

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**MEME KANSERİ HASTALARINDA MASTEKTOMİ VE MASTEKTOMİ
SONRASI REKONSTRÜKTİF CERRAHİNİN DEPRESYON, BENLİK SAYGISI VE
ÖZ YETERLİK İNANCI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
ZEHRA KANMAZ

GAZİANTEP-2019

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**MEME KANSERİ HASTALARINDA MASTEKTOMİ VE MASTEKTOMİ
SONRASI REKONSTRÜKTİF CERRAHİNİN DEPRESYON, BENLİK SAYGISI VE
ÖZ YETERLİK İNANCI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
ZEHRA KANMAZ

DANIŞMAN
PROF. DR. OSMAN TOLGA ARICAK

GAZİANTEP-2019



**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
YÜKSEK LİSANS KABUL VE ONAY FORMU**

Klinik Psikoloji Anabilim Dalı **Klinik Psikoloji** Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Zehra KANMAZ** tarafından hazırlanan “**Meme Kanseri Hastalarında Mastektomi Ve Mastektomi Sonrası Rekonstrüktif Cerrahinin Depresyon, Benlik Saygısı Ve Öz Yeterlilik İnancı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi**” başlıklı tez, 15/01/2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Görevi

Unvanı, Adı ve Soyadı

İmzası:

Kurumu/Üniversitesi

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Osman Tolga ARICAK

Jüri Başkanı

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Jüri Üyesi

Prof. Dr. Ayşe Ayçiçeği DİNN

29 Mayıs Üniversitesi

Jüri Üyesi

Doç. Dr. Şaziye Senem BAŞGÜL

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

**Prof. Dr. Mazlum ÇELİK
Enstitü Müdürü**

TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Meme Kanseri Hastalarında Mastektomi ve Mastektomi Sonrası Rekonstrüktif Cerrahinin Depresyon, Benlik Saygısı ve Öz Yeterlik İnancı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım. 15/01/2019

ZEHRA KANMAZ



ÖNSÖZ

Günümüzde yaygınlığı hızla artmakta olan meme kanseri kadınların yaşamında ciddi zorluklara neden olmaktadır. Bu araştırma meme kanserli kadınların tedavi sürecinde ve sonrasında yaşadığı zorlukları daha ayrıntılı incelemek amacı ile yapılmış olup “Meme Kanseri Hastalarında Mastektomi ve Mastektomi Sonrası Rekonstrüktif Cerrahinin Depresyon, Benlik Saygısı ve Öz Yeterlik İnancı Üzerindeki Etkisi”ni incelemektedir. Araştırma boyunca derin bilgileriyle bana yol gösteren, beni cesaretlendiren ve motivasyonumu hep koruyan saygı değer tez danışmanım Prof. Dr. Osman Tolga Arıcağ’a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini benden hiç esirgemeyen, tez sürecimin her aşamasında bana güven aşıl原因 kıymetli eşim Burak’a ve zaman zaman benden ayrı kalmak zorunda olan, motivasyon kaynağım biricik kızım Asel’e çok teşekkür ederim. Sadece eğitim sürecinde değil hayatımın her döneminde hep yanımda olan yol arkadaşım, dostum, meslektaşım sevgili Begüm Özdiker’e teşekkür ediyorum.

Gaziantep, 2019

Zehra KANMAZ

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, meme kanseri tanısıyla beraber mastektomi ve mastektomi sonrası rekonstrüksif operasyon geçiren hastalarla sağlıklı kontrol grubunun depresyon, benlik saygısı ve özyeterlik inancı puanlarının karşılaştırılmasıdır. Araştırmanın örneklemi, Ocak-Temmuz 2018 tarihleri arasında, Mersin Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği ve Meme Polikliniği'ne meme kanseri tanısı ile başvuran 75 mastektomi hastası, mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyon operasyonu geçiren 32 hasta ve 133 sağlıklı kadın olmak üzere toplam 240 bireyden oluşturmaktadır. Araştırma verilerinin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Genel Öz yeterlik Ölçeği, Öz Saygı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, mastektomi olan hastaların depresyon düzeyinin, mastektomi sonrası rekonstrüktif işlem yapılan hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca mastektomi olan hastaların mastektomi sonrası rekonstrüktif işlem yapılan hastalara göre daha düşük benlik saygısı ve öz yeterlik inancına sahip olduğu da saptanmıştır. Elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: mastektomi, mastektomi sonrası rekonstrüktif cerrahi, depresyon, benlik saygısı, öz yeterlik inancı

ABSTRACT

The aim of these research is the comparison between the depression, self-esteem and self-efficacy beliefs scores of breast cancer patients who also got the diagnosis of mastectomy and had an after mastectomy reconstructive operation and healthy people. The sample of this research included between January and July 2018 at the Medical Oncology Clinic of the Mersin City Hospital and the Breast Polyclinic using the data of 75 mastectomy patients, 32 patients who had an after mastectomy reconstructive operation and 133 healthy women. So in total there are 240 persons who took part in this survey. Personal information form, The Coopersmith Self-Esteem Inventory, The General Self-Efficacy Scale and The Beck Depression Inventory were used to collect the data of this survey. The result of the survey shows us, that the depression level of mastectomy patients is higher than the one of patients who had an after mastectomy reconstructive operation. Furthermore it has been determined, that in comparison to mastectomy patients who had an after mastectomy reconstructive operation, the believing in self-esteem and self- efficacy of mastectomy patients is lower. The findings were discussed in the context of the literature.

Keywords: mastectomy, reconstructive surgery after mastectomy, depression, self-esteem, self-efficacy belief

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem.....	1
1.2. Tezin Amacı.....	5
1.3. Tezin Önemi.....	5
1.4. Varsayımlar.....	6
1.5. Sınırlılıklar.....	6
1.6. Tanımlar	6

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Meme Kanseri.....	7
2.1.1. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi.....	7
2.1.2. Meme Kanserinde Risk Faktörleri.....	8
2.1.2.1. Yaş.....	8
2.1.2.2. Cinsiyet.....	8
2.1.2.3. Ailede kanser öyküsü ve genetik faktörler.....	9
2.1.2.4. Çocuk doğurma yaşı.....	9
2.1.2.5. Menstrual öykü.....	9
2.1.2.6. Yağlı diyet ve Obezite.....	9
2.1.2.7. Östrojen kullanımı.....	10
2.1.2.8. Alkol.....	10
2.1.3. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları.....	10
2.1.4. Meme Kanserinde Tarama Yöntemleri.....	11
2.1.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi.....	11
2.1.4.2. Memenin Klinik Muayenesi.....	12

2.1.4.3. Mammografi.....	12
2.1.4.4. Ultrasonografi.....	12
2.1.4.5. Manyetik Rezonans Görüntüleme.....	12
2.1.5. Meme Kanserinde Tedavi.....	13
2.1.5.1. Cerrahi Tedavi.....	13
2.1.5.1.1. Meme Koruyucu Ameliyatlar.....	13
2.1.5.1.2. Mastektomi.....	13
2.1.5.1.2.1. Radikal Mastektomi.....	13
2.1.5.1.2.2. Modifiye Radikal Mastektomi.....	14
2.1.5.1.2.3. Total Mastektomi.....	14
2.1.5.1.2.4. Kısmi (Parsiyel) Mastektomi.....	14
2.1.5.2. Radyoterapi.....	14
2.1.5.3. Kemoterapi.....	15
2.1.5.4. Hormonoterapi.....	15
2.1.6. Meme Kanserli Hastaya Psikolojik Yaklaşım.....	15
2.1.6.1. Kansere Karşı Gelişen Psikolojik Tepkiler.....	15
2.1.6.2. Meme Kanseri Hastalarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlar.....	17
2.1.6.3. Kanser Hastalarında Görülen Psikiyatrik Hastalıklar.....	18
2.1.6.3.1. Depresif duygudurum bozukluğu.....	19
2.1.6.3.2. Anksiyete bozuklukları.....	20
2.1.6.3.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	20
2.1.6.3.4. Uyum Bozuklukları.....	21
2.1.6.3.5. Uyku Bozuklukları.....	21
2.1.6.3.6. Cinsel Bozukluklar.....	22
2.1.6.3.7. Deliryum.....	22
2.1.6.4. Meme Kanserli Hastada Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon ve Etkileri.....	22
2.1.6.5. Psiko-onkoloji.....	25
2.1.6.6. Kanser Hastalarına Uygulanan Psikoterapi Yöntemleri.....	26
2.1.6.7. Mastektomi, Depresyon, Benlik Saygısı ve Öz Yeterlik İlişkisi.....	28

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM.....	32
3.1. Araştırma Deseni.....	32
3.2. Evren ve Örneklem.....	32

3.3. Veri Toplama Araçları.....	34
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	34
3.3.2. Genel Öz Yeterlik Ölçeği.....	35
3.3.3. Coopersmith Öz Saygı Ölçeği.....	35
3.3.4. Beck Depresyon Ölçeği.....	36
3.4 Verilerin Toplanması.....	36
3.5. Verilerin Analizi.....	37
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	
BULGULAR.....	38
4.1. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Grubun Demografik Özelliklerine İlişkin Betimsel İstatistikler.....	38
4.2. Mastektomi Olan Hasta, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hasta ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Depresyon, Benlik Saygısı ve Öz Yeterlik İnancına İlişkin Yordamsal İstatistik Bulguları.....	41
5. TARTIŞMA VE YORUM.....	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
7. KAYNAKÇA.....	68
8. EKLER.....	85
EK-1.....	85
EK-2.....	87
EK-3.....	88
EK-4.....	89
EK-5.....	90
EK-6.....	93
EK-7.....	94
EK-8.....	95
EK-9.....	97

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler.....	33
Tablo 2. Mastektomi ve Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastaların Tanı Yaşı Ortalaması ve Standart Sapması.....	38
Tablo 3. Mastektomi ve Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastaların Ameliyat Yaş Ortalaması ve Standart Sapması.....	38
Tablo 4. Mastektomi ve Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalarda Ameliyattan Sonra Geçen Sürenin (Ay olarak) Ortalaması ve Standart Sapması.....	39
Tablo 5. Mastektomi ve Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastaların Ameliyat Tipi Değişkenine Göre Dağılımları.....	39
Tablo 6. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Grubun Psikiyatrik Tedavi Görme Durumları.....	40
Tablo 7. Rekonstrüksiyon Olan Hastaların Rekonstrüksiyondan Duydukları Memnuniyet Derecesine Göre Dağılımları.....	40
Tablo 8. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Depresyon Toplam Puanları Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi.....	41
Tablo 9. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Depresyon Alt Testi Performansta Bozulma Puanları Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi.....	42
Tablo 10. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Depresyon Alt Testi Kendine Yönelik Olumsuz Duygular Puanları Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi.....	42
Tablo 11. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Depresyon Alt Testi Somatik Rahatsızlıklar Puanları Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi.....	43
Tablo 12. Mastektomi olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Depresyon Alt Testi Suçluluk Duyguları Puanları Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi.....	44
Tablo 13. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Benlik Saygısı Puanları Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi.....	44

Tablo 14. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Özyeterlik İnancı Başlama Puanları Farkı İçin Yapılan GLM Tek Değişkenli Varyans Analizi Tablosu.....	45
Tablo 15. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Özyeterlik İnancı Yılmama Puanları Farkı İçin Yapılan GLM Tek Değişkenli Varyans Analizi Tablosu.....	46
Tablo 16. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Özyeterlik İnancı Sürdürme Çabası Puanları Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi.....	47
Tablo 17. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Özyeterlik İnancı Toplam Puanları Farkı İçin Yapılan Kruskal-Wallis H Testi.....	47
Tablo 18. Ameliyat Tipine Göre Depresyon Ölçeği Performansta Bozulma Puanları Farkı için Yapılan Mann-Whitney U Testi Tablosu.....	48
Tablo 19. Ameliyat Tipine Göre Depresyon Ölçeği Kendine Yönelik Olumsuz Duygular Puanları Farkı için Yapılan Mann-Whitney U Testi Tablosu.....	49
Tablo 20. Ameliyat Tipine Göre Depresyon Ölçeği Somatik Rahatsızlıklar Puanları Farkı için Yapılan Mann-Whitney U Testi Tablosu.....	49
Tablo 21. Ameliyat Tipine Göre Depresyon Ölçeği Suçluluk Duyguları Puanları Farkı için Yapılan Mann-Whitney U Testi Tablosu.....	50
Tablo 22. Ameliyat Tipine Göre Depresyon Toplam Puanları Farkı için Yapılan Mann-Whitney U Testi Tablosu.....	50
Tablo 23. Ameliyat Tipine Göre Benlik Saygısı Puanları Farkı için Yapılan Mann-Whitney U Testi Tablosu.....	50
Tablo 24. Ameliyat Tipine Göre Öz Yeterlilik Başlama Puanları Farkı için Yapılan Bağımsız Gruplar t-Testi Tablosu.....	51
Tablo 25. Ameliyat Tipine Göre Öz Yeterlilik Yılmama Puanları Farkı için Yapılan Bağımsız Gruplar t-Testi Tablosu.....	51
Tablo 26. Ameliyat Tipine Göre Öz Yeterlilik Sürdürme Çabası Puanları Farkı için Yapılan Mann-Whitney U Testi Tablosu.....	52
Tablo 27. Ameliyat Tipine Göre Öz Yeterlilik Toplam Puanları Farkı için Yapılan Mann-Whitney U Testi Tablosu.....	52
Tablo 28. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre Depresyon Ölçeği Performansta Bozulma Puanları Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi.....	53

Tablo 29. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre Depresyon Ölçeği Kendine Yönelik Olumsuz Duygular Puanları Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi.....	54
Tablo 30. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre Depresyon Ölçeği Somatik Rahatsızlıklar Puanları Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi.....	54
Tablo 31. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre Depresyon Ölçeği Suçluluk Duyguları Puanları Farkı için Yapılan Kruskal Wallis H Testi.....	55
Tablo 32. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre Depresyon Toplam Puanları Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi.....	56
Tablo 33. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre Benlik Saygısı Puanları Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi.....	56
Tablo 34. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre Özyeterlik İnancı Başlama Başlama Puanları Farkı İçin Yapılan GLM Tek Değişkenli Varyans Analizi Tablosu.....	57
Tablo 35. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre Özyeterlik İnancı Yılmama Puanları Farkı İçin Yapılan GLM Tek Değişkenli Varyans Analizi Tablosu.....	58
Tablo 36. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre Öz Yeterlik İnancı Sürdürme Çabası/Israr Puanları Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi.....	59
Tablo 37. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre Öz Yeterlik İnancı Toplam Puanları Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi.....	59

KISALTMALAR LİSTESİ

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GLM : General Linear Model

HT : Hormonoterapi

ICD : International Classification of Diseases

KLP : Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi

KT : Kemoterapi

RT : Radyoterapi

SED : Sosyo-ekonomik durum

TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Bu bölümde problem, araştırmanın önemi, araştırmanın amacı, alt problemler, varsayımlar, sınırlılıklar ve tanımlar üzerinde durulmuştur.

1.1 Problem

Çağımızın en karmaşık hastalıklarının başında gelen meme kanserinin, hem dünyada hem de ülkemizde görülme sıklığı hızla artmaktadır. Yaygınlığın gittikçe yükseliyor olması hastalığı bir halk sorunu haline getirmiştir (Denizgil ve Sönmez, 2015:18; Kılıç, Sağlam ve Kara, 2009: 195; Seçginli, 2011: 193; Seven, Akyüz, Sever ve Dinçer, 2013: 219).

Dünya Sağlık Örgütü (2018: 363) kanser istatistik verilerine göre dünyada her yıl 18.1 milyon yeni kanser vakası gelişmektedir. Kadınlarda teşhis edilen tüm yeni kanser vakalarının %24.2'sini meme kanseri oluşturmaktadır. Meme kanseri aynı zamanda kadınlarda kanser ölümünün önde gelen nedenidir.

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı 2014 istatistiklerine göre “tanı konulan her dört kadından biri meme kanseridir ve 2014 yılında 16.646 kadına meme kanseri teşhisi konulmuştur (Şencan ve Keskinçilic, 2017: 46).

Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür. Kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır (Eti Aslan ve Gürkan, 2007: 63; Haydaroglu ve ark., 2005: 6). Erkeklerde ise bu oran oldukça düşüktür. Erkek meme kanserinin görülme oranı dünyada %1'in altındadır (Jemal ve ark., 2004: 8).

Lederberg'e göre kanser tanısı kişinin psikolojisinde büyük bir kriz yaratmakta; bu kriz sürecinde tanıyı alan kişi stres düzeyini kontrol ederek tedavisi için ciddi kararlar vermek durumunda kalmaktadır (akt. Güleç ve Büyükkınacı, 2011: 344). Kanser tipi, süresi, hangi organda yer aldığı, hastanın yaşı, daha önceki rahatsızlıklarına verdiği tepkiler, ego kuvveti, aldığı sosyal destek, kültürel ve dini tutumu gibi faktörler hastanın stresle başetme becerisini etkilemektedir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011: 344).

Kübler Ross (1997: 61), kanser tanısından sonra gelişen duygusal ve davranışsal tepkileri beş evrede tanımlamıştır. İlk evre olan inkâr, kişinin benliğini tehdit eden bir durumla karşılaştığında kendini korumak için bu durumu yok saymasıdır. Kişi çaresizlik duyguları ve kaygılarına karşı bir savunma içerisindedir. Zamanla inkâr, varlığını koruyamaz hale gelir ve yerine öfke ve içerlenme duyguları gelişir. Hastalığına nedenler bulmaya çalışan

kişi, öfkesini çevresine yönlendirebilir. Öfke evresinden sonra hastanın işbirliği yaptığı ve tedaviye uyum sağlamaya çalıştığı pazarlık dönemine geçilir. Hastalığını yadsıyamaz hale gelen kişide, belirtilerin artması ve gücünün azalmasıyla beraber depresyon gelişir. Zamanla hasta durumu kabul eder ve tüm ruhsal gücünü yeni yaşamına yöneltir. Böylece hastalığa uyum süreci başlar.

Meme kanseri kadının yaşamının yanı sıra kadınlık ve cinsellik ile ilişkili olarak görünen organını da tehdit eder. Organa atfedilen anlamın yoğunluğu kişide psikolojik zorlanmalara neden olmaktadır (Okanlı, 2004: 1). Birçok olumsuzlukla karşı karşıya olan kişi, bununla beraber medikal tedavilere de devam etmek durumundadır (Özkan ve Alçalar, 2009: 62).

Meme cerrahisinde uygulanan mastektomi, alttaki hastalıkla ilgili endişelere, narsisistik zedelenmeye ve memenin cinsellikle ilgili anlamıyla bağlantılı özgül endişelere neden olmaktadır (Özkan ve Armay, 2007: 140). Ciddi boyuttaki bu kayıp yaşantısı kadının beden imgesini ve benlik saygısını olumsuz yönde etkilemektedir (Babacan Gümüş, 2006: 110; Çavdar, 2006: 64). Mastektomi sonrası hastalar çoğu zaman kendilerini eleştirme eğilimindedirler. Kendilerine ilişkin olumsuz yargılamaların benlik saygısını olumsuz etkilediği görülmektedir (Özkan, 2003: 682).

Son yıllarda mastektomi sonrası rekonstrüktif protez uygulaması yapan kadın sayısında artış görülmektedir. Kişi meme kaybıyla yaşadığı olumsuzlukları ve bozuk beden imajını ortadan kaldırmak için meme rekonstrüksiyonunu tercih edebilmektedir. Bu müdahale kadınların psikolojik ve sosyal işlevselliklerini arttırmak için oldukça önemlidir. Meme rekonstrüksiyonu tamamen kozmetik amaç ile yapılan cerrahi bir yöntemdir (Özkan ve Armay, 2007: 144; Yeter, Savcı ve Sayiner, 2009: 65).

Literatürde çok sayıda mastektomi ve mastektomi sonrası rekonstrüksif operasyonun hastanın benlik saygısına etkilerine ilişkin çalışmalara rastlanmaktadır.

Al-Ghazal, Fallowfield ve Blamey (2000: 1939) tarafından yapılan bir araştırmada, meme koruyucu, total mastektomi ve mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu geçiren hastaların memnuniyet dereceleri ve psikolojik durumları karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucunda meme koruyucu ve mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyon operasyonu geçiren hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri, beden algısı, memnuniyet derecesi ve benlik saygısının total mastektomi olan gruba kıyasla daha iyi durumda olduğu görülmüştür.

Sertöz, Elbi Mete, Noyan, Alper ve Kapkaç (2004: 270), ameliyat tipinin beden imajı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkilerini inceledikleri bir çalışmada, total mastektomi ameliyatının meme algısını ve benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir.

Ha ve Cho'nun (2014: 443) yaptığı bir çalışmada mastektomi sonrası hastanın yaşam kalitesi düşmekte ve depresyon gelişmektedir. Gelişen depresyon, hastanın benlik saygısını olumsuz yönde etkilemektedir. Mastektominin benlik saygısını doğrudan etkilemediği, depresyonun gelişmesi ile benlik saygısının azaldığı belirtilmiştir.

Bir başka çalışmada meme koruyucu ameliyat (n=254), total mastektomi (n=122) ve total mastektomi sonrası rekonstrüktif cerrahi (n=31) geçiren toplam 407 hastanın benlik saygısı ve beden imajı karşılaştırılmıştır. Benlik saygısı en yüksek olan grup meme koruyucu ameliyat geçirenler olurken; bunu total mastektomi sonrası rekonstrüktif cerrahi geçiren grup ve total mastektomi grubu izlemektedir (Sun ve ark., 2014: 24).

Han, Grothuesmann, Neises, Hille ve Hillemanns (2010: 79) tarafından yapılan bir çalışmada, meme koruyucu ameliyat (n=76), total mastektomi (n=20), mastektomi sonrası rekonstrüktif operasyon geçiren 112 hastanın yaşam kaliteleri ve memnuniyet düzeyleri karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda meme koruyucu ameliyat ve rekonstrüksif ameliyat geçiren hastaların beden imajı, kendini yönetim ve memnuniyet düzeylerinin total mastektomi geçirenlere göre daha iyi düzeyde olduğu belirtilmiştir. Beden imajının kişinin öz yeterliğini de etkilediği saptanmıştır.

Literatürde mastektomi ve mastektomi sonrası rekonstrüksif operasyonunun benlik saygısı üzerindeki etkisine ilişkin çalışmalara sıklıkla rastlanırken, doğrudan öz yeterlik inancı üzerindeki etkisine ilişkin çalışmalara yeteri kadar rastlanmamaktadır. Daha çok öz yeterliğin diğer psikolojik faktörlerle ilişkisini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır.

Foster ve arkadaşları (2015: 15) tarafından 23-79 yaş arası 182 kanser hastası ile yapılan çalışmada, öz yeterlik inancının, hastanın sosyo-demografik özellikleri, hastalık özellikleri, sağlıklı olmaya dair pozitif düşünceler, depresif düşünceler, hastalık algısı ve aldığı sosyal destek ile ilişkisi incelenmiştir. Çalışma sonucunda öz yeterlik inancının hastaların yaşı, medeni durumu, meslek statüleri, kanserin türü, tedaviden sonra geçen süre ve eşlik eden hastalığın varlığı ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Hastaların yüksek öz yeterlik inancının sağlıklı olmaya dair pozitif düşünceleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Hastaların %50'si kanserden öleceği endişesi, %67'si nüks endişelerinin olduğunu belirtmişlerdir. Düşük

öz yeterlik inancı hastalığa ilişkin endişelerin yoğunlaşmasına neden olmaktadır. Çalışma sonucuna göre düşük öz yeterlik inancının depresyonun geliştirdiği negativizm ile ilişkili olduğu görülmüştür. Hastaların hastalığı bir tehdit olarak algılamasının düşük öz yeterlik inancıyla ve yüksek öz yeterlik inancının da sosyal destekle ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Kişinin stresle baş etme konusunda öz yeterliği ve uyum becerisi daha az sıkıntı yaşamamasını sağlamaktadır. Kanser hastalarında özyeterlik inancının semptom kontrolü ve sağlıklı davranışların geliştirilmesinde etkili olduğu görülmektedir. 152 hasta ve 152 bakım veren üzerine yapılan bir çalışmada öz yeterliği yüksek olan hastaların, bakım verenlerine daha az ağrı şikâyetlerinde buldukları, depresyon ve anksiyete belirtileri göstermedikleri belirlenmiştir. Aynı şekilde yüksek öz yeterlik inancına sahip bakım verenlerin de hastanın semptomları ile daha rahat baş edebildiği görülmüştür (Porter, Keefe, Garst, McBride ve Baucom, 2008: 310).

Kanserde psikolojik tedavi, bireysel psikoterapi, psikoeğitim ya da kanserle baş etme davranışı geliştirmek için uygulanan psikoterapötik yaklaşımları kapsamaktadır. Tedavinin amacı hastanın kendine güvenini sağlamak, baş etme becerisini artırmak ve ruhsal sorunları azaltmaktır (Özkan ve Armay, 2007: 153). Tedavide uyumlu işbirliği sağlamak için hastanın duygusal yaşantısını ve içsel çatışmalarını ifade edebilmesi gerekir. Tıbbi-psikolojik bakımın bütüncül sağlanmasında doğrudan iletişim çok önemlidir (Özkan, 2003: 681).

Kanser hastalarına yönelik psikolojik müdahalelerin başında bilişsel davranışçı terapi ve grup bilişsel davranışçı terapi gelmektedir. Bunun yanı sıra psikoeğitim, destekleyici tedavi, problem çözme ve sosyal beceri eğitimi, farkındalık temelli yaklaşımlar da tedavi sürecinde hastaya uygulanan psikoterapilerdir (Jacobsen ve Jim, 2008: 217; Uitterhoeve ve ark., 2004: 1060). Bu tedavilerin etkinliği birçok çalışmada araştırılmış ve psikolojik sıkıntıları azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir (Carlson ve Bultz, 2004: 839; Zimmermann, Heinrichs ve Baucom, 2007: 229).

Psiko-onkoloji hâlâ gelişmekte olan dinamik bir alan olduğundan bu alanda yapılan çalışmalar oldukça önem taşımaktadır. Bu çalışma, bedensel ve ruhsal hizmetin bir bütün olarak verilmesi gerektiği yaklaşımını desteklemektedir. Bu çalışma ile operasyon tipinin hastanın depresyon, benlik saygısı ve öz yeterlik inancı üzerindeki etkilerinin gösterilmesinin onkoloji alanında çalışmakta olan psikologlara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Tezin Amacı

Araştırmanın genel amacı; meme kanseri tanısıyla beraber mastektomi ve mastektomi sonrası rekonstrüksif operasyon geçiren hastalarla sağlıklı kontrol grubunun depresyon, benlik saygısı ve özyeterlik inancı puanlarının karşılaştırılmasıdır. Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında depresyon açısından anlamlı bir fark var mıdır?
2. Mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında benlik saygısı açısından anlamlı bir fark var mıdır?
3. Mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında özyeterlik inancı açısından anlamlı bir fark var mıdır?
4. Ameliyat tipine göre depresyon puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
5. Ameliyat tipine göre benlik saygısı puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
6. Ameliyat tipine göre öz yeterlik inancı puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
7. Tanı sonrası yapılan tedavilerin türüne göre depresyon puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
8. Tanı sonrası yapılan tedavilerin türüne göre benlik saygısı puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
9. Tanı sonrası yapılan tedavilerin türüne göre öz yeterlik inancı puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
10. Rekonstrüksiyon yaşı ile rekonstrüksiyondan duyulan memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.3. Tezin Önemi

Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde meme kanserli hastaların, tedavi sürecinde birçok psikolojik zorlukla karşılaştığı görülmektedir. Tedavi sürecinde hastalara uygulanan cerrahi müdahaleler sonucunda, hastaların depresyon, benlik saygısı ve öz yeterlik inancı düzeyinin etkilendiği literatürde tartışılmaktadır (Ha ve Cho, 2014: 443; Kim ve ark., 2015: 429; Veiga ve ark., 2010: 815). İlgili literatür incelendiğinde bu konu ile ilgili sınırlı sayıda araştırmaya rastlanmaktadır. Bu çalışmanın alandaki bir boşluğu dolduracağı; bu konuda çalışan psikolog ve hekimlere literatür desteği sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4. Varsayımlar

Bu çalışmada, araştırmaya katılan bireylerin Genel Özyeterlik Ölçeği, Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Kişisel Bilgi Formu maddelerini samimiyetle cevapladıkları ve depresyon dışında psikiyatrik herhangi bir tanı almadıkları varsayılmıştır. Ölçeklere verilen cevapların, mevcut durumu açıklayacak kapsamda olduğu kabul edilmiştir.

1.5. Sınırlılıklar

Bu çalışma, Ocak-Temmuz 2018 tarihleri arasında Mersin Şehir Hastanesi'ne başvuran meme kanseri tanısıyla beraber mastektomi ve mastektomi sonrası rekonstrüktif operasyon geçiren hastalardan toplanan verilerle sınırlıdır.

1.6. Tanımlar

Benlik saygısı:

Coopersmith'e (1967) göre benlik saygısı, "bireyin kendini yetenekli, önemli, başarılı ve değerli olarak algılama derecesidir." (akt. Smith, 1968: 323A).

Depresyon:

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne (2018) göre depresyon, "nasıl hissettiğinizi, nasıl düşündüğünüzü ve nasıl davrandığınızı olumsuz etkileyen yaygın ve ciddi bir tıbbi hastalıktır."

Özyeterlik:

Bandura'ya (1994: 1) göre öz yeterlik, "bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendi yargısı" olarak tanımlanmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

Bu bölümde mastektomi ve mastektomi sonrası rekonstrüktif cerrahinin kişinin depresyon, benlik saygısı ve öz yeterlik inancı üzerindeki etkisi ile ilgili kuramsal açıklamalar ve konu ile ilgili yapılan araştırmalara yer verilmiştir.

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Meme Kanseri

Meme kanseri, “memede bulunan süt bezleri ve süt kanallarını döşeyen hücrelerin, kontrolsüz bir şekilde hızla çoğalarak çevre dokulara ve vücudun başka bölgelerindeki organlara yayılarak çoğalmayı sürdüren sistemik bir hastalıktır.” (Erdim, 2014: 23).

Meme kanseri, International Classification of Diseases’de (ICD-10) C-50 kodu altında “Meme malign neoplazmı” olarak tanımlanmaktadır. “Meme ucu ve areola malign neoplazmı, meme merkezi kısmı malign neoplazmı, meme üst iç kadranı malign neoplazmı, meme alt iç kadranı malign neoplazmı, meme üst dış kadranı malign neoplazmı, meme alt dış kadranı malign neoplazmı, meme aksiler kuyruğu malign neoplazmı, meme overlapping lezyonu, tanımlanmamış meme malign neoplazmı” olmak üzere tümörün bulunduğu yere göre adlandırılmaktadır.

Meme hastalıklarının teşhisinde, deneyimli bir sağlık uzmanı tarafından kontrol edilen bir meme kitlesi veya meme değişimine sahip olmak önemlidir. Bir memenin tümünün veya bir kısmının şişmesi, deri tahrişi veya çukurluğu, meme veya meme başı ağrısı, meme başı çekilmesi, meme veya meme derisinde kızarıklık, pullaşma veya kalınlaşma, meme başı akıntısı gibi belirtiler meme kanserinin habercisidir (American Cancer Society, 2017: 2).

2.1.1. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümördür. Kadınlarda görülen kanser türlerinin yaklaşık %30’unu oluşturmaktadır (Eti Aslan ve Gürkan, 2007: 63). Dünya Sağlık Örgütü’nün (2018) verilerine göre meme kanseri her geçen yıl artış göstermektedir. Meme kanseri sonucu ölümlerin önceki yıllara göre %15 oranında arttığı görülmektedir.

Coğrafi bölgelere göre sıklığı ve prognozu değişmekte olan rahatsızlığın görülme oranının her yıl %1.5 dolayında arttığı bildirilmektedir (akt. Babacan Gümüş, 2006: 108).

Dünya’da meme kanserinin insidansının yüksek olduğu ülkeler Kuzey İrlanda, İngiltere, Danimarka, Hollanda ve ABD olarak belirlenirken; Japonya, Meksika, Venezüella gibi ülkelerde meme kanseri çok seyrek görülmektedir (Darendeliler ve Yaman Ağaoğlu, 2003:13).

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı 2014 istatistiklerine göre, “tanı konulan her dört kadından biri meme kanseridir ve 2014 yılında 16.646 kadına meme kanseri teşhisi konulmuştur” (Şencan ve Keskinlik, 2017: 46).

2.1.2. Meme Kanserinde Risk Faktörleri

Meme kanserinin etiyolojisinde birçok faktörün rol oynadığı bilinmektedir. Yaş, cinsiyet, ailede kanser öyküsü, çocuk doğurma yaşı, menstrual öykü, genetik faktörler,östrojen kullanımı, alkol, yağlı diyet ve obezite gibi faktörler tanımlanmaktadır (Eroğlu, Eryılmaz, Cıvcık ve Gürbüz, 2010: 29; Leon Guerrero ve ark., 2017: 224; Smeltzer, Bare, Hinkle ve Cheever, 2010: 139). Aşağıda bu risk faktörleri kısaca açıklanmıştır.

2.1.2.1. Yaş

20 yaş öncesi meme kanseri nadir görülürken 30-40 yaş arası ortalama risk düzeyi artmaktadır. 50-60 yaş arası yükselen risk düzeyi, yaşın ilerlemesi ile en yüksek orana ulaşır (Eti Aslan ve Gürkan, 2007: 64). Freedman ve arkadaşları (2018: 4) tarafından yapılan bir araştırma, meme kanseri hastalarının yaşı ve hastalık evresi ilerledikçe sağkalım oranlarının düştüğünü göstermektedir.

2.1.2.2. Cinsiyet

Meme kanserinde kadın cinsiyeti önemli bir risk faktörüdür (Koçak ve ark.,2011: 48). Erkek cinsiyette nadir görülen meme kanseri, tüm meme kanserlerinin %0.7’sini oluşturmaktadır (Jemal ve ark., 2004: 17). Erkeklerde meme kanseri genellikle 60-65 yaş aralığında görülür ve tanı kanserin ileri evrelerinde konur (Madden ve Reynolds, 1995; akt.; Demirci, Barut ve Mutlu, 2008: 90). Erkek ve kadın meme kanserli hastaların insidans, tümör tipi ve sağkalım bakımından karşılaştırıldığı bir çalışmada erkek meme kanserli hastaların tanı alma ortalama yaşlarının kadın meme kanserli hastalara oranla daha ileride olduğu görülmüştür (Hill, Khamis, Tyczynskive Berkel, 2005: 775).

2.1.2.3. Ailede kanser öyküsü ve genetik faktörler

Meme kanseri insidansı genellikle anne, kız kardeş ve kız evlatlarda artış göstermektedir. Özellikle menapoz öncesi tek ya da çift taraflı meme kanser öyküsü olan kadınların kız çocuklarında risk daha da yükselmektedir (Fadıloğlu, 2011: 8; Kılıç ve ark.,2003: 190; Tümer ve Baybek, 2010: 18). Meme kanseri hastalarının %5-10'nun aile öykülerinde de meme kanserinin olduğu görülmektedir (Öztürk, 2006: 21).

Son dönemlerde moleküler genetik alanındaki çalışmalarda kanser kalıtımına yol açan farklı genler belirlenmiştir. Değişime uğramış olan bu genleri taşıyan bireylerin yüksek risk altında olduğu belirtilmiştir (Koçak ve ark., 2011: 48).

Ailesel yatkınlığın eşlik ettiği olgularda hücre bölünmesini ve yenilenmesini sağlayan proto-onkogenlerin yapısında bir bozukluk olduğu belirlenmiştir. Proto-onkogenlerdeki hasar, gen yapısını değiştirmekte ve kontrolsüz hücre bölünmelerine neden olmaktadır (Öztürk, 2006: 15). Hücreler bölünürken oluşan mutasyonları onaran P53 proteininin meme kanserli olgularda çalışmadığı görülmektedir. Ailesel meme kanseri öyküsü mevcut olgularda özellikle BRCA1 ve BRCA2 genleri bulunmaktadır. Bununla birlikte bu hastalarda LiFraumeni sendromundan sorumlu olan TP53 geni ve Cowden sendromundan sorumlu PTEN gen hücrelerinin mutasyonu da saptamıştır (Ellisen ve Haber, 1998: 430).

2.1.2.4. Çocuk doğurma yaşı

Meme kanseri tanısında çocuk doğurma yaşı da önemlidir. 30 yaş sonrası yapılan ilk doğumlarda risk artmaktadır. Kadının hiç doğum yapmaması risk düzeyini arttırmaktadır (Eroğlu ve ark., 2010: 29; Eti Aslan ve Gürkan, 2007: 66; Tümer ve Baybek, 2010: 18).

2.1.2.5. Menstrual öykü

Meme kanserinde menarş yaşı ve menopoz yaşı önem taşımaktadır. Menarşta kritik yaş 12 olarak bildirilmektedir. İlk menstrual siklusun 12 yaşından önce olması riski artırmaktadır (Vogel, 1999: 50). 55 yaş sonrası menopoza giren kadınların meme kanseri tanısı alma riski 45 yaş öncesi menopoza giren kadınlara göre daha yüksektir. Menopoz yaşı düştükçe tanı alma riski de azalmaktadır (Özmen, 2007: 40).

2.1.2.6. Yağlı diyet ve Obezite

Diyet ile beraber alınan yağ ve kolesterol alımı meme kanseri oluşumunda orta risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Fadıloğlu, 2011: 8). 12 yaş öncesi görülenerken menarş, menopoz sonrası kiloya neden olmaktadır (Wasserman ve ark., 2004: 54). Adderley-Kelly ve

Williams-Stephens'in (2003: 64) yaptığı bir çalışmada, menopoz sonrası alınan kiloların ve bununla gelişen şişmanlığın meme kanseri riskini arttırdığı belirlenmiştir.

2.1.2.7. Östrojen kullanımı

Östrojen hormonuna maruz kalma süresi arttıkça meme kanseri riski de artmaktadır (Koçak ve ark., 2011: 51). Erken menarş dönem öncesi (<12) ve geç menopoz sonrası (>55) östrojen maruziyetini azaltmak meme kanseri koruyuculuğunda etkilidir (Hsieh, Trichopoulos, Katsouyanni ve Yuasa, 1990: 796).

2.1.2.8. Alkol

Yapılan çalışmalar alkol tüketim miktarı ve süresinin meme kanserinde risk oluşturduğunu göstermektedir. Alkolün, vücuttaki östrojen düzeyini arttırdığını bilinmektedir. Yapılan toplum bazlı bir çalışmada alkolün östrojen reseptörlerini aktive ettiği ve bu durumun meme kanseri gelişimine neden olduğu saptanmıştır (Suzuki ve ark., 2005: 1607).

2.1.3 Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları

Meme kanseri belirtileri genellikle yavaş ve sinsi bir biçimde ilerler. Hastalığın heterojen olma özelliği tanı, tedavi ve takipte göz önünde bulundurulmalıdır. Memedeki her değişiklik çoğu zaman hasta tarafından rastlantı sonucunda fark edilir. Meme kanserli kadınlarda izlenen ilk bulgu memede kitlenin varlığıdır. Bu kitle çoğu zaman hareketsiz, ağrısız, şekilsiz veya sınırları kısmen belirlenebilen, sürekli ve sert bir yapıdadır (Ünal, 2003: 124).

Meme içerisinde hacimce artan tümör Cooper bağlarında ilerleyerek derideki lenf damarlarına ulaşır. Lenflerin tıkanmasıyla beraber deride ödem oluşur. Deri kalınlaşıp kıl foliküllerinin içeri doğru çekilmesiyle deride portakal kabuğu (peau d'orange) görüntüsü oluşur. Bu belirti ileri evre meme kanserine işarettir (Ünal, 2003: 125). Tümör memenin santral kadranında gelişmiş isememenin başını içe doğru; tümör memenin üst kadranında gelişmiş ise meme başı tümörün bulunduğu yere doğru çekilebilir. Bu durum memede asimetric bir görünüme neden olur (Ünal, 2003: 125).

Bazı kadınlarda adet önce meme içerisinde nodülasyon gözlenir. Âdete yakın dönemlerde bu nodüller daha da belirginleşir ve adet sonrası tamamen ortadan kalkabilir. Küçülmeyip belirgin bir biçimde sertlik kazanan bu nodüller meme kanseri belirtisidir ve radyodiagnostik inceleme gerektirir (Ünal, 2003: 125).

Meme kanserinde bir başka belirti meme başından olan akıntıdır. Meme akıntılarının büyük bir bölümü fizyolojiktir. Puberte döneminde, gebeliğin son döneminde, uzun süreli doğum kontrol ilaçları kullanımında ve adet öncesi dönemde meme başından akıntı olabilir. Bu akıntıların özelliği iki taraflı oluşu ve birkaç gözenekten gelmesidir. Bu gibi akıntılar meme kanserine işaret etmez. Meme kanserinin neden olduğu akıntılar tek taraflı ve sadece tek gözenekten gelen akıntılardır. Bu akıntılar seröz, kanlı-seröz ya da sadece kanlıdır (Ünal, 2003: 126).

Meme polikliniklerine başvuru yapan kadınların çoğu memedeki ağrıdan yakınır. Meme kanserinin ilk evrelerinde ağrı olmaz. Herhangi klinik bir bulgu vermeyen sadece ağrı şikâyeti olan meme kanseri nadirdir (Ünal, 2003: 127).

2.1.4 Meme Kanserinde Tarama Yöntemleri

Meme kanserinde erken tanı, prognozu olumlu yönde etkiler ve mortaliteyi azaltır. Bu durum uygun olan hastalarda cerrahi müdahaleimkânı sağlar. Erken tanının sağlanması, kadınların bu konuda bilgilendirilmesi ve tarama programlarının uygulanması ile olur. Tarama programlarının amacı kişinin kendi kendini muayenesi, memenin fiziksel muayenesi ve mamografi gibi yöntemlerle memedeki anormallikleri belirlemektir. Tarama programları meme kanseri riski yüksek olan kadınları kapsamalı ve belirli zaman aralıklarında uygulanmalıdır (İğci ve Asoğlu, 2003: 113).

2.1.4.1 Kendi Kendine Meme Muayenesi

Memekanserini erken dönemde saptamak amacıyla memedeki kitle varlığını ve şekil değişikliğini belirlemek için kadının meme ve çevresini düzenli zaman aralıklarında aynı yöntemle muayene etmesidir. Kadınların meme dokusunu daha iyi tanımaları ve memedeki değişiklikleri fark edebilmesi için bu yöntemi sistematik bir şekilde yapmaları gerekmektedir (Akyolcu ve Uğraş, 2011: 11).

Kadınların memelerini bu yöntemle kontrol etmesi risksiz ve kolay bir işlemdir. Bu yöntemin aynı kalitede yapılmaması ve normal-anormal yapıların fark edilmemesi, kadınlara kendi kendine meme muayenesi eğitimini gerektirmektedir. Sağlıklı kadınlarda 40 yaş; meme kanseri olma riski yüksek olan kadınlarda ise 30 yaşından itibaren bu yöntem önerilmelidir (İğci ve Asoğlu, 2003: 116). Yapılan kontrollü çalışmalar kendi kendine muayenesinin hastalık mortalitesini azaltmadığına dair kanıtlar ortaya koysa da, memedeki kitlelerin %80'inin hastaların kendileri tarafından fark edilmesi bu yöntemin önemini göstermektedir (Akyolcu ve Uğraş, 2011: 12).

2.1.4.2 Memenin Klinik Muayenesi

Kendi kendine meme muayenesine aşırı korku, dil sorunu ve eğitim eksikliği gibi nedenlerle uyum sağlayamayan kadınlarda hekim tarafından fiziksel muayenenin yapılması önemlidir (Aydıntuğ, 2004: 227). Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı (2017), hastalığın erken dönemde belirlenmesi için 20-40 yaş arası kadınların iki yılda bir; 40 yaş üzeri kadınların yılda bir hekim tarafından klinik muayeneden geçmesi gerektiğini vurgulamaktadır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>, 14 Nisan 2018).

2.1.4.3 Mammografi

Memedeki kitleyi malign tümöre dönüşmeden önce belirlemenin en iyi yolu mamografidir (İğci ve Asoğlu, 2003: 118). Mammografi asemptomatik kadınlarda tarama amaçlı; semptomatik kadınlarda ise tanı amaçlı kullanılmaktadır. Tanısal mammografiler klinik muayene ile beraber değerlendirilmelidir. Tanısal mammografiler ele kitlenin gelmesi, meme başı akıntısı, memede ağrının olması ve tarama mamografisinde anormalliklerin olması durumunda yapılmaktadır (American College of Radiology, 2013: 3).

Amerikan Kanser Topluluğu ve Amerikan Tıp Derneği rutin tarama mammografilerin 40 yaşından itibaren yapılmasını önermektedir. Bu yaşlarda meme dokusunun yoğun olmasından dolayı mamografinin teknik kalitesine önem verilmeli ve tarama aralıkları en fazla bir yıl olmalıdır (Tenekeci ve Tunacı, 2003: 138).

2.1.4.4 Ultrasonografi

Ultrasonografi, mammografik tanıya önemli katkılarda bulunmaktadır; fakat uygulamayı yapan kişiye bağımlı olması nedeniyle kendi başına meme patolojilerinin tanılanmasında sınırlı role sahiptir (Yılmaz, 2006: 28). Ultrasonografi, kitlelerde kistik-solid ayırımında, yoğun memelerde mamografide saptanamayan ele gelen kitlelerde, genç kadınlarda ele gelen kitlelerin değerlendirilmesinde, lokalizasyon nedeni ile mamografide değerlendirilemeyen kitlelerde, apse değerlendirilmesinde, lenf nodlarının değerlendirilmesinde, mastiti olan ve 30 yaş altı olan kadınlarda kullanılan bir yöntemdir (Tenekeci ve Tunacı, 2003: 146; Yılmaz, 2006: 28).

2.1.4.5 Manyetik Rezonans Görüntüleme

Manyetik rezonans görüntüleme, hastalığın meme içerisindeki yayılımını gösteren, kısa sürede sonuç veren, radyasyon içermeyen ve gereksiz cerrahi işlemleri azaltan gelişmiş bir tarama yöntemidir. Primeri bilinmeyen metastatik kitlelerin değerlendirilmesinde,

mammografi ve ultrasonografide kesin tanı alınamayan olgularda, ameliyat öncesi evrelemede, kanserin kemoterapiye cevabının değerlendirilmesinde, yüksek riskli hastalarda ve meme protezimplantlarının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Çelik ve Çubuk, 2010: 8).

2.1.5 Meme Kanserinde Tedavi

Meme kanserinin birincil tedavisi cerrahi tedavidir (Bulak, 1999: 352). Hastalık çoğu zaman, başlangıçtan itibaren bazen lenf bazen de kan yolu ile yayılarak sistemik bir özellik göstermektedir. Bundan dolayı cerrahi tedavinin yanı sıra kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapi de uygulanmaktadır (Keçer ve Asoğlu, 2003: 275).

2.1.5.1 Cerrahi Tedavi

Meme kanserinde cerrahi girişimin birkaç farklı uygulaması vardır. Memenin korunmasına yönelik olanlar ve memenin tümünün alınmasına yönelik cerrahi girişimler olarak iki gruba ayırabiliriz (Topuzlu, 2003: 287).

2.1.5.1.1 Meme Koruyucu Ameliyatlara

Erken dönem meme kanseri hastalarının sistemik dolaşımında tümör hücrelerine rastlanması, meme kanserinin lokal olmayıp sistemik bir hastalık olduğunu ortaya koymuştur. Bundan dolayı cerrahlar memeyi korumak için farklı yöntemler geliştirmiştir (Bulak, 1999: 355). Günümüzde tümörün, etrafındaki temiz cerrahi sınır ile çıkarılması gibi yöntemler uygulanmaktadır (Aktekin, Gürleyik, Emir ve Sağlam, 2006: 161). Bu yöntemler evre I-II meme kanserinde standart yaklaşım olarak kabul edilir (Dinçer, 2003: 302).

2.1.5.1.2 Mastektomi

Kanser dokusunun büyüklüğü ve türüne göre “radikal mastektomi, modifiye radikal mastektomi, total (simple-basit) mastektomi ve kısmi (parsiyel) mastektomi” gibi isimler alan, memedeki kanser dokusunun çıkarılması için yapılan cerrahi bir müdahaledir (Ely ve Vioral, 2007: 130).

2.1.5.1.2.1 Radikal Mastektomi

Girişim tüm meme dokusunun çıkarılmasına dayanır. Bölgesel kontrolde etkili olmasına rağmen fiziksel bozukluklara neden olduğu için uygulaması yaygın değildir. Bunun dışında radikal mastektomide kol ödeminin fazla olması, omuz fonksiyonlarında kayıpların yaşanması ve rekonstrüksiyonun uygun olmaması cerrahları bu yöntemden uzaklaştırmaktadır (Keçer ve Asoğlu, 2003: 276).

2.1.5.1.2.2 Modifiye Radikal Mastektomi

Rekonstrüksiyona uygun olması, kozmetik yönden iyi sonuçlar vermesi, morbiditenin düşük olması nedeni ile günümüzde yaygın olarak uygulanan cerrahi yöntemdir. Evre I-II tümörlerin, meme dokusu ile beraber koltukaltı lenf bezlerinin de çıkarılmasıyla gerçekleşir (Keçer ve Asoğlu, 2003: 278).

2.1.5.1.2.3 Total Mastektomi

Erken meme kanseri primer tedavisi olarak uygulanan yöntemde meme glandı ve üzerini örten cilt, meme başı ve areola çıkartılır. Meme koruyucu ameliyat geçiren hastalarda nüksün geliştiği durumlarda ve ileri evre tümörleri temizlemek için bu yöntem uygulanmaktadır (Keçer ve Asoğlu, 2003: 280; Ünal, 2003: 172). Ayrıca kanser riski yüksek olan kadınlarda hastalık gelişmeden bu yöntem ile memeye müdahale edilir (Ünal,2003: 172).

2.1.5.1.2.4 Kısmi (Parsiyel) Mastektomi

Areola, meme ucu ile beraber koltukaltı lenf bezlerinden birkaçının çıkarılmasıdır. Çıkarılan doku sınırında kanser hücresi bulunmamalıdır (Ünal,2003: 172). Bu yöntem meme koruyucu cerrahisi olarak da kabul edilebilir (Ely ve Vioral, 2007: 130).

Günümüzde meme kanserinin tedavisinde önemli gelişmeler olmuştur. Yüksek riskli hasta gruplarının önceden belirlenmesi, hastalığın erken evrelerde belirlenmesi, kemoterapi ve radyoterapi yöntemlerindeki gelişmeler memenin tamamen alınması yönelimini zayıflatmıştır. Hekimler daha çok memeyi korumaya yönelik yöntemleri uygulamaktadır (Yücel ve Kurul, 2003: 510).

2.1.5.2 Radyoterapi

Kanserli hücreleri küçültmek veya yok etmek amacıyla yüksek enerjili ışınların verilmesine radyoterapi denir. Kanser tedavisinde en sık kullanılan yöntemlerden biridir. Radyoterapi tek başına uygulanabildiği gibi kemoterapi ile beraber de uygulanabilir. Tümörü küçültmek amacıyla ameliyat öncesi uygulamaları da mevcuttur (Özdoğan ve Kav, 2014: 4). Günümüzde standart tedavi, mastektomi ve radyoterapi kombinasyonudur. İleri evre meme kanserinde sadece radyoterapi uygulamasında nüks oranı %30-45 arasında iken, mastektomi ve radyoterapi kombinasyonunda nüks oranı %10-15'e kadar inmektedir (Dinçer, 2003: 456).

Radyoterapide gelişebilecek yan etkiler, uygulanan organa ve ışının dozuna göre değişmektedir. Kanserli hücrelerin ışın verilerek yakılması ile beraber sağlıklı hücrelerin de zarar gördüğü bilinmektedir; fakat zamanla sağlıklı hücreler hızlı bir şekilde kendini

yenilemektedir. Bunun yanında cilt problemleri, yeme problemleri, yorgunluk ve duygusal değişiklikler gibi yan etkiler görülmektedir (Özdoğan ve Kav, 2014: 12).

2.1.5.3 Kemoterapi

Meme kanseri lokal başlangıçlı olsa da kan ve lenf yolları ile başka organlara da metastaz yapabilir. Hastalığın bu sistemik özelliğinden dolayı kemoterapi sıklıkla kullanılan bir tedavi yöntemidir. Kemoterapide kullanılan ilaçların amacı sadece hastalığın başladığı organdaki hücrelerin değil; tümörden uzak olan kanserli hücrelerin de çoğalmasını durdurmak ve bu hücreleri yok etmektir (Kutluk ve Kars, 1992: 29).

Kemoterapi ilaçları bulantı, kusma, saç dökülmesi, yorgunluk, uyku bozuklukları, değişmiş tat duygusu gibi fizyolojik yan etkiler göstermektedir (Aydiner ve Topuz, 2003: 415; Williams ve Schreier, 2004: E16).

2.1.5.4 Hormonoterapi

Hormonoterapi de kemoterapi gibi sistemik bir tedavidir. Meme kanserinin etiolojisinde endojen ve ekzojen hormonal faktörlerin etkisi yüksektir (Onat ve Başaran, 2003: 91). Östrojen, kanser hücrelerini beslemekte ve kanser yayılımını arttırmaktadır. Östrojen reseptörleri pozitif olan hastalara hormonoterapi uygulanır. Bu ilaçlarla östrojen reseptörleri bloke edilir (Topuz ve Aydin, 2003: 441).

2.1.6 Meme Kanserli Hastaya Psikolojik Yaklaşım

Çağdaş tıp anlayışı kişinin hastalığı ile beraber onun ruhsal ve sosyal bütünlüğünü de ele alıp, çözüm üretmek durumundadır. Tıbbi açıdan fizyopatolojik süreçleri içeren meme kanseri hasta için biyopsikososyal bir süreçtir. Hastalığın belirtileri ve tedavisi ruhsal durum üzerine etki ettiği için tıbbi tedavi ve ruhsal tedavi eşgüdümlü bir biçimde ilerlemelidir (Özkan, 2003: 681).

Dünya Sağlık Örgütü yayınladığı raporda, onkolojik tedavide psikososyal bileşenlerin kanser bakım planının bir parçası olmasını ve kanser tedavi kliniklerinde psiko-onkoloji hizmetlerinin verilmesi gerektiğini belirtmiştir (Boyle ve Levin, 2008: 83).

2.1.6.1 Kansere Karşı Gelişen Psikolojik Tepkiler

Yaşamı tehdit eden kanser karşısında insanlar farklı tepkiler göstermektedir. Kişinin bedenine yabancılaşması ve yaşamsal kriz içine girmesi sık rastlanan durumlardır. İlk aşamada en yaygın tepki teşhise inanmamadır. Kişi katlanılması güç olan gerçeğin yarattığı kaygı ve çaresizlikle baş etmek için kendini korur. Daha sonra emosyonel tepkiler yoğunlaşır. Ayrılık

ve ölüm düşünceleri, kayıp algısı ve yok olma tehdidi gibi anksiyete belirtileri sergiler. Ardından kızgınlık ve depresyon gelişir. Öfkenin ifade edilememesi kişide depresyon gelişimini hızlandırabilir. Bu dönemleri hastanın tüm gerçeği kabul edip tüm ruhsal enerjisini yeni yaşamına yönelttiği uyum dönemi takip eder (Özkan, 2003: 682).

Kübler Ross (1997: 61), kanserde yaşanan psikolojik süreci beş aşamada tanımlamıştır;

İnkâr: Kanser tanısı sonrası tepkiler kişiye göre değişkenlik göstermektedir. Hastaların ilk tepkisi genellikle şok olma, inanamama durumudur. Bilinçdışı ölümsüz olan hastanın, ölümlle yüzleşmek zorunda kaldığını kabul etmesi oldukça güçtür. İnkâr, katlanılması güç olan bir gerçeğin yarattığı kaygı ve çaresizlik duygularına karşı geliştirilen sağlıklı bir savunma mekanizmasıdır. İnkâr, beklenmedik bir haberden sonra kişinin kendini toparlamasına ve daha köklü savunmaları devreye koymasına izin veren tampon görevi yapar. Geçici bir savunma olan inkârın yerini zamanla kısmi kabullenme alır.

Öfke: İlk evre olan inkâr varlığını koruyamaz hale geldiğinde yerini öfke duygusu alır. Bu aşamada hasta çoğunlukla “Neden o değil de ben?” sorusunu sorar. Öfke hedefinin rastgele olması ve her yöne olması sebebi ile bu evre, aile ve tedavi ekibi için zorlayıcı bir evredir. Kübler Ross, aile ve tedavi ekibinin hastanın saldırgan söylemlerine karşılık hastayı dinlemesi ve mantıksız gelebilen öfkelerini kabul etmesi gerektiğini söyler. Öfkenin dışavurumu ilerde yaşanacak kabullenmeyi kolaylaştırmaktadır.

Pazarlık: İnkâr ve öfke evrelerinden daha kısa süren pazarlık evresinde hasta bir tür anlaşma yapar. “Eğer Tanrı bana bu hastalığı verdiyse ve tüm öfkelerime yanıt vermiyorsa o zaman isteklerimi daha sakin bir şekilde istemeliyim” der. Pazarlık döneminde hasta erteleme çabası içerisine girer. Erteleme gerçekleşirse başka bir şey istemeyeceği vaadini verir. Ama bu durum hastanın istediği gibi gerçekleşmediğinden hastada suçluluk duyguları yoğunlaşır.

Depresyon: Yaşamı tehdit eden hastalık artık yadsınamaz hale geldiğinde, tedavi yoğun bir biçimde devam ettiğinde, hasta güçsüz ve zayıf düştüğünde hastanın öfkesinin yerini derin bir kayıp duygusu alır. Kübler Ross, bu evrede tepkisel ve hazırlayıcı depresyon olmak üzere iki tip depresyon tanımlar. Tepkisel depresyonda hasta kaybettiği organın yasını tutmaktadır. Kadınsal özelliklerini kaybettiğini düşünen hasta utanç duyguları geliştirebilir. Bu durum bazı tıbbi desteklerle ortadan kaldırılabilir. Ameliyat sonrası meme protezlerinin benlik saygısında iyileşme sağladığını söyler. Hazırlayıcı depresyon ise yaklaşan kayıplara ilişkin endişe ile ortaya çıkar. Tepkisel depresyondan farklı olarak hasta sözel iletişime

geçmez. Hastanın arkasında bıraktıklarından çok gelecekte neler yaşayacağına ilişkin düşünceleri başlar.

Kabullenme: Şimdiye dek yaşananlardan sonra hasta ne çökkün ne de öfkeli olduğu bir döneme girer. Bu evre duygudan yoksun bir evredir. Hasta kısmen iç barışa ve kabullenişe ulaşmışken sosyal izolasyonu daha da artar. İlgili alanları daralır ve dış dünyadaki sorunlarla ilgilenmek istemez. İletişim sözel olmayana kayar. Kübler Ross, bu evreye ulaşmak için inkâr ve öfke evrelerinin sağlıklı bir biçimde geçirilmesi gerektiğini söyler.

Kanser kişi için varoluşsal bir krizdir. Özkan ve Armay'a (2007: 36) göre hasta, tanı öncesi, tanı aşaması, tedavi ve terminal döneminde farklı tepkiler geliştirebilmektedir. Bu tepkilerin bir kısmı normal hatta tedaviye uyumu kolaylaştırırken; bir kısmı da tedaviye uyumu bozmaktadır. Uyumu bozan tepkiler psikiyatrik değerlendirme gerektirmektedir.

Tanı öncesinde, kanser olma ihtimali ile ilgili kaygılı olma hali normal bir tepki iken; kanser tanısı konmadan kanser belirtileri geliştirme ya da hastalık olasılığının inkâr edilmesi ile tedavinin geciktirilmesi uyumu bozan tepkilerdir.

Tanı aşamasında, Kübler Ross'un (1997:61) belirttiği gibi şok olma, kısmi inkâr, öfke, isyan, depresif duygudurum gibi tepkiler hastalığa uyum sürecinde etkili olmasına rağmen kişi inkârı sürdürür ve tedaviyi reddederse tedaviye uyum bozulmuş olur.

Tedavi aşamasında, hasta cerrahi girişimleri erteleyebilir, radyoterapi ve kemoterapinin yan etkilerinden korkabilir, cerrahi dışı tedavilere yönelebilir, terk edilme kaygısı yaşayabilir. Bunlar her hastanın geliştirebileceği normal tepkilerdir. Hastanın cerrahi işlemler sonrası reaktif depresyon ve uzamış yas reaksiyonu göstermesi tedavi sürecini zorlaştırmaktadır.

Tedavi sonrası dönemde hasta nüks korkusu yaşar. Bu korku inkâr, öfke, depresyon gibi tanı aşamasındaki tepkilere döndüğünde hastanın tedaviye uyumunu bozmaktadır.

Terminal dönemde ise hasta varoluşçu endişeler yaşar. Ölüm düşüncesine bağlı kişisel yas duygusu gelişir. Hastanın bu süreçte dirençli depresyon geliştirmesi hastalığa adaptasyonunu zorlaştırmaktadır (Özkan ve Armay, 2007: 29).

2.1.6.2 Meme Kanseri Hastalarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlar

Her fiziksel hastalıkta olduğu gibi meme kanseri de kişide psikolojik zorlanmalar yaratmaktadır. Hastalığın biyolojik, psikolojik ve sosyal dinamikleri arasındaki etkileşim kişide strese neden olmaktadır (Özkan ve Armay, 2007:28).

Hastalığın biyolojik boyutu hastalığın süresi, hangi evrede olduğu, kalıtsal ve yapısal etkenleri, etkilenen organ, uygulanan tedaviler ve cerrahi yöntemi; psikolojik boyutu, hastanın hastalığı nasıl algıladığı, stresle başetme gücü ve biçimi, kişilik yapısı, daha önceki psikososyal zorlanmalara verdiği tepki, tedavi ekibi ile etkileşim biçimini; sosyal boyutu ise hastanın aile ilişkilerinin dinamiği, kültürel yapısı, değer yargıları, medeni durumu ve mesleki uyumunu kapsamaktadır (Özkan ve Alçalar, 2009: 61).

Meme kanseri tedavi sürecinde depresyon, anksiyete, uyum bozukluğu, duygusal karmaşa, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, ölüm korkusu, negativizm, kızgınlık, beden algısında bozulma, benlik saygısında azalma, cinsel sorunlar, dışılık özelliklerini kaybetme korkusu, sosyal geri çekilme, aile ve sosyal ilişkilerinde bozulmalar, mesleki yaşamda zorluklar ve ekonomik sıkıntılar görülmektedir (Derogatis ve ark., 1983: 754; Landmark ve Wahl, 2002: 115; Özkan, 2003: 683).

Birçok toplumda kadın memesi; cinselliği, estetik görünümü, annelik duygularını ifade etmektedir. Organa atfedilen anlamın yoğunluğu psikolojik sıkıntıları ve bu sıkıntıların şiddetini yordamaktadır. Memenin kaybı katastrofik çağrışımlar ile hastada büyük bir yıkıma neden olmaktadır. Hasta memeyi kaybetme düşüncesine katlanamamaktadır. Yapılan cerrahi müdahaleler hastanın narsistik bütünlüğünü tehdit eder. Bedensel ve ruhsal öz güveni sarsılır. Hasta görünümünde değişme olacağı, vücut üzerinde denetimini kaybedeceği, cinsel çekiciliğinde ve fonksiyonunda azalma olacağı, çevreden ve yakınlarından ayrılacağı endişesi içerisinde olmaktadır (Okanlı, 2004: 3; Özkan, 2003: 683).

Mastektomi sonrasında hastanın, hastalık öncesindeki alkol kullanımı ve çelişkili cinsel yaşantısı ciddi suçluluk duygularına neden olmaktadır (Özkan ve Armay, 2007: 140). Hastanın kendisini sürekli eleştirme eğilimi içerisinde olması ve organ kaybından sonra gelişen olumsuz beden imajı benlik saygısını olumsuz yönde etkilemektedir.

2.1.6.3 Kanser Hastalarında Görülen Psikiyatrik Hastalıklar

Kanser duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açan kronik bir rahatsızlıktır. Bu anlamda hastayı anlayabilmek ve uygun yaklaşım planlamak için ruhsal sorunların belirlenmesi gerekir (Ateşçi ve ark., 2003: 146). Sosyoekonomik durum, sosyal destek, performans kapasitesi ve kanser hastalığı ile ilgili bilgi düzeyi gibi etmenlerin psikiyatrik bozuklukların oranına etki ettiği saptanmıştır (Ateşçi ve ark., 2003: 147; Derogatis ve ark., 1983: 754; Harrison ve Maguire, 1994: 593).

Tedavi sürecinde depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu, majör depresif bozukluk, anksiyete ile giden uyum bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, cinsel güçlükler, fobik reaksiyon, uyku bozuklukları ve deliryum gibi psikiyatrik bozukluklar görülmektedir (Ateşçi ve ark., 2003: 147; Derogatis ve ark., 1983: 754; Hardman, Maguire ve Crowther, 1989: 236; İzci, İlgün, Fındıklı ve Özmen, 2016: 95; Özkan, 2003: 683).

2.1.6.3.1 Depresif duygudurum bozukluğu

Kanserli hastalarda %10-25 oranında majör depresyon ve benzer oranlarda da klinik olarak anlamlı depresif belirti saptandığı bildirilmiştir (Nelson, Cho, Berk, Holland ve Roth, 2010: 348; Pirl, 2004: 32). Tokgöz ve arkadaşları (2008: 65) kanser hastalarında depresyon oranını %22 olarak saptamış ve kadınlarda erkeklere oranla daha sık olduğu belirlenmiştir.

Meme kanseri hastalarında depresyon yaygınlığı ölçeklerin kesme puanlarındaki farklılıklar nedeni ile %1.5 gibi düşük bir orandan %47 gibi yüksek oranlara kadar değişmektedir (Massie, 2004: 57). Gallagher, Parle ve Cairns (2002: 365) tarafından yapılan bir çalışmada meme kanserli kadınlarda görülen depresyon oranı %43 olarak belirlenmiştir.

Kanser tanısı ve tedavi yöntemleri hastada yoğun kaygı ve çaresizlik duygularına neden olur. Hastanın bu durumla baş edebilmesi, yaşına, yaşam deneyimlerine, psikososyal ve çevresel desteklerine ve hastalığın değişkenlerine (fiziksel hasar, tedavi seyri, organ kaybı, ağrının şiddeti gibi) bağlıdır. Ölüm korkusu, çaresizlik, yaşam amaçlarının tehdit altında olması, hastanın otonomisini kaybedeceği düşüncesi ve kaygıları depresyonun gelişiminde önemli rol oynar (Özkan ve Alçalar, 2009: 61; Özkan ve Armay, 2007: 27).

Hastanın tanı öncesi psikiyatrik bozukluk öyküsü, sosyal destek azlığı, tanı sırasında yoğun duygusal stres, ilerlemiş kanser, ağrının kontrol edilememesi, benlik saygısının düşük olması, prognozun kötü olması, alkol bağımlılığı, sosyal izolasyon, depresyona yol açan kemoterapi ilaçları ve eşlik eden bedensel rahatsızlıklar depresyonun derinleşmesine neden olmaktadır (Özkan ve Armay, 2007: 75; Sertöz ve Elbi Mete, 2004: 63; Tokgöz ve ark., 2008: 60).

Kanser hastalarında depresif belirtiler kimi zaman hastalığa psikolojik reaksiyon olarak kimi zaman da fiziksel hastalığın fizyolojik sonucu olarak gelişebilmektedir. Depresif belirtiler, tedavisi mümkün olan psikiyatrik bozukluk bulgusu, tanıya “normal” bir cevap ya da kanser hastalığının fiziksel belirtisi olarak ortaya çıkabilmektedir (Özkan ve Armay, 2007: 35). Hastalarda görülen her psikolojik reaksiyonun “normal” ya da “patolojik” olduğu

düşüncesi yanlış bir yaklaşımdır. Bununla birlikte yaşanan psikolojik reaksiyonlar hastanın tedaviye uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye yanıtını, hastalığın seyrini ve yaşam süresini olumsuz etkilemektedir (Özkan ve Alçalar, 2009: 63).

2.1.6.3.2 Anksiyete bozuklukları

Kanser hastalarında anksiyete bozuklukları insidansı son zamanlarda %50'nin üzerindedir ve kanser hastalarının yaklaşık %30'unda kronik anksiyete mevcuttur (Marrs, 2006: 319).

Kanser hastalarındaki kaygı şiddeti tıbbi (kanserin tipi ve evresi), psikolojik (hastanın savunma mekanizmaları, gelişimsel olgunluk düzeyi, yaşam programı) ve sosyal (aile ve tıbbi ekipten duygusal ve psikososyal destek görebilme derecesi) faktörlere bağlıdır (Özkan ve Armay, 2007: 88).

Ölüm tehdidini beraberinde getiren kanser hastalığında anksiyete normal bir tepki olarak görülebilmektedir. Anksiyete kendini, tanı aşaması, yeni bir tedavi öncesi, tedavi değişimi, yeni bir belirti ortaya çıkması, nüks görülmesi, hastalık çağrıştıran değişikliklerin hissedilmesi gibi kriz dönemlerinde göstermektedir (Özkan ve Armay, 2007: 87).

Kocaman Yıldırım ve arkadaşları (2009: 178) tarafından yapılan çalışmada 84 meme kanserli hastanın ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi düzeyleri karşılaştırılmıştır. Hastaların tanı aşamasından itibaren anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu ve bir yıl içerisinde de devam ettiğini saptamışlardır. Ameliyat sonrası erken dönemde ise genel yaşam kaliteleri düzeyinde azalma olduğu belirlenmiştir.

Kanser tanı ve tedavi sürecindeki yoğun anksiyete, hastanın hastalığı kabul etme, hastalıkla mücadele etme ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Alacacıoğlu ve ark., 2007: 88; Schreier ve Williams, 2004: 127). Karakoyun Çelik ve arkadaşları (2009: 110), meme kanserli hastalarda uyku güçlüğü, duygusal durum ve yorgunluk ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki saptamışlardır.

2.1.6.3.3 Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Daha önce önemli bir psikolojik travma geçirmiş kişi için kanser, korku, disosiyatif yaşantılar, kansere ilişkin her uyarandan kaçınma, irritabilite ve konsantrasyon bozukluğuna neden olabilmektedir (Tünel, Vural, Evlice ve Tamam, 2012: 204). Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), DSM-IV (APA, 2005) tanı kriterlerinde yaşamı tehdit eden hastalıkları kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Kanser tanısı almak, TSSB'ye neden olan travmatik bir

olay olarak tanımlanmaktadır. Kanserde travma, tanı aşamasından tedavi sürecine doğru süreklilik gösterir (Smith, Redd, Peyser ve Vogl, 1999: 523; Tokgöz ve ark., 2008: 52).

Tokgöz ve arkadaşları (2008: 54) tarafından yapılan çalışmada, kanserli hastalarda TSSB oranı %19 olarak saptanmıştır. Ayrıca TSSB görülme sıklığının kemoterapi alan hastalarda almayanlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

2.1.6.3.4 Uyum Bozuklukları

Kanser hastalarının tanı, tedavi aşaması ve tedavi sonrasında karşılaştığı zorluklar karşısında baş edebilmesi hastalığa uyumunu göstermektedir. Yaşam rollerinde minimum değişim, duygusal sıkıntıların etkili bir şekilde düzenlenmesi ve yaşamda aktif olarak yer alma kapasitesi, hastalıkla sağlıklı uyumu gösterirken; sosyal izolasyon ve çaresizlik duygularının varlığı uyum güçlüğünü göstermektedir (Schuyler, 2004: 21).

Derogatis ve arkadaşları (1983: 751) tarafından 215 kanser hastası ile yapılan çalışmada uyum bozukluğu oranı %68 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise kanser hastalarında uyum bozukluklarının %55.8'lik oranla ilk sırada yer aldığı görülmektedir (Ateşçi ve ark., 2003: 147).

2.1.6.3.5 Uyku Bozuklukları

Depresyon, anksiyete ve diğer psikofizyolojik (bulantı, ağrı vb.) rahatsızlıkların yanı sıra uyku bozuklukları kanser hastalarında yaygın görülen bir rahatsızlıktır (Savard ve Morin, 2001: 895). Uyku bozuklukları, genel popülasyona kıyasla kanser hastalarında daha sık görülmektedir. Özellikle meme kanserli hastalarda uyku bozuklukları oranının yüksek olduğu belirlenmiştir (Simeit, Deck ve Conta-Marx, 2004: 176). Davidson, MacLean, Brundage ve Schulze (2002: 1313) tarafından yapılan çalışmada meme kanserli hastalarda uyku bozukluğu oranı %38 olarak saptanmıştır.

Meme kanseri tedavisinde uygulanan kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapinin hastanın menstrual döngüsünü bozduğu ve bu faktörlerin uyku bozukluğuna neden olduğu birçok çalışmada belirlenmiştir (Lee, Cho, Miaskowski ve Dodd, 2004: 202).

Jiménez-Gordo ve arkadaşları (2009:263) tarafından yapılan bir çalışmada kanser hastalarında görülen akut veya kronik ağrı, anksiyete, bulantı-kusma, depresyon, deliryum, yorgunluk ve uykusuzluk gibi rahatsızlıkların mortalite oranlarını etkilediği belirlenmiştir.

2.1.6.3.6 Cinsel Bozukluklar

Kadınlık ve cinselliği sembolize eden memenin kaybı beden imajı için tehdit oluşturmaktadır (Özkan ve Armay, 2007: 135). Meme kanserinde uygulanan cerrahi girişimler, beden imajının bozulmasına bağlı olarak, kadının cinsel sağlığını olumsuz yönde etkilemekte ve bazı cinsel sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Akyolcu, 2008: 78).

Cerrahi işlem sonrası fiziksel görünümde değişiklik, kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapi sonrası görülen erken menopoz, bulantı-kusma, yorgunluk, libidoda azalma, memede ağrı ve duygusal değişimler cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilemektedir (Çavdar, 2006: 65).

Sertöz ve arkadaşları (2004: 272), meme kanserli 125 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, total mastektominin beden algısını bozduğu, bozulmuş beden algısının cinsel doyuma azalmaya ve eş uyumunda bozulmaya neden olduğu belirlenmiştir. Meme kanserinde ameliyat tipinin cinsel işlevler ve eş doymu üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışmada meme rekonstrüksiyonunun total mastektomiden üstün olduğu belirlenmiştir (Al-Ghazal, Fallowfield ve Blamey, 2000: 1939).

2.1.6.3.7 Deliryum

Deliryum, kanser hastalarının hastalık yörüngesinde herhangi bir yerde meydana gelebilecek rahatsız edici bilişsel ve davranışsal bir bozukluktur. Bazı hastalarda tanı aşamasında görülebilirken; tıbbi veya cerrahi müdahaleler ile ilişkili olarak kanser komplikasyonu olarak da ortaya çıkabilir (Lawlor ve Bush, 2014: 1).

Hastanede yatmakta olan kanser hastalarında %14-55 oranlarında görülen ve ikinci en sık rastlanan psikiyatrik tanı olan deliryum, kanser hastalarının hayatlarının son haftasında %90 oranında görülmektedir (Bond ve Neelon, 2008: 445).

2.1.6.4 Meme Kanserli Hastada Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon ve Etkileri

Son dönemlerde meme kanseri tedavisinde meme koruyucu ameliyatlara yönelim, güncel tedavi haline gelmiştir. Meme kanserli hastalarda radikal mastektomi ameliyatlarının yerini meme koruyucu ameliyatlara bırakması, protez teknolojisinde kaydedilen gelişmeler ve mikro-vasküler cerrahi ile serbest doku transferlerinde deneyimlerin artması ile rekonstrüksiyon ameliyatları popülarite kazanmaktadır (Balkan ve ark., 2008: 21; Yücel ve Kurul, 2003: 510).

Meme kanserli hastalarda meme rekonstrüksiyonu, mastektomi sonrası bozulan beden imajını tekrar kazanabilmesini sağlamak için kozmetik amaçla yapılan bir ameliyattır (Yeter, Savcı ve Sayiner, 2009: 65). Meme rekonstrüksiyonunda hangi yöntemin uygulanacağını, hastanın genel sağlık durumu, yaşı, vücut yapısı, yapılan mastektominin özellikleri, geride kalan yumuşak dokunun miktarı ve kalitesi, radyoterapi uygulanıp uygulanmadığı ve diğer memenin durumu belirlemektedir. Rekonstrüksiyon, mastektomi ile eş zamanlı olabildiği gibi mastektomi sonrası yara tedavisinin tamamlanması sonrasında da gerçekleşebilmektedir (Aydın, 2006: 127; Yücel ve Kurul, 2003: 514).

Kanser türlerinin tümünde olduğu gibi meme kanserinde de temel amaç tümörün temizlenmesi ve sağ kalımın uzatılmasıdır. Ancak diğer kanserlerden farklı olarak meme kanserli hastanın sıkıntısı sadece kanserin yarattığı depresyon ve anksiyete değil; mastektomi operasyonunun hasta üzerinde bıraktığı psikolojik yıkımdır. Mastektomi sonrası hastalar bir yandan hastalığın yol açtığı gerilimi yaşamakta, bir yandan da bozulan beden imgelerine alışmaya çalışmaktadır (Yücel ve Kurul, 2003: 510). Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu, ameliyatla birlikte yaşanan kayıp duygusunun giderilmesinde hastaların psikolojik, sosyal ve cinsel işlevselliklerini artırmak için önem taşımaktadır. Bu uygulama, hastanın bütünlük hissini ve yaşam kalitesini artırmaktadır. Bunun yanı sıra rekonstrüksiyon, hastanın sosyal etkileşimini, kendine güvenini ve bedeninden memnuniyetini de olumlu yönde etkilemektedir (Özkan ve Armay, 2007: 144).

Literatürde meme rekonstrüksiyonunun hastanın ruh sağlığını olumlu etkilediğine ilişkin birçok çalışma bulunmaktadır.

Howes ve arkadaşları (2016: 1) tarafından yapılan meme koruyucu ameliyat (n=97), total mastektomi (n=93) ve mastektomi sonrası rekonstrüksif operasyon (n=87) geçiren hastalar ve sağlıklı grubun (n=123) oluşturduğu çalışmada hastaların psikososyal durum, cinsel işlevsellik ve memnuniyet düzeyleri karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon geçiren hastaların cinsel işlevsellik ve memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kim ve arkadaşları (2015: 428) tarafından yapılan çalışmada meme koruyucu ameliyat ve mastektomi ile eş zamanlı rekonstrüksiyon geçiren hastaların sosyal rol işleyişlerinin bozulmadığı ve olumlu beden imajına sahip oldukları görülmüştür. Bu durumun hastanın yaşam kalitesini olumlu etkilediği belirlenmiştir. Meme kanserli hastaların yaşam kalitesini değerlendiren bir başka çalışmada ise meme koruyucu ameliyat ve mastektomi sonrası rekonstrüksiyon geçiren hastalar arasında olumlu beden imajı açısından anlamlı bir fark

görülmemiştir. Bununla birlikte total mastektomi geçiren hastalarınolumlu beden imajının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Nano ve ark., 2005: 940).

Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalarda, muhtemelen daha iyi bir benlik saygısı ve beden imajının bir sonucu olarak mastektomiden etkilenen cinsel fonksiyonlarda iyileşme gözlenmiştir (Neto ve ark., 2013: 645).

Mastektomi sonrası gelişen bozuk beden imajı ve düşük benlik saygısı hastanın rekonstrüksiyonkararını etkilemektedir. Ayrıca rekonstrüksiyon sonrası gerçekleşen hasta memnuniyetinin, düşük benlik saygısı ve bozuk beden imajının eşlik ettiği depresyonun azaltılmasında etkili olduğu belirlenmiştir (Zhang ve ark., 2015: 7).

Baltacı Göktaş, Güllüoğlu ve Şelimen (2011: 669) tarafından yapılan çalışmada mastektomi ile eş zamanlı yapılan rekonstrüksiyonun gecikmiş rekonstrüksiyona göre hastanın yaşam kalitesi, benlik saygısı ve sosyal ilişkileri üzerinde daha fazla olumlu etkilerinin olduğu görülmüştür.

Bu çalışmaların dışında Al-Ghazal, Fallowfield ve Blamey (2000: 1939), Ha ve Cho (2014: 443), Han ve arkadaşları (2010: 78), Sertöz ve arkadaşları (2004: 271), Sun ve arkadaşları (2014: 24) tarafından yapılan çalışmalarda da mastektomi sonrası rekonstrüksiyonunhasta üzerindeki olumlu etkileri vurgulanmaktadır.

Hastaların kişilik özellikleri mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu kararı belirlemektedir. Kendi görüşlerini başkalarının düşüncesine dayandıran kadınlar nadiren meme rekonstrüksiyonuna girmeyi tercih ederler. Rekonstrüksiyonda yaş da önemli bir faktördür. Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu genellikle genç hastalar tarafından daha fazla tercih edilmektedir (Mikiewicz, Antoszewski ve Iljin, 2016: 209).

Metcalf ve arkadaşları (2012: 238) tarafından yapılan bir çalışmada ise meme rekonstrüksiyonunda varsayılan psikolojik faydaların aksine; beden üzerinde yeniden yapılanma ve cerrahi girişimler hastada psikolojik sıkıntı yaratmaktadır. Mastektomi, mastektomi ile eş zamanlı rekonstrüksiyon ve geç rekonstrüksiyon olan meme kanserli hastalarda, operasyonları sonrası bir yıllık dönemde psikososyal işlevselliğin (yaşam kalitesi, cinsel işlevsellik, depresyon ve anksiyete) farklı olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar hastaların memerekonstrüksiyonu olsa bile meme kanseri tanısı sonrası psikososyal desteğe ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

2.1.6.5 Psiko-onkoloji

Sağlıkta hekimlik uygulaması, davranış bilimleri ile biyolojik bilimleri birleştiren bir anlayışı kavrama ve insan varlığını biyopsikososyal bütünlük içinde ele almayı gerekli kılar. Akıl-beden-ruh etkileşimi psikiyatrik tıbbın yaratıcı çalışma alanıdır (Özkan ve Armay, 2007: 19).

Fiziksel hastalarda gelişen psikiyatrik bozukluklarla ilgili araştırmalar son 10-15 yılda hız kazanmıştır. Bu çalışmalar tüm tıp disiplinlerine katkı sağlamaktadır. Konuyu tek boyutlu ele almak yerine insan varlığına, hastalıklara ve tedavisine ilişkin bütüncül yaklaşımın geliştirilmesi önem taşımaktadır (Özkan, 2006: 1). Klinik alanda bütünleşen tıp ve psikiyatri, bedensel hastalığın insan psikolojisine etkisini gösterdiği gibi tanı sonrası gelişen psikiyatrik süreç ve psikososyal etkenlerin hastanın hastalığa uyumuna etkisini ortaya koymaktadır (Özkan ve Armay, 2007: 15).

Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi (KLP), genel hastane içerisinde psikiyatri hizmetlerinin sunulmasıdır. Bütüncül bir bakış ile fiziksel hastalığı olan psikiyatrik ve psikolojik yaklaşımı kapsamaktadır. Sağlığın fiziksel ve ruhsal boyutları ile bir bütün olduğu ve birbirini etkilediği anlayışına dayanır. KLP, tıbbın diğer alanları ve psikiyatri arasında köprü rolündedir (Aydemir, 2006: 87; Özkan ve Armay, 2007: 16). Psikiyatrinin bu alanı, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kanser, diyabet, böbrek yetmezliği, inme ve organ transplantasyonugibi hastalıkları olan hastalar ile ilgilenmektedir (Özkan ve Armay, 2007: 18).

Günümüzde kanser tedavisindeki büyük gelişmelerle birlikte kanserli hastalarda gelişen ruhsal hastalıkları tedavi etme büyük ilgi görmektedir. Kanser ile birlikte gelişen psikiyatrik semptomlar ve psikososyal sorunlar psiko-onkoloji disiplinine ilişkin tutum ve inançları güçlendirmektedir. KLP şemsiyesi altında kanser psikiyatrisini temsil eden psiko-onkoloji bilimsel olarak heyecan verici bir alandır (Bag, 2012: 451; Holland, 2002: 206; Sertöz Önen ve Elbi Mete, 2006: 14; Özkan ve Armay, 2007: 16).

Psiko-onkolojinin resmi başlangıcı 1970'lerin ortasına kadar uzanır. Geçtiğimiz yüzyılın son çeyreğinde, kendi bilgi gövdesi ile kanser tedavisine katkıda bulunan psiko-onkoloji, onkolojinin de alt disiplini olmuştur. Son dönemlerde kanser ile ilgili yapılan araştırmalar ve eğitim programları bu disiplinin gelişmesine katkıda bulunmaktadır. Psiko-onkolojide, yaşam tarzının değiştirilmesine yönelik davranışsal teknikler, kanser riskini azaltmaya yönelik alışkanlıkların gelişimi, tedavi sırasında anksiyete, depresyon, deliryum,

ağrı ve yorgunluk gibi semptomların kontrolü, palyatif ve yaşam sonu bakımının psikolojik yönlerinin yönetimi gibi konular aktif olarak araştırılmaktadır (Holland, 2002: 1).

Psiko-onkoloji, kanserli hastalardaki ruhsal hastalıkların fenomenolojisi ile ilgilenir. Hastaların tedavi sürecinde gösterdiği psikolojik tepkileri ele alarak hastanın hastalıkla baş etme yöntemlerini geliştirmek ve hasta yakınlarında yaşanması olası psikolojik kökenli risk belirtilerini tanımak ve önlem almak amaçlanır (Bag, 2012: 451). Bu disiplin, kanser riskini etkileyen psikolojik, davranışsal ve sosyal faktörlerin yanı sıra hasta, hasta yakını ve tedavi ekibini de ele alarak gelişmeye devam etmektedir (Breitbart ve Alici, 2009: 361).

Psiko-onkolojinin birbaşka önemli rolü ise psikolojik müdahaleler ile kanser hastasının mevcut başağıkma yöntemlerini güçlendirip yaşam kalitesini yükseltmektir. Kanserden dolayı yaşamakta olan stresin azaltılmasına yönelik girişimler, hastanın hastalıkla baş etme becerilerini güçlendirmektedir (Owen, Klapow, Hicken ve Tucker, 2001: 218).

Dünya Sağlık Örgütü (2008) yayınladığı raporda, onkolojik bakımın psikososyal bileşenlerinin kanser tedavisinin bir parçası olması ve psiko-onkoloji hizmetlerinin tüm onkoloji servislerinde sunulması gerektiğini bildirmiştir (Boyle ve Levin, 2008: 83).

Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere ve Danimarka'da kanser hastanelerinde psiko-onkoloji birimlerindeki çalışmalar aktif olarak yürütölmektedir. Ülkemizde ise 1990'ların başında İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü bünyesinde ilk Psiko-onkoloji Bilim Dalı kurulmuştur. Bunun yanı sıra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda onkoloji hastaları ve ailelerine psikolojik destek verilmektedir (Özkan ve Armay, 2007: 24; Soygür ve ark., 2005: 68).

2.1.6.6 Kanser Hastalarına Uygulanan Psikoterapi Yöntemleri

Kanser hastalarında psikoterapi fiziksel tedavinin tamamlayıcısıdır. Psikolojik zorlanmalar ve psikiyatrik bozukluklar yaşayan bu hastalarda psikoterapi uygulamaları hastaya, hastalığın tipine, evresine ve psikososyal çevreye göre değişebilmektedir (Özkan ve Armay, 2007: 158).

Kanser hastalarının psikolojik tedavilerinde, psikolojik morbiditeyi düzeltme ve azaltma, kanserle ilgili fiziksel ve psikolojik sorunlarla baş edebilme, psikolojik ve sosyal uyumu sağlayarak yaşam kalitesini arttırma, kansere ruhsal ve davranışsal uyumu gerçekleştirme, kırgınlık, öfke, suçluluk gibi örtölü duygu ve tepkilerin serbestçe ifade edilmesini sağlama, hastanın aile ve sosyal etkileşim alanları arasındaki iletişimi güçlendirme,

hastanın hastalığına ilişkin felaketçi tepkilerini düzenleme, hastanın kanser tedavilerine aktif katılımını sağlama amaçlanmaktadır (Özkan ve Armay, 2007: 159). Sosyal destek gibi psikososyal girişimler, sıkıntıyı azaltarak sağlıklı davranışların gelişmesine katkıda bulunmaktadır. Kanser hastası, stres yönetimi ve başa çıkma becerileri eğitimi ile kanser tedavisine uyum sağlayabilir (Andersen ve ark., 2008: 3450).

Kanser hastaları hastaneden uzak durmayı tercih ettiklerinden uzun süreli terapilere katılmaya istekli olmamaktadır. Bundan dolayı hastanın gereksinimlerine uygun programlar geliştirilmelidir. Örneğin psiko-eğitimler ile hastada gelişen anksiyetenin nedenleri üzerine konuşmak hastaya fayda sağlayabilmektedir. Gevşeme teknikleri, nefes egzersizleri, bilişsel yeniden yapılandırma gibi teknikler de kolay uygulanabilen faydalı müdahalelerdir (Sertöz Önen ve Elbi Mete, 2006: 19).

Kanser hastalarında psikolojik müdahalelerin başında Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) gelmektedir. Bireysel ve grup olarak uygulanan BDT'nin yanı sıra sosyal beceri eğitimi, psikoeğitim, destekleyici terapi ve problem çözme terapisi etkili olabilmektedir (Hopko ve ark., 2008: 127; Jacobsen ve Jim, 2008: 225; Moyer, Sohl, Knapp-Oliver ve Schneider, 2009: 478; Soylu, 2014: 258; Uitterhoeve ve ark., 2004: 1060; Zimmermann, Heinrichs ve Baucom, 2007: 229).

Kanser hastalarında BDT, disfonksiyonel duygu, düşünce ve davranışlar ile ilgili problemleri sistematik biçimde çözmeyi amaçlayan bir psikoterapi türüdür (Jassim, Whitford, Hickey ve Carter, 2015: 2). Hastaların hastalığa yükledikleri olumsuz düşünce ve değerlendirmeleri tanımlayıp yeni düşünce yapılanmaları ortaya koyma, tedavi sürecinde yaşanan sıkıntılarla baş etme yöntemleri geliştirme, kas gevşetme eğitimi, sistematik duyarısızlaşma ve biofeedback gibi teknikleri kapsamaktadır (Jassim ve ark., 2015: 2; Soylu, 2014: 258).

Osborn, Demoncada ve Feuerstein'in (2006: 27), yaptığı bir çalışmada 1492 kanser hastası üzerinde bilişsel davranışçı terapiler (BDT) ve psikoeğitimin depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve ağrı yönetimi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Çalışma sonucunda, BDT'nin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi üzerinde güçlü bir etkiye sahipken; psikoeğitimin güçlü etki gösteremediği belirlenmiştir. Ağrı yönetiminde ise hem BDT'nin hem de psikoeğitimin etkisi görülmemiştir. Jassim ve arkadaşları (2015: 2) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise bilişsel davranışçı terapinin anksiyete, depresyon ve duygudurum bozukluğunun iyileşmesinde önemli etki sağladığı görülmüştür. BDT uygulanan kadınların, kontrol grubuna kıyasla yaşam kalitesinde iyileşme olduğu belirlenmiştir.

Matthews ve arkadaşlarının (2014: 250) uyku problemi yaşayan meme kanserli hastalar (n=60) üzerine yaptıkları boylamsal bir çalışmada, BDT (n=30) ve davranışsal plasebo tedavisi (n=30) uygulanan iki grup hastada uyku, yaşam kalitesi, işlevsellik ve yorgunluk gibi değişkenler farklı zamanlarda karşılaştırılmıştır. Tedavi sürecinde BDT uygulanan hastalarda fiziksel ve bilişsel işlevlerde iyileşme ve uyku süresinde artış görülmüştür.

Barsevick, Sweeney, Haney ve Chung'ın (2002: 73) kanser hastalarına uygulanan iki meta-analiz ve dokuz randomize klinik çalışma incelemesinde psikoeğitimsel müdahalenin depresyonun azaltılmasında etkili olduğu belirlenmiştir. İncelenen çalışmaların %63'ü depresyon için pozitif sonuç göstermektedir. Psikoeğitim ve davranış terapileri beraber uygulandığında daha faydalı olduğu belirlenmiştir.

Chan, A. Richardson ve J. Richardson'ın (2011: 351) 140 hasta üzerinde yaptığı kontrollü bir çalışmada tedavi sürecinde verilen psikoeğitimin anksiyete, nefes darlığı ve yorgunluk ile baş etmede etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca tedavi sürecinde psikoeğitim desteği almayan grubun, yıpranma düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ülkemizde Akçay ve Gözüm (2012: 194) tarafından yapılan bir çalışmada ise kemoterapi öncesi verilen eğitimin tedavinin yan etkileri ile baş etme konusunda etkili olduğu belirlenmiş, eğitim sonrası hastaların fiziksel ve ruhsal sağlık algısı ve yaşam kalitesinde artış olduğu görülmüştür. Bir başka çalışmada, meme kanserli hastalara tedavi sürecinde sağlık çalışanları tarafından verilen bireysel danışmanlığın depresyon ve anksiyete semptomlarının yönetimi, yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir (Karayurt, Uğur, Tuna, Günüşen ve Çıtak, 2013: 142).

Depresyon, anksiyete ve yorgunluk gibi belirtileri azaltmak için psikoterapi yöntemlerinin yanında farmakolojik tedavinin de uygulanması hastaya fayda sağlamaktadır (Soylu, 2014: 258). Williams ve Dale (2006: 386) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında farmakolojik tedavi ve BDT'nin depresif semptomların yönetiminde etkili olduğu saptanmıştır.

2.1.6.7 Mastektomi, Depresyon, Benlik Saygısı ve Öz Yeterlik İlişkisi

Depresyon, günlük yaşamın üzgün geçtiği, hüznün ve mutsuzluğun egemen olduğu normal dışı bir duygudurumdur (Türkçapar, 2013: 2). Gündelik yaşamda herkes zaman zaman kendini mutsuz ve hatta karamsar hissedebilir; fakat kişinin mevcut durumu ile ilgili çaresizlik ve karamsarlık duyguları geliştirip kendini yetersiz ve değersiz olarak algılaması,

kendini toplumdan soyutlaması, eskiden zevk aldığı durumlardan zevk almaması, isteksiz olması, uyku ve iştahının bozulması depresyonun hastalık olarak değerlendirilmesine neden olmaktadır (Türk Psikiyatri Derneği, 2018). Türkçapar (2013: 2) ise günümüz psikiyatrisinde depresyonun normal bir duygulanım, ruhsal bir belirti ve bir hastalık olarak çeşitli anlamlar barındırdığını belirtmektedir. Hisli'ye (1988: 118) göre depresyon, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkmaktadır.

Bir belirti olarak depresyon birçok rahatsızlığa eşlik etmektedir (Sertöz ve Elbi Mete, 2004: 63; Türkçapar, 2013: 2). Kanser hastalarında da klinik olarak anlamlı depresif belirtilerin saptandığı bildirilmiştir (Derogatis ve ark., 1983: 754; Nelson ve ark., 2010: 348; Pirl, 2004: 32; Tokgöz ve ark., 2008: 65). Kanser hastalarında depresif belirtiler hastalığa psikolojik reaksiyon olarak ortaya çıkabildiği gibi, fiziksel hastalığın fizyolojik sonucu olarak da gelişebilmektedir (Özkan ve Armay, 2007: 74). Tedavi sürecinde yapılan cerrahi müdahaleler hastanın narsisistik bütünlüğünü tehdit etmekte ve memenin kaybı katastrofik çağrışımlar ile hastada büyük bir yıkıma neden olmaktadır (Okanlı, 2004: 3; Özkan, 2003: 682). Bu yıkım kişide depresyonun giderek derinleşmesine ve düşük benlik saygısına neden olmaktadır (Özkan ve Armay, 2007: 140).

Sanford ve Donovan'a (1984) göre sağlıklı bir kişilik gelişiminin ön koşulu olarak kabul edilen benlik saygısı, bireyin yaşamını birçok yönde etkileyen bir kişilik değişkenidir (akt., Güloğlu ve Aydın, 2001: 66). "İnsanın kendini nasıl görüp nasıl değer biçtiğini anlatan, benliğin beğenilip benimsenmesi benlik saygısını oluşturur. Benlik saygısı, kişinin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur" (Yörükoğlu, 2007: 105). Coopersmith (1967) ise benlik saygısını "bireyin kendini yetenekli, önemli, başarılı ve değerli olarak algılama derecesi" olarak tanımlamaktadır (akt. Smith, 1968: 323A).

Benlik saygısı, bireyin kendini olumlu, değerli ve sevmeye layık bulmasıdır. Mevcut durumundan memnun olmayı sağlayan olumlu bir ruh halidir (Yörükoğlu, 2007: 105). Duygusal, zihinsel ve akademik yaşamı etkileyen benlik saygısı, bireyin sosyalleşmesinde de önemli rol oynar. Sosyalleşme başarıyı ve mutluluğu da beraberinde getirir (Güloğlu ve Aydın, 2001: 66).

Kanser tanısı ve tedavi sürecinde uygulanan farmakolojik ve cerrahi müdahaleler hastada depresyon, anksiyete, uyum güçlüğü, sosyal izolasyon, öfke, korku, umutsuzluk ve cinsel sıkıntılara neden olmakla birlikte hastanın benlik saygısını da etkilemektedir (Babaoğlu Akdeniz, 2012: 53; Bilge, Mecdi Kaydırak ve Aslan, 2016: 32; İzci ve ark., 2016: 97; Özkan

ve Armay, 2007: 74).Meme kanserli bir kadında dişilik özelliklerini kaybetme korkusu, erken menopoza girme, hormonal bozulmalar ve yaşanan cinsel sıkıntılar benlik saygısının düşmesine neden olmaktadır (Babacan Gümüş, 2006: 110).

Meme kanseri tedavisinde uygulanan cerrahi girişimlerin tipi de benlik saygısı düzeyini etkilemektedir. Mastektomi operasyonu geçiren hastalarında daha düşük benlik saygısına sahip oldukları saptanmıştır (Al-Ghazal, Fallowfield ve Blamey, 2000: 1940; Ha ve Cho, 2014: 443; Sertöz ve ark., 2004: 272; Sun ve ark., 2014: 24; Uçar ve Uzun, 2008: 165).

Bandura (1997) özyeterlik ve benlik saygısının farklı kavramlar olduğunu, benlik saygısının öz yeterlik gibi amaçsal bir süreçle ilgili olmadığını belirtmiştir (akt., Yıldırım ve İlhan, 2010: 302). Chen, Gully ve Eden'e (2004: 376) göre öz yeterlik motivasyonel bir inanç içerirken, benlik saygısı daha çok kişinin kendisine ilişkin duygusal değerlendirmesi olmaktadır.

Sosyal Bilişsel Kuram kapsamında ele alınan öz yeterlik kavramı, Bandura (1997) tarafından "kişinin belirli hünerleri sergilemesi için gerekli eylem dizisini örgütleme ve gerçekleştirme yetilerine olan inancı" olarak tanımlanmaktadır (akt. Miller, 2008: 261). Gelişim sürecinde çocuklar çeşitli durumlardaki yeterlikleri hakkındaki bilgilerini dört tip bilgi kaynağından elde etmektedir. Bunlar kişinin önceki benzer girişimlerdeki performansı yani başarı ya da başarısızlığı, ötekilerin performansına ilişkin dolaylı deneyimleri, ötekiler tarafında yapılan sözel yolla ikna ve fizyolojik ve duyuşsal durumdan alınan bilgilerdir. Öz yeterlik, kişinin bu bilgi kaynaklarına güvenmesi durumudur (Bandura, 1977: 195).

Kişinin önceki başarılı deneyimleri, kendisine benzer özellikte olan diğer insanların başarıları, olumlu geri bildirimler, uyarılmışlık, öz değerlendirme becerilerinin gelişimi gibi kaynaklar öz yeterlik inancını beslemekte; güçlü bir öz yeterlik, başarı ve iyilik halini beraberinde getirmektedir (Yıldırım ve İlhan, 2010: 302).

Rapley ve Fruin (1999: 211) sağlıkla ilgili davranışların değişiminde öz yeterliğin etkili olduğunu vurgulanmıştır. Bandura'ya (1977) göre öz yeterlik, davranışı gerçekleştirmeye yönelik ilk kararı, harcanan çabayı ve sıkıntı karşısında sürekliliği belirlediğinden davranışsal değişimin en güçlü belirleyicisidir.Hastalar gerekli durumda beklenen davranışları gerçekleştirebileceklerine inanmadıkları sürece belirli davranışların istenilen sonuçlara yol açacağına ikna etmek davranışsal değişiklik oluşturmayabilir (akt., Lau-Walker, 2004: 217).

Kanser hastalarında tanı ve tedavi sürecinde öz yeterlik inancı birçok alanı etkilemektedir. Yüksek öz yeterlik inancının baş etme yöntemlerini güçlendirdiği ve sonuç olarak yaşam kalitesini, duygusal refahı artırdığı; depresyon ve anksiyeteyi azalttığı görülmektedir. Böylece öz yeterlik kanserle başa çıkmada ve tedavisinde kişisel bir kaynak faktörü olarak görülebilir (Melchior ve ark., 2011: 2).

Porter ve arkadaşları (2008: 313) tarafından yapılan bir çalışmada öz yeterlik inancının semptom kontrolü ve sağlıklı davranışların geliştirilmesinde etkili olduğu, güçlü öz yeterliği ve uyum becerisi olan hastaların tedavi sürecinde daha az sıkıntı yaşadıkları belirtilmiştir. Kanser hastalarında yüksek öz yeterlik inancının travma gelişimini engellediği de vurgulanmıştır (Yu ve ark., 2014: 476). Shim, Lee ve Min de (2018: 8) meme kanseri hastalarında hastalığın ilerlemesine ilişkin korkularla baş etme konusunda hastaların öz yeterlik inançlarının etkili olduğunu belirtmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölüm, araştırmanın deseni, verilerin elde edildiği evren ve örneklem, verilerin toplanmasında kullanılan araçlar, veri toplama işlemi ve verilerin analizinde uygulanan istatistiksel tekniklere ilişkin açıklamaları kapsamaktadır.

3.1. Araştırma Deseni

Bu araştırma, tanı almış bir grupta karşılaştırmalı olarak kontrol grubu üzerinde gerçekleştirilen bir çalışma olarak nicel araştırma yöntemlerinden nedensel karşılaştırmalı desene göre gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma aynı zamanda kesitsel ve korelasyonel bir çalışma özelliği de taşımaktadır.

Katılımcılar üzerinde herhangi müdahale olmadan gruplar arasındaki farklılıkların nedenlerini ve sonuçlarını belirlemeyi amaçlayan çalışmalara nedensel karşılaştırma çalışmasıdır (Büyüköztürk, Kılıç Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2016: 16). Bu çalışmada nedensel karşılaştırma deseni aracılığıyla meme kanseri tanısı ile beraber mastektomi ve mastektomi sonrası rekonstrüksif operasyon geçiren hastalarla sağlıklı kontrol grubunun depresyon, benlik saygısı ve öz yeterlik algısı puanlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma örneklemini, operasyon geçiren gruplarda, meme kanseri tanısı alma durumu, dahil etme; psikiyatrik bir tanı almış olma durumu, dışlama ve sağlıklı kontrol grubunda psikiyatrik tanı alma durumu, dışlama ölçütü olarak kullanıldığından amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme ve uygun örnekleme tekniği ile belirlenmiştir. Bu kapsamda araştırmanın örneklemini, Ocak-Temmuz 2018 tarihleri arasında Mersin Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği ve Meme Polikliniği'ne meme kanseri tanısı ile başvuran 75 mastektomi hastası, mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyon operasyonu geçiren 32 hasta ve 133 sağlıklı kadın olmak üzere toplam 240 birey oluşturmaktadır. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo.1'de yer almaktadır.

Tablo.1: Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler

<i>Yaş</i>	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>S</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Mastektomi olanlar	75	52.11	9.26	34	78
Rekonstrüksiyon olanlar	32	44.03	5.63	35	56
Sağlıklı Grup	133	37.20	8.50	21	63
Toplam	240	42.77	10.74	21	78

		Grup				
		Mastektomi olanlar	Rekonstrüksiyon olanlar	Sağlıklı Grup	Toplam	
Medeni Durum	Evli	n	59	28	93	180
		% Grup içinde	%78.7	%87.5	%69.9	%75
	Bekâr	n	3	1	33	37
		% Grup içinde	%4	%3.1	%24.8	%15.4
	Boşanmış/Dul	n	13	3	7	23
		% Grup içinde	%17.3	%9.4	%5.3	%9.6
Toplam	N	75	32	133	240	
	% Toplam	%100	%100	%100	%100	

		Grup				
		Mastektomi olanlar	Rekonstrüksiyon olanlar	Sağlıklı Grup	Toplam	
Eğitim Düzeyi	Sadece okur-yazar	n	9	0	0	9
		% Grup içinde	%12	%0	%0	%3.8
	İlk-ortaokul mezunu	n	48	12	14	74
		% Grup içinde	%64	%37.5	%10.5	%30.8
	Lise mezunu	n	16	13	23	52
		% Grup içinde	%21.3	%40.6	%17.3	%21.7
Üniversite mezunu	n	2	7	96	105	
	% Grup içinde	%2.7	%21.9	%72.2	%43.8	
Toplam	N	75	32	133	240	
	% Toplam	%100	%100	%100	%100	

Tablo.1 (devam)

		Grup				
			Mastektomi olanlar	Rekonstrüksiyon olanlar	Sağlıklı Grup	Toplam
<i>Algılanan SED</i>	Düşük	n	33	5	16	54
		% Grup içinde	%44	%15.6	%12	%22.5
	Orta	n	42	26	105	173
		% Grup içinde	%56	%81.3	%78.9	%72.1
	Yüksek	n	0	1	12	13
		% Grup içinde	%0	%3.1	%9	%5.4
Toplam	N	75	32	133	240	
	% Toplam	%100	%100	%100	%100	
		Grup				
			Mastektomi olanlar	Rekonstrüksiyon olanlar	Sağlıklı Grup	Toplam
<i>Çocuk var mı?</i>	Var	n	68	28	91	187
		% Grup içinde	%90.7	%87.5	%68.4	%77.9
	Yok	n	7	4	42	53
		% Grup içinde	%9.3	%12.5	%31.6	%22.1
Toplam	N	75	32	133	240	
	% Toplam	%100	%100	%100	%100	

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada Sherer ve arkadaşları (1982: 665) tarafından geliştirilen ve Türkçe uyarlaması Yıldırım ve İlhan (2010: 304) tarafından yapılan “Genel Öz Yeterlik Ölçeği”, 1967’de Coopersmith tarafından geliştirilen ve Türkçe uyarlaması Turan ve Tufan (1987: 817) tarafından yapılan “Öz Saygı Ölçeği” ve Beck, Ward, Mendelson, Mock ve Erbaugh (1961: 56) tarafından geliştirilen, Hisli (1989: 6) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan “Beck Depresyon Ölçeği” kullanılmıştır. Bunun yanı sıra katılımcıların demografik özelliklerini saptamak amacı ile araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu da verilmiştir.

3.3.1 Kişisel Bilgi Formu

Çalışmada meme kanseri tanısı alan ve almayan olmak üzere iki grup olduğu için iki farklı Kişisel Bilgi Formu uygulanmıştır. Meme kanseri olan katılımcıların Bilgi Formu’nda doğum tarihi, medeni durumu, eğitim durumu, aylık ortalama gelir düzeyi, çocuk sayısı, diğer

kronik rahatsızlıkları, tanı yaşı, tanıdan bu yana geçen süre, uygulanan tedaviler, ameliyat tarihi, ameliyattan bu yana geçen süre, ameliyat tipi, meme rekonstrüksiyonu, rekonstrüksiyondan duyulan memnuniyet düzeyi ve psikiyatrik tedavi alma durumu bulunmaktadır. Sağlıklı olan katılımcıların Bilgi Formu'nda ise doğum tarihi, medeni durumu, eğitim durumu, aylık ortalama gelir düzeyi, çocuk sayısı ve psikiyatrik tedavi alma durumu bulunmaktadır. Etik kurallar gereği çalışma sırasında katılımcılara kimlik bilgilerini içeren sorular yöneltilmemiştir. Bilgi Formları Ek-1 ve Ek-2'de verilmiştir.

3.3.2 Genel Öz Yeterlik Ölçeği

Shener ve arkadaşları (1982: 665) tarafından geliştirilen ölçek 23 maddeden oluşmaktadır. Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yıldırım ve İlhan (2010: 304) tarafından yapılmıştır. Shener ve Adams (1983: 6) tarafından 14 dereceli Likert tipi olan ölçek 5 dereceli Likert tipi ölçeğe çevrilmiş ve yapılan faktör analizleri sonrasında Magaletta ve Oliver (1999: 543) tarafından 17 maddeye indirilmiştir. Her soru 1 ve 5 arasında puan almaktadır. 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17. maddeler ters puanlanmakta ölçekten alınan toplam puan 17-85 arasında değişmektedir. Alınan yüksek puan özyeterlik inancının yükseldiğini göstermektedir. Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa katsayısı .80, test yarı güvenilirliği .77, test-tekrar test güvenilirlik korelasyon katsayısı .69 olarak bulunmuştur. Ölçeğin faktör yapısı açımlayıcı faktör analizi ile incelenmiş özdeğeri birin üzerinde olan ve toplam varyansın %41.5'ini açıklayan 'başlama' (2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12 ve 17. maddeler), 'yılmama' (3, 13, 14, 15 ve 16. maddeler) ve 'sürdürme çabası/ısrar' (1, 8 ve 9. maddeler) olmak üzere üç faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Bourland ve arkadaşları (2000: 320) tarafından yapılan ölçüt bağıntılı geçerlik çalışmalarında Beck Depresyon ölçeği ile korelasyonu .52 iken; Spielberg Sürekli Kaygı Envanteri ile korelasyon .48 ile anlamlı bulunmuştur. Genel Öz Yeterlik Ölçeği, Ek-3'te verilmiştir.

3.3.3 Coopersmith Öz Saygı Ölçeği

Coopersmith tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe uyarlaması Turan ve Tufan (1987: 817) tarafından yapılmıştır. Başlangıçta Coopersmith tarafından çocuklara uygulanmak üzere 50 madde halinde hazırlanan ölçek daha sonra çeşitli yaş gruplarına uygulanacak şekilde geliştirilmiştir. Çocuklara (50 soruluk) ve yetişkinlere (25 soruluk) uygulanabilecek iki ayrı formu bulunmaktadır. Ölçeğin yetişkinlere uygulanan formu "benim gibi" ya da "benim gibi değil" şekline şıkları olan 25 maddeden oluşmaktadır. Toplam puanın yükselmesi benlik saygısının da yüksek olduğunu göstermektedir. Her olumlu ifade "4" ; her olumsuz ifade "0" olarak puanlanan ölçeğin puan aralığı 0-100 arasında değişmektedir. Turan ve Tufan (1987:

818) güvenilirlik çalışmasında ölçeği yaş ortalaması 45 olan 30 kanserli hastaya 15 gün ara ile uygulamıştır. Yapılan test-tekrar test uygulama sonucunda $r=0.65$ olarak bulunmuştur. Ayrıca yaş ortalaması 20 olan 56 kişilik üniversite öğrencilerine 15 gün arayla yapılan test-tekrar test uygulama sonucunda ise $r=0.76$ olarak bulunmuştur. Geçerlik çalışmasında ise Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile korelasyonu $r=.62$ olarak bulunmuştur. Coopersmith Öz Saygı Ölçeği, Ek-4' te verilmiştir.

3.3.4 Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve arkadaşları (1961: 56) tarafından geliştirilen, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli (1989: 6) tarafından yapılan bu ölçek kişinin algıladığı depresif belirtileri nicel olarak değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin her maddesi depresyona özgü davranışsal örüntüyü belirlemektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyonun derecesini objektif olarak nicelleştirmektir. Ölçek ifadelerine göre 0-3 arasında puan alan 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Beck Depresyon Ölçeğinden alınabilecek en düşük puan sıfır, en yüksek puan 63'tür. Puanın yükselmesi depresyon belirtilerinin yükseldiğine işaret etmektedir. Ölçekten 17 ve üstü puan alanların bir risk grubu oluşturabileceği öne sürülmektedir. Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında yarıya bölme güvenilirlik katsayısı $r=.74$, madde analizinde elde edilen Cronbach alfa katsayısı da $r=.80$ olarak saptanmıştır. Geçerlilik yönteminde BDÖ ile birlikte MMPI depresyon alt ölçeği uygulanmıştır ve aralarındaki korelasyon $r=.50$ olarak elde edilmiştir. Yapı geçerliliği için faktör analizi uygulanmış olup 'performansta bozulma' (4, 10, 11, 12, 13, 15 ve 17. maddeler), 'kendine yönelik olumsuz duygular' (1, 2, 3, 7, 9 ve 14. maddeler), 'somatik rahatsızlıklar' (16, 18, 19, 20 ve 21. maddeler) ve 'suçluluk duyguları' (5, 6, ve 8. maddeler) olmak üzere dört faktör tanımlanmıştır (Savaşır ve Hisli, 1997: 30). Beck Depresyon Ölçeği, Ek-5'te verilmiştir.

3.4 Verilerin Toplanması

Uygulama öncesinde Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nden alınan üst yazı (Ek-6) ve Etik Kurulu Onayı (Ek-7) ile Mersin İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvurulmuş, gerekli izin (Ek-8) alındıktan sonra Mersin Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği ve Meme Sağlığı Polikliniği'ne başvuran mastektomi ve mastektomi sonrası rekonstrüktif operasyon geçiren hastalara ve sağlıklı hastane çalışanlarına çalışmanın amacını içeren Araştırmaya Gönüllü Katılım Formu (Ek-9) verilmiştir. Gönüllülük esasına göre Bilgi Formu, Genel Öz Yeterlik Ölçeği, Coopersmith Öz Saygı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Veri kaybının yaşanmaması için ölçek maddeleri araştırmacı tarafından tek tek

okunmuş, katılımcılar tarafından işaretlenmiştir. Ölçeklerin uygulanması ortalama 30 dakika sürmüştür. Ayrıca ölçekleri Türkçe'ye kazandıran yazarlardan ölçek kullanım izinleri de alınmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde IBM SPSS 25 istatistik programı kullanılmıştır. Analize başlamadan önce araştırma verilerinin parametrik teknikler açısından gerekli sayıtlıları (normallik, doğrusallık, çoklu bağlantılılık problemi) karşılayıp karşılamadığı değerlendirilmiştir.

Genel Öz Yeterlik Ölçeği, Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği'nden elde edilen puanların normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analizlerde $N=240 (<300)$ olduğu için z değeri 3.29'dan büyük olan çarpıklık ve basıklık değerleri dağılımın normal olmadığına dair bir gösterge olarak kabul edilmiştir (Kim,2013). Sürekli değişkenler içinde sadece "Yaş", "Öz Yeterlik Başlama" ve "Öz Yeterlik Yılmama"nın normal dağılım gösterdiği diğer değişkenlerin dağılımlarının çarpık olduğu görülmüştür. "Yaş", "Öz Yeterlik Başlama" ve "Öz Yeterlik Yılmama" değişkenleri normallik varsayımı karşılandığı için verilerin analizlerinde parametrik tekniklerden GLM (General Linear Model) Tek Değişkenli Varyans Analizi ve Bağımsız Gruplar t-Testi; diğer değişkenler normallik varsayımını karşılamadığı için non-parametrik tekniklerinden Kruskal-Wallis H Testi ve Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. GLM Tek Değişkenli Varyans Analizi sonucunda farkın anlamlı çıkması durumunda gruplar arası çoklu karşılaştırma için Bonferroni post hoc testi yapılmıştır. Yine Kruskal-Wallis H testi için farkın anlamlı çıkması durumunda IBM SPSS 25'te non-parametrik Bonferroni correction çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır.

Bu çalışmada 'depresyon, yaş, gelir ve eğitim durumu' bozucu değişkenler olmasına rağmen parametrik testlerin sayıtlıları karşılanamadığı için kovaryans (ANCOVA) ya da çok değişkenli kovaryans (MANCOVA) analizi yapılamamıştır. Bu nedenle bu durum çalışma için önemli bir sınırlılık olarak görülmektedir. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda bu değişkenlerin kontrol edilebildiği araştırma desenlerinin uygulanması önerilmektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde katılımcılara verilen kişisel bilgi formunda yer alan sorulara ait betimsel istatistikler ile mastektomik hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksif operasyon geçiren hastalar ve sağlıklı grup arasında depresyon, benlik saygısı ve öz yeterlik inancı farkına ilişkin bulgular, araştırmanın alt problemleri doğrultusunda verilmiştir.

4.1.Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Grubun Demografik Özelliklerine İlişkin Betimsel istatistikler

Tablo 2. Mastektomi ve Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastaların Tanı Yaşı Ortalaması ve Standart Sapması

Gruplar	n	Ort.	SS	Minimum	Maksimum
A.Mastektomi olanlar	75	48.17	8.23	30	64
B.Rekonstrüksiyon olanlar	32	40.56	5.08	31	50
Toplam	107	45.90	8.19	30	64

Tablo 2’de görüldüğü gibi mastektomi olan hastaların tanı alma yaş ortalaması 48.17(\pm 8.23), mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastaların tanı alma yaş ortalaması ise 40.56(\pm 5.08)’dir.

Tablo 3. Mastektomi ve Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastaların Ameliyat Yaş Ortalaması ve Standart Sapması

Gruplar	n	Ort.	SS	Minimum	Maksimum
A.Mastektomi olanlar	75	48.8	8.85	30	77
B.Rekonstrüksiyon olanlar	32	41.03	5.17	31	51
Toplam	107	46.48	8.68	30	77

Tablo 3’te görüldüğü gibi mastektomi olan hastaların ameliyat yaş ortalaması 48.8(\pm 8.85), mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastaların ameliyat yaş ortalaması ise 41.03(\pm 5.17)’tür.

Tablo 4. Mastektomi ve Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalarda Ameliyattan Sonra Geçen Sürenin (Ay olarak) Ortalaması ve Standart Sapması

Gruplar	n	Ort.	SS	Minimum	Maksimum
A. Mastektomi olanlar	75	40.41	38.05	4	144
B. Rekonstrüksiyon olanlar	32	38.28	30.51	6	108
Toplam	240	39.78	35.83	4	144

Tablo 4'te görüldüğü gibi mastektomi olan hastalarda ameliyattan sonra geçen sürenin ortalaması 40.41(\pm 38.05), mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastalarda ise süre ortalaması 38.28(\pm 30.5)'dir.

Tablo 5. Mastektomi ve Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastaların Ameliyat Tipi Değişkenine Göre Dağılımları

	n	Grup		Toplam
		Mastektomi olanlar	Rekonstrüksiyon olanlar	
Ameliyat Tipi	Total Mastektomi	70	20	90
	% Grup içi	%93.3	%62.5	%84.1
Ameliyat Tipi	Modifiye radikal mastektomi	5	12	17
	% Grup içi	%6.7	%37.5	%15.9
Toplam	N	75	32	107
	% Toplam	%100	%100	%100

Tablo 5'te görüldüğü gibi mastektomi olanların 70'i (%93.3) total mastektomi, 5'i (%6.7) modifiye radikal mastektomi; rekonstrüksiyon olanların 20'si (%62.5) total mastektomi, 12'si (%37.5) modifiye radikal mastektomi ameliyatı geçirmiştir. Toplamda hastaların 90'nı (%84.1) total mastektomi, 17'si (%15.9) ise modifiye radikal mastektomi ameliyatı geçirmiştir.

Tablo 6. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Grubun Psikiyatrik Tedavi Görme Durumları

		Grup				
		Mastektomi olanlar	Rekonstrüksiyon olanlar	Sağlıklı Grup	Toplam	
Psikiyatrik tedavi gördünüz mü?	Evet	n	17	17	17	51
		% Grup içinde	%22.7	%53.1	%12.8	%21.3
	Hayır	n	58	15	116	189
		% Grup içinde	%77.3	%46.9	%87.2	%78.8
Toplam	N	75	32	133	240	
	% Toplam	%100	%100	%100	%100	

Tablo 6’da görüldüğü gibi mastektomi olanların 17’si (%22.7), rekonstrüksiyon olanların 17’si (%53.1), sağlıklı grubun ise 17’si (%12.8) hayatlarının herhangi bir döneminde psikiyatrik tedavi görmüştür. Toplam katılımcıların 51’i (%21.3) psikiyatrik tedavi görmüştür.

Tablo 7. Rekonstrüksiyon Olan Hastaların Rekonstrüksiyondan Duydukları Memnuniyet Derecesine Göre Dağılımları

	n	%	% Geçerli	% Yığılmalı
Çok memnun	11	4.6	34.4	34.4
Oldukça memnun	13	5.4	40.6	75
Kararsız	3	1.3	9.4	84.4
Pek memnun değil	5	2.1	15.6	100
Toplam	32	13.3	100	
Diğer Gruplar	208	86.7		
Toplam	240	100		

Tablo 7’de görüldüğü gibi rekonstrüksiyon olanların 11’i (%34.4) yapılan rekonstrüksiyondan “çok memnun”, 13’ü (%40.6) “oldukça memnun”, 3’ü (%9.4) “kararsız”, 5’i (%15.6) “pek memnun değil” dir.

4.2. Mastektomi Olan Hasta, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hasta ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Depresyon, Benlik Saygısı ve Öz Yeterlik İnancına İlişkin Yordamsal İstatistik Bulguları

Bulguların bu bölümünde depresyon, benlik saygısı ve öz yeterlik inancına ilişkin yordamsal istatistiklere yer verilmiştir.

Soru 1:Mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında depresyon açısından anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 8. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun “Depresyon Toplam Puanları” Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi

Gruplar	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p	η^2	Fark
A. Mastektomi olanlar	75	162.96					
B. Rekonstrüksiyon olanlar	32	107.39	2	41.22	.000	.165	A>B
C. Sağlıklı Grup	133	99.71					A>C
Toplam	240						

Tablo 8’de görüldüğü gibi mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında “depresyon toplam puanları” açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Kruskal-Wallis H testi yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2_{(2)}=41.22$, $p=.000$, $\eta^2=.165$). Mastektomi olan grubun sıra ortalamasının (162.96), rekonstrüktif cerrahi geçiren hastaların (107.39) ve sağlıklı grubun (99.71) sıra ortalamalarından anlamı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=.000$). Aynı zamanda bu farkın yüksek bir etki büyüklüğüne de sahip olduğu görülmektedir.

Bu analizde yaş, eğitim durumu ve algılanan gelir durumunun bozucu değişkenler olabileceği değerlendirilmiş olmasına ve kontrol değişkeni olarak alınarak ANCOVA yapılması düşünülmesine karşın, ANCOVA için gerekli parametrik sayıltılar karşılanamadığından dolayı bu analiz yapılamamıştır. Sayıltılar karşılanamamasına rağmen analiz sonuçlarının değişip değişmediğini görmek amacıyla yaş, eğitim durumu ve algılanan gelir durumu kontrol değişkeni olarak alınarak gruplararası depresyon düzeyleri açısından anlamlı bir fark olup olmadığı test edilmiş, Kruskal-Wallis H testi sonucunda elde ettiğimiz aynı farklılaşmanın olduğu görülmüştür. Bu da çalışmamız sonuçlarının güvenilirliğini göstermesi açısından önemli bir bulgudur.

Tablo 9. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun “Depresyon Alt Testi Performansta Bozulma Puanları” Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi

	Grup	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p	η^2	Fark
Performansta Bozulma	A. Mastektomi olanlar	75	164.53					
	B. Rekonstrüksiyon olanlar	32	118.34	2	46.93	.000	.190	A>B A>C
	C. Sağlıklı Grup	133	96.19					
	Toplam	240						

Tablo 9’da görüldüğü gibi mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon yapılan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında “depresyon alt testi performansta bozulma” açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Kruskal-Wallis H testi yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2_{(2)}=46.93$, $p=.000$, $\eta^2=.190$). Mastektomi olan grubun sıra ortalamasının (164.53), rekonstrüktif cerrahi geçiren hastaların (118.34) ve sağlıklı grubun (96.19) sıra ortalamalarından anlamı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=.01$). Aynı zamanda bu farkın yüksek bir etki büyüklüğüne de sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 10. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun “Depresyon Alt Testi Kendine Yönelik Olumsuz Duygular Puanları” Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi

	Grup	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p	η^2	Fark
Kendine Yönelik Olumsuz Duygular	A. Mastektomi olanlar	75	149.95					
	B. Rekonstrüksiyon olanlar	32	98.19	2	21.5	.000	.08	A>B A>C
	C. Sağlıklı Grup	133	109.26					
	Toplam	240						

Tablo 10’da görüldüğü gibi mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında “depresyon alt testi kendine yönelik olumsuz duygular” açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için

Kruskal-Wallis H testi yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2_{(2)}=21.50$, $p=.000$, $\eta^2=.08$). Mastektomi olan grubun sıra ortalamasının (149.95), rekonstrüktif cerrahi geçiren hastaların (98.19) ve sağlıklı grubun (109.26) sıra ortalamalarından anlamı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=.001$). Aynı zamanda bu farkın orta düzeyde bir etki büyüklüğüne de sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 11. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun “Depresyon Alt Testi Somatik Rahatsızlıklar Puanları” Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi

Grup	n	Sıra		χ^2	p	η^2	Fark
		Ortalaması	sd				
A. Mastektomi olanlar	75	164.66					
B. Somatik Rahatsızlıklar	32	117.08	2	47.32	.000	.191	A>B A>C
C. Sağlıklı Grup	133	96.42					
Toplam	240						

Tablo 11’de görüldüğü gibi mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında “depresyon alt testi somatik rahatsızlıklar” açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Kruskal-Wallis H testi yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2_{(2)}=47.32$, $p=.000$, $\eta^2=.191$). Mastektomi olan grubun sıra ortalamasının (164.66), rekonstrüktif cerrahi geçiren hastaların (117.08) ve sağlıklı grubun (96.42) sıra ortalamalarından anlamı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=.01$). Aynı zamanda bu farkın yüksek düzeyde bir etki büyüklüğüne de sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 12. Mastektomi olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun “Depresyon Alt Testi Suçluluk Duyguları Puanları” Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi

	Grup	n	Sıra		χ^2	p	η^2	Fark
			Ortalaması	sd				
Suçluluk Duyguları	A. Mastektomi olanlar	75	116.50					
	B. Rekonstrüksiyon olanlar	32	97.47	2	6.18	.046	.018	B<C
	C. Sağlıklı Grup	133	128.30					
	Toplam	240						

Tablo 12’de görüldüğü gibi mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında “depresyon alt testi suçluluk duyguları” açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Kruskal-Wallis H testi yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2_{(2)}=6.18$, $p=.046$, $\eta^2=.018$). Rekonstrüktif cerrahi geçiren hastaların sıra ortalamasının (97.47) sağlıklı grubun sıra ortalamasından (128.30) anlamı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür ($p=.046$). Aynı zamanda bu farkın düşük düzeyde bir etki büyüklüğüne de sahip olduğu görülmektedir. Bir diğer ifadeyle sağlıklı grubun suçluluk duyguları ortalaması, rekonstrüktif cerrahi geçiren hastalardan daha yüksek bulunmuştur.

Soru 2: Mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon işlem yapılan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında benlik saygısı açısından anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 13. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Benlik Saygısı Puanları Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi

	Grup	n	Sıra		χ^2	p	η^2	Fark
			Ortalaması	sd				
Benlik Saygısı	A. Mastektomi olanlar	75	64.20					
	B. Rekonstrüksiyon olanlar	32	147.52	2	72.17	.000	.296	A<B A<C
	C. Sağlıklı Grup	133	145.75					
	Toplam	240						

Tablo 13'te görüldüğü gibi mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında benlik saygısı puanları açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Kruskal-Wallis H testi yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2_{(2)}=72.17$, $p=.000$, $\eta^2=.296$). Mastektomi olan grubun sıra ortalamasının (64.20), rekonstrüktif cerrahi geçiren hastaların (147.52) ve sağlıklı grubun (145.75) sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür ($p=.000$). Aynı zamanda bu farkın yüksek bir etki büyüklüğüne de sahip olduğu görülmektedir.

Bu analizde yaş, depresyon, eğitim durumu ve algılanan gelir durumunun bozucu değişkenler olabileceği değerlendirilmiş olmasına ve kontrol değişkeni olarak alınarak MANCOVA yapılması düşünülmeye karşın, MANCOVA için gerekli parametrik sayıltılar karşılanmadığından dolayı bu analiz yapılamamıştır. Sayıltılar karşılanamamasına rağmen analiz sonuçlarının değişip değişmediğini görmek amacıyla yaş, depresyon, eğitim durumu ve algılanan gelir durumu kontrol değişkeni; benlik saygısı ve özyeterlik puanları da bağımlı değişkenler olarak alınarak gruplararası benlik saygısı düzeyleri açısından anlamlı bir fark olup olmadığı test edilmiş, Kruskal-Wallis H testi sonucunda elde ettiğimiz aynı farklılaşmanın olduğu görülmüştür. Bu da çalışmamız sonuçlarının güvenilirliğini göstermesi açısından önemli bir bulgudur.

Soru 3: Mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında öz yeterlik inancı açısından anlamlı bir fark var mıdır?

3.a. Mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında “öz yeterlik inancı başlama puanları” açısından anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 14. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun “Öz Yeterlik İnancı Başlama Puanları” Farkı İçin Yapılan GLM Tek Değişkenli Varyans Analizi Tablosu

Gruplar	n	Ort.	SS	sd	Tip III		F	p	η^2	Fark
					KT	KO				
A. Mastektomi olanlar	75	23.53	7.10							
B. Rekonstrüksiyon olanlar	32	37.00	3.23	2-237	7243.99	3621.99	74.43	.000	.386	A<C A<B
C. Sağlıklı Grup	133	34.88	7.52							
Toplam	240	31.62	8.86							

Tablo 14’te görüldüğü gibi mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında “öz yeterlik inancı başlama puanları” açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek üzere GLM tek değişkenli varyans analizi (GLM univariate ANOVA) yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir ($F_{(2-237)}=74.43$, $p=.000$, $\eta^2=.386$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu test etmek için Bonferroni çoklu karşılaştırma testi yapılmış; mastektomi olan grubun puan ortalamasının (23.53 ± 7.10), rekonstrüktif cerrahi geçiren (37.00 ± 3.23) ve sağlıklı (34.88 ± 7.52) gruptan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p=.000$). Aynı zamanda bu farkın yüksek bir etki büyüklüğüne de sahip olduğu görülmektedir.

3.b. Mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında “öz yeterlik inancı yılmama puanları” açısından anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 15. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun “Öz Yeterlik İnancı Yılmama Puanları Farkı” İçin Yapılan GLM Tek Değişkenli Varyans Analizi Tablosu

Gruplar	n	Ort.	SS	sd	Tip III KT	KO	F	p	η^2	Fark
A. Mastektomi olanlar	75	14.31	4.24							
B. Rekonstrüksiyon olanlar	32	20.53	2.46	2- 237	1574.14	787.07	64.78	.000	.353	B>A B>C
C. Sağlıklı Grup	133	19.62	3.21							
Toplam	240	18.08	4.32							

Tablo 15’te görüldüğü gibi mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında “öz yeterlik inancı yılmama puanları” açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek üzere GLM tek değişkenli varyans analizi (GLM univariate ANOVA) yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir ($F_{(2-237)}=64.78$, $p=.000$, $\eta^2=.353$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu test etmek için Bonferroni çoklu karşılaştırma testi yapılmış; rekonstrüktif cerrahi geçiren grubun puan ortalamasının (20.53 ± 2.46), mastektomi olan grup (14.31 ± 4.24) ve sağlıklı kontrol grubundan (19.62 ± 3.21) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=.000$). Aynı zamanda bu farkın yüksek bir etki büyüklüğüne de sahip olduğu görülmektedir.

3.c. Mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında “özyeterlik inancı sürdürme çabası puanları” açısından anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 16. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun “Öz Yeterlik İnancı Sürdürme Çabası Puanları” Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi

Gruplar	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p	η^2	Fark
A. Mastektomi olanlar	75	67.51					
B. Rekonstrüksiyon olanlar	32	167.94	2	69.21	.000	.284	A<B A<C
C. Sağlıklı Grup	133	138.97					
Toplam	240						

Tablo 16’da görüldüğü gibi mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında “öz yeterlik inancı sürdürme çabası puanları” açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Kruskal-Wallis H testi yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2_{(2)}=69.21, p=.000, \eta^2=.284$). Mastektomi olan grubun sıra ortalamasının (67.51), rekonstrüktif cerrahi geçiren hastaların (167.94) ve sağlıklı grubun (138.97) sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür ($p=.000$). Aynı zamanda bu farkın yüksek bir etki büyüklüğüne de sahip olduğu görülmektedir.

3.d. Mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında “özyeterlik inancı toplam puanları” açısından anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 17. Mastektomi Olan Hastalar, Mastektomi Sonrası Rekonstrüksiyon Olan Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Öz Yeterlik İnancı Toplam Puanları Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi

Gruplar	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p	η^2	Fark
A. Mastektomi olanlar	75	56.89					
B. Rekonstrüksiyon olanlar	32	164.27	2	93.47	.000	.386	A<B A<C
C. Sağlıklı Grup	133	145.84					
Toplam	240						

Tablo 17’de görüldüğü gibi mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksiyon olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında “öz yeterlik inancı toplam puanları” açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Kruskal-Wallis H testi yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2_{(2)}=93.47$, $p=.000$, $\eta^2=.386$). Mastektomi olan grubun sıra ortalamasının (56.89), rekonstrüktif cerrahi geçiren hastaların (164.27) ve sağlıklı grubun (145.84) sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür ($p=.000$). Aynı zamanda bu farkın yüksek bir etki büyüklüğüne de sahip olduğu görülmektedir.

Bu analizde yaş, depresyon, eğitim durumu ve algılanan gelir durumunun bozucu değişkenler olabileceği değerlendirilmiş olmasına ve kontrol değişkeni olarak alınarak MANCOVA yapılması düşünülmeye karşın, MANCOVA için gerekli parametrik sayıltılar karşılanamadığından dolayı bu analiz yapılamamıştır. Sayıltılar karşılanamamasına rağmen analiz sonuçlarının değişip değişmediğini görmek amacıyla yaş, depresyon, eğitim durumu ve algılanan gelir durumu kontrol değişkeni; benlik saygısı ve özyeterlik puanları da bağımlı değişkenler olarak alınarak gruplararası özyeterlik inancı açısından anlamlı bir fark olup olmadığı test edilmiş, Kruskal-Wallis H testi sonucunda elde ettiğimiz aynı farklılaşmanın olduğu görülmüştür. Bu da çalışmamız sonuçlarının güvenilirliğini göstermesi açısından önemli bir bulgudur.

Soru 4:Ameliyat tipine göre depresyon puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

4.a.Ameliyat tipine göre “depresyon ölçeği performansta bozulma puanları” arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 18. Ameliyat Tipine Göre “Depresyon Ölçeği Performansta Bozulma Puanları” Farkı için Yapılan Mann-Whitney U Testi Tablosu

Gruplar	n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	η^2
Total Mastektomi	90	58.54	5269.00	356	3.50	.000	.114
Modifiye radikal mastektomi	17	29.94	509.00				

Tablo 18’de görüldüğü gibi ameliyat tipine göre “depresyon ölçeği performansta bozulma” puanları farkı için yapılan Mann-Whitney U test sonucunda total mastektomi olan hastaların sıra ortalamasının (58.54), modifiye radikal mastektomi olan hastaların sıra ortalamasından (29.94) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($U=356.00$, $p=.000$, $\eta^2=.114$). Aynı zamanda bu farka ilişkin etki büyüklüğünün de orta düzeyde olduğu görülmektedir.

4.b.Ameliyat tipine göre “depresyon ölçeği kendine yönelik olumsuz duygular puanları” arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 19. Ameliyat Tipine Göre “Depresyon Ölçeği Kendine Yönelik Olumsuz Duygular Puanları” Farkı için Yapılan Mann-Whitney U Testi Tablosu

Gruplar	n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	η^2
Total Mastektomi	90	57.23	5150.50	474.5	2.52	.012	.057
Modifiye radikal mastektomi	17	36.91	627.50				

Tablo 19’da görüldüğü gibi ameliyat tipine göre “depresyon ölçeği kendine yönelik olumsuz duygular puanları” farkı için yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda total mastektomi olan hastaların sıra ortalamasının (57.23), modifiye radikal mastektomi olan hastaların sıra ortalamasından (36.91) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($U=474.5$, $p=.012$, $\eta^2=.057$). Aynı zamanda bu farka ilişkin etki büyüklüğünün de ortadüzeyde olduğu görülmektedir.

4.c.Ameliyat tipine göre “depresyon ölçeği somatik rahatsızlıklar puanları” arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 20. Ameliyat Tipine Göre “Depresyon Ölçeği Somatik Rahatsızlıklar Puanları” Farkı için Yapılan Mann-Whitney U Testi Tablosu

Gruplar	n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	η^2
Total Mastektomi	90	57.87	5208.5	416.5	2.99	.003	.082
Modifiye radikal mastektomi	17	33.50	569.5				

Tablo 20’de görüldüğü gibi ameliyat tipine göre “depresyon ölçeği somatik rahatsızlıklar puanları” farkı için yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda total mastektomi olan hastaların sıra ortalamasının (57.87), modifiye radikal mastektomi olan hastaların sıra ortalamasından (33.50) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($U=416.5$, $p=.003$, $\eta^2=.082$). Aynı zamanda bu farka ilişkin etki büyüklüğünün de orta düzeyde olduğu görülmektedir.

4.d.Ameliyat tipine göre “depresyon ölçeği suçluluk duyguları puanları” arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 21. Ameliyat Tipine Göre “Depresyon Ölçeği Suçluluk Duyguları Puanları” Farkı için Yapılan Mann-Whitney U Testi Tablosu

Gruplar	n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	η^2
Total Mastektomi	90	56.06	5045.00	580	1.75	.079	-
Modifiye radikal mastektomi	17	43.12	733				

Tablo 21’de görüldüğü gibi ameliyat tipine göre “depresyon ölçeği suçluluk duyguları puanları” farkı için yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda total mastektomi olan hastaların sıra ortalaması (56.06) ile modifiye radikal mastektomi olan hastaların sıra ortalaması (43.12) arasında anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ($U=580, p=.079$).

4.e.Ameliyat tipine göre “depresyon toplam puanları” arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 22. Ameliyat Tipine Göre “Depresyon Toplam Puanları” Farkı için Yapılan Mann-Whitney U Testi Tablosu

Gruplar	n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	η^2
Total Mastektomi	90	58.45	5260.50	364.50	3.42	.001	.109
Modifiye radikal mastektomi	17	30.44	517.50				

Tablo 22’de görüldüğü gibi ameliyat tipine göre “depresyon toplam puanları” farkı için yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda total mastektomi olan hastaların sıra ortalamasının (58.45), modifiye radikal mastektomi olan hastaların sıra ortalamasından (30.44) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($U=364.5, p=.001, \eta^2=.109$). Aynı zamanda bu farka ilişkin etki büyüklüğünün de orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Soru 5: Ameliyat tipine göre benlik saygısı puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 23. Ameliyat Tipine Göre Benlik Saygısı Puanları Farkı için Yapılan Mann-Whitney U Testi Tablosu

Gruplar	n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	η^2
Total Mastektomi	90	49.04	4413.50	318.5	3.81	.000	.135
Modifiye radikal mastektomi	17	80.26	1364.50				

Tablo 23'te görüldüğü gibi ameliyat tipine göre benlik saygısı toplam puanları farkı için yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda total mastektomi olan hastaların sıra ortalamasının (49.04), modifiye radikal mastektomi olan hastaların sıra ortalamasından (80.26) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($U=318.50$, $p=.000$, $\eta^2=.135$). Aynı zamanda bu farka ilişkin etki büyüklüğünün de orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Soru 6: Ameliyat tipine göre “öz yeterlik inancı puanları” arasında anlamlı bir fark var mıdır?

6.a. Ameliyat tipine göre “öz yeterlik başlama puanları” arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 24. Ameliyat Tipine Göre “Öz Yeterlilik Başlama Puanları” Farkı için Yapılan Bağımsız Gruplar t-Testi Tablosu

Gruplar	n	Ort.	SS	SH _{ort}	sd	t	p	d
Total Mastektomi	90	26.77	8.48	.89	105	2.20	.030	.582
Modifiye radikal mastektomi	17	31.76	9.24	2.24				

Tablo 24'te görüldüğü gibi ameliyat tipine göre “öz yeterlik başlama puanları” farkı için yapılan bağımsız gruplar t-testi sonucunda total mastektomi olan hastaların ortalamasının (26.77 ± 8.48), modifiye radikal mastektomi olan hastaların ortalamasından (31.76 ± 9.24) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($t_{(105)}=2.20$, $p=.030$, $d=.582$). Aynı zamanda bu farka ilişkin etki büyüklüğünün de orta düzeyde olduğu görülmektedir.

6.b. Ameliyat tipine göre “öz yeterlik yılmama puanları” arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 25. Ameliyat Tipine Göre “Öz Yeterlilik Yılmama Puanları” Farkı için Yapılan Bağımsız Gruplar t-Testi Tablosu

Gruplar	n	Ort.	SS	SH _{ort}	sd	t	p	d
Total Mastektomi	90	15.72	4.77	.50	105	2.28	.025	.603
Modifiye radikal mastektomi	17	18.53	3.91	.95				

Tablo 25'te görüldüğü gibi ameliyat tipine göre “öz yeterlik başlama puanları” farkı için yapılan bağımsız gruplar t-testi sonucunda total mastektomi olan hastaların ortalamasının (15.72 ± 4.77), modifiye radikal mastektomi olan hastaların ortalamasından (18.53 ± 3.91) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($t_{(105)}=2.28$, $p=.025$, $d=.603$). Aynı zamanda bu farka ilişkin etki büyüklüğünün de orta düzeyde olduğu görülmektedir.

6.c. Ameliyat tipine göre “öz yeterlik sürdürme çabası puanları” arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 26. Ameliyat Tipine Göre “Öz Yeterlik Sürdürme Çabası Puanları” Farkı için Yapılan Mann-Whitney U Testi Tablosu

Gruplar	n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	η^2
Total Mastektomi	90	51.02	4591.50	496.50	2.30	.021	.049
Modifiye radikal mastektomi	17	69.79	1186.50				

Tablo 26’da görüldüğü gibi ameliyat tipine göre “öz yeterlik sürdürme çabası puanları” farkı için yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda total mastektomi olan hastaların sıra ortalamasının (51.02), modifiye radikal mastektomi olan hastaların sıra ortalamasından (69.79) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($U=496.50$, $p=.021$, $\eta^2=.049$). Aynı zamanda bu farka ilişkin etki büyüklüğünün de düşük düzeyde olduğu görülmektedir.

6.d. Ameliyat tipine göre “öz yeterlik toplam puanları” arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 27. Ameliyat Tipine Göre “Öz Yeterlik Toplam Puanları” Farkı için Yapılan Mann-Whitney U Testi Tablosu

Gruplar	n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	η^2
Total Mastektomi	90	51.19	4607.00	512.0	2.15	.031	.043
Modifiye radikal mastektomi	17	68.88	1171.00				

Tablo 27’de görüldüğü gibi ameliyat tipine göre “öz yeterlik toplam puanları” farkı için yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda total mastektomi olan hastaların sıra ortalamasının (51.19), modifiye radikal mastektomi olan hastaların sıra ortalamasından (68.88) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($U=512.0$, $p=.031$, $\eta^2=.043$). Aynı zamanda bu farka ilişkin etki büyüklüğünün de düşük düzeyde olduğu görülmektedir.

Soru 7: Tanı sonrası yapılan tedavilerin türüne göre depresyon puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

7.a. Tanı sonrası yapılan tedavilerin türüne göre “depresyon ölçeği performansta bozulma puanları” arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 28. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre “Depresyon Ölçeği Performansta Bozulma Puanları” Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi

	Tanı sonrası tedavi	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p	η^2	Fark
Performansta Bozulma	A. KT+Cerrahi	42	60.17					
	B. KT+RT+Cerrahi	35	56.1					C<A
	C. KT+HT+Cerrahi	14	26.04	3	13.51	.004	.383	C<B C<D
	D. KT+RT+HT+Cerrahi	16	57.69					
	Toplam	107						

KT: Kemoterapi; RT: Radyoterapi; HT: Hormonoterapi

Tablo 28’de görüldüğü gibi tanı sonrası tedaviler arasında “depresyon ölçeği performansta bozulma puanları” açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Kruskal-Wallis H testi yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2_{(3)}=13.51$, $p=.004$, $\eta^2=.383$). KT+HT+Cerrahi tedavi alan hastaların sıra ortalamasının (26.04), KT+Cerrahi (60.17), KT+RT+Cerrahi (56.10) ve KT+RT+HT+Cerrahi (57.69) tedavi alan hastaların sıra ortalamalarından anlamı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür ($p<.05$). Aynı zamanda bu farkın yüksek bir etki büyüklüğüne de sahip olduğu görülmektedir.

7.b. Tanı sonrası yapılan tedavilerin türüne göre “depresyon ölçeği kendine yönelik olumsuz duygular puanları” arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 29. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre “Depresyon Ölçeği Kendine Yönelik Olumsuz Duygular Puanları” Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi

	Tanı sonrası tedavi	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p	η^2	Fark
Kendine Yönelik Olumsuz Duygular	A. KT+Cerrahi	42	55.90					
	B. KT+RT+Cerrahi	35	55.70					C<B
	C. KT+HT+Cerrahi	14	30.64	3	10.89	.012	.386	C<D
	D. KT+RT+HT+Cerrahi	16	65.72					
	Toplam	107						

KT: Kemoterapi; RT: Radyoterapi; HT: Hormonoterapi

Tablo 29’da görüldüğü gibi tanı sonrası tedaviler arasında “depresyon ölçeği kendine yönelik olumsuz duygular puanları” açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Kruskal-Wallis H testi yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2_{(3)}=10.89$, $p=.012$, $\eta^2=.386$). KT+HT+Cerrahi tedavi alan hastaların sıra ortalamasının (30.64), KT+RT+HT+Cerrahi (65.72) ve KT+RT+Cerrahi (55.70) tedavi alan hastaların sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür ($p<.05$). Aynı zamanda bu farkın yüksek bir etki büyüklüğüne de sahip olduğu görülmektedir.

7.c. Tanı sonrası yapılan tedavilerin türüne göre “depresyon ölçeği somatik rahatsızlıklar puanları” arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 30. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre “Depresyon Ölçeği Somatik Rahatsızlıklar Puanları” Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi

	Tanı sonrası tedavi	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p	η^2	Fark
Somatik Rahatsızlıklar	A. KT+Cerrahi	42	58.89					
	B. KT+RT+Cerrahi	35	56.43					
	C. KT+HT+Cerrahi	14	32.32	3	8.22	.042	.389	C<A
	D. KT+RT+HT+Cerrahi	16	54.81					
	Toplam	107						

KT: Kemoterapi; RT: Radyoterapi; HT: Hormonoterapi

Tablo 30’da görüldüğü gibi tanı sonrası tedaviler arasında “depresyon ölçeği somatik rahatsızlıklar puanları” açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Kruskal-Wallis H testi yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2_{(3)}=8.22$, $p=.042$, $\eta^2=.389$). KT+HT+Cerrahi tedavi alan hastaların sıra ortalamasının (32.32), KT+Cerrahi (58.89) tedavi alan hastaların sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür ($p<.05$). Aynı zamanda bu farkın yüksek bir etki büyüklüğüne de sahip olduğu görülmektedir.

7.d. Tanı sonrası yapılan tedavilerin türüne göre “depresyon ölçeği suçluluk duyguları puanları” arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 31. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre “Depresyon Ölçeği Suçluluk Duyguları Puanları” Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi

	Tanı sonrası tedavi	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p	η^2
Suçluluk Duyguları	A. KT+Cerrahi	42	58.38				
	B. KT+RT+Cerrahi	35	53.74				
	C. KT+HT+Cerrahi	14	37.36	3	6.29	.098	-
	D. KT+RT+HT+Cerrahi	16	57.63				
	Toplam		107				

KT: Kemoterapi; RT: Radyoterapi; HT: Hormonoterapi

Tablo 31’de görüldüğü gibi tanı sonrası tedaviler arasında “depresyon ölçeği suçluluk duyguları puanları” açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Kruskal-Wallis H testi yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($\chi^2_{(3)}=6.29$, $p=.098$).

7.e. Tanı sonrası yapılan tedavilerin türüne göre depresyon toplam puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 32. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre “Depresyon Toplam Puanları” Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi

	Tanı sonrası tedavi	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p	η^2	Fark
Depresyon Toplam	A. KT+Cerrahi	42	59.30					
	B. KT+RT+Cerrahi	35	56.06					C<A
	C. KT+HT+Cerrahi	14	26.29	3	13.14	.004	.384	C<B C<D
	D. KT+RT+HT+Cerrahi	16	59.84					
	Toplam	107						

KT: Kemoterapi; RT: Radyoterapi; HT: Hormonoterapi

Tablo 32’de görüldüğü gibi tanı sonrası tedaviler arasında “depresyon toplam puanları” açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Kruskal-Wallis H testi yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2_{(3)}=13.14$, $p=.004$, $\eta^2=.384$). KT+HT+Cerrahi tedavi alan hastaların sıra ortalamasının (26.29), KT+RT+Cerrahi (56.06), KT+Cerrahi (59.30) ve KT+RT+HT+Cerrahi (59.84) tedavi alan hastaların sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür ($p<.05$). Aynı zamanda bu farkın yüksek bir etki büyüklüğüne de sahip olduğu görülmektedir.

Soru 8: Tanı sonrası yapılan tedavilerin türüne göre benlik saygısı puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 33. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre Benlik Saygısı Puanları Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi

	Tanı sonrası tedavi	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p	η^2	Fark
Benlik Saygısı	A. KT+Cerrahi	42	44.45					
	B. KT+RT+Cerrahi	35	59.64					C>A
	C. KT+HT+Cerrahi	14	79.89	3	16.58	.001	.132	C>D
	D. KT+RT+HT+Cerrahi	16	44.06					
	Total	107						

KT: Kemoterapi; RT: Radyoterapi; HT: Hormonoterapi

Tablo 33’de görüldüğü gibi tanı sonrası tedaviler arasında benlik saygısı puanları açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Kruskal-Wallis H testi yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2_{(3)}=16.58$, $p=.001$, $\eta^2=.132$). KT+HT+Cerrahi tedavi alan hastaların sıra ortalamasının (79.89), KT+Cerrahi (44.45) ve KT+RT+HT+Cerrahi (44.06) tedavi alan hastaların sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<.01$). Aynı zamanda bu farkın orta düzeyde bir etki büyüklüğüne de sahip olduğu görülmektedir.

Soru 9: Tanı sonrası yapılan tedavilerin türüne göre öz yeterlik inancı puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

9.a. Tanı sonrası yapılan tedavilerin türüne göre “öz yeterlik inancı başlama puanları” arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 34. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre “Özyeterlik İnancı Başlama Puanları” Farkı İçin Yapılan GLM Tek Değişkenli Varyans Analizi Tablosu

Tanı sonrası tedavi	n	Ort.	SS	sd	Tip III		F	p	η^2	Fark
					KT	KO				
A. KT+Cerrahi	42	25.50	8.29							
B. KT+RT+Cerrahi	35	27.26	8.69							
C. KT+HT+Cerrahi	14	37.71	2.16	3- 103	1751.31	583.77	9.43	.000	.216	C>A C>B C>D
D.KT+RT+HT+Cerrahi	16	24.75	7.86							
Toplam	107	27.56	8.75							

KT: Kemoterapi; RT: Radyoterapi; HT: Hormonoterapi

Tablo 34’te görüldüğü gibi tanı sonrası yapılan tedavilerin türüne göre “özyeterlik inancı başlama puanları” açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek üzere GLM tek değişkenli varyans analizi (GLM univariate ANOVA) yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir ($F_{(3-103)}=9.43$, $p=.000$, $\eta^2=.216$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu test etmek için Bonferroni çoklu karşılaştırma testi yapılmış; KT+HT+Cerrahi olan grubun puan ortalamasının (37.71 ± 2.16), KT+RT+Cerrahi (27.26 ± 8.69), KT+Cerrahi (25.50 ± 8.29) ve KT+RT+HT+Cerrahi (24.75 ± 7.86) olan gruptan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=.000$). Aynı zamanda bu farkın yüksek düzeyde bir etki büyüklüğüne de sahip olduğu görülmektedir.

9.b. Tanı sonrası yapılan tedavilerin türüne göre “öz yeterlik inancı yılmama puanları” arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 35. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre “Öz Yeterlik İnancı Yılmama Puanları” Farkı İçin Yapılan GLM Tek Değişkenli Varyans Analizi Tablosu

Tanı sonrası tedavi	n	Ort.	SS	sd	Tip III KT	KO	F	p	η^2	Fark
A. KT+Cerrahi	42	15.02	4.75							
B. KT+RT+Cerrahi	35	16.20	4.59							
C. KT+HT+Cerrahi	14	21.07	2.09	3- 103	421.030	140.343	7.36	.000	.177	C>A C>B C>D
D.KT+RT+HT+Cerrahi	16	14.81	4.18							
Toplam	107	16.17	4.74							

KT: Kemoterapi; RT: Radyoterapi; HT: Hormonoterapi

Tablo 35’te görüldüğü gibi tanı sonrası yapılan tedavilerin türüne göre “öz yeterlik inancı yılmama puanları” açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek üzere GLM tek değişkenli varyans analizi (GLM univariate ANOVA) yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir ($F_{(3-103)}=7.36$, $p=.000$, $\eta^2=.177$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu test etmek için Bonferroni çoklu karşılaştırma testi yapılmış; KT+HT+Cerrahi olan grubun puan ortalamasının (21.07 ± 2.09), KT+RT+Cerrahi (16.20 ± 4.59), KT+Cerrahi (15.02 ± 4.75) ve KT+RT+HT+Cerrahi (14.81 ± 4.18) olan gruptan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=.000$). Aynı zamanda bu farkın yüksek düzeyde bir etki büyüklüğüne de sahip olduğu görülmektedir.

9.c. Tanı sonrası yapılan tedavilerin türüne göre “öz yeterlik inancı sürdürme çabası/ısrar puanları” arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 36. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre “Öz Yeterlik İnancı Sürdürme Çabası/ısrar Puanları”Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi

	Tanı sonrası tedavi	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p	η^2	Fark
	A. KT+Cerrahi	42	45.73					
Öz Yeterlilik İnancı Sürdürme Çabası/ısrar	B. KT+RT+Cerrahi	35	53.36					C>A
	C. KT+HT+Cerrahi	14	84.93	3	17.37	.001	.14	C>B C>D
	D. KT+RT+HT+Cerrahi	16	50.06					
	Total	107						

KT: Kemoterapi; RT: Radyoterapi; HT: Hormonoterapi

Tablo 36’da görüldüğü gibi tanı sonrası tedaviler arasında “öz yeterlik inancı sürdürme çabası/ısrar puanları” açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Kruskal-Wallis H testi yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2_{(3)}=17.37$, $p=.001$, $\eta^2=.14$). KT+HT+Cerrahi tedavi alan hastaların sıra ortalamasının (84.93), KT+RT+Cerrahi (53.36), KT+Cerrahi (45.73) ve KT+RT+HT+Cerrahi (50.06) tedavi alan hastaların sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<.05$). Aynı zamanda bu farkın yüksek bir etki büyüklüğüne de sahip olduğu görülmektedir.

9.d. Tanı sonrası yapılan tedavilerin türüne göre “öz yeterlik inancı toplam puanları” arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Tablo 37. Tanı Sonrası Yapılan Tedavilerin Türüne Göre “Öz Yeterlik İnancı Toplam Puanları”Farkı için Yapılan Kruskal-Wallis H Testi

	Tanı sonrası tedavi	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p	η^2	Fark
	A. KT+Cerrahi	42	46.64					
Öz Yeterlilik İnancı Toplam	B. KT+RT+Cerrahi	35	53.29					C>D
	C. KT+HT+Cerrahi	14	88.57	3	21.24	.000	.177	C>A C>B
	D. KT+RT+HT+Cerrahi	16	44.63					
	Total	107						

KT: Kemoterapi; RT: Radyoterapi; HT: Hormonoterapi

Tablo 37’de görüldüğü gibi tanı sonrası tedaviler arasında “öz yeterlik inancıtöplam puanları” açısından anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Kruskal-Wallis H testi yapılmış ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2_{(3)}=21.24$, $p=.000$, $\eta^2=.177$). KT+HT+Cerrahi tedavi alan hastaların sıra ortalamasının (88.57), KT+RT+Cerrahi (53.29), KT+Cerrahi (46.64) ve KT+RT+HT+Cerrahi (44.63) tedavi alan hastaların sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<.01$). Aynı zamanda bu farkın yüksek bir etki büyüklüğüne de sahip olduğu görülmektedir.

Soru 10: Rekonstrüksiyon yaşı ile rekonstrüksiyondan duyulan memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Rekonstrüksiyon yaşı ile rekonstrüksiyondan duyulan memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($\rho=-.10$, $p=.581$, $n=32$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA ve YORUM

Bu bölümde mastektomi olan ve mastektomi sonrası rekonstrüktif işlem yapılan hastalar ile sağlıklı grubun depresyon, benlik saygısı ve öz yeterlik inancına ilişkin elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmış ve yorumlanmıştır.

Bu çalışmada ‘depresyon, yaş, gelir ve eğitim durumu’ bozucu değişkenler olmasına rağmen parametrik testlerin sayıltıları karşılanamadığı için kovaryans (ANCOVA) ya da çok değişkenli kovaryans (MANCOVA) analizi yapılamamıştır. Bu nedenle bu durum çalışma için önemli bir sınırlılık olarak görülmektedir. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda bu değişkenlerin kontrol edilebildiği araştırma desenlerinin uygulanması önerilmektedir. Literatürde benlik saygısı ve depresyon arasında negatif ilişki olduğunu gösteren çok sayıda yayın olmakla birlikte örneklem grubumuz açısından depresyon, benlik saygısı ve öz yeterlik inancının ilişkisini kanserli hastalar üzerinde de test etmek açısından bir kez daha ele alınmasına karar verilmiştir.

Araştırma sonucunda mastektomik hastalar ve mastektomi sonrası rekonstrüktif işlem gören hastalarda yaş ortalaması, tanı yaşı, ameliyat yaşı, ameliyattan sonra geçen süre ve ameliyat tipi benzerlik göstermektedir. Araştırmada tanı alma yaşının 40 ve üzeri olması meme kanserinin yaş ile birlikte arttığı (Eti Aslan ve Gürkan, 2007: 66) ve meme kanserine yakalanma riskinin hızla yükseldiğine ilişkin bulgularla (DSÖ, 2018) benzerlik göstermektedir. Her iki grupta total mastektomi uygulama oranının modifiye radikal mastektomiye göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sertöz ve arkadaşlarının (2004: 265) erken evre meme kanseri cerrahisinde total mastektomi uygulamasının daha yaygın olduğunu belirtmesi araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir. Medeni duruma baktığımızda hem mastektomik hastaların hem de mastektomi sonrası rekonstrüktif işlem yapanların büyük oranda evli olduğu bulgusu literatürle örtüşmektedir (Lee ve ark., 2017: E5; Matrai ve ark., 2014: 2636; Tsai, Kuo ve Chung, 2017: 912). Araştırma sonucunda mastektomik hastaların ilk-ortaokul mezunu; rekonstrüktif işlem yapanların ise lise mezunu olduğu saptanmıştır. Mastektomik hastalara baktığımızda Matrai ve arkadaşlarının (2014: 2636) araştırma sonucu bulgularımızla paralellik gösterirken; rekonstrüktif işlem yapanların eğitim düzeyleri değişkenlik göstermektedir (Hvilsom ve ark., 2011: 269; Lee ve ark., 2017: E5; Tsai, Kuo ve Chung, 2017: 912). Her iki gruptaki hastaların orta sosyoekonomik düzeye sahip olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, Kim ve arkadaşlarının (2015: 428) araştırma sonuçları ile örtüşmektedir. Lee ve arkadaşları (2017: E5) ve Tsai, Kuo ve Chung’ın (2017: 912)

araştırma sonuçları mastektomik hastaların düşük; Hvilsom ve arkadaşlarının (2011: 269) ve Marrow ve arkadaşlarının (2005: 2343) mastektomi sonrası rekonstrüktif işlem yapanların yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olduklarına dair araştırma sonuçları ise bulgularımızla çelişmektedir. Bunun yanı sıra ülkemizde Sertöz ve arkadaşlarının (2004: 266) yaptığı araştırma sonucunda total mastektomi uygulanan hastaların rekonstrüktif işlem yapanlara göre daha düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip olduğu saptanmıştır.

Araştırma bulgularımıza göre mastektomik hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksif işlem yapılan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında depresyon puanları açısından anlamlı bir fark vardır. Mastektomi olan hastalarda depresyon düzeyinin mastektomi sonrası rekonstrüktif işlem yapılan hastalar ve sağlıklı gruptakilerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Al-Ghazal, Fallowfield ve Blamey (2000: 1940) tarafından yapılan araştırma sonuçları, depresyona ilişkin bulgularımızla örtüşmektedir. Al-Ghazal, Fallowfield ve Blamey'e (2000: 1940) göre mastektomi olan hastaların depresyon düzeyi mastektomi sonrası rekonstrüksiyon yapılan hastalar ve meme koruyucu ameliyat olan hastalardan daha yüksektir. Rubino, Figus, Loretto ve Sechi (2007: 516), Sun ve arkadaşları (2014: 26), Al-Ghazal, Sully, Fallowfield ve Blamey'in (2000: 18) araştırma sonuçları da bulgularımızı destekler niteliktedir. Ancak Harcourt ve arkadaşlarının (2003: 1063) araştırma sonucunda, mastektomi olan hastalarda rekonstrüktif işlem yapan hastalara kıyasla sadece bir yıla kadar yüksek depresyon görüldüğü, bir yılın sonunda depresyon düzeyinin birbirine benzerlik göstermesi bulgularımızla çelişir niteliktedir.

Araştırmamızda mastektomi olan hastalarda, mastektomi sonrası rekonstrüktif işlem yapılan hastalar ve sağlıklı gruptaki bireylere kıyasla depresyonun alt boyutlarından "performansta bozulma, kendine yönelik olumsuz duygular ve somatik yakınmalar" puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir. Literatürde mastektomik hastalar ve mastektomi sonrası rekonstrüksif işlem yapılan hastalar üzerinde depresyonun alt boyutlarını inceleyen araştırmalara fazla rastlanmamaktadır. Ancak depresyonun "performansta bozulma" alt boyutunun fiziksel, duygusal, bilişsel ve duygusal fonksiyonlarda yavaşlama; "kendine yönelik olumsuz duygular" alt boyutunu düşük benlik saygısı olarak düşündüğümüzde, bulgumuzun Sun ve arkadaşları (2014: 26) ve Kim ve arkadaşları (2015: 428) tarafından yapılan araştırmalarla desteklendiğini söyleyebiliriz. "Suçluluk duyguları" alt boyutu puanları incelendiğinde ise sağlıklı grubun puanları rekonstrüktif işlem yapan hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Literatürde mastektomi veya mastektomi sonrası rekonstrüktif işlem yapan hastaların suçluluk duygularına ilişkin herhangi bir bulguya rastlanmamıştır.

Araştırmamız sonucundamastektomik hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksif işlem yapılan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında benlik saygısı puanları açısından anlamlı bir fark vardır. Mastektomik hastalarda benlik saygısının diğer iki gruba göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde bu bulguyu destekleyen çok sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Al-Ghazal, Fallowfield ve Blamey (2000: 1940) meme kanserli hastalara uygulanan cerrahi işlemlerin hasta üzerindeki etkilerini inceledikleri bir çalışmada mastektomik hastaların daha düşük benlik saygısına sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca Ha ve Cho (2014: 443), Sertöz ve arkadaşları (2004: 272), Sun ve arkadaşları (2014: 24) ve Uçar ve Uzun (2008: 165) tarafından yapılan araştırmalarda mastektomik hastaların diğer cerrahi işlem geçiren hastalara kıyasla daha düşük benlik saygısına sahip olduğu bulgusu, bulgularımızla örtüşmektedir.

Mastektomik hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüksif işlem yapılan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında öz yeterlik puanları açısından da anlamlı bir fark vardır. Mastektomik hastalarda öz yeterlik inancının daha düşük olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında öz yeterlik alt boyutlarından “başlama”, “yılmama” ve “sürdürme çabası/ısrar” puanları açısından da anlamlı bir fark vardır. “Başlama” ve “sürdürme çabası/ısrar” alt boyutlarında mastektomik hastalar, rekonstrüktif işlem yapılan hastalar ve sağlıklı gruptan anlamlı düzeyde daha düşük; “yılmama” alt boyutunda ise mastektomi sonrası rekonstrüktif işlem yapılanların, mastektomik hastalar ve sağlıklı gruptan anlamlı düzeyde daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür. Bu bulguyu mastektomik hastalarda depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu bulgusudoğrultusunda tartıştığımızda, öz yeterlik inancının ve depresyonun birbirini anlamlı oranda etkilediği sonucu çıkarılabilir. Foster ve arkadaşları (2015: 15) tarafından yapılan araştırma sonucunda düşük öz yeterlik inancının depresyonun geliştirdiği negativizm ile ilişkili olduğu görülmüştür. Adachi, Ueno, Fujioka, Fujitomi ve Ueo(2007: 417) ise öz yeterlik inancının depresyonun tedavisi için önemli bir değişken olduğunu belirtmektedir. Literatürde mastektomi ve mastektomi sonrası rekonstrüktif cerrahinin doğrudan öz yeterlik inancı üzerindeki etkisine ilişkin çalışmalara yeteri kadar rastlanmamaktadır. Araştırmamızdan elde edilen bu bulgunun literatürde bu konudaki boşluğu doldurmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Ameliyat tipine göre depresyon, benlik saygısı ve öz yeterlik puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Total mastektomi olan hastaların modifiye radikal mastektomi geçiren hastalardan daha yüksek depresyona, daha düşük benlik saygısı ve öz yeterlik inancına sahip olduğu saptanmıştır. Ülkemizde Akça, Ata, Nayır, Erdoğan ve Arıcan (2014:

224) tarafından yapılan araştırmaya göre modifiye radikal mastektomi olan hastaların total mastektomi olan hastalara göre bilişsel, duygusal ve sosyal fonksiyonlarda daha iyi olduğu görülmektedir. Bu durumun depresyon düzeyini bununla beraber benlik saygısı ve öz yeterlik inancını etkilediği söylenbilir. Literatürde meme kanserli hastalarda cerrahi tekniklerin hasta üzerindeki psikolojik etkilerine ilişkin çalışmalara rastlanırken (Al-Ghazal, Fallowfield ve Blamey, 2000: 1939; Kim ve ark., 2015: 428; Sertöz ve ark., 2004: 272; Sun ve ark., 2014: 24; Sun, Meng, Huang ve Wang, 2013: 150; Zhang ve ark., 2018: 3); spesifik olarak mastektomi türlerinin hasta üzerindeki psikolojik etkilerine ilişkin çalışmalara rastlanmamaktadır. Araştırmamızdan elde edilen bu bulgunun da alandaki bu boşluğa katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Analiz sonuçlarına göre tanı sonrası uygulanan tedavi kombinasyonlarının depresyon, benlik saygısı ve öz yeterlik puanları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır. “Kemoterapi+hormonoterapi ve cerrahi tedavi” alanların diğer tedavi gruplarına göre daha az performansta bozulma, daha az kendine yönelik olumsuz duygular ve daha az somatik rahatsızlıklar yaşadığı, benlik saygısının ve öz yeterlik inançlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yani tanı sonrası en uygun tedavi biçiminin “kemoterapi+hormonoterapi ve cerrahi tedavi” olduğu söylenbilir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda kemoterapi ve hormonoterapi kombinasyonunun yaşam süresini arttırdığı görülmektedir (Sevelda, 1998: 81; Topuz, Uygun ve Aydınar, 2003: 485). Radyoterapi sonrası hastada ciddi fiziksel ağrılar ve yanıklar görülmektedir (Aktekin ve ark., 2006: 163; Cathrine Lauridsen, Overgaard, Overgaard, Hessov ve Christiansen, 2008: 571). Radyoterapideki bu gibi uzun süreli yan etkilerin hastadaki yıkımı derinleştirdiği düşünülmektedir.

Araştırmamız sonucunda rekonstrksiyonyası ile rekonstrüksiyondan duyulan memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Araştırma sonucumuzun aksine Al-Ghazal, Fallowfield ve Blamey (2000: 1939) tarafından yapılan araştırmada rekonstrüksiyon yaşı arttıktıa rekonstrüksiyondan duyulan memnuniyetin de arttığını saptanmıştır.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ ve ÖNERİLER

Son dönemlerde yaygınlığı hızla artan meme kanseri, hasta bireyin birçok yaşam alanını etkilemektedir. Bu bağlamda bu tez çalışmasında meme kanseri hastalarında mastektomi ve mastektomi sonrası rekonstrüktif cerrahinin depresyon, benlik saygısı ve öz yeterlik inancı üzerindeki etkisi ele alınmıştır.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçları şu şekilde sıralamak mümkündür:

1. Mastektomi olan hastaların depresyon düzeyi mastektomi sonrası rekonstrüktif işlem yapılanlar ve sağlıklı gruptan daha yüksektir. Mastektomi olan hastalar daha fazla performansta bozulma, kendine yönelik olumsuz duygular ve somatik rahatsızlıklar yaşamaktadır. Ayrıca sağlıklı grup mastektomi sonrası rekonstrüktif işlem yapılanlardan daha fazla suçluluk duyguları yaşamaktadır.

2. Mastektomi olan hastalar, mastektomi sonrası rekonstrüktif işlem yapılanlar ve sağlıklı gruptan daha düşük benlik saygısına sahiptir.

3. Mastektomi olan hastaların öz yeterlik inancı, mastektomi sonrası rekonstrüktif işlem yapılanlar ve sağlıklı gruptan daha düşüktür. Mastektomi sonrası rekonstrüktif işlem yapılanların öz yeterlik inancı alt boyutlarından “başlama, yılmama ve sürdürme çabası/ısrar” puanları mastektomi olan hastalar ve sağlıklı gruptan daha yüksektir.

4. Ameliyat tiplerinden total mastektomi olan hastaların depresyon düzeyi, modifiye radikal mastektomi olan hastalardan daha yüksektir. Total mastektomi olanlar daha fazla performansta bozulma, kendine yönelik olumsuz duygular ve somatik rahatsızlıklar yaşamaktadır. Bunun yanı sıra total mastektomi ve modifiye radikal mastektomi olan hastalar arasında suçluluk duyguları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

5. Ameliyat tiplerinden total mastektomi olan hastalar, modifiye radikal mastektomi olan hastalardan daha düşük benlik saygısına sahiptir.

6. Ameliyat tiplerinden total mastektomi olan hastalar, modifiye radikal mastektomi olan hastalardan daha düşük öz yeterlik inancına sahiptir. Total mastektomi olan hastaların öz yeterlik alt boyutlarından “başlama, yılmama ve sürdürme çabası/ısrar” puanları da modifiye radikal mastektomi olan hastalardan daha düşüktür.

7. Tanı sonrası “kemoterapi, hormonoterapi, cerrahi tedavi” kombinasyonu ile tedavi olanların depresyon düzeyi, “kemoterapi, cerrahi tedavi”, “kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi” ve “kemoterapi, radyoterapi, hormonoterapi, cerrahi tedavi” kombinasyonu ile tedavi olanlardan daha düşüktür. “Kemoterapi, hormonoterapi, cerrahi tedavi”

kombinasyonu ile tedavi olanlar, diğer gruplara göre daha az performansta bozulma, kendine yönelik olumsuz duygular ve somatik rahatsızlıklar yaşamaktadır. Bunun yanında “Kemoterapi, hormonoterapi, cerrahi tedavi” kombinasyonu ile tedavi olanlar ile diğer tedavi kombinasyonlarıyla tedavi olanların suçluluk duygularına ilişkin anlamlı bir fark bulunmamıştır.

8. Tanı sonrası “kemoterapi, hormonoterapi, cerrahi tedavi” kombinasyonu ile tedavi olanlar, “kemoterapi, cerrahi tedavi”, “kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi” ve “kemoterapi, radyoterapi, hormonoterapi, cerrahi tedavi” kombinasyonu ile tedavi olanlardan daha yüksek benlik saygısına sahiptir.

9. Tanı sonrası “kemoterapi, hormonoterapi, cerrahi tedavi” kombinasyonu ile tedavi olanlar, “kemoterapi, cerrahi tedavi”, “kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi” ve “kemoterapi, radyoterapi, hormonoterapi, cerrahi tedavi” kombinasyonu ile tedavi olanlardan daha yüksek öz yeterlik inancına sahiptir. “Kemoterapi, hormonoterapi, cerrahi tedavi” kombinasyonu ile tedavi olanların öz yeterlik inancı alt boyutlarından “başlama, yılmama ve sürdürme çabası/ısrar” puanları da “kemoterapi, cerrahi tedavi”, “kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi” ve “kemoterapi, radyoterapi, hormonoterapi, cerrahi tedavi” kombinasyonu ile tedavi olanlardan daha yüksektir.

10. Rekonstrüksiyon yaşı ile rekonstrüksiyondan duyulan memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Literatürde meme kanserli hastaların benlik saygısı ve depresyon düzeyini inceleyen çok sayıda araştırmaya rastlanmaktadır. Bu araştırma mastektomi olan ve mastektomi sonrası rekonstrüktif işlem yapılan hastalarda öz yeterlik inancını ele alan ilk çalışma olma niteliğindedir. Meme kanseri tedavisinde meme kaybının hastanın öz yeterlik inancını düşürdüğü yönündeki bulgular bu konuda yapılacak araştırmalara katkı sağlayabilir. Önceki araştırmalarda mastektomi olan ve mastektomi sonrası rekonstrüktif işlem yapılan hastalarda depresyon düzeyi ölçülmüş; fakat depresyon alt boyutları tek tek incelenmemiştir. Depresyon ve öz yeterlik inancı ve alt boyutları ile ilgili bu güne kadar yapılmış araştırmanın olmayışı, bulgularımızı doğrudan karşılaştırmayı zorlaştırmıştır. Meme kanseri tedavisinde uygulanan cerrahi işlemlerin hasta üzerindeki etkileri de gelecek araştırmalarda daha ayrıntılı bir biçimde ele alınabilir.

Araştırma sonucunda elde edilen bulguların yorumlanmasında ve genellenmesinde araştırmanın sınırlılıkları göz önüne alınmalıdır. Bu araştırmanın örneklemini Mersin Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği ve Meme Polikliniği’ne başvuran meme kanserli hastalar

oluşturmaktadır. Benzer alışmaların Türkiye genelini temsil edecek örneklerle üzerinde yapılması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Adachi, K., Ueno, T., Fujioka, T., Fujitomi, Y. ve Ueo, H. (2007). Psychosocial factors affecting the therapeutic decision-making and postoperative mood states in Japanese breast cancer patients who underwent various types of surgery: Body image and sexuality. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 37(6), 412-418. doi:10.1093/jjco/hym041
- Adderley-Kelly, B. ve Williams-Stephens, E. (2003). The relationship between obesity and breast cancer. *The Association of Black Nursing Faculty Journal*, 14(3), 61- 65.
- Akça, M., Ata, A., Nayır, E., Erdoğan, S. ve Arıcan, A. (2014). Meme kanseri hastalarında cerrahi tipinin yaşam kalitesine etkisi. *Göğüs Sağlığı Dergisi*, 10(4), 222-228. doi: 10.5152 / tjbh.2014.1919
- Akçay, D. ve Gözüm, S. (2012). Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 8(4), 191-199.
- Aktekin, A., Gürleyik, G., Emir, S. ve Sağlam, A. (2006). Erken evre meme kanseri nedeni ile yapılan meme koruyucu cerrahi sonrası nüks, sağkalım ve hasta memnuniyetine etki eden faktörler. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 10(4), 160-164.
- Akyolcu, N. ve Uğraş G. A. (2011). Kendi kendine meme muayenesi: Erken tanıda ne kadar önemli? *Meme Sağlığı Dergisi*, 7(1), 10-14.
- Akyolcu, N. (2008). Meme kanserinde cerrahi girişim sonrası cinsel yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(2), 77-83.
- Alacacioğlu, A., Yavuzşen, T., Diriöz, M., Yeşil, L., Bayrı, D. ve Yılmaz, U. (2007). Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 17(2), 87-93.
- Al-Ghazal, S. K., Fallowfield, L. ve Blamey, R. W. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 36(15), 1938-1943.

- Al-Ghazal, S. K., Sully, L., Fallowfield, L. ve Blamey, R. W. (2000). The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *European Journal of Surgical Oncology*, 26(1), 17-19.
- American Cancer Society (2017). Breast cancer signs and symptoms. 12 Haziran 2018. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/breast-cancer-signs-and-symptoms.html>
- American College of Radiology (2013). ACR practice parameter for the performance of screening and diagnostic mammography. 9 Nisan 2018. <https://www.acr.org/-/.../ACR/.../Practice-Parameters/Screen-...>
- American Psychiatric Association (2018). What is depression. 17 Ekim 2018. <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2005). *Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması elkitabı(DSM-IV)* (2. Baskı). (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Andersen, B. L., Yang, H.-C., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D. M., Emery, C. F., Thornton, L. M., ... Carson, W. E. (2008). Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients. *Cancer*, 113(12), 3450-3458. doi:10.1002/cncr.23969
- Ateşçi, F. Ç., Oğuzhanoğlu, N. K., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel O. ve Karagöz, N. (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 145-152.
- Aydemir, Ö. (2006). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*, 2(47), 85-88.
- Aydın, Y. (2006). Mastektomi sonrası rekonstrüktif cerrahi. *Meme Kanseri Sempozyum Dizisi*, 54,127-142.
- Aydiner, A. ve Topuz. E. (2003). Evre I ve II meme kanserinde adjuvan sistemik tedavi. *Meme kanseri* (1. Baskı) içinde (s. 398-430). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri
- Aydıntuğ, S. (2004). Meme kanserinde erken tanı. *Sted*, 13(6), 226-228.
- Babacan Gümüş, A. (2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3), 108-114.

- Babaoğlu Akdeniz, E. (2012). Meme kanseri olan evli kadın hastaların eşler arası uyum ve baş etme biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 53-60.
- Bag, B. (2012). Psiko-onkoloji, psikososyal sorunlar ve ölçüm yöntemleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4), 449-464.
- Balkan, M., Görgülü, S., Öztürk, E., Zor, F., Arslan, İ., şengezer, M. ve Tufan, T. (2008). Transvers rektus abdominis miyokutanöz (tram) flep ile meme rekonstrüksiyonu: 10 yıllık sonuçlarımız. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(1), 21-24.
- Baltacı Göktaş, S., Güllüoğlu, B. M. ve 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 Internal Medical Sciences*, 31(3), 664-673.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. V. S., Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (ss. 71-81). New York: Academic Press, 10 Mayıs 2018, <http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Barsevick, A. M., Sweeney, C., Haney, E. ve Chung, E. (2002). A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29(1), 73-87.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. ve Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bilge, Ç., Mecdi Kaydırak, M. ve Aslan, E. (2016). Jinekolojik kanserin cinsel yaşam üzerindeki etkileri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 31-38.
- Bond, S. M. ve Neelon, V. J. (2008). Delirium resolution in hospitalized older patients with cancer. *Cancer Nursing*, 31(6), 444-451.
- Bourland, S. L., Stanley, M. A., Snyder, A. G., Novy, D. M., Beck, J. G., Averill, P. M. ve Swann, A. C. (2000). Quality of life in older adults with generalized anxiety disorder. *Aging and Mental Health*, 4(4), 315-323.

- Boyle, P. ve Levin, B. (Ed.). (2008). *World cancer report 2008*. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- Breitbart, W. S. ve Alici, Y. (2009). Psycho-oncology. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(6), 361-376. doi:10.3109/10673220903465700
- Bulak, H. (1999). Meme kanserinin cerrahi tedavisi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*, 19(6), 352- 357.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2016). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. (20. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Carlson, L.E. ve Bultz, B. D. (2004). Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: Making the case for economic analyses. *Psycho-Oncology*, 13(12), 837–849. doi:10.1002/pon.832
- Cathrine Lauridsen, M., Overgaard, M., Overgaard, J., Hessov, I. B. ve Christiansen, P. (2008). Shoulder disability and late symptoms following surgery for early breast cancer. *Acta Oncologica*, 47(4), 569–575. doi:10.1080/02841860801986627
- Chan, C. W. H., Richardson, A. ve Richardson, J. (2011). Managing symptoms in patients with advanced lung cancer during radiotherapy: Results of a psycho educational randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(2), 347-357. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.04.024
- Chen, G., Gully, S.M. ve Eden, D. (2004). General self-efficacy and self-esteem: Toward theoretical and empirical distinction between correlated self-evaluations. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 375-395. doi:10.1002/job.251
- Çavdar, İ. (2006). Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(2), 64-66.
- Çelik, L. ve Çubuk, R. (2010). Meme manyetik rezonans görüntüleme: nasıl, niçin, ne zaman, kime. *Klinik Gelişim*, 23(2), 6-10.
- Darendeliler, E. ve Yaman Ağaoğlu, F. (2003). Meme kanserinin epidemiyolojisi ve etyolojisi. *Meme kanseri* (1. Baskı) içinde (s. 13-33). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

- Davidson, J. R., MacLean, A.W., Brundage, M.D. ve Schulze, K. (2002). Sleep disturbance in cancer patients. *Social Science and Medicine*, 54(9), 1309-1321. doi:10.1016/s0277-9536(01)00043-0
- Demirci, İ., Barut, A. Y. ve Mutlu, İ. N. (2008). Erkek olguda papiller meme kanseri. *İstanbul Tıp Dergisi*, 1, 89-91.
- Denizgil, T. ve Sönmez, İ. (2015). Meme kanseri nedeni ile meme koruyucu cerrahi geçirmiş kadınlarla mastektomi operasyonu geçirmiş kadınlar arasında benlik saygısı, beden algısı, cinsel doyum ve cinsel yaşantıların karşılaştırılması. *Yeni Symposium*, 53(3), 17-25.
- Derogatis, L. R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., ... Carnicke, L., M. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *The Journal of the American Medical Association*, 249(6), 751-757.
- Dinçer, M. (2003). Lokal ileri ve enflamatuvar meme kanserinde radyoterapi. *Meme kanseri* (1. Baskı) içinde (s.454-457). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Dinçer, M. (2003). Meme koruyucu cerrahi ve mastektomi sonrası adjuvan radyoterapi. *Meme kanseri* (1. Baskı) içinde (s. 301-342). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Ellisen, L. W. ve Haber, D. A. (1998). Hereditary breast cancer. *Annual Reviews Medicine*, 49(1), 425-436. doi:10.1146/annurev.med.49.1.425
- Ely, S. ve Vioral, A. N. (2007). Breast cancer overview. *Plastic Surgical Nursing*, 27(3), 128-133.
- Erdim, A. (2014). Meme kanseri. 23 Temmuz 2018. www.istanbulsaglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/belge/meme_ca_2014.pdf
- Eroğlu, C., Eryılmaz, M. A., Cıvcık, S. ve Gürbüz, Z. (2010). Meme kanseri risk değerlendirmesi: 5000 olgu. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 20(1), 27-33.
- Eti Aslan, F. ve Gürkan, A. (2007). Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(2), 63-68.
- Fadıloğlu, Z. Ç. (Ed.). (2011). *Meme kanserli hastaya yaklaşım*. (1. Baskı). Adana: Nobel Kitabevi.

- Foster, C., Breckons, M., Cotterell, P., Barbosa, D., Calman, L., Corner, J. ... Smith, P. W. (2015). Cancer survivors' self-efficacy to self-manage in the year following primary treatment. *Journal of Cancer Survivorship*, 9(1), 11-19. doi: 10.1007/s11764-014-0384-0.
- Freedman, R. A., Keating, N. L., Lin, N. U., Winer, E. P., Vaz-Luis, I., Lii, J. ... Barry, W. T. (2018). Breast cancer-specific survival by age: Worse outcomes for the oldest patients. *Cancer*, 124(10), 2184–2191. doi:10.1002/cncr.31308
- Gallagher, J., Parle, M. ve Cairns, D. (2002). Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 7(3), 365-376. doi:10.1348/135910702760213733
- Güleç, G. ve Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 3(2), 343-367.
- Güloğlu, B. ve Aydın, G. (2001). Coopersmith özsaygı envanterinin faktör yapısı. *Eğitim ve Bilim*, 26(122), 66-71.
- Ha, E. H. ve Cho, Y. K. (2014). The mediating effects of self-esteem and optimism on the relationship between quality of life and depressive symptoms of breast cancer patients. *Psychiatry Investigation*, 11(4), 437-445. doi: 10.4306/pi.2014.11.4.437.
- Han, J., Grothuesmann, D., Neises, M., Hille, U. ve Hillemanns, P. (2010). Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 282(1), 75-82. doi: 10.1007/s00404-009-1302-y
- Harcourt, D. M., Rumsey, N. J., Ambler, N. R., Cawthorn, S. J., Reid, C. D., Maddox, P. R., ... Umpleby, H. C. (2003). The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: A prospective, multicenter study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 111(3), 1060–1068. doi:10.1097/01.prs.0000046249.33122.76
- Hardman, A., Maguire, P., ve Crowther, D. (1989). The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(2), 235-239. doi:10.1016/0022-3999(89)90051-2
- Harrison, J. ve Maguire, P. (1994). Predictors of Psychiatric Morbidity in Cancer Patients. *British Journal of Psychiatry*, 165(5), 593-598.

- Haydaroğlu, A., Dubova, S., Özsaran, Z., Bölükbaşı, Y., Yılmaz, R., Kapkaç, M. ve Özdedeli, E. (2005). Ege üniversitesinde meme kanserleri: 3897 Olgunun Değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 1(1), 6-11.
- Hill, T. D., Khamis, H. J., Tyczynski, J. E. ve Berkel, H. J. (2005). Comparison of male and female breast cancer incidence trends, tumor characteristics, and survival. *Annals of Epidemiology*, 15(10), 773–780. doi: 10.1016/j.annepidem.2005.01.001
- Hisli, N. (1988). Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6(22), 118-126.
- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206–221.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M., Robertson, S., Mullane, C., Wolf, N., ve Lejuez, C. W. (2008). Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behavior Therapy*, 39(2), 126-136. doi: 10.1016/j.beth.2007.05.007
- Howes, B. H. L., Watson, D. I., Xu, C., Fosh, B., Canepa, M. ve Dean, N. R. (2016). Quality of life following total mastectomy with and without reconstruction versus breast-conserving surgery for breast cancer: A case-controlled cohort study. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 69(9), 1184-1191. doi: 10.1016/j.bjps.2016.06.004
- Hsieh, C.-C., Trichopoulos, D., Katsouyanni, K. ve Yuasa, S. (1990). Age at menarche, age at menopause, height and obesity as risk factors for breast cancer: Associations and interactions in an international case-control study. *International Journal of Cancer*, 46(5), 796-800. doi:10.1002/ijc.2910460508
- Hvilsom, G. B., Hölmich, L. R., Frederiksen, K., Steding-Jessen, M., Friis, S. ve Dalton, S. O. (2011). Socioeconomic position and breast reconstruction in Danish women. *Acta Oncologica*, 50(2), 265–273. doi:10.3109/0284186x.2010.529823
- ICD-10 Hastalık Sınıflandırma Kitapçığı. 14 Temmuz 2018. hastaneler.erciyes.edu.tr/Content/files/icd_10_hastalik_siniflandirma_kitapcigi.xls
- İğci, A. ve Asoğlu, O. (2003). Meme kanserinin erken tanısında tarama yöntemleri. *Meme kanseri* (1. Baskı) içinde (s. 113-123). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

- İzci, F., İlgün, A. S., Fındıklı, E. ve Özmen, V. (2016). Psychiatric symptoms and psychosocial problems in patients with breast cancer. *Journal of Breast Health*, 12(3), 94-101. doi:10.5152/tjbh.2016.3041
- Jacobsen, P. B. ve Jim, H. S. (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: Achievements and challenges. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 58(4), 214-230. doi: 10.3322/CA.2008.0003
- Jassim, G. A., Whitford, D. L., Hickey, A. ve Carter, B. (2015). Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd008729.pub2
- Jemal, A., Tiwari, R. C., Murray, T., Ghafour, A., Samuels, A., Ward, E. ... Thun, M.,J. (2004). Cancer Statistics, 2004. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 54(1), 8-29.
- Jiménez-Gordo, A. M., Feliu, J., Martínez, B., de-Castro, J., Rodríguez-Salas, N., Sastre, N., ... González-Barón, M. (2009). Descriptive analysis of clinical factors affecting terminally ill cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 17(3), 261-269. doi:10.1007/s00520-008-0460-y
- Karakoyun-Çelik, Ö., Görken, İ., Şahin, S., Orcin, E., Alanyalı, H. ve Kımay, M. (2009). Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: Relationship to coping with cancer and quality of life. *Medical Oncology*, 27(1), 108-113. doi: 10.1007/s12032-009-9181-4
- Karayurt, Ö., Uğur, Ö., Tuna, A., Günüşen, N. ve Akgün Çıtak, E. (2013). The effect of personal counselling on anxiety, depression, quality of life and satisfaction in patients with breast cancer. *The Journal of Breast Health*, 9(3), 135-143. doi:10.5152/tjbh.2013.20
- Keçer, M. ve Asoğlu, O. (2003). Meme kanseri tedavisinde mastektomiler, endikasyon ve teknikleri. *Meme kanseri* (1. Baskı) içinde (s.275-286). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Kılıç, S., Tezcan, S., Kömürcü, Ş., Özet, A., Çakır, B., Tümerdem, N. ... Hasde, M. (2003). Gata tıbbi onkoloji bilim dalında meme kanseri tanısı ile izlenen kadın hastaların bazı sosyo-demografik ve hastalık özellikleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 45(2), 189-195.
- Kılıç, D., Sağlam, R. ve Kara, Ö. (2009). Üniversite öğrencilerinde meme kanseri farkındalığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(4), 195-199.

- Kim, H. Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: Assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative dentistry & endodontics*, 38(1), 52-54.
- Kim, M. K., Kim, T., Moon, H. G., Jin, U. S., Kim, K., Kim, J., ... Han, W. (2015). Effect of cosmetic outcome on quality of life after breast cancer surgery. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 41(3), 426-432. doi:10.1016/j.ejso.2014.12.002
- Kocaman Yıldırım, N., Özkan, M., Özkan, S., Özçınar, B., Güler, S. A. ve Özmen, V. (2009). Meme kanserli hastaların tedavi öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi: Bir yıllık prospektif değerlendirme sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46(4), 175-181.
- Koçak, S., Çelik, L., Özbaş, S., Dizbay Sak, S., Tükün, A. ve Yalçın, B. (2011). Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 konsensus raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7(2), 47-67.
- Kutluk, T. ve Kars, A. (1992). *Kanser konusunda genel bilgiler*. 29 Nisan 2018. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/kanser.pdf>.
- Kübler-Ross, E. (1997). *Ölüm ve ölmek üzerine*. (B. Büyükkal, Çev.) İstanbul: Boyner Holding Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 1969).
- Landmark, B. T. ve Wahl, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: A qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), 112-121. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02346.x
- Lau-Walker, M. (2004). Relationship between illness representation and self-efficacy. *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), 216-225. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03190.x
- Lawlor, P. G. ve Bush, S. H. (2014). Delirium in patients with cancer: Assessment, impact, mechanisms and management. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 12(2), 77-92. doi:10.1038/nrclinonc.2014.147
- Lee, C. N., Deal, A. M., Huh, R., Ubel, P. A., Liu, Y.-J., Blizard, L., ... Pignone, M. P. (2017). Quality of patient decisions about breast reconstruction after mastectomy. *The Journal of the American Medical Association Surgery*, 152(8), E1-E8. doi:10.1001/jamasurg.2017.0977
- Lee, K., Cho, M., Miaskowski, C. ve Dodd, M. (2004). Impaired sleep and rhythms in persons with cancer. *Sleep Medicine Reviews*, 8(3), 199-212. doi:10.1016/j.smrv.2003.10.001

- Leon Guerrero, R. T., Novotny, R., Wilkens, L. R., Chong, M., White, K. K., Shvetsov, Y. B., ... Blas-Laguaña, M. (2017). Risk factors for breast cancer in the breast cancer risk model study of Guam and Saipan. *Cancer Epidemiology*, 50, 221-233. doi:10.1016/j.canep.2017.04.008
- Magaletta, P. R. ve Oliver, J. M. (1999). The hope construct, will, and ways: Their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 55(5), 539-551.
- Marrs, J. A. (2006). Stress, fears, and phobias: The impact of anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(3), 319-322. doi:10.1188/06.cjon.319-322
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 57-71. doi:10.1093/jncimonographs/lgh014
- Mátrai, Z., Kenessey, I., Sávolt Á, Újhelyi, M., Bartal, A. ve Kásler, M. (2014). Evaluation of patient knowledge, desire and psychosocial background regarding postmastectomy breast reconstruction in Hungary: A questionnaire study of 500 cases. *Medical Science Monitor*, 20, 2633–2642. doi: 10.12659 / MSM.891072.
- Matthews, E. E., Berger, A. M., Schmiege, S. J., Cook, P. F., McCarthy, M. S., Moore, C. M. ve Aloia, M. S. (2014). Cognitive behavioral therapy for insomnia outcomes in women after primary breast cancer treatment: A randomized, controlled trial. *Oncology Nursing Forum*, 41(3), 241-253. doi:10.1188/14.onf.41-03ap
- Melchior, H., Büscher, C., Thorenz, A., Grochocka, A., Koch, U. ve Watzke, B. (2011). Self-efficacy and fear of cancer progression during the year following diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(1), 39-45. doi:10.1002/pon.2054
- Metcalfe, K. A., Semple, J., Quan, M.-L., Vadaparampil, S. T., Holloway, C., Brown, M., ... Narod, S. A. (2012). Changes in psychosocial functioning 1 year after mastectomy alone, delayed breast reconstruction, or immediate breast reconstruction. *Annals of Surgical Oncology*, 19(1), 233-241. doi:10.1245/s10434-011-1828-7
- Miller, P. H. (2008). *Gelişim psikolojisi kuramları*. (1. Baskı). (Z. Gültekin, Çev.) Ankara: İmge Kitabevi Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi: 2002).

- Miškiewicz, H., Antoszewski, B. ve Iljin, A. (2016). Personality traits and decision on breast reconstruction in women after mastectomy. *Polish Journal of Surgery*, 88(4). doi:10.1515/pjs-2016-0053
- Morrow, M., Mujahid, M., Lantz, P. M., Janz, N. K., Fagerlin, A., Schwartz, K., ... Katz, S. J. (2005). Correlates of breast reconstruction. *Cancer*, 104(11), 2340–2346. doi:10.1002/cncr.21444
- Moyer, A., Sohl, S. J., Knapp-Oliver, S. K. ve Schneider, S. (2009). Characteristics and methodological quality of 25 years of research investigating psychosocial interventions for cancer patients. *Cancer Treatment Reviews*, 35(5), 475-484. doi:10.1016/j.ctrv.2009.02.003
- Nano, M. T., Gill, P. G., Kollias, J., Bochner, M. A., Malycha, P. ve Winefield, H. R. (2005). Psychological impact and cosmetic outcome of surgical breast cancer strategies. *ANZ Journal of Surgery*, 75(11), 940-947. doi:10.1111/j.1445-2197.2005.03517.x
- Nelson, C. J., Cho, C., Berk, A. R., Holland, J. ve Roth, A. J. (2010). Are gold standard depression measures appropriate for use in geriatric cancer patients? A systematic evaluation of self-report depression instruments used with geriatric, cancer, and geriatric cancer samples. *Journal of Clinical Oncology*, 28(2), 348-356. doi:10.1200/jco.2009.23.0201
- Neto, M. S., de Aguiar Menezes, M. V., Moreira, J. R., Garcia, E. B., Abla, L. E. F. ve Ferreira, L. M. (2013). Sexuality after breast reconstruction post mastectomy. *Aesthetic Plastic Surgery*, 37(3), 643-647. doi:10.1007/s00266-013-0082-8
- Okanlı, A. (2004). Kadınlarda mastektominin psikososyal etkileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-6.
- Onat, H. ve Başaran, M. (2003). Meme kanseri risk faktörleri ve korunma. *Meme kanseri* (1.Baskı) içinde (s. 90-107). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Osborn, R. L., Démoncada, A. C. ve Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: Meta-analyses. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(1), 13-34. doi:10.2190/eufn-rv1k-y3tr-fk01

- Owen, J. E., Klapow, J. C., Hicken, B. ve Tucker, D. C. (2001). Psychosocial interventions for cancer: review and analysis using a three-tiered outcomes model. *Psycho-Oncology*, 10(3), 218-230. doi: 10.1002/pon.509
- Özdoğan, P.Ş. ve Kav, S. (2014). *Radyoterapi alan hasta ve aileleri için rehber-Radyoterapide sizi ne bekler?* 6 Nisan 2018. www.onkohem.org.tr/sites/default/files/.../radyoterapide-sizi-neler-bekler-kitapcik.pdf
- Özkan, S. (2003). Meme kanserli hastaya psikolojik yaklaşım, yaşam kalitesi. *Meme kanseri* (1.Baskı) içinde (s.681-690). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Özkan, S. (2006). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi; kavramlar, kurumsallaşma, uygulama. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*, 2(47), 1-13.
- Özkan, S. ve Alçalar, N. (2009). Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2), 60-64.
- Özkan, S. ve Armay, Z. (2007). *Psiko-onkoloji* (1. Baskı). İstanbul: Novartis Oncology.
- Özmen, V. (2007). *Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF) meme kanseri eğitim modülü.8* Nisan 2018. www.tmhdf.org.tr/Uploads/Editor/files/MemeKanseri_KETEM.pdf
- Öztürk, M. (2006). Meme kanserinin genetiği ve risk faktörleri. *Meme Kanseri Sempozyumu Dizisi*, 54, 15-26.
- Pirl, W. F. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 32–39. doi:10.1093/jncimonographs/lgh026
- Porter, L. S., Keefe, F. J., Garst, J., McBride, C. M. ve Baucom, D. (2008). Self-efficacy for managing pain, symptoms, and function in patients with lung cancer and their informal caregivers: Associations with symptoms and distress. *Pain*, 137(2), 306-315. doi:10.1016/j.pain.2007.09.010
- Rapley, P. ve Fruin, D. J. (1999). Self-efficacy in chronic illness: The juxtaposition of general and regimen-specific efficacy. *International Journal of Nursing Practice*, 5(4), 209-215. doi:10.1046/j.1440-172x.1999.00173.x

- Rubino, C., Figus, A., Loretto, L. ve Sechi, G. (2007). Post-mastectomy reconstruction: A comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 60(5), 509–518. doi:10.1016/j.bjps.2006.06.013
- Savard, J. ve Morin, C. M. (2001). Insomnia in the context of cancer: A review of a neglected problem. *Journal of Clinical Oncology*, 19(3), 895-908. doi:10.1200/jco.2001.19.3.895
- Savaşır, I. ve Şahin, N.H. (1997). Bilişsel davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Schreier, A. M. ve Williams, S. A. (2004). Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(1), 127-130. doi:10.1188/04.onf.127-130
- Schuyler, D. (2004). Cognitive therapy for adjustment disorder in cancer patients. *Psychiatry*, 1(1), 20-23.
- Seçkinli, S. (2011). Meme kanseri taraması: Son yenilikler neler? *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 193-200.
- Sertöz Önen, Ö. ve Elbi Mete, H. (2004). Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 7(ek:2), 63-69.
- Sertöz Önen, Ö. ve Elbi Mete, H. (2006). Psiko-onkoloji. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*, 2(47), 14-22.
- Sertöz Önen, Ö., Elbi Mete, H., Noyan, A., Alper, M. ve Kapkaç, M. (2004). Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri: kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 264-275.
- Sevelda, P. (1998). Tamoxifen beim mammakarzinom: Ergebnisse der jüngsten metaanalyseprospektiv randomisierter studien. *Gynäkologisch-Geburtshilfliche Rundschau*, 38(2), 81–84. doi:10.1159/000022237
- Seven, M., Akyüz, A., Sever, N. ve Dinçer, Ş. (2013). Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3), 219-224.

- Sherer, M. ve Adams, C. (1983). The self - efficacy scale: A construct validity study. *Annual Meeting of the Southeastern Psychological Association, Atlanta*, 23-26.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. ve Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Shim, E.-J., Lee, J. W. ve Min, Y. H. (2018). Does depression decrease the moderating effect of self-efficacy in the relationship between illness perception and fear of progression in breast cancer? *Psycho-Oncology*, 27(2), 539-547. doi:10.1002/pon.4532
- Simeit, R., Deck, R. ve Conta-Marx, B. (2004). Sleep management training for cancer patients with insomnia. *Supportive Care in Cancer*, 12(3), 176-183. doi:10.1007/s00520-004-0594-5
- Smeltzer, S. C., Bare, B., Hinkle, J. L. ve Cheever, K.H. (2010). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (12. Baskı). Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams ve Wilkins.
- Smith, C.P. (1968, Ağustos), [*The Antecedents of Self-Esteem by S. Coopersmith*]. *American Scientist*, 56(3), 323A.
- Smith, M. Y., Redd, W. H., Peyser, C. ve Vogl, D. (1999). Post-traumatic stress disorder in cancer: A review. *Psychooncology*, 8(6), 521-537.
- Soygür, H., Özalp, E., Cankurtaran, E. Ş., Turhan, L., Karşigil, H. ve Özenci, G. (2005). Onkoloji hekimlerinin gözünden psikoonkoloji: "Birim kurulurken ve iki yıl sonra" - bir anket çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 8(2), 67-73.
- Soylu, C. (2014). Kanser hastalarında bilişsel davranışçı terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(3), 257-270.
- Sun, M.-Q., Meng, A.-F., Huang, X.-E. ve Wang, M.-X. (2013). Comparison of psychological influence on breast cancer patients between breast-conserving surgery and modifie radical mastectomy. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(1), 149-152.
- Sun, Y., Kim, S.-W., Heo, C. Y., Kim, D., Hwang, Y., Yom, C. K. ve Kang, E. (2014). Comparison of quality of life based on surgical technique in patients with breast cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 44(1), 22-27. doi:10.1093/jjco/hyt176

- Suzuki, R., Ye, W., Rylander-Rudqvist, T., Saji, S., Colditz, G. A. ve Wolk, A. (2005). Alcohol and postmenopausal breast cancer risk defined by estrogen and progesterone receptor status: A prospective cohort study. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 97(21), 1601-1608. doi:10.1093/jnci/dji341
- Şencan, İ. Ve Keskinılıç, B. (Ed.). (2017). *Türkiye kanser istatistikleri*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
- Tenekeci, N. ve Tunacı, M. (2003). Mammografi ve diğer radyolojik tanı yöntemleri. *Meme kanseri* (1. Baskı) içinde (s. 136-160). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K. ve Aker, T. (2008). Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 59-66.
- Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K. ve Aker, T. (2008). Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. *Yeni Symposium Journal*, 46(2), 51-61.
- Topuz, E. ve Aydın, A. (2003). Lokal ileri meme kanserinde ilaç tedavisi. *Meme kanseri* (1.Baskı) içinde (s. 431-443). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Topuz, E., Uygun, K. ve Aydın, A. (2003). Metastatik meme kanserinde sistemik tedavi. *Meme kanseri* (1. Baskı) içinde (s. 485-509). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Topuzlu, C. (2003). Meme cerrahisinin tarihçesi ve cerrahi tekniklerin gelişimi. *Meme kanseri* (1.Baskı) içinde (s. 262-268). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Tsai, H.-Y., Kuo, R. N.-C. ve Chung, K. (2017). Quality of life of breast cancer survivors following breast-conserving therapy versus mastectomy: A multicenter study in Taiwan. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 47(10), 909-918. doi:10.1093/jjco/hyx099
- Turan, N. ve Tufan, B. (1987). Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri'nin (SEI) geçerlik-güvenirlilik çalışması. 23. *Ulusal psikiyatri ve nörolojik bilimler kongresi* (1. Baskı) içinde (s. 817-818), İstanbul.
- Tümer, A. ve Baybek, H. (2010). Çalışan kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 6(1), 17-21.

- Tünel, M., Vural, A., Evlice, Y. E. ve Tamam, L. (2012). Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(3), 189-219.
- Türkçapar, H. (2013). *Klinik uygulamada bilişsel-davranışçı terapi: Depresyon* (2. Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Uçar, T. ve Uzun, Ö. (2008). Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(3), 162-168.
- Uitterhoeve, R. J., Vernooij, M., Litjens, M., Potting, K., Bensing, J., De Mulder, P. ve van Achterberg, T. (2004). Psychosocial interventions for patients with advanced cancer - A systematic review of the literature. *British Journal of Cancer*, 91(6), 1050-1062. doi:10.1038/sj.bjc.6602103
- Ünal, M. (2003). Meme kanserinde klinik bulgular, evreleme, biopsi. *Meme kanseri* (1. Baskı) içinde (s. 124-131). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Ünal, H. (2003). Meme kanserinin cerrahi tedavisi. *Güncel Klinik Onkoloji Sempozyum Dizisi*, 37, 169-177.
- Veiga, D. F., Veiga-Filho, J., Ribeiro, L. M., Archangelo-Junior, I., Balbino, P. F. R., Caetano, L. V., ... Ferreira, L. M. (2010). Quality-of-life and self-esteem outcomes after oncoplastic breast-conserving surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 125(3), 811-817. doi:10.1097/prs.0b013e3181ccdac5
- Vogel, V. G. (1999). Assessing risk of breast cancer. *Postgraduate Medicine*, 105(6), 49-58. doi:10.1080/00325481.1999.11444922
- Wasserman, L., Flatt, S. W., Natarajan, L., Laughlin, G., Matusalem, M., Faerber, S., ... Pierce, J. P. (2004). Correlates of obesity in postmenopausal women with breast cancer: Comparison of genetic, demographic, disease-related, life history and dietary factors. *International Journal of Obesity*, 28(1), 49-56. doi:10.1038/sj.ijo.0802481
- Williams, S., ve Dale, J. (2006). The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: A systematic review. *British Journal of Cancer*, 94(3), 372-390. doi:10.1038/sj.bjc.6602949
- Williams, S. A. ve Schreier, A. M. (2004). The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(1), E16-E23. doi:10.1188/04.onf.e16-e23

- World Health Organization. (2018). *International agency for research on cancer* (Yayın no. 263) <http://www.who.int/cancer/en/>
- Yeter, K., Savcı, A. ve Sayiner, F. D. (2009). Meme kanserinde rekonstrüktif cerrahinin ve hasta eğitiminin yaşam kalitesine etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2), 65-68.
- Yıldırım, F. Ve İlhan, İ. Ö. (2010). Genel özyeterlilik ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 301-308.
- Yılmaz, M. H. (2006). Meme kanserinde radyolojik tanı ve değerlendirme. *Meme Kanseri Sempozyum Dizisi*, 54, 27-30.
- Yörükoğlu, A. (2007). *Gençlik çağı*. (13. Baskı). İstanbul: Özgür Yayınları.
- Yu, Y., Peng, L., Tang, T., Chen, L., Li, M. ve Wang, T. (2014). Effects of emotion regulation and general self-efficacy on posttraumatic growth in Chinese cancer survivors: Assessing the mediating effect of positive affect. *Psycho-Oncology*, 23(4), 473-478. doi:10.1002/pon.3434
- Yücel, A. ve Kurul, S. (2003). Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu. *Meme kanseri* (1. Baskı) içinde (s. 510-531). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Zhang, C., Hu, G., Biskup, E., Qiu, X., Zhang, H. ve Zhang, H. (2018). Depression induced by total mastectomy, breast conserving surgery and breast reconstruction: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Surgery*, 42(7), 2076–2085. doi:10.1007/s00268-018-4477-1
- Zhang, Y., Xu, H., Wang, T., He, J., Qiao, Y., Wei, J. ve Dong, J. (2015). Psychosocial predictors and outcomes of delayed breast reconstruction in mastectomized women in mainland China: An observational study. *PLOS ONE*, 10(12), e0144410. doi:10.1371/journal.pone.0144410
- Zimmermann, T., Heinrichs, N. ve Baucom, D. H. (2007). "Does one size fit all?" moderators in psychosocial interventions for breast cancer patients: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 34(3), 225-239. doi: 10.1080/08836610701677188

EKLER

EK-1

BİLGİ FORMU

Hasta Bilgi Formu Açıklama: Bu çalışmanın amacı meme kanseri tanısıyla beraber mastektomi ve mastektomi sonrası rekonstrüksif operasyon geçiren hastalarla sağlıklı kontrol grubunun benlik saygısı ve öz yeterlik algısı puanlarının karşılaştırılması ve operasyon sonrası geçen sürenin benlik saygısı ve özyeterlik inancı puanları üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Çalışmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Bu çalışma, sizin almış olduğunuz tedavi ve bakımı olumsuz şekilde etkilemeyecektir. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Aşağıdaki soruları ve seçenekleri okuduktan sonra, her soruda size en uygun seçeneği ya da seçenekleri işaretleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.

1-Doğum tarihiniz:

2-Medeni durumunuz nedir?

1-Evli 2-Bekar 3-Dul / Boşanmış 4-Diğer(açıklayınız.....)

3-Eğitim durumunuz nedir?

1- Sadece okuryazar 2- İlk –Orta okul Mezunu 3-Lise Mezunu 4-Yüksek okul Mezunu

4-Aylık ortalama gelir düzeyiniz nedir?

1-Düşük 2-Orta 3-Yüksek

5-Çocuğunuz var mı?

1-Var (ise kaç çocuğunuz var?.....) 2-Yok

6-Meme hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1-Var (ise açıklayınız.....) 2- Yok

7-Kaç yaşında meme hastalığı tanısı aldınız?

8-Tanıdan bu yana geçen süre ne kadardır?

1-.....ay 2-.....yıl

9-Meme hastalığı tanısı aldıktan sonra hangi tedaviler uygulandı?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1-Kemoterapi 2-Radyoterapi 3-Hormonal tedavi 4-Cerrahi tedavi

10-Ameliyat olduğunuz tarih.....

EK-1 (Devamı)

11-Ameliyattan bu yana geçen süre ne kadardır?

1-.....ay 2-.....yıl

12- Cerrahi tedavide uygulanan ameliyatın tipi nedir?

- 1-Total mastektomi (Koltuk altı lenf diseksiyonu var/yok)
- 2-Modifiye radikal mastektomi (Koltuk altı lenf diseksiyonu var/yok)
- 3-Radikal mastektomi (Koltuk altı lenf diseksiyonu var/yok)
- 4-Diğer (lütfen açıklayınız.....)

13- Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu yapıldı mı?

1- Evet 2- Hayır

(Cevap evet ise, ameliyat tarihi:

ameliyattan bu yana geçen süre:

14-Yapılan rekonstrüktif cerrahi sonucundan memnun musunuz?

- 1-Çok memnunum
- 2-Oldukça memnunum
- 3-Kararsızım
- 4-Pek memnun değilim
- 5-Hiç memnun değilim

15- Daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü?

1- Evet 2-Hayır

(Cevap evet ise, Tanı:

EK-2

BİLGİ FORMU

Hasta Bilgi Formu Açıklama: Bu çalışmanın amacı meme kanseri tanısıyla beraber mastektomi ve mastektomi sonrası rekonstrüksif operasyon geçiren hastalarla sağlıklı kontrol grubunun benlik saygısı ve öz yeterlik algısı puanlarının karşılaştırılması ve operasyon sonrası geçen sürenin benlik saygısı ve öz yeterlik inancı puanları üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Çalışmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Bu çalışma, sizin almış olduğunuz tedavi ve bakımı olumsuz şekilde etkilemeyecektir. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Aşağıdaki soruları ve seçenekleri okuduktan sonra, her soruda size en uygun seçeneği ya da seçenekleri işaretleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.

1-Doğum tarihiniz:

2-Medeni durumunuz nedir?

1-Evli 2-Bekar 3-Dul / Boşanmış 4-Diğer(açıklayınız.....)

3-Eğitim durumunuz nedir?

1- Sadece okuryazar 2- İlk –Orta okul Mezunu 3-Lise Mezunu 4-Yüksek okul Mezunu

4-Aylık ortalama gelir düzeyiniz nedir?

1-Düşük 2-Orta 3-Yüksek

5-Çocuğunuz var mı?

1-Var (ise kaç çocuğunuz var?.....) 2-Yok

6- Daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü?

1- Evet 2-Hayır

(Cevap evet ise, Tanı:)

EK-3

ÖLÇEK 1

Açıklama:

Aşağıda çeşitli konulardaki düşüncelerinizi öğrenmek üzere cümleler verilmiştir. Cümlede geçen ifadenin sizi ne kadar tanımladığını, lütfen, size uygun olan bölmeye işaretleyiniz.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hic					Çok İyi
	1	2	3	4	5	
1. Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir.	1	2	3	4	5	
2. Sorunlarımdan biri, bir işe zamanında başlayamamamdır.	1	2	3	4	5	
3. Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam, başarana kadar uğraşırım.	1	2	3	4	5	
4. Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam.	1	2	3	4	5	
5. Her şeyi yarım bırakırım.	1	2	3	4	5	
6. Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım.	1	2	3	4	5	
7. Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.	1	2	3	4	5	
8. Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.	1	2	3	4	5	
9. Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim.	1	2	3	4	5	
10. Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim.	1	2	3	4	5	
11. Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.	1	2	3	4	5	
12. Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5	
13. Başarısızlık benim azmimi arttırır.	1	2	3	4	5	
14. Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.	1	2	3	4	5	
15. Kendine güvenen biriyim	1	2	3	4	5	
16. Kolayca pes ederim.	1	2	3	4	5	
17. Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla başedebileceğimi sanmıyorum.	1	2	3	4	5	

EK-4

ÖLÇEK 2

Aşağıda her insanın zaman zaman hissedebileceği bir takım durumlar maddeler halinde sıralanmıştır. Bu maddelerde belirtilen ifadeler, eğer sizin genellikle hissettiklerinizi tanımlıyor ve çoğunlukla size uygun geliyorsa ilgili sorunun karşısındaki "Evet" sütununa bir (X) işareti koyunuz. Bu ifadeler eğer genellikle sizin hissettiklerinizi tanımlamıyor ve çoğunlukla size uygun gelmiyorsa bu durumda da "Hayır" sütununa bir (X) işareti koyunuz.

Envanterde yer alan soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Bu nedenle yanıtlarınızı verirken mantığınızdan çok duygularınıza kulak vermeyi unutmayınız. Kararsız kaldığınız durumlarda bile sadece bir seçeneği işaretleyiniz. Herhangi bir maddeye ilişkin her iki seçeneği de işaretlediğinizde ya da her iki seçeneği de boş bıraktığımızda bu soru maddesine ilişkin yanıtınızın geçersiz sayılacağını unutmayınız.

Evet Hayır

- () () 1- Başıma gelenlerden genellikle rahatsız olmam.
() () 2- Sınıfın huzurunda konuşma yapmak bana çok güç gelir.
() () 3- Eğer gücüm yetse kendimle ilgili değiştirmek istediğim pek çok özelliğim var.
() () 4- Herhangi bir konuda fazla zorlanmadan karar verebilirim.
() () 5- İnsanlar benimle birlikteyken hoş ve eğlenceli vakit geçirirler.
() () 6- Evdeyken kolayca canım sıkılır keyfim kaçır.
() () 7- Yeni şeylere alışmam uzun zaman alır.
() () 8- Yaşıtlarım tarafından seviliyorum.
() () 9- Anne-babam genellikle duygularımı dikkate alır.
() () 10- Genellikle pek direnmeden, kolayca pes ederim.
() () 11- Anne benden beklentisi çok fazla (aşırı derecede).
() () 12- Olmak istediğim gibi davranmakta yani kendim olmakla oldukça zorlanıyorum.
() () 13- Hayatımdaki her şey karmakarışık.
() () 14- Arkadaşlarım genellikle fikirlerimi izlerler.
() () 15- Kendimi değersiz görüyorum.
() () 16- Pek çok kere evden kaçmayı (başımı alıp gitmeyi) düşündüğüm olmuştur.
() () 17- Okuldayken sıkça canımın sıkıldığını hissedirim.
() () 18- Çoğu insan kadar güzel görünüşlü biri değilim.
() () 19- Söyleyecek bir şeyim olduğunda onu genellikle çekinmeden söylerim.
() () 20- Anne-babam beni anlıyor.
() () 21- Çoğu insan kadar sevilmiyorum.
() () 22- Anne-babamın çoğu zaman beni sanki zorladıklarını hissediyorum.
() () 23- Okuldayken çoğu zaman cesaretim kırılıyor.
() () 24- Sık sık keşke başka birisi olsam diye arzuluyorum.
() () 25- Bana güvenilmez, kendimi güvenilir biri olarak görmüyorum.

BDE

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **Son bir hafta içindeki (şu an dahil)** kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4)	a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Cezalandırılmışım gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılmışım gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum

EK-5 (Devamı)

9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10)	a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11)	a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Eskisinden daha kötü bir dış görüntüm olduğunu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışmıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)	a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18)	a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok

EK-5 (Devamı)

19)	a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
20)	a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
21)	a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği Güvenirliği, Psikoloji Dergisi, 23, 3-13.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma, Psikoloji Dergisi, 22, 118-126.



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

MERSİN ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ - MERSİN ŞEHİR EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL EVRAK BİRLİMİ -
27.12.2017 15:08 - 66792640-000-11527



Gelen Belge Kayıt

Sayı: 58446768- 1225
Konu: Anket Uygulama İzni hk.

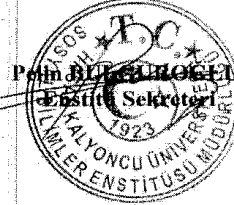
30.11.2017

MERSİN ŞEHİR HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE
Mersin

Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programı öğrencilerinden 162104139 öğrenci numarası ile kayıtlı **Zehra KANMAZ'** in "**Meme Kanseri Hastalarında Mastektomi ve Mastektomi Sonrası Rekonstrüktif Cerrahinin Benlik Saygısı ve Özyeterlik İnancı Üzerindeki Etkisi**" konulu tez çalışması ile ilgili olarak veri oluşturmak amacıyla, Mersin Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Plastik Cerrahi-Rekonstrüktif Cerrahi Polikliniği servisindeki hastalara ekteki anket ve ölçekleri uygulamak istemektedir.

Adı geçen öğrencimizin yukarıdaki sözü edilen çalışmayı yapabilmesi için gerekli iznin verilebilmesi hususunda gereğini arz ederim.

Ek:
Etik Kurul Kararı (1 sayfa)
Anket ve Ölçekler (9 sayfa)

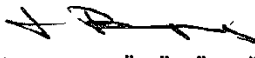


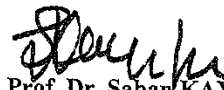
T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ETİK KURUL KARARI


Tarih: 21.11.2017

No: 2017/41

Çalışmanın Türü:	Yüksek Lisans Tezi
Konu:	Anket Uygulama
Başlık:	Meme Kanseri Hastalarında Mastektomi ve Mastektomi Sonrası Rekonstrüktif Cerrahinin Benlik Saygısı ve Özyeterlik İnancı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi
Yürütücü / Danışman:	Prof. Dr. Osman Tolga ARICAK
Yazar:	Zehra KANMAZ
Karar:	Olumlu



Prof. Dr. Şener BÜYÜKÖZTÜRK
Eğitim Fak./Etik Kurul Başkanı

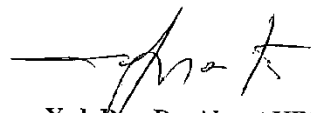

Prof. Dr. Şaban KAYIHAN
Hukuk Fak. / Etik Kurul Üyesi


Prof. Dr. Yaşar ÖZBAY
Eğitim Fak. / Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Osman Tolga ARICAK
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi


Doç. Dr. Mazlum ÇELİK
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi


Doç. Dr. Şaziye Senem BAŞGÜL
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi


Yrd. Doç. Dr. Ahmet KESER
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi



T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MERSİN İDARİ VE
MALİ HİZMETLER İLE TIBBİ CİHAZ VE İLAÇ BİRİMİ
05/02/2018 16:03 - 65355327 - 604.01.02 - E.256



Sayı : 65355327/604.01.02
Konu : Araştırma İzni

MERSİN ŞEHİR HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 28/12/2017 tarihli ve 66792640-907.99-160 sayılı yazınız

İlgi yazıya istinaden, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Osman Tolga ARICAK'ın sorumluluğunda yürütülmekte olan Yüksek Lisans öğrencisi Zehra KANMAZ'ın "Meme Kanseri Hastalarında Mastektomi ve Mastektomi Sonrası Rekonstrüktif Cerrahinin Benlik Saygısı ve Özyeterlik İnancı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi" konulu çalışmasının yapılabilmesine dair Üniversitenin talep yazısı incelenmiş; araştırmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayata yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva etmemesi ve yapılacak çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla söz konusu çalışmaya Müdürlüğümüz tarafından müsaade edilmiş olup;

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op.Dr.Serkan KILINÇ
Başkan

EKLER:

2- TEZ ÇALIŞMASI İZİN BAŞVURU İNCELEME KOMİSYON KARARI (1 sayfa)

Nusratiye Mah. Kuvai Milliye Cad. No:132 Akdeniz MERSİN

Faks No:0324 3373499

e-Posta:meral.ozgulbasar@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ar-Ge Birimi M.ÖZGÜL BAŞAR

Bilgi için: Meral ÖZGÜL BAŞAR

Unvan: Laboratuvar Teknisyeni

Telefon No: 0324 3373692

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7863f0d-f863-44fd-bc84-de58b5069d4c kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre geçerli elektronik imza ile inzalanmıştır.

EK-8 (devam)

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Mersin İl Sağlık Müdürlüğü**

SAYI :
KONU: Araştırma İzni İnceleme Komisyonu

BİLİMSEL ARAŞTIRMA/TEZ/ PROJESİ İZİN BAŞVURU İNCELEME KOMİSYON KARARI

Araştırma/Tez/Proje Konusu	Meme Kanseri Hastalarında Mastektomi ve Mastektomi Sonrası Rekonstrüktif Cerrahinin Benlik Saygısı ve Özyeterlik İnancı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi
Araştırma/Tez/Proje Çalışmasının Yapılacağı Hastane ve Klinik/bölümün adı	Mersin Şehir Hastanesi
Araştırma/Tezin/Projenin verildiği eğitim kurumu	Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Araştırma/Tez/Proje Çalışmasını yapan/yürüten Öğrenci/Yürütücü	Zehra KANMAZ
Danışman Öğretim Üyesi	Prof. Dr. Osman Tolga ARICAK Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı

KARAR

Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslarla İlgili Yönerge gereği, T.C.Sağlık Bakanlığı Mersin İl Sağlık Müdürlüğü'nün 08/01/2018 tarihli ve 65355327-604.01.02-E.46 sayılı Makam Onayı ile görevlendirilen Komisyon üyeleri, Sağlık Müdürlüğümüze intikal eden Tez Çalışmasını değerlendirmek üzere 06/02/2018 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.

Değerlendirme sonucunda; başvuru yapılan Tez Çalışmasının Müdürlüğümüze Bağlı Tüm Sağlık Tesislerinde yapılmasına karar verilmiştir.

Üye
Uzm. Dr. Serkan KILINÇ
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Üye
Gültekin ARSOY
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkan Yrd

Üye
Uzm. Dr. Abdullah SERİN
Mersin Şehir Hastanesi Başhekim Yardımcısı

Üye
Meral ÖZGÜL BAŞAR
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı

ONAY

.../02/2018

Komisyon Başkanı
Dr. Sinan BAĞÇACI
İl Sağlık Müdürü

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7863f00d-f863-44fd-bc84-de58b5069d4c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ARAŞTIRMAYA GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Bu araştırma, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji programı Yüksek Lisans öğrencisi Zehra Kanmaz tarafından Prof. Dr. Osman Tolga ARICAK danışmanlığındaki yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmektedir. Bu form sizi araştırma koşulları hakkında bilgilendirmek için hazırlanmıştır.

Çalışmanın Amacı Nedir?

Araştırmanın amacı, meme kanseri tanısıyla beraber mastektomi ve mastektomi sonrası rekonstrüksif operasyon geçiren hastalarla sağlıklı kontrol grubunun benlik saygısı ve öz yeterlik algısı puanlarının karşılaştırılması ve operasyon sonrası geçen sürenin benlik saygısı ve özyeterlik inancı puanları üzerindeki etkisinin incelenmesidir.

Bize Nasıl Yardımcı Olmanızı İsteyeceğiz?

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, sizden bazı test ve anket sorularını cevaplamanız istenecektir. Uygulamanın yaklaşık olarak yarım saat sürmesi beklenmektedir.

Sizden Topladığımız Bilgileri Nasıl Kullanacağız?

Araştırmaya katılımınız tamamen gönüllülük temelinde olmalıdır. Çalışmada sizden kimlik veya kurum belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Katılımcılardan elde edilecek bilgiler toplu halde değerlendirilecek ve bilimsel yayımlarda kullanılacaktır.

Katılımınızla ilgili bilmeniz gerekenler:

Uygulama, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek sorular veya uygulamalar içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevap vermeyi yarıda bırakıp çıkmakta serbestsiniz. Böyle bir durumda çalışmayı uygulayan kişiye uygulamadan çıkmak istediğinizi söylemek yeterli olacaktır.

Araştırmayla ilgili daha fazla bilgi almak isterseniz:

Uygulama sonunda, bu çalışmayla ilgili sorularınız cevaplanacaktır. Bu çalışmaya katıldığımız için şimdiden teşekkür ederiz. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Psikoloji Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Osman Tolga Arıca (E-posta: tolga.aricak@hku.edu.tr) ya da yüksek lisans öğrencisi Zehra Kanmaz (E-posta: zehraasel@hotmail.com) ile iletişim kurabilirsiniz.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum.

(Formu doldurup imzaladıktan sonra uygulayıcıya geri veriniz).

Tarih

İmza

---/---/---