T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

# ADJUVAN KEMOTERAPİ ALAN MEME KANSERLİ KADINLARA ROY ADAPTASYON MODELİNE GÖRE VERİLEN SEMPTOM YÖNETİMİ DANIŞMANLIĞININ FONKSİYONEL DURUMA ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

**Gökçe Banu ACAR**

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

# ADJUVAN KEMOTERAPİ ALAN MEME KANSERLİ KADINLARA ROY ADAPTASYON MODELİNE GÖRE VERİLEN SEMPTOM YÖNETİMİ DANIŞMANLIĞININ FONKSİYONEL DURUMA ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

**Gökçe Banu ACAR**

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.

**ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Adjuvan Kemoterapi Alan Meme Kanserli Kadınlara Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Semptom Yönetimi Danışmanlığının Fonksiyonel Duruma Etkisi

Gökçe Banu ACAR

Doktora Tezi

17.09.2019

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Lale TAŞKIN

Prof. Dr. S. Yavuz SANİSOĞLU

Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Doç. Dr. Sevil ŞAHİN

Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Doktora derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Doç. Dr. Ender ŞİMŞEK

Enstitü Müdürü

Bu tezin Doktora derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

# BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

17-09-2019

Gökçe Banu ACAR

# TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince bana farklı bakış açıları kazandıran, beni her zaman destekleyen ve motive eden değerli danışmanım Doç. Dr. Birgül ÖZKAN'a,

Tez süresince tezimi okuyarak değerli bilimsel katkılarıyla bana yol gösteren hocalarım; Doç. Dr. Sevil ŞAHİN ve Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR'e,

Danışmanlık içeriğinin oluşturulması aşamasında önerileri ve değerlendirmeleri ile katkı veren değerli uzmanlar; Prof. Dr. Özlem ASLAN, Doç. Dr. Özlem UĞUR, Dr. Öğr. Üyesi Ayten ARIÖZ ve kemoterapi eğitim hemşiresi Sibel GÜRBÜZ'e,

Araştırmanın nicel aşaması verilerinin analizinde destek sağlayan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Mesut AKYOL'a,

Araştırmanın nitel aşaması verilerinin analizinde destek sağlayan değerli uzmanlar, Dr. Edip Alptuğ KIR, Dr. Akkan MAHMUD ve Dr. Nazan TURAN'a,

Değerli katkıları ile tez jürimde yer alan Prof. Dr. Lale TAŞKIN ve Prof. Dr. S. Yavuz SANİSOĞLU'na,

Hastalık sürecinin zorluklarına rağmen sorularımı yanıtlayarak çalışmama destek veren ve onlardan çok şey öğrenmeme neden olan tüm meme kanseri hastalarına,

Beni sürekli motive eden, tüm yaşamım boyunca ve eğitim sürecimde bana destek olan kıymetli annem Nermin ACAR, babam Duran ACAR ve kardeşim Gözde Büşra ACAR'a,

İçtenlikle teşekkür ediyorum.

*“Bu hastalığı yaşayarak, tez konumu seçmemde, meme kanserli hastaların yaşadığı sıkıntıları ve ihtiyaçlarını daha iyi anlamamda büyük katkısı olan, tanıdığım en güçlü kadın varlığıyla bana her zaman güç veren canım annem;*

*Nermin ACAR’a ithaf ediyorum.”*

# İÇİNDEKİLER

**ÖZET** ..... **v**
**ABSTRACT** ..... **vii**
**SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ** ..... **ix**
**ŞEKİLLER DİZİNİ** ..... **x**
**TABLOLAR DİZİNİ** ..... **xi**
**1. GİRİŞ** ..... **1**
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi ..... 1
1.2. Araştırmanın Amacı ..... 4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri ..... 4
**2. GENEL BİLGİLER** ..... **5**
2.1. Meme Kanseri ..... 5
2.1.1. Meme Kanseri ve Epidemiyolojisi ..... 5
2.1.2. Meme Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri ..... 7
2.1.3. Meme Kanserinin Belirtileri ..... 15
2.1.4. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama ..... 16
2.1.5. Meme Kanserinde Tanı Yöntemleri ..... 18
2.1.6. Meme Kanserinde Evreleme ..... 23
2.1.7. Meme Kanserinde Tedavi ..... 25
2.1.8. Kemoterapi Tedavisinde Semptom Yönetimi ve Hemşirelik ..... 29
2.1.9. Kemoterapi Tedavisinde Fonksiyonel Durum ve Hemşirelik ..... 30
2.2. Hemşirelikte Model Kullanımı ..... 32
2.2.1. Araştırmada Hemşirelik Modeli Kullanımının Önemi ..... 33
2.2.2. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi; Sister Calista Roy'un Adaptasyon Modeli ..... 35
2.2.3. Roy Adaptasyon Modeli'nin Varsayımları ..... 39
2.2.4. Roy Adaptasyon Modeli'nin Metaparadigmaları ..... 40
**3. MATERYAL VE YÖNTEM** ..... **43**
3.1. Araştırmanın Tipi ..... 43
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri ..... 43
3.3. Araştırmanın Evreni ..... 43
3.4. Araştırmanın Örneklemi ..... 44

3.5. Araştırmanın Değişkenleri ..... 47
3.6. Araştırmanın Etik Yönü ..... 47
3.7. Veri Toplama Araçları ..... 48
3.7.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu ..... 48
3.7.2. Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği (C-SAS; KSDÖ) ..... 48
3.7.3. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Kanser (FLIC; FYÖ-K) ..... 49
3.7.4. Danışmanlık Memnuniyet Anketi ..... 50
3.7.5. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu ..... 50
3.7.6. Hasta Danışmanlık Rehberinin İçeriği ..... 51
3.8. Araştırmanın Uygulanması ..... 52
3.8.1. Araştırma Uygulamasının Hazırlık Aşaması ..... 55
3.8.2. Müdahale Grubuna Verilen Danışmanlığın Uygulanması ve Verilerinin Toplanması ..... 55
3.8.3. Kontrol Grubuna Yapılan Uygulama ve Verilerin Toplanması ..... 59
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi ..... 60
3.9.1. Nicel Verilerin Analizi ..... 60
3.9.2. Nitel Verilerin Analizi ..... 61
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ..... 62
3.11. Araştırma Takvimi ..... 62
**4. BULGULAR ..... 64**
4.1. Nicel Bulgular ..... 64
4.1.1. Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular ..... 64
4.1.2. Fonksiyonel Yaşam Ölçeğine İlişkin Bulgular ..... 71
4.1.3. Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Bulgular ..... 77
4.1.4. Hastaların Danışmanlıkla İlgili Memnuniyetine İlişkin Bulgular ..... 85
4.2. Nitel Bulgular ..... 88
4.2.1. Tema 1: Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşadığı Semptomlar ..... 88

4.2.2. Tema 2: Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşadığı Semptomları Etkileyen Uyaranlar ..... 92
4.2.3. Tema 3: Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşadığı Semptomlarla Baş Etme Yöntemleri ..... 99
**5. TARTIŞMA ..... 105**
5.1. Nicel ve Nitel Bulguların Tartışması ..... 105
5.1.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışması ..... 106
5.1.2. Hastaların Kemoterapiye İlgili Bilgi, İnanç ve Destek Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışması ..... 107
5.1.3. FYÖ-K'ya İlişkin Nitel ve Nicel Bulguların Tartışması ..... 109
5.1.4. KSDÖ'ye İlişkin Nitel ve Nicel Bulguların Tartışması ..... 115
5.1.5. Danışmanlıkla İlgili Memnuniyete İlişkin Nitel ve Nicel Bulguların Tartışması ..... 120
**6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER ..... 123**
6.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar ..... 123
6.2. Danışmanlık Öncesi Hastaların Kemoterapiyle İlgili Bilgi, İnanç ve Destek Durumlarına İlişkin Sonuçlar ..... 123
6.3. FYÖ-K'ya İlişkin Sonuçlar ..... 124
6.4. KSDÖ'ye İlişkin Sonuçlar ..... 125
6.5. Hastaların Danışmanlıkla İlgili Memnuniyetine İlişkin Sonuçlar ..... 126
6.6. Hasta Görüşlerine İlişkin Sonuçlar ..... 126
**7. KAYNAKLAR ..... 129**
**8. EKLER ..... 145**
EK-1. Etik Kurul İzini ..... 145
EK-2. Kurum İzini ..... 146
EK-3. Aydınlatılmış Onam Formu ..... 147
EK-4. Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin İzin Yazısı ..... 149
EK-5. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Kanser'in İzin Yazısı ..... 150
EK-6. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu ..... 151
EK-7. Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği ..... 156
EK-8. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Kanser ..... 158
EK-9. Danışmanlık Memnuniyet Anketi ..... 163
EK-10. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu ..... 164

EK-11. Hasta Danışmanlık Rehberi ..... 165
EK-12. Kemoterapi Kursu Katılım Belgesi ..... 185
EK-13. Jineonkoloji Hemşireliği Kursu Katılım Belgesi ..... 186
EK-14. Özgeçmiş ..... 187

# ÖZET


**Adjuvan Kemoterapi Alan Meme Kanserli Kadınlara Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Semptom Yönetimi Danışmanlığının Fonksiyonel Duruma Etkisi**

Bu araştırmanın amacı; adjuvan kemoterapi alan meme kanserli kadınlara verilen Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş semptom yönetimi danışmanlığının, hastaların fonksiyonel durumlarına etkisinin değerlendirilmesi ve hastaların yaşadıkları semptomlara ilişkin görüşlerinin incelenmesidir.

Araştırma, karma yöntem tipinde randomize kontrollü bir müdahale araştırmasıdır. Araştırmanın örneklemini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma hastanesinde meme kanseri nedeniyle adjuvan kemoterapi alan ve araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan 34 hasta (müdahale=11, kontrol=23) oluşturmuştur. Danışmanlık sürecinde bireylerin kemoterapi ünitesi ve bekleme salonunda etkileşimleri olasılığı düşünüldüğü için randomizasyon gün bazlı yapılmıştır. Tüm hastalara kemoterapi sonrası yaşadıkları fizyolojik semptomlara yönelik danışmanlıkta bulunulmuş ancak müdahale grubuna Roy Adaptasyon Modeli (RAM) temelli bir danışmanlık yöntemi uygulanmış, kontrol grubuna hastanenin eğitim hemşiresi tarafından uygulanan standart yaklaşım doğrultusunda, ihtiyaçları olduğunda danışmanlıkta bulunulmuştur.

Araştırmanın nitel verileri, müdahale grubundaki hastaların kemoterapi sonrası yaşadıkları semptomları, semptomların nedenlerini ve baş etme şekillerini belirlemek için yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanarak elde edilmiştir. Araştırmanın nicel verileri; Kişisel Veri Toplama Formu, Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği (KSDÖ), Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Kanser (FYÖ-K) ve Hasta Memnuniyet Anketi kullanılarak toplanmıştır. Nicel verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik, sayılar, ortalama, ki kare, bağımsız gruplarda t-testi, Mann Whitney U testi, Wilcoxon testi, Friedman testi ve korelasyon analizi; nitel verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi ve MAXQDA plus10 yazılımı kullanılmıştır.

Araştırmada, semptom yönetimi danışmanlığından önce müdahale ve kontrol gruplarının FYÖ-K'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Grupların FYÖ-K ölçeği toplam puan ortancalarının kemoterapi tedavisi süresince azaldığı gözlemlenirken, kontrol grubundaki bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların danışmanlık sonrası fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon ve toplam FYÖ-K puan ortancaları incelendiğinde, müdahale grubunun puanlarının kontrol grubundan istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmada kemoterapi kürlerinden sonra gerçekleştirilen bireysel hasta görüşmelerinde ortaya çıkan üç ana tema ise; hastaların yaşadığı semptomlar, hastaların yaşadığı semptomları etkileyen uyaranlar, hastaların yaşadığı semptomlarla baş etme yöntemleri olarak belirlenmişdir. Hastaların bireysel danışmanlıkla ilgili pozitif düşüncelerinin olduğu görülmüştür.

Araştırmanın sonucunda, hemşirelerin bütüncül bakım verebilmeleri ve hastaların yaşadığı sorunlara ilişkin bireysel danışmanlık yapabilmesi bakımından, klinik uygulamalara model temelli hemşirelik yaklaşımlarının entegre edilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Fonksiyonel durum, hemşirelik, kemoterapi, meme kanseri, Roy Adaptasyon Modeli, semptom yönetimi

# ABSTRACT


**The Effect of Symptom Management Consultancy on Functional Status, Based on the Roy's Adaptation Model Given to Women Receiving Adjuvan Chemotherapy with Breast Cancer**

The aim of this research; was to evaluate the effect of symptom management counseling based on the Roy Adaptation Model on the functional status of patients with breast cancer who received adjuvant chemotherapy and to examine their views on the patients' symptoms.

The research is a randomized controlled intervention study in the mixed method type. The sample of the study consisted of 34 patients (intervention=11, control=23) who received adjuvant chemotherapy due to breast cancer in Health Science University Abdurrahman Yurtaslan Ankara Oncology Training and Research Hospital. In the counseling process, randomization research as individuals are thought to have the possibility of interactions with the chemotherapy unit and waiting room. All participants were given counseling for physiological symptoms after chemotherapy, however, Roy Adaptation Model (RAM) based counseling method was applied to the intervention group, and standard counseling approach was applied to the control group when they needed, by a standard hospital education nurse.

The qualitative data of the research was obtained by applying a semi-structured interview form to determine the symptoms, causes and coping strategies of the women in the intervention group after chemotherapy. Quantitative data of the study; The Personal Data Collection Form was collected by using the Chemotherapy Symptom Rating Scale (C-SAS), Functional Life Scale Cancer (FLIC) and Patient Satisfaction Questionnaire. In the evaluation of quantitative data; percentages, numbers, mean, chi-square, t-test in independent groups, Mann Whitney U test, Wilcoxon test, Friedman test and correlation analysis; content analysis and MAXQDA plus10 software were used to evaluate qualitative data.

In the research, before the symptom method counseling, there was no significant difference between the experimental and control groups in terms of the total mean scores obtained from the sub-dimensions of FLIC ($p>0.05$). It was observed that the mean scores of the FLIC scale of the groups decreased during the chemotherapy treatment, but this decrease in the control group was statistically significant ($p<0.05$). When the physical function, psychological function and total FLIC scores of the patients were examined, it was found that the scores of the experimental group were significantly different than the control group ($p<0.05$). In this study, three main themes that emerged in individual patient interviews after chemotherapy cures; the symptoms experienced by the patients, the stimuli affecting the symptoms experienced by the patients, defined as ways of coping with the symptoms experienced by the patients. The patients had positive thoughts about individual counseling.

As a result of the research, it is recommended to integrate model-based nursing approaches to clinical applications in order to provide nursing care for individual care and individual counseling on the problems experienced by patients.

**Key words:** Breast cancer, chemotherapy, functional status, nursing, Roy Adaptation Model, symptom management

# SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|---|---|
| ABD | : Amerika Birleşik Devletleri |
| ACOG | : American Congress of Obstetricians and Gynecologists |
| ACS | : American Cancer Society |
| AKB | : Amerikan Kanser Birliği |
| AYBÜ | : Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi |
| DCIS | : Duktal Karsinoma in situ |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| FLIC | : Functional Living Index – Cancer |
| FYÖ-K | : Fonksiyonel Yaşam Ölçeği – Kanser |
| GİS | : Gastroıntestinal Semptom |
| GLOBOCAN | : Global Burden of Cancer Study |
| HRT | : Hormon Replasman Tedavisi |
| IARC | : International Agency for Research on Cancer |
| KG | : Kontrol Grubu |
| KSDÖ | : Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği |
| KKMM | : Kendi Kendine Meme Muayenesi |
| KMM | : Klinik Meme Muayenesi |
| KT | : Kemoterapi |
| MG | : Müdahale Grubu |
| MRG | : Manyetik Rezonans Görüntüleme |
| OKS | : Oral Kontroseptif |
| RAM | : Roy Adaptasyon Modeli |
| RT | : Radyoterapi |
| SBÜ | : Sağlık Bilimleri Üniversitesi |
| SPSS | : Statistical Package for Social Sciences |
| TÜİK | : Türkiye İstatistik Kurumu |
| USG | : Ultrasonografi |
| VKI | : Vücut Kitle İndeksi |
| WHO | : World Health Organization |

# ŞEKİLLER DİZİNİ

**Şekil 2.1.** RAM'da insan sistemi ve hemşirelik süreci ..... 38
**Şekil 2.2.** Adaptif bir sistem olarak insan ..... 41
**Şekil 3.1.** Power analizi ..... 45
**Şekil 3.2.** Müdahale ve kontrol gruplarındaki hasta sayısı ..... 45
**Şekil 3.3.** Araştırmanın Planı ..... 53
**Şekil 3.4.** Müdahale grubuna RAM'a göre verilen danışmanlık şeması ..... 58
**Şekil 5.1.** Müdahale grubundaki hastaların birinci kemoterapi sonrası yaşadıkları semptomların hiyerarşik yapısı ..... 90
**Şekil 5.2.** Müdahale grubundaki hastaların ikinci kemoterapi sonrası yaşadıkları semptomların hiyerarşik yapısı ..... 91

# TABLOLAR DİZİNİ


**Tablo 2.1.** Kadınlarda en sık görülen kanserlerin dağılımı ..... 6
**Tablo 2.2.** Kadınlarda rölatif riske göre meme kanseri risk faktörleri ..... 8
**Tablo 2.3.** Meme kanseri ile ilişkili başlıca genetik faktörler ..... 12
**Tablo 2.4.** Benign meme hastalıkları ve meme kanseri riskinde artış. ..... 15
**Tablo 2.5.** Meme kanserinin belirti ve bulguları ..... 16
**Tablo 2.6.** Amerikan Kanser Birliği Meme Kanseri Tarama Rehberi..... 17
**Tablo 2.7.** Türkiye Sağlık Bakanlığı Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı ... 18
**Tablo 2.8.** Meme kanserinde tanı yöntemleri ..... 18
**Tablo 2.9.** BI-RADS Sınıflaması..... 21
**Tablo 2.10.** TNM Sınıflaması..... 24
**Tablo 3.1.** Örneklem büyüklüğü hesaplaması ..... 44
**Tablo 3.2.** FYÖ-K'nın alt başlıkları ve soru numaraları ..... 49
**Tablo 3.3.** RAM'a temellendirilmiş genel uygulama basamakları..... 59
**Tablo 3.4.** Araştırma sürecinin aşamaları..... 63
**Tablo 4.1.** Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların bireysel özelliklerinin dağılımı (n=34) ..... 65
**Tablo 4.2.** Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların yaş gruplarının dağılımı (n=34) ..... 66
**Tablo 4.3.** Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların hastalık özelliklerinin dağılımı (n=34) ..... 67
**Tablo 4.4.** Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tedaviden önce kemoterapiye ilişkin bilgi, inanç ve destek durumlarının dağılımı (n=34) ..... 68
**Tablo 4.5.** Hastaların psikolojik, sosyal ve ekonomik alanda yaşadıkları değişiklikler (n=34) ..... 70
**Tablo 4.6.** Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların FYÖ-K puan ortancalarının izlem sürecindeki değişiminin karşılaştırılması (n=34) ..... 72
**Tablo 4.7.** Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların bazı demografik özellikleri ile FYÖ-K arasındaki ilişki (n=34)..... 76

**Tablo 4.8.** Hastaların psikolojik, sosyal ve ekonomik alanda yaşadıkları değişiklikler ile FYÖ-K arasındaki ilişki (n=34) ..... 76
**Tablo 4.9.** Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların yaşadıkları semptomların sıklığının ölçümlere göre karşılaştırılması (n=34) ..... 78
**Tablo 4.10.** Müdahale grubundaki hastaların yaşadıkları semptomların sıklıklarının izlem sürecindeki değişiminin karşılaştırılması (n=11) . 80
**Tablo 4.11.** Müdahale grubundaki hastaların yaşadıkları semptomların şiddetinin ölçümlere göre değişimi (n=11) ..... 82
**Tablo 4.12.** Müdahale grubundaki hastaların yaşadıkları semptomların rahatsızlık derecesinin ölçümlere göre değişimi (n=11) ..... 83
**Tablo 4.13.** Müdahale grubundaki hastaların yaşadıkları semptomların danışmanlık sonunda sıklık, şiddet ve rahatsızlık derecesi bakımından değerlendirilmesi (n=11) ..... 84
**Tablo 4.14.** Müdahale grubundaki hastaların telefonla ve yüz yüze danışmanlık uygulamasına ilişkin memnuniyet düzeyleri (n=11) ..... 86
**Tablo 4.15.** Müdahale grubundaki hastaların telefonla ve yüz yüze danışmanlık uygulamasına ilişkin sözel ifade örnekleri (n=11) ..... 87
**Tablo 4.16.** Müdahale grubundaki hastaların kemoterapiler sonrası yaşadıkları semptomların dağılımı (n=11) ..... 89
**Tablo 4.17.** Müdahale grubundaki hastaların kemoterapiler sonrası yaşadıkları semptomları etkileyen uyaranların dağılımı (n=11) ..... 93
**Tablo 4.18.** Müdahale grubundaki hastaların birinci kemoterapi sonrası davranışları ve bunları etkileyen uyaranlara ilişkin sözel ifade örnekleri (n=11) ..... 95
**Tablo 4.19.** Müdahale grubundaki hastaların ikinci kemoterapi sonrası davranışları ve bunları etkileyen uyaranlara ilişkin sözel ifade örnekleri (n=11) .. 97
**Tablo 4.20.** Müdahale grubundaki hastaların birinci kemoterapi sonrası yaşadığı semptomlarla baş etme yöntemleri (n=11) ..... 100
**Tablo 4.21.** Müdahale grubundaki hastaların birinci kemoterapi sonrası yaşadığı semptomlarla baş etme yöntemlerine ilişkin sözel ifade örnekleri (n=11) ..... 102
**Tablo 4.22.** Müdahale grubundaki hastaların ikinci kemoterapi sonrası yaşadığı semptomlarla baş etme yöntemlerine ilişkin sözel ifade örnekleri (n=11) ..... 103

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Çağımızın önemli sağlık sorunlarından birisi olan kanserin, yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında yedinci ve sekizinci sıralarda iken Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2018 yılı verilerine göre, dünya genelinde kalp hastalıklarından sonra ölümlerin en önemli ikinci nedeni olduğu belirtilmiştir (1, 2). Meme kanseri, insidans ve ölüm oranları bakımından kadınlar arasında en fazla görülen kanser türlerinden olup kadın sağlığı üzerinde tehlike oluşturan önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir (3, 4). Türkiye'de meme kanseri insidansı 100 binde 43 olup, her yıl yaklaşık olarak 15.000 kadına meme kanseri tanısı konmaktadır (5). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, kanser tanısı konulan her dört kadın kanserlerinden birinin meme kanseri olduğu ve bu oranların zamanla artacağı bildirilmiştir (6).

Meme kanseri insidansında gerçekleşen bu yükseliş ile beraber ihtiyaç duyulan yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi nedeniyle hastalar yoğun stres yaratan hormonal ilaçlar, cerrahi girişimler, radyoterapi ve kemoterapi, gibi birçok tedavi yöntemine ve yan etkilerine maruz kalmaktadır. Tanı alan meme kanserli hastaların hastalık evresine ve bireysel özelliklerine göre bu tedavilerin birkaçı aynı anda tercih edilebilmektedir. Hastalar uygulanan bu girişimler ve tedavi toksisitesinin sistemik pek çok etkisine maruz kalmaktadır. Geliştirilen bu tedaviler ile hastaların yaşam sürelerinin uzatılması ve daha nitelikli yaşayabilmeleri hedeflenirken, girişimlerin uzun süreli olması ve sistemik toksik etkilerin oluşması sebebiyle hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal iyilik halleri ile günlük yaşamsal fonksiyonları bunlardan olumsuz etkilenebilmektedir. Meme kanseri tedavisinde uygulanan bu uzun tedavi süreci, fiziksel yetersizlikler, psikolojik, mesleki ve seksüel sorunları içeren, iyileşme ve şiddetlenme dönemleri olan, kısa ve uzun süreli adaptasyon zorlukları yaratan, kronik bir iyileşme sürecini içermektedir (7, 8, 9, 10).

Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapötik ajanlar tedavi etmenin yanı sıra özelliklerine bağlı olarak farklılık göstermekle birlikte, bulantı, kusma, iştahsızlık, kilo kaybı, anemi, lökopeni, trombositopeni, saç dökülmesi, mukozit, cilt problemleri, uykusuzluk, nörolojik problemler, ağrı, göz problemleri, halsizlik, yorgunluk ve cinsel problemler gibi istenmeyen yan etkilere yol açmaktadır. Fiziksel semptomların uzun süre devam etmesi hastaların psikososyal ve günlük yaşam fonksiyonu alanlarını olumsuz yönde etkilemekte ve tedaviye uyum problemlerine yol açmaktadır (11, 12, 13, 14, 15). Pottin'in (2008) Hollanda da kemoterapi alan hastalarla yaptığı bir çalışmada bulantı, kusma, saç dökülmesi, stomatit, mukozit ve enfeksiyon problemlerinin tedavi sonrası sık karşılaşılan ve çözüm aranan semptomlar olduğu sonucuna ulaşılmıştır (16). Sarenmalm ve arkadaşlarının (2006) meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada hastalarda yaygın görülen semptomların halsizlik, uykusuzluk, ağrı, üzüntü, seksüel aktivitelerde zorluk ve ağız kuruluğu olarak saptamışlardır (17). Aslan ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada, kanser hastalarının tedavi süresince kızgınlık (%35.0), endişe (%37.9) ve sinirlilik (%39.8) gibi psikolojik belirtileri çok fazla yaşadıkları ifade edilmektedir (18).

Kemoterapi tedavisi sonrasında oluşan semptomlar hastanın fonksiyonel durumunu, rol ve performanslarını, günlük yaşam aktivitelerini, hastalık süreçlerini, tedaviye karşı toleranslarını ve sağ kalım sürelerini etkilemektedir (19). Bu nedenle tedavi sonrası hangi semptomların görülebileceği, bunlarla baş etme yolları, hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiğine ilişkin anlaşılır şekilde danışmanlık verilmesi, hastaların bu konularda farkındalığının oluşturulması ve tedavi süreci açısından önem taşımaktadır (9). Literatürde kemoterapi sonrası görülen semptomların bir çoğunun hastalara verilen danışmanlık, eğitim, bakım ve koçluk uygulamalarıyla önemli ölçüde azaltılabileceği ve bunun da hastalarla sürekli iletişim halinde olan hemşireler tarafından verilmesinin önemini belirten çalışmalar bulunmaktadır (12, 13, 14, 20, 21). Bununla birlikte, hemşirelerin onkoloji hemşireliğine yönelik işlevleri yeterli şekilde yerine getirmediği, "hasta ve ailesine planlamadan verdikleri bilgilendirmeyi" eğitim olarak değerlendirdikleri ve materyal kullanmadan yapılan bu eğitimlerin yeterli olmadığını gösteren araştırma sonuçları da bulunmaktadır (22, 23, 24).

Hemşireler diğer sağlık çalışanlarına göre hastalar ve aileleriyle daha fazla ve sürekli iletişim kurduklarından bakım uygulamalarında anahtar bir role sahiptirler (25). Hemşirenin destekleyici rolünün temel hedefi hastaya sıkıntı veren durumları anlamalarında, baş etmelerinde ve uyum sağlamalarında yardımcı olmaktır (26). Meme kanseri tanısı alan kadınlara hemşirelerin bütüncül bakım sağlaması, hastanın yaşadığı tüm sorunları ele alarak bunlara yönelik danışmanlık yapması bakımından oldukça önemlidir. Bütüncül bakım için kullanılan pek çok yöntemden biri de uygulamada model kullanımı ile yapılan girişimlerdir. Hemşirelikte yaygın olarak kullanılan modellerden olan Roy Adaptasyon Modeli (RAM) hastayı fizyolojik alan, benlik kavramı alanı, rol fonksiyon alanı ve karşılıklı bağlılık alanlarında değerlendirerek uyum alanlarındaki gereksinimlere göre verilecek olan kapsamlı bakım uygulamalarını içermektedir. Modele göre hemşireliğin amacı hastaya yardım ederek ihtiyaç duyduğu alandaki uyumunu yükseltmektir (27). Çalışma kapsamında meme kanserli hastalara RAM ışığında verilen danışmanlık müdahalesiyle hemşirelerin modelleri anlama ve uygulamada kullanma sınırlılıklarının çözümüne katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

İnsan hayatında sürekli olarak değişim, gelişim ve zorlanmalar yaşar. Meme kanseri tanısı almak da kişiye bu sürece uyum sağlamakta zorluklar yaşayabilir. Bu zorlukların krize dönüşmeden aşılabilmesi için, hemşirelerin hastanın sağlık bakım gereksinimlerini karşılamasının yanı sıra bu sürece adapte olmasına yardımcı olma konusunda sorumlulukları vardır (28). Bu kapsamda planlı bir danışmanlıkla hastalar oluşabilecek yan etkilerin kontrolüne yönelik bakımda kendi sorumluluklarını alabilir, tedavi sürecinde verilecek kararlara katılabilir böylece fonksiyonel durumları ve yaşam kaliteleri yükselerek tedaviye uyumlarının geliştirilmesi sağlanabilir (18).

Bu araştırma, kadınlar arasında sık görülerek yaşam kalitesini ve günlük fonksiyonları olumsuz etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olan meme kanseri tedavisinde kullanılan kemoterapi uygulaması sonrasında Roy Adaptasyon Modeline göre tasarlanan danışmanlığın hastaların fonksiyonel durumuna etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Ayrıca ülkemizde RAM'a göre verilen danışmanlık uygulamasıyla, kanserli hastaların kendine özgü inanç, tepki ve duygularının bütüncül olarak tanımlanmasına, hastalıkla baş etme mekanizmalarının güçlendirilerek uyum düzeylerinin yükseltilmesine gereksinim vardır. Araştırma sonuçları ayrıca hemşirelerin farkındalığını arttırarak, hasta bakımını modeller ışığında planlamalarına, birey ve ailenin gereksinim duyduğu danışmanlığı yaparak baş etmenin kolaylaştırılmasına, yapılan girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesine, bireyin tedavi sürecine uyumunun arttırılması ve fonksiyonel durumunun yükseltilmesine katkı sağlayacaktır. Bu araştırmada RAM ışığında uygulanan danışmanlık girişiminin kemoterapinin neden olabileceği semptomları azaltarak, hastaların fonksiyonel düzeyine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### 1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; adjuvan kemoterapi alan meme kanserli kadınlara verilen Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş semptom yönetimi danışmanlığının, hastaların fonksiyonel durumlarına etkisinin değerlendirilmesi, hastaların yaşadıkları semptomlara ilişkin görüşlerinin incelenmesi, RAM modeli ışığında verilen danışmanlık ile hemşirelerin modelleri anlama ve uygulamada kullanma sınırlılıklarının çözümünde katkı sağlayarak örnek oluşturmak amaçlanmıştır.

### 1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Kemoterapi alan meme kanserli hastalara Roy Adaptasyon Modeline temellendirilerek verilen semptom yönetimi danışmanlığının, hastaların fonksiyonel durumunu etkilemesi açısından müdahale ve kontrol grupları arasında fark vardır.

H2: Kemoterapi alan meme kanserli hastalara Roy Adaptasyon Modeline temellendirilerek verilen semptom yönetimi danışmanlığının, hastaların yaşadığı kemoterapi semptomlarına etkisi açısından müdahale ve kontrol grupları arasında fark vardır.

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1. Meme Kanseri

### 2.1.1. Meme Kanseri ve Epidemiyolojisi

Kanser, farklı organlarda görülebilen ve hücrelerin kontrol dışı çoğalmasından kaynaklanan, klinik görünümü, tedavisi ve yaklaşımı birbirinden değişik olan bir hastalık grubudur. Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olmasına rağmen, asemptomatik dönemde yapılan erken tanı taramalarıyla ya da ağrısız elle hissedilen kitle ile belirti veren dönemde yapılan tetkiklerle diğer kanserlerden daha fazla hayatta kalma oranına sahiptir. Memeyi çevreleyen derinin kalınlaşması, ödem, ülserasyon, portakal kabuğu görünümü, meme ucunda çekilme, renk değişikliği, akıntı gibi birçok belirti ile de ortaya çıkabilir (29, 30). Meme kanserlerinin çoğu süt kanallarından kaynaklandığı gibi süt bezlerinde de başlayabilir. Birçoğu ele gelen kitleye neden olabileceği gibi hiçbir belirti vermeden mamaografi taramalarıyla da tanılanabilir. Hastaların yaşam kalitelerini, kadınlık duygularını, günlük rollerini etkilemesi ve kadınlarca diğer kanser türlerinden farklı algılanması nedeniyle erken dönemde tanılanması önem taşımaktadır (4, 31, 32, 33).

Ülkemizde meme kanseri kadınlar arasında en çok görülen kanser türü olup tanılanan her dört kadın kanserinden biri arasında yer aldığı belirlenmiştir. Her yıl yaklaşık olarak 15.000 kadına meme kanseri tanısı konduğu ve bu kadınların %44.5'inin 50-69, %40.6'sının ise 25-49 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir. Tanı alma yaş ortalamasının 53 oluduğu ve vakaların %11.5'inin ileri evrede olduğu belirtilmektedir. Mortalitenin primer hastalıktan ziyade metastazlara bağlı olduğu ve günümüzde insidansı arttığı söylenmektedir. Türkiye'de meme kanseri sıklığının 43.8/100.000 olduğu, sıklığın doğu bölgelerinde 20/100.000, batı bölgelerinde ise 40-50/100.000 oranında olduğu tahmin edilmektedir (5, 29, 31, 34, 35). Ülkenin bölgeleri arasında oluşan bu farkın Türkiye'nin batı bölgelerindeki yaşamın batı toplumlarına benzerliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Meme kanseri, dünyada görülme sıklığı açısından artış gösteren önemli sağlık sorunlarından biridir. Uluslararası Kanser Ajansı tarafından yayınlanan Globocan 2018 raporuna göre, dünyada kadınlar arasında en sık görülen kanser türünün meme kanseri (%25) olduğu, Avrupa Birliğine (AB) bağlı 28 ülke, Amerika Birleşik Devletleri ve ülkemizde, kadın kanserleri arasında birinci sırada yer aldığı açıklanmıştır (Tablo 2.1). Dünyada ortalama insidansı yüz binde 38-40, Avrupa'da bu oranın yüz binde 66-67 civarında olduğu, insidansın hızla artmasıyla beraber her yıl yaklaşık 1 milyon yeni vakanın eklendiği belirtilmektedir (36, 37, 38).

**Tablo 2.1.** Kadınlarda en sık görülen kanserlerin dağılımı.

| Sıra | Türkiye | Dünya | IARC'a üye 24 ülke | AB (28 ülke) | ABD |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Meme | Meme | Meme | Meme | Meme |
| 2 | Tiroit | Kolorektal | Kolorektal | Kolorektal | Akciğer |
| 3 | Kolorektal | Uterus serviksi | Akciğer | Akciğer | Kolorektal |
| 4 | Uterus korpusu | Akciğer | Uterus serviksi | Uterus korpusu | Tiroit |
| 5 | Akciğer | Uterus korpusu | Uterus korpusu | Uterus serviksi | Uterus |

Dünyada kadınlarda görülen ilk üç kanser türünün meme, kolorektal ve serviks kanseri olduğu Türkiye'de ise meme, tiroit ve kolorektal kanser şekline sıralandığı görülmektedir. Ülkemizde görülen ilk 5 kanser türü dünyadaki ve diğer gelişmiş ülkelerdeki tanılarla ile benzerlik göstermektedir (Tablo 2.1) (1).

Meme kanseri tüm dünyada kadınlar arasında kanserden kaynaklanan ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alsa da 2030 yılına kadar artarak birinci sıraya yerleşeceği öngörülmektedir. Ölümlerin %70'i düşük ya da orta gelir düzeyindeki ülkelerde görülmektedir. Kanser insidansı ve mortalitesindeki bu artış, erken teşhis ve tedavinin önemini ortaya koymaktadır. Meme kanserinde tarama programları sayesinde erken tanılama ile hastalığın tedavisi sağlanabilir (34, 39, 40, 41).

### 2.1.2. Meme Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanseri karmaşık değişkenlerin rol aldığı kompleks bir hastalıktır. Hastalığa neden olduğu bilinen sebeplerin, toplam meme kanserini oluşturan etkenlerin ancak %40'ına karşılık geldiği söylenmektedir. Meme kanserinin hangi nedene bağlı olarak ortaya çıktığı tam olarak belirlenememekle birlikte genetik, çevresel, hormonal, sosyobiyolojik ve psikolojik birçok faktörün etiyolojisinde rol oynadığı bilinmektedir (40, 42).

Günümüzde kanserin %30-50'si önlenebilirdir. Önleme risk faktörlerinden kaçınma ve mevcut kanıta dayalı önleme stratejilerini uygulama yoluyla başarılabilir. Meme kanserinin primer önlenmesinde kadınların hastalığa neden olan risk faktörleri ve risk azaltma stratejileri hakkında yeterince bilgi sahibi olması gerekir (2, 43). Kişiyi etkileyen faktörlerin anlaşılması, erken tanı yöntemlerinin belirlenmesi ve geliştirilmesi için önemlidir. Aile hikayesi, genetik nedenler, menarş yaşı, geç menopoz, hiç emzirmeme, oral kontroseptif kullanımı (oks), hormon replesman tedavisi (hrt), radyasyona maruziyet, alkol, sigara, obezite ve yetersiz fiziksel aktivite meme kanseri için bilinen risk faktörleridir (44, 45). Hastanın yaşı, aile öyküsü, erken menarş ve geç menopoz gibi risk faktörleri değiştirilemeyen, menopoz sonrası obezite, kombine östrojen ve progesteron kullanımı gibi faktörler değiştirilebilir risk faktörleri olarak sınıflandırılmaktadır. Kilo kontrolü, fiziksel aktivite ve sigaradan kaçınma koruyucu olduğuna inanılan başlıca yaşam tarzı faktörleridir (31, 43).

Kadınlarda rölatif riske göre meme kanseri risk faktörleri Tablo 2.2'de verilmiştir (31).

**Tablo 2.2.** Kadınlarda rölatif riske göre meme kanseri risk faktörleri.

| Rölatif Risk | Meme Kanseri Risk Faktörleri |
|---|---|
| >4.0 | ➢ Cinsiyet<br>➢ Yaş (50 yaş ve üzerinde olmak)<br>➢ Biyopsi ile doğrulanmış atipik hiperplazi<br>➢ BRCA-1 ve BRCA-2 gibi gen mutasyonları<br>➢ Lobüler karsinoma insitu<br>➢ Mammografide doğrulanmış yoğun meme dokusu<br>➢ Bireysel meme kanseri öyküsü (40 yaş öncesi)<br>➢ İki veya daha fazla birinci derece yakınına erken yaşta meme kanseri tanısı konulması |
| 2.1-4.0 | ➢ Bireysel meme kanseri öyküsü (40 yaş sonrası)<br>➢ Postmenopozal dönemde yüksek endojen östrojen veya testesteron düzeyleri<br>➢ Göğüs duvarına yüksek doz radyasyon alınması<br>➢ Birinci derece yakınlarında meme kanseri öyküsü |
| 1.1-2.0 | ➢ Alkol tüketimi<br>➢ Aşkenazi (Doğu Avrupa)Yahudileri<br>➢ Diethylstilbestrol ilacına maruz kalma<br>➢ Erken menarş (12 yaş öncesi)<br>➢ Geç menopoz (55 yaş sonrası)<br>➢ Boy uzunluğu<br>➢ Yüksek sosyoekonomik durum<br>➢ İleri yaş gebelik (30 yaş sonrası)<br>➢ Hiç çocuk emzirmeme<br>➢ Hiç gebe kalmama<br>➢ Obezite (Postmenopozal dönemde kilo artışı)<br>➢ Endometrium, over veya kolon kanseri öyküsü olma<br>➢ Uzun süreli, östrojen ve progesteron içeren menopozal hormon tedavisi kullanımı<br>➢ Oral kontraseptif kullanımı |

Risk oluşturan etmenler açısından değerlendirdiğimizde Türkiye, geleneksel aile yapısının devam ettirildiği, kadınların çocuk doğurmaya ve emzirmeye özendirildiği, kültürel nedenlerle kadınlar arasında alkol tüketiminin az olduğu, obezitenin hızla arttığı, fiziksel aktivite ile egzersizin sınırlı yapıldığı bir ülkedir. Meme kanseri için yüksek risk taşıyan kadınların belirlenmesi, erken evrede tanı konulabildiği takdirde tedavinin mümkün olması ve bu kadınlara koruyucu bazı tedavi yöntemlerinin uygulanması nedeniyle önemlidir (13).

Meme kanseri gelişiminde etkili olan risk faktörlerini şu şekilde kategorize etmek mümkündür:

1. Demografik özellikler (cinsiyet, yaş, ırk/etnisite gibi)
2. Reprodüktif öykü (menarş yaşı, doğum yapma ve sayısı, ilk tam dönem hamilelik yaşı, menopoz yaşı, laktasyon, infertilite, düşük yapma)
3. Ailesel/genetik faktörler (aile öyküsü, bilinen veya şüphe edilen BRCA1/2, p53, PTEN veya meme kanseri riski ile ilişkili diğer gen mutasyonları)
4. Çevresel faktörler (30 yaşından önce toraks bölgesine radyoterapi, hormon replasman tedavisi, alkol kullanımı, sosyo ekonomik düzey vb.)
5. Diğer faktörler (Kişisel meme kanseri öyküsü, meme biyopsi sayısı, atipik hiperplazi veya lobüler karsinoma insitu, dens meme yapısı, vücut kitle indeksi) (46).

**Demografik Özelliklere İlişkin Risk Faktörleri**

**Cinsiyet:** Meme kanserinde en önemli risk etmenlerinden birisi kadın olmaktır. Bu durum kadınların erkeklerden daha fazla meme dokusuna sahip olması ve kadınların gelişimsel dönemlerindeki östrojen ve progesteron hormonlarının düzeylerinin değişim göstermesinden kaynaklanmaktadır (31). Erkeklerde de meme kanseri görülebilir ancak kadınlarda görülme sıklığı erkeklerde görülme sıklığının 100 katıdır. Günümüzde bir kadının hayat boyu riski noninvazif meme kanseri açısından 6'da 1 ve invazif meme kanseri bakımından 8'de 1'dir. Bu riskin büyük bölümü yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkar (47, 48).

**Yaş:** Amerikan Kanser Birliği'nin (AKB) verilerine göre kadınlarda meme kanseri tanılama yaşı ortalama 61'dir (31). Meme kanseri 20 yaşından önce nadiren görülmektedir (49). Bu yaşı takip eden reprodüktif yıllarda hızlı bir artış gösterir, menopoz sonrasında da yavaş eğimle yükselmeye devam eder (44). Bu artış, yaşam süresinin uzaması, hormon replasman tedavisi kullanımı ve obezite ile ilişkilendirilmiştir. Özmen ve arkadaşları (2009), yapmış oldukları çalışma sonunda elli yaş ve üzerindeki kadınlarda meme kanseri riskinin arttığı bulunmuştur (48). Meme kanseri insidansının 85 yaş sonrasında azaldığı belirtilmektedir (50).

**Irk:** Meme kanseri ile ilgili önemli paradokslardan bir tanesi de beyaz kadınlarda görülme sıklığının siyahilere oranla %20 daha fazla olmasına rağmen, mortalite oranlarının siyahi ırkta daha fazla olmasıdır (48). Beyaz tenli kadınlarda (60-84 yaş arası) Afrika Kökenli Amerikalı kadınlara göre insidansı daha yüksektir (31). Etnik farklılıkların büyük oranda yaşam şekli ve sosyoekonomik durumdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Ülkemizin batısında meme kanseri insidansının doğusuna oranla yaklaşık 2 kat fazla olduğu görülmektedir (48).

**Reprodüktif Öyküye İlişkin Risk Faktörleri**

**İlk Doğum Yaşı ve Doğum Sayısı:** İlk doğum yaşının erken olması, meme kanseri riskini azaltmada önemli faktörlerden biri olarak değerlendirilmektedir (51). 30 yaşından sonra ilk doğumunu yapan kadınlarda, 18 yaş öncesinde ilk doğumunu yapanlara göre risk artmaktadır (40).

Gebelik yaşam boyu toplam menstural döngü sayısını azaltarak meme kanseri riskini azaltmaktadır (31). Hiç çocuk sahibi olmayan kadınlarda risk artarken fazla gebelik sayısı riski azaltmaktadır (47). Tam dönem gebelikle ilişkili olan meme epitelinin terminal diferansiasyonu da koruyucudur, dolayısıyla ilk canlı doğumun daha ileri yaşta yapılması ve hiç doğum yapmamış olmak meme kanseri riskinde artışla ilişkilidir. Nulliparite meme kanseri rölatif riskinde 1.2-1.7 artışa neden olur (46).

**Laktasyon:** Emzirme süresi bir buçuk-iki yıl olan kadınların meme kanseri riskinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (31). Bu durum emzirmenin koruyucu etkisinin esas olarak artmış prolaktin ve östrojen sentezleri ile ilişkili olduğu belirtilmekte, emzirme süresince ovulasyonun olmaması veya seyrek olmasının, meme kanserine karşı koruyucu bir neden oluşturmasıyla açıklanmaktadır. Emziren kadınlarda, genel olarak meme kanseri sıklığının %20-35 oranlarında azaldığı, bu etkinin özellikle menopoz öncesi gelişen meme kanserinde daha belirgin olduğu belirtilmektedir (51). Kırk yedi araştırmayı içeren sistemik bir incelemede, bir yıl boyunca emziren kadınlarda meme kanseri riskinin %43 oranında azaldığı belirtilmiştir. Emzirirken mensturasyonun olmaması nedeniyle siklus sayısı azaldığından meme kanseri oluşma riskinin düştüğü belirtilmiştir (52).

**Menarş ve Menopoz Yaşı:** İlk adetin 12 yaş öncesinde başlaması ve 55 yaş sonrasında menopoza girmek meme kanseri riskini artırmaktadır (31, 47). Östrojen hormonu etkisinde kalınan sürede artış olması, meme kanseri gelişme riskinde artışla ilişkilidir. Östrojene maruz kalınan sürenin azalmasının ise koruyucu olduğu belirtilmektedir (46).

**Ailesel/Genetik Nedenlere İlişkin Risk Faktörleri**

**Şüphe Edilen veya Bilinen Gen Mutasyonları:** Moleküler genetik alanındaki gelişmelerle, kansere yatkınlığa kalıtımsal olarak neden olan farklı genler tanımlanmıştır. Bu genlere ait mutasyonları taşıyan kişilerin yüksek kanser riski taşıdığı bilirtilmektedir. Kanser genetiğindeki bu gelişme nedeniyle kanserli bireye ve ailesine yaklaşım etkilenmektedir (46). BRCA-1 ve BRCA-2 genleri normalde hücrelerin anormal şekilde büyümelerini önleyerek kanser oluşumunu engelleyen tümör baskılayıcı gendir (31). Bu genlerde oluşan mutasyonların meme kanserine yol açtığı söylenmektedir (47).

Meme kanseri %70-80 sporadik, %15 ailesel ve %5-10 oranında ise genetiktir. Başlıca genetik faktörler Tablo 2.3'de gösterilmiştir (40).

**Tablo 2.3.** Meme kanseri ile ilişkili başlıca genetik faktörler.

| Genetik Faktörler | Etkisi |
|---|---|
| BRCA1 ve BRCA2 | ➢ Herediter Meme-Over Kanseri Sendromu |
| p53 | ➢ Li-Fraumeni Sendromu |
| ATM | ➢ Ataksik Telenjiektazi Mutasyon Gen |
| PTEN | ➢ Cowden Sendromu |
| CHEK2 | ➢ Li-Fraumeni Sendromu |
| MSH1 ve MLH2 | ➢ Muir-Torre/Herediter Nonpolipozis Kolorektal Kanser |
| STK11/LKB1 | ➢ Peutz-Jeghers Sendromu |
| CDH1 | ➢ Herediter Diffüz Gastrik Kanser |

**Aile Öyküsü:** Anne, kız kardeş veya kızı gibi birinci derece yakınında meme kanseri olan kadınlarda risk artmaktadır. Akrabalık uzaklaştıkça risk azalmaktadır (47). Aile öyküsü varlığı meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür. Bir adet birinci derece akrabada meme kanseri olması, meme kanseri riskini 1.80 kat artırır. İki tane birinci derece akrabaya sahip olmak ise bu riski 2.9 kat artırır. Meme kanserine yakalanmış olan akraba 30 yaşından önce tanı almış ise risk 2.9 kat, 60 yaşından sonra tanı almış ise risk 1.5 kat artar (46). Nelson ve arkadaşlarının (2012), yapmış oldukları çalışmada, birinci derece yakınlarında meme kanseri öyküsü olan kadınlarda meme kanseri riskinin en az 2 kat arttığı, ikinci derece yakınlarında meme kanseri hikayesi olan kadınlarda meme kanseri riskinin bir buçuk-iki kat daha fazla olduğu bulunmuştur (53).

### Çevresel Risk Faktörleri

**Radyasyona Maruz Kalma:** Özellikle 10-14 yaş arasında, memenin geliştiği dönemde, radyasyona maruziyet meme kanseri riskini artırmaktadır. Toraks bölgesine yapılan terapötik radyoterapi uygulaması da aynı şekilde meme kanseri riskini artırmaktadır. Kırk beş yaşından sonra radyasyona maruz kalma veya radyoterapi meme kanseri riskini etkilememektedir (46). Önceki yıllarda başka bir kanser tedavisi nedeniyle göğüs bölgesine radyasyon almak riski artırmaktadır (47).

**Alkol Kullanımı:** Alkol tüketiminin östradiol serum düzeylerini yükselttiği bilinmektedir. Çalışmalar alkol tüketim miktar ve süresinin de meme kanseri riskinde artışla ilişkili olduğunu belirtmektedir. Yakın geçmişte yapılan bir toplum-bazlı çalışmada artmış alkol alımının östrojen reseptör pozitif meme kanseri gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir (46). Her gün yaklaşık bir bardak alkol kullanımının meme kanseri riskini %7 ile %10 oranında arttırdığı, günlük alkol alımı 2-5 bardak olan kadınların meme kanseri riskinin %20 oranında arttığı belirtilmektedir (31).

**Hormon Replasman Tedavisi:** İlk gebelikten önce ya da 20 yaşından önce oks kullanan kadınların meme kanseri olma riskinin çok az arttığı belirtilmektedir. Bu risk ilaç kullanımı bittikten 10 yıl sonra hiç oks kullanmayan kadınlarla benzer oranlara sahiptir (31). Östrojen ve progesteron dozu ve kullanma süresi ile meme kanseri riski arasında pozitif korelasyon vardır. Genellikle oluşan meme kanserleri erken evre ve hormon reseptör pozitif meme kanserleridir (40). Östrojen ve progesteron hormonlarının ikisini birden içeren preparatların uzun süre kullanılmasının (2-3 yıldan daha fazla) riski artırdığı, ilacın bırakılmasının iki yıl ardından ise riskin normal seviyeye düştüğü belirtilmiştir (54).

Menopoz sürecinde uzun dönem kullanılan hormon ilaçları (östrojen ve progesteron içeren) meme kanseri riskini dörtte bir oranında artırmaktadır. Östrojen ve progesteron hormonlarının ikisini birlikte içeren preparatların uzun vadede kullanılmasının (2-3 yıldan daha fazla) riski artırdığı, ilacın bırakılmasının iki yıl ardından ise riskin normal seviyeye ineceği belirtilmiştir (54). Kombine preparatlarda risk artışı daha fazladır. Bu ilaçları 5 yıl ve daha uzun süre kullanan kadınlarda menopoz sonrası dönemde meme kanseri riski 1.26 kat artmıştır. İlaç kullanımı bırakıldıktan 5 yıl sonra risk normale döner. Hrt gerekiyorsa en düşük dozda ve en kısa sürede kullanımı tercih edilmelidir (40).

**Sosyoekonomik Düzey:** Yüksek sosyoekonomik düzey meme kanseri oluşumu açısından 2 kat artmış riski ifade eder. Ancak bu durum bağımsız bir risk faktörü olarak değerlendirilmez, reprodüktif alışkanlıklardaki değişiklik nedeniyle ortaya çıktığı belirtilmiştir (46). Düşük sosyoekonomik durumda insidansın daha düşük olmasıyla beraber mortalite oranları daha yüksektir (40).

**Egzersiz:** Düzenli egzersiz yapan kadınlarda meme kanseri riskinin %10-%20 oranında azaldığı belirtilmektedir (50). Sedanter hayat ise meme kanseri riskini arttırmaktadır (47). Artmış fiziksel aktivitenin; endojen hormon düzeylerini etkileyerek fertil ovulasyon sayısını azalttığı, seks steroidlerinin etkilerini değiştirdiği, immün sistemi etkilediği, total ve bölgesel vücut yağını azaltarak meme kanseri riskini azaltabileceği ifade edilmektedir (51). Fizik aktivitede artış özellikle premenopozal kadınlarda meme kanseri riskinde azalma ile ilişkilidir. Düzenli egzersiz yapılmasının anovulatuvar siklusların sayısını artırarak meme kanseri riskini azalttığı belirtilmektedir (46).

**Dietilstilbestrol (DES) Maruz Kalma:** Düşük riskini azaltmak amacıyla 1940-1960 yılları arasında gebelerde kullanılmıştır. DES kullanan kadınlarda ve çocuklarında hafif düzeyde risk artışı olduğu belirtilmektedir (31).

**Diğer Faktörler**

**Vücut Kitle İndeksi (VKI):** Aşırı kilolu veya obez kadınlarda postmenopozal meme kanseri daha sık görülmektedir (46). Şişman kadınların zayıf kadınlara göre %31 oranında daha fazla meme kanser riski taşıdığı bildirilmiştir (55). Yağ dokusu fazla miktarda östrojen hormonu yapımına neden olmaktadır. Menopoz sonrası dönemde fazla kiloya sahip olmak (VKI>30) riski yaklaşık %30 oranında arttırmaktadır. Bel bölgesinde yağlanmanın, kalça-uyluk bölgesindeki yağlanmaya göre riski daha fazla artırdığı ifade edilmektedir (40). Yapılan bir meta analiz çalışmasında; 40-49 yaş arasındaki kadınlarda meme kanseri riskinin, beden kitle indeksi normal düzeyde olan kadınların, kilolu olanlara oranla %14, obez olan kadınlara oranla ise %26 oranında azaldığı belirlenmiştir (53).

**Kişisel Meme Kanseri Öyküsü:** Kişisel invazif veya in situ meme kanseri öyküsü kontralateral memede kanser oluşma riskini artırdiği belirtilmiştir (46). Daha öncesinde meme kanseri olan kadının aynı memesinde ya da diğer memesinde kanser gelişme riskinin 3-4 kat arttığı ifade edilmektedir (47). Meme kanseri olan bir kadında diğer memesinde kanser gelişme riski her yıl için %0.5-1 olduğu, endometrium ya da over kanseri öyküsü olan kadında meme kanseri riskinin 2 kat arttığı, tiroid kanseri,

kolon kanseri, melanom, tükürük bezi kanseri öyküsü olan kadında ise riskin hafif arttığı söylenmektedir (40).

**Tablo 2.4.** Benign meme hastalıkları ve meme kanseri riskinde artış.

| Benign Meme Hastalığı | Risk Artışı |
|---|---|
| Non-proliferatif meme hastalığı<br>(fibrokistik değişiklik, duktal ektazi, benign filloid tümör, papillom, yağ nekrozu, mastit, lipom, hamartom, nörofibrom, basit fibroadenom) | ➢ Risk artışı yok ya da çok hafif artış |
| Atipisiz proliferatif meme hastalığı<br>(duktal hiperplazi, kompleks fibroadenom, sklerozan adenozis, papillamatozis, radial skar) | ➢ 1.5–2 kat artış |
| Atipili proliferatif meme hastalığı<br>(atipik duktal hiperplazi, atipi lobüler hiperplazi) | ➢ 4–6 kat artış |
| Karsinoma in-situ (LKİS, DKİS) | ➢ 8–10 artış |

**Dens Meme Yapısı:** Mamografik olarak yoğun meme yapısına sahip olan kadınlarda riskin 4-5 kat artmış olduğu belirtilmektedir (46). Yoğun meme dokusu olan kadınlarda daha fazla meme dokusu (parankim dokusu) ve daha az yağ dokusu bulunmaktadır (35). Kendi yaş grubuna kıyasla meme dokusu yoğunluğu artan kadınların meme kanseri olma riski normal yoğunluğa sahip olanlara göre arttığı ifade edilmektedir (47).

### 2.1.3. Meme Kanserinin Belirtileri

Tümörün küçük ve kolay tedavi edilebildiği erken dönemlerde, meme kanseri genellikle herhangi bir belirti göstermez. Elle hissedilebilir büyüklüğe ulaştığı zaman en yaygın belirtisi ağrısız şişliktir. Bazı hastalarda tümör hissedilmeden önce koltuk altında bir şişlik gelişebilir (31).

Meme kanseri genellikle erken evrede belirti vermemekle beraber belirtiler kanserin ilerlemesiyle ve bireye özgü olarak farklılık göstermektedir. Bu nedenle kadınların normal meme dokusunu bilmeleri, memelerinin normal yapısını incelemeleri, gelişen değişiklikleri erken dönemde fark etmeleri açısından önemlidir. Kadınların yaşlarıyla orantılı olarak tarama programlarına girmeleri sağlanmalıdır (56). Meme kanserinin tanısı ya küçükken asemptomatik dönemde yapılan taramalar

ile ya da ağrısız ele gelen kitle ile seyreden semptomatik dönemde yapılan tetkikler ile konulabilir (31).

Meme dokusunu çevreleyen deride kalınlaşma ve portakal kabuğu görünümü, ödem, ülserasyon, aerolada renk değişimi, çekilme, meme başı akıntısı gibi daha birçok semptom ile prezente olabilir (13, 30). Meme kanserinin en belirgin belirtisinin memede ağrısız ve sert ele gelen kitle olmasıyla beraber diğer belirtiler tablo 2.5'de açıklanmıştır (13).

**Tablo 2.5.** Meme kanserinin belirti ve bulguları.

| Belirti ve Bulgular | Yorum |
|---|---|
| Kitle | Ağrısızdır<br>Hareketsizdir<br>1-2 cm büyüklüğündedir<br>Tek taraflı ve süreklidir<br>Sınırları kısmen belirlenebilir<br>Şekilsiz ve zor palpe edilir |
| Ağrı | Başlangıçta % 90 ağrısızdır<br>Ağrı geç dönemde oluşur |
| Meme Başı Akıntısı | Pek sık rastlanmaz<br>Tek taraflıdır<br>Genellikle kanlıdır |
| Forgue Belirtisi | Tümör taşıyan göğsün yukarıda, dik ve dolgun olmasıdır.<br>Memenin üst kadranlardaki kanserlerinde meme başının kitleye doğru çekilmesiyle olur |
| Meme Üzerindeki Deride Ödem | Tümör hücreleri, Cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeyel lenf damarlarına ulaşır<br>Lenfler tıkanır, lenf dolaşımı bozulur ve deride sınırlı ödem oluşur |
| Meme Başında Retraksiyon veya Çökme | Tümörün büyüyüp meme başını tutması sonucunda oluşur |
| Deride Ülserasyon ve Eritem | Kanserin ileri dönemlerinde tümör hücrelerinin önce derin fasyada sonra da göğüs duvarına ilerlemeleri sonucunda oluşur |
| Lenf Nodüllerinde Büyüme | Kanserin ileri dönemlerinde tümör hücrelerinin önce derin fasyaya sonra da M. Pectoralis'e ve göğüs duvarına ilerlemeleri sonucunda oluşur |
| Üst Kolda Anormal Şişlik | Lenflerin tıkanması sonucu lenf dolaşımı bozulur ve kolda lenf ödem oluşur |

### 2.1.4. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama

Tarama programları, birey ve topluma sağlık eğitiminin verildiği, yüksek risk taşıyan gruplarının saptandığı ve olumlu davranış değişikliği tavsiyelerinin entegre edildiği programlardır (51). Meme kanserinin sıklığının giderek artması, erken

dönemde belirlendiğinde tedavi edilebilir olması, günümüz şartlarında erken dönemde tanılanabilir olması nedeniyle meme kanseri tarama programlarının önemi daha da artırmaktadır (57).

Meme kanseri progresif bir hastalıktır ve erken dönemde tanılandığı zaman tedavi edilme şansı daha yüksektir. Bunun içinde yaşam beklentisi fazladır. Gelişmiş ülkelerde meme kanseri tanısı alan hastalarda erken tanılama ve tedavi yöntemleri ile 5 yıllık sağ kalımın oranlarının yaklaşık %90-95 oranında olduğu ifade edilmektedir (31). Meme kanseri tanısını erken evrede koymak, prognozu olumlu yönde etkilemesi, mortaliteyi azaltmasının yanı sıra, uygun vakalarda meme koruyucu cerrahi yapabilme olanağını da sunmaktadır (51).

Amerikan Kanser Birliği'nin (2017), meme kanserinin erken tanılanması için önerileri ve Türkiye'de meme kanseri tarama programı ulusal standartları kapsamında önerilen tarama yöntemleri ile sıklığı aşağıda verilmiştir (Tablo 2.6, Tablo 2.7) (31, 58).

**Tablo 2.6.** Amerikan Kanser Birliği meme kanseri tarama rehberi.

| Yaş Aralığı | Kullanılan Yöntem | Uygulama Sıklığı |
|---|---|---|
| 20-39 Yaş | KKMM<br>Klinik Muayene | Bir defa/Her ay (isteğe bağlı)<br>3 Yılda bir defa |
| 40 Yaş ve Üzeri | KKMM<br>Klinik Muayene<br>Mamografi | Bir defa/Her ay (isteğe bağlı)<br>Yılda bir defa<br>Yılda bir defa |
| Riskli Grup | KKMM<br>Klinik Muayene<br>Mamografi<br>Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) (30 yaş) | Bir defa/Her ay (isteğe bağlı)<br>Yılda bir defa<br>Yılda bir defa<br>Yılda bir defa |

**Tablo 2.7.** Türkiye Sağlık Bakanlığı ulusal meme kanseri tarama programı.

| Yaş Aralığı | Kullanılan Yöntem | Uygulama Sıklığı |
|---|---|---|
| 20-39 | KKMM<br>KMM | Her ay bir defa (farkındalığı yükseltmek için)<br>2 senede 1 defa |
| 40-69 | KKMM<br>KMM<br>Mamografi | Her ay bir defa (farkındalığı yükseltmek için)<br>Senede bir defa<br>2 senede bir defa |

Bu programların belirlenmesinde, her ülke tarafından tarama mamografisine ayrılan bütçe ve alt yapı önem oluşturmaktadır (59). Kanser taramalarının toplum tabanlı olması için en önemli kriter hedef nüfusun %70'ine ulaşılmasıdır. Ancak yetersiz sayıda uzman kaynağı, hizmete ulaşım ile ilgili sorunlar, farkındalığın yetersiz oluşu gibi sebeplerle Türkiye'de taramaların kapsayıcılık oranları meme kanseri için %30-35 düzeyindedir (60). Erken tanının konabilmesi açısından, kadınların bu konuda eğitilmesi, bilgilendirilmesi, yüksek riskli grupların saptanarak bu programların daha ulaşılabilir olmasının gerektiği belirtilmektedir (51).

### 2.1.5. Meme Kanserinde Tanı Yöntemleri

Meme kanserinde kullanılan tanı yöntemleri Tablo 2.8'deki gibi özetlenebilir (40).

**Tablo 2.8.** Meme kanserinde tanı yöntemleri.

| **Tanı Yöntemleri** | |
|---|---|
| Meme Muayenesi | • Kendi kendine meme muayenesi<br>• Klinik meme muayenesi |
| Görüntüleme Yöntemleri | • Mamografi<br>• Ultrasonografi<br>•Diğerleri (MRG, Mamosintigrafi, Duktografi, Tomosentez, PET-BT vb) |
| Biyopsi Yöntemleri | • İnce iğne aspirasyon biyopsisi<br>• Kalın iğne (kor, trucut) biyopsisi<br>• Tel ile işaretli/Stereotaktik biyopsiler<br>• İnsizyonel/Eksizyonel biyopsiler |

Morbidite ve mortalite oranı azımsanmayacak oranda olan meme kanserinin özellikle kadın sağlığı açısından taşıdığı risk ile erken evre, etkili tedavi ve iyi prognoz arasındaki ilişki dikkate alındığında, erken dönemde tanılama ile ilgili çalışmaların önemi ortaya çıkmaktadır. Mamografi, klinik meme muayenesi (KMM) ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulamalarını içeren tarama yöntemlerinin amacı, meme kanserinin erken evrede tanılanması, başarılı tedavi edilmesi ve daha uzun sağkalım şansının hastaya sağlanmasıdır (61).

**Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)**

Kendi kendine meme muayenesi, kadınların meme kanserini erken dönemde belirleyebilmeleri amacıyla düzenli aralıklarla memelerini muayene etmeleridir. KKMM, 20 yaşından itibaren menopoz öncesi dönemde her ay mentrural siklusun 7-10. günlerinde, menopozdan sonra ise her ayın belirli bir gününde yapılması önerilmektedir. Emzirme döneminde ise emzirmeden sonra uygulanır. Memenin gözle muayenesinde ilk aşama ayna karşısında ayakta ve belden yukarısı kıyafetsiz olacak şekilde yapılmalıdır. Ayna karşısında, eller kalçada, yanda salınırken, havada, önde avuçlar sıkılıyken ve vücut öne doğru serbest eğilmişken memede şişkinlik, portakal kabuğu görünümü, meme ucunda çekilme, kızarıklık, asimetri gibi belirtiler gözlemlenir. En son meme ucu hafifçe sıkılarak akıntı varlığı kontrol edilir (62, 63).

Ulusal tarama programı olmayan toplumlarda ve farkındalığı artırmak açısından KKMM'nin yapılması önerilmektedir (31). Meme kanserinde ilk belirtinin genellikle ele gelen bir kitle ile fark edildiği göz önüne tutulduğunda, kadınların memedeki kitleyi erken evrede tespit etmelerinde KKMM uygulamasının önemli olduğu düşünülmektedir.

**Klinik Meme Muayenesi (KMM)**

Klinik meme muayenesi sağlık personellerinin yaptığı fiziksel bir muayenedir. Muayene ayakta, otururken ve yatar pozisyonda iken değerlendirilir. En uygun zaman menstruasyondan sonraki 7-10. günler arasıdır (62).

KMM memenin değerlendirilmesinin en önemli aşamasıdır. Özellikle kendi kendine meme muayenesi yöntemine uyum sağlaması olası olmayan kadınların (dil sorunu, eğitim eksikliği, aşırı korku gibi) tanınmasında etkili bir muayene yöntemidir (64). 20-39 yaş aralığındaki kadınların üç yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl bir uzman tarafından KMM yaptırmaları önerilmektedir (40).

**Mamografi**

Mamografi memedeki oluşumların erken tanısında, taramada ve tanıda oldukça yaygın başvurulan bir yöntemdir. Mamografi memenin iki levha arasında sıkıştırılarak röntgen filminin çekilmesidir. Radyografiye benzer bir işlem ile mamografide göğsü incelemek için düşük enerjili x-ışını kullanılır (65). Hem tarama hem de tanısal olgularda mamografide saptanan anormal belirtiler varlığında ek pozisyonlar ile mamogramlar alınabilir ve ultrasonografi yapılabilir. Bunlarla çözülemeyen durumlarda meme manyetik rezonans görüntüleme tetkikiyle değerlendirilebilir. Eğer mamografi bulgusu kanser kuşkusu taşıyorsa biyopsi yapılır. Mamografide meme kanserlerinin ortalama %10'u saptanamaz. Meme dansitesi arttıkça mamografik duyarlılık azalmaktadır. Bu nedenle, mamografik duyarlılığın düşük olduğu dens meme yapısı varlığında, tanısal duyarlılığı arttırmak amacıyla tamamlayıcı ultrasonografi yönteminin yaygın olarak kullanıldığı ifade edilmektedir (66).

Mamagrafik taramanın kaç yaşında başlayacağı ve biteceği, tarama aralıklarının nasıl olacağı ülkelerin sağlık politikaları ile farklılık göstermektedir. 40 yaş ve üzerindeki kadınların her yıl mamografi çektirmeleri, sağlıklı oldukları sürece de bunu sürdürmeleri önerilmektedir. Çünkü mamografik tarama ile tespit edilen meme kanserleri genellikle erken evrededir ve prognozlarının daha iyi olduğu bilinmektedir (40). Mamografide meme lezyonlarının doğru ve standart bir ifadeyle tanımlanması, malign patoloji olasılığının belirlenmesi ve klinisyene net bir mesaj verilmesi amacı ile ortak rapor dili olan BI-RADS sınıflaması oluşturulmuştur (Tablo 2.9) (30, 40).

**Tablo 2.9.** BI-RADS sınıflaması.

| Kategori | Bulgular | Malignite Olasılığı (%) |
|---|---|---|
| **0** | Ek görüntüleme yöntemlerine gereksinim var | |
| **1** | Normal meme görüntüleme bulguları | |
| **2** | Benign bulgular | |
| **3** | Olası benign bulgular | (malignite riski <%2) |
| **4**<br>**4A**<br>**4B**<br>**4C** | Şüpheli bulgular<br>Hafif derece kuşkulu<br>Orta derece kuşkulu<br>İleri derece kuşkulu | (malignite riski %2-95)<br>(malignite riski % 2-10)<br>(malignite riski % 10-50)<br>(malignite riski % 10-90) |
| **5** | Yüksek olasılıkla malignite düşündüren bulgular | (malignite riski % 95-99) |
| **6** | Biyopsi ile kanıtlanmış malign lezyon | |

Mamografi meme kanseri taraması ve tanısında halen en yaygın olarak kullanılan yüksek tanısal değere sahip bir görüntüleme yöntemi olmasına karşın, genç kadınlarda dens glandüler meme dokusu varlığında, geçirilmiş meme ameeliyatı nedeniyle oluşan skar dokusu varlığında, radyoterapiye bağlı doku yoğunluğunun artması, meme protezleri, altta yatan fibrokistik hastalık, multifokal ve multisentrik lezyonlar varlığında tanı koymanın zorlaştığı belirtilmektedir (67).

**Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)**

Manyetik rezonans görüntüleme güçlü bir manyetik çevre içinde değişik dokuların gönderilen radyo frekans dalgalarına bağlı olarak değişik yoğunluklarda sinyaller oluşturmaları esasına dayanmaktadır (68). Memenin manyetik rezonans görüntülemesi tüm meme görüntüleme yöntemlerinden daha yüksek bir duyarlılığa sahip olması açısından tarama, tanı, evreleme ve tedavi amaçlı yaygın şekilde kullanılmaktadır (69). Meme görüntülemesinde MRG kullanım alanları;

- Meme kanseri histolojik olarak kanıtlanmış vakalarda ameliyat öncesi dönemde aynı ve karşı taraf memenin değerlendirmesinde,
- Mamografi ve USG gibi radyolojik testler ile kesin tanı konulamayan vakalarda problem çözücü olarak,
- Metastazlı vakalarda primer kanser aranırken memenin değerlendirilmesinde,
- Ameliyat sonrası dönemde lokal rekürens ve cerrahi sınırın değerlendirilmesinde,
- Neoadjuvan kemoterapiye cevabın değerlendirilmesinde,
- Meme kanseri açısından yüksek risk taşıyan kadınlarda tarama amaçlı olarak,
- Meme protez ve implantlarının değerlendirilmesinde,
- Sadece meme MRG'de izlenen lezyonların vakum biyopsi ve işaretleme işlemlerinin yapılmasında kullanılmaktadır (69).

Yüksek risk taşıyan kadınlarda MRG+Mamografi ile duyarlılığın oldukça fazla, %93-100 arasında olduğu belirtilmektedir (40).

**Ultrason (USG)**

Ultrasonografi, ses dalgaları kullanılarak vücudun bir bölümünün görüntülenmesidir (40). Günümüzde mamografi ile birlikte kullanılabilecek iyi bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Mamografideki lezyonun solid/kistik ayırımının yapılmasında, mamografi görüntü sahasına girmeyen lezyonlarda, ele gelen kitle, ağrı şikayeti olan 30 yaş altındaki kadınlar ile gebelik ve emzirme dönemindeki hastalarda ilk tanı yöntemi olarak tercih edilmektedir. Ultrasonografi klinik meme muayenesinde saptanan normal olmayan bulguların, yoğun meme dokusuna sahip veya meme implantı bulunan kadınlarda palpe edilebilir meme kitlelerinin ve mamografi alanı dışında yerleşmiş periferik lezyonların değerlendirilmesinde de kullanılır (67, 70). Ayrıca palpe edilemeyen lezyonlarda ince iğne aspirasyonu, kor biyopsi, tel ile işaretleme, kist aspirasyonu gibi girişimsel işlemlerde de kullanılan bir yöntemdir (40).

**Biyopsi**

Mamografide tespit edilen lezyonun niteliğinin doğrulanması biyopsi ile elde edilen dokunun patolojik olarak değerlendirilmesi ile olmaktadır (67). Tarama sonuçlarının normal olmadığı durumlarda biyopsi ile histolojik değerlendirmeye sıklıkla başvurulmaktadır. İğne biyopsisi palpe edilebilir meme kitlelerin değerlendirilmesinde uygulanabilen, güvenli, basit ve ucuz bir uygulamadır. Gerek ince iğne aspirasyon biyopsisi gerekse 'core' iğne biyopsisi malignensinin teşhisinde kullanılabilir. Ancak alınan doku örneğinde malign özelliğin bulunmaması kanser varlığını ekarte ettirmez. İnce iğne biyopsisi ile palpe edilebilir kitlesi olan hastaların %75'inde kanser teşhis edilebilirken, frozen section yöntemi ile açık biyopsiyle elde edilen örneğin histolojik incelemesi sonucunda yanlış teşhisin nadiren konduğu belirtilmektedir (70).

### 2.1.6. Meme Kanserinde Evreleme

Tümör evreleme sistemleri kişinin kanserinin yayılımı ve ciddiyeti hakkında belli standartlara göre bilgi edinilmesi açısından önemlidir. TNM Evreleme Sistemi'nde tümörleri sınıflamak için kullanılan belirleyiciler; tümör boyutu (T), aksiller lenf nodlarına yayılım (N) ve uzak bölgelere yayılımdır (M). Daha önceden belirlenmiş kriterlere göre bu üç etken belirlenip kombine edilerek, tümör için son TNM evresi hesaplanmaktadır. Tümör evresi meme kanseri tanısı alan hastalarda tedaviye yön veren önemli bir prognostik faktördür (71).

Meme kanseri prognozunda en önemli iki etken aksiller lenf nodu tutulumunun sayısı ve metastatik hastalıktır (40).

Meme kanserinde tümör evreleme gösterimi;

- Erken meme kanseri: Evre I, IIA, IIB (T2N1)
- Lokal ileri meme kanseri: Evre IIB (T3N0), III
- Metatastik meme kanseri: Evre IV

**Tablo 2.10.** TNM sınıflaması.

| **Tümör Boyutu (T)** |
|---|
| ➢ Tx : Primer tümor değerlendirilemiyor<br>➢ T0 : Primer tümore ait bulgu yok<br>➢ Tis : Karsinoma insutu veya kitlesiz Paget hastalığı<br>➢ T1 : Tümorun büyük boyutu 2 cm. den küçük<br>T1mic : 0.1 cm. den daha küçük bir mikroinvazyon<br>T1a : Tümor 0.5 cm. den küçük<br>T1b : Tümor 0.5-1.0 cm. arasında<br>T1c : Tümor 1.0-2.0 cm. arasında<br>➢ T2 : Tümor 2.0-5.0 cm. arasında<br>➢ T3 : Tümor 5.0 cm. den büyük<br>➢ T4 : Hangi boyutta olursa olsun tümor göğüs boşluğuna dayanmış<br>T4a: Göğüs duvarına yayılım<br>T4b: Meme derisinde ödem, ülserasyon veya satellit nodüller<br>T4c: 4a ve 4b bulguları birlikte<br>T4d: İnflamatuar meme kanseri |
| **Tümör Yayılımı (N,M)** |
| ➢ Nx: Bölgesel lenf nodları değerlendirilemiyor.<br>➢ N0: Bölgesel lenf nodu metastazı yok<br>➢ N1: O taraf aksilla lenf nodu metastazı var ama mobil<br>➢ N2: O taraf aksilla lenf nodu metastazı var ve birbirlerine veya çevreye yapışık<br>➢ N3: O taraf mammaria interna lenf nodlarına metastaz var<br>➢ Mx: Uzak metastaz değerlendirilemiyor<br>➢ M0: Uzak metastaz yok<br>➢ M1: Uzak metastaz var (aynı taraf supraklavikuler lenf metastazı dahil) |
| **Evrelendirme** |
| ➢ Evre 0: Tis , N0 , M0<br>➢ Evre I: T1 , N0 , M0<br>➢ Evre II A: T0 veya T1 , N1 , M0 – T2 , N0 , M0<br>➢ Evre II B: T2 , N1 , M0 - T3 , N0 , M0<br>➢ Evre III A: T0-2 , N2 , M0 –T3 , N1 – 2 , M0<br>➢ Evre III B: T4 , (N0 – 3) , M0 – (T0 – 4) , N3 , M0<br>➢ Evre IV: (T ve N ne olursa olsun ) M1 |

TNM evrelemesi: T; tümörün çapı, N; bölgesel lenf nodları, M; uzak metastaz

### 2.1.7. Meme Kanserinde Tedavi

Kanserin tedavisinde kemoterapi, radyoterapi, cerrahinin en çok başvurulan yöntemler olmasıyla beraber, hormon terapi ve biyolojik yöntemlerin kullanılması gibi farklı yaklaşımlar da tedaviye destek olacak şekilde birlikte veya tek başına kullanılabilir. Her yöntemin kendine özgü avantaj ve dezavantajlarının olması, kanserin kişiye özgü bir hastalık olması, tedavilerin hastadan hastaya değişiklik gösterebilmesi nedeniyle tek bir kesin tedavi yönteminin varlığından söz edilemez. Bu tedavi seçeneklerinin hangisinin uygulanacağı ile ilgili düzenleme hastanın yaşı, menopozda olup olmadığı, genel sağlık durumu, hastalığın evresi, tümörün hormon duyarlılığı gibi birçok faktöre göre hekim ve hastanın işbirliği ile belirlenmektedir (31, 40, 49, 72, 73).

Meme kanserinin tedavisinde yaygın olarak kullanılan yöntemler; kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi ve immünoterapidir. Tanı alan meme kanserli hastaların özelliklerine göre bu yöntemlerin bir ya da birkaçı aynı anda tercih edilebilmektedir (8). Hastalığın evre belirleme aşamasının ardından tedavi planı yapılmaktadır. Hastaya uygulanacak olan tedavi yöntemleri hastalık sürecini ve oluşturacağı yan etkiler nedeniyle hastalığa uyumu etkileyeceği için önemlidir. Çoğu zaman hastalara birkaç tedavi yöntemi birlikte uygulanabilmektedir (31).

#### Cerrahi Tedavi

Meme kanserinde meme koruyucu cerrahi ve mastektomi olmak üzere iki çeşit cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Memeye uygulanan cerrahi girişimler geniş olabileceği gibi, daha dar alanı da kapsayabilir. Birinci grup cerrahi girişim memenin tümünün alınmadığı sadece tümörün çıkarıldığı meme koruyucu, ikinci grup ise memenin tümünün alınmasını içeren mastektomi ameliyatlarıdır. Cerrahi tedavinin amacı, memeyi mümkün olduğu kadar koruyarak tümörün çıkarılması ve hastalığın evresinin belirlenmesidir (31, 40, 41).

### Meme Koruyucu Cerrahi

Memedeki tümörün negatif cerrahi sınırlarla ve memenin kozmetiğinin bozulmadan alınması işlemidir. Segmentektomi, kadrantektomi, lumpektomi, parsiyel mastektomi, geniş eksizyon ve tilektomi gibi farklı adlandırmaları bulunmaktadır. Vücut bütünlüğünün korunması, memenin yapısının bozulmaması gibi psikolojik ve hayat kalitesine olumlu yönde etkilemektedir. Meme koruyucu cerrahi sonrası nüks oluşumunu belirleyen en önemli faktör negatif cerrahi sınırın sağlanmasıdır. Meme koruyucu cerrahi ile mastektomi arasındaki seçim hastanın klinik özellikleri ve kişisel tercihine göre yapılmaktadır. Meme koruyucu cerrahinin amacı; tedavi edilen memede estetik görünüm oluşturarak düşük lokal nüks ile beraber, mastektomiye benzer sağkalım süresi sağlamaktır (40, 41).

### Mastektomi

Memenin bir kısmının ya da tamamının cerrahi bir operasyonla alınmasıdır. Radikal mastektomide seviye I, II aksiler lenf nodları, pektoralis major kasının fasyası ile birlikte memenin tamamı çıkarılır. Cerrahi sonrası rekonstrüksiyon için uygun olması, morbiditenin düşük olması, kozmetik yönden iyi sonuçlar vermesi, ameliyat süresinin kısa olması ve sağkalım yönünden diğer radikal girişimlerle eşdeğer olmasının mastektomi oranlarının artmasına neden olduğu belirtilmektedir (40, 41).

Mastektomi tedavi seçenekleri şunlardır;

- Radikal Mastektomi
- Genişletilmiş Radikal Mastektomi
- Modifiye Radikal Mastektomi
- Total (Simple) Mastektomi
- Profilaktik Mastektomi
- Kurtarma (Salvage) Mastektomi
- Subkutan Mastektomi

### Radyoterapi (RT)

Radyoterapi, kanserli hücreleri iyonizan ışınlar sayesinde öldürmeye dayanan bir tedavi yöntemidir. Radyasyon onkoloğunun yapacağı doz hesaplamaları sonrasında doku veya organa verilen radyasyon ile tümörün küçülmesi ve kanserli hücrelerin öldürülmesi hedeflenmektedir. Radyoterapi genelde cerrahi işlem öncesi uygulanarak tümörün küçülmesi hedeflenirken, erken evre meme kanserinin tedavisinde de meme koruyucu cerrahiyi bütünleyici bir tedavi yöntemi olarak da kullanılabilir. Radyoterapinin en büyük dezavantajlarından birisi zararlı hücreleri öldürürken sağlıklı olanlara da zarar vermesidir. Ayrıca bulantı, kusma, saç kaybı, halsizlik, iştahsızlık gibi yan etkiler oluşturarak hastanın yaşam kalitesini ve günlük fonksiyonlarını etkileyebileceği ifade edilmektedir. Yakın geçmişteki teknolojik ilerlemeler ve tedaviler sayesinde radyoterapinin oluşturacağı yan etkilerde büyük oranda azalma sağlandığı belirtilmektedir (31, 41, 72).

### Kemoterapi (KT)

Kemoterapi, tanısı kesinleşmiş ve evresi belirlenmiş kanser hastalarında uygulanan bir tedavi seçeneğidir. Kemoterapi, kontrolsüzce çoğalan hücrelere karşı yok edici etkileri olan ilaçların kullanıldığı sistemik tedavi yöntemidir. İlaçlar, kanserli hücrelerin çoğalmasını önlediği gibi hızlı çoğalan sağlıklı hücrelerin de gelişmesini ve çoğalmasını etkileyebilir (73, 74). Kemoterapinin amacı, etkilenen bölgede kan akımını arttırmak, sinirler ve organlara basıyı azaltmak, organ tıkanıklığını önlemek, tümör nedeniyle oluşan yan etkileri hafifleterek tümörün etkinliğini azaltmak, tedavi etmek, hastanın rahatlığını sağlamak, yaşam süresini artırmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir (18, 75). Kemoterapide verilen kemoterapötik ajanlar, kan yoluyla vücuda dağılıp tümör hücrelerinin bölünmesi ve çoğalmasını engellemektedir. Böylece; tümörün büyümesi ve de yayılması önlenmektedir (72).

Kemoterapi, radyoterapide de olduğu gibi cerrahi girişim öncesinde tümörün boyutunu küçültmek üzere neoadjuvan tedavi şeklinde, cerrahiden sonra adjuvan veya tek başına uygulanabilir (72).

Kanserde kemoterapi üç amaçla uygulanır.

- Adjuvan; hastalığın erken evresinde ameliyat sonrası dönemde tekrarlama riskini azaltmak için,
- Neoadjuvan; (hastalığın ileri evresi ancak lokal ise operasyon yapılma şansını arttırmak amacıyla) veya radyoterapi ile birlikte,
- Palyatif; hastalığın ileri evresinde semptomları azaltmak amaçlı kullanılabilir (76).

Kemoterapi tedavisinin meme kanserli hastalar üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Kemoterapi ajanları kanser hücrelerini yok ederken aynı zamanda kan, ağız içindeki normal hücreler, bağırsak, burun, vajina ve saç hücrelerini de etkilemektedir. Kemoterapiyle birlikte anemi, diyare, yorgunluk, fertilite sorunları, saç dökülmesi, enfeksiyon, menopoz ve menopoz semptomları, ağız ve boğaz yaraları, tırnak değişiklikleri, nöropati, tat ve koku değişiklikleri, vajinal kuruluk, mide bulantısı, kusma, iştahsızlık, kilo değişiklikleri gibi semptomlar ortaya çıkmaktadır. Bu yan etkilerin şiddeti alınan ilaçların çeşidine ve yoğunluğuna göre değişmektedir (77, 78, 79).

Günümüzde kanser kemoterapisi gören hastaların, klinik ve polikliniklerde kemoterapinin yan etkilerine ilişkin sıkıntılar yaşadığı ve bu durumun onkoloji alanında çalışan sağlık ekibi üyeleri için öncelik oluşturması gerektiği ifade edilmiştir (18). Kanser tedavisinde uygulanan tedavi yöntemlerine bağlı olarak ortaya çıkan semptomlar, tedaviyi etkin bir şekilde sürdürmeyi ve yaşam kalitesini etkileyebileceği için sağlık personeli ve bunun yanında hastanın bunlarla baş etme konusunda bilgi sahibi olması gerektiği belirtilmektedir (78).

**Hormonal Tedavi**

Hormonlar vücutta doğal olarak üretilen proteinler veya ihtiyaca göre dışarıdan verilen kimyasal ürünlerdir. Üretim sonrası, bu moleküller dolaşıma girip endokrin sinyaller yoluyla doku ve organların davranışını kontrol ederler. Hormonlar kanser tedavisinde ilaç olarak kullanılabilirler. Genelde prostat, meme ve endometriyum kanserlerinin tedavisinde kullanılan seks hormonlardır. Bu ilaçlar kemoterapi

ilaçlarına benzeseler de en büyük farkları vücudun doğal yollardan ürettiği hormonun hücreye bağlanmasını ve kanser hücrelerinin büyümesini engellemektir (72).

Yapılan araştırmalar sonucunda endojen ve eksojen östrojenin meme kanseri gelişiminde önemli rol oynadığı görülmektedir. Östrojen reseptörlerinin bloke edilerek seviyesinin düşürülmesi sayesinde kanserin büyümesinin gerilemesi amaçlanarak östrojen reseptörlerini bloke eden tamoksifen, meme kanseri tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir ilaçtır ve ideal olarak 5 yıl süreyle kullanılması önerilmektedir (31, 41).

### 2.1.8. Kemoterapi Tedavisinde Semptom Yönetimi ve Hemşirelik

Çağımızın önde gelen sorunlarından biri olan kanserin tedavisinde uygulanan kemoterapinin amacı hastayı tedavi etmek, yaşam süresini uzatmak, rahatlığını ve daha nitelikli yaşamasını sağlamaktır (75). Meme kanserinin tedavisinde cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormonoterapi yöntemleri ya ayrı ayrı yada kombine olarak kullanılsada kemoterapi en sık uygulanan tedavi yöntemidir. Tedaviler sonrasında ortaya çıkan meme kaybı, yorgunluk, mide bulantısı, alopesi, iştahsızlık ve diğer psikolojik semptomlar meme kanseri tedavisi alan kadının yaşam kalitesi üzerinde olumsuz derin bir etkiye sahiptir (77, 79).

Ancak tedavi yöntemlerine bağlı olarak ortaya çıkan semptomların erken dönemde saptanıp, önlenmesi ve kontrol altına alınmasıyla oluşan destek tedaviyle hastaların kaliteli bir yaşam sürmeleri sağlanabilir. Bu yaklaşımla hemşireler, hastaları biyopsikososyal bir varlık olarak, sosyal çevreleri ve aileleri ile birlikte bütüncül değerlendirip etkin ve bilinçli hemşirelik girişimleriyle hastaların bu dönemi rahat bir şekilde atlatmalarını sağlayabilirler (80). Mollaoğlu ve Erdoğan (2014) yaptığı çalışmada kanser hastaları ve ailelerine yaşanan semptomlar, semptomların nedenleri, semptomları önleme ve kontrol altına alınmasıyla ilgili hem yüz yüze hem de yazılı materyal ile verilen eğitim sonucunda, hastaların bulantı, kusma, enfeksiyon bulguları, ağrı, ağız içi problemler ve uyku sorunlarının sıklığının, endişe ve karamsarlık semptomlarının sıklık ve şiddetinin azaldığı sonucuna ulaşmışlardır (81).

Meme kanseri, pek çok fiziksel, sosyal ve psikolojik özelliği bünyesinde barındırmakadır. Özellikle uygulanan farklı tedaviler, ağır fiziksel yan etkilere yol açmaktadır. Tedaviye bağlı gelişen yan etkilerin kontrol altına alınamaması hastaların tedaviyi terk etmesine, tedavi dozunun azaltılmasına veya tedavinin sonlandırılmasına neden olacağından, kemoterapi alan hastaların bakımında amaç iyi bir hasta eğitimi ile tedaviye bağlı gelişen semptomların oluşmasını engellemek ya da kontrol altına almak olmalıdır (82, 83). Gu and Li (2016) yaptıkları bir çalışmada, kemoterapi ile ilişkili bulantı ve kusma sıklığının hasta eğitimi ile anlamlı bir şekilde azaldığını bulmuşlardır (84). Hintistan (2017) akciğer kanserli 60 hastaya kemoterapi sonrası gelişen semptomlara yönelik verdiği eğitim ve telefonla semptom takibi müdahalesiyle yaptığı çalışma sonunda müdahale grubunda kontrol grubuna göre bulantı sıklığının azaldığı sonucuna ulaşmıştır (85).

Meme kanseri hastaları tanıları, tedavileri ve yaşantıları yönünden psikolojik, fizyolojik ve sosyolojik olarak çok nitelikli, kapsamlı ve bireyselleştirilmiş bakım uygulamaları gerektiren hasta grubudur. Kemoterapi sürecinde hemşireler diğer sağlık personeline göre hastalar ve aileleriyle daha sık ve sürekli iletişim imkanına sahip olduklarından hastanın bakım gereksinimlerinin saptanmasında kilit role sahiptirler. Aynı zamanda hastada kemoterapiye bağlı olarak ortaya çıkan semptomlarla baş etmelerini sağlamada, hastanın sosyal destek sistemlerini geliştirmede önemli roller üstlenerek, yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilirler (15, 25, 82). Hemşirelerin hasta ve ailesi ile birlikte bakım gereksinimlerini belirlerken, hastanın baş etme yollarını belirleyerek özbakım davranışlarını destekleyici bir yaklaşım ile fonksiyonel durumunu yükseltme yoluna gitmesi gerektiği düşünülmektedir.

### 2.1.9. Kemoterapi Tedavisinde Fonksiyonel Durum ve Hemşirelik

Fonksiyonel durum; biyolojik durum, hastalık ve semptomlarla ilişkili olup bireyin günlük yaşamsal aktivitelerini yerine getirmesi, temel gereksinimlerini karşılaması, rollerini gerçekleştirmesi, sağlık ve iyilik durumunu sürdürmesidir. Akut ve kronik hastalıklar, yaşlılık, sakatlık, gibi durumlar sonucunda bireylerin fonksiyonel sağlık durumları kötüleşmekte ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Hastalığın varlığı, bireylerin günlük sorumluluklarını gerçekleştirmesini engellemekte ve bu durum emosyonel sorunlara neden olmaktadır (86). Cella ve arkadaşları (2002)

tanı aldıktan sonra 2-3 ay izlenen kanser hastalarının yaşam kalitelerini ölçmeye yönelik yaptıkları çalışmada hastaların %37'sinin sosyal, psikolojik, duygusal refah ve toplam fonksiyonel durum puanlarında önemli değişiklikler oluştuğunu bulmuşlardır (87).

Kanser tedavisi uzun süreli bir tedavi olup çoğu zaman hastanın, fiziksel iyilik haline, psikolojik durumuna ve sosyal yönüne zarar verir. Kanser tedavisinde yaygın olarak kullanılan kemoterapi uygulaması, genel olarak poliklinik ve gündüz tedavi ünitelerinde yapılmaktadır. Hastalar aldıkları ilaçlara bağlı olarak; ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk, iştahsızlık, halsizlik gibi bir çok yan etki ile karşı karşıya kalmaktadır. Kanser ve kemoterapiye bağlı görülen bu semptomlar, hastanın yaşam kalitesini ve günlük fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir (18, 88). Farrel ve arkadaşlarının (2013) kanser hastalarıyla yaptıkları çalışma sonunda, kemoterapi sonrası yaşanan bulantı ve kusmanın hastaların fiziksel alandaki fonksiyonel durumlarını, beslenme durumlarını ile yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği bulunmuştur (89). Suwisith ve arkadaşlarının (2008) meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada da bulantı kusma ve yorgunluk ile ilişkili semptomların hastaların fonksiyonel durumları üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu bulunmuştur (90). Ülkemizde Pınar ve arkadaşlarının (2008) jinekolojik kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada ise hastalığın semptomlarına ve kemoterapiye bağlı olarak hastaların yaşam kalitesinin önemli ölçüde bozulduğu bildirilmiştir (91).

Kişilerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi, temel gereksinimlerini karşılaması, günlük rollerini gerçekleştirmesi, sağlık ve iyilik durumunu devam ettirebilmesi fonksiyonel sağlığı tanımlamaktadır (92). Kanser ve uzun tedavi süreci, hastaların yaşamını kısıtlayarak fonksiyonel sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir (93). Hemşirelerin semptomların kontrol altına alınması, hastaların duygu ve düşüncelerinin paylaşılması, fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi, iyileştirilmesi ve yaşam kalitelerinin arttırılmasında önemli rolleri olduğu bilinmektedir. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmalar, hastalara verilecek bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin içeriğinin oluşturulması, hastaların fonksiyonel yeteneği, esenlik ile genel sağlık anlayışını geliştirebilecek tedavi programının seçilmesi, hastaların tedavi ve bakım programına uyumlarının arttırılması, hastalığın ve tedavilerin olumsuz

etkilerini azaltmaya, yaşam kalitesini arttırmaya yönelik girişimlerin planlanması uygulamalarında yarar sağlayacak anahtar kişi hemşirelerdir (86). Bruce ve arkadaşlarının (2019) 256 hastayla yaptığı randomize kontrollü izlem çalışması sonucunda, model kullanarak uygulanan ağrı koçluğu müdahalesi sonucunda hastaların ağrıdan kaynaklı sıkıntılarının azaldığı ve ağrı kontrolleri sağlandığında fonksiyonel durumlarının iyileştiği bulunmuştur (14). Marco ve arkadaşlarının (2016) kemoterapi gören 139 meme kanserli hastanın fonksiyonel durumlarını üç kemoterapi boyunca takip ettiği randomize kontrollü çalışma sonucunda mobil uygulama ile takibe alınan hasta grubunun iyilik hali ve kemoterapi semptomlarına karşı farkındalıklarının arttığı böylece fonksiyonel durumlarının iyileştiği bulunmuştur (94).

Kanser tanısı almak ve kemoterapi tedavisi bireyin fonksiyonel durumunu olumsuz yönde etkileyen, fiziksel sosyal ve ruhsal dengesini bozan olumsuz bir durumdur. Kemoterapi alan hastalara bakım veren hemşirelerin, kemoterapi semptomlarını kontrol altına alarak hastaların fonksiyonel durumlarını iyileştireceği düşünülmektedir.

### 2.2. Hemşirelikte Model Kullanımı

Hemşirelik; felsefe, kuram, uygulama ve araştırma üzerine temellendirilmiş bir sağlık disiplinidir. Profesyonel bir disiplinin temel hedefi, mesleğin uygulamalarında kullanılabilecek bilimsel bilgi içeriğini ortaya çıkarmaktır. Çalışma alanında kuram ve modeller kullanmak bireye ilişkin toplanan verilere bir bakış açısı kazanmak, bu bakış açısına uygun girişimler planlayıp uygulamaya koymak açısından katkı sağlaması nedeniyle önemlidir (95).

Profesyonel bir disiplinin esas amacı, mesleki uygulamalarda kullanabilecek bilimsel bilgi içeriğini ortaya koymaktır. Modeller hemşireliğe bir bakış açısı oluşturmakta ve uygulamalarına yön vermektedir. Hemşirelik modelleri merkezde bireyi ele alması nedeniyle hemşirelik girişimlerinin “iş odaklı” olmasından uzaklaştırır. Böylece hemşirelik rolüne ve bakım uygulamalarına odaklanarak, disiplin ile ilgili kavramları belirleyerek odak noktası olarak bireyi ele alır, hemşirelik uygulamalarının mesleksel boyut içinde değerlendirilmesini sağlayarak, hemşirelik

bilgisini ve uygulamalarını sistematize eder, uygulayıcıya rehberlik eder, sonucunda profesyonel bir iletişim sağlar (96, 97, 98).

Hemşireler uygulamada model kullanımı ile temel kavramlar arasındaki ilişkiyi belirleyerek, problemlerin tanımlanmasını ve çözüm önerilerinin geliştirilmesini sağlamaktadırlar. Ayrıca model tabanlı çalışmak karmaşık sağlık sistemi içerisinde kişilerin, sağlık-hastalıkla ilgili girişimlerinin ve bakım gereksinimlerinin daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır (96, 99).

Son yıllarda hemşirelik araştırmalarında model kullanımına yönelik ilgi artmaya başlamıştır (100, 101). Fakat klinik uygulamalarda kullanımına çok nadir rastlanmaktadır. Bunun en önemli nedenlerinden birisi temel hemşirelik eğitiminde model kullanımına yer verilmemesi, diğeri ise modellerin çoğunun anlaşılması zor, soyut kavramlardan oluşmasıdır. Bu nedenle klinikte çalışan hemşireler için, modelleri anlamak ve uygulamak, karmaşık, zaman alıcı olabilir. Bu nedenler uygulamada model kullanımından uzaklaştırır. Bu problemin ortadan kaldırılması için hemşirelik aktivitelerinin açık bir şekilde tanımlanmasına ve modellerin klinik örneklerle açıklanmasına gereksinim olduğu belirtilmektedir (101).

### 2.2.1. Araştırmada Hemşirelik Modeli Kullanımının Önemi

Hemşirelik, felsefe, kuram, uygulama ve araştırma üzerine kurulmuş, insanı doğumdan ölümüne kadar geçen zamanda sağlık ve hastalıktaki konumu ile anlamaya çalışan bir sağlık disiplinidir. Profesyonel bir disiplinin amacı, mesleğin uygulamalarında kullanılabilecek bilimsel bilgi içeriğini ortaya çıkarmaktır (95). Hemşireliğe özgü bilginin geliştirilme yollarından birisi hemşirelik modellerinin bakımda kullanımı ve araştırmalarla test edilmesidir (102).

Hemşirelik araştırmalarında model kullanımının avantajları (103);

- Varsayılan etkileşimleri deneyerek yeni bilgi üretme,
- Hasta/birey/grubun bütüncül olarak ele alınması, gerçekçi hedef ve sınırları belirleme,
- Bireysel farklılıklara uygun ve sürekli bakımın verilmesi,

- Teori-uygulama arasındaki boşluğun azaltılması ve bakımın değerlendirilmesine rehberlik etmesidir.

Bu araştırmada araştırmanın her aşamasında rehber olması hem de modelin önermelerinin test edilmesi amacıyla hemşirelik etkileşim modellerinden RAM kullanılmıştır. Ayrıca araştırmanın nicel kısmında kullanılan soruların oluşturulmasında, meme kanserli hastalar için eğitim rehberi içeriğinin oluşturulması ve uygulanmasında, bulguların sunumunda ve tartışılmasında araştırmaya yön vermiştir. Bu araştırmada meme kanserli hastalara RAM modeli ışığında verilen danışmanlık ile hemşirelerin modelleri anlama ve uygulamada kullanma sınırlılıklarının çözümünde katkı sağlayarak örnek oluşturmak amaçlanmıştır. Ayrıca ülkemizde kemoterapi alan meme kanserli hastaların bireye özgü inanç, tepki ve duygularının bütüncül olarak tanımlanmasına, baş etme mekanizmalarının güçlendirilerek uyum düzeylerinin yükseltilmesine gereksinim olduğu düşünülmektedir.

RAM rehberliğinde yapılan hemşirelik uygulamalarında öncelikli olarak odak uyarana müdahale edilir. Odak uyaran davranışsal yanıta en çok etkide bulunan uyarandır. Odak uyaran değiştirilemiyorsa etkileyen uyarana müdahale edilir. Hemşirelik girişimlerinin etkinliği, girişimden sonra gözlenen davranışların değerlendirilmesiyle sağlanır. Birey uyumlu davranış geliştirdi ise hemşirelik girişimleri etkili, uyumsuz davranış geliştirdi ise girişim etkisiz kabul edilip yeni girişimler planlanır. Hemşireler dört uyum alanının (fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık uyum alanı) her biri için bireyin/grubun düzenleyici ve bilişsel baş etme mekanizmalarını güçlendirerek uyumu sağlama ve sürdürme, sağlığı geliştirme, yaşam kalitesini yükseltme ve fonksiyonel durumu arttırma hedefleri kapsamında saygın biçimde bakım sağlamayı hedeflemektedir (102).

### 2.2.2. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi; Sister Calista Roy'un Adaptasyon Modeli

Sister Calista Roy, çocuk hemşiresi olarak çalışırken çocukların çabuk iyileşme kabiliyetinin olduğunu, oluşan değişikliklere karşı kolay uyum sağladıklarının farkına varmıştır. Değişen durumlar karşısında oluşan adaptasyon Roy'un kuramının temelini oluşturmuştur. Genel Sistem Teorisi ve Adaptasyon Düzeyi Modelinden "Adaptasyon" modelini oluşturmuştur (102).

RAM, insanın adaptasyonu üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu modele göre insan, sürekli değişen çevresiyle etkileşimde bulunarak, değişen durumlara uyum gösteren bir sistemdir. Model insanı, çevre ile etkileşimde bulunan adaptif sistem olarak nitelendirir (102).

Modele göre insanı anlamak için bireysel farklılıkların belirlenmesi hemşirelik bakımında oldukça önemlidir. İnsanda oluşan davranışlarında uyaranlar önemli rol oynar. Uyaranlar dış çevreden gelebileceği gibi bireyin iç çevresinden de olabilir. İnsanın uyaranlara cevabı davranışlarını oluşturur. Roy insan davranışlarını dört uyum alanında (fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanı) sınıflandırır. Her uyum alanı birbiriyle etkileşim halindedir, birinde gelişen değişim diğerlerini de etkiler. Modelde insan davranışları "uyumlu" ve "uyumsuz" olarak değerlendirilir (102).

Fizyolojik uyum alanında davranış, insan bedenini oluşturan hücre, doku, organ ve sistemlerin fizyolojik faaliyetlerini içerir ve fizyolojik olarak bütünlüğü amaçlar. Fizyolojik kısımdaki davranışlar dokuz alanın (oksijenasyon, beslenme, eliminasyon, aktivite ve dinlenme, korunma, duyular, sıvı elektrolit ve asit baz dengesi, nörolojik fonksiyonlar ve endokrin fonksiyonlar) her birinde değerlendirilir (96, 102). Meme kanseri tanısı ile kemoterapi tedavisi sırasında hastaların deneyimledikleri fizyolojik semptomlar; ağrı, bulantı-kusma, iştahsızlık, diyare, konstipasyon, stomatit, enfeksiyon belirtileri, yorgunluk, halsizlik cilt değişiklikleri, lenfödem gibi semptomlar fizyolojik alan içinde değerlendirilmelidir.

Benlik kavramı uyum alanında davranış, bireyin/grubun belli bir zamanda kendisi ile ilgili inanç ve hislerinin bütünüdür. Bireyin kişisel düşüncesini yansıtan davranışlar benlik kavramı alanında ele alınır. Benlik kavramı alanı ruhsal ve spiritüel bütünlük ile bireyin inançlarını, duygularını, kendi iç algısını ve diğerlerinin kendisine yönelik algılarını içerir (102). Kadınların meme kanseri ve kemoterapi tedavisinden korkması, meme ameliyatı sonrasında görünümüne dair endişeleri, eşiyle ilişkisinin nasıl etkileneceğini düşünmesi, benlik kavramı alanı içinde değerlendirilmelidir.

Rol fonksiyon uyum alanında davranış, bireylerin/grupların toplum içerisinde yerine getirdikleri işlevlerle ilgilidir ve sosyal bütünlüğü hedeflemektedir. Rol fonksiyonu alanı, bireyin kendi yaşamındaki rollerine ilişkin faaliyetlere odaklanır. Rol bireyin davranışlarının toplum tarafından tanımlanması demektir. Bu alanın amacı sosyal ilişkilerin sürekliliğidir (102). Kemoterapi tedavisi gören kadının annelik, eş olma, arkadaşlık rolleri bu alan içinde değerlendirilmelidir.

Karşılıklı bağlılık uyum alanında davranış, bireylerin/grupların birbirine bağlı ilişkileri ile ilgilidir ve güvenlik duygusunu amaçlamaktadır. Sevgi, saygı ve değerler ile ilgili etkileşimlere odaklanır (96, 102). Karşılıklı bağlılık alanında bireylerin hayatlarındaki en önemli kişiler ve destek sistemleriyle etkileşimleri değerlendirilir. Burada bireylerin odaklandığı iki ilişki vardır. Birincisi, bireyler için en önemli olan kişiler, ikincisi; karşılıklı bağımlılık gereksinimine katkı sağlayan destek sistemlerini kapsar (102). Kemoterapi tedavisi gören kadının yakınlarından destek beklemesi, ailesine daha çok bağlanması ya da onlardan uzaklaşması karşılıklı bağlılık alanı içinde değerlendirilmelidir.

Modelde davranışı etkileyen uyaranlar iç ve dış çevreden kaynaklanabilir. Odak (Focal) uyaranlar; birey, grup ya da toplum tarafından ilk olarak belirlenen, en çok öne çıkan ve etki eden uyarandır. Bu nedenle birey öncelikle odak uyarana odaklanarak baş etmek ve uyum sağlamak için uğraşır. Bu araştırmada hastaların meme kanseri tanısı almaları ve kemoterapi tedavisi odak uyaranlardır. Etkileyen (Kontekstüel) uyaranlar; hastanın durumuna katkısı olan diğer uyaranlardır ve bireylerin odak uyaranla baş etmesinine etkide bulunur. Etkileyen uyaranlar, insan uyumunu etkileyen tüm çevresel uyaranlardır. Bu araştırmada hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu),

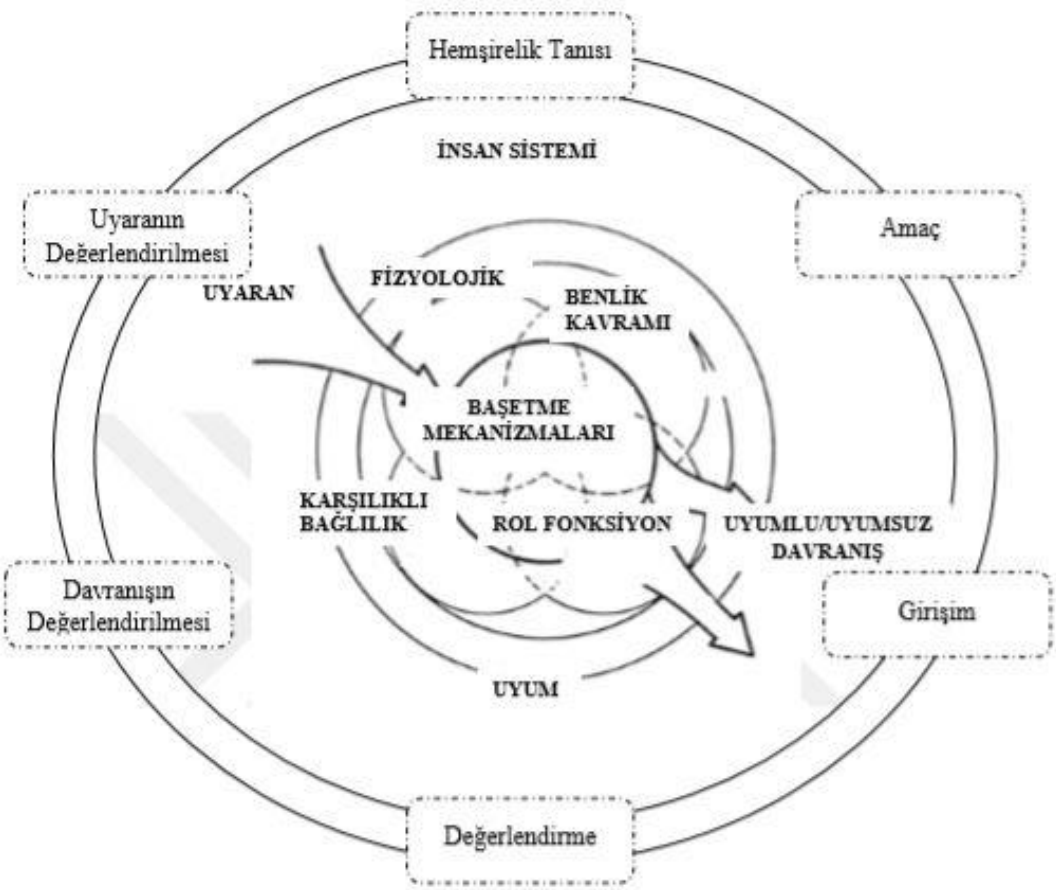
klinik özellikleri, tedavi öyküsü (cerrahi, kemoterapi), tümör özellikleri (evresi, yeri), ameliyat tipi (meme koruyucu, mastektomi) ve kronik hastalık durumu, etkileyen uyarandır. Olası (Residüel) uyaranlar ise; birey üzerinde sürekli etkiye sahip olan ancak etkisi tam olarak açıklanamayan faktörlerdir (102).

RAM'a göre uyum; ortamdaki değişikliklere bireyin/grupların cevap verebilme yeteneğidir (96). Birey uyaranın farkına varır ve uyarana planlı olarak karşılık verir. Birey bu uyaranlara uyum sağlayabilmek için baş etme sistemlerini kullanır. Baş etme sistemleri bireyin çevreyi değiştirmek, değişen çevreye yanıt verebilmek için kalıtımsal ve edinilmiş baş etme sürecini içerir. Roy, bireyin baş etme sistemlerini düzenleyici (regulator) ve bilişsel-duygusal (cognator) sistemler olarak tanımlamıştır (102).

Sisteme yapılan girdi, kontrol süreçlerinin sonrasında davranışlara dönüşür. Roy'a göre, davranış uyarana karşı gösterilen etki ve tepkilerdir. Davranışlar uyumlu ve uyumsuz olarak sınıflandırılır. Uyum seviyesi bireyin değişen duruma pozitif yanıt verme yeteneği olarak tanımlanır. Bireyin yanıtı üç aşamada değerlendirilir (102).

- Denge Durumu (Integrated): Bireyin uyarana pozitif yanıt verebildiği seviyedir. Bireyin fonksiyonları günlük yaşamını devam ettirecek, ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde çalışır.
- Denge Arama Durumu (Compensatory): Bireyin pozitif yanıtı koruyabilmek için baş etme sistemlerinin devreye girdiği ve yeterli olduğu düzeydir.
- Dengesizlik Durumu (Compromised): Baş etmenin yetersiz olduğu ve negatif yanıtın verildiği düzeydir.

Uyum düzeyi insan sisteminin yetenek, beceri, motivasyon durumu, hayaller, umutlar, beklentiler, insanı sürekli kontrole yönlendiren şeyler gibi iç kaynaklarından ve içinde bulunulan durumdan etkilenerek sürekli değişebilen dinamik bir süreçtir. Uyumlu davranışlar büyüme, üreme, yaşamda kalma, biyopsikososyal kontrol, birey/grup/çevre değişimlerinde bireyin hedeflenen uyumunu içermektedir. Uyumsuz davranışlar ise tam tersi bireyin bütünlüğüne ve uyum hedeflerine yarar sağlamaz (Şekil 2.1) (102).




**Şekil 2.1.** RAM'da insan sistemi ve hemşirelik süreci (102).

Uyum alanları insanın baş etme sistemlerinin etkinliğini ortaya koyar. Her bir uyum alanı birbirinden etkilenir. Herhangi bir uyum alanını etkileyen uyaran diğer üç uyum alanını da etkileyecektir. Uyum alanları arasındaki bu bağlantı adaptif sistem olan insanın bütüncül doğasını yansıtır. Bu nedenle hemşire her bir alanın diğer alanı nasıl etkilediğini gözlemlemelidir (102).

RAM'ın sekiz temel ilkesi;

- Birey biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri ile bir bütündür ve bunu korumaya çalışır.
- Birey açık sistemdir. Değişen çevre ile devamlı etkileşim içindedir.
- Birey uyum sağlamak için doğuştan ya da edinsel olarak sonradan kazandığı uyum mekanizmaları kullanır.
- Sağlık ve hastalık, bireyin yaşamının kaçınılmaz kısımlarıdır.

- Birey çevre değişimlerine, olumlu tepki verecek şekilde uyum sağlamalıdır.
- Bireyin uyumunu etkileyen faktörler; bireyin baş edebilme sistemleri ve çevresel değişikliklerin (bir virüsün varlığı, ısı değişimleri vb.) düzeyidir.
- Bireyi olumlu yanıta götürecek olan uyaranın, bireyin uyum alanı içinde bulunup bulunmaması uyum davranışını etkiler.
- Birey dört uyum alanı içinde değerlendirilir (98, 102).

### 2.2.3. Roy Adaptasyon Modeli'nin Varsayımları

Model ilk oluşturulduğunda bilimsel varsayımları varken, felsefik varsayımları 1988, kültürel varsayımları 2007 yılında geliştirilmiştir. RAM'da varsayımların temelini "adaptasyon" kavramı oluşturur. RAM'ın bilimsel varsayımları Bertalanffy'ın "Genel Sistem Teorisi" ve Helson'nın "Adaptasyon Teorisi"nden etkilenmiştir. Felsefik varsayımlarda ise hümanizm temel noktasıdır. Felsefik varsayımlar oluşturulurken, insanın etkilenebileceği diğer bireylere, dünyaya ve tanrıya odaklanılır. Modele RAA (Roy Adaptation Assosiation) üyelerinin katkıları ile 2007 yılında kültürel varsayımlar da eklenmiştir. Bu durum modelin farklı kültürlerde kullanımı sağlamıştır (102).

**Modelin Felsefik Varsayımları**

- İnsan, dünya ve tanrı ile iletişim içindedir.
- İnsan, dünyaya uyum sağlayan bir varlıktır.
- Tanrının yarattıklarında çeşitlilik vardır ve bunu kader belirler.
- İnsan fark edebilen, öğrenebilen ve inanç sahibi olarak yaratılan bir varlıktır.
- İnsan üreme, devam etme ve evreni dönüştürme sürecine girmekle yükümlüdür (102).

**Modelin Bilimsel Varsayımları**

- Düşünme ve yorumlama, insan ve çevre arasındaki etkileşimi oluşturur.
- Bireyin kendisine ve çevresine farkındalığı, duygu ve düşüncelerinden kaynaklanır.

- Birey çevre ile bütünleşmeye kendisi karar verir.
- Düşünce ve duygular davranışları oluşturur.
- Sistemle ilişkiler kabul etme, koruma ve karşılıklı bağlanmayı içerir.
- Dünya ve insan ayrılmaz bir bütündür.
- İnsan ve çevrenin entegrasyonu uyumu sağlar (102).

**Modelin Kültürel Varsayımları**

- Bir kültürdeki müdahale, RAM'de belirtilen her bir maddeyi etkiler.
- Farklı kültürlerde modelin bazı kavramları farklılık gösterebilir (102).

### 2.2.4. Roy Adaptasyon Modeli'nin Metaparadigmaları

Çağdaş hemşirelik bilgisinin geliştirilmesinin ilk aşaması metaparadigmadır. Metaparadigma bir disiplinin uğraştığı alanı, bu alana ait kavramları ve kavramlar arasındaki ilişkileri tanımlar. RAM'ın metaparadigma kavramları insan olma, çevre, sağlık ve hemşireliktir (96).

Kavramlar arası ilişkiler;

- İnsan olma kavramı, bireyi, aileyi, grubu ifade eder.
- Çevre, insan olma kavramını önemli seviyede etkiler. Çevre kavramı, lokal, kültürel, sosyal, politik ve ekonomik çevreyi içerir.
- Sağlık kavramı, insanın yaşam ve ölüm arasındaki süreyi içerir.
- Hemşirelik kavramı ise insan olma ve hemşirelik uygulamalarını kapsar. Bu aktiviteler, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeyi içerir (96).

**İnsan;** biyopsikososyal bir varlık ve çevredeki uyaranlara adaptif bir sistem olarak nitelendirilmektedir. Roy insanı "adaptif bir yapı" olarak tanımlar. "Holistik" kavramı modelin felsefik varsayımlarında yer alır ve bu kavram insanın düşüncelerinin ve davranışlarının anlamı ile ilişkilendirilir. İnsan çeşitlilik gösterir. İnsan düşünceleri, duyguları, bilinç durumu ve yüklediği anlamlar ile çevreye uyum göstermek için değişebilen ve gerektiğinde çevreyi değiştirebilen bir varlıktır. Modelde girdiler; uyaranlar ve uyum seviyesidir. İnsan çevresi ile etkileşim halinde olan bir varlıktır ve

uyaranlar iç ve dış çevreden gelir. Sistemin kontrolü baş etme mekanizmaları ile sağlanırken, çıktılarını bireyin davranışları oluşturur (Şekil 2.2) (102).




**Şekil 2.2.** Adaptif bir sistem olarak insan (102).

RAM; insanı birey, grup, aile, topluluk ve toplum gibi çevresiyle beraber sistemlerin bütünü olarak ele alır (96).

**Çevre;** hemşirelik modelinin ikinci büyük kavramıdır. Adaptif bir sistem olan insanın çevresi dünyadır. Modele göre insan değişen çevre ile sürekli etkileşir. Çevre sürekli değişkendir ve yeni mücadeleler gerektirir. Her insan değişen çevreden farklı düzeyde etkilenir. İnsan değişen çevreye uyum sağlama yeteneğine sahiptir. Oluşan çevresel değişiklikler sayesinde insan büyür gelişir ve onun için yaşamın anlamı farklılaşır (102). Çevre; odak, durumsal ve bilinmeyen olası uyaranları içerir (96).

**Sağlık;** Roy bireyi değişen ve gelişen çevreye tam olarak uyum sağlayan adaptif bir sistem olarak nitelendirir. Bireyin sağlık durumuna sağladığı adaptasyona düzeyine göre karar verilir. Sağlığın geliştirilmesi için bireyin çevre ile olan etkileşiminin artırılması gerekir. Bu modele göre, sağlık; uyaranlara verilen uyumlu davranışlar sonucunda oluşur (102).

**Hemşirelik;** bireyin/grubun uyumu için geliştirilen bakım uygulamalarını içerir. Hemşire bireyin/grubun uyaranlarını, davranışlarını, baş etme mekanizmalarını ve uyum düzeyini değerlendirerek gerekli girişimleri planlar, uygular ve sonuçlarını değerlendirir. Hemşireler dört uyum alanının her biri için bireyin düzenleyici ve bilişsel baş etme mekanizmalarını güçlendirerek uyumu sağlama ve sürdürme, sağlığı geliştirme, yaşam kalitesini yükseltmeyi hedeflemektedir. Hemşire uyumlu olmayan davranışa neden olan uyaranı ortadan kaldırmak ya da olumlu uyarana dönüştürmek için, uyumlu davranışa sebep olan uyaranı bilir ve onu destekler. Hemşire ilk olarak davranışsal yanıta öncelikle etkide bulunan odak uyarana odaklanılır. Eğer odak uyaranı değiştirmek mümkün değil ise etkileyen uyaranın etkisini artırmak, azaltmak, ortadan kaldırmak için hedefler oluşturur (102).

Hemşireler, hastaların değişen çevresel süreçlerde ihtiyacı olan bilgi ve bakım gereksinimlerini belirleyerek, diğer sağlık profesyonelleri ile etkileşimde bulunarak bireylerin günlük yaşama uyumlarının artırılmasında önemli rol oynarlar (104).

# 3. MATERYAL VE YÖNTEM

## 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma; adjuvan kemoterapi alan meme kanserli kadınlara Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş semptom yönetimi danışmanlığının, hastaların fonksiyonel durumlarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla randomize kontrollü müdahale çalışması olarak niceliksel ve hastaların yaşadıkları semptomlara ilişkin görüşlerinin incelenmesi amacıyla niteliksel tasarımda karma yöntemde yapılmıştır. Danışmanlık alanlar "müdahale grubu", almayanlar "kontrol grubu" olarak kabul edilmiş olup, iki grup karşılaştırılmıştır.

## 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma hastanesi Tıbbi Onkoloji biriminde yürütülmüştür. Cerrahi kliniğinde 18'i erkek, 18'i kadın hasta için toplam 36 yatak bulunmaktadır. Meme kanseri nedeniyle ameliyat olan hasta sayısı günlük olarak 3 ile 8 arasında değişmektedir. Tıbbi Onkoloji Kliniğinde, günlük ortalama 200-250 hastaya poliklinik hizmeti verilmektedir. Ayaktan kemoterapi ünitesi, 64 koltuk, 2 özel hasta odası, acil müdahale odası ve eğitim odası ile hizmet vermektedir. Tam otomatik merkezi ilaç hazırlama ünitesinde, laminar akımlı B tipi biyolojik kabinle tam otomatize şekilde kemoterapi ilaçları hazırlanmaktadır. Ünitede günlük olarak ortalama 150 hastaya kemoterapi tedavisi verilmektedir. Meme kanseri nedeni ile ameliyat sonrası ilk kemoterapisini almak için Tıbbi Onkoloji bölümüne başvuran hasta sayısı günlük olarak değişmektedir.

## 3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın verileri 10.07.2018-20.11.2018 tarihleri arasında SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji bölümünde, ayaktan kemoterapi ünitesinde toplanmıştır. Araştırmanın evrenini meme kanseri nedeniyle ameliyat olmuş ve sonrasında ilk kemoterapi tedavisini almak için Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji bölümüne başvuran hastalar oluşturmuştur.

Hastalar 21 günde bir kemoterapi tedavisi almak için Tıbbi Onkoloji bölümüne tekrar başvurmaktadırlar.

### 3.4. Araştırmanın Örneklemi

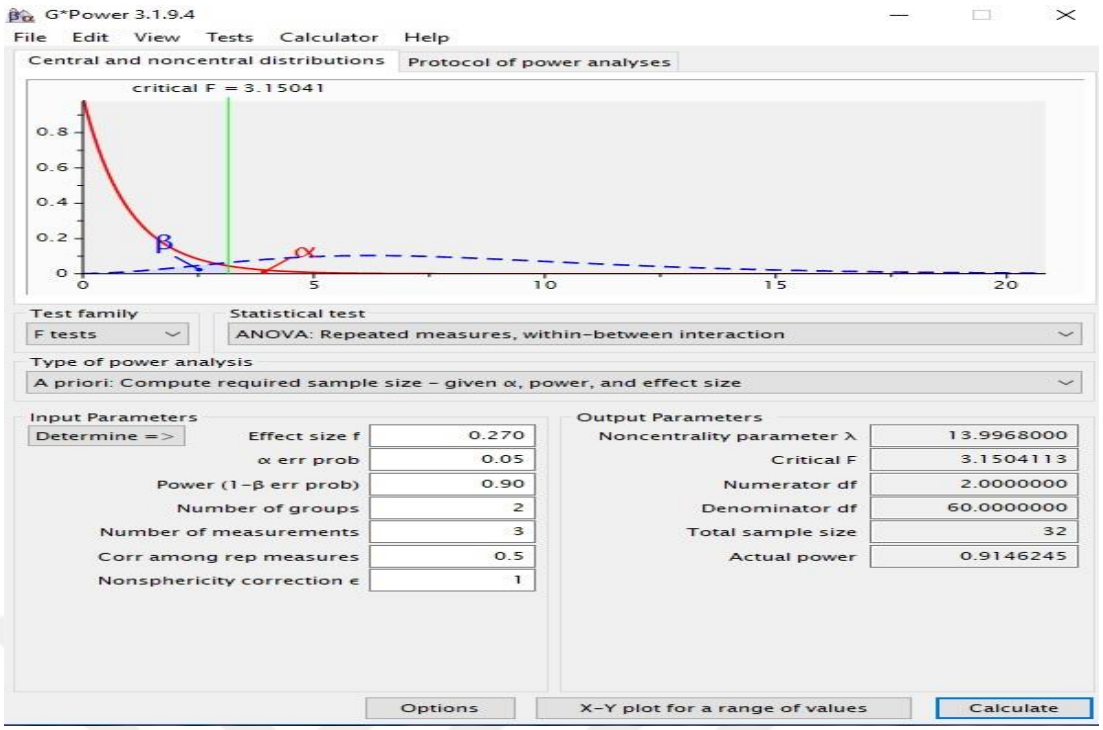
Çalışmada güç analizi G.Power 3.1.9.4 programı kullanılarak örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Müdahale ve kontrol grubuna 5'er birey alınarak yapılan ön çalışma sonucunda üç farklı zamanda elde edilen ölçümler ile grup arasındaki etkileşim etkisi için etki genişliği f=0.270 olarak elde edilmiştir. Belirlenen etki genişliğindeki farklılığı, $\alpha$=0.05 Tip I hata ve $\beta$=0.10 Tip II hata oranları ile elde edebilmek için toplamda en az 32 hasta alınması gerektiği belirlenmiştir. Uzun takip dönemi, takip edilen hastaların değişken psikolojileri ve tedaviye uyum sorunları nedeni ile olası kayıplar göz önünde bulundurularak yedek hasta eklenmesinin uygun olacağı düşünüldüğünden her iki grupta toplam 36 hasta çalışmaya alınmıştır.

**Tablo 3.1.** Örneklem büyüklüğü hesaplaması

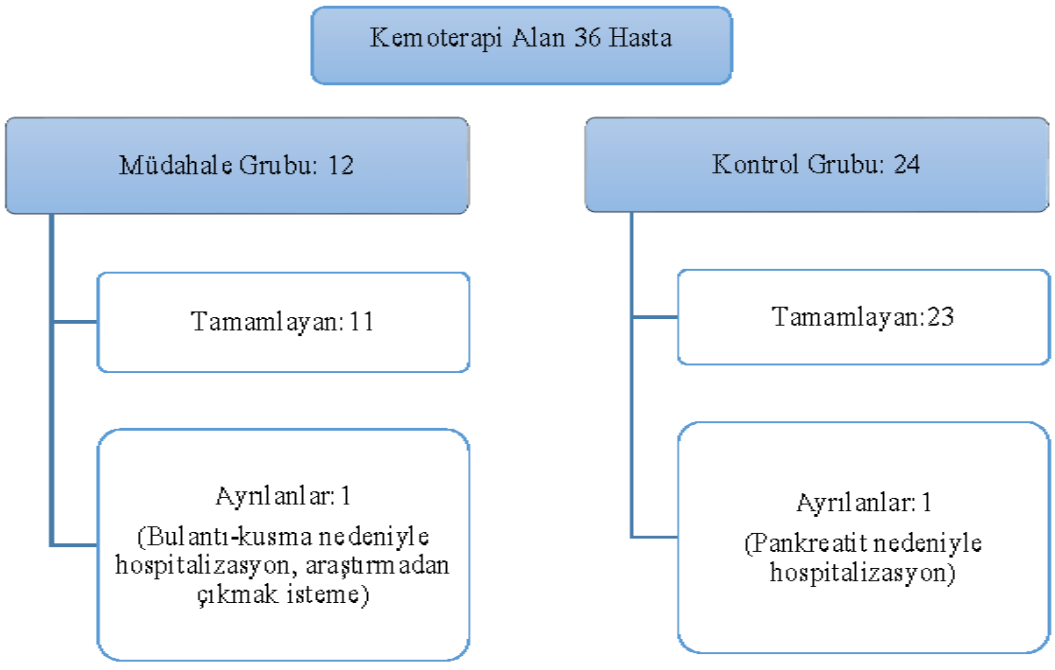
| Ölçek | Partial eta square | Etki genişliği | % 90 güç için örneklem büyüklüğü |
|---|---|---|---|
| Fiziksel fonksiyon | 0.068 | 0.27 | 32 |
| Psikolojik fonksiyon | 0.431 | 0.87 | 6 |
| Genel iyilik hali | 0.411 | 0.835 | 6 |
| Sosyal fonksiyon | 0.301 | 0.656 | 8 |
| Gastrointestinal semptomlar | 0.366 | 0.76 | 6 |
| Fonksiyonel yaşam ölçeği | 0.155 | 0.428 | 14 |

Biyoistatistik uzmanının (*) önerisi üzerine, kontrol grubunun standart durumu ortaya koyabilmesi açısından müdahale grubundan daha yüksek sayıda olması gerekliliğinden dolayı kontrol grubunun 24, müdahale grubunun 12 hastadan oluşmasına karar verilmiştir.

* Dr. Öğr. Üyesi Mesut Akyol.




**Şekil 3.1.** Power analizi.




**Şekil 3.2.** Müdahale ve kontrol gruplarındaki hasta sayısı.

Danışmanlık sürecinde hastaların Tıbbi Onkoloji bölümü ve bekleme salonunda etkileşimleri olasılığı düşünüldüğü için bu araştırmada randomizasyon gün bazlı yapılmıştır. Araştırma başlangıcında hangi günde hangi gruba hasta alınacağının belirlenmesi için yazı tura atılmıştır. Paranın tura gelmesi durumunda ilk gün gelen hastalar müdahale grubuna, ikinci gün gelen hastalar kontrol grubuna alınması, paranın yazı gelmesi durumunda ilk gün gelen hastaların kontrol grubuna, ikinci gün gelen hastaların müdahale grubuna alınması planlanmıştır. Para tura geldiği için ilk gün gelen hastalar müdahale grubuna alınmıştır. Müdahale grubu tamamlandıktan sonra gelen hastalar kontrol grubuna alınmıştır.

**Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- Okuma yazma bilen,
- 18-65 yaş arası kadın,
- Tanısının farkında olan,
- Meme kanseri tanısı nedeni ile meme cerrahisi olan,
- Meme kanseri tanısı nedeni ile ilk defa kemoterapi alacak olan,
- Ameliyat sonrası en az 3 kür kemoterapi alacak olan,
- Meme kanseri evresi I, II, III olan (metastatik yayılımların semptomları artırıp hastayla iletişimi güçleştireceğinden dördüncü evre hastalar çalışmaya alınmamıştır),
- Başka bir kanserden dolayı tedavi görmeyen,
- Telefonla görüşmeye engel teşkil edecek bir fiziksel rahatsızlığı olmayan (işitme, konuşma),
- Kavrama ve anlama yeteneğini azaltacak herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan,
- Araştırmaya katılmayı yazılı ve sözlü olarak kabul eden hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

**Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri**

- Meme kanseri dışında kanser tanısı olan ve tanısını bilmeyen,
- Kemoterapi alacağını bilmeyen,
- Başka bir kanserden dolayı tedavi gören,

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

### 3.5. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı Değişkenler;** Araştırmada hastaların kemoterapi semptom değerlendirme ölçeği ve fonksiyonel yaşam ölçeği puanları bağımlı değişkenler olarak ele alınmıştır.

**Bağımsız Değişkenler;** Araştırmada hastaların sosyodemografik özellikleri ve RAM'a göre verilen semptom yönetimi danışmanlığı bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

### 3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulundan 25.10.2017 tarih ve Sıra No. 682 ve 32 karar numarası ile onay alınmıştır (Ek-1). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinden tez çalışmasının tıbbi onkoloji bölümünde meme kanseri nedeniyle kemoterapi alan hastalara uygulanabilmesi için 23.01.2018 tarihinde yazılı izin alınmıştır (Ek-2).

Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmış ve araştırma kapsamına alınan kişilerin istekli olmalarına dikkat edilmiştir. Hastalara çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları açıklanmıştır. Araştırmalarda insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektiğinden "bilgilendirilmiş onam" koşulu etik ilke olarak yerine getirilmiştir. Katılmayı kabul eden kadınlara uygulamaya başlamadan önce araştırmanın amacı, araştırmada sağlanacak yararlılıklar ve yapılması gerekenler konusunda açıklama yapılmış olup yazılı onamları alınmıştır (Ek-3).

Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği (KSDÖ) ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Kanser (FYÖ-K) ölçeğinin kullanımı için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olan araştırmacılardan yazılı izin alınmıştır (Ek-4, Ek-5).

### 3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanmasında "Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu", "Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Kanser" (FYÖ-K), "Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği" (KSDÖ), "Hasta Memnuniyet Anketi" ve "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu" kullanılmıştır. Hasta eğitiminde araştırmacı tarafından oluşturulan, kemoterapi sonrası yaşanan fizyolojik semptomlar için gerekli müdahaleleri içeren Hasta Danışmanlık Rehberi kullanılmıştır.

#### 3.7.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu

Kadınların tanıtıcı özellikleri ile ilgili verilerin yer aldığı araştırmacı tarafından hazırlanan ve hastalarla ilk görüşmede yüz yüze uygulanan bu formda; kadınların bireysel özelliklerine ilişkin (yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, ekonomik durumu, eğitim düzeyi, mesleği, alışkanlıkları, hastalığına ait sorular ile psikolojik, sosyal ve ekonomik alanda yaşadığı sorunlar) toplam 28 soru yer almaktadır (Ek-6).

#### 3.7.2. Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği (C-SAS; KSDÖ)

Brown, Sitzia ve arkadaşları tarafından, 2001'de İngiltere'de geliştirilmiş ve geçerlik ve güvenilirliği İngiltere'de yapılmıştır (105). Ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması ise 2003 yılında Aslan tarafından Ankara'da yapılmıştır (18). Kanser kemoterapisi alan hastalarda belirlenen 24 kemoterapi semptomunu içeren bir ölçektir. Bu semptomlar, tedaviden önce bulantı veya kusma, tedaviden sonra bulantı, tedaviden sonra kusma, kabızlık, ishal, ağrı, nefes darlığı, enfeksiyon belirtileri, kanama veya morarma, ellerde ve ayaklarda iğnelenme ve uyuşma, cilt veya tırnaklarla ilgili problemler, saçlarda dökülme, ağız veya boğazla ilgili problemler, iştahta değişme, kilo kaybetme veya kilo alma, gözlerle ilgili problemler, halsizlik hissetme, olağanüstü yorgunluk hissetme, uyuma güçlüğü, baş ağrıları, endişeli veya sıkıntılı hissetme, karamsar veya üzüntülü hissetme, cinsel yaşamda değişiklik, sadece kadınlar için: adet düzeninde değişme olarak ölçekte yer almaktadır. Kemoterapiye özgü semptomları ölçmek için kullanılan dünyadaki önemli ölçeklerden biridir. Ölçek üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümünde semptomların sıklığı, ikinci bölümünde şiddeti ve üçüncü bölümünde rahatsızlık derecesi yer almaktadır.

Semptomların sıklığı, evet/hayır ifadeleriyle, şiddeti üçlü likert tipi (Hafif:1, Orta:2, Şiddetli:3), rahatsızlık derecesi ise dörtlü likert türü (Hiç:0, Biraz:1, Oldukça fazla:2, Çok fazla:4) ölçekler şeklindedir. KSDÖ puanları hesaplanırken her bir belirti için hesaplama ayrı yapılmıştır. KSDÖ özelliği nedeiyle toplanabilir bir ölçek değildir. Her bir semptoma ait puanların ayrı ayrı değerlendirilmesi gereklidir. Alt ölçekler bulunmamaktadır. Yanıtlardaki yüksek puanlar, semptomun şiddetinin ve rahatsızlık derecesinin fazla olduğunu göstermektedir. Her semptom ayrı ayrı değerlendirildiği için aritmetik ortalama yerine medyan değerleri hesaplanmaktadır (18) (Ek-7).

### 3.7.3. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Kanser (FLIC; FYÖ-K)

Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarını belirlemek amacı ile "Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Kanser" formu kullanılmıştır. Schipper ve arkadaşları tarafından 1984 yılında geliştirilen Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Kanser (FYÖ-K); fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar, genel iyilik hali (kanserle ilgili güçlükler), sosyal fonksiyonlar ve gastrointestinal semptomlar (bulantı) olmak üzere beş ana başlık ve 22 sorudan oluşmaktadır (106). Ölçekte fiziksel fonksiyonlara ilişkin dokuz madde, psikolojik fonksiyonlara ilişkin altı madde, genel iyilik haline ilişkin üç madde, sosyal fonksiyonlara ilişkin iki madde ve gastrointestinal semptomlara ilişkin iki madde yer almaktadır (Tablo 3.2). Ölçek alt boyutlarına baktığımızda; fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar, gastrointestinal semptomlar Cronbach Alfa değeri 0.80, sosyal fonksiyonlar ve genel iyilik hali Cronbach Alfa değeri 0.60 olarak belirlenmiştir (106).

**Tablo 3.2.** FYÖ-K'nın alt başlıkları ve soru numaraları (86).

| Alt Başlıklar | Soru Numarası | Min. Puan | Maks. Puan |
|---|---|---|---|
| Tüm Ölçek | 22 madde | 22 | 154 |
| Fiziksel Fonksiyonlar | 4,6,7,10,11,13, 15,20,22 | 9 | 63 |
| Psikolojik Fonksiyonlar | 1,2,3,9,18,21 | 6 | 42 |
| Genel İyilik Hali | 8,12,14 | 3 | 21 |
| Sosyal Fonksiyonlar | 16,19 | 2 | 14 |
| Gastrointestinal Semptomlar | 5,17 | 2 | 14 |

Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.87 bulunmuştur. Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Bektaş ve Akdemir (2006) tarafından farklı kanserli hastalar ile yapılmış ve Cronbach Alfa değeri 0.79 olarak belirlenmiştir. Ölçek yedili Likert olarak hazırlanmıştır ve ölçekte seçenekler olumludan olumsuza doğru sıralanan yedi kategoriden oluşmaktadır. Ölçekte iki uç noktanın ifadeleri yer almakta, arada kalan değerler iki uç arasındaki derecelendirmeyi göstermektedir. Ölçekteki ifadeler bireyin bir kavram hakkındaki tutumlarını gösteren kavramlardan oluşmaktadır (hiçbir zaman/sürekli, iyi değil/çok iyi, çok yeterli/çok yetersiz vb.). Ölçek sonuçları her bir sorunun puan değeri toplanarak hesaplanmaktadır. Ölçekte maksimum puan 154, minimum puan 22'dir ve yüksek puanlar fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin çok iyi olduğunu göstermektedir (86) (Ek-8).

### 3.7.4. Danışmanlık Memnuniyet Anketi

Araştırmacı tarafından hazırlanan memnuniyet anketinde, yüz yüze ve telefonla uygulanan danışmanlık girişimleriyle ilgili hastaların memnuniyet düzeylerini ölçen 7 soru yer almaktadır (Ek-9).

### 3.7.5. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Görüşme formu; giriş bölümü, görüşme sorusu ve kapanış bölümlerinden oluşmaktadır. Giriş bölümü, görüşmenin amacı ve görüşmeciye ilişkin bilgileri içermektedir. Görüşme sorusu bölümü, meme kanseri olan kadınların kemoterapi tedavisi sırasında yaşadıkları ile ilgili "tepki, beklenti ve gereksinimlerini" saptamak, bu dönemde yaşadığı deneyimlerini belirlemeye yönelik hazırlanan açık uçlu dört sorudan oluşmaktadır. Soruların kolay anlaşılabilen, konuyla ilgili ve yönlendirici özellikte olmayan nitelikte olmasına dikkat edilmiştir. Kapanış bölümünde ise hastalara teşekkür edilerek görüşme sonlandırılmıştır. Görüşme verileri yarı yapılandırılmış görüşme formu ve ses kayıt cihazıyla toplanmıştır.

Görüşmeler, hastalar kemoterapi kürlerini aldıktan bir hafta sonra telefonla yürütülmüştür. Görüşme süresi katılımcıya göre değişmekle birlikte ortalama 15 dakika (min:10; maks:20) devam etmiştir. Her hasta ile kemoterapi kürlerinde yaşadıkları semptomları, uyaranları, baş etme davranışlarını, danışmanlık ile ilgili

gereksinimlerini belirleyebilmek için birinci ve ikinci kemoterapi sonrasında iki kere görüşme yapılmıştır. Dökümü yapılan görüşme kayıtları araştırmacı tarafından okunmuş, RAM'a göre davranışlar, davranışları etkileyen uyaranlar ve baş etme yolları kapsamında üç başlık altında gruplandırılmıştır. Davranışlara neden olan uyaranlar ve baş etme yöntemleri görüşmelerin tamamı tekrar tekrar okunarak belirlenmiştir. Son görüşmenin dökümü yapıldıktan sonra bütün görüşmeler ortak bir formda toplanmıştır. Görüşme sırasında hastaların durumlarının stabil olmasına dikkat edilmiştir.

Yarı yapılandırılmış görüşme formundaki açık uçlu sorular aşağıda yer almaktadır:

- Kemoterapi aldıktan sonra, yaşadığınız yan etkilerden bahsedebilir misiniz?
- Yaşadığınız yan etkiler, ne olduğunda şiddetleniyor?
- Yaşadığınız yan etkilerle baş etmek için neler yaptınız?
- Kemoterapi aldıktan sonra yaşadığınız yan etkilerin günlük yaşamınızı nasıl etkilediğini anlatır mısınız? (uyku, yemek, banyo, çevreyle ilişkiler, psikolojik durum vb) (Ek-10).

### 3.7.6. Hasta Danışmanlık Rehberinin İçeriği

Rehberin içeriğini RAM'ın dört alt boyutundan ilki olan, fizyolojik gereksinim alanı dahilindeki kavramları içermektedir. Rehber literatür çerçevesinde, KSDÖ'nün fizyolojik alana ait içerdiği semptomlar dahilinde araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (18, 62, 75, 77, 78, 80, 81, 82, 92, 107, 108). Rehberin içeriğine ilişkin dil, ifade, anlaşılabilirlik, konuyu kapsama ve bilimsel hatalar taşıyıp taşımadığı yönünden değerlendirilmesi amacıyla, birbirinden bağımsız, hemşirelik esasları, iç hastalıkları hemşireliği, doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği alan uzmanları (*) ve bir kemoterapi eğitim hemşiresinin (**) görüşü alınarak danışman onayı sonrası geri bildirimlere göre rehbere son şekli verilmiştir.

* Prof. Dr. Özlem Aslan, Doç. Dr. Özlem Uğur, Dr. Öğr. Üyesi Ayten Arıöz.

** Kemoterapi eğitim hemşiresi Sibel Gürbüz.

Müdahale grubuna telefonla ve yüz yüze yapılan danışmanlıklarda bu rehber kullanılmıştır. Ayrıca müdahale grubundaki hastalara kemoterapi sonrası yaşadıkları fizyolojik semptomlar ile baş etmelerini kolaylaştırmak için rehberdeki ilgili semptom önerileri kısımı verilmiştir. Hasta danışmanlık rehberinde fizyolojik alana yönelik uyumu içeren; ağrı, yorgunluk, nefes darlığı, bulantı ve kusma, ishal, kabızlık, tat değişikliği, ağız ve diş eti problemleri, iştahsızlık, enfeksiyon, kanamaya yatkınlık, kansızlık, cilt ve tırnak değişiklikleri, saç dökülmesi, kas ve sinir sistemi değişiklikleri, idrar yolları ile ilgili değişiklikler, uyku problemleri, gözlerle ilgili problemler, cinsel problemler ve yaşanabilecek acil durumlar ile baş etme yollarıyla ilgili öneriler yer almaktadır (Ek-11).

Kontrol grubunda yer alan hastaların kemoterapi sonrası yaşadıkları semptomlar ile ilgili soruları olduğunda, hastanenin kemoterapi eğitim hemşiresi tarafından verilen standart eğitime uygun olarak önerilerde bulunulmuştur. Araştırmacı hastalara verilen standart eğitim planını öğrenmek için eğitim hemşiresinin hastalarla görüşmelerine katılmıştır ve eğitim hemşiresinin rehber olarak kullandığı hastanenin kemoterapi bilgilendirme kitapçığından yararlanmıştır.

### 3.8. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın verileri 10.07.2018-20.11.2018 tarihleri arasında SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji bölümünde, ayaktan kemoterapi ünitesinde toplanmıştır. Her iki gruptaki bireylere araştırmanın amacı, uygulanması ve verilerin toplanması konusunda bilgi verilmiştir. Müdahale grubundaki hastalar, uygun zaman belirlenerek telefonla ve kemoterapi kürlerinde yüz yüze izleneceklerini ve RAM'a dayalı bir danışmanlık hizmeti alacaklarını, istedikleri zaman araştırmadan ayrılabileceklerini bilerek, kontrol grubundaki hastalar ise soruları olduğunda araştırmacıyı arayabileceklerini, uygun zaman belirlenerek telefonla ve kemoterapi kürlerinde yüz yüze izleneceklerini, istedikleri zaman araştırmadan ayrılabileceklerini bilerek araştırmaya katılmışlardır.

Araştırma planı aşağıdaki gibidir.

**ARAŞTIRMA PLANI**

| **Müdahale Grubu (11 Hasta)** |
|---|
| **Birinci Görüşme (Yüz Yüze)** |
| **(Birinci kemoterapiden önce kemoterapi ünitesinde)** |
| *Tanışma |
| *Kişisel bilgi formu ve FYÖ-K uygulaması |
| *Telefon numarasının verilmesi, istediği zaman arayabileceğinin söylenmesi |
| **İkinci Görüşme (Telefonla)** |
| **(Birinci kemoterapiden 1 hafta sonra)** |
| *KSDÖ ve yarı yapılandırılmış görüşme formunun uygulanması |
| *Danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi ve bireye özgü danışmanlık verilmesi |
| (Ek-11: Hasta danışmanlık rehberi) |
| **Üçüncü Görüşme (Telefonla)** |
| **(Birinci kemoterapiden 2 hafta sonra)** |
| *Genel durumu hakkında bilgi alınması, soruların cevaplanması |
| **Dördüncü Görüşme (Yüz Yüze)** |
| **(İkinci kemoterapiden önce kemoterapi ünitesinde)** |
| *Telefonla yapılan danışmanlığın pekiştirilmesi ve bireye özgü danışmanlık verilmesi |
| *Rehberde semptom ile ilgili kısmın hastaya verilmesi |
| (Ek-11: Hasta danışmanlık rehberi) |
| *FYÖ-K 2. kez uygulanması |
| **Beşinci Görüşme (Telefonla)** |
| **(İkinci kemoterapiden 1 hafta sonra)** |
| *KSDÖ ve yarı yapılandırılmış görüşme formunun uygulanması |
| *Danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi ve bireye özgü danışmanlık verilmesi |
| (Ek-11: Hasta danışmanlık rehberi) |
| **Altıncı görüşme (Telefonla)** |
| **(İkinci kemoterapiden 2 hafta sonra)** |
| *Genel durumu hakkında bilgi alınması, soruların cevaplanması |
| **Yedinci görüşme (Yüz Yüze)** |
| **(Üçüncü kemoterapiden önce kemoterapi ünitesinde)** |
| *Telefonla yapılan danışmanlığın pekiştirilmesi ve bireye özgü danışmanlık verilmesi |
| *Rehberde semptom ile ilgili kısmın hastaya verilmesi |
| * FYÖ-K 3. kez uygulanması |
| **Sekizinci görüşme (Telefonla)** |
| **(Üçüncü kemoterapiden 1 hafta sonra)** |
| *Genel durumu hakkında bilgi alınması, soruların cevaplanması |
| *KSDÖ uygulanması |
| *Danışmanlık memnuniyet anketlerinin uygulanması |
| *İzlemlerinin bitmesiyle ilgili hastanın bilgilendirilmesi. |

**Şekil 3.3.** Araştırma planı.

**ARAŞTIRMA PLANI**

| **Kontrol Grubu (23 Hasta)** |
|---|
| **Birinci Görüşme (Yüz Yüze)** |
| **(Birinci kemoterapiden önce kemoterapi ünitesinde)** |
| *Tanışma |
| *Kişisel bilgi formu ve FYÖ-K uygulaması |
| *Telefon numarasının verilmesi, istediği zaman arayabileceğinin söylenmesi |
| **İkinci Görüşme (Telefonla)** |
| **(Birinci kemoterapiden 1 hafta sonra)** |
| * KSDÖ uygulanması |
| *Semptomlar ile ilgili soruları olduğunda, hastane kemoterapi hemşiresi tarafından verilen bilgilendirme kitapçığının rehber alınması |
| (Müdahale grubundaki hastalara verilen danışmanlığı sunmamak amacıyla) |
| **Üçüncü Görüşme (Yüz Yüze)** |
| **(İkinci kemoterapiden önce kemoterapi ünitesinde)** |
| *FYÖ-K 2. kez uygulanması |
| *Semptomlar ile ilgili soruları olduğunda, hastane kemoterapi hemşiresi tarafından verilen bilgilendirme kitapçığının rehber alınması |
| **Dördüncü Görüşme (Telefonla)** |
| **(İkinci kemoterapiden 1 hafta sonra)** |
| *KSDÖ uygulanması |
| *Semptomlar ile ilgili soruları olduğunda, hastane kemoterapi hemşiresi tarafından verilen bilgilendirme kitapçığının rehber alınması |
| **Beşinci Görüşme (Yüz Yüze)** |
| **(Üçüncü kemoterapiden önce kemoterapi ünitesinde)** |
| *FYÖ-K 3. kez uygulanması |
| *Semptomlar ile ilgili soruları olduğunda, hastane kemoterapi hemşiresi tarafından verilen bilgilendirme kitapçığının rehber alınması |
| **Altıncı Görüşme (Telefonla)** |
| **(Üçüncü kemoterapiden 1 hafta sonra)** |
| *Semptomlar ile ilgili soruları olduğunda, hastane kemoterapi hemşiresi tarafından verilen bilgilendirme kitapçığının rehber alınması |
| *İzlemlerinin bitmesiyle ilgili hastanın bilgilendirilmesi. |

**Şekil 3.3.** (devam).

### 3.8.1. Araştırma Uygulamasının Hazırlık Aşaması

**Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması**

Araştırmada kullanılan veri toplama formlarının anlaşılabilirliği ve uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla formların ön uygulaması 01 Temmuz 2018 tarihinde yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında soru formunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

### 3.8.2. Müdahale Grubuna Verilen Danışmanlığın Uygulanması ve Verilerinin Toplanması

Müdahale grubundaki bireylerde girişim öncesinde yanıtı aranan sorular şunlardır;

- RAM'a göre; kemoterapi alan hastaların davranışları nelerdir?
- RAM'a göre; kemoterapi alan hastaların davranışlarına sebep olan uyaranlar ve bunlarla baş etme yöntemleri nelerdir?

Yarı yapılandırılmış görüşme formu ile RAM'ın uyum alanlarında yer alan davranışlar ve bu davranışlara sebep olan uyaranlar belirlenmiş, hastalara olumsuz davranışa sebep olan uyaranlarla baş etmeye yönelik danışmanlık verilmiştir. Danışmanlık uygulaması bireye özgü olarak özellikle sorun belirlenen fizyolojik uyum alanındaki semptomlara yönelik RAM modeli çerçevesinde uygulanmıştır (Tablo 3.3).

Kemoterapi alan hastaya RAM'a göre verilen danışmanlık modeli Şekil 3.4'de verilmiştir. Modelde bireyin uyaranın etkisini azaltması ya da yok etmesi hedeflenmekle birlikte eğer davranış ve uyaran değiştirilemiyorsa olumlu algı geliştirmesi amaçlanmıştır. Hastalara verilen danışmanlık içeriği RAM'da belirtilen uyum alanlarından özellikle fizyolojik alana müdahale edecek şekilde planlanmış ve uygulanmıştır. Müdahale grubundaki hastaların fizyolojik uyum alanına yapılan müdahalelerin çoğunluğu en sık sorun yaşanan bulantı, kabızlık, ağrı, ağız içi kuruluk, iştahsızlık, saç dökülmesi, ciltte kuruluk, uyku düzeninde bozulma, endişe, halsizlik semptomlarına yöneliktir.

Yapılan görüşmeler, hastalar kemoterapi kürlerini aldıktan bir hafta sonra telefonla yürütülmüştür. Görüşme süresi katılımcıya göre değişmekle birlikte ortalama 15 dakika devam etmiş, her hasta ile birinci ve ikinci kemoterapi sonrasında iki görüşme yapılmıştır. Dökümü yapılan görüşme kayıtları araştırmacı tarafından okunmuş, RAM'a göre davranışlar, davranışları etkileyen uyaranlar ve baş etme yolları kapsamında üç başlık altında gruplandırılmıştır. Davranışlara neden olan uyaranlar ve baş etme yöntemleri görüşmelerin tamamı tekrar tekrar okunarak belirlenmiştir. Son görüşmenin dökümü yapıldıktan sonra bütün görüşmeler ortak bir formda toplanmıştır.

Hastalarla yapılan görüşmeler sonucundaki bulgular üç ana tema şeklinde gruplandırılmıştır.

- **Tema 1:** "Müdahale grubundaki hastaların yaşadığı semptomlar" (1. ve 2. kemoterapi sonrası)
- **Tema 2:** "Müdahale grubundaki hastaların yaşadığı semptomları etkileyen uyaranlar" (1. ve 2. kemoterapi sonrası)
- **Tema 3:** "Müdahale grubundaki hastaların yaşadığı semptomlarla baş etme yöntemleri" (1. ve 2. kemoterapi sonrası)

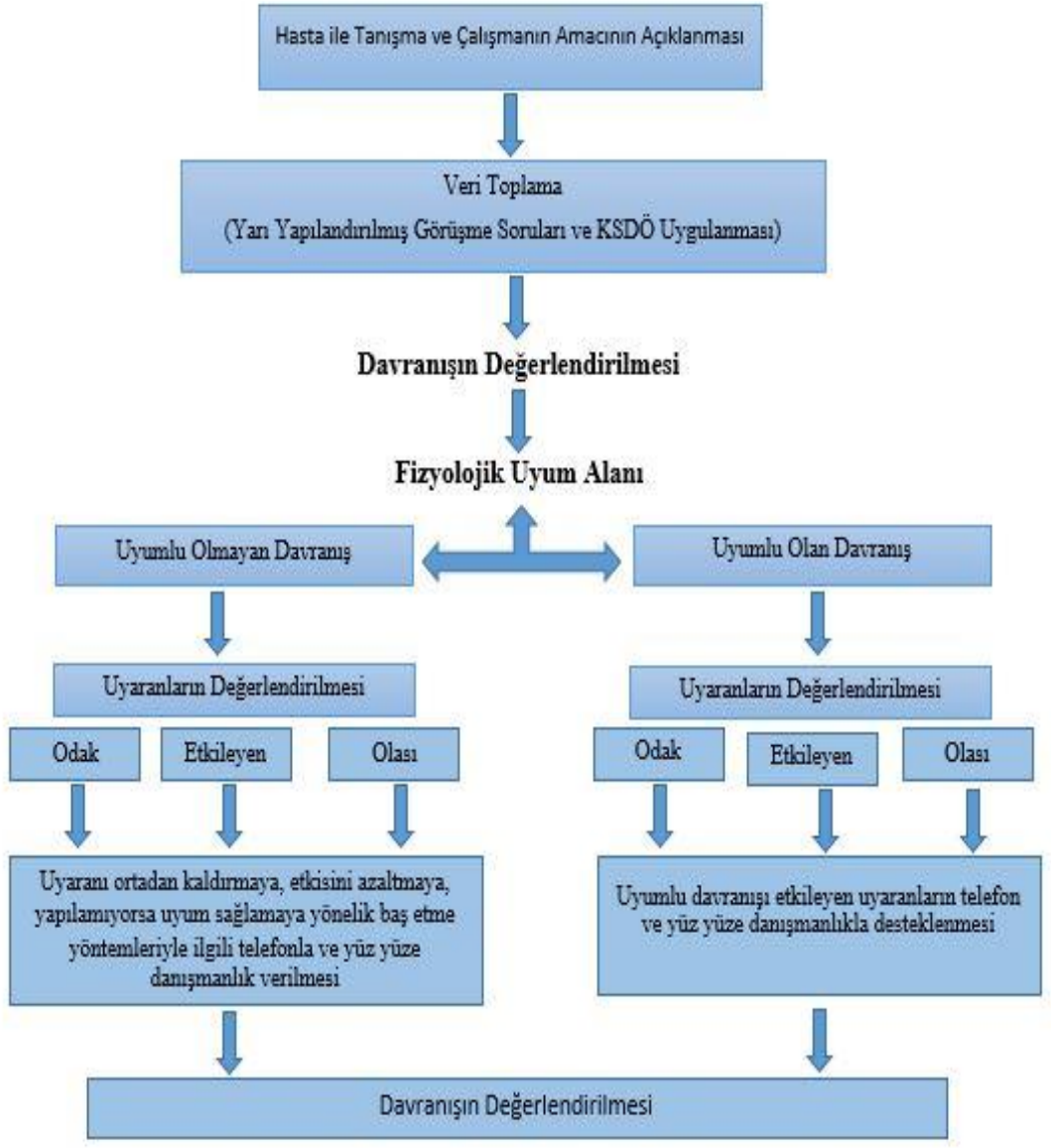
Hastanın davranışları karşılaşılan ilk andan danışmanlığın sonuna kadar değerlendirilmiştir. Birinci kemoterapiden önce Tıbbi Onkoloji biriminde müdahale grubundaki hastalarla ilk görüşmede tanıtıcı özelliklere ilişkin soruların yer aldığı kişisel bilgi formu ve FYÖ-K araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Birinci kemoterapiden bir hafta sonra yapılan telefon görüşmesinde hastaların genel durumları hakkında bilgi alınarak kemoterapi sonrası yaşadığı semptomlar, deneyimleri ve uyum düzeyleri hakkında konuşularak soruları cevaplandırılmıştır. KSDÖ uygulanmış hastanın baş edemediği semptomlar saptanarak bunların nedenleri ve baş etme yollarını belirlemek için yarı yapılandırılmış görüşme soruları uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastalardan farklı olarak müdahale grubundaki hastalara, yarı yapılandırılmış görüşme soruları uygulanmış, bundan elde edilen veriler doğrultusunda RAM'a dayalı danışmanlık verilerek, telefon izlemlerinde danışmanlığa devam edilmiştir (Ek-11).

Birinci kür kemoterapiden iki hafta sonra, ikinci telefon görüşmesi ile hastaların genel durumları hakkında bilgi alınarak kemoterapi sonrası yaşadığı semptomlar ve deneyimleri paylaşılarak soruları cevaplandırılmıştır. Yaşadıkları semptomlar belirlenerek RAM'a dayalı danışmanlıkta bulunulmuştur. İkinci kemoterapiden önce tıbbi onkoloji biriminde ikinci kez yüz yüze görüşmede kemoterapi sonrası yaşadığı semptomlar, deneyimleri ve uyum düzeyleri paylaşılarak; hastanın baş edemediği semptomlar belirlenmiştir. Hastanın semptomlarına yönelik RAM'a dayalı danışmanlık verilmiştir. Hasta danışmanlığı araştırmacı tarafından yapılmış ve hastaların sorduğu sorular cevaplandırılmıştır. Sonrasında hasta danışmanlık rehberinde hastanın yaşadığı semptom ile ilgili kısım rehberlik etmesi için hastaya verilerek FYÖ-K ikinci kez uygulanmıştır.

İkinci kemoterapiden bir hafta sonra yüz yüze yapılan danışmanlığı pekiştirmek için üçüncü telefon görüşmesi ile hastaların genel durumları hakkında bilgi alınarak kemoterapi sonrası yaşadığı semptomlar, deneyimleri ve uyum düzeyleri hakkında konuşularak soruları cevaplandırılmıştır. KSDÖ uygulanmış hastanın baş edemediği semptomlar saptanarak bunların nedenleri ve baş etme yollarını belirlemek için yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanmıştır. Yaşadıkları semptomlar belirlenerek RAM'a dayalı danışmanlıkta bulunulmuştur. İkinci kür kemoterapiden iki hafta sonra dördüncü telefon görüşmesi ile hastaların genel durumları hakkında bilgi alınarak kemoterapi sonrası yaşadığı semptomlar ve deneyimleri paylaşılarak soruları cevaplandırılmıştır. Yaşadıkları semptomlar belirlenerek RAM'a dayalı danışmanlıkta bulunulmuştur. Üçüncü kemoterapiden önce tıbbi onkoloji biriminde üçüncü kez yüz yüze görüşmede kemoterapi sonrası yaşadığı semptomlar, deneyimleri ve uyum düzeyleri paylaşılarak; hastanın baş edemediği semptomlar belirlenmiştir. Hastanın semptomlarına yönelik RAM'a dayalı danışmanlık verilmiştir. Danışmanlık araştırmacı tarafından yapılmış olup, hastaların sorduğu sorular cevaplandırılarak, hasta danışmanlık rehberinde yaşadığı semptom ile ilgili kısım rehberlik etmesi amacıyla hastaya verilmiştir. Sonrasında FYÖ-K üçüncü kez uygulanmıştır.

Üçüncü kemoterapiden bir hafta sonra, yüz yüze yapılan danışmanlığı pekiştirmek için beşinci telefon görüşmesi ile hastaların genel durumları hakkında bilgi alınarak kemoterapi sonrası yaşadığı semptomlar, deneyimleri ve uyum düzeyleri hakkında konuşularak soruları cevaplandırılmıştır. KSDÖ uygulanmış hastanın baş

edemediği semptomlar saptanarak bunların nedenleri ve baş etme yollarını belirlemek için yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanmıştır. Yaşadıkları semptomlar belirlenerek RAM'a dayalı danışmanlıkta bulunulmuştur. İkinci kür kemoterapiden iki hafta sonra altıncı telefon görüşmesi ile hastaların genel durumları hakkında bilgi alınarak kemoterapi sonrası yaşadığı semptomlar ve deneyimleri paylaşılarak soruları cevaplandırılmıştır. Yaşadıkları semptomlar belirlenerek RAM'a dayalı danışmanlıkta bulunulmuştur. Beşinci telefon görüşmesi sonunda hastalar izlemin bitmesiyle ilgili bilgilendirilerek, telefonla ve yüz yüze verilen danışmanlıkla ilgili memnuniyetlerine yönelik anket uygulanmıştır (Ek-9).




**Şekil 3.4.** Müdahale grubuna RAM'a göre verilen danışmanlık şeması.

**Tablo 3.3.** RAM'a temellendirilmiş genel uygulama basamakları.

| RAM'a Temellendirilmiş Danışmanlık Basamakları |
|---|
| 1. Hastaya nazik bir şekilde yaklaşma |
| 2. Gerekli mahremiyeti sağlama |
| 3. Hastayı bütüncül olarak ele alma<br>(biyolojik, psikolojik, sosyal yönleriyle ve yaşadığı çevreyle) |
| 4. Hastanın uyum alanlarını ayrı ayrı değerlendirme<br>(fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanı) |
| 5. Hastanın uyum alanlarına ait davranışları değerlendirme |
| 6. Hastanın davranışlara sebep olan iç ve dış uyaranları hastayla birlikte belirleme<br>(odak, etkileyen ve olası uyaran) |
| 7. Hastaya uygun hemşirelik tanılarını belirleme<br>(North American Nursing Diagnosis Association) |
| 8. Hemşirelik tanılarına yönelik hedef geliştirme |
| 9. Hastanın baş etme mekanizmalarını değerlendirilme<br>(regülatör ve kognatör başa çıkma mekanizmaları) |
| 10. Hastanın uyumunu engelleyen faktörleri belirleme |
| 11. Hastanın uyumunu destekleyen faktörleri belirleme |
| 12. Hemşirelik tanılarına yönelik danışmanlık uygulamalarını planlama |
| 13. Hemşirelik danışmanlığını değerlendirme |
| 14. Hemşirelik danışmanlığı sonucunda hastanın uyum düzeyini değerlendirme<br>(uyumlu davranış, uyumsuz davranış) |
| 15. Uyumsuz davranışa neden olan uyaranı ortadan kaldırma-etkisini azaltma |
| 16. Uyumlu davranışı etkileyen baş etme yollarını telefon ve yüz yüze danışmanlıkla destekleme |

### 3.8.3. Kontrol Grubuna Yapılan Uygulama ve Verilerin Toplanması

Örnekleme alınan hastalarla ilk görüşmede birinci kemoterapiye gelişlerinde Tıbbi Onkoloji biriminde tanıtıcı özelliklerine ilişkin soruların yer aldığı kişisel bilgi formu ve FYÖ-K araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Birinci kemoterapiden bir hafta sonra birinci telefon görüşmesi ile KSDÖ uygulanarak kemoterapi sonrası yaşadığı semptomlar değerlendirilmiştir. Semptomlar ile ilgili soruları, hastane kemoterapi hemşiresi tarafından verilen eğitim kitapçığı rehber alınarak cevaplandırılmıştır. İkinci kemoterapiden önce Tıbbi Onkoloji biriminde ikinci yüz yüze görüşme ile hastanın semptomlar ile ilgili soruları kemoterapi eğitim hemşiresi tarafından verilen eğitim kitapçığı rehber alınarak cevaplandırılmış ve FYÖ-K ikinci

kez uygulanmıştır. İkinci kemoterapiden bir hafta sonra ikinci telefon görüşmesi ile hastaların kemoterapi sonrası yaşadığı semptomlar KSDÖ uygulanarak değerlendirilmiştir. Üçüncü kemoterapiden önce tıbbi onkoloji biriminde ikinci yüz yüze görüşme ile hastanın semptomlar ile ilgili soruları kemoterapi eğitim hemşiresi tarafından verilen eğitim kitapçığı rehber alınarak cevaplandırılmış ve FYÖ-K üçüncü kez uygulanmıştır. Üçüncü kemoterapiden bir hafta sonra üçüncü telefon görüşmesi ile hastaların kemoterapi sonrası yaşadığı semptomlar KSDÖ uygulanarak değerlendirilmiştir. Semptomlar ile ilgili soruları, hastane kemoterapi hemşiresi tarafından verilen eğitim kitapçığı rehber alınarak cevaplandırılmıştır. Telefon görüşmesinin sonunda hastalar izlemin bitmesiyle ilgili bilgilendirilmiştir.

### 3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

#### 3.9.1. Nicel Verilerin Analizi

Çalışmada yer alan yaş ve kilo gibi sürekli değişkenlerinin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk's testi ve grafiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyum sağlayan değişkenler için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama, standart sapma (ort±ss), sağlamayan değişkenler için ise ortanca (min-maks) ya da ortanca (çeyrekler arası genişlik-ÇAG) değerleri verilmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler ise sayı (yüzde) [n (%)] tanımlayıcıları ile özetlenmiştir.

Yaş, kemoterapi öncesi ağırlık, üçüncü kemoterapi sonrası ağırlık verilerinin normal dağılıma uyması sebebi ile gruplar arasındaki karşılaştırma bağımsız örneklem t testi (İndipendent samples t test), görüşmelerin gruplardaki karşılaştırmalarında ise non-parametrik karşılığı olan Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Medeni durum, eğitim, yaşadığı yer gibi kategorik verilerdeki grup karşılaştırmalarında ise Ki-Kare test sonuçlarından süreklilik düzeltmeli (Continuity correction), Fisher's Exact Test ve Likelihood Ratio Ki-Kare test sonuçlarından uygun olanı verilmiştir. Kemoterapi öncesi ağırlık ve üçüncü kemoterapi sonrası ağırlık gibi bağımlı iki sayısal verinin karşılaştırmasında varsayımların sağlandığı yerlerde bağımlı örneklemler t testi (Paired samples t test), sağlamadığı yerlerde ise bu testin non-parametrik karşılığı olan Wilcoxon test istatistiği kullanılmıştır. Tekrarlı ölçüm karşılaştırmalarında analiz edilecek veriler gerekli varsayımları sağlamadığı için farkı belirlemede tekrarlı

ölçümlerde ANOVA'nın non-parametrik karşılığı olan Friedman test istatistiği kullanılmış, farklı grubu belirleyebilmek için Bonferroni düzeltmeli post-hoc ikili karşılaştırma testi sonuçları verilmiştir. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlerin zamana göre, göreli etkilerinin değerlendirilmesinde Mixed-ANOVA'nın uygulanması için gerekli varsayımlar sağlanmadığından bu testin non-parametrik karşılığı olan F1_LD_F1 tasarımı kullanılmıştır. İkiden fazla bağımlı kategorik verinin karşılaştırılmasında Cochran Q Ki-Kare analizinden yararlanılmıştır.

FYÖ-K sonuçlarının müdahale ve kontrol grubundaki gönüllülerin demografik bilgileriyle ilişkisini incelemek için poliserial (polyserial) korelasyon analizi kullanılmişdır. Korelasyon sonuçlarının yorumlanmasında; aşağıdaki korelasyon katsayısı (r) değerlendirme kriterlerinden yararlanılmıştır (109).

| | |
|---|---|
| Çok Zayıf İlişki | $0.000 < r < 0.200$ |
| Zayıf İlişki | $0.201 < r < 0.400$ |
| Orta Kuvvetli İlişki | $0.401 < r < 0.600$ |
| Kuvvetli İlişki | $0.601 < r < 0.800$ |
| Çok Kuvvetli İlişki | $0.801 < r < 0.999$ |
| Tam İlişki | 1.000 |

Analizlerdeki istatistiksel anlamlılık seviyesi $p<0.05$ olarak belirlenmiştir. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 22.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve poliserial ilişki analizi ve zamana bağlı göreli etkilerin incelenmesi (F1-LD-F1 analizi) için RStudio v1.1.463 üzerinde "nparLD" "mvnnorm" ve "polycor" paketi kullanılmıştır (110, 111).

### 3.9.2. Nitel Verilerin Analizi

Yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanarak yapılan bireysel hasta görüşmelerinden elde edilen verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizlerinde (kodlamaya dayalı) tümevarım analiz yöntemi kullanılmıştır (112). Tümevarım analizinde veriler ve kavramlardan birbirine benzeyenler temalar altında sınıflandırılmış ve anlaşılır şekilde düzenlenip yorumlanmıştır.

Nitel analizlerin içeriğine ilişkin konuyu kapsama ve bilimsel hatalar taşıyıp taşımadığı yönünden değerlendirilmesi amacıyla birbirinden bağımsız alanında uzman doktorlar (*) ile MAXQDA Plus 10 nitel araştırma analiz eğitimi almış doktora yeterliliğine sahip psikiyatri hemşiresinden (**) görüş alınmış ve danışman onayı sonrası geri bildirimlere göre temalara son şekli verilmiştir.

Kayıt edilen görüşme ve yazılı verilerin analiz sürecinde çözümlemeleri yapılmıştır. Çözümleme aşamasında öncelikle bireysel görüşmeler sonunda elde edilen yazılı notlar ve ses kayıt cihazındaki veriler bilgisayara aktarılarak yazıya geçirilmiştir. Araştırmacı tarafından katılımcıların isimleri kodlanarak bilgisayardan görüşmelerin veri dökümü yapılmıştır. Yazıya geçirilen veriler; verilerin kodlanması, kodlanan verilerin temalarının belirlenmesi, kodların ve temaların düzenlenmesi ve bulguların tanımlanması ve yorumlanması olmak üzere dört aşamada analiz edilmiştir (113). Ayrıca nitel verilerin içerik analizinde MAXQDA Plus 10 nitel araştırma yazılımı kullanılarak, içerik bu konuda eğitimi almış uzman tarafından değerlendirilmiştir.

### 3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada, kemoterapi sonrası danışmanlık uygulamasının RAM'ın fizyolojik uyum alanında yoğunlaşması, yaşanan semptomlar nedeniyle hastaların kemoterapi tarihlerinin değişmesi, yüz yüze danışmanlık için uygun alan bulmada zorluk yaşanması araştırmanın sınırlılığıdır.

### 3.11. Araştırma Takvimi

Araştırma sürecinde uygulanan basamakların zamanlamasına ait bilgiler Tablo 3.4'de verilmiştir.

* Dr. Edip Alptuğ Kır, Dr. Akkan Mahmud.

** Dr. Nazan Turan.

**Tablo 3.4.** Araştırma sürecinin aşamaları.

| **Tarih** | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Gelişmeler** | **1-25.06.2017** | **30.06.2017** | **1-29.10.2017** | **06.03.2018** | **23.01.2018** | **10.07.2018** | **21.09.2018** | **04.07.2018** | **20.11.2018** | **1.01-5.04.2019** | **1.01-5.04.2019** | **17.09.2019** |
| Literatür inceleme, konunun belirlenmesi | **x** | | | | | | | | | | | |
| Araştırma önerisinin sunulması | | **x** | | | | | | | | | | |
| Etik kurul ve ölçeklerin izinlerinin alınması | | | **x** | | | | | | | | | |
| Tez izleme komitesi ile 1. toplantının yapılması | | | | **x** | | | | | | | | |
| Kurum izinlerinin alınması | | | | | **x** | | | | | | | |
| Veri toplama aşamasının başlaması | | | | | | **x** | | | | | | |
| Tez izleme komitesi ile 2. toplantının yapılması | | | | | | | **x** | | | | | |
| Tez izleme komitesi ile 3. toplantının yapılması | | | | | | | | **x** | | | | |
| Veri toplama aşamasının bitmesi | | | | | | | | | **x** | | | |
| Araştırma verilerinin analiz edilmesi | | | | | | | | | | **x** | | |
| Tez yazım aşamasının tamamlanması | | | | | | | | | | | **x** | |
| Tezin savunma sunumunun yapılması | | | | | | | | | | | | **x** |

# 4. BULGULAR

Adjuvan kemoterapi alan meme kanserli kadınlara verilen Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş semptom yönetimi danışmanlığının, hastaların fonksiyonel durumlarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla randomize kontrollü müdahale çalışması olarak niceliksel ve hastaların yaşadıkları semptomlara ilişkin görüşlerinin incelenmesi amacıyla niteliksel tasarımda karma yöntemde yürütülen çalışmanın bulguları bu bölümde verilmiştir.

## 4.1. Nicel Bulgular

Bu bölümde çalışmanın nicel bulguları verilmiştir. Elde edilen bulgular;

- Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,
- FYÖ-K'ya ilişkin bulgular,
- KSDÖ'ye ilişkin bulgular,
- Hastaların danışmanlıkla ilgili memnuniyetine ilişkin bulgular,

başlıkları altında incelenmiştir.

### 4.1.1. Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Bu bölümde, müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.1.** Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların bireysel özelliklerinin dağılımı (n=34).

| Bireysel Özellikler | Müdahale Grubu (MG) (n=11) | Kontrol Grubu (KG) (n=23) |
|---|---|---|
| | n (%) | n (%) |
| **Medeni Durum** | | |
| Evli | 9 (81.82) | 19 (82.61) |
| Bekar | 2 (18.18) | 4 (17.39) |
| **Eğitim Durumu** | | |
| İlköğretim | 4 (36.36) | 12 (52.17) |
| Lise | 5 (45.45) | 4 (17.39) |
| Üniversite | 2 (18.19) | 7 (30.43 |
| **Yaşadığı Yer** | | |
| Köy-Kırsal Bölge | 1 (9.10) | 4 (17.39) |
| Şehir-Kentsel Bölge | 10 (90.90) | 19 (82.61) |
| **Yaşadığı Bireyler** | | |
| Yalnız | 1 (9.09) | 1 (4.35) |
| Eşi ile | 0 (0.00) | 5 (21.75) |
| Eşi ve Çocukları ile | 9 (81.81) | 14 (60.86) |
| Çocukları ile | 1 (9.10) | 3 (13.04) |
| **Gelir Durumu** | | |
| İyi | 3 (27.27) | 5 (21.74) |
| Orta | 7 (63.63) | 17 (73.91) |
| Kötü | 1 (9.10) | 1 (4.35) |
| **Meslek Durumu** | | |
| Memur | 2 (9.09) | 5 (21.74) |
| Ev Hanımı | 8 (72.82) | 13 (56.52) |
| Emekli | 1 (9.09) | 2 (8.70) |
| Serbest Meslek | 0 (0.00) | 3 (13.04) |
| Toplam | 11 | 23 |
| **Ağırlık Değişimi** | ort ± ss | ort ± ss |
| İzlem Öncesi Ağırlık (kg) | 73.91 ± 14.12 | 71.83 ± 13.04 |
| İzlem Sonrası Ağırlık (kg) | 71.18 ± 13.86 | 70.43 ± 13 |

Tablo 4.1'de araştırmaya katılan hastaların müdahale grubu (MG) ve kontrol gruplarına (KG) göre, bazı bireysel özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; müdahale (%81.82) ve kontrol grubunun (%82.61) çoğunluğunun evli olduğu bulunmuştur. Grupların medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2$ =0.003; p=0.955).

Tabloda eğitim durumu bakımından gruplar incelendiğinde; müdahale grubundaki hastaların çoğunluğu lise (%45.45) düzeyinde eğitim almışken, kontrol grubunun çoğunluğunun ilköğretim (%52.17) düzeyinde eğitime sahip olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeylerine göre müdahale ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0.233).

Hastaların yaşam alanlarına göre dağılımları incelendiğinde; müdahale (%90.90) ve kontrol grubunun (%82.61) çoğunluğu şehir merkezinde yaşamaktadır. Aynı zamanda müdahale (%81.81) ve kontrol grubunun (%60.86) çoğunluğunu eşi ve çocukları ile yaşayan hastalar oluşturmaktadır. Grupların yaşam alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0.471). Araştırmada her iki grubun büyük çoğunluğu (MG:%72.82; KG:%56.52) ev hanımıdır ve çoğunluğu (MG:%63.63; KG:%73.91) ekonomik durumunu orta düzey olarak algılamaktadır.

Hastaların kilo ortalamaları müdahale grubunda 73.91±14.12 kg iken, kontrol grubunda 71.83±13.04 kg'dır. Grupların kemoterapi tedavisi başlamadan önceki ağırlık ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Kemoterapi öncesi ve üçüncü kür sonrası yapılan ölçümde hastaların kilo değişimleri bakımından iki grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (t=4.091; p<0.001). Müdahale ve kontrol gruplarında hastaların ağırlıklarında izlem süresince azalma saptanmıştır.

**Tablo 4.2.** Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların yaş gruplarının dağılımı (n=34).

| **Yaş** | **MG (n=11)**<br>**n (%)** | **KG (n=23)**<br>**n (%)** |
|---|---|---|
| Yaş (yıl) (ort ± ss) | 49.27 ± 8.96 | 51.87 ± 9.33 |
| 36-40 yaş | 3 (27.27) | 4 (17.39) |
| 41-45 yaş | 0 (0.00) | 2 (8.70) |
| 46-50 yaş | 2 (18.19) | 4 (17.39) |
| 51-55 yaş | 3 (27.27) | 3 (13.04) |
| 56+ yaş | 3 (27.27) | 10 (43.48) |

Tablo 4.2'de araştırmaya katılan müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların yaş aralıklarına göre dağılımları yer almaktadır. Hastaların yaş ortalamaları müdahale grubunda 49.27±8.96 yıl iken, kontrol grubunda 51.87±9.33'dür. Grupların yaş dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur (p=0.448).

**Tablo 4.3.** Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların hastalık özelliklerinin dağılımı (n=34).

| **Hastalıklarına İlişkin Özellikler** | **MG (n=11) n (%)** | **KG (n=23) n (%)** |
|---|---|---|
| **Tanı** | | |
| Sağ Meme Ca | 7 (63.64) | 11 (47.83) |
| Sol Meme Ca | 4 (36.36) | 12 (52.17) |
| **Metastaz Durumu (lenf nodu)** | | |
| Var | 9 (81.82) | 13 (56.52) |
| Yok | 2 (18.18) | 10 (43.48) |
| **Uygulanan Cerrahi Şekli** | | |
| Mastektomi | 6 (54.54) | 16 (69.56) |
| Koruyucu Meme Cerrahisi | 5 (45.45) | 7 (30.43) |
| **Kronik Hastalık Varlığı** | | |
| Var | 6 (54.45) | 14 (60.87) |
| Yok | 5 (45.55) | 9 (39.13) |
| **Hastalık Evresi** | | |
| Evre 1-2 | 7 (63.64) | 20 (86.96) |
| Evre 3 | 4 (36.36) | 3 (13.04) |

Tablo 4.3'de araştırmaya katılan hastaların müdahale ve kontrol gruplarına göre tanısına ilişkin bulguları yer almaktadır. Müdahale grubunda yer alan hastaların çoğunluğu sağ meme ca (%63.64) kontrol grubunun çoğunluğu sol meme ca (%52.17) tanısı almıştır. Gruplar arasında konulan tanılar bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p=0.619). Hastaların meme kanseri evresinin büyük çoğunlukla evre bir ve iki olduğu (MG:%63.64; KG:%86.96) saptanmıştır. Metastatik yayılımların semptom şiddetini etkileyebileceği düşüncesiyle uzak metastazı olan dördüncü evre hastalar çalışmaya alınmamıştır. Gruplar arasında hastalık evresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p=0.132).

Hastaların metastaz durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; müdahale (%81.82) ve kontrol grubunun (%56.52) çoğunluğunda metastaz (koltuk altı lenf nodu) bulunmaktadır. Araştırmada her iki grubun büyük çoğunluğuna (MG:%54.54; KG:%69.56) mastektomi yapılmıştır. Gruplar arasında cerrahi şekli ve metastaz durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0.315, p=0.144). Tabloda kanser dışı kronik hastalık varlığı durumu bakımından gruplar incelendiğinde; müdahale ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun (MG:%54.45; KG:%60.87) kronik hastalığa sahip oldukları bulunmuştur (diyabet, yüksek tansiyon, endokrin bozukluklar, kalp hastalıkları). Gruplar arasında kanser dışı kronik hastalık varlığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0.316).

**Tablo 4.4.** Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tedaviden önce kemoterapiye ilişkin bilgi, inanç ve destek durumlarının dağılımı (n=34).

| **Sorular ve Cevaplar** | **MG (n=11) n (%)** | **KG (n=23) n (%)** |
|---|---|---|
| **Kemoterapinin etkilerini ve yan etkilerini biliyor musunuz?** | | |
| Evet | 9 (81.82) | 18 (78.26) |
| Hayır | 2 (18.18) | 5 (21.74) |
| **Kemoterapiye ilgili herhangi bir bilgilendirme yapıldı mı?** | | |
| Evet | 11 (100.0) | 23 (100.00) |
| Hayır | 0 (0.00) | 0 (0.00) |
| **Kemoterapiyle ilgili bilgilendirmeyi kimden aldınız?** | | |
| Hekim | 1 (9.09) | 3 (13.04) |
| Hemşire | 3 (27.27) | 7 (30.43) |
| Hekim+Hemşire | 7 (63.64) | 13 (56.52) |
| **Kemoterapiyle ilgili bilgilendirmeyi yeterli buldunuz mu?** | | |
| Evet | 8 (72.73) | 14 (60.87) |
| Hayır | 3 (27.3) | 9 (39.13) |
| **Yan etkilerle baş edebileceğinizi düşünüyor musunuz?** | | |
| Evet | 11 (100.00) | 19 (82.61) |
| Hayır | 0 (0.00) | 4 (17.39) |
| **Tedavi sırasında bakımınıza destek olacak kimse var mı?** | | |
| Evet | 11 (100.00) | 23 (100.00) |
| Hayır | 0 (0.00) | 0 (0.00) |
| **Bakımınıza destek olanlar hangi açılardan desteklerler?** | | |
| Fiziksel Açıdan | 11 (100.00) | 21 (91.30) |
| Ekonomik Açıdan | 9 (81.82) | 12 (52.17) |
| Ruhsal Açıdan | 10 (90.91) | 18 (78.26) |

Tablo 4.4'de müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların kemoterapiye ilişkin bilgi ve inançlarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tamamı kemoterapiyle ilgili bilgilendirme aldıklarını, çoğunluğu (MG:%63.64; KG:%56.52) bilgilendirmeyi hekim ve hemşireden aldıklarını ifade etmişlerdir. Müdahale grubundaki hastaların %72.73'ü, kontrol grubundaki hastaların %60.87'si, yapılan bilgilendirmeyi yeterli bulmuştur. Grupların kemoterapiyle ilgili bilgilendirmeyi yeterli bulma düşünceleri bakımından arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0.390).

Tablo 4.4'e göre müdahale ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğu (MG:%81.82; KG:%78.26) kemoterapinin etkilerini ve yan etkilerini bildiklerini ifade etmişlerdir. Müdahale grubundaki hastaların tamamı, kontrol grubundaki hastaların %82.61'i, kemoterapinin oluşturabileceği yan etkilerle baş edebileceğini düşünmektedir. Gruplar arasında kemoterapinin oluşturabileceği yan etkilerle baş etme düşünceleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0.191).

Tabloda hastaların tamamı (%100.0) kemoterapi sırasında bakımına yardımcı olacak yakınlarının olduğunu ve sosyal, ekonomik, ruhsal açıdan destekleyeceklerini ifade etmişlerdir. Grupların yakınları tarafından fiziksel, ruhsal ve ekonomik açıdan destek görme durumları bakımından arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

**Tablo 4.5.** Hastaların psikolojik, sosyal ve ekonomik alanda yaşadıkları değişiklikler (n=34).

| **Yaşanan Değişiklikler*** | **n (%)** |
|---|---|
| **Psikolojik Alanda** | |
| Öfke | 17 (50.00) |
| Ümitsizlik | 10 (29.41) |
| Hayal kırıklığı | 18 (52.94) |
| Endişe | 24 (70.58) |
| Ölüm korkusu | 15 (44.12) |
| Çabuk sinirlenme | 14 (41.18) |
| Kendine güvensizlik | 7 (20.58) |
| Stres | 28 (82.35) |
| Bağımlılık duygusu | 11 (32.35) |
| Gelecek kaygısı | 24 (70.58) |
| **Sosyal Alanda** | |
| Değişiklik olmadı | 2 (5.88) |
| İş kaybı | 3 (8.82) |
| Sosyal etkileşimin azalması | 14 (41.18) |
| Sosyal etkileşimin artması | 17 (50.00) |
| Sosyal etkileşimde bozulma | 5 (14.71) |
| Aile içi ilişkilerde bozulma | 2 (5.88) |
| Yaşam tarzında değişim | 22 (64.71) |
| Rolleri yerine getirmede değişim | 27 (79.41) |
| **Ekonomik alanda** | |
| Değişiklik olmadı | 24 (70.58) |
| Ekonomik sorun yaşama | 10 (29.41) |

*: Gönüllüler birden fazla seçenek işaretleyebildiği için n katlanmıştır.

Tablo 4.5'de hastaların tedavi sırasında psikolojik, sosyal ve ekonomik alanda yaşadıkları değişikliklerin sayı ve yüzde dağılımına ilişkin bulguları yer almaktadır.

Tabloya göre hastaların psikolojik alanda yaşadıkları başlıca değişiklikler sırasıyla stres (%82.35), endişe (%70.58), gelecek kaygısı (%70.58), hayal kırıklığı (%52.94), öfke (%50.00), ölüm korkusu (%44.12) ve çabuk sinirlenme (%41.18)'dir.

Hastaların sosyal alanda yaşadıkları başlıca değişiklikler sırasıyla rolleri yerine getirmede değişim (%79.41), yaşam tarzında değişim (%64.71), sosyal etkileşimin artması (%50.00) ve sosyal etkileşimin azalması (%41.18) olarak belirlenmiştir. Hastaların büyük çoğunluğu (%70.58) ekonomik alanda değişiklik yaşamadıklarını ifade etmişlerdir.

### 4.1.2. Fonksiyonel Yaşam Ölçeğine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların danışmanlık öncesi (FYÖ-K 1. ölçüm) ve danışmanlık sonrası (FYÖ-K 2. ölçüm, FYÖ-K 3. ölçüm) ölçüm sonunda fonksiyonel yaşam ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı, grup içi ve gruplar arası puan karşılaştırmaları verilmiştir. Ayrıca hastaların bazı tanıtıcı özellikleri ile FYÖ-K arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.6.** Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların FYÖ-K puan ortancalarının izlem sürecindeki değişiminin karşılaştırılması (n=34).

| FYÖ-K ve Alt Boyutları | MG<br>Ortanca (min-maks) | KG<br>Ortanca (min-maks) | Gruplar-Arası Karşılaştırma | |
|---|---|---|---|---|
| | | | z | p |
| **Fiziksel Fonksiyon** | | | | |
| FYÖ-K 1. Ölçüm | 49.00 (34.00- 53.00) | 45.0 (21.00- 57.00) | 1.696 | 0.091 |
| FYÖ-K 2. Ölçüm | 49.00 (28.00- 53.00) | 42.0 (29.00- 54.00) | 2.397 | **0.015** |
| FYÖ-K 3. Ölçüm | 49.00 (35.00- 54.00) | 38.0 (24.00- 51.00) | 3.413 | **<0.001** |
| *Grup-içi karşılaştırma* | $\chi^2$= 0.048; p=0.976 | $\chi^2$=4.932; p=0.085 | *F=1.657* | *0.198* |
| **Psikolojik Fonksiyon** | | | | |
| FYÖ-K 1. Ölçüm | 32.00 (27.00- 38.00) | 32.0(13.00- 41.00) | 0.499 | 0.637 |
| FYÖ-K 2. Ölçüm | 11.00 (8.00- 28.00)[1] | 18.00 (8.00- 34.00)[1] | 1.443 | 0.153 |
| FYÖ-K 3. Ölçüm | 34.00 (28.00- 41.00) | 31.00 (13.00- 42.00) | 2.236 | **0.026** |
| *Grup-içi karşılaştırma* | $\chi^2$=17.762 ; **p<0.001** | $\chi^2$=16.783 ; **p<0.001** | *F=2.965* | *0.060* |
| **Genel iyilik Hali (Kanserle İlgili Güçlükler)** | | | | |
| FYÖ-K 1. Ölçüm | 17.00 (12.00- 21.00) | 15.00 (9.00- 21.00)[&] | 0.980 | 0.344 |
| FYÖ-K 2. Ölçüm | 15.00 (10.00- 19.00)[*] | 15.00 (9.00- 20.00) | 0.204 | 0.856 |
| FYÖ-K 3. Ölçüm | 17.00 (13.00- 18.00) | 14.00 (9.00- 20.00) | 1.899 | 0.060 |
| *Grup-içi karşılaştırma* | $\chi^2$=7.200 ; **p=0.027** | $\chi^2$=12.675 ; **p=0.002** | *F=1.848* | *0.163* |
| **Sosyal Fonksiyon** | | | | |
| FYÖ-K 1. Ölçüm | 13.00 (5.00- 14.00) | 13.00 (2.00- 14.00) | 0.020 | 1.000 |
| FYÖ-K 2. Ölçüm | 11.00 (5.00- 14.00) | 14.00 (3.00- 14.00) | 0.276 | 0.800 |
| FYÖ-K 3. Ölçüm | 12.00 (10.00- 14.00) | 14.00 (4.00- 14.00) | 0.099 | 0.942 |
| *Grup-içi karşılaştırma* | $\chi^2$=0.667 ; p=0.717 | $\chi^2$=2.218 ; p=0.330 | *F=0.200* | *0.720* |
| **Gastrointestinal Semptomlar (Bulantı)** | | | | |
| FYÖ-K 1. Ölçüm | 14.0 (9.00- 14.0)[2] | 14.0 (10.00- 14.00)[2] | 0.248 | 0.856 |
| FYÖ-K 2. Ölçüm | 7.0(2.00- 14.0) | 5.0(2.00- 13.00) | 0.613 | 0.561 |
| FYÖ-K 3. Ölçüm | 5.0 (2.00- 11.0) | 4.0 (2.00- 14.00) | 1.243 | 0.228 |
| *Grup-içi karşılaştırma* | $\chi^2$=16.667 ; **p<0.001** | $\chi^2$=30.302 ; **p<0.001** | *F=0.355* | *0.690* |
| **Toplam Puan** | | | | |
| 1. Görüşme | 124.0 (104.0-134.00) | 114.0 (73.00-143.00) | 0.866 | 0.403 |
| 2. Görüşme | 117.0 (74.00-137.00) | 103.0 (60.00-136.00) | 0.087 | 0.091 |
| 3. Görüşme | 120 (88.00-131.00) | 97.0 (63.00-135.00) | 0.003 | **0.002** |
| *Grup-içi karşılaştırma* | $\chi^2$=1.721 ; p=0.423 | $\chi^2$=13.213 ; **p=0.001**[+] | *F=4.943* | ***0.009*** |

[1] 2. ölçüm sonucu; 1. ve 3. ölçüm sonucundan istatistiksel olarak farklıdır (p<0.05).
[2] 1. ölçüm sonucu; 2. ve 3 ölçüm sonucundan istatistiksel olarak farklıdır (p<0.05).
*1. ölçüm sonucu 2. ölçüm sonucundan istatistiksel olarak farklıdır (p<0.05).
[&]1. ölçüm sonucu 2. ölçüm sonucundan istatistiksel olarak farklıdır (p<0.05).
[+]1. ölçüm sonucu 2. ölçüm sonucundan istatistiksel olarak farklıdır (p<0.001).

Araştırma kapsamında yer alan hastaların müdahale ve kontrol gruplarında ölçüm zamanlarına göre fonksiyonel yaşam ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalancalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.6'da yer almaktadır.

Hastalara verilen danışmanlık öncesi, müdahale ve kontrol gruplarının FYÖ-K'nın alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortanca değerleri incelendiğinde, 1. ölçüm sonucunda müdahale grubundaki hastalar fiziksel fonksiyon değerlendirmesinden 49.00 (min-maks: 34.00-53.00) puan alırken, kontrol grubundaki hastaların 45.00 (21.00-57.00) puan aldıkları bulunmuştur. Grupların danışmanlık öncesi fiziksel fonksiyon ortanca puanları bakımından arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Danışmanlık öncesinde müdahale grubundaki hastalar psikolojik fonksiyon değerlendirmesinden 32.00 (min-maks: 27.00-38.00), kontrol grubundaki hastaların da benzer şekilde 32.00 (13.00-41.00) puan aldıkları bulunmuştur. Grupların danışmanlık öncesi psikolojik fonksiyon ortanca puanları bakımından arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tabloya göre danışmanlık öncesinde müdahale grubundaki hastaların genel iyilik hali değerlendirmesinden 17.00 (min-maks: 12.00-21.00), kontrol grubundaki hastaların 15.00 (9.00-21.00) puan aldıkları bulunmuştur. Grupların danışmanlık öncesi genel iyilik hali ortanca puanları bakımından arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Danışmanlık öncesinde müdahale grubundaki hastaların sosyal fonksiyon değerlendirmesinden 13.00 (min-maks: 5.00-14.00), kontrol grubundaki hastaların da benzer şekilde 13.00 (2.00-14.00) puan aldıkları bulunmuştur. Grupların danışmanlık öncesi sosyal fonksiyon ortanca puanları bakımından arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Danışmanlık öncesinde müdahale grubundaki hastalar gastrointestinal semptomlar değerlendirmesinden 14.00 (min-maks: 9.00-14.00), kontrol grubundaki hastaları ise benzer şekilde 14.00 (10.00-14.00) puan almışlardır. Grupların danışmanlık öncesi gastrointestinal semptomlar ortanca puanları bakımından arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Hastalara verilen danışmanlık sonrasında gruplar arasında 2. ve 3. ölçümler için fiziksel fonksiyon puan ortancaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Bu iki ölçüm için, müdahale grubunun fiziksel fonksiyon puanları kontrol grubundan yüksektir. Grupların ortanca puan değerleri incelendiğinde müdahale grubunun 2. ve 3. ölçümlerden daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarında fiziksel fonksiyon puanlarının ölçümlere göre değişimi incelendiğinde; müdahale grubundaki ortanca puan değerlerinin değişmediği, kontrol grubunda ise azaldığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Hastalara verilen danışmanlık sonrasında gruplar arasında 3. ölçüm için psikolojik fonksiyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Grupların psikolojik fonksiyon puan değerleri incelendiğinde 3. ölçüm için müdahale grubunun puan ortancasının (34.00) kontrol grubundan (31.00) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarında psikolojik fonksiyon puanlarının ölçümlere göre değişimi incelendiğinde; müdahale grubundaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2=17.762$; $p<0.001$). Benzer şekilde kontrol grubunda da psikolojik fonksiyon puan ölçümlerinin zamana bağlı değişimi anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=16.783$; $p<0.001$). Farklılığı oluşturan değerin 2. ölçümden kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Hastalara verilen danışmanlık sonrasında gruplar arasında tüm ölçümler için genel iyilik hali puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Grupların genel iyilik hali puan değerleri incelendiğinde 3. ölçüm için müdahale grubunun puan ortancasının (17.00), kontrol grubundan (14.00) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarında genel iyilik hali puanlarının ölçümlere göre değişimi incelendiğinde, müdahale grubundaki puan ortancalarının değişimi istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilmiştir ($\chi^2=7.200$;

p=0.027). Benzer şekilde kontrol grubunda da genel iyilik hali ölçümlerinin değişimi anlamlı bulunmuştur ($\chi^2$=12.675; p=0.002). Gruplarda farklılığı oluşturan değerin, hastalara kemoterapi tedavisi uygulamadan önce yapılan 1. ölçümden kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastalara verilen danışmanlık sonrasında gruplar arasında sosyal fonksiyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05). Müdahale ve kontrol gruplarında sosyal fonksiyon puan ölçümlerinin izlem sürecindeki değişimi incelendiğinde her iki gruptaki puan ortancalarının değişiminin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (p>0.05).

Hastalara verilen danışmanlık sonrasında gruplar arasında gastrointestinal semptomlar puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05). Müdahale ve kontrol gruplarında gastrointestinal semptomlar puan ölçümlerinin izlem sürecindeki değişimi incelendiğinde ise müdahale ($\chi^2$=16.667; p<0.001) ve kontrol ($\chi^2$=30.302; p<0.001) gruplarındaki puan ortalancalarının değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Farklılığı oluşturan değerin hastalara kemoterapi tedavisi uygulamadan önce yapılan 1. ölçümden kaynaklandığı saptanmıştır.

Müdahale ve kontrol gruplarında fonksiyonel yaşam ölçeğinin toplam puan değerlerinin grup içi ve gruplar arası karşılaştırmasına baktığımızda, grupların danışmanlık öncesi toplam FYÖ-K puan ortancaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05). Grupların FYÖ-K toplam puanlarının izlem sürecinde azaldığı bulunurken kontrol grubundaki bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05). Grupların danışmanlık sonrası toplam FYÖ-K puan ortancaları incelendiğinde müdahale grubunun FYÖ-K'dan aldığı toplam puanın kontrol grubundan fazla olduğu bulunmuştur. İki grup arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

**Tablo 4.7.** Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların bazı demografik özellikleri ile FYÖ-K arasındaki ilişki (n=34).

| **Değişkenler** | **MG FYÖ-K** | **KG FYÖ-K** |
|---|---|---|
| Yaş | r= 0.490; | r= –0.127; |
| | p= 0.126 | p= 0.565 |
| Medeni Durum | ρ= 0.308; | ρ= 0.219; |
| | p= 0.467 | p= 0.623 |
| Eğitim Durumu | ρ= 0.326; | ρ= 0.209; |
| | p= 0.620 | p= 0.421 |
| Yaşadığı Yer | ρ= 0.307; | ρ= 0.214; |
| | p= 0.487 | p= 0.765 |
| Çalışma Durumu | ρ= 0.246; | ρ= 0.212; |
| | p= 0.056 | p= 0.503 |
| Meslek | ρ= 0.276; | ρ= 0.210; |
| | p= 0.159 | p= 0.444 |
| Başka Kronik Hastalık Varlığı | ρ= 0.523; | ρ= 0.263; |
| | p= 1.000 | p= 0.377 |
| Hastalığın Evresi | ρ= 0.263; | ρ= 0.203; |
| | p= 0.104 | p= 0.256 |
| Mastektomi | ρ= 0.316; | ρ= 0.195; |
| | p= 0.523 | p= 0.116 |
| Koruyucu Meme Cerrahisi | ρ= 0.314; | ρ= 0.200; |
| | p= 0.497 | p= 0.153 |

Tablo 4.7'de müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastalara, kemoterapiye başlamadan önce uygulanan fonksiyonel yaşam ölçeğinden aldıkları puanlar ile bazı demografik ve hastalık özellikleri arasındaki ilişkiye dair bulgular yer almaktadır. Tabloya göre müdahale ve kontrol grubuna ait değişkenler ile fonksiyonel yaşam ölçeğinden alınan toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

**Tablo 4.8.** Hastaların psikolojik, sosyal ve ekonomik alanda yaşadıkları değişiklikler ile FYÖ-K arasındaki ilişki (n=34).

| **Değişkenler** | **FYÖ-K** |
|---|---|
| Psikolojik Alan | r = –0.611<br>p<0.001 |
| Sosyal Alan | r = –0.159<br>p=0.369 |
| Ekonomik Alan | – |

Tablo 4.8'de hastaların psikolojik ve sosyal alanlarda yaşadıkları değişiklikler ile FYÖ-K puanları arasındaki ilişkiye dair bulgular yer almaktadır. Tabloya göre hastaların psikolojik alanda yaşadıkları olumsuz değişiklikler ile FYÖ-K puanları arasında ters yönde, anlamlı ve kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=–0.611$; $p<0.001$). Hastaların psikolojik alanda yaşadıkları değişiklikler arttıkça FYÖ-K puanlarında azalma olduğu belirlenmektedir. Hastaların sosyal alanda yaşadıkları değişiklikler ile FYÖ-K arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

### 4.1.3. Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, kemoterapi semptom değerlendirme ölçeği (KSDÖ) kullanılarak müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların kemoterapi tedavisi sonrası yaşadıkları semptomların sıklığı, şiddeti ve rahatsızlık derecesine ait bulguların grup içi ve gruplar arası puan karşılaştırmaları verilmiştir.

**Tablo 4.9.** Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların yaşadıkları semptomların sıklığının ölçümlere göre karşılaştırılması (n=34).

| Yaşanan Semptomlar | I. Ölçüm Sonucu | | | II. Ölçüm Sonucu | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | MG | KG | Test İstatistiği | MG | KG | Test İstatistiği |
| | n (%) | n (%) | p | n (%) | n (%) | p |
| Tedaviden önce bulantı kusma | 2 (18.18) | 3 (13.04) | 0.529* | 1 (9.09) | 6 (26.08) | 0.252* |
| Tedaviden sonra bulantı | 10 (90.91) | 21 (91.30) | 0.704* | 11 (100.0) | 22 (95.70) | 0.676* |
| Tedaviden sonra kusma | 2 (18.18) | 5 (21.74) | 0.596* | 2 (18.19) | 2 (8.70) | 0.389* |
| Kabızlık | 7 (63.64) | 10 (43.48) | 0.269& | 7 (63.63) | 10 (43.48) | 0.232* |
| İshal | 3 (27.27) | 5 (21.74) | 0.519* | 4 (36.36) | 4 (17.39) | 0.213* |
| Ağrı | 6 (54.55) | 9 (39.13) | 0.316* | 7 (63.63) | 13 (56.52) | 0.495* |
| Nefes darlığı | 2 (18.18) | 5 (21.73) | 0.596* | 2 (18.18) | 7 (30.43) | 0.375* |
| Enfeksiyon belirtileri | 3 (27.27) | 3 (13.04) | 0.288* | 2 (18.18) | 1(4.34) | 0.239* |
| Kanama veya morarma | 0 (0.00) | 0 (0.00) | – | 1 (9.09) | 3 (13.04) | 0.611* |
| El, ayaklarda iğnelenme, uyuşma | 2 (18.18) | 5 (21.73) | 0.596* | 1 (9.09) | 7 (30.43) | 0.176* |
| Cilt veya tırnakla ilgili problemler | 0 (0.00) | 4 (17.39) | 0.191* | 8 (72.73) | 19 (82.61) | 0.404* |
| Saçlarda dökülme | 11(100.0) | 23(100.0) | – | 11(100.0) | 23 (100.0) | – |
| Ağız, boğazla ilgili problemler | 9 (81.82) | 16 (69.57) | 0.375* | 11 (100.0) | 17 (73.91) | 0.075* |
| İştahta değişme | 7 (63.64) | 8 (34.78) | 0.112* | 6 (54.55) | 13 (56.52) | 0.600* |
| Kilo kaybetme veya kilo alma | 4 (36.36) | 4 (17.39) | 0.213* | 2 (18.18) | 7 (30.43) | 0.375* |
| Gözlerle ilgili problemler | 1 (9.09) | 3 (13.04) | 0.611* | 4 (36.46) | 4 (17.39) | 0.213* |
| Halsizlik | 11 (100.0) | 21 (91.30) | 0.451* | 11 (100.0) | 22 (95.65) | 0.676* |
| Olağanüstü yorgunluk hissetme | 4 (36.36) | 6 (26.08) | 0.409* | 1 (9.09) | 2 (8.69) | 0.704* |
| Uyuma güçlüğü | 4 (36.36) | 13 (56.52) | 0.463& | 5 (45.52) | 13 (56.52) | 0.812& |
| Baş ağrıları | 10 (90.91) | 14 (60.87) | 0.077* | 4 (36.36) | 7 (30.43) | 0.511* |
| Endişeli veya sıkıntılı hissetme | 6 (54.54) | 14 (60.86) | 0.505* | 3 (27.27) | 18 (78.27) | **0.007*** |
| Karamsar, üzüntülü hissetme | 5 (45.45) | 14 (60.87) | 0.316* | 4 (36.36) | 17 (73.91) | **0.042*** |
| Cinsel yaşamda değişme | 4 (36.36) | 11 (47.83) | 0.400* | 7 (63.63) | 9 (39.13) | 0.331& |
| Adetlerinizde değişme | 2 (18.18) | 4 (17.39) | 0.650* | 4 (36.36) | 5 (21.74) | 0.307* |

*: Fisher Exact Test istatistiği sonucudur. ; &: Continuity Correction test sonucudur.

Tablo 4.9'da müdahale ve kontrol grubundaki hastaların yaşadıkları semptomların izlem sürecindeki sıklıkları yönünden değişimine ait bulgular yer almaktadır.

Müdahale ve kontrol gruplarında yaşanan semptomların sıklığı karşılaştırıldığında, hastaların "karamsar ve üzüntülü hissetme" sıklığının 2. ölçümde gruplar arasında anlamlı miktarda farklı olduğu bulunmuştur (p=0.042). Kontrol grubunda kendini karamsar ve üzüntülü hissedenlerin oranı %73.91 (n=17) artarken, müdahale grubunda ise %36.36 (n=4) azaldığı belirlenmiştir.

Tabloda hastaların "endişeli veya sıkıntılı hissetme" sıklığının 2. ölçümde gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0.007). Kontrol grubunda kendini endişeli veya sıkıntılı hissedenlerin oranı %78.27 (n=18) artarken, müdahale grubunda %27.27 (n=3) azaldığı saptanmıştır.

Tablo 4.9'da tedaviden önce bulantı-kusma, tedaviden sonra kusma, tedaviden sonra bulantı, kabızlık, ishal, ağrı, nefes darlığı, enfeksiyon belirtileri, kanama veya morarma, ellerde ve ayaklarda iğneleme ve uyuşma, cilt ve tırnaklarla ilgili sorunlar, saçlarda dökülme, ağız ve boğazla ilgili problemler, iştahta değişme, kilo kaybetme veya kilo alma, gözlerle ilgili problemler, halsizlik, olağanüstü yorgunluk hissetme, uyuma güçlüğü, baş ağrısı, cinsel hayatta değişim, adet düzeninde değişme semptomlarının sıklığında birinci ve ikinci ölçümler için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (p>0.05).

**Tablo 4.10.** Müdahale grubundaki hastaların yaşadıkları semptomların sıklıklarının izlem sürecindeki değişiminin karşılaştırılması (n=11).

| Yaşanan Semptomlar | 1. Ölçüm | 2. Ölçüm | 3. Ölçüm | Test İstatistiği | |
|---|---|---|---|---|---|
| | n (%) | n (%) | n (%) | $\chi^2$ | p |
| Tedaviden önce bulantı kusma | 2 (18.18) | 1 (9.01) | 1 (9.01) | 0.667 | 0.717 |
| Tedaviden sonra bulantı | 10 (90.91) | 11 (100.0) | 10 (90.91) | 1.000 | 0.607 |
| Tedaviden sonra kusma | 2 (18.18) | 2 (18.19) | 2 (18.18) | 0.000 | 1.000 |
| Kabızlık | 7 (63.64) | 7 (63.63) | 3 (27.27) | 4.571 | 0.102 |
| İshal | 3 (27.27) | 4 (36.46) | 1 (9.09) | 2.333 | 0.311 |
| Ağrı | 6 (54.55) | 7 (63.63) | 3 (27.27) | 3.250 | 0.197 |
| Nefes darlığı | 2 (18.18) | 2 (18.18) | 1 (9.09) | 1.000 | 0.607 |
| Enfeksiyon belirtileri | 3 (27.27) | 2 (18.18) | 3 (27.27) | 0.400 | 0.819 |
| Kanama veya morarma | – | 1 (9.09) | 1 (9.09) | 2.000 | 0.368 |
| El, ayaklarda iğnelenme, uyuşma | 2 (18.18) | 1 (9.09) | 4 (36.36) | 2.333 | 0.311 |
| Cilt veya tırnakla ilgili problemler | 0 (0.00) | 8 (72.73) | 8 (72.73) | 14.222 | **0.001**[1] |
| Saçlarda dökülme | 11 (100.0) | 11 (100.0) | 11 (100.0) | – | – |
| Ağız, boğazla ilgili problemler | 9 (81.82) | 11 (100.0) | 6 (54.54) | 6.333 | **0.042**[2] |
| İştahta değişme | 7 (63.64) | 6 (54.55) | 3 (72.7) | 2.000 | 0.368 |
| Kilo kaybetme veya kilo alma | 4 (36.36) | 2 (18.18) | 4 (36.36) | 2.667 | 0.264 |
| Gözlerle ilgili problemler | 1 (9.09) | 4 (36.36) | 2 (18.18) | 2.333 | 0.311 |
| Halsizlik | 11 (100.0) | 11 (100.0) | 10 (90.90) | 2.000 | 0.368 |
| Olağanüstü yorgunluk hissetme | 4 (36.36) | 1 (9.09) | 1 (9.09) | 4.500 | 0.105 |
| Uyuma güçlüğü | 4 (36.36) | 5 (45.52) | 3 (27.3) | 1.500 | 0.472 |
| Baş ağrıları | 10 (90.91) | 4 (36.36) | 3 (27.27) | 10.750 | **0.005**[3] |
| Endişeli veya sıkıntılı hissetme | 6 (54.54) | 3 (27.27) | 7 (63.63) | 5.200 | 0.074 |
| Karamsar, üzüntülü hissetme | 5 (45.45) | 4 (36.36) | 6 (54.54) | 1.200 | 0.549 |
| Cinsel yaşamda değişme | 4 (36.36) | 7 (63.63) | 7 (63.64) | 6.000 | **0.050**[4] |
| Adetlerinizde değişme | 2 (18.18) | 4 (36.36) | 1 (9.09) | 3.500 | 0.174 |

[1] 1. Ölçüm sonucu 2. ve 3. ölçüm sonucundan istatistiksel olarak farklıdır (sırasıyla z=3.266; p=0.003 ve z=3.266; p=0.003).
[2] 2. Ölçüm sonucu 3. ölçüm sonucundan istatistiksel olarak olarak farklıdır (z=2.500; p=0.037).
[3] 1. Ölçüm sonucu 2. ve 3. ölçüm sonucundan istatistiksel olarak farklıdır (sırasıyla z=2.598; p=0.028 ve z=3.031; p=0.007).
[4] Yapılan ikili grup karşılaştırmaları sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık çıkmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.10'da müdahale grubundaki hastaların yaşadıkları semptomların izlem sürecindeki sıklıkları yönünden değişimine ait bulgular yer almaktadır.

Müdahale grubundaki hastalara KSDÖ ile yapılan 3 farklı ölçüm ile ölçek sorularına verdikleri cevapların izlem sürecindeki değişimleri incelendiğinde "cilt ve tırnaklarda problem" yaşayan hastaların sıklığının değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2$=14.222; p=0.001). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan post-hoc test sonucunda 1. ölçüm değerinin, 2. ve 3. ölçümden farklı olduğu belirlenmiştir. Hastalardan hiçbiri ilk ölçümde cilt ve tırnaklarla ilgili problem yaşadığını belirtmemiştir.

Tablo 4.10'da "baş ağrıları" yaşayan hastaların sıklığının izlem sürecindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2$=10.750; p=0.005). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan post-hoc test sonucunda 1. ölçüm değerinin, 2. ve 3. ölçümden istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaşadığı baş ağrısının zamanla azaldığı görülmektedir.

"Ağız, boğazla ilgili problemler" yaşayan hastaların sıklığının zamana göre değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2$=6.333; p=0.042). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan post-hoc test sonucunda 2. ve 3. ölçüm arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (z=2.500; p=0.037).

Tabloda "cinsel yaşamda değişme" yaşayan hastaların sıklığının izlem sürecindeki değişimi sınırda anlamlı bulunmuştur ($\chi^2$=6.000; p=0.050). Yapılan ikili grup karşılaştırmaları sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir (p>0.05).

Hastaların yaşadıkları diğer semptomların sıklığının izlem sürecindeki değişimleri benzerdir (p>0.05).

**Tablo 4.11.** Müdahale grubundaki hastaların yaşadıkları semptomların şiddetinin ölçümlere göre değişimi (n=11).

| Yaşanan Semptomlar | 1. Ölçüm | 2. Ölçüm | 3. Ölçüm | Test İstatistiği | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Ortanca (ÇAG) | Ortanca (ÇAG) | Ortanca (ÇAG) | $\chi^2$ | p |
| Tedaviden önce bulantı kusma | 1.00 (NA) | 1.00 (NA) | 1.00 (NA) | – | – |
| Tedaviden sonra bulantı | 2.50 (2.0) | 2.00 (1.0) | 2.00 (1.0) | 0.250 | 0.882 |
| Tedaviden sonra kusma | 1.00 (NA) | 2.00 (NA) | 2.00 (NA) | – | – |
| Kabızlık | 1.00 (1.0) | 1.00 (1.0) | 1.00 (NA) | 2.000 | 0.368 |
| İshal | 1.00 (NA) | 1.00 (0.8) | 2.00 (NA) | – | – |
| Ağrı | 2.00 (1.0) | 1.00 (1.0) | 1.00 (NA) | – | – |
| Nefes darlığı | 1.00 (NA) | 1.50 (NA) | 1.00 (NA) | – | – |
| Enfeksiyon belirtileri | 1.00 (NA) | 1.00 (NA) | 1.00 (NA) | – | – |
| Kanama veya morarma | – | 2.00 (NA) | 1.00 (NA) | – | – |
| El, ayaklarda iğnelenme, uyuşma | 1.00 (NA) | 1.00 (NA) | 1.00 (0.8) | – | – |
| Cilt veya tırnakla ilgili problemler | – | 1.00 (1.0) | 1.00 (1.0) | – | – |
| Saçlarda dökülme | 3.00 (0.0) | 3.00 (0.0) | 3.00 (0.0) | 0.000 | 1.000 |
| Ağız, boğazla ilgili problemler | 1.00 (1.0) | 2.00 (1.0) | 1.00 (NA) | 5.692 | 0.058 |
| İştahta değişme | 1.00 (1.0) | 1.00 (NA) | 1.00 (NA) | 2.000 | 0.368 |
| Kilo kaybetme veya kilo alma | 1.00 (0,8) | 1.50 (NA) | 1.00 (0.8) | 0.000 | 1.000 |
| Gözlerle ilgili problemler | 1.00 (NA) | 1.00 (0.8) | 1.50 (NA) | – | – |
| Halsizlik | 2.00 (2.0) | 2.00 (0.0) | 2.00 (NA) | 0.250 | 0.882 |
| Olağanüstü yorgunluk hissetme | 1.50 (1.0) | 1.00 (NA) | 1.00 (NA) | – | – |
| Uyuma güçlüğü | 2.00 (2.0) | 1.00 (0.5) | 1.00 (NA) | 2.000 | 0.368 |
| Baş ağrıları | 1.00 (1.0 ) | 1.00 (NA) | 2.00 (NA) | 2.000 | 0.368 |
| Endişeli veya sıkıntılı hissetme | 1.50 (1.0) | 1.00 (NA) | 1.00 (NA) | 2.000 | 0.368 |
| Karamsar, üzüntülü hissetme | 1.00 (NA) | 1.00 (NA) | 1.00 (NA) | 2.000 | 0.368 |
| Cinsel yaşamda değişme | 1.00 (NA) | 1.00 (1.0) | 1.00 (1.0) | 2.000 | 0.368 |
| Adetlerinizde değişme | 1.00 (NA) | 1.00 (0.8) | 1.00 (NA) | – | – |

–: Yeterli veri olmadığından karşılaştırma yapılamamıştır.

Tablo 4.11'de müdahale grubundaki hastaların yaşadıkları semptomların izlem sürecindeki şiddeti yönünden değişimine ait bulgular yer almaktadır.

KSDÖ'den alınan yanıtlar müdahale grubu göz önüne alınarak değerlendirildiğinde, hastaların tüm semptomlardan duydukları şiddetin zamana göre değişimlerinin benzer sonuçlara sahip olduğu ve değişiklik göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

**Tablo 4.12.** Müdahale grubundaki hastaların yaşadıkları semptomların rahatsızlık derecesinin ölçümlere göre değişimi (n=11).

| **Yaşanan Semptomlar** | **1. Ölçüm** | **2. Ölçüm** | **3. Ölçüm** | **Test İstatistiği** | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Ortanca (ÇAG)** | **Ortanca (ÇAG)** | **Ortanca (ÇAG)** | **$\chi^2$** | **p** |
| Tedaviden önce bulantı kusma | 1.00 (NA) | 1.00 (NA) | 1.00 (NA) | – | – |
| Tedaviden sonra bulantı | 1.50 (2.0) | 1.00 (2.0) | 2.00 (1.0) | 1.625 | 0.444 |
| Tedaviden sonra kusma | 1.50 (NA) | 2.00 (NA) | 2.00 (NA) | – | – |
| Kabızlık | 1.00 (0.0) | 1.00 (1.0) | 1.00 (NA) | 3.000 | 0.223 |
| İshal | 1.00 (NA) | 0.50 (1.0) | 1.00 (NA) | – | – |
| Ağrı | 2.00 (1.3) | 1.00 (1.0) | 1.00 (NA) | – | – |
| Nefes darlığı | 0.50 (NA) | 1.00 (NA) | 1.00 (NA) | – | – |
| Enfeksiyon belirtileri | 3.00 (NA) | 1.00 (NA) | 1.00 (NA) | – | – |
| Kanama veya morarma | – | 2.00 (NA) | 1.00 (NA) | – | – |
| El, ayaklarda uyuşma | 0.50 (NA) | 1.00 (NA) | 1.00 (NA) | – | – |
| Cilt ile ilgili problemler | – | 1.00 (NA) | 1.00 (0.0) | – | – |
| Saçlarda dökülme | 2.00 (2.0) | 0.00 (1.0) | 0.00 (1.0) | 17.484 | **<0.001** |
| Ağız, boğazla ilgili problemler | 1.00 (0.5) | 1.00 (0.0) | 1.00 (0.5) | 4.667 | 0.097 |
| İştahta değişme | 1.00 (1.0) | 1.00 (1.3) | 1.00 (0.8) | 1.000 | 0.607 |
| Kilo kaybetme veya kilo alma | 1.00 (1.5) | 1.50 (NA) | 1.00 (1.5) | 0.000 | 1.000 |
| Gözlerle ilgili problemler | 1.00 (NA) | 1.00 (0.8) | 1.50 (NA) | – | – |
| Halsizlik | 1.00 (1.0) | 1.00 (1.0) | 1.50 (1.0) | 0.609 | 0.738 |
| Olağanüstü yorgunluk hissetme | 1.00 (1.5) | 1.00 (NA) | 2.00 (NA) | – | – |
| Uyuma güçlüğü | 1.00 (2.3) | 1.00 (NA) | 1.00 (NA) | 2.000 | 0.368 |
| Baş ağrıları | 1.00 (1.3) | 1.00 (0.8) | 1.00 (NA) | 2.000 | 0.368 |
| Endişeli veya sıkıntılı hissetme | 1.50 (1.0) | 1.00 (NA) | 1.00 (NA) | 4.000 | 0.135 |
| Karamsar, üzüntülü hissetme | 1.00 (1.0) | 1.00 (0.8) | 1.00 (NA) | 2.000 | 0.368 |
| Cinsel yaşamda değişme | 1.00 (NA) | 1.00 (NA) | 1.00 (NA) | – | – |
| Adetlerinizde değişme | 0.50 (NA) | 1 00 (0.8) | 0.00 (NA) | – | – |

–: Yeterli veri olmadığından karşılaştırma yapılamamıştır.

Tablo 4.12'de müdahale grubundaki hastaların yaşadıkları semptomların izlem sürecindeki rahatsızlık derecesi yönünden değişimine ait bulgular yer almaktadır.

KSDÖ'de müdahale grubunda rahatsızlık derecesi için yanıt alınan hastaların saç dökülmelerinden duydukları rahatsızlığın zamana göre değişim sonucundaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2$=17.484; p<0.001). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan post-hoc test sonucunda 1. ölçüm değerinin, 2. ve 3. ölçümden istatistiksel olarak anlamlı bir farka sahip olduğu belirlenmiştir (sırasıyla z=3.407; p=0.001 ve z=2.859; p=0.004). Hastaların saç dökülmelerinden duydukları rahatsızlığın ilk ölçümde daha fazla olduğu görülmektedir.

Ölçekte yanıtları alınan diğer değişkenler için hastaların duydukları rahatsızlığın izlem sürecindeki değişimleri ise benzerdir (p>0.05).

**Tablo 4.13.** Müdahale grubundaki hastaların yaşadıkları semptomların danışmanlık sonunda sıklık, şiddet ve rahatsızlık derecesi bakımından değerlendirilmesi (n=11).

| **Sıklığı Azalan Semptomlar** | **Şiddeti Azalan Semptomlar** | **Rahatsızlık Derecesi Azalan Semptomlar** |
|---|---|---|
| Tedaviden önce bulantı kusma | Tedaviden sonra bulantı | Ağrı |
| Kabızlık | Ağrı | Enfeksiyon belirtileri |
| İshal | Olağanüstü yorgunluk hissetme | Saçlarda dökülme |
| Ağrı | Uyuma güçlüğü | Endişeli veya sıkıntılı hissetme |
| Nefes darlığı | Endişeli veya sıkıntılı hissetme | Adetlerde değişme |
| Ağız, boğazla ilgili problemler | | |
| İştahta değişme | | |
| Halsizlik | | |
| Olağanüstü yorgunluk hissetme | | |
| Uyuma güçlüğü | | |
| Baş ağrısı | | |

Tablo 4.13'de müdahale grubundaki hastaların yaşadıkları semptomların danışmanlık sonunda sıklık, şiddet ve rahatsızlık derecesi bakımından değişimine ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.10'a göre danışmanlık müdahalesi sonunda tedaviden önce bulantı kusma, kabızlık, ishal, ağrı, nefes darlığı, ağız, boğazla ilgili problemler, iştahta değişme, halsizlik, olağanüstü yorgunluk hissetme, uyuma güçlüğü ve baş ağrısı semptomlarının sıklığında azalma bulunmuştur.

Tablo 4.11'e göre danışmanlık müdahalesi sonunda, tedaviden sonra bulantı, ağrı, olağanüstü yorgunluk hissetme, uyuma güçlüğü, endişeli veya sıkıntılı hissetme semptomlarının şiddetinde azalma bulunmuştur.

Tablo 4.12'ye göre danışmanlık müdahalesi sonunda, ağrı, enfeksiyon belirtileri, saçlarda dökülme, ağız, boğazla ilgili problemler, endişeli veya sıkıntılı hissetme ve adetlerde değişme semptomlarının rahatsızlık derecesinde azalma bulunmuştur.

### 4.1.4. Hastaların Danışmanlıkla İlgili Memnuniyetine İlişkin Bulgular

Bu bölümde müdahale grubundaki hastalara telefonla ve yüz yüze uygulanan danışmanlık sonrasındaki memnuniyet düzeyleri ve ifadelere yer verilmiştir.

**Tablo 4.14.** Müdahale grubundaki hastaların telefonla ve yüz yüze danışmanlık uygulamasına ilişkin memnuniyet düzeyleri (n=11).

| **Memnuniyet Anketi Soruları** | **n (%)** |
|---|---|
| Telefon ile yapılan danışmanlığın, kemoterapinin yan etkileriyle baş etme konusunda size yardımı oldu mu? | |
| Evet yardımı oldu | 8 (72.70) |
| Kısmen yardımı oldu | 3 (27.30) |
| Hiç yardımı olmadı | 0 (0.00) |
| Yapılan telefon görüşmelerinin sayısı yeterli miydi? | |
| Evet yeterliydi | 8 (72.70) |
| Daha çok olabilirdi | 3 (27.30) |
| Daha az olabilirdi | 0 (0.00) |
| Telefon ile yapılan danışmanlıktan memnuniyet düzeyiniz nedir? | |
| Çok memnun kaldım | 10 (90.90) |
| Biraz memnun kaldım | 1 (9.10) |
| Çok az memnun kaldım | 0 (0.00) |
| Hiç memnun kalmadım | 0 (0.00) |
| Telefonla danışmanlık uygulaması, meme kanseri hastalarının, kemoterapinin yan etkileriyle baş etmeleri için tek başına (yüz yüze danışmanlık olmaksızın) yeterli bir yöntem midir? | |
| Evet | 2 (18.20) |
| Hayır | 9 (81.80) |
| Yüz yüze yapılan danışmanlığın kemoterapinin yan etkileriyle baş etme konusunda size olan katkısını nasıl değerlendirirsiniz? | |
| Çok faydalandım | 11 (100.0) |
| Biraz faydalandım | 0 (0.00) |
| Çok az faydalandım | 0 (0.00) |
| Hiç faydalanmadım | 0 (0.00) |
| Yüz yüze yapılan danışmanlıktan memnuniyet düzeyiniz nedir? | |
| Çok memnun kaldım | 11 (100.0) |
| Biraz memnun kaldım | 0 (0.00) |
| Çok az memnun kaldım | 0 (0.00) |
| Hiç memnun kalmadım | 0 (0.00) |
| Yüz yüze danışmanlık uygulaması, meme kanseri hastalarının kemoterapinin yan etkileriyle baş etmeleri için tek başına (telefon görüşmeleri olmaksızın) yeterli bir yöntem midir? | |
| Evet | 5 (45.50) |
| Hayır | 6 (54.50) |

Tablo 4.14'de müdahale grubundaki hastalara, telefonla ve yüz yüze danışmanlık sonunda uygulanan memnuniyet anketindeki sorulara verdikleri yanıtlar yer almaktadır.

Tabloya göre hastaların tamamı yüz yüze verilen danışmanlıktan çok memnun kaldıklarını ve kemoterapinin yan etkileriyle baş etmelerinde çok yararlı olduğunu ifade etmişlerdir. Müdahale grubundaki hastaların tamamına yakını (%90.90) telefon ile yapılan danışmanlıktan çok memnun kaldıklarını belirtmişlerdir. Hastaların çoğunluğu (%72.70) telefonla yapılan danışmanlığın sayısını yeterli bularak kemoterapinin yan etkileriyle baş etmelerinde yardımcı olduğunu ifade etmişlerdir.

Müdahale grubundaki hastaların çoğunluğu telefonla (%81.80) ve yüz yüze (%54.50) danışmanlık uygulamalarını ayrı ayrı vermenin kemoterapinin yan etkileriyle baş etme konusunda yeterli olmayacağını belirterek birlikte uygulanması gerektiğini ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.15.** Müdahale grubundaki hastaların telefonla ve yüz yüze danışmanlık uygulamasına ilişkin sözel ifade örnekleri (n=11).

| **Hasta İfade Örnekleri** |
|---|
| "Siz benimle konuşmasaydınız bu kadar kolay giremezdim kemoterapiye". (Katılımcı 2) |
| "Sizin aramanızdan çok memnun kaldım tabiki ama keşke hastaneden birisi arasaydı". Hastanede bireysel yaklaşım yok. (Katılımcı 4) |
| "Sesini duyunca mutlu oluyorum. Yüz yüze görüşmek tabi daha iyi oluyor ama orada soracaklarımı unutuyorum. Telefonda da aklıma bir şey takılınca sorabiliyorum". (Katılımcı 7) |
| "O kadar çok mutluyum ki. Ayakta tutunma sebebim oldun. Yüz yüze görüşmek tabi telefondan daha iyi". (Katılımcı 8) |
| "Yüz yüze görüşmek daha samimi oluyor tabiki. Ama önemli olan birinin sorması ilgilenmesi çok güzel". (Katılımcı 9) |
| "Yüz yüze görüşmek daha iyi. Çocuklarım olduğu için telefonla rahat konuşamıyorum". (Katılımcı 6) |
| "Seninle konuşunca bana bir ferahlık oluyor". (Katılımcı 5) |

Tablo 4.15'de müdahale grubundaki hastaların telefonla ve yüz yüze danışmanlık uygulamasına ilişkin bazı ifadeleri yer almaktadır.

### 4.2. Nitel Bulgular

Bu bölümde müdahale grubundaki hastalara yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanarak yapılan bireysel görüşmeler sonucunda elde edilen nitel bulgular yer almaktadır. Bireysel görüşme yapılan 11 hasta 36-56 yaş aralığındadır.

Görüşmeler, hastalar kemoterapi kürlerini aldıktan bir hafta sonra telefonla yürütülmüştür. Görüşme süresi katılımcıya göre değişmekle birlikte ortalama 15 dakika (min:10; max:20) devam etmiştir. Her hasta ile birinci ve ikinci kemoterapi sonrasında iki görüşme yapılmıştır. Dökümü yapılan görüşme kayıtları araştırmacı tarafından okunmuş, RAM'a göre davranışlar, davranışları etkileyen uyaranlar ve baş etme yolları kapsamında üç başlık altında gruplandırılmıştır. Davranışlara neden olan uyaranlar ve baş etme yöntemleri görüşmelerin tamamı tekrar tekrar okunarak belirlenmiştir. Son görüşmenin dökümü yapıldıktan sonra bütün görüşmeler ortak bir formda toplanmıştır.

Hastalarla yapılan görüşmeler sonucundaki bulgular RAM'a göre üç ana tema şeklinde gruplandırılmıştır.

- **Tema 1:** "Müdahale grubundaki hastaların yaşadığı semptomlar" (1. ve 2. kemoterapi sonrası)
- **Tema 2:** "Müdahale grubundaki hastaların yaşadığı semptomları etkileyen uyaranlar" (1. ve 2. kemoterapi sonrası)
- **Tema 3:** "Müdahale grubundaki hastaların yaşadığı semptomlarla baş etme yöntemleri" (1. ve 2. kemoterapi sonrası)

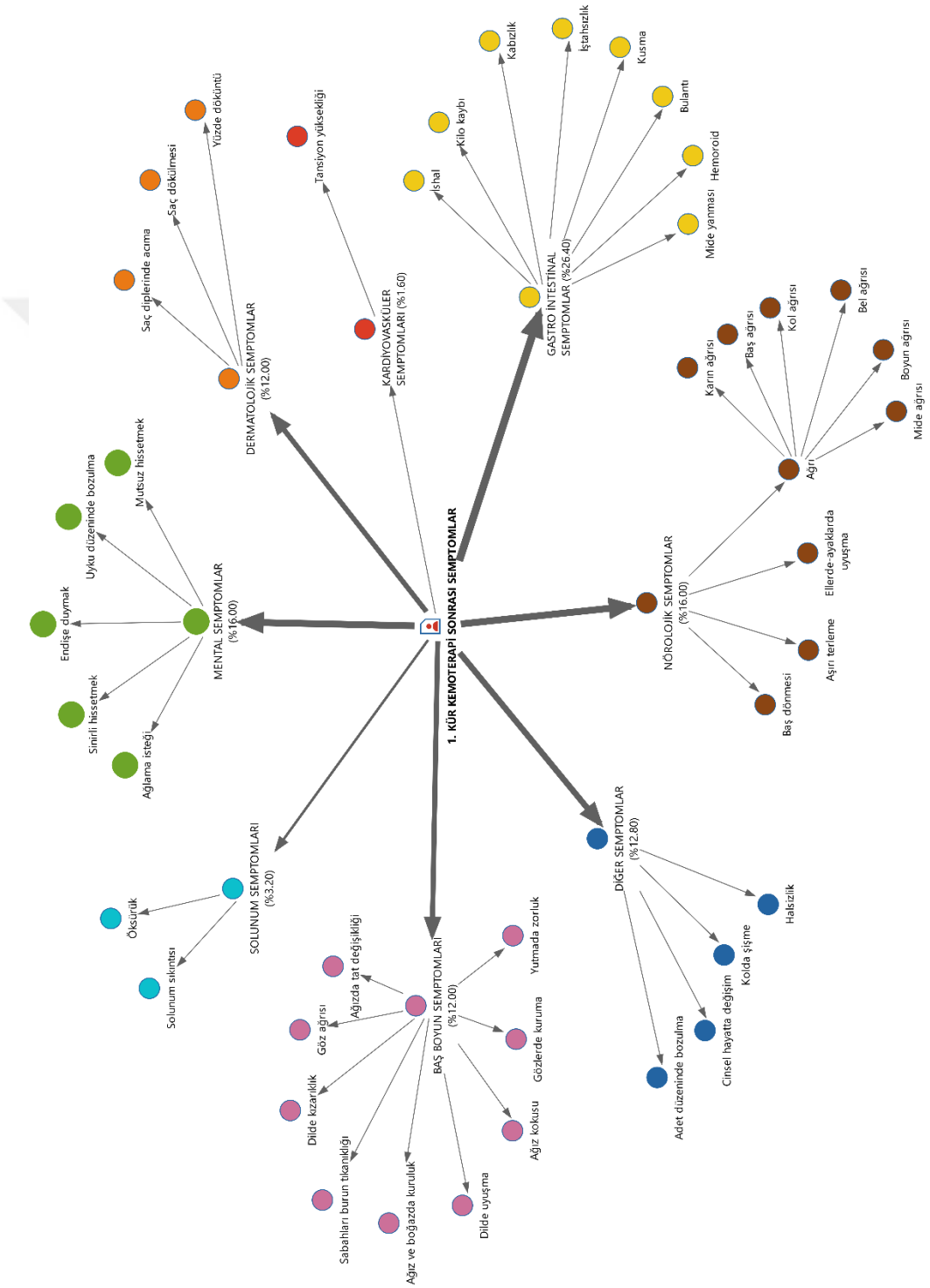
#### 4.2.1. Tema 1: Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşadığı Semptomlar

Müdahale grubundaki bireylerin 1. ve 2. kemoterapi sonrası davranışları sekiz başlık altında toplanmış ve Tablo 4.16'da sunulmuştur. Davranışların karşısında örneklem grubunda bu davranışı gösteren hastaların sayı ve yüzdeleri yer almaktadır.

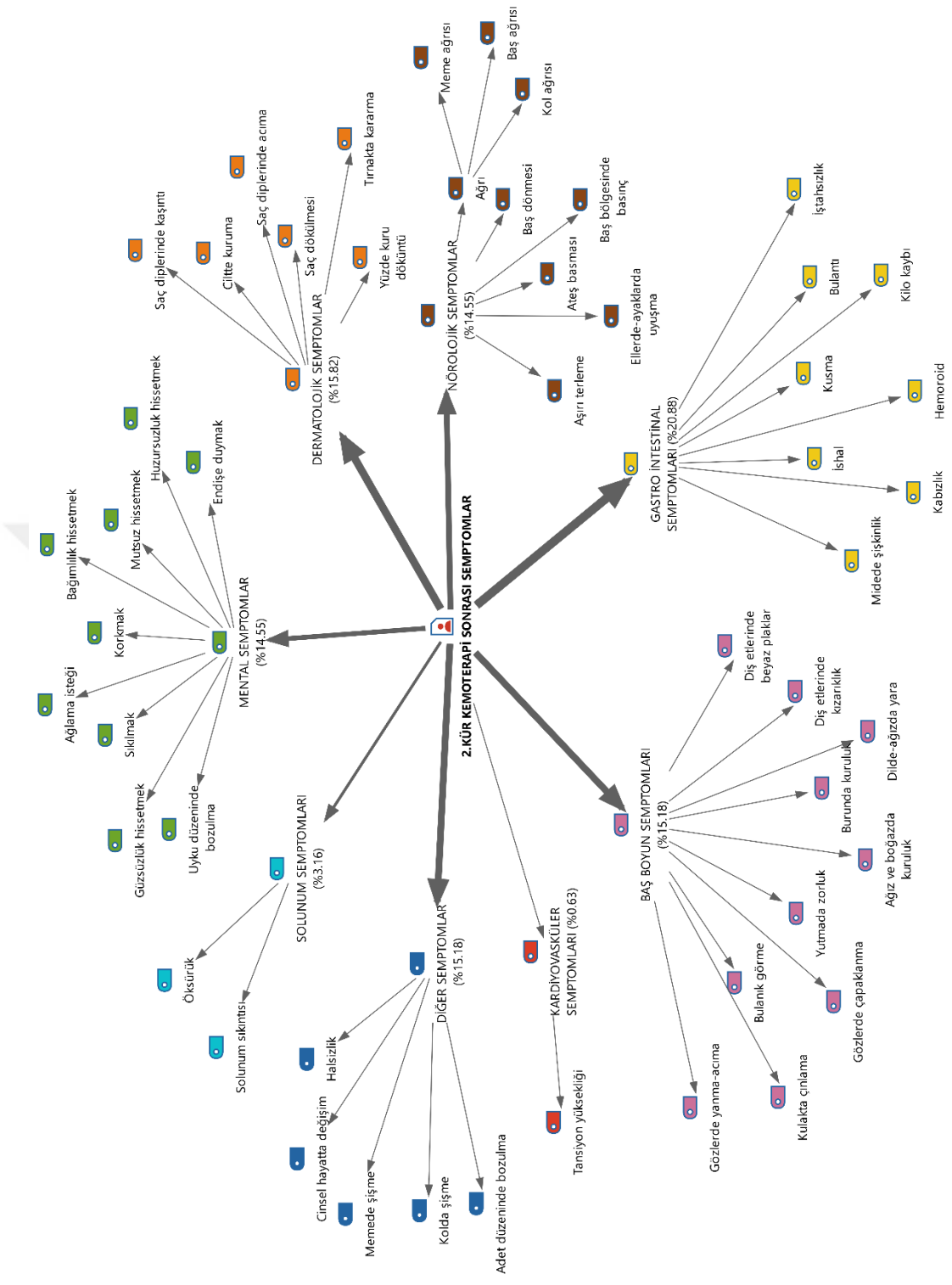
**Tablo 4.16.** Müdahale grubundaki hastaların kemoterapiler sonrası yaşadıkları semptomların dağılımı (n=11).

| Ana Temalar | 1. KT Sonrası Sayı (%) | Ana Temalar | 2.KT Sonrası Sayı (%) |
|---|---|---|---|
| **1. Baş Boyun Semptomları** | **15(%12.00)** | **1. Baş Boyun Semptomları** | **24(%15.18)** |
| Ağızda tat değişikliği | 2 | Ağız kokusu | 1 |
| Ağızda ve boğazda kuruluk | 6 | Ağızda ve boğazda kuruluk | 4 |
| Dilde uyuşma | 1 | Diş etlerinde kızarıklık | 2 |
| Yutmada zorluk | 1 | Diş etlerinde beyaz plaklar | 2 |
| Ağız kokusu | 1 | Dilde-ağızda yara | 3 |
| Sabahları burun tıkanıklığı | 1 | Yutkunma zorluğu | 2 |
| Dilde kızarıklık | 1 | Kulakta çınlama | 1 |
| Göz ağrısı | 1 | Burunda kuruluk | 2 |
| Gözlerde kuruma | 1 | Bulanık görme | 1 |
| **2. Solunum Semptomları** | **4(%3.20)** | Gözlerde yanma-acıma | 3 |
| Solunum sıkıntısı | 2 | Gözlerde çapaklanma | 3 |
| Öksürük | 2 | **2. Solunum Semptomları** | **5(%3.16)** |
| **3. Gastrointestinal Semptomlar** | **33(%26.40)** | Solunum sıkıntısı | 3 |
| Bulantı | 9 | Öksürük | 2 |
| Kusma | 4 | **3. Gastrointestinal Semptomlar** | **33(%20.88)** |
| İştahsızlık | 5 | Bulantı | 11 |
| Kilo kaybı | 3 | Kusma | 1 |
| Kabızlık | 8 | Kabızlık | 6 |
| İshal | 2 | İshal | 4 |
| Mide yanması | 1 | Midede şişkinlik | 2 |
| Hemoroid | 1 | Hemoroid | 1 |
| **4. Nörolojik Semptomlar** | **20(%16.00)** | Kilo kaybı | 3 |
| Ağrı | | İştahsızlık | 5 |
| Baş ağrısı | 7 | **4. Nörolojik Semptomlar** | **23(%14.55)** |
| Kol ağrısı | 5 | Ağrı | |
| Karın ağrısı | 1 | Baş ağrısı | 4 |
| Boyun ağrısı | 1 | Meme ağrısı | 5 |
| Bel ağrısı | 2 | Kol ağrısı | 2 |
| Mide ağrısı | 1 | Baş dönmesi | 3 |
| Baş dönmesi | 1 | Baş bölgesinde basınç | 2 |
| Ellerde-ayaklarda uyuşma | 1 | Ateş basması | 2 |
| Aşırı Terleme | 1 | Aşırı Terleme | 2 |
| **5. Dermatolojik Semptomlar** | **15(%12.00)** | Ellerde-ayaklarda uyuşma | 3 |
| Saç dökülmesi | 11 | **5. Dermatolojik Semptomlar** | **25(%15.82)** |
| Saç diplerinde acıma | 3 | Saç dökülmesi | 11 |
| Yüzde döküntü | 1 | Saç diplerinde acıma | 2 |
| **6. Kardiyovasküler Semptomlar** | **2(%1.60)** | Saç diplerinde kaşıntı | 2 |
| Tansiyon yükselmesi | 2 | Yüzde kuru döküntü | 2 |
| **7. Mental Sepmtomlar** | **20(%16.00)** | Ciltte kuruma | 6 |
| Endişe duymak | 5 | Tırnakta kararma | 2 |
| Mutsuz hissetmek | 3 | **6. Kardiyovasküler Semptomlar** | **1(%0.63)** |
| Ağlama isteği | 3 | Tansiyon yükselmesi | 1 |
| Sinirli hissetmek | 2 | **7. Mental Sepmtomlar** | **23(%14.55)** |
| Uyku düzeninde bozulma | 7 | Endişe duymak | 3 |
| **8. Diğer Semptomlar** | **16(%12.80)** | Ağlama isteği | 3 |
| Halsizlik | 9 | Uyku düzeninde bozulma | 4 |
| Kolda şişme | 2 | Huzursuzluk hissetmek | 2 |
| Cinsel hayatta değişim | 3 | Güçsüzlük hissetmek | 2 |
| Adet düzeninde bozulma | 2 | Mutsuz hissetmek | 2 |
| | | Sıkılmak | 2 |
| | | Korkmak | 3 |
| | | Bağımlılık hissetmek | 2 |
| | | **8. Diğer Semptomlar** | **24(%15.18)** |
| | | Halsizlik | 11 |
| | | Adet düzeninde bozulma | 3 |
| | | Cinsel hayatta değişim | 7 |
| | | Kolda şişme | 2 |
| | | Memede şişme | 1 |
| **Toplam** | **125 (%100)** | **Toplam** | **158 (%100)** |

Tablo 4.16'da kemoterapi sonrasında müdahale grubundaki hastalarla yapılan bireysel görüşmelerin sonucunda en sık karşılaşılan semptomların bulantı, kabızlık, ağrı, ağız içi kuruluk, iştahsızlık, saç dökülmesi, ciltte kuruluk, uyku düzeninde bozulma, endişe, halsizlik ve cinsel hayatta değişim olduğu belirlenmiştir.




**Şekil 5.1.** Müdahale grubundaki hastaların birinci kemoterapi sonrası yaşadıkları semptomların hiyerarşik yapısı.




**Şekil 5.2.** Müdahale grubundaki hastaların ikinci kemoterapi sonrası yaşadıkları semptomların hiyerarşik yapısı.

Birinci ve ikinci kemoterapi sonrasında müdahale grubundaki hastalarla yapılan bireysel görüşmeler sonucunda en sık karşılaşılan semptomlar Şekil 5.1 ve Şekil 5.2'de şematize edilmiştir. İkinci kemoterapi sonunda hastaların yaşadıkları semptomlarda artış görülmektedir.

### 4.2.2. Tema 2: Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşadığı Semptomları Etkileyen Uyaranlar

Kemoterapi sonrasında müdahale grubundaki hastalarların davranışlarını etkileyen odak uyaranın kemoterapi uygulamasının olmasıyla beraber etkileyen uyaranlara dair birçok neden saptanmıştır. Davranışlar ve uyaranlara ait bazı hasta ifadeleri Tablo 4.18 ve Tablo 4.19'de yer almaktadır. Müdahale grubundaki hastaların birinci kemoterapi sonrası yaşadığı semptomları etkileyen uyaranlar on, ikinci kemoterapi sonrası yaşadığı semptomları etkileyen uyaranlar ondört başlık altında toplanmış Tablo 4.17'de sunulmuştur. Uyaranların karşısında örneklem grubunda bu faktörlerden etkilenen hastaların sayısı ve yüzdeleri yer almaktadır.

**Tablo 4.17.** Müdahale grubundaki hastaların kemoterapiler sonrası yaşadıkları semptomları etkileyen uyaranların dağılımı (n=11)

| Ana Temalar | 1. KT Sonrası Sayı (%) | Ana Temalar | 2.KT Sonrası Sayı (%) |
|---|---|---|---|
| **1. Bulantı** | **16(%23.52)** | **1. Bulantı** | **14(%15.90)** |
| Kokular (yemek,deterjan,parfüm, sigara) | 7 | Kokular (yemek,deterjan,parfüm, sigara, kahve) | 7 |
| İlacını içmeyi unutmak | 1 | Su içmek | 1 |
| Yağlı yemekler | 3 | Yağlı yiyecekler tüketmek | 2 |
| Sıvı tüketmek (çay,su) | 3 | Ağız yarası | 1 |
| Kıl-tüy görmek | 1 | Ağızda tat değişikliği | 1 |
| Telefonla konuşmak | 1 | Diş enfeksiyonu | 1 |
| **2. Kabızlık** | **4(%5.88)** | Midede gaz | 1 |
| Sıvı alımında azalma | 1 | **2. Kabızlık** | **4(%4.54)** |
| Hareketsizlik | 1 | Hareketsizlik | 2 |
| Beslenme düzeninde değişiklik | 2 | Beslenme düzeninde değişiklik | 2 |
| **3. Ağrı** | **9(%13.23)** | **3. İshal** | **1(%1.13)** |
| **a) Kol Ağrısı** | | Ev dışında yemek yemek | 1 |
| Ameliyatlı memede şişlik | 1 | **4. Ağrı** | **7(%7.95)** |
| Ev işi yapmak | 1 | **a) Kol Ağrısı** | |
| Yağmurlu hava durumu | 1 | Ameliyat yerinde enfeksiyon | 1 |
| Kol hareketleri | 1 | Aynı pozisyonda yatmak | 2 |
| **b) Baş Ağrısı** | | Kol hareketleri | 1 |
| Tansiyon yükselmesi | 1 | **b) Baş Ağrısı** | |
| Gürültülü ortamda bulunma | 3 | Tansiyon yükselmesi | 1 |
| Sevmediği insanlarla aynı ortamda olmak | 1 | Kusma | 1 |
| **4. Saçlarda Dökülme** | **5(%7.35)** | Öksürük | 1 |
| Saçları taramak | 2 | **5. Saçlarda Dökülme** | **4(%4.54)** |
| Banyo yapmak | 2 | Saçları taramak | 2 |
| Saça dokunmak | 1 | Banyo yapmak | 2 |
| **5. İştahsızlık** | **6(%8.82)** | **6. Solunum Sıkıntısı** | **5(%5.68)** |
| Bulantı | 3 | Yürüyüş yapmak | 1 |
| Kusma | 3 | Sırtüstü yatmak | 2 |
| **6. Halsizlik** | **5(%7.35)** | Öksürük | 2 |
| Kusma | 1 | **7. Ağız Kokusu** | **1(%1.13)** |
| Bulantı | 1 | Diş enfeksiyonu | 1 |
| Hastalıkla ilgili konuşmak | 1 | **8. İştahsızlık** | **7(%7.95)** |
| Yürüyüş yapmak | 2 | Bulantı | 3 |
| **7. Uyuma Güçlüğü** | **3(%4.41)** | Kusma | 3 |
| Namaz kılamamak | 1 | Ağız yaraları | 1 |
| Bulantı ve kusma | 1 | **9. Tansiyonun Yükselmesi** | **1(%1.13)** |
| Saçların dökülmesi | 1 | Öksürük | 1 |
| **8. Ellerde Ayaklarda Uyuşma** | **2(%2.94)** | **10. Ellerde Ayaklarda Uyuşma** | **2(%2.27)** |
| Diyabet hastalığı varlığı | 1 | Uzun süre oturmak | 2 |
| Hareketsizlik | 1 | | |

**Tablo 4.17.** (devam). Müdahale grubundaki hastaların kemoterapiler sonrası yaşadıkları semptomları etkileyen uyaranların dağılımı (n=11)

| Ana Temalar | 1. KT Sonrası Sayı (%) | Ana Temalar | 2.KT Sonrası Sayı (%) |
|---|---|---|---|
| **9. Cinsel Hayatta Değişim** | **8(%11.76)** | **11. Halsizlik** | **6(%6.81)** |
| Kanser sebebini eşi olarak görmesi | 1 | Bulantı | 1 |
| Memenin olmaması | 1 | Kusma | 1 |
| Enfeksiyon korkusu | 1 | İştahsızlık | 1 |
| İsteksizlik | 3 | Engelli çocuğun varlığı | 1 |
| Doktor ve hemşirenin önerilerine uyma | 2 | Kalabalıkta oturmak | 1 |
| **10. Endişe ve Karamsarlık** | **10(%14.70)** | Televizyon izlemek | 1 |
| Diğer kürünün yaklaşması | 2 | **12. Uyuma Güçlüğü** | **6(%6.81)** |
| Saçların dökülmesi | 1 | Öksürük | 1 |
| Çocuklarına dair kaygılar | 2 | Gece idrara çıkmak | 1 |
| Gelecek kaygısı | 1 | Gece terlemek | 1 |
| Kanserin nüks kaygısı | 1 | Nefes darlığı | 1 |
| Yalnız kalmak | 1 | Halsizlik | 1 |
| Yan etkilerle ilgili korku | 2 | Uyku gelmeden yatmak | 1 |
| | | **13. Cinsel Hayatta Değişim** | **16(%18.18)** |
| | | İsteğin azalması | 6 |
| | | Eşin isteğinin azalması | 1 |
| | | Enfeksiyon korkusu | 3 |
| | | Halsizlik | 3 |
| | | Memenin olmaması | 1 |
| | | Yorgunluk | 1 |
| | | Ağrı | 1 |
| | | **14. Endişe ve Karamsarlık** | **14(%15.90)** |
| | | Diğer kürünün yaklaşması | 2 |
| | | Radyoterapi endişesi | 1 |
| | | Yan etkilerle ilgili korku | 3 |
| | | Doktora ulaşamamak | 1 |
| | | Aileye bağımlı olmak | 1 |
| | | İşten ayrılmak | 1 |
| | | Ev işi yapamamak | 1 |
| | | Menopoz korkusu | 1 |
| | | Çocuk sahibi olamama | 1 |
| | | Çocuklarının küçük olması | 1 |
| | | Bilgi eksikliği | 1 |
| **Toplam** | **68 (%100)** | **Toplam** | **88 (%100)** |

Tablo 4.17'de kemoterapi sonrasında müdahale grubundaki hastalarla yapılan bireysel görüşmeler sonucunda hastalarların yaşadıkları semptomları etkileyen uyaranlara baktığımızda, bulantı için kokular (yemek, parfüm, sigara…), saçlarda dökülme için banyo yapmak ve saç taramak, iştahsızlık için bulantı-kusma, cinsel yaşamdaki değişim için isteksizlik, endişe-karamsarlık için yan etkilerle ilgili korkular ve sonraki kemoterapi kürünün zamanının yaklaşması başta gelen sebeplerdir.

**Tablo 4.18.** Müdahale grubundaki hastaların birinci kemoterapi sonrası davranışları ve bunları etkileyen uyaranlara ilişkin sözel ifade örnekleri (n=11).

| **Davranış ve Uyaranlar** | **Sözel İfade Örnekleri** |
|---|---|
| **Davranış:** Bulantı ve Kusma<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:**<br>Bulantı İlacını İçmeyi Unutmak<br>Kokular<br>(yemek, çay, sigara, kahve) | "Ama çok çektim. Bulantı kusma çok yaşadım. Tüm dünyaya bakamadım. Bulantı ilacını almayı unutmuşum. Kusma ooo hem de nasıl… İçimde hiçbir şey olmadığı halde safra.. Hiçbirşey yiyemiyorum sürekli kusma. Acile geldim bana serum taktılar, o beni rahatlattı" (Katılımcı 1)<br>"Üç dört gün çok bulantım oldu. Tekrar hastaneye gittim kan değerlerine baktılar. İğne verdi, o iyi geldi. Kayısı suyu içtim, tavuk çorba suyu içtim. Sabahları bizim bahçede çok güzel eriklerim olmuş onlardan yedim. Yemek, çay, sigara, kahve her şey koktu. Mutfağa hiç girmedim. Çok sevdiğim sigaramdan oldum" (Katılımcı 8)<br>"Serum takviyesi hemen açtı beni. Yoksa açılacak gibi değildim. İstemediğim bir yemek kokusu falan olursa ben kafayı yiyorum, ölüyorum, bitiyorum. Böyle beynime kadar şişiyorum. O kadar kötü azap çekiyorum" (Katılımcı 11) |
| **Davranış:** Kabızlık<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:**<br>Beslenme Düzeninde Değişiklik<br>Hareketsizlik | "Öyle yüklü derecede bir kabızlığım olmadı. Beslenme düzenim değiştiği için oldu. Onu da sıcak suyla falan atlattım. İster istemez tabi yeme içmeyi değiştirince normale döndü. Kefirdi yoğurttu bunlarla normal her şey" (Katılımcı 3)<br>"Çok hareket etmediğimden oldu herhalde. Dört gün hiç asla tuvalete çıkamadım. Artık beşinci gün dedim ki çatlıycam herhalde. Sıcak suya oturunca, küçük küçük affedersin keçi pisliği gibi çıkartmaya başladım. Şimdi sıcak suya oturmayınca asla yapamıyorum. " (Katılımcı 11) |
| **Davranış:** İştahsızlık<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:**<br>Bulantı<br>Kokular | "Çok çok benimki çok ağır geçti. Beş gün halden çıktım ben. Koku, bulantı… doktorun verdiği hapları kullandım. Zaten hani hiç yiyemiyorum ki bulantım çok olduğu için. Kokuya hiç tahammül edemiyordum" (Katılımcı 6)<br>"İştahım tabi ki bitti hiç yok. Şimdi yemek yemesem umurum değil ama yiyorum. Zorla da olsa yediriyorlar. 5-6 kilo verdim. Yemek kokusu, yemekler kesinlikle yaklaşamadım mutfağa" (Katılımcı 11) |
| **Davranış:** Ağız İçi Kuruluk<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:**<br>Sıvı Alımında Azalma | "Çok yiyip içemiyorum ya ağzımın içinde bir sıkıntı kuruluk oldu öyle çok aşırı olmadı da. Karbonatlı tuzlu su, her gün onu yapıyorum zaten. O da sonra azaldı." (Katılımcı 9) |
| **Davranış:** Saç Dökülmesi<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:**<br>Banyo Yapmak<br>Saça Dokunmak | "Bugün tamamen kestirdim saçlarımı, tam sıfır değil asker traşı değilim. Elime geldi, yastıkta gördüm sonra bayağı bi baktım…yıkadıkça, elimi değdikçe geliyor, bugün netleşti. Kökten gelmiyor ama koparak geliyor" (Katılımcı 3) |

**Tablo 4.18.** (devam). Müdahale grubundaki hastaların birinci kemoterapi sonrası davranışları ve bunları etkileyen uyaranlara ilişkin sözel ifade örnekleri (n=11).

| Davranış ve Uyaranlar | Sözel İfade Örnekleri |
|---|---|
| **Davranış:** Ağrı (kol,baş)<br>**Odak Uyaran:** Meme Cerrahisi<br>**Etkileyen Uyaran:**<br>Hava Şartları<br>Kol Hareketleri<br>Sevmediği İnsanlarla Aynı Ortamda Olmak | "Şu ara kolumu kullanmadığımdan çok ağrım olmuyor ama sağ tarafıma yatamıyorum. Sağ tarafıma tam dönemiyorum, dönebilsemde orda bir gerginlik oluşuyor. Hava rüzgarlı ve yağmurlu olunca kolum ağrıyor. Yağmur geçince kol da rahatlıyor" (Katılımcı 3)<br>"Böyle iyi kişilerin, sözü dinlenecek kişilerin sohbetini seversem dinliyorum, seviyorum yani konuşmayı. Serinlik oluyor, ferahlık oluyor. Ama sevmediğim insan başımı ağrıtıyor. Benim kızın kaynanası geldi, gönderin şunu dedim" (Katılımcı 5) |
| **Davranış:** Halsizlik<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:** Yürüyüş Yapmak<br>Ev İçi Hareketler | "İlk beş gün halsizliğim çok fazlaydı, sonraki günler hafifledi. Halsizlikle yorgunluk aynı anda geldi. Yani önceleri daha uzun yürüdüğümde o kadar yorulmazken, daha kısa mesafede yorulmalar geldi. O zaman da dinlendim" (Katılımcı 4)<br>"Çok halsizlik oldu. O kadar halsizliğim oldu ki yatak odasından kalkıyorum mutfağa gidiyorum off off yoruldum böyle. Hiç yürüyüşe gidemedim" (Katılımcı 11) |
| **Davranış:** Uyku Düzeninde Bozulma<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:**<br>Saçların Dökülmesi,<br>Namaz Kılmamak | "Saçlarım tamamen döküldü. İnsanın ne kadar da olsa moralini bozuyor, etkiliyor yani. Uyuyamıyordum. Psikyatriste gittim uyumak için. Uykuya dalamıyordum, iyi geldi o ilaç, iyi geldi… kemoterapin bitince keseriz dedi" (Katılımcı 1)<br>"Uyumada biraz bazen güçlük çekiyorum. Ben namaz kılmayınca olur o genelde" (Katılımcı 3) |
| **Davranış:** Endişe Duymak<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:**<br>Gelecek Kaygısı<br>Kanserin Nüks Kaygısı<br>Yan Etkilerle İlgili Korku | "Karamsarlık olmaz olur mu… Tekrarlama olayı olur mu? İyileşebilir miyim? Başka yerimde bir şey çıkar mı?" (Katılımcı 7)<br>"Ev işlerini pek şeyedemiyorum, korkuyorum hani enfeksiyondan dolayı, toz toprak. (köyde yaşıyor) Eşim sağolsun yardım ediyor" (Katılımcı 10) |
| **Davranış:** Cinsel Hayatta Değişim<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:**<br>Enfeksiyon Korkusu | "Yani eşime yanaşmıyorum. Korkuyorum o konuda. Eşimde korkuyor enfeksiyondan. Hani tedavi sürecimizi tamamen yapalım bir aksaklık olmasın diye" (Katılımcı 7)<br>"Doktorun hemşirenin dediğine göre dikkat ediyoruz. Tabi o da var istememezlik, şeylik. Hem enfeksiyondan dolayı, hemde karşı tarafta falan kendimde de var isteksizlik, meme de ameliyatlı. Öyle aklıma bile gelmiyor" (Katılımcı 10) |

Tablo 4.18'de müdahale grubundaki hastaların birinci kemoterapi sonrasında yaşadıkları semptomlar ve bunları etkileyen faktörlere ait sözel ifade örnekleri yer almaktadır.

**Tablo 4.19.** Müdahale grubundaki hastaların ikinci kemoterapi sonrası davranışları ve bunları etkileyen uyaranlara ilişkin sözel ifade örnekleri (n=11).

| **Davranış ve Uyaranlar** | **Sözel İfade Örnekleri** |
|---|---|
| **Davranış:** Bulantı ve Kusma<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:**<br>Kokular (Deterjan, Parfüm,Ağız)<br>Yağlı Yemekler<br>Diş Enfeksiyonu | "Bulantım daha yoğundu. Bulantı hapı da içiyordum ama kokular böyle yemekler, baktığım herşeyde bulantım oldu" (Katılımcı 6)<br>"Bulantı çok oldu, beni çok etkiledi. Bulantı hapları verdiler ya onları kullandım. Elimden geldiği kadar aza az sık sık yedim. Deterjan gibi, parfüm gibi kokular artırdı. Kusmamak için kendimi zor tuttum. Kokular ve yağlı yemekten uzak durdum tabi" (Katılımcı 7)<br>"Valla bu sefer çok ağır geçti ya mide bulantılarım, neden dişimden dolayı. Kaç sefer söyledim, idare et idare et dediler. O çıkan dişimin altları hep kanamış o da ağzımda koku yapıyor. Koku olduğu için midemin bulantısını hiç geçiremedim. Resmen ağzımın içinde bir küf var. Çok kustum, çok çıkarttım ama böyle yemek değil. Böyle affedersin safra gibi" (Katılımcı 8) |
| **Davranış:** Kabızlık<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:**<br>Hareketsizlik | "Kabızlık oldu bu ikincide biraz sıkıştırdı hani hareketler azaldı ya. Armut felan yedim, sıvı şeyler alınca da geçti sonra" (Katılımcı 10) |
| **Davranış:** Ağız İçi Kuruluk<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:** Bulantı Sıvı Alımını Azaltmak | "Ağzımda kuruluk oluyor. Ben zaten çok su içen bi insandım ama bulantıdan çok içemedim. Sakız hiç sevmem ama biraz biraz çiğneyip atıyorum şimdi" (Katılımcı 9) |
| **Davranış:** Saç Dökülmesi<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:** Banyo Yapmak | "İşte ilaçtan sonra oldu. Banyo yapınca döküldü. Kardeşimden ayrılmış gibi oldum. Uzundu taa belimdeydi. Cenaze gibi geldi, üzgünlük verdi bana. Kaldır şunu gözüm görmesin dedim kızıma" (Katılımcı 5) |
| **Davranış:** İştahsızlık<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:** Bulantı | İlk iki gün hiç kemoterapi almamış gibiydim. Üçüncü gün başladı bulantı. Az az bişeyler atıştırdıkça rahatladım ama bu sefer iştahım falan da gitti" (Katılımcı 7) |
| **Davranış:** Ağrı (Kol)<br>**Odak Uyaran:** Meme Cerrahisi<br>**Etkileyen Uyaran:** Kol Hareketleri | "Bu sefer biraz daha kolumun dikiş bölgesi ağrıyor. Şişme olmadı da daha çok hareket ettirdiğim için ağrım oldu" (Katılımcı 4).<br>"Kolumu hareket ettirirsem ağrım oluyor. İki salatalık doğrasam başlıyor zonk zonk. Elleme yorma beni diyor. Hiç kıpırdatmasam, iş yapmasam, dinlendirsem asla olmuyor. Hareket halinde hemen şişiyor, ameliyat yerim acı acı ağrıyor. Koluma sanki böyle maske vurmuş gibi, bişeyle kıstırmış gibi acıyor, geriliyor" (Katılımcı 11) |
| **Davranış:** Uyku Düzeninde Bozulma<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:** Gece Terlemek | "Bazen gece kalkıyorum ki üstüm ıslanmış ona uyanıyorum. Çok terliyorum. Üstümü değiştiriyorum" (Katılımcı 5) |
| **Davranış:** Ciltte Kuruluk<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:** Sabun Kullanmak | "Cildimde kuruluk oldu. Yüzüm pul pul döküldü. Yüz liralık kremler kullanıyorum banamısın demiyor. Sabun daha çok kurutuyor" (Katılımcı 3) |

**Tablo 4.19.** (devam). Müdahale grubundaki hastaların ikinci kemoterapi sonrası davranışları ve bunları etkileyen uyaranlara ilişkin sözel ifade örnekleri (n=11).

| **Davranış ve Uyaranlar** | **Sözel İfade Örnekleri** |
|---|---|
| **Davranış:** Halsizlik<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:**<br>Öksürük, Kalabalıkta Oturmak<br>Televizyon İzlemek, Bulantı | "Şimdi hiç konuşmaya halim yok. Çok ağladım ama doktora da çok ağladım… Ne olur beni bu öksürükten kurtarın. Çünkü beni çok yordu, çok halsiz bitkin düşürdü" (Katılımcı 1)<br>"Halsizlik ara ara oluyor, dinleniyorum geçiyor hemen. Çok fazla televizyona baktığım zaman, çok fazla kalabalıkta ortamda oturduğum zaman halsiz kalıyorum. Hemen çekiliyorum odama. Yani böyle konuşmak, onlarla sohbet beni güçsüzleştiriyor" (Katılımcı 2)<br>"Şu bulantım bi geçse, dizlerimin dermanı yok. Ayağa kalktım mı sanki düşecem gibi oluyor. Onun için fazla uzaklara gitmeyi merdiveni inip çıkmayı gözüm kesmiyor." (Katılımcı 5) |
| **Davranış:** Solunum Sıkıntısı<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:** Öksürük Sırt Üstü Yatmak | "Özellikle geceleri olan öksürük ameliyat olduğum gögüs kafesimi çok ağrıtıyordu, artık öksürükten o da bana nefes aldırmıyordu. Dün bugün bi parça azaldı" (Katılımcı 1).<br>"Böyle uzandığım zaman nefes darlığı oluyor. Sırtüstü uzanamıyorum yan ancak. Nefes darlığı bayağı var, öksürüğüm de var" (Katılımcı 6) |
| **Davranış:** Cinsel Hayatta Değişim<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:**<br>İsteksizlik<br>Enfeksiyon Korkusu<br>Halsizlik<br>Yorgunluk | "Cinsel hayatı sormasaydın iyiydi. Zaten çok aşırı bir hayatım olmuyor nadir. Önceden de öyleydi şimdi de öyle. Benim hep vardı o isteksizlik. Sadece kriterlerim çok değişti" (Katılımcı 3)<br>"İsteksizlik ve enfeksiyon korkusundan dolayı değişti. Şimdi herşeyden uzağım. Korkum var mesela, ya enfeksiyon kaparsam, ya bir şey olursa. Çocuklarım olduğu için hastanede falan yatmak istemiyorum. Dikkat etmek zorundayım" (Katılımcı 6)<br>"Eskisi gibi şey olamıyorsun tabi halsizlik yorgunluk oluyor. Çok da sıkıntılı bir durum yaşamadık" (Katılımcı 9) |
| **Davranış:** Endişe Duymak<br>**Odak Uyaran**: Kemoterapi<br>**Etkileyen Uyaran:**<br>Yan Etkilerle İlgili Korku<br>Kemoterapi Kürünün Yaklaşması<br>Bilgi Eksikliği | "Endişe bir önceki küre göre arttı. Kendimi daha kötü hissettim. Üçüncü kürden korktum yani. Kemoterapi aslında zehirli bir ilaç, daha da yordu vucudu. Üçüncüsünde daha da çok yorulacak diye düşünüyorum" (Katılımcı 4)<br>"Üçüncü kürü alacağım için, tekrar başa döneceğim diye endişeliyim" (Katılımcı 6)<br>"Bir kere şey yaptım kabak doldurdum. Yani kendim huzursuz oldum, eldiven giyerek yaptım. Bendeki ilaçlar elimden yemeklere geçer mi bilemiyorum. Acaba çoluğa çocuğa zararı olur mu diye" (Katılımcı 8) |
| **Davranış:** Mutsuz Hissetmek<br>**Odak Uyaran:** Kemoterapi, Meme Kanseri<br>**Etkileyen Uyaran:**<br>Ev İşlerine Katkı Sağlayamamak | "Biraz daha çöktüm psikolojik olarak mutsuzum. İster istemez isyan etmedim hiç Allah'a niye böyle oldum diye. Hani insan şey yapıyor yarım gibi kendini böyle eksik gibi hissediyor. Herkes işini gücünü bırakıp seninle ilgileniyor. Tabi daha bağımlı oluyorsunuz" (Katılımcı 7) |

Tablo 4.19'da müdahale grubundaki hastaların ikinci kemoterapi sonrasında yaşadıkları semptomlar ve bunları etkileyen faktörlere ait sözel ifade örnekleri yer almaktadır.

### 4.2.3. Tema 3: Müdahale Grubundaki Hastaların Yaşadığı Semptomlarla Baş Etme Yöntemleri

Kemoterapi sonrasında yapılan görüşmeler sonucunda en sık karşılaşılan semptomlar ile hastaların baş etme yöntemleri hastaneye başvuru, uygulayıcının önerilerine uyma ve bireysel başa çıkma yöntemleri olarak üç ana tema altında Tablo 4.20'de toplanmıştır. Baş etme yöntemlerinin karşısında bunları kullanan hastala sayısı ve yüzdeleri yer almaktadır. Hastalarla yapılan görüşmeler sonrasında en sık yaşadıkları semptomlar ile baş etme yöntemlerine ait bazı hasta ifadeleri de Tablo 4.21 ve Tablo 4.22'de sunulmuştur.

**Tablo 4.20.** Müdahale grubundaki hastaların birinci kemoterapi sonrası yaşadığı semptomlarla baş etme yöntemleri (n=11).

| Ana Temalar | 1. KT Sonrası Sayı (%) | Ana Temalar | 2. KT Sonrası Sayı (%) |
|---|---|---|---|
| **1. Hastaneye Başvuru** | **8 (%7.33)** | **1. Hastaneye Başvuru** | **7(%5.93)** |
| Medikal tedaviden yararlanma | 8 | Medikal tedaviden yararlanma | 7 |
| **2. Semptomlara Yönelik Uygulayıcının Önerilerine Uyma** | **83(%76,16)** | **2. Semptomlara Yönelik Uygulayıcının Önerilerine Uyma** | **91(%77.13)** |
| **a) Baş Boyun Semptomlarına Yönelik Öneriye Uyma** | **15(%13.76)** | **a) Baş Boyun Semptomlarına Yönelik Öneriye Uyma** | **18(%15.25)** |
| Karbonatlı gargara yapma | 9 | Karbonatlı gargara yapma | 7 |
| Diş fırçalamak | 3 | Diş fırçalamak | 6 |
| Sakız çiğnemek | 2 | Sakız çiğnemek | 2 |
| Sıvı tüketimini artırmak | 1 | Sıvı tüketimini artırmak | 3 |
| **b) Gastro İntestinal Semptomlara Yönelik Öneriye Uyma** | **33(%30.27)** | **b) Gastrointestinal Semptomlara Yönelik Öneriye Uyma** | **23(%19.49)** |
| Sıvı tüketimini artırmak | 7 | Sıvı tüketimini artırmak | 4 |
| Yürüyüş yapmak | 8 | Yürüyüş yapmak | 2 |
| Hastalığın seyrine yönelik beslenme planına uymak | 6 | Hastalığın seyrine yönelik beslenme planına uymak | 8 |
| Kötü kokulardan uzak durmak | 5 | Yağsız yemek tüketmek | 2 |
| Az az sık sık yemek | 4 | Kötü kokulardan uzak durmak | 4 |
| Yağsız yemek tüketmek | 2 | Az az sık sık yemek | 3 |
| Kabızlıkta sıcak oturma banyosu | 1 | **c) Solunum Semptomlarına Yönelik Öneri** | **4(%3.38)** |
| **c) Solunum Semptomlarına Yönelik Öneriye Uyma** | **3(%2.75)** | Sigarayı bırakmak | 1 |
| Sigarayı bırakmak | 2 | Ballı ıhlamur içmek | 1 |
| Dinlenmek | 1 | Yüksek yastıkla yatmak | 1 |
| **d) Dermatolojik Semptomlara Yönelik Öneriye Uyma** | **15(%13.76)** | Öksürürken ameliyat bölgesini yastıkla desteklemek | 1 |
| Saç kesimi | 9 | **d) Dermatolojik Semptomlara Yönelik Öneriye Uyma** | **14(%11.86)** |
| Güneşten korunma | 2 | Saç kesimi | 2 |
| Hijyene dikkat etmek | 2 | Güneşten korunma | 4 |
| Saç aksesuarı takmak | 2 | Hijyene dikkat etmek | 1 |
| **e) Mental Sepmtomlara Yönelik Öneriye Uyma** | **10(%9.17)** | Saç aksesuarı takmak | 2 |
| Sosyal destekten yararlanmak | 6 | Nemlendirici krem kullanmak | 5 |
| Psikiyatristle görüşmek | 2 | **e) Mental Sepmtomlara Yönelik Öneriye Uyma** | **9(%7.62)** |
| Yürüyüş yapmak | 2 | Sosyal destekten yararlanma | 6 |
| **f) Diğer Semptomlara Yönelik Öneriye Uyma** | **7(%6.42)** | Solunum egzersizi yapmak | 1 |
| Cerrahi geçirilen tarftaki kolu korumak | 5 | Psikiyatristle görüşmek | 2 |
| Kol egzersizi yapmak | 2 | **f) Diğer Semptomlara Yönelik Öneriye Uyma** | **23(%19.49)** |
| **3. Bireye Özel Başa Çıkma Yöntemleri** | **18(%16.51)** | Cerrahi geçirilen tarftaki kolu korumak | 6 |
| Kendini motive etmek | 3 | Kolu yastıkla desteklemek | 2 |
| Sosyal çekilme | 4 | Kol egzersizi yapmak | 1 |
| Hastalığı yok sayma | 4 | Dinlenme | 6 |
| Uyumak | 1 | Sosyal destekten yararlanmak | 6 |
| Ağrıya yönelik sıcak uygulama | 1 | Ev içinde pasif hareketler yapmak | 2 |
| Bitki çayı içmek | 1 | **3. Bireye Özel Başa Çıkma Yöntemleri** | **20(%16.94)** |
| Örgü örmek | 1 | Kendi motive etmek | 5 |
| Kader diyerek kabul etmek | 2 | Sosyal çekilme | 4 |
| Namaz kılmak | 1 | Ağlamak | 2 |
| | | Kitap okumak | 2 |
| | | İşe gitmek | 1 |
| | | Televizyon seyretmek | 2 |
| | | Kader diyerek kabul etme | 2 |
| | | Namaz kılmak | 1 |
| | | Dua etmek | 1 |
| **Toplam** | **109 (%100)** | **Toplam** | **118 (%100)** |

Tablo 4.20'de müdahale grubundaki hastalarla yapılan bireysel görüşmeler sonucunda hastalarların yaşadıkları semtomlarla baş etme yöntemlerine baktığımızda, birinci kemoterapi sonrasında hastaneye başvurup medikal tedaviden yararlanan hasta sayısı 8 (%7.33), semptomlara yönelik uygulayıcının önerilerine uyan hasta sayısı 83 (%76.16), kendine özel başa çıkma yöntemleri uygulayan hasta sayısı 18'dir (%16.51). İkinci kemoterapi sonrasında hastaneye başvurup medikal tedaviden yararlanan hasta sayısı 7 (%5.93), semptomlara yönelik uygulayıcının önerilerine uyan hasta sayısı 91 (%77.13), kendine özel başa çıkma yöntemleri uygulayan hasta sayısı 20'dir (%16.94). Hastaların yaşadıkları semptomlarla baş etme yöntemlerinden başlıcaları; medikal tedaviden yararlanma, karbonatlı gargara yapma, sıvı tüketimini artırma, yürüyüş yapma, hastalığın seyrine yönelik beslenme planına uyma, saç kestirme, sosyal destekten faydalanma, cerrahi geçirilen tarftaki kolu koruma, kendini motive etme ve dinlenme olduğu bulunmuştur.

**Tablo 4.21.** Müdahale grubundaki hastaların birinci kemoterapi sonrası yaşadığı semptomlarla baş etme yöntemlerine ilişkin sözel ifade örnekleri (n=11).

| Semptom | Baş Etme Yöntemleri | Sözel İfade Örnekleri |
|---|---|---|
| Ağızda Tat Değişikliği | Diş Fırçalamak | "Günde 3-4 sefer dişimi fırçalıyorum. Sürekli ağzımın içinde koku varmış gibi oluyor. Sanki böyle iğne tadı gibi serum tadı gibi bişeyler geliyor ağzımın içine" (Katılımcı 2) |
| Saç Dökülmesi | Saç Kesimi<br><br>Saç Aksesuarı Takmak<br><br>Kendini Motive Etmek | "2-3 gün önce tel tel geliyordu şimdi avuç avuç gelmeye başladı. Saçlarımın dibi acımaya başladı. Bi fırçalayım dedim tersinden belki iyi gelir. Bir baktım fırçaya bayağı bi gelmeye başladı. Benimki herhalde erken oldu. Şimdi sıfıra vurdurcam. Bandana takmaya başlayacağım" (Katılımcı 2)<br>"Şimdi saçımı kestim, dökülmeye başlamıştı. Buğün baktım arttı dökülme, öyle olunca saçımı kendim sıfıra vurdum. Evde makina vardı. Saçıma, kafama bişey takmayı da hiç sevmem. Ne yapacağım bilmiyorum" (Katılımcı 4)<br>"Saçlarıma kızım çok üzüldü. O tepki verdi. Yani onun psikolojisi açısından üzüldüm de o da alıştı şimdi. Herkes benim kel kafamı daha çok beğeniyor. Kafamın yapısı da çok güzelmiş bide ben onu ögrendim" (Katılımcı 7) |
| Kabızlık | Yürüyüş Yapmak<br><br>Hastalığın Seyrine Yönelik Beslenme Planına Uymak | "Çok fazla kabızlık yaşamadım. 1-2 gün oldu sonra yürüyüşlerimi hızlandırdım. Biraz daha fazla yürümeye başlayınca gayet normal çıkabildim tuvalete. Şu anda bile yürüyorum" (Katılımcı 2)<br>"Kabızlık oluyordu. Öyle çok sıkıntılı olmadı, yaptım ara ara. Daha önceden de öyle sık sık çıkamazdım. Kalktım gezindim. Ara öğünlerde ayran, kiraz yedim. Ekmeğe fazla yüklenmedim, yemeği hep kaşıkla yedim" (Katılımcı 5)<br>"Kabızlığım oldu iki gün yaşadım. Kayısı suyu içtim bol bol ama düzeldi. Yani çok etkilemedi" (Katılımcı 8) |
| Ağızda Kuruluk | Sakız Çiğnemek<br><br>Sıvı Tüketimini Artırmak | "Ağzımda kuruluğum var. Bol bol su içiyorum. Sabah kalktığımda zaten o kuruluk yapışkanlık var. Sonra ben araştırdım bu normalmiş kemoterapiden sonra olması. Bunun normal olduğunu görünce üstünde durmadım. Sakız çiğniyorum" (Katılımcı 3)<br>"Ağız kuruluğu, dilde uyuşma yaşadım. Gece kalkıp bazen su içiyorum. Su içtim bol bol" (Katılımcı 4) |
| Bulantı | Az Az Sık Sık Yemek<br><br>Kötü Kokulardan Uzak Durmak | "Bulantı yemek yerken arttı daha ziyade. Az az yedim. Öyle midemi doldurmadım, zaten yiyemedimde. Aşırı yemedim, açlığı bastıracak kadar" (Katılımcı 4)<br>"Herkes o kadar dikkat ediyor ki yanımda nefes almıyorlar. Parfümler kalktı evin içinden. Binada parfüm sıkıp inenlere kadar şey yaptık. Benim kapımın önüne gelmesin parfümlü kimse. O gün çıkamıyorum evimden parfüm kokusundan" (Katılımcı 11) |
| Ağrı(Baş,Kol) | Medikal Tedaviden Yararlanma<br><br>Cerrahi Geçirilen Taraftaki Kolu Korumak<br><br>Kol Egzersizi Yapmak | "Baş ağrım ilk gün oldu. Sen parol kullanabilirsin demiştin, başkada kullanmadım geçti. Halbuki parol bana hiç etki etmezdi" (Katılımcı 3)<br>"Baş ağrım o süreçte çok oldu, ilaçtan sonra. Valla dayanmaya çalıştım ama en sonunda parol almak zorunda kaldım" (Katılımcı 6)<br>"Kolumu biraz yeni yeni kaldırıyorum, ağrıyor. Pek kaldırmıyorum yukarıya, taze ya. Doktor duvara tırman böyle dedi. Onları yapıyorum hareketleri " (Katılımcı 10) |
| Mutsuzluk | Sosyal Çekilme<br><br>Yürüyüş Yapmak | "Bazen üzüntülü hissediyorum, aglama modu geliyor. Dışarı çıkıp yürüyüş yapıyorum. Hiç kimseyle görüşmüyorum. Hiçkimseyle hastalığı konuşmak istemiyorum" (Katılımcı 3) |
| Endişe Duymak | Sosyal Çekilme | "Çocuklarımı hiçbiryere götüremiyorum. Ya sanki dört duvara kapandık gibi bişey oldu. Enfeksiyon için işte, onun için" (Katılımcı 6) |

Tablo 4.21'de müdahale grubundaki hastaların birinci kemoterapi sonrasında yaşadıkları semptomlarla baş etme yöntemlerine ilişkin sözel ifade örnekleri yer almaktadır.

**Tablo 4.22.** Müdahale grubundaki hastaların ikinci kemoterapi sonrası yaşadığı semptomlarla baş etme yöntemlerine ilişkin sözel ifade örnekleri (n=11).

| Semptom | Baş Etme Yöntemleri | Sözel İfade Örnekleri |
|---|---|---|
| Ağrı | Kolu Korumak<br>Sosyal Destekten Yararlanmak<br>Kolu Yastıkla Desteklemek | "Kolum biraz ağrıyor böyle. Ev süpürmüyorum, silmiyorum. Eşim yapıyor, annem yapıyor yani her şeyi onlar yapıyor. Ama yeri geldiği zaman lavobolarımı sol kolumla yıkamaya çalışıyorum, çamaşırlarımı katlıyorum. Hani kolumla ağır kaldırmıyorum, iteklemiyorum, sol elimle bezi yavaş sıkıyorum. Kendime bi yol buldum ben." (Katılımcı 7).<br>"Önce daha rahat kaldırıyordum, şimdi ağırlaşır gibi oldu kolum. Böyle bir kıvılcım gibi ağrı geliyor dirseğime kadar, elektriklenme. Onun harici zaten kolumu yormadım, iş yapmıyorum. Hiçbirşey yapmıyorum kesinlikle" (Katılımcı 8)<br>"Tabi yastıkla yatıyorum. Kolumu direk yere koyar mıyım. Yoksa arkası çok acıyor. Kolumu ileri geri yaparsam sürtüşüyor acıyor. Ama sabit tutarsam bişey olmuyor. Kolum böyle önümde duruyor sarılı gibi. Böyle sallaya sallaya yürüyemiyorum. Eski hop hop hareketlerim yok " (Katılımcı 11) |
| Üzüntü | Sosyal Çekilme<br>Ağlamak<br>Solunum Egzersizi Yapmak | "Üzüntülü hissetme durumuda biraz var. Sabah biraz ağladım. Sonra gittim balkona oturdum derin derin nefes aldım. Arkadaşlarımla eskisi gibi görüşemiyorum. Yani bilmiyorum hem görüşmek istiyorum hem istemiyorum. Belki saçımla alakalı olabilir. Başka bir sebebi yok. Yoksa beni arıyorlar" (Katılımcı 2) |
| Saç Dökülmesi | Peruk Takmak<br>Saç Aksesuarı Takmak<br>Saç Kesimi<br>Kendini Motive Etmek<br>Sosyal Destekten Yararlanmak | "Saçlarım böyle diken diken çok rahatsız ediyor beni, yatarken acayip batıyorlar. Peruk aldım. Hatta sana atayım resmimi" (Katılımcı 2)<br>"Sadece bi saçım döküldü onun için ağladım. Kapalıyım ama ne biliyim ağladım. Benim saçım çok kıymetliydi oldum olası. Hava atıyorum kızlara, hadi siz de kazıtın yüreğiniz varsa diyorum. Torunum kesti saçlarımı, yanımda delikanlı vardı ya o kesti" (Katılımcı 8) |
| Cilt Kuruluğu | Krem Kullanmak | "Tırnaklarımın kenarlarında etlerde yolunma oluyor, kuruyor öyle cilt kuruluğu oluyor işte. Nemlendirici fayda etmiyor vazelin kullanıyorum. Vazelin daha yağlı oluyor" (Katılımcı 10) |
| Halsizlik | Kendini Motive Etmek<br>Yürüyüş Yapmak | "Halsizliğim oldu ama birincisi kadar sarsılmadım. Çünkü bende biliyorum artık kemoterapinin ne olduğunu, daha rahat geçeceğini, korktuğum gibi bişey olmadığını biliyorum. Hatta şimdi diyorum üçüncüyü çok daha rahat geçireceğim. Hiçbişey olmayacak diyorum " (Katılımcı 2)<br>"Yürüyüş bayağı açıyor, iyi geliyor yani. Onun faydasını gördüm. İşlerimi yaptım o kadar da yatıp bişey yapamayacak durumda olmadım Allah'a şükür" (Katılımcı 9) |
| Sıkılmak | Kitap Okumak | "Çalışan bir insan olduğum için evde durmak beni daha çok bunalıma sokuyor. Daha çok kendimi dinliyorum. O zaman kitaplara veriyorum kendimi ama o da bazen yetersiz kalıyor" (Katılımcı 3) |

**Tablo 4.22.** (devam). Müdahale grubundaki hastaların ikinci kemoterapi sonrası yaşadığı semptomlarla baş etme yöntemlerine ilişkin sözel ifade örnekleri (n=11).

| Semptom | Baş Etme Yöntemleri | Sözel İfade Örnekleri |
|---|---|---|
| Ağızda Yara | Karbonatlı Gargara Yapmak Diş Fırçalamak | "Ağız yarası oluştu çok hafif. Geçen seferde oluşmuştu. Gargara yapıyorum, dişlerimi fırçalıyorum, tuzlu karbonatlı gargara yapıyorum" (Katılımcı 4) "Sürekli sabah akşam bebek fırçasıyla söylediğiniz gibi asla kanatmadan fırçalıyorum. 3-4 gün karbonat da kullandım ama şimdi yaklaşamıyorum. Yutmadığım bişey ama aşırı tiksindim. Çok itici iğrenç geliyor artık" (Katılımcı 11) |
| Ağız-Boğaz Kuruluğu | Sıvı Tüketimini Artırmak | "Biraz kuruluk oldu boğazımda ara ara. Hemen su içiyorum boğazım yumuşasın diye. Ilık su açık çay içiyorum" (Katılımcı 5) |
| Diş Etlerinde Kızarıklık | Diş Etlerinde Kızarıklık | "Diş etlerimde kızarma oldu. Sanki beyaz beyaz pamukçuk gibi ama gargara yapınca rahatlıyorum" (Katılımcı 7) |
| Uyku Düzeninde Bozulma | Televizyon İzlemek | "Uyuma güçlüğüm olmaya başladı. 02.30'da anca uyuyabildim. En fazla 6 saat falan uyuyorum. Çay da içmiyorum biliyorum yasak zaten. Akşam yatıyorum yatağa döne döne yatamıyorum. Televizyon açıp izliyorum." (Katılımcı 10) |

Tablo 4.22'de müdahale grubundaki hastaların ikinci kemoterapi sonrasında yaşadıkları semptomlarla baş etme yöntemlerine ilişkin sözel ifade örnekleri yer almaktadır.

# 5. TARTIŞMA

Kanser tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de ciddi bir sağlık problemidir. Sık görülmesi, ölüm ve sakatlık oranlarının yüksek olması kanseri önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmektedir (4). DSÖ tarafından yayınlanan verilere göre dünyadaki tüm ölüm nedenleri arasında kanser, kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (3). Meme kanseri, dünyada ve ülkemizde kadınlarda en sık görülen ve ikinci mortalite nedeni olan kanser türüdür (5). Dünyada yaklaşık iki buçuk milyon meme kanseri tanısı alan kadın bulunmaktadır (31). Ülkemizde kadınlardaki insidansı 43/100.000'dir, tüm kanser hastalarının yaklaşık %25'ini kapsamaktadır (5).

Dünyada ve ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanser türü olan meme kanseri tanısı almış hastalara kemoterapi tedavisi sırasında uygulanan RAM'a temellendirilmiş semptom yönetimi danışmanlığının, hastaların fonksiyonel durumlarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla niceliksel ve hastaların yaşadıkları semptomlara ilişkin görüşlerinin incelenmesi amacıyla niteliksel tasarımda karma yöntemde yürütülen çalışmanın sonucunda; müdahale grubundaki hastaların FYÖ-K toplam puanlarının danışmanlık sonrasında kontrol grubundan yüksek olduğu bu farkın istatistiksel anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kemoterapi semptomlarına uyum düzeylerinin kontrol grubundaki hastalara göre daha iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Bu durum, RAM'a göre verilen danışmanlık sayesinde müdahale grubundaki hastaların problemlerini daha iyi tanımlayabildikleri, meme kanseri ve kemoterapinin getirdiği problemlerin çözümüne yönelik davranış değişikliklerini yerine getirmek için başetme yöntemlerini kullanmaları ile açıklanabilir. Bu bölümde araştırmanın başlıca bulguları mevcut literatüre dayalı olarak tartışılmıştır.

## 5.1. Nicel ve Nitel Bulguların Tartışması

Nicel ve nitel bulguların tartışma başlıkları;

- Hastaların tanıtıcı özelliklere ilişkin bulguların tartışması,
- Hastaların kemoterapiye ilgili bilgi, inanç ve destek durumlarına ilişkin bulguların tartışması,
- FYÖ-K'ya ilişkin nitel ve nicel bulguların tartışması,

- KSDÖ'ye ilişkin nitel ve nicel bulguların tartışması,
- Hastaların danışmanlıkla ilgili memnuniyetine ilişkin nitel ve nicel bulguların tartışması, başlıkları altında incelenmiştir.

### 5.1.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışması

Bu bölümde, müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgulara ait dağılımların literatür bulgularıyla tartışması yer almaktadır.

Çalışmada yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, ağırlık durumları, hastalık tanıları, hastalık evreleri, metastaz durumları, uygulanan cerrahinin tipi ve kanser dışında kronik hastalık varlığı bakımından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ve hastaların bireysel özellikler açısından benzer olduğu görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3). Araştırmada, bireysel ve hastalık özelliklerine ilişkin bulgular arasında farklılık bulunmaması, müdahale ve kontrol grubu hastalar arasında eşlenikliğin sağlanması ve çalışmanın homojenliği açısından önem taşımaktadır. Kızılcı'nın çalışmasında (1999) hastaların yaş, cinsiyet ve medeni durumunun hastaların yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur (114). Benzer şekilde Heydarnejad (2011) kemoterapi alan kanserli hastalarla yaptığı çalışmada yaş, cinsiyet, medeni durum ve meslek özellikleriyle yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını saptamıştır (115). Gökgöz ve arkadaşlarının (2011) meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada, ilkokul mezunu hastaların daha iyi fiziksel fonksiyona sahip olduklarını bulunmuştur (116). Bu çalışmalardan farklı olarak Salonen (2011) meme kanserli hastalarla yaptığı çalışmada genç hastaların yaşlı olanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu saptanmıştır (117). Singh ve arkadaşları (2002), meme kanserli hastaların fonksiyonel durumlarını üç ay boyunca takip ettikleri çalışmada, iki taraflı mastektomi olan ve üçüncü evredeki hastaların fonksiyonel durumlarında daha çok azalma bulmuştur (118). Literatürde görüldüğü gibi tedaviye uyum sürecinde kişisel ve hastalığa ilişkin pek çok faktörün fonksiyonel durum üzerinde etkisi olabileceğinden müdahale ve kontrol grupları arasındaki benzerlik, verilen danışmanlığın etkisini açıkca ortaya koyabilmek açısından önemlidir.

### 5.1.2. Hastaların Kemoterapiye İlgili Bilgi, İnanç ve Destek Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışması

Bu bölümde, müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların kemoterapiye ilişkin bilgi, inanç ve destek durumlarıyla ilgili bulguların tartışması yer almaktadır.

Kanserin ilerlemesine ve uygulanan tedavi yöntemlerine bağlı olarak ortaya çıkan semptomlar, tedaviyi etkin bir şekilde sürdürmeyi ve yaşam kalitesini etkileyebileceği için sağlık personeli ve bunun yanında hastanın kendisi ve ailesi bu semptomlarla baş etme ile ilgili bilgi sahibi olmalıdır (78). Çalışmada hem müdahale hem de kontrol grubu hastaların tamamı kemoterapi ile ilgili bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Her iki grupda eğitimi hekim ile hemşireden aldıklarını belirten hastalar çoğunluktadır (Tablo 4.4). Bu durum kemoterapi ünitesinde çalışan hekim ve hemşireler tarafından hastalara kemoterapi almadan önce hastalıkları ve kemoterapi ile ilgili kısa bilgiler verilmesi ile ilişkilendirilebilir. Bununla birlikte, hemşirelerin onkoloji hemşireliğine yönelik eğitim görevlerini etkin ve yeterli şekilde yerine getirmediği, "hasta ve ailesine verdikleri herhangi bir bilgiyi" eğitim olarak kabul ettikleri ve plansız, materyal kullanmadan yapılan bu eğitimlerin etkinliğinin düşük olduğunu gösteren çalışma sonuçları da bulunmaktadır (22, 23, 24).

Çalışmamızdaki hastaların tamamına yakını kemoterapi tedavisinde yaşayacağı yan etkilerle baş edebileceğini ifade etmiştir (Tablo 4.4). Kemoterapi hakkında hastaların bilgi sahibi olmalarının ilaçlarla ilgili herhangi bir sorun yaşandığında neler yapabileceğini, nasıl başedebileceğini bilmeleri açısından fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Verilen bilgi desteğinin mevcut durumla hastaların nasıl başa çıkacağını öğreterek hastalık ve hastalığın seyri ile ilgili kontrol algısının artmasına yardımcı olacağı belirtilmiştir (119). Pınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2008) tedavi hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan hastaların genel iyilik hali ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu bulunmuştur (91). Bektaş ve Akdemir'in yaptıkları çalışmada da (2006) kanser hastalarının %83.0'ının tedavileri ile ilgili bilgi aldıkları belirtilmiş ve bilgi alanların %39.0'ının hekimden, %39.0'ının hekim ve hemşireden bilgi aldıkları bulunmuştur (80).

Sağlık koşullarının giderek bozulması, sıkıntıların süreklilik kazanması ve hastalıkla ilgili stres yaratan koşulların gittikçe artması özellikle kronik hastalığa sahip kişileri sosyal desteğe daha çok gereksinim duyar hale getirmektedir. Bu nedenle duygusal ve araçsal destek ile bilgilendirme yardımlarının, kanser gibi kronik hastalığı olan kişilerde yaşamsal önem taşıdığı belirtilmiştir (120). İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan sosyal destek sistemleri şeklinde tanımlanmıştır (9). Çalışmada hastaların destek alma durumu incelendiğinde; tamamı (%100.0) kemoterapi sırasında bakımına yardımcı olacak yakınlarının olduğunu ve sosyal, ekonomik, ruhsal açıdan desteklediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.4). Destek görmek bireyi katlanılması zor durumlarda cesaretlendirerek direnme gücünün artmasına yardımcı olmaktadır. Farklı kaynaklar hastaya değişik açılardan sosyal destek sağlamaktadır. Örneğin, hastanın eşi duygusal destek sağlarken, bir arkadaşı ekonomik açıdan destek verebilmektedir. Özellikle aileden alınan duygusal destek ile fiziksel ve psikolojik uyumun arttığı belirtilmiştir (119).

Kanser tanısı ve tedavisi sosyal destek ihtiyacını arttırırken kanser olmak sosyal damgalanmaya yol açarak sosyal desteğe en çok ihtiyaç duyulan zamanda desteğe ulaşımı azaltabilir. Kanser hastalarında sosyal desteğin azalmasının ise yaşam kalitesinde düşüşe ve daha fazla semptom yaşanmasına yol açtığı belirtilmiştir (121, 122). Literatürde aileden ve arkadaşlardan alınan desteğin yaşam kalitesini artırdığı, hastalığın olumsuz sonuçlarına karşı destekleyici görevi gördüğü belirtilmiştir (117, 123). Çalışmada hastaların sosyal alanda yaşadıkları başlıca değişiklikler ise sırasıyla rolleri yerine getirmede değişim (%79.41), yaşam tarzında değişim (%64.71), sosyal etkileşimin artması (%50.00) ve sosyal etkileşimin azalması (%41.18) olarak belirlenmiştir. Çalışmadaki hastaların yarısının sosyal etkileşimini azalttığı bulgusu literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmada hastaların psikolojik alanda yaşadıkları başlıca değişikliklerin sırasıyla stres (%82.35), endişe (%70.58), gelecek kaygısı (%70.58), hayal kırıklığı 18 (%52.94), öfke (%50.00), ölüm korkusu (%44.12) ve çabuk sinirlenme (%41.18) olduğu bulunmuştur. Hastaların büyük çoğunluğunun (%70.58) ekonomik alanda değişiklik yaşamadıkları bulunmuştur (Tablo 4.5). Aslan ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada, kanser hastalarının tedavi süresince kızgınlık (%35.0), endişe

(%37.9) ve sinirlilik (%39.8) gibi psikolojik belirtileri çok fazla yaşadıkları ifade edilmektedir (18). Hastalar sorunlarla baş etme sürecinde psikolojik destek almaları konusunda yönlendirilmeli ve mevcut sosyal destek kaynaklarını etkin şekilde kullanmaları konusunda teşvik edilmelidir. Sosyal desteğin kanser hastaları için faydalı olduğunu alınan desteğin psikiyatrik semptomları azaltarak hastalığa fiziksel ve psikolojik uyumu artırdığını belirten birçok çalışma vardır (124, 125). Kemoterapi uygulanma sürecinde ve sonrasında hastanın kapsamlı bir hemşirelik bakımına gereksinimi vardır. Yapılan araştırmalarda, meme kanserli hastalarda kemoterapiye bağlı olumsuz değişimlerin uygun hemşirelik girişimleriyle kontrol altına alınıp azaltılabileceği ve hemşirelik müdahaleleriyle hastanın fiziksel, psikososyal/sosyal destek sistemleri harekete geçirilerek anksiyete ve depresyonun önlenebileceği ortaya konulmuştur (107, 126).

### 5.1.3. FYÖ-K'ya İlişkin Nitel ve Nicel Bulguların Tartışması

Bu bölümde, müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların FYÖ-K'ya ilişkin nitel ve nicel bulguların tartışması yer almaktadır.

Kanser tedavisine bağlı olarak oluşan semptomlar, hastaların yaşam kalitesinde, günlük fonksiyonlarında ve kemoterapiye uyumlarında bazı güçlükleri de beraberinde getirebilmektedir. Hastaların yaşadıkları güçlüklerle baş edemeyerek fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz etkilendikleri, hatta tedavilerini yarıda bıraktıkları ifade edilmiştir (15, 108). Bu zorlanmalar karşısında hastanın fonksiyonel durumunun bozulmasının, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini, temel gereksinimlerini karşılamasını, günlük rollerini gerçekleştirmesini, sağlık ve iyilik durumunu sürdürmesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (80). Bu nedenle kanser tedavisinde tek amaç, hastalığın ortadan kaldırılması değil tedavi sonrası morbiditenin azaltılarak yaşam kalitesi ve fonksiyonel kapasitenin de arttırılması olmalıdır.

Çalışmada hastaların bireysel ve hastalık özelliklerine ait değişkenler (yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, çalışma durumu, meslek, başka kronik hastalık varlığı, hastalığın evresi) ile fonksiyonel yaşam ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Bu çalışmalardan

farklı olarak Gökgöz ve arkadaşlarının (2011) meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada, ilkokul mezunu hastaların fiziksel fonksiyonlarının daha iyi oldukları bulunmuştur (116). Singh ve arkadaşlarının (2002), meme kanserli hastaların fonksiyonel durumlarını üç ay boyunca takip ettikleri çalışmada, iki taraflı mastektomi olan ve üçüncü evredeki hastaların fonksiyonel durumlarında daha çok azalma bulunmuştur (118). Literatürde görüldüğü gibi kişisel ve hastalığa ilişkin pek çok faktörün fonksiyonel durum üzerinde etkisi olabileceği belirtilmektedir. Çalışmada uygulanan danışmanlık girişiminin hastalar üzerindeki etkisini ortaya koyabilmek açısından bireysel değişkenlerin FYÖ-K'dan alınan puanları etkilememesi araştırmanın güvenilirliği açısından önem taşımaktadır.

Çalışmada müdahale grubuna RAM'a göre verilen danışmanlık uygulaması ile üç kemoterapi boyunca izlenen hasta grupları arasında danışmanlık öncesi ölçümde, FYÖ-K'nın alt boyutlarından aldıkları toplam puanlar incelendiğinde tüm boyutlar ve toplam ölçek puanları arasında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Müdahale öncesinde gruplar arasındaki benzerlik çalışmanın homojenliği ve güvenilirliği açısından önem taşımaktadır.

Kemoterapinin tedavi edici etkilerinin yanı sıra neden olduğu fiziksel semptomların uzun süre devam etmesinin hastalarda psikososyal sorunlara neden olabileceği belirtilmiştir (15). RAM'da her bir uyum alanının birbiriyle etkileşim halinde olduğu birisinde olabilecek değişimin diğerlerini de etkileyeceği söylenmektedir (102). Çalışma sonuçlarına göre hastaların psikolojik alanda yaşadıkları değişiklikler ile FYÖ-K arasında ters yönde, anlamlı ve kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Hastaların psikolojik alanda yaşadıkları semptomlar arttıkça FYÖ-K puanlarında düşüş belirlenmiştir (Tablo 4.8). Aslan ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada da kanser hastalarının tedavi süresince kızgınlık (%35.0), endişe (%37.9) ve sinirlilik (%39.8) gibi psikolojik belirtileri çok fazla yaşadıklarını ifade ettikleri görülmüştür (18). Hastalara kemoterapi semptomlarıyle baş etme sürecinde psikolojik destek almaları ve mevcut sosyal destek kaynaklarını etkin şekilde kullanmaları konusunda yönlendirmenin psikolojik sıkıntıları azaltmada etkili olacağı düşünülmektedir.

Telefon görüşmeleri sırasında hastaların bu konuya ilişkin ifadelerinden bazıları aşağıda yer almaktadır;

- "Biraz daha çöktüm psikolojik olarak mutsuzum, ister istemez. İsyan etmedim hiç Allah'a niye böyle oldum diye. Hani insan şey yapıyor yarım gibi kendini böyle eksik gibi hissediyor. Herkes işini gücünü bırakıp seninle ilgileniyor. Tabi daha bağımlı oluyorsunuz" (Katılımcı 7)
- "Bazen üzüntülü hissediyorum, ağlama modu geliyor. Dışarı çıkıp yürüyüş yapıyorum. Hiç kimseyle görüşmüyorum. Hiçkimseyle hastalığı konuşmak istemiyorum" (Katılımcı 3)
- "Üzüntülü hissetme durumuda biraz var. Sabah biraz ağladım. Sonra gittim balkona oturdum derin derin nefes aldım. Arkadaşlarımla eskisi gibi görüşemiyorum. Yani bilmiyorum hem görüşmek istiyorum hem istemiyorum. Belki saçımla alakalı olabilir. Başka bir sebebi yok. Yoksa beni arıyorlar" (Katılımcı 2)

Kemoterapinin, meme kanserli hastaların fonksiyonel durumları üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (77). Çalışma sonuçlarına göre, müdahale ve kontrol gruplarının danışmanlık öncesi toplam puan ortanca değerleri bakımından arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Grupların danışmanlık sonrası toplam FYÖ-K puan ortalamaları incelendiğinde müdahale grubunun aldığı toplam puanın kontrol grubundan yüksek olduğu bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Cella ve arkadaşları (2002) kanser hastalarının yaşam kalitelerini ölçmeye yönelik yaptıkları çalışmada tanı konduktan sonra 2-3 ay izlenen hastaların %37'sinin sosyal, psikolojik, duygusal refah ve toplam fonksiyonel durum puanlarında önemli değişiklikler yaşandığı bulmuştur (87). Marco ve arkadaşlarının (2016) kemoterapi gören 139 meme kanserli hastanın fonksiyonlarını üç kemoterapi boyunca takip ettiği randomize kontrollü çalışma sonucunda mobil uygulama ile takibe alınan hasta grubun kemoterapi semptomlarına karşı farkındalıklarının arttığı böylece fonksiyonel durumlarının iyileştiği bulunmuştur (94). April ve arkadaşlarının (2018) kanser nedeniyle ağrı çeken 310 hastayla yaptıkları randomize kontrollü çalışma sonunda, ev ziyaretleriyle eğitim verilen ve ağrı koçluğu yapılan müdahale grubunun ağrılarının azaldığı ve fonksiyonel durumlarının iyileştiği bulunmuştur (121). Bruce ve arkadaşlarının (2019) 256 hastayla yaptıgı randomize kontrollü izlem çalışması sonucunda hastalara model

kullanarak uygulanan ağrı koçluğu uygulaması ile müdahale grubundaki hastaların ağrıdan kaynaklı sıkıntıları azaldığında ve ağrı kontrolleri sağlandığında fonksiyonel durumlarının iyileştiği bulunmuştur (14). Çalışmadan elde edilen sonuçların literatürle uyumlu olduğu ve hasta merkezli olan danışmanlık uygulamalarının hastaların fonksiyonel düzeyinin artması yönünde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu sonuçlara dayanarak "Kemoterapi alan meme kanserli hastalara Roy Adaptasyon Modeline temellendirilerek verilen semptom yönetimi danışmanlığının, hastaların fonksiyonel durumunu etkilemesi açısından müdahale ve kontrol grupları arasında fark vardır" şeklinde ifade edilen H1 hipotezi kabul edilmiştir.

Çalışmada müdahale grubuna RAM'a göre verilen danışmanlık uygulaması ile üç kemoterapi boyunca izlenen hasta grupları arasında gastrointestinal semptomlar puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Kemoterapik ilaçların farmokinetiğine bağlı olarak bazı semptomlar üzerinde değişiklik sağlanamaması beklenen bir durumdur. İzlem boyunca her iki grupta da GİS semptom boyutunda istatistiksel olarak anlamlı azalma oluştuğu görülürken müdahale grubunun toplam puan ortalamasının kontrol grubundan fazla olduğu bulunmuştur. Bu bulgu literatürde yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (80, 93).

Telefon görüşmeleri sırasında hastaların bu konuya ilişkin ifadeleri aşağıda yer almaktadır;

- "Ama çok çektim. Bulantı kusma çok yaşadım. Tüm dünyaya bakamadım. Bulantı ilacını almayı unutmuşum. Kusma ooo hem de nasıl… İçimde hiç bir şey olmadığı halde safra… Hiçbir şey yiyemiyorum sürekli kusma. Acile geldim bana serum taktılar, o beni rahatlattı" (Katılımcı 1)
- "Şu bulantım bi geçse, dizlerimin dermanı yok. Ayağa kalktım mı sanki düşecem gibi oluyor. Onun için fazla uzaklara gitmeyi merdiveni inip çıkmayı gözüm kesmiyor" (Katılımcı 5)
- "Herkes o kadar dikkat ediyor ki yanımda nefes almıyorlar. Parfümler kalktı evin içinden. Binada parfüm sıkıp inenlere kadar şey yaptık. Benim kapımın önüne gelmesin parfümlü kimse. O gün çıkamıyorum evimden parfüm kokusundan" (Katılımcı 11)

- "Serum takviyesi hemen açtı beni. Yoksa açılacak gibi değildim. İstemediğim bir yemek kokusu falan olursa ben kafayı yiyorum, ölüyorum, bitiyorum. Böyle beynime kadar şişiyorum. O kadar kötü azap çekiyorum" (Katılımcı 11)

Çalışmada müdahale grubuna RAM'a göre verilen danışmanlık uygulaması sonrasında hasta grupları arasında psikolojik ve fizyolojik fonksiyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Müdahale grubunun bu alanlardaki puan ortalamalarının kontrol grubundan fazla olduğu görülmüştür. Özdemir ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında kadınların erkeklere göre daha fazla semptom yaşamalarına rağmen fiziksel fonksiyonlarının daha iyi olduğu bulunmuştur. Bu durumun kadınların aile içinde üstlendikleri rollerden kaynaklanabileceğini belirtilmiştir. Aynı çalışmada psikolojik fonksiyonların evli katılımcılarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (93). Bektaş ve arkadaşları (2006), meme, akciger, ve kolon kanserli 56-65 yaş arası hastalarla yaptıkları çalışmada çoğunlukla meme kanseri tanısı alan kadınların fiziksel fonksiyonel puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur (80). Yukarda işaret edilen konuyla ilgili literatürde kadınların fiziksel ve psikolojik fonksiyonlarının çeşitli bireysel ve hastalığa özgü değişkenlerden etkilendiği görülmektedir. Çalışmada bu değişkenler bakımından gruplar arasında homojenliğin sağlanması sonuçların güvenilirliği açısından önemlidir. Bu durumda hastalara RAM'a göre verilen bireysel danışmanlık müdahalesiyle, fiziksel ve ruhsal iyilik halinin sağlandığı ve psikolojik semptomların azaltılacağı düşünülmektedir.

Fonksiyonel durumun değerlendirilmesi ile bireyin öz bakımını yapabilme yeteneği ve günlük yaşamındaki sosyal rollerini yerine getirebilme düzeyi ölçülebilmektedir (80). Aile ve arkadaş ilişkileri, iş veya ev sorumlulukları, fiziksel ve sosyal aktiviteler kemoterapi tedavisi alan kanser hastalarının ana kaygılarıdır (127). Çalışmada müdahale grubuna RAM'a göre verilen danışmanlık uygulaması sonrasında izlenen hasta grupları arasında genel iyilik hali ve sosyal fonksiyon boyutları toplam puan ortancaları bakımından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Yapılan araştırmalarda, meme kanserli hastalarda kemoterapiye bağlı olumsuz değişimlerin uygun hemşirelik girişimleriyle kontrol altına alınıp azaltılabileceği, hastanın fiziksel,

psikososyal/sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilerek genel iyilik hali ile yaşam kalitesinin iyileştirilebileceği ortaya konmuştur (85, 107, 126).

Telefon görüşmeleri sırasında hastaların bu konuya ilişkin ifadeleri aşağıda yer almaktadır;

- "Kolum biraz ağrıyor böyle. Ev süpürmüyorum, silmiyorum. Eşim yapıyor, annem yapıyor yani herşeyi onlar yapıyor. Ama yeri geldiği zaman lavobolarımı sol kolumla yıkamaya çalışıyorum, çamaşırlarımı katlıyorum. Hani kolumla ağır kaldırmıyorum, iteklemiyorum, sol elimle bezi yavaş sıkıyorum. Kendime bi yol buldum ben" (Katılımcı 7)
- "Böyle iyi kişilerin, sözü dinlenecek kişilerin sohbetini seversem dinliyorum, seviyorum yani konuşmayı. Serinlik oluyor, ferahlık oluyor. Ama sevmediğim insan başımı ağrıtıyor. Benim kızın kaynanası geldi, gönderin şunu dedim" (Katılımcı 5)
- "Bazen üzüntülü hissediyorum, aglama modu geliyor. Dışarı çıkıp yürüyüş yapıyorum. Hiç kimseyle görüşmüyorum. Hiç kimseyle hastalığı konuşmak istemiyorum" (Katılımcı 3)
- "Halsizlik ara ara oluyor, dinleniyorum geçiyor hemen. Çok fazla televizyona baktığım zaman, çok fazla kalabalıkta ortamda oturduğum zaman halsiz kalıyorum. Hemen çekiliyorum odama. Yani böyle konuşmak, onlarla sohbet beni güçsüzleştiriyor" (Katılımcı 2)
- "Çocuklarımı hiçbiryere götüremiyorum. Ya sanki dört duvara kapandık gibi birşey oldu. Enfeksiyon için işte, onun için" (Katılımcı 6)

Meme kanseri tanısı almak ve uzun tedavi süreçleri bireyin genel fonksiyonel düzeyini olumsuz yönde etkileyen, fiziksel sosyal ve ruhsal dengesini değiştiren zorlayıcı bir durumdur. Kemoterapi alan hastalara bakım veren hemşirelerin semptomların yönetimi ve fonksiyonel durumun artırılması için yapacağı bireysel hasta görüşmeleri sonrasında uygulayacağı hasta merkezli danışmanlıkla tedavi sürecinde anahtar rol üstleneceği düşünülmektedir.

### 5.1.4. KSDÖ'ye İlişkin Nitel ve Nicel Bulguların Tartışması

Kanserin tedavi yöntemlerinden biri olan ve sıklıkla kullanılan kemoterapi ile hastaların yaşam süresi ve kalitesinin arttırılması hedeflenirken kullanılan sitotoksik ilaçlar kanser hücrelerini yok etmesinin yanında normal hücreleri de etkilemektedir. Kemoterapinin tedavi edici etkilerinin yanı sıra ağrı, iştahsızlık, tat almada değişiklikler, alopesia, bulantı, kusma, dehidratasyon, mukozit, yorgunluk, halsizlik, dispne, anemi, depresyon, anksiyete gibi yan etkiler nedeniyle hastaların günlük yaşam fonksiyonlarının olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir (15, 128).

Çalışmada, kemoterapi tedavisi sonrasında RAM'a göre yüz yüze ve telefonla verilen danışmanlık uygulaması ile üç kemoterapi boyunca izlenen müdahale grubundaki hastaların yaşadığı bulantı, kusma, kabızlık, ishal, ağrı, nefes darlığı, ağız boğazla ilgili problemler, iştahta değişme, halsizlik, olağanüstü yorgunluk hissetme, uyuma güçlüğü, baş ağrısı, endişeli veya sıkıntılı hissetme ile ilgili semptomlarda uygulama sonunda azalma görülmüştür (Tablo 4.13). Müdahale grubunda belirlenen ağız boğazla ilgili ilgili semptomların sıklık ve şiddetinde, baş ağrılarının sıklığında, saç dökülmelerinden duyulan rahatsızlığın derecesindeki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.10, 4.11, 4.12) ($p<0.05$). Oral kemoterapi kullanan hastalarda yapılan çalışmalarda yan etkilerin en çok ilk 2 ilaç döngüsünde belirgin olduğu bulunmuştur. Destekleyici bakım müdahaleleri ve hemşire tarafından yönlendirilen telefon takibinin yan etkileri azaltmak ve kontrol altına almak için en uygun zamanın ilk iki kemoterapi döngüsü olduğu belirtilmiştir (11, 129). Çalışmada kemoterapi gören hastalara ilk üç tedavi boyunca danışmanlık sağladığımız göz önüne alındığında bu bulgular çalışmamızla paralellik göstermektedir. Ayrıca literatürde kemoterapinin ağır yan etkilerinden dolayı hastaların tedavi sonrası ilk 72 saat içerisinde (1-3 gün) semptomları daha yoğun yaşadıkları belirtildiğinden telefonla danışmanlığın uygulanma zamanı hastalarla iletişimin kolay sürdürülmesi ve kesintiye uğramaması bakımından önemlidir (11, 130).

Bu çerçevede RAM'a göre verilen danışmanlığın hastaların yaşadıkları semptomları azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Müdahale grubundaki hastalarla yapılan bireysel görüşmeler sonucunda hastalarların yaşadıkları semtomlarla baş etme yöntemlerini değerlendirdiğimizde çoğunluğunun, semptomlara yönelik uygulayıcının

önerilerine uyduğu ve danışmanlıktan faydalandığı belirlenmiştir (birinci kemoterapide %76.16, ikinci kemoterapide %77.13) (Tablo 4.20).

Bu sonuçlara dayanarak "Kemoterapi alan meme kanserli hastalara Roy Adaptasyon Modeline temellendirilerek verilen semptom yönetimi danışmanlığının, hastaların yaşadığı kemoterapi semptomlarına etkisi açısından müdahale ve kontrol grupları arasında fark vardır" şeklinde ifade edilen H2 hipotezi kabul edilmiştir.

Kanser hastalarında tanı, tedavi, nüks ve palyatif dönemlerde fiziksel semptomların yanı sıra sıklıkla duygusal ve ruhsal değişiklikler de görülebilmektedir (128). Aslan ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada, kanser hastalarının tedavi süresince kızgınlık (%35.0), endişe (%37.9) ve sinirlilik (%39.8) gibi psikolojik belirtileri çok fazla yaşadıkları ifade edilmektedir (18). Hemşirelerin tüm bu semptomları izlemesi, hasta ile birlikte karar vermesi ve aileyi desteklemesi ile tedaviye uyumu arttırdığı yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmiştir (131). Çalışmada üç kemoterapi boyunca izlenen kontrol grubundaki hastaların endişeli veya sıkıntılı hissetme ile karamsar üzüntülü hissetme semptomlarındaki artışın müdahale grubuna göre daha fazla görüldüğü ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9). Mollaoğlu ve Erdoğan'ın (2014) yaptığı çalışmada kanser hastaları ve ailelerine semptomlar, semptomların nedenleri, semptomları önleme ve kontrol altına alınmasıyla ilgili danışmanlık verilmiş ve çalışma sonunda, eğitim grubundaki hastaların endişe ve karamsarlık semptomunun sıklık ve şiddetinde azalma olduğu belirlemiştir (81). Kemoterapi ile ilişkili semptom yükünü azaltan hemşirelik girişimlerinin genellikle hasta eğitimi, semptom değerlendirmesi ve semptom koçluğundan oluştuğu belirtilmiştir (132).

Telefon görüşmeleri sırasında hastaların kemoterapi sonrası yaşadıkları semptomlara ilişkin ifadeleri aşağıda yer almaktadır;

- "Biraz daha çöktüm psikolojik olarak mutsuzum. İster istemez isyan etmedim hiç Allah'a niye böyle oldum diye. Hani insan şey yapıyor yarım gibi kendini böyle eksik gibi hissediyor. Herkes işini gücünü bırakıp seninle ilgileniyor. Tabi daha bağımlı oluyorsunuz" (Katılımcı 7)

- “Endişe bir önceki küre göre arttı. Kendimi daha kötü hissettim. Üçüncü kürden korktum yani. Kemoterapi aslında zehirli bir ilaç, daha da yordu vücudu. Üçüncüsünde daha da çok yorulacak diye düşünüyorum” (Katılımcı 4)
- “Üçüncü kürü alacağım için, tekrar başa döneceğim diye endişeliyim.” (Katılımcı 6)
- “İşte ilaçtan sonra oldu. Banyo yapınca döküldü. Kardeşimden ayrılmış gibi oldum. Uzundu taa belimdeydi. Cenaze gibi geldi, üzgünlük verdi bana. Kaldır şunu gözüm görmesin dedim kızıma” (Katılımcı 5)

Çalışmada hastaların kemoterapi sonrası yaşadıkları semptomlarla baş etmede ve hastalığa uyum sağlamada yaşadıkları zorlanmalara bağlı olarak ortaya çıkan psikolojik değişiklikler beklenen bir durumdur. Literatürde de benzer bulgulara rastlanmıştır (15, 17).

- “Üç dört gün çok bulantım oldu. Tekrar hastaneye gittim kan değerlerine baktılar. İğne verdi, o iyi geldi. Kayısı suyu içtim, tavuk çorba suyu içtim. Sabahları bizim bahçede çok güzel eriklerim olmuş onlardan yedim. Yemek, çay, sigara, kahve herşey koktu. Mutfağa hiç girmedim. Çok sevdiğim sigaramdan oldum” (Katılımcı 8)
- “Bulantım daha yoğundu. Bulantı hapı da içiyordum ama kokular böyle yemekler, baktığım herşeyde bulantım oldu” (Katılımcı 6)
- “Bulantı çok oldu, beni çok etkiledi. Bulantı hapları verdiler ya onları kullandım. Elimden geldiği kadar aza az sık sık yedim. Deterjan gibi, parfüm gibi kokular artırdı. Kusmamak için kendimi zor tuttum. Kokular ve yağlı yemekten uzak durdum tabi” (Katılımcı 7)

Yapılan literatür çalışmasında kemoterapiye bağlı en sık görülen yan etkinin bulantı ve kusma olduğu ve bulantı-kusmanın hastalığın seyri sırasında %40-80 oranında görülebildiği, çok etkili antiemetik ilaçlara rağmen hastaların yaklaşık %60’ının bulantı, %35’inin ise kusma ve öğürme yakınmaları yaşadıkları belirtilmektedir (12, 133, 134). Farmakolojik tedavinin bulantı ve kusma sıklığındaki azalmaya tamamen yardımcı olmadıkları, bu nedenle farmakolojik olmayan yöntemlerin hastalar tarafından tercih edildikleri belirtilmektedir (12). Kemoterapi ile

ilişkili bulantı ve kusma sıklığının hasta eğitimi ile azaldığını ortaya koyan çalışmalar semptom yönetiminde hasta merkezli yaklaşımların önemini ortaya koyar niteliktedir (84, 85).

- "Kolumu hareket ettirirsem ağrım oluyor. İki salatalık doğrasam başlıyor zonk zonk. Elleme yorma beni diyor. Hiç kıpırdatmasam, iş yapmasam, dinlendirsem asla olmuyor. Hareket halinde hemen şişiyor, ameliyat yerim acı acı ağrıyor. Koluma sanki böyle maske vurmuş gibi, bişeyle kıstırmış gibi acıyor, geriliyor" (Katılımcı 11)
- "Şu ara kolumu kullanmadığımdan çok ağrım olmuyor ama sağ tarafıma yatamıyorum. Sağ tarafıma tam dönemiyorum, dönebilsem de orda bir gerginlik oluşuyor. Hava rüzgarlı ve yağmurlu olunca kolum ağrıyor. Yağmur geçince kol da rahatlıyor" (Katılımcı 3)
- "Önce daha rahat kaldırıyordum, şimdi ağırlaşır gibi oldu kolum. Böyle bir kıvılcım gibi ağrı geliyor dirseğime kadar, elektriklenme. Onun harici zaten kolumu yormadım, iş yapmıyorum. Hiçbir şey yapmıyorum kesinlikle" (Katılımcı 8)

Meme kanseri tedavisini takip eden sürede hastalarda günlük yaşamı etkileyen ve sık olarak ortaya çıkan sorunlar üst ekstremite fonksiyonlarına bağlı olduğu belirtilmiştir (135). Kwan ve arkadaşlarının (2002) meme kanseri tedavisi sonrasında oluşan lenfödem, omuz hareketlerinde kısıtlılık ve ağrı yaşayan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel, sosyal ve ağrı alt boyut puanlarının herhangi bir sorunu olmayan hastalardan daha kötü olduğunu belirtilmiştir (136). Çin'de yapılan bir çalışmada lenfödemin kol fonksiyonlarını önemli derecede azalttığı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (137).

- "İştahım tabiki bitti hiç yok. Şimdi yemek yemesem umurum değil ama yiyorum. Zorla da olsa yediriyorlar. 5-6 kilo verdim. Yemek kokusu, yemekler kesinlikle yaklaşamadım mutfağa" (Katılımcı 11)
- "Çok çok benimki çok ağır geçti. Beş gün halden çıktım ben. Koku, bulantı… doktorun verdiği hapları kullandım. Zaten hani hiç yiyemiyorum ki bulantım çok olduğu için. Kokuya hiç tahammül edemiyordum" (Katılımcı 6)

- "İlk iki gün hiç kemoterapi almamış gibiydim. Üçüncü gün başladı bulantı. Az az bişeyler atıştırdıkça rahatladım ama bu sefer iştahım falan da gitti" (Katılımcı 7)

Çalışma sonunda müdahale ve kontrol grubundaki hastaların izlem boyunca ağırlıklarında azalma bulunurken, grup içindeki bu kilo değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.1) ($p<0.001$). Kanserli hastanın iştahsız, düzenli ve yeterli yemek yememesi en çok zorlanılan semptomlardandır. İştahsızlık bireyin metabolik gereksiniminden daha az besin alması sonucu kilo kaybı olmasıdır. İştahsızlığın beslenme problemleri hastalığın evresi ve tedavinin yan etkilerine bağlı olarak değişebileceği belirtilmektedir (138, 139, 140).

- "Cinsel hayatı sormasaydın iyiydi. Zaten çok aşırı bir hayatım olmuyor nadir. Önceden de öyleydi şimdi de öyle. Benim hep vardı o isteksizlik. Sadece kriterlerim çok değişti" (Katılımcı 3)
- "İsteksizlik ve enfeksiyon korkusundan dolayı değişti. Şimdi herşeyden uzağım. Korkum var mesela, ya enfeksiyon kaparsam, ya bir şey olursa. Çocuklarım olduğu için hastanede falan yatmak istemiyorum. Dikkat etmek zorundayım" (Katılımcı 6)
- "Eskisi gibi şey olamıyorsun tabi halsizlik yorgunluk oluyor. Çok da sıkıntılı bir durum yaşamadık" (Katılımcı 9)
- "Doktorun hemşirenin dediğine göre dikkat ediyoruz. Tabi o da var istememezlik, şeylik. Hem enfeksiyondan dolayı, hemde karşı tarafta falan kendimde de var isteksizlik, meme de ameliyatlı. Öyle aklıma bile gelmiyor" (Katılımcı 10)

Çalışmada, hastaların ifadeleri ile kemoterapi tedavisi sonrasında yaşanan yorgunluk, ağrı, bulantı, psikolojik semptomlar, korkular ve meme cerrahisi sonrası yaşanan organ kaybının cinsel ilişkide isteksizliğe neden olduğu bulunmuştur.

Kemoterapi alan hastalara yönelik yapılan danışmanlık müdahalesi ve hasta görüşmelerinden elde edilen çalışma sonuçlarına göre, hastaların gereksinimleri doğrultusunda planlanlanan, semptomlarla başetme davranışlarını destekleyici,

hastalığa uyumunu artırmaya yönelik, insan merkezli ve bütüncül hemşirelik yaklaşımları ile yaşanan semptomların azaltılıp fonksiyonel durumun yükseldiği bulunmuştur.

### 5.1.5. Danışmanlıkla İlgili Memnuniyete İlişkin Nitel ve Nicel Bulguların Tartışması

Bu bölümde müdahale grubundaki hastalara telefonla ve yüz yüze uygulanan danışmanlık sonrasındaki memnuniyet düzeyleri ve ifadelerine ilişkin bulguların literatür eşliğinde tartışması yer almaktadır.

Kemoterapi uygulanma sürecinde ve sonrasında hastaların kapsamlı bir hemşirelik bakımına gereksinimi vardır. Günümüzde, hemşirelik bakımının uygulanmasında, hastanın bireyselliğini göz ardı eden, standartlaştırılmış protokollerden yararlanma eğiliminin yaygınlaştığı bildirilmiştir (141). Bireyselleştirilmiş bakım; hasta ve ailesinin gereksinimlerini onların değerlerini, kültürel geçmişlerini ve inançlarını göz önünde bulundurarak, birey ile işbirliği halinde ve saygılı bir şekilde sunulması olarak tanımlanmaktadır (142, 143).

Çalışmada RAM ışığında müdahale grubuna sunulan bireysel danışmanlık uygulaması sonunda hastaların tamamı yüz yüze verilen danışmanlıktan çok memnun kaldıklarını ve kemoterapinin yan etkileriyle baş etmelerinde çok fayda sağladığını ifade etmişlerdir. Hastaların tamamına yakını (%90.90) telefon ile yapılan danışmanlıktan çok memnun kaldıklarını belirtmişlerdir. Hastalar çoğunlukla (%72.70) telefonla yapılan danışmanlığın sayısını yeterli bulmuştur ve kemoterapinin yan etkileriyle baş etmelerinde yardımcı olduğunu söylemişlerdir. Hastalar telefonla ve yüz yüze danışmanlık uygulamalarını ayrı ayrı vermenin kemoterapinin yan etkileriyle baş etme konusunda yeterli olmayacağını belirtmişlerdir (Tablo 4.14). Hasta danışmanlığıyla ilgili literatür incelendiğinde benzer bulgulara ulaşılmıştır. Hemşire liderliğinde sunulan telefon takibi danışmanlığının, hastaneden taburcu olduktan sonra psikolojik ve bilgilendirme ihtiyaçlarına yönelik hasta takibinde etkili bir yöntem olduğu bulunmuştur (144). Gethin ve arkadaşlarının (2006) yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin telefonla desteği sayesinde hastaların %86'sının zamanında iyileştikleri ve telefon görüşmelerinin kısa olsa da hastanın ihtiyaç

duyduğu bilgiye ulaşabilmesi açısından önemli olduğu vurgulanmıştır (145). Başka bir çalışmada tıbbi problemler nedeniyle telefon danışmanlığı alan hastalarla yapılan görüşmeler sonrasında neredeyse tamamının hemşireler tarafından doğru değerlendirildiği ve hastaların uygun destek alanlarına yönlendirdiği bulunmuştur (146). Booker ve arkadaşlarının (2004) radyoterapi alan hastalarla yaptıkları çalışmada hemşirelerin sunduğu telefonla danışmanlık hizmetlerden hastaların memnuniyet duyduğu sonucuna ulaşılmıştır (147). Hintistan ve arkadaşlarının (2016) akciger kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada hastalar hemşireleri tarafından telefonla verilen danışmanlığı avantajlı bulmuşlar ve zamandan tasarruf ile kolay erişim imkanı sağladığını belirtmişlerdir (85). Radziewicz ve arkadaşları (2009) ileri evre kanser hastaları ve yakınlarına deneyimli hemşireler tarafından verilen semptomlarla başa çıkma yöntemleriyle ilgili yapılan yüz yüze ve telefon görüşmeleri sonucunda, hastaların telefon takibinden memnun olduklarını ifade ettiklerini bulmuşlardır (148). Kanser hastalarıyla yapılan diğer çalışmalarda da telefonla danışmanlığın yaşanan semptomlarla baş etmede fayda sağladığı ve semptomların sıklık ile şiddetini azalttığı bulunmuştur (129, 149, 150).

Çalışmada hastalardan bazılarının danışmanlık müdahalesi ile ilgili ifadelerine bakacak olursak;

- “Sizin aramanızdan çok memnun kaldım tabi ki ama keşke hastaneden birisi arasaydı. Hastanede bireysel yaklaşım yok” (Katılımcı 4)
- “Sesini duyunca mutlu oluyorum. Yüz yüze görüşmek tabi daha iyi oluyor ama orada soracaklarımı unutuyorum. Telefonda da aklıma bir şey takılınca sorabiliyorum” (Katılımcı 7)
- O kadar çok mutluyum ki. Ayakta tutunma sebebim oldun. Yüz yüze görüşmek tabi telefondan daha iyi” (Katılımcı 8)
- “Yüz yüze görüşmek daha samimi oluyor tabiki. Ama önemli olan birinin sorması ilgilenmesi çok güzel” (Katılımcı 9)
- “Yüz yüze görüşmek daha iyi. Çocuklarım olduğu için telefonla rahat konuşamıyorum” (Katılımcı 6)

Hasta ifadeleri sonucunda danışmanlık müdahalesinden memnun kaldıkları ve hastane personelinden de bireysel bakım beklentileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Türkmen ve Uslu'nun (2001) yaptıkları çalışmada hemşireler, dolaylı bakım uygulamalarının (form doldurma, ilaçları bilgisayara girme, ilaçları alma ve yerleştirme, telefon görüşmeleri vb.) bir vardiyada hasta başına bir saatten fazla sürdüğünü; ünite ile ilgili dolaylı işlerin (demirbaş sayımı, narkotiklerin sayımı, acil arabasının kontrolü vb.) ise yaklaşık bir saat zaman aldığını ifade etmişlerdir (151). Kemoterapi uygulanma sürecinde hastanın bireysel ve kapsamlı bir hemşirelik bakımına ihtiyacı vardır. Yapılan araştırmalarda, meme kanserli hastalarda kemoterapiye bağlı semptomların uygun hemşirelik müdahaleleriyle azaltılabileceğini bulunmuştur (107, 126). Weldam ve arkadaşları yaptıkları çalışmada (2017) benzer şekilde, hemşireler bireyselleştirilmiş bakım girişimlerin hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini arttırdığı belirtmişlerdir (152). Çalışmanın sonuçlarının literatürle uyumlu olduğu göz önüne bulundurulursa, daha kaliteli hizmet sunumu için hemşirelerin iş merkezli uygulamalardan uzaklaşıp doğrudan hasta merkezli bakım modellerine yönlendirilmesinin oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

# 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

## 6.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- Araştırmada hastaların yaş ortalamaları müdahale grubunda 49.27±8.96 yıl iken, kontrol grubunda 51.87±9.33'dir. Grupların yaş dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur (p=0.448).
- Araştırmada hastaların eğitim düzeyi, medeni durumları ve yaşam alanlarına göre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0.233, p=0.650, p=0.471).
- Hastaların metastaz durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; müdahale (%81.82) ve kontrol grubunun (%56.52) çoğunluğunda metastaz (koltuk altı lenf nodu) bulunmaktadır. Araştırmada her iki grubun büyük çoğunluğuna (MG:%54.54;KG:%69.56) mastektomi yapılmıştır. Gruplara uygulanan cerrahi şekli metastaz durumları ve hastalık evresi bakımından arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0.315, p=0.144, p=0.132).

## 6.2. Danışmanlık Öncesi Hastaların Kemoterapiyle İlgili Bilgi, İnanç ve Destek Durumlarına İlişkin Sonuçlar

- Çalışmaya alınan hastaların tamamı kemoterapiyle ilgili bilgilendirme aldıklarını, çoğunluğu (MG:%63.64; KG:%56.52) bilgilendirmeyi hekim ve hemşireden aldıklarını ifade etmişlerdir.
- Müdahale grubundaki hastaların %72.73'ü, kontrol grubundaki hastaların %60.87'si, kemoterapiyle ilgili bilgilendirmeyi yeterli bulmuştur. Grupların kemoterapiyle ilgili bilgilendirmeyi yeterli bulma düşünceleri bakımından arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0.390).
- Müdahale grubundaki hastaların tamamı, kontrol grubundaki hastaların %82.61'i, kemoterapinin oluşturabileceği yan etkilerle baş edebileceğini düşünmektedir. Grupların kemoterapinin oluşturabileceği yan etkilerle baş etme düşünceleri bakımından arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0.191).
- Araştırmada hastalar, kemoterapi sırasında bakımına yardımcı olacak yakınlarının olduğunu ve sosyal, ekonomik, ruhsal açıdan destekleyeceklerini

ifade etmişlerdir. Grupların yakınları tarafından fiziksel, ruhsal ve ekonomik açıdan destek görme durumları bakımından arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

### 6.3. FYÖ-K'ya İlişkin Sonuçlar

- Çalışmada hastaların bireysel ve hastalık özelliklerine ait değişkenler (yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, çalışma durumu, meslek, başka kronik hastalık varlığı, hastalığın evresi) ile fonksiyonel yaşam ölçeğinden alınan toplam puan ortancaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışmada müdahale grubuna RAM'a göre verilen danışmanlık uygulaması ile üç kemoterapi boyunca izlenen hasta grupları arasında danışmanlık öncesi ölçümde, FYÖ-K'nın alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortancaları incelendiğinde tüm boyutlar ve toplam ölçek puanları arasında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).
- Çalışma sonuçlarına göre hastaların psikolojik alanda yaşadıkları değişiklikler ile FYÖ-K arasında ters yönde, anlamlı ve kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Hastaların psikolojik alanda yaşadıkları semptomlar arttıkça FYÖ-K puanlarında düşüş belirlenmiştir.
- Çalışma sonuçlarına göre, müdahale ve kontrol gruplarının danışmanlık öncesi toplam puan ortancaları bakımından arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Grupların danışmanlık sonrası toplam FYÖ-K puan ortancaları incelendiğinde müdahale grubunun aldığı toplam puanın kontrol grubundan fazla olduğu bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).
- Çalışmada müdahale grubuna RAM'a göre verilen danışmanlık uygulaması ile üç kemoterapi boyunca izlenen hasta grupları arasında gastrointestinal semptomlar puan ortancaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).
- Çalışmada müdahale grubuna RAM'a göre verilen danışmanlık uygulaması sonrasında hasta grupları arasında psikolojik ve fizyolojik fonksiyon puan ortancaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur

($p<0.05$). Müdahale grubunun bu alanlardaki puan ortancalarının kontrol grubundan fazla olduğu görülmüştür.

- Çalışmada müdahale grubuna RAM'a göre verilen danışmanlık uygulaması sonrasında izlenen hasta grupları arasında genel iyilik hali ve sosyal fonksiyon boyutları puan ortancaları bakımından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Bu sonuçlara dayanarak "Kemoterapi alan meme kanserli hastalara Roy Adaptasyon Modeline temellendirilerek verilen semptom yönetimi danışmanlığının, hastaların fonksiyonel durumunu etkilemesi açısından müdahale ve kontrol grupları arasında fark vardır" şeklinde ifade edilen H1 hipotezi kabul edilmiştir.

### 6.4. KSDÖ'ye İlişkin Sonuçlar

- Araştırmada, müdahale grubundaki hastalara RAM'a göre verilen danışmanlık sonunda, tedaviden önce bulantı, kusma, kabızlık, ishal, ağrı, nefes darlığı, ağız boğazla ilgili problemler, iştahta değişme, halsizlik, olağanüstü yorgunluk hissetme, uyuma güçlüğü, baş ağrısı, endişeli veya sıkıntılı hissetme ile ilgili semptomlarda azalma görülmüştür. Ağız boğazla ilgili semptomların sıklık ve şiddetinde, baş ağrılarının sıklığında, saç dökülmelerinden duyulan rahatsızlığın derecesindeki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).
- Çalışmada üç kemoterapi boyunca izlenen kontrol grubundaki hastaların endişeli veya sıkıntılı hissetme ile karamsar üzüntülü hissetme semptomlarındaki artış müdahale grubuna göre istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Bu sonuçlara dayanarak "Kemoterapi alan meme kanserli hastalara Roy Adaptasyon Modeline temellendirilerek verilen semptom yönetimi danışmanlığının, hastaların yaşadığı kemoterapi semptomlarına etkisi açısından müdahale ve kontrol grupları arasında fark vardır" şeklinde ifade edilen H2 hipotezi kabul edilmiştir.

### 6.5. Hastaların Danışmanlıkla İlgili Memnuniyetine İlişkin Sonuçlar

- Çalışmada RAM ışığında müdahale grubuna sunulan bireysel danışmanlık uygulaması sonunda hastaların tamamı yüz yüze verilen danışmanlıktan çok memnun kaldıklarını ve kemoterapinin yan etkileriyle baş etmelerinde çok fayda sağladığını ifade etmişlerdir.
- Hastaların tamamına yakını (%90.90) telefon ile yapılan danışmanlıktan çok memnun kaldıklarını belirtmişlerdir. Hastalar çoğunlukla (%72.70) telefonla yapılan danışmanlığın sayısını yeterli bulmuştur ve kemoterapinin yan etkileriyle baş etmelerinde yardımcı olduğunu söylemişlerdir.
- Hastalar telefonla ve yüz yüze danışmanlık uygulamalarını ayrı ayrı vermenin kemoterapinin yan etkileriyle baş etme konusunda yeterli olmayacağını belirtmişlerdir.

### 6.6. Hasta Görüşlerine İlişkin Sonuçlar

- Araştırmanın nitel verilerinde; semptom yönetimi ve fonksiyonel duruma yönelik hasta görüşleri "Müdahale grubundaki hastaların yaşadığı semptomlar, müdahale grubundaki hastaların yaşadığı semptomları etkileyen uyaranlar, müdahale grubundaki hastaların yaşadığı semptomlarla baş etme yöntemleri" temaları altında üç başlıkta değerlendirilmiştir.
- Müdahale grubundaki hastaların tamamına yakını yüz yüze ve telefonla danışmanlık uygulamalarından çok memnun kaldıklarını, kemoterapinin yan etkileriyle baş etmelerinde çok fayda sağladığını ifade etmişlerdir.
- Nitel verilerdeki hasta görüşlerinin çalışmanın nicel verilerini desteklediği belirlenmiştir.

**Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;**

- Araştırma daha geniş bir popülasyonda uygulanabilir.
- Hasta izlem süresi üç kemoterapiden daha uzun tutulabilir.
- Hasta izlemleri ve danışmanlıklar ev ziyaretleriyle yapılabilir.
- Hasta danışmanlıkları web tabanlı eğitimlerle yapılabilir.
- RAM'ın fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarının ayrı ayrı değerlendirilerek girişimde bulunulacak çalışmalar yapılabilir.
- Meme kanserli hastaların yaşadıkları güçlüklerin ve baş etme mekanizmalarının ortaya çıkarılabileceği kalitatif araştırmalar yapılabilir.
- Kemoterapi gören meme kanserli hastalar için ihtiyaç duyduklarında arayabilecekleri danışma hatları oluşturulabilir.
- Danışma hatlarında çalışacak, meme kanserli hastaları yönlendirecek personelin eğitilmesi ve sertifikalandırılması sağlanabilir.
- Meme kanserli kadınlarda, cinsel sağlığın ayrıca ele alınarak, RAM temelli danışmanlık uygulanabilir.
- Kemoterapi alan meme kanseri hastalarının fonksiyonel durumları ölçeklerle kemoterapi kürlerinde, rutin olarak değerlendirilebilir.
- Meme kanseri hastalarının yakınlarının fonksiyonel durumları değerlendirilebilir.
- Kanserli hastaların fonksiyonel durumlarının iyileştirilmesine yönelik uygulamalar yapılabilmesi için, hemşireler fonksiyonel yaşam düzeyini artırmaya yönelik yapılan araştırma sonuçları hakkında bilgilendirilebilir.
- Sağlık profesyonelleri tarafından hastalara sürekli ve düzenli danışmanlık yapılabilir. (diyet, ilaçlar, beslenme, semptomlarla baş etme, komplikasyonlardan korunma vb.)
- Sosyal fonksiyonel alanda yetersizlikler yaşayan hasta ve yakınları hastanede düzenlenen uğraşı terapilerine yönlendirilebilir, hasta çevresiyle etkili iletişimini devam ettirmesi için desteklenebilir.
- Hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlarının daha iyi olmasını sağlayacağı için kemoterapi ünitelerinin fiziki ortamları iyileştirilip, kemoterapi sırası bekleyen hastalar için uygun bekleme alanları yapılabilir.

- Model temelli, hasta merkezli araştırmalara ağırlık verilebilir.
- Klinisyen hemşirelerin uygulamada modelleri kullanabilmeleri için, RAM'a temellendirilmiş eğitici öğrenim rehberi oluşturulabilir.
- RAM modelinin klinisyen hemşireler tarafından uygulamada kullanılabilmesi için, akış şeması oluşturulabilir.

# 7. KAYNAKLAR


1. Ertem E, Alkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,* 2009, 2(2): 3-12.

2. World Health Organization. World health Statistic 2018. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585eng.pdf?ua1 03 Nisan 2019.

3. New Global Cancer Data. Globocan 2018. https://www.uicc.org/new-global-cancer-data-globocan-2018. 24 Haziran 2019.

4. World Health Organization. Cancer. http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer. 10 Nisan 2019.

5. Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018. Meme Kanseri Taramaları. http://kanser.gov.tr/Dosya/NCCP_2013-2018.pdf. 24 Mayıs 2018.

6. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm Nedeni İstatistikleri 2017. https//www.tuik.gov.tr/Ölüm_Nedeni_İstatistikleri_26.04.2018%20(2).pdf. 09 Mart 2019.

7. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri. 2018.https://hsgm.saglik.gov.tr/ depo/birimler/ kanserdb/ istatistik/ Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf. 09 Mart 2019.

8. Aydıner A, Topuz E. Evre I ve II Meme Kanserinde Adjuvan Sistemik Tedavi. İçinde: Topuz E, Aydıner A, Dinçer M. (Editörler). *Meme Kanseri.* İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2003: 398-430.

9. Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi, *Türk Onkoloji Dergisi*, 2008, 23(3): 132-139.

10. Babacan Gümüş A. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2006, 2 (3): 108-114.

11. Molassiotis A, Brearley S, Saunders M, et al. Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: a randomized, controlled trial, *J Clin Oncol,* 2009, 27(36).

12. Molassiotis A, Yung H P, Yam BM, Chan FY, Mok TS. The effectiveness of progressive muscle relaxation training in managing chemotherapy-ınduced nausea and vomiting in chinese breast cancer patients: Randomised controlled trial, *Supportive Care in Cancer,* 2002, 10: 237- 246.

13. Aydıner A, Topuz E. *Meme Kanseri Tanı Tedavi Takip*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2007.

14. Bruce L. Jacobs, Samia H. Lopa, Jonathan G. Yabes, Joel B. Nelson, Amber E. Barnato, and Howard B. Degenholtz. The power over pain – coaching ıntervention ımproves functional status in African Americans with cancer pain, DOI: https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.05.029.

15. Arslan S, Akın B, Koçoğlu D. Kemoterapi alan hastalarda hastalık ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyo-demografik özellikler ve algılanan sosyal destek ile ilişkisi, *Hemşirelikte Araştırmama Geliştirme Dergisi,* 2008, 47-56.

16. Potting CMJ, Mank A, Blijlevens NMA, Donelly JP, Achterberg TV. Providing oral care in haematological oncology patients: Nurses knowledge and skills, *European Journal Of Oncology Nursing,* 2008, 12: 291-298.

17. Sarenmalm EK, Öhlen J, Jonsson T, GastonJohansson F. Coping with recurrent breast cancer: predictors of distressing symptoms and healthrelated quality of life, *Journal of Pain and Symptom Management,* 2007, 34(1): 24-39.

18. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi, C.Ü. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2006, 10(1): 15-28.

19. Kim J.E.E, Dodd M.J, Aouizerat B.E, Jahan T, Miaskowski C. A review of the prevalence and ımpact of multiple symptoms in oncology patients, Journal of Pain and Symptom Management 2009;37(4): 715-736.

20. Yeter K. Kemoterapi Alan Hastalara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, 2006.

21. Iranmanesh S, Axelsson K, Savenstedt S, Haggström T. A caring relationship with people who have cancer, *Journal Of Advenced Nursing*, 2006, 65(6): 1300-1308.

22. Kav S, Johnson J, Ritttenberg C, Ortega PF, Suominen T, Olsen PR, et al. Role of the nurse in patient education and follow-up of people receiving oral chemotherapy treatment: An International survey, *Support Care Cancer*, 2008, 16: 1075-1083.

23. Molassiotis A, Strıcker C T, Eaby B, Velders L, Coventry P A. Understanding the concept of chemotherapy-related nausea: The patient experienc. *European Journal Of Cancer Care*, 2008, 17: 444-453.

24. Ünlü H, Karadağ A, Taşkin L, Terzioğlu F. Onkoloji alanında çalışan hemşirelerin yerine getirdikleri rol ve işlevler, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2010, 1: 13-28.

25. Platin N. *Hemşireler İçin Kanser El Kitabı,* T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı, 1996, Ankara.

26. Oflaz F. Onkoloji kliniğinde yatan kanser hastalarının psikiyatrik semptom düzeyleri ve destek gereksinimlerinin saptanması, *Hemşirelik Araştırma Dergisi, 2002*, 4 (1): 65-72.

27. Pektekin C. Sister Callista Roy ve Adaptasyon Kuramı In: *Hemşirelik Felsefesi Kuramlar Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. İstanbul Tıp Kitapevi, 2013.

28. Sert E, Erkal Y, Tuna Oran N. Ebelikte Roy Adaptasyon modelinin antenatal değerlendirmede kullanımı, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3(4).

29. Kara F, İlter E, Keskinkılıç B. *Türkiye Kanser İstatistikleri 2015*, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara, 2018.

30. Yarış F, Şahin MK, Dikici MF. Aile hekimliğinde meme kanserlerine yaklaşım, *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 2014, (2): 46-54.

31. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2017-2018. American Cancer Society, Atlanta, 2017.

32. Akdeniz E. Meme kanseri olan evli kadın hastaların eşler arası uyum ve baş etme biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2012, 3(2): 53-60.

33. Stanton AL, Danoff-Burg S, Huggins ME. The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment, *Psychooncology*, 2002, 11: 93-102.

34. Haydaroğlu A. Meme kanserinde epidemiyoloji. sınıflama ve evreleme, *Türkiye Klinikleri J Radiat Oncol-Special Topics*, 2015, 1(2): 1-6.

35. Özmen V. Breast cancer in the world and Turkey, *J Breast Healt*, 2008, 4: 7-12.

36. Global Burden of Cancer Study (Globocan) Cancer Data 2018. *Breast Cancer*. https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf, 24 Haziran 2019.

37. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri 2014, http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2009kanseraporu.pd. 29 Nisan 2019.

38. Asif HM, Sultana S, Akhtar N, Rehman JU, Rehman RU. Prevalence, risk factors and disease knowledge of breast cancer in Pakistan, Asian Pasific Journal of Cancer Prevention, 2014, 15(11): 4411-4416.

39. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet- Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012, *CA Cancer J Clin*, 2015; 65: 87-108.

40. Özçelik M.F, Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları. (İçinde Bölüm 29: Meme Kanseri) Ankara, 2018.

41. Sevinç Aİ. Erken Evre Meme Kanserinde Tedavi Seçenekleri. In: S. Aydın, T. Akça, ed. *Tüm Yönleriyle Meme Kanseri.* 1. Basım. Adana, Nobel Kitabevi, 2011, 271-288.

42. Özgültekin R. Meme Kanserinde Etyoloji ve Risk Faktörleri. *Meme hastalıkları* Ünal G. Ünal H (ed) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri 2001: 233-246.

43. Yılmazel G. Çorum ili kırsalında yaşayan 20 yaş ve üzerindeki kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma durumları ve meme kanseri risk faktörlerinin belirlenmesi, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2013, 9: 82-87.

44. Tayhan E. Tip 2 Diyabetli Kadınlarda Meme Kanseri Riskinin Saptanması ve Verilen Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017.

45. Eryılmaz MA, Bodur S, Civcik S, Durduran Y. Ketem'e başvuran kadınlarda meme şikayetlerinin değerlendirilmesi, *Selçuk Tıp Dergisi*, 2012, 28: 98-103.

46. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay SS, Tükün A, Yalçın B. Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon, İstanbul 2010 konsensus raporu, *The Journal of Breast Health*, 2011 7(2): 47-67.

47. Aker S, Öz H, Kaynar Tunçel E. Samsun ilinde yaşayan yirmi yaş üstü kadınların meme kanseri risk faktörleri açısından değerlendirilmesi, *J Breast Health*, 2014, 10: 229-233. DOI: 10.5152/tjbh.2014.2193.

48. Özmen V, Fidaner C, Aksaz E, ve ark. Türkiye'de meme kanseri erken tanı ve tarama programlarının hazırlanması. *Meme Sağlığı Dergisi,* 2009, 5: 125-134.

49. Foxon B, Lattimer LG, Felder B. Breast Cancer. In: Yarbro HC, Wujcik D, Gobel HB. *Cancer Nursing Principles And Practice,* 7th ed., Canada. Jones and Bartlett Publishers 2011, 1091-1137.

50. Karayurt Ö. *Meme Kanseri,* In: Onkoloji Hemşireliği, 1. Baskı. Can G (Ed), Nobel Tıp Kitabevi, 2014: 617-649.

51) Gençtürk N. Meme kanserinde korunma. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2007, 10: 4.

52. Faulpel-Badger JM, Arcara KF, Balkam JJ, Eliassen AH, Hassiotou F, Lebrilla CB, Michels KB, Palmer JR, Schedin P, Stuebe AM, Watson CJ, Sterman ME. Postpartum remodeling. lactation and breast cancer risk: summary of national cancer ınstitute- sponsored workshop. *J Natl Cancer Ins,* 2013, 105(3): 166-74.

53. Nelson HD, Zakher B, Cantor A, Fu R, Griffin J et al. Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*, 2012, 156: 635-48.

54. Çakır S, Kafadar M.T, Arslan Ş.N, Türkan A, Kara B,1 İnan A. Meme kanseri tanısı konmuş kadınlarda risk faktörlerinin güncel veriler ışığında gözden geçirilmesi. *FNG & Bilim Tıp Dergisi*, 2016, 2(3): 186-194.

55. Yılmaz M, Seki Z, Gürler H, Çifçi ES. Bir üniversitede çalışan kadınların meme kanseri risk faktörleri yönünden incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi,* 2010, 3: 65-71.

56. Somunoğlu S. Meme kanseri: belirtileri ve erken tanıda kullanılan tarama. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, 4: 10.

57. Özgun H, Soyder A, Tuncyurek P. Meme kanserinde geç başvuruyu etkileyen faktörler, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2009, 5(2): 87-91.

58. Sağlık Bakanlığı. Kanser Taramaları 2017. https://hsgm.saglik.gov.tr/ tr/kanser-taramalari. 25 Mayıs 2018.

59. Kayhan A. Arıbal E. Meme kanseri taraması: neden yapıyoruz? Ne zaman? değerlendirmede yaşanan sorunlar. *Trd Sem*, 2014, 2: 230-240.

60. Keskinkılıç B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, Karaca M, et al. Türkiye Kanser Kontrol Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, Anıl Reklam Matbaa, 2016: 18-49.

61. Akyolcu N, Uğraş GA. Kendi kendine meme muayenesi: erken tanıda ne kadar önemli? *The Journal of Breast Health,* 2011, 7(1).

62. Kapıcıbaşı EA. Çalışan kadınlarda meme kanseri tarama davranışları ve sağlık inançları, *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 2016, 29-31.

63. Koca B. Kendi kendine meme muayenesini bilmenin kadın sağlığı açısından önemi, *Yeni Tıp Dergisi,* 2010, 27: 10-14.

64. Aydıntuğ, S. Meme kanserinde erken tanı. *Sted, 2004,* 13(6): 226-228.

65. Sungur C. Tıbbi görüntüleme hizmetlerinin gereksiz kullanımı ve buna karşı çözüm önerileri, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* 2018, 8: 67-86.

66. Taşkın F. Dijital Meme tomosentezi ve kontrastlı mamograf. Türk Radyoloji Seminerleri, *Trd Sem,* 2014, 2: 182-191.

67. Çerçi S.S. Çerçi S. Baykal B. Yıldız M ve ark. Meme kanserinin tespitinde Tc-99m MIBI meme sintigrafisi, mamografi ve ultrasonografi yöntemlerinin etkinliklerinin karşılaştırılması, *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.,* 2007, 14(3): 1-6.

68. Mammografi ve dijital mammografi hakkında genel bilgiler. http://www.geocities.com/radyodiagnostik/tezyedi.htm. 25 Mayıs 2019.

69. Özcan Ü.A. Meme manyetik rezonans görüntülemesi: güncel uygulamalar, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2014, 5(1).

70. Erdoğan S. Meme kitlelerinin değerlendirilmesinde nükleer tıp yaklaşımı, *Cerrahpaşa J Med,* 2003, 34: 219-225.

71. Ferahman M. Meme kanserinde güncel TNM evrelemesi, *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Meme Kanseri Sempozyum Dizisi,* 2006, 54: 87-91.

72. Baykara O. Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar, *Balikesir Saglik Bil Derg.*, 2016, 5(3): 154-165. DOİ: 10.5505/bsbd.2016.93823.

73. Karayurt Ö, Andıç S. Meme Bakım Hemşireliği. *The Journal of Breast Health,* 2011, 7(4): 196-202.

74. Hamolsky, D. Nursing Management Breast Disorders. In: Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, Handing MM. ed. *Medical Surgical Nursing Assessment And Management Of Clinical Problems,* 9th ed. Canada, Mosby Elsevier, 2014: 1238-1260.

75. Freter, CE. and Perry, MC. (2008). Princibles of Chemotherapy. In: *The Chemotherapy Source Book.* (Ed), M.C. Perry, Philedelpia; Lipincot Wiliams& Wilkings; 30-37.

76. Demir G. Akciğer Kanserlerinde Kemoterapi. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Süreli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi,* 2007, 58: 175-178.

77. 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.

78. Uçan Ö, Ovayolu N, Torun S, Karadaş Z. kemoterapi alan hastaların sık karşılaştıkları yan etkiler ve yaptıkları girişimler, *Sağlık ve Toplum,* 2006, 16(4): 46-53.

79. Özbaş A. (2006). Meme kanserli ailelerde sorunlar ve çözümler, *Meme Sağlığı Dergisi,* 2(3): 115-117.

80. Sayın YY, Nevin K. İleri evre kanser hastasının evde palyatif bakım organizasyonu, *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 2007, 3: 1-3.

81. Mollaoğlu M, Erdoğan G. Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy, *European Journal of Oncology Nursing.* 2014, 18 (1): 78-84.

82. Nazik E, Öztunç G, Şahin B. Kemoterapi alan meme kanserli hastalara progresif gevşeme egzersizlerinin uyku kalitesi ve ağrıya etkisi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2014, 17: 3.

83. Alacacıoğlu A, Yavuzşen T, Diriöz M. Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler, *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi,* 2007, 17: 87-93.

84. Gu L, Li J. The assessment and management of chemotherapy induced nausea and vomiting among cancer patients in a chemotherapy ward: a best practice implementation Project. *JBI Database System Rev Implement Rep,* 2016, 14(3): 233-246.

85. Hintistan S, Nural N, Çilingir D, Gürsoy A. Therapeutic effects of nurse telephone followup for lung cancer patients in Turkey, *Cancer Nursing,* 2017, 40(6): 508-516.

86. Bektaş Aydın H ve Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi, *Turkiye Klinikleri J MedSci,* 2006, 26: 488-499.

87. Cella D, Hahn EA, Dineen K. Meaningful change in cancer-specific quality of life scores: differences between improvement and worsening, *Qual Life Res.* 2002, 11(3): 207-221.

88. Gültekin M, Boztaş G. (Ed.) *Türkiye Kanser İstatistikleri.* Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014: 43.

89. Farrel C, Brearly SG, Pilling M, Molassiotis A. The İmpact Of Chemotherapy-Related Nausea On Patients Nutritional Status, Psychological Distress And Quality Of Life, Support Care Cancer, 2013; 21: 59–66.

90. Suwisith N, Hanucharurnkul S, Dodd M, et al. Symptom clusters and functional status of women with breast cancer, *Thai Journal Nursing Resarch,* 2008, 12: 153-165.

91. Pınar G, Algıer L, Colak M, Ayhan A. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi, *Uluslararası Hematoloji- Onkoloji Dergisi,* 2008, 3: 141-148.

92. Ballatori E, Roila F, Ruggeri B, et al. The impact of chemotherapy-induced nausea and vomiting on health-related quality of life, *Support Care Cancer*, 2007, 15: 179-185.

93. Özdemir Ü, Taşçı S, Kartın P, ve ark. Kemoterapi alan bireylerin fonksiyonel durumu ve bakım verenlerin yükü, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2017, 4(1): 49-61.

94. Marco Egbring, Elmira Far, Malgorzata Roos, Michael Dietrich, Mathis Brauchbar, Gerd A Kullak-Ublick, Andreas Trojan, Mobile app to stabilize daily functional activity of breast cancer patients in collaboration with the physician: a randomized controlled clinical trial. *J Med Internet Res*, 2016, 18(9): 238 doi:10.2196/jmir.6414.

95. Velioğlu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, İstanbul, Alaş Ofset, 1999: 372-399.

96. Fawcett J (2005). Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evoulation of Nursing Models and Theories.2th ed. Philadelphia: Fa Davis Company, 364-437.

97. Alligood MR, Tomey AM (2006). Nursing Theory: Ultilization & Application. 3rd ed America: Mosby Company, 307-333.

98. Birol L. *Hemşirelik Süreci*. 9. Baskı, Etki Yayınları, İzmir, 2009.

99. Jennings K, M., The Roy Adaptation Model: A theoretical framework for nurses providing care to ındividuals with anorexia nervosa, *ANS Adv Nurs Sci.*, 2017, 40(4): 370-383. doi:10.1097/ANS.0000000000000175.

100. Kacaroğlu Vicdan A, Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: modifiye radikal mastektomi olmuş bir bayanın, Roy'un Adaptasyon Modeline göre incelenmesi, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,* 2010, 2(3).

101. İşbir G, Mete S. Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: bulantı kusma sorunu olan bir gebenin Roy Uyum Modeline göre incelenmesi, *DEUHYO ED* 2009, 2(2): 75-86.

102. Roy C. *The Roy Adaptation Model.* New Jersey Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall Health, 3rd ed, 2009: 35-50.

103. McKenna H. Applying theories in practice. *In nursing theories and models, USA and Canada,* Taylor & Francis e-Library, 2005: 158-78.

104. Hawkey B, Williams J. Rehabilitation: The nurse's role. Orthop Nurs 2001;5:81-88.

105. Brown V, Sitzia J, Richardson A, Hughes J, Hannon H, Oakley C. The development of the Chemotherapy Symptom Assessment Scale (C-SAS): A scale for the routine clinical assessment of the symptom experiences of patients receiving cytotoxic chemotherapy. *International Journal of Nursing Studies*, 2001, 38: 497-510.

106. Schipper H, Clinch J, McMurray A, Levitt M. Measuring the quality of life of cancer patients: the functional living index-cancer: development and validation. *Journal of Clinical Oncology*, 1984, 2: 472-483.

107. Williams SA, Schreier AM. The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer, 2004, 31: 16-23. (PMID:14722602)

108. Duran ET. Kanser tedavisinin yan etkilerine yönelik alternatif uygulamalar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Dergisi,* 2011, 18(2): 72-77.

109. Alpar R. Spor, *Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenilirlik,* 4. Baskı. Ankara, Detay Yayıncılık, 2016.

110. Fox, J, 2016. Package 'polycor'. https://r-forge.rproject.org/projects/polycor/. 02 Nisan 2019.

111. Genz A, Bretz F, Miwa T, Mi X, Leisch F, Scheipl F, Bornkamp B, Hothorn T. Package 'mvtnorm', 2012. http://CRAN.R- project.org. 02 Nisan 2019.

112. Neuman WL. *Toplumsal Araştırma Yöntemleri* (Çev. Editörü: Sedef Özge), Ankara, Yayın Odası Yayınları, 2016.

113. Yıldırım A. Şimşek H. *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri,* 6.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2008.

114. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler, *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1999, 3(2): 18-26.

115. Heydarnejad MS, Dehkordi H, Dehkordi S. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy, *African Health Sciences*. 2011, 11(2): 266-70.

116. Gökgöz S, Sadikoglu G, Paksoy E, Guneytepe U, Özçakır A, Bayram N, Bilgel N. Health related quality of life among breast cancer patients: a study from Turkey, *Global Journal of Health Science,* 2011, 3(2): 140-52.

117. Salonen P. Quality of life in patients with breast cancer. Academic Dissertation. *Unıversıty Of Tampere,* Finland: 2011.

118. Singh R, Ansinelli H, Katz H, et al. Factors associated with functional decline in elderly female breast cancer patients in Appalachia, *Cureus*, 2018, 10(5): e2612. DOI 10.7759/cureus.2612.

119. Şahin D. *Sosyal Destek ve Sağlık.* Edt. U. H. Okyayuz. Sağlık Psikolojisi. 1. Baskı. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1999.

120. Eylen B. Kanser hastası sosyal destek ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik ve faktör yapısı üzerine bir çalışma, *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2002, 15(1): 109-117.

121. April Hazard Vallerand, Susan M. Hasenau, Sheria G. Robinson-Lane, PhD, RN, and Thomas N. Templin, Improving functional status in african americans with cancer pain: a randomized clinical trial, *Oncology Nursıng Forum March*, 2018, 45(2).

122. Novothny P, Smith DJ, Guse L, Rummans TA, Hartmann L, Alberts S, Goldberg R, Gregory D, Johnson M. Sloan JA. A pilot study assessing social support among cancer patients enrolled on clinical trials: a comparison of younger versus older adults, *Cancer Management and Research*, 2010, 2: 133-142.

123. Luszczynska A, Pawlowska I, Knoll N, Scholz U. Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review, *PsychoOncology*, 2013, 22: 2160–2168.

124. Usta YY. Importance of social support in cancer patients, *Asian Pacific J Cancer Prev.*, 2012, 13: 3569-72.

125. Yamada TH. The Relationship Between Social Support, Optimism, And Cognition in Breast Cancer And Non-Hodgkin's Lymphoma Survivors. Doctor of a thesis, The University of Iowa, Iowa City, 2011.

126. Malak AT, Gumus AB. Nursing interventions and factors affecting physical, psychological and social adaptation of women with breast cancer, *Asian Pac J Cancer Prev*, 2009, 10: 173-176. (PMID:19469649)

127. Gralla RJ. Quality-of-life considerations in patients with advanced lung cancer: effect of topotecan on symptom palliation and quality of life, Oncologist, 2004, 9(6): 14.

128. Özdemir Ü ve Taşcı S, Kartın P, Çürük GN, Nemli A, Karaca H, Kemoterapi alanlarda fonksiyonel durum ve bakım veren yükü, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2017, 4(1).

129. Craven O, Hughes CA, Burton A, Saunders MP, Molassotis A. Is a nurse-led telephone intervention a viable alternative to nurse-led home care and standard care for patients receiving oral capecitabine? Results from a large prospective audit in patients with colorectal cancer, *Eur J Cancer Care*, 2013, 22(3).

130. Sadırlı, S. (2008). Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi. T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi. Edirne.

131. Bayram Z, Durna Z, Akın S. Quality of life during chemotherapy and satisfaction with nursing care in Turkish breast cancer patients, *European Journal of Cancer Care,* 2014, 23: 675-684.

132. Van Cleave JH, Egleston BL, Ercolano E, Mc Corkle R. Symptom distress in older adults following cancer surgery, *Cancer Nursing,* 2012, 36(4): 292-300.

133. Özdelikara A, Arslan B. Chemotherapy-ınduced nausea-vomiting to manage the use of complementary and alternative therapy methods, *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 2017, 6(4): 218-223.

134. Eghbali M, Yekaninejad MS, Varaei S et al. The effect of auricular acupressure on nausea and vomiting caused by chemotherapy among breast cancer patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2016, 24: 189-194.

135. Hidding JT. Beurskens CH. van der Wees PJ. van Laarhoven HW. Nijhuis-van der Sanden MW. Treatment related impairments in arm and shoulder in patients with breast cancer: a systematic review, *PLoS One,* 2014, 9(5).

136. Kwan W. Jackson J. Weir LM. Dingee C. McGregor G. Olivotto IA. Chronic arm morbidity after curative breastcancer treatment: prevalence and impact on quality of life, *J Clin Oncol,* 2002, 20(20): 4242-4248.

137. Mak SS. Mo KF. Suen JJ. Chan SL. Ma WL. Yeo W. Lymphedema and quality of life in Chinese women after treatment for breast cancer, *Eur J Oncol Nurs,* 2009, 13(2): 110-115.

138. Uğur Ö, Elçigil A, Arslan D, Sönmez A. Kanser hastasına bakım verenlerin, hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken yaşadıkları zorluk ve nedenlerinin incelenmesi. 20. Ulusal Kanser Kongresi Özet Kitapçığı 2013; Sözel Bildiri.

139. Can G. (ed). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım. İstanbul Konsensusu, Nobel Tıp Kitabevleri, 2010.

140. Yeşilbalkan Ö, Akyol A D, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2005*, 21 (1): 13-31.

141. Acaroğlu R, Şendir M, Kaya H, Sosyal E. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi, *İ. Ü. F. N. Hem Derg*, 2007, 15: 61-67.

142. Suhonen R, Valimaki M, Leino-Kilpi H. Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care, *J Adv Nurs*, 2005, 50: 282–92. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03391.x.

143. Boon A, Hinf GC. Excellence through patient and family centred care. Bay of Plenty District Health Board, Phase 1 Final Report 2012; 5-6.

144. Zhang J, Wong FKY, You L, et al. Effects of enterostomal nurse telephone follow-up on postoperative adjustment of discharged colostomy patients, *Cancer Nurs*. 2013, 36(6).

145. Gethin S, Robinson R, Caestecker J, Stewart J. Impact of a nurse-led telephone clinic on quality of IBD care, *Gastrointest Nurs*., 2007, 5(1).

146. Marklund B, StrPm M, Mansson J, Borgquist L, Baigi A, Fridlund B. Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs, *J Nurs Manag.*, 2007, 15(2): 180-187.

147. Booker J, Eardly A, Cowan R, Logue J, Wylie J, Caress AL. Telephone first post-intervention follow up for men who have had radical radiotherapy to the prostate: evaluation of a novel service delivery approach, *Eur J Oncol Nurs.*, 2004, 8(4): 325-333.

148. Radziewicz RM, Rose JH, Bowman KF, Berila RA, O"Toole EE, Given B. Establishing treatment fidelity in a coping and communication support telephone intervention for aging patients with advanced cancer and their family caregivers, *Cancer Nurs*., 2009, 32(3): 193-202.

149. Cox K, Wilson E. Follow-up for people with cancer: nurse-led services and telephone intervention, *J Adv Nurs.*, 2003, 43(1): 51-61.

150. Downe-Wamboldt BL, Butler LJ, Melanson PM, et al. The effects and expense of augmenting usual cancer clinic care with telephone problemsolving counseling, *Cancer Nurs*, 2007, 30(6): 441-453.

151. Türkmen E, Uslu A. Özel Bir Hastanede Hemşirelerin Dolaylı Bakım Uygulamalarının Değerlendirilmesi, *İ. Ü. F. N. Hem Derg*, 2011, 19: 60–67.

152. Weldam SW, Lammers JJ, Zwakman M, Schuurmans MJ. Nurses' perspectives of a new individualized nursing care intervention for COPD patients in primary care settings: A mixed method study, *Appl Nurs Res,* 2017, 33: 85-92. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.10.010.

# 8. EKLER

**EK-1.** Etik Kurul İzini



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU (SBEK)
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hemşirelik bölümü akademisyenlerinden / öğrencilerinden Gökçe Banu Acar 'in, Adjuvan hormonoterapi alan meme kanserli kadınların Roy Adaptasyon modeline göre verilen semptom yönetimi ekzantemoterapinin fonksiyonel durum üzerine etkisi adlı araştırması değerlendirilmiştir. *(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

- [x] Proje etik açısından uygun bulunmuştur.
- [ ] Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.
- [ ] Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

| SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır) | |
|---|---|
| Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no) | 682 |
| Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih | |
| Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no | 25.10.2017/32 |
| Yer | Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi |
| Katılımcılar | Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır. |

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

| | | İMZA |
|---|---|---|
| Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR | Başkan | |
| Doç. Dr. Musa AYGÜL | Başkan Yardımcısı | |
| Prof. Dr. Şükrü ÖZEN | Üye | |
| Prof. Dr. Ergün ERASLAN | Üye | |
| Prof. Dr. Metin ÖZDEMİR | Üye | |
| Prof. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM | Üye | |
| Prof. Dr. Tekin AKDEMİR | Üye | |
| Doç. Dr. Rıza GÖKLER | Üye | |

28

**EK-2.** Kurum İzini



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

TIPTA UZMANLIK ve EĞİTİM KURULU TOPLANTI KARAR TUTANAĞI

Toplantı Sayısı : 27

Toplantı Tarihi : 23.01.2018 Salı

Saat : 14:00

Sayın Gökçe Banu ACAR

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Programı Öğrencisi Gökçe Banu ACAR, Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN danışmanlığında yürüttüğü " **Adjuvan Kemoterapi Alan Meme Kanserli Kadınlara, Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Semptom Yönetimi Danışmanlığının, Fonksiyonel Duruma Etkisi**" konulu staj amaçlı olmayan tez uygulamalarını Hastanemizde yapma hususunun uygun olduğuna oy birliği ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Halil BAŞAR
Eğitim Koordinatörü

**EK-3.** Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, meme kanseri tanısı ile kemoterapi alan hastaların yaşadıkları semptomlara yönelik olarak geliştirilen danışmanlık müdahalesinin, hastaların fonksiyonel durumlarına etkisini, değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırmada size kemoterapi alan hastaların yaşadıkları semptomlar hakkında bilgilendirme yapılacaktır. Elde edilen veriler isminiz kullanılmadan sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya katılmama hakkınız vardır. Araştırmadan çekilmeniz tedavi ve kontrollerinizi etkilemeyecek ve bireysel veriler gizli tutulacaktır. Ayrıca size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Veri toplama amacı ile size verilen anket formundaki her bir soruyu, araştırmanın güvenilir olması için içtenlikle ve doğru olarak cevaplamanız gerekmekte olup ilgi ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul ederseniz formu imzalayınız.

**Sorumlu Araştırmacı**
Gökçe Banu Acar
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi
Tel: 0312 306 37 15
E-mail: gacar_1987@hotmail.com

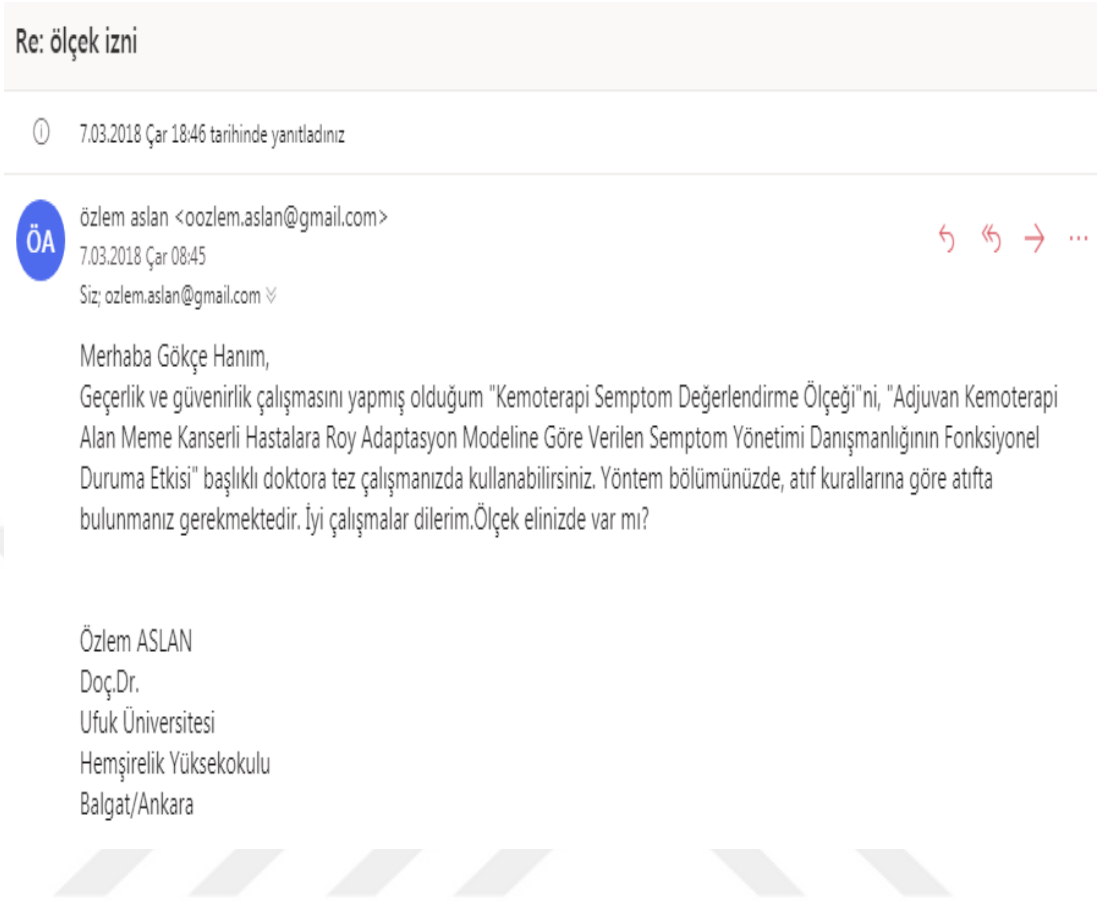
**Katılımcının Beyanı**

Sayın Gökçe Banu Acar tarafından çalışmayla ilgili bilgiler tarafıma aktarılarak bu araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmadım ve yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine ve sadece bu araştırma amacıyla kullanılacağı konusunda özen gösterileceğine inanıyorum. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum ve herhangi bir ödeme talep etmiyorum. Bu koşullarda bu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir zorlama ve baskı altında kalmadan katılmayı kabul ediyorum.

**Katılımcının**
Adı-Soyadı:
Tel:
Tarih ve İmza:

**Açıklamaları yapan araştırmacının**
Gökçe Banu Acar
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi
Tel: 0312 306 37 15
E-mail: gacar_1987@hotmail.com

**EK-4.** Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin İzin Yazısı



Re: ölçek izni

7.03.2018 Çar 18:46 tarihinde yanıtladınız

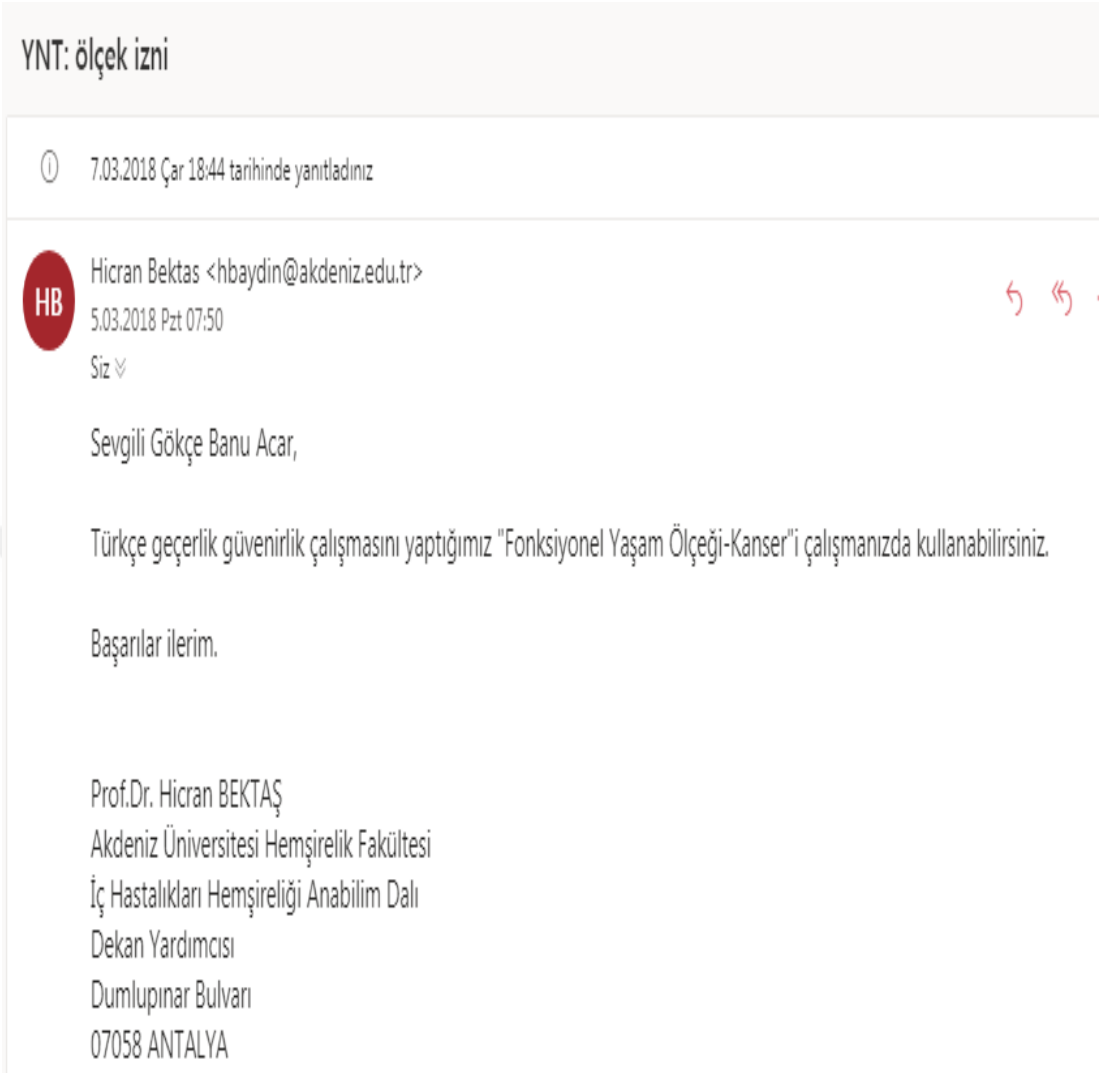
ÖA

özlem aslan <oozlem.aslan@gmail.com>
7.03.2018 Çar 08:45
Siz; ozlem.aslan@gmail.com

Merhaba Gökçe Hanım,
Geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğum "Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği"ni, "Adjuvan Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalara Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Semptom Yönetimi Danışmanlığının Fonksiyonel Duruma Etkisi" başlıklı doktora tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Yöntem bölümünüzde, atıf kurallarına göre atıfta bulunmanız gerekmektedir. İyi çalışmalar dilerim.Ölçek elinizde var mı?

Özlem ASLAN
Doç.Dr.
Ufuk Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu
Balgat/Ankara

**EK-5.** Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Kanser'in İzin Yazısı



YNT: ölçek izni

7.03.2018 Çar 18:44 tarihinde yanıtladınız

HB

Hicran Bektas <hbaydin@akdeniz.edu.tr>
5.03.2018 Pzt 07:50
Siz

Sevgili Gökçe Banu Acar,

Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yaptığımız "Fonksiyonel Yaşam Ölçeği-Kanser"i çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Başarılar ilerim.

Prof.Dr. Hicran BEKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Dekan Yardımcısı
Dumlupınar Bulvarı
07058 ANTALYA

**EK-6.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu

**KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

Anket No:

Adı-Soyadı:

Telefon:

Kilo : Birinci kemoterapide:……  Üçüncü kemoterapide:…..

Tanı:

1) Yaşınız.....

2) Medeni durumunuz?

a) Evli
b) Bekâr

3) Eğitim durumunuz?

a) Okur-Yazar
b) İlköğretim
c) Lise
d) Yüksekokul /Üniversite
e) Yüksek lisans/Doktora

4) Kiminle yaşıyorsunuz?

a) Yalnız
b) Eşi ile
c) Eşi ve çocuklarıyla
d) Diğer ……..

5) Gelir düzeyiniz?

a) İyi
b) Orta
c) Kötü

6) Sürekli yerleşim yeriniz?

a) Köy-Kırsal Bölge
b) Şehir-Kentsel Bölge

7) Tedavi olduğunuz hastaneye göre yerleşim yeriniz?

a) Aynı il sınırları içinde
b) İl sınırları dışında

8) Hastaneye ulaşım biçiminiz?

a) Özel Araç
b) Toplu Taşıma Aracı
c) Diğer……..

9) Çalışma durumunuz?

a) Çalışıyorum
b) Şimdiki hastalığım nedeniyle çalışamıyorum (rapor, izin...)
c) Başka nedenlerle çalışmıyorum (emeklilik, ev hanımı...)

10) Mesleğiniz nedir?

a) Memur
b) Ev Hanımı
c) İşçi
d) Emekli
e) Serbest Meslek
f) İşsiz
g) Çiftçi
h) Diğer……

11) Sağlık güvenceniz var mı?

a) Var
b) Yok

12) Sigara kullanıyor musunuz?

a) Kullanıyorum
b) Kullanmıyorum
c) Bıraktım

13) Alkol kullanıyor musunuz?

a) Kullanıyorum
b) Kullanmıyorum
c) Bıraktım

14) Hastalığınızın evresi nedir?

a) Evre 1
b) Evre 2
c) Evre 3

15) Hastalığınızın metastazı var mı?

a) Evet ……..

b) Hayır

16) Uygulanan tedavi şekli nedir?

a) Mastektomi

b) Koruyucu meme cerrahisi

17) Hastalığınız hakkında size bilgi verildi mi?

a) Evet

Hayır

18) Size uygulanacak olan kemoterapiye ilişkin herhangi bir bilgilendirme yapıldı mı? (Cevabınız hayır ise 21. Soruya geçiniz)

a) Evet

b) Hayır

19) Kemoterapiyle ilgili bilgilendirmeyi kimden aldınız?

a) Hekim

b) Hemşire

c) Hekim+hemşire

d) Diğer …….

20) Kemoterapiyle ilgili bilgilendirmeyi yeterli buldunuz mu?

a) Evet

b) Hayır

21) Size uygulanacak kemoterapinin etkilerini ve yan etkilerini biliyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

22) Kemoterapi nedeniyle yaşadığınız yan etkilerle baş edebildiğinizi düşünüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

23) Evinizde sizinle birlikte yaşayan kişilerden bakımınıza destek olanlar var mı?

a) Evet

b) Hayır

24) Bakımınıza destek olan kişiler varsa, bu kişiler sizi hangi açılardan destekliyorlar mı? (Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)

a) Fiziksel açıdan

b) Ekonomik açıdan

c) Ruhsal açıdan

25) Ailenizde sizden başka kemoterapi tedavisi gören birey oldu mu?

a) Evet

b) Hayır

26) Kanser hastalığı dışında başka kronik hastalıklarınız var mı?

(Cevabınız hayır ise 28. Soruya geçiniz)

a) Evet

b) Hayır

27) Başka kronik hastalıklarınız varsa; bu hastalıklar nelerdir?

a) Diyabet b) Hipertansiyon c) Romatizma d) Kalp sorunları e) Diğer

28) Meme kanseri tanısı aldıktan sonra hayatınızda ne tür değişiklikler oldu?

(Cevaplarken birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

**Psikolojik Alanda;**

a) Değişiklik olmadı.

b) Öfke

c) Ümitsizlik

d) Hayal kırıklığı

e) Endişe

f) Ölüm korkusu

g) Çabuk sinirlenme

h) Kendine güvensizlik

ı) Stres

i) Bağımlılık duygusu

j) Gelecek kaygısı

**Sosyal Alanda;**

a) Değişiklik olmadı

b) İş kaybı

c) Sosyal etkileşimin azalması

d) Sosyal etkileşimin artması

e) Sosyal etkileşimde bozulma

f) Aile içi ilişkilerde bozulma

g) Yaşam tarzında değişim

h) Rolleri yerine getirmede değişim

**Ekonomik Alanda;**

a) Değişiklik olmadı

b) Ekonomik sorun yaşadım.

**EK-7.** Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği

(Görevli tarafından doldurulacak)

Hastanın Adı Soyadı :

Hastane Adı :

Doğum Tarihi :

İlaç Rejimi :

Uygulanma Şekli :

Kür Numarası/Hafta :

Kan Tetkik Sonuçları :

Hemoglobin :

Eritrosit :

Lökosit :

Nötrofil :

Platelet :

Aldığı ve Çıkardığı Sıvı :

Akciğer Fonksiyon Testi :

Gecikmiş veya Değişmiş Tedavi/Gerekçesi :

Tarih :

Kilosu(Kg) :

**Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği Nasıl Doldurulacak?**

Aşağıdaki listede, kemoterapiyle ilgili olabilecek belirtiler açıklanmaktadır. Listelenen bütün belirtiler sizde görülmeyebilir. Fakat, hangi belirtileri yaşamış olduğunuzu bize söylemeniz, bu belirtilerle baş etmenizde size yardımcı olabilmemiz için önemlidir. Lütfen "A" sütunundaki belirtilerin listesine bakın. Son kemoterapiyi aldığınızdan beri yaşadığınız belirtiler için, "Evet" veya "Hayır" seçeneklerinden birini işaretleyin. Eğer, bir belirti için "Evet"i işaretlediyseniz, belirtinin şiddetini ve belirtinin sizi ne ölçüde rahatsız ettiğini, B ve C sütunlarındaki rakamları işaretleyerek bize söyleyin. Ölçeği doldurduğunuz zaman, belirtileri sizinle tartışacağız ve bu bilgiyi, bakımınızı planlamak için kullanacağız. Eğer sorularınız olursa, lütfen bize sorun.

| **Son aldığınız kemoterapiden beri, aşağıdaki belirtilerden herhangi birini yaşadınız mı?** | **Evet** | **Hayır** | **Belirtinin şiddeti nasıl?** | | | **Belirti sizi ne kadar rahatsız ediyor?** | | | | **Alınan Önlem** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | **Hafif** | **Orta** | **Şiddetli** | **Hiç** | **Biraz** | **Oldukça Fazla** | **Çok Fazla** | |
| Tedaviden önce bulantı veya kusma | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Tedaviden sonra bulantı | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Tedaviden sonra kusma | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Kabızlık | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| İshal | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Ağrı | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Lütfen ağrıyı hissettiğiniz yeri buraya yazın. | | | | | | | | | | |
| Nefes darlığı | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Enfeksiyon belirtileri(Olağanüstü sıcaklık, soğukluk, grip benzeri belirtiler, yüksek vücut ısısı, idrar yaparken ağrı) | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Kanama veya morarma(Burun kanamaları, anüs bölgesinde kanama, idrarda kan ve vücutta morluklar) | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Ellerde ve ayaklarda iğnelenme ve uyuşma | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Cildiniz veya tırnaklarınızla ilgili problemler(Kuru, kaşıntılı, iltihaplı cilt, güneşe hassasiyet, tırnaklarda değişiklikler, damarlarda belirginleşmeler) | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Saçlarda dökülme | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Ağız veya boğazla ilgili problemler(Hassas veya kuru ağız/boğaz, ağızda yaralar) | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| İştahta değişme | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Kilo kaybetme veya kilo alma | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Gözlerle ilgili problemler(Hassas, kaşıntılı, kuru, sulanmış gözler) | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Halsizlik hissetme | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Olağanüstü yorgunluk hissetme | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Uyuma güçlüğü | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Baş ağrıları | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Endişeli veya sıkıntılı hissetme | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Karamsar veya üzüntülü hissetme | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Cinsel hayatınızda değişme(Örneğin cinsel ilgide azalma) | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Sadece kadınlar için: Adetlerinizde değişme (Adetlerinizde kesilme, düzensizlik, lekelenme şeklinde kanama) | | | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Son kemoterapiden beri, yaşadığınız başka belirti veya problemler var ise, buraya yazınız. | | | | | | | | | | |
| Görevlinin notları | | | | | | | | | | |

**EK-8.** Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Kanser

Lütfen aşağıdaki sorulara **son iki hafta içindeki** aktivitelerinize ve sağlık durumunuza göre cevap veriniz.

1. Çoğu insan zaman zaman depresyon belirtileri hisseder. Siz bu duyguları ne kadar sıklıkla hissediyorsunuz?

---

1 2 3 4 5 6 7

Hiçbir zaman Sürekli

2. Günlük yaşamınızdaki sorunlarınızı kolay çözebiliyor musunuz?

---

1 2 3 4 5 6 7

İyi değil Çok iyi

3. Hastalığınız ne kadar sık aklınıza geliyor?

---

1 2 3 4 5 6 7

Devamlı

Hiçbir zaman

4. Dinlenmeye fırsat bulabiliyor musunuz?

---

1 2 3 4 5 6 7

Fırsat Hiç

bulabiliyorum fırsat bulamıyorum

5. Bulantı günlük işlerinizi etkiliyor mu?

---

1 2 3 4 5 6 7

Hiç etkilemiyor Çok etkiliyor

6. Bugün kendinizi ne kadar iyi hissediyorsunuz?

---

1 2 3 4 5 6 7

Son derece kötü Son derece iyi

7. Bugün kendinizi yemek pişirecek / küçük ev işleri yapabilecek kadar yeterli hissediyor musunuz?

---

1 2 3 4 5 6 7

Çok yeterli Çok yetersiz

Lütfen aşağıdaki sorulara **son iki hafta içindeki** aktivitelerinize ve sağlık durumunuza göre cevap veriniz.

8. Son iki haftada hastalığınız yakınlarınıza zorluk yaşattı mı?

---

1 2 3 4 5 6 7

Hiç zorluk yaşatmadı Çok fazla zorluk yaşattı

9. Yaşama isteğinizin azaldığını ne sıklıkla hissediyorsunuz?

---

1 2 3 4 5 6 7

Daima Hiçbir zaman

10. Son bir ay içinde iş yerinde / evdeki verimliliğinizden memnun musunuz?

---

1 2 3 4 5 6 7

Hiç memnun değilim Çok memnunum

11. Bugün kendinizi ne kadar huzursuz hissediyorsunuz?

---

1 2 3 4 5 6 7

Hiç huzursuz Hissetmiyorum Çok huzursuz hissediyorum

12. Size göre, hastalığınız, son iki haftada, en yakınlarınızla ilişkilerinizi ne kadar bozdu?

---

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen bozdu Hiç bozmadı

13. Ağrı ya da rahatsızlıklar günlük aktivitelerinizi ne kadar etkiliyor?

---

1 2 3 4 5 6 7

Hiç etkilemiyor Çok etkiliyor

14. Son iki haftada hastalığınız size kişisel olarak ne kadar zorluk yaşattı?

---

1 2 3 4 5 6 7

Çok fazla zorluk yaşattı Hiç zorluk yaşatmadı

15. Ev ile ilgili günlük sorumluluklarınızın ne kadarını tamamlayabiliyorsunuz?

---

1 2 3 4 5 6 7

Hepsini Hiçbirini

16. Son iki haftada en yakınlarınızı görmeye / onlarla birlikte zaman geçirmeye ne kadar istekliydiniz?

---

1 2 3 4 5 6 7

İsteksizdim Çok istekliydim

17. Son iki haftada kaç kez bulantınız oldu?

---

1 2 3 4 5 6 7

Hiç olmadı Çok Fazla oldu

18. Gelecekten ne kadar korkuyorsunuz?

---

1 2 3 4 5 6 7

Devamlı korkuyorum Hiç korkmuyorum

19. Son iki haftada arkadaşlarınızı görmeye / onlarla birlikte zaman geçirmeye ne kadar istekliydiniz?

1 2 3 4 5 6 7

İsteksizdim Çok istekliydim

20. Sizce son iki haftada yaşadığınız ağrı ya da rahatsızlıkların ne kadarı hastalığınızla ilgiliydi?

1 2 3 4 5 6 7

Hiçbiri Hepsi

21. Size uygulanan tıbbi tedaviye ne kadar güveniyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7

Hiç güvenmiyorum Çok güveniyorum

22. Sizce bugün nekadar iyi görünüyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7

Son derece kötü Son derece iyi

**EK-9.** Danışmanlık Memnuniyet Anketi

Hastanın Adı-Soyadı:

1. Telefon ile yapılan danışmanlığın, kemoterapinin yan etkileriyle baş etme konusunda size yardımı oldu mu?
a. Evet yardımı oldu. b. Kısmen yardımı oldu c. Hiç yardımı olmadı

2. Yapılan telefon görüşmelerinin sayısı yeterli miydi?
a. Evet yeterliydi b. Daha çok olabilirdi. c. Daha az olabilirdi

3. Telefon ile yapılan danışmanlıktan memnuniyet düzeyiniz nedir?
a. Çok memnun kaldım b. Biraz memnun kaldım c. Çok az memnun kaldım
d. Hiç memnun kalmadım.

4. Telefonla danışmanlık uygulaması, meme kanseri hastalarının, kemoterapinin yan etkileriyle baş etmeleri için tek başına (yüz yüze danışmanlık olmaksızın) yeterli bir yöntem midir?
a. Evet b. Hayır

5. Yüz yüze yapılan danışmanlığın kemoterapinin yan etkileriyle baş etme konusunda size olan katkısını nasıl değerlendirirsiniz?
a. Çok faydalandım. b. Biraz faydalandım c. Çok az faydalandım d. Hiç faydalanmadım

6. Yüz yüze yapılan danışmanlıktan memnuniyet düzeyiniz nedir?
a. Çok memnun kaldım b. Biraz memnun kaldım c. Çok az memnun kaldım
d. Hiç memnun kalmadım.

7. Yüz yüze danışmanlık uygulaması, meme kanseri hastalarının kemoterapinin yan etkileriyle baş etmeleri için tek başına (telefon görüşmeleri olmaksızın) yeterli bir yöntem midir?
a. Evet b. Hayır

**EK-10.** Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

**A. Giriş (açılış-tanıtım):**

Hastanın Adı-Soyadı:…….....

1.Görüşmenin Başlama/Bitiş Saati: …… 1. Görüşmenin Tarihi:……..

2.Görüşmenin Başlama/Bitiş Saati: …… 2.Görüşmenin Tarihi:……...

Meme kanseri olan hastalarımızın, kemoterapi tedavisi sırasında yaşadıkları ile ilgili "tepki, beklenti ve gereksinimlerini" belirlemek amacıyla bir araştırma yapıyorum. Bu konuda en doğru ve güvenilir bilgiyi hastalarımız vereceği için sizinle görüşme yapmak istiyorum.

Araştırmaya katılımınız bütünüyle "gönüllü olmanıza" bağlıdır. Söylediklerinizde doğru veya yanlış yoktur, gerçek duygu ve düşüncelerinizi yansıtmanız verilerin güvenilir olması için önemlidir. Bu görüşme sırasında verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacak, isminiz kullanılmadan bilimsel olarak paylaşılacaktır. Sizinle yapacağımız görüşmeyi zamanı daha iyi kullanabilmek ve söylediğiniz hiç bir şeyi kaçırmamak için ses kayıt cihazı ile kaydetmek istiyorum. Görüşmede özellikle kayıt edilmesini istemediğiniz şey olursa bana söyleyebilirsiniz ve kaydetmeyebiliriz.

Araştırma ve görüşme süreci konusunda başka sorunuz varsa çekinmeden sorabilirsiniz.

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

**B. Görüşme Soruları:**

1) Kemoterapi aldıktan sonra, yaşadığınız yan etkilerden bahsedebilir misiniz?

2) Yaşadığınız yan etkiler, ne olduğunda şiddetleniyor?

3) Yaşadığınız yan etkilerle baş etmek için neler yaptınız?

4) Kemoterapi aldıktan sonra yaşadığınız yan etkilerin günlük yaşamınızı nasıl etkilediğini anlatır mısınız? ( uyku, yemek, banyo, çevreyle ilişkiler, psikolojik durum vb.)

**C. Kapanış:**

Bana zaman ayırdığınız ve meme kanseri tanısı almış hastaların yaşadıklarını belirlememiz için verdiğiniz katkıdan dolayı çok teşekkür ederim. Verdiğiniz bilgiler hastalar ve sağlık ekibi için çok değerlidir. İyi günler…

**EK-11.** Hasta Danışmanlık Rehberi

## ROY ADAPTASYON MODELİNE GÖRE HAZIRLANAN HASTA DANIŞMANLIK REHBERİ

## İÇİNDEKİLER

**A) Fizyolojik alana yönelik adaptasyon**

1) Lenfödem
2) Kas-Eklemlerde Ağrı
3) Yorgunluk-Halsizlik
4) Nefes darlığı
5) Bulantı ve kusma
6) İshal
7) Kabızlık
8) Tat değişikliği
9) Ağız ve diş eti problemleri
10) İştahsızlık
11) Enfeksiyon
12) Kanamaya yatkınlık
13) Kansızlık
14) Cilt ve tırnak değişiklikleri
15) Saç dökülmesi
16) Kas ve sinir sistemi değişiklikleri
17) İdrar yolları ile ilgili değişiklikler
18) Uyku problemleri
19) Gözlerle ilgili problemler
20) Cinsel problemler
21) Acil durumlar

## 1) LENFÖDEM

Lenfödem, lenf sıvısı üretimi ile lenfatik kanallar aracılığı ile bu sıvının uzaklaştırılması arasındaki bir dengesizliğin sonucu oluşur. Lenfödem ölçümünün en yaygın kullanımı, kolun dirsek hizasının 10 cm alt ve 10 cm üst bölümünden çevresinin ölçülmesi ve sağlam kolun ölçümleriyle karşılaştırılmasıdır. Buna göre, iki kol arasındaki farkın 2 cm'den fazla olması lenfödem olarak değerlendirilmektedir.

**Öneriler;**

- Cildinizi günlük olarak çizik, enfeksiyon, döküntü ve kızarıklık açısından değerlendirin.
- Ciltteki çatlakları ve kepeklenmeyi önlemek için günlük nemlendirici uygulayın. Özellikle soğuk havalarda ve uzun süre su ile çalıştığınız işlerden sonra ellerinizi korumak için el kremi kullanın.
- Ameliyat olan taraftaki kolu ve eli temiz tutun, ciltte kurumaya neden olabilecek sabunlar kullanmayın. Derinin normal pH'sı 5 civarındadır. Bu nedenle doğal ve pH'sı nötral ya da 5 civarı olan (hafif asidik) sabunlar tercih edin. Deterjan içerikli, gliserin içermeyen, parfüm içerikli sabun kullanmayın.
- Bahçede çalışırken, deriyi tahriş eden deterjanlar (çamaşır suyu, tuz ruhu, amonyak vb.) kullanırken ve yaralanma ile sonuçlanabilecek diğer işleri yaparken eldiven kullanın.
- Yemek pişirirken ve bulaşık yıkarken ameliyat olan taraftaki el ve kolunuzu yanıklardan sakının.
- Ameliyat olan taraftaki kolunuzla güç isteyen işler (ovma, fırçalama, itme, çekme gibi) yapmayın. Ev işlerini yaparken yorulduğunuzda dinlenin.
- Güneşlenmekten ve güneş yanıklarından kaçınmalı, güneşten korunmak için minimum 15, tercihen 30 koruyucu faktör içeren kremler kullanın.
- Dinlenirken kolun altına küçük bir yastık koyarak kolu yükseltin.
- Banyo yaparken ya da bulaşık yıkarken çok soğuk su kullanmayın.
- Sıcak su ile banyo ya da duş yapmamalı, hamam ve saunalara girmeyin.
- Koltuk altı bölge temizliği için jilet yerine elektrikli makineleri kullanın.
- Ameliyat olan taraftaki kola, omuza, boyuna sıcak kompres uygulamayın.
- Ameliyat olan taraftaki kola kuvvetli bir şekilde masaj yapmayın.

- Ameliyat olan taraftaki kolla elde ya da omuzda ağır eşya taşımayın.
- Omzun hareketini kısıtlayan dar kollu ya da lastikli kıyafetler tercih etmeyin.
- Ameliyat olan taraftaki kola sıkan saat, künye takmayın.
- Dikiş dikerken yüksük kullanın.
- Ağır meme protezleri kullanmayın.
- Sigara ve alkol kullanmayın.
- Ameliyat olan taraftaki elin tırnak çevresindeki dokularını kesmeyiniz ve bu ele manikür yaptırmayın.
- Ameliyat olan taraftaki koldan tansiyon ölçtürmeyin.
- Ameliyat olan taraftaki kola iğne, aşı yaptırmayın, kan vermeyin.
- Ameliyat olan taraftaki kola lenf ödemi belirten bir bilezik ya da kolye taşıyın.

**2) KAS / EKLEMLERDE AĞRI**

Kanser hastalarında ağrı doku hasarını önceden haber vererek sebebin bulunabilmesi için bireyin hekime gitmesine yol açan bir uyaran ve kemoterapi tedavisinin yol açtığı önemli bir yan etkidir. Kas/eklemlerde hissedeceğiniz ağrı hafif veya şiddetli olabilir. Bu ağrıyı her tedavide hissetmeyebilirsiniz. İlaca bağlı gelişen bir sorun olduğundan bu sorunun oluşmasını engellemek oldukça zordur.

**Öneriler;**

- Hekiminizin size önerdiği ağrı kesiciyi kullanın.
- Ağrınız olduğunda sık aralıklarla pozisyonunuzu değiştirin.
- Parlak ışık ve gürültüden uzak rahat, sakin bir ortamda dinlenin.
- İstirahat edin ve günlük aktivitelerinizi genel durumunuza göre planlayın.
- Ağrıyan bölgeye cildinizi yakmayacak ısıda günde birkaç kez 5–10 dakika sıcak uygulama yapın.
- Küveti cildinizi yakmayacak ısıda sıcak su ile doldurarak içinde yatarak gevşemeye çalışabilirsiniz.
- Ağrıyan bölgeye masaj uygulayın.
- Gevşeme egzersizlerini (derin nefes alma, güzel bir ortamda kendinizi hayal etme gibi) yapın.
- Ağrıyı rahatlatmak için müzik dinleyin.

- Eklem/kas ağrınız çok fazla ise hekiminizle görüşerek önerilerine uyun.

## 3) YORGUNLUK - HALSİZLİK

Halsizlik ve yorgunluk hastalığın kendisi kadar kemoterapinin yan etkisi olarak da görülebilir. Hastalarda, bu durumun ortaya çıkması beklenmekle beraber geçici bir etkidir. Tedavi sonlandığında yavaş yavaş azalır ve düzelir.

### Öneriler

- Tedavi öncesi ve sonrası iyice dinlenin. Dinlenme dönemlerinizi planlamaya çalışın.
- Günlük aktivitelerinizi sınırlayın, sizin için en önemli olanlara öncelik verin.
- Egzersiz yapın (orta düzeyde).
- Yeterli uyuyun (en az sekiz saat).
- Yorucu işlerden kaçının.
- Sevdiği sosyal faaliyetlerle ilgilenin.
- Gün içinde yapılması planlanan aktiviteleri enerji düzeyinizin yüksek olduğu zaman dilimlerinde yapın.
- Gereksinim duyduğunuzda yardım almaktan çekinmeyin.
- Verilebilecek görevlerin başkaları tarafından yapılmasını isteyin.
- Gece uykusunu etkilemeyecek şekerlemeler yapın.
- Kendinizi yatağa bağlı hissetmeyin, diğer bireylerle ilişkilerinizi mutlaka devam ettirin. Bu sizi yalnızlık duygusundan uzaklaştıracaktır.
- İyi ve dengeli beslenmeye özen gösterin. Yüksek proteinli diyet takviyesi alın.
- Alkol ve kafeinden uzak durun.
- Yeterli su alımı son derece önemlidir. Toksik maddelerin (ilaçlar ve atık maddelerin) hızlı atılabilmesi için gereklidir.

## 4) NEFES DARLIĞI

Nefes darlığı, kemoterapi ilaçlarının akciğerde oluşturduğu hasara bağlı ya da kemik iliğini baskılayarak dolaşımda vücudun her yerine oksijen taşıyan kırmızı kan hücresi olan eritrosit sayısını azalmasına bağlı olarak gelişebilmektedir.

**Öneriler**

- Dışarı çıkıp temiz hava alın ya da bulunduğunuz odayı havalandırın.
- Bulunduğunuz odanın sıcaklığını düşürüp, bir pencere açarak daha soğuk bir ortamda nefes almak sizi rahatlatacaktır.
- Gereksinim duyduğunuzda yardım almaktan çekinmeyin.
- Verilebilecek görevlerin başkaları tarafından yapılmasını isteyin.
- Yorucu işlerden kaçının.
- Yavaş ve derin soluk alın. Dudaklarınızı büzerek havayı üfleyin (dışarı verin). Soluk verme işlemini soluk almaktan daha uzun sürede yapın.
- Sandalyeye oturun, ayaklarınızı birbirinden ayırın ve ellerinizi dizlerinizin üzerine koyarak dinlenin.
- Duvara dayanın, ayaklarınızı açın, omuzlarınızı gevşetin ve öne doğru eğilin.
- Uyurken yatağın başucunu yükseltin yada yüksek yastık kullanın.
- Dikkatinizi başka yöne çevirip, (gözlerinizi kapatıp güzel şeyler hayal edebilirsiniz ya da burnunuzdan derin nefes alıp, ağzınızdan yavaş yavaş vermek gibi) soruna odaklanmayı bırakan teknikler uygulayın.

**5) BULANTI-KUSMA**

Bazen ilaçların yan etkisi nedeniyle bazen de ortamdaki kokulardan etkilenerek bulantı ve kusma gelişir. Kullanılan ilaç türüne, doza ve kişisel özelliklere göre bulantı şiddeti ve süresi değişir. Bulantı ve kusma kontrol altına alınabilecek/azaltılabilecek yan etkilerdir.

**Öneriler**

- Bulantı ve kusmanın her kemoterapi sonrası olacağı önyargısına kapılmayın.
- Kemoterapiye gelmeden 4-6 saat önce sıvı yiyecekler almayın ya da kısıtlı alın. Hafif bir kahvaltı ile atıştırarak gelin.
- Sıcak yiyeceklerin kokusu bulantı hissini artırabileceği için soğuk veya oda sıcaklığındaki gıdaları tercih edin.
- Az ve sık beslenin (5-6 öğün).
- Yiyecekleri hızlı yemeyin, iyice çiğneyin. Yemek yerken sakin bir ortamda olmayı tercih edin.

- Sıvıları alırken yavaş yudumlayarak için.
- Bulantı hissini artırabileceğinden tatlı, yağlı, çok baharatlı ve ağır kokulu yiyeceklerden kaçının.
- Sabah bulantınız oluyorsa yataktan kalkmadan tuzlu kraker, leblebi veya tost yiyebilirsiniz.
- Eğer bulantınız rahatsız edici boyutta ise ve yiyeceklerle bastırılamayacak seviyede ise doktorunuzun önerdiği bulantı ilacını kullanın.
- Yemeklerden sonra dinlenin veya yavaş aktiviteler yapın.
- Ağzınızda yara yoksa limon, turşu, limonata gibi ekşi yiyecekleri deneyin.
- Ağzınızı limonlu su ile çalkalayabilirsiniz.
- Kötü kokulardan uzak durmaya çalışın (sigara, parfüm vs.)
- Yoğun bulantınız olduğunda sevdiğiniz yiyeceklerden tüketmeye çalışmayınız. Daha sonra sevdiğiniz yiyeceğe karşı tiksintinin önlenmesi için önemlidir.
- Kemoterapi sırasında ağzınızda hoş olmayan metalik veya ilaç tadı algılamasını azaltamaya yardımcı olan naneli şekerlemeler yemeyi deneyin.
- Hoşlandığınız müzik, televizyon programları, elektronik oyunlar ve kitap okuma gibi uğraşlara yoğunlaşarak bulantı hissinizi azaltabilirsiniz.
- Müzikle birlikte derin nefes alıp vererek kaslarınızı gevşek bırakıp rahatlatmayı, aşırı bulantı hissettiğiniz dönemlerde ise uyumayı deneyin.
- Sıkmayan rahat kıyafetler giyin.
- Evde gelişebilecek bulantınızı önlemek için, kendinizi yorgun hissetmiyorsanız yürüyüş ve egzersiz yapın.
- Ağız bakımınızı düzenli yaparsanız hem yara gelişimini önleyecek hem de rahatlamış olacaksınız.
- Tüm bunlara rağmen bulantı-kusmanız devam ediyor ve 24 saat boyunca ağızdan hiç sıvı alamıyorsanız, mutlaka doktor veya hemşirenize bu konuyla ilgili danışın.

## 6) İSHAL

Tedavide aldığınız ilaçların bağırsak hareketlerini doğrudan etkilemesiyle ishal gelişebilir. Eğer günde 4 veya 5 kezden fazla sulu dışkılama varsa bu duruma ishal denir ve önlem almanız gerekir. İshal geliştiğinde doktorunuza haber veriniz. Doktorunuzun haberi olmadan herhangi bir ilaç kullanmayınız.

### Öneriler

- İshal nedeniyle kaybettiğiniz sıvıyı yerine koymak amacıyla su, ayran, açık çay gibi içecekleri tercih edin.
- Bunların oda ısısında ve ılık olmasına dikkat ediniz.
- İshal ve krampınızı artırabileceğinden lifli yiyecekler yerine beyaz ekmek, pirinç veya makarna, muz, kabuğu soyularak ezilmiş ya da pişirilmiş meyve, yoğurt, yumurta, kaynatılmış ezilmiş kabuksuz patates, derisi çıkarılmış tavuk, hindi veya balık eti gibi düşük lifli gıdalar tercih edin.
- İshalle beraber kaybettiğiniz potasyumu yerine koymak amacıyla muz, patates ve armut gibi potasyumu yüksek besinleri tüketin.
- Kızartılmış, yağlı, baharatlı gıdalar tüketmeyin.
- Çay, kahve, alkollü içecekler ve tatlılardan kaçının.
- İshalinizi artırıyorsa süt ve süt ürünlerinden kaçının.
- Günde en az 8–10 bardak su veya sıvı gıdalar içmeye gayret edin.
- Gaz yapıcı yiyeceklerden uzak durun (mercimek, fasulye, nohut, lahana, vs.)
- Sık sık ve az yiyin.
- Sık dışkılama tahrişlere neden olacağından anal bölgenizin temizliğine daha fazla dikkat edin.
- Her boşaltımdan sonra bölgeyi önden arkaya doğru iyice temizleyerek ve ılık su ile durulayarak kuru tutun.
- Sert, tahriş edici, renkli ve kokulu tuvalet kağıtları kullanmaktan kaçının.
- Dışkılamanın rengini, miktarını, sıklığını, kıvamı ve kanama durumunu gözlemleyin.
- Doktorunuzun önerdiği ishal kesici ilaçları düzenli olarak kullanın.

## 7) KABIZLIK

Dışkılama sıklığınızın her zamankinden daha az olması, dışkının sertleşmesi ve rahatsız edici olmasına kabızlık denir. Kabızlık kemoterapiye bağlı ortaya çıkabileceği gibi aktivite azalması, yetersiz beslenme, kullanılan ağrı kesiciler ve yeterli sıvı alamama nedeniyle de gelişebilir.

### Öneriler

- Bağırsak hareketlerinizi artırmak için bol sıvı içmeye çalışın.
- Özellikle ılık ve sıcak sular faydalı olacaktır.
- Günde en az 8 – 10 bardak su için.
- Taze meyve suları ve ılık su sabah uyanınca içilirse faydalı olacaktır.
- Lifli yiyecekler bağırsak hareketlerini uyaracağından kepekli veya yulaflı ekmek, taze sebze, fındık, mısır, taze ve kurutulmuş meyve gibi yiyecekleri tüketmeye çalışın.
- Herhangi bir engel yoksa yürüyüş veya egzersizle hareketlerinizi artırmaya çalışın (Fiziksel aktivite dışkının bağırsaklardan geçişini kolaylaştırır).
- Öğünlerinizi aynı saatte yemeğe çalışın.
- Dışkılamak için zaman ayırın.
- Her gün aynı zamanda tuvalete gitmeyi alışkanlık haline getirmeye çalışın.

## 8) TAT DEĞİŞİKLİĞİ

Çeşitli kemoterapi ilaçları tat değişimine yol açabilir. Örneğin; sürekli veya aralıklı acı tat hissi, tatlı hissi için eşiğin yükselmesi, tatlı yiyeceklerden tiksinme gibi. Tat değişimleri, bu deneyimleri yaşayan kişiye özgüdür. Tat değişimlerinin kanserli hastalarda sık olarak ortaya çıktığı ve genelde tedavi sonunda düzeldikleri bilinmektedir.

**Öneriler**

- Tat tiksinmelerinin önlenmesi için tedaviden 1-2 saat önce veya tedaviden sonra 3 saat süreyle yemek yenmemesi gerekir.
- Nahoş bir tat hissi veren yiyeceklerden kaçının.
- Genellikle sabahları yemekler daha sorunsuz yenebildiği için proteinli gıdaları bu öğünde alın. Yüksek miktarda protein için yumurta, peynir çeşitleri ve yoğurttan yararlanın.
- Yemeklerden önce ve sonra ağzınızı suyla çalkalayın.
- Cam tabak ve bardaklar kullanın, metal eşyalardan kaçının.
- Konserveler yerine taze ve donmuş gıdaları tercih edin.
- Mevsime uygun gıdaları tercih edin.
- Yemeklerde değişik baharat ve soslar kullanın.
- Nahoş bir tat hissini gidermek için nane şekeri veya limonlu şeker emin.
- Ağız içinde oluşabilecek yaraların önlenmesi için ağız hijyenine dikkat edin.
- Yemek öncesi karbonatlı ağız gargarası uygulayın.
- Dişlerinizi sık sık mentolsüz diş macunuyla fırçalayın.
- Kokularını azaltmak ya da engellemek için içecekleri kapalı kaplarda pipetle için.
- Kemoterapi esnasında ilacın tadını ağzınızda hissediyorsanız, tuzlu kraker yiyebilirsiniz.

## 9) AĞIZ VE DİŞ ETİ PROBLEMLERİ

Kemoterapiye bağlı ağız içinde, boğazda kızarma ve yaralar gelişerek yanmalara neden olabilir. Bunun gelişimini önlemede ağız bakım ve son derece önemlidir.

**Öneriler**

- Eğer mümkünse kemoterapiye başlamadan önce çürük, apse gibi problemleriniz varsa diş doktorunuza danışarak çözümü için gerekenleri yapın.
- Kemoterapi sırasında diş çekimi yaptırmayınız. Diş sorununuz olduğunda doktorunuza danışınız.

- Her yemekten sonra ve yatmadan önce dişlerinizi yumuşak bir diş fırçasıyla fırçalayın. (Yumuşaklığı artırmak için fırça sıcak suya batırılabilir)
- Dişlerinizi fırçaladıktan sonra gargara yapın.
- Dudaklarınızı kremle nemlendirmeyi ihmal etmeyin.
- Doktorunuzun önerisi dışında ticari gargaralar kullanmayın.
- Günde en az 4 kez ağız gargarası yapın (tuzlu, karbonatlı veya hazır gargara).
- Kullandığınız gargarada %6'dan fazla alkol içeriği olmamasına özen gösterin.
- Takma dişler tahrişe ve ağız enfeksiyonlarına ortam hazırlayabileceğinden protezleri yemeklerden sonra çıkarıp mutlaka fırçalayın.
- Sigara, alkollü ve asitli içecekler, çok baharatlı, sıcak veya soğuk, acı, çiğnenmesi güç, sert yiyeceklerden kaçının.
- Yumuşak gıdaları tercih edin (puding, sütlaç, yumuşak peynir, haşlanmış patates vs.).
- Bol sıvı almayı ihmal etmeyin.

## 10) İŞTAHSIZLIK

İştahsızlık kemoterapinin bir diğer yan etkisidir. Her kişide veya her tedavide görülmeyebilir. Besin gereksinimi kişiden kişiye değişir. Tedavi süresince doktor hemşire ve diyetisyen işbirliği halinde olduğunuz sürece besin gereksiniminiz belirlenip giderilmeye çalışılır. Tedavi nedeniyle yaşadığınız iştahsızlık, bulantı, kusma, tat hissi kaybı yada değişikliği, ağızda yara, hazımsızlık, gaz, ishal yada kabızlık gibi yan etkiler beslenmenizi olumsuz yönde etkileyebilir. Bu tür yan etkiler meydana geldiğinde tedavi ekibinize mutlaka iletmeniz gerekir. Diyet değişikliği, besin desteği ya da ilaç gibi önerilerle bu tür yan etkiler kontrol altına alınabilir.

**Öneriler;**

- Gün içinde az ve sık yemeye çalışın.
- Yemek pişerken mutfağa girmeyin.
- Yemeklerden en az yarım saat önce 5-10 dakika egzersiz yapın.
- Tedaviden hemen sonra yemek yemeyin.

- Peynir, süt, yoğurt, çökelek, yumurta, et, balık, kuru fasulye (gaz probleminiz yoksa) nohut, bezelye, mercimek, soya fasülyesi, sütlü tatlılar gibi proteinli yiyecekleri tercih edin.
- Çok çiğneyerek yutulan yiyecekler yemeyin.
- Yemekle beraber ve yemeklerden önce fazla sıvı almamaya çalışın. Midede dolgunluk ve doyma hissine neden olabilir.
- Aile çevreniz veya arkadaşlarınızla birlikte yemek yiyin.
- Tat almada değişiklik hissediyorsanız yemeklerinizi değişik soslarla deneyin.
- Yemeklerinizi yemek kokularının olmadığı temiz ve havalandırılmış ortamlarda yemeğe çalışın.

## 11) ENFEKSİYON

Kemik iliğinde üretilen beyaz kan hücreleri (akyuvarlar veya beyaz küreler) vücudunuzun mikroplara karşı savunmasında önemli rol oynarlar. Bu nedenle sayıca azalmaları enfeksiyonların ortaya çıkmasına neden olur. Kemoterapinin bir yan etkisi de beyaz kan hücrelerinde azalmaya neden olması ve enfeksiyona karşı duyarlılığı artırmasıdır.

### Öneriler

- Gün içinde ellerinizi temiz tutup sabunla yıkamaya özen gösterin (Özellikle yemek öncesi, sonrası, tuvalet önce ve sonrası).
- Nezle, grip suçiçeği veya kızamık gibi bulaşıcı hastalığı olduğunu bildiğiniz kişilerden uzak durun.
- Derece kullanmayı mutlaka öğrenin. Hemşirelerinizden bu konuda mutlaka yardım isteyin.
- Vücut temizliğinize dikkat edin.
- Yakın temastan mümkün olduğunca kaçının (Özellikle kan sayımınızın düşük olduğu dönemde).
- Kalabalık, tozlu, havasız ortamlarda bulunmaktan kaçının. Odanızı sık sık havalandırın.
- Yakın zamanda çocuğunuz suçiçeği, çocuk felci, kabakulak gibi aşıları yapıldı ise almanız gereken önemleri doktorunuzdan öğrenin.

- Çiğ sebze meyve yemeyin (vücudunuzda enfeksiyon olabileceği düşünüldüğü dönemde).
- Sebzeleri bol su ile yıkayıp pişirin.
- Meyveleri iyice yıkayarak ve kabuğunu soyarak ya da mikserden geçirerek suyunu içebilir ya da komposto şeklinde yiyebilirsiniz.
- Sularınızı kaynatarak için.
- Kuruyan ve çatlayan cilt bölgelerinize yumuşatıcı losyonlar ve kremler kullanın.
- Cildinizi banyoda nazik hareketlerle temizleyin.
- Diş etlerinizi korumak için yumuşak diş fırçası kullanın. Ağız temizliğinize dikkat edin.
- Doktorunuzun haberi olmadan aşı yaptırmayın.
- Enfeksiyon kaynağı olabileceğinden odanızda canlı çiçek, ev bitkileri, kuş kafesi, akvaryum, kedi, köpek bulundurmayın, varsa başka odaya alın.
- Tırnaklarınızı çok kısa kesmeyin, manikür yaptırmayın. Mümkünse kuaföre giderken kendi özel eşyalarınızı götürün.
- Pişmemiş yumurta, et veya deniz ürünleri yemeyin.
- Cinsel ilişkiden kaçının (sadece enfeksiyona yatkın olduğunuz kan sayımınızın düşük olduğu dönemde).

Tüm bu önlemlere rağmen: Ateş, titreme, üşüme hissi, yeni ortaya çıkan öksürük, balgam yada boğaz ağrısı, idrar yaparken ağrı ve yanma hissi, vajinal akıntı ve kaşıntı hissi, günde 3 defadan fazla sulu dışkılama, ağız içinde dudakta, uçuk, yara veya beyaz alanlar, vücudunuzun her hangi bir yerinde şişlik, kızarıklık hassasiyet gibi şikayetlerinizi mutlaka doktorunuza veya hemşirenize bildirin.

## 12) KANAMAYA YATKINLIK

Kemoterapinin kemik iliğini etkilemesiyle pıhtılaşmayı sağlayan hücreler (trombosit) azalabilir. Trombositler azaldığı zaman kanama eğilimi artar. Eğer vücudunuzda morluklar oluşuyor, ciltte kırmızı lekeler beliriyor, kırmızı renkli idrar çıkarıyorsanız siyah veya kırmızı dışkılıyorsanız, burun ve diş eti kanamalarınız oluyorsa mutlaka doktorunuza bilgi veriniz.

**Öneriler**

- Tırnak bakımında törpü kullanın, tırnak diplerini derin kesmeyin.
- Doktor veya hemşirenize danışmadan aspirin ya da bu grup ağrı kesicileri almayın.
- Doktorunuzun onayını almadan alkollü içecekler almayın.
- İğne, makas bıçak gibi kesici aletleri kullanırken çok dikkatli olun.
- Yaralanmaya neden olabilecek hareketlerden kaçının.
- Dişlerinizi zorlamadan ve çok yumuşak bir diş fırçasıyla fırçalayın.
- Burnunuzu zorlamadan temizleyin.
- Gerekmedikçe iğne yaptırmayın, yapılırsa bölgeye 10dk basınç uygulayın, kanama açısından gözlemleyin.
- Herhangi bir nedenle vücudunuzu yakmamaya özen gösterin.
- Kabızlığı önlemek için gerekli girişimleri uygulayın.

**13) KANSIZLIK**

Kemoterapi ilaçları kemik iliğini etkileyerek kan hücrelerinin yapımını azaltabilir. Kemik iliğinde üretilen kan hücrelerinin sayısını kan testleri gösterir. Kemoterapi alırken kan hücrelerinizin sayısını öğrenmek için doktorunuz belli aralıklarla kan sayımı yaptırmanızı isteyecektir. Kırmızı kan hücreleri (eritrosit) içerisinde bulunan hemoglobin bütün dokulara oksijen (O2) taşır. Oksijen kas ve organlarımızın çalışması için gereklidir. Kırmızı kan hücreleri sayıca azaldığında O2 taşıyan hemoglobin de azalacaktır. Dokulara yeterli O2 taşınamadığından halsizlik, yorgunluk, nefes darlığı, baş ağrısı ve baş dönmesi gibi kansızlık belirtileri görülür.

**Öneriler**

- Kansızlığı önlemeye yönelik, tedavi sonrasında diyetinde demir yönünden zengin gıdalarla ( yeşil yapraklı sebzeler, kırmızı et..) beslenmeniz gerekir.
- Demir emilimini azalttığı için çay kullanımından kaçının.
- Demir emilimini artırmak için C vitamini alımını artırın.
- Çarpıntı, istirahat halinde nefes darlığı, göğüs ağrısı ve baş dönmesi hissettiğinizde doktorunuza ve hemşirenize bilgi verin.

- Hipotansiyona bağlı baş dönmesini önlemek için, pozisyon değiştirirken, ayağa kalkarken ve yataktan kalkarken yavaş hareket edin.
- Enerji toplamanız için sık sık dinlenin.
- Tedavi öncesi ve sonrası iyice dinlenin. Dinlenme dönemlerinizi planlamaya çalışın.
- Günlük aktivitelerinizi sınırlayın, sizin için en önemli olanları yapın. Gereksinim duyduğunuzda yardım almaktan çekinmeyin.
- Diğer bireylerle ilişkilerinizi mutlaka devam ettirin. Kendinizi yatağa bağlı hissetmeyin.
- Belirlenen kan tahlillerinizi düzenli yaptırıp sonuçları takip edin. Doktor istemine göre belirlenen kan alma işlemlerinizi titizlikle yaptırın.

## 14) CİLT VE TIRNAK DEĞİŞİKLİKLERİ

Kemoterapi aldığınız süre içinde cildinizde kızarıklık, kaşıntı, kuruluk, soyulma gibi çeşitli problemler görülebilir. Tırnaklarınızda kolay kırılma çizgilenme ve koyulaşma olabilir. Bazı kemoterapi ilaçları cildinizin rengini koyulaştırabilir. İlacın verildiği damar boyunca koyu bir renk veya sertlik oluşabilir. Renk değişikliği zamanla kaybolur.

### Öneriler

- Kaşıntıyı gidermek için ılık veya serin su ile duş yapabilirsiniz.
- Bol ve pamuklu giyecekler kullanmaya çalışın.
- Kaşınan bölgeye 20dk da bir serin ıslak kompres uygulayın.
- Doktorunuzun tavsiyesine göre kaşıntı için uygun krem veya pomatları kullanın.
- Sivilce çıkıyorsa cildinizi temiz ve kuru tutun.
- Kuruma oluyorsa cildinize nemlendirici krem veya losyonlar kullanabilirsiniz.
- Sık ve kısa süren duşlar yapın.
- Damar boyunca meydana gelen sertlik ve koyulaşma için de tedavi ekibinizin önerebileceği kremi veya normal bir nemlendirici kullanabilirsiniz.
- Alkol içeren kolonya, parfüm losyonlardan kaçının.

- Tırnaklarınızı korumak için, iş yaparken eldiven kullanın (bulaşık, temizlik vb. yaparken).
- Güneş ışınları kullanılan ilaçların cildiniz üzerine olan yan etkisini artırabilir. Bu nedenle güneşten korunun.
- Gerekirse güneşe karşı koruyucu losyonlardan, koruma faktörü 20 ve üzeri olanları tercih edin.
- Şapka ve uzun kollu giysiler kullanın.
- Tedavi gördüğünüz gün veya günlerde güneşlenmekten denize girmekten kaçının.
- Tedaviden sonraki 7 – 10 gün boyunca kemoterapiye bağlı olarak bazı kan değerleriniz olması gerekenden daha alt seviyelere inebilir. Bunun sonucu kendinizi daha halsiz hissedersiniz ve bulaşıcı, ateşli hastalıklara karşı açık hale gelirsiniz.
- Bu nedenle kan sayımınızın düşük olduğu bu dönemde güneşlenmekten ve denize girmekten kaçının.
- Ancak kan sayımınız normal sınırlar içinde ise doktorunuza danışarak güneşlenebilir ve denize girebilirsiniz.
- Güneşlenmek için güneş ışınlarının dik gelmediği ve daha az zararlı olduğu sabah 11:00'e kadar akşam 15:00 den sonraki saatleri tercih edin.

**Kemoterapi ilaçları damar dışına kaçarsa:**

Ciddi hasarlara, ağrılı yaralara, kemiğe kadar inebilen ciddi yanıklara neden olabilir. Bu nedenle:

İlaç alırken damar yolu takılı olan elinizle herhangi bir işlem yapmaya çalışmayınız. Mümkün olduğunca az hareket ettiriniz. Damar yolu takılı olduğu bölgeden herhangi bir şikâyetiniz olursa hemen tedavi hemşirenize bildirin (Ağrı, şişlik, kızarıklık, kaşıntı, yanma).

- Hemşireniz yanınıza gelene kadar mayiinizin klempini kapatın.
- Sakin olun.
- Gereken acil müdahale hemen yapılacaktır.
- Gerekirse evde önerilen krem veya pomatları kullanın.
- Hemşirenizin uyarılarını dikkate alır ve tedavinize yardımcı olursanız, herhangi bir sorun yaşanmadan uygulamanız sonlanacaktır.

## 15) SAÇ DÖKÜLMESİ

Bazı kemoterapi ilaçları geçici olarak, kısmi yada tam saç kaybına neden olabilir. Saç dökülmesi kemoterapi aldıktan 10-21 gün sonra başlayabilir. 1-2 ay içinde de tam saç kaybı meydana gelebilir. Saçlar bazen kemoterapi bitmeden de çıkmaya başlayabilir. Kemoterapi tamamlandıktan bir süre sonra saçlar yeniden çıkacaktır. Ancak yapısında, renginde stilinde değişiklikler olabilir. Kemoterapiden önce saçlarınızın dökülüp dökülmeyeceği konusunda bilgi alabilirsiniz. Saç kaybı sadece kafada olmayabilir, vücudun diğer bölümlerindeki tüyler de dökülebilir (Kirpik, kaş, koltuk altı vs….).

### Öneriler

- Saçlarınızı yıkarken fazla şampuan kullanmayın ve güzelce durulayın. Besleyici ve yumuşatıcı şampuan kullanın.
- Tedaviye başlamadan önce saçlar bakımı kolay olacak şekilde kestirilebilir.
- Saçlarınızı aşırı tarama ve fırçalamadan kaçının.
- Elektrikli saç kurutma makinesi, bigudi, saç boyaları, tokaları ve bantları kullanmayın.
- Saç kurutma makinesi kullanılacaksa en düşük ayarda kullanılmalı.
- Gerekirse kaş kalemi ve takma kirpik kullanın.
- Kafa derinizin, güneş ışınlarına hassas hale gelebileceğini ve korumanız gerektiğini unutmayınız.
- Şapka, eşarp, bandana veya isteğe göre peruk kullanın.
- Saç kaybının geçici bir yan etki olduğunu unutmayın.

## 16) KAS VE SİNİR SİSTEMİ DEĞİŞİKLİKLERİ

Bazı ilaçlar sinir sistemini etkileyerek ellerde ve ayaklarda, özellikle parmaklarınızda, yanma, uyuşma, kuvvetsizlik, karıncalanma ve hissizlik yapabilir. Ayrıca nadiren de olsa denge kaybı, eşyaları tutmada güçlük, eklem ağrıları olabilir. Bazı ilaçlar kaslarınızı da etkileyerek kuvvetsizlik ve zayıflığa neden olabilir. Bu etkiler rahatsızlık verici olsa da genellikle ilaç uygulaması bittikten sonra kaybolur, nadiren kalıcı olabilir.

**Öneriler**

- Delici ve kesici araçları kullanırken, bir yerinizi kesmemek için dikkatli olun.
- Sıkı pansuman ve cilde yapışan bantlar kullanmayın.
- Sıkı ayakkabı, çorap, giysi, kemer, takı ve sert kumaş kullanımından kaçının.
- Güçlü detarjan, çamaşır suyu ve diğer kimyasal ajanların kullanımında koruyucu eldiven kullanın.
- Buhar ile direkt temas etmekten kaçının.
- Güneş koruyucu kremler kullanın.
- Yürürken, merdiven çıkarken bir yerlere tutunun, gerekirse baston kullanın.
- Güç faaliyetlerini gerektiren uygulamalarda (örn: koşu, aerobik egzersizler, sıkı bir nesneyi kavrama) ellerinizi koruyun.
- Ayakkabılarınızın, ayaklarınıza uyan ve iyice kavrayan şekilde olmasına dikkat edin.

## 17) İDRAR YOLLARI İLE İLGİLİ PROBLEMLER

Kemoterapi ilaçlarının en önemli idrar yolları ile ilgili yan etkileri hemorajik sistit, nefrotoksisite ve idrar renginde değişikliktir. Bazı kemoterapötik ilaçlar, (doxorubicin) idrar renginin değişmesine neden olabilir. Bu durum geçicidir, ilacın vücuttan atılmasıyla idrar normal rengine döner.

**Öneriler**

- Kemoterapi tedavisi sırasında günlük sıvı alımını arttırın. 3lt\günde sıvı alın.
- İdrarınızı tutmayın. Sık sık tuvalete gidin.
- Kemoterapi artıklarının, vücuttan kısa sürede atılabilmesi için sık sık tuvalete gidin.
- İdrar torbasını tahriş eden kahve, çay, alkollü içecekler ve baharatlı yiyeceklerden kaçının.
- İdrar yaparken yanma, kasıkta ağrı hissediyorsanız, idrarınız bulanık ve pis kokuluysa, idrarınız kırmızı veya farklı bir renkte olursa (idrarı boyayan kemoterapi ilaçları hariç), idrar yapamıyorsanız, doktorunuza ve hemşirenize haber verin.

## 18) UYKU PROBLEMLERİ

Kanser tanısı konmuş ve kemoterapi tedavisi sürdürülen hastalarda, uygulanan tedaviler sonucu ortaya çıkan bulantı kusma, sık idrara çıkma, ağrı ve yorgunluk gibi semptomlar nedenlerle uykusuzluk sık rastlanan bir sorundur.

### Öneriler

- Yatak odanızın uygun ısı, ışık ve nemde olması sağlayın.
- Uykunuzun bölünmemesi için yatmadan önce idrarınızı yapın.
- Yatmadan iki veya üç saat önce düzenli egzersiz yapın.
- Gündüz uykularınız bir saatten fazla ise bu süreyi kısaltın.
- Öğleden sonra kafeinli içecekler içmeyin.
- Uyumadan önce ağır yiyecekler tüketmeyin.
- Yatmadan önce sıvı alımından kaçının.
- Yatmadan önce rahatlatıcı, ılık duş alın.
- Yatağı sadece uyumak amaçlı kullanın, uyandığınızda yataktan çıkarak başka bir odaya gidin.
- Mümkün olduğunca aynı saatte yatmaya ve kalkmaya özen gösterin.
- Uykunuz gelmeden yatağa girmekten kaçının
- Gerekiyorsa doktorunuzdan ilaç desteği alın.

## 19) GÖZLER İLE İLGİLİ PROBLEMLER

Kemoterapi sonrası ışığa duyarlılık, gözlerde yanma, batma ve kaşıntı olabilir.

### Öneriler

- Dışarıya çıkarken güneş gözlüğü takın.
- Tozlu ve rüzgarlı ortamlardan ve sigara dumanı gibi gözleri etkileyecek kimyasal maddelerin bulunduğu ortamlardan uzak durun.
- Yakınmalarınız şiddetli olursa hekiminizle görüşün.

## 20) CİNSEL PROBLEMLER

Kemoterapide kullanılan ilaçlar yaş ve genel sağlık durumuna bağlı olarak bazen cinsel organların fonksiyonlarını etkileyebilir. Bazı kemoterapi ilaçları üreme organlarının işlevlerini etkileyebilir. Kadınlarda kemoterapi ilaçları yumurtalıkları ve hormonal durumu etkileyebilir. Bazen kemoterapi alırken normal adet kanamalarının düzeni değişir ya da tamamen kesilir. Hormonal dengede değişiklikler olabileceği için menopoza benzer ateş basmaları, terleme, vajinada kuruluk, yanma gibi belirtiler olabilir.

### Öneriler

- Hastalığınız kesinlikle cinsel yolla bulaşmaz.
- Kemoterapi ilaçları yumurtalıklarınızı ve üretilen hormonlarınızı etkileyebilir. Bu nedenle normal adet gören kadınlarda kemoterapi sonrası adet düzensizliği başlayabilir veya tamamen kesilebilir.
- Oluşabilecek vajinal kuruluğu azaltmaya su bazlı kayganlaştırıcılar yardım edebilir.
- Normal cinsel yaşamınıza devam edin, enfeksiyon kapmamak için cinsel organ temizliğine dikkat edin.
- Kemoterapinin hormonal etkileri nedeniyle menopoz şikayetleri olabilir. (terleme, ateş basmaları, vajinal kuruluk vb.)
- Yumurtalıklar üzerine olan etkileri kalıcı veya geçici kısırlığa neden olabilir. Buna rağmen kemoterapi alırken hamile kalma riskine dikkat edin.
- Cinsel yaşamınızda özel durumlar dışında bir kısıtlama yoktur. Ancak kullanılan ilaçların bebek üzerine olan ciddi yan etkilerinden dolayı (özürlü doğum vb.) mutlaka doğum kontrolü yöntemlerinden birini uygulamanız gerekir. Doktorunuza danışarak bilgi alın.
- Diğer sorunlarınızı doktor ve hemşirenizle paylaştığınız gibi cinsel sorunlarınızı da çekinmeden paylaşın.

## 21) ACİL DURUMLAR

Her kemoterapi alan hasta bu tür durumlarla karşılaştığı zaman vakit kaybetmeden telefon veya şahsen doktoruyla temas kurmalıdır ve vereceği tavsiyelere göre hareket etmelidir.

**Randevu günün beklemeden acilen başvurmanız gereken durumlar şunlardır.**

- 38 derecenin üstünde ateş yükselmesi,
- Herhangi bir yerinizde kanama,
- Aşırı burun kanaması,
- Ciltte oluşan morluklar,
- İdrarda kanama,
- Diş etlerinde aşırı kanama,
- Hazneden normal adet dışı kanamalar,
- Dışkıda taze kanama veya dışkının katran gibi siyah olması,
- Kusarak kahve telvesi gibi veya kırmızı kanama,
- Vücutta toplu iğne başı büyüklüğünde döküntüler,
- Öksürürken aşırı miktarda kanın gelmesi,
  (Balgamda hafif kırmızılık görülmesi önemli değildir).
- Daha önce olmayan nefes darlığı veya var olan nefes darlığında artış,
- Kilo kaybına yol açan, halsiz ve yorgun bırakan ishal,
- Normal dışkılama alışkanlığınızın dışında oluşan 3 günden fazla süren gaz ve dışkı çıkartamama,
- Yemek yemenizi engelleyen ağız yaraları ve yutma güçlüğü,
- Ani olarak gelişen uyuşma, çift görme problemleri ve hareket bozukluğu, bilinç kaybı,
- Vücutta oluşan yaygın döküntüler.

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve

Onkoloji Hemşireliği Derneği

T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ 1989

# KEMOTERAPİ HEMŞİRELİĞİ SERTİFİKASI

Sayın *Gökçe Banu Acar*

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde
24 Haziran-30 Haziran 2013 tarihleri arasında düzenlenen
XXI. Kemoterapi Hemşireliği Kursu'na katılarak, başarı ile bitirmiş ve bu sertifikayı almaya hak kazanmıştır.

Sertifika No: **713**

*Yrd. Doç. Dr. Sevinç KÜTLUTÜRKAN*
*Onkoloji Hemşireliği Derneği Başkanı*

ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ 1989-35-124

*Dr. Ercan ÖZGÜL*
*Kurum Başkanı a.*
*Kurum Başkan Yardımcısı*

**EK-13.** Jineonkoloji Hemşireliği Kursu Katılım Belgesi



**EK-14.** Özgeçmiş

| KİŞİSEL BİLGİLER | |
|---|---|
| Adı Soyadı | : Gökçe Banu Acar |
| Doğum tarihi | : 19.01.1987 |
| Doğum yeri | : Ankara |
| Medeni hali | : Bekar |
| Uyruğu | : TC |
| Adres | : Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara |
| Tel | : (0312) 306 37 15 |
| E-mail | : gacar_1987@hotmail.com |
| **EĞİTİM** | |
| Lise | : 75. Yıl Süper Lisesi |
| Lisans | : Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı |
| Yüksek lisans | : Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı |
| **YABANCI DİL BİLGİSİ** | |
| İngilizce | : 60 (YÖKDİL 2017) |
| **ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR** | |
| | Onkoloji Hemşireliği Derneği |