



**REKONSTRÜKSİYON YAPILAN MEME KANSERİ HASTALARINDA
HEMŞİRE LİDERLİĞİNDE KOÇLUK PROGRAMININ ÖZ BAKIM GÜCÜ VE
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Nihal YILDIZ EMRE

**DOKTORA TEZİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

OCAK 2026

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Nihal YILDIZ EMRE

27/01/2026

REKONSTRÜKSİYON YAPILAN MEME KANSERİ HASTALARINDA HEMŞİRE
LİDERLİĞİNDE KOÇLUK PROGRAMININ ÖZ BAKIM GÜCÜ VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ

(Doktora Tezi)

Nihal YILDIZ EMRE

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ocak 2026

ÖZET

Araştırma rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programının öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan randomize kontrollü deneysel bir araştırmadır. Araştırmanın örnekleme basit rastgele randomizasyon kullanılarak 58 hasta (30 kontrol, 28 müdahale) alındı. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgiler Formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği, EORTC QLQ C30 ve BR42 Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Programa İlişkin Memnuniyet Formu kullanıldı. Müdahale grubundaki hastalara taburculuk günü rutin bilgilendirme ve taburculuk sonrası 12 hafta boyunca çevrimiçi görüntülü görüşme yoluyla ilk 6 hafta haftada bir kez, ikinci 6 hafta süresince iki haftada bir kez olmak üzere toplam 9 hemşire liderliğinde koçluk oturumu yapıldı. Kontrol grubundaki hastalara ise yalnızca taburculuk günü rutin bilgilendirme yapıldı. Veriler hastalar ameliyat sonrası klinikte yatarken araştırma ile ilgili detaylı bilgilendirme yapılmadan önce (ön test) ve taburculuk sonrası 12. haftada (son test) yüz yüze toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde Kolmogorov Smirnov, ki kare, bağımlı ve bağımsız örneklem t testinden yararlanıldı. Araştırma sonucunda kontrol grubundaki hastaların müdahale grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede taburculuk sonrası daha fazla sorun yaşadığı belirlendi. Müdahale grubundaki hastaların taburculuk sonrası 12. haftada öz bakım gücü, EORTC QLQ C30 yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık ve fonksiyonel sağlık alt boyutu puanlarının daha yüksek, EORTC QLQ C30 ve BR42 semptom alt boyutu puanlarının ise daha düşük olduğu bulundu ($p<0,05$). EORTC QLQ BR42 fonksiyonel sağlık alt boyutu puanlarında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$). Hastalarla yapılan koçluk görüşmelerinin gündemlerini en çok beden imajı (%24,2) ve psikolojik konular (%20,7) oluşturdu. Müdahale grubundaki hastalar koçluk oturumlarının öz bakım gücü (ortalama 9,39/10) ve yaşam kalitesi (ortalama 9,32/10) düzeylerini artırdığını ve programdan 9,89/10 düzeyinde memnun kaldıklarını bildirdi. Sonuç olarak; rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programı hastaların öz bakım gücünü ve yaşam kalitesini artırmada etkilidir. Bu doğrultuda hastaların taburculuk sonrası koçluk programları ile desteklenmesi, izlenmesi, hastalara eğitim ve danışmanlık verilmesi önerilir.

Bilim Kodu : 1032,01
Anahtar Kelimeler : Koçluk, Meme kanseri, Meme kanseri hemşireliği, Meme rekonstrüksiyonu, Öz bakım gücü, Yaşam kalitesi
Sayfa Adedi : 125
Danışman : Prof. Dr. Sevil GÜLER

THE EFFECT OF NURSE-LED COACHING PROGRAM ON SELF-CARE AGENCY
AND QUALITY OF LIFE IN RECONSTRUCTED BREAST CANCER PATIENTS

(Ph.D. Thesis)

Nihal YILDIZ EMRE

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

January 2026

ABSTRACT

This study is a randomized controlled experimental research aimed at determining the effect of a nurse-led coaching program on self-care agency and quality of life in breast cancer patients undergoing reconstruction surgery. The sample consisted of 58 patients (30 control, 28 intervention) selected using simple randomization. Data were collected using a Demographic Information Form, the Self-Care Agency Scale, EORTC QLQ C30 and BR42 Scales, and a Program Satisfaction Form. Patients in the intervention group received routine information on the day of discharge and then, for 12 weeks post-discharge, a total of 9 nurse-led coaching sessions via online video calls: once a week for the first 6 weeks and every two weeks for the second 6 weeks. Patients in the control group received only routine information on the day of discharge. Data were collected in person while patients were hospitalized post-surgery, before detailed information about the study was provided (pre-test) and at 12 weeks post-discharge (post-test). Kolmogorov-Smirnov, chi-square, independent samples t-test were used in the evaluation of the data. The study revealed that patients in the control group experienced statistically significantly more post-discharge problems compared to the intervention group. Patients in the intervention group had higher scores on self-care agency, the EORTC QLQ C30 quality of life scale (general health and functional health subscales), and lower scores on the EORTC QLQ C30 and BR42 symptom subscales at 12 weeks post-discharge ($p < 0.05$). No significant difference was found between the two groups in the EORTC QLQ BR42 functional health subscale scores ($p > 0.05$). The most common topics discussed during coaching sessions were body image (24.2%) and psychological issues (20.7%). Patients in the intervention group reported that coaching sessions increased their self-care agency (average 9.39/10) and quality of life (average 9.32/10) and that they were satisfied with the program at a level of 9.89/10. In conclusion, nurse-led coaching programs are effective in improving self-care agency and quality of life in reconstructed breast cancer patients. Accordingly, it is recommended that patients be supported and monitored through post-discharge coaching programs, and that they receive education and counseling.

Science Code : 1032,01
Key Word : Coaching, Breast cancer, Breast cancer nursing, Breast reconstruction,
Self-care agency, Quality of life
Page Number : 125
Supervisor : Prof. Dr. Sevil GÜLER

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, ışıgımı parlatmama ve koçlukla tanışmama vesile olan profesyonel koç, değerli danışmanım, Prof. Dr. Sevil GÜLER'e,

Tez izleme komitelerinde yer alarak araştırmama katkı sunan, zamanını ve emeğini ayıran değerli hocalarım Prof. Dr. Hülya BULUT ve Prof. Dr. Ayla GÜRSOY'a,

Koçluk yolculuğumun yol göstericisi değerli hocam Profesyonel Koç Gökçe ATEŞ PINAR (ICF-MCC, AC-Supervisor) başta olmak üzere, programımıza uzman görüşü veren tüm profesyonel koçlara ve akademisyenlere,

Tezimin veri toplama aşamasına verdikleri destek için sayın Prof. Dr. Sühan AYHAN ve tüm Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Servisi hemşirelerine ve ekibine; sayın Prof. Dr. Sebat KARAMÜRSEL ve tüm Ankara Etlik Şehir Hastanesi Plastik Cerrahi Servisi ekibine ve hemşirelerine; koçluğun bizi buluşturduğu çerçevede hayatlarına dokunduğum, hayatıma dokunan, kalbini bana açan ve araştırmama katılan tüm kadınlara,

Lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca Gazi'li olmanın ayrıcalığını her zaman hissetmemi sağlayan Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'ndeki tüm hocalarım ve çalışma arkadaşlarıma; arkadaşlarım Burçin IRMAK, Kamile AKARSU, Hafize SAVAŞ, Belma AY KILIÇARSLAN, Aliye DOĞAN GANGAL ve Eda ŞİMŞEK ŞAHİN'e,

Her desteğe ihtiyacım olduğunda ben talep dahi etmeden yanımda olan ikinci annem ve babam Meral EMRE ve Osman EMRE'ye; hayatta karşıma çıkan tüm zorluklarda yılmadan devam etme azmini ve kararlılığını bana aşıl原因an, sorumluluk bilinciyle yetişmemi sağlayan ve eğitim hayatımı her anlamda destekleyen annem Ayşe YILDIZ, babam Selim YILDIZ ve kardeşim Seval YILDIZ'a; bu uzun yolculuk boyunca elimi hiç bırakmayan, her düştüğümde beni kaldıran, destekleriyle ve anlayışıyla doktora sürecime en çok katkısı olan yol arkadaşım, eşim Ömer EMRE'ye ve tüm mücadelemın motivasyon kaynağı, güçlü ve başarılı bir kadın olması için rol model olmaya çalışmaktan onur duyduğum canım kızım Zümra'ya teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xii
RESİMLERİN LİSTESİ	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Meme Kanserine Genel Bakış	7
2.2. Meme Kanserinde Cerrahi Tedavi.....	8
2.3. Meme Rekonstrüksiyonu.....	9
2.3.1. Meme rekonstrüksiyonu oranları.....	9
2.3.2. Meme rekonstrüksiyonu türleri	10
2.3.3. Meme rekonstrüksiyonu sonrası gelişebilecek komplikasyonlar	11
2.3.4. Meme rekonstrüksiyonu olan hastalarda hemşirelik bakımı	15
2.3.5. Meme rekonstrüksiyonu olan hastalarda öz bakım	16
2.3.6. Meme rekonstrüksiyonu olan hastalarda yaşam kalitesi	17
2.4. Koçluk	18
2.4.1. Dünyada ve ülkemizde koçluk eğitimi	19
2.4.2. Koçluk türleri.....	20
2.4.3. Koçlukta etik ilkeler	21
2.4.4. Temel koçluk becerileri	23

	Sayfa
2.4.5. Koçluk süreci.....	25
2.4.6. Koçlar için temel yeterlilikler.....	26
2.5. Hemşire Liderliğinde Koçluk	28
2.5.1. Meme rekonstrüksiyonu ve hemşire liderliğinde koçluk	29
2.5.2. Meme rekonstrüksiyonu olan hastalarda öz bakım gücü ve hemşire liderliğinde koçluk.....	31
2.5.3. Meme rekonstrüksiyonu olan hastalarda yaşam kalitesi ve hemşire liderliğinde koçluk.....	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. Araştırmanın Şekli.....	35
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	36
3.4. Randomizasyon ve Körlme.....	39
3.5. Veri Toplama Araçları.....	39
3.5.1. Tanıtıcı bilgiler formu	40
3.5.2. Öz bakım gücü ölçeği.....	40
3.5.3. EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR-42 yaşam kalitesi ölçeği	40
3.5.4. Programa ilişkin memnuniyet formu.....	41
3.6. Araştırmacının Hazırlığı.....	42
3.7. Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programının Geliştirilmesi	42
3.7.1. Program içeriğinin oluşturulması	42
3.7.2. Uzman görüşünün alınması	45
3.7.3. Ön uygulama	45
3.7.4. Koçluk süreci.....	46
3.8. Araştırmanın Uygulanması.....	47
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	49

	Sayfa
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	49
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	50
4. BULGULAR.....	51
4.1. Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programının Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesine Etkisi ile İlgili Bulgular.....	51
4.2. Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programı ile İlgili Bulgular	59
5. TARTIŞMA.....	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
6.1. Sonuç	67
6.2. Öneriler.....	68
KAYNAKLAR.....	69
EKLER.....	81
EK-1. EORTC QLQ-C30 ve BR42 Yaşam Kalitesi Ölçekleri Etki Büyüklüğü ve Güç Düzeyleri	82
EK-2. Randomize Çalışma Rapor Kontrol Listesi (CONSORT-2025).....	83
EK-3. Tanıtıcı Bilgiler Formu.....	85
EK-4. Öz Bakım Gücü Ölçeği	88
EK-5. EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR42 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	90
EK-6. Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programına İlişkin Memnuniyet Formu	95
EK-7. Koçluğun Sanatı ve Yetkinlikleri Sertifikası	96
EK-8. Bütünsel Yaşam Koçluğu Sertifikası	97
EK-9. Bütünsel Koçluk Sertifikası	98
EK-10. VII. Meme Kanseri Hemşireliği Kursu Katılım Belgesi.....	99
EK-11. Hedef Planlama Aracı	100
EK-12. Koçluk Oturumu Hazırlık Aracı.....	101

Sayfa

EK-13. Tanışma Oturumu Akış Aracı	102
EK-14. Meme Onarımı Hastaları için Değerler Çalışması	103
EK-15. Meme Onarımı Hastalarında Yaşam Çarkı	104
EK-16. Meme Onarımı Hastalarında GZFT Analizi Çalışması.....	105
EK-17. Koçluk Oturumu Akış Aracı	106
EK-18. Koçluk Oturumlarında İhtiyaç Duyulduğunda Kullanılacak Araçlar	107
EK-19. Etik Komisyon Onayı.....	110
EK-20. GÜSAUM Tez Uygulama İzin Yazısı	112
EK-21. Ankara Etlik Şehir Hastanesi Tez Uygulama İzin Yazısı	113
EK-22. Ankara Etlik Şehir Hastanesi Tez Uygulaması için Servis İzin Yazısı.....	114
EK-23. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	115
EK-24. Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programı Hizmeti Anlaşması	117
EK-25. Ölçek Kullanım İzinleri.....	120
EK-26. Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programında Kullanılan Araçlar için Anka Koçluk'tan Alınan İzin	122
ÖZGEÇMİŞ	123

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1. Rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programı	44
Çizelge 3.2. $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde kapsam geçerlilik oranları için minimum değerler	45
Çizelge 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı özellikleri.....	51
Çizelge 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tedavi, meme rekonstrüksiyonuna karar verme durumu ve bilgilendirme süreci ile ilgili özellikleri.....	53
Çizelge 4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların taburculuk sonrası süreçte yaşadıkları sorunlar ve sorunları çözme yolları	55
Çizelge 4.4. Öz Bakım Gücü Ölçeği, EORT-C QLQ C30 ve BR42 Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve alt boyut puanlarının gruplara göre dağılımı	56
Çizelge 4.5. Rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programında görüşülen gündemler	59
Çizelge 4.6. Meme rekonstrüksiyonu hastaları için hemşire liderliğinde koçluk programının etkinliği	60

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 3.1. Araştırmanın CONSORT 2025 akış diyagramı.....	39
Şekil 3.2. Araştırmanın akış şeması	48
Şekil 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların öz bakım gücü ölçeği puan ortalamaları	57
Şekil 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların EORT-C QLQ C30 ve BR42 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları	58



RESİMLERİN LİSTESİ

Resim	Sayfa
Resim 3.1. G*Power programında örneklem hesabı	37



SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
AC	Koçluk Birliği (Association for Coaching)
AEŞH	Ankara Etlik Şehir Hastanesi
ALND	Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu
AONL	American Organization for Nursing Leadership Foundation (Amerikan Hemşirelikte Liderlik Örgütü)
DIEP	Derin inferior epigastrik perforatör
EMCC	Avrupa Yönderlik ve Koçluk Derneği (European Mentoring and Coaching Council)
EORTC QLQ	Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (The European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire)
GAP	Gluteal arter perforatör
GÜSAUM	Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
GZFT	Güçlü yönler, Zayıf yönler, Fırsatlar, Tehditler
ICF	Uluslararası Koçluk Federasyonu (International Coach Federation)
KGO	Kapsam Geçerlilik Oranı
LAD	Latissimus dorsi
MCC	Uzman Koç (Master Certified Coach)
MYK	Mesleki Yeterlilik Kurumu
ÖBGÖ	Öz Bakım Gücü Ölçeği
SIEA	Superficial Inferior Epigastric Artery (Yüzeysel Alt Epigastrik Arter)
TRAM	Transvers rektus abdominus miyokutanöz

1. GİRİŞ

Problem tanımı

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen ve en çok kansere bağlı ölüme neden olan kanser tipidir (World Health Organization, 2022). Meme kanserinin tedavisinde, hastalığın evresine ve kanserin tipine göre değişmekle birlikte, cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, hormon terapi ve hedefe yönelik tedaviler kullanılabilmektedir (American Cancer Society, 2019). Meme kanserinin cerrahi tedavisinde amaç, herhangi bir nüks ve yeni bir meme tümörü gelişmemesi için meme içindeki neoplaziyi çıkarmaktır (Freeman, Gopman ve Salzberg, 2018). Amerikan Kanser Birliği (American Cancer Society) verilerine göre, meme kanseri tedavisinde mastektomi yapılma oranı evre I-II olan kadınlarda %38, evre III olan kadınlarda %74, evre IV olan kadınlarda ise %40'tır (American Cancer Society, 2019).

Mastektomi uygulanan hastalar, korku, stres, gelecek kaygısının yanı sıra meme kaybına bağlı fiziksel, psikolojik ve sosyal pek çok sorun yaşayabilmektedir (Kanmaz ve Osman, 2019). Hastaların mastektomi nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri, beden imajları ve yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir (Göktaş, Güllüoğlu ve Şelimen, 2011). Mastektomi geçiren hastaların meme kaybıyla birlikte yaşadıkları bu sorunları azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada meme rekonstrüksiyonu ameliyatları önem kazanmıştır (Emre ve Güler, 2024).

Meme rekonstrüksiyonu, tümör dokusunun çıkarılmasından sonra kalan meme dokusunu yeniden şekillendirmek ya da mastektomiyi takiben yeni bir meme oluşturmak için plastik ve rekonstrüktif cerrahi tekniklerini içeren onkoplastik bir yaklaşımdır (Zehra, Doyle, Barry, Walsh ve Kell, 2020). Meme rekonstrüksiyonu, meme kanseri cerrahisi ile eş zamanlı, erken geç ya da geç dönemde, implant ve/veya öz doku (otolog) kullanılarak yapılabilmektedir (Emre ve Güler, 2024). Mastektomi geçiren hastaların meme kaybıyla birlikte yaşadıkları fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunları azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada meme rekonstrüksiyonu ameliyatları önemli yer tutmaktadır (Emre ve Güler, 2024). Bununla birlikte hastalar meme rekonstrüksiyonu öncesinde korku, anksiyete ve karar çatışması; ameliyat sonrası erken dönemde ağrı ve komplikasyon riski; taburculuk sonrası süreçte ise öz bakım ve bilgi eksikliği gibi sorunlar yaşayabilmektedir (Emre ve Güler, 2024; Gülşen ve Akansel, 2018; Ludwig ve diğerleri, 2022). Ameliyat sürecindeki tüm fiziksel, psikolojik

ve sosyal sorunlar perioperatif bakım, eğitim ve danışmanlık ile önlenebilmekte ya da çözümlenebilmektedir (Ludwig ve diğerleri, 2022). Son yıllarda uygulanmaya başlayan koçluk tekniklerinin meme rekonstrüksiyonu olan hastaların bakım gereksinimlerini desteklemede, iyilik halini artırmada ve sağlıkla ilgili hedeflerine ulaşmasını sağlamada etkili olabileceği düşünülmektedir (Emre ve Güler, 2025).

Uluslararası Koçluk Federasyonu (International Coach Federation-ICF)'na göre koçluk; “günümüzün belirsiz ve karmaşık ortamlarında özellikle önemli olan, kişisel ve mesleki potansiyeli en üst düzeye çıkarmak için ilham veren, düşünmeye teşvik eden ve yaratıcı bir süreçte müşteri ile ortaklık ilişkisi” olarak tanımlanmıştır (ICF, 2023). Günümüzde pek çok alanda koçluk uygulamaları yapılabilmektedir. Bunlardan bazıları; yaşam, öğrenci, ebeveyn, performans, satış, girişimci, sporcu, kurumsal, takım, yönetici ve ilişki koçluğu'dur. Ülkemizde bireysel olarak yaşam ve öğrenci koçluğu, kurumsal olarak ise yönetici, takım ve performans koçluğu uygulamaları sıklıkla yapılmaktadır (Anka Koçluk, 2023). Son yıllarda koçluk uygulamaları bireylerin sağlıkla ilgili hedeflerine ulaşması konusunda da kullanılmaktadır. Hastalar bu hedeflere koçluk görüşmeleri eşliğinde sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme uygulamalarını kullanarak ulaşmaktadır (Medland ve Stern, 2009).

Sağlık alanında koçluk, başta hemşireler olmakla birlikte tüm sağlık profesyonelleri tarafından kullanılmaktadır. Hemşire liderliğinde yapılan koçluk uygulamalarının temeli bütüncül hemşirelik bakımı bakış açısına dayanmaktadır. Bu yaklaşım kullanılarak, yaşam tarzı değişikliği yapılması, hastaların doğru uygulamalar konusunda farkındalığının geliştirilmesi, motivasyonlarının sağlanması ve birlikte konulan hedeflere ulaşarak ulaşılmadıklarının değerlendirilmesi sağlanır (Mitchell ve diğerleri, 2013). Meme rekonstrüksiyonu alanında rastlanılmamakla birlikte, farklı cerrahi türlerinde ve meme kanseri hastalarında koçlukla ilgili çalışmalar mevcuttur.

Cerrahi alanındaki koçluk çalışmalarına bakıldığında; total diz protezi ve obezite cerrahisi hastaları ile ilgili araştırmaların olduğu dikkati çekmektedir. Total diz protezi hastalarında yapılan randomize kontrollü bir çalışmada telefonla sağlık koçluğu uygulamasının hastalarda fiziksel aktiviteyi artırmada önemli etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Losina ve diğerleri, 2018). Obezite cerrahisi için bekleyen hastaların ameliyat öncesi optimizasyonunu sağlamak amacıyla telefonla koçluğun kullanıldığı bir çalışmada, hastaların %40'ının kilo verdiği, sigara içenlerin %40'ının sigara tüketimini azalttığı ve %80'inin programı kendileri

için faydalı bulduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kulinski ve Smith, 2020). Bir sistematik incelemede; koçluk programının meme kanseri hastalarında yaşam kalitesini artırdığı ve hasta kapasitesini desteklediği sonucuna varılmış, öz yeterliliği geliştirecek başka çalışmaların yapılması önerilmiştir (Barakat ve diğerleri, 2018). Bu çalışma sonuçları koçluk programlarının hem cerrahi sonrası iyileşme sürecinde hem de meme kanseri hastalarında olumlu etkileri olduğunu göstermektedir.

Hastalar meme rekonstrüksiyonu sürecine gelene kadar meme kanseri nedeniyle uzun süren tedaviler ve birden fazla cerrahi işlem deneyimleyebilmektedir. Meme rekonstrüksiyonu hastalar için çoğunlukla hem fiziksel hem de psikolojik anlamda iyileşmenin son aşaması olarak görülmektedir. Hastanın ameliyat süreci ve sonrası için bilgi eksikliğinin ya da gerçekçi olmayan beklentilerinin bulunması, ameliyat kararını kendisinin almış olması ve daha önceki tedavi sürecinin yorucu etkileri ameliyat sonrası hayal kırıklığına, pişmanlığa ve bu süreçte sağlıklı bir şekilde iyileşmek için gerekli öz bakım becerilerini gerçekleştirememesine neden olabilmektedir (Emre ve Güler, 2024).

Bu nedenle hem fiziksel iyileşmeyi desteklemek hem de yeni meme dokusuna uyum sürecini kolaylaştırmak amacıyla rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastaları için geliştirilen hemşire liderliğinde koçluk programının öz bakım gücü ve yaşam kalitesi üzerine etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın önemi

Meme rekonstrüksiyonu olan hastaların ameliyat öncesi karar verme süreçlerini destekleyen çalışmalar yapılmasına karşın, hastaları taburculuk sonrası süreçte destekleyen uygulamaların yer aldığı ve izlemlerini içeren sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır (Berlin ve diğerleri, 2025; Flitcroft, Brennan ve Spillane, 2017; Yang ve diğerleri, 2023). Literatürde meme cerrahisi geçiren hastalarda öz bakım gücünü artırmayı hedefleyen çalışmalar mevcuttur (Çankaya ve Sağlam, 2021; Wei, Zhang, Xu ve Chen, 2024). Ancak rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında öz bakım gücünü değerlendiren ya da iyileştirmeyi hedefleyen araştırmaya rastlanılmamıştır. Koçluk uygulamalarının bireylerin farkındalığını artırması ve kendi bakımlarını gerçekleştirmede güçlü yönlerini desteklemesi açısından öz bakım gücünü artırmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Anka Koçluk, 2023; Emre ve Güler 2025).

Literatürde meme kanseri hastalarında ve farklı cerrahi türlerinde Orem'in Öz Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının, eğitim ve danışmanlığın etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalar bulunmaktadır (Alkuwaisi ve diğerleri, 2024; Urtekin ve Eroğlu, 2024; Zang ve Pan, 2021). Hemşirelik bakımında modellerin ve teorilerin kullanılmasının öz bakım gücü ve yaşam kalitesi üzerine etkinliği bilinmektedir (Tarus, Gündüz ve Demirci, 2025). Bu çalışmada ise, hemşireler tarafından verilen eğitim ve danışmanlığın etkinliğinden farklı olarak, hemşire liderliğindeki koçluk ile meme rekonstrüksiyonu hastalarının kendi talepleri ve karar verme becerilerinin desteklendiği, kendi iyileşme süreçlerinde "baş rol" oynadıkları bir hizmet sunulmuş ve etkinliği değerlendirilmiştir. Çalışma, bu yönü ile hemşirelik literatürüne katkı sağlayan, hemşireliğin yeni ve güncel rollerini geliştiren bir çalışmadır.

Yine mevcut çalışmalar incelendiğinde meme rekonstrüksiyonu olan hastaların yaşam kalitesi düzeylerini değerlendiren, yalnızca mastektomi yapılan ve meme rekonstrüksiyonuyla birlikte mastektomi yapılan hastalar arasında yaşam kalitesi yönünden fark olduğunu ortaya koyan araştırmalar mevcuttur (Cereijo-Garea ve diğerleri, 2018; García-Solbas, Lorenzo-Liñán ve Castro-Luna, 2021). Bu araştırmalar meme rekonstrüksiyonun yaşam kalitesini artıran bir cerrahi girişim olduğunu göstermektedir. Ancak özellikle meme rekonstrüksiyonu yapılan hastaların yaşam kalitelerini artırmaya yönelik bir program oluşturan ve bunun etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Hemşire liderliğinde yapılan koçluk programının hastanın öz farkındalığını geliştireceği, bilgi eksikliğini gidereceği, öz bakım gücünü ve dolayısıyla yaşam kalitesini iyileştireceği düşünülmektedir.

Meme rekonstrüksiyonu ameliyatları, özellikle öz doku ile yapıldığında, birkaç seansta/aşamada yapılan, uzunca bir iyileşme ve yeni meme dokusuna uyum süreci gerektiren, hastaların yaşam kalitelerini artırmak ve beden imajlarını iyileştirmek amacıyla kendi kararları ile olmak istedikleri cerrahi girişimlerdir. Bu bağlamda ameliyat süreci boyunca hastaların hem fiziksel hem de mental yönden desteklenmelerini gerektirmektedir. Hastaların kendi yaşadıkları süreçleri farkındalık ile değerlendirerek ve bilgi eksikliklerini gidererek kendi bakımlarına katılmalarının iyileşmeye destek olacağı düşünülmektedir. Bu araştırmanın rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarına özel olarak hemşire liderliğinde koçluk programı geliştirilmesi yönünden literatüre katkı sağlayacağı ve bu programın hastaların öz bakım güçlerini ve yaşam kalitelerini artıracacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı

Bu çalışmanın birinci amacı, rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programının öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisini araştırmaktır. Araştırmanın ikinci amacı, müdahale grubundaki hastaların hemşire liderliğinde koçluk programından memnuniyet düzeylerini belirlemektir.

Araştırmanın hipotezleri

H₀₋₁: Hemşire liderliğinde koçluk programı uygulanan ve uygulanmayan rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastaları arasında öz bakım gücü açısından fark yoktur.

H₁₋₁: Hemşire liderliğinde koçluk programı uygulanan ve uygulanmayan rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastaları arasında öz bakım gücü açısından fark vardır.

H₀₋₂: Hemşire liderliğinde koçluk programı uygulanan ve uygulanmayan rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastaları arasında yaşam kalitesi açısından fark yoktur.

H₁₋₂: Hemşire liderliğinde koçluk programı uygulanan ve uygulanmayan rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastaları arasında yaşam kalitesi açısından fark vardır.

Tanımlar

Meme rekonstrüksiyonu: Tümör dokusunun çıkarılmasından sonra kalan meme dokusunu yeniden şekillendirmek veya yeni bir meme oluşturmak için plastik ve rekonstrüktif cerrahi tekniklerini içeren onkoplastik bir yaklaşımdır (Zehra, Doyle, Barry, Walsh ve Kell, 2020).

Koçluk: Günümüzün belirsiz ve karmaşık ortamlarında özellikle önemli olan, kişisel ve mesleki potansiyeli en üst düzeye çıkarmak için ilham veren, düşünmeye teşvik eden ve yaratıcı bir süreçte müşteri ile ortaklık ilişkisi (ICF, 2023).

Öz bakım gücü: Bireylerin kendi sağlıklarını yönetme kapasitesidir (Nahcivan, 1994).

Sağlık koçluğu: Hastaların kendi sağlıklarını, olası sağlık risklerini, akut veya kronik sağlık sorunlarını daha iyi yönetebilmeleri ve sağlık davranışı değişikliğine aktif katılmaları için

kanıta dayalı etkili konuşma, klinik stratejiler, motivasyonel müdahaleler ve koçluk tekniklerinin kullanılmasıdır (Huffman ve Miller, 2013).

Yaşam kalitesi: Bireyin kendi yaşamı ile ilgili algısıdır (Durmaz, 1993).



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanserine Genel Bakış

Meme kanseri, her sekiz kadından birinde görülen ve kadınlarda kanser nedeniyle ölümlerin en önemli nedeni olan kanser tipidir (World Health Organization, 2021). Bölgesel farklılıklar olmakla birlikte, meme kanseri görülme sıklığında artış görülmektedir (Xia ve diğerleri, 2022). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünyada her yıl yaklaşık 2,1 milyon kadına meme kanseri tanısı konulmakta ve 685.000 kadın meme kanseri nedeniyle hayatını kaybetmektedir (World Health Organization, 2021). GLOBOCAN 2022 verilerine göre dünyada meme kanseri insidansı 100.000'de 46.8'dir (World Health Organization, 2020). Amerikan Kanser Birliği, 2025 yılında kadınlarda 316.950 yeni invaziv meme kanseri vakası bildirileceğini ve 42.170 kadının meme kanseri nedeniyle yaşamını yitireceğini öngörmüştür (American Cancer Society, 2022). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre meme kanseri istatistikleri dünya ile benzerdir. Kadınlarda meme kanseri insidansı ülkemizde GLOBOCAN 2022 verilerine göre 100.000'de 46.8 (World Health Organization, 2022), Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017 verilerine göre 100.000'de 47.7 olarak bulunmuş ve 2017 yılında kadınlarda en sık görülen kanser türünün meme kanseri olduğu bildirilmiştir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2020). 2022 yılında Türkiye'de 25.249 meme kanseri vakası saptanmıştır (World Health Organization, 2022).

Meme kanserinin ilk geliştiği yer meme hücreleridir. Tümör olarak bilinen bir kanser hücresi topluluğu, yakındaki dokulara yayılıp yok etme kapasitesine sahiptir. Hastalığın tüm vücutta herhangi bir doku ya da organa da yayılması mümkündür (Sinha, 2018). Meme hücreleri bazen normal şekilde büyümelerini engelleyen değişikliklere uğrayabilir. Kanserli olmayan meme rahatsızlıkları atipik hiperplazi ve kistler bu değişikliklerden kaynaklanabilir. Ayrıca intraduktal papillom gibi iyi huylu tümörlere de neden olabilir (Sinha, 2018). Bazı durumlarda ise meme kanseri meme hücrelerindeki değişikliklerden kaynaklanabilir. Meme kanseri tipik olarak sütü meme ucuna taşıyan duktal kanallardan başlar. Meme kanserinin bu türüne duktal karsinom denir. Süt üreten bezlerde oluşan kanser türüne ise lobüler karsinom adı verilir (Edward, Obeagu, Okorie, Vincent ve Bot, 2021; Obeagu ve diğerleri, 2023). Hem duktal karsinom hem de lobüler karsinomda 'in situ' olabilir. Bu, kanserin ortaya çıktığı ilk bölgede lokalize olduğu, henüz çevre dokulara yayılmadığı anlamına gelir. Eğer kanser çevre dokulara yayılmışsa 'invaziv' olarak adlandırılır (Iatrakis ve Zervoudis,

2021). Meme kanserinin daha az görünen türleri ise medullar karsinoma, müsinöz karsinoma, tübüler karsinoma, inflamatuvar meme kanseri, memede Non-Hodgkin lenfoma, Paget hastalığıdır (Jagsi ve diğerleri, 2022).

Meme kanserinin ortaya çıkmasında değiştirilebilir olan ve olmayan çeşitli faktörler etkilidir (Aizaz ve diğerleri, 2023; Ibekwe ve diğerleri, 2022; Obeagu ve diğerleri, 2021). Olumsuz yaşam tarzı seçimleri, çevresel faktörler ve sosyo-psikolojik faktörlerin tümü kanser oluşumuyla bağlantılıdır. Meme kanserlerinin %5-10'unun genetik mutasyonlar ve aile öyküsü, %20-30'unun ise değiştirilebilir faktörler nedeniyle geliştiği bildirilmiştir (Sun ve diğerleri, 2017). Meme kanseri için ana risk faktörü ise genetik faktörler, özellikle de aile öyküsüdür. Obezite, sigara kullanımı, radyasyon, erken menüstrüasyon-geç menopoza, ileri yaş, östrojene maruziyet gibi faktörler de meme kanseri için risk oluşturmaktadır (Obeagu E. I. ve Obeagu G. U., 2024).

Meme kanserinde tanı fizik muayene, görüntüleme yöntemleri (mamografi, meme ultrasonu vb.) ve doku biyopsisi ile konulmaktadır (Heer, Ruan, Mealey, Quan ve Brenner, 2020). Tümörün lenfatik yol ile yayılma eğiliminde olması uzak dokulara metastazına ve dolayısıyla hastalığın prognozunu kötü olmasına neden olur. Erken tanının hayatta kalma şansını artırması meme kanseri tarama programlarının önemini açığa çıkarmaktadır. Hastalığın tedavisinde kemoterapi, radyoterapi, hormonoterapi gibi medikal tedavilerin yanı sıra meme dokusunun bir kısmının, tamamının ve meme dokusu ile çevre dokuların çıkarıldığı cerrahi tedavi seçenekleri mevcuttur. Bazı durumlarda ise hem tıbbi hem cerrahi tedaviler kombine olarak birlikte uygulanır. Tedavi seçeneklerine hastalığın evresine, hastanın durumuna, özelliklerine ve tercihlerine göre karar verilmektedir (Obeagu E. I. ve Obeagu G. U., 2024).

2.2. Meme Kanserinde Cerrahi Tedavi

Meme kanserinin cerrahi tedavisinde amaç, herhangi bir nüks ve yeni bir meme tümörü gelişmemesi için meme içindeki neoplaziyi çıkarmaktır (Freeman, Gopman ve Salzberg, 2018). Hastalık yayılımının daha iyi anlaşılması, görüntüleme yöntemlerinin, ameliyat öncesi sistemik tedavilerin ve ameliyat sonrası yönetim stratejilerinin iyileşmesi sonucu cerrahi teknikler yıllar içerisinde önemli ölçüde gelişmiştir (Lagendijk ve diğerleri, 2018). Günümüzde en sık uygulanan cerrahi teknikler meme koruyucu cerrahi (tümörektomi, lumpektomi veya kadranektomi) ve mastektomidir. Hastanın sentinel lenf nodu biyopsisinde

(SLNB) aksiller lenf nodu tutulumu belirlenmesi durumunda aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND) yapılmaktadır. Koltuk altından çıkarılan lenf nodlarının sayısı ve konumuna göre ALND düzeyleri değişmekle birlikte üç düzey olarak yapılabilmektedir. Son yıllarda en çok bir ve ikinci düzey ALND uygulanmaktadır (Jinbo ve diğerleri, 2023).

Son zamanlarda, kadınlarda meme kanseri farkındalığının ve tarama programlarına katılımın artması ile meme koruyucu cerrahi ve radyoterapi tedavileri yaygın olarak tercih edilmektedir. Ancak yine de kalıtsal olarak yüksek riskli kanserin dokularda yaygın olarak görüldüğü bazı hastalarda ve hastanın tercihinine bağlı olarak mastektomi (profilaktik mastektomi, modifiye radikal mastektomi) gerekebilir (van Maaren ve diğerleri, 2016).

Amerikan Kanser Birliği verilerine göre, meme kanseri tedavisinde mastektomi yapılma oranı evre I-II olan kadınlarda %38, evre III olan kadınlarda %74, evre IV olan kadınlarda ise %40'tır (American Cancer Society, 2019). Ülkemizde ise meme kanserinin cerrahi tedavisinde en çok %66 oranında total mastektominin tercih edildiği bildirilmiştir (Özmen, 2014).

2.3. Meme Rekonstrüksiyonu

Meme rekonstrüksiyonu, tümör dokusunun çıkarılmasından sonra kalan meme dokusunu yeniden şekillendirmek ya da mastektomiye takiben yeni bir meme oluşturmak için plastik ve rekonstrüktif cerrahi tekniklerini içeren onkoplastik bir yaklaşımdır (Zehra, Doyle, Barry, Walsh ve Kell, 2020).

2.3.1. Meme rekonstrüksiyonu oranları

Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu uygulanan kadınların oranı 1998 yılında %11,6 iken 2011 yılında yaklaşık %36,4'e yükselmiştir (Kummerow ve diğerleri, 2015). Literatürde meme rekonstrüksiyonu oranları ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte, Amerika Birleşik Devletleri'nde %25 – 29 (American Society of Plastic Surgeons, 2024; Kruper ve diğerleri, 2011), Kanada'da %23 (Platt, Baxter, McLaughlin ve Semple, 2015) Birleşik Krallık'ta %9 – 43 (Wignarajah, Forouhi ve Malata, 2020), Almanya'da %30 (Gerber, Marx, Untch ve Faridi, 2015) ve Çin Halk Cumhuriyeti'nde %3,7 (Huang ve diğerleri, 2016) olarak bildirilmiştir. Ülkemizde, mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu yapılan hastaların oranına ulaşamamakla birlikte, bu oranın merkezlere

göre değişim gösterdiği ve batı illerde daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (Emre ve Güler, 2024).

2.3.2. Meme rekonstrüksiyonu türleri

Meme rekonstrüksiyonu teknik olarak implant kullanılarak ve öz doku kullanılarak (otolog) meme rekonstrüksiyonu olmak üzere iki şekilde yapılabilir. Ameliyatın yapılma zamanına göre ise mastektomi ameliyatı ile eş zamanlı, erken-geç ya da geç dönemde olmak üzere üç şekilde yapılabilmektedir. Hangi yöntemin seçileceğinde memenin boyutu ve şekli, kadının yaşı ve sağlığı, geçmişte geçirdiği ameliyatlara, cerrahi risk faktörleri (örn.; sigara içme öyküsü ve obezite), öz dokunun mevcudiyeti ve tümörün memedeki konumu gibi faktörler etkilidir (Aziz ve Rose, 2023). Meme rekonstrüksiyonu ameliyatlara doku genişleticiler, implantlar ve öz doku flepleri kullanılarak yapılabilmektedir (Char, Bloom, Erlichman, Jonczyk ve Chatterjee, 2021). Meme başı, areola ve cilt dokusu korunarak yapılan mastektomilerde implantlar eş zamanlı olarak yerleştirilebilmektedir. Tüm bu dokuların çıkarıldığı mastektomilerde ise doku genişleticiler yerleştirilerek meme dokusunda yer açılması beklenmekte ve implantlar daha sonra (1-3 ay) yerleştirilmektedir (Char, Bloom, Erlichman, Jonczyk ve Chatterjee, 2021). Öz doku kullanılarak meme rekonstrüksiyonunda iki teknik tanımlanabilir;

- Vaskülerize pediküllü deri/kas flepleri
 - Latissimus dorsi flebi
 - Transvers rektus abdominus miyokutanöz flep– TRAM flep
- Serbest flepler
 - Derin inferior epigastrik perforatör flep– DIEP flep
 - Latissimus dorsi flep - LAD
 - Yüzeysel alt epigastrik arter flebi– SIEA flebi
 - Gluteal arter perforatör flebi– GAP flebi
 - Derin arter perforatör flebi (Aziz ve Rose, 2023).

Holmstrom ve Robbins tarafından tanıtılan DIEP flep, mastektomi sonrası otolog mikro cerrahi meme rekonstrüksiyonu için estetik ve daha iyi kabul gören bir tekniktir. DIEP flebin son yıllarda popüler olması TRAM flebi ile ilişkili karın duvarı ve rektus kas sistemindeki önemli morbiditelerin çoğunu ortadan kaldırmasıdır (Aziz ve Rose, 2023).

Son zamanlarda gelişen cerrahi teknikler sayesinde öz doku ile meme rekonstrüksiyonu yapılan çoğu hastada memenin kıvamı, yumuşaklığı ve estetik görünümü doğal meme ile neredeyse aynıdır. Ayrıca öz doku vücut ile uyum içerisindedir. Özellikle BRCA (BREast CAncer gene – Meme kanseri geni) mutasyonu olan ve profilaktik amaçlı mastektomi yaptıran kadınlarda öz doku ile meme rekonstrüksiyonu oranlarının artması giderek daha önemli hale gelmektedir (Simion ve diğerleri, 2024).

2.3.3. Meme rekonstrüksiyonu sonrası gelişebilecek komplikasyonlar

Meme rekonstrüksiyonunda amaç beden imajını iyileştirerek yaşam kalitesini yükseltmek olsa da cerrahi yara, donör saha ve şekil bozukluğu ile ilgili fiziksel ve psikososyal riskler mevcuttur (Zehra, Doyle, Barry, Walsh ve Kell, 2020). Meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalar rekonstrüksiyon öncesinde sıklıkla total ya da modifiye radikal mastektomi geçirmektedir. Bu nedenle hastalar, mastektomi sonrası gelişebilecek komplikasyonlar yönünden risk altındadır ve kapsamlı hemşirelik bakımına ihtiyaç duymaktadır. Ayrıca mastektomi sonrasında rekonstrüksiyon yapılması cerrahi girişimin sayısını ya da süresini uzatacağı için komplikasyon gelişme olasılığı artacaktır. Hastalar birkaç cerrahi işlemi içerebilen tüm bu süreç boyunca tedavi gerektiren çeşitli komplikasyonlarla karşılaşabilir (Browne ve diğerleri, 2017). Ayrıca rekonstrüksiyon sonrası komplikasyon gelişmesi devam eden kanser tedavisini geciktirebilir (Balasubramanian ve diğerleri, 2021).

Meme rekonstrüksiyonu sonrası gelişebilecek komplikasyonlar şu şekilde gruplandırılabilir:

Mastektomi ile ilişkili komplikasyonlar

Eş zamanlı veya gecikmiş rekonstrüksiyon yapılan hastalarda mastektomi sırasında ortaya çıkan komplikasyonlardır. Bunlar cerrahi alan enfeksiyonları, yara yeri açılması ve mastektomi bölgesinde gelişebilecek hematoma veya seromalardır (Browne ve diğerleri, 2017).

Cerrahi alan enfeksiyonu

Meme rekonstrüksiyonu sonrası en sık görülen komplikasyonlar arasındadır. TRAM flep ile rekonstrüksiyon yapılan hastalarda %14,3, eş zamanlı rekonstrüksiyon yapılan hastalarda ise %14,6 oranında cerrahi alan enfeksiyonu görüldüğü bildirilmiştir (Palubicka ve diğerleri,

2019). Cerrahi alan enfeksiyonu gelişmesi hasta memnuniyetinin azalmasına, iyileşme süresinin ve sağlık harcamalarının artmasına neden olur (Chung ve diğerleri, 2015). Aktif sigara içen ve hipertansiyonu olan hastaların cerrahi alan enfeksiyonu açısından yüksek risk altında olduğunu söylemek mümkündür (Chung ve diğerleri, 2015).

Yara yeri açılması

Eş zamanlı rekonstrüksiyon ameliyatları gibi uzun süren cerrahi işlemler yara yeri açılması açısından risk altındadır (Muller-Sloof, De Laat, Hummelink, Peters ve Ulrich, 2018). Yara yeri açılması insidansının DIEP flep ile otolog rekonstrüksiyon yapılan hastalarda %3,5 ile %14 arasında değiştiği bildirilmiştir (Lee ve Mun, 2016; Salgarello, Tambasco ve Farallo, 2012; Venkat, Lee, Rad, Manahan ve Rosson, 2012). Yara yerinin açılması hastanın yeniden bir cerrahi işlem geçirmesine neden olabileceğinden ağrıyı, hastanede kalış süresini ve sekonder komplikasyon riskini artırır, hasta memnuniyetini düşürür (Muller-Sloof, De Laat, Hummelink, Peters ve Ulrich, 2018).

Hematom

Özellikle eş zamanlı rekonstrüksiyon işlemlerinden sonra sıklıkla pektoral kasta ve koltuk altı bölgesinde olmakla birlikte hematom gelişimi olabilmektedir. Eş zamanlı rekonstrüksiyon yapılan hastaların %2,54'ünde hematom geliştiği bildirilmiştir (Seth ve diğerleri, 2013). Meme implantı ameliyatı sonrası ise hastaların %2 ile %10'unda erken dönemde hematom geliştiği saptanmıştır (Collins ve Verheyden, 2012).

Seroma

Meme cerrahisi sonrası hastalarda seroma görülme sıklığı %85'lere kadar çıkmaktadır ve seroma mastektominin kaçınılmaz bir sonucu olarak kabul edilmektedir. Seromanın boyutuna göre bazı durumlarda müdahale gerekirken bazı durumlarda konservatif tedavi yöntemleri uygulanabilir (De Rooji ve diğerleri, 2021). İmplant kullanılarak yapılan meme rekonstrüksiyonu ameliyatlarında seroma gelişme sıklığı %4,1 ile %6,7 arasında bildirilmiştir. Obezite, radyasyona maruz kalma ve aselüler dermal matriks seroma gelişimi açısından risk faktörleri arasında gösterilmiştir (Jordan, Khavanin ve Kim, 2016).

Flep ile ilişkili komplikasyonlar

Rekonstrüksiyon sırasında otolog flep kullanılan hastalarda flep ile ilişkili gelişebilecek komplikasyonlardır. Bu komplikasyonlar arasında flep perfüzyonunun bozulması, flep nekrozu ve flebin çıkarılmasını gerektiren başarısızlığı yer almaktadır (Browne ve diğerleri, 2017).

Flep perfüzyonunun bozulması

Öz doku ile yapılan meme rekonstrüksiyonlarında ameliyatın başarısı fleplerin sağlıklı bir şekilde dokuya uyum sağlamasına bağlıdır. Flep perfüzyonu hasta, ameliyat ve cerrah ile ilgili birçok faktörden etkilenebilir (Frey, Salibian, Choi ve Karp, 2019). Flep perfüzyonu optimal olmadığında dokuda iskemiye ve flep kaybına neden olabilir. Radyasyon, meme/mastektomi alanının büyüklüğü, sigara kullanımı, obezite, kemoterapiye maruz kalmak flep perfüzyonunun bozulması ve iskemi için risk faktörleridir (Frey, Salibian, Choi ve Karp, 2019).

Deri flebi nekrozu

Deri koruyucu mastektomi eş zamanlı rekonstrüksiyon sonrası nihai kozmetik sonuçları iyileştirse de deri flebinin nekrozu %5 ile %30 arasında görülen yaygın bir komplikasyondur ve literatürde ortalama insidansı %19,4 olarak verilmiştir (Jeon ve diğerleri, 2018; Robertson, Jeevaratnam, Agrawal ve Cutress, 2017). Sigara içme, diyabet, beden kitle indeksinin $> 30 \text{ kg/m}^2$ olması, radyoterapiye maruz kalma, cerrahın deneyim düzeyi ve mastektomi ile çıkarılan alanın büyük olması riski artıran durumlardır (Jeon ve diğerleri, 2018; Lee ve diğerleri, 2016).

Flep başarısızlığı

Öz doku ile yapılan meme rekonstrüksiyonu sonrası flep başarısızlığı oranı %1 ile %4 arasında değişmektedir ve hastalar için yıkıcı sonuçlara neden olabilmektedir (Higgins ve diğerleri, 2017; Massenburg, Sanati-Mehrizi, Ingargiola, Rosa ve Taub, 2015).

İmplant veya doku genişleticisine bağlı komplikasyonlar

Bu komplikasyonlar arasında yeniden konumlandırma gerektiren implant/doku genişleticisi, implant/doku genişleticilerin enfeksiyonu, implant/doku genişleticilerin yırtılması yer almaktadır (Browne ve diğerleri, 2017).

İmplant/doku genişleticisinin yanlış pozisyonu

İmplantların yeniden ameliyat gerektirecek şekilde yanlış konumlanması implant ile yapılan meme rekonstrüksiyonu ameliyatlarında %8,4 oranında görülen bir komplikasyondur (Altınel, Serin ve Toplu, 2022).

İmplant/doku genişleticisinin enfeksiyonu

Vücuda bir protez materyalinin yerleştirilmesinden dolayı implant bazlı meme rekonstrüksiyonu işlemlerinde enfeksiyon en yaygın görülen ve en korkulan komplikasyondur (Ooi ve Song, 2016). İmplant bazlı meme rekonstrüksiyonu sonrası enfeksiyon oranları %1 ile %35 arasında değişmektedir (Banuelos ve diğerleri, 2020; Öztürk ve diğerleri, 2020). Protezlerin enfeksiyonu, yüzeysel selülit gibi hafif sonuçlara yol açabileceği gibi kronik yaralar, implantın başarısız olması ve sepsis gibi yaşamı dahi tehdit edebilecek sonuçlara neden olabilir. Ayrıca rekonstrüksiyon sonrası gelişebilecek enfeksiyonlar onkolojik tedavilerde gecikmeye yol açabilir (Ooi ve Song, 2016).

İmplant/doku genişleticisinin yırtılması

Meme implantları uzun yıllardır kullanılsa da sürekli olarak bir değişim ve dönüşüm halindedir. İmplantların güvenliğinden emin olmak için bir dizi inceleme yapılmaktadır (Hillard, Fowler, Barta ve Cunningham, 2017). Ancak yine de implantların yırtılması mümkündür ve birincil meme rekonstrüksiyonu ameliyatlarında %3,8, revizyon meme rekonstrüksiyonu ameliyatlarında %5,9 oranında gerçekleşmektedir (Cunningham ve McCue, 2009). İmplantlar ilk takıldıklarında rüptür olasılığı düşük olsa da 6-8 yıl sonra artmaya başlar (Collis, Litherland, Enion ve Sharpe, 2007). İmplant yırtılmaları fizik muayene, ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile tespit edilebilir. Bazı hastalar meme şeklindeki değişiklikler ile başvurabilir. İmplantların yırtılmasında en önemli neden yerleştirilme sırasında hasar görmesidir. İmplantı yırtılan hastalar takip edilebilir ya

da implantın çıkarılması ve kapsülektomi gibi seçeneklerle tedavi edilebilir (Hillard, Fowler, Barta ve Cunningham, 2017).

2.3.4. Meme rekonstrüksiyonu olan hastalarda hemşirelik bakımı

Meme rekonstrüksiyonu ameliyatları mastektomi, doku genişleticisinin yerleştirilmesi, rekonstrüksiyonun yapılması ve karşı memenin estetiği gibi birden fazla cerrahi prosedürü gerektirebilir. Tüm bu süreç boyunca hastalar ameliyat öncesi kapsamlı ve detaylı değerlendirilmeli ve eğitilmelidir. Ameliyat sonrasında ise hastalarda birçok komplikasyon gelişebilir. Bu nedenle meme rekonstrüksiyonu geçiren hastaların hemşirelik bakımları güncel kanıtlar ışığında iyi planlanmalıdır. Ameliyat sonrası erken dönemde yaşanan ağrı, hastalar için önemli bir sorundur ve kronikleşme eğilimindedir (Kulkarni ve diğerleri, 2017).

Öz doku ile meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalarda donör bölgeye de bir cerrahi insizyon yapılmakta ve cerrahi yara oluşmaktadır. Bu hastalarda ayrıca yapılan mastektomiye bağlı olarak ameliyat sonrası erken dönemde seroma, yara enfeksiyonu, derin ven trombozu ve pulmoner emboli gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (Jagsi ve diğerleri, 2022).

Yapılan rekonstrüksiyon işlemine bağlı olarak flep nekrozu da gelişebilecek komplikasyonlar arasındadır (Wilkins ve arkadaşları, 2018). Serbest fleplerle gerçekleştirilen meme rekonstrüksiyonlarında ameliyat süresinin çoğunlukla daha uzun olduğu bilinmektedir (National Cancer Institute, 2025). Bu tür cerrahi girişimlerde hastanede kalış süresi de genellikle pediküllü fleplere göre daha uzundur. Ameliyat sonrası erken dönemde hemşireler hastaların yaşamsal bulgularını takip etmeli, cerrahi yarayı değerlendirmeli, etkili bir ağrı yönetimi uygulamalı, hastanın uygun şekilde beslenmesi ve hastaya uygun pozisyonun verilmesi için gerekli bakım uygulamalarını yapmalıdır (Gülşen ve Akansel, 2018). Flep izlemi ameliyat sonrası erken dönemde başlatılmalı, ameliyat sonrası geç dönemde ve taburculuk sonrasında devam ettirilmelidir. Hastalara bu konuda mutlaka eğitim verilmelidir (Emre ve Güler 2024).

Ameliyat sonrası geç dönemde ve taburculuk sonrası süreçte hastalarda lenfödem, kas atrofisi, kol hareketlerinin sınırlanması, nevralji, deride sertlik, hipertrofik yara izleri ve sinüs oluşması gibi komplikasyonlar görülebilir (Jagsi ve diğerleri, 2022). Bu komplikasyonların gelişmemesi ve hastanın iyileşme sürecinin hızlanması için iyi bir

taburculuk eğitimi ve hastaların evde öz bakımlarını sürdürmeleri önem taşımaktadır (Ludwig ve diğerleri, 2022). Hastalar taburculuk sonrası drenler çıktıktan sonra duş alabilmekte, 4-6 hafta içinde hafif ev işleri yapabilmektedir. Sütyen ve korse kullanımı ameliyat sonrası 6-8 hafta boyunca devam etmektedir (Gülşen ve Akansel, 2018). Hastaya verilecek taburculuk eğitiminde klinik kontrollerin zamanları, kullanılacak ilaçlar, gelişebilecek komplikasyonların belirti ve bulguları, flep izlemi, günlük yaşam aktiviteleri ve öz bakım ile ilgili başlıklar yer almalıdır (Gülşen ve Akansel, 2018). Ameliyat öncesi dönem, ameliyat sonrası erken dönem, ameliyat sonrası süreç ve taburculuk sonrası dönemde hastaların yaşadıkları fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar perioperatif bakım, eğitim ve danışmanlık ile önlenmekte ya da çözümlenebilmektedir (Ludwig ve diğerleri, 2022).

Tüm bu sebepler meme rekonstrüksiyonu yapılan hastaların planlı ve sistematik bir bakım sürecine ve bakım uygulamalarına ihtiyaç duyduklarını ortaya koymaktadır (Emre ve Güler, 2025). Hastaların bakım ve izlemleri taburcu olduktan sonra da devam etmelidir. Bu nedenle ameliyat sonrası öz bakım becerilerinin geliştirilmesinin gerekli ve önemli olduğu düşünülmektedir.

2.3.5. Meme rekonstrüksiyonu olan hastalarda öz bakım

Orem'e göre öz bakım; "bireyin sürekli, kontrollü, etkili ve amaçlı davranışlarının olgunlaşmasıyla kendi kendine yaptığı bakım" olarak tanımlanmaktadır (Orem, 2001). Öz bakım, sağlık bakım ekibinin hastaların sağlık sorunlarını yönetmedeki becerilerini ve güvenlerini artırmak için sunduğu düzenli eğitim ve destekleyici müdahaleleri içerir ve mevcut sorunların belirlenmesi, sorunların çözümü için hedef belirlenmesi ve destek sağlanması ve ilerlemelerin izlenmesi adımlarından oluşur (Rastegar, Mahmoodi, Saeieh, Sharifi ve Kabir, 2020). Modern dünyada, insanların sağlıklarını koruma ve geliştirme, tedavi ve sağlık hizmeti olanaklarının yetersizliği, toplumun her kesiminde bu olanaklara yeterli ve eşit erişimin olmaması ve sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetli olması nedeniyle öz bakım kavramına daha fazla önem verilmektedir (Rastegar, Mahmoodi, Saeieh, Sharifi ve Kabir, 2020). Meme kanseri hastalarında ise öz bakım hastanın sosyal destek kaynakları, psikolojik iyi oluşluluk düzeyi, etkilenen uzvun fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesi gibi faktörlerle etkileşim içindedir (Zheng, Cai, Fan, Zhong ve Li, 2020). Mastektomi geçiren hastalarda omuz hareketlerinin etkilenmesi öz bakım düzeyini düşürmektedir (Noura, Kiani, Moulaei, Tasbandi ve Tabas, 2021). Aynı zamanda kanser tanısıyla ilişkili kemoterapi,

radyoterapi gibi süreçler, sosyal destek kaynaklarının yetersiz olması ve hastalığın getirdiği psikolojik yük hastalarda yorgunluğa ve ilişkili olarak öz bakım düzeyinin düşmesine neden olmaktadır (van Dongen ve diğerleri, 2020). Öz bakım düzeyinin düşük olması ise hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir (Zheng, Cai, Fan, Zhong ve Li, 2020). Meme kanseri hastalarında öz bakım beden imajını iyileştirmek, komplikasyonları önlemek, hızlı iyileşme ve yaşam kalitesini artırmak için önemli bir etkidir (Rastegar, Mahmoodi, Saeieh, Sharifi ve Kabir, 2020).

Meme kanseri nedeniyle rekonstrüksiyon yapılan hastalar ise daha fazla sayıda ve sürede cerrahi işlem geçireceklerinden bakım ihtiyaçları artacaktır. Drenlerin ve komplikasyon belirti bulgularının takibi, omuz ve kol egzersizleri, bireysel hijyen, giyinme, ağrı yönetimi gibi mastektomi sonrası öz bakım becerileri gerektiren uygulamalara rekonstrüksiyon sürecinde flep canlılığının izlenmesi ve flep-donör alanın travmalardan korunması gibi uygulamalar da eklenmektedir (Gülşen ve Akansel, 2018). Öz bakım gücü yüksek olan hastalarda komplikasyonların gelişiminin önlenmesi ile yaşam kalitesinin artması sağlanabilir (Platt ve Zhong, 2018).

2.3.6. Meme rekonstrüksiyonu olan hastalarda yaşam kalitesi

Bireyin kendi yaşamı ile ilgili algısı yaşam kalitesi olarak tanımlanmaktadır. Birey yaşam kalitesini kendi yaşamından yola çıkarak iyi veya kötü olarak değerlendirebilir. Yaşam kalitesinin, iki farklı şekli tanımlanmaktadır. Bunlardan ilki objektif yaşam kalitesidir ve burada yaşam kalitesinin belirli göstergelerle ölçülerek değerlendirilebilmesi söz konusudur. İkinci olarak subjektif yaşam kalitesinde ise sadece bireyin kendini nasıl algıladığı yansıtılır. Yaşam kalitesinin şekillenmesinde Maslow'un temel ihtiyaçlar hiyerarşisi temel alınır. Bu hiyerarşiye göre fiziksel ihtiyaçlar, güvenlik gereksinimi, sosyal ihtiyaçlar, saygı görme ve kendini gerçekleştirme adımları sırasıyla bireyin temel ihtiyaçlarıdır. Bu adımlarda bir eksiklik olması bireyin yaşam kalitesinin düşmesine neden olacaktır (Durmaz, 1993; Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Bireyin yaşam kalitesinin önemli oranda düşmesine neden olan faktörlerden biri de ciddi bir hastalıkla karşı karşıya olmaktır. Meme kanseri bu hastalıklardan biridir (Mokhatri-Hesari ve Montazeri, 2020).

Meme kanseri hastalarında yaşam kalitesi güncel medikal ve bakım uygulamaları ile son yıllarda artmıştır. Özellikle fiziksel aktivite ve psikososyal müdahaleler gibi birkaç basit ama

etkili müdahalenin bu popülasyonda yaşam kalitesini geliştirmede etkili olduğu kanıtlanmıştır. Ancak ağrı ve lenfödem gibi semptomların yönetimi, anksiyete, özellikle genç hastalarda cinsel işlev ve geleceğe yönelik beklentiler daha fazla ele alınması gereken yaşam kalitesi ile ilişkili konulardır (Mokhatri-Hesari ve Montazeri, 2020). Meme koruyucu cerrahi ve meme rekonstrüksiyonu gibi son yıllarda artan cerrahi prosedürlerin mastektomiye oranla yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğu gösterilmiştir (Zehra, Doyle, Barry, Walsh ve Kell, 2020). Eş zamanlı rekonstrüksiyon yapılan hastaların yapılmayan hastalara göre psikososyal, cinsel ve fiziksel iyilik hali ve sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi oranı önemli ölçüde yüksek bulunmuştur (Van Bommel ve diğerleri, 2020).

Meme rekonstrüksiyonu geçiren hastalarda ise estetik sonuçlar yaşam kalitesini etkileyen faktörlerdir (Duraes ve diğerleri, 2020). Otolog doku kullanılan ve bilateral rekonstrüksiyon yapılan hastalarda yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Radyoterapiye maruz kalan ve rekonstrüksiyon için birden fazla cerrahi girişim geçirmek durumunda kalan hastalarda ise yaşam kalitesi daha düşüktür (Duraes ve diğerleri, 2020).

2.4. Koçluk

Koçluk teriminin kökeni Fransızca ‘coach’ kelimesine dayanmakta ve ilk olarak spor bilimlerinde ardından iş, psikoloji ve sağlık gibi farklı alanlarda kullanıldığı bilinmektedir (Çınar, 2015; Özdemir, Yaman ve Şendir, 2019; Sezer ve Şahin, 2015). Uluslararası Koçluk Federasyonu (International Coach Federation-ICF)’na göre koçluk; “günümüzün belirsiz ve karmaşık ortamlarında özellikle önemli olan, kişisel ve mesleki potansiyeli en üst düzeye çıkarmak için ilham veren, düşünmeye teşvik eden ve yaratıcı bir süreçte müşteri ile ortaklık ilişkisi” olarak tanımlanmıştır (ICF, 2023). Koçluk uygulamaları “Coach” (koç) ve “Coachee” (koçluk alan kişi/müşteri/danışan) olmak üzere iki kişi arasındaki etkileşimden oluşmaktadır. Temelde koçluk kişilerin yaşamsal farkındalığını artırarak potansiyel kaynaklarını keşfetmelerini sağlayan ve yaşamındaki en üst düzey performansı yakalayabilme amacı ile ulaşılabilir hedeflere odaklanan bir gelişim sürecidir (Anka Koçluk, 2023). Koçlar, koçluk hizmeti alan her bireyi/müşteriyi kendi hayatlarında ve çalışmalarında uzman olarak kabul eder ve her müşterinin yaratıcı, becerikli ve bütün olduğuna inanırlar. Profesyonel bir koçluk ilişkisi, koçluk sürecindeki tarafların sorumluluklarını belirten bir anlaşmayı kapsar (ICF, 2023). Koçluğun kalbinde güçlü yönlerin yapılandırılması, öz yönelimli öğrenme ve yaşam performansının artırılması düşüncesi vardır.

Koçluk sağlık alanında giderek ivme kazanmaktadır. Hemşirelik mesleğinde mentörlük uygulamaları koçluğa nazaran daha sık kullanılsa da koçluk; ekip oluşturma, kariyer planlama, değişim yönetimi ve profesyonel gelişimde kullanılmaktadır (Narayanasamy ve Penney, 2014). Koçluk ve mentörlük literatürde sıklıkla birbirinin yerine kullanılır ve sağlık alanında, daha spesifik olarak hemşirelik alanında koçluğun çeşitli tanımları ve uygulamaları vardır. Literatür incelendiğinde, genel olarak koçluk, bireylere süre sınırlı-eylem odaklı hedefler aracılığıyla kişisel ve profesyonel potansiyellerini en üst düzeye çıkarmaları ve olumlu bir performans sonucuna ulaşmaları için ilham veren, yaratıcı düşünmeye sevk eden ve belirli gelişim alanlarına odaklanan güçlendirici bir ortaklık olarak tanımlanabilir (Bradley ve Moore, 2019; Jordan ve diğerleri 2017; Westcott, 2016). Literatür, hemşirelikte koçluk ve mentörlük alanları arasında bazı farklılıklar olduğunu belirtmektedir. Ancak, koçluk terimi hala bazı yazarlar tarafından hatalı bir şekilde mentörlük ile değiştirilmektedir. Mentörlük ve klinik süpervizörlük hemşirelik mesleğinde yer alan ve mesleki gelişime destek olan uygulamalardır. Ancak koçluk ile benzer ilişkilere sahip olmalarının yanı sıra ilişkinin doğası gereği liderlik, yöneticilik gibi özellikler ve yönlendirici uygulamalar içermeleri nedeniyle koçluktan ayrılırlar (Richardson, Wicking, Biedermann ve Langtree, 2023).

2.4.1. Dünyada ve ülkemizde koçluk eğitimi

Koçluk dünyada ve ülkemizde profesyonel bir meslek olarak kabul edilmiştir. Dünya’da ve ülkemizde koç yetiştiren birçok kurum ve kuruluş mevcuttur. Bunlar arasında Uluslararası Koçluk Federasyonu (International Coach Federation-ICF), Koçluk Birliği (Association for Coaching – AC) ve Avrupa Yönderlik ve Koçluk Derneği (European Mentoring and Coaching Council – EMCC) gibi kuruluşlar yer almaktadır.

Uluslararası Koçluk Federasyonu (International Coaching Federation-ICF); Amerika Birleşik Devletleri’nde koçluk sanatını ve mesleğini ilerletmek amacıyla 1995 yılında kurulmuştur. Uluslararası Koçluk Federasyonu, akredite edilmiş koçluk eğitimi önemsemekte ve profesyonel koçların bu eğitimi almalarının önemli olduğunu vurgulamaktadır. Türkiye’de de ICF akreditasyonu almış koçluk eğitimleri veren kurumlar bulunmaktadır (ICF, 2024).

Koçluk Birliği (Association for Coaching®-AC); İngiltere’de kurulmuş olmakla birlikte 50’nin üzerinde ülkede faaliyetlerine devam etmekte ve 25 binden fazla üyesi bulunmaktadır. Koçluk Birliği (AC), kuruluş amacını “koçluk uygulamalarını yaygınlaştırmak ve koçluk bilincini ve standartlarını dünya çapında arttırmak” olarak tanımlamaktadır. Türkiye’de de AC tarafından akredite edilmiş kurumlar tarafından eğitimler verilmektedir (AC, 2024). Bu tez çalışmasını yürüten araştırmacı, koçluk eğitimi hem ICF hem de AC tarafından akredite edilmiş bir kurumdan almıştır.

Avrupa Yönderlik ve Koçluk Derneği (European Mentoring and Coaching Council–EMCC); David Megginson ve David Clutterbuck tarafından 1992’de “Avrupa Yönderlik Merkezi” olarak kurulmuş, 2002 yılında Julie Hay, Eric Parsloe ve Sir John Whitmore ile “Avrupa Yönderlik ve Koçluk Derneği” olarak ismi değiştirilmiştir. Avrupa Yönderlik ve Koçluk Derneği, koçluk ve mentörlük hizmetini Avrupa genelinde başarılı uygulamalarla geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu dernek, mentörlük-koçluk hizmeti alan veya sunan kurumlarla, kişilerle veya bu alanda çalışmalar yapan akademisyenlerle çalışmaktadır (EMCC, 2024).

Koçluk Birliği tarafından akredite bir eğitimden sertifika alabilmek için en az 60 saat koçluk eğitimi ve belirli sayıda mentörlük almış olmak, AC’nin belirlediği sayıda koçluk görüşmeleri yapmak ve ödevleri standartlara uygun şekilde tamamlamak gerekmektedir. Koçluk, 22/5/2013 tarihli 2013/41 sayılı karar 29/06/2013-28692 resmi gazete yayını ile Mesleki Yeterlilik Kurumu (MYK)’nın “Ulusal Meslek Standardı”na kabul edilmiştir. Meslek olarak kabul edilmesinin ardından “Mesleki Yeterlilik, Sınav ve Belgelendirme Yönetmeliği” MYK Yönetim Kurulu’nun 22/07/2015 tarih ve 2015/32 sayılı kararı ile Seviye 6 Koçlar için meslek sınavı yapılması kararlaştırılmıştır (MYK, 2018). Bu meslek sınavı hem ulusal hem de uluslararası platformlarda geçerlidir (Anka Koçluk, 2023).

2.4.2. Koçluk türleri

Koçluk için artan talep, sunulan koçluk türlerinin ve mevcut profesyonel koçların dallarının çeşitlenmesine yol açmıştır. Günümüzde çeşitli koçluk türleri bulunmakta ve koçluk farklı şekillerde uygulanmaktadır. Bunlardan bazıları; yaşam, öğrenci, ebeveyn, performans, satış, girişimci, sporcu, kurumsal, takım, yönetici ve ilişki koçluğu’dur. Ülkemizde bireysel olarak yaşam ve öğrenci koçluğu, kurumsal olarak ise yönetici, takım ve performans koçluğu

uygulamaları sıklıkla yapılmaktadır (Anka Koçluk, 2023). Son yıllarda koçluk uygulamaları bireylerin sağlıkla ilgili hedeflerine ulaşması konusunda da kullanılmaktadır. Hastalar bu hedeflere koçluk görüşmeleri eşliğinde sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme uygulamalarını kullanarak ulaşmaktadır (Medland ve Stern, 2009). Hemşireler koçluk eğitimleri alarak hastaların sağlık ile ilgili hedeflerine ulaşmalarını desteklemektedir.

2.4.3. Koçlukta etik ilkeler

Koçluk Derneği (AC) koçluk mesleğinin veri bilimi ve yapay zeka dahil olmak üzere dijital teknolojilerle birlikte giderek daha profesyonel bir meslek olduğuna vurgu yapmakta ve koçluk ve mentörlüğün hatasız bir şekilde uygulanması için etik ilkelerin sürdürülmesine teşvik etmektedir. Koçluk Derneği, tüm üyelerinin belirledikleri etik kurallara ve ilkelere uymayı kabul ettiğini beyan etmektedir. Etik kuralların belirlenmesinin ve uygulanmasının amacı koçların müşterileri ile etkileşim kurarken nasıl davranmaları gerektiğini belirlemek, profesyonel olarak koçluk yapmayan kişiler için rehber görevi görmek ve şikayet/disiplin soruşturmaları gibi işlemlerin temeli olmaktır (AC, 2024).

Koçluk Derneği'ne göre etik kodlar ve detayları aşağıda özetlenmiştir;

1. Terminoloji: Bu etik koda göre koçluk, akıl hocalığı ya da süpervizörlük profesyonel bir çalışma ve meslek olarak kabul edilmesine karşın bu ünvanların yasal düzenlemeye tabi olmadığı ve herkes tarafından kullanılabileceği kabul edilmelidir. Bu nedenle her üye kendi mesleki kuruluşunun tam olarak kullandığı tanımı ve terminolojiyi bilmelidir.
2. Müşterilerle Çalışmak:
 - a) Üyeler müşterilerle herhangi bir kapasitede profesyonel olarak çalışırken etik kurallara uymalıdır ve iyi bir hizmet sunmaya kararlı olmalıdır.
 - b) Üyeler müşterileri ile çalışırken tüm çalışma koşullarını, kuralları ve sorumlulukları şeffaf bir şekilde belirten bir sözleşme hazırlamalı ve müşteriye bilgilendirmelidir.
 - c) Üyeler uygun niteliklere sahip olma durumları, akreditasyon ve sertifikasyon, çıkar çatışması, profesyonellik ve koçluk mesleğinin onuruna yakışır davranma konularında müşterilerine karşı dürüst olmalıdır.
 - d) Üyeler müşterileri ile ilgili sahip oldukları bilgilerde gizlilik kurallarına uygun hareket etmeli ve mahremiyet kurallarına uymalıdır.
 - e) Üyeler mevcut müşterileri ile uygunsuz etkileşimler ve ilişkiler kurmaktan kaçınmalıdır.

- f) Üyeler çıkar çatışmasından kaçınmak için müşteri ile olan profesyonel ilişkisini diğer ilişki biçimlerinden ayırmalı, müşteriye ait verileri rızası dışında çıkar elde etme amacıyla kullanmamalı, herhangi bir müşteri ile ilişkisinin diğer müşterileri ile olan ilişkilerini etkilemesine izin vermemeli ve bu kuralı bozan durumlardan açıkça ilişkiden çekilmeyi kabul etmelidir.
- g) Koçlar müşteri ile ilişkileri sonlansa dahi mesleki sorumluluklarının devam ettiğini unutmamalı ve koçluk ilişkisini beklendik ya da beklenmedik şekilde sonlandırma konusunda da planlamalarını açık bir şekilde beyan etmelidir.

3. Mesleki Uygulama:

- a) Üyeler meslek itibarını koruyacak şekilde tavır takınırlar ve meslekte yer alan diğer kişilere; aynı zamanda koçluk, mentörlük ve süpervizyon ile ilgili farklı yaklaşımlara saygı gösterirler.
- b) Üyeler eşitlik ve çeşitliliği konusunda öz farkındalıklarını geliştirir, bu husustaki politikalara riayet eder, ayrımcılıktan kaçınır ve önyargılara karşı farkındalık geliştirirler.
- c) Üyeler mesleki uygulamaları ihlal etmeleri durumunda aktedite edilmiş kurumlara üyeliklerinin sonlandırılması gibi yaptırımları kabul eder, etik olmayan biçimde davranan meslektaşları ile yüz yüze görüştüktan sonra sonuç alamazsa bu kişiyi kuruma bildirir.
- d) Üyeler çalışmalarını yerine getirdiği ülkelerdeki tüm yasal koşullar hakkında bilgi sahibi olmakla ve bu politikalara uyum göstermekle yükümlüdür. Faaliyet yürüttükleri ülkelerde geçerli olacak mesleki sorumluluk sigortası yaptırırlar.

4. En İyi Uygulama:

- a) Üyeler müşterilerinin ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık durumuna deneyime, yeterliliğe ve beceriye sahip olmalı, gerekli durumlarda müşteriyi daha yeterlilik sahibi bir uygulayıcı üyeye yönlendirmelidir.
- b) Üyeler kendi düzeylerine uygun ve gerekli yeterliliklere sahip bir süpervizör ya da süpervizör grubundan uygulamalarına uygun sıklıkta alınacak süpervizyona tabidir.
- c) Üyeler sürekli mesleki gelişimleri için ilgili ve uygun nitelikte eğitim etkinliklerine katılarak yetkinliklerini geliştirir, uzmanlık düzeylerine uygun olarak meslek topluluğuna katkı verir, işlerinin kalitesini aldıkları geri bildirimlerle değerlendirir (EMCC, 2024).

Koçluk ile ilgili çeşitli kurumların kendi etik kodları yayınlanmakla birlikte, yukarıda özetlenen etik kodlar AC, EMCC, Profesyonel Yönetici Koçluğu ve Denetimi Derneği (Association for Professional Executive Coaching and Supervision), İtalyan Profesyonel Koçlar Birliği (Associazione Italiana Coach Professionisti), New Mexico Üniversitesi Mentörlük Enstitüsü (Mentoring Institute, University of New Mexico) tarafından imzalanmıştır (EMCC, 2024).

2.4.4. Temel koçluk becerileri

Profesyonel koçlukta koçlar özyönetimi sağlama, etkin dinleme, güçlü sorular sorma, derin sorular sorma, sezgi, cesaretlendirme, odakta tutma, sorumluluk, sınırları zorlama ve geri bildirim verme olmak üzere 10 temel beceriye sahiptir (Tülüce ve Kutlutürkan, 2018).

1. Özyönetimi sağlama: Koçun kişisel görüşlerini, tercihlerini, gururunu, savunmacı tarafını ve egosunu bir yana bırakabilme kabiliyetidir. Koç kendi yargılarından ve düşüncelerinden sıyrılmalı tamamen müşterinin tarafında olmalıdır (Anka Koçluk, 2023).
2. Etkin dinleme: Etkin dinleme empati kurarak dinlemektir. Müşterinin yalnızca söylediği kelimeleri değil anlatılan hikayenin arkasındaki gerçek anlamı, satır aralarını ortaya çıkarmak amacıyla dinlemek ve anladıklarını yansıtarak sormaktır. Etkin dinleme karşıdaki kişiye anlaşıldığını hissettirir (Anka Koçluk, 2023; Tülüce ve Kutlutürkan, 2018).
3. Güçlü sorular sorma: Müşterinin koçluk hizmeti aldığı süreç boyunca peşinde olduğu gelişim ve çözüm arayışında harekete geçmesini ve keşfetmesini sağlayan ve onu üzerine düşünmeye teşvik eden sorulardır. Güçlü sorular yeri geldiğinde müşterinin varsayımlarına meydan okumak, yeni iç görüler ortaya çıkarmak, öğrenmesini sağlamak ve farkındalığını artırmak amacıyla sorulur (Anka Koçluk, 2023).
4. Derin sorular sorma: Güçlü sorular sorma ile bağlantılıdır. Derinlemesine dinleyerek konunun özündeki soruyu yakalayıp sorabilmektir. Çoğu zaman kişinin söylediği söz değil ardındaki anlam derin sorular sormaya yardımcı olur. Bu nedenle derin sorular sorabilmek için derinlemesine dinlemek gerekir (Anka Koçluk, 2023).
5. Sezgi: Derin dinleme ile koç bilinenlerin ve bilinmeyenlerin birleştiği yeri bulur. Burada koçun sezgileri devreye girer. Sezgiler arka planda olan ve konuşulmayan bir bilme

biçimidir. “Sezgi koçun koçluk sürecine getirdiği en güçlü hediyelerden birisidir.” (Anka Koçluk, 2023). Koçlar için sezgilerini geliştirmek zaman alabilir.

6. Cesaretlendirme: Kişinin birşeyi başarma arzusuna verilen destektir. Koçlar kişinin hedeflerinin ulaşılabilir olduğunu ve ilerleme kaydettiklerini belirterek kişiyi cesaretlendirirler. Cesaretlendirme başarmak istenilen yolda önemli bir anahtardır (Anka Koçluk, 2023).
7. Odakta tutma: Bazen kişilerin birden çok hedefi olduğunda koçluk gündemi dağılabilir ya da bir hedefi gerçekleştirmek diğerlerinin de önünü açabilir. Örneğin kişi para kazanmak, ev ve araba sahibi olmak gibi hedeflere sahip ise para kazanma hedefine öncelik verilir. Çünkü para kazandığında ev ve araba sahibi olma hedefi gerçekleşebilecektir. Bu nedenle koç kişiyi odakta tutarak tek bir hedef üzerine planlama yapmasını istemelidir. Koçluk gündemi dağıldığında koç müşteriye hedefe yönelik odakta tutmakla sorumludur (Anka Koçluk, 2023; Tülüce ve Kutlutürkan, 2018).
8. Sorumluluk: Koçlar görüşmenin belirli yerlerinde müşterilerine sorumluluk hissettirmelidir. Bu müşterinin ulaşmak istediği hedefte yapabileceklerinin kendi elinde olduğunu vurgulamaktır. Bu sorumluluğu müşteriye hatırlatmak için zaman zaman meydan okuyucu sorular sorulabilir. Örneğin; “Sınavına çalışmamak senin seçimin, bunun sonucunda neler olacağını konuşalım mı?” şeklinde müşteriye sorumluluk alması gerektiği hatırlatılır (Anka Koçluk, 2023).
9. Sınırları zorlama: Müşteriler genellikle yapamadıkları şeylere odaklanma eğilimindedirler. Bu durumda koç müşteriye yapabildiklerini hatırlatır ve kendi sınırlarını zorlaması için daha fazlasını ister (Tülüce ve Kutlutürkan, 2018).
10. Geri bildirim verme: Genellikle koçluk görüşmesinin sonunda görüşme ile ilgili görüşler ve güçlü gözlemlerden elde edilen sonuçlar müşteri ile paylaşılır. Burada sıklıkla sandviç tekniği kullanılır. Öncelikle kişinin olumlu özelliklerinden bahsederek takdir cümleleri kurulur. Sonrasında geliştirebileceği yönlerine ilişkin geri bildirimde bulunulur. Burada ‘bununla birlikte’ bağlacı kullanılır. En sonunda ise ‘genel olarak’ ifadesi kullanılarak olumlu cümlelerle geri bildirim toparlanır (Tülüce ve Kutlutürkan, 2018).

2.4.5. Koçluk süreci

Koç ile müşteri/danışan koçluk seanslarında yaklaşık 30-40 dk. görüşme yaparlar. Her görüşmenin ayrı bir gündemi vardır ve o görüşmeye özgü hedefler belirlenir. Koç, koçluk yetkinliklerini kullanarak ve çeşitli görüşme teknikleri ile danışanın o seansa özgü hedefine ulaşmasında ona yol arkadaşlığı eder. Her koçluk görüşmesi belirli bölümlerden oluşur ve seans sonunda hedefe ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir. Koçluk şimdi ve gelecekle ilgilidir. Yapılan görüşmelerde danışanın koyduğu hedefler yalnızca kendi etki alanındaki konularla ilgili olabilir. Örneğin; danışan “çocuğumun üniversiteyi kazanmasını istiyorum” diye bir hedef koyamaz çünkü bu durum onun kontrolünde değildir. Aynı konu ile ilgili “çocuğumun üniversiteyi kazanması için neler yapabileceğimi belirlemek istiyorum” ya da “çocuğuma karşı hissettiğim aşırı korumacı tavrın nedenini anlamak istiyorum” hedefleri koçluk seansının gündemi olabilir (Anka Koçluk, 2023).

Koçluk süreci aşamaları çeşitli koçluk modellerine göre farklılık gösterebilir. Temel olarak koçluk süreci aşağıdaki aşamalardan oluşur;

1. Zihinsel hazırlık: Koçun seans öncesinde zihinsel hazırlık yapması ile süreç başlar. Burada seans öncesinde koç zihnini berraklaştıracak, önyargılardan arındıracak meditasyon gibi çeşitli yöntemler uygulanabilir.
2. Koçluk gündemi: Müşteri ile koçluk görüşmesinin başında koçluk gündemi belirlenir. Koçluk gündemi müşterinin ne için bu seansta olduğu ile ilgilidir. Mevcut durum ve ulaşmak istenen hedef somut bir şekilde ortaya konulur. Burada koç müşteriyi tek bir seansta tek bir gündem ile ilgili görüşmek için odaklar.
3. Uyumu yakalama: Koçun kendisini müşterinin genel ses tonu, konuşma hızı, konuşma volümü ile benzer şekilde ayarlamasıdır. Böylece müşteri koçu kendisine daha yakın hisseder. Aksi durumlar (örneğin çok hızlı ve yüksek sesle konuşan bir müşterinin karşısında çok kısık sesle ve aşırı yavaş konuşmak) kişide rahatsızlık hissi uyandırabilir.
4. Empatik dinleme: Koç öncelikle kişiden içinde bulunduğu durumu anlatmasını ister ve burada etkin dinleme yapar. Kişinin satır aralarını okuyarak ona geri bildirimde bulunur. Burada kişi anlaşıldığını hisseder. Buna psikolojik oksijen verme denilir.
5. Kritik gedik: Kişinin mevcut durumu ile hedefi arasındaki farktır. Burada koç etkin dinleme becerileri ile kritik gediki belirler. Kişinin hedefine ulaşması için önünde en

önemli ulaşması gerektiği hedef gibi görülebilir. Müşterinin bunun farkına varmasını sağlamak koçluk süreci için büyük önem taşır.

6. Güçlü gözlemler: Koçun müşteri hakkında gerçekçi ve güçlü gözlemlerde bulunmasıdır. Burada kişiyi yargılamamak gerekir. Gözlemler kişinin gelişmesi, değişmesi ve ilerlemesi için yardımcı olmalıdır. Koç destekleyici bir tutumda olmalıdır. Aceleci yorumlar yapılmamalıdır. Güçlü gözlemler geri bildirim verme tekniği ile aktarılmalıdır.
7. Güçlü sorular: Gözlemler sonucunda elde edilen verilerden faydalanarak müşteriye harekete geçirecek ve düşünmeye teşvik edecek sorular sorulmalıdır. Bu soruların bir amacı olmalı ve her zaman kişiye bir cevap oluşturmalıdır. Güçlü soru sorulduğunda müşteri bir süre duraksayacaktır.
8. Yapılandırma: Burada müşteri konuşma boyunca yaşadığı farkındalıklar ile kendi kendisini belki suçlamış, olumsuz yönlerinden bahsetmiştir. Müşteri kendisi ile ilgili yenilgi dolu sözler sarfetmiş olabilir. Koç tam bu esnada kişinin güçlü yönlerinden, olumlu özelliklerinden bahsederek müşteri cesaretlendirir. Olumlu geri bildirimlerde ve takdirlerde bulunur. Böylece kişinin hedefine ulaşma yolunda motivasyonu artar.
9. Güçlü ricalar: Müşterinin hedefine ulaşması yolunda güçlü gözlemler ve güçlü sorular gibi amacı olan ricalardır. Güçlü bir ric uygun yerde kullanıldığında kritik bir gediği kapatmaya ya da daraltmaya yardımcı olur.
10. Geliştirme: Geliştirme aşamasında müşteriye meydan okunur ve hedefine ulaşmakla ilgili neler yapabileceği ile ilgili konuşulur. Bu aşamada kişinin eylem planı hazırlanır.
11. Taahhütler: Koçluk görüşmesinin sonunda müşteriden hedefine ulaşmaya yönelik olarak belirlediği eylem adımlarını gerçekleştirmek üzere günlük, haftalık ya da aylık olarak yapacaklarını taahhüt etmesi istenir.
12. Takip: Koç müşteriden belirlenen eylem adımları yapıldığında kendisine de haber vermesini ister. Taahhütlerin gerçekleşmemesi durumunda koç kişiyi engelleyen konularla ilgili konuşmayı teklif edebilir (Anka Koçluk, 2023).

2.4.6. Koçlar için temel yeterlilikler

Koçluk görüşmelerinin etik ve istendik bir şekilde sürdürülebilmesi için koçlar bazı yeterliliklere sahip olmalıdır. Koçlar için AC tarafından belirlenen temel yeterlilikler şunlardır (AC, 2024);

1. Etik, yasal ve mesleki yükümlülük ve kurallara uymak
2. Koçluk anlaşmasını/sözleşmesini ve sonuçlarını oluşturmak
3. Müşteri ile güven odaklı ilişki kurmak
4. Kendini yönetmek ve koçluk varlığını oluşturmak
5. Etkili iletişim kurmak
6. Müşterinin farkındalık ve içgörüsünü arttırmak
7. Strateji ve eylemler tasarlamak
8. İleriye doğru momentum ve değerlendirme sürecini sürdürmek
9. Koç gelişimini devamlı olarak desteklemek, üstlenmek ve sürdürmek

Koçlar için ICF tarafından belirlenen temel yeterlilikler şunlardır (ICF, 2024):

1. Temel etik kurallar ve mesleki standartlara uymak
2. Koçluk anlaşmasını oluşturmak
3. Müşteri ile güven ve samimiyeti oluşturmak
4. Koçun varlığı
5. Aktif dinleme
6. Güçlü sorular sorma
7. Direk iletişim
8. Farkındalığı yaratma
9. Planlama ve hedef koyma
10. Hareketleri tasarlama
11. Gelişimi ve sorumluluğu yönetme

Koçluk yapacak kişiler; farkındalığı yüksek, müşterinin potansiyeline inanan, sorumluluk bilinci gelişmiş, gelişime açık, müşteri odaklı ilerleyen, empati yapabilen ve dinleme becerileri iyi olan kişiler olmalıdır. Aynı zamanda; destekleyici, sabırlı, ilgili, tarafsız, anlayışlı, iyi dinleyici olan ve kendini iyi tanıyan, hafızası kuvvetli, motive edebilen, dikkatli, deneyimli, bilgili, performans değerlendirebilme becerisine sahip olan ve problem çözebilen bireyler olmalıdır (Whitworth, Kimsey-House K. ve Kimsey-House, H., 2015; Whitmore, 2022).

2.5. Hemşire Liderliğinde Koçluk

Sağlık sektöründe değişen ihtiyaçlar, liderlik ve iletişim becerilerine sahip, güçlü bir koçluk yaklaşımı sergileyebilen hemşirelerin önemini artırmıştır (Amerikan Hemşirelikte Liderlik Örgütü – American Organization for Nursing Leadership Foundation- AONL, 2024). Hemşire liderliğinde koçluk, hemşirelerin liderlik rolü üstlenerek meslektaşlarına, sağlık ekibine ve hastalara rehberlik ettiği, onların hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olduğu bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, empatiden, etkili iletişimden ve problem çözme becerilerinden beslenir (Laarni, Reynaldo ve Marilou, 2024). Hemşire liderliğinde koçluk uygulamaları, sadece hasta bakımını iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda ekip içindeki profesyonel gelişimi destekler, organizasyonel verimliliği artırır ve çalışan bağlılığını güçlendirir (Ghobrial, Latzourakis, Polychronis ve Constantinou, 2023).

Koçluk hem bireysel hem de ekip düzeyinde farkındalık yaratmayı, güçlü yönleri ön plana çıkarmayı ve gelişim alanlarına odaklanmayı amaçlar. Sağlık hizmetlerinde bu süreç:

- Hasta odaklı bakım: Hastaların tedaviye aktif katılımını teşvik ederek yaşam kalitesini artırır.
- Çalışan gelişimi: Hemşirelerin mesleki becerilerini geliştirmelerine olanak tanır.
- Ekip verimliliği: Sağlık ekiplerinin iletişim ve iş birliği becerilerini güçlendirir.
- Stres yönetimi: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik sendromuyla başa çıkmasına yardımcı olur (Lovell, 2018; Ross, Faw ve Covington, 2021).

Hemşire liderliğinde koçluk uygulamaları şu şekilde sınıflandırılabilir:

1. Meslektaş Koçluğu: Tecrübeli hemşireler, mesleğe yeni başlayan hemşirelere rehberlik ederek onların adaptasyon sürecini hızlandırabilir.
2. Hasta Koçluğu: Hastaların tedavi sürecinde bilinçlenmesini ve kendi sağlıklarını yönetebilme becerisini artırmayı hedefler.
3. Ekip Koçluğu: Sağlık ekibinin sinerji oluşturmalarını sağlar, ekip üyeleri arasındaki çatışmaları yönetir ve ortak hedefler belirler (Savic ve Maben, 2022).

Başarılı bir koçluk süreci için hemşire liderlerin şu becerilere sahip olması gerekir:

- Etkili iletişim: Dinleme, empati kurma ve açık bir şekilde bilgi paylaşma.
- Problemleri tespit etme ve çözme: Sorunlara analitik ve yaratıcı bir bakış açısıyla yaklaşma.
- İlham verme: Ekibin motivasyonunu artırarak potansiyellerini ortaya çıkarma.
- Duygusal zeka: Kendi duygularını ve ekip üyelerinin duygularını anlama ve yönetme becerisi (Savic ve Maben, 2022).

Hemşire liderliğinde koçluk, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmada ve profesyonel gelişimi desteklemede etkili bir yöntemdir. Bu yaklaşım, hemşirelerin liderlik rollerini genişleterek sağlık sisteminin daha etkili, iş birliğine dayalı ve hasta merkezli bir yapıya dönüşmesine katkıda bulunur. Bu nedenle hemşirelik eğitiminde ve sağlık politikalarında koçluk becerilerinin geliştirilmesine öncelik verilmesi büyük önem taşımaktadır (Savic ve Maben, 2022). Bu bağlamda, hemşire liderliğinde koçluk modeli hem hasta hem de sağlık çalışanları için uzun vadeli faydalar sağlayacak yenilikçi bir strateji olarak değerlendirilebilir. Hasta bakımında bu yaklaşımın kullanılması ile yaşam tarzı değişikliği yapılması, hastaların doğru uygulamalar konusunda farkındalığının geliştirilmesi, motivasyonlarının sağlanması ve konulan hedeflere ulaşım ulaşılmadıklarının değerlendirilmesi sağlanır (Mitchell ve diğerleri, 2013). Total diz protezi hastalarında yapılan randomize kontrollü bir çalışmada telefonla sağlık koçluğu uygulamasının hastalarda fiziksel aktiviteyi artırmada önemli etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Losina ve diğerleri, 2018). Obezite cerrahisi için bekleyen hastaların preoperatif optimizasyonunu sağlamak amacıyla telefonla koçluğun kullanıldığı bir çalışmada hastaların %40'ının kilo verdiği, sigara içenlerin %40'ının sigara tüketimini azalttığı ve %80'inin programı kendileri için faydalı bulduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kulinski ve Smith, 2020). Yapılan bir sistematik incelemede, koçluk programının meme kanseri hastalarında yaşam kalitesini artırdığı ve hasta kapasitesini desteklediği sonucuna varılmış, öz yeterliliği geliştirecek başka çalışmaların yapılması önerilmiştir (Barakat ve diğerleri, 2018).

2.5.1. Meme rekonstrüksiyonu ve hemşire liderliğinde koçluk

Meme kanseri tedavisi sonrası rekonstrüksiyon işlemi, hastaların fiziksel ve psikososyal iyileşme sürecinde önemli bir basamaktır. Ancak, bu süreç hastalar için stresli ve karmaşık olabilir. Hemşire liderliğinde koçluk programları, bu sürecin yönetimini kolaylaştırmak ve

hasta sonuçlarını iyileştirmek için etkili bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır (Ghobrial, Latzourakis, Polychronis ve Constantinou, 2023).

Hemşire liderliğinde koçluk, hastalara destek sağlama, onların bireysel ihtiyaçlarına yanıt verme ve tedavi süreçlerine aktif katılımlarını artırmayı hedefler. Meme rekonstrüksiyonu geçiren hastalarda bu yaklaşım, şu yönleriyle kritik öneme sahiptir:

1. Psikososyal Destek: Meme kaybı ve yeniden yapılandırma süreci, hastalarda benlik algısı ve beden imajı üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Hemşire liderleri, koçluk programları aracılığıyla hastaların duygusal dayanıklılıklarını artırabilir ve onların yeni görünümüne uyum sağlamalarına yardımcı olabilir (Savic ve Maben, 2022).
2. Bilgi ve Eğitim: Rekonstrüksiyon süreci karmaşık tedavi seçenekleri içerdiğinden, hastaların sürece dair bilgiye ihtiyaçları vardır. Koçluk programları, doğru ve anlaşılır bilgi sunarak hasta kaygılarını azaltabilir ve tedaviye olan bağlılığı artırabilir (Hu ve diğerleri, 2024).
3. Fiziksel İyileşmenin Desteklenmesi: Rehabilitasyon ve cerrahi sonrası bakım süreçlerinde hemşireler, fiziksel iyileşmeyi desteklemek için egzersiz planları ve bakım önerileri sunar. Koçluk, hastaların bu önerilere uymasını teşvik eder ve komplikasyon riskini azaltır (Ghobrial, Latzourakis, Polychronis ve Constantinou, 2023).
4. Hasta Merkezli Yaklaşım: Koçluk programları, her hastanın benzersiz ihtiyaçlarını ve beklentilerini anlamaya odaklanır. Bu, hastaların sürece katılımını artırarak, kendilerini daha güçlü ve yetkin hissetmelerini sağlar (AONL Foundation, 2024; Savic ve Maben, 2022).

Araştırmalar, hemşire liderliğinde koçluk programlarının hastaların yaşam kalitesini, cerrahi sonrası iyileşme oranlarını ve psikolojik iyilik halini artırdığını göstermektedir. Özellikle, hastaların öz yeterlilik algılarındaki artış ve komplikasyon oranlarındaki düşüş dikkat çekicidir (Ghobrial, Latzourakis, Polychronis ve Constantinou, 2023; Savic ve Maben, 2022).

Standart bir koçluk görüşmesinde koç koçluk sınırını aşmadan, herhangi bir görüş-fikir-düşünce beyan etmeden, nötr bir çizgide, koçluk görüşmesi yöntem ve tekniklerini kullanarak görüşmeyi tamamlar. Koçluğun herhangi bir konuda rehberlik, danışmanlık, mentörlük ile karıştırılmaması ve koçun müşterinin getirdiği gündemle ilgili bir yönlendirme

yapmaması tavsiye edilmektedir. Ancak hemşireler kendi uzmanlık alanlarındaki konular üzerine koçluk yaptıkları seanslarda hastalarının bilgi eksikliği olduğu konularda danışman kimlikleri ile koçluk kimliklerini birleştirebilir. Hemşirelerin eğitici rolü ve alanları ile ilgili uzman rolleri koçluk programını zenginleştirmektedir. Hastanın değişimle ilgili önündeki engellerden biri bilgi eksikliği ise, bunun giderilmesine ve eylem adımlarına daha hızlı bir şekilde geçilmesine katkı sağlamaktadır. Hemşire liderliğinde koçluk programlarının meme rekonstrüksiyonu geçiren hastaların fiziksel ve psikososyal iyileşmelerine katkı sağlayan bütüncül bir yaklaşım olduğu düşünülmektedir. Hemşire liderliğinde koçluk programlarında koçun danışman rolü de üstlenmesi nedeniyle bu tez çalışmasında koçluk hizmeti alan kişiler müşteri değil danışan olarak adlandırılacaktır.

2.5.2. Meme rekonstrüksiyonu olan hastalarda öz bakım gücü ve hemşire liderliğinde koçluk

Meme rekonstrüksiyonu, meme kanseri tedavisinden sonra fiziksel görünümün ve psikososyal iyilik halinin iyileştirilmesini amaçlayan önemli bir cerrahi işlemdir. Ancak bu süreç hastaların öz bakım gücünü etkileyebilecek birçok fiziksel, duygusal ve sosyal zorluğu beraberinde getirir. Hemşire liderliğinde koçluk, hastaların tedavi sürecine uyum sağlamalarını kolaylaştıran, birey merkezli ve güçlendirici bir yaklaşımdır (Ghobrial, Latzourakis, Polychronis ve Constantinou, 2023; Savic ve Maben, 2022).

Öz bakım gücü, bireylerin kendi sağlıklarını yönetme kapasitelerini ifade eder (Nahcivan, 1994). Meme rekonstrüksiyonu geçiren hastalarda öz bakım gücünün artırılması, cerrahi sonuçların iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması açısından kritik öneme sahiptir. Hemşire liderliğinde koçluk, bu sürece şu şekillerde katkı sağlar:

- **Hasta Eğitimi:** Koçluk hizmetleri, hastaların cerrahi sonrası bakım, yara iyileşmesi ve enfeksiyon önleme gibi konularda bilgi düzeylerini artırır. Eğitim alan hastalar, bakım gereksinimlerini daha iyi anlayarak bağımsızlıklarını artırabilirler (Hu ve diğerleri, 2024).
- **Psikolojik Destek ve Motivasyon:** Rekonstrüksiyon süreci genellikle psikolojik açıdan zorlu bir dönemdir. Koçluk hizmeti, hastaların duygusal dayanıklılığını artırarak stres ve kaygıyla başa çıkmalarını kolaylaştırır. Bu destek, hastaların kendilerine olan güvenlerini güçlendirir ve öz bakım çabalarını artırır (Savic ve Maben, 2022).

- Bireyselleştirilmiş Yaklaşım: Her hastanın ihtiyaçları ve hedefleri farklıdır. Hemşire liderler, birey merkezli bir yaklaşım benimseyerek hastalara uygun bakım planları geliştirir. Bu, hastaların tedavi süreçlerine aktif olarak katılmalarını teşvik eder (AONL, 2024; Ghobrial, Latzourakis, Polychronis ve Constantinou, 2023).
- Davranışsal Değişiklik ve Alışkanlık Geliştirme: Koçluk, hastalara sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırmak için bir çerçeve sunar. Özellikle düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme ve cerrahi sonrası önerilere uyum, bu sürecin önemli bir parçasıdır (Laarni, Reynaldo ve Marilou, 2024).

Yapılan araştırmalar, hemşire liderliğinde koçluk hizmetlerinin öz bakım gücünü artırmada etkili olduğunu göstermektedir. Ghobrial ve arkadaşlarının (2023) çalışması, koçluk alan hastaların öz yeterlilik düzeylerinde ve cerrahi sonrası yaşam kalitesinde belirgin artışlar olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, Savic ve Maben'in (2022) çalışması, bu hizmetlerin hasta memnuniyetini artırdığını ve komplikasyon oranlarını azalttığını göstermektedir. Meme rekonstrüksiyonu geçiren hastalar için hemşire liderliğinde koçluk hizmetinin, öz bakım gücünü artıran etkili bir yöntem olduğu düşünülmektedir. Bu yaklaşım, hasta eğitimi, psikolojik destek ve bireyselleştirilmiş bakım planları yoluyla hastaların sağlık yönetimindeki yetkinliklerini geliştirebilir. Sağlık politikalarında ve klinik uygulamalarda bu tür hizmetlerin yaygınlaştırılması, hasta sonuçlarını ve genel sağlık hizmeti kalitesini önemli ölçüde iyileştirebilir.

2.5.3. Meme rekonstrüksiyonu olan hastalarda yaşam kalitesi ve hemşire liderliğinde koçluk

Meme rekonstrüksiyonu süreci hastalar için fiziksel ağrı, psikolojik stres ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi çeşitli zorluklar barındırabilir. Hemşire liderliğinde koçluk, hastaların bu zorluklarla başa çıkmalarını kolaylaştırarak yaşam kalitesini artırmak için etkili bir yöntem olarak öne çıkmaktadır (Ghobrial, Latzourakis, Polychronis ve Constantinou, 2023; Savic ve Maben, 2022).

Hemşire liderliğinde koçluk uygulamalarının hastaların yaşam kalitesine katkıları şu şekilde sıralanabilir:

1. Psikolojik iyilik hali ve destek: Meme kaybı ve rekonstrüksiyon süreci, hastaların beden algısı ve özsaygılarını olumsuz etkileyebilir. Hemşireler koçluk hizmeti kapsamında

hastalara duygusal destek sağlayarak bu etkileri azaltabilir. Hastalar, kendilerini daha güçlü hissederek duygusal stresle başa çıkabilir ve günlük yaşama daha olumlu bir şekilde uyum sağlayabilir (Ahmed ve Safdar, 2021; Savic ve Maben, 2022).

2. Fiziksel iyileşmenin desteklenmesi: Rekonstrüksiyon sonrası dönemde düzenli egzersiz, yara bakımı ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları gibi konular büyük önem taşır. Koçluk hizmetleri hastalara bu konularda rehberlik ederek iyileşme sürecini hızlandırabilir ve komplikasyon riskini azaltabilir. Fiziksel iyilik halindeki bu artış, hastaların yaşam kalitesini doğrudan etkiler (Ghobrial, Latzourakis, Polychronis ve Constantinou, 2023; Hu ve diğerleri, 2024).
3. Hasta merkezli yaklaşım: Hemşire liderliğinde koçluk, her hastanın bireysel ihtiyaçlarına yanıt verir. Bu kişiselleştirilmiş yaklaşım, hastaların sürece aktif katılımını artırır ve onların sağlık yönetimi konusunda kendilerini daha yetkin hissetmelerini sağlar. Bu da genel yaşam kalitesine olumlu yansır (AONL Foundation, 2024; Laarni, Reynaldo ve Marilou, 2024).
4. Bilgi ve farkındalık artışı: Hastaların cerrahi sonrası süreçte kendilerini güvende hissetmeleri ve bilinçli kararlar alabilmeleri için bilgiye ihtiyaçları vardır. Koçluk programları, hastaların bu bilgiyi edinmelerine ve sürece dair korkularını yenmelerine yardımcı olur. Daha fazla bilgi ve farkındalık, yaşam kalitesini artıran önemli bir faktördür (Ahmed ve Safdar, 2021).

Sonuç olarak meme rekonstrüksiyonu geçiren hastalara hemşire liderliğinde koçluk hizmeti verilmesinin yaşam kalitesini artıran etkili bir yaklaşım olacağı öngörülmektedir. Bu hizmetler, birey merkezli bir şekilde fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçları karşılayarak hastaların iyileşme süreçlerine olumlu katkılar sunmaktadır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programının öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisini ve müdahale grubundaki hastaların rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastaları için geliştirilen hemşire liderliğinde koçluk programından memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel araştırma olarak yapıldı. Çalışma protokolü ClinicalTrials.gov adresine NCT07355946 numarası ile kaydedildi ve Syedra Sağlık Dergisi'nde makale olarak yayınlandı (Emre ve Güler, 2025).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma 2 Şubat 2025 – 15 Aralık 2025 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Plastik Rekonstrüktif ve El Cerrahisi Kliniği'nde ve Ankara Etlik Şehir Hastanesi (AEŞH) Plastik Cerrahi Kliniği'nde yapıldı.

GÜSAUM Plastik Rekonstrüktif ve El Cerrahisi Kliniği 20 yataklı olup, klinikte meme rekonstrüksiyonu ameliyatları meme kanseri cerrahisi ile eş zamanlı, cerrahi sonrası erken ve geç dönemde yapılmaktadır. Eş zamanlı rekonstrüksiyon yapılan hastalar ameliyat öncesi Genel Cerrahi Kliniği'nde, ameliyat sonrası Plastik Rekonstrüktif ve El Cerrahisi Kliniği'nde yatmaktadır. Hastalar ameliyat günü kliniğe yatmakta ve genel anestezi ile ameliyat olmaktadır. Meme protezi kullanılarak meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalar için ameliyat sonrası yatış süresi 1-3 gün, TRAM flep ile meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalar için 3-4 gün, DIEP flep ile meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalar için ise yaklaşık 7 gündür. Meme protezleri dahil tüm meme rekonstrüksiyonu ameliyatlarında hastalarda hemovack dren kullanılmaktadır. Çoğu hasta drenleri ile taburcu edilmekte ve drenlerden gelen sıvı miktarı günlük 20-25 cc'ye düştüğünde drenler çekilmektedir. Klinikte hastalara rutin perioperatif uygulamalar dışında meme rekonstrüksiyonu ameliyatlarına özel bir uygulama yapılmamaktadır. Hastalar taburculuk sonrası 7-10. günlerde ve ameliyat sonrası birinci ayda polikliniğe kontrole gelmektedir. Ameliyat sonrası 3. ayda ise rekonstrüksiyon yapılmayan meme, yapılan meme ile eşitlik yönünden değerlendirilmekte ve ilave

girişim(ler)e karar verilmektedir. Öz doku ile meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalarda ise bu süreçte ayrıca meme başı ve areolanın yapılandırılması sağlanmaktadır.

Ankara Etlik Şehir Hastanesi Onkoloji Hastanesi'nde ayrı bir meme polikliniği bulunmaktadır. Bu poliklinikte tanı ve tarama sürecinden itibaren hastalar izlenmeye başlamakta ve tedavi sürecinde takip edilmektedir. Kansere ilişkili meme cerrahilerini onkolojik cerrahi ekibi gerçekleştirmekte ve eş zamanlı rekonstrüksiyon yapılan hastalar çoğunlukla onkolojik cerrahi servisinde yatmaktadır. Hastaların geç dönemde takipleri devam ederken meme rekonstrüksiyonu talep etmesi halinde onkologları tarafından Plastik Cerrahi polikliniğine konsültasyonları yapılmaktadır. Plastik Cerrahi Kliniği iki bloktan oluşmaktadır ve toplam 40 yataklıdır. Klinikte gerçekleştirilen meme rekonstrüksiyonu ameliyatları genellikle ameliyat sonrası geç dönemde olmakla birlikte nadiren eş zamanlı olarak da yapılmaktadır. Meme rekonstrüksiyonları hem implantla hem öz doku kullanılarak yapılabilmektedir. Klinikte DIEP flep kullanılarak rekonstrüksiyon yapılan hastalar çoğunluktadır. Öz doku kullanılarak rekonstrüksiyon yapılan hastalar için yatış süresi 7-15 gün olup, implantla ameliyat olan hastalar için taburculuk süresi 5-7 gün arasındadır. Hastalar çoğunlukla drenleri çekilerek taburcu edilmektedir. Taburculuk sonrası hastalar birinci ve ikinci haftada, birinci ayda ve üçüncü ayda poliklinik kontrole çağırılmaktadır.

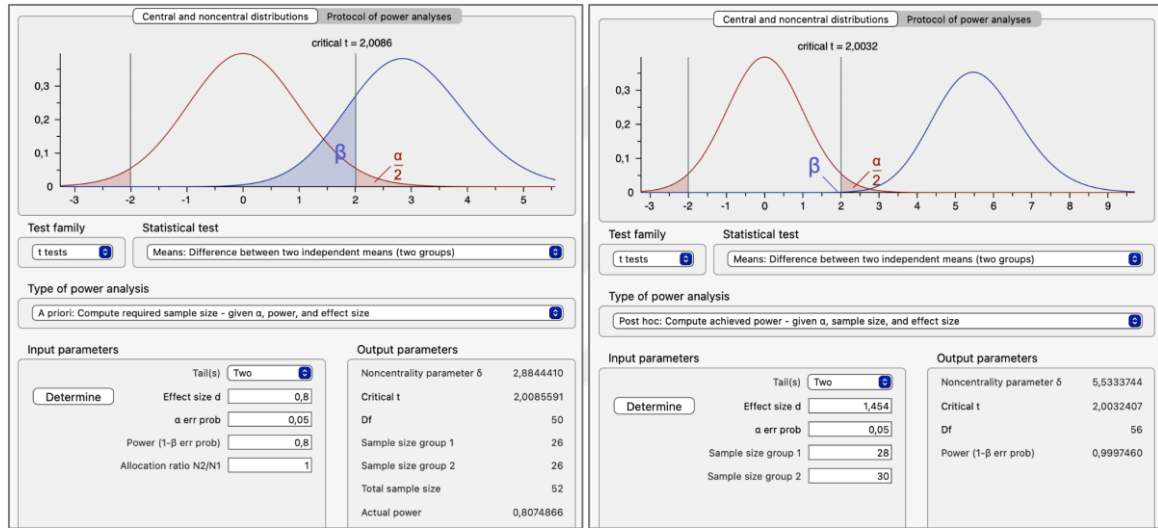
Her iki kurumda da klinikte meme rekonstrüksiyonu hastalarının hemşirelik bakımında ameliyat sonrası tedavilerin uygulanması, yaşamsal bulguların takip edilmesi, komplikasyonların izlenmesi ve hastaların bireysel hijyelerinin sağlanması gibi girişimler uygulanmaktadır. Hastalara hemşireler tarafından rutin bir taburculuk eğitimi verilmemekte, ihtiyaçlarına yönelik olarak soruları yanıtlanmakta ve taburculuk sonrası izlenmeleri gibi bir uygulama bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini GÜSAUM Plastik Rekonstrüktif ve El Cerrahisi Kliniği'nde ve AEŞH Plastik Cerrahi Kliniği'nde meme kanseri nedeniyle meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalar oluşturdu.

Örneklem sayısının belirlenmesi için yapılan literatür taramasında meme rekonstrüksiyonu geçiren hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesini inceleyen bir çalışmaya rastlanılmadı.

Benzer bir çalışma olmadığı durumlar için önerilen effect size değer aralıkları dikkate alınarak gruplar arasında öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ölçümleri bakımından farklılığın tespiti için tip 1 hata:0,05 tip 2 hata:0,20 ve effect size= 0.80 değerine göre örneklem büyüklüğü gruplarda 26 kişi toplamda 52 kişi olarak tespit edildi (Resim 3.1). Çalışmada olası kayıplar nedeniyle hesaplanan durum göz önüne alınarak örneklem büyüklüğü %15 oranında artırılmış olup gruplarda 30 olmak üzere 60 kişinin alınması planlandı. G*Power 3.1.9.7 programı ile uygulanan posthoc güç analizi sonucunda gruplar arasında Özbakım Gücü ölçek puanı bakımından farklılığın tespiti için için tip 1 hata:0,05 effect size:1,454 değerlerine göre güç düzeyi 0,9997 olarak tespit edildi (Resim 3.1).



Resim 3.1. G*Power programında örneklem hesabı

Yaşam kalitesi ölçekleri ile yapılan güç analizlerinde; EORTC QLQ-C30 ölçeği alt boyutlarına göre güç düzeyinin 0,9414– 1,0000 arasında; EORTC QLQ-BR42 ölçeği alt boyutlarına göre güç düzeyinin 0,0997 – 0,9586 arasında değiştiği tespit edildi. Her alt boyut için effect size ve güç düzeyini gösteren tablo ekte sunuldu (EK-1).

Araştırmaya dahil edilme ölçütleri;

- 18 yaş ve üzerinde,
- Türkçe anlayabilen ve konuşabilen,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden,
- Okuma-yazma bilen

- Akıllı bir cihaza (telefon, tablet, bilgisayar) ve internete erişimi olan hastalar şeklindedir.

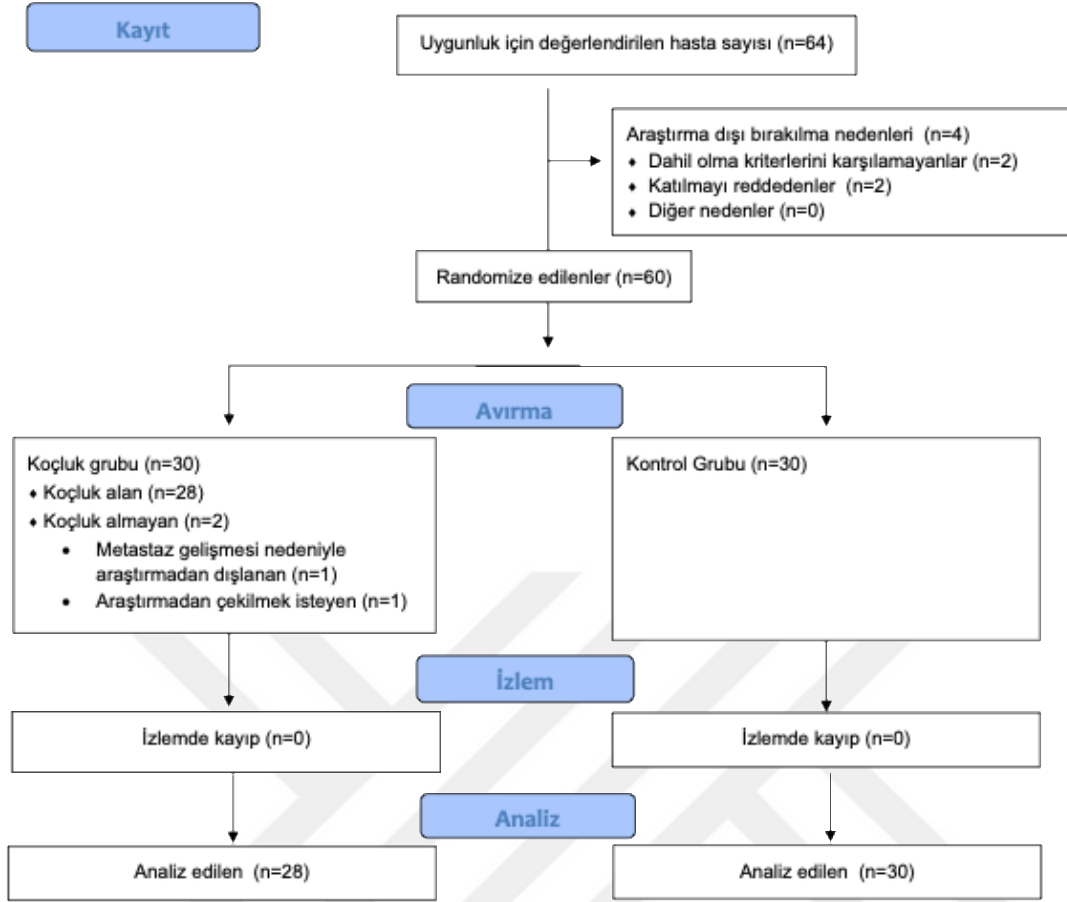
Araştırma dışında tutulma ölçütleri;

- Konuşma, işitme ve görme engeli,
- Psikiyatrik bir tanısı ya da devam eden tedavisi,
- Metastatik meme kanseri olan,
- Meme kanseri dışında kanser tanısı olan hastalar şeklindedir.

Araştırma sonlandırma ölçütleri;

- İzlem sürecinde çalışmadan ayrılmak isteyen,
- İzlem sürecinde yeni bir kanser öyküsü olan,
- İzlem sürecinde aynı hafta içerisinde üst üste beş kez arandığında ulaşılamayan,
- Hemşire liderliğinde koçluk programına düzenli katılım sağlamayan (ardarda üç, toplamda en az beş oturuma katılmayan),
- İzlem sürecinde hayatını kaybeden hastalar şeklindedir.

Araştırma sürecinde müdahale grubundan iki hastadan birinin araştırmadan çekilmek istemesi, diğerinde ise metastaz gelişmesi nedeniyle müdahale grubu 28, kontrol grubu 30 olmak üzere 58 hasta ile araştırma tamamlandı. Araştırmanın raporlanmasında Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)-2025 (Hopewell ve diğerleri, 2025) kriterleri göz önünde bulunduruldu (EK-2). Çalışmanın CONSORT 2025 Akış Diyagramı Şekil 3.1’de yer almaktadır.



Şekil 3.1. Araştırmanın CONSORT 2025 akış diyagramı

3.4. Randomizasyon ve Körlleme

Araştırmada basit randomizasyon yapıldı. Hastaların müdahale ve kontrol grubuna rastgele olarak atanmalarında rastgele sayılar tablosu kullanıldı. Müdahale grubuna alınan hastaların koçluk programına dahil olmaları nedeniyle araştırmadaki hastalar körülenemedi. Hemşire liderliğinde koçluk programı araştırmacının kendisi tarafından uygulandığından araştırmacı körlemesi yapılamadı. Araştırmada verilerin istatistiksel analizi sırasında deney ve kontrol grubu verileri maskelendi ve istatistiksel analizler farklı bir uzman tarafından yapılarak istatistikçi körlemesi yapıldı. Gruplar eş zamanlı olarak alındı, ancak uygulanan koçluk programı taburculuk sonrasında başladığı için gruplar birbirinden etkilenmedi.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler, Tanıtıcı Bilgiler Formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği ve EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR42 Yaşam Kalitesi Ölçekleri, Programa İlişkin Memnuniyet Formu kullanılarak toplandı.

3.5.1. Tanıtıcı bilgiler formu

Tanıtıcı Bilgiler Formu araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak oluşturuldu (Aydın, Gürsoy ve Karal, 2023; Gülşen ve Akansel, 2018; Ludwig ve diğerleri, 2022). Bu formda, kişilerin sosyodemografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, boy, kilo, beden kitle indeksi, medeni durum, birlikte yaşadığı kişiler, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, ailede meme kanseri öyküsü) ve sağlık durumuna ilişkin özelliklerin sorgulandığı toplam 24 soru yer almaktadır (EK-3).

3.5.2. Öz bakım gücü ölçeği

Öz Bakım Gücü Ölçeği, öz bakım kavramının ortaya atılmasının ardından geliştirilen beşli likert tipte bir ölçektir. Ölçek Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilmiş olup ilk versiyonu 43 maddeden oluşmaktadır (Kearney ve Fleischer, 1979). Nahcivan tarafından 1994 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan versiyonu ise 35 madde olarak düzenlenmiştir. Ölçekteki her bir ifadeye sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 puan verilmektedir. "Beni çok tanımlıyor" yanıtına 4 puan, "Beni tanımlıyor" yanıtına 3 puan, "Fikrim yok" yanıtına 2 puan, "Beni tanımlamıyor" yanıtına 1 puan ve "Beni hiç tanımlamıyor" yanıtına 0 puan verilmektedir. İfadelerden sekizi (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26, 31) olumsuz olarak değerlendirilmekte ve puanlama tersine çevrilmektedir. Ölçekten alınabilen en yüksek puan ise 140 olup öz bakım gücünün en yüksek derecesini oluşturmaktadır. Nahcivan çalışmasında Cronbach's Alpha değerini 0,89 olarak belirlemiştir (Nahcivan, 1994) (EK-4). Bu çalışma için Cronbach's Alpha değeri 0,940 olarak bulundu.

3.5.3. EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR-42 yaşam kalitesi ölçeği

Ölçek Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü (The European Organisation for Research and Treatment of Cancer, EORTC) (2001) tarafından geliştirildi. EORTC QLQ-C30 Version 3.0 yaşam kalitesi ölçeği tüm dünyada kanser olan hastalar için sık kullanılan bir ölçektir. Ölçek genel sağlık, fonksiyonel sağlık (fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon, duygusal fonksiyon, bilişsel fonksiyon, sosyal fonksiyon) ve semptom (yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, nefes darlığı, uykusuzluk, iştah kaybı, ishal, kabızlık, maddi zorluk) olmak üzere üç alt boyut ve 30 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 100'dür. Ölçekte 1-28 arası sorular dörtlü likert tipte, 29. ve 30. sorular ise yedili likert

tiptedir. Genel iyilik hali ve fonksiyonel alandan alınan düşük puanlar yaşam kalitesinin düştüğünü, yüksek puanlar ise yaşam kalitesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Semptomlar bölümünde ise alınan düşük puanlar yaşam kalitesinin yüksek, yüksek puanlar ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Güzelant ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmış ve Cronbach's Alpha katsayısı tüm alt boyutlarda en düşük 0,70, en yüksek 0,94 olarak bulunmuştur (Güzelant ve diğerleri, 2004). Bu çalışma için Cronbach's Alpha değeri fonksiyonel sağlık alt boyutu için 0,927; semptom alt boyutu için 0,913; genel sağlık alt boyutu için 0,933 olarak bulundu.

QLQ-BR42, EORTC QLQ-C30 ölçeğinin devamı niteliğinde olup, meme kanseri tedavilerinin yan etkileri, beden algısı, cinsellik ve gelecek beklentisini sorgulayan 42 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin puanlaması EORTC QLQ-C30 ile benzerdir. Ölçekte cinsellikle ilgili sorular ters puanlanmaktadır. Fonksiyonel sağlık alt boyutundan yüksek puan alınması, semptom alt boyutundan ise düşük puan alınması yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması ilk olarak 23 maddeli versiyonuyla 2011 yılında Demirci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Demirci ve diğerleri, 2011) (EK-5). Bu versiyonuyla ölçeğin bazı maddelerinde Cronbach Alpha katsayısı 0,70'ten düşük çıkmıştır. Ölçek EORTC tarafından 2020 yılında önce 45 maddelik bir versiyonuyla genişletilmiş daha sonra 42 maddeye düşürülmüştür (Bjelic-Radisic ve diğerleri, 2020). Bu versiyonunun Türkçe geçerlilik güvenirliğini ölçen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Tüm ölçeklerin Türkçe versiyonları EORTC'den talep edilmiş ve resmi olarak alınmıştır. Bu çalışma için Cronbach's Alpha değeri fonksiyonel sağlık alt boyutu için 0,759, semptom alt boyutu için 0,935 olarak hesaplandı.

3.5.4. Programa ilişkin memnuniyet formu

Bu form yalnızca müdahale grubundaki koçluk programına katılmış olan hastalara uygulanmış olup üç sorudan oluşmaktadır. Sorular programın hedeflerine yönelik olarak; öz bakım gücünü ve yaşam kalitesini artırma düzeyini ve memnuniyet düzeyini ölçen üç ifadeyi içermekte ve hastalardan 1-10 (1-hiç, 10-çok) arası puanlama yapması beklenmektedir (EK-6).

3.6. Araştırmacının Hazırlığı

Doktora tezi öğrencisi koçluk mesleğine özgü sanat ve yetkinlikleri öğrenmek amacıyla; ICF ve AC tarafından akredite edilmiş Anka Koçluk kurumundan 64 saat teorik + 16 saat uygulama olmak üzere toplamda iki modül eğitim aldı. Bu eğitimler sonucunda araştırmacı “Art and Competencies of Coaching Certificate (Koçluğun Sanatı ve Yetkinlikleri Sertifikası)” (EK-7) ve “Holistic Life Coaching Certificate (Bütünsel Yaşam Koçluğu Sertifikası)” (EK-8) sertifikalarını aldı. Eğitim sonunda araştırmacı yapmış olduğu bir koçluk seansını kaydetti, seans ICF mentörleri tarafından dinlenerek değerlendirildi ve uygun bulundu. Bu değerlendirme sonucunda araştırmacı “Holistic Coaching Certificate (Bütünsel Koçluk Sertifikası)” (EK-9) almaya hak kazandı. Araştırmacı koçluk becerilerini geliştirmek amacıyla 01.12.2022 tarihinden itibaren uygulamalar dışında 20 seans (haftada 1 seans) koçluk yaptı. Araştırmacı ön uygulama sürecinde meme rekonstrüksiyonu geçiren hastalar ile koçluk görüşmeleri yapmak konusunda deneyim kazanmak ve koçluk programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla 2 hasta ile toplamda 6 seans koçluk görüşmesi yaptı. Araştırmacı ayrıca rekonstrüksiyon geçiren meme kanseri hastalarının hemşirelik bakımı konusunda bilgi birikimini artırmak amacıyla Akdeniz Üniversitesi tarafından düzenlenen ‘VII. Meme Kanseri Hemşireliği Kursu’na katıldı ve katılım belgesi aldı (EK-10). Bu doktora tezi kapsamında öğrencinin danışmanı da ICF ve AC akreditasyonlu Anka Koçluk kurumundan toplamda yedi modül eğitim aldı ve “Level 2 Profesyonel Koçluk” eğitimini tamamladı.

3.7. Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programının Geliştirilmesi

3.7.1. Program içeriğinin oluşturulması

Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programı tez öğrencisi ve danışmanı tarafından literatür ve alınan koçluk eğitimleri doğrultusunda oluşturuldu. Koçluk programı meme rekonstrüksiyonu olan hastaların ihtiyaçlarına, öz bakım güçlerini ve yaşam kalitelerini artırmaya yönelik olarak hem araştırmacıların deneyimleri hem de literatür bilgisi (Anka Koçluk, 2023; Aziz ve Rose, 2023; Bilgehan ve İnkaya 2025; Duraes ve diğerleri, 2020; Kulkarni ve diğerleri, 2017) ile koçluk eğitiminde edinilen bilgilerin harmanlanması sonucu geliştirildi. Program; ilgili

literatür bilgisini, programın amacını, hedeflerini, hedef kitlesini, program akışını, tüm koçluk oturumlarında ve ihtiyaç duyulduğunda kullanılacak koçluk araçlarını içermektedir.

Literatürde koçluk görüşmelerinin sıklığı ve süresine ilişkin farklı görüşler mevcuttur (Bedell ve diğerleri, 2016; Reinke ve diğerleri, 2011; Wolever ve diğerleri, 2010). Ancak ICF (International Coach Federation, Uluslararası Koçluk Federasyonu) ve AC (Association for Coaching, Koçluk Birliği) eğitimi alan profesyonel koçlar, belirlenen her konu başlığı için koçluk görüşmelerinin sıklığının ve süresinin ayda üç ya da dört kez, yaklaşık 35 dakika olmasını önermektedir (AC, 2022; ICF, 2022). Bu doğrultuda Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programı 12 haftalık toplam dokuz koçluk görüşmesinden oluşmaktadır. Bu görüşmelerde ilk hafta; hasta ile tanışmayı, koçluğun doğası üzerine görüşmeyi, koçluk hizmet anlaşmasını imzalamayı ve hastaya gönderilecek ve hasta ile uygulama yapılırken kullanılacak araçları (Hedef Planlama Aracı (EK-11) ve Koçluk Oturumu Hazırlık Aracı (EK-12) hastaya tanıtmayı içeren ‘Tanışma Oturumu’ yer almaktadır (bkz. Tanışma Oturumu Akış Aracı (EK-13)). Programın devam eden üç haftasında yarı yapılandırılmış koçluk görüşmeleri yer almaktadır. Bu oturumlarda sırasıyla araştırmacılar tarafından oluşturulmuş ve uzman görüşleri ile geliştirilmiş ‘Meme Onarımı Hastaları için Değerler Çalışması’ (EK-14), ‘Meme Onarımı Hastalarında Yaşam Çarkı’ (EK-15) ve ‘Meme Onarımı Hastalarında GZFT (Güçlü yönler, Zayıf yönler, Fırsatlar, Tehditler) Analizi Çalışması’ (EK-16) yer almaktadır. Programın bundan sonraki devam eden dört haftasında saf koçluk görüşmeleri yer almaktadır. Saf koçluk görüşmeleri hastanın belirlediği gündem üzerine yapıldı. Bu oturumlarda koç tarafından kullanılmak üzere araştırmacılar tarafından meme rekonstrüksiyonu olan hastalara özgü koçluk araçları (Koçluk Oturumu Akış Aracı (EK-17), Koçluk Oturumlarında İhtiyaç Duyulduğunda Kullanılacak Araçlar (EK-18)) geliştirildi. Programın son haftası ise yaşam çarkı uygulamasının tekrarlandığı, hasta ile hem tüm sürecin hem de programın etkinliğinin değerlendirildiği ‘Son Danışmanlık Görüşmesi’ni içermektedir. Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programı kapsamında koç, hemşirelik uzmanlığını kullanarak tüm oturumlar boyunca hastaların bilgi eksikliği olan konularda bilgilendirmeler ve danışmanlık yaptı, her oturumun başlangıcında önceki haftadaki durumun değerlendirilmesi ile başladı. Bu değerlendirme cerrahi hastalıkları hemşireliği alanında da uzman olan koç tarafından yara iyileşmesi, ilaç kullanımı, egzersizler, komplikasyonlar, uyku, beslenme vb. konu başlıklarında yapıldı. Programa ilişkin çizelge aşağıda sunulmaktadır (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1. Rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programı

Hafta	Oturum Gündemi	Uygulama	Kullanılacak Koçluk Araçları
1.hafta	Tanışma Oturumu	Koçluğun doğası, tanımı, oturum gündemlerinin nasıl belirlendiği, etki alanı/ilgi alanı ve hastanın geçirdiği cerrahi işlemle ilişkili olarak koçluk oturumlarının nasıl ilerleyeceği ile ilgili görüşülmesi, program süresince kullanılacak araçların hastaya tanıtılması	Tanışma Oturumu Akış Aracı Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programı Hizmeti Anlaşması Hedef Planlama Aracı Koçluk Oturumu Hazırlık Aracı
2.hafta	Hastanın meme onarımı ameliyatı sonrası yaşam kalitesi ve öz bakım gücü ile ilgili konularda sahip olduğu değerleri belirlemek	Hastanın öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ile ilişkili değerleri açığa çıkarmak, öncelik sıralaması yapmak ve gelecek oturumlar için gündem belirlemesine katkı sağlamak amacıyla Meme Onarımı Hastaları için Değerler Çalışmasının yapılması	Meme Onarımı Ameliyatı ile İlgili Değerler Soruları ve Tablosu
3. hafta	Hastanın meme onarımı ameliyatı sonrası yaşam kalitesi ve öz bakım gücü ile ilgili konularda mevcut ve ulaşmak istediği tatmin düzeyini belirlemek.	Hastanın meme onarımı ameliyatı sonrası yaşam kalitesi ve öz bakım gücü ile ilgili konularda (ameliyat ile ilgili bilgi düzeyi, ameliyat sonrası fiziksel aktivite, öz bakım, cinsel yaşam, beden imajı, sosyal hayat, yara yeri bakımı, komplikasyonların yönetimi, kariyer, aile içindeki rolü) mevcut tatmin düzeyini ve programın sonundaki hedef tatmin düzeyini belirlemek amacıyla Meme Onarımı Hastalarında Yaşam Çarkı uygulamasının yapılması	Meme Onarımı Hastalarında Yaşam Çarkı Uygulama Aracı
4. hafta	Hastanın meme onarımı ameliyatı sürecinde sahip olduğu fırsatları, tehditleri, güçlü ve zayıf yönlerini belirlemek	Hastanın meme onarımı ameliyatı ile ilgili fırsatları, tehditleri, güçlü ve zayıf yönleri belirlemek amacıyla Meme Onarımı Hastalarında GZFT Çalışması'nın yapılması.	Meme Onarımı Hastalarında GZFT Çalışması Uygulama Aracı
5.,6.,8. ve 10. haftalar	Hastanın gündemine uygun görüşme	Hastanın meme onarımı ameliyatı sonrası yaşam kalitesi ve öz bakım gücü ile ilgili konularda oturuma taşıdığı gündem üzerine koçluk oturumu yapılması	Koçluk Oturumu Akış Aracı Koçluk Oturumlarında İhtiyaç Duyulduğunda Kullanılacak Araçlar
12.hafta	Son danışmanlık görüşmesi	Meme Onarımı Hastalarında Yaşam Çarkı Uygulamasının tekrarlanması, hastanın 12 hafta boyunca aldığı yol, ameliyat sonrası sürecinde yaşadığı değişimler, beklentileri ve bundan sonra nasıl bir yol izleyeceği ile ilgili görüşülmesi, doktor kontrolü ile ilgili bilgi verilmesi ve programın etkinliğinin değerlendirilmesi	Meme Onarımı Hastalarında Yaşam Çarkı Uygulama Aracı Programa İlişkin Memnuniyet Formu

3.7.2. Uzman görüşünün alınması

Hazırlanan Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programı için toplam dokuz kişiden uzman görüşü alındı. Uzmanların üçü MCC (Master Certified Coach – En üst düzey koçlara verilen ünvandır) ünvanlı olup ICF onaylı profesyonel koçluk eğitimlerini veren eğitmenlerdir. Diğer uzmanlar hemşirelik alanında akademisyen olup, aynı zamanda koçluk eğitimi ve sertifikası almış uzmanlardır. Uzmanlara, tüm basamaklar için önerilerini belirtmeleri için bir form gönderildi. Uzmanlar dörtlü likert (1: uygun değil, 2: biraz uygun-majör değişiklik gerekli, 3: uygun-minör değişiklik gerekli, 4: çok uygun) tipi skala üzerinden programın bütün bölümlerini değerlendirdi ve hazırlanan form üzerinde önerilerini belirtti. Uzman görüşleri doğrultusunda programın kapsam geçerlik oranı (KGO) Lawshe tekniği ile hesaplandı. Veneziano ve Hooper tarafından oluşturulan, $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde kapsam geçerlik oranları için minimum değerler tablosundan (Çizelge 3.2), bakılarak minimum değer 0.75 olarak belirlendi (Yurdugül, 2005). Programın kapsam geçerlilik oranı ise 0.756 bulundu. Yapılan analizler sonucunda programın bazı bölümlerinde değişiklikler yapılması gerektiği görüldü. Uzman görüşlerinden gelen geri bildirimler (bazı koçluk araçlarının çıkarılması, yerine başka koçluk araçlarının önerilmesi vb.) doğrultusunda koçluk programı yeniden düzenlendi.

Çizelge 3.2. $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde kapsam geçerlilik oranları için minimum değerler

Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0.99
6	0.99
7	0.99
8	0.78
9	0.75
10	0.62

3.7.3. Ön uygulama

Programın ve veri toplama formlarının işlevselliğini değerlendirmek amacıyla gerekli izinler alındıktan sonra 13 Ocak 2025 ve 14 Şubat 2025 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerini taşıyan 2 hasta ile ön uygulama yapıldı. Ön uygulamadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda veri toplama formlarında ve koçluk

programında gerekli düzenlemeler yapıldı. Ön uygulamaya katılan hastalar örnekleme dahil edilmedi.

3.7.4. Koçluk süreci

Programda çeşitli koçluk teknikleri sırasında kullanılan excel dosyaları ve araçlar Anka Koçluk tarafından hazırlanmış olup, kurumun izni dahilinde meme hastalarına özgü olacak şekilde güncellendi ve kullanıldı. Programın ilk haftasından itibaren koçluk teknikleri uygulandı. İlk haftada hasta ile tanışma sırasında öyküsünü dinlerken etkin ve aktif dinleme, psikolojik oksijen verme ve yansıtma teknikleri uygulandı. Bu teknikler ile hastanın anlaşıldığını hissetmesine ve koç ile arasında güven bağına inşa etmesine katkı sağlandı.

İkinci haftada hasta ile Meme Onarımı Hastaları için Değerler Çalışması, üçüncü haftada Meme Onarımı Hastalarında Yaşam Çarkı Uygulaması, dördüncü haftada Meme Onarımı Hastalarında GZFT Çalışması yapıldı. Dördüncü haftanın sonunda hastaya bundan sonraki oturumlarda kendisinin belirlediği gündemler üzerine koçluk oturumu yapılacağı konusunda bilgi verildi. Programın temel amacının meme onarımı ameliyatı sonrası öz bakım gücünü ve yaşam kalitesini artırmak olduğu ve gündemlerin bu doğrultuda seçilmesinin önemi hatırlatıldı. Hastaya gündem belirlemesine yardımcı olmak için Koçluk Oturumu Hazırlık Aracı gönderildi. Bu araç hastanın oturumlara gelmeden önce gündem belirlemesine katkı sağlaması amacıyla, ev ödevi olarak verilmek üzere literatüre dayalı olarak oluşturuldu (Bilgehan ve İnkaya, 2025). Oturumlara gelmeden önce bu aracı açarak üzerine düşünmesi istendi. Araçta aşağıdaki sorular yer almakta ve hastadan kendi kendisine yanıtlaması istenmektedir;

1. Bugün kendimi nasıl hissediyorum? Tüm hafta boyunca neler hissettim?
2. Bugünkü görüşmeden ne ile ayrılmak istiyorum?
3. Son görüşmemizden bu yana neler yaptım?
4. Bugün hangi konuda görüşmek istiyorum?
5. Bugün görüşmede hangi konularda daha derine inmeye hazırım?
6. Diğer... (kendi sorunuzu ve cevabınızı yazabilirsiniz).

Beşinci, altıncı, sekizinci ve onuncu haftalarda devam eden dört oturum boyunca hastanın belirlediği gündemler üzerine koçluk oturumu yapıldı. Koç oturuma önce hangi gündemi ve

bu gündemle ilgili olarak bu oturumda ulaşılmak istenen hedefi belirleyerek başladı. Hastadan bu hedefe yönelik mevcut durumu ve oturum sonunda ulaşılmak istenen hedefi 0-10 arasında puanlandırması istendi. Koçluk oturumu içerisinde standart bir koçluk görüşmesi akışı ile devam edildi. Bu akışta Güçlü Sorular tekniği kullanıldı. Bu teknik ile hastanın anlattığı konuda yeni bir farkındalık yaşaması amaçlandı. Oturumun devamında hastanın gündemine uygun olarak yardımcı olabilecek diğer koçluk teknikleri ve araçları da kullanıldı. Hastaların bir konuda karar vermek üzerine olan gündemlerinde Yanlar Tekniği, bir duyguyla ilişkili olan gündemlerinde Duyguyla Temas Tekniği, planlama yapmak istediği gündemlerde Zaman Çizgisi Tekniği kullanıldı. Her koçluk oturumu Canlandırma tekniği ile bitirildi. Eğer hastanın gündemine ilişkin hedefleri var ise Hedef Planlama Aracı kullanıldı. Bu araç oturum sonunda hastaya gönderildi.

Son haftada hasta ile Meme Onarımı Hastalarında Yaşam Çarkı Uygulaması tekrarlandı ve hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirildi. Hastaya tüm süreç özetlendi, yapılan çalışmalar hatırlatıldı, aldığı yol, yaşadığı değişimler ve koçun gözlemleri paylaşıldı. Burada bu ilerlemeyle ilgili duygularını paylaşması istendi ve başarıları takdir edildi. Son olarak Programa İlişkin Memnuniyet Formu yalnızca müdahale grubundaki hastalar tarafından dolduruldu.

3.8. Araştırmanın Uygulanması

Ameliyat öncesi dönemde araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalara çalışmanın amacı açıklanarak onamları alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar Tanıtıcı Bilgiler Formu'nu, Öz Bakım Gücü Ölçeği'ni ve EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR-42 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni doldurdu. Ön test ölçümleri bittikten sonra hastalar araştırmacı tarafından rastgele sayılar tablosu kullanılarak kontrol ve müdahale gruplarından birine randomize olarak atandı.

Müdahale grubundaki hastalara taburculuk günü rutin bilgilendirme yapıldı ve taburculuk sonrası ilk 6 hafta haftada bir, sonraki 6 hafta iki haftada bir olmak üzere toplam 9 oturum koçluk görüşmesi yapıldı. Her bir koçluk oturumu 30-80 dk arasında sürdü. Koçluk görüşmeleri hastalara uygun olan Zoom ve WhatsApp uygulamaları aracılığıyla çevrimiçi görüntülü görüşme yoluyla gerçekleştirildi.

Kontrol grubundaki hastalara ise yalnızca taburculuk günü rutin bilgilendirme yapıldı ve ameliyat sonrası 12. haftada son test ölçümleri yapıldı.

Tüm hastalara klinikte yatarken araştırma ile ilgili detaylı bilgilendirme yapılmadan önce (ön test) ve taburculuk sonrası 12. haftada (son test) klinik kontrole gelindiğinde yüz yüze Öz Bakım Gücü Ölçeği ve EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR-42 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı. Araştırmaya ait akış şeması aşağıda yer almaktadır (Şekil 3.2).



Şekil 3.2. Araştırmanın akış şeması

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizinde Statistical Package for Social Science (SPSS) 26.0 adlı paket program kullanıldı. Kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken öncelikle Kolmogorov Smirnov testi ile normal dağılıma uygunluk test edildi. Veriler normal dağılıma uygunluk gösterdiği için parametrik testlerden yararlanıldı. Gruplar arasındaki farkı incelemek için ki kare testi ve bağımsız örneklem t testinden zamana göre değişimlerin incelenmesinde ise bağımlı örneklem t testinden yararlanıldı. Anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edildi. Bu çalışma için bağımlı değişkenler öz bakım gücü ve yaşam kalitesi; bağımsız değişkenler yaş, beden kitle indeksi, eğitim durumu, aile tipi, ailede memede kitle öyküsü ve kronik hastalıklardır. Koçluk oturumlarının hedefe ulaşip ulaşmadığının değerlendirilmesinde ise hastaların oturum başlangıcında gündemlerine yönelik mevcut durumlarını ve oturum sonunda ulaşmak istedikleri hedefi 10 üzerinden puanlandırmaları istendi. Oturumun sonunda hedefe ulaşıp ulaşılmadığı bu şekilde değerlendirildi.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanması için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan (05.04.2023 tarihli ve E.628450 sayılı), GÜSAUM'dan (08.05.2023 tarihli ve E.650608 sayılı) ve AEŞH'den (07.07.2025 tarihli ve E-97367300-514.01.02-281195369 sayılı) izin alındı (EK-19, EK-20, EK-21). Kurum izninde 14.02.2025 tarihinde AEŞH Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı'ndan servis izni alınarak veri toplanmaya başlandı (EK-22).

Araştırmaya katılacak olan hastalara yazılı bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldı (EK-23). Ayrıca müdahale grubundaki hastalara Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programı Hizmeti Anlaşması imzalatıldı (EK-24). Ayrıca Öz Bakım Gücü Ölçeği için Nursen Nahcivan'dan yazılı olarak izin alındı, EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR-42 Yaşam Kalitesi Ölçeği için EORTC resmi sitesi üzerinden talep oluşturularak yetkililer ile görüşüldü, hem formun Türkçe versiyonu talep edildi hem de kullanıma ilişkin şartlar kabul edildi (EK-25). Koçluk seanslarında kullanılan araçlar Anka Koçluk tarafından geliştirildi. Bu araçların meme onarımı hastalarına özgü olarak kullanılması ve değiştirilmesi için Anka Koçluk kurumundan e-posta ile izin alındı

(EK-26). Araştırma sonlandırıldıktan sonra kontrol grubundaki hastalar ile görüşülerek talep edenlere gönüllü koçluk seansları (minimum 4 seans) yapılacağı bilgisi verildi.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada müdahale grubundaki hastaların koçluk seansı almaları, araştırmacının da koçluk yapması nedeniyle körleme yapılamadı. Bu durum araştırmanın sınırlılıklarından biridir. Araştırmada katılımcılar yaşamlarında ilk kez koçluk uygulaması hizmeti ile karşılaşmış bireylerdir. Özellikle ülkemiz sağlık sistemi içinde hiç de beklemedikleri böyle bir hizmet almış olmaları programdan memnuniyet düzeylerinde halo etkisi (bir durumla ilgili ilk izlenimin o durumun hakkındaki genel görüşe etki etmesi) yaratmış olabilir ve bu durum çalışmanın sınırlılıkları arasında değerlendirilebilir.

4. BULGULAR

4.1. Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programının Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesine Etkisi ile İlgili Bulgular

Bu bölümde rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programının öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadaki müdahale ve kontrol grubundaki hastalara ait bulgular sunuldu. Çalışma 30 kontrol grubu 28 müdahale grubu olmak üzere toplam 58 hasta ile tamamlandı.

Çizelge 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı özellikleri (n=58)

n		Müdahale grubu (n=28)		Kontrol grubu (n=30)		t/k	p
		$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$				
Yaş		46,04±6,51		44,27±6,41		1,043	0,302
Medeni durum	Bekar	9	32,1	9	30,0	0,031	0,860
	Evli	19	67,9	21	70,0		
Eğitim durumu	Lise ve altı	9	32,1	12	40,0	0,387	0,534
	Lisans ve üzeri	19	67,9	18	60,0		
Aile tipi	Çekirdek	26	92,9	30	100,0	2,219	0,229
	Geniş	2	7,1	0	0,0		
Ailede memede kitle öyküsü	Yok	19	67,9	21	70,0	0,031	0,860
	Var	9	32,1	9	30,0		
Memede kitle öyküsü olan aile bireyi*	Anne ve kız kardeş	4	44,4	8	88,8		
	Daha uzak akraba**	7	77,7	2	22,2		
Kronik hastalık	Yok	21	75,0	25	83,3	0,613	0,643
	Var	7	25,0	5	16,7		
Mevcut kronik hastalıklar***	Hipertansiyon	5	71,5	1	20,0		
	Diğer****	2	28,5	4	80,0		
Sigara içme durumu	Kullanmayan	20	71,5	19	63,3	0,557	0,906
	Tedavi sürecinde bırakan	2	7,1	2	6,7		
	Tedavi sürecinde ara veren	2	7,1	3	10,0		
	Kullanan	4	14,3	6	20,0		

t: Bağımsız örneklem t testi, k: Ki kare testi, p<0,05

*Bu soru yalnızca ailesinde memede kitle öyküsü olan hastalar tarafından cevaplanmıştır. Soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

** Hala, teyze, kuzen

***Bu soru yalnızca kronik hastalığı olan hastalar tarafından cevaplanmıştır.

**** Astım, hipotiroidi, diyabet, kalp yetmezliği ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı

Çizelge 4.1.'de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgileri yer almaktadır. Müdahale grubundaki hastaların yaş ortalamasının $46,04 \pm 6,51$, kontrol grubundaki hastaların ise $44,27 \pm 6,41$ olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastalar medeni durum açısından incelendiğinde müdahale grubunda %67,9, kontrol grubunda %70 olmak üzere hastaların çoğunlukla evli oldukları görülmektedir. Araştırmada müdahale (%67,9) ve kontrol (%60) grubundaki hastaların çoğunluğunun eğitim durumlarının lisans ve üzeri olduğu görülmektedir. Müdahale grubundaki hastaların çoğunluğu (%92,9), kontrol grubundaki hastaların ise tamamı (%100) çekirdek ailede yaşamaktadır. Her iki gruptaki hastaların büyük çoğunluğu (sırasıyla %67,9 ve %70) ailelerinde memede kitle öyküsü olmadığını bildirdi. Ailesinde memede kitle öyküsü olan hastalara bakıldığında müdahale grubundaki hastaların %66,7'sinin anne ve kız kardeşinden daha uzak akrabalarında (kuzen, teyze, hala), kontrol grubundaki hastaların ise %88,9'unun anne ve kız kardeşlerinde memede kitle öyküsü olduğu görüldü. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun (sırasıyla %75 ve %83,3) kronik hastalığı bulunmamaktadır. Kronik hastalığı olan hastalardan müdahale grubunda olanların %71,4'ünde hipertansiyon; kontrol grubunda olanların %80'inde diğer hastalıklar (astım, hipotiroidi, kalp yetmezliği ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı) görüldü. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğu (sırasıyla %71,5 ve %63,3) sigara kullanmadığını bildirdi. Müdahale ve kontrol grupları arasında demografik özellikler bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0,05$). Buna göre; müdahale ve kontrol grubundaki hastalar tanımlayıcı özellikler açısından homojen dağılım göstermektedir.

Çizelge 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tedavi, meme rekonstrüksiyonuna karar verme durumu ve bilgilendirme süreci ile ilgili özellikleri

Özellikler		Müdahale grubu (n=28)		Kontrol grubu (n=30)		χ^2	p
		n	%	n	%		
Kemoterapi/radyoterapi alma durumu	Her ikisini de almayan	2	7,1	4	13,3	0,823	0,844
	Kemoterapi alan	2	7,1	3	10,0		
	Radyoterapi alan	3	10,8	3	10,0		
	Her ikisini de alan	21	75,0	20	66,7		
Meme rekonstrüksiyonuna karar verme durumu*	Doktor önerisi	14	41,2	16	43,2	0,652	0,885
	Eş/partner önerisi	2	5,9	2	5,4		
	Yakın çevre/arkadaş önerisi	2	5,9	0	0,0		
	Kendi kararı	16	47,0	19	51,4		
Ameliyat sonrası süreçte ilişkin his durumu	Heyecanlı	4	14,3	3	10,0	0,208	0,901
	Korkulu	3	10,7	3	10,0		
	Ümitli	14	50,0	18	60,0		
	Diğer**	7	25,0	6	20,0		
Meme cerrahisi türü	Modifiye radikal mastektomi	20	71,4	20	66,7	0,098	0,754
	Total/basit mastektomi	2	7,1	3	10,0		
	Meme cerrahisi + eş zamanlı rekonstrüksiyon	6	21,4	7	23,3		
Meme rekonstrüksiyonu türü	Öz doku kullanılan	17	60,7	17	56,7	0,646	0,421
	İmplant kullanılan	11	39,3	13	43,3		
ALND*** yapılma durumu	Evet	23	82,1	22	73,3	0,232	0,630
	Hayır	5	17,9	8	26,7		
Taburculuk sonrası döneme ilişkin bilgilendirilme durumu	Evet	12	42,9	11	36,7	0,232	0,630
	Hayır	16	57,1	19	63,3		
Bilgi alınan konular****	Komplikasyonların önlenmesi	11	91,7	8	72,7	0,232	0,630
	Egzersizler	9	75,0	6	54,5		
	Yara yeri bakımı	11	91,7	7	63,6		
	Ağrı yönetimi	7	58,3	4	36,4		
Bilgi alınan sağlık personeli****	Doktor	4	33,3	2	18,2	0,232	0,630
	Hemşire	11	91,7	9	81,8		
Alınan bilginin yeterli hissettirme durumu*****	Evet	6	50,0	3	27,3	0,232	0,630
	Kısmen	5	41,7	7	63,6		
	Hayır	1	8,3	1	9,1		

k: Ki kare testi, p<0,05

*Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

**Karışık, meraklı, kaygılı

***Aksiller lenf nodu diseksiyonu

**** Bu soru yalnızca taburculuk sonrası döneme ilişkin bilgilendirilen hastalar tarafından yanıtlanmıştır. Soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

***** Bu soru yalnızca taburculuk sonrası döneme ilişkin bilgilendirilen hastalar tarafından yanıtlanmıştır.

Çizelge 4.2.'de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tedavi, meme rekonstrüksiyonuna karar verme durumu ve bilgilendirme süreci ile ilgili özellikleri yer almaktadır. Hastaların kemoterapi ve radyoterapi alma durumları incelendiğinde her iki grupta da (sırasıyla %75 ve %66,7) hem kemoterapi hem radyoterapi alan hastaların çoğunlukta olduğu görüldü. Her iki grubun da meme rekonstrüksiyonuna çoğunlukla (sırasıyla %47 ve %51,5) kendileri karar verdikleri görüldü. Araştırmada müdahale (%50) ve kontrol (%60) grubundaki hastalar çoğunlukla ameliyat sonrası sürece ilişkin ümitli hissettiklerini bildirdi. Hem müdahale hem de kontrol grubundaki hastaların geçirdikleri meme cerrahisi türü çoğunlukla modifiye radikal mastektomi (sırasıyla %71,4 ve %66,7) olup hastaların yarısından fazlasına (sırasıyla %60,7 ve %56,7) öz doku kullanılarak meme rekonstrüksiyonu yapıldı. Her iki gruptaki hastaların çoğuna (sırasıyla %82,1 ve %73,3) aksiller lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Araştırmada müdahale (%57,1) ve kontrol (%63,3) grubundaki hastaların yarısından fazlasının taburculuk sonrası döneme ilişkin bilgilendirilmediği görüldü. Taburculuk sonrası döneme ilişkin bilgi alan hastalara bakıldığında müdahale grubundaki hastaların çoğunun komplikasyonların önlenmesi (%91,7) ve yara yeri bakımı (%91,7), kontrol grubundaki hastaların ise çoğunun (%72,7) komplikasyonların önlenmesi konusunda bilgi aldıkları görüldü. Hastaların çoğu (sırasıyla %91,7 ve %81,8) bu bilgiyi hemşireden aldığını bildirdi. Aldıkları bilginin kendilerini yeterli hissettirme durumu incelendiğinde müdahale grubundaki hastaların çoğu (%50) yeterli hissettiklerini, kontrol grubundaki hastaların çoğu (%63,6) ise kısmen yeterli hissettiklerini bildirdi. Müdahale ve kontrol grupları arasında tedavi, meme rekonstrüksiyonuna karar verme durumu ve bilgilendirme süreci ile ilgili özellikler bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Bu bulgulara göre; müdahale ve kontrol grupları tedavi, meme rekonstrüksiyonuna karar verme durumu ve bilgilendirme süreci ile ilgili özellikler açısından homojen dağılım göstermektedir.

Çizelge 4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların taburculuk sonrası süreçte yaşadıkları sorunlar ve sorunları çözme yolları

Özellikler		Müdahale grubu (n=28)		Kontrol grubu (n=30)		χ^2	p
		n	%	n	%		
Taburculuk sonrası sorun yaşama durumu	Evet	16	57,1	26	86,7	6,320	0,012*
	Hayır	12	42,9	4	13,3		
Sorun yaşanan konular*	Yara/flep bölgesi	11	68,7	18	69,2		
	Ağrı	6	50,0	20	76,9		
	Hareket	4	33,3	16	61,5		
	Bireysel hijyen	4	33,3	2	7,7		
	Diğer**	3	25,0	1	3,8		
Yaşanan sorunu çözme yolu***	Kendiliğinden geçmesini beklemek	1	6,3	11	42,3	6,310	0,015*
	Yardım almak	15	93,7	15	57,7		

k: Ki kare testi, $p < 0,05$

*Bu soru yalnızca taburculuk sonrası sorun yaşayan hastalar tarafından yanıtlanmıştır. Soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

**Drenlerle ve cinsellikle ilgili

***Bu soru yalnızca taburculuk sonrası sorun yaşayan hastalar tarafından yanıtlanmıştır.

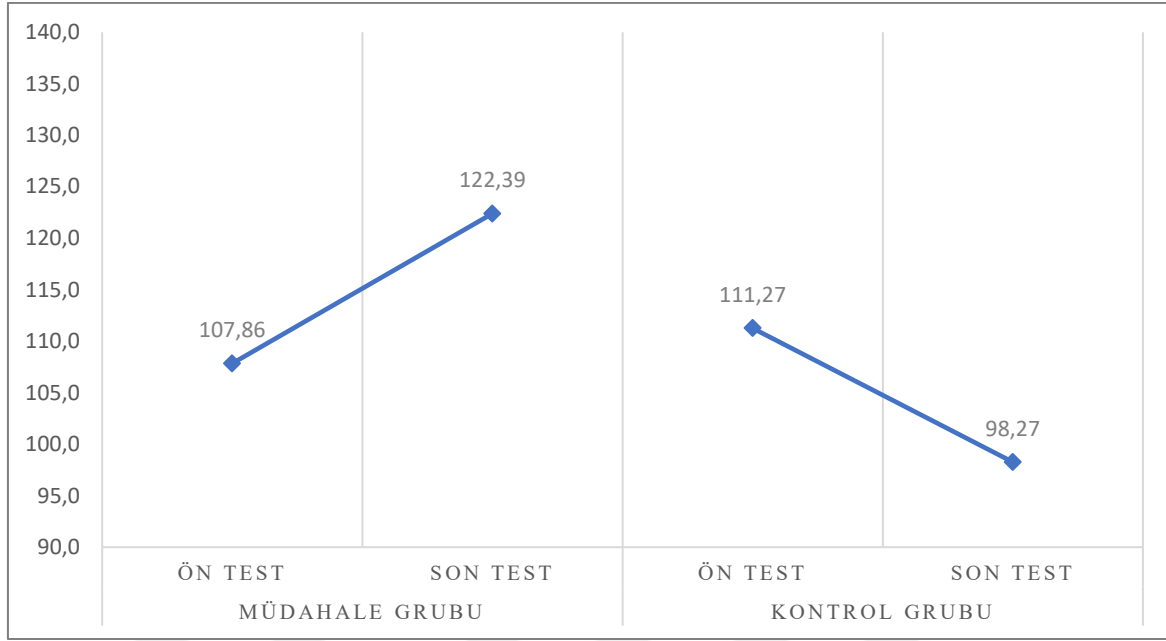
Çizelge 4.3.'te müdahale ve kontrol grubundaki hastaların taburculuk sonrası süreçte yaşanan sorunlar ve sorunları çözme yolu ile ilgili özellikleri yer almaktadır. Müdahale grubundaki hastaların yarısından fazlası (%57,1) ve kontrol grubundaki hastalarının büyük çoğunluğu (%86,7) taburculuk sonrası sorun yaşadığını bildirdi. Gruplar arasında taburculuktan sonra ameliyat ile ilgili sorun yaşama bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,012$). Buna göre, müdahale grubundaki hastalarda taburculuk sonrası ameliyat ile ilgili sorun yaşama oranı kontrol grubundakilere oranla daha düşüktür. Sorun yaşayan hastalara bakıldığında müdahale grubundaki hastaların yara/flep bölgesi (%68,7), kontrol grubundaki hastaların ise ağrı (%76,9) ile ilgili sorun yaşadığı görüldü. Yaşanan sorunu çözme yolu değerlendirildiğinde; müdahale ve kontrol grubundaki hastaların çözüm yolu olarak sıklıkla hastaneye gelmeyi tercih ettiği (sırasıyla %81,3 ve %57,7) görüldü. Gruplar arasında yaşanan sorunları çözme durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p=0,015$). Buna göre, müdahale grubundaki hastalarda sorunların çözümü için kendiliğinden geçmesini bekleme oranı kontrol grubuna göre daha düşüktür.

Çizelge 4.4. Öz Bakım Gücü Ölçeği, EORT-C QLQ C30 ve BR42 Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve alt boyut puanlarının gruplara göre dağılımı

Ölçekler	Min-max	Müdahale grubu	Kontrol grubu	t ¹	p
		(n=28)	(n=30)		
		$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$		
Özbakım Gücü Ölçeği					
Ön test	35-140	107,86±15,06	111,27±14,69	-0,873	0,387
Son test		122,39±17,00	98,27±16,84	5,427	<0,001*
t ² /p		-5,089/<0,001*	6,843/<0,001*		
EORT-C QLQ C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği					
Fonksiyonel sağlık alt boyutu					
Ön test	0-100	52,06±23,67	58,67±19,59	-1,161	0,251
Son test	0-100	80,71±16,44	54,74±17,75	5,769	<0,001*
t ² /p		-5,601/<0,001*	1,277/0,212		
Semptom alt boyutu					
Ön test	0-100	39,19±20,52	33,85±20,45	0,993	0,325
Son test	0-100	17,49±17,67	34,10±19,38	-3,404	0,001*
t ² /p		5,185/<0,001*	-0,089/0,929		
Genel sağlık alt boyutu					
Ön test	0-100	40,48±24,19	39,45±22,63	0,168	0,867
Son test	0-100	87,80±11,89	56,94±16,82	8,013	<0,001*
t ² /p		-8,593/<0,001*	-4,886/<0,001*		
EORT-C QLQ BR42 Yaşam Kalitesi Ölçeği					
Fonksiyonel sağlık alt boyutu					
Ön test	0-100	56,31±20,09	60,78±16,97	-0,917	0,363
Son test	0-100	61,31±12,52	59,56±11,77	0,550	0,584
t ² /p		-1,336/0,193	0,394/0,697		
Semptom alt boyutu					
Ön test	0-100	35,01±19,52	27,30±18,66	1,538	0,130
Son test	0-100	15,63±11,32	28,97±15,98	-3,642	0,001*
t ² /p		6,514/<0,001*	-0,855/0,399		

t¹:Bağımsız örneklem t testi, t²:Bağımlı örneklem t testi *:p<0,05

Çizelge 4.4.'te Öz Bakım Gücü Ölçeği, EORT-C QLQ C30 ve BR42 Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve alt boyut puanlarının gruplara göre dağılımı verildi. Özbakım gücü ölçeği ön test puan ortalaması müdahale grubunda 107,86±15,06 iken, kontrol grubunda 111,27±14,69, son test puan ortalaması müdahale grubunda 122,39±17,00 iken, kontrol grubunda 98,27±16,84'tür. Gruplar arasında öz bakım gücü ölçeği puan ortalaması açısından ön test ölçümünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakta (p>0,05) iken, son test ölçümü bakımından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulundu (p<0,001). Buna göre, müdahale grubunda öz bakım gücü ölçek puanının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Şekil 4.1'de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının zamana göre değişimi görülmektedir (Şekil 4.1).

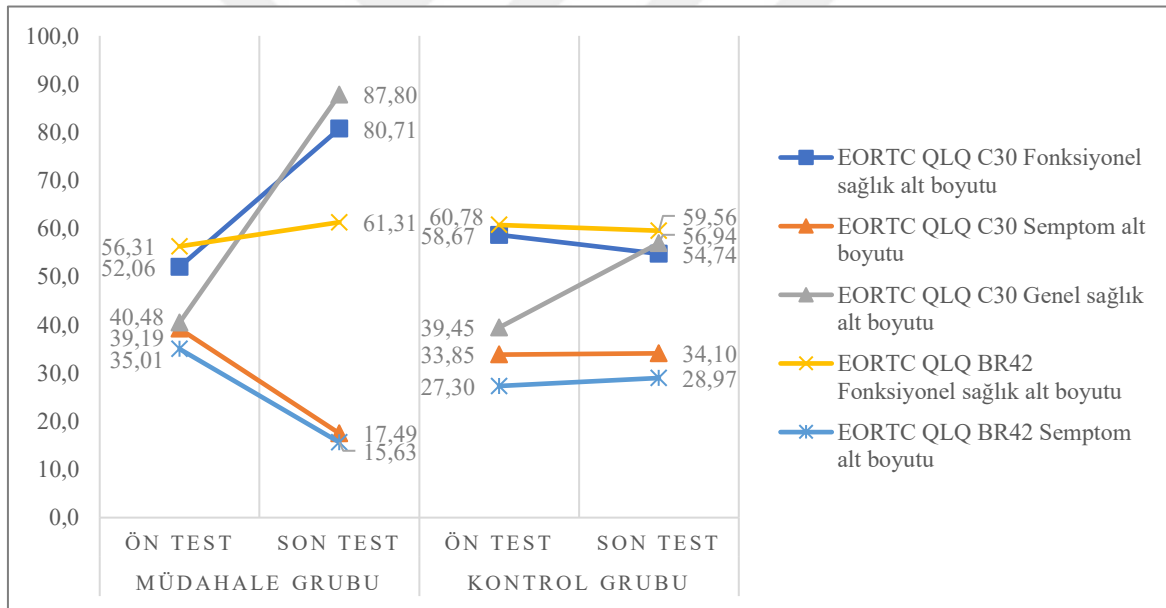


Şekil 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların öz bakım gücü ölçeği puan ortalamaları

Çizelge 4.4.'te EORT-C QLQ C30 yaşam kalitesi ölçeği fonksiyonel sağlık alt boyutu ön test puan ortalamasının müdahale grubunda $52,06 \pm 23,67$, kontrol grubunda $58,67 \pm 19,59$; son test puan ortalamasının müdahale grubunda $80,71 \pm 16,44$ iken, kontrol grubunda $54,74 \pm 17,75$ 'tir. Semptom alt boyutu ön test puan ortalaması müdahale grubunda $39,19 \pm 20,52$, kontrol grubunda $33,85 \pm 20,45$; son test puan ortalaması müdahale grubunda $17,49 \pm 17,67$ iken, kontrol grubunda $34,10 \pm 19,38$ 'dir. Genel sağlık alt boyutu ön test puan ortalaması müdahale grubunda $40,48 \pm 24,19$, kontrol grubunda $39,45 \pm 22,63$; son test puan ortalaması müdahale grubunda $87,80 \pm 11,89$ iken, kontrol grubunda $56,94 \pm 16,82$ 'dir. Gruplar arasında fonksiyonel sağlık, semptom ve genel sağlık alt boyut puanları ön test ölçümleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakta ($p > 0,05$) iken, son test puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p < 0,05$). Buna göre, müdahale grubunda fonksiyonel sağlık ve genel sağlık alt boyutlarının son test puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksek iken ($p < 0,001$), kontrol grubunda semptom alt boyutu son test puan ortalaması müdahale grubuna göre daha yüksek tespit edildi ($p < 0,001$).

EORT-C QLQ BR42 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanlarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde; fonksiyonel sağlık alt boyutu ön test puan ortalamasının müdahale grubunda $56,31 \pm 20,09$, kontrol grubunda $60,78 \pm 16,97$; son test puan ortalamasının müdahale

grubunda $61,31 \pm 12,52$ iken, kontrol grubunda $59,56 \pm 11,77$ 'dir. Semptom alt boyutu puan ortalaması ön test puan ortalaması müdahale grubunda $35,01 \pm 19,52$, kontrol grubunda $27,30 \pm 18,66$; son test puan ortalaması müdahale grubunda $15,63 \pm 11,32$ iken, kontrol grubunda $28,97 \pm 15,98$ 'dir. Gruplar arasında fonksiyonel sağlık alt boyutu ön test ve son test puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$). Gruplar arasında semptom alt boyutu ön test puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakta ($p > 0,05$) iken, son test puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p = 0,001$). Buna göre, kontrol grubunda semptom alt boyutu son test puan ortalamasının müdahale grubuna göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Şekil 4.2'de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların EORT-C QLQ C30 ve BR42 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının zamana göre değişimi yer almaktadır (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların EORT-C QLQ C30 ve BR42 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları

4.2. Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programı ile İlgili Bulgular

Bu bölümde yalnızca rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programına katılan müdahale grubundaki hastalar ile ilgili bulgular sunuldu.

Çizelge 4.5. Rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programında görüşülen gündemler (n=87)

Gündem	n	%
Beden imajı	21	24,2
Psikolojik konular	18	20,7
Nüks korkusu	9	10,3
Sosyal yaşam	9	10,3
İyileşme süreci	9	10,3
İşe dönüş	7	8,1
Ebeveynlik	5	5,8
Cinsellik/aşk	4	4,6
Hareket	3	3,4
Tedavi süreci	2	2,3

Çizelge 4.5'te rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programında koçluk oturumları sırasında üzerine görüşülen gündemler ve bu gündemlerin görüşülme yüzdesi yer almaktadır. Hastalar tarafından koçluk oturumunda en çok konuşulan gündemler beden imajı (%24,2) ve psikolojik konular (%20,7) oldu.

Görüşme içeriklerine bakıldığında; koçluk programına katılan kadınların çoğu meme kanseri tanısı almaları ile başlayan süreçte meme onarımı ameliyatının onlar için 'normale dönmenin' son aşaması olduğunu bildirdi. Bazı kadınlar tüm süreç boyunca 'yaşayamadıkları, geçıştirdikleri, üzerinde durmadıkları' tüm duyguların bu son aşamada açığa çıktığını ve bu duygularla mücadele etmekte bu aşamada daha çok zorlandıklarını ifade etti. Tüm tedavi süreci boyunca hissettikleri ama farkında olmadıkları duyguları yönetmede, bildikleri ama uygulamaya geçemedikleri konuları planlamada ve meme kanseri tedavisinin 'son' aşamasından sonraki yaşamlarını planlamada hemşire liderliğinde koçluk programının etkili olduğu hem koçluk deneyimlerimiz ile hem de hastaların kendileri tarafından bildirildi.

Bu araştırmaya katılan kadınların çoğu meme rekonstrüksiyonu olmaya kendileri karar verdiklerini bildirdi. Bu durum nedeniyle taburculuk sonrası ilk haftalarda bazı hastalar

meme onarımı süreci boyunca karşılaştıkları sorunlardan kendilerini sorumlu gördüklerini ve bazı hastaların ‘karar pişmanlığı’ yaşadıkları gözlemlendi ve hastalar tarafından ifade edildi. Ameliyat sonrası ilk hafta hastanede yatarken ameliyat sonrası sürece ilişkin hastaların çoğunluğu hislerini ‘ümitli’ olarak tanımladı. Yine ilk yapılan koçluk oturumları sırasında hastaların ‘ümitli’ olma durumlarının gerçekçi olmayan beklentileri ile ilişkili olduğu görüldü. Çoğu hasta ameliyat sonrasında eski meme dokularına daha yakın bir yeni meme dokusu ile karşılaşmayı beklediklerini ancak ameliyat sonrası hayal kırıklığına uğradıklarını bildirdi. Özellikle öz doku ile onarım yapılan bazı hastalar taburculuk sonrası ilk haftalarda bu ameliyatların algılananın aksine ‘basit’ cerrahi girişimler olmadığını, fiziksel olarak mastektomi ameliyatındaki sürece göre daha fazla zorlandıklarını belirtti. Birkaç hastanın bu konudaki ifadeleri şöyledir; “Bu kadar zorluk yaşayacağımı bilsem bu ameliyatı olmazdım”, “Bazen yaşadığım bu zorlu sürece değer miydi diye düşünüyorum”, “Zaten beklediğim gibi olmadı ve fiziksel olarak da sağlığımı zorlayacak bir girişim daha geçirdim.”. Tüm bu duygular hastaların isteği üzerine koçluk oturumlarında sıklıkla gündem oldu. Müdahale grubundaki hastalar ile yapılan son görüşmelerde ilk haftalardaki sürece bakış açıları, duyguları ve sonraki haftalarda aldıkları yol hatırlatıldığında müdahale grubundaki tüm hastalar taburculuktan üç ay sonra karar pişmanlığı yaşamadıklarını ve bu duyguları çözümlemede koçluk programının etkili olduğunu bildirdi.

Çizelge 4.6. Meme rekonstrüksiyonu hastaları için hemşire liderliğinde koçluk programının etkinliği

Değerlendirme Ölçütleri	Min:0 Max: 10
	$\bar{X} \pm SS$
Koçluk oturumu başlangıç puanı ortalaması	5,00 $\pm$ 2,09
Koçluk oturumu hedef puan ortalaması	8,95 $\pm$ 0,96
Koçluk oturumu ulaşılan puan ortalaması	8,99 $\pm$ 0,92
Koçluk programının öz bakım gücünü artırma düzeyi	9,39 $\pm$ 1,1
Koçluk programının kalitesini artırma düzeyi	9,32 $\pm$ 1,1
Koçluk programından memnun kalma düzeyi	9,89 $\pm$ 0,41

Çizelge 4.6’da müdahale grubundaki hastaların rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programının etkinliğini belirten değerlendirme ölçütleri yer almaktadır. Hastaların koçluk oturumlarına ilk başlarken belirledikleri gündem ile ilgili mevcut puanları ortalama 5,00 $\pm$ 2,09, oturum sonunda ulaşmak istedikleri hedef puan ortalamaları 8,95 $\pm$ 0,96 ve ulaştıkları puan ortalaması 8,99 $\pm$ 0,92’dir. Böylece hastaların koçluk oturumlarında hedeflerine veya hedeflerinin üzerinde puanlara ulaştıkları görüldü.

Hastalardan koçluk programının öz bakım güçlerini artırma düzeyini 1-10 (1-Hiç, 10-Çok) arası puanlandırmaları istendiğinde ortalamanın $9,39 \pm 1,1$, yaşam kalitelerini artırma düzeyini puanlandırmaları istendiğinde ise ortalamanın $9,32 \pm 1,1$ olduğu görüldü. Son olarak hastaların koçluk programından memnun kalma düzeyleri ortalama $9,89 \pm 0,41$ olarak belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programının öz bakım güçlerini ve yaşam kalitelerini artırdığını ve programdan memnun kaldıklarını ifade ettikleri görüldü. Hastalar son danışmanlık görüşmesinde programın kendileri için oldukça etkili olduğunu, bu programda yer aldıkları için kendilerini çok şanslı hissettiklerini ve memnun kaldıklarını bildirdi.





5. TARTIŞMA

Bu araştırmada rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programının öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisi ile müdahale grubundaki hastaların rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastaları için geliştirilen hemşire liderliğinde koçluk programından memnuniyet düzeyleri incelendi.

Öz bakım bireyin sağlık, gelişim, yaşam, psikoloji ve fiziksel durumu ile ilgili iyilik halini sağlaması ve sürdürmesi için kendisi tarafından başlatılan ve yerine getirilen tüm etkinliklerdir (Fawcett, 2005; Orem, 2001). Öz bakım gücü ise bireyin kendi sağlığını yönetme kapasitesidir (Nahcivan, 1994). Meme kanseri tedavisinde öz bakım gücü sadece fiziksel semptomların yönetimi için değil aynı zamanda psikososyal dayanıklılık ve yaşam kalitesi açısından da kritik bir rol oynar (Ahmadzadeh, Abdekhoda ve Bejani, 2021). Meme rekonstrüksiyonu sonrası yara iyileşmesi, flep bölgesinin travmalardan korunması, ağrı yönetimi, komplikasyonların önlenmesi, bireysel hijyenin sağlanması ve sürdürülmesi, cinsellik, egzersizler, beden imajı vb. birçok konu öz bakım gücünün yüksek olmasını gerektirir (Emre ve Güler, 2025). Ancak hastalar uzun süren meme kanseri tedavisi nedeniyle yorgunluk yaşayabilir (Penberthy K. ve Penberthy D., 2024). Bu durum öz bakım gücünün düşmesine neden olabilir. Bu nedenle hastaların öz bakım güçlerini artırmak ile ilgili desteklenmeye ihtiyaçları vardır. Nitekim bu araştırmada taburculuk sonrası rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastaları için hemşire liderliğinde koçluk programına katılan hastaların zaman içerisinde öz bakım güçleri artarken, kontrol grubundaki hastaların azaldığı görüldü. Bu düşüşün nedeninin hastaların taburculuk sonrası yara yeri enfeksiyonu, dikiş hattında açılma, ağrı, yeni meme dokusuna uyum süreci, yara ve flep bölgesinin bakımı, bireysel hijyen vb. konularda kontrol grubundaki hastaların daha fazla sorun yaşaması olduğu düşünülmektedir. Ayrıca rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastaları için hemşire liderliğinde koçluk programının hastaların taburculuk sonrası öz bakım güçlerini artırmada etkili olduğu görüldü. Koçluk oturumlarında müdahale grubundaki hastaların sorun yaşasalar dahi karşılaştıkları sorunlar karşısında çözmeye yönelik adımlar attıkları ve başarılı oldukları gözlemlendi. Bu çözümlere yönelik yaşadıkları farkındalıkların ve belirledikleri eylem adımlarının öz bakım güçlerine olumlu katkısı olduğu düşünülmektedir. Literatürde de meme rekonstrüksiyonu uygulanan hastalarda rastlanmamakla birlikte, koçluk uygulamalarının farklı hasta gruplarında öz bakım gücü üzerine etkili olduğu gösterilmiştir (Durmaz, 2022; Kivelä, Elo, Kyngäs ve Kääriäinen,

2014). Total diz protezi hastalarına koçluk stratejisi ile ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan sürekli hemşirelik bakımının öz bakım gücüne etkisini inceleyen randomize kontrollü bir çalışmada müdahale grubundaki hastaların öz bakım güçleri anlamlı derecede artmıştır (Durmaz, 2022). Bir sistematik derlemede kronik hastalığı olan bireylere sağlık koçluğu ile yapılan izlemleri inceleyen 13 deneysel ve yarı deneysel araştırma incelenmiş ve sağlık koçluğunun öz bakım gücünü artırmada etkili olduğu bulunmuştur (Kivelä, Elo, Kyngäs ve Kääriäinen, 2014). Araştırmadaki bu sonuç, hemşire liderliğindeki koçluk programının hastaların öz bakım gücünün ve öz bakım becerilerinin artırılmasında sorumluluk almaları ve aktif rol oynamaları açısından önemlidir.

Rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastaları için hemşire liderliğinde koçluk programının öz bakım gücüne ek olarak yaşam kalitesini artırıp artırmadığı bu çalışmada incelendi. Yaşam kalitesi bireyin kendi yaşamı ile ilgili algısıdır (Durmaz, 1993). Kanser ile ilişkili yaşam kalitesi kanserin ve tedavisinin neden olduğu semptomları, hasta üzerine etkilerini, hastanın genel ve fonksiyonel sağlık durumunu ortaya koymayı hedefler (EORTC, 2001). Meme kanseri ile ilişkili yaşam kalitesinde ise bunlara ek olarak sistemik kemoterapi yan etkileri, endokrin semptomlar, beden imajı, cinsellik, kol, meme, el/ayak, iskelet ve vajina semptomları, kilo alımı, gelecek perspektifi ve meme memnuniyeti de değerlendirilir (EORTC, 2024). Bu çalışmada rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastaları için hemşire liderliğinde koçluk programının hastaların kanser ile ilişkili genel sağlık durumlarını ve fiziksel, rol, duygusal, bilişsel ve sosyal fonksiyonlarını iyileştirmede ve genel olarak kansere ve meme kanserine özgü semptomları azaltmada etkili olduğu bulundu. Koçluk programına katılan hastaların, yaşadıkları semptomları azaltmaya yönelik bilgi düzeylerini artırdığı, genel ve fonksiyonel sağlık durumları ile ilgili duygular, sosyal yaşam, tedavi ve hareket sürecine ilişkin gündemler üzerine görüşerek farkındalık kazandıkları ve iyileştirmeye yönelik adımlar attıkları gözlemlendi. Koçluk programında beden imajı, cinsellik, duygular, iyileşme süreci gibi gündemlerle ilgili yapılan oturumların bu değişimi sağladığı düşünülmektedir. Hemşire liderliğinde bakım programları, meme kanseri tedavisi sürecinde hastaların yaşam kalitesini anlamlı şekilde artırmaktadır; yapılan randomize kontrollü bir çalışmada müdahale grubundaki hastalarda genel ve fonksiyonel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi skorları artarken semptom skorları azalmıştır (Küçük ve Bahçeli, 2024). Metastatik meme kanserli kadınlarla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada 9 aylık yapılandırılmış egzersiz programının beden imajı, cinsel fonksiyon ve meme ile ilişkili yaşam kalitesi üzerinde anlamlı iyileşmeler sağladığı gösterilmiştir. Bu bulgular destekleyici

müdahalelerin meme kanserinde yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkilerini göstermektedir (Schmidt ve diğerleri, 2025).

Rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastaları için hemşire liderliğinde koçluk programı oturumlarında hastaların belirledikleri gündemler ile ilişkili hedeflerinin ve beklentilerinin üzerine çıkarak oturumdan ayrıldıkları görüldü. Her oturumda gündeme uygun olarak uygulanan koçluk tekniklerinin hastaların hedeflerine ulaşmasını hızlandığı ve bu programın bireye özgü olarak planlanmasının etkili olduğu gözlemlendi. Total larenjektomi ameliyatı geçiren hastalarla yapılan randomize kontrollü bir araştırmada da hemşire liderliğinde koçluk programının hastaların yaşam kalitelerini iyileştirdiği ve öz bakım becerilerini artırdığı bildirilmiştir (Zheng ve diğerleri, 2024).

Rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastaları için hemşire liderliğinde koçluk programına katılan hastalar programın öz bakım güçlerini ve yaşam kalitelerini artırdığını ve programdan oldukça memnun kaldıklarını bildirdi. Kontrol grubundaki hastalar taburculuk öncesinde sağlık personelinin aldıkları bilgiler ile müdahale grubuna göre kendilerini daha yeterli hissettikleri halde taburculuktan sonra daha fazla sorun ile karşılaştı. Taburculuk sonrası ağrıyı yönetme, yara bakımı, egzersizler, komplikasyonları yönetme vb. konular sıklıkla koçluk oturumlarında hem hastalar tarafından gündem olarak belirlendi hem de hemşire liderliğinde koçluk programının yapısı gereği araştırmacı hemşirelik uzmanlığı ile hastaları her hafta karşılaşılabilecekleri/karşılaştıkları sorunlara yönelik önlemler/çözümler konusunda bilgilendirdi ve takibini yaptı. Bu nedenle rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programının hastaların taburculuk sonrası sorun yaşamalarını önleme ve karşılaştıkları sorunları çözme konusunda etkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir sistematik incelemede hemşire koçluğu gibi hasta odaklı müdahalelerin kalite algısını ve hastaların iyilik halini pozitif etkilediği ve hasta memnuniyeti ile paralel ilerlediği gösterilmektedir (Vitale, Maistrello, Motamed-Jahromi, Avino ve Rizzo, 2024). Yine onkoloji hastalarında hemşire liderliğinde sağlık koçluğunun hasta odaklı deneyime etkisini inceleyen bir çalışmada koçluk seanslarının sıklığı ile hastaların klinik ve psikososyal sonuçları arasındaki ilişki incelenmiş olup, koçluk alan hastaların karar verme skorları yüksek, emosyonel iyilik halleri ve tedaviye uyumlarının daha iyi olduğu, bu yönüyle hastaların sağlık sürecine katılımı ve deneyimlerinin kalitesi üzerine olumlu etkiler bulunmuştur ki bu da dolaylı olarak hasta memnuniyetini doğrudan etkilemektedir (Almutairi M., Almutairi A. ve Alodhialah, 2025).

Sonuç olarak rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastaları için hemşire liderliğinde koçluk programı hastaların öz bakım güçlerini ve yaşam kalitelerini artırmada etkili bir programdır. Meme rekonstrüksiyonu olan hastaların programdan memnuniyet düzeyi oldukça yüksektir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programının öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

6.1. Sonuç

Bu çalışmanın sonucunda;

Rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programının hastaların taburculuk sonrası öz bakım gücünü artırdığı belirlendi. Müdahale grubunun Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması kontrol grubuna göre taburculuk sonrası 12. haftada istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p<0,05$). (Bkz. Çizelge 4.4).

Rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programının hastaların taburculuk sonrası kanserle ilişkili yaşam kalitesini artırdığı belirlendi. Müdahale grubunun EORT-C QLQ C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması kontrol grubuna göre taburculuk sonrası 12. haftada üç alt boyutta da istatistiksel olarak anlamlı şekilde olumlu olarak değişti ($p<0,05$). (Bkz. Çizelge 4.4).

Rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programının hastaların taburculuk sonrası meme kanseri ile ilişkili yaşam kalitesinin semptom alt boyutunu iyileştirdiği fonksiyonel sağlık alt boyutuna ise istatistiksel olarak anlamlı derecede etkisi olmadığı bulundu. Müdahale grubunun EORT-C QLQ BR42 Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyutu puan ortalaması kontrol grubuna göre taburculuk sonrası 12. haftada istatistiksel olarak anlamlı şekilde olumlu olarak değişti ($p<0,05$). (Bkz. Çizelge 4.4).

Rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programına katılan hastalar koçluk oturumlarında belirledikleri hedefe ulaştı. Mevcut gündem ile ilgili puanları koçluk oturumunun başlangıcında ortalama $5,00\pm2,09$, oturum sonundaki hedef ortalama $8,95\pm0,96$ iken ulaştıkları puan ortalama $8,99\pm0,92$ oldu (bkz. Şekil 4.3).

Rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programına katılan hastalar programdan memnun kaldı ve olumlu görüşlerini bildirdi. Koçluk programının hastaların öz bakım gücünü artırma düzeyi ortalama $9,39 \pm 1,1$, yaşam kalitelerini artırma düzeyi ortalama $9,32 \pm 1,1$ iken hastaların programdan memnun kalma düzeyi ortalama $9,89 \pm 0,41$ oldu (bkz. Şekil 4.4).

Çalışma sonuçları doğrultusunda hipotezlerin sınanması;

- H_{0-1} : Hemşire liderliğinde koçluk programı uygulanan ve uygulanmayan rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastaları arasında öz bakım gücü açısından fark yoktur. H_{0-1} hipotezi reddedildi.
- H_{0-2} : Hemşire liderliğinde koçluk programı uygulanan ve uygulanmayan rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastaları arasında yaşam kalitesi açısından fark yoktur. H_{0-2} hipotezi reddedildi.

6.2. Öneriler

Çalışma sonuçları kapsamındaki aşağıdakiler önerilmektedir;

- Rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarının taburculuk sonrası hemşire liderliğinde koçluk programı ile desteklenmesi,
- Hemşirelerin koçluk programları ile ilgili farkındalığının artırılması ve programlara katılımlarının teşvik edilmesi,
- Çalışmanın meme rekonstrüksiyonu türüne göre (öz doku ile, implant ile, eş zamanlı ve gecikmiş) ayrıştırılmış örneklemelerde uygulanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ahmadzadeh, I., Abdekhoda, M., and Bejani, M. (2021). Improving self-care management in patients with breast cancer through health literacy promotion. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 31(1), 85-90.
- Ahmed, S., and Safdar, S. (2021). Role of leadership coaching in enhancing self-management skills in post-operative breast cancer patients. *Journal of Nursing Practice*, 15(2), 124-133.
- Aizaz, M., Khan, M., Khan, F. I., Munir, A., Ahmad, S., and Obeagu, E. I. (2023). Burden of breast cancer: Developing countries perspective. *International Journal of Innovative and Applied Research*, 11(1), 31-37.
- Alkuwaisi, M. J., Alsaqri, S. H., Al-Rashidi, A. M., Alshowkan, A. A., Mostoles Jr, R. P., and Cornejo, L. T. O. (2024). Effectiveness of the Individualized Self-Care Program Based on Orem's Self-Care Theory: Impact on Learning Needs and Self-Care Behaviors Following Coronary Artery Bypass Surgery–A Randomized Controlled Trial. *Asian Nursing Research*, 18(5), 516-524.
- Almutairi, M., Almutairi, A. A., and Alodhialah, A. M. (2025). A cross-sectional study on the impact of nurse-led health coaching on oncology patient outcomes. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 3933-3949.
- Altinel, D., Serin, M., and Toplu, G. (2022). Silicone breast implant/tissue expander applications and complication management: Retrospective patient analysis of 172 patients. *Istanbul Medical Journal*, 23(4), 1-7.
- Anka Koçluk (2023). *Bütünsel Yaşam Koçluğu*. Modül 2 Eğitim Kitapçığı. Türkiye. s. 5-88.
- Anka Koçluk (2023). *Koçluk Sanatı ve Yetkinlikleri*. Modül 1 Eğitim Kitapçığı. Türkiye. s. 5-126.
- Aydın, A., Gürsoy, A., ve Karal, H. (2023). Mobile care app development process: using the ADDIE model to manage symptoms after breast cancer surgery (step 1). *Discover Oncology*, 14(1), 63.
- Balasubramanian, I., Harding, T., Boland, M. R., Ryan, E. J., Geraghty, J., Evoy, D., and Prichard, R. S. (2021). The impact of postoperative wound complications on oncological outcomes following immediate breast reconstruction for breast cancer: a meta-analysis. *Clinical Breast Cancer*, 21(4), e377-e387.
- Banuelos, J., Abu-Ghname, A., Asaad, M., Vyas, K., Sohail, M. R., and Sharaf, B. (2020). Microbiology of implant-based breast reconstruction infections: A systematic review. *Annals of Plastic Surgery*, 85(2), 194-201.
- Barakat, S., Boehmer, K., Abdelrahim, M., Ahn, S., Al-Khateeb, A. A., Villalobos, N. A., and Murad, M. H. (2018). Does health coaching grow capacity in cancer survivors? A systematic review. *Population Health Management*, 21(1), 63-81.

- Bedell, G. M., Wade, S. L., Turkstra, L. S., Haarbauer-Krupa, J., and King, J. A. (2017). Informing design of an app-based coaching intervention to promote social participation of teenagers with traumatic brain injury. *Developmental neurorehabilitation*, 20(7), 408-417.
- Berlin, N. L., Tandon, V. J., Hawley, S. T., Hamill, J. B., MacEachern, M. P., Lee, C. N., and Wilkins, E. G. (2019). Feasibility and efficacy of decision aids to improve decision making for postmastectomy breast reconstruction: A systematic review and meta-analysis. *Medical Decision Making*, 39(1), 5-20.
- Bilgehan, T., and İnkaya, B. V. (2025). The effect of a holistic nurse coaching intervention on glycemic control, diabetes self-management, and empowerment: a randomized controlled trial. *BMC Nursing*, 24(1), 627.
- Bjelic-Radisic, V., Cardoso, F., Cameron, D., Brain, E., Kuljanic, K., Da Costa, R. A., and Winters, Z. (2020). An international update of the EORTC questionnaire for assessing quality of life in breast cancer patients: EORTC QLQ-BR45. *Annals of Oncology*, 31(2), 283-288.
- Boylu, A. A. ve Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15), 137-150.
- Bradley, J. M., and Moore, L. W. (2019). The perceptions of professional leadership coaches regarding the roles and challenges of nurse managers. *Journal of Nursing Administration*, 49(2), 105-109.
- Browne, J. P., Jeevan, R., Gulliver-Clarke, C., Pereira, J., Caddy, C. M., and van der Meulen, J. H. (2017). The association between complications and quality of life after mastectomy and breast reconstruction for breast cancer. *Cancer*, 123(18), 3460-3467.
- Char, S., Bloom, J. A., Erlichman, Z., Jonczyk, M. M., and Chatterjee, A. (2021). A comprehensive literature review of patient-reported outcome measures (PROMs) among common breast reconstruction options: what types of breast reconstruction score well?. *The Breast Journal*, 27(4), 322-329.
- Çankaya, G., and Saglam, R. (2021). Symptoms experienced by women at home and self-care agency after breast-conserving surgery. *Home Health Care Management & Practice*, 33(4), 264-271.
- Cereijo-Garea, C., Pita-Fernández, S., Acea-Nebril, B., Rey-Villar, R., García-Novoa, A., Varela-Lamas, C., and Balboa-Barreiro, V. (2018). Predictive factors of satisfaction and quality of life after immediate breast reconstruction using the BREAST-Q. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), 1464-1474.
- Chung, C. U., Wink, J. D., Nelson, J. A., Fischer, J. P., Serletti, J. M., and Kanchwala, S. K. (2015). Surgical site infections after free flap breast reconstruction: An analysis of 2,899 patients from the ACS-NSQIP datasets. *Journal of Reconstructive Microsurgery*, 31(6), 434-441.
- Collins, J. B., and Verheyden, C. N. (2012). Incidence of breast hematoma after placement of breast prostheses. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 129(3), 413e-420e.

- Collis, N., Litherland, J., Enion, D., and Sharpe, D. T. (2007). Magnetic resonance imaging and explantation investigation of long-term silicone gel implant integrity. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 120(5), 1401-1406.
- Cunningham, B., and McCue, J. (2009). Safety and effectiveness of Mentor's MemoryGel implants at 6 years. *Aesthetic Plastic Surgery*, 33, 440-444.
- Çınar, F.E. (2015). Onkoloji hemşireliği., G. Can. (Editör). *Onkoloji alanında koçluk*. İkinci Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi, s. 1115-1120.
- De Rooij, L., Bosmans, J. W. A. M., van Kuijk, S. M. J., Vissers, Y. L. J., Beets, G. L., and van Bastelaar, J. (2021). A systematic review of seroma formation following drain-free mastectomy. *European Journal of Surgical Oncology*, 47(4), 757-763.
- Demirci, S., Eser, E., Ozsaran, Z., Tankisi, D., Aras, A. B., Ozaydemir, G., and Anacak, Y. (2011). Validation of the Turkish versions of EORTC QLQ-C30 and BR23 modules in breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12(5), 1283-7.
- Duraes, E. F., Schwarz, G. S., De Sousa, J. B., Duraes, L. C., Morisada, M., Baker, T., and Moreira, A. A. (2020). Factors influencing the aesthetic outcome and quality of life after breast reconstruction: A cross-sectional study. *Annals of Plastic Surgery*, 84(5), 494-506.
- Durmaz, A. A. (1993). Yaşam kalitesi ve yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2), 75-80.
- Durmaz, M. (2022). *Total Diz Protezli Hastalara Koçluk Stratejisi ile Uygulanan Sürekli Hemşirelik Bakımının Bazı Hasta Sonuçlarına Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma*, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 56-60.
- Edward, A., Obeagu, E. I., Okorie, H. M., Vincent, C. C. N., and Bot, Y. S. (2021). Studies of serum calcium, inorganic phosphate and magnesium levels in lactating mothers in Owerri. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 33(41B), 209-216.
- Emre, N.Y., ve Güler, S. (2024). Meme Kanseri Cerrahisi Sonrası Meme Onarımı Geçiren Hastanın Hemşirelik Bakımı. Ö. Karayurt, A. A. Gürsoy (Editörler). *Meme Kanseri Hemşireliği*. Birinci Baskı. İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevi. s: 195-207.
- Emre, N. Y., ve Güler, S. (2025). Rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programının öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisi: randomize kontrollü bir çalışmanın protokolü. *Syedra Sağlık Dergisi*, 2(2), 8-23.
- Flitcroft, K., Brennan, M., and Spillane, A. (2017). Making decisions about breast reconstruction: A systematic review of patient-reported factors influencing choice. *Quality of Life Research*, 26(9), 2287-2319.
- Freeman, M. D., Gopman, J. M., and Salzberg, C. A. (2018). The evolution of mastectomy surgical technique: From mutilation to medicine. *Gland Surgery*, 7(3), 308-315.
- Frey, J. D., Salibian, A. A., Choi, M., and Karp, N. S. (2019). The importance of tissue perfusion in reconstructive breast surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 144(1), 21-29.

- García-Solbas, S., Lorenzo-Liñán, M. Á., and Castro-Luna, G. (2021). Long-term quality of life (BREAST-Q) in patients with mastectomy and breast reconstruction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9707.
- Gerber, B., Marx, M., Untch, M., and Faridi, A. (2015). Breast reconstruction following cancer treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(35-36), 593.
- Ghobrial, S., Latzourakis, E., Polychronis, G., and Constantinou, C. S. (2023). The impact of transformational leadership in the nursing work environment and patients' outcomes: A systematic review. *Nursing Reports*, 13(3), 1271-1290.
- Göktaş, S. B., Güllüoğlu, B. M., and Şelimen, D. (2011). Immediate or delayed breast reconstruction after radical mastectomy in breast cancer patients: Does it make a difference in the quality of life. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 31(3), 664-673.
- Gülşen, M., ve Akansel, N. (2018). Hastanın kendi dokusu kullanılarak oluşturulan meme rekonstrüksiyonları ve hemşirelik bakımı. *Journal of Academic Research in Nursing*, 4(1), 45-51.
- Güzelant, A., Göksel, T., Özkök, S., Taşbakan, S., Aysan, T., and Bottomley, A. (2004). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. *European Journal of Cancer Care*, 13(2), 135-144.
- Heer, E., Ruan, Y., Mealey, N., Quan, M. L., and Brenner, D. R. (2020). The incidence of breast cancer in Canada 1971–2015: Trends in screening-eligible and young-onset age groups. *Canadian Journal of Public Health*, 111, 787-793.
- Higgins, K. S., Gillis, J., Williams, J. G., LeBlanc, M., Bezuhly, M., and Chorney, J. M. (2017). Women's experiences with flap failure after autologous breast reconstruction: A qualitative analysis. *Annals of Plastic Surgery*, 78(5), 521-525.
- Hillard, C., Fowler, J. D., Barta, R., and Cunningham, B. (2017). Silicone breast implant rupture: A review. *Gland Surgery*, 6(2), 163-170.
- Hopewell, S., Chan, A. W., Collins, G. S., Hróbjartsson, A., Moher, D., Schulz, K. F., and Boutron, I. (2025). CONSORT 2025 statement: updated guideline for reporting randomised trials. *The Lancet*, 405(10489), 1633-1640.
- Hu, S., Välimäki, M., Liu, S., Li, X., Shumaila, B., Huang, W., and Hu, J. (2024). Coaching to develop leadership of healthcare managers: a mixed-methods systematic review. *BMC Medical Education*, 24(1), 1083.
- Huffman, M., and Miller, C. (2013). *Evidence-based health coaching for healthcare providers*. (Third edition). Winchester, TN: Miller & Huffman Outcome Architects, LLC.
- Iatrakis, G., and Zervoudis, S. (2021). Epidemiology of ductal carcinoma in situ. *Chirurgia*, 116(5), 15-21.

Ibekwe, A. M., Obeagu, E. I., Ibekwe, C. E., Onyekwuo, C., Ibekwe, C. V., Okoro, A. D., and Ifezue, C. B. (2022). Challenges of exclusive breastfeeding among working class women in a teaching hospital South East, Nigeria. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 34(46), 1-10.

İnternet: American Cancer Society. (2019). Breast Cancer Facts & Figures 2019-2020. Web: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2019-2020.pdf>, Son Erişim tarihi:14.06.2022.

İnternet: American Cancer Society. (2022). About Breast Cancer. Web: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8577.00.pdf>, Son Erişim tarihi: 14.06.2022.

İnternet: American Organization for Nursing Leadership Foundation. (2024). Longitudinal nursing leadership insight study: Challenges and solutions for nurse leaders. Web: https://www.aonl.org/system/files/media/file/2024/01/AONL%20Longitudinal%20Nursing%20Leadership%20Insight%20Study%205%20Report_v5_0.pdf, Son Erişim Tarihi: 06.01.2026.

İnternet: American Society of Plastic Surgeons. (2024). Rates of Breast Reconstruction After Mastectomy Have Stabilized. Web: <https://www.plasticsurgery.org/news/press-releases/rates-of-breast-reconstruction-after-mastectomy-have-stabilized>, Son Erişim Tarihi: 06.01.2026.

İnternet: Anka Koçluk. Koçluk Nedir?. Web: <https://ankakocluk.com.tr/page4-hakkimizda.html>, Son Erişim Tarihi: 16.01.2023.

İnternet: Association for coaching. Association for Coaching in Turkey. Web: https://www.associationforcoaching.com/page/ac_purpose-and-vision, Son Erişim Tarihi: 12.08.2024.

İnternet: Ben Aziz, M., and Rose, J. (July, 2023). Breast reconstruction perforator flaps. *StatPearls*, Web: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK565866/> adresinden 6 Ocak 2026'da alınmıştır.

İnternet: European Mentoring & Coaching Council. Hakkımızda. Web: <https://emccturkey.org/hakkimizda/amac-vizyon-ve-degerler/>, Son Erişim Tarihi: 12.08.2024.

İnternet: European Mentoring & Coaching Council. Koçlar, Mentorlar ve Süpervizörler için Küresel Etik Kod. Web: <https://emccturkey.org/hakkimizda/koclar-mentorlar-ve-supervizorler-icin-kuresel-etik-kod/>, Son Erişim Tarihi: 12.11.2024.

İnternet: International Coach Federation. Coaching FAQs. Web: <http://coachfederation.org/>, Son Erişim Tarihi: 12.08.2024.

İnternet: International Coach Federation. Koçluk Hakkında. Web: <https://www.icfturkey.org/kocluk-hakkinda/profesyonel-kocluk-nedir/>, Son Erişim Tarihi: 16.01.2023.

- İnternet: Mesleki Yeterlilik Kurumu. (2018). Ulusal Meslek Standardı. KOÇ (Seviye 6). Web: https://portal.myk.gov.tr/index.php?option=com_meslek_std_taslak&view=taslak_lis_tesi_yeni&msd=2 , Son Erişim Tarihi: 12.08.2024.
- İnternet: National Cancer Institute (2025). Breast Reconstruction After Mastectomy. Web: <https://www.cancer.gov/types/breast/treatment/surgery/breast-reconstruction#what-factors-can-affect-the-choice-of-breast-reconstruction-method> , Son Erişim Tarihi: 12.02.2026.
- İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2020). Türkiye Kanser İstatistikleri. Web: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf, Son Erişim Tarihi: 17.11.2021.
- İnternet: World Health Organization. (2021). What is Fatigue and Weakness. Web: <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>, Son Erişim Tarihi: 17.11.2021.
- İnternet: World Health Organization. (2022). Breast Cancer. Web: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>, Son Erişim Tarihi: 14.06.2022.
- İnternet: World Health Organization. (2022). Global Cancer Observatory. Web: <https://gco.iarc.who.int>, Son Erişim Tarihi: 06.09.2025.
- Jagsi, R., Mason, G., Overmoyer, B. A., Woodward, W. A., Badve, S., Schneider, R. J., and Susan G. Komen-IBCRF IBC Collaborative in Partnership with the Milburn Foundation. (2022). Inflammatory breast cancer defined: Proposed common diagnostic criteria to guide treatment and research. *Breast Cancer Research and Treatment*, 192(2), 235-243.
- Jeon, F. H. K., Varghese, J., Griffin, M., Butler, P. E., Ghosh, D., and Mosahebi, A. (2018). Systematic review of methodologies used to assess mastectomy flap viability. *BJS Open*, 2(4), 175-184.
- Jinbo, K., Fujita, T., Kasahara, R., Jinbo, R., Kisara, S., Onobe, J., and Yamamoto, Y. (2023). The effect of combined risk factors on breast cancer-related lymphedema: A study using decision trees. *Breast Cancer*, 30(4), 685-688.
- Jordan, K. J., Tsai, P. F., Heo, S., Bai, S., Dailey, D., Beck, C. K., and Greenwood, R. L. (2017). Pilot testing a coaching intervention to improve certified nursing assistants' dressing of nursing home residents. *Research in Gerontological Nursing*, 10(6), 267-276.
- Jordan, S. W., Khavanin, N., and Kim, J. Y. (2016). Seroma in prosthetic breast reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 137(4), 1104-1116.
- Kanmaz, Z., and Osman, T. A. (2019). The effects of mastectomy and post-mastectomy reconstructive surgery of breast-cancer patients on their depression, self-esteem and self-efficacy beliefs. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(3), 119.

- Kearney, B. Y., and Fleischer, B. J. (1979). Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Research in Nursing & Health*, 2(1), 25-34.
- Kivelä, K., Elo, S., Kyngäs, H., and Kääriäinen, M. (2014). The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: a systematic review. *Patient education and counseling*, 97(2), 147-157.
- Kummerow, K. L., Du, L., Penson, D. F., Shyr, Y., and Hooks, M. A. (2015). Nationwide trends in mastectomy for early-stage breast cancer. *JAMA Surgery*, 150(1), 9-16.
- Kulinski, K., and Smith, N. A. (2020). Surgical prehabilitation using mobile health coaching in patients with obesity: A pilot study. *Anaesthesia and Intensive Care*, 48(5), 373-380.
- Kulkarni, A. R., Pusic, A. L., Hamill, J. B., Kim, H. M., Qi, J., Wilkins, E. G., and Roth, R. S. (2017). Factors associated with acute postoperative pain following breast reconstruction. *JPRAS Open*, 11, 1-13.
- Kruper, L., Holt, A., Xu, X. X., Duan, L., Henderson, K., Bernstein, L., and Ellenhorn, J. (2011). Disparities in reconstruction rates after mastectomy: patterns of care and factors associated with the use of breast reconstruction in Southern California. *Annals of Surgical Oncology*, 18(8), 2158-2165.
- Küçük, B. Y., ve Bahçeli, P. Z. (2022). The effects of nurse-led supportive care program on quality of life in women with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: A randomized controlled pilot study. *Seminars in Oncology Nursing*, 40(2), 151609.
- Laarni, C. F., Reynaldo, R. R., and Marilou P. I., (2024). Shaping the new nurse leader generation. nurse leader. *Nurse Leader*, 22(4), 388-392.
- Legendijk, M., van Maaren, M. C., Saadatmand, S., Strobbe, L. J., Poortmans, P. M., Koppert, L. B., and Siesling, S. (2018). Breast conserving therapy and mastectomy revisited: Breast cancer-specific survival and the influence of prognostic factors in 129,692 patients. *International Journal of Cancer*, 142(1), 165-175.
- Lee, K. T., and Mun, G. H. (2016). Effects of obesity on postoperative complications after breast reconstruction using free muscle-sparing transverse rectus abdominis myocutaneous, deep inferior epigastric perforator, and superficial inferior epigastric artery flap: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Plastic Surgery*, 76(5), 576-584.
- Lee, T. J., Oh, T. S., Kim, E. K., Suh, H., Ahn, S. H., Son, B. H., and Eom, J. S. (2016). Risk factors of mastectomy skin flap necrosis in immediate breast reconstruction using low abdominal flaps. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 50(5), 302-306.
- Losina, E., Collins, J. E., Deshpande, B. R., Smith, S. R., Michl, G. L., Usiskin, I. M., and Katz, J. N. (2018). Financial incentives and health coaching to improve physical activity following total knee replacement: A randomized controlled trial. *Arthritis Care & Research*, 70(5), 732-740.
- Lovell, B. (2018). What do we know about coaching in medical education? A literature review. *Medical Education*, 52(4), 376-390.

- Ludwig, K., Wexelman, B., Chen, S., Cheng, G., DeSnyder, S., Golesorkhi, N., and Rao, R. (2022). Home recovery after mastectomy: review of literature and strategies for implementation American Society of Breast Surgeons Working Group. *Annals of surgical oncology*, 29(9), 5799-5808.
- Massenburg, B. B., Sanati-Mehrizi, P., Ingargiola, M. J., Rosa, J. H., and Taub, P. J. (2015). Flap failure and wound complications in autologous breast reconstruction: a national perspective. *Aesthetic Plastic Surgery*, 39, 902-909.
- Medland, J. and Stern, M. (2009). Coaching as a successful strategy for advancing new manager competency and performance. *Journal for Nurses in Professional Development*, 25(3), 141-147.
- Mitchell, G.J., Cross, N., Wilson, M., Biernack, S., Wong, W., Adib, B., and Rush, D. (2013). Complexity and health coaching: synergies in nursing. *Nursing Research and Practice*, 2013(1), 238620.
- Mokhatri-Hesari, P., and Montazeri, A. (2020). Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 1-25.
- Muller-Sloof, E., De Laat, H. E. W., Hummelink, S. L. M., Peters, J. W. B., and Ulrich, D. J. O. (2018). The effect of postoperative closed incision negative pressure therapy on the incidence of donor site wound dehiscence in breast reconstruction patients: DEhiscence PREvention Study (DEPRES), pilot randomized controlled trial. *Journal of Tissue Viability*, 27(4), 262-266.
- Nahcivan, N. (1994). Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması: Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 7(33), 109-119.
- Narayanasamy, A., and Penney, V. (2014). Coaching to promote professional development in nursing practice. *British Journal of Nursing*, 23(11), 568-573.
- Noura, S., Kiani, F., Moulaei, N., Tasbandi, M., and Tabas, E. E. (2021). Effect of self-care training on upper limb function and pain after breast cancer surgery. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 10(2). e121095.
- Obeagu, E. I., Ahmed, Y. A., Obeagu, G. U., Bunu, U. O., Ugwu, O. P. C., and Alum, E. U. (2023). Biomarkers of breast cancer: Overview. *Int. J. Curr. Res. Biol. Med*, 1, 8-16.
- Obeagu, E. I., and Obeagu, G. U. (2024). Breast cancer: A review of risk factors and diagnosis. *Medicine*, 103(3), e36905.
- Obeagu, E. I., Babar, Q., Vincent, C. N., Eze, R., Okafor, C. J., Ifionu, B. I., and Udenze, C. L. (2021). Therapeutic targets in breast cancer signaling: a review. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 33(56), 82-99.
- Ooi, A. S., and Song, D. H. (2016). Reducing infection risk in implant-based breast-reconstruction surgery: challenges and solutions. *Breast Cancer: Targets and Therapy*, 2016(8), 161-172.

- Orem, D. E. (2001). *Self-care deficit theory of nursing: Concepts and applications*. (Seventh edition). St. Louis: Mosby, 99-149.
- Özdemir, C., Yaman, R., ve Şendir, M. (2019). Rehber hemşirelik. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1394-1400.
- Özmen, V. (2014). Türkiye'de Meme Kanseri: Klinik ve Histopatolojik Özellikler (13.240 Olgunun Analizi). *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 10(2), 98.
- Öztürk, C., Öztürk, C. N., Platek, M., Soucise, A., Laub, P., Morin, N., and Moon, W. (2020). Management of expander-and implant-associated infections in breast reconstruction. *Aesthetic Plastic Surgery*, 44, 2075-2082
- Palubicka, A., Jaworski, R., Wekwejt, M., Swieczko-Zurek, B., Pikula, M., Jaskiewicz, J., and Zielinski, J. (2019). Surgical site infection after breast surgery: a retrospective analysis of 5-year postoperative data from a single center in Poland. *Medicina*, 55(9), 512.
- Penberthy K.J. and Penberthy D.R. (2024). Psychological impact of breast cancer diagnosis and treatment. *Archives of Women Health and Care*, 7(3), 1-2.
- Platt, J., Baxter, N. N., McLaughlin, J., and Semple, J. L. (2015). Does breast reconstruction after mastectomy for breast cancer affect overall survival? Long-term follow-up of a retrospective population-based cohort. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 135(3), 468e-476e.
- Platt, J., and Zhong, T. (2018). Patient-centered breast reconstruction based on health-related quality-of-life evidence. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(1), 137-143.
- Rastegar, M., Mahmoodi, Z., Saeieh, S. E., Sharifi, N., and Kabir, K. (2020). The effect of health literacy counselling on self-care in women after mastectomy: A randomized clinical trial. *Journal of caring sciences*, 9(1), 39.
- Reinke, L. F., Griffith, R. G., Wolpin, S., Donesky-Cuenco, D., Carrieri-Kohlman, V., and Nguyen, H. Q. (2011). Feasibility of a webinar for coaching patients with chronic obstructive pulmonary disease on end-of-life communication. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 28(3), 147-152.
- Richardson, C., Wicking, K., Biedermann, N., and Langtree, T. (2023). Coaching in nursing: An integrative literature review. *Nursing open*, 10(10), 6635-6649.
- Robertson, S. A., Jeevaratnam, J. A., Agrawal, A., and Cutress, R. I. (2017). Mastectomy skin flap necrosis: challenges and solutions. *Breast Cancer: Targets and Therapy*, 2017(9), 141-152.
- Ross, E., Faw, T., and Covington, K. (2021). Does coaching in the 3rd year of medical school affect stress, anxiety and depression?. *MedRxiv*, 2021(07), 1-20.
- Salgarello, M., Tambasco, D., and Farallo, E. (2012). DIEP flap donor site versus elective abdominoplasty short-term complication rates: A meta-analysis. *Aesthetic Plastic Surgery*, 36, 363-369.

- Savic, S., and Maben, J. (2022). The role of nurse leaders in enhancing patient safety culture: Insights from COVID-19. *Journal of Advanced Nursing*, 78(4), 891-899.
- Schmidt, M. E., Hiensch, A. E., Depenbusch, J., Monninkhof, E. M., Belloso, J., Clauss, D., and Steindorf, K. (2025). Impact of exercise on sexual health, body image, and therapy-related symptoms in women with metastatic breast cancer: The randomized controlled PREFERABLE-EFFECT trial. *International Journal of Cancer*, 157, 490-503.
- Seth, A. K., Hirsch, E. M., Kim, J. Y., Dumanian, G. A., Mustoe, T. A., Galiano, R. D., and Fine, N. A. (2013). Hematoma after mastectomy with immediate reconstruction: An analysis of risk factors in 883 patients. *Annals of Plastic Surgery*, 71(1), 20-23.
- Sezer, H., ve Şahin, H. (2015). Koçluk: Tıp ve sağlık bilimleri. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 14(42), 33-42.
- Simion, L., Petrescu, I., Chitoran, E., Rotaru, V., Cirimbei, C., Ionescu, S. O., and Dogaru, I. M. (2024). Breast reconstruction following mastectomy for breast cancer or prophylactic mastectomy: therapeutic options and results. *Life*, 14(1), 138.
- Sinha, T. (2018). Tumors: Benign and malignant. *Cancer Therapy & Oncology International Journal*, 10(3), 52-54.
- Sun, Y. S., Zhao, Z., Yang, Z. N., Xu, F., Lu, H. J., Zhu, Z. Y., and Zhu, H. P. (2017). Risk factors and preventions of breast cancer. *International Journal of Biological Sciences*, 13(11), 1387.
- Tarus, H. A., Gündüz, C. S., and Demirci, N. (2025). The Use of Orem's Self Care Theory in Postgraduate Theses on Nursing: Türkiye Sample. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 41(3), 519-531.
- Tülüce, D., and Kutlutürkan, S. (2018). The effect of health coaching on treatment adherence, self-efficacy, and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursing Practice*, 24(4), e12661.
- Urtekin, D., and Eroglu, S. A. (2024). Effect of training based on Orem's self-care deficit theory on breast cancer patients' management of chemotherapy-related side effects and self-care behaviors: A randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 73, 102698.
- Van Bommel, A. C. M., De Ligt, K. M., Schreuder, K., Maduro, J. H., Van Dalen, T., Peeters, M. V., and NABON Breast Cancer Audit Working Group. (2020). The added value of immediate breast reconstruction to health-related quality of life of breast cancer patients. *European Journal of Surgical Oncology*, 46(10), 1848-1853.
- Van Dongen, S. I., De Nooijer, K., Cramm, J. M., Francke, A. L., Oldenmenger, W. H., Korfage, I. J., Witkamp, F. E., Stoevelaar, R., van der Heide, A., and Rietjens, J. A. (2020). Self-management of patients with advanced cancer: A systematic review of experiences and attitudes. *Palliative Medicine*, 34(2), 160-178.
- Van Maaren, M. C., de Munck, L., Jobsen, J. J., Poortmans, P., de Bock, G. H., Siesling, S., and Strobbe, L. J. (2016). Breast-conserving therapy versus mastectomy in T1–2N2

- stage breast cancer: A population-based study on 10-year survival. *Breast Cancer Research and Treatment*, 160(3), 511-521.
- Venkat, R., Lee, J. C., Rad, A. N., Manahan, M. A., and Rosson, G. D. (2012). Bilateral autologous breast reconstruction with deep inferior epigastric artery perforator flaps: Review of a single surgeon's early experience. *Microsurgery*, 32(4), 275-280.
- Vitale, E., Maistrello, L., Motamed-Jahromi, M., Avino, K., and Rizzo, A. (2024). Effect of health coaching on anxiety and depression conditions among cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychopathology*, 30(4), 252-261.
- Wei, M., Zhang, L., Xu, J., and Chen, Y. (2024). The implementation and effectiveness of progressive rehabilitation nursing on quality of life, self-care ability, and psychological status in patients with breast cancer after modified radical mastectomy. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 31(3), 65-71.
- Westcott, L. (2016). How coaching can play a key role in the development of nurse managers. *Journal of Clinical Nursing*, 25(17-18), 2669-2677.
- Whitmore, J., (2022). *Performans için koçluk*. (Çev: B. Erol). İstanbul. Paloma Yayınevi. (Eserin orijinali 2017'de yayımlandı), 55-87.
- Whitworth, L., Kimsey-House, K., ve Kimsey-House, H. (2015). *İşte ve hayatta ortak başarı için yeni yöntemler: Koaktif koçluk* (Çev. K. Çetinkaya). İstanbul: MediaCat Yayıncılık. (Eserin orijinali 2008'de yayımlandı), 25-54.
- Wignarajah, P., Forouhi, P., and Malata, C. M. (2020). The past, the present and the future of UK breast reconstruction—are our practices outdated in 2020?. *Gland Surgery*, 9(4), 1076.
- Wilkins, E. G., Hamill, J. B., Kim, H. M., Kim, J. Y., Greco, R. J., Qi, J., and Pusic, A. L. (2018). Complications in postmastectomy breast reconstruction: one-year outcomes of the Mastectomy Reconstruction Outcomes Consortium (MROC) study. *Annals of Surgery*, 267(1), 164-170.
- Wolever, R. Q., Dreusicke, M., Fikkan, J., Hawkins, T. V., Yeung, S., Wakefield, J., and Skinner, E. (2010). Integrative health coaching for patients with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 36(4), 629-639.
- Xia, C., Dong, X., Li, H., Cao, M., Sun, D., He, S., and Chen, W. (2022). Cancer statistics in China and United States, 2022: Profiles, trends, and determinants. *Chinese Medical Journal*, 135(5), 584-590.
- Yang, S., Yu, L., Zhang, C., Xu, M., Tian, Q., Cui, X., and Zhang, W. (2023). Effects of decision aids on breast reconstruction: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7-8), 1025-1044.
- Yurdugül, H. (2005, Eylül). *Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması*. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi'nde sunuldu, Denizli.

- Zehra, S., Doyle, F., Barry, M., Walsh, S., and Kell, M. R. (2020). Health-related quality of life following breast reconstruction compared to total mastectomy and breast-conserving surgery among breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer*, 27(4), 534-566.
- Zhang, L., and Pan, W. (2021). Effect of a nursing intervention strategy oriented by Orem's self-care theory on the recovery of gastrointestinal function in patients after colon cancer surgery. *American Journal of Translational Research*, 13(7), 8010.
- Zheng, F., Cai, J., Fan, X., Zhong, W., and Li, C. (2020). The influence of self-care ability, psychological pain, and social support on the quality of life of breast cancer patients. *International Journal of Social Sciences in Universities*, 3(3), 281-285.
- Zheng, L., Chen, J., Wang, H., Peng, D., Lu, Y., Liu, S. E., and Xu, C. (2024). Effectiveness of a nurse-led coaching in self-care intervention for elderly undergoing total laryngectomy: A randomised controlled trial. *BMJ Open*, 14(12), e078948.



EKLER

EK-1. EORTC QLQ-C30 ve BR42 Yaşam Kalitesi Ölçekleri Etki Büyüklüğü ve Güç Düzeyleri

Ölçekler	Cohen's d Etki Büyüklüğü	Güç Düzeyi
EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Sağlık Alt Boyutu	1,575	0,9999
EORTC QLQ-C30 Genel Sağlık Alt Boyutu	0,943	0,9414
EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyutu	2,258	1,0000
EORTC QLQ-BR42 Fonksiyonel Sağlık Alt Boyutu	0,174	0,0997
EORTC QLQ-BR42 Semptom Alt Boyutu	0,988	0,9586

EK-2. Randomize Çalışma Rapor Kontrol Listesi (CONSORT-2025)

CONSORT 2025 kontrol listesi

Bölüm/başlık	Madde Numarası	Kontrol listesi Maddesi	Sayfa Numarası
Başlık ve özet			
	1a	Başlıkta randomize bir çalışma olarak tanımlama	i
	1b	Çalışma dizaynı, yöntemler, bulgular ve sonuçlarının yapılandırılmış özeti	iv-v
Açık Bilim			
Çalışma kaydı	2	Çalışmanın kaydedildiği veritabanının adı, kayıt numarası (URL ile) ve kayıt tarihi	34
Protokol ve istatistiksel analiz planı	3	Araştırma protokolüne ve istatistiksel analiz planına nereden erişilebileceği	34
Veri paylaşımı	4	Kimlik bilgilerinden arındırılmış bireysel katılımcı verilerine (veri sözlüğü dahil), istatistiksel kodlamalara ve diğer materyallere nereden ve nasıl erişilebileceği	-
Finansman Çıkar Çatışmaları	5a	Finansman kaynakları ve diğer destekler (örn., ilaç temini) ve fonlayıcıların araştırmanın tasarımı, yürütülmesi, analizi ve raporlanmasındaki rolü	-
	5b	Makale yazarlarının finansal ve diğer çıkar çatışmaları	-
Giriş			
Temel bilgiler ve gerekçe	6	Bilimsel arka plan ve gerekçenin açıklanması	1-6
Hedefler	7	Faydalar ve zararlara dair özel hedefler	5-6
Yöntemler			
Hasta ve toplum katılımı	8	Araştırmanın tasarımı, yürütülmesi ve raporlanmasında hasta veya toplum katılımının ayrıntıları	-
Çalışma dizaynı	9	Çalışma türü (örn., paralel grup, çaprazlama), gruplara atama oranı ve çalışmanın çerçevesi (üstünlük, eşdeğerlik, keşifsel) dahil olmak üzere çalışma tasarımının tanımlanması	34
Çalışma protokolündeki değişiklikler	10	Önceden belirlenmemiş sonuçlar veya analizler de dahil olmak üzere, çalışma başladıktan sonra yapılan önemli değişiklikler ve nedenleri	-
Çalışma ortamı	11	Araştırmanın yürütüldüğü ortamlar (örn., toplum, hastane) ve yerler (örn., ülkeler, merkezler)	34-35
Uygunluk kriterleri	12a	Katılımcıların uygunluk kriterleri	36-37
	12b	Varsa, merkezler ve müdahaleleri uygulayan kişilerin uygunluk kriterleri (örn., cerrahlar, fizyoterapistler)	40-41
Müdahale ve karşılaştırma	13	Tekrarlara izin verecek kadar yeterli şekilde ayrıntılandırılmış müdahale ve karşılaştırma. Uygun olduğu hallerde müdahale ve karşılaştırma grubunu açıklayan ek materyallere (örn., müdahale kılavuzu) nereden erişilebileceği	34-49
Sonlanımlar	14	Tek tek ölçüm (sayısal) değişkenleri (örn., sistolik kan basıncı), analiz ölçütleri (örn., başlangıçtan itibaren değişim, nihai değer, olaya kadar geçen süre), havuzlama yöntemi (örn., medyan, oran) ve her sonlanımın belirlenme zamanı dahil olmak üzere önceden belirlenmiş birincil ve ikincil sonlanımlar	37
Zararlar	15	Zararların nasıl tanımlandığı ve değerlendirildiği (örn., sistematik, sistematik olmayan)	-
Örneklem büyüklüğü	16a	Örneklem büyüklüğü hesabını destekleyen tüm kabuller de dahil olmak üzere örneklem büyüklüğünün nasıl belirlendiği	35-36
	16b	Ara analizlerin ve durdurma yönergelerinin açıklanması	36-37

EK-2. (devam) Randomize Çalışma Rapor Kontrol Listesi (CONSORT-2025)

Randomizasyon	Dizi oluşturma	17a	Rastgele atama dizisini kimin oluşturduğu ve kullanılan yöntem	36
		17b	Randomizasyon türü ve kullanılan kısıtlamaların ayrıntıları (örn., tabakalama, bloklama ve blok boyutu)	36
	Atamanın gizlenme yöntemi	18	Rastgele atama sırasını uygularken kullanılan mekanizma (örn., merkezi bilgisayar/telefon; sırayla numaralandırılmış, opak, mühürlü kaplar/zarflar). Müdahale grubuna atanana kadar sırayı gizli tutmak için alınan önlem ve adımları da içerecek şekilde	36
	Uygulama	19	Süreçte yer alan ve katılımcıları müdahalelere kaydeden personelin rastgele atama dizisine erişimi olup olmadığı	36
Körleme		20a	Müdahalelere atandıktan sonra kimlerin kör olduğu (örn., katılımcılar, bakım sağlayıcılar, sonlanımı değerlendirenler, veri analistleri)	36
		20b	Körleme uygulandıysa, körlemenin ve müdahalelerin benzerliğinin nasıl sağlandığının açıklaması	36
İstatistiksel yöntemler		21a	Zararlar da dahil olmak üzere, grupları birincil ve ikincil sonlanımlar yönünden karşılaştırmak için kullanılan istatistiksel yöntemler	48
		21b	Her analize kimin (örn., randomize edilen tüm katılımcılar) ve hangi grupta dahil edildiğinin tanımlanması	48
		21c	Analiz esnasında eksik verilerin nasıl yönetildiği	48
		21d	Uygulanan ek analizlerin yöntemleri (örn., alt grup ve duyarlılık analizleri)	48
Bulgular				
Katılımcı akışı (bir diyagram şiddetle önerilir)		22a	Her grup için, rastgele ayrılan, planlanan tedaviyi alan ve birincil sonuçlar için analiz edilen katılımcı sayısı	38
		22b	Her grup için, randomizasyondan sonraki kayıplar ve hariç bırakmalar, nedenleriyle birlikte	38
Çalışmaya alım		23a	Çalışmaya alım ve izlem sürelerini tanımlayan tarihler	34
		23b	Çalışma neden sonlandırıldı veya durduruldu	-
Müdahale ve karşılaştırmanın uygulanması		24a	Gerçekte uygulandıkları şekliyle müdahale ve karşılaştırma (örn., kimin müdahale/karşılaştırmayı uyguladığı, katılımcıların ne kadar uyum sağladığı, amaçlandığı gibi uygulanıp uygulanmadığı)	41-47
		24b	Her grupta çalışma esnasında verilen eşzamanlı diğer bakımlar	-
Başlangıç verileri		25	Başlangıçtaki demografik ve klinik özellikleri her grup için gösteren bir tablo	50
Analiz edilen, sonlanım ölçülen ve istatistikleri hesaplananların sayısı		26	Her bir birincil ve ikincil sonlanım için, gruba göre: • Analize dahil edilen katılımcı sayısı • Sonlanımın gerçekleştiği zaman noktasında verisi mevcut katılımcı sayısı • Her grup için sonuç, tahmini etki büyüklüğü ve kesinliği (%95 güven aralığı gibi) • Dikotom sonlanımlar için hem mutlak hem de göreceli etki büyüklüğünün verilmesi	36, 38
Zararlar		27	Her grupta bütün önemli zararlar veya istenmeyen olaylar	-
Yardımcı analizler		28	Önceden kararlaştırılan ve sonradan yapılanları birbirinden ayırarak ifade etmek koşuluyla uygulanan tüm diğer analizler, alt grup ve duyarlılık analizleri de dahil olmak üzere.	50
Tartışma				
Yorumlama		29	Sonuçlarla tutarlı, faydaları ve zararları dengeleyen ve ilgili diğer kanıtları dikkate alan yorum	62-64
Kısıtlılıklar		30	Olası yanlışlık kaynakları, belirsizlikler, genellenebilirlik ve varsa analiz sayısının çokluğundan kaynaklanan çalışma kısıtlılıkları	49

EK-3. Tanıtıcı Bilgiler Formu

Tanıtıcı Bilgiler Formu

Arş. Gör. Nihal YILDIZ EMRE

Prof. Dr. Sevil GÜLER

Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Katılımcı No:

1. Telefon numaranız: 0 (5.....)**2. Hangi hastanede ameliyat oldunuz?**

a. Gazi Üniversitesi Hastanesi

b. Etlik Şehir Hastanesi

3. Yaş:**4. Boy:****5. Kilo:****6. Medeni durumunuz:**

a. Bekar

b. Evli

7. Eğitim durumunuz:

a. Okur-yazar

c. Ortaokul

e. Yükseköğretim ve

b. İlkokul

d. Lise

üstü

8. Ne tür bir ailede yaşıyorsunuz?

a. Çekirdek

b. Geniş

c. Diğer

9. Ailede memede kitle öyküsü olan var mı?

a. Yok

b. Var, kimde? (.....)

10. Kronik hastalığınız var mı?

a. Yok

b. Var (.....)

11. Kemoterapi/radyoterapi aldınız mı?

a. Almadım

c. Radyoterapi aldım

b. Kemoterapi aldım

d. Her ikisini de aldım

12. Sigara kullanıyor musunuz?

a. Hayır kullanmıyorum

b. Kullanıyordum ameliyat/televi sürecinde bıraktım. Yeniden başlamak istemiyorum.

c. Kullanıyordum ameliyat/televi sürecinde bıraktım. Taburculuk sonrası kullanmaya devam edebilirim. (Günde kaç adet kullanıyordunuz?.....)

d. Kullanıyorum (Günde kaç adet kullanıyorsunuz?.....)

13. Meme onarımı ameliyatı olmaya nasıl karar verdiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz?)

a. Doktorum önerdi

c. Yakın çevrem/arkadaşlarım önerdi

b. Eşim/partnerim önerdi

d. Kendim karar verdim.

EK-3. (devam) Tanıtıcı Bilgiler Formu

14. Ameliyat sonrası için nasıl hissediyorsunuz?

- | | |
|--------------|------------------|
| a. Heyecanlı | c. Ümitli |
| b. Korkulu | d. Diğer (.....) |

15. Geçirilen meme cerrahisi türü nedir?

- a. Modifiye radikal mastektomi
- b. Total/basit mastektomi
- c. Meme koruyucu cerrahi
- d. Meme cerrahisi + eş zamanlı rekonstrüksiyon

16. Geçirilen rekonstrüktif cerrahi türü nedir?

- | | | |
|--------------|-----------------------|----------|
| a. DIEP flep | d. Doku genişleticisi | e. Diğer |
| b. TRAM flep | yerleştirilmesi | (.....) |
| c. İmplant | | |

17. Koltukaltı lenf nodları alındı mı?

- | | |
|---------|----------|
| a. Evet | b. Hayır |
|---------|----------|

18. Taburculuk sonrası evde bakımınızı nasıl yapacağınızı dair bilgi aldınız mı?

- | | |
|---------|----------|
| a. Evet | b. Hayır |
|---------|----------|

19. Taburculuk sonrası dönem için size aşağıdaki konulardan hangisi ile ilgili bilgi verildi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- | | |
|--|----------------------------------|
| a. Kolda şişmenin önlenmesi | g. Ağrı yönetimi |
| b. Egzersizlerin başlama zamanı | h. Hareketlerin nasıl yapılacağı |
| c. Yara iyileşmesi | i. Enfeksiyonların önlenmesi |
| d. Yara yeri bakımı | j. Kanamanın önlenmesi |
| e. Beden imajındaki değişikliklerin yönetimi | k. Flep bölgesinin bakımı |
| f. Sosyal yaşama ilişkin sorunların yönetimi | l. Cinsel yaşamın yönetimi |
| | m. Diğer |
| | (.....) |

20. Bu bilgiyi kimden aldınız?

- | | |
|------------|---------------------------|
| a. Doktor | c. Diğer sağlık personeli |
| b. Hemşire | |

21. Aldığınız bilgi taburculuk sonrası kendi bakımınızı yapmak konusunda sizi yeterli hissettiriyor mu?

- a. Evet
- b. Kısmen
- c. Hayır

EK-3. (devam) Tanıtıcı Bilgiler Formu

AMELİYATTAN 3 AY SONRA**Adı Soyadı:****22. Ameliyat sonrası hastaneye geldiniz mi?**

- a. Evet b. Hayır

23. Hastaneye geliş sebebiniz neydi?

- a. Dikişleri aldirmek için
b. Kontrol için
c. Sorun yaşadığım için, lütfen sorunu belirtiniz (.....)
d. Diğer (.....)

24. Taburculuktan sonra bugüne kadar sağlığınızla ilgili sorun yaşadınız mı?

- a. Evet b. Hayır

25. Yaşadığınız sorunu belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. Drenlerle ilgili e. Hareket
b. Yara yeriyle ilgili f. Bireysel hijyen
c. Ağrı g. Diğer (.....)
d. Flep bölgesiyle ilgili

26. Bu sorunu nasıl çözdünüz?

- a. Kendiliğinden geçmesini bekledim
b. İnternette baktım
c. Hastaneye geldim
d. Diğer (.....)

EK-4. Öz Bakım Gücü Ölçeği

ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

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

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1. Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2. Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3. Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4. Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5. Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	()	()	()	()	()
6. Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7. Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	()	()	()	()	()
8. Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9. Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10. Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()
11. Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12. Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13. Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.	()	()	()	()	()
14. Sağlığuma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	()	()	()	()	()
15. Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16. Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()

EK-4. (devam) Öz Bakım Gücü Ölçeği

17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım.	()	()	()	()	()
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()
19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.	()	()	()	()	()
20.Kendimle dostum.	()	()	()	()	()
21.Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()	()
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25.Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	()	()	()	()	()
27. Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	()	()	()	()	()
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.	()	()	()	()	()
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	()	()	()	()	()

EK-5. EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR42 Yaşam Kalitesi Ölçeği

TURKISH

**EORTC QLQ-C30 (version 3.0)**

Siz ve sağlığınız hakkında bazı şeylerle ilgileniyoruz. Lütfen soruların tamamını size en uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlış” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

Bugünkü tarih (Gün, Ay, Yıl):

31 | | | | | | |

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2. Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tualeti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6. İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4

Lütfen sonraki sayfaya geçiniz

EK-5. (devam) EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR42 Yaşam Kalitesi Ölçeği

TURKISH

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
17. İşhal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ila 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız29. Geçen haftaki sağlığınıza genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

EK-5. (devam) EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR42 Yaşam Kalitesi Ölçeği

TURKISH

**EORTC QLQ-BR42**

Hastalar bazen aşağıdaki belirtilerin ya da problemlerin olduğunu bildirirler. Lütfen bu belirti ya da problemleri geçtiğimiz hafta boyunca ne ölçüde yaşadığınızı belirtiniz. Lütfen size en uygun olan cevabın numarasını yuvarlak içine alınız.

Geçtiğimiz hafta boyunca:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
31. Ağzınızda kuruma oldu mu?	1	2	3	4
32. Yediklerinizde ve içtiklerinizde her zamankinden farklı bir tat var mıydı?	1	2	3	4
33. Gözlerinizde ağrı, tahriş veya sulanma oldu mu?	1	2	3	4
34. Herhangi bir şekilde saçınız döküldü mü?	1	2	3	4
35. Bu soruyu yalnızca saçınızda herhangi bir dökülme olduysa yanıtlayınız: Saçınızın dökülmesinden dolayı sıkıntı duydunuz mu?	1	2	3	4
36. Kendinizi hasta veya rahatsız hissettiniz mi?	1	2	3	4
37. Sıcak basmaları oldu mu?	1	2	3	4
38. Başınızda ağrı oldu mu?	1	2	3	4
39. Hastalığınız veya tedaviniz nedeniyle kendinizi daha az çekici/cezbetici hissettiniz mi?	1	2	3	4
40. Hastalığınız veya tedaviniz nedeniyle kendinizi daha az kadınsı hissettiniz mi?	1	2	3	4
41. Kendinizi çıplak olarak görmekte zorlandığınız oldu mu?	1	2	3	4
42. Vücudunuzdan memnuniyetsizlik duyduğunuz oldu mu?	1	2	3	4
43. Gelecekteki sağlığınız için endişe duydunuz mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz 4 hafta boyunca:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Geçersiz
44. Cinsellikle ne derece ilgiliydiniz?	1	2	3	4	
45. Cinsel olarak aktif miydiniz (cinsel birleşme olsun ya da olmasın)?	1	2	3	4	
46. Cinsellikten zevk aldınız mı?	1	2	3	4	Geçersiz

Lütfen sonraki sayfaya geçiniz

EK-5. (devam) EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR42 Yaşam Kalitesi Ölçeği

TURKISH

Geçtiğimiz hafta boyunca:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
47. Kolunuzda veya omzunuzda herhangi bir ağrı oldu mu?	1	2	3	4
48. Kolunuzda veya elinizde şişme oldu mu?	1	2	3	4
49. Kolunuzu kaldırmakta veya yana doğru hareket ettirmekte probleminiz oldu mu?	1	2	3	4
50. Hasta olan memenizin bulunduğu bölgede herhangi bir ağrı hissettiniz mi?	1	2	3	4
51. Hasta olan memenizin bulunduğu bölgede şişme oldu mu?	1	2	3	4
52. Hasta olan memenizin bulunduğu bölgede (örneğin dokununca) aşırı hassasiyet oldu mu?	1	2	3	4
53. Hasta olan meme bölgenizde cilt sorunlarınız oldu mu? (örn: kaşıntı, kuruma, pullanma)	1	2	3	4
54. Aşırı derecede terlemeniz oldu mu?	1	2	3	4
55. Duygudurumunuz değişkenlik gösterdi mi?	1	2	3	4
56. Baş dönmeniz oldu mu?	1	2	3	4
57. Ağızınızda acılık oldu mu?	1	2	3	4
58. Ağızınızda herhangi bir kızarıklık oldu mu?	1	2	3	4
59. Ellerinizde ya da ayaklarınızda ağrı oldu mu?	1	2	3	4
60. Ellerinizde ya da ayaklarınızda herhangi bir kızarıklık oldu mu?	1	2	3	4
61. El ya da ayak parmaklarınızda karıncalanma oldu mu?	1	2	3	4
62. El ya da ayak parmaklarınızda uyuşma oldu mu?	1	2	3	4
63. Eklemlerinizde problem oldu mu?	1	2	3	4
64. Eklemlerinizde sertlik/katılık oldu mu?	1	2	3	4
65. Eklemlerinizde ağrı oldu mu?	1	2	3	4
66. Kemiklerinizde sızı ya da ağrı oldu mu?	1	2	3	4
67. Kilo aldınız mı?	1	2	3	4

Lütfen sonraki sayfaya geçiniz

EK-5. (devam) EORTC QLQ-C30 ve QLQ-BR42 Yaşam Kalitesi Ölçeği

TURKISH

Geçtiğimiz 4 hafta boyunca:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
68. Vajinanızda (cinsel organınızda) rahatsızlık oldu mu?	1	2	3	4

Lütfen aşağıdaki iki soruyu yalnızca eğer cinsel faaliyetiniz olduysa cevaplayın:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
69. Cinsel faaliyet sırasında vajinanızda (cinsel organınızda) ağrı oldu mu?	1	2	3	4
70. Cinsel faaliyet sırasında vajinanızda (cinsel organınızda) kuruluk hissettiniz mi?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta boyunca:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Geçersiz
71. Ameliyatın estetik sonuçlarından memnun kaldınız mı?	1	2	3	4	Geçersiz
72. Hasta olan memenizin derisinin görünüşünden hoşnut oldunuz mu (göğüs bölgesi)?	1	2	3	4	Geçersiz

EK-6. Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programına İlişkin Memnuniyet Formu

Aşağıdaki soruları 1-hiç, 10-en yüksek olmak üzere puanlayarak yanıtlayınız.

1. Koçluk programı öz bakım gücümü artırmada etkili oldu.

(1 hiç etkili olmadı – 10 çok etkili oldu.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Koçluk programı yaşam kalitemi artırmada etkili oldu.

(1 hiç etkili olmadı – 10 çok etkili oldu.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Koçluk programından memnun kaldım

(1 hiç memnun kalmadım – 10 çok memnun kaldım.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Programın geliştirilmesine yönelik görüş ve önerileriniz:

EK-7. Koçluğun Sanatı ve Yetkinlikleri Sertifikası



EK-8. Bütünsel Yaşam Koçluğu Sertifikası



EK-9. Bütünsel Koçluk Sertifikası



EK-10. VII. Meme Kanseri Hemşireliği Kursu Katılım Belgesi

		
KATILIM BELGESİ		
Sayın Nihal Yıldız EMRE		
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi , Onkoloji Hemşireliği Derneği ve Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi tarafından 21-23 EYLÜL 2022 tarihinde düzenlenen “VII. MEME KANSERİ HEMŞİRELİĞİ KURSU” na katılmıştır.		
Prof. Dr.  Gürsoy	Dr. Öğretim Üyesi Fatma Arıkan	Sağlık Hizmetleri Müdürü
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Kamile Celik Akdeniz Üniversitesi Hastanesi

EK-11. Hedef Planlama Aracı

HEDEFİM:

EYLEM ADIMIM (NE YAPABİLİRİM)	NASIL YAPABİLİRİM	KİMLERDEN DESTEK ALABİLİRİM	HANGİ ENGELLERLE KARŞILAŞABİLİRİM	ENGEL ÇIKARSA NE YAPARIM	NE ZAMANA KADAR YAPABİLİRİM	NE KADAR KARARLIYIM	KARARLIĞIMI NE DESTEKLER

EK-12. Koçluk Oturumu Hazırlık Aracı

1. Bugün kendimi nasıl hissediyorum? Tüm hafta boyunca neler hissettim?

.....

2. Bugünkü görüşmeden ne ile ayrılmak istiyorum?

.....

3. Son görüşmemizden bu yana neler yaptım?

.....

4. Bugün hangi konuda görüşmek istiyorum?

.....

5. Bugün görüşmede hangi konularda daha derine inmeye hazırım?

.....

6. Diğer...(kendi sorunuzu ve cevabınızı yazabilirsiniz)

.....

EK-13. Tanışma Oturumu Akış Aracı

Bu form hasta ile yapılacak ilk görüşmedeki akışı ifade etmektedir.

Tanışma Oturumu Akış Aracı

- Koç ve hasta kendini tanıtır.
- Koç eğitim geçmişi ve uzmanlıkları konusunda bilgi verir.
- Görüşmenin nasıl ilerleyeceği açıklanır.
- Koçluk hakkında bilgi verilir.
- Koçluk ve terapinin karıştırılmaması için koç bilgilendirme yapar. (Koçluk terapi değildir. "Konular" üzerinde çalışmıyorum ya da geçmişi eşelemiyorum. O işi size bırakıyorum. Danışanlarımın bir bütün ve tamamen işlevsel olduğunu farz ediyorum. Bugün nerede olduğunuza bakacağız ve engelleri kaldırmanıza, ilerlemenize, öz bakım gücünüzü ve yaşam kalitenizi artırmak için hedefler belirlemenize ve istediğiniz hayatı yaratmanıza yardımcı olacağım. Eğer herhangi bir sebepten dolayı başka türlü ve tedavi edici (terapötik) profesyonel hizmet almanız gerektiğini hissederseniz, ihtiyacınız olan desteği almanızı isteyeceğim.
- Görüşmelerin güvenliği ve mahremiyeti hakkında konuşulur.
- Görüşmelere geç kalınması, ertelenmesi ya da kaçırılması durumunda etkilerinden bahsedilir.
- Koçluk sürecine bağlılık hakkında konuşulur. İnsan olmanın getirdikleri tartışılarak değişimin zaman aldığından bahsedilir.
- Meme Onarımı Hastaları için Hemşire Liderliğinde Koçluk Programı Hizmeti Anlaşması doldurulur.
- Görüşme takvimi planlanır.
- Hastaya teşekkür edilir.

EK-14. Meme Onarımı Hastaları için Değerler Çalışması

[illegible]

EK-15. Meme Onarımı Hastalarında Yaşam Çarkı

	MEME ONARIMI AMELİYATINI İÇİNDENİ İÇERİMLERİ	MİYECUT TATMIN DÜĞERİ	İSTİĞİĞİ	OLMAMINI İSTEDİĞİM
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

MİYECUT TATMIN DÜĞERİ

OLMAMINI İSTEDİĞİM

Meme Onarımı Hastalarında GZFT Analizi Çalışması

M					
---	--	--	--	--	--

EK-17. Koçluk Oturumu Akış Aracı

Bu form yalnızca akışı özetlemesi için oluşturulmuştur. Koç ile Danışan arasında ne olduysa, öyle olması gerektiği için olmuştur.

- Hoş geldiniz. Bildiğiniz gibi sizinle bugüne kadar dört hafta boyunca yarı yapılandırılmış koçluk görüşmeleri yaptık. Bu görüşmeler meme onarımı ameliyatınıza ilişkin değerler çalışmasını, yaşam çarkı ve SWOT analizi uygulamalarını içeriyordu. Öncelikle bugüne kadar olan görüşmeler sizin için nasıl geçti? Hayatınızı nasıl etkiledi?
- Bu süreçten sonra meme onarımı ameliyatınız ile ilgili sizin hayatınızı destekleyecek hangi konuda konuşmak bugün sizin için iyi olur?

-
-
-
-
-
-
-
-

vermek üzerine hedef belirleyebiliriz. Hangisi sizin için kulağa daha hoş geliyor?

EK-18. (devam) Koçluk Oturumlarında İhtiyaç Duyulduğunda Kullanılacak Araçlar

Duyguyla Temas Tekniği Uygulama Aracı

- İzinle bir teknik uygulamak istiyorum. Bu yaşadığın durumun nedenini anlamak istiyordun bu tekniğin katkı sağlayabileceğini düşünüyorum.

A large empty rectangular box for writing, with a vertical line of dots on the left side. The dots are evenly spaced and extend from the top to the bottom of the box. The box is intended for the user to write their response to the question above.

- Bir engel çıkarsa ne yapacaksın?

EK-19. Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 05.04.2023-E.628450



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Komisyonu

Sayı : E-77082166-302.08.01-628450
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

05.04.2023

Dağıtım Yerlerine

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı **Doktora Öğrencisi Nihal YILDIZ EMRE'nin, Doç.Dr. Sevil GÜLER'in** danışmanlığında yürüttüğü **"Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programının Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesine Etkisi"** adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **21.03.2023** tarih ve **05** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Araştırma Kod No: 2023 - 452

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

Ek:1 Liste
DAĞITIM
Gereği:
Sayın Doç. Dr. Sevil GÜLER

Bilgi:
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Belge Doğrulama Kodu :BSA7SN83T3

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys>

Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :<http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>
Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için :Nursel Güner
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 20 57



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-19. (devam) Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 05.04.2023-E.628450	GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ
--	---

TOPLANTI TARİHİ : 21.03.2023		TOPLANTI SAYISI : 05	
ADI – SOYADI		İMZA	
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA BAŞKAN			
Prof.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA BAŞKAN YRD.			
Prof.Dr.C.Haluk BODUR			
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN			
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER			
Prof.Dr.İlkay ULUTAŞ			
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ			
Prof.Dr.Kemalettin DENİZ			
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ			
Prof.Dr.İlyas OKUR			
Prof.Dr.Nihan KAFA			
Doç.Dr.Melek Gülşah ŞAHİN			
Doç.Dr. Gökhan DELİCEOĞLU			
Doç.Dr.Elvan İNCE AKA			

EK-20. GÜSAUM Tez Uygulama İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 08.05.2023-E.646660



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-62466882-199-646960
Konu : Arş. Gör. Nihal YILDIZ EMRE-
Tez Veri İzni

05.05.2023

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 18.04.2023 tarihli ve 42000842-199- 638597 sayılı yazı.

İlgili yazı incelenmiş olup, Arş. Gör. Nihal YILDIZ EMRE'nin tez çalışmasını bölümümüzde uygulaması uygun görülmüştür.
Bilgilerinize saygılarımla sunarım.

Prof. Dr. M. Sühan AYHAN
Anabilim Dalı Başkanı

Belge Doğrulama Kodu : BS479L2AJ3

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys>



Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 06500 Beşevler/ANKARA
Tel:0 (312) 212 68 40 Faks:0 (312) 221 32 02
e-Posta : tip@gaazi.edu.tr İnternet Adresi : <http://med.gazi.edu.tr/>
Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için : Mualla Cemre YOĞURTÇUOĞLU
Birim Evrak Sorumlusu
Telefon No:03122026418



EK-21. Ankara Etlik Şehir Hastanesi Tez Uygulama İzin Yazısı



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Etlik Şehir Hastanesi Başhekimliği



Sayı : E-97367300-514.01.02-281195369
Konu : Nihal YILDIZ EMRE
(Tez Çalışması)

07.07.2025

ANKARA EĞİTİM VE TESCİL BİRİMİ

İlgi : 26.03.2025 tarihli ve E-90739940-799-272412587 sayılı yazınız.

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalı öğretim üyesi Prof.Dr. Sevil GÜLER'in danışmanlığında, doktora öğrencisi Nihal YILDIZ EMRE'nin "Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programının Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu çalışmasının Hastanemizde yapılmasına ilişkin talep yazısı incelenmiş olup anılan çalışmanın Hastanemizde yapılması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Mustafa ALİMOĞULLARI
Koordinatör Başhekim a.
Koordinatör Başhekim Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 41650693-D32B-45C6-96F1-5D90936CAB1E

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>

Varlık Mahallesi, No.5, Halil Sezai Erkut Cd., Yenimahalle/Ankara 06170
Telefon No: (0312) 797 00 00
e-Posta: iletisim@ankara.etliksehir.saglik.gov.tr
Kep Adresi:

Bilgi için: Sümeyye SARITAŞ
Tıbbi Sekreter
Telefon No: 0312 797 00 00 - 123098



EK-22. Ankara Etlik Şehir Hastanesi Tez Uygulaması için Servis İzin Yazısı

19.02.2025

KURUM İZNİ FORMU

ANKARA
ETLİK ŞEHİR HASTANESİ
PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ KLİNİĞİ
EĞİTİM SORUMLUSUNA

Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktayım. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü'nde doktora eğitimim devam etmektedir. Tez çalışmamı kurumunuz Nöroloji-Ortopedi Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği'ne başvuran hastalar üzerine yapmak istiyorum. Prof. Dr. Sevil GÜLER'in danışmanı olduğu, Arş. Gör. Nihal YILDIZ EMRE'nin tez çalışması olan **"Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programının Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesine Etkisi"** isimli araştırmanın etik onayını 05.04.2023 tarihinde E-77082166-302.08.01-628450 karar numarası ile almış bulunmaktayım. Tez araştırmasına ait etik komisyon kararı, araştırmanın özeti ve çalışmanın nasıl yürütüleceğine dair detaylı bilgiler ekte sunulmuştur.

Tez araştırmamı yapabilmem için gerekli kurum iznini vermenizi saygılarımla arz ederim.

Tez sahibinin
Ad-Soyad
İmza
Nihal YILDIZ EMRE

Tezin Yapılacağı İlgili Kliniğin Eğitim Sorumlusu
Ad-Soyad
İmza

EK:

- Etik Komisyon Kararı
- Araştırmanın Özeti

EK-23. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-3
19.12.2017T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 05/04/2023 tarih / E-77082166-302.08.01-628450 sayılı ile izin alınan ve Prof. Dr. Sevil GÜLER'in danışmanlığında Arş. Gör. Nihal YILDIZ EMRE tarafından yürütülen "Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programının Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Araştırmanın Amacı	Bu çalışmanın amacı, meme onarımı ameliyatı yapılan hastalara taburculuk sonrası 12 hafta boyunca çevrimiçi görüşmeler yoluyla uygulanacak olan hemşire liderliğinde koçluk programının hastaların öz bakım gücüne ve yaşam kalitesine etkisini araştırmaktır.
Araştırmanın Yöntemi	Araştırma deney ve kontrol gruplu deneysel bir araştırmadır. Araştırmada, öncelikle sizlerle görüşülerek çalışma ile ilgili bilgi verilecek, gönüllü olarak katılmayı kabul ettiğinizde Bilgilendirilmiş Onam Formu ve Tanıtıcı Bilgiler Formu doldurulacaktır. Çalışmanın ön test uygulaması için Öz Bakım Gücü Ölçeği ve EORTC QLQ 30-BR42 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanacaktır. Veri toplama araçları uygulandıktan sonra sizleri basit rastgele randomizasyon yöntemi ile müdahale ve kontrol gruplarına atayacağız. Kontrol grubundaki hastalara mevcut hastane prosedürü uygulanacak, 12 hafta sonra kontrol için kliniğe geldiklerinde son test için aynı ölçekler yeniden uygulanacaktır. Müdahale grubundaki hastalara ise taburculuk sonrası 12 hafta boyunca ilk 6 hafta haftada bir, ikinci 6 hafta iki haftada bir çevrimiçi görüntülü görüşmeler (Zoom, Skype, WhatsApp vb.) ile koçluk yapılacaktır. Müdahale grubundaki hastalara da 12 hafta sonra kontrol için kliniğe geldiklerinde son test için aynı ölçekler yeniden uygulanacaktır. Anket formlarının yanıtlanması yaklaşık 20 dakikanızı alacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)	03 Mayıs 2025 – 30 Aralık 2026
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	60
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Plastik Rekonstrüktif ve El Cerrahisi Kliniği Ankara Etlik Şehir Hastanesi Nöroloji-Ortopedi Hastanesi Plastik Cerrahi Servisi (A-B)
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☒ Hayır ☐

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

EK-23. (devam) Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-3
19.12.2017**Araştırma yürütücüsü (Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)**

Adı ve Soyadı	Prof. Dr. Sevil GÜLER	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu	Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi – Emek mah. Bişkek Cad. 6. Cad. (eski 81. sokak) No:2 06490 Çankaya/ANKARA	26.02.2025

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

EK-24. Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programı Hizmeti Anlaşması

Meme Onarımı Hastaları için Hemşire Liderliğinde Koçluk Programı Hizmeti Anlaşması

Madde 1- Bu sözleşme, bir tarafta hizmet veren Koç Nihal YILDIZ EMRE (bundan sonra “**Koç**” olarak anılacaktır) ile diğer tarafta hizmet alan (bundan sonra “**Danışan**” olarak anılacaktır) arasında aşağıda yazılı şartlar ve veri gizliliği taahhüdü altında **koçluk hizmetine** ilişkin bu sözleşmeyi serbest iradeleri dâhilinde akdedilmiştir.

Madde 2 - Taraflara İlişkin Bilgiler

2.1.Hizmet veren Koç'un;

Adı, Soyadı: Nihal YILDIZ EMRE

Adresi:

Cep Telefonu:

E-posta:

2.2.Hizmet Alan Danışan'ın;

Adı, Soyadı:

Adresi:

Cep Telefonu:

E-posta:

2.3. Her iki taraf 2.1 ve 2.2. maddelerinde belirtilen adreslerini tebligat adresleri olarak kabul etmişlerdir. Adres değişiklikleri usulüne uygun şekilde karşı tarafa tebliğ edilmedikçe en son bildirilen adrese yapılacak tebliğ ilgili tarafa yapılmış sayılır.

2.4. Taraflar, bildirimlerini elektronik posta, cep telefonu mesajı, WhatsApp vb. yöntemlerle de yapabilirler.

Madde 3- Hizmetin İçeriği, Koçluk Süreci, Görüşme Şekline İlişkin Esaslar

3.1. Sözleşme konusu iş; **Meme Onarımı Ameliyatı Sonrası Bütünsel Yaşam Koçluğu** hizmetidir.

3.2. Koçluk, bir insanın kendini daha iyi tanımasına, kişisel farkındalıklarının artmasına, yeni bir beceri, yetkinlik veya davranış geliştirmesine, kendisi için belirlediği hedeflere erişmesine veya bir sorununu çözmesine destek olma sürecidir. Koçluk tavsiye verme, terapi ya da psikolojik danışmanlık değildir. Profesyonel çerçevede ilerleyen bir yol arkadaşlığıdır. Danışan'ın hayatındaki belirli kişisel süreçleri veya hedefleri ele alır. Koçluk hizmetinin anlamlı ya da başarılı olması için Danışan'ın değişime hazır ve istekli olması, kendisini ortaya koyma iradesine sahip olması gereklidir. Koç, sadece belirlenmiş hedeflere değil, Danışan'ın ilgili olduğu alanlarda onun gelişim sürecine katkı sağlamak üzerine de çalışır. **Bu hizmetten kesin sonuç alınabileceği garanti edilememektedir.** Danışan'ın elde etmek istediği sonuç, kişisel faktörlerine göre farklılaşabileceği gibi, kendi çabası ve motivasyonu ile doğrudan ilişkilidir.

3.3. Koçluk hizmeti görüşmelerinde “**GİZLİLİK**” esastır. Taraflar iş bu sözleşme süresince ve sözleşme yürürlüğü sona erse dahi süresiz olarak, iş bu sözleşmenin ifası sırasında diğer taraf hakkında öğrenecekleri görsel, sözlü, elektronik veya yazılı işlemler ile elde ettikleri bilgileri ve belgelerin gizli tutulacağını, yasal bir zorunluluk olmadıkça üçüncü kişilere

EK-24. (devam) Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programı Hizmeti Anlaşması

açıklamayacaklarını, bu bilgileri hiçbir yerde paylaşmayacaklarını kabul, beyan ve taahhüt ederler. Bu kapsamda Danışan, ihtiyaç halinde Koç'un görüşmelerde not tutmasına müsaade eder.

3.4. Bu çalışma ilişkisi sürecinde prensip olarak birebir ve kişisel görüşmeler yapılır. Koçluk hizmeti; telefonla veya internet/sanal ortam üzerinden yapılabilecektir. İletişim kanalı/ortamı taraflar arasında belirlenir. Bu sözleşmenin uygulanmasında çevrimiçi ortamda gerçekleştirilecek görüşme yöntemleri kullanılacaktır.

3.5. Bu programda koçluk hizmeti 9 görüşmede sunulur. Taburculuk sonrası ilk hafta yapılacak ön görüşme yaklaşık bir saat sürer. Koçluk hizmeti sürecinin başlangıç görüşmesi Koç ve Danışan'ın tanışması, birbirlerine uyum sağlaması ve süreci planlamasını kapsar. Her bir koçluk hizmeti görüşmesinin süresi en az 30 dakika, en fazla 60 dakikadır. Görüşme aralıkları ameliyat sonrası ilk 6 hafta haftada bir, ikinci 6 hafta iki haftada bir olacak şekilde planlanmıştır.

3.6. Yapılan görüşmeler gizlilik esasına dayalı olarak **kayıt** altına alınacaktır. Kayıtlar yalnızca Koç'un yapacağı araştırma kapsamında gerekli verileri elde etmesi ve not tutması amacıyla kullanılacak olup, araştırma sonlandırıldığında silinecektir.

3.7. Yapılan çalışmalarda süreklilik esastır. Danışan belirlenen görüşme sayısına göre görüşmelere muntazam olarak devam etmekle sorumludur.

3.8. Görüşmeler her hafta Danışan ve Koç arasında bir önceki oturumda kararlaştırılan gün ve saatte 3.4. maddede belirlenen yöntemle göre gerçekleştirilecektir.

3.9. Koç her oturumdan önceki gün ve oturum saatinden yarım saat önce Danışan'a mesaj yoluyla hatırlatma yapacaktır. Danışan oturum zamanında değişiklik yapmak istiyorsa bunu en az bir gün önceden Koç'a bildirmelidir.

3.10. Danışan'ın yapılan görüşmeler boyunca verdiği bilgilerin samimi ve doğru olduğu kabul edilir. Özellikle sağlıkla ilgili konularda verilen bilgilerin sorumluluğu Danışan'a aittir.

3.11. Daha sağlıklı ilerleme kaydedebilmek adına görüşmelerde üçüncü şahıslar bulundurulmaz.

3.12. Mücbir sebeplerin (*doğal afetler, kanuni grev, genel salgın hastalık, kısmi veya genel seferberlik ilanı, gerektiğinde idareden kaynaklanan benzeri diğer hallerde*) bulunması halinde sözleşme süresi uzatılabilecek ve taraflar yeni bir görüşme planı oluşturabilecektir. Bunun dışında görüşme planında belirtilen gün, saat, yer ve usul değişiklikleri bir gün öncesinden bildirildikten ve taraflarca ortak mutabakat sağlandıktan sonra uygulanacaktır.

Madde 4- Sözleşme Bedeli

4.1. Bu Koçluk hizmeti Danışan'ın koçluk görüşmelerine düzenli devam etmesi ve araştırmaya katılması ön koşuluyla **ücretsizdir**.

4.2. Koç belirtilen şartlar sağlandığında sözleşmede belirtilen koçluk hizmeti için hiçbir ücret talep edemez ve hiçbir ücret ödemez.

Madde 5- Bilgi Paylaşımı

5.1. Koç'un ulusal ve/veya uluslararası belgelendirme başvurusu için, koçluk yapan kişinin "Koçluk" hizmeti verdiği kişileri başvuru dosyasında iletişim bilgileriyle beraber liste halinde sunması gerekmektedir. Bu liste adı/soyadı, e-posta, telefon, koçluk hizmetinin süresi ve yeri, başlangıç-bitiş tarihleri, ücretlendirme gibi bilgileri içermektedir. Gerektiği takdirde belgelendirme kurumları liste içinden rastgele seçim yaparak ilgili koçluk hizmeti sürecinin teyidi için koçluk hizmeti alan kişiyle bağlantı kurabilir.

EK-24. (devam) Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programı Hizmeti Anlaşması

5.2. Müşteri bu bilgilerin paylaşılması ile ilgili olarak;

- Evet, belgelendirme başvurusu kapsamında bilgilerimin paylaşılmasını kabul ediyorum,
- Hayır, belgelendirme başvurusu kapsamında bilgilerimin paylaşılmasını kabul etmiyorum, ifadelerinden seçtiği beyanı **el yazısı** ile 5.3. maddesinde belirtecektir.

5.3. ...

Madde 6- Koçluk Hizmetinin Sonlandırılması/Fesih

6.1. Koçluk hizmeti yukarıda belirtilen sürenin veya görüşme sayısının tamamlanması sonunda sona erer.

6.2. Tarafların uzlaşması halinde yeni görüşme sayısı belirlenerek devam kararı alınabilir. Anlaşma sonucu yeni yapılacak görüşmelerde yeni bir Koçluk Hizmet Anlaşması yapılacaktır.

6.3. Koç, verdiği hizmette faydalı olamayacağı kanaatine vardığında koçluk hizmetini sonlandırma iradesine sahiptir.

Madde 7- Diğer hükümler:

7.1. Bu sözleşme yedi maddeden ibaret olup, Danışan ve Koç tarafından tam olarak okunup anlaşıldıktan sonra .../.../.....tarihinde bir nüsha olarak imza altına alınmıştır. Ayrıca Koç, Danışan'ın talebi halinde imzalanmış sözleşmenin "*aslına uygun onaylı bir suretini*" Danışan'a verecektir

7.2. Bu sözleşme taraflarca imzalandığı tarihte yürürlüğe girer.

DANIŞAN

KOÇ

Nihal YILDIZ EMRE

EK-25. Ölçek Kullanım İzinleri


NURSEN NAHCIVAN
11:37

Ynt: Özbakım Gücü Ölçeği Kullanım İzni hk.

Kime: Nihal Yıldız Emre

Sayın Nihal YILDIZ-EMRE,

Türkçe Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni doktora tez çalışmanızda kaynak göstermek suretiyle elbette kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ihtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dileklerimle,

--

Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN
 İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
 Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
 Emekli Öğretim Üyesi
 E posta:

Nihal Yıldız Emre •

yazdı:

, 15 Mar 2023 Çar, 16:16 tarihinde şunu

[Nihal Yıldız Emre](#) adlı kişiye alt metnin **Daha Fazlasını Gör**

Yasal Uyarı: Bu elektronik posta, [buradan](#) ulaşabileceğiniz Koşul ve Şartlara tabidir.
 Disclaimer: This email is subject to the Terms and Conditions available [here](#).



1-NNahcivan-TURKC...GI.doc



2-Turkish Esca-WJNR.pdf

EK-25. (devam) Ölçek Kullanım İzinleri



Your request for an EORTC-questionnaire Request ID : 109220
Kime: Nihal Yıldız Emre

Gelen Kutusu - Google 16:53

Dear Nihal YILDIZ EMRE,

Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.

Your registration to obtain permission to use our tools has been approved. During the registration process you agreed to our terms and conditions regarding the academic use of our questionnaires. You can review the terms and conditions [here](#).

Please find below the links to the requested tools:

[QLQ-C30 Core Questionnaire - Turkish](#)

Scoring Manuals:

[C30 Scoring Manual](#)

EORTC

<http://www.eortc.org>

<http://qol.eortc.org>

NOTE:

This email was automatically generated. Since this email is an automatic notification, we are unable to receive replies. Please do not respond to this email address.



Your request for an EORTC-questionnaire Request ID : 109122
Kime: Nihal Yıldız Emre

Gelen Kutusu - Google Dün 10:29

Dear Nihal YILDIZ EMRE,

Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.

Your registration to obtain permission to use our tools has been approved. During the registration process you agreed to our terms and conditions regarding the academic use of our questionnaires. You can review the terms and conditions [here](#).

Please find below the links to the requested tools:

[Breast Module \(BR42\) - Turkish](#)

Scoring Manuals:

[BR45 Scoring Manual](#)

EORTC

<http://www.eortc.org>

<http://qol.eortc.org>

NOTE:

This email was automatically generated. Since this email is an automatic notification, we are unable to receive replies. Please do not respond to this email address.

EK-26. Rekonstrüksiyon Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Hemşire Liderliğinde Koçluk Programında Kullanılan Araçlar için Anka Koçluk'tan Alınan İzin



Gökçe PINAR
Ynt: Uzman Görüşü hk.
Kime: Nihal Yıldız Emre, Bilgi: Sevil GULER, Melike Seylan

16 Aralık 2024 19:35
[Ayrıntılar](#)

Nihal Hanım Merhaba;

Öncelikle hayırlı olsun çok değerli bir çalışma ve çok gurur verici.
Anka Koçluk içeriklerini çalışmalarınızda kullanmanız uygundur.



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : YILDIZ EMRE, Nihal
Uyruğu : T.C.

Eğitim Derece	Okul/Program	Mezuniyet Yılı
Doktora	Gazi Üniversitesi / Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi / Hemşirelik Anabilim Dalı	2019
Lisans	Gazi Üniversitesi / Hemşirelik Bölümü	2015
Lise	Gebze Anibal Anadolu Lisesi	2011

İş Deneyimi, Yıl	Çalıştığı Yer	Görev
2023-devam ediyor	Kırıkkale Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi	Araştırma Görevlisi
2018-2023	Gazi Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Araştırma Görevlisi
2017-2018	Kırıkkale Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi	Araştırma Görevlisi
2015-2017	AÜTF İbn-i Sina Hastanesi Acil Servis	Hemşire

Yabancı Dili

İngilizce

Yayınlar

- Yıldız, N. ve Karadağ, M. (2017). *Pankreas Kanseri ve Whipple Operasyonu Sonrası Bakım: Olgu Sunumu*. 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No:3980365).
- Ay, A., Yıldız, N. ve Atılman, M.E. (2017). *Erkek Adam Meme Kanseri Olur Mu?: Olgu Sunumu*. 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No:3705642).
- Bulut, H., Güler, S., Kalkan, N., Yücel, B. O., Irmak, B., ve Emre, N. Y. (2019). *Öğrencilerin Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Eğitiminde Klinik Uygulamaya Yönelik Vaka ve Laboratuvar Çalışmalarının Etkinliğine İlişkin Görüşleri*. 6. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No: 5923289).

- Bulut, H., Güler, S., Kalkan, N., Yücel, B. O., Irmak, B., ve Emre, N. Y. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulama öncesi yapılan interaktif vaka tartışmalarına ilişkin görüşleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(3), 382-392.
- Savaş, H., Kılıçaslan, B. A., Akarsu, K., Emre, N. Y., ve Pazar, B. (2025). *Erken mobilizasyon önündeki engeller: kardiyovasküler yoğun bakım hemşirelerinin görüşleri*. Uluslararası Gazi Sağlık Bilimleri Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No: 8390215).
- Irmak, B., Karadağ, M., and Emre, N. Y. (2022). The risk factors for preoperative and postoperative deep vein thrombosis in surgical patients. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 12(1), 120-127.
- Ay, B., Savaş, H., Akarsu, K., Emre, N. Y., ve Bulut, H. (2022). Neuman'ın Sistemler Modeli ve Henderson'ın Hemşirelik Bakımında 14 Temel Gereksinim Teorisi Işığında COVID-19 Tanılı İki Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*, 3(2), 156-168.
- Emre, N.Y., and Karadağ, M. (2022). *Determining the factors affecting fear of movement in patients undergoing total knee replacement*. 10th EORNA Congress Winds of Change (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No: 8996697).
- Emre, N. Y., Annak, İ. M., Öztürk, K., Kalkan, N., Yücel, B. O., Irmak, B., Bulut, H., and Güler, S (2022). *The effect of online learning methods on nursing students' motivation during the COVID-19 pandemic: a mixed method study*. 10th EORNA Congress Winds of Change (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No: 8390249).
- Ay, B., Savaş, H., Akarsu, K., Emre, N. Y., ve Bulut, H. (2022). *Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Radyasyon Güvenliği Hakkındaki Bilgi ve Deneyimleri: Nitel Çalışma*. 4. Uluslararası 12. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No: 7537917).
- Savaş, H., Kılıçaslan, B. A., Akarsu, K., Emre, N. Y., and Pazar, B. (2022). *Nursing care of two COVID-19 patients in the light of the Neuman Systems Model and Henderson's theory of 14 basic needs in nursing care: a case report*. 10th EORNA Congress Winds of Change (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No: 8390205).
- Güler, S., Emre, N. Y., Ay, B., ve Bulut, H. (2024). Hemşirelik öğrencilerinin etkili bir klinik eğitmenin özelliklerine ilişkin görüşleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 11(2), 255-265.
- Emre, N. Y., Annak, İ. M., Öztürk, K., Kalkan, N., Yücel, B. O., Irmak, B., Bulut, H., and Güler, S. (2024). The Impact of Online Learning Methods on Nursing Students' Motivation During the Covid-19 Pandemic: A Mixed Method Study. *Middle Black Sea Journal of Health Science*, 10(2), 127-154.
- Mercan Annak, İ., Erdoğan, B., and Yıldız Emre, N. (2024). Experiences of Turkish nurses volunteering in the disaster zone following the 2023 Türkiye–Syria earthquake. *International Nursing Review*, 2025(72), e13056.

- Emre, N.Y., ve Güler, S. (2024). Meme Kanseri Cerrahisi Sonrası Meme Onarımı Geçiren Hastanın Hemşirelik Bakımı. Ö. Karayurt, A. A. Gürsoy (Editörler). *Meme Kanseri Hemşireliği*. Birinci Baskı. İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevi. s: 195-207.
- Emre, N. Y., Aydın, A. ve Subaşı Sezgin, D. (2024). Meme Kanseri Cerrahisi Sonrası Meme Onarımı Sürecindeki Hastanın Bakımı: Kavram Haritası ile Olgu Sunumu. Editör Özgül Karayurt, Ayla Akkaş Gürsoy. *Meme Kanseri Hemşireliği*. 1. Baskı. İstanbul Tıp Kitabevi. İstanbul. 2024. ss: 325-335.
- Emre, N. Y., and Karadağ, M. (2025) Determining the Factors Affecting Fear of Movement in Patients Undergoing Total Knee Replacement. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 8(1), 39-50.
- Savaş, H., Kılıçaslan, B. A., Akarsu, K., Emre, N. Y., and Pazar, B. (2025). Cardiovascular Intensive Care Unit Nurses' Experiences Regarding Radiation Safety: A Qualitative Study. *Journal of Radiology Nursing*. 44(2), 224-230.
- Kalkan, N., Irmak, B., Yücel, B. O., Öztürk, K., Emre, N. Y., Annak, İ. M., Güler, S., and Bulut, H. (2025). Development and validation of infographic assessment analytical rubric for education of healthy individuals and patients. *Teaching and Learning in Nursing*. 20(3), e623-e628.
- Emre, N. Y., ve Güler, S. (2025). Rekonstrüksiyon yapılan meme kanseri hastalarında hemşire liderliğinde koçluk programının öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisi: randomize kontrollü bir çalışmanın protokolü. *Syedra Sağlık Dergisi*, 2(2), 8-23.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..