaların bilgi eksikliğinin olduğu belirtilmiştir (Cox ve ark, 2006; Galloway ve ark, 1997). Graydon ve arkadaşlarının (1997) yaptığı çalışmada ise; radyoterapi alan hastaların, kemoterapi ve cerrahi tedavi alan gruplara göre bilgi gereksiniminin daha fazla olduğu bulunmuştur. Ameliyat sonrası erken dönem hastalarının henüz yeni ameliyat olmuş olması, devam eden tedavi süreci hakkındaki endişeleri evde bakımla ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duymalarına neden olmuş olabilir.

Ameliyat sonrası erken dönem hastaları, kemoterapi veya radyoterapi alan hastalar mastektomi sonrasında evde bakımla ilgili en fazla tedavi süreci hakkında eğitime gereksinim duyarken; hormon tedavisi alan hastalar en çok beslenme

konusunda eğitime ihtiyaç duymaktadırlar. Kansere hastalarıyla yapılan çalışmalarda hastaların en fazla tanı, tedavi, hastalığın etkileri ve prognozu hakkında bilgi almak istedikleri bulunmuştur (Barnes ve ark, 2008; Cox ve ark, 2006; Ekwall e ark, 2011; Leydon ve ark, 2000; Stewart ve ark, 2000; Vaartio-Rajalin ve ark, 2014; Zebrack ve ark, 2006). Akgül Başkale ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmanın sonucunda da hastaların öncelikli olarak bilgi almak istedikleri konular; nüks etme ihtimali ve tedavi süreciyle ilgili konulardır. Tay ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada, hastaların kemoterapinin yan etkilerine yönelik bilgi gereksinimi olduğu bulunmuştur. Radyoterapi alan hastalarında bilgi almak istedikleri konuların başında radyoterapi, olası yan etkileri ve tedavinin sonucu gelmektedir (Çürük, 2005; Memiş, 2002). Bu sonuçlardan farklı olarak Hiromoto ve Dungan'ın (1991) çalışmasında kemoterapi alan hastaların en fazla beslenme ile ilgili bilgi almak istedikleri saptamıştır. Evde bakım hizmetlerini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada da öncelikli olarak beslenme konusunda daha sonra genel bakım konusunda eğitime ihtiyaç duyulduğu bulunmuştur (Çolak ve ark, 2016). Bu farklılık ameliyat sonrası erken dönem hastaları, kemoterapi veya radyoterapi alan hastalar için tedavi sürecinin henüz başında olmalarından hormon tedavisi alan hastaların ise artık sürece uyum sağlamış olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Mastektomi sonrası katılımcıların tamamına yakınının yardım aldığı bulunmuştur. Yardım alınan kişilerin başında eşler gelmektedir. Sağlık personelinin yardım alma oranının oldukça yetersiz olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada hastaların en önemli destek kaynağı olarak eşlerini gördükleri ve yüksek düzeyde eş desteği algılayan kadınlarda stres belirtilerinin düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir (Roberts ve Cox, 1994). Dal ve arkadaşları (2012) cerrahi sonrasında aile üyelerinin (%85.2) hastalara yardımcı olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmalar evde bakım veren ve en çok destek alınan kişilerin eşler olduğunu göstermektedir (Demirkıran, 2011; Toptaş, 2013; Tuna,1993). Bakım verenlerin evde bakım hizmetlerinden beklentilerinin incelendiği bir çalışmada bu çalışmadan farklı olarak hastalara %45.9'una çocukları tarafından bakım verildiği belirlenmiştir (Duru Aşiret ve Çetinkaya, 2016). Sonuçlara bakıldığında yardım alınan kişilerin başında eşlerin geliyor olmasının sebebi; günümüzde geniş ailenin yerini çekirdek ailenin almasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca sağlık personelinin yardım alma oranının düşük

olmasına evde bakım hizmetlerinde çalışan sağlık personeli sayısının yetersiz olması neden olmuş olabilir.

Bu çalışmada bakım veren kişilerin çoğunluğunun hastalıkla ilgili bilgisinin olmadığı; bilgi sahibi olanlarında bu bilgiyi büyük oranda internetten (%55.2) edindiği belirlenmiştir. Driscoll (2000) tarafından yapılan çalışmada bakım verenlerin hastalarının sağlık sorunları ve evde bakımıyla ilgili yeterli bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. Yapılan çalışmalarda hastaya bakım veren kişilerin herhangi bir eğitim almadığı bulunmuştur (Avşar, 2006; Duran ve Gürhan, 2012; Yılmaz, 2001). Bakım verenlerle yapılan bir çalışmada %73.6'sının evde bakım hizmetleri hakkında bilgisinin olmadığı belirlenmiştir. Bilgi alanların ise büyük oranda basın yayın araçlarından bilgiye ulaştıkları saptanmıştır (Duru Aşiret ve Çetinkaya, 2016). Subaşı'nın yaptığı çalışmada evde bakım verenlerin %75,6'sının hiç bilgi almadığı belirtilmiştir. Bilgi alanların bilgiyi sağlık personelinden aldıkları bulunmuştur (Subaşı, 2010). Bass ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada, hasta ve yakınlarının %67'sinin internetten bilgi edindiği bulunmuştur. Bir çalışmada ise bireylerin evde bakım hizmetinden genellikle sağlık personeli ve görsel medya araçları ile haberdar oldukları belirlenmiştir (Çayır ve ark, 2013). Başka bir çalışmada da kadınların meme kanserine ilişkin en çok televizyon programlarından (%62), komşu-arkadaş ve sağlık kurumlarından bilgi edindikleri saptanmıştır (Dinçel ve ark, 2014). Gelişen teknolojiyle birlikte hasta ve yakınları hastalıkla ilgili bilgi sahibi olabilmekte; özellikle interneti bilgi kaynağı olarak kullanmaktadır. Çalışma sonucunda hastaların ve yakınlarının bilgi almak için interneti daha fazla tercih etmelerinin sebebi internetin kolay ulaşılabilir olması olabilir.

Yapılan bu çalışmada mastektomi sonrasında kemoterapi ve radyoterapi alan hastaların tamamının, ameliyat sonrası erken dönem hastaları ve hormon tedavisi alan hastaların ise büyük çoğunluğunun evde yardıma ihtiyaç duydukları saptanmıştır. Meme kanseri sonrası lenfödem gelişen hastalarla yapılan çalışmada kadınların etkilenen kolu korumak ve çok kullanmamak için yardıma ihtiyaç duydukları belirtilmiştir (Fu ve Rosedale; 2009). Ertem ve arkadaşlarının (2009) radyoterapi alan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların % 60.9'unun evde bakıma ihtiyaç duyduğu bulunmuştur. Bu sonuçlardan farklı olarak kemoterapi uygulanan hastaların yüksek bir oranda (%82.5) tedavi sonrası taburcu edildiklerinde evde

bakım süreçlerinde zorluk yaşamadıkları görülmüştür (Kütük, 2016). Yaşadıkları fiziksel problemlerden dolayı meme kanserli kadınlar yemek yapmak, çocukla ilgilenmek, alışveriş yapmak gibi birçok sorumluluğunu yerine getirememekte, bu da bireylerin aile yaşamını negatif yönde etkilemektedir (Ahmed ve ark, 2008; Bosompra ve ark, 2002; Soran ve ark, 2006; Voogd ve ark, 2003).

Çalışmada ameliyat sonrası erken dönem hastaları, kemoterapi veya hormon tedavisi alan hastaların evde bakımla ilgili en çok hijyen konusunda yardıma ihtiyaç duyduğu; radyoterapi alan hastaların ise en çok alışveriş konusunda yardıma ihtiyaç duyduğu bulunmuştur. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarla yapılan çalışmada, hastaların günlük yaşam ve sosyal aktivitelerinde sırasıyla; ev işleri (%63.3), alışveriş (%56.7), banyo (%30.0) ve ev yönetimi (%20.0) gibi konularda etkilendikleri belirtilmiştir (Akçay ve Gözüm, 2012). Lenfödemli hastalarla yapılan çalışmalarda kadınların alışverişe gitme, temizlik ve yemek yapma, çamaşır asma, ütü yapma gibi kollarını aktif kullanmak zorunda kaldıkları işleri yaparken zorlandıkları görülmüştür (Radina ve Armer, 2001, Fu ve Rosedale, 2009, Müezzinler ve Karayurt, 2014). Ertem ve arkadaşlarının (2009) radyoterapi alan hastalarla yaptığı çalışmada ise bu çalışmadan farklı olarak evde en fazla ev işlerinde yardıma gereksinim duydukları saptanmıştır. Hastaların genel olarak en çok hijyen konusunda yardım almaları tedavi sonrası ağrı, kolda hareket kısıtlılığı ve yorgunluk gibi yan etkilerden kaynaklanıyor olabilir. Radyoterapi alan hastaların en çok alış-verişte yardıma ihtiyaç duymalarının nedeni ise lenfödem gelişmesi nedeniyle kollarını aktif olarak kullanamamaları olabilir.

Bu çalışmada tedavi süreçlerine göre hastaların günlük yaşam aktivitelerini yaparken bağımlılık düzeyleri arasında fark gözlenmemiştir. Hormon tedavisi alan hastaların tamamı günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirebilmektedir. En yüksek oranla kemoterapi alan hastalar günlük yaşam aktivitelerinde kısmen bağımlı olduğu bulunmuştur. Literatürde bu çalışmanın sonuçlarından farklı olarak meme kanseri sonrası lenfödem gelişen kadınlarla yapılan çalışmalarda kadınların hareket kısıtlılığı yaşadıkları, günlük aktivitelerini sürdürmede zorlandıkları bulunmuştur (Çal ve Bahar, 2016; Radina ve Armer, 2001). Yine lenfödemli kadınların komplikasyonlar sebebiyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremedikleri belirtilmiştir (Ahmed ve ark, 2008; Vassard ve ark, 2010).

Postoperatif dönemde hastaların evde yaşadıkları sorunları belirlemek için yapılan bir çalışmada; hastaların banyo yapma zamanını bilmedikleri, yardım almadan giyinemedikleri ve tuvalet ihtiyaçlarını karşılayamadıkları bulunmuştur (Dal ve ark, 2012). Açıksöz ve Uzun'un (2007) çalışmasında bireylerin ameliyat sonrası dönemde evde banyo yapma, tuvalete gitme gibi günlük yaşam aktivitelerini yapamadıkları, zamanla bu güçlüklerin azaldığı saptanmıştır. Başka bir çalışmada da hastaların ameliyat sonrasında günlük yaşam aktivitelerinde zorlandıkları ve bağımlılık seviyelerinin arttığı belirlenmiştir (Demir, 2010). Mastektomi sonrasında hormon tedavisi alan hastaların tamamının günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapması hastaların tedavi sürecine uyum sağlamış olması, yara iyileşmesinin gerçekleşmesi gibi etkenlerden kaynaklanıyor olabilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonucunda tedavi süreçlerine göre evde bakım gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hastaların %61.2'si taburculuk eğitimi almıştır. Taburculukla ilgili eğitimin en çok hekim (%37.2) tarafından verilmektedir. Ameliyat sonrası erken dönem hastaları, kemoterapi ve radyoterapi alan hastalar en çok tedavi süreci hakkında bilgi almak isterken; hormon tedavisi alan hastaların beslenme konusunda bilgi almak istemektedirler.

Mastektomi sonrasında bütün hastaların evde yardıma ihtiyaç duydukları görülmektedir. Ameliyat sonrası erken dönem hastaları, kemoterapi ve hormon tedavisi alan hastalar en çok hijyen konusunda, radyoterapi alan hastalar ise alış-veriş yaparken yardıma gereksinim duymaktadırlar. Hastalara en çok eşleri tarafından bakım verilmektedir. Ancak bakım verenlerin %54.8'inin hastalıkla ilgili bilgisi bulunmamaktadır. Hastalıkla ilgili bilgiye en çok internetten (%55.2) erişilmektedir. Hormon tedavisi alan hastaların tamamının günlük aktivitelerini tamamen bağımsız olarak yapabildiği bulunmuştur.

Sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Hastalar hastaneden ayrılmadan önce taburculuk eğitimi vermek amacıyla uygun ekip elemanlarıyla oluşturulacak taburculuk biriminin kurulması,
- ✓ Hastalık, hastalığın tedavisi ve yan etkileri, beslenme ve egzersiz hakkında taburculuk eğitimi verilmesi,
- ✓ Taburculuk eğitiminin yanı sıra evde bakımla ilgili hastaya ve bakım veren bireylere eğitim verilmesi,
- ✓ Verilen eğitimin etkinliği değerlendirilmesi,
- ✓ Evde bakımla ilgili yazılı dökümanlar hazırlanıp hastaya ve bakım verene verilmesi,
- ✓ Evde hasta izlemleri yapılması,
- ✓ Hastaların sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanması,
- ✓ Sektörlerarası işbirliğinin organize edilmesi,
- ✓ Evde bakım hizmetlerinde çalışan sağlık personeli sayısının artırılması,
- ✓ Evde bakım hizmetlerinin düzenli ve devamlı verilebilmesi için gereken devlet desteğinin sağlanması önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

1. Açıksöz S, Uzun Ş. Total kalça protezi uygulanan bireylerin günlük yaşam aktivitelerine yönelik evde bakımda karşılaşılan güçlükler. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 11: 8-16.
2. Ahmed RL, Prizment A, Lazovich D, Schmitz KH, Folsom AR. Lymphedema and quality of life in breast cancer survivors: The Iowa Women's Health Study. Journal of Clinical Oncology, 2008;26(35).
3. Ahlner-Elmqvist M, Jordhøy MS, Bjordal K, Jannert M, Kaasa S. Characteristics and quality of life of patient who choose home care at the end of life. Journal of Pain and Symptom Management, 2008;36(3), 217-227.
4. Akçay D, Gözüm S. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Meme Sağlığı Dergisi, 2012; 8:4.
5. Akgül Başkale H, Serçekuş P, Partlak Günüşen N. Kanser hastalarının bilgi kaynakları, bilgi gereksinimleri ve sağlık personelinden beklentilerinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2015;6(2):65-70.
6. Akkaş Gürsoy A. Mastektomi sonrası hastaların evde izlenmelerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2008; Cilt 15, Sayı 2, 001-015.
7. Akkaş Gürsoy A. Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem ve hemşirelik bakımı. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 9(2).
8. Aktaş D. Jinekolojik kanserli hastalarda evde bakım hizmetinin yaşam kalitesine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2012.
9. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of-breast-cancer.html> ET: 26.12.2017
10. <https://cancerstatisticscenter.cancer.org/#/> ET:08.07.2017
11. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/cancer-control/en/presentations/breast-cancer-presentation.pdf> ET:14.09.2017
12. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer.html> ET: 26.12.2017
13. Andersson M, Storm HH, Mouridsen HT. Incidence of new primary cancers after adjuvant tamoxifen therapy and radiotherapy for early breast cancer. J Natl Cancer Inst, 1991; 83:1013-17.
14. Ankem K. Factors influencing information needs among cancer patients; A metaanalysis. Library Information Science Research, 2006; (28): 7-23.
15. Arik G, Varan HD, Yavuz BB, et al. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. Arch Gerontol Geriatr, 2015;61:344-350.

16. Arıkan Dönmez A, Kapucu S. Management of breast cancer-related lymphedema. *Turk J Oncol* 2016;31(4):138-148.
17. Avşar G. Klinik hemşirelerinin uyguladıkları hasta eğitiminin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi, Yüksek lisans tezi, Erzurum, 2006.
18. Aydın C, Bebek Koç A, Aydeniz EG, Peker N, Gülova S. Tamoksifen tedavisi alan opere meme kanserli hastalarda endometrial patolojiler, risk faktörleri ve tanıda transvaginal ultrasonografinin rolü. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 2017; 6(1): 5-12.
19. Aydın D. Evde bakım kavram ve kapsamı. Evde bakım hizmetleri. 1. Baskı. Ankara. Sağlıklı Nesiller Derneği, 2005;14-25.
20. Aydıner A, Topuz E. Erken tanı. Meme kanseri tanı-tedavi-takip İstanbul konsensüsü 2006, İstanbul, Nobel matbaacılık, 2007, s:1-2.
21. Babacan Gümüş A. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*;2006 Cilt: 2 Sayı: 3.
22. Ballatori E, Roila F, Ruggeri B, Betti M, et al. The impact of chemotherapy-induced nausea and vomiting on health-related quality of life. *Supportive Care in Cancer*; 2007, Volume 15, Issue 2, pp 179–185.
23. Barnes KA, Barlow CA, Harrington J, Ornadel K, et al. Advance care planning discussions in advanced cancer: analysis of dialogues between patients and care planning mediators. *Palliat Support Care*, 2011;9:73–9.
24. Bass SB, Ruzek SB, Gordon TF, Fleisher L, et al. Relationship of Internet health information use with patient behavior and self-efficacy: experiences of newly diagnosed cancer patients who contact the National Cancer Institute's Cancer Information Service. *J Health Commun*, 2006;11:219–36.
25. Başbakanlık mevzuatı geliştirme ve yayın genel müdürlüğü. Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik. Ankara, 10.03.2005; Resmi Gazete: Sayı 25751.
26. Baykara O. Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balikesir Saglik Bil Derg.* 2016; Cilt:5 Sayı:3 s:154-165 DOI: 10.5505/bsbd.2016.93823
27. Boerma W, Genet N. Introduction and background. In: Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB. Home care across Europe. United Kingdom;2012, p. 9-10.
28. Bosompra K, Ashikaga T, O'Brien PJ, Nelson L et al. Swelling, numbness, pain and their relationship to arm function among breast cancer survivors: a disablement process model perspective. *The Breast Journal*, 2002;8 (6):338-348.
29. Bradley PJ. Family caregiver assessment. Essential for effective home health care. *J Gerontol Nurs*, 2003;29:29-36.
30. Boynton, PM, Selecting, designing, and developing your questionnaire, *BMJ* 2004;328:1312-1315.
31. Buzdar AU, Hortobagyi G. Update on endocrine therapy for breast cancer. *Clinical Cancer Research*, 1998;4(3):527-34.

32. Chachaj A, Małyszczak K, Pyszel K, Lukas J et al. Physical and psychological impairments of women with upper limb lymphedema following breast cancer treatment. *Psychooncology*, 2010;19(3):299-305.
33. Clark B, Sitzia J, Harlow W. Incidence and risk of arm edema following treatment for breast cancer: a three year follow up study. *Q J Med* 2005;98:343-348.
34. Cohen I, Azaria R, Bernheim J, et al. Risk factors of endometrial polyps resected from postmenopausal patients with breast carcinoma treated with tamoxifen, *Cancer* 2001;92 (5): 1151-1155.
35. Cox A Jenkins V, Catts S, Langridge L et. al. Information needs and experiences: An audit of UK cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 2006; (10): 263-272.
36. Çal A, Bahar Z. Women's barriers to prevention of lymphedema after breast surgery and home care needs. *Cancer Nursing* 2016; 39(6).
37. Çavuş D. Kanser hastalarının hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirmelerinin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2008.
38. Çayır Y, Avşar ÜZ, Avşar Ü, Cansever Z, Khan AS. Evde sağlık hizmetleri alan hastaların özellikleri ve bakım verenlerin beklentileri. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2013; 5(3), 9-12.
39. Çelik S. Tamoksifen kullanan meme kanserli olguların endometrium patolojileri açısından değerlendirilmesinde transvajinal ultrasonografi ve endometrial biyopsinin yeri. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007; 9-10.
40. Çolak M, Gökdemir Ö, Yaprak S, Kartal M. İzmir'de bir eğitim ve araştırma hastanesinde evde bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Marmara Medical Journal* 2016; 29: 170-176.
41. Çürük G.N. Radyoterapi uygulanan kanserli hastaların bakım gereksinimleri. Erciyes Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2005.
42. Danış MZ. Toplum temelli bakım anlayışı. *Özveri Dergisi*; 2006.
43. Demir Göl N. Kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesinin belirlenmesi. T.C. Erzincan Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, 2014
44. Demir SG. Kalça protezi ameliyatı olan hastaların günlük yaşam aktiviteleri bakım modeline göre evde izleminin etkinliği. Hacettepe Üniversitesi, Doktora Tezi, Ankara: 2010.
45. Demirkıran G. Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2011.
46. Dinçel O, Başak F, Pektaş B, Kınacı E. Eğitim seviyesi düşük kadınların meme kanseri bilgi düzeyi ve risk hesaplaması. *J Kartal* 2014;25(3):181-186.
47. Di Sipio T, Rye S, Newman B, Hayes S. Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncology*, 2013; 14(6): 500-15.

48. Doğan H, Değer M. Nursing care of elderly people at home and ethical implications: an experience from Istanbul. *Nurs Ethics*. 2004;11(6):553-67.
49. Driscoll A. Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 2000; 31(5): 1165-1173.
50. Duran S, Gürhan N. Psikiyatri hastalarının taburculuk eğitimi alma durumunun değerlendirilmesi. *F..Saç.Bil.Tıp Derg.* 2012; 26 (1): 39 – 44.
51. Duru Aşiret G, etinkaya F. Bakım verenlerin evde bakım hizmetlerinden beklentileri. *DEUHFED* 2016, 9(4), 120-125.
52. Ekwall E, Ternstedt BM, Sorbe B, Graneheim UH. Patients' perceptions of communication with the health care team during chemotherapy for the first recurrence of ovarian cancer. *Eur J Oncol Nurs*, 2011;15:53–8.
53. Emiroğlu F. Kanser ve Kanserli Hasta Bakımı. İçinde: Sabuncu N, Ay F. *Klinik Beceriler*. 2. Baskı. İstanbul, Nobel tıp kitabevi, 2010: 784.
54. Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil . Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; Cilt:2, Sayı 2.
55. Ertem G. Kanser hastalarında beslenme ve hemşirelik yaklaşımı. *Dirim Tıp Gazetesi* (56 - 63) 2008; sayı: 83.
56. Eti Aslan F, Gürkan A, Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007; Cilt: 3 Sayı: 2.
57. Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik. Erişim Tarihi:31.05.2017 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.html>
58. Fadiloğlu , Ertem G, şenuzun AF. Evde sağlık ve bakım. 1. Baskı. Ankara, Gkтуđ yayıncılık, 2013;3-23.
59. Fisher B, Costantino JP, Wickerham DL, et al. Tamoxifen for prevention of breast cancer: report of the national surgical adjuvant breast and bowel project p-1 study, *J Natl Cancer Inst* 1998; 90:1371–1388.
60. Fu MR, Rosedale M. Breast cancer survivors' experiences of lymphedema-related symptoms. *J Pain Symptom Manage* 2009;38(6):849-59.
61. Galloway S, Graydon J, Harrison D, Boyden E et al. Information needs of women with a recent diagnosis of breast cancer: Development and initial testing of a tool. *Journal of Advanced Nursing*, 1997; (25): 1175-1183.
62. Genay T. Hasta ve sağlık alışanlarının kendi kendine meme muayenesi ve meme kanseri risk faktörleri bilgi dzeyinin saptanması. *Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık tezi*, İstanbul, 2007.
63. Girgis A, Stacey F, Lee T, Black D, et al. Priorities for women with lymphoedema after treatment for breast cancer: population based cohort study. *BMJ*. 2011; 342: d3442.
64. Graydon J, Galloway S, PalmerW. S, Harrison, D et al. Information needs of women during early treatment for breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 1997; (26): 59-64.

65. Gümüş, A.B. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2006;2(3):108-114.
66. Güner P. Kanser ve baş etme. *The Turkish Journal of Hematology and Oncology* 2001; 11: 46-53.
67. Gürsoy, A.A. (2011). Meme kanserinin cerrahi tedavisinde yenilikler ve hemşirelik yaklaşımları. Meme kanserli hastaya yaklaşım. Fadiloğlu, Ç. (Ed). Nobel Kitabevi:49-54.
68. Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Middel B, et al. The effect of palliative care in home care and hospital on quality of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 2009;11(2), 119-126.
69. Johanson K, Holmström H, Nilsson I, Ingvar C et al. Breast cancer patients' experiences of lymphoedema. *Scand J Caring Sci*. 2003; 17: 35-42.
70. Haydaroğlu A. Yan etkiler ve destek tedaviler. I. Ulusal Meme Kanseri Konsensusu. İzmir:Kongre Basımevi Matbaası,2007:79-81.
71. Hintistan S, Çilingir D, Nural N, Akkaş Gürsoy A. Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012;1(3).
72. Hiromoto B M, Dungan J. Contract learning for selfcare activities", *Cancer Nursing*, 1991;14(3):148-154.
73. Işık O, Kandemir A, Erişe M, Fidan C. Evde sağlık hizmeti alan hastaların profilleri ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2016; 171-186.
74. Kalan, A. Tamoksifen kullanan meme kanseri hastalarının endometrium patolojileri açısından değerlendirilmesinde transvajinal ultrasonografi, histeroskopi ve endometrial biyopsinin yeri Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2005.
75. Kapucu SS, Akdemir N. Ev ziyaretinin kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım güçlerine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 14;1:9-22.
76. Kara B, Akbayrak N. Kanserde kaseksi ve hemsirenin sorumlulukları. *Sendrom* 2002; 8(14): 126-132.
77. Karabağ H. Evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye'de uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin görüşleri ve kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde bakım hizmetleri model önerisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.
78. Karadakovan A., Eti Aslan A. Meme hastalıkları. Ed: Karadakovan A., Eti Aslan F. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014, 930-945.
79. Karaduman A, Yiğiter K, Aras Ö, Yakut Y. Yaşlılıkta fiziksel bağımsızlık ve yaşam kalitesi. *Yaşlılık gerçeği*. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2004 (s. 79-96).
80. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics* 2002; 5 (4): 155-159.

81. Karamanoğlu AY, Özer FG. Mastektomili hastalarda evde bakım. Meme Sağlığı Dergisi, 2008;4(1):3-8.
82. Kaymakçı Ş. Meme hastalıkları hemşireliği. Ege üniversitesi basımevi, Bornova; 2001.
83. Kısa, S. ve Karadağ, A. Yaşlılık hizmetlerinde örnek bir model: malta modeli, I. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildirileri Kitabı, Yaşlı Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayını. Ankara; 2001.
84. Kızılcı S, Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 3:18-26.
85. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay Sak S, Tükün A, Yalçın B. Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 konsensus raporu. Meme Sağlığı Dergisi 2011 Cilt: 7 Sayı: 2.
86. Koyuncu, ZC. Erken evre meme kanseri olgularında Sentinel lenf nodu biyopsi sonuçlarımız, Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2009.
87. Kütük B. Kemoterapi uygulanan kanserli hastalarda öz bakımın değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.
88. Lampic C, Peterson VW, Larsson G, Sjöden O, Essen L. Anxiety and depression in hospitalized patient with cancer: Agreement in patient-staff dyads. Cancer Nursing 1996; 19: 419-427.
89. Leatbeater M. Cancer patients' information needs. Nurs Times 2000;96(37):48.
90. Leydon GM, Boulton M, Moynihan C, Jones A, et al. Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. BMJ 2000;320:909-13.
91. Lowdermilk, D.L. Home care of the patient with gynecologic cancer. JOGNN, 2006; 24(2), 157-163.
92. Lynch HT, Watson P, Conway TA, Lynch JF. Clinical/genetic features in hereditary breast cancer. Breast Cancer Res Treat 1990; 15: 63-71.
93. Macintyre CR, Ruth D, Ansari Z. Hospital in the home is cost saving for appropriately selected patients: a comparison with in-hospital care. International agency for research on cancer, Int J Qual Health Care, 2002;14(4):285-93.
94. Meiklejohn JA, Heesch KC, Janda M, et al. How people construct their experience of living with secondary lymphoedema in the context of their everyday lives in Australia. Support Care Cancer, 2013; 21: 459-466.
95. McCaughan E, Thompsan K. Information needs of cancer patients receiving chemotherapy at a day case unit in Northern Ireland. Journal of Clinical Nursing, 2000; (9): 851-858.
96. McCorcle R, Strumpf N, Nuamah I, Adler D, et al. Specialized home care intervention improves survival among older post surgical gynecological cancer patients. Journal of the American Geriatrics Society, 2000;48(12), 240-249.

97. Memiş S. Radyoterapide hasta ve hemşire eğitimi. *Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002;Cilt 12, Sayı 48.
98. Molassiotis A, Brearley S, Saunders M, Craven O, et al. Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 2009; 27(36), 6191-6198.
99. Moreira H, Canavarro MC. A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *European Journal of Oncology Nursing* 2010;14:263-270.
100. Morgan P, Franks P, Moffatt C. Health-related quality of life with lymphoedema: a review of literature. *Int Wound J*. 2005; 1: 47-62.
101. Munchus G. The US home health industry: past, present, and future. *Home Health Care Management & Practice* 1999;11:21-30.
102. Murff HJ, Spigel DR, Syngal S. Does this patient have a family history of cancer? An evidence-based analysis of the accuracy of family cancer history. *JAMA* 2004; 292: 1480-1489.
103. Müezziner NE, Karayurt Ö. Meme kanseri tedavisine bağlı lenfödem gelişen kadınların deneyimlerinin incelenmesi. *J Breast Health* 2014; 10: 23-29.
104. Oflaz F. Onkoloji kliniğinde yatan kanser hastalarının psikiyatrik semptom düzeyleri ve destek gereksinimlerinin saptanması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2002; 4(1):65-72.
105. Oğlak S. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. *Turkish Journal of Geriatrics* 2007; 10 (2): 100-108.
106. Okanlı A, Ekinci M. Meme kanserli hasta ve eşlerinin yaşam doyumları duygu kontrol düzeyleri ve evlilik uyumlarının mastektomi öncesi ve sonrası karşılaştırılması. *New Symposium Journal*,2008; 46(1):9-14.
107. Onat H, Başaran M. Meme kanseri risk faktörleri ve koruma. Topuz E, Aydın A, Dincer M. *Meme Kanseri*. 1. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2003. s. 90-107.
108. Özbaş A. Radyoterapi sonucu gelişen semptomlarda bakım. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2003; 13 (50): 57-73.
109. Özcan H. Açık kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranları. *Trakya Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi*, Edirne, 2008.
110. Özçınar B, Ata Güler S, Özmen V, Güllüoğlu B ve ark. Meme kanserinde lokal/bölgesel tedavi sonrası görülen komplikasyonlar ve bunların hasta yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Meme Sağlığı Dergisi* 2010; Cilt: 6 Sayı: 1.
111. Özer Ö, Şantaş F. Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 2(3), 96-103.
112. Özmen V. Türkiye’de meme kanseri klinik histopatolojik özellikler ve standart prognostik faktörler ‘Türkiye meme hastalıkları dernekleri federasyonu (tmhdf) ulusal meme kanseri veritabanı (umkvt) verilerinin analizi’ 2007.

http://www.vahitozmen.com/assets/_pdf/turkiyede-meme-kanseri-vahit-ozmen.pdf erişim tarihi:24.05.2016

113. Özmen, V. Erken evre meme kanserinin cerrahi tedavisi. Müslümanoğlu, M. (Ed.). Meme hastalıkları dernekleri federasyonu (MHFD) Meme hastalıkları kitabı. 2012, Bölüm 40, Güneş tıp kitabevleri: 351-366
114. Özmete S. Cerrahi tedavi uygulanan meme kanserli hastaların erken dönem sonuçları. Çukurova Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Adana, 2007.
115. Parker GG. Chemotherapy administration in the home. Home Healthcare Nurse, 2002;10(1);30-36.
116. Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Sexual function after breast cancer. J Sex Med 2011 Jan;8(1):294-302.
117. Perreault M, Tardif H, Provencher H, et al. The role of relatives in discharge planning from psychiatric hospitals: The perspective of patients and their relatives. Psychiatr Q 2005; 4: 297-315.
118. Pillai P, Sharma S, Ahmed SZ, Vijaykumar DK. Study of incidence of lymphedema in indian patients undergoing axillary dissection for breast cancer Indian Association of Surgical Oncology, 2010;1(3):263-9.
119. Popovich ML. The joint commission's home care accreditation programme. Harris MD. ed. Handbook of home health care administration. 5th ed. London: Jones and Barlett Publishers, 2010;71- 83.
120. Pumo V, Milone G, Lacono M, Giuliano SR ve ark. Psychological and sexual disorders in long-term breast cancer survivors. Cancer Manag Res. 2012; 4: 61–65.
121. Radina ME, Armer JM. Post-breast cancer lymphedema and the family: a qualitative investigation of families coping with chronic illness. Journal of Family Nursing 2001;7:3.
122. Radina ME, Armer JM, Stewart BR. abstractmaking self-care a priority for women at risk of breast cancer-related lymphedema. Journal of Family Nursing 2014; 20(2): 226-249.
123. Rischin D. White AM, Matthews JP, Toner GC et al. Randomised crossover trial of chemotherapy in the home: patient preferences and cost analysis. The Medical Journal of Australia, 2000; 173(1), 125-127.
124. Robert, CS, Cox, CE. A closer look at social support as a moderator of stresses in breast cancer. Health and Social Work, 1994. 19(3): 157-164.
125. Ross L, Johansen C. Psychosocial home visits in cancer treatment: a qualitative study on the content of home visits. Cancer Nursing 2002; 25: 350-357.
126. Rutten L, Anora N, Bakos A, Aziz N et al. Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003).Patient education and Counselling, 2005; (57): 250-261.
127. Schmid-Büchi S, Halfens RJ, Dassen T, van den Borne B. A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. J Clin Nurs 2008;17:2895–909.

128. Seçkin C. Hacettepe üniversitesi tıp fakültesi genel cerrahi ve radyasyon onkolojisi bölümlerine başvuran meme kanserli bireylerin bilgi desteği ve duygusal destek gereksinimlerinin karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.
129. Sertöz ÖÖ, Elbi MH, Noyan A ve ark. Meme kanserinde ameliyat tipinin algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri: kontrollü bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2004;15(4):264-275.
130. Shapiro K, Patel S, Steinberg S, Ferzli G. Postoperative home visits?. Curr Surg 2003; Nov-Dec;60(6):612-4.
131. Sherman KA, Miller SM, Roussi P, et al. Factors predicting adherence to risk management behaviors of women at increased risk for developing lymphedema. Support Care Cancer 2015; 23(1): 61-69.
132. Sis Çelik A. Radyoterapi sonucu gelişen yan etkiler ve hemşirelik yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3 (3).
133. Soran A, Angelo G, Begovic M, Ardic F et al. Breast cancer –related lymphedema-what are the significant predictors and how they affect the severity of lyphedema? Breast J 2006;12(6):536-543.
134. Sönmez B. Meme kanseri ve tedavi yöntemleri. Erciyes Üniversitesi; Kayseri, 2012.
135. Stewart DE, Wong F, Cheung AM, Dancey J, et al. Information needs and decisional preferences among women with ovarian cancer. Gynecol Oncol 2000;77:357–61.
136. Subaşı, D. Kanser ağrısı deneyimleyen hastaların yaşamkalitesi ve baş etme tutumlarının değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi; Mersin, 2010.
137. Şahbaz M, Tel H. Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Turkish Journal Of Geriatrics; 2006. 9 (2): 85-93.
138. Şirin A, Kavlak O. Kadın sağlığı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 2008; 186-195.
139. T.C. Sağlık Bakanlığı. <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/49-meme-kanseri.html#> ET:27.12.2017
140. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye kanser istatistikleri, Ankara, 2017; 44
141. Taghian NR, Miller CL, Jammallo LS, O'Tooleb J et al. Lymphedema following breast cancer treatment and impact on quality of life: A review. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2014; 92: 227–234.
142. Tay LH, Hegney D, Ang E. Factors affecting effective communication between registered nurses and adult cancer patients in an inpatient setting: a systematic review. Int J Evid Based Healthc 2011;9:151–64.
143. Thomas RM, Miedema B, Tatemichi SR. Breast cancer–related lymphedema Women's experiences with an underestimated condition. Canadian Family Physician. 2005; 51: 47-55.

144. Toptaş S. Kanser hastalığı olan bireye bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi Hacettepe Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2013.
145. Tuna P. Kanserli hastaların benlik saygıları üzerine bir araştırma. Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1993.
146. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser İnsidansları, 2014
147. Uçar T, Uzun Ö. Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2008; 4: 43-48.
148. Uzun G. Mastektomi ameliyatı olan hastalarda postoperatif dönemde hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti ve bireyin sosyodemografik özellikleri ile ilişkisinin değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi. Yüksek lisans tezi, Edirne, 2009.
149. Dal Ü, Bulut H, Güler Demir S. Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. Bakırköy Tıp Dergisi 2012; Cilt 8, Sayı 1.
150. Ünsar S, Yıldız Fındık Ü, Kurt S, Özcan H. Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; Cilt:2, Sayı:5.
151. Vaartio-Rajalin H, Leino-Kilpi H, Zabalegui A, Valverde M, et al. Cancer patients' expectations regarding empowering knowledge and nurse advocacy in Finland and Spain. Clin Nurs Stud 2014;2:8–21.
152. Vallerand AH, Anthony M, Saunders MM. Home care nurses' perceptions of control over cancer pain. Home Healthc Nurse, 2005;23(10), 647-52.
153. Vassard D, Halgren Olsen M, Zinckernagel L, Vibe-Petersen J et al. Psychological consequences of lym-phoedema associated with breast cancer: a prospective cohort study.Eur J Cancer 2010; 46(18): 3211-3218.
154. Vilholm OJ, Cold S, Rasmussen L, Sindrup SH. The postmastectomy pain syndrome: an epidemiological study on the prevalence of chronic pain after surgery for breast cancer. Br J Cancer 2008 Aug 19; 99(4): 604–610.
155. Voogd AC, Ververs JM, Vingerhoets A, Roumen H et al. Lymphoedema and reduced shoulder function as indicators of quality of life after axillary lymph node dissection for invasive breast cancer. Br J Surg. 2003;90:76-81.
156. Vural Ö, Vural G. Kemoterapi alan jinekolojik kanserli hastaların hemşirelik bakım memnuniyetlerinin belirlenmesi. Gazi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.
157. Wallace M, Shelkey M. Katz index of independence in activities of daily living (ADL), Try This: Best Practices İn Nursing Care To Older Adults:2012;2.
158. Wengström Y, Haggmark C, Forsberg C. Coping with radiation therapy: Effects of a nursing intervention on coping ability for women with breast cancer. International Journal of Nursing Practice 2001; 7: 8-15.
159. Williams SA, Schreier AM. The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. Oncol Nurs Forum 2004;31(1):E16-23

160. Yıldız P. Tamoksifen tedavisi altında yeni tanı diyabet gelişimi. Osmangazi Tıp Dergisi 2014; 36(1), 23-26.
161. Yıldız Z. Açık kalp ameliyatı olacak hastaların bilgi gereksinimine ilişkin bir çalışma. Hemşirelik Bülteni 1998; 10(40-41):41.
162. Yılmaz M, Çifçi S. Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: fonksiyonel sağlık örüntüleri. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Dergisi 2010;18(3):183-189.
163. Yılmaz MC. Miyokard enfarktüsü tanısı konan hastaların taburculuk planlaması ve evde bakım gereksinimleri yönünden incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Uzmanlık Tezi, Ankara, 2001.
164. Yi Wen, Gustafson HD. Needs assessment for cancer patients and their families. Health and Quality of Life Outcomes, 2004; 2(11): 1-12.
165. Yıldız A, Karayurt Ö. Meme kanserli kadınların lenfödem nedeniyle yaşadıkları güçlükler. J Breast Health 2011; 7: 154-162.
166. Zainal NZ, Nik-Jaafar NR, Baharudin A, Sabki ZA, CG N. Prevalence of depression in breast cancer survivors: a systematic review of observational studies. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(4):2649-56
167. Zebrack B, Bleyer A, Albritton K, Medearis S, et al. Assessing the health care needs of adolescent and young adult cancer patients and survivors. Cancer 2006;107:2915–23.

8.EKLER

EK-1

HASTA TANILAMA FORMU

Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu

Adınız Soyadınız	
1. Yaşınız	
2. Eğitim Durumu	a. Okur yazar değil b. Okur yazar c. İlkokul d. Ortaokul e. Lise f. Üniversite ve üstü
3. Medeni Durum	a. Evli b. Bekar
4. Gelir Durumu	a. Gelir Giderden Az b. Gelir Gidere Eşit c. Gelir Giderden Fazla
5. Çalışma Durumu	a. Çalışıyor (raporlu) b. Çalışmıyor
6. Sosyal Güvence	a. Var b. Yok
7. Evde Yaşanılan Birey Durumu	a. Yalnız b. Aile/ bakımveren ile

Evde Bakım Gereksinimlerini Belirleme Formu

1. Meme kanseri tanısını ne zaman aldınız? 2. Meme kanseri haricinde başka bir kronik/ uzun süreli hastalığınız var mı?	a) Evet -Hipertansiyon -Tiroid hastalıkları b) Hayır	-Diyabet -Solunum sistemi -Diğer...
3. Ailenizde sizden başka meme kanseri olan bireyler var mı?	a) Evet(.....) b) Hayır	
4. Mastektomi ameliyatını ne zaman oldunuz?		
5. Mastektomi sonrasında herhangi bir tedavi alıyor musunuz?	a) Evet -Kemoterapi -Radyoterapi -Hormon tedavisi b) Hayır	
6. Mastektomi sonrası hastanede taburculuk ile ilgili bir eğitim aldınız mı?	a) Evet (.....kimden) b) Hayır	
7. Mastektomi sonrası evde bakım ile ilgili bir eğitim gereksiminiz var mı?	a) Evet (Cevabımız evet ise hangi konularda?)..... b) Hayır	
8. Mastektomi sonrası evdeki yaşantınızda yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz?	a) Evet b) Hayır	
9. Mastektomi sonrası evde hangi konularda yardıma ihtiyaç duyuyorsunuz?	a. Alışveriş b. Hijyen c. Giyinme d. Boşaltım e. Hareket etme f. Sosyal aktiviteye katılım g. Beslenme h. Tedavi i. Diğer (.....)	
10. Evde bu ihtiyaçlarınız için yardım alıyor musunuz?	a) Evet b) Hayır	
11. Evde bu ihtiyaçlarınız için kimlerden yardım alıyorsunuz ?	a. Eş b. Çocuk c. Bakımveren/ bakıcı d. Sağlık personeli e. Diğer(.....)	
12. Bu kişinin hastalığınızla ilgili bilgisi var mı?	a)Evet(.....nereden eğitim aldı ?) b)Hayır	
13. Mastektomi nedeni ile günlük yaşamınızda sıkıntı yaşadınız mı?	a)Evet (hangi konularda.....) b)Hayır	

EK-2

KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ (GYA) ÖLÇEĞİ

Temizlik → Evimi temizlerken v.b temizlik isleri yapamıyorum → Evimi temizlerken v.b temizlik isleri yardım alarak yapıyorum → Evimi temizlerken v.b temizlik isleri yardımsız yapabiliyorum	
Ahş veriş → Mağazaya gitme, eşyaları taşıma, merdivenleri çıkma v.b. yapamıyorum → Mağazaya gitme, eşyaları taşıma, merdivenleri çıkma v.b. yaparken yardım alıyorum → Mağazaya gitme, eşyaları taşıma, merdivenleri çıkma v.b. Yapabiliyorum	
Ulaşım → Toplu taşıtlara ait duraklara gidemiyorum, otobüs, tren, dolmuş v.b. binemiyorum → Toplu taşıtlara ait duraklara giderken yardım alıyorum, otobüs, tren, dolmuş v.b. binerken yardım alıyorum → Toplu taşıtlara ait duraklara gidebiliyorum, otobüs, tren, dolmuş v.b. binebiliyorum	
Yemek hazırlama → Mutfağa gidip kendi yemeğimi hazırlayamıyorum → Mutfağa gidip kendi yemeğimi hazırlarken yardım alıyorum → Mutfağa gidip kendi yemeğimi hazırlayabiliyorum	
Yıkama → Kendi basma yıkanamıyorum → Yikanırken yardım alıyorum → Kendi basma yıkanabiliyorum	
Giyinme → Kendi basma giyinemiyorum → Giyinirken yardım alıyorum → Kendi basma giyinebiliyorum	
Tuvalet ihtiyacı → Tuvalet ihtiyacımı karşılayamıyorum → Tuvalet ihtiyacımı karşılarken yardım alıyorum → Tuvalet ihtiyacımı karşılayabiliyorum	
İransfer → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapamıyorum → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yaparken yardım alıyorum → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapabiliyorum	
Kontinans → Mesane ve barsak boşaltımını kontrol edemiyorum → Mesane ve barsak boşaltımını kontrol edebilmek için araç v.b yardım alıyorum → Mesane ve barsak boşaltımını kontrol edebiliyorum	
Beslenme → Yemeğimi kendi basma yiyemiyorum → Yemeğimi yerken yardım alıyorum → Yemeğimi kendi basma yiyebiliyorum	

EK-3

ETİK KURUL ONAYI

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.- *S75*

11.08.2014

Sayın, Yard.Doç.Dr.Nihal Gördes AYDOĞDU

Kurulunuz tarafından 07.08.2014 tarih ve 1622-GOA protokol numaralı 2014/26-22 karar numarası ile görüşülen "**Mastektomi Sonrası Kadınların Tedavi Sürecine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi**" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1622-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Mastektomi Sonrası Kadınların Tedavi Sürecine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Nihal Gördes AYDOĞDU Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/26-22	Tarih: 07.08.2014
	Yard.Doç.Dr.Nihal Gördes AYDOĞDU'nun sorumlusu olduğu "Mastektomi Sonrası Kadınların Tedavi Sürecine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, kurum izin belgesi alınması koşuluyla, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. -Kurum izin belgesi alındıktan sonra Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

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

ETİK KURUL ÜYELERİ

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

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.
Sayı: 650

09.10.2014

Sayın Yard.Doç.Dr.Nihal Gördes AYDOĞDU,

Kurulumuz tarafından 02.10.2014 tarih ve 1622-GOA protokol numaralı 2014/31-18 karar numarası ile görüşülen "Mastektomi Sonrası Kadınların Tedavi Sürecine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1622-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Mastektomi Sonrası Kadınların Tedavi Sürecine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Nihal Gördes AYDOĞDU Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input checked="" type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/31-18	Tarih: 02.10.2014
	Yard.Doç.Dr.Nihal Gördes AYDOĞDU'nun sorumlusu olduğu "Mastektomi Sonrası Kadınların Tedavi Sürecine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" isimli klinik araştırmaya ait 01.10.2014 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak; -Çalışma merkezlerinden Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi 'nin çalışmadan çıkarılması, -Ege Üniversitesi Hastanesi ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinden alınan kurum izin belgesi, incelenerek bilgi edinilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

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

ETİK KURUL ÜYELERİ

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

EK-4

KURUM İZİNLERİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Güney Genel Sekreterliği
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi



SAYI : 47104536 / 770 /
ŞUBE : Eğitim Organizasyon Birimi
KONU: Halise AKYILDIZ



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

İZMİR

Fakülteniz Halk Sağlığı Hemşireliği öğretim üyelerinden Yrd.Doç.Dr.Nihal GÖRDES AYDOĞDU'nun danışmanlığında yüksek lisans programı öğrencisi Halise AKYILDIZ'ın tez çalışmasını hastanemiz Radyasyon Onkoloji, Medikal Onkoloji ve Genele Cerrahi Kliniklerinde yürütülmesi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Mustafa DEMİRCİ
Nasıfane Yöneticisi

İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Güney Genel Sekreterliği
İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Basinsitesi-İZMİR
Telefon: (0232) 244 44 44-243 43 43 Faks: (0232) 243 15 30
e-posta: ataturkegitim@ism.gov.tr Elektronik Ağ: www.iaeh.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat:



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



DOKUZ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

Sayı : 99577370 - 382

Konu :

16.05/2014
24.06.2014 *007120

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

İlgi:27.05.2014 tarihli 91829616/04-844 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden; Fakülteniz Halk Sağlığı Hemşireliği yüksekisans programı öğrencilerinden Halise Akyıldız "Mastektomi Sonrası Kadınların Tedavi Sürecine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" isimli çalışmasını Hastanemizde yapması uygundur.Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. M.Refik MAS
Başhekim

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/İZMİR
Tel:+90(232)412 23 15 Faks.+90(232) 412 97 97
E posta:elcin.safyurek@deu.edu.tr

Elektronik ağı:www.deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Hem.Hiz.Müd. Saliha Özdöker

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
KAYIT BÜROSU
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
KAYIT BÜROSU

İZMİR

AM
MS



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI : 69631334 - 1653 - 20028
KONU: Tez Çalışması Hk.

11.09/2014

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İLGİ: 1394 sayılı ve 14.08.2014 tarihli yazınız.

Fakülteniz Halk Sağlığı öğretim üyelerinden Yrd.Doç.Dr.Nihal Gördes AYDOĞDU'nun danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Halise AKYILDIZ'ın "Mastektomi Sonrası Kadınların Tedavi Sürecine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalında, İç Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Erişkin Onkoloji Bilim Dalında ve Genel Cerrahi Anabilim Dalında yapmaları Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

Prof.Dr.Mehmet ÖZKAHYA
Başhekim

EK-5

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Adı: Mastektomi Sonrası Kadınların Tedavi Sürecine Göre Evde Bakım Gereksimlerinin Belirlenmesi

Sorumlu Araştırmacı: Yar. Doç. Dr. Nihal Gördes Aydoğdu

Sayın Katılımcı,

Mastektomi olan kadınların tedavi süreçlerine göre evde bakım gereksinimlerini belirlemek için bu çalışmayı yapmaktayız. Vereceğiniz bilgiler kimliğiniz gizli tutularak Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde yürütülen bir yüksek lisans tezi için kullanılacak, bilimsel amaçlar dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir; ancak katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmak istemeyebilirsiniz, ya da başlangıçta katılmayı kabul edip herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan vazgeçme hakkına sahipsiniz. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler yazılı olarak alınmıştır.

Çalışmayla ilgili her türlü sorunuzu sormak ya da çalışmayla ilgili ek bilgi almak istediğinizde araştırmacıya ulaşabilirsiniz. Aşağıda araştırmacının iletişim bilgileri yer almaktadır.

Katılımcının;

Araştırmacının;

Adı-Soyadı:

Adı-Soyadı: Halise Akyıldız

İmzası:

İmzası:

Telefon:

Tarih (Gün/Ay/Yıl): .././....

EK-6 ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ

Adı Soyadı	Halise Akyıldız
Doğum Yeri	Tokat
Doğum Tarihi	10.12.1988
Uyruğu	T.C.
Adresi	Fahrettin Altay Mah. Mehmetçik Bul. No:96/2 KARABAĞLAR/ İZMİR
Telefon	5062389978
E-Posta	haliseduz@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

ÜNİVERSİTE	FAKÜLTE/ENSTİTÜ	ÖĞRENİM ALANI	DERECE	MEZUNİYET YILI
GATA	Hemşirelik Yüksek Okulu	Hemşirelik	Lisans	2010

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

KURUM/KURULUŞ	ŞEHİR	BÖLÜM/BİRİM	GÖREV TÜRÜ	GÖREV YILI
DR. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Hastanesi	İzmir	Ücretsiz İzin	-	2016
İzmir Asker Hastanesi	İzmir	Ortopedi Kliniği	Klinik Hemşiresi	2015-2016
İzmir Asker Hastanesi	İzmir	Ameliyathane	Ameliyathane Hemşiresi	2012-2015
İzmir Asker Hastanesi	İzmir	Acil Servis	Hemşire	2011-2012
Diyarbakır Asker Hastanesi	Diyarbakır	Acil Servis	Hemşire	2011
GATA	Ankara	Beyin ve Sinir Cerrahisi	Yoğun Bakım Hemşiresi	2010-2011