

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI
DR-2024-0024

**MEME KANSERİ CERRAHİSİ GEÇİREN HASTAYA UZAKTAN GÖRÜNTÜLÜ
GÖRÜŞME VE TELEFONLA İZLEME YÖNTEMLERİYLE UYGULANAN
AMELİYAT SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMININ AĞRI, YAŞAM KALİTESİ,
KOL, OMUZ, EL HAREKETLİLİĞİ VE AMELİYAT SONRASI KOMPLİKASYON
GELİŞİMİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

ARZU SALIK ASAR
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Sultan ÖZKAN

AYDIN-2024

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı çerçevesinde Arzu SALIK ASAR tarafından hazırlanan “Meme Kanseri Cerrahisi Geçiren Hastaya Uzaktan Görüntülü Görüşme ve Telefonla İzleme Yöntemleriyle Uygulanan Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımının Ağrı, Yaşam Kalitesi, Kol, Omuz, El Hareketliliği ve Ameliyat Sonrası Komplikasyon Gelişimine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 25/01/2024

Üye (T.D.) : (ünvan, adı soyadı) (üniversite) (imza) ...

Üye : (ünvan, adı soyadı) (üniversite) (imza) ...

Üye : (ünvan, adı soyadı) (üniversite) (imza) ...

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve sayılı oturumunda alınannolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

.....
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışmamın tüm aşamalarında, bilgi ve birikimi ile yanımda olan ve her türlü konuda desteğini gönülden hissettiğim tez danışmanım Doç. Dr. Sultan ÖZKAN'a,

Doktora eğitimim boyunca yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. Rahşan ÇAM ve Doç Dr. Nurdan Gezer'e;

Tez döneminde görüş ve önerileri ile tezimin bilimsel temellerini oluşturmama destek olan tez izleme komitesindeki hocalarımdan Doç. Dr. Seher SARIKAYA KARABUDAK'a

Tez savunma sürecimdeki jüri üyesi hocalarım Prof. Dr. Arzu TUNA ve Doç. Dr. Esmâ ÖZŞAKER'e

Kendimi ekibin üyesi gibi hissettiren ve çalışmamın yürütülmesi için ihtiyaç duyduğum ortam ve olanakların sağlanmasında desteklerini her daim hissettiğim Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahisi Servisi'nde görev yapmakta olan tüm hemşirelere ve hekimlere, çalışmaya katılarak çalışmamın yürütülmesine katkıda bulunan tüm hastalarımın teşekkür ederim.

Tüm yaşamım boyunca her zaman yanımda olan, bugünlere gelmemi sağlayan, sevgisi ve sabrı ile hayatını bize adayan, emektar annem Müzehher SALIK ve emektar babam Eyüp SALIK'a, benim için çok değerli olan kardeşim Ramazan SALIK'a

Hayatımın her döneminde yanımda olan, arkamda güçlü bir çınar gibi duran, onurlu yaşam mücadelemize beraber başladığım ve beraber sonlandırmayı düşlediğim, desteğiyle ve sevgisiyle iyi ki hayatımda varsın dediğim eşim Ali ASAR'A ve işten eve gittiğimde tüm sorunlarımı unutturan iki çocuğuma (Defne ve Furkan ASAR), sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
RESİMLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiv
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı	2
1.3.Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi	4
2.2. Meme Kanserinde Tedavi.....	5
2.2.1. Güncel Uygulanan Kanser Tedavi Yöntemleri	5
2.2.2.Cerrahi Tedavi	5
2.2.3.Radyoterapi.....	7
2.2.4.Kök Hücre Tedavisi.....	8
2.2.5.Hormonal Tedaviler.....	8
2.2.6.İmmünoterapi	9
2.2.7.Kanser Aşıları.....	9
2.2.8.Fotodinamik tedavi (FTD).....	9
2.3. Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyonlar	10
2.3.1.Fizyolojik Komplikasyonlar	10
2.3.3.Psikolojik komplikasyonlar;	14
2.3.4.Sosyal Komplikasyonlar.....	17
2.4.Taburculuk Eğitimi.....	19
2.5.Uzaktan Hemşirelik	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman.....	22
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	22
3.4. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	23
3.5. Randomizasyon ve Körleme.....	24
3.6. Veri Toplama Araçları.....	26
3.6.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek-1)	27
3.6.2. Meme Hastalıkları İle İlgili Sorular(Ek-2)	27
3.6.3. Ağrı İle İlgili Sorular ve Visüel Ağrı Ölçeği(Ek-3)	27
3.6.4. Quick DASH (Kol, Omuz, El Sorunları Hızlı Anketi)(Ek-4)	28
3.6.5. EORTC QLQ-C30 Version 3.0 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği(Ek-5)	28
3.6.6. Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu(Ek-6)....	29
3.6.7. Uzaktan Hasta Değerlendirme Formu (Ek-7).....	30
3.7. Veri Toplamada Kullanılan Gereçler	30
3.7.1. Eğitim Kitapçığı	31
3.8. Verilerin Toplanması.....	32
3.9. Araştırmanın Uygulanması.....	33
3.9.1. Hastalara Ulaşılması	34
3.10. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	36
3.11. Araştırmanın Etik Yönü.....	36
3.12. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	37
3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA.....	117
5.1. Kontrol, Çalışma 1 grubu ve Çalışma 2 Grubundaki Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması.....	117
5.2 Kontrol, Çalışma 1 grubu ve Çalışma 2 Grubundaki Hastaların Meme Hastalıkları İle İlgili Özelliklerinin Tartışılması	119
5.3 Kontrol, Çalışma 1 grubu ve Çalışma 2 Grubundaki Hastaların Ameliyat Öncesi Ağrı İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımın Tartışılması	123
5.4 Kontrol, Çalışma 1 grubu ve Çalışma 2 Grubundaki Hastaların Visual Ağrı Skalası (VAS) Değerlerinin Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılmasının Tartışılması	125
5.5 Kontrol, Çalışma 1 grubu ve Çalışma 2 Grubundaki Hastaların QUICK DASH Parametrelerin Tartışılması.....	128

5.6 Kontrol, Çalışma 1 grubu ve Çalışma 2 Grubundaki Hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut Parametrelerin Tartışılması	131
5.7 Kontrol, Çalışma 1 grubu ve Çalışma 2 Grubundaki Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyonların Tartışılması.....	134
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	136
KAYNAKLAR.....	138
EKLER	159
Ek 1. Hasta Tanıtım Formu	159
Ek 2. Meme Hastalıkları Bilgi Formu	160
Ek 3. Ağrı Bilgi Formu ve Visüel Ağrı Ölçeği.....	161
Ek 4. QUİCK DASH (Kol,Omuz, El Sorunları Hızlı Anketi)	162
Ek 5.EORTC QLQ-C30 VERSION 3.0 VE QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	163
Ek 6. Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu.....	165
Ek 7.Uzaktan Değerlendirme Formu.....	168
Ek 8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (form 4).....	169
Ek 9. Etik Kurul İzni	172
Ek 10. Başhekimlik İzni	173
Ek.11. Ölçek İzin Formu	174
Ek 12. Eğitim Kitapçığı	175
BİLİMSEL ETİK BEYANI	178
ÖZ GEÇMİŞ.....	179

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ALND : Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu

BIRADS : Breast Imaging Reporting and Data Systems

BKİ : Beden Kitle İndeksi

CH : Cinsel Haz

Cİ : Cinsel İşlevsellik

FTD : Fotodinamik tedavi

GB : Gelecek Beklentisi

IMRT: Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi

KKMM : Kendi Kendine Meme Muayenesi

KS : Kola Bağlı Sorunlar

MKC : Meme Koruyucu Cerrahi

MRG : Manyetik Rezonans Görüntüleme

MRM : Modifiye Radikal Mastektomi

MS : Meme Sorunları

QUICK DASH : Kol, Omuz, El, Sorunları Hızlı Anketi

SDK : Saç Dökülme Kaygısı

SLNB : Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

STYE : Siemik Tedavi Yan Etki

USG : Ultrasonografi

VAS : Visuel Ağrı Skalası

Vİ: Vücut İmajı

WHO : World Health Organization

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Dünya’da meme kanseri insidans oranı	4
Şekil 2. Araştırmaya alınan hasta sayısı	25
Şekil 3. Consort Akış Diyagramı	26

RESİMLER DİZİNİ

Resim 1. Eğitim kitapçığı.....	32
---------------------------------------	----

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması	39
Tablo 2. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların meme hastalıkları özelliğine göre dağılımı	41
Tablo 3. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların ağrı özelliklerine göre dağılımı.....	43
Tablo 4. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların VAS değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması	45
Tablo 5. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların Quick Dash değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması	47
Tablo 6. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ Fiziksel Fonksiyon değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması	50
Tablo 7. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ Rol Fonksiyon değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması	53
Tablo 8. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ Kognitif Fonksiyon değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması	56
Tablo 9. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ Sosyal Fonksiyon değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması	59
Tablo 10. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ Emosyonel Fonksiyon değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması	62
Tablo 11. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ Genel Sağlık değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması	65

Tablo 12. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ Semptom Skoru değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması	68
Tablo 13. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların QLQ- BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ BR23 Sistemik Tedavi Yan Etki (STYE) değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması	71
Tablo 14. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların QLQ- BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ BR23 Saç Dökülme Kaygısı (SDK) değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması	74
Tablo 15. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ BR23 Kola Bağlı Sorunlar (KS) değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması	77
Tablo 16. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların QLQ- BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ BR23 Meme Sorunları (MS) değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması	80
Tablo 17. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alanHastaların QLQ- BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ BR23 Vücut İmajı (Vİ) değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması	83
Tablo 18. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alanHastaların QLQ- BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ BR23 Gelecek Beklentisi (GB) değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması.....	86
Tablo 19. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alanHastaların QLQ- BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ BR23 Cinsel İşlevsellik (Cİ) değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması	89
Tablo 20. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alanHastaların QLQ- BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ BR23 Cinsel Haz (CH) değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması	92
Tablo 21. Çalışma grubu 1 ve çalışma grubu 2 hastalarda Ameliyat Sonrası 3. Gün Fizyolojik Komplikasyonlar.....	95
Tablo 22. Çalışma grubu 1 ve Çalışma grubu 2 Hastalarında Ameliyat Sonrası 28. gün Ortaya Çıkan Fizyolojik Komplikasyonlar.....	97

Tablo 23. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 3. ay Fizyolojik Komplikasyonlar	99
Tablo 24. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 6. ay Fizyolojik Komplikasyonlar	101
Tablo 25. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 3. gün Psikolojik Komplikasyonlar	103
Tablo 26. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 28. gün Psikolojik Komplikasyonlar	104
Tablo 27. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 3. ay Psikolojik Komplikasyonlar	105
Tablo 28. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 6. ay Psikolojik Komplikasyonlar	107
Tablo 29. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 3. gün Sosyal Komplikasyonlar.....	109
Tablo 30. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 28. gün Sosyal Komplikasyonlar.....	110
Tablo 31. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 3. ay Sosyal Komplikasyonlar	111
Tablo 32. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 6. ay Sosyal Komplikasyonlar	112
Tablo 33. Çalışma grubu 1 ve Çalışma grubu 2 Hastaları Ameliyat Sonrası 3. gün Uzaktan Değerlendirme.....	113
Tablo 34. Çalışma grubu 1 ve Çalışma grubu 2 Hastaları Ameliyat Sonrası 28. Gün Uzaktan Değerlendirme.....	114
Tablo 35. Çalışma grubu 1 ve Çalışma grubu 2 Hastaları Ameliyat Sonrası 3. ay Uzaktan Değerlendirme.....	115
Tablo 36. Çalışma grubu 1 ve Çalışma grubu 2 Hastaları Ameliyat Sonrası 6. ay Uzaktan Değerlendirme.....	116

ÖZET

MEME KANSERİ CERRAHİSİ GEÇİREN HASTAYA UZAKTAN GÖRÜNTÜLÜ GÖRÜŞME VE TELEFONLA İZLEME YÖNTEMLERİYLE UYGULANAN AMELİYAT SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMININ AĞRI, YAŞAM KALİTESİ, KOL, OMUZ, EL HAREKETLİLİĞİ VE AMELİYAT SONRASI KOMPLİKASYON GELİŞİMİNE ETKİSİ

Asar A. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, Aydın, 2024.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, meme kanseri ameliyatı geçiren hastaya uzaktan görüntülü görüşme ve telefonla izleme yöntemleri ile uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının ağrı, yaşam kalitesi, kol, omuz, el hareketliliği ve ameliyat sonrası komplikasyon gelişimi üzerine etkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma tek merkezli ve deneysel bir çalışma olarak planlandı. Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi genel cerrahi servisinde 1 Eylül 2021 - 31 Şubat 2023 tarihleri arasında yürütüldü. Örneklem büyüklüğü "G. Power-3.1" paket programı ile etki büyüklüğü (d) 0.40, güç (1- β) 0.80 ve %80 güven aralığı hesaplanarak toplam 57 olarak belirlendi. Hastalar gruplara rastgele atandı. Çalışma hastaları 3 gruba ayrılmış ve çalışma 90 hasta ile tamamlandı.

Bulgular: Uzaktan görüntülü görüşme, telefonla izleme ve klinik izleme yöntemleri ile uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının VAS üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, uzaktan görüntülü görüşme ve telefonla izleme grubu hastaların kol, omuz, el hareketliliği, yaşam kalitesi ve ameliyat sonrası komplikasyon gelişimi puan ortalamalarının, kontrol grubu hastalara göre daha düşük olduğu belirlendi.

Sonuç: Gruplar arasında ağrı düzeyi açısından anlamlı fark yoktu ($p>0.05$), ancak uzaktan görüntülü görüşme ve telefonla izleme ile takip edilen hastalarda ameliyat sonrası hemşirelik bakımının yaşam kalitesi, kol, omuz ve el hareketliliği ve ameliyat sonrası komplikasyonları azaltmada etkili olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Lenfödem, Meme Neoplazisi, Uzaktan Hemşirelik, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

THE IMPACT OF POSTOPERATIVE NURSING CARE APPLIED BY REMOTE VIDEO CALL AND TELEPHONE MONITORING METHODS OF THE PATIENT UNDERGOING BREAST CANCER SURGERY ON PAIN, ON QUALITY OF LIFE, ON ARM, SHOULDER, HAND MOBILITY AND ON POSTOPERATIVE COMPLICATION DEVELOPMENT: RANDOMIZED CONTROLLED STUDY

Asar A. Aydın Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences, Surgical Diseases Nursing Doctoral Thesis, Aydın, 2024.

Objective: The aim of this study was to determine the effect of postoperative nursing care applied to a patient who underwent breast cancer surgery with remote video calling and telephone monitoring methods on pain, quality of life, arm, shoulder, and hand mobility, and the development of postoperative complications.

Materials and Method: The study was planned as a single-center and experimental study. It was conducted between September 1, 2021 and February 31, 2023 in the general surgery ward of Adnan Menderes University Hospital. The sample size was determined as 57 in total by calculating the effect size (d) 0.40, power (1- β) 0.80 and 80% confidence interval with the "G. Power-3.1" package program. Patients were randomly assigned to the groups. The study patients were divided into 3 groups and the study was completed with 90 patients.

Results: It was determined that there was no statistically significant difference between the postoperative nursing care applied with remote video call, telephone monitoring and clinical monitoring methods on VAS, and the mean scores of arm, shoulder, hand mobility, quality of life and postoperative complication development in the remote video call and telephone monitoring group patients were lower than the control group patients.

Conclusion: There was no significant difference in the level of pain between the groups ($p>0.05$), but postoperative nursing care with remote video calling and telephone monitoring was effective in reducing quality of life, arm, shoulder, and hand mobility, and postoperative complications in patients followed up with remote video calling, telephone monitoring, and clinical follow-up.

Keywords: Nursing, Lymphedema, Breast Neoplasia, Remote Nursing, Quality of Life

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Meme kanseri, dünyada en yaygın kanserler arasında birinci sırada olup, kansere bağlı ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır. Meme kanserlerinde tedavi; cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi, immunoterapi şeklinde olmaktadır. Tedavi şekli; tümörün büyüklüğü, şekli, patolojisi, hastanın yaşı vb faktörlere bağlı olarak değişmektedir (Svensson ve diğerleri, 2020). Meme ameliyatı geçiren hastaların taburculuğunun erken dönemde yapılması, ameliyat sonrası hemşirelik bakımının yetersiz verilmesine neden olmaktadır. Ameliyat sonrası yeterli hemşirelik bakımının verilmesi ve hasta takibinin sağlanması için günümüzde uzaktan hemşirelik uygulamalarından yararlanılmaktadır (Ay, 2008). Uzaktan yapılan hemşirelik bakımında, hasta eğitiminin önemli bir yeri bulunmaktadır (Debnath, 2004). Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası oluşabilecek fizyolojik, psikolojik ve sosyal komplikasyonları önlemek, erken dönemde iyileşme sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak amacı ile uzaktan görüşme yöntemleri büyük yarar sağlamaktadır. Özellikle, meme kanseri cerrahisi sonrası düzenli takip ve hemşirelik bakımı komplikasyonların önlenmesi açısından büyük yarar sağlamaktadır. Taburculuk sonrası düzensiz hasta takibinin yapılması, komplikasyonların gelişmesine ve buna bağlı olarak hasta yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Uzaktan görüşme ile uygulanan hemşirelik uygulamaları, hastaların tedavi planına uyumunu kolaylaştırmakta ve yaşam kalitesini arttırmaktadır (Bikmoradi ve diğerleri, 2016). Hartford (2005) yaptığı çalışmada, telefon ile hasta takibini yapıldığı bypass greft ameliyatı sonrası hastaların endişelerinin azaldığı ve bireyselleştirilmiş bakımın komplikasyonları önlemede etkili olduğu belirlenmiştir. Uzaktan görüntülü görüşme ve telefon izleme yöntemlerinin hemşirelik uygulamalarında olumlu sonuçları olduğunu gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte, ülkemizde uzaktan görüntülü görüşme ve telefon izleme yöntemleri ile ilgili cerrahi hemşirelik alanında yapılan araştırmaların sınırlı olduğu saptanmıştır (Randa ve diğerleri, 2019; Langer, 2015; Asano ve diğerleri, 2021).

Bu çalışmanın amacı; uzaktan görüntülü görüşme uygulamaları, sağlık alanında, yeni ve gelişmekte olan teknoloji olduğundan, meme kanseri ameliyatı sonrası hemşirelik bakımına yönelik çalışmalar az sayıdadır. Bu çalışma, meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya uzaktan

görüntülü görüşme ve telefonla izleme yöntemleriyle uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının ağrı, yaşam kalitesi, kol, omuz, el hareketliliği ve ameliyat sonrası komplikasyon gelişimine etkisinin belirlenmesi ve uzaktan cerrahi hemşirelik uygulamalarına katkı sağlaması amaçlanmıştır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Birincil Amaç

Bu çalışmanın birincil amacı, Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya uzaktan görüntülü görüşme ve telefonla izleme yöntemleriyle uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının ağrı, yaşam kalitesi, kol, omuz, el hareketliliği ve ameliyat sonrası komplikasyon gelişimine yönelik etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmış bir çalışmadır.

İkincil Amaç

Bu çalışmanın ikincil amacı, taburculuk sonrası uzaktan görüntülü görüşme ve telefon görüşmesinin uygulanabilirlik düzeyini belirlemektir.

1.3.Araştırmanın Hipotezleri

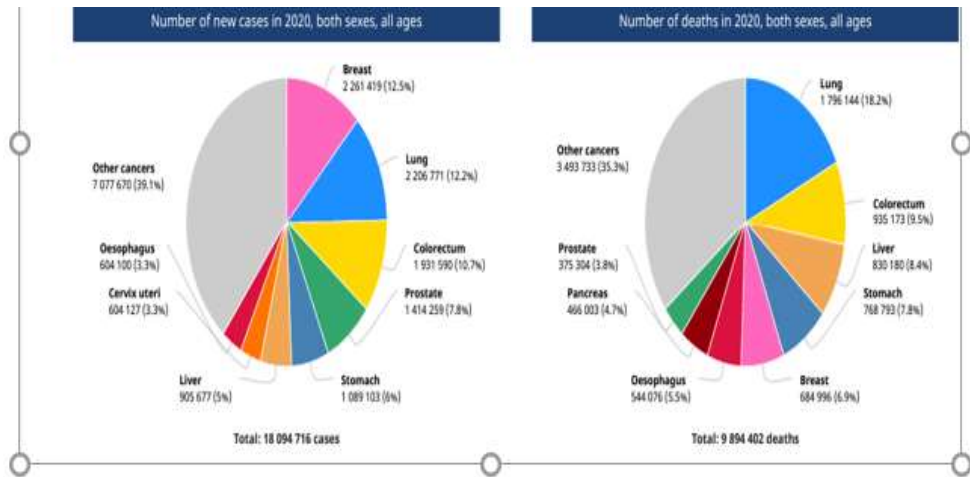
1. H₁: Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya uzaktan görüntülü görüşme yöntemi ile uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının ağrı üzerine etkisi vardır.
2. H₁: Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya uzaktan görüntülü görüşme yöntemi ile uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının yaşam kalitesi üzerine etkisi vardır.
3. H₁: Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya uzaktan görüntülü görüşme yöntemi ile uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının kol, omuz, el hareketliliği üzerine etkisi vardır.
4. H₁: Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya uzaktan görüntülü görüşme yöntemi ile uygulanan hemşirelik bakımının ameliyat sonrası komplikasyon gelişimine etkisi vardır.

5. H₁: Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya telefonla izleme yöntemi ile uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının ağrı üzerine etkisi vardır.
6. H₁: Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya telefonla izleme yöntemi ile uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının yaşam kalitesi üzerine etkisi vardır.
7. H₁: Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya telefonla izleme yöntemi ile uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının kol, omuz, el hareketliliği üzerine etkisi vardır.
8. H₁: Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya telefonla izleme yöntemi ile uygulanan hemşirelik bakımının ameliyat sonrası komplikasyon gelişimine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Meme kanseri günümüzde; kadınlarda en sık görülen kanser türü olup; tüm dünya da önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Kansere bağlı ölümlerin ikinci sırada yer almakta olup; her yıl teşhis edilen vaka sayısı da katlanarak artmaktadır (Zhu ve diğerleri, 2023). Global Cancer Statistics 2020 verilerine göre meme kanseri; asemptomatik dönemde yapılan erken tanı taramalarıyla diğer kanserlerden daha fazla hayatta kalma oranına sahiptir. Dünya’da meme kanseri insidans oranı yüz binde 47.8 olduğu belirtilmektedir (Yarış ve diğerleri, 2014; Acar, 2019; Özmen ve diğerleri, 2019; Aksu, 2021; Bulut, 2022; Devenci, 2022; Sel ve Beydağ, 2022).



Şekil 1. Dünya’da meme kanseri insidans oranı (<https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>)

Meme kanser insidansının yüksek olması; D vitamini yetersizliği, gece vardiyasında çalışma, emzirme süresinin kısa olması, beslenme şeklinde değişiklikler, hormon replasman tedavisi alma gibi nedenlere bağlıdır (Akyolcu ve diğerleri, 2019).

2.2. Meme Kanserinde Tedavi

2.2.1. Güncel Uygulanan Kanser Tedavi Yöntemleri

Meme kanseri tedavisi genel olarak kanserin evresine göre planlanmakta olup hastanın genel durumu, tümörün biyolojik özellikleri gibi birçok etken tedavi kararında etkili olmaktadır. Meme kanseri tanısı konulduktan sonra tedavi kararının belirlenmesi amacıyla; tümörün çapı, aksiller lenf nodu tutulumu olup olmaması, uzak metastaz varlığı yönünden hasta klinik olarak değerlendirilerek meme kanserinin evresi belirlenmelidir (Akyolcu ve diğerleri, 2019; Kaş Özdemir, 2021).

Meme kanseri tedavisinde lokal ve sistemik tedavi yaklaşımları mevcuttur. Lokal tedavi ile vücudun geri kalan kısmı etkilenmeden tümörün ortadan kaldırılması hedeflenirken, sistemik tedavide kullanılan yöntemlerle vücudun herhangi bir yerindeki kanser hücrelerine ulaşmak ve tedavi etmek mümkündür. Cerrahi ve radyoterapi lokal tedavi yaklaşımları içerisinde yer alırken, kemoterapi, endokrin tedavi, immünoterapi ve hedefe yönelik tedavi sistemik tedavi kapsamında değerlendirilmektedir (Namlı, 2022).

2.2.2.Cerrahi Tedavi

2.2.2.1.Meme Koruyucu Cerrahi (MKC)

Memedeki kitlenin; temiz bir alan oluşturacak şekilde çevresindeki dokular ile birlikte eksize edilmesi durumudur. MKC de amaç; sağkalım ve nüks oranını azaltarak daha iyi kozmetik sonuç elde etmektir.

MKC; lumpektomi, tilektomi, segmental rezeksiyon ve kadranektomi gibi çeşitleri vardır.

Lumpektomi; memedeki kitlenin; 1 cm'lik temiz cerrahi alan oluşturacak çevresindeki dokular ile birlikte eksize edilmesidir.

Tilektomi; memedeki kitlenin; çevresindeki dokular ile birlikte eksize edilmesidir.

Parsiyel (Segmental) Mastektomi; Memedeki kitlenin; çevresindeki dokular ve cilt ile birlikte eksize edilmesidir.

Kadranektomi; memedeki kitlenin; çevresindeki dokular, cilt ve fasya ile birlikte eksize edilmesidir.

Memedeki kitlenin çapı 3-5 cm küçükse ve evresi (Evre I ve II) yönünden radyoterapi yapılmasına engel bir durum olmaması MKC endikasyonu olarak değerlendirilebilir.

Kanser kitlesini çapı 6 cm ve üzerinde ise, meme başına yakın tümör mevcutsa, 35 yaş altı genç kadınlarda, daha önce meme yada göğüs duvarına radyoterapi alanlar, iyi kozmetik sonucun elde edilemeyeceği küçük memelerde MKC kontrendikasyonu olarak değerlendirilir.

MKC Komplikasyonları; cerrahi girişim sonrası infeksiyon, selülit, hematoma, lenf ödem görülebilir.

2.2.2.2.Mastektomi

Memedeki kitle 7 cm den büyükse, areolayı tamamen kapsayorsa ve radyoterapi tedavine uygun değilse mastektomi uygulanır. Günümüz de en yaygın modifiye radikal mastektomi kullanılmaktadır.

2.2.2.2.1. Total ya da Basit Koruyucu (Profilaktik) Mastektomi

Meme kanseri riski yüksek kadınlarda, kanser gelişimini önlemek amacı ile uygulanır. Cerrahide; koltuk altı lenf bezlerine hiçbir müdahale edilmeden, areola, çevre dokular ve cildin eksize edilmesidir.

2.2.2.2.2. Modifiye Radikal Mastektomi (MRM)

Koltuk altı lenf bezleri, meme dokusu ve cildin, eksize edilmesidir. Meme dokusu kaslarına müdahale edilmez. Kozmetik olarak iyi sonuç vermesi, rekonstrüksiyon için uygun olması, ameliyat süresinin kısa olması MRM endikasyonlarıdır.

Küçük tümörlerde ve evre I ve evre II kanserlerde MRM kontrendike olarak değerlendirilir.

MRM Komplikasyonları; lenfödem, infeksiyon, seroma, hematoma ve sellülit görülebilir (Akyolcu ve diğerleri, 2019).

2.2.2.3.Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu (ALND)

Koltuk altı lenf bezlerinin meme dokusu ile birlikte eksize edilmesidir.

ALND amaç; kanser evrelemesi yapabilmek, metastazları önlemek, kemoterapi ve radyoterapi tedavi yöntemlerini belirlemek gibi avantajları bulunmaktadır (Kaş Özdemir, 2021).

ALND Komplikasyonları, ağrı, uyuşma, sertlik, güçsüzlük ve lenf ödem görülebilir.

2.2.2.4.Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi (SLNB)

Meme dokusu etrafındaki lenf nodlarında herhangi bir tümoral değişiklik olup olmadığını belirlemek amacı ile uygulanır. Sentinel Lenf Nodu; tümör hücrelerinin ilk metastaz yaptığı yerdir. Memedeki lenf nodlarına radyo opak madde verilerek, kanser hücrelerinin lenf akımındaki durumu belirlenir. SLNB ile kitlenin patolojik durumu değerlendirilmiş olur. Ağrı, lenf ödem, hareket kısıtlılığı, parestezi gibi komplikasyonlar az görülür (Baykara, 2016; Kalkan ve Karadağ 2017).

2.2.3.Radyoterapi

İyonizan radyasyon aracılığıyla kanser hücrelerini öldürmeye dayanan bir tedavi yöntemidir. Amaç; kanser hücresi DNA sında hasar oluşturarak; çoğalmasını engellemektedir. Eksternal ve brakiterapi yöntemleri bulunmaktadır. Meme kanserinde çoğunlukla eksternal radyoterapi uygulanır. Küratif ve palyatif amacı ile uygulanabilmektedir. Kanser türü, evresi, hücre tipi vb özellikler bağlı olarak iyonize radyasyon dozları değişebilmektedir. Radyoterapi sırasında normal hücrelerde zarar görebilmektedir. Bu yüzden iyonizan radyasyon verilen yerin iyi belirlenmesi gerekmektedir. Hastanın nefes alıp vermesi tedavi alanında değişikliklere neden olabilmektedir. Cihaz seçimi, planlama ve tedavi süresi, tedavinin başarılı ilerlemesinde anahtar rol oynamaktadır. Hastanın yaşı, radyoterapi uygulanan yer, komşu organ varlığı, tedavi alanı genişliği, radyasyonun dozu gibi faktörlere bağlı olarak yan etkilerde artabilir. Radyasyon dozu ve yan etki riski arasında doğru orantı mevcuttur. Meme Kanseri Radyoterapi tedavisinde; Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi (IMRT) uygulanmaktadır (Kinhikar ve diğerleri, 2014; Baykara,

2016; Kalkan ve Karadağ, 2017). Hastalar radyoterapi sırası veya sonrasında dermatit, cilt yanıkları, özofajit, diyare, halsizlik, yorgunluk, hareket kısıtlılığı gibi yan etkiler görülebilir (Kanda ve Kivimaa, 2020; Kaş Özdemir, 2021).

2.2.3.Kemoterapi

Kemoterapötik ajanlar aracılığıyla kanser hücrelerini öldürmeye dayanan bir tedavi yöntemidir. Amaç; dolaşımdaki kanser hücrelerini yok etmek, metastaz ve ölüm oranını azaltarak, yaşam süresini ve kalitesini arttırmaktır. Kemoterapik ajanlar sitotoksik ve anti kanser özellik taşırlar. En çok; intra venöz yolla kemoterapik ajanlar uygulanmaktadır. Oral ilaçların, evde rahat kullanım kolaylığı bulunmaktadır (Lucena ve diğerleri, 2015; Baykara, 2016; Zorba ve Özdemir, 2017). Hastalar kemoterapi tedavisine bağlı olarak; emezis, diyare, konstipasyon, uykusuzluk, osteoporoz, sıcak basması, alopesi, gibi sorunlar yaşayabilirler (Cappelletti ve diğerleri, 2011).

2.2.4.Kök Hücre Tedavisi

Kök hücreler; kendini yenileyebilme özelliğine sahip; çoğalabilen ve yeni hücre üretebilen hücrelerdir. Yetişkin hücrelerde bölünme ve yenilenme özelliği yoktur. Kök hücrelerin; enjekte edildikleri hücrelerde uyumlu kalabilmesi, fonksiyonlarını kaybetmemesi, özelleşebilmesi ve çoğalabilmesi gibi özelliklerinden dolayı kanser tedavisinde önemli bir yeri bulunmaktadır (Jung ve diğerleri, 2012; Cho ve diğerleri, 2013; Takahashi ve Yamanaka, 2013).

2.2.5.Hormonal Tedaviler

Büyüme, gelişme ve çoğalma için; vücut hormonlardan yararlanan kanser hücrelerinin, büyümesini yavaşlatmak, durdurmak ve bazı hormon reseptörlerini inhibe etmek amacıyla uygulanan kanser tedavi yöntemidir (Ali ve diğerleri, 2016). Kanser tipine göre farklılık gösteren hormon tedavileri, tümör boyunu küçültmek, mikro metastaz oluşumunu engellemek,

kanser belirti ve bulgularını hafifletmek, cerrahi tedaviye kolaylık sağlamak amacı ile uygulanır. Metastatik meme kanseri tedavisinde, anti östrojen hormon tedavisi, progestin sık kullanılmaktadır (Eden, 2003; Pfestroff ve diğerleri, 2015). Hormon tedavisi, vücut hormon düzeylerinde değişikliklere neden olabilir.(Pfestroff ve diğerleri, ; 2015; Groom ve Younis, 2016; Sun ve diğerleri, 2016).

2.2.6.İmmünoterapi

Bağışıklık sisteminin kanser tedavisinde önemli bir yeri bulunmaktadır. İmmünoterapi; immün sistemin, kanser hücresi üzerinde anti kanser özellik göstermesini sağlamak amacı ile kanser tipine özgü bireyselleştirilmiş yeni bir tedavi yöntemidir. Amaç; immün sistemin baskın gelmesini sağlayarak, kanser hücrelerinin çoğalmasını durdurmak ve yok olmalarını sağlamaktır.

Kemoterapi ve radyoterapi tedavileri sırasında ilaç direnci gelişebilir. Bu gibi sorunlar ile karşılaşmamak için immünoterapi gibi alternatif tedavi yöntemlerinden faydalanılmaktadır. İmmün sistem antikorları, immün sistemi uyararak, kanser hücre sinyallerini bloke ederek ve kanser hücrelerine ilaç transfer ederek etki gösterirler (Baykara, 2016).

2.2.7.Kanser Aşıları

Kanser aşıları; zayıflatılmış mikroorganizmaları vücuda vererek spesifik T hücreleri ve B hücrelerini uyarır. (Agorastos ve diğerleri, 2015; Roland ve diğerleri, 2016).. Geliştirilen mRNA aşıları basit, hızlı ve güvenli bir şekilde depolanıp taşınabilir (Karikó ve diğerleri, 2008; Pardi ve diğerleri, 2020).

2.2.8.Fotodinamik tedavi (FTD)

Fotodinamik terapi kanser hücrelerini hedef alan ve fotosensitizer (ışıkla aktif olan ajanın), kanserli hücreyi yok etmesi ile gerçekleşen bir tedavidir (Wilson ve Patterson, 2008; Garg ve diğerleri, 2010; Agorastos ve diğerleri, 2015).

2.3. Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyonlar

Fizyolojik, psikolojik ve sosyal komplikasyon olarak üç grupta incelenebilir.

Fizyolojik komplikasyonlar; ağrı, kanama, hematoma, seroma, yara yeri enfeksiyonu, yara iyileşmesinde gecikme, ameliyat edilen bölgede duyuşal değişiklik, kol ve omuz hareketlerinde sınırlılık, donmuş omuz, lenfödem

Psikolojik komplikasyonlar; anksiyete, depresyon, korku, suçluluk, vücut imajında değişiklik, duygulanım bozuklukları, yorgunluk, uyku bozuklukları, cinsel istek kaybı, kendini toplumdandan izole etmek

Sosyal komplikasyonlar; ailede meydana gelen rol değişiklikleri, sorumlulukları yapamama, gelir kaynaklarında azalma, artan giderleri karşılamada zorluk, uygun giysi bulmada güçlük

2.3.1.Fizyolojik Komplikasyonlar

2.3.1.1.Ağrı

Meme kanseri cerrahisi sonrası; insizyona bağlı akut ağrı görülebilir. Ağrı genellikle yanıcı, sıkıştırıcı nitelikte olup; kolun iç yüzü, koltukaltı ve göğüs ön duvarına doğru yayılım gösterir. Seçilen cerrahiye bağlı olarak ağrının şiddeti de değişebilir. Ağrı hemen ya da aylar sonra ortaya çıkabilir (Kaş Özdemir, 2021).

2.3.1.2.Kanama

Meme kanseri cerrahisi sırasında ya da ameliyat sonrası görülebilen ciddi bir komplikasyondur. Ameliyat sonrası dren takibi, kanama kontrolü açısından çok önemlidir. Ameliyat öncesi kullanılan antikoagülan ilaçlarda ameliyat sonrası kanama riskini artırır. Hastada dren mevcut ise kanama miktarı ve rengi saatlik olarak takip edilmelidir. Ameliyat sonrası insizyon bölgesinde kontrol edilerek kanam durumu takip edilmelidir. Kanama fazla olursa kan transfüzyonu gerekebilir (Çetiner, 2013).

2.3.1.3.Hematom

Cerrahi sonrası damar duvarındaki hasara bağlı kanın damar yatağından uzaklaşıp dokuda toplanması durumudur. Meme kanseri cerrahisi sonrası hematoma görülme oranı %2.6-10 arasında değişmektedir. Küçük hematomlar vücut tarafından absorbe edilir. Büyük olan hematomlar ise aseptik tekniklerle cerrahi olarak boşaltılır. Ameliyat sonrası bölgede toplanan sıvı, kan ya da enfekte eksudanın dışarı alınabilmesini sağlayan drenler yaklaşık 7-10 gün sonra çıkarılmaktadır. Drenden gelen miktar; ilk iki gün kanlı, sonraki günlerde kanlı-seröz ve dört günün ardından seröz akıntı şeklindedir. Hastalar ameliyat sonrası erken taburculuğun sağlanması temeline dayanarak drenleri ile taburcu edilmektedir. Hastanın evde bakım sürecinde; drenaj miktarını ve özelliğini takip etmesi ve yorumlayabilmesi önem kazanmaktadır. Hastalara ve yakınlarına dren bakımı yönetimi hakkında bilgi verilmelidir. Drenajın 24 saatte 30 cc'nin altında olması drenin çıkarılma endikasyonudur (Çetiner, 2013). Hastanın taburcu olmadan önce kanama, hematoma ve dren bakımı hakkında eğitim verilmelidir.

2.3.1.4.Seroma

Cerrahi sonrası doku çıkarılmasına bağlı oluşan ölü boşluğa, lenfatik ve vasküler yollardan sıvı birikmesi durumudur (Manoğlu, 2013). Ameliyat sonrasında, insizyon bölgesinde ve koltuk altı bölgesinde sıvı birikimi olabilir. Seromanın boşaltılması için ek girişimler gerekebilir. Boşaltılmayan seroma yara iyileşmesinde gecikme ve yara yeri enfeksiyon gelişimine neden olur (Bozdemir, 2019; Kaş Özdemir, 2021). Seroma ameliyat sonrası dönemde evde gelişebilen bir sorundur, hemşire taburculuk eğitiminde seroma yönetimi hakkında bilgi vermelidir.

2.3.1.5.Yara yeri enfeksiyonu

Ameliyat sonrası ameliyat bölgesinde kızarıklık, şişlik ve akıntı gibi lokal enfeksiyon bulguları takip edilmelidir. Ameliyat sonrası yapılan pansuman enfeksiyon gelişimini önlemektedir. Meme kanseri cerrahisi sonrası insizyon bölgesi asepti- antisepsi ilkelerine göre kapatılır. Pansumanın amacı; ameliyat alanı dış ortamda var olan patojenlerden korumaktır.

Yara yeri enfeksiyonunu önleyebilmek için pansumanların düzenli yapılması ve etkilenen taraftaki kolun bir yastıkla desteklenmesi gerektiği önerilmektedir (Çetiner, 2013).

2.3.1.6.Yara iyileşmesinde gecikme

Bilinçli olarak, cilt bütünlüğünün bozulması sonucu cerrahi yara oluşmaktadır. Cerrahi yara, asepsi-antisepsi ilkesine uygun pansuman yapılmadığı sürece yara iyileşmesinde gecikmeler olabilir. Bunlar; yarada granülasyon dokusu oluşumunda gecikmeler, yara etrafında gerginlik, yara kenarlarının açılması ve iyileşme gecikmeleri karşımıza çıkabilir. Cilt bütünlüğünün bozulması sonrası, vücut birçok immün sistem aktivatörlerini devreye sokar ve hemoostatik dengenin yeniden oluşmasını sağlamayı amaçlar (Chee ve diğerleri, 2008; Manoğlu, 2013). İnflamasyon, proliferasyon ve matürasyon yara iyileşme fazlarıdır. Yara iyileşmesini, yaranın yeri, türü, kontaminasyon durumu, ko morbidite durumu, beslenme durumu gibi birçok değişken etkilemektedir.

2.3.2.Ameliyat Edilen Bölgede Duyusal Değişiklikler

Meme cerrahisi sonrası; insizyon bölgesinde sinir hasarına bağlı uyuşma, karıncalanma, parestezi gibi belirtiler görülebilir. Görülen bu belirtiler; ameliyat süresi, sinir hasarına ve yaranın iyileşme süresine bağlı olarak değişebilmektedir. Özellikle; koltukaltı diseksiyonun eşlik ettiği radikal meme cerrahisinden sonra bu durum daha sık görülebilmektedir (Ucuza ve Kanan, 2012; Günay Uçurum ve diğerleri, 2022; Manoğlu, 2013). Küçük bir cerrahi girişim sonrası duyuşsal değişiklikler birkaç saat içinde geçebilirken; büyük bir ameliyat sonrası aylar boyunca devam edebilir.

2.3.2.1.Kol ve Omuz Hareketlerinde Sınırlılık

Meme kanseri cerrahisi sonrası hastalar kolunu hareket ettirmekten çekinirler. Geniş insizyon alanı, ağrı, seroma, hematoma, lenfajit ve lenfödem gibi nedenlerde kol hareketlerinin kısıtlanmasına neden olabilmektedir. Kol ve omuz kısıtlılığının önlenmesi için yapılacak

girişimler egzersizlerdir. Ameliyat sonrası dönemde hareketle birlikte kas ve dolaşım fonksiyonlarının sürdürülmesi kısıtlılığın önlenmesine büyük katkı sağlamaktadır. Hastalar günde üç kez en az 10 dakika olacak şekilde kol egzersizi uygulamalıdır. Bu egzersizlerin yapılmaması durumunda donmuş omuz gelişebilir ve hastaların yaşam kalitesi düşebilir.

2.3.2.2.Donmuş omuz

Meme cerrahisi sonrası; opere olan taraftaki kol hareketlerinin kısıtlanmasına bağlı hareketsiz omuz (frozen shoulder) gelişebilir. Mastektomi sonrası postoperatif dönemde sık görülen bir komplikasyondur. Donmuş omuz gelişiminin ağrıdan bağımsız olarak refleks sempatik distrofi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ameliyat sonrası yeterli analjezinin sağlanması ve omuz eklemine yönelik aktif egzersizler ile engellenebilir (Günay Uçurum, 2022).

2.3.2.3.Lenfödem

Meme cerrahisi sonrası koltuk altından çıkarılan lenf bezi sayısına bağlı lenfatik sistemin yetersizliği sonucu proteinden zengin interstisyel sıvının birikimidir. Modifiye radikal mastektomi, aksiller diseksiyon, sentinel lenf bezi biyopsisi ve radyoterapi tedavisi sonrasında görülebilir. Koldaki şişme miktarına göre derecelendirilen lenfödem, hafif, orta ve şiddetli olarak tanımlanmaktadır. Meme kanseri cerrahisi olan her dört kadından birinin (%25) hafif derecede de olsa lenfödem yaşadığı, insidansının %6-70 arasında değiştiği belirtilmektedir. Lenf ödem yönetiminde hastalar enfeksiyon, yanık, yüksek ısı, basınç ve kas gerilmesinden korunmalıdır. Lenfödem gelişimini önlemek için kol ve omuz egzersizlerinin ve manuel lenf drenaj masajının etkili olduğu bilinmektedir. Hemşirelerin taburculuk eğitim konularından biri olan lenfödem yönetimi hakkında hastalara bilgi vermesi hastanın yaşam kalitesinin artmasını sağlar.

2.3.3.Psikolojik komplikasyonlar

2.3.3.1.Anksiyete

Nedeni tam olarak bilmediğimiz ancak; içimizden gelen olumsuz hissetmemize neden olan bir duygudur. Meme kanseri cerrahisi sonrası hastalar, tekrarlayan rahatsız edici düşünceler ve endişelere sahiptir. Hastaların tanı, tedavi, tedavi sonrası yaşam ve bilinmezliğe karşı yaşadığı kaygıya bağlı anksiyete düzeyi değişmektedir. Ayrıca, kendini yorgun ve gergin hissetme, uykusuzluk, heyecanlanma, taşikardi, terleme, titreme gibi belirtilerle ortaya çıkmaktadır (Güzel ve Bayraktar, 2019).

2.3.3.2.Depresyon

Hastaların sürekli üzüntü halinde bulunması ve zevk veren durumlardan keyif almaması durumudur. Dört; kanser hastasının birinde depresyon bulunmaktadır. Depresyon gelişen meme kanseri hastalarında; yaşam aktivitelerinde azalma; tedaviye bağlı kilo kaybetme ve uykuya dalmada güçlük çekme, motivasyon eksikliği, konsantrasyon eksikliği, değersiz hissetme düşünceler hissedebilirler. Depresyon risk faktörleri olarak; genetik yapı, kişilik özellikleri, çevresel faktörler ve beyin kimyasallarındaki farklılıklar değerlendirilebilir (Güven, 2019).

2.3.3.3.Korku

Bilinmeyene karşı oluşturulan bir duygu durumudur. Hastalar, meme kanseri tanısı alma, uygulanacak ameliyat, tedavi şeklindeki değişiklikler, kadınlık duygusu ile ilgili hastalarda endişe ve korkuların oluşmasına neden olur (Özkan ve Alçalar, 2009; Güner, 2020). Hastaya meme kanseri tanısı konulması ile birlikte “hastalığa uyum sağlama süreci” başlar. Hastalık, bilinmezlik, düşük yaşam kalitesi, ölüm korkusu gibi duygusal tepkilerin oluşmasına neden olur. Meme kanseri hastalarının 5 yıl boyunca takip edildiği bir çalışmada; tanı konulması ile birlikte korku düzeyinin arttığı, preoperatif süreçte en yüksek seviyeye geldiği, ameliyat sonrası 1 yıl süre ile sabit kaldığı ve zaman geçtikçe gerilediği sonucuna ulaşılmıştır (Özkan ve Alçalar, 2009). Preoperatif süreçte hastanın psikolojik olarak hazırlanması önemlidir. Hastanın hastalığı, uygulanacak cerrahi, cerrahi sonrası bakım ve merak ettiği konulara yanıt alabilmesi

ve cesaretlendirilmesi sürecin daha kolay ilerlemesini sağlar. Hastaya ihtiyacı kadar ve hazır olduğu zaman bilgilendirme yapılmalıdır.

2.3.3.4.Suçluluk

Hastalık tanısı konulması ile birlikte, hastalar kendini ve etrafındaki kişileri suçlamaya başlar. Şok, inkar, ağlama, korku gibi tepkiler verirler (Söylemez ve diğerleri, 2018). Tanı konulmadan önceki yaşam şekli, hastaneye başvuruda geç kalınması gibi nedenlere bağlı duyulan suçluluk hissi yerine; olumlu düşüncelere odaklanma, yeni uğraşlar bulma, meditasyon uygulamaları gibi aktiviteler geliştirilmelidir (Söylemez ve diğerleri, 2018; Bozdemir, 2019).

2.3.3.5.Vücut imajında değişiklik

Meme kanseri hastalarının en sık yaşadığı psikolojik sorunlara meme dokusunda meydana gelen değişikliklerin neden olduğu söylenebilir. Meme dokusu, kadınlığın simgesi olarak bilinir. Meme kanseri tedavi seçeneklerinden biri olan cerrahi tedavi ile nın değişiklikler oluşur. Bu değişiklikler; hastanın yaşam kalitesinin düşmesine ve kendine yetememe duygusunun oluşmasına neden olur. Vücut imajında oluşan değişiklikler bağlı olarak; hastaların psikolojik açıdan desteklenmesi gerekebilir (Söylemez, 2017).

2.3.3.6.Duygulanım bozuklukları

Hastaların içinde bulunduğu ruhsal duruma uygunsuz yada abartılı duygulanım içinde olmasıdır. Hastalar; mutsuzluk, üzüntü gibi duygular yaşarken duyguların neşe, coşkululuk yönünde kayması söz konusudur. Meme kanseri hastalarda sık tekrarlayan duygulanım bozuklukları, bir süre sonra kişinin fizyolojik, psikolojik ve sosyal yaşantısını olumsuz etkiler. Bu durumlar göz önüne alınarak hastalığın başlangıcından tedavi sonrasında da psikolojik destek almaları sağlanmalıdır.

2.3.3.7.Yorgunluk

Meme kanseri cerrahisi sonrası hastalarda sık görülen komplikasyonlardan biridir. Meme kanseri; hastaları fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönde olumsuz etkileyen bir durumdur. Bu durum hastalarda yorgunluğa sebep olmaktadır. Hastalarda en az 6 ay süren uyku bozukluğu, baş ağrısı ve konsantrasyonda bozulma vb. belirtilerin eşlik ettiği yorgunluk bulgusu görülür (Tünel, 2011; Ölçer Özkan, 2019). Yorgunluk durumu, hastanın iyilik halini, sosyal ilişkilerini ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemektedir. Yorgunluk yaşayan hastalar günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorlanabilmekte ya da başkalarına bağımlı hale gelebilmektedir. Hemşirelerin hastalarda görülen yorgunluğun başlangıcı, gelişimi ve günlük yaşam aktivitelerine etkisini bilmesi ve süreci takip etmesi oldukça önemlidir (Tünel, 2011; Ergin, 2023).

2.3.3.8.Uyku Bozuklukları

Meme kanserli hastalarda ve kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek oranda görülmektedir. Uyku bozuklukları genellikle hastalar tarafından sorun olarak algılanmamakta ve ihmal edilmektedir. Uyku bozuklukları ve yorgunluk arasında bir ilişki söz konusudur. Uyku bozukluğu yaşayan hastalarda yorgunluk bulguları şiddetli olur. Uykuya dalma süresinde gecikme, sürdürmede güçlük, uykunun yetersiz olarak algılanması ve dinlendirici olmaması yorgunluk semptomunu tetiklemektedir (Kaya, 2022).

2.3.3.9.Cinsel istek kaybı

Meme kanseri tedavisinin, kadının cinselliği üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Meme kanseri hastalarında, cinsel fonksiyon bozukluğu sık görülmektedir (Çil Akıncı ve Aksoy, 2019). Meme kanseri tedavisi sonrası, cinsel isteksizlik, cinsel yetersizlik, cinsel korku, erken menopoz görülebilmektedir. Meme dokusu; kadın ve cinsellik sembolüdür. Cerrahi bir girişim ile meme dokusunun alınması, cinsel istek kaybı, vücut imajı ve benlik saygısında düşümlere neden olur (Gorman ve diğerleri, 2022).

2.3.3.10.Kendini toplumdandan izole etmek

Meme kanseri cerrahisi sonrası kişiler sakin ve sessiz bir yaşam sürmek isterler. Çevresinde iletişim kurduğu kişi sayısını azaltırlar. Stresten uzak, kendi iç huzurunu sağladığı, hastalığı kabullendiği, meditasyon gibi alternatif tıp yöntemleri ile rehabilite olduğu alanlar oluşturmak isterler.

2.3.4.Sosyal Komplikasyonlar

2.3.4.1.Ailede meydana gelen rol değişiklikleri

Meme kanseri aile hastalığı olarak ifade edilebilir. Hastalığın hem hastaya hem de yakınlarına olumsuz etkileri mevcuttur. Aile üyeleri; hastanın tedavi ve takibinin yapılması sırasında, hastanın yapması gereken sorumlulukları üstlenmekte, hastaya psikososyal açıdan destek olmakta ve ekonomik olarak korumaya çalışmaktadır. Ancak; aile üyeleri hastaya destek olurken, kendi yapması gereken sorumlulukları yerine getirmede zorluk yaşamakta, yorgun ve stresli olmaktadır. Meme kanseri kadın ve aile üyeleri tedavinin gidişatına yön vermektedir. Bu süreci rahat, sakin, anlayışlı olarak yürütmek aile ilişkilerinin bozulmasını önleyebilir (Güven, 2019).

2.3.4.2.Sorumlulukları yapamama

Meme kanseri tedavisi sırasında kişiler fizyolojik ve psikolojik olarak olumsuz etkilenmektedir. Hastalar günlük yaşam aktivitelerini yapmakta ve sorumluluklarını yerine getirmekte güçlük yaşarlar ve aile üyelerinden destek almak zorunda kalabilirler. Hastaların bulunduğu fizyolojik yeterlilik durumlarına göre sorumluluk verilerek hastanın kendine güven kazanması sağlanabilir.

2.3.4.3. Artan giderleri karşılamada zorluklar

Hastaların meme kanser tanısı konulması ile birlikte normal yaşam şekli değişmekte olup, hastanede teşhis, tanı, tedavi ve yol giderleri gibi birçok ihtiyaçları artmaktadır. Hasta ve yakınları işlerine ara vermeleri, çalışmamaları; ekonomik olarak sıkıntılı bir sürece girmelerine neden olmaktadır (Babacan Gümüş, 2006; Erdoğan, 2015). Türkiye’ de; devlet güvencesi altında sağlık hizmeti alınsa da, bazı tedavi hizmetlerine ücret ödenmek durumunda kalınabiliyor. Meme kanseri tanısı ile birlikte hastalar kısa sürede tedavi olmak için birçok işlemi ücretli olarak yaptırıyorlar. Buna bağlı olarak; belirli bir süre sonra ekonomik kaynaklar azalmakta ve ekonomik sorunlar yaşanmaktadır. Hasta ve hasta yakınları mevcut ekonomik kaynaklarını planlı ve programlı bir şekilde kullanmalıdır (Acar, 2019; Arslan ve Şahin, 2013).

2.3.4.4. Gelir kaynaklarında azalma

Meme kanser tanısı ile birlikte; hastalar, işlerinden izin alabilir veya ayrılabilirler. Kanser hastalığı; uzun ve yıpratıcı bir süreçtir (Altinova ve Duyan, 2013). Bu süreçte hastaların gelir kaynaklarında azalma ve beraberinde ekonomik sıkıntılar ortaya çıkabilir. Kanser tedavi sürecinde çalışabilen hastalarda; fizyolojik, psikolojik ve sosyal birçok sorun ile karşı karşıya kalabilirler. Tedavi sürecinde çalışmak durumunda kalan hastalarda; motivasyon düşüklüğü, yorgunluk, algıda azalma, dışlanma gibi bir çok olumsuz durumlar gelişebilir. Tedavi süreci zaman aldığı için, tedavi sonrası işe başlama ile ilgili sıkıntılar gelişebilir (Baykara, 2016; Kaya, 2022; Aslan, 2019).

2.3.4.5. Uygun giysi bulmada güçlük

Meme kanser cerrahisi sonrası hastalar giysi bulmada sorun yaşamaktadırlar. Hastalar yeni fiziksel görünümüne adapte olmakta sorun yaşarken; istediği giysiyi giyemiyor, bedenine uygun giyside bulamıyorlar. Hastalar meme yerine geçen meme implantları kullanabiliyorlar. Özellikle yaz aylarında giysi konusunda sorun yaşanıyor. Denizde; mayonun içerisine meme implantları yerleştiriyorlar. Ancak; implantın mayodan çıkıp, denizin içinde buluyorlar. Denize girmek istemiyor veya daha sakin yerlerde denize giriyorlar. Vücudunda bir adet meme var,

diğer meme yok. Denge sağlanamadığı için; belli bir süre sonra giysiler vücutta dönmeye başlıyor. O yüzden meme kanser hastaları giysi bulmada oldukça sorun yaşamaktadırlar (Gorman ve diğerleri, 2022).

2.4.Taburculuk Eğitimi

Meme kanseri cerrahi sonrası, iyileşme süreci hastalar için çok streslidir. Oluşan stres iyileşme sürecinin etkisiz yönetilmesine neden olur. Hastaların etkili baş etme yöntemlerini kullanamaması sonucu, yara iyileşmesinde gecikme, fiziksel aktivite azlığı, lenfödem, yeni yaşama uyum sorunları ile karşılaşabilirler (Eşlik ve Çetinkaya, 2019). Hastaların meme kanser ameliyatı sonrası yaşamını özerk olarak devam edebilmesi için taburcu olmadan temel bilgi ve becerileri öğrenmelidir. Ağrı, beslenme, lenfödem, günlük yaşam aktiviteleri ve ilaç yönetimi, zararlı alışkanlıklardan uzak durma ve stresle baş etme yöntemlerini kullanma becerilerini kazanmış olmalıdır (Avcı ve Karahan, 2013; Kara ve Yılmaz, 2020).

Taburculuk eğitimde amaç; hastalara hastalığı ve ameliyat sonrası bakımı konusunda bilgilendirme, günlük yaşam aktivitelerine uyum sağlama, erken dönemde ve özerk bir şekilde iyileşmenin sağlanmasıdır. Hastaların yaşam tarzı değişikliklerini benimseyip, yaşam kalitesini yükseltmek hedeflenmektedir (Akyolcu, 2008; Ucuzal ve Kanan, 2012; Eşlik ve Çetinkaya, 2019; Çağlar ve diğerleri, 2021).

Hastaları, hastane enfeksiyonlarından korumak ve sağlık bakım maliyetlerini düşürmek adına erken dönemde taburcu edilmesi planlanmaktadır (Aslan, 2020). Meme kanseri cerrahisi sonrası hastalar birinci günde taburcu edilmektedir. Bu süre; iyileşme için yeterli bir süre değildir. Taburculuk eğitimi verilmeden hastaların taburcu olması ile birlikte, aile üyelerinden karmaşık ve bilinmezliklerle dolu yeni yaşam koşullarına uyum sağlaması istenmektedir (Kaya ve diğerleri, 2018; Aslan, 2020; Yaman Aktas ve diğerleri, 2021). Hastaların taburculuk sonrası günlük aktivitelerini bağımsız gerçekleştirilmesi için, dört-altı haftaya ihtiyaçları vardır (Kaya ve diğerleri, 2018; Aydın ve Gürsoy, 2019; Weiss ve diğerleri, 2019; Aslan, 2020). Hemşireler, eğitimci rolü ile hastalara taburculuk eğitimi verebilmelidir (Fenske, 2020).

Taburculuk eğitimi; taburcu olmadan; yatak başında ve planlı olarak verilmelidir (Di Giammarco ve diğerleri, 2015). Meme kanseri cerrahisi başarılı geçse de, taburculuk eğitimi cerrahi sonrası komplikasyon gelişimini önlemektedir (Akbari ve Şenol Celik, 2018).

Böylelikle; hastaneye tekrar yatışlar engellenmekte ve mali yük azalmaktadır (Aydın ve Gürsoy, 2019). Taburculuk eğitiminin formatı yazılı, sözlü, elektronik ortamda olabilmektedir. Eğitim formatının türü, anlatıcının yeteneği, hastanın yaşı, hastanın öğrenme ve öğrendiklerini uygulama yeteneği eğitimin başarısını etkilemektedir (Cook ve diğerleri, 2014; Yıldız, 2015; Timmers ve diğerleri, 2020). Meme kanseri cerrahisi sonrası gelişebilecek komplikasyonları önlemeye yönelik bilgilendirmede çoğunlukla sözel anlatım tercih edilmektedir. Eğitim materyali olarak; broşür ve kitapçık gibi yöntemler kullanılmaktadır.

2.5.Uzaktan Hemşirelik

Uzaktan Görüntülü Görüşme: Dünyada, insan sayısındaki artışlar, komorbid hastalıklar, kırsal alanda yaşayan kişi sayısı fazlalığı, ekonomik sorunlar vb nedenlere bağlı olarak, sağlığın korunması ve sürdürülmesi günümüzde önem kazanmaktadır. Ameliyat sonrası hastaların erken taburcu edilmesine bağlı olarak; ameliyat sonrası komplikasyonlar gelişebilmektedir. Ameliyat sonrası hastaların, sağlık kuruluşlarına gelmeden takip edilmesi, hastanelerde yoğunluğun, mali yükün azalmasına ve hasta konforunun devam etmesi sağlamıştır. Ameliyat sonrası hasta izlemleri için uzaktan cerrahi hemşirelik uygulamaları önem kazanmaktadır. Günümüzde; ameliyat oranları hızla artmaktadır. Erken taburculuğa bağlı olarak, sağlık görevlilerinden uzakta bulunma hasta ve yakınlarını endişelendirmektedir (Neville ve diğerleri, 2014). Hasta ve aile üyeleri her an sağlık kuruluşuna gidemedikleri için, ameliyat sonrası gelişen komplikasyonlar farkedilmiyor ya da kendiliğinden evde geçmesi bekleniyor. Uzak bölgelerde yaşayan hastalarda komplikasyon gelişimini önlemek, hastaneye başvuru oranını azaltmak ve hasta takibini kolaylaştırmak amacı ile uzaktan hemşirelik uygulamalarına ağırlık verilmiştir. Uzaktan hemşirelik uygulaması; telekomünikasyon araçları kullanılarak; hasta, hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri arasında etkili iletişimin sağlanmasıdır. Cerrahi alanda uzaktan görüşme teknikleri; uzaktan görüntülü görüşme ve telefon ile izlem şeklindedir. Literatürde; uzaktan cerrahi hemşirelik uygulamaları ile ilgili çalışmalar mevcut iken; ülkemizde yeterli çalışmaların sınırlı olduğu saptanmıştır. Ülkemizde; bazı özel hastaneler uzaktan hekimlik uygulaması yapmaktadır. Devlet hastanelerinde ise hekimler uzaktan poliklinik hizmeti vermeyi planlamaktadır.

T.C. Sağlık Bakanlığı; Uzaktan sağlık hizmetlerinin sunumu hakkında yönetmeliği 10 Şubat 2022 Perşembe günü resmi gazetede yayınlanmıştır.

Telefon ile İzlem: Son zamanlarda artan hasta sayısına baēlı olarak hastalar randevu almakta sorun yaşamakta, tedavi ve takiplerde aksamalar olmaktadır. Hastaların, hem saēlık kurumlarından faydalanmalarını saēlamak hem de hastanelerdeki yoēunluēu azaltmak için farklı yöntemlerin bulunması ihtiyaçtır. Hastaların hastaneye gelmeden evde takiplerinin yapılması için teknolojiden faydalanılarak; telefon ile hasta takibi yöntemi geliştirilmiştir. Telefon ile hasta izlemi, uzaktan görüntülü görüşme ile hasta izlemine göre daha eski bir uygulamadır. Telefon ile hasta takibi yöntemi; hemşire hasta ilişkisine dayanan uzakta bulunan hastanın; genel durumu, kullandıēı ilaçlar, beslenme vb durumlar hakkında bilgi edinilmesini, olası komplikasyonların önlenmesi, zaman ve ekonomik açıdan tasarruf saēlanmasını amaçlayan ve telefon ile gerçekleşen bir uygulamadır (Bilik, 2006). Telefon ile hasta izlem yöntemi sayesinde hemşireler, hastalara eēitim ve danışmanlık hizmeti vermektedir. Telefon ile hasta izlemi spesifik hemşirelik alanlarından biri olup, rehberlerin oluşturulmasında faydalı bilgiler saēlamaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman

1 Eylül 2021-31 Şubat 2023 tarihlerinde uygulandı.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahisi Servisi'nde gerçekleştirildi. Genel Cerrahi Servisi'nde, gastrointestinal sistem hastalıkları, endokrin sistem hastalıkları, hepatobiliyer sistem hastalıkları ve meme hastalıklarına hizmet verilmektedir. Genel cerrahi servisinde 26 yatak cerrahi, 6 yatak organ nakli olmak üzere toplam 32 yatak bulunmaktadır. Hasta ve yakınlarına bilgilendirme ve eğitim verilen toplantı odası mevcuttur. Genel cerrahi servisinde; uzman hekim 5 kişi, asistan hekim on kişi, sorumlu hemşire 1 kişi, servis hemşiresi 15 kişi toplam 31 sağlık profesyoneli çalışmaktadır.

Klinikte, taburculuk eğitimine yönelik herhangi bir protokol mevcut değildir. Hasta taburcu olacağı gün, kliniğin asistan doktoru tarafından, pansumanın nerede yapılabileceği, memede dren ile taburcu olan hastalarda drenin nasıl boşaltılacağı, acil bir durumda nereye başvurabileceği hakkında sözel olarak bilgi verilir.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi'ne meme kanseri tanısı ile yatışı yapılan ve meme kanseri cerrahisi geçiren hastalardır. Genel Cerrahi Kliniği'nde 01.06.2020-01.06.2021 tarihleri arasında 250 hastanın meme kanseri cerrahisi geçirdiği bildirildi. Örneklem büyüklüğü, Asano ve diğerleri, nin (2021), ‘’ Study protocol: a pilot quasi-experimental trial of tele-rehabilitation and tele-draincare post-mastectomy’’ çalışması ile belirlendi. Örneklem hacmi; G-Power 3.1 ile belirlenmiş olup; 57 olarak bulunmuştur. 3 grup karşılaştırılacağından her gruba 19 hasta düşmesi hesaplanmıştır. Hastalarda, kayıp olasılığı düşünülerek, her grubun 30 hastadan oluşması belirlenmiştir.

F tests - MANOVA: Repeated measures, between factors

Options:	Pillai V, O'Brien-Shieh Algorithm
Analysis:	A priori: Compute required sample size
Input:	Effect size f = 0.25
α err prob	= 0.05
Power (1- β err prob)	= 0.80
Number of groups	= 3
Number of measurements	= 3
Corr among rep measures	= 0
Output:	Noncentrality parameter λ = 10.6875000
Critical F	= 3.1682460
Numerator df	= 2.0000000
Denominator df	= 54.0000000
Total sample size	= 57
Actual power	= 0.8196637
Pillai V	= 0.1578947

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Türkçe anlayan konuşan
- 18-75 yaş arası kadın olan,
- İnternet bağlantılı görüntülü görüşme sağlayabilen bir telefonu bulunan,
- İlk kez meme ameliyatı geçiren
- Tek taraflı meme cerrahisi uygulanan
- Aksiler lenf nodu disseksiyonu (geniş eksizyon veya basit mastektomi) yapılan
- El kol omuz problemi olmayan,
- Ameliyat sonrası kemoterapi veya radyoterapi tedavisi alacak olan
- Mental sağlığı ile ilgili herhangi bir tanı almamış olan,
- İletişime ve işbirliğine açık ve araştırmaya katılmak isteyen hastalar

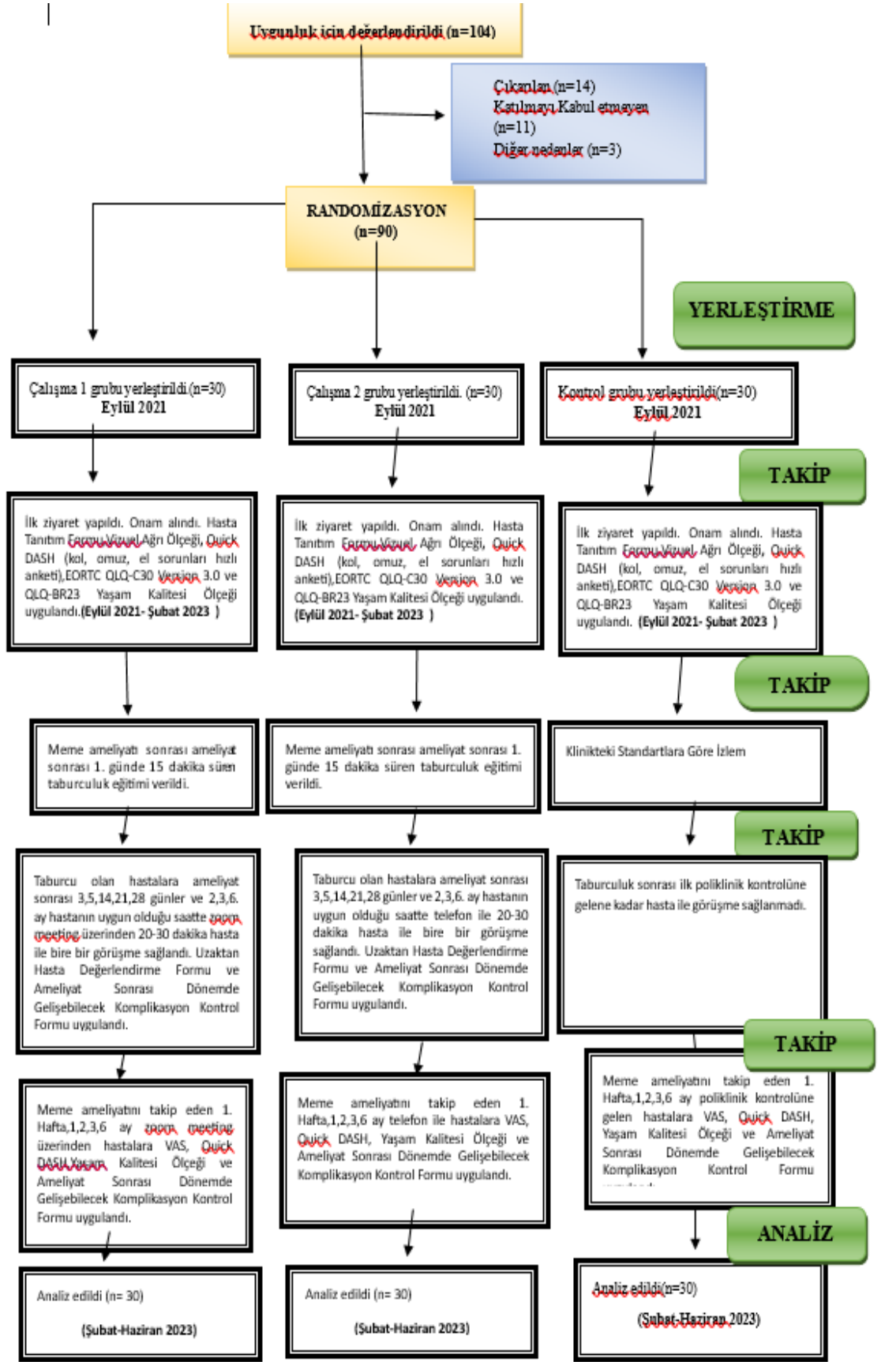
Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Çift taraflı meme cerrahisi uygulanan,
- Takip sürecinde ikinci kez meme ameliyatı geçiren
- Cerrahi esnasında, istenmeyen durumlar (hipotermi, malign hipertermi),
- Taburculuk sonrası yapılacak görüşmelere zamanında ve düzenli katılmak istemeyen hastalar

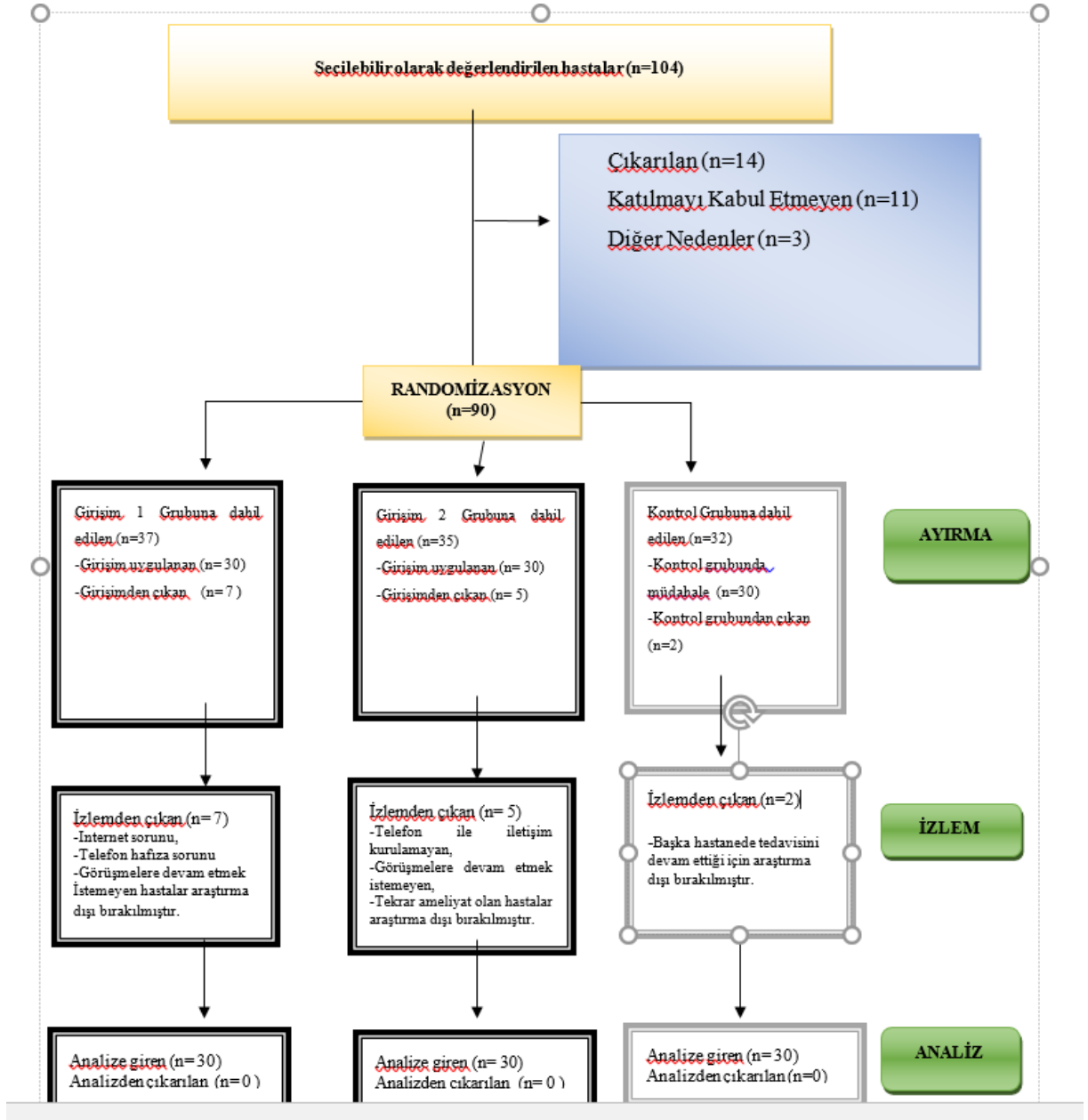
3.5. Randomizasyon ve Körleme

Araştırmaya dahil edilme ve çıkarılma kriterlerine göre araştırmanın örneklemini belirlenmiştir. Araştırmanın her bir grubu 30, toplam 90 aydınlatılmış gönüllü onam formunu onaylayan hastalar oluşturmuştur. Hastalar kontrol, çalışma 1 ve çalışma 2 grupları arasında karşılaştırma olduğu için randomize yapılarak belirlenmiştir. Randomizasyon, bilgisayar programı (www.randomizer.org) kullanılarak yapılmıştır.

Körleme; Araştırmada, kontrol, çalışma 1 ve çalışma 2 grubu hastalar, kaç tane araştırma grubu olduğunu ve hangi gruba dahil olduğunu bilmemektedir. Araştırmaya katılan hastalar arasında körleme yapıldı. Tek kör randomize kontrollü bir çalışma olarak planlandı.



Şekil 2. Araştırmaya alınan hasta sayısı



Şekil 3. Consort Akış Diyagramı

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya ait verilerin toplanmasında;

- Hasta Tanıtım Formu (Ek-1)
- Meme Hastalıkları İle İlgili Sorular(Ek-2),
- Ağrı İle İlgili Sorular ve Visüel Ağrı Ölçeği(Ek-3),
- QUICK DASH (Kol, Omuz, El Sorunları Hızlı Anketi)(Ek-4),

- EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği(Ek-5),
- Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu(Ek-6),
- Uzaktan Değerlendirme Formu(Ek-7) kullanıldı.

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek-1)

Araştırmacının, literatür bilgilerine dayalı olarak hazırladığı hasta tanım formunda toplam altı soru bulunmaktadır. Hastaların, telefon, yaş, medeni durum, eğitim durumu, boy, kilo, beden kitle indeksi, çocuk sayısı gibi bilgileri içermektedir.

3.5.2. Meme Hastalıkları İle İlgili Sorular(Ek-2)

Meme hastalıkları ile ilgili, literatür bilgileri doğrultusunda (daha önce hiç meme hastalığı geçirdiniz mi, ailenizde meme kanseri hastası var mı, varsa yakınlık derecesi nedir, düzenli olarak kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz) dört soru oluşturulmuştur.

3.5.3. Ağrı İle İlgili Sorular ve Visüel Ağrı Ölçeği(Ek-3),

Literatürdeki bilgiler doğrultusunda; ağrı ile ilgili (ağrı durumunuzu belirtiniz, ağrınızın yerini tarif ediniz, ağrınızın sıklığını belirtiniz, ağrınızın tipini belirtiniz, ağrınızın şiddetini belirtiniz) beş soru oluşturulmuştur.

Visüel Analog Skala(VAS) (Ek-3), tek boyutlu bir ölçektir. Ölçek; 100 mm'lik düz bir çizgi olup en solunda "ağrı yok" en sağında "şiddetli ağrı" ifadeleri bulunmaktadır. 0 mm ile 100 mm arasındaki sayılar 10 mm lik aralıklarla ölçeğin her yerine eşit olarak yerleştirilmiştir. Hastalardan, hissettikleri ağrının şiddetini değerlendirmeleri ve ölçeği işaretlemeleri istenmektedir. VAS' ın kanıtlanmış bir ölçek olması, anlaşılması kolay, kullanımı hızlı olması, zaman içindeki ölçümlerin anlamlı bir şekilde karşılaştırılmasına olanak tanınması ölçeğin avantajları olarak değerlendirilebilir (Nasiriani ve diğerleri, 2017; Suh ve Lee, 2017; Wu ve

diğerleri, 2020; Asano ve diğerleri, 2021). VAS' da (ağrınızın şiddetini işaretleyiniz) bir soru bulunmaktadır.

3.5.4. Quick DASH (Kol, Omuz, El Sorunları Hızlı Anketi)(Ek-4)

Üst ekstremitte yaralanmaları; yumuşak doku yaralanmalarından ampütasyona kadar giden geniş bir alanı kapsamaktadır (Duger ve diğerleri, 2006; ; Koldas Dogan ve diğerleri, 2017; Cesim ve diğerleri, 2017). Bu tip yaralanmalarda, ağrı, duyu problemleri, güçsüzlük, ekstremitte hareketinde sınırlılık ve hareket fonksiyon kapasitesinde azalma gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu sorunları değerlendirmek amacı ile farklı ölçüm araçları yer almaktadır. Levine ve diğerleri, adaşları tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Koldas Dogan S. ve diğerleri (2011), tarafından yapılan Quick DASH üst ekstremitte sorunu yaşayanlarda fiziksel fonksiyon ve semptomları değerlendiren bir ankettir. Bu ankette hastalara günlük yaşam aktivitelerindeki zorluk, iş ve sosyal hayatta kısıtlama ve ağrı, 11 soru ile değerlendirilmektedir. Her bir madde 5'li Likert (1-5) olarak puanlanmaktadır. Anketten en yüksek 100 puan alınmaktadır. Puan artışı özürüllükte artışı göstermektedir. Cronbach's alpha değeri 0.84 olarak belirlenmiştir (Koldas Dogan ve diğerleri, 2011). Veri toplamada kullanılabilmesi amacıyla yazarlardan ölçeğin kullanım izni alındı.

3.5.3. EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği(Ek-5)

Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü (EORTC) (2001) tarafından geliştirilmiştir. EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği kanserli hastalarda tüm dünyada yaygın kullanılan bir ölçektir. Ölçek genel iyilik hali, fonksiyonel alan (fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon, kognitif fonksiyon, sosyal fonksiyon, emosyonel fonksiyon, genel sağlık, semptom skoru) ve semptomlar (yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, nefes darlığı, uykusuzluk, iştah kaybı, ishal, kabızlık, maddi zorluk) olmak üzere üç alt başlık ve 30 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten 0 ile 100 arasında puan alınmaktadır. Ölçeğin ilk 28 sorusu dörtlü likert tipli sorulardan oluşurken, 29. ve 30. sorularda ise hastadan 1'den 7'ye kadar sağlığını ve yaşam kalitesini değerlendirmesi istenmektedir. Bu bölümden ve fonksiyonel alandan alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin düştüğünü ifade etmektedir. Semptomlar

bölümünden ise alınan puanların düşük olması yaşam kalitesinin yüksek, puanların yüksek olması ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması Beşer ve Öz tarafından 2003 yılında yapılmış ve Cronbach's Alpha katsayısı 0,82 olarak bulunmuştur. QLQ-BR23 ise ölçeğin devamı niteliğinde olup meme kanseri tedavilerinin yan etkileri, beden algısı, cinsellik ve gelecek beklentisini sorgulayan 23 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin puanlaması EORTC QLQC30 ile benzerdir. Ölçekte cinsellikle ilgili sorular ters puanlanmaktadır. Ölçekte fonksiyonel alandan yüksek puan alınması, semptomlar bölümünden ise düşük puan alınması yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması Demirci ve diğerleri, adaşları tarafından 2011 yılında yapılmış, Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır (Zanafalioglu ve diğerleri, 2009; Feyzioğlu ve diğerleri, 2020). EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Cronbach's alpha değeri 0.70 olarak belirlenmiştir. EORTC QLQ- BR23 Meme Kanseri Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin, Cronbach's alfa değeri 0.90 olarak bulunmuştur. Veri toplamada kullanılabilmesi amacıyla yazarlardan ölçeğin kullanım izni alındı.

3.5.4. Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu(Ek-6)

Meme kanseri ameliyatı sonrası gelişebilecek komplikasyonlar fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak üç bölümden oluşmaktadır. Fizyolojik komplikasyonlar; ağrı, yara bölgesinde kanama, yara bölgesinde hematoma, yara bölgesinde enfeksiyon, yara iyileşmesinde gecikme, ameliyat edilen bölgedeki sinir hasarına bağlı uyuşma, karıncalanma, duyuşsal bozukluk, ameliyat olan taraftaki kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma, ameliyat olan taraftaki kol kas gücünde azalma, ameliyat olan taraftaki kolda ödem olması, ameliyat olan taraftaki elde kavrama gücünde azalma, ameliyat olan taraftaki omuzun uzun süre hareketsiz kalmasına bağlı gelişen donmuş omuz; psikolojik komplikasyonlar; anksiyete, depresyon, kızgınlık, suçluluk, korku, duygulanım bozuklukları, yorgunluk, beden algısında bozulma, benlik saygısında azalma, cinsel istek kaybı, kendini toplumdaki izole etmek, sosyal yaşam komplikasyonları; ailede meydana gelen rol değişiklikleri, hastanın yapması gereken sorumluluklarını yerine getirememesi, çalışamayan kişi ile azalan gelir kaynakları, hastalık nedeni ile artan giderleri karşılamada zorluklar, uygun giysi bulmada güçlük gibi komplikasyonlar değerlendirilmiştir. Bu komplikasyonlar; ‘‘Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol

Formu'' ndaki sorulara hastaların (zoom meeting adresi üzerinden görüşme, telefon ile görüşme ve poliklinik kontrolü sırasında yüz yüze görüşme) verdiği yanıtlara göre değerlendirildi.

3.5.5. Uzaktan Hasta Değerlendirme Formu (Ek-7)

Araştırmacının çalışma I grubu hastalarına verdiği zoom meeting adresi ile taburcu olan hastalar ameliyat sonrası 3, 5, 14, 21, 28. günler ve 2, 3, 6. aylar 20-30 dk süren görüşme sağlanarak, ameliyat sonrası ağrı yönetimi, yara bakımı yönetimi, dren takibi ve yönetimi, beslenme yönetimi, lenfödem önleme yönetimi ve günlük yaşam aktivite yönetimleri değerlendirildi. Hastaların soru sormalarına izin verilerek gerekli açıklamalar yapıldı. Çalışma II grubu ise 3, 5, 14, 21, 28. günler ve 2, 3, 6. aylar telefon ile 20-30 dk süren görüşme sağlanarak, ameliyat sonrası ağrı yönetimi, yara bakımı yönetimi, dren takibi ve yönetimi, beslenme yönetimi, lenfödem önleme yönetimi ve günlük yaşam aktivite yönetimleri değerlendirildi. Araştırmacı tarafından, zoom meeting ve telefonla yapılan bireysel görüşmeler sırasında hasta eğitim kitapçığında yer alan bilgiler tekrar edilerek, hastaların soru sormalarına izin verilip, gerekli açıklamalar yapıldı. Hasta değerlendirmesi, hasta ifadesi ve araştırmacının gözlemleri ile yapıldı. Çalışma I grubu ve çalışma II grubu hastaları ile görüşme, hastanın uygun olduğu saat belirlenerek yapıldı. Kontrol grubu hastaların da ise; 1. hafta ve 1, 2, 3, 6. aylarda poliklinik kontrolü sırasında 20-30 dakika süren görüşme sağlanarak VAS, Quick DASH, EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeği ve ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyon kontrol formu uygulandı. Kontrol grubu hastalarına taburculuk eğitimi verilmediği için, poliklinik standartlarında izlem sağlandı. Kontrol grubu hastaları ile yüz yüze görüşme sağlanacağından uzaktan değerlendirme formu doldurulmadı.

3.6. Veri Toplamada Kullanılan Gereçler

- Taburculuk Eğitim Kitapçığı,
- Görüntülü Görüşme Sağlanabilen Telefon
- Dizüstü Bilgisayar/Bilgisayar
- İnternet ağı

- Zoom meeting program uygulama
- Kulaklık

3.6.1. Eğitim Kitapçığı (Ek-12)

Literatür bilgisi doğrultusunda hazırlandı. Meme kanseri cerrahisi sonrası hastaların karşılaştığı sorunlar, dikkat edilmesi gereken durumlar ve merak ettikleri konular belirlendi ve eğitim içeriği geliştirildi (Langer, 2015; Çam ve Kaçmaz, 2018; Ölçer Özkan, 2019). Eğitim kitapçığı konu başlıkları; ağrı yönetimi, cerrahi yara ve cerrahi iyileşme yönetimi, dren takibi ve yönetimi, lenfödem yönetimi, kendi kendine meme muayenesi yönetimi, beslenme yönetimi, günlük yaşam aktiviteleri yönetimi olarak belirlendi. Meme kanseri cerrahisi sonrası “Lenfödem yönetimi” konusunda; fizik tedavi rehabilitasyon uzmanı ve fizyoterapist fikirleri alındı. Önerileri doğrultusunda, lenfödem yönetimi bilgilerinde değişiklik yapıldı. Alanında uzman 11 kişiden görüş alındı. Uzman görüşlerine göre; eğitim kitapçığında değişiklikler yapıldı ve kitapçık görsel yönden zenginleştirildi. Eğitim kitapçığı içinde yer alan tüm görseller (resim vb.), telif hakkının alınmasının gerekli olmadığı sitelerden (<https://www.medicalnewstoday.com/>, <https://www1.racgp.org.au/>, <https://cactuscancer.org/>, <https://vascular.org/>,<https://basicmedicalkey.com/>) temin edildi. Basit ve kısa ifadeler kullanılarak eğitim kitapçığı hazırlandı.

Eğitim kitapçığına ait içeriğin geliştirilmesinde görüşüne başvurulmuş uzman ve sayıları şu şekildedir:

Uzman	Sayı
•Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Alanında Çalışmaları Bulunan Öğretim Üyesi	6
•Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ile İlgili Kliniklerde Çalışan Hemşire	2
• Genel Cerrahi Uzmanı	1
•Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı	1
•Fizyoterapist	1
Toplam	11

Kitapçık; 9 sayfa, 12 punto, 1,5 satır aralığı ve A4 boyutunda düzenlenerek renkli baskı şeklinde basıldı.



Resim 1. Eğitim Kitapçığı

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma kontrol grubu, çalışma grubu 1 ve çalışma grubu 2 olmak üzere üç ayrı grupta gerçekleştirildi. Kontrol grubu hastalarına herhangi bir uygulama yapılmadı. Çalışma grubu 1 ve çalışma grubu 2 hastaları için taburculuk eğitim kitapçığı hazırlandı. Verilerin toplanması için randomizasyon yapıldı. Hasta görüşmeleri ameliyat öncesi klinik toplantı salonunda yapıldı. Kontrol grubu hastalara da çalışma bittikten sonra hasta eğitim kitapçığı verildi.

3.8. Araştırmanın Uygulanması

Literatür doğrultusunda hazırlanmış olan hasta tanıtım formu, meme hastalıkları formu, ağrı ile ilgili sorular, ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyon kontrol formu ve uzaktan hasta değerlendirme formu için cerrahi hastalıkları hemşireliği alanında uzman altı öğretim üyesinin önerisi alındı. Uzman görüşü doğrultusunda veri toplama formlarının son hali oluşturuldu.

Kontrol Grubu İçin Ön Uygulama: Meme kanseri cerrahisi geçiren beş hasta ile ön uygulama yapıldı. Yatışın yapıldığı gün hasta ve yakını odasında ziyaret edildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara ameliyattan bir gün önce 12:00-18:00 saatleri arasında araştırmacı tarafından hazırlanan hasta tanıtım formu, meme hastalıkları formu, VAS, Quick

DASH, EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeği yüzyüze teknik ile uygulandı. Hastalara taburcu olacağı gün araştırmacı tarafından herhangi bir eğitim verilmedi ve cerrahi servisinin klinik standartlarına göre taburcu edildi. Hastalarla ameliyat sonrası süreçte 1. hafta 1, 2, 3, 6. aylarda poliklinik kontrolleri sırasında yüz yüze iletişim sağlandı. Poliklinik kontrolüne çağırılan hastalara VAS, Quick DASH, EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeği ve ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyon kontrol formu uygulandı ve hasta izlemi tamamlandı. Ön uygulama yapılan hastalar araştırmaya dahil edildi. Araştırmanın akış şemasına göre kontrol grubu hastalarına hiçbir müdahale edilmeden klinik izleme bırakıldı.

Çalışma Grubu 1 İçin Ön Uygulama: Meme kanseri cerrahisi geçiren beş hasta ile ön uygulama yapıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara ameliyattan bir gün önce 12:00-18:00 saatleri arasında araştırmacı tarafından hazırlanan hasta tanıtım formu, meme hastalıkları formu, VAS, Quick DASH, EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeği yüzyüze teknik ile uygulandı. Taburcu olacağı gün araştırmacı tarafından hastalara 15 dk süren taburculuk eğitimi verildi ve hazırlanan eğitim kitapçığı eğitim sonrası hastalara tekrar yararlanmaları için teslim edildi. Taburcu olan hastalar ile ameliyat sonrası 3, 5, 14, 21, 28. günler ve 2, 3, 6. aylar araştırmacı tarafından alınan zoom meeting adresi ile görüşme sağlandı. Zoom meeting üzerinden yapılan bireysel görüşmelerde uzaktan hasta değerlendirme formu, ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyon kontrol formu, VAS, Quick DASH, EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeği kullanıldı. Zoom meeting programı ile yapılan görüşmelerde sorun yaşanmayan ve görüşmelere zamanında katılan hastalar araştırmaya dahil edildi.

Çalışma Grubu 2 İçin Ön Uygulama: Meme kanseri cerrahisi geçiren beş hasta ile ön uygulama yapıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara ameliyattan bir gün önce 12:00-18:00 saatleri arasında araştırmacı tarafından hazırlanan hasta tanıtım formu, meme hastalıkları formu, VAS Quick DASH, EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeği yüzyüze teknik ile uygulandı. Taburcu olacağı gün araştırmacı tarafından hastalara 15 dk süren taburculuk eğitimi verildi ve hazırlanan eğitim kitapçığı eğitim sonrası hastalara tekrar yararlanmaları için teslim edildi. Taburcu olan hastalar ile ameliyat sonrası 3, 5, 14, 21, 28. günler ve 2, 3, 6. aylar araştırmacı tarafından telefon ile görüşme sağlandı. Telefon ile yapılan bireysel görüşmelerde uzaktan hasta değerlendirme formu, ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyon kontrol formu, VAS, Quick DASH, EORTC QLQ-C30 ve QLQ-

BR23 yaşam kalitesi ölçeği kullanıldı. Telefon ile yapılan görüşmelerde sorun yaşanmayan ve görüşmelere zamanında katılan hastalar araştırmaya dahil edildi.

3.8.1. Hastalara Ulaşılması

Klinikte meme kanseri cerrahisi uygulayan iki hekim bulunmakta olup haftanın iki günü ameliyat yapmaktadır. Vaka listeleri Salı ve Çarşamba günleri ameliyat yapılacak şekilde hazırlanmaktadır. Ameliyat listesine her Pazartesi ve Salı günü asistan, klinik sekreteri ya da sorumlu hemşire aracılığı ile ulaşıldı.

Kontrol Grubu Verilerinin Toplanması

Genel Cerrahisi Polikliniği'ne başvuran ve planlı bir şekilde meme kanseri cerrahisi geçirecek olan hastalar belirlendi. Yatışın yapıldığı gün hasta ve yakını odasında ziyaret edildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara ameliyattan bir gün önce 12:00-18:00 saatleri arasında araştırmacı tarafından hazırlanan hasta tanıtım formu, meme hastalıkları formu, VAS, Quick DASH, EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeği yüzyüze teknik ile uygulandı.

Hastanın ameliyat sonrası taburcu olacağı bilgisine klinik sekreterinden ya da o gün çalışmakta olan hemşiresinden ulaşıldı. Hastalar cerrahi servisinin klinik standartlarına göre taburcu edildi. Hastalarla ameliyat sonrası süreçte 1. hafta 1, 2, 3, 6. aylarda poliklinik kontrolleri sırasında yüz yüze iletişim sağlandı. Poliklinik kontrolüne çağrılan hastalara VAS, Quick DASH, EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeği ve ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyon kontrol formu uygulandı ve hasta izlemi tamamlandı.

Çalışma Grubu-1 Verilerinin Toplanması

Genel Cerrahisi Polikliniği'ne başvuran ve planlı bir şekilde meme kanseri cerrahisi geçirecek olan hastalar belirlendi. Yatışın yapıldığı gün hasta ve yakını odasında ziyaret edildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara, ameliyattan bir gün önce 12:00-18:00 saatleri arasında araştırmacı tarafından hazırlanan hasta tanıtım formu, meme hastalıkları formu, VAS, Quick DASH, EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeği yüz yüze teknik ile uygulandı.

Hastanın taburcu olacağı bilgisine klinik sekreterinden ya da o gün çalışmakta olan hemşiresinden ulaşıldı. Hastalara taburcu olacağı gün araştırmacı tarafından 15 dk süren

taburculuk eğitimi verildi ve hazırlanan eğitim kitapçığı eğitim sonrası tekrar yararlanmaları için teslim edildi. Ameliyat sonrası gelişebilen yorgunluk ve motivasyon düşüklüğü gibi nedenler olabileceğinden hasta yakınının da bilgilendirmeye katılımı sağlandı. Hasta ve yakınları; soru sorma konusunda teşvik edildi. Eğitim sırasında düz anlatım, soru-cevap, gösteri, tekrar etme, geri bildirim ve özetleme gibi öğretim yöntemleri kullanıldı. Kitapçığın ön sayfasına araştırmacının iletişim bilgileri yazıldı ve eğitim ile ilgili anlayamadığı soruları sorması için araştırmacıyı arayabileceği iletildi. Taburcu olan hastalar ile ameliyat sonrası 3, 5, 14, 21, 28. günler ve 2, 3, 6. aylar araştırmacı tarafından alınan zoom meeting adresi ile görüşme sağlandı. Görüşmeler ortalama 20-30 dakika sürdü. Zoom meeting üzerinden yapılan bireysel görüşmelerde 3, 5, 14, 21, 28. günler uzaktan hasta değerlendirme formu ile ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyon kontrol formu kullanıldı. Araştırmacı; zoom meeting üzerinden yapılan bireysel görüşmelerde hasta eğitim kitapçığında yer alan bilgileri tekrar etti. Taburcu olduktan sonraki 1. hafta ve 1. aylarda hastaların poliklinik kontrolü sağlandı. Poliklinik kontrolü sırasında hastalar ile yüz yüze görüşülerek VAS, Quick DASH, EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeği ve ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyon kontrol formu uygulandı. 2, 3, 6. aylarda zoom meeting görüşmeleri sırasında VAS, Quick DASH, EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeği ve ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyon kontrol formu uygulandı.

Çalışma Grubu-2 Verilerinin Toplanması

Genel Cerrahisi Polikliniği'ne başvuran ve planlı bir şekilde meme kanseri cerrahisi geçirecek olan hastalar belirlendi. Yatışın yapıldığı gün hasta ve yakını odasında ziyaret edildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara ameliyattan bir gün önce 12:00-18:00 saatleri arasında araştırmacı tarafından hazırlanan hasta tanıtım formu, meme hastalıkları formu, VAS, Quick DASH, EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeği yüz yüze teknik ile uygulandı.

Hastanın taburcu olacağı bilgisine klinik sekreterinden ya da o gün çalışmakta olan hemşiresinden ulaşıldı. Hastalara taburcu olacağı gün araştırmacı tarafından hastalara 15 dk süren taburculuk eğitimi verildi ve hazırlanan eğitim kitapçığı eğitim sonrası tekrar yararlanmaları için teslim edildi. Ameliyat sonrası gelişebilen yorgunluk ve motivasyon düşüklüğü gibi nedenler olabileceğinden hasta yakınının da eğitime katılımı sağlandı. Hasta ve yakınları soru sorma konusunda teşvik edildi. Eğitim sırasında düz anlatım, soru-cevap, gösteri, tekrar etme, geri bildirim ve özetleme gibi öğretim yöntemleri kullanıldı. Kitapçığın ön sayfasına araştırmacının iletişim bilgileri yazıldı ve eğitim ile ilgili anlayamadığı soruları

sorması için araştırmacıyı arayabileceği iletildi. Taburcu olan hastalar ile ameliyat sonrası 3, 5, 14, 21, 28. günler ve 2, 3, 6. aylar araştırmacı tarafından telefon ile görüşme sağlandı. Görüşmeler ortalama 20-30 dakika sürdü Telefon ile yapılan bireysel görüşmelerde 3, 5, 14, 21, 28. günler uzaktan hasta değerlendirme formu ile ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyon kontrol formu kullanıldı. Araştırmacı telefon ile yapılan bireysel görüşmelerde hasta eğitim kitapçığında yer alan bilgileri tekrar etti. Taburcu olduktan sonraki 1. hafta ve 1. aylarda hastaların poliklinik kontrolü sağlandı. Poliklinik kontrolü sırasında hastalar ile yüz yüze görüşülerek VAS, Quick DASH, EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23 yaşam kalitesi lçeği ve ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyon kontrol formu uygulandı. 2, 3, 6. aylarda telefon görüşmeleri sırasında VAS, Quick DASH, EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23 yaşam kalitesi lçeği ve ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyon kontrol formu uygulandı.

3.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değerşkenleri

Bağımlı değerşkenler: VAS puanı, Quick DASH puanı, yaşam kalitesi puanı, ameliyat sonrası gelişen komplikasyonlardır.

Bağımsız değerşkenler; Eğitim kitapçığı, hastaların tanıtıcı bilgileri (yaş, medeni durum, eğitim durumu, boy, BKİ, ocuk sayısı) ve meme hastalıkları formu (geçirilen meme hastalığı öyküsü, aile yks, KKMM) dir.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.07.2021 tarih, 2021/040 protokol numaralı (Form-2, Form-6) , Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi başhekimliğinden 26.08.2021 tarih ve E-81261322-605.01-67177 sayılı izinler alındı (Ek-10, Ek-11).

Araştırmada kullanılan Quick DASH için, ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacı Doç Dr. şebnem Koldaş Doğan' dan 19/07/2021 tarihinde ve EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23 yaşam kalitesi leği için, ölçeğin Türkçe geçerlilik ve

güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacı Prof. Dr. Senem Demirci Alanyalı' dan 24/07/2021 tarihinde e-mail yoluyla izin alındı (Ek- 11).

Genel Cerrahisi Kliniği'nde görev yapan hekim ve hemşirelere araştırmanın detayları hakkında bilgi verildi ve işbirliği sağlandı. Araştırmaya katılan tüm hastalara araştırma gerekçesi açıklandı yazılı (Form-4) onam alındı. Elde edilen verilerin bilimsel amaçla kullanılacağı ve rapor halinde sunulacağı açıklandı.

3.11. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edildi. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, min-maks değerleri, median, ortalama ve standart sapma) kullanıldı. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla "Güvenilirlik Analizi" yapıldı. Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile test edildi. Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi uygulandı. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi uygulandı. Normal dağılıma sahip olmayan numerik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Spearman korelasyon uygulandı. Kategorik değişkenlerin gruplara göre homojenliği ki kare analizi ile incelendi. Ölçüm zamanları arasındaki karşılaştırma için Friedman testi kullanıldı.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma hastaları 6 ay boyunca takip ettiğimiz uzun süreli bir çalışmadır. Bazı hastalar çalışma sürecinde belli süreler sonra takipten çıkmak istediklerini belirtmiş böylece veri kayıpları meydana gelmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların teknolojiyi kullanma becerisine sahip olması gerekmektedir. Hastalarımızın bazıları uzaktan görüntülü görüşme tekniği uygulanması aşamasında sorunlar yaşamış olup takipten çıkarılmıştır. Telefon hafıza sorunu, internet yetersizliği, internete bağlanma sorunları yaşayan hastalar çalışmadan çıkarılmıştır. Teknolojik yöntemlerin kullanılmasında yaşanan sorunlar bir sınırlılıktır. Her 3 grupta anket form soruları hastaların verdiği cevaplara göre değerlendirilmiş olup görüşme tekniklerindeki yöntem değişikliğine bağlı cevaplamada farklılık olabileceği düşünülmektedir. Çalışma için bir sınırlılıktır. Çalışma sırasında hastalar ile ilgili sorunların çözümünde

araştırmacı ekibin diğer sağlık üyelerine ulaşamama, hastaların sağlık sorunların çözümünde zaman kaybına ve gecikmelere neden olmuştur. Hastaların cerrahi sonrası kemoterapi ve radyoterapi tedavileri sırasında başka sağlık kuruluşlarına devam etmesi veri kaybına neden olmuş ve çalışma için sınırlılıktır. Meme kanseri gibi fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak hastaları olumsuz etkileyen hastalıklarda hasta eğitime ve desteğe ameliyat öncesi dönemde başlanması sürecin kolay atlatılmasını sağlayabilir. Taburcu olunan gün verilen taburculuk eğitimi çalışmamızda bir sınırlılıktır. Genel cerrahi servisinde taburculuk eğitim kitapçığının olmaması ve hemşirelerin sözel olarak taburculuk eğitimi vermemesi çalışmamız için sınırlılıktır.

4. BULGULAR

Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya uzaktan görüntülü görüşme ve telefonla izleme yöntemleriyle uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının ağrı, yaşam kalitesi, kol, omuz, el hareketliliği ve ameliyat sonrası komplikasyon gelişimine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları başlıklar altında sunulmuştur.

1. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 1. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma 1 (n:30) (UGG)		Çalışma 2 (n:30) (Tİ)		Kontrol (n:30) (Kİ)		İstatistik		
	n	%	n	%	n	%	X ²	p	
Yaş	18-35	4	13,3	6	20,0	3	10,0	2,720	0,606
	36-50	9	30,0	11	36,7	8	26,7		
	51-75	17	56,7	13	43,3	19	63,3		
Medeni Durum	Evli	25	83,3	25	83,3	25	83,3	0,000	1,000
	Bekar	5	16,7	5	16,7	5	16,7		
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	18	60,0	19	63,3	23	76,7	2,100	0,350
	Ortaöğretim ve üstü	12	40,0	11	36,7	7	23,3		
BKI	Zayıf (18,9 kg/m ²)	1	3,3	-	-	-	-	3,970	0,681
	Normal (19-24,9kg/m ²)	11	36,7	11	36,7	9	30,0		
	Hafif şişman (25-29,9 kg/m ²)	6	20,0	9	30,0	11	36,7		
	Obez (30-34,9kg/m ²)	12	40,0	10	33,3	10	33,3		
Çocuk Sayısı	1-2	21	70,0	13	43,3	13	43,3	10,599	0,225
	3-4	9	30,0	9	30,0	11	36,7		
	5-6	-	-	1	3,3	1	3,3		
	Hiç yok	-	-	6	20,0	4	13,3		
	Diğer	-	-	1	3,3	1	3,3		

(n: sayı, %: Yüzde değeri, X²: Ki-kare değeri, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 1’de verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan tüm hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların sadece eğitim durumu değişkeni dışında

($p < 0,05$) yaş, medeni durum, beden kitle indeksi (BKİ), çocuk sayısı değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark bulunmadı, normal dağılım gösterdi.

Her üç grupta 51-75 yaş arasında olan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 56,7 çalışma grubu 2' de % 43,3 kontrol grubunda % 63,3' tür. Evli olan hasta sayısı çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda %83,3' tür. İlköğretim ve altı mezunu olan hasta sayısı çalışma grubu 1 %60 çalışma grubu 2 %63,3 kontrol grubunda %76,7' dir. Normal BKİ oranına sahip olan hasta sayısı çalışma grubu 1 %36,7 çalışma grubu 2 %36,7 ve kontrol grubunda %30' dur. 1-2 çocuk sayısına sahip olan hasta sayısı çalışma grubu 1 %70 çalışma grubu 2 %43,3 ve kontrol grubunda %43,3' tür.

2. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların meme hastalıkları özelliğine göre dağılımı

Tablo 2. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların meme hastalıkları özelliğine göre dağılımı

Değişkenler		Çalışma 1 (n:30) (UGG)		Çalışma 2 (n:30) (Tİ)		Kontrol (n:30) (Kİ)		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
		Geçirilmiş meme hastalığı	Evet	2	6,7	-	-		
	Hayır	28	93,3	30	100,0	26	86,7		
Ailede meme Ca hastası varlığı	Var	15	50,0	5	16,7	8	26,7	8,191	0,017*
	Yok	15	50,0	25	83,3	22	73,3		
Ailede meme Ca hastası varsa yakınlık derecesi	Anne	3	10,0	4	13,3	2	6,7	8,400	0,395
	Teyze	5	16,7	-	-	3	10,0		
	Kardeş	3	10,0	1	3,3	2	6,7		
	Diğer	4	13,3	1	3,3	2	6,7		
	Yok	15	50,0	25	83,3	21	70,0		
KKMM yapmayı bilme	Evet	7	23,3	10	33,3	14	46,7	5,663	0,226
	Hayır	23	76,7	19	63,3	16	53,3		
Meme muayenesi yapmayı kimden öğrendiği	Doktor	3	10,0	1	3,3	5	16,7	15,791	0,045*
	Hemşire	3	10,0	5	16,7	5	16,7		
	Diğer	2	6,7	12	40,0	8	26,7		
	Hiçbiri	21	70,0	12	40,0	12	40,0		
Her ay düzenli olarak KKMM yapılması	Evet	2	6,7	5	16,7	8	26,7	9,910	0,042*
	Hayır	28	93,3	25	83,3	22	73,3		
Meme muayenesinin ne sıklıkta yapıldığı	Bir/Ay	-	-	5	16,7	3	10,0	21,386	0,006*
	Bir/Hafta	1	3,3	5	16,7	3	10,0		
	Her gün	2	6,7	-	-	2	6,7		
	Hiç	21	70,0	6	20,0	12	40,0		
	Nadiren	6	20,0	14	46,7	10	33,3		

(n: sayı, %: Yüzde değeri, X² : Ki-kare değeri, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem, KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi)

Çalışmaya katılan hastaların meme hastalıkları ile ilgili özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 2’de verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan tüm hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların geçirilmiş meme hastalığı

varlığı, ailede meme Ca hastası varlığı, ailede meme Ca hastası varsa yakınlık derecesi, KKMM yapmayı bilme, meme muayenesi yapmayı kimden öğrendiği, her ay düzenli olarak KKMM yapılması, meme muayenesinin ne sıklıkta yapıldığı değişkenleri karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

Her üç grupta geçirilmiş meme hastalığı olan çalışma grubu 1' de % 6,7 çalışma grubu 2' de % 0 kontrol grubunda % 13,3 ailede meme Ca hastası olan çalışma grubu 1' de % 50 çalışma grubu 2' de % 16,7 kontrol grubunda % 26,7 ailede annesi meme Ca olan hasta çalışma grubu 1' de % 10 çalışma grubu 2' de % 13,3 kontrol grubunda % 6,7 KKMM yapmayı bilen çalışma grubu 1' de % 23,3 çalışma grubu 2' de % 33,3 kontrol grubunda % 46,7 meme muayenesi yapmayı hemşireden öğrenen çalışma1 grubu %10 çalışma 2 grubu %16,7 kontrol grubunda %16,7 her ay düzenli olarak KKMM yapan çalışma 1 grubunda % 6,7 çalışma 2 grubunda 16,7 kontrol grubunda %26,7 her ay meme muayenesi yapan çalışma 1 grubunda % 0 çalışma 2 grubunda %16,7 kontrol grubunda %10' dur.

3. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların ağrı ile ilgili özelliklerine göre dağılımı

Tablo 3. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların ağrı özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler		Çalışma 1 (n:30) (UGG)		Çalışma 2 (n:30) (Tİ)		Kontrol (n:30) (Kİ)		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Ağrı durumu	Ağrı var	18	60,0	15	50,0	15	50,0	0,804	0,669
	Ağrı yok	12	40,0	15	50,0	15	50,0		
Ağrının yeri	Sağ üst meme	4	13,3	3	10,0	5	16,7	12,188	0,431
	Sağ alt meme	3	10,0	1	3,3	3	10,0		
	Sol üst meme	4	13,3	2	6,7	1	3,3		
	Sol alt meme	4	13,3	1	3,3	-	-		
	Sağ meme+ koltukaltı	1	3,3	5	16,7	3	10,0		
	Sol meme+ koltukaltı	2	6,7	3	10,0	3	10,0		
	Yok	12	40,0	15	50,0	15	50,0		
Ağrı sıklığı	Sürekli ağrı	2	6,7	4	13,3	2	6,7	2,429	0,876
	Aralıklı ağrı	12	40,0	8	26,7	10	33,3		
	Nadir	4	13,3	3	10,0	3	10,0		
	Ağrı yok	12	40,0	15	50,0	15	50,0		
Ağrının tipi	Yanıcı batıcı ağrı	12	40,0	13	43,3	9	30,0	12,265	0,140
	Künt ağrı	-	-	-	-	3	10,0		
	Keskin ağrı	1	3,3	1	3,3	2	6,7		
	Zonklayıcı ağrı	5	16,7	1	3,3	1	3,3		
	Ağrı yok	12	40,0	15	50,0	15	50,0		
Ağrı şiddeti	Hafif ağrı	2	6,7	7	23,3	2	6,7	9,224	0,324
	Rahatsız edici ağrı	8	26,7	6	20,0	10	33,3		
	Şiddetli ağrı	8	26,7	2	6,7	3	10,0		
	Ağrı yok	12	40,0	15	50,0	15	50,0		

(n: sayı, %: Yüzde değeri, X² : Ki-kare değeri, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların ağrı ile ilgili özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 3'te verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan tüm hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi ağrı durumu, ağrı yeri, ağrı

sıklığı, ağrı tipi, ağrı şiddeti değişkenleri karşılaştırıldığında değişkenler arasında istatistiksel olarak fark bulunmadı, normal dağılım saptandı ($p>0,05$).

Her üç grupta ağrısı olan çalışma grubu 1' de % 60 çalışma grubu 2' de % 50 kontrol grubunda % 50 ağrısı sağ üst memede bulunan çalışma grubu 1' de % 13,3 çalışma grubu 2' de % 10 kontrol grubunda % 16,7 aralıklı ağrısı bulunan çalışma grubu 1' de % 40 çalışma grubu 2' de % 26,7 kontrol grubunda % 33,3 yanıcı batıcı ağrısı bulunan çalışma grubu 1' de % 40 çalışma grubu 2' de % 43,3 kontrol grubunda % 30 rahatsız edici ağrı duyan çalışma grubu 1 % 26,7 çalışma grubu 2 % 20 kontrol grubunda % 33,3'tür.

4. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların VAS değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Tablo 4. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların VAS değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma 1 (n:30) (UGG)			Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			Kontrol (n:30) (Kİ)			Kruskal Wallis H testi	p
	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M		
Ameliyat öncesi ¹	(0-9)	3,67±2,88	3,00	(0-9)	3,73±3,11	2,00	(0-12)	3,70±3,30	2,50	0,065	0,968
Hafta1 poliklinik ²	(1-10)	3,67±2,73	3,00	(1-9)	4,87±2,50	5,00	(1-8)	4,87±2,50	5,00	4,024	0,134
Ay1 poliklinik ³	(1-8)	2,27±2,12	1,00	(1-9)	3,17±2,65	1,50	(1-8)	2,47±2,21	1,00	2,256	0,324
Ay 2 poliklinik ⁴	(1-10)	3,07±2,85	1,00	(1-8)	2,53±2,42	1,00	(1-6)	2,30±1,84	1,00	0,646	0,724
Ay 3 poliklinik ⁵	(1-10)	2,67±2,87	1,00	(1-6)	2,00±1,80	1,00	(1-7)	2,30±1,97	1,00	0,763	0,683
Ay 6 poliklinik ⁶	(1-8)	1,57±1,77	1,00	(1-4)	1,30±0,84	1,00	(1-3)	1,07±0,37	1,00	1,885	0,390
Friedman testi	23,236			42,473			40,388				
p	0,001*			0,001*			0,001*				
PostHoc	1,2>6			4,5,6<2			4,5,6<2				

(Min:Minimum, Maks: Maksimum, X: Ortalama, SS: Standart sapma, M: Median, p: p değeri, *p<0,05 UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların VAS değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 4'te verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan tüm hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay VAS değeri değişkenleri karşılaştırıldığında, değişkenler arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı ($p>0,05$).

Her üç grupta ameliyat öncesi VAS değeri çalışma grubu 1' de $3,67\pm 2,88$ çalışma grubu 2' de $3,73\pm 3,11$ kontrol grubunda $3,70\pm 3,30$ ameliyat sonrası 1. hafta VAS değeri çalışma grubu 1' de $3,67\pm 2,73$ çalışma grubu 2' de $4,87\pm 2,50$ kontrol grubunda $4,87\pm 2,50$ ameliyat sonrası 1. ay VAS değeri çalışma grubu 1' de $2,27\pm 2,12$ çalışma grubu 2' de $3,17\pm 2,65$ kontrol grubunda $2,47\pm 2,21$ ameliyat sonrası 2. ay VAS değeri çalışma grubu 1' de $3,07\pm 2,85$ çalışma grubu 2' de $2,53\pm 2,42$ kontrol grubunda $2,30\pm 1,84$ ameliyat sonrası 3. ay VAS değeri çalışma grubu 1' de $2,67\pm 2,87$ çalışma grubu 2' de $2,00\pm 1,80$ kontrol grubunda $2,30\pm 1,97$ ameliyat sonrası 6. ay VAS değeri çalışma grubu 1' de $1,57\pm 1,77$ çalışma grubu 2' de $1,30\pm 0,84$ kontrol grubunda $1,07\pm 0,37$ dir.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası VAS değerlerinin grup içi karşılaştırılması Tablo 4'de verildi. Çalışma grubu 1' de yer alan hastaların ameliyat sonrası grup içi VAS değişkenleri karşılaştırıldığında değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 1. hafta VAS değerinin ameliyat sonrası 6. ay VAS değerine göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Hastaların ağrı bulgularının, VAS ölçeği sonucuna göre zamanla anlamlı bir şekilde azaldığı saptandı.

Çalışma grubu 2' de yer alan hastaların ameliyat sonrası grup içi VAS değişkenleri karşılaştırıldığında değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 2, 3, 6. ay VAS değerinin ameliyat sonrası 1. hafta VAS değerine göre daha düşük olduğu tespit edildi. Hastaların ağrı bulgularının, VAS ölçeği sonucuna göre zamanla birlikte anlamlı bir şekilde azaldığı saptandı.

Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası grup içi VAS değerleri karşılaştırıldığında değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 2, 3, 6. ay VAS değerinin ameliyat sonrası 1. hafta VAS değerine göre daha düşük olduğu tespit edildi.

5. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların Quick Dash değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Tablo 5. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların Quick Dash değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma 1 (n:30) (UGG)			Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			Kontrol (n:30) (Kİ)			Kruskal Wallis H testi	p	PostHoc
	Min-Maks	$\bar{X} \pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X} \pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X} \pm SS$	M			
Ameliyat öncesi ¹	(13,64-86,36)	34,85±18,0	27,27	(0-84,09)	35,91±25,38	29,55	(4,55-75,0)	32,80±21,07	27,27	0,250	0,882	-
Hafta1 poliklinik ²	(20,45-70,45)	44,62±14,43	44,32	(18,18-84,09)	44,77±19,36	43,18	(18,18-77,27)	51,59±14,83	53,41	3,672	0,159	-
Ay1 poliklinik ³	(6,82-65,91)	29,92±15,15	25,00	(4,55-70,45)	32,42±16,92	27,27	(2,27-79,55)	38,79±17,11	36,36	5,448	0,066	-
Ay 2 poliklinik ⁴	(6,82-65,91)	27,50±15,41	25,00	(2,27-54,55)	23,56±14,64	22,73	(2,27-63,64)	30,68±13,18	28,41	4,360	0,113	-
Ay 3 poliklinik ⁵	(0-50)	22,88±13,24	22,73	(0-38,64)	20,68±11,38	25,00	(2,27-61,36)	28,56±15,00	27,27	3,853	0,146	-
Ay 6 poliklinik ⁶	(0-43,18)	9,55±8,36	9,09	(0-31,82)	12,42±9,75	10,23	(2,27-56,82)	21,06±14,06	18,18	14,387	0,001*	0>1,2
Friedman testi	93,980			55,630			85,474					
p	0,001*			0,001*			0,001*					
PostHoc	1,2,3,4,5>6			1,2,3,4,5>6			2,3,4>6					
	3,4,5<2			4,5<2			2,3>1,5					

(Min:Minumum, Maks: Maksimum, X: Ortalama, SS: Standart sapma, M: Median, p: p değeri, *p<0,05 UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların Quick Dash değerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 5'te verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan tüm hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay Quick Dash değişkenleri karşılaştırıldığında sadece 6. ay değişkeni dışında ($p<0,05$) diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Hastaların gruplar arası Quick Dash 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası 6.ay Quick Dash değeri, çalışma 1 ve çalışma grubu 2 hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 1 hastaların 6. ay Quick Dash değeri $9,55\pm 8,36$ çalışma grubu 2 hastaların $12,42\pm 9,75$ kontrol grubunda $21,06\pm 14,06$ ' dır. Kontrol grubu hastaların çalışma 1 ve çalışma grubu 2 hastalarına göre daha uzun süre kol, omuz, el sorunları yaşadığı sonucuna ulaşıldı. Quick Dash değerlendirmesine göre toplam puan arttıkça, kol, omuz, el sorunları artmaktadır.

Her üç grupta ameliyat öncesi Quick Dash değeri çalışma grubu 1' de $34,85\pm 18,00$ çalışma grubu 2' de $35,91\pm 25,38$ kontrol grubunda $32,80\pm 21,07$ ameliyat sonrası 1. hafta Quick Dash değeri çalışma grubu 1' de $44,62\pm 14,43$ çalışma grubu 2' de $44,77\pm 19,36$ kontrol grubunda $51,59\pm 14,83$ ameliyat sonrası 1. ay Quick Dash değeri çalışma grubu 1' de $29,92\pm 15,15$ çalışma grubu 2' de $32,42\pm 16,92$ kontrol grubunda $38,79\pm 17,11$ ameliyat sonrası 2. ay Quick Dash değeri çalışma grubu 1' de $27,50\pm 15,41$ çalışma grubu 2' de $23,56\pm 14,64$ kontrol grubunda $30,68\pm 13,18$ ameliyat sonrası 3. ay Quick Dash değeri çalışma grubu 1' de $22,88\pm 13,24$ çalışma grubu 2' de $20,68\pm 11,38$ kontrol grubunda $28,56\pm 15,00$ ameliyat sonrası 6. ay Quick Dash değeri çalışma grubu 1' de $9,55\pm 8,36$ çalışma grubu 2' de $12,42\pm 9,75$ kontrol grubunda $21,06\pm 14,06$ ' dır.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası Quick Dash değerinin grup içi karşılaştırılması Tablo 5'te verildi. Çalışma grubu 1'de yer alan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası grup içi Quick Dash değişkenleri karşılaştırıldığında değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3. ay Quick Dash değerleri ameliyat sonrası 6. ay değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Hastaların ameliyat sonrası kol, omuz ve el sorunlarının Quick Dash sonucuna göre zamanla anlamlı bir şekilde azaldığı tespit edildi.

Çalışma grubu 2' de yer alan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası grup içi Quick Dash değişkenleri karşılaştırıldığında değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3. ay Quick Dash değerleri, ameliyat sonrası 6. ay değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Hastaların ameliyat sonrası kol, omuz ve el sorunlarının Quick Dash sonucuna göre zamanla birlikte anlamlı bir şekilde azaldığı tespit edildi.

Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası grup içi Quick Dash değişkenleri karşılaştırıldığında değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2. ay Quick Dash değerleri, ameliyat sonrası 6. ay değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Hastaların ameliyat sonrası kol, omuz ve el sorunlarının Quick Dash sonucuna göre zamanla anlamlı bir şekilde azaldığı tespit edildi.

6. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Tablo 6. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ Fiziksel Fonksiyon değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma 1 (n:30) (UGG)			Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			Kontrol (n:30) (Kİ)			Kruskal Wallis H testi		
	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	p	PostHoc	
Ameliyat öncesi ¹	(13,33-93,33)	61,33±19,37	66,67	(20-100)	62,22±25,99	70,00	(20-93,33)	68,44±22,14	73,33	2,601	0,272	-
Hafta1 poliklinik ²	(20,0-93,33)	66,0±20,14	66,67	(20-93,33)	68,44±21,37	73,33	(33,33-86,67)	64,89±16,79	66,67	1,193	0,551	-
Ay1 poliklinik ³	(26,67-93,33)	73,33±17,59	73,33	(33,33-93,33)	73,78±18,85	80,00	(40-93,33)	65,78±14,83	66,67	5,749	0,056	-
Ay 2 poliklinik ⁴	(33,33-93,33)	73,56±18,32	76,67	(40-93,33)	76,44±15,63	76,67	(20-93,33)	67,33±18,31	70,00	3,946	0,139	-
Ay 3 poliklinik ⁵	(46,67-100)	76,44±15,63	80,00	(46,67-100)	76,67±16,31	76,67	(33,33-93,33)	66,67±17,68	70,00	6,095	0,047*	1,2>0
Ay 6 poliklinik ⁶	(40-100)	89,11±11,68	93,33	(66,67-100)	85,78±9,38	86,67	(26,67-93,33)	72,22±19,34	80,00	18,721	0,001*	1,2>0
Friedman testi		47,055			26,081			7,977				
p		0,001*			0,001*			0,158				
PostHoc		6>1,2,3			6>2,3			-				

(Min:Minumum, Maks: Maksimum, X: Ortalama, SS: Standart sapma, M: Median, p: p değeri, *p<0,05 UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutu olan QLQ fiziksel fonksiyon değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 6'da verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan tüm hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay QLQ fiziksel fonksiyon değerleri karşılaştırıldığında 3, 6. ay değerleri dışında ($p<0,05$) diğer değerler arasında istatistiksel olarak bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 hastaların, ameliyat sonrası 3.ay QLQ fiziksel fonksiyon değeri kontrol grubu hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ fiziksel fonksiyon 3. ay değeri $76,44\pm 15,63$, çalışma grubu 2'de $76,67\pm 16,31$; kontrol grubunda $66,67\pm 17,68$ ' dir. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 hastaların ameliyat sonrası 6. ay QLQ fiziksel fonksiyon değeri, kontrol grubu hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ fiziksel fonksiyon 6. ay değeri $89,11\pm 11,68$ çalışma grubu 2'de $85,78\pm 9,38$ kontrol grubunda $72,22\pm 19,34$ ' tür. Çalışma grubu 1 ve çalışma grubu 2 hastaların yaşam kalitesinin kontrol grubu hastalarına göre daha yüksek bulundu. EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği değerlendirmesine göre toplam puan arttıkça, yaşam kalitesi artmaktadır.

Her üç grupta ameliyat öncesi QLQ fiziksel fonksiyon değeri çalışma grubu 1' de $61,33\pm 19,37$ çalışma grubu 2' de $62,22\pm 25,99$ kontrol grubunda $68,44\pm 22,14$ ameliyat sonrası 1. hafta QLQ fiziksel fonksiyon değeri çalışma grubu 1' de $66,00\pm 20,14$ çalışma grubu 2' de $68,44\pm 21,37$ kontrol grubunda $64,89\pm 16,79$ ameliyat sonrası 1. ay QLQ fiziksel fonksiyon değeri çalışma grubu 1' de $73,33\pm 17,59$ çalışma grubu 2'de $73,78\pm 18,85$ kontrol grubunda $65,78\pm 14,83$ ameliyat sonrası 2. ay QLQ fiziksel fonksiyon değeri çalışma grubu 1' de $73,56\pm 18,32$ çalışma grubu 2'de $76,44\pm 15,63$ kontrol grubunda $67,33\pm 18,31$ ameliyat sonrası 3. ay QLQ fiziksel fonksiyon değeri çalışma grubu 1' de $76,44\pm 15,63$ çalışma grubu 2'de $76,67\pm 16,31$ kontrol grubunda $66,67\pm 17,68$ ameliyat sonrası 6. ay QLQ fiziksel fonksiyon değeri çalışma grubu 1' de $89,11\pm 11,68$ çalışma grubu 2'de $85,78\pm 9,38$ kontrol grubunda $72,22\pm 19,34$ ' tür.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası QLQ fiziksel fonksiyon değerlerinin grup içi karşılaştırılması Tablo 6'da verildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ fiziksel fonksiyon değerleri ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1.hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 6. ay QLQ fiziksel fonksiyon değeri ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta ve 1.ay QLQ fiziksel fonksiyon değerine göre anlamlı bir şekilde

yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 1 hastalarının ameliyat sonrası QLQ fiziksel fonksiyon değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Çalışma grubu 2 hastaların QLQ fiziksel fonksiyon değerleri ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1.hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 6. ay QLQ fiziksel fonksiyon değeri ameliyat sonrası 1. hafta, 1.ay QLQ fiziksel fonksiyon değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 2 hastalarının ameliyat sonrası QLQ fiziksel fonksiyon değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası grup içi QLQ fiziksel fonksiyon değerleri karşılaştırıldığında değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Tablo 7. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ Rol Fonksiyon değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma 1 (n:30) (UGG)			Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			Kontrol (n:30) (Kİ)			Kruskal Wallis H testi		
	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	p	PostHoc	
Ameliyat öncesi ¹	(16,67-100)	67,78±19,54	66,67	(16,67-100)	61,11±23,71	66,67	(16,67-100)	63,89±24,79	66,67	1,496	0,473	-
Hafta1 poliklinik ²	(16,67-100)	65,56±28,34	66,67	(0-100)	74,44±34,11	100,00	(16,67-100)	64,44±23,46	66,67	4,142	0,126	-
Ay1 poliklinik ³	(33,33-100)	81,11±20,87	83,33	(16,67-100)	80,00±22,91	83,33	(16,67-100)	65,56±22,71	66,67	8,942	0,011*	1,2>0
Ay 2 poliklinik ⁴	(33,33-100)	76,11±19,42	75,00	(16,67-100)	72,78±24,95	66,67	(0-100)	64,44±26,89	66,67	3,314	0,191	-
Ay 3 poliklinik ⁵	(16,67-100)	79,44±25,02	91,67	(33,33-100)	80,00±21,62	83,33	(33,33-100)	70,56±21,30	66,67	4,123	0,127	-
Ay 6 poliklinik ⁶	(50-100)	91,11±15,62	100,0	(50-100)	91,11±15,62	100,00	(33,33-100)	70,00±22,91	66,67	19,956	0,001*	1,2>0
Friedman testi	35,513			23,914			2,848					
p	0,001*			0,001*			0,723					
PostHoc	6>1,2			6>1			-					

(Min:Minumum, Maks: Maksimum, X: Ortalama, SS: Standart sapma, M: Median, p: p değeri, *p<0,05 UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutu olan QLQ rol fonksiyon değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 7’de verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan tüm hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay QLQ rol fonksiyon değerleri karşılaştırıldığında 1, 6. ay dışında ($p<0,05$) diğer değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 hastaların, ameliyat sonrası 1. ay QLQ rol fonksiyon değeri, kontrol grubu hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ rol fonksiyon 1. ay değeri $81,11\pm 20,87$ çalışma grubu 2’de $80,00\pm 22,91$ kontrol grubunda $65,56\pm 22,71$ ’ dir. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 hastaların ameliyat sonrası 6. ay QLQ rol fonksiyon değeri kontrol grubu hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ rol fonksiyon 6. ay değeri $91,11\pm 15,62$ çalışma grubu 2’de $91,11\pm 15,62$ kontrol grubunda $70,00\pm 22,91$ ’ dir. Çalışma grubu 1 ve çalışma grubu 2 hastaların yaşam kalitesinin kontrol grubu hastalarına göre daha yüksek bulundu.

Her üç grupta ameliyat öncesi QLQ rol fonksiyon değeri çalışma grubu 1’ de $67,78\pm 19,54$ çalışma grubu 2’ de $61,11\pm 23,71$ kontrol grubunda $63,89\pm 24,79$ ameliyat sonrası 1. hafta QLQ rol fonksiyon değeri çalışma grubu 1’ de $65,56\pm 28,34$ çalışma grubu 2’ de $74,44\pm 34,11$ kontrol grubunda $64,44\pm 23,46$ ameliyat sonrası 1. ay QLQ rol fonksiyon değeri çalışma grubu 1’ de $81,11\pm 20,87$ çalışma grubu 2’ de $80,0\pm 22,9$ kontrol grubunda $65,56\pm 22,71$ ameliyat sonrası 2. ay QLQ rol fonksiyon değeri çalışma grubu 1’ de $76,11\pm 19,42$ çalışma grubu 2’de $72,78\pm 24,95$ kontrol grubunda $64,44\pm 26,89$ ameliyat sonrası 3. ay QLQ rol fonksiyon değeri çalışma grubu 1’ de $79,44\pm 25,02$ çalışma grubu 2’de $80,00\pm 21,62$ kontrol grubunda $70,56\pm 21,30$ ameliyat sonrası 6. ay QLQ rol fonksiyon değeri çalışma grubu 1’de $91,11\pm 15,62$ çalışma grubu 2’de $91,11\pm 15,62$ kontrol grubunda $70,00\pm 22,91$ ’ dir.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası QLQ rol fonksiyon değerlerinin grup içi karşılaştırılması Tablo 7’de verildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ rol fonksiyon ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 6. ay QLQ rol fonksiyon değeri ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, QLQ rol fonksiyon değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 1 hastalarının ameliyat öncesi, ameliyat sonrası QLQ rol fonksiyon değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Çalışma grubu 2 hastaların QLQ rol fonksiyon ameliyat öncesi, 1.hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 6. ay QLQ rol fonksiyon değeri ameliyat öncesi QLQ rol fonksiyon değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 2 hastalarının ameliyat öncesi, ameliyat sonrası QLQ rol fonksiyon değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası grup içi QLQ Rol Fonksiyon değerleri karşılaştırıldığında değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Çalışma grubu 1 hastaların 2, 3. ay, çalışma grubu 2 hastaların 2. ay QLQ rol fonksiyon değerlerinde düşüş saptandı. Kemoterapi ve radyoterapi tedavisinin yan etkisine bağlı olarak yaşam kalitesinin düştüğü düşünülmektedir.

Tablo 8. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ Kognitif Fonksiyon değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma 1 (n:30) (UGG)			Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			Kontrol (n:30) (Kİ)			Kruskal Wallis H testi		
	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	p	PostHoc	
Ameliyat öncesi ¹	(0-100)	57,78±32,08	58,33	(0-100)	50,56±35,69	58,33	(0-100)	55,00±24,82	66,67	0,571	0,752	-
Hafta1 poliklinik ²	(33,33-100)	77,78±22,88	83,33	(33,33-100)	75,00±20,88	66,67	(33,33-100)	65,56±18,54	66,67	6,452	0,040*	1>0
Ay1 poliklinik ³	(33,33-100)	83,89±17,77	83,33	(33,33-100)	80,56±18,61	83,33	(33,33-100)	66,11±16,66	66,67	15,931	0,001*	1,2>0
Ay 2 poliklinik ⁴	(33,33-100)	76,67±17,29	83,33	(33,33-100)	76,11±20,38	83,33	(33,33-100)	65,00±19,25	66,67	7,683	0,021*	1>0
Ay 3 poliklinik ⁵	(16,67-100)	73,33±22,15	83,33	(50-100)	77,78±15,37	83,33	(16,67-100)	62,78±19,42	66,67	9,315	0,009*	2>0
Ay 6 poliklinik ⁶	(50-100)	88,89±14,73	100,0	(50-100)	83,89±14,17	83,33	(33,33-100)	66,11±21,21	66,67	20,996	0,001*	1,2>0
Friedman testi	27,108			21,803			1,441					
p	0,001*			0,001*			0,920					
PostHoc	3,6>1			3,6>1			-					

(Min:Minumum, Maks: Maksimum, X: Ortalama, SS: Standart sapma, M: Median, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutu olan QLQ kognitif fonksiyon değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 8’de verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan tüm hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi değerleri dışında ($p>0,05$) ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay QLQ kognitif fonksiyon değerleri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında çalışma grubu 1 hastaların ameliyat sonrası 1. hafta QLQ kognitif fonksiyon değeri kontrol grubu hastalarına göre anlamlı bir şekilde yüksek bulundu. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ kognitif fonksiyon 1. hafta değeri $77,78\pm 22,88$ kontrol grubunda $65,56\pm 18,54$ tür. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 hastaların, ameliyat sonrası 1. ay QLQ kognitif fonksiyon değeri, kontrol grubu hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ kognitif fonksiyon 1. ay değeri $83,89\pm 17,77$ çalışma grubu 2’de $80,56\pm 18,61$ kontrol grubunda $66,11\pm 16,66$ ’ dir. Çalışma grubu 1 hastaların ameliyat sonrası 2. ay QLQ kognitif fonksiyon değeri, kontrol grubu hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ kognitif fonksiyon 2. ay değeri $76,67\pm 17,29$ kontrol grubunda $65,00\pm 19,25$ ’ tir. Çalışma grubu 2 hastaların ameliyat sonrası 3. ay QLQ kognitif fonksiyon değeri kontrol grubu hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 2 hastaların QLQ Kognitif Fonksiyon 3. ay değeri $77,78\pm 15,37$ kontrol grubunda $62,78\pm 19,42$ ’ dir. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 hastaların ameliyat sonrası 6. ay QLQ kognitif fonksiyon değeri kontrol grubu hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ kognitif fonksiyon 6. ay değeri $88,89\pm 14,73$ çalışma grubu 2’de $83,89\pm 14,17$ kontrol grubunda $66,11\pm 21,21$ ’ dir. Hasta gruplarının, QLQ kognitif fonksiyon değerleri karşılaştırıldığında; çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 hastaların, kontrol grubu hastalarına göre yaşam kalitesinin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı.

Her üç grupta ameliyat öncesi QLQ kognitif fonksiyon değeri çalışma grubu 1’ de $57,78\pm 32,08$ çalışma grubu 2’ de $50,56\pm 35,69$ kontrol grubunda $55,00\pm 24,82$ ameliyat sonrası 1. hafta QLQ kognitif fonksiyon değeri çalışma grubu 1’ de $77,78\pm 22,88$ çalışma grubu 2’ de $75,00\pm 20,88$ kontrol grubunda $65,56\pm 18,54$ ameliyat sonrası 1. ay QLQ kognitif fonksiyon değeri çalışma grubu 1’ de $83,89\pm 17,77$ çalışma grubu 2’de $80,56\pm 18,61$ kontrol grubunda $66,11\pm 16,66$ ameliyat sonrası 2. ay QLQ kognitif fonksiyon değeri çalışma grubu 1’ de $76,67\pm 17,29$ çalışma grubu 2’ de $76,11\pm 20,38$ kontrol grubunda $65,00\pm 19,25$ ameliyat sonrası 3. ay QLQ kognitif fonksiyon değeri çalışma grubu 1’ de $73,33\pm 22,15$ çalışma grubu 2’de $77,78\pm 15,37$ kontrol grubunda $62,78\pm 19,42$ ameliyat sonrası 6. ay QLQ kognitif fonksiyon

değeri çalışma grubu 1' de $88,89 \pm 14,7$ çalışma grubu 2' de $83,8 \pm 14,1$ kontrol grubunda $66,11 \pm 21,21$ ' dir.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası QLQ kognitif fonksiyon değerinin grup içi karşılaştırılması Tablo 8'de verildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ kognitif fonksiyon ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ($p < 0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 1, 6.ay QLQ kognitif fonksiyon değeri, ameliyat öncesi, QLQ kognitif fonksiyon değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 1 hastalarının ameliyat öncesi, ameliyat sonrası QLQ kognitif fonksiyon değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Çalışma grubu 2 hastaların QLQ kognitif fonksiyon ameliyat öncesi, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p < 0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında, ameliyat sonrası 1, 6.ay QLQ kognitif fonksiyon değeri, ameliyat öncesi QLQ kognitif fonksiyon değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 2 hastalarının ameliyat öncesi, ameliyat sonrası QLQ kognitif fonksiyon değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası grup içi QLQ kognitif fonksiyon değerleri karşılaştırıldığında değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptandı ($p > 0,05$).

Çalışma grubu 1 ve çalışma grubu 2 hastaların 2, 3. ay, QLQ kognitif fonksiyon değerlerinde düşüş saptandı. Kemoterapi ve radyoterapi tedavisinin yan etkisine bağlı olarak yaşam kalitesinin düştüğü düşünülmektedir.

Tablo 9. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ Sosyal Fonksiyon değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma 1 (n:30) (UGG)			Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			Kontrol (n:30) (Kİ)			Kruskal Wallis H testi		
	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	p	PostHoc	
Ameliyat öncesi ¹	(0-100)	60,56±23,36	66,67	(0-100)	60,00±34,07	58,33	(0-100)	52,22±26,16	50,00	1,687	0,430	-
Hafta1 poliklinik ²	(0-100)	45,56±28,34	33,33	(0-100)	51,67±30,75	50,00	(0-100)	43,89±22,09	50,00	1,013	0,603	-
Ay1 poliklinik ³	(0-100)	58,89±22,63	66,67	(0-100)	54,44±25,12	50,00	(16,67-83,33)	47,78±18,94	41,67	4,838	0,089	-
Ay 2 poliklinik ⁴	(0-100)	58,89±24,26	66,67	(16,67-100)	56,67±26,48	50,00	(16,67-100)	47,78±23,46	50,00	3,907	0,142	-
Ay 3 poliklinik ⁵	(0-100)	56,67±28,23	50,00	(16,67-100)	53,33±21,62	50,00	(16,67-100)	49,44±23,36	50,00	1,866	0,393	-
Ay 6 poliklinik ⁶	(50-100)	82,22±18,01	83,33	(33,33-100)	72,78±24,17	66,67	(33,33-100)	60,56±24,17	50,00	12,266	0,002*	1>0
Friedman testi		32,987			19,621			9,288				
p		0,001*			0,001*			0,098				
PostHoc		6>2,3,4,5			6>2,3,5			-				

(Min:Minumum, Maks: Maksimum, X: Ortalama, SS: Standart sapma, M: Median, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutu olan QLQ sosyal fonksiyon değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 9’da verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların; ameliyat sonrası 6. ay değeri dışında ($p<0,05$), ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3. ay QLQ sosyal fonksiyon değerleri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptandı ($p>0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında çalışma grubu 1 hastaların ameliyat sonrası 6. ay QLQ sosyal fonksiyon değeri, kontrol grubu hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ sosyal fonksiyon 6. ay değeri $82,22\pm 18,01$ kontrol grubunda $60,56\pm 24,17$ ’dir. Hasta gruplarının QLQ sosyal fonksiyon 6. ay değerleri karşılaştırıldığında çalışma grubu 1 hastalarının kontrol grubu hastalarına göre yaşam kalitesinin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı.

Her üç grupta ameliyat öncesi QLQ sosyal fonksiyon değeri çalışma grubu 1’ de $60,56\pm 23,36$ çalışma grubu 2’ de $60,00\pm 34,07$ kontrol grubunda $52,22\pm 26,16$ ameliyat sonrası 1. hafta QLQ sosyal fonksiyon değeri çalışma grubu 1’ de $45,56\pm 28,34$ çalışma grubu 2’de $51,67\pm 30,75$ kontrol grubunda $43,89\pm 22,09$ ameliyat sonrası 1. ay QLQ sosyal fonksiyon değeri çalışma grubu 1’ de $58,89\pm 22,63$ çalışma grubu 2’ de $54,44\pm 25,12$ kontrol grubunda $47,78\pm 18,94$ ameliyat sonrası 2. ay QLQ sosyal fonksiyon değeri çalışma grubu 1’ de $58,89\pm 24,26$ çalışma grubu 2’ de $56,67\pm 26,48$ kontrol grubunda $47,78\pm 23,46$ ameliyat sonrası 3. ay QLQ sosyal fonksiyon değeri çalışma grubu 1’ de $56,67\pm 28,23$ çalışma grubu 2’ de $53,33\pm 21,62$ kontrol grubunda $49,44\pm 23,36$ ameliyat sonrası 6. ay QLQ sosyal fonksiyon değeri çalışma grubu 1’ de $82,22\pm 18,01$; çalışma grubu 2’ de $72,78\pm 24,17$; kontrol grubunda $60,56\pm 24,17$ ’ dir.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası QLQ sosyal fonksiyon değerinin grup içi karşılaştırılması Tablo 9’da verildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ sosyal fonksiyon ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6.ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında, ameliyat sonrası 6. ay QLQ sosyal fonksiyon değeri ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3. ay QLQ sosyal fonksiyon değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 1 hastalarının ameliyat sonrası QLQ sosyal fonksiyon değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Çalışma grubu 2 hastaların QLQ sosyal fonksiyon ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 6. ay QLQ sosyal fonksiyon değeri, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3. ay QLQ sosyal fonksiyon değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 2 hastalarının ameliyat sonrası QLQ sosyal fonksiyon değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası grup içi QLQ sosyal fonksiyon değeri karşılaştırıldığında değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Çalışma grubu 1 ve çalışma grubu 2 hastaların 3. ay, QLQ sosyal fonksiyon değerlerinde düşüş saptandı. Kemoterapi ve radyoterapi tedavisinin yan etkisine bağlı olarak yaşam kalitesinin düştüğü düşünülmektedir.

Tablo 10. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ Emosyonel Fonksiyon değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma 1 (n:30) (UGG)			Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			Kontrol (n:30) (Kİ)			Kruskal Wallis H testi		
	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	p	PostHoc	
Ameliyat öncesi ¹	(33,33-100)	32,50±31,51	33,33	(0-100)	34,17±30,98	25,00	(0-83,33)	41,11±26,07	37,50	1,909	0,385	-
Hafta1 poliklinik ²	(33,33-83,33)	59,72±13,15	58,33	(16,67-100)	62,50±17,61	58,33	(25-100)	61,94±18,91	58,33	0,724	0,696	-
Ay1 poliklinik ³	(41,67-100)	68,06±16,24	66,67	(25,00-91,67)	68,33±14,42	66,67	(16,67-100)	63,33±17,73	62,50	1,877	0,391	-
Ay 2 poliklinik ⁴	(41,67-100)	66,39±14,43	66,67	(41,67-100)	68,06±15,64	66,67	(33,33-100)	66,11±15,92	66,67	0,169	0,919	-
Ay 3 poliklinik ⁵	(33,33-100)	67,22±16,66	66,67	(41,67-100)	73,89±16,63	75,00	(8,33-100)	65,00±20,34	66,67	3,642	0,162	-
Ay 6 poliklinik ⁶	(66,67-100)	89,17±11,19	91,67	(50-100)	86,39±13,75	91,67	(41,67-100)	75,56±17,22	75,00	11,095	0,004*	1,2>0
Friedman testi	72,839			59,429			32,277					
p	0,001*			0,001*			0,001*					
PostHoc	3,4,5,6>1 6>2,3,4,5			3,4,5,6>1 6>2,3,4			4,6>1					

(Min:Minumum, Maks: Maksimum, X: Ortalama, SS: Standart sapma, M: Median, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutu olan QLQ emosyonel fonksiyon değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 10' da verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 6. ay değeri dışında ($p<0,05$) ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3. ay QLQ emosyonel fonksiyon değerleri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptandı ($p>0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 hastaların ameliyat sonrası 6. ay QLQ emosyonel fonksiyon değeri kontrol grubu hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ emosyonel fonksiyon 6. ay değeri $89,17\pm 11,19$ çalışma grubu 2' de $86,39\pm 13,75$ kontrol grubunda $75,56\pm 17,22$ ' dir. Hasta gruplarının QLQ emosyonel fonksiyon 6. ay değerleri karşılaştırıldığında çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 hastalarının kontrol grubu hastalarına göre yaşam kalitesinin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı.

Her üç grupta ameliyat öncesi QLQ emosyonel fonksiyon değeri çalışma grubu 1' de $32,50\pm 31,51$ çalışma grubu 2' de $34,17\pm 30,98$ kontrol grubunda $41,11\pm 26,07$ ameliyat sonrası 1. hafta QLQ emosyonel fonksiyon değeri çalışma grubu 1' de $59,72\pm 13,15$ çalışma grubu 2' de $62,50\pm 17,61$ kontrol grubunda $61,94\pm 18,91$ ameliyat sonrası 1. ay QLQ emosyonel fonksiyon değeri çalışma grubu 1' de $68,06\pm 16,24$ çalışma grubu 2' de $68,33\pm 14,42$ kontrol grubunda $63,33\pm 17,73$ ameliyat sonrası 2. ay QLQ emosyonel fonksiyon değeri çalışma grubu 1' de $66,39\pm 14,43$ çalışma grubu 2' de $68,06\pm 15,64$ kontrol grubunda $66,11\pm 15,92$ ameliyat sonrası 3. ay QLQ emosyonel fonksiyon değeri çalışma grubu 1' de $67,22\pm 16,66$ çalışma grubu 2' de $73,89\pm 16,63$ kontrol grubunda $65,00\pm 20,34$ ameliyat sonrası 6. ay QLQ emosyonel fonksiyon değeri çalışma grubu 1' de $89,17\pm 11,19$ çalışma grubu 2' de $86,39\pm 13,75$ kontrol grubunda $75,56\pm 17,22$ ' dir.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası QLQ emosyonel fonksiyon değerinin grup içi karşılaştırılması Tablo 10'da verildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ emosyonel fonksiyon ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında, ameliyat sonrası 1, 2, 3, 6. ay QLQ emosyonel fonksiyon değeri ameliyat öncesi QLQ emosyonel fonksiyon değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 1 ameliyat sonrası 6. ay QLQ emosyonel fonksiyon değeri ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3. ay QLQ emosyonel fonksiyon değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma

grubu 1 hastalarının ameliyat sonrası QLQ emosyonel fonksiyon değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Çalışma grubu 2 hastaların QLQ emosyonel fonksiyon ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu saptandı ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında, ameliyat sonrası 1, 2, 3, 6. ay QLQ emosyonel fonksiyon değeri ameliyat öncesi QLQ emosyonel fonksiyon değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 2 ameliyat sonrası 6. ay QLQ emosyonel fonksiyon değeri ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2. ay QLQ emosyonel fonksiyon değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 2 hastalarının ameliyat sonrası QLQ emosyonel fonksiyon değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası grup içi QLQ emosyonel fonksiyon değeri karşılaştırıldığında değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 2, 6. ay QLQ emosyonel fonksiyon değeri ameliyat öncesi QLQ emosyonel fonksiyon değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası QLQ emosyonel fonksiyon değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Tablo 11. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ Genel Sağlık değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma 1 (n:30) (UGG)			Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			Kontrol (n:30) (Kİ)			Kruskal Wallis H testi		
	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	p	PostHoc	
Ameliyat öncesi ¹	(16,67-100)	67,78±23,95	66,67	(8,33-100)	69,72±26,94	75,00	(0-100)	65,28±30,25	75,00	0,369	0,832	-
Hafta1 poliklinik ²	(16,67-91,67)	50,83±20,92	45,83	(8,33-91,67)	58,61±23,11	62,50	(25-45)	69,44±73,51	58,33	3,652	0,161	-
Ay1 poliklinik ³	(16,67-91,67)	62,50±18,54	66,67	(25-100)	71,11±18,41	75,00	(33,33-83,33)	66,11±13,12	66,67	5,136	0,077	-
Ay 2 poliklinik ⁴	(25-100)	58,61±16,45	58,33	(41,67-100)	69,17±14,70	70,83	(41,67-83,33)	64,44±11,97	58,33	6,817	0,033*	2>1
Ay 3 poliklinik ⁵	(16,67-91,67)	53,06±17,44	50,00	(8,33-91,67)	63,06±19,54	66,67	(33,33-91,67)	64,44±14,83	66,67	8,096	0,017*	0,2>1
Ay 6 poliklinik ⁶	(16,67-100)	78,06±22,58	83,33	(16,67-100)	83,89±17,22	87,50	(33,33-100)	73,33±18,62	75,00	6,098	0,047*	2>1
Friedman testi	27,552			36,342			20,288					
p	0,001*			0,001*			0,001*					
PostHoc	6>2,4,5			6>2,3,4,5			6>2					

(Min:Minumum, Maks: Maksimum, X: Ortalama, SS: Standart sapma, M: Median, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutu olan QLQ genel sağlık değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 11’de verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1. ay değerleri dışında ($p>0,05$) ameliyat sonrası 2, 3, 6. ay QLQ genel sağlık değerleri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu saptandı ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında çalışma grubu 2 hastaların ameliyat sonrası 2. ay QLQ genel sağlık değeri çalışma grubu 1 hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 2 hastaların QLQ genel sağlık 2. ay değeri $69,17\pm 14,70$ çalışma grubu 1’de $58,61\pm 16,45$ ’ dir. Kontrol grubu, çalışma grubu 2 hastaların ameliyat sonrası 3. ay QLQ genel sağlık değeri çalışma grubu 1 hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Kontrol grubu hastaların QLQ genel sağlık 3. ay değeri $64,44\pm 14,83$ çalışma grubu 2’de $63,06\pm 19,54$ çalışma grubu 1’de $53,06\pm 17,44$ ’tür. Çalışma grubu 2 hastaların ameliyat sonrası 6. ay QLQ genel sağlık değeri çalışma grubu 1 hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 2 hastaların QLQ genel sağlık 6. ay değeri $83,89\pm 17,22$ çalışma grubu 1’de $78,06\pm 22,58$ ’ dir. Hasta gruplarının QLQ genel sağlık 2, 3, 6. ay değerleri karşılaştırıldığında çalışma grubu 2 hastaların, çalışma grubu 1 hastalarına göre yaşam kalitesinin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı.

Her üç grupta ameliyat öncesi QLQ genel sağlık değeri çalışma grubu 1’ de $67,78\pm 23,95$ çalışma grubu 2’ de $69,72\pm 26,94$ kontrol grubunda $65,28\pm 30,25$ ameliyat sonrası 1. hafta QLQ genel sağlık değeri çalışma grubu 1’ de $50,83\pm 20,92$ çalışma grubu 2’ de $58,61\pm 23,11$ kontrol grubunda $69,44\pm 73,51$ ameliyat sonrası 1. ay QLQ genel sağlık değeri çalışma grubu 1’ de $62,50\pm 18,54$ çalışma grubu 2’de $71,11\pm 18,41$ kontrol grubunda $66,11\pm 13,12$ ameliyat sonrası 2. ay QLQ genel sağlık değeri çalışma grubu 1’ de $58,61\pm 16,45$ çalışma grubu 2’de $69,17\pm 14,70$ kontrol grubunda $64,44\pm 11,97$ ameliyat sonrası 3. ay QLQ genel sağlık değeri çalışma grubu 1’ de $53,06\pm 17,44$ çalışma grubu 2’de $63,06\pm 19,54$ kontrol grubunda $64,44\pm 14,83$ ameliyat sonrası 6. ay QLQ genel sağlık değeri çalışma grubu 1’ de $78,06\pm 22,58$ çalışma grubu 2’de $83,89\pm 17,22$ kontrol grubunda $73,33\pm 18,62$ ’ dir.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası QLQ genel sağlık değerinin grup içi karşılaştırılması Tablo 11’ de verildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ genel sağlık ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 6. ay QLQ genel sağlık değeri ameliyat sonrası 1. hafta, 2, 3. ay QLQ genel sağlık değerine göre anlamlı bir

şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 1 hastalarının ameliyat sonrası QLQ genel sağlık değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Çalışma grubu 2 hastaların QLQ genel sağlık ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 6. ay QLQ genel sağlık değeri ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3. ay QLQ genel sağlık değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 2 hastalarının ameliyat sonrası QLQ genel sağlık değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası grup içi QLQ genel sağlık değeri karşılaştırıldığında değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 6. ay QLQ genel sağlık değeri ameliyat sonrası 1. hafta QLQ genel sağlık değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası QLQ genel sağlık değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların 2, 3. ay, QLQ genel sağlık değerlerinde düşüş saptandı. Kemoterapi ve radyoterapi tedavisinin yan etkisine bağlı olarak yaşam kalitesinin düştüğü düşünülmektedir.

Tablo 12. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ Semptom Skoru değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma 1 (n:30) (UGG)			Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			Kontrol (n:30) (Kİ)			Kruskal Wallis H testi		
	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	p	PostHoc	
Ameliyat öncesi ¹	(7,69-74,36)	37,35±14,58	33,33	(0-74,36)	35,98±21,97	35,90	(7,69-66,67)	33,76±16,13	33,33	0,743	0,690	-
Hafta1 poliklinik ²	(7,69-51,28)	28,12±12,20	25,64	(2,56-53,85)	24,10±14,45	23,08	(7,69-51,28)	29,40±11,75	29,49	2,677	0,262	-
Ay1 poliklinik ³	(0-56,41)	22,05±13,29	20,51	(0-48,72)	22,82±14,48	23,08	(0-61,54)	27,35±13,41	26,92	2,745	0,253	-
Ay 2 poliklinik ⁴	(0-58,97)	28,55±15,60	29,49	(0-64,10)	28,89±17,89	26,92	(10,26-66,67)	33,42±13,42	32,05	1,707	0,426	-
Ay 3 poliklinik ⁵	(0-71,79)	31,20±15,34	32,05	(0-53,85)	27,01±13,75	28,21	(0-69,23)	37,26±14,76	38,46	7,513	0,023*	0>2
Ay 6 poliklinik ⁶	(0-30,77)	9,74±8,06	10,26	(0-43,59)	15,64±12,37	12,82	(5,13-51,28)	26,07±12,40	25,64	23,296	0,001*	0>1,2
Friedman testi	66,338			21,538			15,979					
p	0,001*			0,001*			0,007*					
PostHoc	1,2,3,5>6			1,4,5>6			5>6					

(Min:Minumum, Maks: Maksimum, X: Ortalama, SS: Standart sapma, M: Median, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutu olan QLQ semptom skoru değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 12’de verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 3, 6. ay değerleri dışında ($p<0,05$) ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2. ay değerleri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptandı ($p>0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası 3. ay QLQ semptom skoru değeri çalışma grubu 2 hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Kontrol grubu hastaların QLQ semptom skoru 3. ay değeri $37,26\pm 14,76$ çalışma grubu 2’de $27,01\pm 13,75$ ’tir. Kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası 6. ay QLQ semptom skoru değeri çalışma grubu 1 çalışma grubu 2 hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Kontrol grubu hastaların QLQ semptom skoru 6. ay değeri $26,07\pm 12,40$ çalışma grubu 1’de $9,74\pm 8,06$ çalışma grubu 2’de $15,64\pm 12,37$ ’ dir. Hasta gruplarının QLQ semptom skoru 3, 6. ay değerleri karşılaştırıldığında çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 hastaların kontrol grubu hastalarına göre yaşam kalitesinin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı. EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği semptom skoru alt boyut değerlendirmesinde toplam puan arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır.

Her üç grupta ameliyat öncesi QLQ semptom skoru değeri çalışma grubu 1’ de $37,35\pm 14,58$ çalışma grubu 2’ de $35,98\pm 21,97$ kontrol grubunda $33,76\pm 16,13$ ameliyat sonrası 1. hafta QLQ semptom skoru değeri çalışma grubu 1’ de $28,12\pm 12,20$ çalışma grubu 2’ de $24,10\pm 14,45$ kontrol grubunda $29,40\pm 11,75$ ameliyat sonrası 1. ay QLQ semptom skoru değeri çalışma grubu 1’ de $22,05\pm 13,29$ çalışma grubu 2’de $22,82\pm 14,48$ kontrol grubunda $27,35\pm 13,14$ ameliyat sonrası 2. ay QLQ semptom skoru değeri çalışma grubu 1’ de $28,55\pm 15,60$ çalışma grubu 2’de $28,89\pm 17,89$ kontrol grubunda $33,42\pm 13,42$ ameliyat sonrası 3. ay QLQ semptom skoru değeri çalışma grubu 1’de $31,20\pm 15,34$ çalışma grubu 2’de $27,01\pm 13,75$ kontrol grubunda $37,26\pm 14,76$ ameliyat sonrası 6. ay QLQ semptom skoru değeri çalışma grubu 1’ de $9,74\pm 8,06$ çalışma grubu 2’de $15,64\pm 12,37$ kontrol grubunda $26,07\pm 12,40$ ’ dır.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası QLQ semptom skoru değerinin grup içi karşılaştırılması Tablo 12’de verildi. Çalışma grubu hastaların QLQ semptom skoru ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 3. ay QLQ semptom skoru değeri, ameliyat sonrası 6. ay QLQ semptom skoru değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 1 hastalarının ameliyat sonrası

QLQ semptom skoru değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Çalışma grubu 2 hastaların QLQ semptom skoru ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 2, 3. ay QLQ semptom skoru değeri ameliyat sonrası 6. ay QLQ semptom skoru değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 2 hastalarının ameliyat sonrası QLQ semptom skoru değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası grup içi QLQ semptom skoru değeri karşılaştırıldığında değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu saptandı ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 3. ay QLQ semptom skoru değeri ameliyat sonrası 6. ay QLQ semptom skoru değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası QLQ semptom skoru değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların 2, 3. ay, QLQ semptom skoru değerlerinde artış saptandı. Kemoterapi ve radyoterapi tedavisinin yan etkisine bağlı olarak yaşam kalitesinin düştüğü düşünülmektedir.

7. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ- BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Tablo 13. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların QLQ- BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ BR23 **Sistemik Tedavi Yan Etki (STYE)** değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma 1 (n:30) (UGG)			Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			Kontrol (n:30) (Kİ)			Kruskal Wallis H testi		
	Min-Maks	$\bar{X} \pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X} \pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X} \pm SS$	M	p	PostHoc	
Ameliyat öncesi ¹	(9,52-95,24)	53,81±21,74	54,76	(0-90,48)	47,14±26,00	47,62	(0-80,95)	30,00±24,25	28,57	13,826	0,001*	1,2>0
Hafta1 poliklinik ²	(0-33,33)	7,30±9,50	4,76	(0-38,10)	9,21±10,75	4,76	(0-52,38)	13,81±13,89	9,52	4,745	0,093	-
Ay1 poliklinik ³	(0-38,10)	11,75±11,37	9,52	(0-42,86)	12,70±13,08	9,52	(0-52,38)	16,83±14,57	14,29	2,225	0,329	-
Ay 2 poliklinik ⁴	(0-57,14)	30,00±14,05	28,57	(0-66,67)	29,68±21,54	21,43	(4,76-80,95)	33,49±18,61	30,95	0,569	0,752	-
Ay 3 poliklinik ⁵	(0-71,43)	31,59±17,75	28,57	(0-61,90)	26,03±16,67	23,81	(0-85,71)	35,56±19,36	30,95	3,945	0,139	-
Ay 6 poliklinik ⁶	(0-28,57)	6,51±7,66	4,76	(0-42,86)	9,05±11,82	2,38	(0-61,90)	14,29±13,23	11,90	7,276	0,026*	0>1
Friedman testi	92,905			61,419			56,138					
p	0,001*			0,001*			0,001*					
PostHoc	1,4,5>2,3,6			1,4,5>2,3,6			4,5>2,3,6					

(Min:Minumum, Maks: Maksimum, X: Ortalama, SS: Standart sapma, M: Median, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutu olan QLQ BR23 STYE değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 13’de verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 6. ay değeri dışında ($p<0,05$) ameliyat sonrası, 1. hafta, 1, 2, 3. ay değeri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptandı ($p>0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 hastaların, ameliyat öncesi QLQ BR23 STYE değeri kontrol grubu hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ BR23 STYE değeri ameliyat öncesi $53,81\pm 21,74$ çalışma grubu 2’de $47,14\pm 26,00$ kontrol grubunda $30,00\pm 24,25$ tir. Kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası 6. ay QLQ BR23 STYE değeri çalışma grubu 1 hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Kontrol grubu hastaların QLQ BR23 STYE 6. ay değeri $14,29\pm 13,23$ çalışma grubu 1’de $6,51\pm 7,66$ dir. Hasta gruplarının QLQ BR23 STYE 6. ay değerleri karşılaştırıldığında çalışma grubu 1 hastaların kontrol grubu hastalarına göre yaşam kalitesinin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı. EORTC QLQ-BR-23 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut değerlendirmesinde toplam puan arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır.

Her üç grupta ameliyat öncesi QLQ BR23 STYE değeri çalışma grubu 1’ de $53,81\pm 21,74$ çalışma grubu 2’ de $47,14\pm 26,00$ kontrol grubunda $30,00\pm 24,25$ ameliyat sonrası 1. hafta QLQ BR23 STYE değeri çalışma grubu 1’ de $7,30\pm 9,50$ çalışma grubu 2’ de $9,21\pm 10,75$ kontrol grubunda $13,81\pm 13,89$ ameliyat sonrası 1. ay QLQ BR23 STYE değeri çalışma grubu 1’ de $11,75\pm 11,37$ çalışma grubu 2’de $12,70\pm 13,08$ kontrol grubunda $16,83\pm 14,57$ ameliyat sonrası 2. ay QLQ BR23 STYE değeri çalışma grubu 1’ de $30,00\pm 14,05$ çalışma grubu 2’de $29,68\pm 21,54$ kontrol grubunda $33,49\pm 18,61$, ameliyat sonrası 3. ay QLQ BR23 STYE değeri çalışma grubu 1’ de $31,59\pm 17,75$ çalışma grubu 2’de $26,03\pm 16,67$ kontrol grubunda $35,56\pm 19,36$ ameliyat sonrası 6. ay QLQ BR23 STYE değeri çalışma grubu 1’ de $6,51\pm 7,66$ çalışma grubu 2’de $9,05\pm 11,82$; kontrol grubunda $14,29\pm 13,23$ tür.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası QLQ BR23 STYE değerinin grup içi karşılaştırılması Tablo 13’de verildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ BR23 STYE değeri ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 2, 3. ay QLQ BR23 STYE değeri, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 6. ay QLQ BR23 STYE değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı.

Çalışma grubu 2 hastaların QLQ BR23 STYE ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 2, 3. ay QLQ BR23 STYE değeri, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 6. ay QLQ BR23 STYE değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı.

Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası grup içi QLQ BR23 STYE değeri karşılaştırıldığında değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 2, 3. ay QLQ BR23 STYE değeri ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 6. ay QLQ BR23 STYE değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı.

Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların 2, 3. ay, QLQ BR23 STYE değerlerinde artış saptandı. Kemoterapi ve radyoterapi tedavisinin yan etkisine bağlı olarak yaşam kalitesinin düştüğü düşünülmektedir.

Tablo 14. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların QLQ- BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ BR23 Saç Dökülme Kaygısı (SDK) değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma 1 (n:30) (UGG)			Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			Kontrol (n:30) (Kİ)			Kruskal Wallis H testi		
	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	p	PostHoc	
Ameliyat öncesi ¹	(0-100)	38,89±40,19	33,33	(0-100)	44,44±47,41	16,67	(0-100)	22,22±37,48	0,00	4,771	0,092	-
Hafta1 poliklinik ²	(0-66,67)	20,00±25,67	0,00	(0-100)	20,00±29,81	0,00	(0-66,67)	25,56±24,26	33,33	1,776	0,411	-
Ay1 poliklinik ³	(0-66,67)	6,67±16,14	0,00	(0-100)	16,67±33,62	0,00	(0-100)	10,00±23,41	0,00	0,753	0,686	-
Ay 2 poliklinik ⁴	(0-100)	42,22±33,83	66,67	(0-100)	46,67±42,53	33,33	(0-100)	47,78±43,49	33,33	0,402	0,818	-
Ay 3 poliklinik ⁵	(0-100)	52,22±29,92	66,67	(0-100)	40,00±36,51	33,33	(0-100)	41,11±35,75	33,33	2,382	0,304	-
Ay 6 poliklinik ⁶	(0-66,67)	6,67±18,36	0,00	(0-100)	12,22±28,34	0,00	(0-66,67)	8,89±19,44	0,00	0,432	0,806	-
Friedman testi	49,588			24,685			31,040					
p	0,001*			0,001*			0,001*					
PostHoc	1,4,5>3,6			4>6			4,5>3,6					

(Min:Minumum, Maks: Maksimum, X: Ortalama, SS: Standart sapma, M: Median, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutu olan QLQ BR23 SDK değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 14' te verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değeri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Her üç grupta ameliyat öncesi QLQ BR23 SDK değeri çalışma grubu 1' de $38,89\pm 40,19$ çalışma grubu 2' de $44,44\pm 47,41$ kontrol grubunda $22,22\pm 37,48$ ameliyat sonrası 1. hafta QLQ BR23 SDK değeri çalışma grubu 1' de $20,00\pm 25,67$ çalışma grubu 2' de $20,00\pm 29,81$ kontrol grubunda $25,56\pm 24,26$ ameliyat sonrası 1. ay QLQ BR23 SDK değeri çalışma grubu 1' de $6,67\pm 16,14$ çalışma grubu 2' de $16,67\pm 33,62$ kontrol grubunda $10,00\pm 23,41$ ameliyat sonrası 2. ay QLQ BR23 SDK değeri çalışma grubu 1' de $42,22\pm 33,83$ çalışma grubu 2' de $46,67\pm 42,53$ kontrol grubunda $47,78\pm 43,49$ ameliyat sonrası 3. ay QLQ BR23 SDK değeri çalışma grubu 1' de $52,22\pm 29,92$ çalışma grubu 2' de $40,00\pm 36,51$ kontrol grubunda $41,11\pm 35,75$ ameliyat sonrası 6. ay QLQ BR23 SDK değeri çalışma grubu 1' de $6,67\pm 18,36$ çalışma grubu 2' de $12,22\pm 28,34$ kontrol grubunda $8,89\pm 19,44$ tür.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası QLQ BR23 SDK değerinin grup içi karşılaştırılması Tablo 14'te verildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ BR23 SDK değeri ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 2, 3. ay QLQ BR23 SDK değeri ameliyat sonrası 1, 6. ay QLQ BR23 SDK değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı.

Çalışma 2 grubu hastaların QLQ BR23 SDK ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 2. ay, QLQ BR23 SDK değeri ameliyat sonrası 6. ay QLQ BR23 SDK değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 2 hastalarının ameliyat sonrası QLQ BR23 SDK değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası grup içi QLQ BR23 SDK değeri karşılaştırıldığında değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 2, 3. ay QLQ BR23 SDK değeri ameliyat sonrası 1, 6. ay QLQ BR23 SDK değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı.

Çalışma grubu 1, kontrol grubu hastaların 2, 3. ay çalışma grubu 2 hastaların 2. ay QLQ BR23 SDK değerlerinde artış saptandı. Kemoterapi ve radyoterapi tedavisinin yan etkisine bağlı olarak yaşam kalitesinin düştüğü düşünülmektedir.

Tablo 15. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ BR23 **Kola Bağlı Sorunlar (KS)** değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma 1 (n:30) (UGG)			Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			Kontrol (n:30) (Kİ)			Kruskal Wallis H testi		
	Min-Maks	$\bar{X} \pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X} \pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X} \pm SS$	M	p	PostHoc	
Ameliyat öncesi ¹	(0-88,89)	32,96±23,07	33,33	(0-88,89)	30,37±28,58	22,22	(0-77,78)	22,96±23,51	11,11	3,035	0,219	-
Hafta1 poliklinik ²	(11,11-66,67)	35,19±14,02	33,33	(0-100)	35,56±23,60	33,33	(0-66,67)	31,48±21,06	33,33	0,744	0,689	-
Ay1 poliklinik ³	(11,11-55,56)	27,41±14,80	22,22	(0-66,67)	34,07±19,56	44,44	(0-88,89)	42,59±25,6	44,44	6,598	0,037*	0>1
Ay 2 poliklinik ⁴	(0-66,67)	30,37±19,99	27,78	(0-88,89)	41,48±25,43	44,44	(0-88,89)	50,37±24,37	55,56	10,678	0,005*	0>1
Ay 3 poliklinik ⁵	(0-100)	20,37±22,24	22,22	(0-88,89)	42,22±30,10	33,33	(0-100)	51,48±31,76	55,56	15,978	0,001*	0,2>1
Ay 6 poliklinik ⁶	(0- 77,78)	4,44±14,47	0,00	(0-100)	32,96±31,08	38,89	(0-100)	49,26±26,85	50,00	34,290	0,001*	0,2>1
Friedman testi	56,848			7,030			26,096					
p	0,001*			0,218			0,001*					
PostHoc	1,2,3,4,5>6			-			4,5,6>1					

(Min:Minumum, Maks: Maksimum, X: Ortalama, SS: Standart sapma, M: Median, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutu olan QLQ BR23 KS değerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 15'te verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 1. hafta değerleri dışında ($p>0,05$), ameliyat sonrası 1, 2, 3, 6. ay değeri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında, kontrol grubu hastaların, ameliyat sonrası 1. ay QLQ BR23 KS değeri çalışma grubu 1 hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Kontrol grubu hastaların QLQ BR23 KS değeri $42,59\pm 25,62$ çalışma grubu 1'de $27,41\pm 14,80$ ' dir. Kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası 2. ay QLQ BR23 KS değeri çalışma grubu 1 hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Kontrol grubu hastaların QLQ BR23 KS 2. ay değeri $50,37\pm 24,37$ çalışma grubu 1'de $30,37\pm 19,99$ ' dur. Kontrol grubu, çalışma grubu 2 hastaların ameliyat sonrası 3. ay QLQ BR23 KS değeri çalışma grubu 1 hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Kontrol grubu hastaların QLQ BR23 KS 3. ay değeri $51,48\pm 31,76$ çalışma grubu 2' de $42,22\pm 30,10$ çalışma grubu 1'de $20,37\pm 22,24$ ' tür. Kontrol grubu, çalışma grubu 2 hastaların ameliyat sonrası 6. ay QLQ BR23 KS değeri çalışma grubu 1 hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Kontrol grubu hastaların QLQ BR23 KS 6. ay değeri $49,26\pm 26,85$ çalışma grubu 2' de $32,96\pm 31,08$ çalışma grubu 1'de $4,44\pm 14,47$ ' dir. Hasta gruplarının QLQ BR23 KS 6. ay değerleri karşılaştırıldığında çalışma grubu 1 hastaların çalışma grubu 2, kontrol grubu hastalarına göre yaşam kalitesinin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı. EORTC QLQ-BR-23 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut değerlendirmesinde toplam puan arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır.

Her üç grupta ameliyat öncesi QLQ BR23 KS değeri çalışma grubu 1' de $32,96\pm 23,07$ çalışma grubu 2' de $30,37\pm 28,58$ kontrol grubunda $22,96\pm 23,51$ ameliyat sonrası 1. hafta QLQ BR23 KS değeri çalışma grubu 1' de $35,19\pm 14,02$ çalışma grubu 2' de $35,56\pm 23,60$ kontrol grubunda $31,48\pm 21,06$ ameliyat sonrası 1. ay QLQ BR23 KS değeri çalışma grubu 1' de $27,41\pm 14,80$ çalışma grubu 2'de $34,07\pm 19,56$ kontrol grubunda $42,59\pm 25,62$ ameliyat sonrası 2. ay QLQ BR23 KS değeri çalışma grubu 1' de $30,37\pm 19,99$ çalışma grubu 2'de $41,48\pm 25,43$ kontrol grubunda $50,37\pm 24,37$ ameliyat sonrası 3. ay QLQ BR23 KS değeri çalışma grubu 1' de $20,37\pm 22,24$ çalışma grubu 2'de $42,22\pm 30,10$ kontrol grubunda $51,48\pm 31,76$ ameliyat sonrası 6. ay QLQ BR23 KS değeri çalışma grubu 1' de $4,44\pm 14,47$ çalışma grubu 2'de $32,96\pm 31,08$ kontrol grubunda $49,26\pm 26,85$ ' tir.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası QLQ BR23 KS değerinin grup içi karşılaştırılması Tablo 15’te verildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ BR23 KS değeri ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3. ay QLQ BR23 KS değeri ameliyat sonrası 6. ay QLQ BR23 KS değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 1 hastaların ameliyat sonrası QLQ BR23 KS değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Çalışma 2 grubu hastaların QLQ BR23 KS ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası grup içi QLQ BR23 KS değeri karşılaştırıldığında değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 2, 3, 6. ay QLQ BR23 KS değeri ameliyat öncesi QLQ BR23 KS değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası QLQ BR23 KS değeri, sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde azaldığı sonucuna ulaşıldı.

Çalışma grubu 1 hastaların 2. ay kontrol grubu hastaların 2, 3. ay, QLQ BR23 KS değerlerinde artış saptandı. Kemoterapi ve radyoterapi tedavisinin yan etkisine bağlı olarak yaşam kalitesinin düştüğü düşünülmektedir.

Tablo 16. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların QLQ- BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ BR23 Meme Sorunları (MS) değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma 1 (n:30) (UGG)			Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			Kontrol (n:30) (Kİ)			Kruskal Wallis H testi		
	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	p	PostHoc	
Ameliyat öncesi ¹	(0-100)	43,06±28,20	41,67	(0-100)	31,11±26,53	25,00	(0-83,33)	38,06±23,23	37,50	3,364	0,186	-
Hafta1 poliklinik ²	(83,33)	25,83±19,12	25,00	(0-75)	36,67±17,86	33,33	(0-100)	42,78±25,87	45,83	10,047	0,007*	0>1
Ay1 poliklinik ³	(0-75)	15,56±17,05	8,33	(0-75)	22,78±20,40	16,67	(0-66,67)	30,28±15,85	33,33	13,145	0,001*	0>1
Ay 2 poliklinik ⁴	(0-50)	10,83±16,25	0,00	(0-58,33)	13,06±16,33	8,33	(0-66,67)	19,44±18,61	16,67	4,555	0,103	-
Ay 3 poliklinik ⁵	(0-25)	6,67±9,13	0,00	(0-41,67)	12,22±13,08	8,33	(0-66,67)	26,67±22,15	25,00	14,070	0,001*	0>1
Ay 6 poliklinik ⁶	(0-16,67)	1,39±4,42	0,00	(0-83,33)	11,11±21,03	0,00	(0-66,67)	19,44±19,86	20,83	17,906	0,001*	0>1
Friedman testi		74,851			51,701			27,048				
p		0,001*			0,001*			0,001*				
PostHoc		1,2,3>6 1,2>4,5			1,2>4,5,6			1,2>4,6				

(Min:Minumum, Maks: Maksimum, X: Ortalama, SS: Standart sapma, M: Median, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutu olan QLQ BR23 MS değerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 16'da verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 2. ay değeri dışında ($p>0,05$), ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 3, 6. ay değeri karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası 1. hafta QLQ BR23 MS değeri çalışma grubu 1 hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Kontrol grubu hastaların QLQ BR23 MS değeri $42,78\pm 25,87$ çalışma grubu 1'de $25,83\pm 19,12$ ' dir. Kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası 1. ay QLQ BR23 MS değeri çalışma grubu 1 hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Kontrol grubu hastaların QLQ BR23 MS 1. ay değeri $30,28\pm 15,85$ çalışma grubu 1'de $15,56\pm 17,05$ ' dir. Kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası 3. ay QLQ BR23 MS değeri çalışma grubu 1 hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Kontrol grubu hastaların QLQ BR23 MS 3. ay değeri $26,67\pm 22,15$ çalışma grubu 1'de $6,67\pm 9,13$ ' tür. Kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası 6. ay QLQ BR23 MS değeri çalışma grubu 1 hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Kontrol grubu hastaların QLQ BR23 MS 6. ay değeri $19,44\pm 19,86$ çalışma grubu 1'de $1,39\pm 4,42$ ' dir. Hasta gruplarının QLQ BR23 MS ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 3, 6. ay değerleri karşılaştırıldığında çalışma grubu 1 hastaların, kontrol grubu hastalarına göre yaşam kalitesinin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı.

Her üç grupta ameliyat öncesi QLQ BR23 MS değeri çalışma grubu 1' de $43,06\pm 28,20$ çalışma grubu 2' de $31,11\pm 26,53$ kontrol grubunda $38,06\pm 23,23$ ameliyat sonrası 1. hafta QLQ BR23 MS değeri çalışma grubu 1' de $25,83\pm 19,12$ çalışma grubu 2' de $36,67\pm 17,86$ kontrol grubunda $42,78\pm 25,87$ ameliyat sonrası 1. ay QLQ BR23 MS değeri çalışma grubu 1' de $15,56\pm 17,05$ çalışma grubu 2'de $22,78\pm 20,40$ kontrol grubunda $30,28\pm 15,85$ ameliyat sonrası 2. ay QLQ BR23 MS değeri çalışma grubu 1' de $10,83\pm 16,25$ çalışma grubu 2'de $13,06\pm 16,33$ kontrol grubunda $19,44\pm 18,16$ ameliyat sonrası 3. ay QLQ BR23 MS değeri çalışma grubu 1' de $6,67\pm 9,13$ çalışma grubu 2'de $12,22\pm 13,08$ kontrol grubunda $26,67\pm 22,15$ ameliyat sonrası 6. ay QLQ BR23 MS değeri çalışma grubu 1' de $1,39\pm 4,42$ çalışma grubu 2'de $11,11\pm 21,03$ kontrol grubunda $19,44\pm 19,86$ ' dir.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası QLQ BR23 MS değerinin grup içi karşılaştırılması Tablo 16'da verildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ BR23 MS değeri ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

saptandı ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1. ay QLQ BR23 MS değeri ameliyat sonrası 6. ay QLQ BR23 MS değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta QLQ BR23 MS değeri ameliyat sonrası 2, 3. ay QLQ BR23 MS değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 1 hastalarının ameliyat sonrası QLQ BR23 MS değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Çalışma grubu 2 hastaların QLQ BR23 MS ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, QLQ BR23 MS değeri ameliyat sonrası 2, 3, 6. ay QLQ BR23 MS değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 2 hastalarının ameliyat sonrası QLQ BR23 MS değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası grup içi QLQ BR23 MS değeri karşılaştırıldığında değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, QLQ BR23 MS değeri, ameliyat sonrası 2, 6. ay QLQ BR23 MS değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası QLQ BR23 MS değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Tablo 17. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların QLQ- BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ BR23 **Vücut İmajı (Vİ)** değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma 1 (n:30) (UGG)			Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			Kontrol (n:30) (Kİ)			Kruskal Wallis H testi		
	Min-Maks	$\bar{X} \pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X} \pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X} \pm SS$	M	p	PostHoc	
Ameliyat öncesi ¹	(0-100)	65,56±28,34	70,83	(8,33-100)	65,28±31,49	70,83	(8,33-100)	73,33±27,89	75,00	1,574	0,455	-
Hafta1 poliklinik ²	(0-100)	65,83±29,31	66,67	(0-100)	63,33±29,33	58,33	(0-100)	53,06±31,45	50,00	2,964	0,227	-
Ay1 poliklinik ³	(0-100)	67,22±32,89	70,83	(8,33-100)	71,67±29,16	75,00	(0-100)	60,83±30,26	66,67	2,347	0,309	-
Ay 2 poliklinik ⁴	(8,33-100)	78,61±27,83	91,67	(8,33-100)	74,44±29,92	87,50	(0-100)	68,33±31,89	70,83	1,485	0,476	-
Ay 3 poliklinik ⁵	(25-100)	84,72±23,88	100,00	(16,67-100)	83,33±21,99	100,00	(33,33-100)	81,94±23,98	100,00	0,310	0,857	-
Ay 6 poliklinik ⁶	(25-100)	91,39±21,16	100,00	(41,67-100)	93,61±13,79	100,00	(16,67-100)	86,67±19,03	91,67	7,481	0,024*	1>0
Friedman testi	48,358			46,343			35,836					
p	0,001*			0,001*			0,001*					
PostHoc	5,6>1,2			6>1,2,3,4			5,6>2,3					

(Min:Minumum, Maks: Maksimum, X: Ortalama, SS: Standart sapma, M: Median, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutu olan QLQ BR23 Vİ değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 17’de verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 6. ay değeri dışında ($p<0,05$) ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3. ay değeri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptandı ($p>0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında çalışma grubu 1 hastaların ameliyat sonrası 6. ay QLQ BR23 Vİ değeri kontrol grubu hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ BR23 Vİ değeri $91,39\pm 21,16$ kontrol grubunda $86,67\pm 19,03$ ’dür. Hasta gruplarının QLQ BR23 Vİ ameliyat sonrası 6. ay değerleri karşılaştırıldığında çalışma grubu 1 hastaların, kontrol grubu hastalarına göre yaşam kalitesinin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı.

Her üç grupta ameliyat öncesi QLQ BR23 Vİ değeri çalışma grubu 1’ de $65,56\pm 28,34$ çalışma grubu 2’ de $65,28\pm 31,49$ kontrol grubunda $73,33\pm 27,89$ ameliyat sonrası 1. hafta QLQ BR23 Vİ değeri çalışma grubu 1’ de $65,83\pm 29,31$ çalışma grubu 2’ de $63,33\pm 29,33$ kontrol grubunda $53,06\pm 31,45$ ameliyat sonrası 1. ay QLQ BR23 Vİ değeri çalışma grubu 1’ de $67,22\pm 32,89$ çalışma grubu 2’de $71,67\pm 29,16$ kontrol grubunda $60,83\pm 30,26$ ameliyat sonrası 2. ay QLQ BR23 Vİ değeri çalışma grubu 1’ de $78,61\pm 27,83$ çalışma grubu 2’de $74,44\pm 29,92$ kontrol grubunda $68,33\pm 31,89$ ameliyat sonrası 3. ay QLQ BR23 Vİ değeri çalışma grubu 1’ de $84,72\pm 23,88$ çalışma grubu 2’de $83,33\pm 21,99$ kontrol grubunda $81,94\pm 23,98$ ameliyat sonrası 6. ay QLQ BR23 Vİ değeri çalışma grubu 1’ de $91,39\pm 21,16$ çalışma grubu 2’de $93,61\pm 13,79$ kontrol grubunda $86,67\pm 19,03$ ’ tür.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası QLQ BR23 Vİ değerinin grup içi karşılaştırılması Tablo 17’de verildi. Çalışma 1 grubu hastaların QLQ BR23 Vİ değeri ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında, ameliyat sonrası 3, 6. ay, QLQ BR23 Vİ değeri ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta QLQ BR23 Vİ değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 1 hastalarının ameliyat sonrası QLQ BR23 Vİ değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Çalışma 2 grubu hastaların QLQ BR23 Vİ ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$).Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 6. ay, QLQ BR23 Vİ değeri ameliyat öncesi, ameliyat

sonrası 1. hafta, 1, 2. ay QLQ BR23 Vİ değerine göre anlamlı bir Şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 2 hastalarının ameliyat sonrası QLQ BR23 Vİ değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir Şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası grup içi QLQ BR23 Vİ değeri karşılaştırıldığında değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 3, 6. ay, QLQ BR23 Vİ değeri ameliyat sonrası 1. hafta, 1. ay QLQ BR23 Vİ değerine göre anlamlı bir Şekilde yüksek olduğu saptandı. Kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası QLQ BR23 Vİ değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir Şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Tablo 18. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların QLQ- BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ BR23 **Gelecek Beklentisi (GB)** değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma 1 (n:30) (UGG)			Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			Kontrol (n:30) (Kİ)			Kruskal Wallis H testi		
	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	p	PostHoc	
Ameliyat öncesi ¹	(0-100)	14,44±28,61	0,00	(0-100)	21,11±35,54	0,00	(0-100)	30,00±39,49	0,00	2,961	0,228	-
Hafta1 poliklinik ² (33,33-100)	(0-100)	25,56±29,92	33,33	(0-100)	28,89±28,68	33,33	(0-100)	23,33±31,74	0,00	1,064	0,587	-
Ay1 poliklinik ³	(0-100)	43,33±36,25	33,33	(0-100)	38,89±27,80	33,33	(0-100)	26,67±28,23	33,33	4,256	0,119	-
Ay 2 poliklinik ⁴	(0-100)	48,89±42,65	33,33	(0-100)	36,67±34,30	33,33	(0-100)	25,56±32,38	0,00	5,079	0,079	-
Ay 3 poliklinik ⁵	(0-100)	52,22±39,81	33,33	(0-100)	61,11±34,00	66,67	(0-100)	34,44±29,66	33,33	8,334	0,015*	2>0
Ay 6 poliklinik ⁶	(0-100)	81,11±29,92	100,00	(33,33-100)	74,44±20,87	66,67	(0-100)	62,22±34,72	66,67	6,625	0,036*	1>0
Friedman testi	57,264			68,815			32,888					
p	0,001*			0,001*			0,001*					
PostHoc	4,5,6>1			5,6>1,2,4			6>1,2,3,4					

(Min:Minumum, Maks: Maksimum, X: Ortalama, SS: Standart sapma, M: Median, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutu olan QLQ BR23 GB değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 18’de verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 3, 6. ay değerleri dışında ($p<0,05$) ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2. ay değeri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p>0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında, çalışma grubu 2 hastaların ameliyat sonrası 3. ay QLQ BR23 GB değeri kontrol grubu hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 2 hastaların QLQ BR23 GB değeri $61,11\pm 34,00$ kontrol grubunda $34,44\pm 29,66$ ’ dir. Çalışma grubu 1 hastaların ameliyat sonrası 6. ay QLQ BR23 GB değeri kontrol grubu hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ BR23 GB değeri $81,11\pm 29,92$ kontrol grubunda $62,22\pm 34,72$ ’ dir. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 hastaları, kontrol grubu hastalarına göre GB değerlerinin arttığı ve yaşam kalitesinin yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Her üç grupta ameliyat öncesi QLQ BR23 GB değeri çalışma grubu 1’ de $14,44\pm 28,61$ çalışma grubu 2’ de $21,11\pm 35,54$ kontrol grubunda $30,00\pm 39,49$ ameliyat sonrası 1. hafta QLQ BR23 GB değeri çalışma grubu 1’ de $25,56\pm 29,92$ çalışma grubu 2’ de $28,89\pm 28,68$ kontrol grubunda $23,33\pm 31,74$ ameliyat sonrası 1. ay QLQ BR23 GB değeri çalışma grubu 1’ de $43,33\pm 36,25$ çalışma grubu 2’ de $38,89\pm 27,80$ kontrol grubunda $26,67\pm 28,23$ ameliyat sonrası 2. ay QLQ BR23 GB değeri çalışma grubu 1’ de $48,89\pm 42,65$ çalışma grubu 2’ de $36,67\pm 34,30$ kontrol grubunda $25,56\pm 32,38$ ameliyat sonrası 3. ay QLQ BR23 GB değeri çalışma grubu 1’ de $52,22\pm 39,81$ çalışma grubu 2’ de $61,11\pm 34,00$ kontrol grubunda $34,44\pm 29,66$ ameliyat sonrası 6. ay QLQ BR23 GB değeri çalışma grubu 1’ de $81,11\pm 29,92$ çalışma grubu 2’ de $74,44\pm 20,87$ kontrol grubunda $62,22\pm 34,72$ ’ dir.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası QLQ BR23 GB değerinin grup içi karşılaştırılması Tablo 18’de verildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ BR23 GB değeri ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 2, 3, 6. ay QLQ BR23 GB değeri ameliyat öncesi QLQ BR23 GB değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 1 hastaların ameliyat sonrası QLQ BR23 GB değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Çalışma grubu 2 hastaların QLQ BR23 GB ameliyat öncesi, 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc

istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 3, 6. ay QLQ BR23 GB değeri ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 2. ay QLQ BR23 GB değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 2 hastaların ameliyat sonrası QLQ BR23 GB değeri, sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası grup içi QLQ BR23 GB değeri karşılaştırıldığında değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında, ameliyat sonrası 6. ay QLQ BR23 GB değeri ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2. ay QLQ BR23 GB değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası QLQ BR23 GB değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla anlamlı bir şekilde yükseldiği sonucuna ulaşıldı.

Tablo 19. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların QLQ- BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ BR23 **Cinsel İşlevsellik (CI)** değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma 1 (n:30) (UGG)			Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			Kontrol (n:30) (Kİ)			Kruskal Wallis H testi		
	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	p	PostHoc	
Ameliyat öncesi ¹	(0-83,33)	31,11±29,60	33,33	(0-66,67)	32,22±28,34	33,33	(0-66,67)	32,78±22,95	33,33	0,050	0,975	-
Hafta1 poliklinik ²	(0-33,33)	3,33±9,18	0,00	(0-33,33)	2,22±8,46	0,00	(0-83,33)	20,00±29,49	0,00	11,259	0,004*	0>1,2
Ay1 poliklinik ³	(0-50)	8,33±16,23	0,00	(0-66,67)	20,56±21,75	16,67	(0-66,67)	22,78±23,36	16,67	8,847	0,012*	0>1
Ay 2 poliklinik ⁴	(0-66,67)	21,67±21,06	33,33	(0-66,67)	33,89±21,21	33,33	(0-66,67)	30,00±20,72	33,33	5,349	0,069	-
Ay 3 poliklinik ⁵	(16,67-100)	83,33±22,32	100,00	(33,33-100)	70,00±24,91	66,67	(33,33-100)	69,44±21,03	66,67	7,798	0,020*	1>0
Ay 6 poliklinik ⁶	(33,33-100)	75,00±28,28	100,00	(0-100)	57,78±26,16	50,00	(33,33-100)	65,00±23,30	50,00	4,873	0,087	-
Friedman testi	95,930			75,054			53,839					
p	0,001*			0,001*			0,001*					
PostHoc	1,5,6>2,3			1,4,5,6>2 5,6>1			5,6>2,3,4					

(Min:Minumum, Maks: Maksimum, X: Ortalama, SS: Standart sapma, M: Median, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutu olan QLQ BR23 Cİ değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 19'da verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 2, 6. ay değeri dışında ($p>0,05$) ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 3. ay değeri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası 1. hafta QLQ BR23 Cİ değeri çalışma grubu 1 çalışma grubu 2 hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Kontrol grubu hastaların QLQ BR23 Cİ değeri $20,00\pm 29,49$ çalışma grubu 1'de $3,33\pm 9,18$ çalışma grubu 2'de $2,22\pm 8,46$ ' dır. Kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası 1. ay QLQ BR23 Cİ değeri çalışma grubu 1 hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Kontrol grubu hastaların QLQ BR23 Cİ değeri $22,78\pm 23,36$ çalışma grubu 1'de $8,33\pm 16,23$ ' tür. Çalışma grubu 1 hastaların ameliyat sonrası 3. ay QLQ BR23 Cİ değeri kontrol grubu hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ BR23 Cİ değeri $83,33\pm 22,32$, kontrol grubunda $69,44\pm 21,03$ ' tür. Hasta gruplarının QLQ BR23 Cİ ameliyat sonrası 1. hafta, 1. ay değerleri karşılaştırıldığında kontrol grubunun, ameliyat sonrası 3. ay değerleri karşılaştırıldığında çalışma grubu 1 hastaların yaşam kalitesinin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı.

Her üç grupta ameliyat öncesi QLQ BR23 Cİ değeri çalışma grubu 1' de $31,11\pm 29,60$ çalışma grubu 2' de $32,22\pm 28,34$ kontrol grubunda $32,78\pm 22,95$ ameliyat sonrası 1. hafta QLQ BR23 Cİ değeri çalışma grubu 1' de $3,33\pm 9,18$ çalışma grubu 2' de $2,22\pm 8,46$ kontrol grubunda $20,00\pm 29,49$ ameliyat sonrası 1. ay QLQ BR23 Cİ değeri çalışma grubu 1' de $8,33\pm 16,23$ çalışma grubu 2'de $20,56\pm 21,75$ kontrol grubunda $22,78\pm 23,36$ ameliyat sonrası 2. ay QLQ BR23 Cİ değeri çalışma grubu 1' de $21,67\pm 21,06$ çalışma grubu 2'de $33,89\pm 21,21$ kontrol grubunda $30,00\pm 20,72$ ameliyat sonrası 3. ay QLQ BR23 Cİ değeri çalışma grubu 1' de $83,33\pm 22,32$ çalışma grubu 2'de $70,00\pm 24,91$ kontrol grubunda $69,44\pm 21,03$ ameliyat sonrası 6. ay QLQ BR23 Cİ değeri çalışma grubu 1' de $75,00\pm 28,28$ çalışma grubu 2'de $57,78\pm 26,16$ kontrol grubunda $65,00\pm 23,30$ ' dur.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası QLQ BR23 Cİ değerinin grup içi karşılaştırılması Tablo 19'da verildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ BR23 Cİ değeri ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 3, 6.ay, QLQ BR23 Cİ değeri ameliyat sonrası 1. hafta, 1. ay QLQ BR23 Cİ değerine

göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 1 hastalarının ameliyat sonrası QLQ BR23 Cİ değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla arttığı sonucuna ulaşıldı.

Çalışma grubu 2 hastaların QLQ BR23 Cİ ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 2, 3, 6. ay, QLQ BR23 Cİ değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Ameliyat sonrası 3, 6. ay QLQ BR23 Cİ değeri ameliyat öncesi QLQ BR23 Cİ değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 2 hastalarının ameliyat sonrası QLQ BR23 Cİ değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla arttığı sonucuna ulaşıldı.

Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası grup içi QLQ BR23 Cİ değeri karşılaştırıldığında değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 3, 6. ay QLQ BR23 Cİ değeri ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2. ay QLQ BR23 Cİ değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası QLQ BR23 Cİ değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla arttığı sonucuna ulaşıldı.

Tablo 20. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastaların QLQ- BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutu olan QLQ BR23 **Cinsel Haz (CH)** değerlerinin gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma 1 (n:30) (UGG)			Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			Kontrol (n:30) (Kİ)			Kruskal Wallis H testi		
	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	Min-Maks	$\bar{X}\pm SS$	M	p	PostHoc	
Ameliyat öncesi ¹	(0-100)	28,89±29,99	33,33	(0-66,67)	25,56±28,61	16,67	(0-66,67)	31,11±26,16	33,33	0,758	0,685	-
Hafta1 poliklinik ²	(0-33,33)	1,11±6,09	0,00	(0-33,33)	2,22±8,46	0,00	(0-100)	18,89±31,18	0,00	11,776	0,003*	0>1,2
Ay1 poliklinik ³	(0-66,67)	6,67±16,14	0,00	(0-66,67)	18,89±22,63	0,00	(0-100)	22,22±29,47	0,00	7,154	0,028*	0,2>1
Ay 2 poliklinik ⁴	(0-66,67)	16,67±20,99	0,00	(0-66,67)	31,11±27,59	33,33	(0-66,67)	31,11±27,59	33,33	5,669	0,059	-
Ay 3 poliklinik ⁵	(33,33-100)	84,44±20,96	100,00	(33,33-100)	76,67±23,41	66,67	(33,33-100)	66,67±27,68	66,67	6,955	0,031*	1>0
Ay 6 poliklinik ⁶	(33,33-100)	75,56±28,94	100,00	(0-100)	58,89±29,92	66,67	(33,33-100)	57,78±30,24	33,33	6,339	0,042*	1>0,2
Friedman testi	106,569			78,398			30,885					
p	0,001*			0,001*			0,001*					
PostHoc	5,6>1,2,3,4			5,6>2,3			5,6>2					

(Min:Minumum, Maks: Maksimum, X: Ortalama, SS: Standart sapma, M: Median, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların QLQ-BR23 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutu olan QLQ BR23 CH değerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 20’ de verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 2. ay değeri dışında ($p>0,05$), ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değeri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası 1. hafta QLQ BR23 CH değeri çalışma grubu 1 çalışma grubu 2 hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Kontrol grubu hastaların QLQ BR23 CH değeri $18,89\pm 31,18$ çalışma grubu 1’de $1,11\pm 6,09$ çalışma grubu 2’de $2,22\pm 8,46$ ’dır. Kontrol grubu çalışma grubu 2 hastaların ameliyat sonrası 1. ay QLQ BR23 CH değeri çalışma grubu 1, hastalarına göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Kontrol grubu hastaların QLQ BR23 CH değeri $22,22\pm 29,47$ çalışma grubu 2’ de $18,89\pm 22,63$ çalışma grubu 1’de $6,67\pm 16,14$ ’ tür. Çalışma grubu 1 hastaların ameliyat sonrası 3. ay QLQ BR23 CH değeri kontrol grubu hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ BR23 CH değeri $84,44\pm 20,96$ kontrol grubunda $66,67\pm 27,68$ ’ dir. Çalışma grubu 1 hastaların ameliyat sonrası 6. ay QLQ BR23 CH değeri çalışma grubu 2 kontrol grubu hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ BR23 CH değeri $75,56\pm 28,94$ çalışma grubu 2’de $58,89\pm 29,92$ kontrol grubunda $57,78\pm 30,24$ ’ tür. Hasta gruplarının QLQ BR23 CH ameliyat sonrası 1. hafta değerleri karşılaştırıldığında kontrol grubunun, ameliyat sonrası 1. ay değerleri karşılaştırıldığında çalışma grubu 2 ve kontrol grubunun ameliyat sonrası 3. ay değerleri karşılaştırıldığında çalışma grubu 1, ameliyat sonrası 6. ay değerleri karşılaştırıldığında çalışma grubu 1 hastalarının yaşam kalitesinin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı.

Her üç grupta ameliyat öncesi QLQ BR23 CH değeri çalışma grubu 1’ de $28,89\pm 29,99$ çalışma grubu 2’ de $25,56\pm 28,61$ kontrol grubunda $31,11\pm 26,16$ ameliyat sonrası 1. hafta QLQ BR23 CH değeri çalışma grubu 1’ de $1,11\pm 6,09$ çalışma grubu 2’ de $2,22\pm 8,46$ kontrol grubunda $18,89\pm 31,18$ ameliyat sonrası 1. ay QLQ BR23 CH değeri çalışma grubu 1’ de $6,67\pm 16,14$ çalışma grubu 2’de $18,89\pm 22,63$ kontrol grubunda $22,22\pm 29,47$ ameliyat sonrası 2. ay QLQ BR23 CH değeri çalışma grubu 1’ de $16,67\pm 20,99$ çalışma grubu 2’de $31,11\pm 27,59$ kontrol grubunda $31,11\pm 27,59$ ameliyat sonrası 3. ay QLQ BR23 CH değeri çalışma grubu 1’ de $84,44\pm 20,96$ çalışma grubu 2’de $76,67\pm 23,41$ kontrol grubunda $66,67\pm 27,68$ ameliyat sonrası 6. ay QLQ BR23 CH değeri çalışma grubu 1’ de $75,56\pm 28,94$ çalışma grubu 2’de $58,89\pm 29,92$ kontrol grubunda $57,78\pm 30,24$ ’ tür.

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası QLQ BR23 CH değerinin grup içi karşılaştırılması Tablo 20’de verildi. Çalışma grubu 1 hastaların QLQ BR23 CH değeri ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1, 2, 3, 6.ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 3, 6.ay QLQ BR23 CH değeri ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2. ay QLQ BR23 CH değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 1 hastalarının ameliyat sonrası QLQ BR23 CH değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla arttığı sonucuna ulaşıldı.

Çalışma 2 grubu hastaların QLQ BR23 CH ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu bulundu ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 3, 6. ay QLQ BR23 CH değeri ameliyat sonrası 1. hafta, 1. ay, QLQ BR23 CH değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Çalışma grubu 2 hastalarının ameliyat sonrası QLQ BR23 CH değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla arttığı sonucuna ulaşıldı.

Kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası grup içi QLQ BR23 CH değeri karşılaştırıldığında değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Yapılan PostHoc istatistik çalışmasında ameliyat sonrası 3, 6. ay, QLQ BR23 CH değeri, ameliyat sonrası 1. hafta, QLQ BR23 CH değerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası QLQ BR23 CH değeri sonucuna göre yaşam kalitesinin zamanla arttığı sonucuna ulaşıldı.

8. Çalışma grubu 1, Çalışma grubu 2 ve Kontrol grubu Hastalarda Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar

-Fizyolojik Komplikasyonlar

Tablo 21. Çalışma grubu 1 ve çalışma grubu 2 hastalarda Ameliyat Sonrası **3. Gün Fizyolojik Komplikasyonlar**

FİZYOLOJİK KOMPLİKASYONLAR	Çalışma 1 (n:30) (UGG)				Çalışma 2 (n:30) (Tİ)				X ²	p
	Var		Yok		Var		Yok			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ağrı	19	63,3	11	36,7	25	83,3	5	16,7	3,068	0,080
Yara Bölgesinde Kanama	1	3,3	29	96,7	-	-	30	100,0	1,017	0,313
Yara Bölgesinde Hematom (kızarıklık, ödem, ağrı, akıntı, koku)	4	13,3	26	86,7	2	6,7	28	93,3	0,741	0,389
Yara Bölgesinde Seroma (Açık/Berrak renk sıvı birikmesi)	6	20,0	24	80,0	1	3,3	29	96,7	4,043	0,044*
Yara Bölgesinde Enfeksiyon	2	6,7	28	93,3	-	-	30	100,0	2,069	0,150
Yara İyileşmesinde Gecikme	2	6,7	28	93,3	-	-	30	100,0	2,069	0,150
Ameliyat edilen bölgedeki sinir hasarına bağlı uyuşma, karıncalanma, duyuşsal bozukluk	26	86,7	4	13,3	20	66,7	10	33,3	3,354	0,067
Ameliyat olan taraftaki kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma	26	86,7	4	13,3	22	73,3	8	26,7	1,667	0,197
Ameliyat olan taraftaki kol kas gücünde azalma	14	46,7	16	53,3	12	40,0	18	60,0	0,271	0,602
Ameliyat olan taraftaki kolda ödem olması	6	20,0	24	80,0	4	13,3	26	86,7	0,480	0,488
Ameliyat olan taraftaki elde kavrama gücünde azalma	13	43,3	17	56,7	11	36,7	19	63,3	0,278	0,598
Ameliyat olan taraftaki omuzun uzun süre hareketsiz kalmasına bağlı gelişen donmuş omuz	1	3,3	29	96,7	-	-	30	100,0	1,017	0,313

(n: Sayı, %: Yüzde değeri, X² : Ki-kare değeri, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 3. günde ortaya çıkan fizyolojik komplikasyonların gruplara göre karşılaştırılması Tablo 21’de verildi. Çalışma grubu 1 ve çalışma grubu 2’de yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların; sadece yara bölgesinde seroma değişkeni dışında ($p<0,05$) ağrı, yara bölgesinde kanama, hematoma, enfeksiyon, yara iyileşmesinde gecikme, ameliyat edilen bölgedeki sinir hasarına bağlı uyuşma, karıncalanma, duyuşsal bozukluk, ameliyat olan taraftaki kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma, ameliyat olan taraftaki kol kas gücünde azalma, ameliyat olan tarafta kolda ödem, ameliyat olan tarafta elde kavrama gücünde azalma, ameliyat olan tarafta omuzun uzun süre hareketsiz kalmasına bağlı gelişen donmuş omuz değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Her iki grupta ağrısı olan hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 63,3 çalışma grubu 2’ de % 83,3 yara bölgesinde kanama olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 3,3 çalışma grubu 2’ de % 0 yara bölgesinde hematoma olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 13,3 çalışma grubu 2 % 6,7 yara bölgesinde seroma olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 20 çalışma grubu 2 % 3,3 yara bölgesinde enfeksiyon gelişen hasta sayısı çalışma grubu 1 % 6,7 çalışma grubu 2’ de % 0 yara iyileşmesinde gecikme olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 6,7 çalışma grubu 2 % 0 ameliyat edilen bölgedeki sinir hasarına bağlı uyuşma, karıncalanma, duyuşsal bozukluk gelişen hasta sayısı çalışma grubu 1 % 86,7 çalışma grubu 2 % 66,7 ameliyat olan taraftaki kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 86,7 çalışma grubu 2 % 73,3 ameliyat olan taraftaki kol kas gücünde azalma olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 46,7 çalışma grubu 2 % 40 ameliyat olan taraf kolda ödem olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 20 çalışma grubu 2 % 13,3 ameliyat olan taraftaki elde kavrama gücünde azalma olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 43,3 çalışma grubu 2 % 36,7 ameliyat olan taraftaki omuzun uzun süre hareketsiz kalmasına bağlı donmuş omuz gelişen hasta sayısı çalışma grubu 1 % 3,3 çalışma grubu 2 % 0’ dır.

Tablo 22. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 28. Gün Fizyolojik Komplikasyonlar

FİZYOLOJİK KOMPLİKASYONLAR	Çalışma 1 (n:30) (UGG)		Çalışma 2 (n:30) (Tİ)				Kontrol (n:30) (Kİ)				X ²	p		
	Var		Yok		Var		Yok		Var				Yok	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			n	%
Ağrı	6	20,0	24	80,0	11	36,7	19	63,3	9	30,0	21	70,0	2,055	0,358
Yara Bölgesinde Kanama	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	-	-
Yara Bölgesinde Hematom (kızarıklık, ödem, ağrı, akıntı, koku)	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	1	3,3	29	96,7	1,840	1,000
Yara Bölgesinde Seroma (Açık/Berrak renk sıvı birikmesi)	8	26,7	22	73,3	6	20,0	24	80,0	5	16,7	25	83,3	0,934	0,627
Yara Bölgesinde Enfeksiyon	1	3,3	29	96,7	1	3,3	29	96,7	2	6,7	28	93,3	0,690	1,000
Yara İyileşmesinde Gecikme	2	6,7	28	93,3	1	3,3	29	96,7	2	6,7	28	93,3	0,609	1,000
Ameliyat edilen bölgedeki sinir hasarına bağlı uyuşma, karıncalanma, duyuşsal bozukluk	16	53,3	14	46,7	18	60,0	12	40,0	16	53,3	14	46,7	0,360	0,835
Ameliyat olan taraftaki kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma	5	16,7	25	83,3	11	36,7	19	63,3	14	46,7	16	53,3	6,300	0,043*
Ameliyat olan taraftaki kol kas gücünde azalma	5	16,7	25	83,3	4	13,3	26	86,7	2	6,7	28	93,3	1,482	0,607
Ameliyat olan taraftaki kolda ödem olması	4	13,3	26	86,7	4	13,3	26	86,7	5	16,7	25	83,3	0,265	1,000
Ameliyat olan taraftaki elde kavrama gücünde azalma	5	16,7	25	83,3	3	10,0	27	90,0	3	10,0	27	90,0	0,833	0,780
Ameliyat olan taraftaki omuzun uzun süre hareketsiz kalmasına bağlı gelişen donmuş omuz	-	-	30	100,0	29	96,7	1	3,3	29	96,7	1	3,3	1,265	1,000

(n: Sayı, %: Yüzde değeri, X² : Ki-kare değeri, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 28. günde ortaya çıkan fizyolojik komplikasyonların gruplara göre karşılaştırılması Tablo 22’ de verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların sadece ameliyat olan taraf kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma değişkeni dışında (p<0,05) ağrı, yara bölgesinde kanama, hematoma, seroma, enfeksiyon, yara iyileşmesinde gecikme, ameliyat edilen bölgedeki sinir hasarına bağlı uyuşma, karıncalanma, duyuşsal bozukluk, ameliyat olan taraftaki kol kas gücünde azalma, ameliyat olan taraftaki kolda ödem olması, ameliyat olan taraftaki elde kavrama gücünde azalma, ameliyat olan taraftaki omuzun uzun süre hareketsiz kalmasına bağlı gelişen donmuş omuz değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05).

Her üç grupta ağrısı olan hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 20 çalışma grubu 2’ de % 36,7 kontrol grubunda % 30 yara bölgesinde kanama olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 0 çalışma grubu 2’ de % 0 kontrol grubunda % 0 yara bölgesinde hematoma olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 0 çalışma grubu 2’ de % 0 kontrol grubunda % 3,3 yara bölgesinde seroma gelişen hasta sayısı çalışma grubu 1 % 26,7 çalışma grubu 2 % 20 kontrol grubunda % 16,7 yara bölgesinde enfeksiyon gelişen hasta sayısı çalışma grubu 1 % 3,3 çalışma grubu 2’ de %

3,3 kontrol grubunda % 6,7 yara iyileşmesinde gecikme olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 6,7 çalışma grubu 2 % 3,3 kontrol grubunda % 6,7 ameliyat edilen bölgedeki sinir hasarına bağlı uyuşma, karıncalanma, duyuşsal bozukluk gelişen hasta sayısı çalışma grubu 1 % 53,3 çalışma grubu 2 % 60 kontrol grubunda % 53,3 ameliyat olan taraftaki kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma olan hasta sayısı, çalışma grubu 1 % 16,7 çalışma grubu 2 % 36,7 kontrol grubunda % 46,7 ameliyat olan taraftaki kol kas gücünde azalma olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 16,7 çalışma grubu 2 % 13,3 kontrol grubunda % 6,7 ameliyat olan taraftaki kolda ödem olan hasta sayısı, çalışma grubu 1 % 13,3 çalışma grubu 2 % 13,3 kontrol grubunda % 16,7 ameliyat olan taraftaki elde kavrama gücünde azalma olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 16,7 çalışma grubu 2 % 10 kontrol grubunda % 10 ameliyat olan taraftaki omuzun uzun süre hareketsiz kalmasına bağılı donmuş omuz gelişen hasta sayısı çalışma grubu 1 % 0 çalışma grubu 2' de % 96,7 kontrol grubunda % 96,7' dir.

Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2' de ve kontrol grubunda, yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların; ameliyat olan taraf kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma değişkeni karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Ameliyat olan taraftaki kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 16,7, çalışma grubu 2 % 36,7 ve kontrol grubu % 46,7' dir. Kontrol grubu hastaları; düzenli kol egzersizlerini yapmadıklarını ve kolunu fazla hareket ettirmediklerini ifade etti. Kontrol grubu hastaların çalışma 1 grubu ve çalışma 2 grubu hastalarına göre daha çok fizyolojik komplikasyon geliştiği sonucuna ulaşıldı.

Tablo 23. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 3. ay Fizyolojik Komplikasyonlar

FİZYOLOJİK KOMPLİKASYONLAR	Çalışma 1 (n:30) (UGG)		Çalışma 2 (n:30) (Tİ)		Kontrol (n:30) (Kİ)		X ²	p						
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok								
	n	%	n	%	n	%								
Ağrı	6	20,0	24	80,0	12	40,0	18	60,0	10	33,3	20	66,7	2,903	0,234
Yara Bölgesinde Kanama	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	-	-
Yara Bölgesinde Hematom (kızarıklık, ödem, ağrı, akıntı, koku)	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	-	-
Yara Bölgesinde Seroma (Açık/Berrak renk sıvı birikmesi)	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	-	-
Yara Bölgesinde Enfeksiyon	1	3,3	29	96,7	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	1,840	1,000
Yara İyileşmesinde Gecikme	2	6,7	28	93,3	1	3,3	29	96,7	1	3,3	29	96,7	0,690	1,000
Ameliyat edilen bölgedeki sinir hasarına bağlı uyuşma, karıncalanma, duyuşsal bozukluk	8	26,7	22	73,3	13	43,3	17	56,7	18	60,0	12	40,0	6,787	0,034*
Ameliyat olan taraftaki kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma	4	13,3	26	86,7	7	23,3	23	76,7	17	56,7	13	43,3	14,412	0,001*
Ameliyat olan taraftaki kol kas gücünde azalma	3	10,0	27	90,0	1	3,3	29	96,7	-	-	30	100,0	3,025	0,330
Ameliyat olan taraftaki kolda ödem olması	2	6,7	28	93,3	5	16,7	25	83,3	10	33,3	20	66,7	7,107	0,029*
Ameliyat olan taraftaki elde kavrama gücünde azalma	6	20,0	24	80,0	1	3,3	29	96,7	-	-	30	100,0	7,968	0,015*
Ameliyat olan taraftaki omuzun uzun süre hareketsiz kalmasına bağlı gelişen donmuş omuz	-	-	30	100,0	3	10,0	27	90,0	-	-	30	100,0	4,221	0,103

(n: Sayı, %: Yüzde değeri, X²: Ki-kare değeri, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 3. ayda ortaya çıkan fizyolojik komplikasyonların gruplara göre karşılaştırılması Tablo 23' te verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat edilen bölgedeki sinir hasarına bağlı uyuşma, karıncalanma, duyuşsal bozukluk, ameliyat olan taraf kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma, ameliyat olan taraftaki kolda ödem olması ve ameliyat olan taraftaki elde kavrama gücünde azalma değişkeni dışında (p<0,05) ağrı, yara bölgesinde kanama, hematom, seroma, enfeksiyon, yara iyileşmesinde gecikme, ameliyat olan taraftaki kol kas gücünde azalma, ameliyat olan taraftaki omuzun uzun süre hareketsiz kalmasına bağlı gelişen donmuş omuz değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05).

Her üç grupta ağrısı olan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 20 çalışma grubu 2' de % 40 kontrol grubunda % 33,3 yara bölgesinde kanama olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 0 çalışma grubu 2' de % 0 kontrol grubunda % 0 yara bölgesinde hematom olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 0 çalışma grubu 2' de % 0 kontrol grubunda % 0 yara bölgesinde seroma gelişen hasta sayısı çalışma grubu 1 % 0 çalışma grubu 2' de % 0 kontrol grubunda % 0 yara bölgesinde enfeksiyon gelişen hasta sayısı çalışma grubu 1 % 3,3 çalışma grubu 2' de % 0 kontrol grubunda % 0 yara iyileşmesinde gecikme olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 6,7 çalışma grubu 2 % 3,3 kontrol grubunda % 3,3 ameliyat edilen bölgedeki sinir hasarına bağlı

uyuşma, karıncalanma, duyuşsal bozukluk gelişen hasta sayısı çalışma grubu 1 % 26,7 çalışma grubu 2 % 43,3 kontrol grubunda % 60 ameliyat olan taraftaki kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 13,3 çalışma grubu 2 % 23,3 kontrol grubunda % 56,7 ameliyat olan taraftaki kol kas gücünde azalma olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 10 çalışma grubu 2 % 3,3 kontrol grubunda % 0 ameliyat olan taraftaki kolda ödem olan hasta sayısı, çalışma grubu 1 % 6,7 çalışma grubu 2 % 16,7 kontrol grubunda % 33,3 ameliyat olan taraftaki elde kavrama gücünde azalma olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 20 çalışma grubu 2 % 3,3 kontrol grubunda % 0 ameliyat olan taraftaki omuzun uzun süre hareketsiz kalmasına bağlı donmuş omuz gelişen hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 0 çalışma grubu 2' de % 10 kontrol grubunda % 0' dır.

Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat edilen bölgedeki sinir hasarına bağlı uyuşma, karıncalanma, duyuşsal bozukluk değişkeni karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Ameliyat edilen bölgedeki sinir hasarına bağlı uyuşma, karıncalanma, duyuşsal bozukluk gelişen hasta sayısı çalışma grubu 1 % 26,7 çalışma grubu 2 % 43,3 ve kontrol grubunda % 60' tır. Kontrol grubu hastaların; çalışma grubu 1 ve çalışma grubu 2 hastalarına göre daha çok fizyolojik komplikasyon geliştiği sonucuna ulaşıldı.

Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat olan taraf kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma değişkeni karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Ameliyat olan taraftaki kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 13,3 çalışma grubu 2 % 23,3 ve kontrol grubunda % 56,7' dir. Kontrol grubu hastaların çalışma 1 grubu ve çalışma 2 grubu hastalarına göre daha çok fizyolojik komplikasyon geliştiği sonucuna ulaşıldı.

Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat olan taraf kolda ödem değişkeni karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Ameliyat olan taraftaki kolda ödem olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 6,7 çalışma grubu 2 % 16,7 kontrol grubunda % 33,3' tür. Kontrol grubu hastaların çalışma grubu 1 ve çalışma grubu 2 hastalarına göre daha çok fizyolojik komplikasyon geliştiği sonucuna ulaşıldı.

Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat olan taraftaki elde kavrama gücünde azalma değişkeni karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Ameliyat olan taraftaki elde kavrama gücünde azalma olan hasta sayısı çalışma grubu 1’de % 20 çalışma grubu 2’de % 3,3 kontrol grubunda % 0’ dır. Çalışma grubu 1 hastaların çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarına göre fizyolojik komplikasyon geliştiği sonucuna ulaşıldı.

Tablo 24. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 6. ay Fizyolojik Komplikasyonlar

FİZYOLOJİK KOMPLİKASYONLAR	Çalışma 1 (n:30) (UGG)				Çalışma 2 (n:30) (Tİ)				Kontrol (n:30) (Kİ)				X ²	p
	Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ağrı	3	10,0	27	90,0	5	16,7	25	83,3	2	6,7	28	93,3	1,498	0,592
Yara Bölgesinde Kanama	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	-	-
Yara Bölgesinde Hematom (kızarıklık, ödem, ağrı, akıntı, koku)	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	-	-
Yara Bölgesinde Seroma (Açık/Berrak renk sıvı birikmesi)	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	-	-
Yara Bölgesinde Enfeksiyon	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	-	-
Yara İyileşmesinde Gecikme	-	-	30	100,0	1	3,3	29	96,7	-	-	30	100,0	1,840	1,000
Ameliyat edilen bölgedeki sinir hasarına bağlı uyuşma, karıncalanma, duyuşsal bozukluk	4	13,3	26	86,7	9	30,0	21	70,0	11	36,7	19	63,3	4,432	0,109
Ameliyat olan taraftaki kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma	2	6,7	28	93,3	4	13,3	26	86,7	3	10,0	27	90,0	0,979	0,905
Ameliyat olan taraftaki kol kas gücünde azalma	2	6,7	28	93,3	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	2,719	0,335
Ameliyat olan taraftaki kolda ödem olması	-	-	30	100,0	4	13,3	26	86,7	3	10,0	27	90,0	4,304	0,154
Ameliyat olan taraftaki elde kavrama gücünde azalma	3	10,0	27	90,0	-	-	30	100,0	-	-	30	100,0	4,221	0,106
Ameliyat olan taraftaki omuzun uzun süre hareketsiz kalmasına bağlı gelişen donmuş omuz	-	-	30	100,0	2	6,7	28	93,3	1	3,3	29	96,7	1,886	0,772

(n: Sayı, %: Yüzde değeri, X²: Ki-kare değeri, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 6. ayda ortaya çıkan fizyolojik komplikasyonların gruplara göre karşılaştırılması Tablo 24’ te verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ağrı, yara bölgesinde kanama, hematom, seroma, enfeksiyon, yara iyileşmesinde gecikme, ameliyat edilen bölgedeki sinir hasarına bağlı uyuşma, karıncalanma, duyuşsal bozukluk, ameliyat olan taraf kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma, ameliyat olan taraftaki kol kas gücünde azalma, ameliyat olan taraftaki kolda ödem olması, ameliyat olan taraftaki elde kavrama gücünde azalma, ameliyat olan taraftaki omuzun uzun süre hareketsiz kalmasına bağlı

gelişen donmuş omuz değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Her üç grupta ağrısı olan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 10 çalışma grubu 2' de % 16,7 kontrol grubunda % 6,7 yara bölgesinde kanama olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 0 çalışma grubu 2' de % 0 kontrol grubunda % 0 yara bölgesinde hematoma olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 0 çalışma grubu 2' de % 0 kontrol grubu % 0 yara bölgesinde seroma gelişen hasta sayısı çalışma grubu 1 % 0 çalışma grubu 2' de % 0 kontrol grubunda % 0 yara bölgesinde enfeksiyon gelişen hasta sayısı çalışma grubu 1 % 0 çalışma grubu 2' de % 0 kontrol grubunda % 0 yara iyileşmesinde gecikme olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 0 çalışma grubu 2' de % 0 kontrol grubu % 0 ameliyat edilen bölgedeki sinir hasarına bağlı uyuşma, karıncalanma, duyuşsal bozukluk gelişen hasta sayısı, çalışma grubu 1 % 13,3 çalışma grubu 2 % 30 kontrol grubu % 36,7 ameliyat olan taraftaki kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 6,7 çalışma grubu 2 % 13,3 kontrol grubu % 10 ameliyat olan taraftaki kol kas gücünde azalma olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 6,7 çalışma grubu 2 % 0 kontrol grubunda % 0 ameliyat olan taraftaki kolda ödem olan hasta sayısı çalışma grubu 1% 0 çalışma grubu 2 % 13,3 kontrol grubunda % 10 ameliyat olan taraftaki elde kavrama gücünde azalma olan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 10 çalışma grubu 2 % 0 kontrol grubu % 0 ameliyat olan taraftaki omuzun uzun süre hareketsiz kalmasına bağlı donmuş omuz gelişen hasta sayısı, çalışma grubu 1% 0 çalışma grubu 2' de % 6,7 kontrol grubunda % 3,3' tür.

-Psikolojik Komplikasyonlar

Tablo 25. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 3. gün Psikolojik Komplikasyonlar

PSİKOLOJİK KOMPLİKASYONLAR	Çalışma 1 (n:30) (UGG)		Çalışma 2 (n:30) (Tİ)		X ²	p				
	Var	Yok	Var	Yok						
	n	%	n	%			n	%		
Anksiyete (nedenini bilmediğiniz içinizden gelen sıkıntı hissi) var mı?	21	70,0	9	30,0	19	63,3	11	36,7	0,300	0,584
Kendinizi depresyonda (isteksizlik, sürekli uyuma, yaptığım işlerden zevk alamama) hissediyor musunuz?	16	53,3	14	46,7	10	33,3	20	66,7	2,443	0,118
Kendinize veya etrafınızdaki kişilere kızgınlık duyuyor musunuz?	5	16,7	25	83,3	-	-	30	100,0	3,491	0,062
Kendinize veya etrafınızdaki kişilere suçluluk duyuyor musunuz?	4	13,3	26	86,7	-	-	30	100,0	2,411	0,121
Hastalığınıza ve tedavi şeklinize karşı korkuyor musunuz?	27	90,0	3	10,0	23	76,7	7	23,3	1,920	0,166
Duygulanım Bozuklukları (aniden gülme, gülerken ağlama vb. gibi) yaşıyor musunuz?	4	13,3	26	86,7	1	3,3	29	96,7	0,873	0,350
Kendinizi yorgun hissediyor musunuz?	23	76,7	7	23,3	24	80,0	6	20,0	1,080	0,299
Beden algılamanız da bozulma var mı?	22	73,3	8	26,7	17	56,7	13	43,3	0,873	0,350
Beden saygınızda azalma var mı?	19	63,3	11	36,7	15	50,0	15	50,0	0,098	0,754
Cinsel istek kaybınız var mı?	13	43,3	17	56,7	11	36,7	19	63,3	1,832	0,176
Kendini toplumdan izole etmek gibi isteğiniz var mı?	23	76,7	7	23,3	22	73,3	8	26,7	0,089	0,766

(n: Sayı, %: Yüzde değeri, X² : Ki-kare değeri, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 3. günde ortaya çıkan psikolojik komplikasyonların gruplara göre karşılaştırılması Tablo 25'te verildi. Çalışma grubu 1 ve çalışma grubu 2'de yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların anksiyete, depresyon, kızgınlık, suçluluk, hastalık ve tedavi şekline karşı korku, duygulanım bozukluğu, yorgunluk, beden algısında bozulma, beden saygısında bozulma, cinsel istek kaybı, kendini toplumdan izole etmek gibi değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı bulundu (p>0,05).

Her iki grupta anksiyetesi olan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 70 çalışma grubu 2' de % 63,3 kendini depresyonda hissedilen hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 53,3 çalışma grubu 2' de % 33,3 kendine veya etrafındaki kişilere kızgınlık duyan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 16,7 çalışma grubu 2' de % 0 kendine veya etrafındaki kişilere suçluluk duyan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 13,3 çalışma grubu 2' de % 0 hastalığa ve tedavi şekline karşı korku duyan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 90 çalışma grubu 2' de % 76,7 duygulanım bozukluğu yaşayan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 13,3 çalışma grubu 2' de % 3,3 kendini yorgun

hisseden hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 76,7 çalışma grubu 2' de % 80 beden algısı bozulan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 73,3 çalışma grubu 2' de % 56,7 beden saygısı bozulan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 63,3 çalışma grubu 2' de % 50 cinsel istek kaybı olan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 43,3 çalışma grubu 2' de % 36,7 kendini toplumdan izole etmek isteyen hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 76,7 çalışma grubu 2' de % 73,3 tür.

Tablo 26. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 28. gün Psikolojik Komplikasyonlar

PSİKOLOJİK KOMPLİKASYONLAR	Çalışma 1 (n:30) (UGG)		Çalışma 2 (n:30) (Tİ)		Kontrol (n:30) (Kİ)		X ²	p						
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok								
	n	%	n	%	n	%								
Anksiyete (nedenini bilmediğiniz içinizden gelen sıkıntı hissi) var mı?	18	60,0	12	40,0	18	60,0	25	83,3	5	16,7	4,986	0,083		
Kendinizi depresyonda (isteksizlik, sürekli uyuma, yaptığın işlerden zevk alamama) hissediyor musunuz?	4	13,3	26	86,7	9	30,0	21	70,0	18	60,0	12	40,0	14,861 0,001*	
Kendinize veya etrafınızdaki kişilere kızgınlık duyuyor musunuz?	2	6,7	28	93,3	1	3,3	29	96,6	4	13,3	26	86,7	3,716	0,496
Kendinize veya etrafınızdaki kişilere suçluluk duyuyor musunuz?	3	10,0	27	90,0	1	3,3	29	96,7	4	13,3	26	86,7	1,938	0,524
Hastalığınıza ve tedavi şeklinize karşı korkuyor musunuz?	27	90,0	3	10,0	27	90,0	3	10,0	26	86,7	4	13,3	0,328	1,000
Duygulanım Bozuklukları (aniden gülme, gülerken ağlama vb. gibi) yaşıyor musunuz?	2	6,7	28	93,3	5	16,7	25	83,3	4	13,3	26	86,7	1,482	0,607
Kendinizi yorgun hissediyor musunuz?	26	86,7	4	13,3	27	90,0	3	10,0	25	83,3	5	16,7	0,635	0,924
Beden algılamanız da bozulma var mı?	17	56,7	13	43,3	12	40,0	18	60,0	16	53,3	14	46,7	1,867	0,500
Beden saygınızda azalma var mı?	16	53,3	14	46,7	9	30,0	21	70,0	17	56,7	13	43,3	5,089	0,079
Cinsel istek kaybınız var mı?	4	13,3	26	86,7	12	40,0	18	60,0	14	46,7	16	53,3	8,400 0,015*	
Kendini toplumdan izole etmek gibi isteğiniz var mı?	16	53,3	14	46,7	24	80,0	6	20,0	25	83,3	5	16,7	8,086 0,018*	

(n: Sayı, %: Yüzde değeri, X²: Ki-kare değeri, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 28. günde ortaya çıkan psikolojik komplikasyonların gruplara göre karşılaştırılması Tablo 26'da verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların sadece depresyon, cinsel istek kaybı ve kendini toplumdan izole etmek değişkeni dışında (p<0,05), anksiyete, kızgınlık, suçluluk, hastalık ve tedavi şekline karşı korku, duygulanım bozukluğu, yorgunluk, beden algısında bozulma, beden saygısında azalma değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05).

Her üç grupta anksiyetesi olan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 60 çalışma grubu 2' de % 60 kontrol grubunda % 83,3 kendini depresyonda hissedilen hasta sayısı çalışma grubu 1 % 13,3 çalışma grubu 2' de % 60 kontrol grubunda % 60 kendine veya etrafındaki kişilere kızgınlık duyan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 6,7 çalışma grubu 2' de % 3,3 kontrol grubunda % 13,3 kendine veya etrafındaki kişilere suçluluk duyan hasta sayısı, çalışma grubu 1 % 10 çalışma grubu 2' de % 3,3 kontrol grubunda % 13,3 hastalığa ve tedavi şekline karşı korku

duyan hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 90 çalışma grubu 2’ de % 90 kontrol grubunda % 86,7 duygulanım bozukluğu yaşayan hasta sayısı, çalışma grubu 1 % 6,7 çalışma grubu 2’ de % 16,7 kontrol grubunda % 13,3 kendini yorgun hisseden hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 86,7 çalışma grubu 2’ de % 90 kontrol grubunda % 83,3 beden algısı bozulan hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 56,7 çalışma grubu 2’ de % 40 kontrol grubunda % 53,3 beden saygısı azalan hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 53,3 çalışma grubu 2’ de % 30 kontrol grubunda % 56,7 cinsel istek kaybı olan hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 13,3 çalışma grubu 2’ de % 40 kontrol grubunda % 46,7 kendini toplumdan izole etmek isteyen hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 53,3 çalışma grubu 2’ de % 80 kontrol grubunda %83,3’tür.

Çalışma grubu 1 ve çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların; depresyon değişkeni karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Kendini depresyonda hisseden hasta sayısı çalışma grubu 1 ve çalışma grubu 2’ de % 0 kontrol grubunda % 3,3’ tür. Kontrol grubu hastaların; çalışma grubu 1 ve çalışma grubu 2 hastalarına göre daha çok psikolojik komplikasyon geliştiği sonucuna ulaşıldı.

Tablo 27. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 3. ay Psikolojik Komplikasyonlar

PSİKOLOJİK KOMPLİKASYONLAR	Çalışma 1 (n:30) (UGG)		Çalışma 2 (n:30) (Tİ)				Kontrol (n:30) (Kİ)				X ²	p		
	Var		Yok		Var		Yok		Var				Yok	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			n	%
Anksiyete (nedenini bilmediğiniz içinizden gelen sıkıntı hissi) var mı?	16	53,3	14	46,7	18	60,0	12	40,0	19	63,3	11	36,7	0,643	0,725
Kendinizi depresyonda (isteksizlik, sürekli uyuma, yaptığınız işlerden zevk alamama) hissediyor musunuz?	8	26,7	22	73,3	17	56,7	13	43,3	8	26,7	22	73,3	7,751	0,021*
Kendinize veya etrafınızdaki kişilere kızgınlık duyuyor musunuz?	-	-	30	100,0	1	3,3	29	96,7	3	10,0	27	90,0	3,025	0,330
Kendinize veya etrafınızdaki kişilere suçluluk duyuyor musunuz?	-	-	30	100,0	2	6,7	28	93,3	1	3,3	29	96,7	1,886	0,766
Hastalığınıza ve tedavi şeklinize karşı korkuyor musunuz?	14	46,7	16	53,3	23	76,7	7	23,3	26	86,7	4	13,3	12,381	0,002*
Duygulanım Bozuklukları (aniden gülme, gülerken ağlama vb. gibi) yaşıyor musunuz?	2	6,7	28	93,3	3	10,0	27	90,0	3	10,0	27	90,0	0,408	1,000
Kendinizi yorgun hissediyor musunuz?	28	93,3	2	6,7	24	80,0	6	20,0	27	90,0	3	10,0	2,446	0,369
Beden algılamanız da bozulma var mı?	11	36,7	19	63,3	7	23,3	23	76,7	13	43,3	17	56,7	2,756	0,252
Beden saygınızda azalma var mı?	11	36,7	19	63,3	9	30,0	21	70,0	13	43,3	17	56,7	1,148	0,563
Cinsel istek kaybınız var mı?	2	6,7	28	93,3	9	30,0	21	70,0	9	30,0	21	70,0	6,300	0,043*
Kendini toplumdan izole etmek gibi isteğiniz var mı?	15	50,0	15	50,0	18	60,0	12	40,0	27	90,0	3	10,0	11,700	0,003*

(n: Sayı, %: Yüzde değeri, X²: Ki-kare değeri, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 3. ayda ortaya çıkan psikolojik komplikasyonların gruplara göre karşılaştırılması Tablo 27’de verildi. Çalışma grubu 1, çalışma

grubu 2 kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların hastalığa ve tedavi şekline karşı korku, cinsel istek kaybı, kendini toplumdan izole etmek değişkeni dışında ($p<0,05$) anksiyete, depresyon, kızgınlık, suçluluk, duygulanım bozukluğu, yorgunluk, beden algısında bozulma, beden saygısında azalma, değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Her üç grupta anksiyetesi olan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 53,3 çalışma grubu 2' de % 60 kontrol grubunda % 63,3 kendini depresyonda hisseden hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 26,7 çalışma grubu 2' de % 56,7 kontrol grubunda % 26,7 kendine veya etrafındaki kişilere kızgınlık duyan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 0 çalışma grubu 2'de % 3,3 kontrol grubunda % 10 kendine veya etrafındaki kişilere suçluluk duyan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 0 çalışma grubu 2' de % 6,7 kontrol grubunda % 3,3 hastalığa ve tedavi şekline karşı korku duyan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 46,7 çalışma grubu 2' de % 76,7 kontrol grubunda % 86,7 duygulanım bozukluğu yaşayan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 6,7 çalışma grubu 2' de % 10 kontrol grubunda % 10 kendini yorgun hisseden hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 93,3 çalışma grubu 2' de % 80 kontrol grubunda % 90 beden algısı bozulan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 36,7 çalışma grubu 2' de % 23,3 kontrol grubunda % 43,3 beden saygısı azalan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 36,7 çalışma grubu 2' de % 30 kontrol grubunda % 43,3 cinsel istek kaybı olan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 6,7 çalışma grubu 2' de % 30 kontrol grubunda % 30 kendini toplumdan izole etmek isteyen hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 50 çalışma grubu 2' de % 60 kontrol grubu % 90'dır.

Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların hastalığa ve tedavi şekline karşı korku değişkeni karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Hastalığa ve tedavi şekline karşı korku duyan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 46,7 çalışma grubu 2' de % 76,7 kontrol grubunda % 86,7' dir. Kontrol grubu hastaların çalışma 1 grubu ve çalışma 2 grubu hastalarına göre daha çok psikolojik komplikasyon geliştiği sonucuna ulaşıldı.

Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların cinsel istek kaybı değişkeni karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Cinsel istek kaybı olan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 6,7 çalışma grubu 2' de % 30 kontrol grubunda % 30' dur. Kontrol grubu hastaların; çalışma 1 grubu ve çalışma 2 grubu hastalarına göre daha çok psikolojik komplikasyon geliştiği sonucuna ulaşıldı.

Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların kendini toplumdans izole etmek değişkeni karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Kendini toplumdans izole etmek isteyen hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 50 çalışma grubu 2’ de % 60 kontrol grubunda % 90’ dır. Kontrol grubu hastaların çalışma 1 grubu ve çalışma 2 grubu hastalarına göre daha çok psikolojik komplikasyon geliştiği sonucuna ulaşıldı.

Tablo 28. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 6. ay Psikolojik Komplikasyonlar

PSİKOLOJİK KOMPLİKASYONLAR	Çalışma 1 (n:30) (UGG)		Çalışma 2 (n:30) (Tİ)		Kontrol (n:30) (Kİ)		X ²	p						
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok								
	n	%	n	%	n	%								
Anksiyete (nedenini bilmediğiniz içinizden gelen sıkıntı hissi) var mı?	12	40,0	18	60,0	7	23,3	23	76,7	9	30,0	21	70,0	1,970	0,373
Kendinizi depresyonda (isteksizlik, sürekli uyuma, yaptığınız işlerden zevk alamama) hissediyor musunuz?	3	10,0	27	90,0	8	26,7	22	73,3	9	30,0	21	70,0	3,986	0,136
Kendinize veya etrafınızdaki kişilere kızgınlık duyuyor musunuz?	1	3,3	29	96,7	1	3,3	29	96,7	1	3,3	29	96,7	0,000	1,0000
Kendinize veya etrafınızdaki kişilere suçluluk duyuyor musunuz?	2	6,7	28	93,3	2	6,7	28	93,3	2	6,7	28	93,3	0,221	1,000
Hastalığınızın ve tedavi şeklinize karşı korkuyor musunuz?	4	13,3	26	86,7	9	30,0	21	70,0	17	56,7	13	43,3	12,900	0,002*
Duygulanım Bozuklukları (anıden gülme, gülerken ağlama vb. gibi) yaşıyor musunuz?	4	13,3	26	86,7	3	10,0	27	90,0	-	-	30	100,0	4,304	0,154
Kendinizi yorgun hissediyor musunuz?	18	60,0	12	40,0	20	66,7	10	33,3	20	66,7	10	33,3	0,420	0,888
Beden algılamanız da bozulma var mı?	8	26,7	22	73,3	7	23,3	23	76,7	8	26,7	22	73,3	0,117	0,943
Beden saygınızda azalma var mı?	7	23,3	23	76,7	5	16,7	25	83,3	9	30,0	21	70,0	1,491	0,475
Cinsel istek kaybınız var mı?	1	3,3	29	96,7	5	16,7	25	83,3	5	16,7	25	83,3	3,533	0,215
Kendini toplumdans izole etmek gibi isteğiniz var mı?	6	20,0	24	80,0	13	43,3	17	56,7	20	66,7	10	33,3	13,303	0,001*

(n: Sayı, %: Yüzde değeri, X²: Ki-kare değeri, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik izlem)

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 6. ayda ortaya çıkan psikolojik komplikasyonların gruplara göre karşılaştırılması Tablo 28’de verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların hastalığa ve tedavi şekline karşı korku, kendini toplumdans izole etmek değişkeni dışında ($p<0,05$) anksiyete, depresyon, kızgınlık, suçluluk, duygulanım bozukluğu, yorgunluk, beden algısında bozulma, beden saygısında azalma, cinsel istek kaybı değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Her üç grupta anksiyetesi olan hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 40 çalışma grubu 2’ de % 23,3 kontrol grubunda % 30 kendini depresyonda hisseden hasta sayısı, çalışma grubu 1’ de % 10 çalışma grubu 2’ de % 26,7 kontrol grubunda % 30 kendine veya etrafındaki kişilere kızgınlık duyan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 3,3 çalışma grubu 2’ de % 3,3 kontrol grubunda

% 3,3 kendine veya etrafındaki kişilere suçluluk duyan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 6,7 çalışma grubu 2' de % 6,7 kontrol grubunda % 6,7 hastalığa ve tedavi şekline karşı korku duyan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 13,3 çalışma grubu 2' de % 30 kontrol grubunda % 56,7 duygulanım bozukluğu yaşayan hasta sayısı çalışma grubu 1 % 13,3 çalışma grubu 2' de % 10 kontrol grubunda % 0 kendini yorgun hisseden hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 60 çalışma grubu 2' de % 66,7 kontrol grubunda % 66,7 beden algısı bozulan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 26,7 çalışma grubu 2' de % 23,3 kontrol grubunda % 26,7 beden saygısı azalan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 23,3 çalışma grubu 2' de % 16,7 kontrol grubu % 30 cinsel istek kaybı olan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 3,3 çalışma grubu 2' de % 16,7 kontrol grubu % 16,7 kendini toplumdandan izole etmek isteyen hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 20 çalışma grubu 2' de % 43,3 kontrol grubu % 66,7' dir.

Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların; hastalığa ve tedavi şekline karşı korku değişkeni karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Hastalığa ve tedavi şekline karşı korku duyan hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 13,3 çalışma grubu 2' de % 30 kontrol grubu % 56,7' dir. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 kontrol grubu hastalarda psikolojik komplikasyon geliştiği sonucuna ulaşıldı.

Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların; kendini toplumdandan izole etmek değişkeni karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Kendini toplumdandan izole etmek isteyen hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 20 çalışma grubu 2' de % 43,3 kontrol grubu % 66,7'dir. Kontrol grubu hastalarında; çalışma 1 grubu ve çalışma 2 grubu hastalarına göre daha çok psikolojik komplikasyon geliştiği sonucuna ulaşıldı.

-Sosyal Komplikasyonlar

Tablo 29. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 3. gün Sosyal Komplikasyonlar

SOSYAL YAŞAM KOMPLİKASYONLAR	Çalışma 1 (n:30) (UGG)		Çalışma 2 (n:30) (Tİ)		X ²	p				
	Var	Yok	Var	Yok						
	n	%	n	%						
Ailede meydana gelen rol değişiklikleri var mı?	28	93,3	2	6,7	24	80,0	6	20,0	1,298	0,255
Hastanın yapması gereken sorumluluklarını yerine getirememe durumu var mı?	26	86,7	4	13,3	26	86,7	4	13,3	0,000	1,000
Çalışmayan kişi ile gelir kaynaklarında azalma var mı?	25	83,3	5	16,7	26	86,7	4	13,3	0,000	1,000
Hastalık nedeni ile artan giderleri karşılamada zorluklar var mı?	27	90,0	3	10,0	24	80,0	6	20,0	0,523	0,470
Uygun giysi bulmada güçlük yaşıyor mu?	16	53,3	14	46,7	13	43,3	17	56,7	0,601	0,438

(n: Sayı, %: Yüzde değeri, X²: Ki-kare değeri, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 3. günde ortaya çıkan sosyal komplikasyonların gruplara göre karşılaştırılması Tablo 29’da verildi. Çalışma grubu 1 çalışma grubu 2’de yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ailede meydana gelen rol değişiklikleri hastanın yapması gereken sorumlulukları yerine getirememe, çalışmayan kişi ile gelir kaynaklarında azalma, hastalık nedeni ile artan giderleri karşılamada zorluk, uygun giysi bulmada güçlük gibi değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptandı (p>0,05).

Her iki grupta ailede rol değişikliği gelişen hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 93,3 çalışma grubu 2’ de % 80 yapması gereken sorumlulukları yerine getiremeyen hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 86,7 çalışma grubu 2’ de % 86,7 çalışmayan kişi ve gelir kaynaklarında azalma durumu, çalışma grubu 1’ de % 83,3 çalışma grubu 2’ de % 86,7 hastalık nedeni ile artan giderleri karşılamada zorluk yaşayan hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 90 çalışma grubu 2’ de % 80 uygun giysi bulmada güçlük yaşayan hasta sayısı, çalışma grubu 1’ de % 53,3 çalışma grubu 2’ de % 43,3’ tür.

Tablo 30. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 28. gün Sosyal Komplikasyonlar

SOSYAL YAŞAM KOMPLİKASYONLAR	Çalışma 1 (n:30) (UGG)		Çalışma 2 (n:30) (Tİ)		Kontrol (n:30) (Kİ)		X ²	p						
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok								
	n	%	n	%	n	%								
Ailede meydana gelen rol değişiklikleri var mı?	18	60,0	12	40,0	14	46,7	16	53,3	15	50,0	15	50,0	1,158	0,591
Hastanın yapması gereken sorumluluklarını yerine getirememe durumu var mı?	8	26,7	22	73,3	6	20,0	24	80,0	7	23,3	23	76,7	0,373	0,830
Çalışamayan kişi ile gelir kaynaklarında azalma var mı?	22	73,3	8	26,7	21	70,0	9	30,0	24	80,0	6	20,0	0,818	0,664
Hastalık nedeni ile artan giderleri karşılamada zorluklar var mı?	20	66,7	10	33,3	17	56,7	13	43,3	24	80,0	6	20,0	3,765	0,152
Uygun giysi bulmada güçlük yaşıyor mu?	10	33,3	20	66,7	3	10,0	27	90,0	7	23,3	23	76,7	4,757	0,093

(n: Sayı, %: Yüzde değeri, X²: Ki-kare değeri, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 28. günde ortaya çıkan sosyal komplikasyonların gruplara göre karşılaştırılması Tablo 30’da verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 kontrol grubunda yer alan tüm hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ailede meydana gelen rol değişiklikleri, hastanın yapması gereken sorumluluklarını yerine getirememe, çalışamayan kişi ile gelir kaynaklarında azalma, hastalık nedeni ile artan giderleri karşılamada zorluk, uygun giysi bulmada güçlük, değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05).

Her üç grupta ailede rol değişikliği gelişen hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 60 çalışma grubu 2’ de % 46,7 kontrol grubunda % 50 yapması gereken sorumlulukları yerine getiremeyen hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 26,7 çalışma grubu 2’ de % 20 kontrol grubunda % 23,3 çalışamayan kişi ve gelir kaynaklarında azalma durumu çalışma grubu 1’ de % 73,3 çalışma grubu 2’ de % 70 kontrol grubunda % 80 hastalık nedeni ile artan giderleri karşılamada zorluk yaşayan hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 66,7 çalışma grubu 2’ de % 56,7 kontrol grubunda % 80 uygun giysi bulmada güçlük yaşayan hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 33,3 çalışma grubu 2’ de %10 kontrol grubunda % 23,3’tür.

Tablo 31. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 3. ay Sosyal Komplikasyonlar

SOSYAL YAŞAM KOMPLİKASYONLAR	Çalışma 1 (n:30) (UGG)		Çalışma 2 (n:30) (Tİ)		Kontrol (n:30) (Kİ)		X ²	p						
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok								
	n	%	n	%	n	%								
Ailede meydana gelen rol değişiklikleri var mı?	13	43,3	17	56,7	11	36,7	19	63,3	17	56,7	13	43,3	2,509	0,285
Hastanın yapması gereken sorumluluklarını yerine getirememe durumu var mı?	6	20,0	24	80,0	5	16,7	25	83,3	7	23,3	23	76,7	0,417	0,812
Çalışmayan kişi ile gelir kaynaklarında azalma var mı?	16	53,3	14	46,7	16	53,3	14	46,7	22	73,3	8	26,7	3,355	0,225
Hastalık nedeni ile artan giderleri karşılamada zorluklar var mı?	17	56,7	13	43,3	14	46,7	16	53,3	17	56,7	13	43,3	0,804	0,669
Uygun giysi bulmada güçlük yaşıyor mu?	6	20,0	24	80,0	-	-	30	100,0	2	6,7	28	93,3	7,056	0,026*

(n: Sayı, %: Yüzde değeri, X²: Ki-kare değeri, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 3. ayda ortaya çıkan sosyal komplikasyonların gruplara göre karşılaştırılması Tablo 31’ de verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların uygun giysi bulmada güçlük değişkeni dışında (p<0,05) ailede meydana gelen rol değişiklikleri hastanın yapması gereken sorumluluklarını yerine getirememe çalışmayan kişi ile gelir kaynaklarında azalma hastalık nedeni ile artan giderleri karşılamada zorluk değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Her üç grupta ailede rol değişikliği gelişen hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 43,3 çalışma grubu 2’ de % 36,7 kontrol grubunda % 56,7 yapması gereken sorumlulukları yerine getiremeyen hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 20 çalışma grubu 2’ de % 16,7 kontrol grubunda % 23,3 çalışmayan kişi ve gelir kaynaklarında azalma durumu çalışma grubu 1’ de % 53,3 çalışma grubu 2’ de % 53,3 kontrol grubunda % 73,3 hastalık nedeni ile artan giderleri karşılamada zorluk yaşayan hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 56,7 çalışma grubu 2’ de % 46,7 kontrol grubunda % 56,7 uygun giysi bulmada güçlük yaşayan hasta sayısı çalışma grubu 1’ de % 20 çalışma grubu 2’ de % 0 kontrol grubunda % 6,7’ dir.

Tablo 32. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 ve kontrol grubu hastalarda Ameliyat Sonrası 6. ay Sosyal Komplikasyonlar

SOSYAL YAŞAM KOMPLİKASYONLAR	Çalışma 1 (n:30) (UGG)		Çalışma 2 (n:30) (Tİ)		Kontrol (n:30) (Kİ)		X ²	p						
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok								
	n	%	n	%	n	n								
Ailede meydana gelen rol değişiklikleri var mı?	5	16,7	25	83,3	6	20,0	24	80,0	6	20,0	24	80,0	0,145	0,930
Hastanın yapması gereken sorumluluklarını yerine getirememe durumu var mı?	1	3,3	29	96,7	1	3,3	29	96,7	4	13,3	26	86,7	2,632	0,357
Çalışmayan kişi ile gelir kaynaklarında azalma var mı?	11	36,7	19	63,3	11	36,7	19	63,3	12	40,0	18	60,0	0,095	0,954
Hastalık nedeni ile artan giderleri karşılamada zorluklar var mı?	12	40,0	18	60,0	11	36,7	19	63,3	9	30,0	21	70,0	0,679	0,712
Uygun giysi bulmada güçlük yaşıyor mu?	4	13,3	26	86,7	-	-	30	100,0	3	10,0	27	90,0	4,304	0,154

(n: Sayı, %: Yüzde değeri, X² : Ki-kare değeri, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem, Kİ: Klinik İzlem)

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 6. ayda ortaya çıkan sosyal komplikasyonların gruplara göre karşılaştırılması Tablo 32’ de verildi. Çalışma grubu 1, çalışma grubu 2 kontrol grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ailede meydana gelen rol değişiklikleri, hastanın yapması gereken sorumluluklarını yerine getirememe, çalışmayan kişi ile gelir kaynaklarında azalma, hastalık nedeni ile artan giderleri karşılamada zorluk, uygun giysi bulmada güçlük, değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Her üç grupta; ailede rol değişikliği gelişen hasta sayısı, çalışma grubu 1 % 16,7 çalışma grubu 2’ de % 20 kontrol grubunda % 20 yapması gereken sorumlulukları yerine getiremeyen hasta sayısı, çalışma grubu 1’ de % 3,3 çalışma grubu 2’ de % 3,3 kontrol grubunda % 13,3 çalışmayan kişi ve gelir kaynaklarında azalma durumu çalışma grubu 1’ de % 36,7 çalışma grubu 2’ de % 36,7 kontrol grubunda % 40 hastalık nedeni ile artan giderleri karşılamada zorluk yaşayan hasta sayısı, çalışma grubu 1’ de % 40 çalışma grubu 2’ de % 36,7 kontrol grubunda % 30 uygun giysi bulmada güçlük yaşayan hasta sayısı, çalışma grubu 1 % 13,3 çalışma grubu 2’ de % 0 kontrol grubunda % 10’ dur.

11. Çalışma grubu 1 ve Çalışma grubu 2 Hastaların Ameliyat Sonrası Uzaktan Değerlendirme

Tablo 33. Çalışma grubu 1 ve Çalışma grubu 2 Hastaları Ameliyat Sonrası **3. gün Uzaktan Değerlendirme**

Uzaktan Değerlendirme Dağılımları		Gün 3				X ²	p
		Çalışma 1 (n:30) (UGG)		Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			
		n	%	n	%		
Ağrı Yönetimi	Ağrı Var	Var	24	80,0	25	83,3	0,111 0,739
	Ağrı Yok	Yok	6	20,0	5	16,7	
Yara Bakımı	Pansuman açıldığında yaranın durumu(cilt rengi, şişlik, kızarıklık, akıntı, gibi) değerlendirildi.	Yok	24	80,0	24	80,0	0,000 0,1000
Yönetimi		Var	6	20,0	6	20,0	
Dren Takibi ve Yönetimi	Drenden gelen sıvının rengi hastaya sorularak takip edildi.	Yok	15	50,0	10	33,3	2,152 0,588
		Kanlı	1	3,3	2	6,7	
		Kanlı-Seröz	5	16,7	8	26,7	
		Seröz	9	30,0	10	33,3	
Drenden Gelen Sıvı Miktarı	Var	15	50,0	20	66,7	1,714 0,190	
	Yok	15	50,0	10	33,3		
Beslenme Yönetimi	Yeterli ve Dengeli beslenmektedir.	Evet	30	100,0	28	93,3	0,517 0,472
		Hayır	-	-	2	6,7	
	Yetersiz beslenmektedir. (iştahsızlık, bulantı, kusma vb sorunlar)	İştahsızlık	6	20,0	11	36,7	3,497 0,233
		Bulantı	-	-	1	3,3	
		Kusma	1	3,3	1	3,3	
Yok	23	76,7	17	56,7			
Günlük yaşam	Banyo	Evet	-	-	4	13,3	2,286 0,038*
		Hayır	30	100,0	26	86,7	
Aktiviteleriniz	Seyahat	Evet	3	10,0	10	33,3	4,812 0,028*
		Hayır	27	90,0	20	66,7	

(n: Sayı, %: Yüzde değeri, X² : Ki-kare değeri, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem)

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 3. gün uzaktan değerlendirme dağılımları Tablo 33' de verildi. Çalışma grubu 1 ve çalışma grubu 2'de yer alan tüm hastalar değerlendirildiğinde, günlük yaşam aktivite yönetiminde banyo ve seyahat değişkenleri dışında (p<0,05) ağrı, yara bakım, dren, beslenme yönetimi değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Her iki grupta ağrısı olan hasta sayısı, çalışma grubu 1'de % 80 çalışma grubu 2'de % 83,3 drenen sıvı gelen hasta sayısı, çalışma grubu 1'de % 50 çalışma grubu 2' de % 66,7 yeterli ve dengeli beslenen hasta sayısı çalışma grubu 1' de % 100 çalışma grubu 2'de % 93,3 banyo yapan hasta sayısı çalışma grubu 1'de % 0 çalışma grubu 2'de % 13,3 seyahat eden hasta sayısı çalışma grubu 1'de % 10 çalışma grubu 2'de % 33,3' tür.

Tablo 34. Çalışma grubu 1 ve Çalışma grubu 2 Hastaları Ameliyat Sonrası 28. Gün Uzaktan Değerlendirme

Uzaktan Değerlendirme Dağılımları			Gün 28				X ²	p
			Çalışma 1 (n:30) (UGG)		Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			
			n	%	n	%		
Ağrı Yönetimi	Ağrı Var	Var	11	36,7	19	63,3	4,267	0,039*
		Yok	19	63,3	11	36,7		
Yara Bakımı Yönetimi	Pansuman açıldığında yaranın durumu(cilt rengi, şişlik, kızarıklık, akıntı, gibi) değerlendirildi.	Yok	30	100,0	30	100,0	-	-
Dren Takibi ve Yönetimi	Drenden gelen sıvının rengi hastaya sorularak takip edildi.	Yok	30	100,0	30	100,0	-	-
		Kanlı	-	-	-	-		
		Kanlı-Seröz	-	-	-	-		
		Seröz	-	-	-	-		
	Drenden Gelen Sıvı Miktarı	Var	-	-	-	-	-	-
		Yok	30	100,0	30	100,0		
Beslenme Yönetimi	Yeterli ve dengeli beslenmektedir.	Evet	30	100,0	27	90,0	1,404	0,236
		Hayır	-	-	3	10,0		
	Yetersiz beslenmektedir. (iştahsızlık, bulantı, kusma vb sorunlar)	İştahsızlık	4	13,3	11	36,7	16,078	0,001*
		Bulantı	2	6,7	10	33,3		
		Kusma	1	3,3	1	3,3		
Yok		23	76,7	8	26,7			
Günlük yaşam Aktiviteleriniz	Banyo	Evet	30	100,0	29	96,7	0,000	0,313
		Hayır	-	-	1	3,3		
	Seyahat	Evet	28	93,3	29	96,7	0,000	1,000
		Hayır	2	6,7	1	3,3		
	Cinsellik	Evet	16	53,3	18	60,0	0,271	0,602
		Hayır	14	46,7	12	40,0		
İlaç Kullanımı	Evet	7	23,3	10	33,3	0,739	0,390	
	Hayır	23	76,7	20	66,7			

(n: Sayı, %: Yüzde değeri, X² : Ki-kare değeri, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem)

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 28. gün uzaktan değerlendirme dağılımları Tablo 34’te verildi. Çalışma grubu 1 çalışma grubu 2’de yer alan tüm hastalar değerlendirildiğinde ağrı yönetimi, beslenme yönetimi değişkeni dışında (p<0,05); ağrı, yara bakımı, dren takibi, günlük yaşam aktivite yönetimi değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Her iki grupta ağrısı olan hasta sayısı, çalışma grubu 1’de % 36,7 çalışma grubu 2’de % 63,3 drenen sıvı gelen hasta sayısı çalışma grubu 1’de % 0 çalışma grubu 2’de % 0 yeterli ve dengeli beslenen hasta sayısı çalışma grubu 1’de % 100 çalışma grubu 2’de % 90 iştahsız olan hasta sayısı çalışma grubu 1’de % 13,3 çalışma grubu 2’de % 36,7 banyo yapan hasta sayısı çalışma grubu 1’de % 100 çalışma grubu 2’de % 96,7 seyahat eden hasta sayısı çalışma grubu 1’de % 93,3 çalışma grubu 2’de % 96,7 cinsel aktivitede bulunan hasta sayısı çalışma grubu

1’de % 53,3 çalışma grubu 2’de % 60 ilaç kullanan hasta sayısı çalışma grubu 1’de % 23,3 çalışma grubu 2’de % 33,3’ tür.

Çalışma grubu 1 çalışma grubu 2’ de yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların beslenme yönetimi değişkeni karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). İştahsızlık bulgusuna bağlı yetersiz beslenen hasta sayısı çalışma grubu 1’de % 13,3 çalışma grubu 2’de % 36,7’ dir. Çalışma grubu 2 hastalarının çalışma grubu 1 hastalarına göre yetersiz beslendiği sonucuna ulaşıldı.

Tablo 35. Çalışma grubu 1 ve Çalışma grubu 2 Hastaları Ameliyat Sonrası **3. ay Uzaktan Değerlendirme**

Uzaktan Değerlendirme Dağılımları			Ay 3				X ²	p			
			Çalışma 1 (n:30) (UGG)		Çalışma 2 (n:30) (Tİ)						
			n	%	n	%					
Ağrı Yönetimi	Ağrı Var	Var	5	16,7	9	30,0	1,491	0,222			
		Yok	25	83,3	21	70,0					
Beslenme Yönetimi	Yeterli ve Dengeli beslenmektedir.	Evet	29	96,7	23	76,7	3,606	0,058			
		Hayır	1	3,3	7	23,3					
		Yetersiz beslenmektedir.	İştahsızlık	9	30,0	14			46,7	5,052	0,173
		(iştahsızlık, bulantı, kusma vb sorunlar)	Bulantı	9	30,0	4			13,3		
		Kusma	1	3,3	4	13,3					
Yok	11	36,7	8	26,7							
Günlük yaşam Aktiviteleriniz	Banyo	Evet	30	100,0	30	100,0	-	-			
		Hayır	-	-	-	-					
	Seyahat	Evet	26	86,7	28	93,3	0,185	0,667			
		Hayır	4	13,3	2	6,7					
	Cinsellik	Evet	16	53,3	20	66,7	1,111	0,292			
		Hayır	14	46,7	10	33,3					
	İlaç Kullanımı	Evet	15	50,0	12	40,0	0,606	0,436			
		Hayır	15	50,0	18	60,0					

(n: Sayı, %: Yüzde değeri, X² : Ki-kare değeri, p: p değeri, * $p<0,05$, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem)

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 3. ay uzaktan değerlendirme dağılımları Tablo 35’te verildi. Çalışma grubu 1 ve çalışma grubu 2’de yer alan tüm hastalar değerlendirildiğinde ağrı, beslenme, günlük yaşam aktivite yönetimi değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Her iki grupta ağrısı olan hasta sayısı çalışma grubu 1’de % 16,7 çalışma grubu 2’de % 30 yeterli ve dengeli beslenen hasta sayısı çalışma grubu 1’de % 96,7 çalışma grubu 2’de % 76,7 iştahsız olan hasta sayısı çalışma grubu 1’de % 30 çalışma grubu 2’de % 46,7 banyo yapan hasta sayısı çalışma grubu 1’de % 100 çalışma grubu 2’de % 100 seyahat eden hasta sayısı

çalışma grubu 1’de % 86,7 çalışma grubu 2’de % 93,3 cinsel aktivitede bulunan hasta sayısı çalışma grubu 1’de % 53,3 çalışma grubu 2’de % 66,7 ilaç kullanan hasta sayısı, çalışma grubu 1’de % 50 çalışma grubu 2’de % 40’ tır.

Tablo 36. Çalışma grubu 1 ve Çalışma grubu 2 Hastaları Ameliyat Sonrası **6. ay Uzaktan Değerlendirme**

Uzaktan Değerlendirme Dağılımları				Ay 6				X ²	p
				Çalışma 1 (n:30) (UGG)		Çalışma 2 (n:30) (Tİ)			
				n	%	n	%		
Ağrı Yönetimi	Ağrı Var	Var		3	10,0	5	16,7	0,144	0,704
		Yok		27	90,0	25	83,3		
Beslenme Yönetimi	Yeterli ve dengeli beslenmektedir.	Evet		30	100,0	25	83,3	3,491	0,062
		Hayır		-	-	5	16,7		
	Yetersiz beslenmektedir. (iştahsızlık, bulantı, kusma vb sorunlar)	İştahsızlık		9	30,0	7	23,3	2,858	0,436
		Bulantı		1	3,3	4	13,3		
		Kusma		1	3,3	-	-		
Yok		19	63,3	19	63,3				
Günlük yaşam Aktiviteleriniz	Banyo	Evet		30	100,0	30	100,0	--	--
		Hayır		-	-	-	-		
	Seyahat	Evet		26	86,7	29	96,7	0,873	0,350
		Hayır		4	13,3	1	3,3		
	Cinsellik	Evet		16	53,3	22	73,3	2,609	0,106
		Hayır		14	46,7	8	26,7		
	İlaç Kullanımı	Evet		9	30,0	2	6,7	5,455	0,020*
		Hayır		21	70,0	28	93,3		

(n: Sayı, %: Yüzde değeri, X²: Ki-kare değeri, p: p değeri, *p<0,05, UGG: Uzaktan Görüntülü Görüşme, Tİ: Telefon ile izlem)

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 6. ay uzaktan değerlendirme dağılımları Tablo 36’ da verildi. Çalışma grubu 1 ve çalışma grubu 2’de yer alan tüm hastalar değerlendirildiğinde günlük yaşam aktivite yönetimi değişkeni dışında (p<0,05) ağrı, beslenme yönetimi değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Her iki grupta ağrısı olan hasta sayısı, çalışma grubu 1’de % 10 çalışma grubu 2’de % 16,7 yeterli ve dengeli beslenen hasta sayısı çalışma grubu 1’de % 100 çalışma grubu 2’de % 83,3 iştahsız olan hasta sayısı, çalışma grubu 1’de % 30 çalışma grubu 2’de % 23,3 banyo yapan hasta sayısı çalışma grubu 1’de % 100 çalışma grubu 2’de % 100 seyahat eden hasta sayısı çalışma grubu 1’de % 86,7 çalışma grubu 2’de % 96,7 cinsel aktivitede bulunan hasta sayısı çalışma grubu 1’de % 53,3 çalışma grubu 2’de % 73,3 ilaç kullanan hasta sayısı çalışma grubu 1’de % 30 çalışma grubu 2’de % 6,7’ dir.

5. TARTIŞMA

Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya uzaktan görüntülü görüşme ve telefonla izleme yöntemleriyle uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının ağrı, yaşam kalitesi, kol, omuz, el hareketliliği ve ameliyat sonrası komplikasyon gelişimine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulgularının tartışma süreci sekiz ana başlıkta ele alındı.

- Uzaktan Görüntülü Görüşme, Telefon ile İzlem ve Klinik İzlem Grubundaki Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması
- Uzaktan Görüntülü Görüşme, Telefon ile İzlem ve Klinik İzlem Grubundaki Hastaların Meme Hastalıkları İle İlgili Özelliklerinin Tartışılması
- Uzaktan Görüntülü Görüşme, Telefon ile İzlem ve Klinik İzlem Grubundaki Hastaların Ameliyat Öncesi Ağrı Puan Ortalamalarının Tartışılması
- Uzaktan Görüntülü Görüşme, Telefon ile İzlem ve Klinik İzlem Grubundaki Hastaların Visual Ağrı Skalası (VAS) Puan Ortalamalarının Tartışılması
- Uzaktan Görüntülü Görüşme, Telefon ile İzlem ve Klinik İzlem Grubundaki Hastaların QUICK DASH Parametrelerin Tartışılması
- Uzaktan Görüntülü Görüşme, Telefon ile İzlem ve Klinik İzlem Grubundaki Hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut Parametrelerin Tartışılması
- Uzaktan Görüntülü Görüşme, Telefon ile İzlem ve Klinik İzlem Grubundaki Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyonların Tartışılması

5.1. Uzaktan Görüntülü Görüşme, Telefon ile İzlem ve Klinik izlem grubundaki Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması

Uzaktan görüntülü görüşme grubunda bulunan meme kanseri cerrahisi geçiren hastaların yaş ortalaması $54,47 \pm 13,58$ BKİ değeri $28,43 \pm 6,29$ %83,3' ü evli %60' ı ilköğretim mezunu %70' inin 1-2 çocuk sahibi olduğu belirlendi.

Telefon ile izlem grubunda bulunan meme kanseri cerrahisi geçiren hastaların yaş ortalaması $48,3 \pm 13,60$ BKİ değeri $27,18 \pm 4,99$ %83,3' ü evli %63,3'ü ilköğretim mezunu %43,3' ünün 1-2 çocuk sahibi olduğu belirlendi.

Klinik izlem grubunda bulunan meme kanseri cerrahisi geçiren hastaların yaş ortalaması $53,4 \pm 12,88$ BKİ değeri $27,49 \pm 4,3$ %83,3' ü evli %76,7' si ilköğretim mezunu %43,3' ünün 1-2 çocuk sahibi olduğu belirlendi.

Çalışmamızda uzaktan görüntülü görüşme, telefon ile izlem ve klinik izlem grubunda yer alan tüm hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların yaş, medeni durum, eğitim durumu, beden kitle indeksi (BKİ), çocuk sayısı değişkenleri değerlendirildiğinde örneklem grubumuzun dağıldığı bulundu ($p > 0,05$).

Literatürü incelediğimizde bizim çalışmamıza benzer şekilde Bilginer ve Kavgacı (2021) çalışmasında yaş ortalaması $52,7 \pm 1,1$ Bulut (2022) çalışmasında da hastaların %53,5'inin 45-64 yaş grubu arasında olduğu Kunkler ve diğerleri (2023) çalışmasında yaş ortalaması 71.1 ± 5.0 ve Şaşmaz (2023) çalışmasında hastaların % 62,8' i 50-69 yaş grubu arasında olduğu bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda da yaş ortalaması 52 olarak bulundu. Yaş değiştirilemeyen bir risk faktörüdür. Meme kanseri insidansı ve mortalitesi yaşla orantılı olarak artmaktadır. Dünyada meme kanseri yaş ortalaması 60' tır. Asya ve Afrika kıtalarında 40-50 yaş aralığında batı ülkelerinde 60-70 yaş aralığında yoğunlaşmaktadır (Winters ve diğerleri, 2017). Meme kanserinin gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler arasında yaş dağılımı farklılık göstermektedir. Bunun nedenleri arasında gelişmekte olan ülkelerde genç nüfusun fazla olması, genç /yaşlı nüfus oranı olarak değerlendirilebilir. Bizim çalışmamızdaki yüksek yaş istatistiğinin nedeni yaşayanların doğal besinlere kolay ulaşabiliyor olması, beslenme şekli ve küçük bir ilde yaşıyor olmaları olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmayan hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin ilgili literatürü incelediğimizde meme kanseri risk faktörlerinden yaş ve BKİ etkisi fazladır.

BKİ' de kilo değiştirilebilen bir risk faktörüdür. Meme kanseri hastalarda artan yaşla birlikte, fiziksel aktivite azlığına bağlı kilo alımında artışlar olmaktadır. Kilo alan hastalarda adipoz dokuda artış ve yağsız dokuda kayıplar yaşanmaktadır. Bilginer ve Kavgacı' nın (2021) yaptığı çalışmada meme kanseri tanısı konulduğunda BKİ ortalaması $27,9 \pm 5,3$ iken hastalığının ilk yılında BKİ artışı $2,1 \pm 1,6$ kg/m² hastalığının 5. yılı ve üzerinde olanlarda BKİ artışı $4,0 \pm 2,9$ kg/m² olarak bulunmuştur. Artan yaş ile birlikte fiziksel aktivite azalmakta ve

BKİ de buna bağlı artmaktadır. Yaşamın her döneminde sağlıklı bir kiloya sahip olmanın meme kanserine karşı koruyucu olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda hafif şişman BKİ oranına sahip olan hasta sayısı klinik izlem grubunda % 36,7 uzaktan görüntülü görüşme grubunda % 20 telefon ile izlem grubunda % 30' dur. Ölçer Özkan (2019) yaptığı çalışmada beden kitle indekslerinin (BKİ) ortalamaları $27,8\pm 5,3$ ve $27,9\pm 4,1$ (hafif şişman) Çubukçu ve diğerleri (2023) yaptığı çalışmada BKİ % 46,7 (hafif şişman) olduğu bildirilmiş olup çalışma bulgularının benzerlik gösterdiği görüldü.

Yapılan çalışmalarda meme kanserli hastalarda obezite ile toplam yaşam süresi arasında negatif bir ilişki saptamıştır. İleri yaş azalan fiziksel aktivitede ve artan BKİ' ye bağlı komorbid hastalıklarda artış düşünülebilir. Sadece BKİ'ndeki artış bile kardiyovasküler hastalıklara bağlı mortalite de artışa neden olabilir.

Çalışmamızda gruplara göre hastaların tanımlayıcı özellikleri literatürdeki çalışma bulgularıyla benzerlik gösterdiğini söyleyebiliriz. Gruplar arasında tanımlayıcı özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı farkların bulunmaması ve benzerlik göstermesi, araştırma sonuçlarının doğru ve güvenilir olabilmesi açısından önem taşımaktadır.

5.2 Uzaktan Görüntülü Görüşme, Telefon ile İzlem ve Klinik İzlem grubundaki Hastaların Meme Hastalıkları İle İlgili Özelliklerinin Tartışılması

Uzaktan görüntülü görüşme hastaların meme kanseri cerrahisi geçiren hastaların % 6,7' sinin önceden meme hastalığı geçirdiği, % 50' sinin meme Ca yakını olduğu, % 10' unun annesinde meme Ca öyküsü olduğu, % 23,3' ünün KKMM yapmayı bildiği, % 10' unun meme muayenesi yapmayı hemşireden öğrendiği, % 73'3 ünün hiç meme muayenesi yapmadığı belirlendi.

Telefon ile izlem hastaların meme kanseri cerrahisi geçiren hastaların % 16,7' sinin meme Ca yakını olduğu, % 13,3 ünün annesinde meme Ca öyküsü olduğu, % 33,3' ünün KKMM yapmayı bildiği, % 16,7 'sinin meme muayenesi yapmayı hemşireden öğrendiği, % 73,3'ünün hiç meme muayenesi yapmadığı belirlendi.

Klinik izlem grubunda bulunan meme kanseri cerrahisi geçiren hastaların % 13,3' ünün önceden meme hastalığı geçirdiği, %26,7' sinin meme Ca yakını olduğu, % 6,7' sinin annesinde meme Ca öyküsü olduğu, % 46,7' sinin KKMM yapmayı bildiği, % 16,7' sinin meme

muayenesi yapmayı hemşireden öğrendiği, %73,3' ünün hiç meme muayenesi yapmadığı, belirlendi.

Çalışmamızda uzaktan görüntülü görüşme, telefon ile izlem ve klinik izlem grubundaki hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların geçirilmiş meme hastalığı varlığı, ailede meme Ca hastası varsa yakınlık derecesi ve KKMM yapmayı bilme değişkenleri dışında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$).

Çalışmamızda uzaktan görüntülü görüşme, telefon ile izlem ve klinik izlem grubundaki hastaların ailede meme kanseri öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$). Literatürü incelediğimizde bizim çalışmamıza benzer şekilde Ak Yakıt ve Şen (2023) çalışmasında hastaların % 19,7' sinin Tuna ve diğerleri (2022), çalışmasında hastaların %26,5' unun Alsancak Acet (2022), çalışmasında hastaların % 27' sinin ailede meme kanseri hikayesinin olduğu bildirilmektedir. Ailede meme kanseri öyküsü varlığı ile meme kanserine yakalanma riski arasında doğru orantı bulunmaktadır.

Andegiorgish ve diğerleri (2018), Fotedar ve diğerleri (2019), Khan ve diğerleri (2019), Soyak (2019) yaptığı çalışmalarda hemşire ve hastaların görüşlerinde, ailede meme kanser varlığının, risk faktörleri arasında ilk sıralarda olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kumarasamy ve diğerleri (2017) yaptığı çalışmada ise kadınların meme kanseri farkındalığının daha düşük olduğu ve KKMM uygulama düzeyini düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmamızda uzaktan görüntülü görüşme, telefon ile izlem ve klinik izlem grubu hastalarına meme muayenesi kimden öğrendiği sorulduğunda en yüksek oranda hemşire sonra doktor ve en sonda diğer (sosyal medya ve diğerleri, arkadaş çevresi) öğrendikleri bulundu. Klinik izlem grubunda % 16,7 uzaktan görüntülü görüşme grubunda % 10 telefon ile izlem grubunda % 16,7 hasta hemşireden öğrendiğini belirtti. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde birebir eğitim verilmesinin ve aynı cinsten kişilerin eğitim vermesinin daha etkili olduğu belirtilmiştir (Arslan ve Şahin, 2013). Ancak çalışmamızda KKMM hiç öğrenmemiş hasta sayımız klinik izlem grubunda % 40 uzaktan görüntülü görüşme grubunda % 70 telefon ile izlem grubunda % 40' tır. KKMM öğrenme isteğinin yaş, eğitim düzeyi, medeni durum gibi değişkenlerin çok etkilediği düşünülmelidir. Açıkgöz ve diğerleri (2015) yaptığı çalışmada kadınlara meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri hakkında nereden/kimden bilgi edindiği sorulduğunda % 35,4' ünün ebe, hemşire ya da doktordan edindiği, % 19,3' ünün dergi, arkadaş, komşudan % 11,2' sinin televizyon-radyodan, % 3,1' inin konferans-seminerden edindiği bildirilmektedir. Eğitimin konusunun eğitimciyi de belirlediği düşünülebilir. Sağlık

personelinden bilgi almanın, kitle iletişim araçları ve diğerleri, arkadaşlara göre daha doğru ve güvenilir olduğu düşünülmektedir.

Demir Yıldırım ve Özaydın (2014), yaptığı çalışmada meme kanseri hakkında % 67,2' sinin televizyon, % 24,9' unun sağlık personelinden bilgi aldıklarını bildirmiştir. Bizim çalışmamızla farklılık göstermektedir. Eğitim verilen hastaların eğitim düzeyi, yaşadığı yer, yaş gibi değişkenleri eğitim alma yöntemlerinde farklılıklar oluşturabilir.

Çalışmamızda 51-75 yaş grubu ilköğretim ve altı eğitim durumuna sahip hasta sayımızın yüksek olması KKMM öğrenme, her ay düzenli olarak KKMM uygulama becerisi ve meme muayenesini istenilen sıklıkta yapabilme bilincinin gelişmesini etkilediği düşünülmektedir. Dadzi ve Adam (2019), yaptığı çalışmada yaş ile KKMM yapma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bizim çalışmamıza benzer bir çalışmadır. Ancak Erdem ve Toktaş (2016) sağlık çalışanları ile yaptığı bir çalışmada yaş ve eğitim durumunun KKMM uygulamasına olumlu etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Erdem ve Toktaş (2016) çalışmasında yaş ortalaması $33,1 \pm 6,8$ ve eğitim durumunun lisans ve lisanüstü olmasına rağmen KMMM uygulamasını düzenli olarak yapmadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın sağlık çalışanları ile yapılmasının sonucu etkilediği düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının KKMM bilmeleri, gerektiğinde eğitim vermeleri, kendilerini konu hakkında yeterli görmeleri ve KKMM istedikleri zaman yapabileceği düşüncesinin gelişmesine neden olabilir. Can (2023) yaptığı çalışmada yaş ve KKMM yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup bizim çalışmamızla benzerlik göstermiştir. Can'ın yaptığı çalışmadaki farklılığın sebebi KKMM yapmayan grupta okuryazar olmayan hasta sayısının fazla olması düşünülmektedir.

Kumarasamy ve diğerleri (2017) yaptığı çalışmada kadınların KKMM bilgi ve uygulama düzeyinin düşük olduğu bildirilmiş ve sağlık eğitim programları aracılığıyla meme kanseri ve tanı yöntemleri konusunda bilgi ve uygulama düzeyinin artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması önerisinde bulunmuştur. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi ile meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri eğitimleri verilmektedir.

Çalışmamızda gruplar arasında hastaların KKMM yapma dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p < 0,05$). Her ay düzenli olarak KKMM yapan hasta sayısı klinik izlem grubunda % 26,7 uzaktan görüntülü görüşme grubu 1'de % 6,7 telefon ile izlem grubunda % 16,7' dir. Literatürde KKMM eğitimi almış ancak uygulamayan çok kişi olduğu bildirilmiştir. KKMM yapmama nedenleri bilgi eksikliğinin olması, ihmal edilmesi ve

gerekliliğine inanmama olabileceği düşünülmektedir. Secgilli ve Nahcivan (2006) çalışmasında KKMM yapmanın faydalı olmadığına inanan hastaların fazla olduğu bulunmuştur. KKMM yapmayı sağlamak için kadınlara planlı olarak eğitim çalışmaları yapılmalıdır.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde medeni durum KKMM uygulanmasını etkilemektedir. Güçlü ve Tabak (2013) yaptığı çalışmada evli kadınların daha fazla KKMM yaptığı izlenmiştir.

Literatür araştırmalarını incelediğimizde ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarda meme kanserine yakalanma riskinin yüksek olduğu ifade edilmektedir. Meme kanseri öyküsü ailede birden fazla kadında mevcut ise meme kanserine yakalanma riski katlanarak artmaktadır. Çalışmamızda ailede kanser varlığı ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Andegiorgish ve diğerleri (2018), Fotedar ve diğerleri (2019), Khan ve diğerleri (2019), Soyak (2019) yaptığı çalışmalarda hemşire ve hastaların görüşlerinde ailede meme kanser varlığının risk faktörleri arasında ilk sıralarda olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ailesinde meme kanseri olan hemşirelerin memelerinde bir değişiklik gördüklerinde hekime başvurma oranlarının anlamlı derecede yüksek olması beklenen ve olması gereken bir durum olarak değerlendirilebilir. Kumarasamy ve diğerleri (2017) yaptığı çalışmada ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların meme kanseri farkındalığının daha yüksek olduğu ve KKMM düzenli olarak yapmaya devam ettiği sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmamızda meme muayenesi yapma sıklığı değerlendirildiğinde uzaktan görüntülü görüşme grubunda % 70 telefon ile izlem grubunda % 20 klinik izlem grubunda % 40 hasta hiç meme muayenesi yapmadığını ifade etmiştir. Literatürde KKMM bilen hastaların KKMM düzenli olarak ayda bir kez uygulamadıkları ifade edilmektedir. Khoshravesh ve diğerleri (2016) yaptığı çalışmada ailesinde meme kanseri olan 50 yaş ve üzeri kadınlarda yapmış olduğu çalışmada %22,1'inin KKMM yaptığı ve % 8'inin düzenli olarak KKMM yaptığı sonucuna ulaşılmıştır. Balcı (2023) çalışmasında kadınların % 71,3'ünün KKMM yaptığı ve % 11'inin düzenli olarak her ay bu uygulamayı yaptığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızın literatür bilgileri ile benzerlik göstermesi araştırma sonuçlarının doğru ve güvenilir olabilmesi açısından önem taşımaktadır.

5.3 Uzaktan Görüntülü Görüşme, Telefon ile İzlem ve Klinik İzlem grubunda Hastaların Ameliyat Öncesi Ağrı İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımın Tartışılması

Uzaktan görüntülü görüşme grubunda bulunan meme kanseri cerrahisi geçiren hastaların ameliyat öncesi % 60' ının ağrısı olduğu % 13,3' ünün sağ üst memede olduğu % 40' ının aralıklı ağrı yaşadığı % 40' ının yanıcı batıcı ağrı yaşadığı % 26,7' sinin rahatsız edici ağrı yaşadığı belirlendi.

Telefon ile izlem grubunda bulunan meme kanseri cerrahisi geçiren hastaların ameliyat öncesi % 50' sinin ağrısı olduğu % 10' unun sağ üst memede olduğu % 26,7' sinin aralıklı ağrı yaşadığı % 43,3' ünün yanıcı batıcı ağrı yaşadığı % 20' sinin rahatsız edici ağrı yaşadığı belirlendi.

Klinik izlem grubunda bulunan meme kanseri cerrahisi geçiren hastaların ameliyat öncesi % 50' sinin ağrısı olduğu % 16,7' sinin sağ üst memede olduğu % 33,3' ünün aralıklı ağrı yaşadığı % 30' unun yanıcı batıcı ağrı yaşadığı % 33,3' ünün rahatsız edici ağrı yaşadığı belirlendi.

Uzaktan görüntülü görüşme, telefon ile izlem ve klinik izlem grubunda yer alan tüm hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi ağrı durumu, ağrı yeri, ağrı sıklığı, ağrı tipi, ağrı şiddeti değişkenleri karşılaştırıldığında değişkenler arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$).

Literatürü incelediğimizde ameliyat öncesi ağrı yaşayan hastaların ameliyat öncesi psikolojik sağlamlılık durumları belirlenmeli ve gerekli ise tedavi edilmeli daha sonra cerrahi planlanmalıdır (Bruce ve diğerleri, 2012).

Çalışmamızda uzaktan görüntülü görüşme grubunda % 60 telefon ile izlem grubunda % 50 klinik izlem grubunda % 50 hasta ameliyat öncesi ağrısının olduğunu ifade etti. Meme kanseri cerrahisi öncesi kitlenin olduğu bölgede ağrı yaşayan hasta olduğu gibi ameliyat öncesi kaygı ve endişeye bağlı ağrı hissettiğini ifade eden hastalar da mevcuttu.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde kadınların yaklaşık % 30' u meme kanseri ameliyatı öncesinde etkilenen memede ağrı bildirmektedir. Bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Ağrı, rahatsız edici bir ağrı olmakla birlikte günlük aktiviteleri ve duyu durumunu da etkilemektedir. Ameliyat öncesi meme ağrısı, duygusal durum ve fiziksel durum ile ilişkili olabilir (Langford ve diğerleri, 2015). Sidar ve diğerleri (2013) yaptığı açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası ağrı düzeylerini incelediği çalışmada hastaların ameliyat öncesi dönemde %19,8'i hiç, %23,5'i orta, %51,9'u şiddetli, %4,9'u çok şiddetli ağrısı olduğunu

bildirmiştir. Çalışma sonucunda ise duygusal bir durum veya karakteristik olan kaygının, ağrı algısında önemli bir rolü olduğu vurgulanmıştır. Bizim çalışmamızda da hastalar memesinde ağrı olduğunu, ancak ellerine bir kitlenin gelmediğini, yaygın bir ağrı varlığını vurguladılar. Ameliyat öncesi dönemde bireyin fiziksel ve psikolojik özelliklerinin değerlendirilmesi önemlidir. Çetinkaya ve Karabulut (2010), yaptığı çalışmada batın ameliyatı olacak hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisinin incelendiği çalışmada verilen eğitimin ağrı skorlarını düşürdüğü bildirilmiştir. Ameliyat öncesi uygulanan değişik eğitim programlarının hastaların kaygı ve ağrı düzeyine etkisinin incelendiği başka bir çalışmada rutin bakım alan gruptaki hastalar yüksek düzeyde ağrı bildirirken eğitim verilen grupta ağrı bildirimini düşük düzeyde bulunmuştur (Sidar ve diğerleri, 2013). Gramke ve diğerleri (2009) yaptığı çalışmada ameliyat sonrası gelişen ağrının ameliyat öncesi ağrı ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışma ile ameliyat sonrası konforun ve analjezi ihtiyacının ameliyat öncesi döneme bağlı olduğu sonucuna ulaşılabilir. Erdem ve diğerleri (2011) yaptığı çalışmada ameliyat öncesi ağrı ile ameliyat sonrası ağrı arasında negatif veya pozitif bir ilişki saptanmamış olup ameliyat bölgesinin yeri ve genişliğinin ameliyat öncesi ağrıyı etkileyebileceğini savunmuşlardır.

Langford ve diğerleri (2015) yaptığı çalışmada ameliyat öncesi meme ağrısı olan hastaların daha genç (50,6) ve etkilenen memede şişlik, tuhaf hisler, sertlik ve uyuşukluk geliştiğini bildirmiştir. Aynı çalışmada ameliyat öncesi meme ağrısı olan kadınların ameliyat sonrası kol, el, omuz sonrası sık yaşadığı sonucuna ulaşmıştır.

Tola ve diğerleri (2021) yaptığı sistematik derlemede meme kanseri cerrahisi hastalarında ameliyat öncesi ağrı ve anksiyete yönetimi için farmakolojik olmayan müdahalelerin kullanımını standartlaştıran bir hemşirelik bakım planı geliştirilmesi gerekliliğini bildirmiştir.

Ağrıya verilen ailevi ve kültürel yanıtlarda ameliyat öncesi ağrıyı etkilemektedir. Ağrı duyarlılığının ameliyat öncesi dönemde invaziv tanı işlemleri, ameliyat hazırlığı, ağrı beklentisi gibi yaşanan stresli durumlar nedeniyle yüksek olduğu düşünülebilir. Ağrının sıklığı, şiddeti, niteliği, başlama zamanı, ağrının kontrol altına alınması, arttıran ve azaltan faktörler ve bu faktörlerin kontrol altına alınmasındaki güçlükler nedeniyle daha çok ağrı stresi yaşanabilmektedir.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde ağrı şiddeti ile kaygı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Ağrı değerlendirilirken süresinden çok şiddeti

ile ilgili bilgiler verilmektedir (Sevgili ve diğeri, 2006; Ersöz, 2023). Ağrı şiddeti ile ilgili yapılan prospektif bir çalışmada hastaların ağrı süresini değil şiddetini anımsadıkları ortaya konulmuştur (Öngel, 2017).

Çalışmamız literatürde ki bilgiler ile benzerlik göstermiş olup hasta eğitiminin önemli olduğu vurgulanmıştır.

5.4 Uzaktan Görüntülü Görüşme, Telefon ile İzlem ve Klinik İzlem Grubundaki Hastaların Visual Ağrı Skalası (VAS) Değerlerinin Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılmasının Tartışılması

Literatür incelendiğinde meme cerrahisi uygulanan hastalara hemşire tarafından verilen ağrı eğitiminin ağrıyı azaltmada etkili olduğu ve planlı profesyonel eğitimin bireye özgü olmasının önemi vurgulanmaktadır (Hindistan ve Ergünay, 2008; Özsoy Durmaz ve Özbaş, 2023; Eraslan ve Yeşilbalkan Usta, 2023). Ağrı yönetiminde, kanıt temelli ve girişimsel çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Çalışmamızda uzaktan görüntülü görüşme, telefon ile izlem ve klinik izlem grubunda yer alan hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 2, 3, 6. ay VAS değişkenleri karşılaştırıldığında değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Literatürde çalışmalar incelendiğinde Dirimeşe ve diğeri (2014) çalışmasında hastaların ameliyat sonrası 5 yıllık süreçte aynı düzeyde ağrı hissettiği Turan ve diğeri (2016) çalışmasında hastaların 6. ay boyunca ağrılarının zamanla azaldığı Uysal (2023) çalışmasında girişim grubunun kontrol grubuna göre düşük düzeyde ağrı hissettiği Binay (2019) çalışmasında girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Literatürde ağrı ile ilgili farklı sonuçlar elde edilmiş olup uygulanan girişime göre sonuçların değiştiği düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda Binay'ın çalışması ile benzerlik göstermektedir. Bizim çalışmamızda ağrı değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Klinik izlem grubundaki hastaların ağrı sorununu gidermede non farmakolojik yöntemleri konusunda bilgi eksikliği, evlerinde takip eden hekim veya hemşirenin olmaması ve kadenci yaklaşımlarının bulunması, kontrol grubu hastalarının ağrı yönetiminde yetersiz olduğunu düşünebiliriz.

Eğitim ve farmakolojik olmayan yöntemler ağrının azaltılmasında sık kullanılan uygulamalardır. Amaç analjeziklerin kullanım oranının azaltılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Yapılan birçok çalışma farmakolojik olmayan yöntemlerin gerek yalnız başlarına gerekse farmakolojik yöntemlerle birlikte uygulanmasının ağrının giderilmesinde ya da şiddetinin azaltılmasında etkili olduğunu ortaya koymaktadır (zveren, 2011). Literatür incelendiğinde cerrahi geçiren hastalarda ağrıyı geçirmek için eğitim, aromaterapi, yoğa vb. hemşirelik uygulamalarına yönelik birçok çalışma olduğu görülmektedir. Tüm cerrahi girişimlerde kaygı ve anksiyete hastalarda ağrıya neden olmaktadır.

Çetinkaya ve Karabulut (2010) alışmasında bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının hastaların kaygı ve ameliyat sonrası ağrı düzeylerini azalttığı zpulat (2010) alışmasında meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta eğitiminin ameliyat sonrası ağrıyı azalttığı Gündüz ve Keskin (2020) alışmasında ameliyatı öncesi dönemde ağrı eğitiminin VAS skorlarını azalttığı Kol ve diğerleri (2014) alışmasında ameliyat öncesi verilen ağrı eğitiminin hastalarda ameliyat sonrası ağrı düzeyini azalttığı Gerner (2008) alışmasında ameliyat öncesi verilen eğitimin ameliyat sonrası ağrıyı azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Turan ve diğerleri (2016) alışmasında % 39,2 hasta 3. ay, % 18,3 hasta 6. aya kadar ameliyat sonrası ağrı yaşadığı ve zamanla ağrı puanının düştüğü sonucuna ulaşılmıştır. Bizim alışmamızda ameliyat sonrası 3. ay VAS değerleri uzaktan görüntülü görüşme grubunda $2,67\pm 2,87$; telefon ile izlem grubunda $2,00\pm 1,80$; klinik izlem grubunda $2,30\pm 1,97$; ameliyat sonrası 6. ay VAS değerleri uzaktan görüntülü görüşme grubunda $1,57\pm 1,77$; telefon ile izlem grubunda $1,30\pm 0,84$; klinik izlem grubunda $1,07\pm 0,37$ olarak hesaplanmıştır. Bizim alışmamızda da gruplar arasında aylara göre ağrı bulgusunda azalma görülmektedir. Turan ve diğerleri (2016) yaptığı çalışma bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Literatürde yaş, BKİ, ameliyat öncesi kaygı, cerrahinin tipi, cerrahi sırasında uygulanan analjezi tipi, hastanede kalış süresi, kemoterapi ve radyoterapi tedavisi, meme cerrahisi sonrası ağrı bulgusunu etkilediği görülmektedir. Uysal (2023) anorektal hastalıklarda ağrı durumunu değerlendirdiği çalışmada girişim grubunun ağrı puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak çalışmanın ameliyat sonrası 24 saati kapsaması, cerrahi uygulanan alan, ameliyat şekli, analjezik uygulanıyor olması ve hastane yatışımının bulunması ağrı düzeyini etkilediği düşünmektedir.

Literatür incelendiğinde ameliyat sonrası etkili ağrı yönetiminin ameliyat öncesi eğitim ile başladığı ifade edilmektedir. Hemşirelerin profesyonel rollerinden biri olan eğitim ve danışmanlık rolü bu süreçte daha da önem kazanmaktadır. Çalışmalar ağrı kontrolü ile ilgili ameliyat öncesi ve sonrası yapılan eğitimin hastaların analjezik kullanımını ve endişesini önemli derecede azalttığını ortaya koymaktadır. Eğitim ve danışmanlık analjezik uygulama stratejilerine karşı olan uyumu geliştirmektedir (Kiyat, 2021). Ameliyat sonrası ağrının artması ve azalmasında korku, endişe, kontrol kaybı duygusu, izolasyon, ağrıya verilen ailevi ve kültürel yanıtlar gibi değişkenler etkileyebilir (Turan ve diğerleri, 2016). Öz (2022) çalışmasında cerrahi girişim geçiren hastaların sahip oldukları ağrı inançları ile ameliyat sonrası yaşadıkları ağrı şiddeti arasında ilişki bulunmuştur. Ağrı, subjektif bir bulgu olduğu için olumsuz ağrı inançlarının ağrı puanlamasını olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir. Zorba Bahçeli ve diğerleri (2023) çalışmada kemoterapi alan meme kanserli kadınlarda orta şiddette yorgunluk ağrı yaşadıkları ve ağrı şiddeti, yorgunluk durumunun birbiri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Akyüz (2020), çalışmasında ağrı eğitiminin, ameliyat sonrası ağrı puanlarını düşürdüğü sonucuna ulaşılmıştır. Akyüz'ün çalışması bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Klein ve diğerleri (2021) çalışmasında meme kanser cerrahisi sonrası fiziksel aktivite düzeyinin ağrıyı etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.

Uzaktan görüntülü görüşme ile takip edilen hastaların ameliyat sonrası grup içi VAS değişkenleri karşılaştırıldığında değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu görüldü ($p < 0,05$). Augestad ve Lindsetmo (2009) literatür incelemesinde uzaktan görüntülü görüşmenin cerrahi uygulamayı değiştirmek, travma, hasta eğitimi ve ameliyat sonrası hasta takibi için kullanılan yeni bir yöntem olduğunu ifade etmiştir. Dhruva ve Grech (2022) derleme çalışmasında uzaktan görüntülü görüşmenin ameliyat sonrası ağrı yönetimini kolaylaştırdığı, analjezik kullanımını azalttığı, takip sürecini kolaylaştırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Darnall ve diğerleri (2019) randomize kontrollü çalışmada uzaktan davranışsal analjezik müdahalesi ve uzaktan genel sağlık eğitimi karşılaştırmasında gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Uzaktan görüntülü görüşme sonrası ağrı puanı düşmede istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Darnall ve diğerleri (2019) çalışması bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Gomaa ve diğerleri (2022) yaptığı çalışmada meme kanserli hastalar COVID-19 döneminde on iki hafta boyunca ağrı yönetimi için uzaktan görüntülü görüşme ve telefona Tai Chi uygulaması mesaj gönderilmiş olup uzaktan görüntülü görüşme ile ağrı puanlarının daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Castillo ve diğerleri (2013) çalışmasında meme kanser cerrahisi sonrası uygulanan internet tabanlı egzersiz

programının ağrı puanını düşürdüğü sonucuna ulaşılmıştır. Bizim çalışmamızda da aylara göre grup içi ağrı puanlarında anlamlı bir düşüş olmuştur. Uesugi ve diğerleri (2013) yaptığı çalışmada uzaktan görüşme ile ameliyat sonrası eğitim ve hasta takibi yönteminin etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Uzaktan görüntülü görüşme yöntemi ile hastalar sizi ekran karşısında kendisini dinleyen bir sağlık profesyoneli olarak gördükleri için daha rahat sorunlarını dile getirdiği düşünülmektedir.

Telefon ile izlem yapılan hastaların ameliyat sonrası grup içi VAS değişkenleri karşılaştırıldığında, değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu görüldü ($p<0,05$). Qiao ve diğerleri (2019) yaptığı çalışmada hemşireler tarafından telefon ile izlem yapılan hastaların eğitim kitapçığı kullanan hastalara göre daha az ağrıların olduğu ve daha az ilaç kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır. Paquette ve diğerleri (2013) yaptığı randomize kontrollü çalışmada tonsillektomi sonrası telefon ile izlem yapılan hastaların daha az ağrı yaşadığı ve ameliyat komplikasyonlarının az geliştiği sonucuna ulaşılmıştır. Ikemoto ve diğerleri (2015) Japonya’ da yaptığı çalışmada kronik ağrısı olan hastalar 6 ay takip edilmiş ve telefon ile hasta izleminin ağrı düzeyini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Gudnadottir ve diğerleri (2021) yaptığı sistematik derlemede telefon ve internet tabanlı randomize kontrollü çalışmalar belirlenmiş telefon ile hasta izleminin internet tabanlı hasta izlemine göre ağrı azaltmada daha etkili ve üstün bulunmuştur. Uesugi ve diğerleri (2013) yaptığı çalışmada uzaktan görüntülü görüşme ile ameliyat sonrası hasta takibi ve eğitiminin etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Telefon ile hasta izleminde, hastalar sadece sesi duyduğu için sorunlarını dile getirirken sağlık profesyoneli olduğunuzun dışında, arkadaş olarakta görebilmektedir. Görüşme esnasında hissettikleri ile size yanıt verebiliyorlar.

5.5 Uzaktan Görüntülü Görüşme, Telefon ile İzlem ve Klinik İzlem Grubundaki Hastaların QUICK DASH Parametrelerin Tartışılması

Uzaktan görüntülü görüşme, telefon ile izlem ve klinik izlem grubunda yer alan tüm hastalar değerlendirildiğinde çalışmaya katılan hastaların sadece 6. ay değişken değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Klinik izlem grubu

hastaların uzaktan görüntülü görüşme ve telefon ile izlem grubu hastalarına göre daha uzun süre kol, omuz, el sorunları yaşadığı sonucuna ulaşıldı. Harder ve diğerleri (2017) yaptığı çalışmada meme kanseri hastaları için kol omuz egzersizlerine yönelik bWell mobil sağlık uygulaması geliştirmiş ve ameliyat sonrası 8 hafta uygulanan bWell uygulamasının kol ve omuz hareket kapasitesini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Klein ve diğerleri (2021) yaptığı çalışmada meme kanser cerrahisi sonrası uygulanan fiziksel aktivitenin omuz fleksiyonu ve hareket açıklığını olumlu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Chandrana ve diğerleri (2020) yaptığı çalışmada sentinel lenf nodu biopsisinden 14 ve 90 gün sonra uygulanan Quick-Dash anketi sonucuna göre, üst ekstremitte fonksiyonlarının biopsi öncesinden daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Chrischilles ve diğerleri (2019) yaptığı çalışmada mastektomi sonrası radyoterapi ve kemoterapi alan hastalarda üst ekstremitte bozukluğu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Meme kanseri cerrahisinde eksize edilen lenf nodu sayısına bağlı olarak hastaların üst ekstremitte fonksiyon bozukluğu yaşadığı düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda en az üç lenf nodu çıkartılan hastalarda üst ekstremitte bozukluğu geliştiği tespit edilmiştir. Meme kanseri cerrahisi sonrası uygulanan kemoterapi ve radyoterapi tedavisi hastaların yaşam kalitesini, kol, omuz, el sorunlarını olumsuz etkilemektedir.

Mak ve diğerleri (2009) yaptığı çalışmada meme kanseri cerrahisinde koltuk altı lenf nodu çıkarılan hastalarda lenfödem, düşük yaşam kalitesi ve kol, omuz, el sorunları yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Pok-Ja ve Jung-Ran (2020) yaptığı çalışmada kemoterapi tedavisinin, yorgunluk-depresyon-anksiyete semptomları arttırdığı ve yaşam kalitesini düşürdüğü sonucuna ulaşılmıştır. Bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Binotto ve diğerleri (2020) yaptığı çalışmada kemoterapi tedavisi sırasında genel sağlık, fiziksel, rol, duygusal, sosyal fonksiyon, vücut imajı, cinsel işlevsellikte azalma olduğu, sistemik tedaviye bağlı yan etkiler, yorgunluk, bulantı-kusma, uykusuzluk, iştah kaybı ve ishalde artış olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Andersen ve diğerleri (2015) yaptığı meme kanseri tedavisi sonrası oluşan ağrının omuz, kol ve el fonksiyon bozukluğuna neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Klein ve diğerleri (2021) yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada meme kanseri cerrahisi sonrası hastaların komplikasyon gelişebileceği gerekçesiyle, fiziksel aktiviteye geç başladığı tespit edilmiştir.

Bizim çalışmamızda da gruplar arasında omuz, kol ve el sorunları yaşadığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Meme ameliyatı sonrası, omuz, kol ve el egzersizlerine en kısa sürede başlanmalı ve fiziksel fonksiyon kapasitesi arttırılmalıdır. Bizim çalışmamızda uzaktan görüntülü görüşme ve telefon ile izlem yapılan hastalarımızda kol, omuz, el egzersizlerimiz ameliyat sonrası 3. günde başlanmış olup fiziksel fonksiyon kapasitesi arttırılmaya çalışılmıştır.

Fu ve Rosedale (2009) yaptığı çalışmada kol, omuz ve el sorunlarına yönelik şişlik, ağrı, hassasiyet, kolda yanma ve ağırlık hissi olduğu tespit edilmiş olup ev işi yapma ağır kaldırma bir şeyler doğrama ve kolu kalp seviyesinden aşağıda tutmaya bağlı kol, omuz ve el sorunları yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Klein ve diğerleri (2021) yılında yaptığı çalışmada meme kanser cerrahisi öncesi ve sonrası kontrol grubu hastalarında zamanla omuz abduksiyon omuz fleksiyon hareketlerinde iyileşme olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda gruplar arasında zamanla el, kol, omuz sorunlarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Klein ve diğerlerinin çalışması bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Chan ve diğerleri (2020) meme kanseri olan Asyalı kadınlarda yaptığı çalışmada QuickDASH anketini, meme kanser cerrahisinden 1 hafta önce, cerrahi sonrası 2. hafta ve 6. hafta uygulamış olup cerrahi sonrası 6. haftada ki omuz abduksiyonun ameliyat öncesine göre daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Klein ve diğerleri (2021) yaptığı çalışmada onkolojik meme cerrahisi sonrası, hastalara hafif, orta ve yoğun fizik aktivite programı uygulanmış ve program ne kadar yoğun uygulanırsa iyileşmenin de o kadar kolay ve kısa sürede gerçekleştiği saptanmıştır. Chandarana ve diğerleri (2020) yaptığı çalışmada SLNB sonrası üst ekstremitte fonksiyonunda azalma olduğu tespit edilmiştir.

Uzaktan görüntülü görüşme ile takip edilen hastaların ameliyat sonrası grup içi Quick-Dash değişkenleri karşılaştırıldığında değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu görüldü ($p<0,05$). Hastaların ameliyat sonrası kol, omuz ve el sorunlarının Quick Dash anketi sonucuna göre azaldığı saptandı. Timon ve diğerleri (2021) yaptığı çalışmada uzaktan görüntülü görüşme yöntemi ile hastalara sanal el terapisi uygulanmış uzaktan görüntülü görüşme yönteminin sanal el terapisinde faydalı olduğu tespit edilmiştir. Frutos ve diğerleri (2020) yaptığı çalışmada görüntülü görüşme ve yüz yüze grup terapisinin karşılaştırıldığı randomize kontrollü bir çalışmada görüntülü görüşme ile uygulanan grup terapisinin etkili olduğu tespit edilmiştir.

Telefon ile izlem yapılan hastaların ameliyat sonrası grup içi Quick-Dash değişkenleri karşılaştırıldığında değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu görüldü ($p<0,05$). Hastaların ameliyat sonrası kol, omuz ve el sorunlarının Quick Dash anketi sonucuna göre azaldığı saptandı.

Dong ve diğerleri (2019) yaptığı çalışmada çalışma grubu hastalara 12 hafta boyunca yüz yüze, uzaktan video eğitimi ve sosyal medya uygulamaları aracılığıyla fiziksel egzersiz rehabilitasyonu uygulanmış ve uygulanan girişimlerin kas gücü üzerinde iyileştirici etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Wu ve diğerleri (2020) yaptığı çalışmada WeChat tabanlı destek programı ve telefonla 1, 3, 6. aylarda hastalara fiziksel psikolojik ve sosyal destek verilmiştir. WeChat programının telefonla hasta izlemine göre daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Farajivafa ve diğerleri (2023), yaptığı çalışmada telefon uygulaması ile ev temelli egzersiz programı uygulanmış ev temelli egzersiz programının yürüme, denge ve esneme kapasitesini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

5.6 Uzaktan Görüntülü Görüşme, Telefon ile İzlem ve Klinik İzlem Grubu Hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut Parametrelerin Tartışılması

Benderli Cihan ve Öztürk (2023) yaptığı radyoterapi alan meme kanseri hastalarında cerrahi ve hormon tedavisinin yaşam kalitesine etkisi konulu çalışmada tedavilerin EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre fiziksel, bilişsel, sosyal, cinsel fonksiyon, gelecek beklentisi, kol, omuz, el sorunları üzerine olumsuz etkisinin olduğu ve yaşam kalitesinin zamanla yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır.

Literatürü incelediğimizde meme kanserli hastaların EORTC QLQ-C30 alt boyutu olan rol, cinsel fonksiyon, vücut imajı puanlarının iyi olduğu bildirilmektedir (Karsten ve diğerleri, 2022).

Pulko ve diğerleri (2009) yaptığı çalışmada tutarlılık duygusu yüksek olan hastaların duygusal, bilişsel, sosyal fonksiyon, vücut imajı, gelecek beklentisi değişkenlerinin zamanla iyileştiği sonucuna ulaşılmıştır.

Uzaktan Görüntülü Görüşme

Andrioti ve diğerleri (2023) yaptığı uzaktan görüntülü görüşme çalışmasında tele-egzersiz eğitim programının fiziksel, zihinsel fonksiyon, genel sağlık açısından yaşam kalitesini yükselttiği sonucuna ulaşılmıştır.

Literatürü incelediğimizde Li ve diğerleri (2021) yaptığı metaanaliz çalışmasında tele-sağlık uygulamalarının hastaların yaşam kalitesi üzerinde önemli etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hou ve diğerleri (2020) yaptığı çalışmada mobil sağlık hizmeti uygulamasının Tayvanlı kadınların yaşam kalitesini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Ochi ve diğerleri (2022) yaptığı randomize kontrollü çalışmada ev tabanlı akıllı telefon destekli egzersiz programının kardiorespiratuar kondisyon ve kas gücünü arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Balcı (2023) yaptığı mobil uygulama ile verilen eğitimin yaşam kalitesini yükselttiği sonucuna ulaşılmıştır. Hao (2023) yaptığı çalışmada kolostomili ve ileostomili hastalarda sanal platforma dayalı hemşirelik eğitiminin ameliyat sonrası komplikasyon gelişimini azaltarak yaşam kalitesini arttırdığı tespit edilmiştir. Beck ve diğerleri (2017) yaptığı çalışmada sanal ev çağruları ve yüz yüze bakım arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Kapinos (2019) yaptığı çalışmada kırsal alanda yaşayan annelerin telelaktasyon uygulamasının profesyonel emzirme desteğinin sağlanmasında ve ihtiyacı karşılamada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Knaus ve diğerleri (2022) yaptığı çalışmada teletıp bağırsak yönetimi programının yüz yüze eğitim programına göre daha etkili olduğu ve yaşam kalitesini yükselttiği sonucuna ulaşılmıştır. Castillo ve diğerleri (2013) yaptığı çalışmada tele-sağlık (e-CUIDATE) uygulamalarının hastaların yaşam kalitesini arttırdığı ve sağlık harcamalarını azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Literatürde egzersiz programlarının yaşam kalitesini yükselttiği tespit edilmiştir (Furmaniak ve diğerleri, 2016). Asano ve diğerleri (2021) yaptığı çalışmada tele-rehabilitasyon ve tele-drenaj yöntemi ile ödemli kolda drenaj tedavisi ve hastaların yaşam kalitesinin artması sağlanmıştır. Weiner ve diğerleri (2023) yaptığı çalışmada uzaktan fiziksel aktivitenin vücut imajı cinsel fonksiyonu iyileştirdiği sonucuna ulaşılmıştır. Bizot ve diğerleri (2021) yaptığı çalışmada onkolojik telekonsültasyonların kullanılabilirliği ve yaşam kalitesini yükselttiği sonucuna ulaşılmıştır. Sözeri Öztürk ve Kutlutürkan (2021) yaptığı çalışmada mobil tabanlı semptom izleme uygulamasının semptomların (yorgunluk, tat alma, ağrı, uykusuzluk) kontrolünde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Elmas ve diğerleri (2021) yaptığı çalışmada SF-36 ölçeğine göre yaşam kalitesinin vitalite ve ruhsal sağlık alt boyutlarında daha yüksek

olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Imran ve diğerleri (2019) yaptığı çalışmada EORTC QLQ-C30 ve BR-23 yaşam kalitesi leğinin fiziksel, rol, cinsel fonksiyon, vct imajı, cinsel haz, meme, kol sorunları, gelecek beklentisi, sistemik tedavi yan etki alt boyutlarının 50 yaş altında hastalarda daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Morar ve diğerleri (2023) yaptığı çalışmada neoadjuvan kemoterapi tedavisinin sistemik yan etkiler ve yaşam kalitesinin karşılaştırıldığı çalışmada yaşam kalitesinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Jayasinghe ve diğerleri (2021) yaptığı çalışmada hastaların EORTC QLQ-C30 leğinin alt boyutları olan genel sağlık durumu, vct imajı, cinsel işlevsellik, cinsel haz, gelecek beklentisi, fiziksel, rol, duygusal, bilişsel, sosyal fonksiyon açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Park ve diğerleri (2012) yaptığı çalışmada Quick-DASH anketi sonucuna göre hastanın yaşı arttıka st ekstremitte fonksiyonlarının azaldığı lenfödem riskinin arttığı tespit edilmiştir. Kulesza-Bronczyk ve diğerleri (2014) yaptığı çalışmada meme kanser cerrahisi sonrası ilk yılda yaşam kalitesinin yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır. Staren ve diğerleri (2011) yaptığı çalışmada semptomların fiziksel, rol, bilişsel, sosyal fonksiyonlarda oluştuğu sonucuna ulaşılmıştır. Montazeri (2008) yaptığı çalışmada hastaların cerrahiden 18 ay sonra ağrı, kol sorunları ve vct imajıyla ilgili sorunlar yaşadıkları bildirilmiştir. Morar ve diğerleri (2023) yaptığı çalışmada sistemik yan etkiler ve yaşam kalitesinin karşılaştırıldığı çalışmada gelecek beklentisinin azaldığı bunun nedeni alopesi olarak tespit edilmiştir.

Telefon İle İzlem

Hyer ve diğerleri (2011) yaptığı çalışmada radyoterapiden 2 ile 4 hafta sonra hemşire tarafından yapılan telefon görüşmesinin, yaşam kalitesini yükselttiği sonucuna ulaşılmıştır. Salonen ve diğerleri (2009) yaptığı çalışmada ameliyattan sonra yapılan telefon görüşmesinde zamanlamanın önemli olduğu ve ameliyattan bir hafta sonra yapılan görüşmenin faydalı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Toija ve diğerleri (2019) yaptığı çalışmada meme kanseri tanısı alan hastalarda akran desteğinin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Farajivafa ve diğerleri (2023),yaptığı çalışmada telefon uygulaması ile ev temelli egzersiz programı uygulanmış yürüme, denge ve esneme kapasitesi arttırılarak yaşam kalitesinin artması sağlanmıştır. Salonen ve diğerleri (2009) yaptığı çalışmada telefon ile meme kanserli hastalar takip edilmiş ve telefon müdahalesinin vct imajı, gelecek beklentisi, ameliyat sonrası yan etkiler alt ölçeklerinde daha iyi olduğu ve yaşam kalitesini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Akezaki ve diğeri (2021) yaptığı çalışmada meme kanseri cerrahisi sonrası uygulanan kemoterapi tedavisinin üst ekstremite fonksiyonu ve yaşam kalitesini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Enien ve diğeri (2018) yaptığı çalışmada EORTC QLQ-C30 alt boyutu olan duygusal, sosyal, cinsel fonksiyon, vücut imajı puanlarının iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Chrischilles ve diğeri (2019), yaptığı çalışmada radyoterapi ve kemoterapi alan hastalarda yaşam kalitesinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Chrischilles ve diğeri çalışması bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

5.7 Uzaktan Görüntülü Görüşme, Telefon ile İzlem ve Klinik İzlem Grubu Hastaların Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyonların Tartışılması

Uzaktan Görüntülü Görüşme

Pulko ve diğeri (2009) yaptığı çalışmada tutarlılık duygusu yüksek olan hastaların daha az yorgunluk, iştah kaybı yaşadığı sonucuna ulaşmıştır. Sözeri Öztürk ve Kutlutürkan (2021) yaptığı çalışmada hastaların hassasiyet, halsizlik, enerji kaybı, el ve ayaklarda uyuşma gibi semptomlar yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Henkin ve diğeri (2023) yaptığı çalışmada tele-sağlık yöntemi ile hasta eğitimi ve egzersiz yönetiminin, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete belirtileri, fiziksel aktivite düzeyine olumlu etkileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Weiner ve diğeri (2023) yaptığı çalışmada, uzaktan fiziksel aktivitenin; yorgunluk, kaygı, depresyonu azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Staren ve diğeri (2011) yaptığı çalışmada ameliyat sonrası komplikasyonların bulantı/kusma, ağrı, nefes darlığı, iştah kaybı, kabızlık, yorgunluk olarak belirlenmiştir. Enien ve diğeri (2018) yaptığı çalışmada ameliyat sonrası ekonomik sorunlar, yorgunluk, ağrı bulgusunun sık görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Tuna ve diğeri (2017) yaptığı çalışmada meme kanseri cerrahisi sonrası hastalar ile 5-7 günde telefonla görüşülmüş ve yara yeri iyileşmesi, ağrı, enfeksiyon kontrolü, lenfödem konusunda bilgi gereksinimi duydukları sonucuna ulaşılmıştır. Akechi ve diğeri (2023), yılında yaptığı çalışmada 8-24 hafta boyunca hastalara akıllı telefon ile psikoterapi uygulanmış ve akıllı telefon ile psikoterapi uygulanan hastaların depresyon puanlarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Beishon ve diğeri (2022) yaptığı çalışmada depresyon hastalarına hem telefon hemde uzaktan görüntülü görüşme yöntemi ile görüşme sağlamış yaygın ve artan kullanımına rağmen test doğruluğuna ilişkin destekleyici kanıtların sınırlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Uzaktan

görüntülü görüşmenin doğruluğunu ve etkililiğini tanımlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Telefon ile İzlem

Sayin ve Kanan (2010) yaptığı çalışmada meme cerrahisi uygulanan hastalara telefon ile danışmanlık uygulanmış ve telefonla yapılan danışmanlıkta yara sorunları, kol egzersizleri ve günlük yaşam aktivitelerine uyum sağlamada zorluklar yaşandığı sonucuna ulaşılmıştır. Şimşir Atalay ve diğerleri (2011) yaptığı çalışmada meme kanseri cerrahisi sonrası hastaların kol sorunları yaşadığı günlük yaşam aktivitelerini etkilediği ve yaşam kalitesini düşürdüğü sonucuna ulaşılmıştır. Galiano-Castillo ve diğerleri (2016) yaptığı meme kanser cerrahisi sonrası uygulanan internet tabanlı egzersiz programının hastalarda genel sağlık durumu, fiziksel, rol, bilişsel fonksiyon, kol sorunları, ağrı şiddeti ve ağrı etkileşimi puanlarında anlamlı iyileşme olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastaları taburculuk sürecine hazırlamak ve evde bakım yönetimini sağlamak; ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonların azaltılmasında ve kısa sürede iyileşmenin sağlanmasında çok önemlidir. Ameliyat sonrası hasta takibinin düzenli yapılması ve erken iyileşmenin sağlanması ile hem hastaya, hem de devlete birçok katkı sağlanmaktadır. Sağlık profesyonellerinden biri olan hemşirelerin, taburculuk eğitimi ve ameliyat sonrası hasta takibi açısından büyük sorumlulukları bulunmaktadır. Ülkemizde; uzaktan görüntülü görüşme ve telefon izleme yöntemleri ile ilgili cerrahi hemşirelik alanında yapılan araştırmaların sınırlı olduğu saptanmıştır. Güncel ve yenilikçi bir uygulama olan uzaktan görüntülü görüşme yönteminin, meme kanser cerrahisi sonrası, hemşirelik bakımına etkisi araştırıldı.

Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya uzaktan görüntülü görüşme ve telefonla izleme yöntemleriyle uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının ağrı, yaşam kalitesi, kol, omuz, el hareketliliği ve ameliyat sonrası komplikasyon gelişimine yönelik etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü türde gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları aşağıda belirtilmektedir.

- Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya uzaktan görüntülü görüşme yöntemi ile uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının ağrı üzerine etkisinin olmadığı saptandı (H₀-1 hipotezi kabul edildi).
- Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya uzaktan görüntülü görüşme yöntemi ile uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının yaşam kalitesi üzerine etkisinin olduğu saptandı (H₁-2 hipotezi kabul edildi).
- Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya uzaktan görüntülü görüşme yöntemi ile uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının kol, omuz, el hareketliliği üzerine etkisinin olduğu saptandı (H₁-3 hipotezi kabul edildi).
- Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya uzaktan görüntülü görüşme yöntemi ile uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının ameliyat sonrası komplikasyon gelişimine etkisinin olduğu saptandı (H₁-4 hipotezi kabul edildi).
- Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya telefonla izleme yöntemi ile uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının ağrı üzerine etkisinin olmadığı saptandı (H₀-5 hipotezi kabul edildi).

- Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya telefonla izleme yöntemi ile uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının yaşam kalitesi üzerine etkisinin olduğu saptandı (H₁-6 hipotezi kabul edildi).
- Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya telefonla izleme yöntemi ile uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının kol, omuz, el hareketliliği üzerine etkisinin olduğu saptandı (H₁-7 hipotezi kabul edildi).
- Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya telefonla izleme yöntemi ile uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının ameliyat sonrası komplikasyon gelişimine etkisinin olduğu saptandı (H₁-8 hipotezi kabul edildi).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- H₀-1, H₁-2, H₁-3, H₁-4, H₀-5, H₁-6, H₁-7, H₁-8 kabul edildi.

Sonuç olarak; meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya uzaktan görüntülü görüşme ve telefonla izleme yöntemleriyle uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının ağrı dışında, yaşam kalitesi, kol, omuz, el hareketliliği ve ameliyat sonrası komplikasyonları azaltmada etkili olduğu tespit edildi.

- ✓ Taburculuk eğitiminin, hastaların kişisel özellikleri dikkate alınarak kişiye özel planlanması; uzaktan görüntülü görüşme ve telefonla izleme yöntemleriyle hastanın ihtiyacı olan konular belirlenerek, belirlenen konular üzerinde daha fazla durulması,
- ✓ Hastaların ağrı şiddetini azalmak için; farklı alternatif tedavi yöntemlerinden faydalanılması,
- ✓ Hastaların uzaktan görüntülü görüşme ve telefonla izleme yöntemleri ile takibinin ameliyat öncesi dönemde başlanması ve sağlık personeli ile hasta arasında uyumun sağlanması, sürecin dinamik tutulması ve gerektiğinde sağlık ekibindeki diğer kişiler ile hasta hakkında bilgilerin paylaşılması,
- ✓ Örneklem grup sayısının artırılarak daha fazla çalışmaların yapılması,
- ✓ Hastanelerde, bilişim sistemlerinde mevcut olan uzaktan hemşirelik uygulamalarının hayata geçirilmesinin sağlanması,
- ✓ Uzaktan görüntülü görüşme, telefon ile hasta izlemi ve yüz yüze hasta izlem yöntemlerinin karşılaştırıldığı araştırmaların yapılması,
- ✓ Hemşirelerin, meme bakım hemşireliği eğitimlerine katılımının sağlanması

KAYNAKLAR

- Acar, G. B. (2019). *Adjuvan Kemoterapi Alan Meme Kanserli Kadınlara Roy Adaptasyon Modeline göre Verilen Semptom Yönetimi Danışmanlığının Fonksiyonel Duruma Etkisi*. Doktora Tezi. T.C. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Açıkgöz, A., Cehreli R., Ellidokuz H. (2015). Determination of Knowledge and Behavior of Women Working at a Hospital on Breast Cancer Early Detection Methods, and Investigation of Efficiency of Planned Education. *The Journal of Breast Health* 11(1):31–38. [https://doi: 10.5152/tjbh.2014.2322](https://doi.org/10.5152/tjbh.2014.2322).
- Agorastos, T., Chatzistamatiou, K., Katsamagkas, T., Koliopoulos, G., Daponte, A., Constantinidis, T., Constantinidis, T. C. (2015). Primary Screening for Cervical Cancer Based on High-Risk Human Papillomavirus (HPV) Detection and HPV 16 and HPV 18 Genotyping, in Comparison to Cytology. *PLoS One*, 10(3), 1–23.
- Ak Yakıt, E., Sen M.A. (2023). Kadınların Algıladıkları Meme Kanseri Riskinin Belirlenmesi, *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 56(2), 84-88.
- Akbari, M., & Senol Celik, S. S. (2018). The Effects of Discharge Training and Counseling on Post Discharge Problems in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(4), 442–449. <https://doi.org/10.4103/17359066.161007>
- Akechi, T., Yamaguchi, T., Uchida, M., Imai, F., Momino, K., Katsuki, F., ... Iwata, H. (2023). Smartphone Psychotherapy Reduces Fear of Cancer Recurrence Among Breast Cancer Survivors: A Fully Decentralized Randomized Controlled Clinical Trial (J-SUPPORT 1703 Study), *Journal of Clinical Oncology*, 41(5)1069-1078.
- Akezaki, Y, Nakata, E., Kikuuchi, M., Tominaga, R., Kurokawa, H., Okamoto, M., ... Sugihara, S. (2021). Investigation of factors affecting early quality of life of patients after breast cancer surgery. *Healthcare (Switzerland)*. 9(2), 1-9.
- Aksu, B. (2021). *Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Meme Kanseri Kadercilik ve Engel Algılarının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. T.C Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa.

- Akyolcu N., Özhanlı Y., Kandemir D. (2019). Meme Kanserinde Güncel Gelişmeler. *Journal of Health Science and Profession*, 6(3): 583-94
- Akyolcu, N. (2008). Meme kanserinde cerrahi girişim sonrası cinsel yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi*. 4(2), 1, 77–83.
- Akyüz, V. (2020). *Ameliyat öncesi ağrı eğitiminin ameliyat sonrası ağrıya etkisinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
- Ali S., Mondal N., Choudhry H., Rasool M., Pushparaj P., Khan M.A., ... Jamal M.S. (2016). Current Management Strategies in Breast Cancer by Targeting Key Altered Molecular Players, *Frontiers in Onkology*. 45 (6) 1-9.
- Alsancak Acet, M. (2022). *Meme kanserinde sağkalım ve prognostik, prediktif faktörlerin Araştırılması*. Uzmanlık Tezi, T.C. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara.
- Altinova, H. H ., & Duyan, V. (2013). Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeğinin Geçerlik Güvenirlik Çalışması. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 24(2), 9–22.
- Andegiorgish, A.K., Kidane E.A., Gebrezgi M.T. (2018). Knowledge, Attitude, and Practice of Breast Cancer among Nurses in Hospitals in Asmara, Eritrea, *BMC Nursing* 17(1), 1–7. [https://doi: 10.1186/s12912-018-0300-4](https://doi.org/10.1186/s12912-018-0300-4).
- Andersen, K.G., Christensen, K.B., Kehlet, H., Bidstrup, P.E. (2015). The Effect of Pain on Physical Functioning After Breast Cancer Treatment Development and Validation of an Assessment Tool. *Clinical J Pain* 31(9). [https://doi: 10.1097/AJP.0000000000000156](https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000156).
- Andrioti, A., Papadopetraki, A., Maridaki, M., Philippou, A. (2023). The Effect of a Home-Based Tele-Exercise Training Program Cancer Survivors, *Sports*, 11 (102), 1-12.
- Arslan M., Şahin DA. (2013). The effect of planned education on women's knowledge about breast cancer and breast self examination, *ResearchGate*, 8-16.
- Asano, M., Koh, G. C. H., Madhukumar, P., Teng, G. Y. H., Liew, P. L. L., Nagalingam, S., ... Tan, B. K. T. (2021). Study protocol: a pilot quasi-experimental trial of tele-rehabilitation and tele-drain care post-mastectomy. *Pilot and Feasibility Studies*, 7(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s40814-021-00776-5>
- Aslan, C. (2019). Meme Kanseri Tedavisi Gören Kadınların Eşlerinin Deneyimleri Experiences

of the Husbands of Women Who Have Breast Cancer Treatment. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(5), 55–69.

Aslan, M. (2020). Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği - Hemşire Değerlendirme Kısa Formunun Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(7), 202–214. <https://doi.org/10.5222/SHYD.2020.32486>.

Augestad, K.M., Lindsetmo R.O. (2009). Overcoming Distance: Video-Conferencing as a Clinical and Educational Tool among Surgeons. *World Journal of Surgery* 33(7):1356–65. <https://doi: 10.1007/s00268-009-0036-0>.

Avcı S., Karahan, A., (2013). Barnason etkililik beklenti ölçeği kardiyak cerrahi versiyonunun Türkiye için geçerlik ve güvenirliği. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 21(3),691–698. <https://doi.org/10.5606/tgkdc.dergisi.2013.7520>

Ay F. (2008). Tele Sağlık Sistemi, Maliyet ve Etkililik Değerlendirilmesi. *Anadolu Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi Anadolu*.9(2) : 159-163.

Aydın A., Gürsoy A. (2019). Hastaneden Eve Uzanan Yolda CABG Hastalarının Bakım Gereksinimleri ve Bakım Bağımlılığı, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*;16 (1): 8-14

Babacan Gümüş, A. (2006). Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 10, 108–114.

Balcı H. (2023). *Meme cerrahisi uygulanan kadınlara mobil uygulama ile verilen eğitimin destekleyici bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesine etkisi: randomize kontrollü çalışma*. Doktora Tezi. T.C. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Baykara, O. (2016). Current Modalities in Treatment of Cancer. *Balıkesir Health Sciences Journal*, 5(3), 154–165. <https://doi.org/10.5505/bsbd.2016.93823>.

Beck, C.A., Beran, D., Biglan, M.K., Boyd, C.M., Dorsey, E.R., Schmidt, P.N., ... Zhu, W. (2017). National Randomized Controlled Trial of Virtual House Calls for Parkinson Disease. *Neurology* 89(11):1152–61. doi: 10.1212/WNL.0000000000004357.

Beishon, L.C. Elliott, E., Hietamies, T., Mc Ardle, R., O'Mahony, A.E., Elliott, A.R., Quinn, T.J. (2022). Diagnostic test accuracy of remote, multidomain cognitive assessment (telephone and video call) for dementia, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1 -66.

- Benderli Cihan, Y., Öztürk, O. (2023). The Effect of Surgery and Hormone Therapy on Quality of Life in Breast Cancer Patients Receiving Radiotherapy, *Türk Journal Surgical*, 39(3), 237–48. <https://doi.org/10.47717/turkjsurg.2023.6087>.
- Beşer, N., Öz, F. (2003). Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete–depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1).
- Bikmoradi, A., Masmouei, B., Ghomeisi, M., & Roshanaei, G. (2016). Impact of Tele-nursing on adherence to treatment plan in discharged patients after coronary artery bypass graft surgery: A quasi-experimental study in Iran. *International Journal of Medical Informatics*, 86, 43–48. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.12.001>
- Bilginer, M.C., Kavgacı H. (2021). Erken evre meme kanserli hastalarda beden kitle indeksi değişimi ve obeziteye bağlı sağlık komplikasyonları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(4), 591-597
- Bilik, Ö. (2006). *Kalça protezi uygulanmış hastaların evde telefonla izlenmesinin iyileşmeye etkisi*. Doktora Tezi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Binay, S. (2019). *Ameliyat öncesi çocuk hastalara izletilen eğitim amaçlı animasyon filminin çocuklarda korkuya ve ameliyat sonrası ağrıya etkisinin incelenmesi*. Doktora Tezi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Binotto M., Reinert T., Werutsky G., Zaffaroni F., Schwartsmann G. (2020). Health-related quality of life before and during chemotherapy in patients with early-stage breast cancer. *ecancer medical science*, 14, 1-11 <https://doi.org/10.3332/ecancer.2020.1007>
- Bizot, A., Karimi, M., Rassy, E., Heudel, P., Levy, C., Vanlemmens, L., ... Pistilli, B. (2021). Multicenter evaluation of breast cancer patients' satisfaction and experience with oncology telemedicine visits during the COVID-19 pandemic, *British Journal of Cancer*, 125(11), 1486-1493.
- Bozdemir, H. (2019). *Cerrahi girişim geçiren meme kanserli hastalarda Roper, Logan ve Tierney'in günlük yaşam aktiviteleri modeline göre verilen eğitimin kolun disfonksiyonuna, lenfödeme ve yaşam kalitesine etkisi*. Doktora Tezi. T.C. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Bruce, J., A. J. Thornton, N. W. Scott, S. Marfizo, R. Powell, M. Johnston, M., ... Thompson, M. (2012). Chronic Preoperative Pain and Psychological Robustness Predict Acute Postoperative Pain Outcomes after Surgery for Breast Cancer.” *British Journal of Cancer*

107(6):937–946. <https://doi: 10.1038/bjc.2012.341>.

Bulut, T. Y. (2022). *Suriyeli Kadınlara Uygulanan Hemşire Navigasyon Programının Meme Kanseri Tarama Davranışlarına Yönelik Sağlık İnançları, Mamografi Öz Etkililikleri Ve Meme Kanseri Korkuları Üzerine Etkisi*. Doktora Tezi. T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Samsun.

Can V. (2023). *Konya Doğanhisar 2 no.lu Harman aile sağlığı merkezine kayıtlı 20- 70 yaş arası kadınların kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi, tutum ve farkındalıklarının araştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya.

Castillo, G., Ariza-García, N., Cantarero-Villanueva, A., Fernández-Lao, Í., Díaz-Rodríguez, C., Legerén-Alvarez, M., ...Arroyo-Morales, R. (2013). Telehealth system (e-CUIDATE) to improve quality of life in breast cancer survivors: Rationale and study protocol for a randomized clinical trial, *Trials*, 14(1), 1-10.

Cesim Ö.B., Semin Akel B., Öksüz Ç. (2017). Üst Ekstremitte Yaralanması Olan Bireylerde Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (DASH) İle Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 5(3), 189-196

Chan, K. S., Zeng, D., Leung, J.H., Yin Ooi, B., Kong, K.T., Yeo, Y.H., ... Chia, C.L. (2020). Measuring Upper Limb Function and Patient Reported Outcomes after Major Breast Cancer Surgery: A Pilot Study in an Asian Cohort, *BMC Surgery* 20(1), 1–9. <https://doi: 10.1186/s12893-020-00773-0>.

Chandarana, M., Tan, Y.Y., Kirby, R., Jafferbhoy, S., Marla, S., Narayanan, S., Soumian S. (2020). Patient-Reported Upper Limb Function After Sentinel Lymph Node Biopsy for Breast Cancer: A Prospective Observational Study, *Clinical Breast Cancer* 20(5), e584–88. <https://doi: 10.1016/j.clbc.2020.03.014>.

Chee Y.L., Crawford J.C., Watson H.G., Greaves M. (2008). Guidelines on the assessment of bleeding risk prior to surgery or invasive procedures, *Journal Compilation*, 496-504.

Cho S.W., Kim S., Kim J.M., Kim J.S. (2013). Targeted Genome Engineering in Human Cells with The Cas9 RNA-Guided Endonuclease, *Nature Biotechnology* 31(3), 230-232.

Chrischilles, E. A., Riley, D., Letuchy, E., Koehler, L., Neuner, J., Jernigan, C., ... Lizarraga, Í.M. (2019). Upper Extremity Disability and Quality of Life after Breast Cancer Treatment in the Greater Plains Collaborative Clinical Research Network, *Breast Cancer*

Research and Treatment 175, 675–89. [https://doi: 10.1007/s10549-019-05184-1](https://doi.org/10.1007/s10549-019-05184-1)

- Cook, D. J., Moradkhani, A., Douglas, K. S. V., Prinsen, S. K., Fischer, E. N., & Schroeder, D. R. (2014). Patient education self-management during surgical recovery: Combining mobile(ipad) and a content management system. *Telemedicine and E-Health*, 20(4), 312–317. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0219>
- Çağlar, M., Yeşiltepe Oskay, Ü., Arican, E., & Akyol, E. (2021). Relationship between self efficacy and sexual function after open heart surgery. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(4), 376–382. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa012>
- Çam, M. O., & Kaçmaz, E. D. (2018). Tele-Health Practice and Use in Psychiatry Nursing. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(4), 363–369. <https://doi.org/10.5336/nurses.2018-59821>
- Çetiner, M. (2013). *Cerrahi girişim sonrası kanamalarda ayırıcı tani*. XXXIX. Ulusal Hematoloji Kongresi. 30–34.
- Çetinkaya F., Karabulut N. (2010). Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 20-26.
- Çil Akıncı, A., Aksoy, S.D. (2019). Kanserli Kadınlarda Cinsel Sorunlar. *Jaren*, 5(2), 156–162. <https://doi.org/10.5222/jaren.2019.09709>
- Çubukçu, B., Tayhan, F., Ede G. (2023). Menopoz- Sonrası Dönemde Meme Kanseri Gelişiminde Beslenme Alışkanlıkları ve Yaşam Kalitesi Etkili mi ?, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 12(3), 1301-1312.
- Dadzi, R., Adam A. (2019). “Assessment of Knowledge and Practice of Breast Self Examination among Reproductive Age Women in Akatsi South District of Volta Region of Ghana. *PLos One*, 14(12), 1–12. [https://doi: 10.1371/journal.pone.0226925](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226925).
- Darnall, B.D., Ziadni S.M., Krishnamurthy P., Flood P., Heathcote L.C., MacKey I.G., Taub J.C., Wheeler A. (2019). My Surgical Success’: Effect of a Digital Behavioral Pain Medicine Intervention on Time to Opioid Cessation after Breast Cancer Surgery - A Pilot Randomized Controlled Clinical Trial.” *Pain Medicine (United States)*, 20(11), 2228–37. [https://doi: 10.1093/pm/pnz094](https://doi.org/10.1093/pm/pnz094).
- Debnath D. (2004). Activity Analysis of Telemedicine in the UK. *Postgrad Medikal Journal*80,335–338.

- Demir Yıldırım A., Özyayın A.N. (2014). Sources of Breast Cancer Knowledge of Women Living in Moda / İstanbul and Their Attendance to Breast Cancer Screening, *The Journal of Breast Health*, 10(1), 47-56.
- Demirci S., Eser E., Ozsaran Z., Tankisi D., Aras1 A.B., Ozaydemir G., Anacak Y. (2011). Validation of the Turkish Versions of EORTC QLQ-C30 and BR23 Modules in Breast Cancer Patients *Asian Pacific J Cancer Prev*, 12, 1283-1287.
- Deveci, Z. (2022). *Meme Kanserine Bağlı Lenfödem Gelişen Kadınlarda Mobil Lenfödem Özbakım Destek Programının, Özbakıma, Yaşam Kalitesine Ve Lenfödem İle İlgili Semptomlara Etkisinin İncelenmesi*. Doktora Tezi. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik, İzmir.
- Dhruva, V., Grech D. (2022). The Utility of Telemedicine to Manage Post-Operative Pain. *Open Journal of Anesthesiology* 12(07), 229–39, <https://doi:10.4236/ojanes.2022.127020>.
- Di Giammarco G., Di Mascio T., Di Mauro M., Tarquinio A., Vittorini P. (2015). Smart Heart CABG Edu: First Prototype and Preliminary Evaluation. *International Publishing Switzerland* 201557-58
- Dirimeşe, E., Yavuz, M., Altınbas Y. (2014). Quality Changes in Postoperative Pain Management: Comparison of Two Periods. *Kafkas Journal of Medical Sciences* 4(2):62–68. <https://doi: 10.5505/kjms.2014.29200>.
- Dong, X., Yi X., Gao, D., Gao, Z., Huang, S., Chao, M., Chen, W., Ding, M. (2019). The Effects of the Combined Exercise Intervention Based on Internet and Social Media Software (CEIBISMS) on Quality of Life, Muscle Strength and Cardiorespiratory Capacity in Chinese Postoperative Breast Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1),1–9. <https://doi: 10.1186/s12955-019-1183-0>.
- Duger, T., Yakut, E., Oksuz, C., Yorukan, S., Ayhan, C., Leblebecioglu, G., ...Guler, C. (2006). Kol, Omuz ve El sorunları (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand - DASH) Anketi Türkçe uyarlamasının güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 17(3). 99–107.
- Eden, J. (2003). Progestins and breast cancer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(5), 1123–1131. <https://doi.org/10.1067/mob.2003.201>
- Elmas Ö., Karadeniz Çakmak G., Bakkal B.H. (2021). Comparison Between Modified Radical

Mastectomy and Breast-Conserving Surgery Concerning the Quality of Life in Patients with Breast Cancer Under 50 Years of Age. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi* 5(1), 63–67. doi: 10.29058/mjwbs.804830.

Enien, M.A., Ibrahim, N., Makar, W., Darwish, D., Gaber M. (2018). Health-related quality of life: Impact of surgery and treatment modality in breast cancer. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 14(5), 957-963.

Eraslan, D., Yeşilbalkan Usta, Ö. (2023). Türkiye’de kanserde ağrıya yönelik yapılmış hemşirelik araştırmalarının incelenmesi:sistemik derleme, *Gevher Nesibe Journal of Medical& Health Sciences*, 8(4), 996-1009.

Erdem, D., Ugiş C., Albayrak D., Akan B., Aksoy, E., Göğüş N. (2011). Perianal Bölge Ameliyatı Yapılacak Hastalarda Uygulanan Anestezi Yöntemlerinin Preoperatif ve Postoperatif Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisi. *Medical Journal of Bakirkoy* 7(1):11–16.https://doi: 10.5350/BTDMJB201107103.

Erdem, Ö., Toktaş İ. (2016). Knowledge, Attitudes, and Behaviors about Breast Self Examination and Mammography among Female Primary Healthcare Workers in Diyarbakir,Turkey.” *BioMed Research International*, 2016, 1-6. https://doi: 10.1155/2016/6490156.

Erdoğan, H. (2015). *Kanser Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Travma Sonrası Stres, Bozukluğu Depresyon Anksiyete Ve Stres İle İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Ergin, B. (2023). *Hemşirelere Verilen Deliryum Eğitiminin Bilgi Düzeylerine Olan Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Maltepe Üniversitesi, İstanbul.

Ersöz E.T. (2023). *Masa başı çalışanlarında postür egzersizlerinin ağrı ve yaşam kalitesine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi. T.C. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. İstanbul.

Eşlik M., Çetinkaya A. (2019). Self-Efficacy Perceptions in Coping of the Patients’ Post Coronary Artery Bypass Graft Surgery Miray. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(22), 41 49. https://doi.org/10.5543/khd.2019.73644

Farajivafa, V., Khosravi, N., Rezaee, N., Koosha, M., Haghighat., S. (2023). “Effectiveness of Home-Based Exercise in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial.” *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation* 15(1):1–7. https://doi: 10.1186/s13102-

02300710-7.

- Fenske, R. F. (2020). Validating Effective Interventions in Patient/Family Education Using Tablet Computers. *Journal of Hospital Librarianship*, 20(1), 38–55. <https://doi.org/10.1080/15323269.2020.1702842>
- Feyzioğlu, Ö. (2020). *Meme kanseri cerrahisi geçiren olgularda kinect® temelli fizyoterapi programının etkinliğinin araştırılması*. Doktora Tezi. T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Fotedar, V., Fotedar S., Thakur P., Vats, S., Negi, A., Chanderkant L. (2019). Knowledge of breast cancer risk factors and methods for its early detection among the primary health-care workers in Shimla, Himachal Pradesh, *Journal of Education and Health Promotion*, 8, 1-5.
- Frutos M.L., Medina J.C., Vives J., Casellas-Grau, A., Marzo J.L., Borràs J.M., Ochoa-Arnedo, C. (2020). Video conference vs face-to-face group psychotherapy for distressed cancer survivors: A randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 1-9.
- Fu, M. R., Rosedale, M. (2009). Breast Cancer Survivors Experiences of Lymphedema Related Symptoms, *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(6), 849–59. <https://doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.04.030>.
- Furmaniak, A.C., Menig, M., Markes, M.H. (2016). Exercise for Women Receiving Adjuvant Therapy for Breast Cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016 (9), doi: 10.1002/14651858.CD005001.pub3.
- Galiano-Castillo, N., Cantarero-Villanueva, I., Fernández-Lao, C., Ariza-García, A. Díaz Rodríguez, L., Del-Moral-Ávila, R., Arroyo-Morales, M. (2016). Telehealth System: A Randomized Controlled Trial Evaluating the Impact of an Internet-Based Exercise Intervention on Quality of Life, Pain, Muscle Strength, and Fatigue in Breast Cancer Survivors. *Cancer* 122(20), 3166–74. <https://doi:10.1002/cncr.30172>.
- Garg A.D., Nowis D., Golab J., Agostinis P. (2010). Photodynamic therapy: illuminating the road from cell death towards anti-tumour immunity. *Apoptosis*, 15:1050–1071.
- Gerner, P. (2008). Postthoracotomy Pain Management Problems, *Anesthesiology Clinics* 26(2):355–67. <https://doi:10.1016/j.anclin.2008.01.007>.
- Gomaa, S., West C., Lopez A.M., Zhan T., Schnoll M., Abu-Khalaf, M., Newberg, A., Yi Wen, K. (2022). A Telehealth-Delivered Tai Chi Intervention (TaiChi4Joint) for Managing

Aromatase Inhibitor–Induced Arthralgia in Patients with Breast Cance during COVID-19: Longitudinal Pilot Study. *JMIR Formative Research* 6(6), 1–11. <https://doi:10.2196/34995>.

Gorman, J. R., Lyons, K. S., Harvey, S. M., Acquati, C., Salsman, J. M., Kashy, D. A., ... Reese, J. B. (2022). Opening the Conversation: study protocol for a Phase III trial to evaluate a couple-based intervention to reduce reproductive and sexual distress among young adult breast and gynecologic cancer survivor couples. *Trials*, 23(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06665-3>

Gramke, H. F., De Rijke J.M., Kleef, M., Kessels, A., Peters, M.L., Sommer, M., Marcus, M.A. (2009). Predictive Factors of Postoperative Pain after Day-Case Surgery. *Clinical Journal of Pain* 25(6):455–60. <https://doi:10.1097/AJP.0b013e31819a6e34>.

Groom, A. G., & Younis, T. (2016). Endocrine therapy for breast cancer prevention in high risk women: Clinical and economic considerations. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 16(2), 245–255. <https://doi.org/10.1586/14737167.2016.1159514>

Gudnadottir, G., Persson, R.G., Drevenhorn, E., Olofsson, E., Helena Rosén. (2021). “The Effect of Telephone Counseling and Internet-Based Support on Pain and Recovery after Tonsil Surgery in Children – a Systematic Review.” *International Journal of Nursing Studies Advances* 3, 1–8. <https://doi:10.1016/j.ijnsa.2021.100027>.

Güçlü S., Tabak R.S. (2013). Impact of health education on improving women’s knowledge and awareness of breast cancer and breast self examination, *The Journal Of Breast Health*, 9(1),18-23.

Günay Uçurum, S., Polat K., Naz İ., Bayram K.B., & Özer Kaya, D. (2022). Meme Kanseri Cerrahisi Sonrası Ekstremitte Hacmi ile Ağrı , Duyu ve Kavrama Kuvveti Arasındaki İlişki. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 7(1), 49–54.

Gündüz E., Keskin H. (2020). Torakotomi Ameliyatı Öncesi Ağrı Eğitiminin Postoperatif Ağrı Düzeylerine Etkisi. *Göğüs Kalp Damar Anestezi Dergisi*, 26(4):213-20.

Güner, S. (2020). *Meme kanseri cerrahisi uygulanacak hastaların sosyal destek algısı, manevi yönelim ve umut düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Güven, E. (2019). *Meme Kanseri Tanısı Alan Kadınlarda Anksiyete, Depresyon Ve Cinsel*

Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Doktora Tezi. T.C. On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.

- Güzel N., Bayraktar N. (2019). Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Farkındalıklarının ve Uygulamalarının Belirlenmesi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(2) 101-110
- Hao, J., Xu, Y., Li H. (2023). The Value of Applying a Continuous Nursing Model Based on Virtual Platforms for Patients with Colostomy or Ileostomy. *Advances in Skin and Wound Care* 36(4):206–12. doi: 10.1097/01.ASW.0000919960.94295.53.
- Harder, H., Holroyd, P., Burkinshaw, L., Watten, P., Zammit, C., Harris, P.R., Good, A., Jenkins, V. (2017). A User-Centred Approach to Developing BWell, a Mobile App for Arm and Shoulder Exercises after Breast Cancer Treatment, *Journal of Cancer Survivorship* 11(6), 732–42. [https://doi: 10.1007/s11764-017-0630-3](https://doi.org/10.1007/s11764-017-0630-3).
- Hartford K. (2005). Telenursing and Patients Recovery from Bypass Surgery. *Journal of Advanced Nursing* 50(5), 459–468
- Henkin, J.S., Cíntia E. B., Mariana S. S., Guilherme G. R., Caroline B. S., Ricardo S. G., ... Stephanie S. P. (2023). Telehealth Multicomponent Exercise and Health Education in Breast Cancer Patients Undergoing Primary Treatment: Rationale and Methodological Protocol for a Randomized Clinical Trial (ABRACE: Telehealth).” *Trials* 24(1), 1–11. doi: 10.1186/s13063-022-07015-z.
- Hindistan S., Ergüney S. (2008). Romatoid artritli hastalara verilen eğitimin ağrı düzeylerine, psikolojik belirtilerine ve yardım arama tutumlarına etkisi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 69-76.
- Hou, C., Lin H., Shen H.S., Chang, K. J., Tai, H., Tsai, A.J., Dykes. P. (2020). Quality of Life of Women after a First Diagnosis of Breast Cancer Using a Self-Management Support MHealth App in Taiwan: Randomized Controlled Trial. *JMIR MHealth and UHealth* 8(3), 1–13. [https://doi: 10.2196/17084](https://doi.org/10.2196/17084).
- Høyer, B.B., Toft, G.V., Debess, J., Ramlau-Hansen, C.H. (2011). A Nurse-Led Telephone Session and Quality of Life after Radiotherapy Among Women with Breast Cancer: A Randomized Trial.” *The Open Nursing Journal* 5, 31–37. doi:10.2174/1874434601105010031.

- Ikemoto K., Yamagata Y., Ikemoto T., Kawai T., Aono S., Arai Y-C; (2015)., Telephone Consultation Partially Based on a Cognitive-Behavioral Approach Decreases Pain and Improves Quality of Life in Patients With Chronic Pain, *Anesth Pain Medical*,5(6): e32140.
- Imran, M., Al-Wassia, R., Alkhayyat, S., Baig, M., Al-Saati. B.A. (2019). Assessment of Quality of Life (QoL) in Breast Cancer Patients by Using EORTC QLQ-C30 and BR-23 Questionnaires: A Tertiary Care Center Survey in the Western Region of Saudi Arabia.” *PLoS ONE* 14(7),1–13. doi: 10.1371/journal.pone.0219093.
- Jayasinghe, R., Fernando, A., Jayarajah, U., Seneviratne, S. (2021). Post Treatment Quality of Life among Sri Lankan Women with Breast Cancer, *BMCCancer* 21(1), 1–8. doi: 10.1186/s12885-021-08055-5.
- Jung, S., Panchalingam, K. M., Rosenberg, L., & Behie, L. A. (2012). Ex vivo Expansion of Human Mesenchymal Stem Cells in Defined Serum-free Media. *Stem Cells International*, 2012, 1-21. <https://doi.org/10.1155/2012/123030>
- Kalkan, N., & Karadağ, M. (2017). Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemede Güncel Yaklaşımlar ve Hemşirelere Yönelik Önleme Girişimleri Algoritması. *Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 280–289. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/390222>
- Kanda W., Kivimaa P. (2020). What opportunities could the COVID-19 outbreak offer for sustainability transitions research on electricity and mobility? *Energy Research & Social Science* 68 (2020) 101666 <https://doi.org/10.1016/j.erss.2020.101666> .
- Kapinos, K., Kotzias V., Bogen D., Ray K., Demirci J., Rigas M.A., Uscher-Pines L. (2019). The use of and experiences with telelactation among rural breastfeeding mothers: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*. 21(9), 1-8.
- Kara, D., & Yılmaz, E. (2020). Açık Kalp Cerrahisi Yapılan Hastalarda Öz Yeterliliğin İlaç Uyumu ve Yaşam Kalitesine Etkisi.(2020). *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 34(1): 55-62.
- Karikó, K., Muramatsu, H., Welsh, F. A., Ludwig, J., Kato, H., Akira, S., & Weissman, D. (2008). Incorporation of pseudouridine into mRNA yields superior nonimmunogenic vector with increased translational capacity and biological stability. *Molecular Therapy*,

16(11), 1833-1840. <https://doi.org/10.1038/mt.2008.200>

- Karsten, M., Roehle, R., Albers, S., Pross, T., Hage, A., Weiler, K., ... Blohmer, J. (2022). ScienceDirect Real-World Reference Scores for EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-BR23 in Early Breast Cancer Patients. *European Journal of Cancer*. 163. 128139, <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2021.12.020>.
- Kaş Özdemir, A. (2021). *Meme kanseri cerrahisi sonrası erken rehabilitasyonun fiziksel ve psikososyal fonksiyonlara etkisi*. T.C. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Kaya, D. (2022). *Radyoterapi Alan Meme Kanseri Hastalarında Yaşamdan Anlam Bulma Ve Yaşam Kalitesinin, Öz-Yeterlik İçin Semptom Yönetimine Etkisi*. Doktora Tezi. T.C. Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Kaya, S., Sain Guven, G., Aydan, S., Kar, A., Teleş, M., Yıldız, A., ... Toka, O. (2018). Patients' readiness for discharge: Predictors and effects on unplanned readmissions, emergency department visits and death. *Journal of Nursing Management*, 26(6), 707–716. <https://doi.org/10.1111/jonm.12605>
- Khan, E., Khalid A.B., Anwar A., Safeer N. (2019). Pakistan, Karaçi'deki Kadınlar Arasında Meme Kanseri Taraması Uygulaması ve Bilgi Tutumu. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*. 4(3), 301-314.
- Khoshravesh, S., Taymoori P., Roshani D. (2016). Evaluation of the Relationship between Family History of Breast Cancer and Risk Perception and Impacts on Repetition of Mammography. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 17(3) 135–141. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.S3.135>.
- Kinhikar, R. A., Pawar, A. B., Mahantshetty, U., Murthy, V., Dheshpande, D. D., & Shrivastava, S. K. (2014). Rapid Arc, helical tomotherapy, sliding window intensity modulated radiotherapy and three dimensional conformal radiation for localized prostate cancer: A dosimetric comparison. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 10(3), 575–582. <https://doi.org/10.4103/0973-1482.138200>
- Kiyat İ. (2021). Günübirlik Cerrahi Sonrası Ağrı Yönetiminde Hemşirelik Yaklaşımı. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 5(2); 412-421.
- Klein, I., Kalichman L., Chen N., Susmallian S. (2021). A Pilot Study Evaluating the Effect of Early Physical Therapy on Pain and Disabilities after Breast Cancer Surgery: Prospective

- Randomized Control Trail. The *Breast* 59 (2021), 286–93.
- Knaus M.E., Ahmad H., Metzger G.A., Beyene T.J., Thomas J.L., Weaver L.J., ... Halaweish I. (2022). Outcomes of a telemedicine bowel management program during COVID-19. *Journal of Pediatric Surgery* 57 (2022) 80–85
- Kol, E. Ecevit Alpar Ş., Erdoğan A. (2014). Preoperative Education and Use of Analgesic before Onset of Pain Routinely for Post-Thoracotomy Pain Control Can Reduce Pain Effect and Total Amount of Analgesics Administered Postoperatively. *Pain Management Nursing* 15(1), 331–39. [https://doi: 10.1016/j.pmn.2012.11.001](https://doi:10.1016/j.pmn.2012.11.001).
- Koldas Dogan Ş., Ay S., Evcik D., Baser Ö. (2011). Adaptation of Turkish version of the questionnaire Quick Disability of the Arm, Shoulder, and Hand (Quick DASH) in patients with carpal tunnel syndrome, *Journal Clinical Rheumatology* (2011) 30:185–191 DOI 10.1007/s10067-010-1470-y
- Kulesza-Bronczyk, B., Dobrzycka, B., Piekut, K., Terlikowski, R., Mackowiak-Matejczyk, B.,3, Wojno, A., Terlikowski S. J. (2014). Quality of life during the first year after breast cancer Resection. *Prog Health Science*, 4(1), 124-129.
- Kumarasamy, H. Veerakumar, A.M., Subhathra, S., Suga, Y., Murugaraj R. (2017). Determinants of Awareness and Practice of Breast Self Examination among Rural Women in Trichy, Tamil Nadu.” *Journal of Mid-Life Health* 8(2):84–88. [https://doi: 10.4103/jmh.JMH_79_16](https://doi:10.4103/jmh.JMH_79_16).
- Kunkler, I.H., Linda J., Williams, J. L., Jack, W.L. David A.C., Dixon, M. (2023). Breast Conserving Surgery with or without Irradiation in Early Breast Cancer. *New England Journal of Medicine* 388(7):585–94. [https://doi: 10.1056/nejmoa2207586](https://doi:10.1056/nejmoa2207586).
- Langer, D. (2015). Rehabilitation in patients before and after lung transplantation. *Respiration*, 89(5), 353–362. <https://doi.org/10.1159/000430451>
- Langford, D.J., Schmidt, B., Levine, J.D., Abrams, G., Elboim, C., Esserman, L., ... Miaskowski, C. (2015). Preoperative breast pain predicts persistent breast pain and disability after breast cancer surgery, *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(6), 981-994.
- Li, Y., Zhang, X., Zhang, L., Wang, W. (2021). Effects of Evidence-Based Nursing on Psychological Well-Being, Postoperative Complications and Quality of Life after Breast Cancer Surgery.” *American Journal of Translational Research* 13(5), 5165–73.

- Lucena, S. R., Salazar, N., Gracia-Cazaña, T., Zamarrón, A., González, S., Juarranz, Á., Gilaberte, Y. (2015). Combined treatments with photodynamic therapy for non-melanoma skin cancer. *International Journal of Molecular Sciences*, 16(10), 25912–25933. <https://doi.org/10.3390/ijms161025912>
- Mak S.S., Mo K.F., Suen J.J.S., Chan S.L., Ma W.L., Yeo W. (2009). Lymphedema and quality of life in Chinese women after treatment for breast cancer, *European Journal of Oncology Nursing*, 13 (2009) 110–115.
- Manoğlu, B. (2013). *Meme Cerrahisi Sonrası Seroma Gelişiminde Nutrisyonun Önemi*. Uzmanlık Tezi. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Aydın.
- Montazeri A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007, *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 27(1), 1-31.
- Morar, L., Poroch, V., Mosoiu, D. (2023). Relationship between Quality of Life and Side Effects of Neoadjuvant Cytostatic Treatment in Patients with Non-Metastatic Breast Cancer and Their Evolution over Time. *Paliatia journal of paliative care*, 16(3), 12–19.
- Namlı, S. B. (2022). *Kadınların Meme Kanserine Yönelik Endişe Düzeylerinin Meme Kanserini Önleme Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi*. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi GaziOsmanPaşa Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul.
- Nasiriani, K., Motevasselian, M., Farnia, F., Shiryazdi, S. M., & Khodayarian, M. (2017). The effect of telephone counseling and education on breast cancer screening in family caregivers of breast cancer patients. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 5(4), 306–316.
- Neville, A., Lee, L., Antonescu, I., Mayo, N. E., Vassiliou, M. C., Fried, G. M., & Feldman, L. S. (2014). Systematic review of outcomes used to evaluate enhanced recovery after surgery. *British Journal of Surgery*, 101(3), 159–171. <https://doi.org/10.1002/bjs.9324>
- Ochi, E., Tsuji, K., Narisawa, T., Shimizu, Y., Kuchiba, A., Suto, A., ... Matsuoka M., (2022). Cardiorespiratory Fitness in Breast Cancer Survivors: A Randomised Controlled Trial of Home-Based Smartphone Supported High Intensity Interval Training, *BMJ Supportive & Palliative Care* 12(1),33–37. <https://doi:10.1136/bmjspcare-2021-003141>.
- Ölçer Özkan, Z. (2019). *Meme Kanseri Hastalarının Cinsel Sorunlarına Yönelik Better*

Modeline Göre Verilen Eğitimin Etkisi. Doktora Tezi. T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrah Paşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

- Öngel, K. (2017). Ağrı Tanımı ve Sınıflaması, *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi* 9(1)12-14.
- Öz S. (2022). *Cerrahi hastalarının ağrı inançları ile ameliyat sonrası ağrı düzeyleri arasındaki ilişki*, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Özkan, S., & Alçalar, N. (2009). Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2), 60-64.
- Özmen, V., Özmen, T., Doğru, V. (2019). Breast Cancer in Turkey; An Analysis of 20.000 Patients with Breast Cancer. *European Journal of Breast Health*, 15(3), 141–146. <https://doi.org/10.5152/ejbh.2019.4890>
- Özpuolat, F. (2010). Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Çağdaş Bir Rolü: Eğitici Kimliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı* 293-297.
- Özsoy Durmaz, M., Özbaş A. (2023). Determination of Factors Affecting the Readiness of Orthopedic Surgery Patients for Hospital Discharge, *Journal of Innovative Healthcare Practices (JOINIHP)*, 4(1), 22-33.
- Özveren, H. (2011). Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler Non Pharmacological Methods at Pain Management. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 83–92.
- Paquette, J., May S.L., Fiola, J.L., Villeneuve, E., Lapointe, A., Bourgault P. (2013). A Randomized Clinical Trial of a Nurse Telephone Follow-up on Paediatric Tonsillectomy Pain Management and Complications, *Journal of Advanced Nursing* 69(9), 2054–65. <https://doi: 10.1111/jan.12072>.
- Pardi, N., Hogan, M. J., & Weissman, D. (2020). Recent advances in mRNA vaccine technology. *Current Opinion in Immunology*, 65, 14–20. <https://doi.org/10.1016/j.coi.2020.01.008>
- Park, J. E., Jang, H.J., Seo K.S. (2012). Quality of Life, Upper Extremity Function and the Effect of Lymphedema Treatment in Breast Cancer Related Lymphedema Patients, *Annals of Rehabilitation Medicine* 36(2), 240–47. doi: 10.5535/ar.m.2012.36.2.240.

- Pfestroff A., Luster M., Jilg C.A., Olbert P.G., Ohlmann C.H., Lassmann M., Maecke H.R., Ezziddin S., Bodei L. (2015). Current status and future perspectives of PSMA-targeted therapy in Europe: opportunity knocks. *Euro Journal Nuclear Medical Moleküler Imaging*, 42:1971–1975
- Pok-Ja O., Jung-Ran C. (2020). Changes in Fatigue, Psychological Distress, and Quality of Life After Chemotherapy in Women with Breast Cancer A Prospective Study, *Cancer Nursing* 43(1), E54-E60, 1/2 2020. | DOI: 10.1097/NCC.0000000000000689
- Pulko V.G., Markovienė M.P., Bulotienė G. (2009). Relationship between sense of coherence and quality of life in early stage breast cancer patients. *ResearchGate* 16 (3-4). 139–144
- Qiao, S., Tang, L., Zhang, W., Tian, S., Liu, M., Yang, L., Ye, Z. (2019). Nurse-Led Follow-up to Outpatients with Cancer Pain Treated with Opioids at Home-Telephone Calls plus WeChat versus Telephone Calls Only: A Quasi-Experimental Study.” *Patient Preference and Adherence* 13, 923–31. <https://doi: 10.2147/PPA.S203900>.
- Randa S. Uğraş G.A. Eser K. (2019). Meme Kanserli Kadınların Cerrahi Girişim Sonrası Yaşadıkları Üst Ekstremitte Sorunlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi* 12(2): 170-181.
- Roland K.B., Benard V.B., Greek A., Hawkins N.A., Lin L. (2016). Changes in Knowledge and Beliefs About Human Papillomavirus and Cervical Cancer Screening Intervals in Low-Income Women After an Educational Intervention *Journal of Primary Care & Community Health* 7(2)88-95.
- Salonen, P., Tarkka, M-T., Kellokumpu-Lehtinen, P-L. Astedt-Kurki, P., Luukkaala, T., Kaunonen, M.(2009). Telephone Intervention and Quality of Life in Patients With Breast Cancer. *Cancer Nursing*. 32(3).177
- Sayin, Y., Kanan, N. (2010). Individuals Discharged in the Early Postoperative Period After Breast Surgery, *Nursing Forum*, 45(2), 87-96.
- Secginli, S., Nahcivan N.O. (2006). Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey, *International Journal of Nursing Studies*, 43(2006), 161-171.
- Sel, Z., Beydağ, K. D. (2022). Meme Kanseri Nedeniyle Cerrahi Operasyon Geçiren Kadınlarda Beden Algısı, Cinsel Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu İlişkisi The. *Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 4(2). 119-127

<https://doi.org/10.46413/boneyusbad.1076336>.

- Sevgili, S., Karalezli, A., Tokgönül, A.N., Hasanoğlu, H.C. (2006). Akciğer Kanseri Hastalarında Ağrı Değerlendirme Formu Kullanımının Yeri ve Önemi, *Toraks Derneği Dergisi*, 17, 13,-19.
- Sidar, A., Dedeli Ö., İşkesen A.İ. (2013). The Relationship Between Anxiety, Pain Distress and Pain Severity Before and After Open Heart Surgery in Patients.” *Journal of Medical and Surgical Intensive Care Medicine* 4(1), 1–8. <https://doi: 10.5152/dcbybd.2013.02>.
- Soyak R. (2019). *Hemşirelerin meme kanseri, meme kanseri risk faktörleri, belirtileri ve Tarama yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Söylemez, S. (2017). *Utancı ve suçluluk duygularının bilişsel süreçler üzerindeki etkileri*. Yüksek Lisans Tezi, T.C.Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Söylemez, S., Koyuncu, M., & Amado, S. (2018). Evaluation of Shame and Guilt Emotions in the Scope of Cognitive Psychology. *Studies in Psychology*, 38(2), 259–288. <https://doi.org/10.26650/sp2018-0021>
- Sözeri Öztürk E., Kutlutürkan S. (2021). The Effect of the Mobile Application Based Symptom Monitoring Process on the Symptom Control and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Seminars in Oncology Nursing* 151161
- Staren, E. D., Gupta, D., Donald P. B. (2011). The Prognostic Role of Quality of Life Assessment in Breast Cancer. *Breast Journal*, 17(6), 571–78. doi: 10.1111/j.1524-4741.2011.01151.
- Suh S.R., Lee M.K. (2017). Effects of Nurse-Led Telephone-Based Supportive Interventions for Patients With Cancer: A Meta-Analysis. *Oncology Nursing Forum*, 44(4).. -E168-E184.
- Sun, J. Y., Wu, S. G., Li, F. Y., Lin, H. X., & Zhen Y.H. (2016). Progesterone receptor loss identifies hormone receptor-positive and HER2-negative breast cancer subgroups at higher risk of relapse: A retrospective cohort study. *OncoTargets and Therapy*, 9, 1707–1713. <https://doi.org/10.2147/OTT.S98666>
- Svensson B.J., Dylke E.S., Ward L.C., Black D.A., Kilbreath S.L. (2020). Screening for breast cancer-related lymphoedema: self-assessment of symptoms and signs. *Supportive Care in Cancer*. 28:3073–3080. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05083-7>

- Şaşmaz S. (2023). *Bir tarama programında meme kanseri tanısı alan ve almayanlarda meme kanseri risk değerlendirmesi: olgu kontrol çalışması*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir.
- Şimşir Atalay, N., Taflan Selçuk, S., Ercidoğan Ö., Akkaya N., Sarsan A., Yaren A., Şahin F. (2010). Kanserli Hastalarda Üst Ekstremité Problemlerinin Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisi, *Türk Journal Physical Medicine Rehabilitation*, 57,186-192.
- Takahashi, K., & Yamanaka, S. (2013). Induced pluripotent stem cells in medicine and biology. *Development (Cambridge)*, 140(12), 2457–2461. <https://doi.org/10.1242/dev.092551>
- Timmers, T., Janssen, L., Kool, R. B., & Kremer, J. A. M. (2020). Educating patients by providing timely information using smartphone and tablet apps: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(4). <https://doi.org/10.2196/17342>.
- Timon, C., O’Ceallaigh, B., Siney, E., McInerney, N. (2021). Rapid Implementation of Virtual Hand Therapy Clinics Due to COVID-19-Report and Early Evaluation of Functional Outcomes and Patient Satisfaction. *Mesentery and Peritoneum* 5:AB209. <https://doi:10.21037/map-21-ab209>.
- Toija, A.S., Kettunen, T.H., Leidenius, M.H.K., Vainiola, T.H., Roine, R.A. (2019). Effectiveness of peer support on health-related quality of life in recently diagnosed breast cancer patients: a randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 27(1), 123-130.
- Tola, Y.O., Chow K.M., Liang W. (2021). Effects of Non Pharmacological Interventions on Preoperative Anxiety and Postoperative Pain in Patients Undergoing Breast Cancer Surgery:A Systematic Review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23), 3369–84. <https://doi:10.1111/jocn.15827>.
- Tuna A., Uysal E., Bakır H., Gürer A. (2017). Meme Kanserli Hastalarda Ameliyat Sonrası Bilgi Gereksinimi ve Telefon Hemşireliği ile Karşılanması, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3) 98-104.
- Tuna, A., Vural, G., Karaaslan E. (2022). Meme Kanserli Hastalarda Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2),180,192.
- Turan, M., Karaman, Y., Tekgül Z.T., Karaman, S., Uyar, M., Gönüllü, M. (2016). Incidence and Etiology of Postoperative Chronic Pain after Breast Surgery. *The Journal of Tepecik*

Education and Research Hospital 26(3):207–14. <https://doi: 10.5222/terh.207>.

Tünel, M. (2011). *Meme kanserli hastalarda cerrahi tedavi öncesi ve sonrası anksiyete ve depresyon düzeyi*. Uzmanlık Tezi. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Adana

Ucuzal, M., & Kanan, N. (2012). Foot Massage: Effectiveness on Postoperative Pain in Breast Surgery Patients. *Pain Management Nursing*, 15(2), 458–465. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.03.001>.

Uesugi, Y., Hayashi, S., Fujishiro, T., Kanzaki, N., Nishiyama T. (2013). Effectiveness of Distance Education Intervention Using Video Footage in Postoperative Patients after Total Hip Arthroplasty.” *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 17(2):91–98. <https://doi: 10.1016/j.ijotn.2013.01.002>.

Uysal, M. (2023). *Anorektal hastalıklar nedeniyle ameliyat olacak hastalara verilen ağrı eğitiminin ameliyat sonrası ağrıya ve konfora etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. İstanbul Okan Üniveristesesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. İstanbul.

Weiner, L. S., Nagel, S., Su, H.I., Hurst, S., Levy, S.S., Arredondo, E.A., Hekler, E., Hartman, S.J. (2023). A remotely delivered, peer-led intervention to improve physical activity and quality of life in younger breast cancer survivors. *Journal of behavioral medicine*, 46(4),578-593.

Weiss, M. E., Yakusheva, O., Bobay, K. L., Costa, L., Hughes, R. G., Nuccio, S., Hamilton, M., Bahr, S., Siclovan, D., & Bang, J. (2019). Effect of Implementing Discharge Readiness Assessment in Adult Medical-Surgical Units on 30-Day Return to Hospital: The READI Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 2(1), 1-16. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.7387>.

Wilson B.C., PattersonM.S. (2008). The physics, biophysics and technology of photodynamic therapy, *Physics in Medicine and Biology*. 53, 61-109.

Winters, S., Martin, C. Murphy, D., Shokar N.K. (2017). *Breast Cancer Epidemiology, Prevention, and Screening*. Progress in Molecular Biology and Translational Science, 151,1-32

Wu, Q., Kue, J., Zhu, X., Yin, X., Jiang, J., Chen, J., ... Shi, Y. (2020). Effects of Nurse-Led Support Via WeChat, a Smartphone Application, for Breast Cancer Patients after Surgery: A Quasi-Experimental Study *Telemedicine and E-Health* 26(2), 1-9. <https://doi:>

10.1089/tmj.2018.0293.

- Yaman Aktas, Y., Gök Uğur, H., Orak, O. S. (2021). A randomized controlled study on the effectiveness of discharge training in patients following cardiac surgery. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 12(1), 225–234.
- Yarış, F., Sahin, M. K., & Dikici, M. F. (2014). Aile hekimliğinde meme kanserlerine yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 5(2), 46–54.
- Yildiz, T. (2015). Current Methods Used In Surgery Patient Education: Not Disease Centered, Patient Centered Education. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 5(2), 129-133. <https://doi.org/10.5455/musbed.20150125115949>
- Zanapalioglu, Y., Atahan, K., Gur, S., Cokmez, A., & Tarcan, E. (2009). Effect of Breast Conserving Surgery in Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Journal of Breast Health*, 5(3), 152–156.
- Zhu J.W., Charkhchi P., Adekunle S., Akbari M.R. (2023). What Is Known about Breast Cancer in oung Women?, *Cancers*. 15, <https://doi.org/10.3390/cancers15061917>
- Zorba Bahçeli, P., Arıkan Dönmez A., Ünver G., Kapucu S. (2023). Kemoterapi Alan Meme Kanserli Kadınların Ağrı Distresi Şiddeti ve Yorgunluk Düzeyleri Arasındaki İlişki : Tanımlayıcı Kesitsel Bir Çalışma. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 49(2), 221–29.
- Zorba, P., Özdemir, L. (2017). The Preliminary Effects of Massage and Inhalation Aromatherapy on Chemotherapy-Induced Acute Nausea and Vomiting: A Quasi-Randomized Controlled Pilot Trial. *Cancer Nursing*, 41(5), 359–366. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000496>

EKLER

Ek 1. Hasta Tanıtım Formu

I BÖLÜM - KİŞİSEL BİLGİLER

Size uygun olan seçeneği (X) işaretleyiniz. Lütfen yanıtlanmamış soru bırakmayınız.

Tarih:

1. Telefon:

2. Yaşınız

3. Medeni Durumunuz ()Evli ()Bekar

4. Eğitim durumunuz () Okur yazar değil () Okur yazar

() Ortaöğretim () Üniversite () Lisans üstü

5. Boy: Kilo: Beden Kitle İndeksi(BKİ):

6. Çocuk sayınız ()1-2 ()3-4

()5-6 ()Hiç yok ()Diğer

Ek 2. Meme Hastalıkları Bilgi Formu

II BÖLÜM –MEME HASTALIKLARI İLE İLGİLİ SORULAR

1. Daha önce hiç meme hastalığı geçirdiniz mi? ()Evet ()Hayır

2. Ailenizde meme kanseri hastası var mı? ()Var ()Yok

3. Varsa yakınlık derecesi nedir? ()Annem ()Teyzem ()Kız Kardeşim ()Diğer

()Yok

4. Kendi kendinize meme muayenesi yapmayı biliyor musunuz?

()Evet ()Hayır

5. Meme muayenesi yapmayı kimden öğrendiniz?

()Doktor

()Hemşire

()Diğer

()Hiçbiri

6. Her ay düzenli olarak kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz?

()Evet ()Bazen ()Hayır

7.Meme muayenesini ne sıklıkta yapıyorsunuz?

()Ayda bir kez

()Haftada bir kez

()Her gün

()Hiç

()Diğer

Ek 3. Ağrı Bilgi Formu ve Visüel Ağrı Ölçeği

III. BÖLÜM–AĞRI İLE İLGİLİ SORULAR ve VISÜEL AĞRI ÖLÇEĞİ

Aşağıda ağrı ile ilgili sorular bulunmaktadır. Ameliyat sonrası ağrı durumunuzu değerlendireceksiniz. Size en uygun gelen seçeneğe X işareti koyunuz.

1. Ağrı durumunuzu belirtiniz. ()Ağrı var ()Ağrı yok

2. Ağrınızın yerini tarif ediniz.

() Sağ memenin üst tarafında () Sağ memenin alt tarafında

- () Sol memenin üst tarafında () Sol memenin alt tarafında
() Sağ memeden koltukaltına doğru () Sol memeden koltuk altına doğru
() Diğer..... () Yok

3. Ağrınızın sıklığını belirtiniz.

- () Sürekli ağrı () Aralıklı ağrı () Nadir () Ağrı yok

4. Ağrınızın tipini belirtiniz.

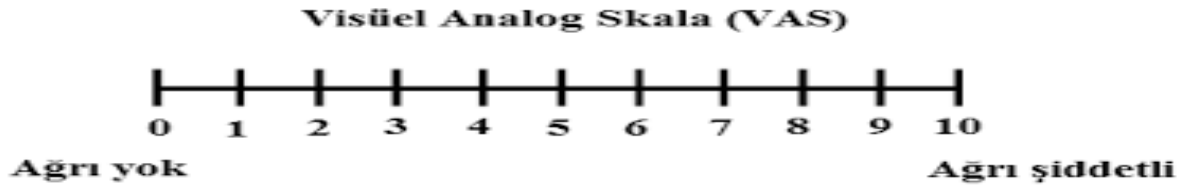
- () Yanıcı, batıcı ağrı () Künt ağrı () Keskin ağrı () Zonklayıcı ağrı
() Ağrı yok

5. Ağrınızın şiddetini belirtiniz.

- () Hafif ağrı () Rahatsız edici ağrı () Şiddetli ağrı () Çok şiddetli ağrı
() Dayanılmaz ağrı () Ağrı yok

VİSÜEL AĞRI ÖLÇEĞİ

1. Ağrınızın şiddetini işaretleyiniz.



Ek 4. QUICK DASH (Kol,Omuz, El Sorunları Hızlı Anketi)

IV. BÖLÜM-QUICK DASH (KOL,OMUZ, EL SORUNLARI HIZLI ANKETİ)

Bu anket bazı bedensel etkinlikleri yerine getirmenizin yarı sıra hastalık belirtilerinizi sorgulanmaktadır. Her soruyu son haftadaki durumunuza göre imine alıp, sadece bir adet uygun şıkı işaretleyerek cevaplayınız. Son hafta içinde bedensel etkinlikte bulunma fırsatınız olsadıysa lütfen hangi cevabın en doğru olduğuna göre en iyi tahmininizi yapınız. Hangi el veya kolunuzu yaralanıştan önce almıştıysanız sadece bedensel etkinliği yapabileceğiniz becerinize göre uygun cevabı tercih ediniz.

	Zorluk yok	Hafif Derecede Zorluk	Orta Derecede	Aşırı Zorluk	Hiç Yapamama
Sırtı kapatmayı ya da yeni bir konumunu açmak	1	2	3	4	5
Ağır ev işleri yapmak (duvar sütmek, yer sütmek, tamirat yapmak vs.)	1	2	3	4	5
Alçıyağı çantası veya evrak çantası taşımak	1	2	3	4	5
Serimün yıkamak	1	2	3	4	5
Yırecekleri kesmek için bıçak kullanmak	1	2	3	4	5
Kol omuz veya elinizden güç aldığınız veya darbe vurduğunuz eğlenceye yönelik etkinlikler (tenis oynamak, pinpon oynamak)	1	2	3	4	5
	Engel yok	Az engel	Orta derecede	Bir Hayli	Aşırı
Son hafta süresince kol omuz ya da el probleminizi aile, arkadaşlar, komşular veya gruplarla normal sosyal etkinliklerinize ne ölçüde engel oldu?	1	2	3	4	5

	Hiç kısıtlama yok	Hafif derecede kısıtlı	Orta derecede kısıtlı	Çok kısıtlı	Hiç yapamadım
Son hafta süresince kol omuz ya da el sorunuzun nedeni ile işinizde ya da diğer günlük etkinliklerde kısıtlandınız mı?	1	2	3	4	5
	Yok	Hafif	Orta	Bir hayli	Aşırı
Geçen hafta içerisinde olan el, omuz ya da kol ağrısının yoğunluğunu işaretleyiniz	1	2	3	4	5
Geçen hafta içerisinde olan el, omuz ya da kolunuzdaki karıncalanma (iğneleme) yoğunluğunu işaretleyiniz	1	2	3	4	5
	Zorluk yok	Hafif derecede zorluk	Orta derecede	Aşırı zorluk	Hiç yapamama
Geçen hafta içinde el, omuz ya da kol ağrınız nedeni ile uyumakta ne kadar zorlandınız?	1	2	3	4	5

Ek 5. EORTC QLQ-C30 VERSION 3.0 VE QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği

V. BÖLÜM- EORTC QLQ-C30 VERSION 3.0 VE QLQ-BR23 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Siz ve sağliğunuz hakkında bazı Őeylerle ilđileneđyoruz. Lutfen soruların tamamını size en uygun gelen rakamı daire iŐine alarak yanıtlayınız. Soruların "doğru" veya "yanıŐ" yanlıları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

	HiÇ	Biraz	OlduŐa	Şok
1. Ağır bir alıŐveriŐ torbası veya valiz taŐamak gibi zorlu hareketler yaparken güÇlük őker misiniz?				
2. Uzun bir yürüyüŐ yaparken herhangi bir zorluk őker misiniz?				
3. Evin dışında kısa bir yürüyüŐ yaparken zorlanmısınız?				
4. Günüň büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geŐirmeye ihtiyaŐınız oluyor mu?				
5. Yemek yerken, giymirken, yıkanırken ve tualeti kullanırken yardıma ihtiyaŐınız oluyor mu?				
GeŐtiđimiz hafta zarfında:	HiÇ	Biraz	OlduŐa	Şok
6. İŐinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alkoyan herhangi bir engel var mıydı?				
7. BoŐ zamanı aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraŐmaktan sizi alkoyan bir engel var mıydı?				
8. Nefes darlığı őkettiniz mi?				
9. Ağrız oldu mu?				
10. Dinlenme ihtiyaŐınız oldu mu?				
11. Uyumakta zorluk őkettiniz mi?				
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?				
13. İŐtahız azaldı mı?				
14. Bolantınız oldu mu?				
15. Kustunuz mu?				
16. Kabız oldunuz mu?				
17. İshal oldunuz mu?				
18. Yoruldunuz mu?				

19. Ağrızlarımız günlük aktivitelerimizi etiledi mi?						
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk őkettiniz mi?						
21. Gerginlik hissettiniz mi?						
22. EndiŐelendiniz mi?						
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?						
24. Bunalıma girdiniz mi?						
GeŐtiđimiz hafta zarfında:	HiÇ	Biraz	OlduŐa	Şok		
25. Bazı Őeyleri hatırlamakta zorluk őkettiniz mi?						
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaŐantınıza engel oluŐturdu mu?						
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluŐturdu mu?						
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa diŐmenize yol aŐtı mı?						
AŐađdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı işaretleyiniz.						
29. GeÇen haftaki sağliğınızı genel olarak nasıl değerlendirdiniz?						
1	2	3	4	5	6	7
Şok Kötü			Mükemmel			
30. GeÇen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirdiniz?						
1	2	3	4	5	6	7
Şok Kötü			Mükemmel			

EORTC QLQ - BR23				
Hastalar bazen aşağıda sözü geçen belirti ve sorunlardan bahsedebilir. Lütfen geçen hafta süresince bu belirti ve sorunlardan hangilerini ne derecede yaşadığınızı belirtiniz.				
Geçtiğimiz hafta boyunca	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağızınızda kuruma oldu mu?				
2. Yediklerinizde ve içtiklerinizde her zamankinden farklı bir tat var mıydı?				
3. Gözlerinizde batma, yanma veya sulanma oldu mu?				
4. Saçınız döküldü mü?				
5. Bu soruyu yalnızca saçınız döküldü ise yanıtlayınız: Saçınızın dökülmesinden dolayı üzülünüz mü?				
6. Kendinizi hasta veya rahatsız hissettiniz mi?				
7. Bu hastalıktan dolayı sıcak (ateş) basmaları oldu mu?				
8. Başınızda ağrı oldu mu?				
9. Hastalığınız veya tedaviniz nedeniyle kendinizi daha az çekici (cezbetici) hissettiniz mi?				
10. Hastalığınız veya tedaviniz sonucunda kendinizi daha az kadınsı hissediyor musunuz?				
11. Kendinizi çıplak olarak görmekte zorlandığınız oldu mu?				
12. Vücudunuzdan memnuniyetsizlik duyduğunuz oldu mu?				
13. Gelecekteki sağlığınız için endişe duyduunuz mu?				
Geçen dört hafta boyunca:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
14. Cinsellikle ne derece ilgiliydiniz?				
15. Cinsel birleşme olsun ya da olmasın cinsel olarak ne kadar aktifsiniz?				
16. Bu soruyu geçen dört hafta boyunca cinsel faaliyetleriniz olduysa yanıtlayınız: Cinsel hayatınız ya da ilişkinizden ne derece zevk aldınız?				
Geçtiğimiz hafta boyunca:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
17. Kolumuzda veya omuzumuzda ağrı oldu mu?				
18. Kolumuzda veya elimizde şişme oldu mu?				

19. Kolumuzu kaldırmakta veya hareket ettirmekte zorlandınız mı?				
20. Hasta olan memenizin bulunduğu bölgede ağrı hissettiniz mi?				
21. Hasta memenizin bulunduğu bölgede şişme oldu mu?				
22. Hasta memenizin bulunduğu bölgede aşırı hassasiyet oldu mu?				
23. Hastalanan meme bölgenizde cilt sorunlarınız oldu mu? (örneğin: kaşıntı, kuruma, döküntü, kızarıklık, yanma)				

Ek 6. Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu

VI. BÖLÜM-AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE GELİŞEBİLECEK KOMPLİKASYON KONTROL FORMU

	3.gün	5.gün	14.gün	21.gün	28.gün	2.ay	3.ay	6.ay
FIZYOLOJİK KOMPLİKASYONLAR								
Ağrı (1)Var (2)Yok								
Yara Bölgesinde Kanama (1)Var (2)Yok								
Yara Bölgesinde Hematom (kızamıklık, ödem, ağrı, akıntı, koku) (1)Var (2)Yok								
Yara Bölgesinde Seroma (Açık Berrak renk sıvı birikmesi) (1)Var (2)Yok								
Yara Bölgesinde Enfeksiyon (1)Var (2)Yok								
Yara İyileşmesinde Gecikme (1)Var (2)Yok								
Ameliyat edilen bölgedeki sinir hasarına bağlı uyuma, karıncalanma, duyuşal bozukluk (1)Var								

(2)Yok								
Ameliyat olan taraftaki kol ve omuz hareketlerinde sınırlanma (1)Var (2)Yok								
Ameliyat olan taraftaki kol kas gücünde azalma (1)Var (2)Yok								
Ameliyat olan taraftaki kolda ödem olması (1)Var (2)Yok								
Ameliyat olan taraftaki elde karıncama gücünde azalma (1)Var (2)Yok								
Ameliyat olan taraftaki omuzun uzun süre hareketsiz kalmasına bağlı gelişen donmuş omuz (1)Var (2)Yok								
PSİKOLOJİK KOMPLİKASYONLAR								
Anksiyete (nedemi bilmediğimiz içinizden gelen sıkıntı hissi) var mı? (1)Var (2)Yok (3)Bazen (4)Sıklıkla								
Kendinizi depresyonda (isteksizlik, sürekli uyuma,								

yaptığın işlerden zevk alamama) hissediyor musunuz? (1)Var (2)Yok (3)Bazen (4)Sıklıkla							
Kendinize veya etrafınızdaki kişilere kızgınlık duyuyor musunuz? (1)Var (2)Yok (3)Bazen (4)Sıklıkla							
Kendinize veya etrafınızdaki kişilere suçluluk duyuyor musunuz? (1)Var (2)Yok (3)Bazen (4)Sıklıkla							
Hastalığınıza ve tedavi şeklinize karşı korkuyor musunuz? (1)Var (2)Yok (3)Bazen (4)Sıklıkla							
Duygulanım Bozuklukları (aniden gülme, gülerken ağlama vb. gibi) yaşıyor musunuz? (1)Var							

(2)Yok (3)Bazen (4)Sıklıkla							
Kendinizi yorgun hissediyor musunuz? (1)Var (2)Yok (3)Bazen (4)Sıklıkla							
Beden algılarınız da bozulma var mı? (1)Var (2)Yok (3)Bazen (4)Sıklıkla							
Beden saygınızda azalma var mı? (1)Var (2)Yok (3)Bazen (4)Sıklıkla							
Cinsel istek kaybınız var mı? (1)Var (2)Yok (3)Bazen (4)Sıklıkla							
Kendini toplumdan izole etmek gibi isteğiniz var mı? (1)Var (2)Yok (3)Bazen (4)Sıklıkla							

Windt

SOSYAL YAŞAM KOMPLİKASYONLAR								
Ailede meydana gelen rol değişiklikleri var mı? (1)Var (2)Yok (3)Bazen (4)Sıklıkla								
Hastanın yapması gereken sorumluluklarını yerine getirememe durumu var mı? (1)Var (2)Yok								
Çalışamayan kişi ile gelir kaynaklarında azalma var mı? (1)Var (2)Yok (3)Bazen (4)Sıklıkla								
Hastalık nedeni ile artan giderleri karşılamada zorluklar var mı? (1)Var (2)Yok (3)Bazen (4)Sıklıkla								
Uygun giysi bulmada güçlük yaşıyor mu? (1)Var (2)Yok (3)Bazen (4)Sıklıkla								

Ek 7. Uzaktan Değerlendirme Formu

VII. UZAKTAN DEĞERLENDİRME FORMU

	3.gün	5.gün	14.gün	21.gün	28.gün	2.ay	3.ay	6.ay
AGRI YONETİMİ								
Ağrı Var (1)Var (2)Yok (3)Kısmen								
Ağrının Şiddeti (1 den 10 kadar olan sayı ile şu anki ağrınızı kaç olarak değerlendirirsiniz?)								
Ağrı Yok (1)Evet (2)Hayır								
YARA BAKIMI YONETİMİ								
Pansuman açıldığında yaranın durumu(cilt rengi, şişlik, kızarıklık, akıntı, gibi) değerlendirildi. (0)Yok (1)Şişlik (2)Kızarıklık (3)Akıntı								
Verilen taburculuk eğitimi ile hastanın asepsi-antisepsi ilkelerine göre pansuman yapıldı. (1)Evet (2)Hayır								
DREN TAKİBİ ve YONETİMİ								
Drenden gelen sıvının rengi hastaya sorularak takip edildi. (0)Yok (1)Kanlı (2)Kanlı-Seröz (3)Seröz								
Drenden Gelen Sıvı Miktarı (1)Var (2)Yok								
BESLENME YONETİMİ								
Yeterli ve Dengeli beslenmektedir. (1)Evet (2)Hayır (3)Kısmen								
Yetersiz beslenmektedir. (iştahsızlık, bulantı, kusma vb sorunlar) (1)İştahsızlık (2)Bulantı (3)Kusma (4)Yok								
Beslenme Eğitimi (1)Yapıldı (2)Yapılmadı								
LENFÖDEM YONETİMİ								
Günlük olarak egzersizler yapılmaktadır. (1)Evet (2)Hayır								
Günlük olarak egzersizler yapılmamaktadır. (1)Evet (2)Hayır								
Egzersiz Eğitimi (1)Yapıldı (2)Yapılmadı								
GÜNLÜKYAŞAM AKTİVİTELERİNİZ								
Banyo (1)Evet (2)Hayır (3)Kısmen								
Seyahat (1)Evet (2)Hayır (3)Kısmen								
Cinsellik (1)Evet (2)Hayır (3)Kısmen								
İlaç Kullanımı (1)Evet (2)Hayır (3)Kısmen								
SORU-CEVAP								

Ek 8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (form 4)

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

(DENEYSEL ARAŞTIRMALARIÇİN)

Araştırmacılar Tarafından Yapılan Bilgilendirme:

Araştırmanın adı, amacı, süresi, araştırmayı kimlerin yapacağı, araştırma süresince katılımcılara nasıl bir uygulama yapılacağı, uygulamanın varsa riskleri, risk varsa riske karşılık alınan önlemler, katılımcının araştırmaya için ne kadar zaman ayırması gerektiği gibi konular katılımcının anlayabileceği basitlikte ve açıklıkta detaylandırılmaktadır.

Meme Kanseri Cerrahisi Geçiren Hastaya Uzaktan Görüntülü Görüşme ve Telefonla İzleme Yöntemleriyle Uygulanan Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımının Ağrı, Yaşam Kalitesi, Kol, Omuz, El Hareketliliği ve Ameliyat Sonrası Komplikeasyon Gelişimine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma

Araştırma, Meme kanseri cerrahisi geçiren hastaya uzaktan görüntülü görüşme ve telefonla izleme yöntemleriyle uygulanan ameliyat sonrası hemşirelik bakımının ağrı, yaşam kalitesi, kol, omuz, el hareketliliği ve ameliyat sonrası komplikeasyon gelişimine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın sorumlu yürütücülüğünü; Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda çalışmakta olan Dr. Öğr. Üyesi Sultan Özkan ve yardımcı yürütücülüğünü ise, doktora öğrencisi hemşire Arzu Salık Asar yapacaktır. Bu araştırmada yer almanız için ön görülen zamanınız 6 aydır. Size bu araştırmanın uygulanmasında herhangi bir risk bulunmamaktadır. Bu araştırmaya katılmak gönüllü olarak esasa dayanmaktadır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldurmadan sonlandırabilirsiniz. Anket formunun üzerine adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Bu anket ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Bu araştırma ile ilgili somak istediğiniz tüm soruları araştırma ekibinde yer alan Dr. Öğr. Üyesi Sultan Özkan'a 05322064500 veya sultanozkan2000@yahoo.com, ve doktora öğrencisi hemşire Arzu Salık Asar'a 05056313548 veya arzusalik81@gmail.com uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla (cep) sorabilirsiniz.

Bu anket, ağız bölümden oluşmaktadır. I. Bölümde; Hasta Tanıtım Formunda, hastaların kişisel bilgilerinizi saptamak için 6 soru, II. Bölümde; Meme Hastalıkları ile ilgili 7 soru, III. Bölümde; Ağrı özellikleri ile ilgili 5 soru ve Vizüel Ağrı Skalası ile ilgili 1 soru, IV. Bölümde; Kol, Omuz

[3]. El Sorunları Anketi ile ilgili 11 soru V. bölümde; EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile ilgili 30 soru, QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile ilgili 23 soru, VI. bölümde, Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikeasyon Kontrol Formu ile ilgili fizyolojik komplikeasyonlar için 11 ifade, psikolojik komplikeasyonlar için 11 ifade, sosyal komplikeasyonlar için 5 ifadeden oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 20 dk zamanınızı alacaktır.

Çalışma; Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi'nde 1 Eylül 2021-31 Şubat 2023 tarihleri arasında yapılacaktır. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, genel cerrahi servisine meme kanseri tanısı ile yanlış yapılan ve meme ameliyatı yapılmasına karar verilen hastalar çalışma I, çalışma II ve kontrol grubu olarak üçe ayrılacaktır.

Çalışma I grubu hastalarına; ameliyattan önce, araştırmacı tarafından hazırlanan hasta tanıtım formu doldurulacak, Vizüel Ağrı Skalası (VAS), Quick DASH (kol, omuz, el sorunları hızlı anketi), EORTC QLQ-C30 versiyon 3.0 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanacaktır. Hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak formlar doldurulacaktır. Her hastayla görüşme ortalama olarak 20 dakika sürecek. Çalışma grubu I hastalarına ameliyat sonrası birinci günde 15 dakika süren taburculuk eğitimi verilecek ve hazırlanan eğitim kitapçığı, eğitim sonrası hastalara tekrar yararlanmaları için teslim edilecektir. Taburcu olan hastalar ile ameliyat sonrası 3, 5, 14, 21, 28, günler ve 2, 3, 6. aylar araştırmacı tarafından alınan google meet adresi ile bireysel görüşme sağlanacaktır. Görüşmeler 20-30 dakika sürecek. Zoom meeting üzerinden yapılan 3,5,14,21,28 günlerdeki görüşmelerde Uzaktan Hasta Değerlendirme Formu ile Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikeasyon Kontrol Formu kullanılacaktır. Hastaların, ameliyat sonrası ağrı yönetimi, yara bakımı yönetimi, dren takibi ve yönetimi, beslenme yönetimi, lenfödem önleme yönetimi ve günlük yaşam aktivite yönetimleri değerlendirilecektir. Hastaların soru sormalarına izin verilecek ve gerekli açıklamalar yapılacaktır.

Taburcu olduktan sonraki 1. hafta ve 1 aylarda hastaların poliklinik kontrolü olacaktır. Poliklinik kontrolü sırasında hastalar ile yüz yüze görüşülerek Vizüel Ağrı Skalası (VAS), Quick DASH (kol, omuz, el sorunları hızlı anketi), EORTC QLQ-C30 versiyon 3.0 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikeasyon Kontrol Formu uygulanacaktır. 2,3,6. aylarda google meet görüşmeleri sırasında Vizüel Ağrı Skalası (VAS), Quick DASH (kol, omuz, el sorunları hızlı anketi), EORTC QLQ-C30 versiyon 3.0 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek

Komplikasyon Kontrol Formu uygulanacaktır. Hastaların verdiği cevapları göre ölçeğe işaretlemeler araştırmacı tarafından sağlanacaktır.

Çalışma I grubu ile toplam on bir görüşme yapılacaktır.

1-Meme kanseri ameliyatı öncesinde Hasta Tanıtım Formu doldurulacak, Vizuel Ağrı Skalası (VAS), Quick DASH (kol, omuz, el sorunları hızlı anketi),EORTC QLQ-C30 version 3.0 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanacaktır.

2-Meme kanseri ameliyat sonrası 1. günde 15 dakika süren taburculuk eğitimi verilecektir.

3-Taburcu olan hastalar, ameliyat sonrası üç ve beşinci günler hastanın uygun olduğu saatte google meet üzerinden hasta ile bire bir görüşme sağlanacaktır. Görüşmeler sırasında Uzaktan Hasta Değerlendirme Formu ile Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu kullanılacaktır.

4-Meme kanseri ameliyatını takip eden 1. haftada poliklinik kontrolüne gelen hastalara Vizuel Ağrı Skalası (VAS), Quick DASH (kol, omuz, el sorunları hızlı anketi),EORTC QLQ-C30 version 3.0 ile QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu uygulanacaktır.

5-Taburcu olan hastalar, ameliyat sonrası 14,21,28. günler hastanın uygun olduğu saatte google meet üzerinden hasta ile bire bir görüşme sağlanacaktır. Görüşmeler sırasında Uzaktan Hasta Değerlendirme Formu Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu kullanılacaktır.

6-Meme kanseri ameliyatını takip eden 1. Ayda poliklinik kontrolüne gelen hastalara Vizuel Ağrı Skalası (VAS), Quick DASH (kol, omuz, el sorunları hızlı anketi), EORTC QLQ-C30 version 3.0 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu uygulanacaktır.

7-Taburcu olan hastalar ameliyat sonrası 2,3,6. aylar hastanın uygun olduğu saatte google meet üzerinden hasta ile bire bir görüşme sağlanacaktır. Görüşmeler sırasında Uzaktan Hasta Değerlendirme Formu, Vizuel Ağrı Skalası (VAS), Quick DASH (kol, omuz, el sorunları hızlı anketi), EORTC QLQ-C30 version 3.0 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu uygulanacaktır.

Çalışma II grubu hastalarına; ameliyattan önce, araştırmacı tarafından hazırlanan hasta tanıtım formu doldurulacak, Vizuel Ağrı Skalası (VAS), Quick DASH (kol, omuz, el sorunları hızlı anketi), EORTC QLQ-C30 version 3.0 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanacaktır. Hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak formlar doldurulacaktır. Her hastayla görüşme ortalama olarak 20 dakika sürecek. Çalışma II grubu hastalarına ameliyat sonrası birinci günde 15 dakika süren taburculuk eğitimi verilecek ve hazırlanan

eğitim kitapçığı; eğitim sonrası hastalara tekrar yararlanmaları için teslim edilecektir. Taburcu olan hastalar ile ameliyat sonrası 3, 5, 14, 21, 28. günler ve 2, 3, 6. aylar araştırmacı tarafından telefon ile görüşme sağlanacaktır. Görüşmeler 5-10 dakika sürecek. Ameliyat sonrası 3,5,14,21,28 günlerde telefon ile yapılan görüşmelerde Uzaktan Hasta Değerlendirme Formu ile Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu kullanılacaktır. Hastaların, ameliyat sonrası ağrı yönetimi, yara bakımı yönetimi, dren takibi ve yönetimi, beslenme yönetimi, lenfödem önleme yönetimi ve günlük yaşam aktivite yönetimleri değerlendirilecektir. Hastaların soru sormalarına izin verilecek ve gerekli açıklamalar yapılacaktır.

Taburcu olduktan sonraki 1. hafta ve 1 aylarda hastaların poliklinik kontrolü olacaktır. Poliklinik kontrolü sırasında hastalar ile yüz yüze görüşülerek Vizuel Ağrı Skalası (VAS), Quick DASH (kol, omuz, el sorunları hızlı anketi), EORTC QLQ-C30 version 3.0 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu uygulanacaktır. 2,3,6. aylarda telefon görüşmeleri sırasında Vizuel Ağrı Skalası (VAS), Quick DASH (kol, omuz, el sorunları hızlı anketi), EORTC QLQ-C30 version 3.0 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu uygulanacaktır.

Telefon görüşmesi sırasında, hastaların verdiği cevapları göre ölçeğe işaretlemeler araştırmacı tarafından sağlanacaktır.

Çalışma II grubu hastaları ile toplam on bir görüşme yapılacaktır.

1-Meme kanseri ameliyatı öncesinde Hasta Tanıtım Formu doldurulacak, Vizuel Ağrı Skalası (VAS), Quick DASH (kol, omuz, el sorunları hızlı anketi), EORTC QLQ-C30 version 3.0 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanacaktır.

2-Meme kanseri ameliyat sonrası 1. günde 15 dakika süren taburculuk eğitimi verilecektir.

3-Taburcu olan hastalar ameliyat sonrası üç ve beşinci günler hastanın uygun olduğu saatte telefon ile 5-10 dakika bire bir görüşme sağlanacaktır. Görüşmeler sırasında Uzaktan Hasta Değerlendirme Formu ve Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu kullanılacaktır.

4-Meme kanseri ameliyatını takip eden 1. haftada poliklinik kontrolüne gelen hastalara Vizuel Ağrı Skalası (VAS), Quick DASH (kol, omuz, el sorunları hızlı anketi), EORTC QLQ-C30 Version 3.0 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Ameliyat sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu uygulanacaktır.

5-Taburcu olan hastalar ameliyat sonrası 14,21,28. günler hastanın uygun olduğu saatte telefon ile bire bir görüşme sağlanacaktır. Görüşmeler sırasında Uzaktan Hasta Değerlendirme Formu ve Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu kullanılacaktır.

6-Meme kanseri ameliyatını takip eden 1. Ayda poliklinik kontrolüne gelen hastalara Vizuel Ağrı Skalası (VAS), Quick DASH (kol, omuz, el sorunları hızlı anketi), EORTC QLQ-C30 version 3.0 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu uygulanacaktır.

7-Taburcu olan hastalar ameliyat sonrası 1,3,6. aylar hastanın uygun olduğu saatte telefon ile bire bir görüşme sağlanacaktır. Görüşmeler sırasında Uzaktan Hasta Değerlendirme Formu, Vizuel Ağrı Skalası (VAS), Quick DASH (kol, omuz, el sorunları hızlı anketi), EORTC QLQ-C30 version 3.0 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu uygulanacaktır.

Kontrol grubu hastalarına; ameliyattan önce, araştırmacı tarafından hazırlanan hasta tanıtım formu doldurulacaktır, Vizuel Ağrı Skalası (VAS), Quick DASH (kol, omuz, el sorunları hızlı anketi), EORTC QLQ-C30 version 3.0 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanacaktır. Hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak formlar doldurulacaktır. Her hastaya görüşme ortalama olarak 20 dakika sürecekdir. Kontrol grubu hastalarına herhangi bir eğitim verilmeyecek, cerrahi servisin klinik standartlarına göre izlenecektir. Genel cerrahi servisinde uygulanan klinik standart, hekim tarafından hastaya kullanılacağı ilaçlar ve poliklinik randevusu ile ilgili bilgiler içermektedir. Hastalar ile ameliyat sonrası süreçte poliklinik kontrolleri sırasında iletişim sağlanacaktır. Taburcu olduktan sonraki 1. hafta 1,2,3,6. aylarda kontrol grubu hastaları poliklinik kontrolüne çağrılacaktır. Poliklinik kontrolüne çağrılan hastalara, 1. Hafta ve 1,2,3,6. aylarda Vizuel Ağrı Skalası (VAS), Quick DASH (kol, omuz, el sorunları hızlı anketi), EORTC QLQ-C30 version 3.0 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu uygulanacaktır.

Kontrol grubuyla toplam altı görüşme yapılacaktır.

1-Meme kanseri ameliyatı öncesinde Hasta Tanıtım Formu, Vizuel Ağrı Skalası (VAS), Quick DASH (kol, omuz, el sorunları hızlı anketi), EORTC QLQ-C30 Version 3.0 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanacaktır.

2-Meme kanseri ameliyatını takip eden 1 Haftada 1,2,3,6. aylarda poliklinik kontrolüne gelen hastalara Vizuel Ağrı Skalası (VAS), Quick DASH (kol, omuz, el sorunları hızlı anketi), EORTC QLQ-C30 version 3.0 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Ameliyat Sonrası Dönemde Gelişebilecek Komplikasyon Kontrol Formu uygulanacaktır. Hastalara poliklinik randevusu verilerek görüşmeler yüz yüze olarak sağlanacaktır.

Katılımcının

Adı Soyadı:

Tarih:

Telefon Numarası:

İmza:

(Gerekli ise) Veli / Vasinin

Adı Soyadı:

Tarih:

Telefon Numarası:

İmza:

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi: Sultan ÖZKAN

Tarih:

Telefon Numarası: 05322064500

Adres: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İmza:

Ek 9. Etik Kurul İzni

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 24.08.2021-65845



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-21347915-050.04.04-65845
Konu : 2021/040 nolu Etik Kurul Başvurunuz
Hk.

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sultan ÖZKAN
Öğretim Üyesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 30.07.2021 tarihinde yapılan 13 sayılı olağan toplantısında çalışmanıza onay verilmiş olup çalışmanızla ilgili alınan VIII nolu karar aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

KARAR: VIII

Protokol No: 2021/040

Sorumlu Yürütücü: Dr. Öğr. Üyesi Sultan ÖZKAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nca Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Sultan ÖZKAN'ın "Meme Kanseri Cerrahisi Geçiren Hastaya Uzaktan Görüntülü Görüşme ve Telefonla İzleme Yöntemleriyle Uygulanan Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımının Ağrı, Yaşam Kalitesi, Kol, Omuz, El Hareketliliği ve Ameliyat Sonrası Komplikasyon Gelişimine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" başlıklı araştırması 30.07.2021 tarihli Etik Kurul toplantısında, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde (kurum izinin alınması ve dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı- soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve Veri Toplama Formu/Anketlerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Turhan DOST
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSRL5FP3HS Pın Kodu : 77352

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd7eK-5740&eD=BSRL5FP3HS&eS=65845>

Adres: Merkez Kampüs Enstitüler Binası Efeler/AYDIN

Telefon: 0256 214 47 45 Faks: 0256 214 66 87

e-Posta: saglikbilimleri@adu.edu.tr Web: akademik.adu.edu.tr/enetim/saglik/

Keş Adresi: adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Orkun ERKAYIRAN

Ünvanı: Raportör

Tel No: 2910



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 10. Başhekimlik İzni

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 01.09.2021-68759



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği
Yazı İşleri Birimi

Sayı : E-97594401-804.99-68759
Konu : Çalışma ile ilgili

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sultan ÖZKAN
Öğretim Üyesi

İlgi : 26.08.2021 tarihli ve E-81261322-605.01-67177 sayılı yazınız.

Sorumlu yürütücüsü olduğunuz "Meme Kanseri Cerrahisi Geçiren Hastaya Uzaktan Görüntülü Görüşme ve Telefonla İzleme Yöntemleriyle Uygulanan Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımının Ağrı, Yaşam Kalitesi, Kol, Omuz, El Hareketliliği ve Ameliyat Sonrası Komplikasyon Gelişimine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" adlı çalışmayı Hastanemiz Genel Cerrahi bölümünde meme kanseri cerrahisi geçiren hastalarla yapılması İdaremizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Ufuk ERYILMAZ
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSULK01AHT Pin Kodu : 51172

Belge Takip Adresi : <https://barkiy.gov.tr/ebd?ek=5740&eD=BSULK01AHT&eS=68759>

Adres: ADÜ Merkez Kampüs AYTEPE MEVKİİ 09100 Efeler/AYDIN

Telefon: 0256 218 18 00 / 3235 / 3234 Faks: 0256 213 60 64

e-Posta: hastane@adu.edu.tr Web: www.hastane.adu.edu.tr

Keş Adresi: adnanmenderesuniversitesi@ha01.kep.tr

Bilgi için: Tuğba TÜRK
Ünvanı: Tıbbi Sekreter



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek. 11. Ölçek İzin Formu

1-EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçek İzni

Ölçek Kullanma İçin Bir Rica [Görünümünü Değiştir](#)

Arzu Asar <arzuasak31@gmail.com>
Akis: senem.alanyali@ege.edu.tr

Sayın Prof. Dr. Senem Demireli Alanyalı Hocam;

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktorası Programında öğrenciyim.

"Meme Cerrahisi Geçiren Hastalarda Tele Cerrahi Hemşirelik Yöntemi ile Uygulanan Postoperatif Hemşirelik Bakımının Ağrı, Yaşam Kalitesi, Kol, Omuz, El Hareketliliği ve Postoperatif Komplikasyon Gelişimini Önlemeye Yönelik Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" konulu tez çalışmamda Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız " EORTC QLQ-C30 Versiyon 3.0 ve QLQ-BR23 Yaşam Kalitesi Ölçeği " ni ve yönergesini iziniz olursa kullanmak istiyorum.

Saygılarımla
Arzu SALIK ASAR

senem alanyali <senem.alanyali@ege.edu.tr>
Akis: senem...
Senem Alanyalı
Ölçeği kullanmanıza izin veriyorum.
Erişim web sayfasında ölçeğin Türkçesini bulabilirsiniz.
Sevgiler

24 Tem 2021 Cum 17:37

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gidin.

2- QUICK DASH (Kol, omuz, el sorunları anketi) Ölçek İzni

Ölçek Kullanma İçin Bir Rica [Görünümünü Değiştir](#)

Arzu Asar <arzuasak31@gmail.com>
Akis: sebnemkoldak@yhsy.com

Sayın Sebnem Koldak Doğan Hocam;

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktorası Programında öğrenciyim.

"Meme Cerrahisi Geçiren Hastalarda Tele Cerrahi Hemşirelik Yöntemi ile Uygulanan Postoperatif Hemşirelik Bakımının Ağrı, Yaşam Kalitesi, Kol, Omuz, El Hareketliliği ve Postoperatif Komplikasyon Gelişimini Önlemeye Yönelik Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" konulu tez çalışmamda Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız " Kol, Omuz, El Sorunları Hızlı Anketi (Quick DASH)" ni ve yönergesini iziniz olursa kullanmak istiyorum.

Saygılarımla
Arzu SALIK ASAR

sebnem koldak <sebnemkoldak@yhsy.com>
Akis: senem...
Merhaba Arzu İrem, atıfta bulunarak kullanabilirsiniz.
Kıyafetler dilerim
Sebnem Koldak Doğan

19 Tem 2021 Per 14:26

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gidin.

- breast surgery. *British Journal of Surgery*. 98(1), 181-196
- 2- Huang T.W. Tseng S.H. Lin C. Bai C.H. Chen C.S. Hung C.S. (2013). Effects of manual lymphatic drainage on breast cancer-related lymphedema: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Surgical Oncology* 11(15):2-8.
- 3- Schmidt G. Zuschlag M. Gerlinger C. Endrikat J. Müller C. Gabriel L. Ströder L. (2019). Efficacy and safety of two post-operative drains: results of a prospectively randomized clinical study in breast cancer patients after breast conserving surgery. *Journal of Gynecology and Obstetrics* 300. 1687-1692.
- 4- Broyles J.M. Tuffaha S.H. Williams E.H. Dellen A.D. (2016). Pain After Breast Surgery: Etiology, Diagnosis, and Definitive Management. *Microsurgery*. 36(7), 1-4.
- 5- Koelmeyer L.A. Moloney E. Boyages J. Kerry A. Catherine M. (2021). Prospective surveillance model in the home for breast cancer-related lymphoedema: a feasibility study. *Breast Cancer Research and Treatment* 185. 401-412
- 6- Zhuang Y. Pan Z. Li M. Liu Z. Zhang Y. (2021). The effect of evidence-based nursing program of progressive functional exercise of affected limbs on patients with breast cancer-related lymphoedema. *Am J Transl Res* 13(4) 3626-3633.
- 7- Shoshana M. ScD R. Laura S. Dominici, M. Gelber S. (2020). Association of Breast Cancer Surgery With Quality of Life and Psychosocial Well-being in Young Breast Cancer Survivors. *AMA Surgery: JAMA Surg.* 155(11), 1035-1042

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİLİMSEL ETİK BEYANI

“Meme Kanseri Cerrahisi Geçiren Hastaya Uzaktan Görüntülü Görüşme ve Telefonla İzleme Yöntemleriyle Uygulanan Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımının Ağrı, Yaşam Kalitesi, Kol, Omuz, El Hareketliliği ve Ameliyat Sonrası Komplikasyon Gelişimine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma” başlıklı Doktora tezindeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

.....
Arzu SALIK ASAR

... /... /...