

T.C
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**MASTEKTOMİLİ KADINLARIN RUHSAL
DURUMLARININ İNCELENMESİ**

Ebru ARABACI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Sevban ARSLAN

ADANA-2014

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince göstermiş olduğu büyük desteği, özverisi, bilimsel bilgi ve eleştirileri, motive edici yaklaşımı ve sabrı için değerli hocam, danışmanım Sayın Doç. Dr. Sevban Arslan'a, mesleki bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ve desteğini esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Evşen Nazik'e, çalışmamın istatistiksel açıdan değerlendirilmesini yapan Sayın Cemal Şengül'e ve bu tezin hazırlanmasında bilgi ve deneyimlerini paylaşan Uzm. Hem. Gamze Karakoç'a, Uzm. Hem. Tuğba Mert'e ve Kübra Yazıcı'ya teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam boyunca desteği için değerli arkadaşım Neval Ağgöl'e, çalışma hayatımda bir dönemi paylaştığım, iyi ve kötü anlarda yanımda olan tüm dostlarıma, çalışma arkadaşlarıma ve çalışmayı yürüttüğüm tüm hastalara teşekkür ederim.

Hayatımın her anında, her konuda bana destek olan, özellikle yüksek lisans eğitimim boyunca verdikleri destek ve gösterdikleri sabır için aileme en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Ebru ARABACI

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
KABUL VE ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÇİZELGELER DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİ	3
2.1. Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi	3
2.2. Meme Kanseri	6
2.2.1. Epidemiyoloji	6
2.2.2. Risk Faktörleri	7
2.2.3. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları	11
2.2.4. Meme Kanseri ve Evreleme	11
2.2.4.1. Meme Kanserinin Histopatolojik Sınıflaması	14
2.2.4.1.1. Duktal karsinom in situ (DCIS)	15
2.2.4.1.2. Lobuler karsinom in situ (LCIS)	15
2.2.5. Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri	15
2.2.5.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)	16
2.2.5.1.1. Gözlem Yaparak KKMM (İnspeksiyon)	16
2.2.5.1.2. Palpasyon ile KKMM	17
2.2.5.2. Mamografi	17
2.2.5.3. Ultrasonografi	19
2.2.5.4. Renkli Doppler Ultrasonografi (RDUS) ve Power Doppler Ultrasonografi (PDUS)	19
2.2.5.5. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)	19
2.2.5.6. Doku İncelemesi	20
2.2.5.6.1. İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi	20
2.2.5.6.2. Kor Biyopsi (Tru-Cut)	20

2.2.5.6.3. Kalın İğne Aspirasyon Biyopsisi	20
2.2.5.6.4. Stereotaksik Biyopsi ve İşaretleme	21
2.2.5.7. Cerrahi biyopsi	21
2.2.5.7.1. İnsizyonel biyopsi	21
2.2.5.7.2. Eksizyonel biyopsi	21
2.2.5.8. Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi	21
2.2.5.9. ROLL (Radionuclide Guided Occult Lesion Localization)	22
2.2.5.10. Galaktografi	23
2.3. Meme Kanserinde Tedavi	23
2.3.1. Cerrahi Tedavi	23
2.3.1.1. Mastektomi	24
2.3.1.2. Meme Koruyucu Cerrahi	26
2.3.1.3. Meme Rekonstrüksiyonu	27
2.3.2. Radyoterapi	28
2.3.2.1. Meme Kanserinde Palyatif Radyoterapi	28
2.3.3. Adjuvan Kemoterapi	29
2.3.4. Hormon Replasman Tedavisi (HRT)	29
2.4. Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar	30
2.4.1. Kanser Tanısı Alan Hastaların Psikolojik Dönemleri	31
2.4.2. Kanserli Hastalarda Görülen Ruhsal Durum Bozuklukları	34
2.4.2.1. Ruhsal Durum Alt Boyutları	35
2.4.3. Meme Kanserinde Destekleyici Hemşirelik Girişimleri	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	40
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	40
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	40
3.3.1. Örneklem Seçim Kriterleri	40
3.4. Veri Toplama Araçları	41
3.5. Veri Toplama Aracının Geçerlik ve Güvenilirliği	42
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	42
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	43
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	43

3.9. Araştırmanın Etik Yönü	43
4. BULGULAR	44
4.1. Tanıtıcı Özelliklerle İlgili Bulgular	45
4.2. Hastalık ve Tedaviye İlişkin Bulgular	47
4.3. Kısa Semptom Envanteri'ne (KSE) İlişkin Bulgular	49
5. TARTIŞMA	71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	79
KAYNAKLAR	81
EKLER	88
EK-1	88
EK-2	90
EK-3	92
EK-4	93
EK-5	94
EK-6	95
ÖZGEÇMİŞ	96

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa No
Çizelge 2.1. Gebelik Sırasında Meme Gelişimini Etkileyen Hormonlar	5
Çizelge 2.2. Kadınlarda Meme Kanseri Riskini Artıran Etmenler	7
Çizelge 2.3. Yaşa Göre Meme Kanseri Gelişme Riski	8
Çizelge 2.4. TNM Evreleme Sistemi	13
Çizelge 2.5. TNM Evreleme Sisteminde Kullanılan İfadelerin Karşılıkları	14
Çizelge 2.6. Sentinel Lenf Nodu Biyopsisinde Endikasyonlar ve Kontrendikasyonlar	22
Çizelge 2.7. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanı ve Tedavi Sürecinde Gösterdikleri Psikolojik Tepkiler	33
Çizelge 4.1. Mastektomili Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	45
Çizelge 4.2. Mastektomili Kadınların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	47
Çizelge 4.3. Mastektomili Kadınların KSE Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının ve Geçerlik Güvenilirlik Bulgularının Dağılımı	49
Çizelge 4.4. Mastektomili Kadınların Yaş Gruplarına Göre KSE Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	50
Çizelge 4.5. Mastektomili Kadınların Medeni Durumlarına Göre KSE Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	52
Çizelge 4.6. Mastektomili Kadınların Eğitim Durumlarına Göre KSE Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54
Çizelge 4.7. Mastektomili Kadınların Gelir Durumlarına Göre KSE Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	56
Çizelge 4.8. Mastektomili Kadınların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre KSE Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	57
Çizelge 4.9. Mastektomili Kadınların Sigara İçme Durumlarına Göre KSE Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	58

Çizelge 4.10.	Mastektomili Kadınların Ailesinde Meme Kanseri Tanısı Alan Birey Olma Durumlarına Göre KSE Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	59
Çizelge 4.11.	Mastektomili Kadınların OKS Kullanma Durumlarına Göre KSE Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	60
Çizelge 4.12.	Mastektomili Kadınların HRT Alma Durumlarına Göre KSE Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	61
Çizelge 4.13.	Mastektomili Kadınların Kemoterapi Alma Durumlarına Göre KSE Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	62
Çizelge 4.14.	Mastektomili Kadınların Radyoterapi Alma Durumlarına Göre KSE Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	63
Çizelge 4.15.	Mastektomili Kadınların Tanı Almadan Önce Meme Kanseri Hakkında Bigi Sahibi Olma Durumlarına Göre KSE Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	64
Çizelge 4.16.	Mastektomili Kadınlarda Mastektomi Uygulanan Meme İle KSE Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	65
Çizelge 4.17.	Mastektomili Kadınlarda Mastektomi Sonrası Memenin Estetik Görünümüne Yönelik Girişimde Bulunma Durumuna Göre KSE Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	66
Çizelge 4.18.	Mastektomili Kadınlarda Mastektomi Sonrası Memenin Estetik Görünümüne Yönelik Girişim Türüne Göre KSE Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	67
Çizelge 4.19.	Mastektomili Kadınlarda Mastektomi Sonrası Aile Hayatında Değişiklik Olma Durumuna Göre KSE Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	68

Çizelge 4.20. Mastektomili Kadınlarda Mastektomi Sonrası Cinsel Yaşamın Etkilenme Durumuna Göre KSE Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

69

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AJCC	: American Joint Committee on Cancer
BPM	: Bilateral Profilaktik Mastektomi
BRCA1	: Breast Cancer1
BRCA2	: Breast Cancer2
DCIS	: Duktal Karsinom In Situ
GSİ	: Genel Semptom İndeksi
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KPM	: Kontralateral Profilaktik Mastektomi
LCIS	: Lobuler Karsinom In Situ
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKS	: Oral Kontraseptif
PDUS	: Power Doppler Ultrasonografi
RDUS	: Renkli Doppler Ultrasonografi
ROLL	: Radionucleide Guided Occult Lesion Localization
TNM	: T-Tümör, N-Lenf Noduna Yayılım, M-Uzak Metastaz
UICC	: Union for International Cancer Control

ÖZET

Mastektomili Kadınların Ruhsal Durumlarının İncelenmesi

Araştırma, mastektomili kadınların ruhsal durumlarını incelemek amacıyla yürütülmüştür. Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu araştırma Mayıs 2012-Şubat 2013 tarihleri arasında Ankara il sınırları içinde 2 Kamu Hastanesinin onkoloji ve cerrahi poliklinikleri ile bir üniversite hastanesinin onkoloji kliniğinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini mastektomili 90 kadın oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan Veri Toplama Formu ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) uygulanarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Pearson Korelasyon Testi, Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre mastektomili kadınların % 25,6'sının 61 yaş ve üzerinde olduğu, %75,6'sının evli ve %43,3'ünün ortaöğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. %50'sinin sol memesine mastektomi uygulandığı, %56,7'sinin mastektomi sonrası memesinin estetik görünümü için herhangi bir girişimde bulunmadığı, %53,3'ünün ameliyat sonrası aile hayatında değişiklik olduğu belirlenmiştir. Mastektomili kadınların Genel Semptom İndeksi puan ortalamasının $1,19 \pm 0,59$ olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu, meme kanseri hakkında bilgi alma durumu, estetik görünüme yönelik girişimde bulunma durumu ile Genel Semptom İndeksi puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar, Genel Semptom İndeksi puan ortalamasının 1'in üzerinde olduğunu (%52,2; n=47) ve mastektomili kadınlarda psikopatolojik bir durumun varlığını göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, hemşirelerin mastektomili kadınları psikolojik yönden de değerlendirmeleri ve uygun girişimlerde bulunmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mastektomi, ruhsal durum, meme kanseri

ABSTRACT

Investigation of The Psychological Condition of Women With Mastectomy

The study was conducted to investigate psychiatric status of women experienced mastectomy operation. This research which was planned as descriptive and cross-sectional was conducted in the oncology and surgical operation departments of two public hospitals and oncology department of a university hospital within the Ankara territory in the period between May 2012 and February 2013. Sampling group of the study was consisted of 90 women experienced mastectomy operation. Data were collected by the researcher through Data Collection Form and application of the Brief Symptom Inventory (BSI). During data evaluation, descriptive statistics, the Pearson correlation test, Mann Whitney U-Test and Kruskal Wallis Test were utilized.

According to the research results, it was determined that 25.6% of the women experienced mastectomy were 61 years old and over; 75.6% of them were married; 43.3% of them were graduates of a secondary school. 50% of the sampling group was experienced operation on their left breast; 56.7% of them did not have any aesthetical correctional surgery operation in the post-mastectomy period; 53.3% of them experienced a change in their family life following the mastectomy surgery. Average score for Psychiatric Symptom Levels of women experienced mastectomy operation was estimated 1.19 ± 0.59 . Moreover, a significant difference between patients' average Psychiatric Symptom Level score and their age, martial status, whether they have children, income level, being informant regarding breast cancer, and whether they have any initiative in regard to aesthetical view was determined. Research findings reveal that average Psychiatric Symptom Level score was over 1.00 (52.2%)(n=47) ; and that there is a psycho-pathological condition among women experienced mastectomy surgery. Along with these results, it is suggested that nurses must consider women patients experienced mastectomy in respect to psychiatric aspect and take necessary actions.

Keywords: Mastectomy, psychiatric status, breast cancer.

1. GİRİŞ

Kanser günümüzde umutsuzluğa, acıya, korkuya, ölüme eş tutulan ve psikolojik olarak birçok değişikliğe neden olan bir hastalıktır (1,2). Kadınlarda en sık görülen kanser türü olan meme kanseri, ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'nın 2011 yılı istatistiklerine göre kadınlarda 100,000'de 45,1 oranında ve ilk sırada yer almaktadır (3).

Meme kanseri, kadının yaşamı yanında cinsellik ve kadınlık ile ilişkili organını da tehdit eden bir hastalıktır (2). Meme kanserinde en sık uygulanan tedavi, memenin cerrahi olarak kısmen ya da tamamen çıkarılması yöntemidir. Cerrahi tedaviye ek olarak radyoterapi, kemoterapi ve hormon tedavisi de uygulanabilmektedir (4,5). Hastalığın tedavisinde birincil öneme sahip olan cerrahi girişim, hastanın beden imajını, özgüvenini, psikolojik durumunu, cinsel yaşamını ve çevre ile ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu duruma ek olarak hastalığın kronik olması, diğer organların işlevlerinin bozulması, tedavinin uzun süreli olması ve yan etkilerinin olması, tedavinin başarısız olabileceği düşüncesi ve tekrar ameliyat olma korkusu gibi faktörler nedeniyle kadınlar ruhsal yönden olumsuz etkilenebilmektedir (2). Saral (6), meme kanserli hastaların kansere uyumunu incelediği çalışmasında, ruhsal belirti puan ortalamalarından en yükseğinin anksiyete bozukluğu alt boyutuna, en düşüğünün ise psikotizm alt boyutuna ait olduğunu saptamıştır (6). Pan ve ark.'nın (7) çalışmasında meme kanserli hastaların ruhsal durum puan ortalamalarının patolojik boyutta olduğu belirlenmiştir (7). Fann ve ark. (8), yaptıkları çalışmada meme kanserli hastalarda görülen depresyonun, yaşam kalitesinin düşmesinde önemli etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir (8). Skrzypulec ve ark.'nın (9) çalışmasında, mastektomi sonrası kadınlarda posttravmatik stres, depresyon ve anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak oldukça önemli olduğu belirtilmiştir (9).

Psikolojik olarak hastaları olumsuz yönde etkileyebilen meme kanserinin tanı ve tedavisi için multidisipliner bir ekip gereklidir (10). Bu ekip içerisinde hemşireler hasta bakımında etkin rol üstlenmektedir. Hemşireler, tedavi ve bakım aşamasında hastalara daha fazla zaman ayırmaktadır. Aynı zamanda kanserin tanı ve tedavisinden kaynaklanan psikososyal sorunlarla baş etmede hastalara destek olmak için yeterli bilgi ve beceriye sahiptirler. Bu açıdan hemşireler, hastaların yaşadığı psikososyal sorunların çözü-

münde ve gereksinimlerinin karşılanmasında önemli roller üstlenebilirler ve meme kanserli kadınların, sorunlarını ifade etmelerinde, deneyimlerini paylaşmalarında, bu hastaların sıkıntılarını azaltmada destekleyici girişimlerde bulunabilirler (11).

Bu çalışma mastektomili kadınların ruhsal durumlarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL BİLGİ

2.1. Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi

Modifiye ter bezi olan meme bezleri embriyolojik hayatta, aksiller bölgeden inguinal bölgeye uzanan süt çizgileri üzerinde yerleşir. Bu gelişim döneminden sonra postnatal dönemde erkekte çok az ek gelişim görülür ve meme bezleri rudimenter kalır. Kadınlarda ise hormonlar tarafından regüle edilen meme gelişimi devam eder (10). Kadının yaşamı boyunca hormonal düzeyindeki değişiklikler, memenin fiziksel ve anatomik yapısını etkiler. Menstruel siklus, gebelik, laktasyon memenin mikroskopik yapısında değişikliklere neden olan fizyolojik olaylardır. Memenin büyüme ve gelişmesini hipotalamus, ön hipofiz ve ovariumlardan salgılanan hormonlar stimüle eder (12).

Kızlarda ve erkeklerde memeler puberteye kadar aynı görünümündedir ve kızlarda meme gelişimi puberte ile birlikte başlamaktadır.

J. M. Tanner tarafından tanımlanan evreler genel olarak adölesanlarda fiziksel büyümeyi, genital gelişimi ve ikincil cinsiyet karakterlerinin gelişimini tanımlar (13).

Kızlarda Tanner'e göre meme gelişimi evreleri şu şekildedir (14):

- Evre 1: Memeler henüz büyümeye başlamamıştır.
- Evre 2: Areola ve papilla ufak bir yumru yaparak belirginleşmiş ve areola çapı artmıştır.
- Evre 3: Meme büyümüş, areola çapı daha fazla genişlemiştir. Areola ve meme konturları birbirinden ayrı değildir.
- Evre 4: Areola ve papilla büyümüş olan meme kitlesi üzerinde ikinci bir kabarıklığa neden olmuştur.
- Evre 5: Meme erişkin büyüklüğünde olup, areola geri çekilip meme kitlesi ile birleşmiş ve papilla dışı doğru belirginleşmiştir.

Meme ön toraks duvarının superfasyal yüzünde yer alır. Toraks duvarı hem iskelet hem kas bileşenlerinden oluşur. İskelet bileşenleri 12 torasikal vertebrayı içerir (15). Meme, toraks üzerinde vertikal olarak 2. ve 6. kostalar arasında, horizontal olarak sternum ile orta aksiller hat arasında simetrik olarak yer alan bir çift salgı organıdır. Meme

dokusunun yaklaşık üçte ikisi pektoralis major kası üzerinde, üçte birlik bölümü ise serratus anterior kası üzerinde bulunmaktadır. Memeler bağ dokusu ya da fasya ile kaslara bağlanırlar. Memenin glandüler yapısı koltuk altına doğru kuyruk şeklinde uzanır ve bu uzantıya Spencer'ın aksiller uzantısı denir. Erişkin sağlıklı bir kadında memeler simetrikdir (12).

Meme dıştan içe doğru deri, deri altı yağ dokusu ve meme dokusundan oluşur. Memenin esas glandüler dokusu parankima dokusudur. Diğer destek dokular ise stroma olarak adlandırılan yağ dokusu ve fibröz bağ dokusudur. Her bir meme glandi (parankima) 15-20 lobdan oluşmaktadır. Her lob 10-100 arası alveolden (asinus) oluşmaktadır. Loblar üzüm salkımı görünümünde yapılar olup kendilerine ait bir kanalla meme başına açılır (12).

Memenin derisi ince ve yumuşaktır. Meme başı areolanın merkezinde yer alır. Areola 15-60 mm çapında olabilir. Areolanın çevresinde margogni trabekülleri vardır. Margogni trabekülleri, sebum salgılayan montgomeri gland kanallarının açıldığı deri tümsekleridir. Daire şeklinde olan areola içinde bol miktarda duyarlı sinir ucu, yağ bezi ve apokrin ter bezi bulunur (12). Memenin üst dış kadranı diğer kadrana göre çok daha fazla glandüler eleman içerdiği için bu kadranda benign ve malign meme tümörleri daha sık görülür (10).

Memeler arteriyel kanlanmasını üç kaynaktan alır. Bunlar internal mamarian arter perforan dalları, posterior interkostal arterlerin dalları ve aksiller arterin dallarıdır. Memenin venleri, arterlerine paraleldir. Meme venlerinin dağılım ve anastomozları uzak metastazları açısından oldukça önemlidir. 3 ana ven grubu mevcuttur. Bunlar, internal mamarian ven, aksiller ven ve interkostal venlerdir (10,16).

İnterkostal venler vertebral venöz sistemle olan ilişkileri nedeniyle sakrumdan kafa tabanına kadar olan metastazların kaynağıdır. Batson pleksusu adı verilen bu sistemde kapakçık olmaması metastazları kolaylaştırır (16).

Memenin duyusal innervasyonu öncelikle 2. 3. 4. 5. ve 6. interkostal sinirlerin anterior ve kütanöz dalları tarafından sağlanır (10,15,17).

Memede lenf akımı genelde tek yönlüdür, yüzeyden derin kıvrıma doğru ve subareolar bölgeden perilobüler ve derin cilt altı kıvrıma doğru olur. Derin ciltaltı lenf kanalları aksillar bölgeye ve internal mamarian lenf nodlarına drene olur. Memede oluşan lenfatik sıvının çoğunluğu aksillar lenf nodülüne, kalan kısmı ise internal mam-

marian nodüller ve supraklavikular nodüllere dökülmektedir (12).

Meme glandı, parankimatöz doku, lobları birbirine bağlayan stroma ve aralarındaki yağ dokusundan oluşur. Asinüslerin lümeni tek sıralı kübik ya da silindirik epitel ile döşelidir. İçteki silindirik hücreler süt salgısından sorumludur. Myoepitel hücreleri ise kasılarak sütü asinüslerden kanallara iterler (10).

Östrojenin meme üzerine etkisi sitoplazma ve çekirdekdeki reseptörlere bağlandıktan sonra görülür. Sitoplazmadaki reseptörlerin yoğunluğu adet siklusunda değişiklik gösterir, hamileliğin son döneminde ve lohusalığın ilk döneminde artar (10).

Çizelge 2.1. Gebelik sırasında meme gelişimini etkileyen hormonlar (18)

Hormon	Gelişime Etkisi	Gebelik ve Laktasyona Etkisi
Östrojen	Ergenlik döneminde duktal büyüme için gereklidir.	Lobuloalveolar gelişme/büyüme için gereklidir.
Progesteron	Lobuloalveolar farklılaşma ve büyüme için gereklidir.	-
Glukokortikoidler	Pubertede duktal büyüme için gereklidir.	Laktasyonu stimüle eder. Lobuloalveolar büyüme için gereklidir.
Büyüme Hormonu	Pubertede duktal büyüme için gereklidir.	Laktasyonu stimüle eder. Meme epitelinin hücre canlılığını korur.
İnsülin	Meme epiteli gelişimi için gereklidir. Duktal alveolar gelişimi için gereklidir.	-
Prolaktin	Pubertede duktal büyüme için gereklidir.	Laktogenez ve laktasyonun sürdürülmesi için gereklidir.
Plasenta Laktojeni	-	Alveolar büyüme için gereklidir ve laktogenez için gereklidir.
Tiroid Hormonları	-	Prolaktine epitelial sekresyon cevabını artırır.
Oksitosin	-	Myoepitelial hücrelerin kontraksiyonuna ve süt salgılanmasına neden olur.

2.2. Meme Kanseri

2.2.1. Epidemiyoloji

Son yıllarda kanser tüm dünyada artış gösteren bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın verilerine göre 2008 yılında dünya genelinde 12 milyon kişiye kanser teşhisi konulurken, bu rakamın 2030 yılında 26 milyonu aşacağı tahmin edilmektedir. Türkiye kanser haritası incelendiğinde her yıl yaklaşık 150.000 yeni kanser olgusu teşhis edilmektedir (19). Amerika'da her yıl 200.000'den fazla kadının meme kanseri tanısı aldığı belirtilmiştir (5).

Tüm dünyada çeşitli ülkeler arasında meme kanseri insidansı açısından 10 katlık bir farklılık vardır. Daha az endüstrileşmiş ülkelerde yaşayan kadınlarda meme kanseri insidansı, endüstrileşmiş ülkelerde yaşayanlara göre daha düşük olmakla beraber, Japonya'nın bir istisna olduğu bildirilmektedir (20).

Meme kanseri kadınlarda en yaygın görülen kanser türüdür. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'nın 2011 yılı istatistiklerine göre Türkiye'de kadınlarda 100,000'de 45,1 oranında ve ilk sırada görülmektedir (3).

Meme kanserinin beyaz kadınlarda görülme sıklığının zencilere oranla %20 daha fazla olmasına rağmen, mortalite oranları zenci ırkında daha fazladır. Bu durumun kaynağının büyük oranda yaşam tarzı ve sosyoekonomik fark olduğu düşünülmektedir (20).

Meme kanseri tarama yapılabilen ve subklinik halde iken tanı konabilen az sayıdaki kanserlerden biri olmakla beraber, meme kanserinin tanı ve tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım gereklidir (10).

Meme kanserinde prognozun en önemli belirleyicisi evredir. Aksillar metastaz olmayan ve memeye lokalize tümörler en iyi prognoza sahip gruptur. Aksillada tutulan lenf nodülü sayısı arttıkça yaşam süresi azalmaktadır. Bunların dışında tümörün farklılaşması, hormon reseptör durumu, proliferasyon hızı, anöploid (temel kromozom sayısının katları kadar olmayan artma ya da eksilme durumu) derecesi, çoğalmış, mutasyona uğramış, aktive olmuş onkogenlerin varlığı, anjiogenez (daha önceden varolan kan damarlarından yeni kapiller damar oluşumu) derecesi ve lenfovasküler invazyon olup olmaması prognozu etkilemektedir. Mamografik inceleme sırasında saptanmış, hormon reseptörleri pozitif, aksillar metastazı olmayan, küçük bir tümöre sahip hastada 5 yıllık yaşam oranı % 95'ten fazladır. Aksillar lenf metastazı olduğunda 5 yıllık yaşam süresi oranları % 50- 70'e düşmektedir (21,22,23).

2.2.2. Risk Faktörleri

Meme kanserinin gelişmesinde birçok risk faktörü olmasına rağmen meme kanseri gelişen kadınların % 70'inde hiçbir risk faktörü bulunmamaktadır (23). Yaş, aile öyküsü, erken menarş, geç menopoz gibi risk faktörleri değiştirilebilir olmamakla birlikte postmenopozal obezite, kombine östrojen ve progesteron hormonları kullanımı, alkol tüketimi ve fiziksel hareketsizlik değiştirilebilir risk faktörlerindedir (24).

Çizelge 2.2. Kadınlarda meme kanseri riskini artıran etmenler (24)

Rölatif risk 4.0	<ul style="list-style-type: none">Ü Yaş (65 yaş üzeri)Ü Biyopsi-Atipik hiperplaziÜ BRCA1 ve/ya da BRCA2Ü Meme kanseri ile ilgili kişisel öykünün olmasıÜ Mamografik olarak memenin yoğunluğu
Rölatif risk 2.1- 4.0	<ul style="list-style-type: none">Ü Yüksek endojen östrojen veya testosteron düzeyleriÜ Postmenopozal dönemde yüksek kemik dansitesiÜ Göğse alınan yüksek doz radyasyonÜ İki birinci derece yakında meme kanseri öyküsü bulunması
Rölatif risk 1.1- 2.0	<ul style="list-style-type: none">Ü Alkol kullanımıÜ Yüksek sosyoekonomik statüÜ İlk doğumun 30 yaş üzerinde yapılmasıÜ Geç menopoz (55 yaş üzeri)Ü Hiç emzirmeme, hiç doğum yapmamaÜ ObeziteÜ Bir birinci derece yakında meme kanseri öyküsü olmasıÜ Endometrium, over ya da kolon kanseri öyküsü olmasıÜ Hormon replasman tedavisi (HRT) için uzun dönem östrojen ve progesteron kullanımıÜ Oral kontraseptif (OKS) kullanımı

Kadın olmanın yanı sıra yaş meme kanseri için önemli bir risk faktörüdür. Meme kanseri insidansı yaş ile birlikte artar ve daha çok postmenopozal dönemde görülür. Meme kanseri sıklığı menopoza kadar her 10 yılda iki katına çıkar. 65 yaş üzerinde olan kadınlarda genç kadınlara göre risk 6 kat fazladır. Çizelge 2.3'te farklı yaşlarda meme kanseri tanısı konma riski gösterilmiştir (23,24,25).

Çizelge 2.3. Yaşa göre meme kanseri gelişme riski (24)

Yaş	Önümüzdeki 10 Yıl İçinde Meme Kanseri Gelişme Riski
20	%0,06
30	%0,43
40	%1,45
50	%2,38
60	%3,45
70	%3,74
Yaşamboyu Risk	%12,15

Genel olarak yaşla kanser sıklığının artması mevcut çevresel, kimyasal ve hormonal etkilere maruziyetin artması ile ilişkilendirilmektedir (26).

Cinsiyet, meme kanserlerinin %99'unun kadınlarda geliştiği bir risk faktörüdür. Tüm meme kanserlerinin %1'inden daha az bir kısmını ise erkek meme kanserleri oluşturur (23,25).

Meme kanseri olgularının %20-30'unda aile öyküsü bulunmasına rağmen sadece %5-10 meme kanseri vakasında genetik yatkınlık saptanmıştır (4). Kalıtsal meme kanserlerinin çoğunluğu (%50-60) 17 numaralı kromozomda bulunan meme kanseri 1 (Breast Cancer1=BRCA1) ve meme kanseri 2 (Breast Cancer2=BRCA2) genlerinden birini etkileyen mutasyona bağlıdır (12).

Hastaların yaklaşık olarak %10'unda meme kanseri ile ilgili genetik faktörlere rastlanır. Meme ve over kanserine yatkınlık genleri olarak tanımlanan BRCA1 ve BRCA2 17. ve 13. kromozomda yerleşmiştir ve bu genlerin toplumda ortalama görülme sıklığı %0,5'ten azdır. BRCA1 geni olan kadınların yaşamları boyunca %60-85 oranında meme kanseri gelişme riski vardır. BRCA2 geni ailevi olgularda meme kanserinin ortaya çıkışında ve bilateral oluşumunda rol alır ve bu geni taşıyanlarda meme kanseri oluşma riski %87'dir. BRCA2 geninin BRCA1 geninden farklı olarak, artmış over kanser sıklığı ile ilişkisi yoktur. Bunun dışında erkek meme kanserinin BRCA2 ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (23).

Ailede meme kanseri hikayesi olması meme kanseri için önemli bir risk faktörüdür. Bu risk ailedeki birinci derece akrabalarda meme kanseri olanlarda daha yüksektir. Özellikle birden fazla birinci derece yakınlarında meme kanseri öyküsü bulunan kadın-

lar, sadece aile öyküsü bulunan kadınlardan daha fazla risk altındadırlar. Ailedeki meme kanserli hasta sayısı arttıkça bu risk de artar. Meme kanserli hastaların annelerinde normal popülasyona oranla 2 kat, kız kardeşlerinde ise 2,5 kat meme kanseri gelişme olasılığı vardır. Premenopozal bilateral kanser olan bir hastanın yakınlarında risk artışı 9 kattır. Anne ve kız kardeşlerinde meme kanseri bulunan bir genç kadında yaşam boyu meme kanseri gelişme riski %50'dir. Aile öyküsü olan kadınlar meme kanserine daha erken yaşta yakalanma ve bilateral olma eğilimindedirler (23,24).

Meme kanseri gelişme riski bazı herediter sendromlarda artar. Bunlar Lynch Tip II, Li-Fraumeni sendromu, Cowden Hastalığı ve Ataksi-Telenjiektazidir. Klinefelter sendromunda da erkek meme kanseri riski artmış olarak bulunur (23,24).

Erken menarş ve geç menopoz, kadınların hormonlara maruz kaldığı süreyi artırması sebebiyle meme kanseri riskini de artırmaktadır. Menarşın geciktiği her yıl meme kanseri riski %20 oranında azalmaktadır. 55 yaşından sonra menopoza giren kadınlarda meme kanserine yakalanma riski, 45 yaşından sonra menopoza giren kadınların 2 katı kadardır. Nulliparite ve ilk doğumu geç yaşta yapmak meme kanseri riskini artırırken erken yaşta doğumla sonlanmış gebelik, meme kanseri riskini %10-13 oranında azaltmaktadır. Çalışmalar gebeliğin getirdiği koruyucu etkinin özellikle ilk gebeliğin doğum yaşına bağlı olduğunu göstermiştir. Kanser riski, ilk doğumunu 30 yaşından sonra yapan kadınlarda, 20 yaş öncesinde yapan kadınlara göre iki kat daha fazladır. Erken yaşta ikinci doğumu yapmak meme kanseri riskini azaltmaktadır (23). Genel olarak doğum yapmanın etkisi nullipar kadınlar ile karşılaştırıldığında, meme kanseri gelişme riski %25 oranında azalmaktadır. 5 ya da daha fazla sayıda canlı doğum yapan kadınlarda bu riskin %50 oranında azaldığı belirtilmiştir (25).

Bazı çalışmalarda laktasyonun meme kanseri riskini azalttığı belirtilmektedir. Riskin azalma nedeninin ise toplam (ovuluar) siklus sayısının azalması olduğu düşünülmektedir. Meme kanseri tanısı alan hastalarda diğer taraf için meme kanseri gelişme riski her yıl için %0,5-1'dir. Bu risk meme kanseri tanısı konulduğu yaşa göre değişmektedir (23).

Benign meme hastalığı ile meme kanseri riski arasındaki ilişki proliferasyonun olup olmamasına bağlıdır. Basit kist, fibrozis, basit fibroadenom, duktus ektazisi gibi proliferasyon olmayan selim lezyonların riski artırmadığı ve atipik hiperplazi olan kadınlarda 4,5 kat, atipik hiperplazi yanında birinci derece yakınında meme kanseri öykü-

sü olanlarda 9 kat risk artışının olduğu belirtilmiştir (23).

OKS kullanımı ile meme kanseri ilişkisi tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda OKS'nin meme kanseri riskini artırdığı gösterilmiştir. Risk artışında yaş önemli bir faktördür. 35 yaş altında 6 aydan uzun süre kullanımda risk artışı daha fazla olmaktadır. OKS'nin kesilmesinden 10 yıl sonra risk artışı hiç kullanmayanlarla benzer oranlardadır (4,23).

HRT'nin uzun süre kullanımı ile meme kanseri arasında risk artışı açısından bir ilişki mevcuttur. Östrojenin tek başına kısa süreli kullanımı risk artışına sebep olmazken bazı çalışmalarda uzun süreli kullanımda risk artışı olduğu belirtilmiştir. En yüksek risk ailede meme kanseri hikayesi olanlardadır. Postmenopozal kadınlarda östrojenin meme kanseri riskini artırmasına rağmen, osteoporozu, kardiyovasküler hastalıkları önleyici etkisi de bulunmaktadır. Risk artışı daha çok kombine preparatlarla olmaktadır. Östrojen ve progesteron kombinasyonlarının 5 yıl kullanımı % 26 risk artışına sebep olurken, HRT'nin risk artışı, ilaç kesildikten 5 yıl sonra benzer seviyelerdedir (23). Başlıca hormonal tedavi ajanları Tamoksifen ve aromataz inhibitörleridir. Postmenopozal dönemde hormon tedavisi alanlarda, almayanlara göre meme kanseri gelişme riski artmaktadır. Bu riski artıran ana sebep hormon replasman tedavisi ile meydana gelen östrojen seviyelerindeki artıştır. En yüksek risk artışı hormon replasman tedavisine maruziyet süresine paralel olarak östrojen reseptörü pozitif lobuler karsinomda görülmektedir. Tek başına östrojen tedavisi alanlarla kıyaslandığında östrojen ve progesteron kombinasyonu alanlarda riskin daha fazla olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir (4).

Obezitenin postmenopozal hastalarda meme kanseri gelişme riskini iki kat artırmasına karşın premenopozal kadınlarda koruyucu olduğu düşünülmektedir. 20 kg'dan fazla kilo alımı rölatif riski 1,99 kat artırmaktadır. Çalışmalarda alkol kullanımının meme kanseri riskini artırdığı belirtilmiştir. Özellikle 30 yaş altında alkol alımına başlamak çok daha önemli bir risk faktörüdür. Sigara ile meme kanseri arasında net bir ilişki saptanmamıştır ancak bazı çalışmalarda sigara dumanına maruz kalmanın bazı meme kanseri riskini artırdığı saptanmıştır. Yağdan zengin diyet ile beslenme ile meme kanseri gelişme riski artışı konusunda zıt görüşler mevcuttur. A, C ve E vitamini alımı, premenopozal meme kanseri insidansını azaltabilmektedir. Bazı çalışmalarda ise zeytinyağı ve balık yağının meme kanserine karşı koruyuculuğu olduğu belirtilmiştir (23).

40 yaş altında haftada 4 saat ya da daha fazla egzersiz yapan kadınlarda meme kanseri riski, hiç egzersiz yapmayan kadınlara göre %60 oranında azalmaktadır. Bu konu çok tartışmalı olmakla birlikte düzenli egzersiz yapmanın anovulatuvar siklusların sayısını artırarak meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir (20,23).

Nükleer savaş, tanı ve tedavi nedeniyle iyonize radyasyona maruz kalanlarda meme kanseri riskinin arttığı bildirilmiştir. Radyasyona duyarlılık, matürasyonunu tamamlamamış meme dokusunda daha fazladır. Özellikle puberte ile 30 yaş arasındaki dönem tehlikelidir (23).

2.2.3. Meme Kanserin Belirti ve Bulguları

Meme kanserli kadınların yaklaşık %70'inde ilk bulgu memede bir kitlenin varlığıdır. Kitlenin sınırları genellikle iyi tayin edilemez ve üzeri kaba ya da ince pürüklü olabilir. Bazen tümör memede asimetri oluşturabilir ya da gözle farkedilebilecek boyuta ulaşabilir. Bu durum kolları yukarı kaldırma ya da öne doğru eğilme ile daha belirginleşebilir (27).

Meme kanseri çoğunlukla tümör küçükken ve en tedavi edilebilir olduğu zaman herhangi bir belirti vermez. Bu nedenle, kadınların semptomlar ortaya çıkmadan önce meme kanserinin tespit edilmesi için önerilen taramaları yaptırmaları önemlidir. Daha büyük tümörler ağrısız bir kitle şeklinde olabilir. Daha az görülen belirtiler ise memede çekintiler, ülser, şişlikler, deride kalınlaşma, deride tahriş, kızarıklık, pul pul dökülme, meme başı akıntısı, son günlerde memelerde gelişen asimetrik görüntü, memede portakal kabuğu görünümü, meme ucunun hassaslaşması ya da içe dönmesi gibi anormallikleri içerir. Genellikle benign tümörlerin sonuçlarından olan meme ağrısı meme kanserinin erken belirtisi değildir (24,28,29).

2.2.4. Meme Kanseri ve Evreleme

Meme kanserli hastalar hekime başvurduklarında hastalıklarının yayılmaları bakımından birbirlerinden farklılık gösterir. Evreleme, hastaları hastalıklarının yayılma derecesine göre gruplara ayırma işlemidir. Böylece gerek tedavi planının yapılmasında gerek prognoz tayininde ve gerekse tedavi için uygulanan çeşitli yöntemlerin etki farkını ortaya koymada en güvenilir yoldur (27).

Tedavi planının yapılması, prognozun tayini, tedavi için uygulanan çeşitli yön-

temlerin tedavi gücünün karşılaştırılması için her hastanın kesinlikle evrenmesi gerekir. Klinik evreleme için kullanılan çeşitli sistemler vardır. Dünyada ve ülkemizde en çok kullanılan UICC (Union International Cancer Control) ve AJCC (American Joint Committee on Cancer)'nin biçimlendirdiği TNM sistemidir. Buna göre tümör T, aksiller lenf nodlarına yayılım N, uzak metastazlar M ile temsil edilir (10).

Tümör evreleme sistemleri, kanserin yayılımı ve ciddiyeti hakkında belli standartlara göre bilgi edinilmesini sağlar. TNM Evreleme Sistemi'nde tümörleri sınıflamak için kullanılan kriterler; tümör boyutu (T), aksiller lenf nodlarına yayılım (N) ve uzak bölgelere yayılımdır (M). Daha önceden tanımlanmış kriterlere göre bu üç özellik belirlenip kombine edilerek, tümör için son TNM Evresi hesaplanır. Tümör evresi meme kanserli hastalarda tedaviye yön veren önemli bir prognostik faktördür. Yeni teknikler geliştikçe kanser evrelemede doğruluk artar ve hastalığın genişliği daha doğru olarak belirlenebilir (30).

Sistemin özetle 5 amacı vardır (31):

1. Hastaların prognozunu göstermesi,
2. Tedavi planlarında yol gösterici olması,
3. Uygulanan tedavi etkilerinin takibine yardımcı olması,
4. Tedavi merkezleri arasında bilgi paylaşımını kolaylaştıran ortak dilin geliştirilmesi,
5. Tümör araştırmalarına katkıda bulunması.

Çizelge 2.4. TNM Evreleme Sistemi (32)

EVRELER	TÜMÖR BO- YUTU	NOD DURUMU	METASTAZ
Evre 0	Tis	N0	M0
Evre IA	T1*	N0	M0
Evre IB	T0 T1*	N1mi N1mi	M0 M0
Evre IIA	T0 T1* T2	N1** N1** N0	M0 M0 M0
Evre IIB	T2 T3	N1 N0	M0 M0
Evre IIIA	T0 T1* T2 T3 T3	N2 N2 N2 N1 N2	M0 M0 M0 M0 M0
Evre IIIB	T4 T4 T4	N0 N1 N2	M0 M0 M0
Evre IIIC	Herhangi bir T	N3	M0
Evre IV	Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1

* T1mic'i de içermektedir.

**T0 ve T1 tümörler Evre IIA'dan sadece nodal mikrometastaz varlığı olması nedeniyle ayrılır ve Evre IB olarak sınıflandırılır.

Çizelge 2.5. TNM evreleme sisteminde kullanılan ifadelerin karşılıkları (30,32)

Primer Tümör (T)
T0 Primer tümör yok Tis Karsinoma in situ T1 Tümörün en büyük boyutu 2 cm veya daha az T1mic En büyük boyutu 0.1 cm veya daha az olan mikroinvazyon T2 En büyük boyutu 2 cm.den büyük olan ancak 5 cm'yi geçmeyen tümör T3 En büyük boyutu 5 cm'den büyük olan tümör T4 Herhangi bir boyutta ancak göğüs duvarına veya cilde direkt yayılım
Bölgesel Lenf Nodülleri (N)
N0 Bölgesel lenf nodu metastazı yok N1 İpsilateral lenf nod(lar)ında metastaz (fikse değil) N1mi Lenf nodunda 0,2 mm'den büyük, 2,0 mm'den küçük mikrometastaz N2 Fikse veya gruplaşmış ipsilateral aksiller lenf nodlarında metastaz veya klinik olarak belirgin aksiller lenf nodu metastazı olmadığı durumlarda klinik olarak belirgin ipsilateral internal mammaryal nodlarında metastaz N3 Aksiller lenf nodu tutulumu olsun ya da olmasın ipsilateral infraklavikular lenf nod(ları) metastaz veya klinik olarak belirgin ipsilateral internal mammaryal lenf nod(ları) metastazı ile birlikte klinik olarak belirgin aksiller lenf nodu metastazı; veya aksiller ya da internal mammaryal lenfnodu metastazı olsun ya da olmasın ipsilateral supraklavikular lenf nod(ları) metastazı
Uzak Metastaz (M)
M0 Uzak metastaz yok M1 Uzak metastaz var (Tümörün olduğu tarafta supraklaviküler lenf nodları ve karşı memenin bölgesel lenf nodlarına metastazlar dahil)

2.2.4.1. Meme Kanserinin Histopatolojik Sınıflaması

Meme kansinomu, mikroskopik görünüm ve biyolojik davranışlarına göre başlıca iki ana gruba ayrılabilir (4).

- *İn situ karsinomlarda*, tümör hücreleri duktus veya lobüle sınırlıdır. Işık

mikroskobunda stromaya invazyon yoktur (4).

- *İnvaziv (infiltratif) karsinomlarda* ise tümör hücreleri bazal membranı aşır stromal invazyon yaparlar (4).

2.2.4.1.1. Duktal karsinom in situ (DCIS)

DCIS, genellikle mammografide mikrokalsifikasyonlar şeklinde bulgu verir ve fizik muayenede çoğunlukla ele gelen kitle saptanmaz (4).

2.2.4.1.2. Lobuler karsinom in situ (LCIS)

Mammografide patolojik bulguya nadiren rastlanır ve tanı genellikle başka nedenlerle yapılan biyopsi sonucu tesadüfen konur. LCIS meme kanseri riskini artıran bir belirteç gibi kabul edilir (4).

2.2.5. Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri

Erken tarama yöntemlerinin meme kanserinin klinik bulguları ortaya çıkmadan önce erken evrede tespit etmek ve mortalite hızını düşürmek açısından önemi büyüktür. Meme kanserini erken evrede saptayabilmek için, kanser mortalitesini azalttığı düşünülen ve etkinliği kanıtlanmış tarama yöntemleri kullanılmaktadır. 20 yaşından sonra her kadın kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır. Asıl tarama yöntemi mamografidir, mamografinin etkinliğini arttırmak amacıyla tarama yapılan her kadına klinik meme muayenesi de yapılmalıdır. T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre mamografi çekimine 40 yaşından itibaren başlamalı ve anormal bulgusu olmayan kadınlarda iki yılda bir tekrarlanmalıdır (33).

Arıbal ve ark.'nın (34) çalışmasında ise 40 yaş üstü kadınlarda yıllık mamografi taramasının en etkin yöntem olduğu belirtilmektedir (34). Ultrasonografi ile meme kanseri taraması ise mamografik olarak yoğun meme dokusuna sahip kadınlarda mamografiye ek olarak kullanılabilir.

Meme kanserinin erken dönemde teşhis edilmesinde büyük önem taşıyan yöntemlerin uygun bir şekilde kullanımının, meme kanserinin tedavi olanağını yükseltmekle beraber, bu hastalığa bağlı olarak görülen ölümlerin azaltılmasında da etkili olacağı düşünülmektedir (35).

2.2.5.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Amerikan Kanser Birliği, kendi kendine meme muayenesine (KKMM) 20 yaşında başlanması gerektiğini ve aynı zamanda hemşirelerin kadınları KKMM konusunda eğitmekten sorumlu olduğunu belirtmektedir. Meme kanserlerinin yaklaşık % 90'ı hastalar tarafından belirlenmektedir. Bu nedenle 20 yaşın üzerindeki kadınlarda klinik meme muayenesi ile desteklenen KKMM meme kanserinin erken tanısında önemli yöntemlerdendir (36).

Meme kanserinin erken tanısı için bütün kadınların kendi kendilerine yapabilecekleri uygulaması kolay, ucuz ve etkili bir işlemdir. Uygun dönem, adet başlangıcından sonraki 5-7. günlerdir. Meme kanserinin erken tanılanmasında, her ay düzenli olarak KKMM yapılması, düzenli aralıklarla mammografi çekilmesi ve fizik muayene yöntemleri önerilmektedir (10,37).

KKMM gözlem yaparak muayene ve elle muayene olmak üzere iki basamakta gerçekleştirilir.

2.2.5.1.1. Gözlem Yapararak KKMM (İnspeksiyon)

1. Belden yukarısı çıplak ve kollar yanda olacak şekilde bir aynanın önünde ayakta durulur ve daha sonra kollar kaldırılarak eller başın arkasına konur ve şu belirtilerin olup olmadığı kontrol edilir (36):

- Memelerin birinde anormal büyüme olması,
- Bir memenin diğerinden anormal şekilde sarkık olması
- Meme üzerinde kızarıklık, renk değişikliği, yara olması
- Meme cildinde buruşukluk, gözenekler olması (portakal kabuğunda olduğu gibi)
- Meme ucunda çukurlaşma, renk değişikliği olması
- İki meme ucunun farklı yönlere dönük olması
- Meme üzerinde ya da koltukaltında şişlikler olması
- Kolun dirsekten yukarı kısmında anormal şişlik olması

Memeler dikkatle incelenir. Daha sonraki aylık muayenelerde oluşabilecek değişikliklerin farkedilebilmesi için ilk muayenede memenin şekli, normal büyüklüğu, me-

me uçlarının durumu dikkatle gözlenmelidir (12) .

2. Eller bele konur ve iki meme birbirine yaklaştırılmak isteniyormuş gibi göğüs kasları sıkıştırılır. Kasları sıkıştırıldığında memelerde içe çökme ve meme uçlarında farklı yönlere dönme olup olmadığını kontrol edilir. Öne doğru iyice eğik pozisyonda her iki memenin aynı şekilde aşağıya sarkıp sarkmadığına bakılır (36) .

KKMM her ay menstruasyonun başlangıcından sonraki 5-7. günlerde ya da postmenopozal dönemde her ayın belirli bir gününde yapılmalıdır (12).

2.2.5.1.2. Palpasyon ile KKMM

Elle muayene için öncelikle muayene edilecek bölgenin belirlenmesi gerekir. Muayene edilecek bölge yatay olarak göğüs kemiğinin ortasından koltukaltının orta hattına kadardır. Dikey olarak ise klavikula ile meme altının birkaç santimetre alt kısmının arasında kalan bölgedir. Elle muayenede elin işaret, orta ve yüzük parmaklarının iç kısımları kullanılır. Ayakta durur pozisyonda memenin elle muayenesine başlanır. Sol memeyi muayene etmek için sol kol başın üzerine kaldırılır. Sağ elin orta üç parmağının iç yüzü ile muayene edilir. Aynı işlem sağ meme içinde tekrarlanır ve sonra sırtüstü yatar pozisyonda memeler tekrar muayene edilir. Daha sonra yatar pozisyonda muayene devam edilir. Sırtüstü yatılır ve muayene edilecek memenin olduğu taraftaki sırtın altına ince bir yastık yerleştirilir ve aynı taraftaki kol başın altına konur. Palpasyona memenin dış kenarından başlanarak saat yönünde meme başına kadar devam edilmelidir. Palpasyon dairesel, ışınsal ya da dikey-paralel çizgiler şeklinde yapılabilir. Eğer daha önce mastektomi ya da kitle eksizyonu yapılmışsa insizyon yeri yeni kitle oluşumu ya da deri değişiklikleri yönünden kontrol edilir (12,36).

2.2.5.2. Mamografi

Mamografi, 30 yıldan fazla bir süredir temel meme görüntüleme yöntemi olarak kullanılmaktadır. Meme kanserinde mamografi kullanımı için önemli olan konu hastanın yaşıdır (38). Mamografinin özellikle yaşlı ve yüksek risk grubundaki kadınlar için bu kadar önemli olmasının sebepleri arasında meme kanseri prevalansının yüksek olma-

sı, özellikle 40 yaş üstü kadınlarda tanı koymada etkili bir yöntem olması ve erken tanı ile yaşam şansını artırması sayılabilir (39).

Mamografik tarama ile sağlanan erken tanı mortaliteyi %20-70 oranında azaltmaktadır. Bu nedenle mamografi meme kanserinin tanısında "altın standart" olarak kabul edilmektedir. Tarama amaçlı olarak mamografinin 40-49 yaşlar arasında 1-2 yılda bir, daha sonraki yaşlarda ise yılda bir uygulanması önerilir. Bu nedenle mamografinin meme kanserinin erken tanısındaki yeri konusunda bilinçli olunması ve meme patolojilerine yönelik algoritma içerisinde diğer inceleme yöntemlerinin tamamlayıcı nitelikte olduğunun bilinmesi önemlidir (40).

Dinçel ve ark.'nın (41) yaptığı bir çalışmada elde edilen veriler, kadınların ilk mamografi çekirme yaşı ile sosyoekonomik ve kültürel düzeyleri arasında kuvvetli bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Meslek, aylık gelir düzeyi, yaşadıkları yer, menopoz durumu, genel sağlık durumu, kendisinde iyi huylu meme hastalığı bulunması, çevresinde veya akrabalarında mamografi çektirenlerin olması ilk mamografi yaşını etkileyen diğer faktörler olarak saptanmıştır (41).

Yılmaz ve Kıymaz'ın (42) yaptığı bir çalışmada mamografi işleminin yapılacağı kadınlara yazılı kitapçık kullanılarak bilgi vermenin anksiyete düzeyini azalttığı ancak ağrı düzeyini etkilemediği saptanmıştır (42).

Meme hastalıklarının araştırılmasına yönelik yaklaşım içerisinde mamografi en etkin radyolojik yöntemdir. Diğer tanı yöntemleri, gerektiğinde mamografiyi tamamlayıcı olarak kullanılmalıdır. Mamografi kullanımı hem tanı hem de tarama amacına yöneliktir (40).

Meme muayenesi ve mamografi hakkında bilgi düzeyleri ile ilgili olarak yapılan bir çalışmada, kadınların meme kanseri, KKMM ve tarama yöntemleri konusundaki bilgi düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Araştırmada kadınlar mamografi ve meme kanseri hakkındaki bilgilerini daha çok sağlık elemanlarından edindiklerini belirtmişlerdir. Ülkemizin kültürel özellikleri ve toplumumuzun gelenekleri göz önünde bulundurulduğunda, hemşirelerin ve kadın doktorların hemcinsleri ile daha rahat iletişim kurmaları ve KKMM konusunda onları bilgilendirmeleri büyük önem taşımaktadır (43).

Mamografi uygulamasında hemşire hastaya işlemin yapılma nedeni, nerede ve nasıl yapılacağı, ne sıklıkta yapılacağı ve ne kadar radyasyona maruz kalacağı konusunda bilgi vermelidir. Mamografi uygulaması sırasında iyi bir görüntü elde edebilmek

amacıyla memenin sıkıştırılması gerekir. Bu nedenle hasta az da olsa ağrı ve rahatsızlık duyabilir. Hemşireler, bu rahatsızlığı en az düzeye indirmek için hastalarına memelerinin çok fazla duyarlı olmadığı dönemlerde mamografi çektirmesini önermelidir (12).

2.2.5.3. Ultrasonografi

Ses dalgalarından yararlanılarak memenin görüntüsünün alınmasıdır. Genç kadınlarda belirlenmiş lezyonların kistik ya da solid olduğunun değerlendirilmesi için kullanılmaktadır. Kistik lezyonların belirlenmesinde oldukça kullanışlı olduğu belirtilmektedir (44).

Türksoy ve ark. (45) yaptıkları çalışmada, gerek B-mod gerekse doppler ultrasonografinin memenin benign ve malign lezyonlarının ayırıcı tanısında oldukça önemli bir yere sahip olduğunu belirtmişlerdir (45).

2.2.5.4. Renkli Doppler Ultrasonografi (RDUS) ve Power Doppler Ultrasonografi (PDUS)

RDUS akım görüntüleme yöntemi Doppler sinyalinin frekans kayması özelliğine dayanan, yüksek hızlı akımın değerlendirilmesi için çok uygun bir modalitedir. PDUS akım görüntüleme yöntemi ise Doppler sinyali frekans kayması yerine Doppler sinyalinin total entegre gücüne dayanan ve düşük hızlı akımı saptamada daha hassas bir modalitedir. Kontrastlı RDUS ve PDUS ile meme kitlelerinde vasküler paternler ve Doppler spektral incelemelere dayanılarak, malign-benign lezyon ayrımı güvenle yapılabilir. Böylece mamografi ve B-mode ultrasonografinin düşük seçiciliğinden kaynaklanan gereksiz cerrahi girişimler azaltılabilir (46).

2.2.5.5. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) memedeki lezyonların saptanmasında en yüksek duyarlılığı olan görüntüleme yöntemidir. Mamografi ve ultrasonografi ile kesin değerlendirme yapılamayan durumlarda MRG kullanılmaktadır. Opere edilen memelerde rezidüel ya da nüks lezyon değerlendirilmesi, neoadjuvan tedavi izlemi ve aksiler lenf bezi metastazı olan olgularda okkült kanser araştırması MRG uygulanması için önemli endikasyonlardır (12).

2.2.5.6. Doku İncelemesi

Memedeki lezyonların görüntülenmesi için kullanılan yöntemlerden hiçbiri lezyonun kanser olup olmadığını kesin olarak belirleyemez. Bir lezyonun kesin kanser olup olmadığını belirleyen tanı yöntemi doku incelemesidir. Doku incelemesi lezyonun durumuna göre değişik yöntemlerle yapılmaktadır (12).

2.2.5.6.1. İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi

İlk kez 1930 yılında Ellis ve Stewart tarafından yapılmıştır. Günümüzde en yaygın kullanılan tanı yöntemidir. 10 veya 20 cc enjektör, 22–25 gauge (kalibre) iğne ve 2 adet lam kullanılır. Temel mantığı kitleden hücre alma prensibine dayanır. Alınan materyal lama yayılır, alkolle tespit edilir ve patolojiye gönderilir. Bu en basit biyopsi tipidir. Mamografi, ultrasonografi ya da palpasyonla belirlenmiş kitlelerde kullanılabilir. İşlem ağrısızdır ve kısa sürer. Bu nedenle lokal anestezi kullanılabilir. Enjektöre takılı bir iğne ile lezyondan bir miktar doku örneği ya da sıvı aspire edilerek sitolojik olarak incelenebilir (12,47).

2.2.5.6.2. Kor Biyopsi (Tru-Cut)

Kor biyopsi malign hastalık tanısında son yıllarda daha çok kullanılan ve çoğu zaman bir kez yapılarak erken tanı sağladığı ve tedaviye geçiş süresini kısalttığı için tercih edilen bir uygulamadır. Kor iğneleri, örnek toplama aracı olan iç trokar ve bunu çevreleyen kesici bir kanülden oluşur. 14–16 gauge (kalibre) iğnelerle doku sütunu alınmasına olanak sağlar. Ateşleme yapan özel tabancası bulunur. 1,5–2 cm uzunluğunda doku alımını mümkün kılar. Lokal anestezi gerektirir. İğneler kalın olduğu için iğnenin geçeceği kadar bir cilt kesisi yapmak gerekir. Daha pahalı ve daha invaziv bir girişimdir (47).

2.2.5.6.3. Kalın İğne Aspirasyon Biyopsisi

Bu tip biyopsi sadece mamografi ya da ultrasonografide tespit edilebilen kitleler için kullanılabilir. Bu işlemde memedeki kitleden doku örneği almak için kalın bir iğne kullanılır. Kalın iğne biyopsisinin avantajı hücrelerin değil dokunun incelenmesinin sağlanmasıdır. Daha sonra doku, kanser hücreleri yönünden araştırılır (12).

2.2.5.6.4. Stereotaksik Biyopsi ve İşaretleme

Bu yöntemde, Stereotaksi üniteleri adı verilen bağımsız veya mamaografi cihazı ile kombine kullanılabilen cihazlar kullanılmaktadır. Stereotaksik biyopsi, mamografide görüntülenen ancak ele gelmeyen kuşkulu kitlelerde kullanılan bir yöntemdir. Kitlenin yeri stereotaksi cihazıyla saptanıp, kitleden doku örneği alınır. Stereotaksik işaretleme genellikle cerrahi biyopsiden hemen önce yapılır. İşaretlemede stereotaksik yöntemle kitle görüntülenip, lokalizasyonu yapılır. Daha sonra içinde kılavuz tel bulunan bir iğne ile kitle işaretlenir. Biyopsi sırasında bu kılavuz teli takip ederek palpe edilemeyen kitleye kolayca ulaşılır ve kitle çıkarılır. Eksizyonel cerrahi biyopsilere alternatif bir yöntemdir (12).

2.2.5.7. Cerrahi biyopsi

Cerrahi biyopsi, memedeki kitle üzerinden küçük bir kesi yapılarak kitlenin tamamının ya da küçük bir doku örneğinin alınmasıdır. İşlem lokal anestezi altında yapılır. Kitle küçük ise tamamen çıkarılır (eksizyonel biyopsi), kitle büyük ise sadece bir örnek alınır (insizyonel biyopsi)(12).

2.2.5.7.1. İnsizyonel biyopsi

Lezyonun tamamı çıkarılmadan sadece örnek doku parçasının çıkarılmasıdır. Genellikle daha sonra mastektomi yapılması düşünülen, inoperabl olan ya da hormon tedavisi öncesi hormon reseptör tayini için bu yöntem kullanılmaktadır (12).

2.2.5.7.2. Eksizyonel biyopsi

Küçük ve tamamen tedavi edilebilir olduğu düşünülen lezyonlarda tercih edilir. Lezyonun tamamı çıkarılarak, histopatolojik incelemeye gönderilir (12).

2.2.5.8. Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi:

Sentinel lenf nodu biyopsisi meme kanserinin aksiller lenf nodlarına yayılıp yayılmadığını saptamak için kullanılmaktadır. Meme kanseri ilk önce aksiller lenf nodlarına yayılmaktadır, bu nedenle invaziv kanseri olan kadınlarda bu nodların incelenmesinin önemi büyüktür. Sentinel lenf nodu memedeki kitlenin ilk boşaldığı lenf bezi ve buradaki kanserin ilk geliştiği yerdir. Bu yöntemle eğer sentinel lenf nodu biyopsi sonu-

cu negatif saptanmışsa aksilladaki lenf nodları hakkında ön bilgi alınıp gereksiz aksilla diseksiyonundan kaçınılmış olur (12,48).

Sentinel lenf nodu biyopsisi meme kanserli hastalarda aksiller evreleme için aksiller diseksiyona alternatif minimal invaziv bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Sentinel lenf nodu biyopsisi için pek çok farklı teknikler tarif edilmiş olup, bu amaçla mavi boya, radyoaktif kolloid veya ikisinin kombine kullanıldığı enjeksiyon yöntemleri mevcuttur. Birçok merkezde bu iki yöntem birlikte uygulanmaktadır. Çünkü yapılan klinik çalışmalarda, her iki yöntem kombine olarak kullanıldığında sentinel lenf nodu saptanmasında başarı oranının arttığı gösterilmiştir (48,49).

Çizelge 2.6. Sentinel lenf nodu biyopsisinde endikasyonlar ve kontrendikasyonlar (48)

Endikasyonlar	Kesin ve Göreceli Kontrendikasyonlar
<ul style="list-style-type: none">Ü T1-T2 tümörlerÜ Mastektomi uygulanacak olan DCIS'li hastalarÜ Erkek meme kanseriÜ Neoadjuvan kemoterapiden önce	<ul style="list-style-type: none">Ü T3-T4 tümörlerÜ Enflamatuvar meme kanseriÜ Ele gelen şüpheli aksiller lenf nodlarıÜ GebelikÜ Aynı memeye daha önce kanser nedeniyle koruyucu meme cerrahisi yapılmış olmasıÜ Daha önce aksiller cerrahi yapılmış olmasıÜ Geçirilmiş meme rekonstrüksiyon ameliyatıÜ Neoadjuvan kemoterapi sonrasıÜ Human albumine veya mavi boyaya alerjinin olması

2.2.5.9. ROLL (Radionuclide Guided Occult Lesion Localization)

Tekniğin temel prensibi lezyon içine çevre dokulara dağılmayan teknesyum 99 ile işaretlenmiş makroagregat albuminin ultrason veya mamografi altında lezyon içine verilmesi ve gama prob yardımı ile lezyonun çıkarılmasıdır. İşaretleme işleminden bir gün önce yapılabilir. Dezavantajları ise, gama prob, nükleer tıp uzmanı gerekliliği, radyo-nüklid maddeye maruz kalma ve daha pahalı bir yöntem olmasıdır (47).

2.2.5.10. Galaktografi

Meme duktuslarına kontrast madde verildikten sonra mamografi çekilerek yapılan bir görüntüleme yöntemidir. Meme başı çekilmesinde, süt dışında ve spontan olan meme başı akıntılarında kullanılmaktadır (23).

2.3. Meme Kanserinde Tedavi

DCIS memenin non-invaziv bir tümörüdür. Tedavisiz bırakıldığında düşük dereceli olanların üçte biri 30 yıl kadar sonra invaziv kansere dönüşmekte, yüksek dereceli olanlarda ise bu süre 5 yıla kadar inmektedir. Tedavi edildiğinde ise olguların %1-32'sinde (mastektomi olanların %1-2'sinde, lumpektomi uygulananların ise %32'sinde) rekürrens meydana gelmektedir (50).

Geçmişte DCIS malign bir hastalık olarak kabul edilmiş ve mastektomi ile tedavi edilmiştir. İnvazif meme kanserinde meme koruyucu cerrahinin yaygın olarak kullanılmaya başlanması ile birlikte DCIS'nin tanı ve tedavi yöntemlerini yeniden gözden geçirmek ve belirlemek gereği doğmuştur. DCIS tedavisinde kullanılan cerrahi yöntemler; mastektomi, lumpektomi (segmenter mastektomi, geniş lokal eksizyon) ve cildi koruyucu mastektomi ile birlikte rekonstrüksiyondur. Cerrahinin amacı lokal kontrolü ve kozmozisi sağlamaktır. DCIS'de en uygun cerrahi yöntemin seçimi, klinikopatolojik özellikler, kozmetik beklentiler ve hastanın isteği göz önüne alınarak yapılmalıdır. DCIS'li kadınlarda ipsilateral nüks bakımından en düşük risk total mastektomi ile elde edilmektedir (51).

2.3.1. Cerrahi Tedavi

Meme kanseri tedavisi cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve hormon terapisini içermektedir. Erken evre meme kanserinde yaygın olarak kullanılan tedavi meme koruyucu cerrahi ile birlikte cerrahidir (52).

Meme kanserlerinde primer tedavi cerrahidir. Meme kanseri cerrahisinde ana hedef lokal rekürrens riskini önlemek amacıyla primer tümörün negatif sınırlarla komplet rezeksiyonudur (4).

2.3.1.1. Mastektomi

Basit mastektomi meme dokusunun çıkarılmasından ibarettir (53). Yukarıda klavikula, medialde sternum, aşağıda inframammarian katlantı, lateralde anterior aksiller hatla sınırlı tüm meme dokusunun çıkarılmasıdır. Tek başına yapıldığında aksiller lenf nodu eksizyonu içermez, ancak sentinel ya da aksiller lenf nodu diseksiyonu ile beraber yapılabilmektedir (4).

Genellikle meme dokusunun yerine konması için rekonstrüktif cerrahi ile birlikte kombine edilir. Aynı zamanda aksiller cerrahi de uygulanır. Mastektomi ile aksiller diseksiyonun kombinasyonu çoğu olguda postoperatif radyoterapi gereksinimini azaltır, ancak bu durum aksiller nod durumuna, tümör boyutuna ve derecesine bağlıdır (53).

DCIS’de mastektomi endikasyonları şunlardır (23,51):

- Kitle ile tanıma
- Memede yaygın hastalık bulunması
- Multisentrisite
- Reeksizyona rağmen sınır pozitifliği bulunması
- Memeye sadece lokal eksizyonun yapılamadığı ve radyoterapi uygulanamadığı durumlar

Total Mastektomi: Simple veya basit mastektomi olarak da isimlendirilir. Bu girişimle, meme başı, areola, meme cildinin büyük bir kesimi, tüm meme dokusu ve m. pektoralis major fasiası çıkarılır. Ayrıca meme kuyruğunun diseksiyonu sırasında birkaç tane L1 seviyesinde lenf bezi de çıkartılabilir (27).

Lumpektomi/Parsiyel Mastektomi/Tilektomi/Segmental Mastektomi: Primer tümörün 1 cm’lik çevresindeki sağlam dokuyu içeren negatif sınırlı tam rezeksiyonudur (4).

Modifiye Radikal Mastektomi: Mastektomi ve aksiller lenf nodu diseksiyonunun birlikte yapılmasıdır. Mastektominin en yaygın uygulanan türüdür (4,29).

Modifiye radikal mastektomi endikasyonları (27):

- Evre I-II tümörlerde

-Evre III tümörlerde (ancak m. pektoralis major'e fikse olmayan ve kitlesel aksiller metastazı olmayanlarda)

- Değişik kadrarlarda hastalığın mammografik olarak saptanması durumlarında
- Konservatif tedavi ile emniyetli sınır sağlanamayan lezyonlarda
- Büyük tümör, ancak küçük memeye sahip olanlarda
- Hastanın tercih etmesi durumunda
- Gerek tümör büyüklüğü, gerekse lokalizasyon bakımından, tümör çıkarıldıktan sonra kozmetik yönden uygun şeklin sağlanamaması durumunda
- Tümörün yaygın intraduktal komponenti olması durumunda
- Postoperatif dönemde hastayı takip etme zorluğunun olması durumunda
- Radyoterapiye kontrendike bir durumun olması durumunda (hamilelik, ileri akciğer hastalığı)
- Tümörün 5 cm'den büyük olması durumunda
- Memeye daha önceden radyoterapi yapılmış olması durumunda
- Ciddi kollajen bir hastalığın varlığında
- Multifokal, multisentrik lezyonların olması ve mammografide diffüz mikrokal-sifikasyonların bulunması hallerinde modifiye radikal mastektomi yapılabilir.

Radikal Mastektomi: Meme dokusunun, pektoral kasların ve aksiller lenf gangliyonlarının blok olarak çıkartıldığı bir girişimdir (4,10).

Genişletilmiş/Extended Radikal Mastektomi: Radikal mastektomi ile internal mamarian lenf nodu diseksiyonunun beraberce yapılmasıdır (4).

Meme Başını/Cildi Koruyucu Mastektomi: Rekonstrüksiyon amacıyla meme cilt ve meme başının korunduğu cerrahi tipidir. Geleneksel mastektomiye göre daha zor ve zaman alıcıdır. Cilde veya meme başına yakın tümörler, inflamatuvar ve lokal ileri evre kanserler için uygun değildir (4).

Kontralateral Mastektomi: BRCA mutasyonlu hastalarda karşı memeye profilaktik mastektomi uygulanabilir (4).

Redüksiyon Mamoplastisi: Hasta meme ve sağlam memenin birlikte cerrahi işlemi, arkasından radyoterapi ve kemoterapi ile birlikte hormon tedavisi verilmesi işlemdir (54).

2.3.1.2. Meme Koruyucu Cerrahi

Memenin ve aksillanın belirlenen bir kısmının alınması ve kalan alana radyoterapi uygulanmasıdır. Ek tedavi olarak kemoterapi ve hormon tedavisi gerekir. Meme kanseri riski çok yüksek olan kadınlarda koruyucu cerrahi tercih edilebilir. Bu tür cerrahi, bir ya da her iki memede oluşabilecek kanseri ortadan kaldırır (24,54).

Cerrahi sınırlar mikroskobik olarak negatif olmalıdır. Tümörün büyük olduğu ancak meme koruyucu cerrahi isteyen hastalarda preoperatif kemoterapi ya da hormon tedavisi uygulanabilir. Postoperatif dönemde hastaya adjuvan radyoterapi 6 hafta, haftada 5 gün ayaktan verilir (55).

Bazı kadınlar ise cerrahi sonrası rekonstrüksiyonu tercih edebilir. Profilaktik salphingo-oofektomi (fallop tüpleri ve yumurtalıkların cerrahi olarak çıkarılması) BRCA mutasyonu taşıyan premenopozal kadınlarda meme ve over kanseri riskini de azaltır (24).

Bilateral Profilaktik Mastektomi (BPM): BPM genellikle eşzamanlı meme rekonstrüksiyonu ile birlikte ve nipple-areola kompleksinin korunduğu subkutan mastektomi biçiminde uygulanır. Subkutan mastektomide, nipple-areola kompleksinin dışında kalan derinin altında, özellikle de hastanın derialtı yağ dokusu kalırsa son derece az meme dokusu kalır. Ancak areolanın pigmente derisi, meme dokusunun deriye en yakın olduğu yerdir. Nipple areola kompleksi korunduğunda, altında ince meme dokusu şeridi kalır (20).

Nipple-areolanın çıkartıldığı deri koruyucu mastektomide, rekonstrüksiyon kitesini örtmeye yetecek kadar meme dokusu korunur. Nipple-areola kompleksi çıkartıldığı için meme kanseri riski çok daha azdır, ancak kozmetik sonuç kötüdür, hasta isterse, nipple areola rekonstrüksiyonu yapılmalıdır. Bu girişim meme kanseri tedavisinde eşzamanlı rekonstrüksiyon yapılan hastalarda standart tedavi olmakla birlikte risk azaltıcı cerrahide son derece az uygulanmaktadır (20).

Kontralateral Profilaktik Mastektomi (KPM): Bir memesinde kanser olan hastanın karşı memesine yapılacak girişim, hasta memeye yapılan tedaviye göre değişir. Hasta memeye mastektomi ve eşzamanlı rekonstrüksiyon yapılacaksa, karşı memeye de aynı girişimler uygulanır. Sıklıkla yapılan bir diğer uygulama, hasta tarafın tedavisi (mastektomi, kemoterapi ve radyoterapi) tamamlandıktan sonra, o tarafın rekonstrüksiyonu yapılırken karşı memeye de KPM ve rekonstrüksiyon yapılmasıdır. BPM'den

farklı olarak KPM'de, hasta memeye yapılan girişim tekrarlandığı için daha yüksek oranda nipple areola kompleksinin de çıkarıldığı deri koruyucu mastektomi yapılır (20).

Mastektominin veya meme koruyucu cerrahinin tercih edilmesinde rol oynayan olumlu özelliklerinin yanı sıra ameliyat sonrası hastalar fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar (10).

2.3.1.3. Meme Rekonstrüksiyonu

Meme rekonstrüksiyonu, lokal rekürrensini saptanmasını önlemez ve psikolojik yönden yararlı olabilir. Mastektomi anında yapılabilir veya daha geç bir dönemde uygulanabilir. Cilt koruyucu mastektomi ile meme rekonstrüksiyonu kombinasyonunun daha iyi kozmetik sonuçlara neden olduğu bildirilmiştir (53).

Doku genişletici ve implant kullanarak meme rekonstrüksiyonu için çeşitli seçenekler vardır. Bu seçenekler arasında standart implant veya şişirilebilir implant ile tek basamaklı, eş zamanlı veya gecikmiş rekonstrüksiyon, daha sonradan kalıcı implant ile değiştirilen doku genişletici ile eş zamanlı veya gecikmiş iki basamaklı rekonstrüksiyon bulunur. Genelde doku genişletici/implant ile yapılan eş zamanlı rekonstrüksiyonlarda seroma oluşumu, cilt nekrozu, implant ekspozisyonu, valf fonksiyon bozukluğu, göllenme ve deflesyon gibi komplikasyonlar daha yüksek oranlarda bildirilmiştir (56).

Öncelik kanser dokusunun ortadan kaldırılması olsa da, günümüzde kanserli dokunun uzaklaştırılması kadar, memenin tekrar yerine konması da son derece önem arz etmektedir (57).

Kadınların çoğu meme koruyucu cerrahiye tercih ederken bazı hastalar gerek kişisel gerekse medikal nedenlerle mastektomiye tercih ederler. Bu hastalar daha sonra rekonstrüktif cerrahi için adaydırlar (4).

Meme kanseri için yüksek risk taşıyanlar kişilerde profilaktik mastektomi yapılması yüksek oranda koruyuculuk sağlamaktadır. Gerek tedavi edici, gerek profilaktik mastektomi sonrası, en iyi seçenek eş zamanlı onarımlardır. Öz doku ile onarımların estetik sonuçları iyi, başarı şansları yüksektir. Derin inferior epigastrik arter perforatör şebi güvenilir ve verici saha morbiditesi düşük bir seçenektir (58).

Meme kanserinin cerrahi tedavilerinde deri koruyucu mastektomiler son yıllarda popülerite kazanmıştır. Deri koruyucu mastektomilerle beraber aynı seansta meme rekonstrüksiyonu estetik ve fonksiyonel olarak daha başarılıdır. Erken ve geç dönem re-

konstrüksiyonların seçiminde günümüzde halen fikir birliği bulunmamakla beraber sayısal olarak erken rekonstrüksiyonlarda komplikasyonların geç dönem rekonstrüksiyonlarla karşılaştırıldığında az görülmesi dikkat çekmektedir. Komplikasyon oluşumuna neden olan sebeplerden önde geleni hastanın rekonstrüksiyon sonrası adjuvan kemoterapi ve radyoterapi almasıdır. Radyoterapi alacak hastalarda, anında rekonstrüksiyon sonrası komplikasyon gelişme riski yüksek olduğundan dolayı geç dönemde hastanın kendi dokusu ile meme rekonstrüksiyonu tercih edilmelidir (57).

Meme rekonstrüksiyonu, mastektomi sonrası hasta üzerinde önemli psikolojik etki oluşturduğu gibi yaşam kalitesinin artması açısından da önemlidir (59).

Mastektomi sonrası erken komplikasyonlar pnömotoraks, enfeksiyon, cilt nekrozu, seroma (lenfösel), sinir kesilmesi; geç komplikasyonlar ise lenfödem ve mastektomi sonrası ağrı sendromudur (27).

2.3.2. Radyoterapi

Mastektomi sonrası radyoterapi, lokal kontrolü sağlamak ve sağkalımı artırmak amacıyla yapılır. Adjuvan kemoterapinin lokal kontrol üzerine etkisinin olmadığı ortaya konmuştur. Buna karşın mastektomi sonrası uygulanan radyoterapi, lokal yineleme riski yüksek hastalarda bu riski anlamlı derecede azaltmaktadır (60).

Meme koruyucu cerrahiden sonra lokal subklinik residüel hastalığı ortadan kaldırmak amacıyla radyoterapi uygulanabilir. En düşük riskli hastalarda bile, sağlam dokuya uygulanan radyoterapi, iyi prognoza katkıda bulunduğu için standart önlem olarak kabul görmeye başlamıştır. En sık yan etkileri yorgunluk, göğüs ağrısı, terleme ve cilt döküntüsüdür. Geç komplikasyonları (tedaviden 6 ay sonra ya da daha geç) ise memede inatçı ödem, ağrı ve fibrozis, daha nadir olmak üzere kosta kırığı, pulmoner fibrozis, kardiyak hastalıklar ve radyasyon ilişkili sarkom gibi sekonder malignitelerdir (4).

2.3.2.1.Meme Kanserinde Palyatif Radyoterapi

Meme kanserinde metastaz oluşuktan sonra yapılan tüm tedavilerle kür sağlanması mümkün olmadığından bu aşamada tedavi tamamen hastayı rahatlatmak ve daha iyi bir yaşam kalitesi sunma amacını içerir (60).

2.3.3. Adjuvan Kemoterapi

Meme kanserinde adjuvan kemoterapi uygulamaları sonucu sağkalımda %15-20'ye varan olumlu gelişmeler sağlanmıştır (61).

30-79 yaş arası kadınlar incelendiğinde 2000 yılında meme kanseri mortalitesinde 1990'daki orana göre %25'lik bir azalma olduğu görülmekte ve bu da erken tanı ve adjuvan tedavideki başarıyla ilişkilendirilmektedir. Adjuvan kemoterapi, aşkar bir metastazı saptanmamış ancak memeyi aşarak lenf nodu tutulumu yapmış ya da mikrometastatik meme kanserlerinde kullanılır. Tedavinin amacı gelecekteki rekürrens riskini azaltarak buna bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır (4).

Alopesi, kardiyak toksisite, kilo kaybı, trombolitik olaylar, yorgunluk, nötrope-ni/nötropenik ateş, infertilite/amenore, sıcak basması, bilişsel bozukluk gibi durumlar kemoterapinin yan etkilerindedir (62).

Hemşireler hastalara kemoterapinin etki ve yan etkilerini öğretmekle yükümlüdürler. İlaçların isimleri, ne zaman verileceği, beklenen yan etkileri ve bunların yönetimi, komplikasyonları, hangi durumları hemşireye ya da doktora bildirmesi gerektiği (enfeksiyon, ateş, morarma, kanama, mukozitler gibi) öğretilmelidir (63).

2.3.4. Hormon Replasman Tedavisi (HRT)

Bir östrojen yetersizliği süreci olan menopoz, kadının reproduktif yaşlanmasıdır. Semptomları ve komplikasyonları nedeniyle en yaygın HRT verilen dönemdir. Beş yıldan kısa süreli replasman özellikle vazomotor semptomların ve ürogenital yakınmaların giderilmesi için uygulanmakta ve göreceli olarak daha güvenli olduğu düşünülmektedir. Beş yıldan daha uzun süren replasman ise kardiyovasküler hastalık, osteoporoz, diyabet, obezite, meme ve endometrium kanseri gibi maligniteler yönünden hem koruyuculuğu hem de risk oluşturması açısından tartışmalıdır (64). Menopoz kadınlar için en önemli yaşam dönemlerinden biridir ve bu dönemde çeşitli psikiyatrik durumlar ortaya çıkabilir. Menopoz döneminde anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozuklukların arttığını bildiren çalışmalara literatürde rastlanmaktadır. Dünyada yaşlı nüfusun artması ile menopoz sonrası dönem giderek uzamakta ve bu dönemde yaşanan ruhsal sorunlar önem kazanmakta ve daha çok ilgi çekmektedir (65).

2.4. Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar

Kanser günümüzde hala umutsuzluk, acı, korku ve ölümlle özdeş tutulan bir hastalıktır. Böyle tanımlanmasında hastalığın belirtileri kadar hastanın ve ailesinin hastalığı algılayışı ve hastalığın ifade ettiği anlam da rol oynamaktadır. Kanserin ifade ettiği evrensel korkular (1):

- Ölüm
- Aileye, eşe, hekime bağımlılık
- Beden görünümünde ve benlik imgesinde değişme
- İş, okul ve boş zaman uğraşlarında kişinin yaşından beklenen başarıları engelleyen yeti kayıpları
- Kişilerarası ilişkilerde bozulma
- Hastalığın ileri dönemlerinde ortaya çıkan rahatsızlık ya da ağrılar olarak altı kavramla dile getirilebilir.

Diğer risk etkenleriyle karşılaştırıldığında psikososyal etkenlerin kanserin başlamasına katkıda bulunduğu öne sürülmüştür. Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalar psikososyal etkenlerin kanserin başlamasından çok ilerlemesi üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir (66).

Hastanın bu stresle başa çıkması tıbbi, psikolojik ve toplumsal koşullara bağlıdır. Bu koşullar (1):

- Kanserin türü ve süresi
- Hastanın özellikle daha önceki hastalıklara uyum sağlayabilme derecesi
- Kanserin yaşa uygun hedeflere yönelik tehdidi
- Kültürel ve dinsel tutumlar
- Hastanın çevresinde duygusal destek veren kişilerin olup olmaması
- Hastanın fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon kapasitesi
- Hastanın kendi kişiliği ve sorunlarıyla başa çıkma yöntemleri olarak belirtilmiştir.

Kanser, psikolojik etkileri en yoğun yaşanan hastalıktır. Hastanın ölüme ağrı

içinde yavaş yavaş yaklaşması ve organ kaybı gibi nedenler hastanın zor zamanlar yaşamasına neden olmaktadır. Bu bireyler kısıtlı yaşam süreçlerinin bilincindedir. Kansersiz bireylerin yaşamlarının kalan kısmı, sağlıklı bireylerin yaşamlarına göre daha az renkli, daha az neşeli, daha fazla stres ve rahatsızlık içeren bir süreç anlamına gelmektedir. Bu durum, kanserle yaşamayı ve onunla başa çıkmayı öğrenmelerini gerektirmektedir. Bunun nedeni hastalığın görülme sıklığının yüksek olması ve tedavi olanaklarının yaşam süresini uzatmayı sağlayacak kadar gelişmiş olmasıdır. Bu gelişme sayesinde kanser kronik bir hastalık haline gelmiş, kanserli hastaların yaşam süresi uzamış ve yaşama şansı artmıştır (2).

Kanser teşhisiyle karşılaştığında birçok insan şok ve inanmama ile karşılık verir ve bunları anksiyete, sinir veya depresyon gibi durumlar takip eder. Çoğu durumda birkaç hafta içinde hastalar hastalıkları ile yüzleşmeyi öğrenirler. Buna rağmen kanser hastalarının büyük bir kısmında profesyonel müdahale gerektiren kalıcı psikolojik rahatsızlıklar ortaya çıkabilir (67).

Meme kanseri kadının yaşamı yanında cinsellik ve kadınlık ile ilişkili organını da tehdit eden bir hastalıktır. Meme kanserinin tedavisinde birincil öneme sahip olan cerrahi girişim hastanın beden imajını, öz güvenini, psikolojik durumunu, cinsel yaşamını ve çevre ile ilişkilerini olumsuz yönde etkiler. Hasta açısından memenin, benlik ve kadınlık kavramındaki önemi ve meme kaybının hasta için kişisel anlamı ameliyata verilecek psikolojik yanıtta belirleyici faktörlerdendir. Meme toplumumuzda kadınlığın ve cinselliğin sembolü olarak vurgulanmaktadır. Sadece memenin kaybedilmesi düşüncesi bile psikolojik sorunlara neden olabilmektedir. Hastada şok, inkâr, kızgınlık, depresyon, yansıtma, psikolojik gerileme, umutsuzluk-çaresizlik, bezginlik, patolojik bağımlılık gibi çeşitli tepkiler görülebilir (44).

2.4.1. Kanser Tanısı Alan Hastaların Psikolojik Dönemleri

Kanser hastası olduğunu öğrenen kişilerde gelişen duygusal tepkiler Elisabeth Kübler-Ross tarafından inkar, öfke ve düşmanlık, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak tanımlanmıştır (2,68).

İnkâr: Birçok hasta, tüm belirtilere karşın ölmekte olduğunu inkar eder. "Bu gerçek olamaz", "ben kanser olamam" gibi tepkilerde bulunur. Şüphencilik ve sosyal ilişkilerin en aza indirilmesi dikkati çeken tepkilerdir (2). Hasta terminal bir hastalığı oldu-

ğunu öğrendiğinde bu tepkiyi vermesi normaldir. Dr. Ross'a göre bu önemli ve verilmesi gereken bir tepkidir (68).

Öfke ve düşmanlık: Hasta ciddi bir hastalıkla karşı karşıya kaldığında "neden ben?", "bu haksızlık" gibi tepkilerde bulunur. Hastanın öfke tepkisi aile üyelerine ve tedavi ekibine yönelir. Gelecekle ilgili planlarının bozulması, hastalık karşısında aciz kalma, tedavi uygulayanlara bağımlı hale gelme, sağlığı iyi olanlarla kendini karşılaştırma eğilimi hastayı kızgınlık ve reddetme davranışlarına yöneltir (2).

Pazarlık: "Evet ben, ama..." gibi tepkilerde bulunarak hasta ölümün gerçek olduğunun ve inkar ettiğinin farkına varır (68). Hasta fiziksel durumunda bozulma olmasına rağmen, kendisine hedefler belirleyebilir. Bu evrede Allah ile, doktor ile ya da başkalarıyla pazarlık ederek ölümü ertelemeye çalışır. Hasta için kısa vadede yardımcı bir evredir (2).

Depresyon: Hastalığa bağlı bedensel yeteneklerin kaybı, aileden ayrılma, tedaviye rağmen iyileşmenin olmaması ve ekonomik güçlüklerle karşı geliştirilen bir tepkidir. Hasta sessizleşmeye ve ziyaretçi istememeye başlar. Tüm çabalara rağmen hastalığın düzelmediği görüldüğünde depresyon yerleşir. Hasta sevdiği herkesi ve her şeyi bırakma sürecine girmiştir (2,68).

Kabullenme: Hastanın tepkilerinde genel olarak bir yatışma gözlenir. Hastanın çevre ile ilişkisi gittikçe azalır (2).

Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluk ve sorunlar diğer fiziksel hastalıklara göre daha sık ve yaygındır. Yukarıda da bahsedildiği gibi inkar, öfke, pazarlık, depresyon, kabullenme gibi duygusal tepkilerle başlar; panik bozukluk, uyum bozukluğu, organik beyin sendromu gibi bozukluklara dönüşür (2).

Çizelge 2.7. Meme kanseri olan kadınların tanı ve tedavi sürecinde gösterdikleri psikolojik tepkiler (69)

	Normal (Adaptif)	Maladaptif
Tanı Öncesi	Ü Kanser olasılığı ile ilgili bekleyiş	Ü Kanser tanısı konmadan hastalık belirtileri geliştirme
Tanı Aşaması	<ul style="list-style-type: none"> Ü Şoke olma Ü İnanamama Ü Başlangıçta kısmi inkar Ü Kaygı Ü Kızgınlık, isyan, suçlayıcı duygular Ü Depresif mizaçlı uyum güçlüğü 	<ul style="list-style-type: none"> Ü Kesin inkar/tedaviyi reddetme Ü Ölümün kaçınılmaz olacağı düşüncesi ile tedaviyi reddetme
Tedavi Aşaması	<ul style="list-style-type: none"> ▼ <i>Cerrahi Tedavi</i> 1. Cerrahi girişimin geciktirilmesi 2. Cerrahi dışı tedaviler arayışı 3. Vücut imjı değişikliğine bağlı kayıp tepkisi ▼ <i>Radyoterapi</i> Ü Işın tedavisinin yan etkilerinden korkma Ü Terkedilme korkusu ▼ <i>Kemoterapi</i> 1. Yan etkilerinden korkma 2. Vücut imajı değişiklikleri 3. Kaygı, izolasyon eğilimi, hafif depresif duygudurumu 4. Altruistik duygular (organlarını bağışlama) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ameliyat sonrası reaktif depresyon 2. Vücut imajı değişiklikleri ve uzamış ciddi elem reaksiyon <ol style="list-style-type: none"> 1. İlaça bağlı psikotik rezidüel bulgular 2. İleri izolasyon ve deprivasyon halleri, psikotik inkar 3. Paranoid tepkiler
Tedavi Aşaması	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normal başetme düzeneklerine ve hastalık-tedavi sınırları içinde yaşama dönüş 2. Nüks korkusu 	
Nüks	<ol style="list-style-type: none"> 1. Şoke olma 2. İnanamama 3. Kısmi inkar 4. Kaygı 5. Kızgınlık 6. Depresif duygu durumu 	7. Uykusuzluk, iştahsızlık gıda reddi, huzursuzluk, panik halı, katastrofik algı, suçlayıcı düşünceler ile belirgin reaktif depresyon
Hastalığın Seyri ve İlerlemesi	Ü Yeni bilgi araştırma ve çeşitli tedavi olasılıklarına dönük arayış ve konsültasyonlar	Ü (Majör) Depresyon
Terminal- Palyatif Dönem	<ul style="list-style-type: none"> Ü Terkedilme korkusu, ağrı, bilinmezlik korkusu, varoluşçu endişeler Ü Ölüm düşüncesine bağlı kişisel elem duygusu ve (umut korkusu) kabulleniş 	<ul style="list-style-type: none"> Ü Depresyon Ü (Akut) Delirium

2.4.2. Kanserli Hastalarda Görülen Ruhsal Durum Bozuklukları

Depresyon, deliryum, panik bozukluk, anksiyete bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu gibi durumlar kanserli hastalarda görülen ruhsal durum bozukluklarındandır (1,62).

Kanserli hastalarda deliryum görülme oranı % 5-25'tir. Deliryumun erken belirtileri yanlışlıkla depresyon olarak değerlendirilebilir. Oysa deliryumun erken tanısı çok önemlidir (1).

Orta ve ileri derecedeki depresyonlu hastaların yaklaşık %75'inde intihar düşüncesi vardır. Melankoliklerde intihar oranı yüksektir. %10'u başarılı olurlar. İntihar girişimi kadınlarda daha fazla, ölümlü sonuçlanan intiharlar ise erkeklerde daha fazladır. İntiharlar genellikle depresyonun erken döneminde umutsuzluk ve çaresizlik duygularından dolayı daha çok görülür, buna rağmen iyileşme dönemlerinde de beklenmedik bir umutsuzluk düşüncesi de intihar girişimine neden olabilir (70). İntihar düşüncesi, kanserli hastalar tarafından yaşam konusunda "kontrolü elinde tutma" olanağı olarak değerlendirilir (1).

Kanser hastalarında bulantı-kusma bazen psikolojik ve davranışsal olabilmektedir. Bunlar; beklentisel kusma, anksiyete, anoreksia nevroza ve bulimia nevroza şeklinde olabilmektedir. Kemoterapi ve radyoterapinin yol açtığı beklentisel bulantı-kusmanın önlenmesinde antiemetikler, anksiyolitikler, gevşeme teknikleri ve diğer davranışçı teknikler kullanılmaktadır. Kanserli hastalarda iştahsızlık durumu genellikle hastalığa ya da uygulanan tedavilere bağlıdır. Bazen bu hastalarda iştahsızlık depresyona, anksiyeteye ya da kanser öncesinde başlayan bir psikiyatrik bir soruna da bağlı olabilir (1).

Kanser hastalarında ağrı sürekli veya aralıklı olarak görülebildiği gibi yapılan çalışmalarda ciddi ağrı yakınması olan hastalarda psikiyatrik bozuklukların daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (1,71).

Depresyon ve anksiyete en sık görülen psikiyatrik durum olmakla beraber, çaresizlik ve ümitsizlik duyguları, konfüzyon, sinir ve iritabilite, ölüm ya da ağrıya karşı kontrol edilemez duygular, kontrolü kaybetme hissi, posttravmatik stres sendromu belirtileri meme kanserinin psikososyal sekellerindedir. Hastanın bilgi düzeyi, hastalık algısı ve belirsizlik düzeyi hastanın psikolojik durumunu etkiler (44,62).

Medikal teknoloji alanındaki gelişmelere rağmen, meme kanseri hayati tehlike oluşturan bir hastalık olmaya devam etmektedir ve hastaların zorlu mücadeleler içinde

bulunmasına neden olmaktadır. Meme kanseri ve tedavisi hastalar için duygusal sıkıntı kaynağıdır. Duygusal sıkıntı, psikolojik ve sosyal yönden rahatsız edici bir deneyim olmakla birlikte, hastanın kanser ve tedavisi ile başa çıkma becerisini olumsuz yönde etkileyebilir. Duygusal sıkıntı hem çaresizlik, üzüntü ve korku gibi yaygın ve normal olan duyguları, hem de klinik depresyon ve bunaltı bozuklukları gibi ciddi psikolojik problemleri içermektedir (72).

2.4.2.1. Ruhsal Durum Alt Boyutları

Somatizasyon: Tarihsel olarak histeri ya da Briquet sendromu olarak bilinir. 30 yaşından önce başlayan, yıllarca süren ve ağrı semptomlarının, gastrointestinal, cinsel ve psödonörolojik semptomların bir bileşkesi ile belirli polisemptomatik bir bozukluktur. Bu kişilerin bütün bir yaşamları boyunca semptomsuz kaldıkları bir yıllık dönem de hemen hemen hiç yoktur. Somatizasyon bozukluğu kronik ancak dalgalanan bir bozukluktur ve nadiren tam olarak düzelir (66).

Genel olarak emosyonel disforiyi bedensel belirtilerle ifade etme eğilimi olarak tanımlanan somatizasyonda, bedensel bir hastalıkla açıklanamayan fiziksel yakınmalar mevcuttur ve kişi bu yakınmalarını bedensel bir hastalığa atfederek tıbbi yardım arayışına girer. Vücudun kalp, damar, mide, bağırsak, solunum ve diğer sistemlerdeki fonksiyon bozukluklarıyla ilgili sıkıntıları yansıtır. Çözümlemeyen engelleme veya çatışma sonucu ortaya çıkan işlevsel ve fiziksel bozuklukları tespit eder. Somatizasyon (bedenselleştirme) davranışı çeşitli psikiyatrik bozukluklarla ilişkilendirilmekle birlikte, sıklıkla depresyon ve anksiyete bozukluklarına eşlik ettiği bilinmektedir (73,74).

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler toplum içinde fazlasıyla yaygındır, fakat çoğu durumda yardım arama davranışına yol açmaz ve bir psikiyatrik bozukluğu göstermez. Tıbben açıklanamayan belirtileri olan hastalarda anksiyete ve depresyon başta olmak üzere yüksek oranda psikopatoloji görülür (75). Hastaların yaşadıkları sıkıntı ve huzursuzluğu artıran somatizasyon, hastalıkların prognozunu kötüleştirmekte ve yeti yitimini arttırmaktadır (73).

Obsesif Kompulsif Bozukluk: Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonlar ile karakterize ruhsal bir bozukluktur. Obsesyon veya saplantı kendiliğinden bilinç alanına giren, yineleyici, sıkıntı yaratan, kişinin saçma ve yanlış olduğunu bildiği düşünce, dürtü ya da imajlardır. Kompulsiyon (zorlantı) genelde bir

obsesyona engel olmak için belli kurallarla yapılan motor veya mental eylemlerdir. Obsesyonlar zaman kaybettirici olabilir, kişinin normal rutinine, mesleki işlevlerine, olağan sosyal aktivitelerine, arkadaş ve aile ilişkilerine önemli ölçüde engel teşkil edebilir (76). Obsesyonlar kişinin anksiyetesini artırır, ancak kompulsiyonları yerine getirmek kişinin anksiyetesini azaltır (66).

Kişilerarası Duyarlılık: Kişinin yetersizlik ve kendini aşağılama duygularından kaynaklanan zorlanmadır. Bireyin kendini başkalarıyla karşılaştırdığında, kişisel yetersizlik ve küçüklük duygularına kapılarak, kişiler arası ilişkilerinde kendisini küçük görmesi, bu ilişkilerde zorluk çekmesi, rahatsızlık hissetmesi gibi olumsuz düşünce ve duyguları yansıtır (74).

Depresyon: Tek başına bir duygu olarak depresyon keder, hüznün, üzüntü, yalnızlık, umutsuzluk, çaresizlik duygusu olarak tanımlanır (66). Gün içinde duygudurum değişimleri belirgindir. Sabah saatlerinde depresif duygular yoğundur. Akşama doğru kısmen düzelir. Gece sık uyanmalar, sabah erkenden uyanıp daha sonra uyuyamama karakteristiktir (70).

Anksiyete Bozukluğu: Anksiyete, tanımlanması zor bir korku ve endişe duygusudur. Bu duyguya vücutla ilgili birtakım duyular eşlik edebilir. Göğüste sıkışma, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk duygusu ve hemen tuvalete gitme gereksinmesinin doğması gibi duyular örnek olarak verilebilir. Huzursuzluk, dolanıp durma isteği de sık görülen belirtilerdir. Anksiyete tetikte olunması için gelen bir uyarıdır (66).

Anksiyete, korkuya benzer bir duygu olmakla birlikte, anksiyeteyi ortaya çıkaran uyarı, korkuyu ortaya çıkaran gibi net olarak belirlenmemiştir. Kişi huzursuzdur, kötü bir şey olacağından endişe etmektedir. Ancak bu durumu açıklayacak nesnel bir tehlike ya da tehdit kaynağı tanımlayamamaktadır (77).

Kanser hastalarında anksiyete akut ve kronik olarak 2 bölümde incelenmelidir. Akut anksiyete ortaya çıkaran durumlar şunlardır (1):

- Ü Kanser tanısını beklerken
- Ü Tedavi girişimlerini ve testleri beklerken
- Ü Majör tedavinin öncesinde (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi)
- Ü Testlerin sonuçlarını beklerken

- Ü Tedavinin değişmesi sonucu
- Ü Relapsın öğrenilmesinin ardından
- Ü Hastalıklarla ilgili olayların yıldönümünde

Kanser hastalığı sırasında sorun olabilecek kronik anksiyete durumları olarak, yaygın anksiyete bozukluğu, basit fobiler, iğne korkusu, stresli olayların yol açtığı panik durumları sayılabilir. Anksiyete hastalığın kötü gidişi ile artar. Ancak anksiyete belirtileri fiziksel belirtilerle karışık olduğu için ayırt edilmesi güçtür. Anksiyetesi olan hastalar gergin, huzursuz, tedirgin, uykusuz, tartışmacı, dikkatleri dağınık, durumda olabilmeler (1,10).

Hostilite: Hostilite, düşünce, duygu ve davranış boyutlarındaki öfke ve düşmanlıktır (74). Öfke duygularını içermesine rağmen, diğer kişilere doğrudan zarar vermek amacıyla yapılan saldırgan davranışları da harekete geçiren bir anlama sahiptir (78).

Fobik Anksiyete: Belirli bir nesneye, duruma karşı ısrarlı korku tepkisini yansıtır. Açık yerlere, seyahate, kalabalığa, vasıtalara vb. karşı duyulan korku sıkıntısıdır (74). Fobiler, neden olarak gösterilen uyarana orantılı olmayan şiddette ortaya çıkan anksiyete ve bu abartılı anksiyete tepkisinin mantıksız olduğunu bilmesine karşın bireyin kaçınma davranışlarını engelleyemediği yer, durum, nesne ve işlevlere ilişkin duygu ve tepkilerini tanımlar (77).

Paranoid Düşünceler: Güvensiz, kuşkucu, kıskanç, kavgacı yapıdır (74).

Psikotizm: Gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma olması durumudur (74).

2.4.3. Meme Kanserinde Destekleyici Hemşirelik Girişimleri

Psikosozal girişimler, kanser hastalığının fiziksel tedavisini tamamlamakta ve desteklemektedir. Hemşireler, tedavinin her aşamasında hastalarla işbirliği içerisinde çalışmaktadırlar ve psikososyal girişimlerin geliştirilmesinde, uygulanmasında çeşitli görevler üstlenmektedirler. Kanser hastalarının yaşadığı sorunlar ve gereksinimleri, kanserin türüne göre değişiklikler gösterir. Bu nedenle hemşireler, kanserli hastaları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir. Hemşirelerin bu açıdan kanser hastaları için yeni araştırmalar yapmalarının ve yeni psikososyal girişimler geliştirip uygulamalarının önemi büyüktür (11).

Hemşirelik bakımı, hastada görülen sorunların çözümlenmesinde ve hastanın en

kısa sürede ait olduğu aile ve topluma verimli ve üretken bir biçimde geri dönebilmesinde büyük öneme sahiptir (79).

Ülkemizde fiziksel sağlık sorunu olan hastalara profesyoneller tarafından çeşitli psikososyal girişimler uygulanmaktadır. Bu amaçla çeşitli sağlık kurumlarında oluşturulmuş konsültasyon-liyezon psikiyatrisi servisleri hizmet vermektedir. Hemşireler, tedavi ve bakımın tüm aşamalarında hastalarla birlikte dirler. Kanser tanı ve tedavisinden kaynaklanan psikososyal sorunlarda ve bu sorunların çözümünde ve gereksinimlerinin karşılanmasında fırsatlara ve önemli rollere sahiptirler. Meme kanserli kadınlara sorunlarını ifade etmede, deneyimlerini paylaşmada, sıkıntılarını azaltmada destekleyici girişimlerde bulunabilirler. Son yıllarda meme kanserli kadınların yaşadığı psikososyal sorunlar, literatürde sıkça belirtilmektedir (11).

Kadınlar memede kitle tespit edilmesiyle, ifade edilmesi zor, sıkıntı verici olan tepkileri herhangi bir yaş döneminde yaşayabilirler. Kadınların stres ve kaygı düzeyi bu dönemde oldukça yüksektir. Bu ciddi dönem boyunca (tümörün tespiti, tanı testlerinin uygulanması, tedavi kararının verilmesi) hemşireler, yaşanan olaylar, kadınların baş etme ve karar verme süreçlerin iyi anlayabilmelidirler. Hemşireler bilgi verici ve bakım sağlayıcı rolleri kapsamında, gerekli duygusal desteği sağlamak için hazır olmalıdırlar (80).

Mastektomi ile birlikte ortaya çıkabilecek beden imajı bozulması ve buna bağlı olarak ortaya çıkan anksiyete ve depresyon, kadında memenin önemini ve bu konudaki duyarlılığın etkisini açıkça göstermektedir (79).

Genel görünümün düzeltilmesi, hastanın moralini yükselteceğinden, yeni beden imajı kazandırmaya yönelik uygulamalara biran önce ve aşamalı olarak başlanması gerekmektedir. Bu amaçla, hasta ameliyat bölgesini görmeden önce bu bölge ona anlatılmalı, daha sonra bölgeye bakmalı, ellemeli, aynada kendine bakması için cesaretlendirilmelidir. Ancak hiçbir zaman ameliyat bölgesine bakması için zorlanmamalıdır. Ayrıca protez göğüs kullanımı için cesaretlendirilmesi doğru bir yaklaşımdır (79).

Memenin kaybı, ekstremitte kaybıyla yaşanan duygulara benzer. Reaksiyonlar, kızgınlık, depresyon, inkar ve geri çekilmedir. Kayıp vücut parçası için üzölmek normaldir ve hastaya üzüntüsü boyunca üzüntüsünü yaşaması için zaman verilmelidir. Hemşire, üzüntünün ifade edilmesinin normal olduğunu ve ekip üyelerince anlaşılıp kabul edildiğini, tekrar bildirmelidir. Aile üyelerinin üzüntü işleminin farkında olması

ve kadına ihtiyacı olduğu sürece duygusal destek sağlanması ve bu yönde teşvik edilmesi önemlidir (80).

Çam ve Gümüş (11) yaptıkları çalışmada, duygusal destek odaklı hemşirelik girişimlerinin, belli bir program dahilinde yarı yapılandırılmış bireysel görüşmeler şeklinde yürütölmek üzere geliştirildiğini ve bu girişimlerin her hastanın gereksinimine göre haftada 1 kez, 1-1,5 saatlik, toplam 7 görüşme şeklinde yürütöldüğünü ifade etmişlerdir. Bu görüşmelerin içeriklerini ise şu şekilde belirtmişlerdir (11):

1. Görüşme: Tanışma
2. Görüşme: Duygusal sorunlar
3. Görüşme: Ailesel sorunlar
4. Görüşme: Sosyal ve mesleki sorunlar
5. Görüşme: Beden imajı ve cinsel yaşam sorunları
6. Görüşme: Manevi (spiritual) sorunlar
7. Görüşme: Sağlık durumunu kabul etme ve gelecekle ilgili sorunlar

Duygusal sorunlara yönelik hemşirelik girişimlerinin amacı, hastanın hastalık sürecinde yaşadığı duygularını ifade etmesini cesaretlendirmek, psikolojik kaygı ve acıyı hafifletmek, yaşamında algıladığı stresörlere, değişikliklere ve tehditlere uyum sağlamasına yardım etmek ve uygun baş etme yolları geliştirmesine destek olmaktır (11).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma, mastektomili kadınların ruhsal durumlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Mayıs 2012-Şubat 2013 tarihleri arasında Ankara il sınırları içinde T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerinde (toplam 4 poliklinik), T.C. Sağlık Bakanlığı Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi poliklinikleri ve Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi onkoloji kliniklerinde (bölüm 91 ve 93) gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Mayıs 2012-Şubat 2013 tarihleri arasında, belirtilen hastanelerin onkoloji kliniğinde bulunan ve hastanelerin poliklinik bölümlerine başvuran mastektomili kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini yukarıda belirtilen evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen hastalar oluşturmuştur. Mastektomili kadınların ruhsal durumlarını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada, güç analizinde testin gücü 1.0, 1. tip hata oranı 0,05 kabul edildiğinde gerekli minimum örnek genişliği 51 olarak belirlenmiştir. Planlanan çalışma zamanı tam olarak değerlendirilmiş ve 90 hastaya ulaşılmıştır. Araştırma sonucunda Güç analizi ile Pillai's Trace, Wilks' Lambda, Hotelling's Trace ve Roy's Largest Root testlerinin tamamında 1.0 tam sonuç tespit edilmiş ve 90 kişinin, verilerin analizi ve hasta sayısının yeterliliği yönünden mükemmel derecede anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak araştırmanın örneklemini örneklem seçim kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 90 mastektomili kadın oluşturmuştur.

3.3.1. Örneklem Seçim Kriterleri

Örneklem seçilirken aşağıdaki kriterler dikkate alınmıştır:

Ø Meme cerrahisi üzerinden en az 1 ay geçmiş olması

- Ø Daha önceden tanı konmuş bir psikiyatrik rahatsızlığın bulunmaması
- Ø Mental retardasyonu olmaması
- Ø Görme ve işitme engeli olmaması
- Ø Araştırmaya katılmayı kabul etmesi

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür incelemesi yapılarak hazırlanan Veri Toplama Formu ve Kısa Semptom Envanteri kullanılarak toplanmıştır.

Veri Toplama Formu: Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyodemografik özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu) ile meme kanserinin risk faktörlerine yönelik özellikleri (çocuk sahibi olma durumu, emzirme süresi, ilk doğum yaşı, ilk adet yaşı, sigara kullanma durumu, ailede meme kanseri tanısı almış birey olma durumu, OKS kullanma durumu, HRT alma durumu, kemoterapi ve radyoterapi alma durumu, tanı öncesi meme kanseri hakkında bilgi sahibi olma durumu) ve mastektomi sonrası değişiklikler hakkındaki sorulara (mastektomi uygulanan meme, girişimin türü, ameliyat sonrası aile hayatının ve cinsel yaşamın etkilenme durumu) yer verilen, araştırmacının literatür inceleyerek hazırlamış olduğu bir formdur (6,7,8,9,26,81).

Kısa Semptom Envanteri (KSE): Derogatis tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve Şahin ve ark.⁸² tarafından 3 ayrı çalışma ile Türkçe uyarlaması yapılmış olup 53 maddelik kendini değerlendirme türü bir envanterdir. Ölçekteki her bir ifade “Hiç yok”, “Biraz var”, “Orta derecede var”, “Epey var” ve “Çok fazla var” şeklinde 5 seçenekten oluşmaktadır. Her bir madde 0-4 arası puanlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği, bireyin semptomlarının sıklığını göstermektedir.

Kısa Semptom Envanteri, SCL-90-R'nin kısa formudur. SCL-90-R'nin 9 faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış olan toplam 53 madde seçilmiş ve 5-10 dakikada uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmiştir. Aynen SCL-90-R'de olduğu gibi 9 alt ölçek, ek maddeler ve 3 global indeks-ten oluşmaktadır (81,83).

Alt ölçekler ve global indekslerin hangi maddeler olduğu ve içerikleri şu şekildedir (83):

- Ø *Somatizasyon:* 2, 7, 23, 29, 30, 33 ve 37. maddeler.

- Ø *Obsesif-Kompulsif Bozukluk*: 5, 15, 26, 27, 32 ve 36. maddeler.
- Ø *Kisilerarası Duyarlılık*: 20, 21, 22 ve 42. maddeler.
- Ø *Depresyon*: 9, 16, 17, 18, 35 ve 50. maddeler.
- Ø *Anksiyete Bozukluğu*: 1, 12, 19, 38, 45 ve 49. maddeler.
- Ø *Hostilite*: 6, 13, 40, 41 ve 46. maddeler.
- Ø *Fobik Anksiyete*: 8, 28, 31, 43 ve 47. maddeler.
- Ø *Paranoid Düşünceler*: 4, 10, 24, 48 ve 51. maddeler
- Ø *Psikotizm*: 3, 14, 34, 44 ve 53. maddeler
- Ø *Ek Maddeler*: 11, 25, 39 ve 52. Maddeleri içermektedir.
- Ø *Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi*: Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yöntemi ile elde edilir.
- Ø *Genel Semptom İndeksi (GSİ)(Ruhsal Belirti Düzeyi)*: Tüm sorulardan elde edilen puanların 53'e bölünmesi ile elde edilir. Genel Semptom İndeksi'nin 1'in altında olması belirtilerin psikopatolojik düzeyde olmadığını, 1'in üzerinde olması ise psikopatolojik bir durumun varlığını göstermektedir.
- Ø *Belirti Toplamı İndeksi*: Sıfır (0) olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm maddelerin) 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır.
- Ø *Semptom Rahatsızlık İndeksi*: Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir.

3.5. Veri Toplama Aracının Geçerlik ve Güvenilirliği

Araştırmada kullanılan KSE'nin geçerlik ve güvenilirlik katsayısı, aldıkları minimum ve maksimum puanlar, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri Çizelge 4.3'te yer almaktadır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,941 olarak bulunmuştur.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri Toplama Formu ve Kısa Semptom Envanteri her hasta ile yüzyüze görüşülerek uygulanmıştır. Uygulama öncesi her hastaya araştırmanın yapılma amacı belirtilmiş ve hastalardan sözel onamları alınmıştır. Her bir anketin ortalama yanıtlanma süresi 15-20 dakika arasındadır.

Veri Toplama Formunun anlaşılabilir ve uygulanabilir olup olmadığını tespit etmek amacıyla araştırmaya katılmayı kabul eden ve örneklem seçim kriterlerine uyan 10 kadın üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Formdaki sorularla ilgili olarak anlaşılmayan bir durum olmadığı, veri toplama formunun uygun olduğu tespit edilmiş ve herhangi bir düzeltme yapılmamıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde istatistik danışmanlığı alınmıştır. Veriler bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21,0 programı ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov ve One Way Anova testleri uygulandığında normal ve homojen dağılmadığı görülmüştür. Bunun sonucunda araştırmanın sonuçları parametrik olmayan testler ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmede bulunulurken frekans dağılımı, Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Sonuçlar %95’lik güven aralığında değerlendirilirken anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, mastektomi geçiren, hastanelerin onkoloji kliniklerine ya da poliklinik bölümlerine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar ile sınırlıdır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılması için araştırma kapsamındaki hastanelerden ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan yazılı izinler alınmıştır (EK-3). Araştırma kapsamına alınan hastalara çalışma hakkında gerekli açıklamalar yapılmış ve sözlü onamları alınmıştır. Kadınlara istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “özerklik ilkesi”, bireysel bilgilerin araştırmacıyla paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “gizlilik ve gizliliğin korunması ilkesi”ne uyulmasına özen gösterilmiştir. Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “kimliksizlik ve güvenlik ilkesi” yerine getirilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden, ancak kendisinin değil bir yakınının cevap vermesini isteyen hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde mastektomili 90 kadının tanıtıcı özellikleri ve KSE ile ilgili bulgular yer almaktadır. Bu bulgular 3 başlık altında toplanmıştır.

4.1. Tanıtıcı Özelliklerle İlgili Bulgular

4.2. Hastalık ve Tedaviye İlişkin Bulgular

4.3. KSE'ye İlişkin Bulgular

4.1. Tanıtıcı Özelliklerle İlgili Bulgular

Çizelge 4.1. Mastektomili kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	%
Yaş		
30 yaş ve altı	7	7,8
31-40	16	17,8
41-50	22	24,4
51-60	22	24,4
61 yaş ve üzeri	23	25,6
Medeni Durum		
Evli	68	75,6
Bekar	11	12,2
Dul	11	12,2
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	3	3,3
Okuryazar	12	13,3
İlköğretim	19	21,1
Ortaöğretim	39	43,3
Yükseköğretim	17	19,0
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	42	46,7
Gelir gidere eşit	44	48,9
Gelir giderden fazla	4	4,4
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	75	83,3
Hayır	15	16,7
Emzirme Süresi		
Emzirmeyen	15	16,7
1-6 ay	1	1,1
7-12 ay	19	21,1
13-18 ay	11	12,2
19-24 ay	16	17,8
25 ay ve üzeri	28	31,1
İlk Doğum Yaşı		
18 yaş ve altı	6	6,7
19-24	47	52,2
25-30	23	25,6
Doğum yapmayan	14	15,5
İlk Adet Yaşı		
10 yaş ve altı	2	2,2
11-14	79	87,8
15 yaş ve üzeri	9	10,0
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	29	32,2
Hayır	61	67,8
Ailede Meme Kanseri Tanısı Alan Birey Olma Durumu		
Evet	19	21,1
Hayır	71	78,9
OKS Kullanma Durumu*		
Evet	47	52,8
Hayır	42	47,2
HRT Alma Durumu		
Evet	21	23,3
Hayır	69	76,7

*1 kişi cevap vermemiştir.

Çizelge 4.1’de mastektomili kadınların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Mastektomili kadınların yaş ortalaması $50,6 \pm 12,8$ olarak belirlenmiştir. Mastektomili kadınların yaş dağılımları incelendiğinde %25,6’sının (n=23) 61 yaş ve üzerinde, %24,4’ünün (n=22) 51-60, %24,4’ünün (n=22) 41-50, %17,8’inin (n=16) 31-40 yaş aralığında, %7,8’inin (n=7) 30 yaş ve altı yaş grubunda olduğu görülmektedir.

Mastektomili kadınların %75,6’sının (n=68) evli, %12,2’sinin (n=11) bekar ve %12,2’sinin (n=11) dul olduğu belirlenmiştir. %43,3’ünün (n=39) ortaöğretim, %21,1’inin (n=19) ilköğretim ve %19’unun (n=17) yükseköğretim mezunu, %13,3’ünün (n=12) okuryazar olduğu, %3,3’ünün ise (n=3) okuryazar olmadığı tespit edilmiştir.

Mastektomili kadınların gelir durumları incelendiğinde %48,9’unun (n=44) geliri, giderine eşitken, %46,7’sinin (n=42) geliri, giderlerini karşılamamaktadır. %4,4’ünün (n=4) ise geliri, giderlerinden fazladır.

Mastektomili kadınların %83,3’ü (n=75) çocuk sahibi iken, %16,7’si (n=15) ise çocuk sahibi değildir. 25 ay ve üzeri süre emziren kadınların oranı %31,1 (n=28) iken, 7-12 ay süre ile emzirenlerin oranı %21,1 (n=19) olarak saptanmıştır. En az oran ise %1,1 (n=1) ile 1 ile 6 ay süre ile emziren kadınlara aittir. Hiç emzirmeyen kadınların oranı ise %16,7’dir (n=15). %52,2’si (n=47) 19-24 yaş aralığında ilk doğumunu gerçekleştirirken, %25,6’sı ise (n=23) 25-30 yaş aralığında ve %6,7’si (n=6) 18 yaş ve altında ilk doğumunu gerçekleştirmiştir. %15,5’inin (n=14) ise doğum yapmadığı tespit edilmiştir. %87,8’inin (n=79) 11-14 yaşları arasında, %10’unun (n=9) 15 yaş ve üzerinde, %2,2’sinin (n=2) ise 10 yaşında ya da daha erken yaşta ilk defa adet olduğu tespit edilmiştir.

Mastektomili kadınların %67,8’inin (n=61) sigara kullanmadığı, %32,2’sinin (n=29) ise sigara kullandığı belirlenmiştir. %78,9’unun (n=71) ailesinde meme kanseri tanısı alan birey bulunmadığı, ailesinde meme kanseri tanısı alan birey olan hastaların oranı %21,1 (n=19) olarak belirlenmiştir. OKS kullanan mastektomili kadınların oranı %52,2 (n=47) iken, kullanmayanların oranının %46,7 (n=42) olduğu tespit edilmiştir. HRT alma durumları incelendiğinde, %76,7’sinin (n=69) HRT almadığı, %23,3’ünün ise (n=21) HRT aldığı, saptanmıştır.

4.2. Hastalık ve Tedaviye İlişkin Bulgular

Çizelge 4.2. Mastektomili kadınların hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerinin dağılımı

Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikler	Sayı (n)	%
Kemoterapi Alma Durumu		
Evet	69	76,7
Hayır	21	23,3
Kemoterapi Kür Sayısı		
1-3	27	30
4-6	36	40
7 kür ve üzeri	6	6,7
Radyoterapi Alma Durumu		
Evet	34	37,8
Hayır	56	62,2
Radyoterapi Seans Sayısı		
1-5	4	4,4
6-10	2	2,2
11-20	6	6,7
21 seans ve üzeri	22	24,4
Tanı Öncesi Bilgi Alma Durumu		
Evet	59	65,6
Hayır	31	34,4
Mastektomi Uygulanan Meme		
Sağ	39	43,3
Sol	45	50,0
Bilateral	6	6,7
Memenin Estetik Görünümüne Yönelik Girişimde Bulunma Durumu		
Evet	39	43,3
Hayır	51	56,7
Girişimin Türü (n=39)		
Estetik Ameliyatı Oldum	11	28,2
Sütyen Desteği	28	71,8
Ameliyat Sonrası Aile Yaşantısında Değişiklik Olma Durumu		
Evet	48	53,3
Hayır	42	46,7
Ameliyat Sonrası Cinsel Yaşam*		
Olumsuz Yönde Etkilendi	31	34,8
Değişiklik Olmadı	58	65,2

*1 kişi cevap vermemiştir.

Çizelge 4.2’de mastektomili kadınların hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Mastektomili kadınların kemoterapi ve radyoterapi alma durumları incelendiğinde, %76,7’sinin (n=69) kemoterapi aldığı, %37,8’inin (n=34) radyoterapi aldığı belirlenmiştir. Kemoterapi alanların %30’unun (n=27) 1-3 kür, %40’ının (n=36) 4-6 kür, %6,7’sinin (n=6) ise 7 ve üzeri sayıda kür aldığı belirlenmiştir. Mastektomili kadınların %4,4’ünün (n=4) 1-5 seans, %2,2’sinin (n=2) 6-10 seans, %6,7’sinin (n=6) 11-20 seans, %24,4’ünün (n=22) 21 seans ve üzeri, radyoterapi aldıkları tespit edilmiştir.

Mastektomili kadınların meme kanseri tanısı almadan önce meme kanseri hakkında bilgi sahibi olma oranı %65,6 (n=59) olarak tespit edilmiştir. Sol memesine mastektomi ameliyatı uygulanan kadınların oranı %50 (n=45), sağ memesine mastektomi uygulanan kadınların oranı %43,3 (n=39), her iki memesine (bilateral) mastektomi ameliyatı uygulanan kadınların oranı ise %6,7 (n=6) olarak saptanmıştır. Mastektomili kadınların %56,7’sinin (n=51) memesinin estetik görünümüne yönelik herhangi bir girişimde bulunmadığı, %43,3’ünün (n=39) ise girişimde bulunduğu belirlenmiştir. Girişimde bulunan kadınların %28,2’si (n=11) estetik ameliyatı olduğunu belirtirken, %71,8’i (n=28) ise memesinin estetik görünümünü sütyen ile desteklediğini belirtmiştir.

Mastektomili kadınların aile yaşantılarındaki değişiklikler incelendiğinde kadınların %53,3’ünün (n=48) aile yaşantısında değişiklikler olduğu saptanmıştır. Ameliyat sonrası mastektomili kadınların %64,4 (n=58)’ünün cinsel yaşamında herhangi bir değişiklik olmadığı belirlenmiştir.

4.3. Kısa Semptom Envanteri'ne (KSE) İlişkin Bulgular

Çizelge 4.3. Mastektomili kadınların KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının ve geçerlik güvenirlik bulgularının dağılımı

KSE Alt Boyutları	Alınan Min-Max Değerler	Ortalama±ss	Cronbach's Alpha
Somatizasyon	4-23	1,67±0,63	0,519
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1-19	1,27±0,70	0,779
Kişilerarası Duyarlılık	0-12	1,08±0,80	0,762
Depresyon	0-20	1,17±0,88	0,849
Anksiyete Bozukluğu	0-19	1,17±0,77	0,903
Hostilite	0-15	0,85±0,75	0,828
Fobik Anksiyete	0-13	0,96±0,59	0,698
Paranoid Düşünceler	0-16	1,08±0,76	0,692
Psikotizm	0-16	0,68±0,73	0,857
Ek Maddeler	3-15	1,90±0,69	0,706
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,22-2,54	1,06±0,55	0,941
Genel Semptom İndeksi	0,35-2,77	1,19±0,59	0,941
Belirti Toplamı İndeksi	11-53	32,77±10,45	0,941
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1-2,81	1,62±0,42	0,941

Çizelge 4.3'te mastektomili kadınların KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının ve geçerlik güvenirlik bulgularının dağılımı verilmiştir. KSE alt boyutlarından, Ek Maddeler (1,90±0,69), Somatizasyon (1,67±0,63), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,27±0,70), Depresyon (1,17±0,88) ve Anksiyete Bozukluğu (1,17±0,77) en yüksek ortalamalar olarak belirlenmiştir. Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi puan ortalaması 1,06±0,55, Genel Semptom İndeksi puan ortalaması 1,19±0,59, Belirti Toplamı İndeksi puan ortalaması 32,77±10,45 ve Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalaması 1,62±0,42 olarak belirlenmiştir.

Çizelge 4.4. Mastektomili kadınların yaş gruplarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

KSE Alt Boyutları	Yaş Grupları					Anlamlılık	
	30 ve altı (n=7)	31-40 (n=16)	41-50 (n=22)	51-60 (n=22)	61 ve üzeri (n=23)	X ² KW	P
	Ort±ss	Ort±ss	Ort ± ss	Ort±ss	Ort±ss		
Somatizasyon	1,65±0,57	1,73±0,81	1,62±0,66	1,74±0,62	1,59±0,50	0,905	0,924
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1,78±0,79	1,56±0,59	1,23±0,63	1,26±0,80	0,97±0,59	11,232	0,024
Kişilerarası Duyarlılık	1,71±0,79	1,17±0,68	1,25±0,77	0,97±0,89	0,76±0,73	9,885	0,042
Depresyon	1,99±1,03	1,43±0,92	1,27±0,72	1,10±0,91	0,70±0,72	17,949	0,001
Anksiyete Bozukluğu	1,73±0,65	1,30±0,70	1,20±0,72	1,10±0,92	0,96±0,70	7,886	0,096
Hostilite	1,28±0,78	1,05±0,45	0,90±0,64	0,78±0,99	0,58±0,68	12,64	0,013
Fobik Anksiyete	1,25±0,78	0,90±0,53	1,01±0,46	0,98±0,65	0,85±0,63	3,764	0,439
Paranoid Düşünceler	1,78±0,70	1,25±0,73	1,14±0,77	1,07±0,71	0,70±0,68	13,722	0,008
Psikotizm	1,28±0,92	0,76±0,56	0,70±0,55	0,72±0,94	0,40±0,62	12,216	0,010
Ek Maddeler	2,39±0,80	2,09±0,89	1,81±0,55	1,81±0,67	1,79±0,63	4,307	0,366
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,50±0,53	1,17±0,50	1,12±0,46	1,02±0,64	0,81±0,51	13,809	0,008
Genel Semptom İndeksi	1,69±0,55	1,33±0,56	1,22±0,49	1,16±0,69	0,94±0,52	12,938	0,012
Belirti Toplamı İndeksi	40,57±8,79	35,31±7,26	34,59±8,08	31,81±11,64	27,82±11,81	12,446	0,014
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,90±0,35	1,71±0,45	1,60±0,35	1,66±0,55	1,46±0,31	7,558	0,109

X²KW: Kruskal-Wallis Testi

Çizelge 4.4'te mastektomili kadınların yaş gruplarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, “30 yaş ve altı” grubunda olanların en yüksek ortalamalarının Ek Maddeler ($2,39\pm 0,80$), Depresyon ($1,99\pm 1,03$), Obsesif Kompulsif Bozukluk ($1,78\pm 0,79$) ve Paranoid Düşünceler ($1,78\pm 0,70$) alt boyutlarına ait olduğu, ayrıca Genel Semptom İndeksi puan ortalamasının da $1,69\pm 0,55$ olduğu belirlenmiştir.

Diğer yaş grupları incelendiğinde “31-40 yaş” grubunda Ek Maddeler ($2,09\pm 0,89$), Somatizasyon ($1,73\pm 0,81$), Obsesif Kompulsif Bozukluk ($1,56\pm 0,59$) ve Depresyon ($1,43\pm 0,92$) puanları yüksek bulunmuş ve Genel Semptom İndeksi puan ortalaması $1,33\pm 0,56$ olarak tespit edilmiştir.

“41-50 yaş” grubunda KSE alt boyutlarından Ek Maddeler ($1,81\pm 0,55$), Somatizasyon ($1,62\pm 0,66$), Kişilerarası Duyarlılık ($1,25\pm 0,77$) ve Depresyon ($1,27\pm 0,72$) puan ortalamalarının yüksek olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamasının ise $1,22\pm 0,49$ olduğu belirlenmiştir.

“51-60 yaş” gurubunda Ek Maddeler ($1,81\pm 0,67$), Somatizasyon ($1,74\pm 0,62$), Obsesif Kompulsif Bozukluk ($1,26\pm 0,80$), Depresyon ($1,10\pm 0,91$) puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Genel Semptom İndeksi puan ortalaması ise $1,16\pm 0,69$ olduğu saptanmıştır.

“61 yaş ve üzeri” grubunda ise en yüksek puan ortalamaları Ek Maddeler ($1,79\pm 0,63$), Somatizasyon ($1,59\pm 0,50$), Obsesif Kompulsif Bozukluk ($0,97\pm 0,59$) ve Anksiyete Bozukluğu'na ($0,96\pm 0,70$) aittir ve bu grubun Genel Semptom İndeksi puan ortalaması $0,94\pm 0,52$ 'dir.

Mastektomili kadınların yaş gruplarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, Obsesif Kompulsif Bozukluk ($X^2KW=11,232$, $p=0,024$), Kişilerarası Duyarlılık ($X^2KW=9,885$, $p=0,042$), Depresyon ($X^2KW=17,949$, $p=0,001$), Hostilite ($X^2KW=12,64$, $P=0,013$), Paranoid Düşünceler ($X^2KW=13,722$, $p=0,008$), Psikotizm ($X^2KW=12,216$, $p=0,01$) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ($X^2KW=13,809$, $p=0,008$), Genel Semptom İndeksi ($X^2KW=12,938$, $p=0,012$) ve Belirti Toplamı İndeksi puan ortalamaları ($X^2KW=12,446$, $p=0,014$) arasındaki fark da istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Çizelge 4.5. Mastektomili kadınların medeni durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

KSE Alt Boyutları	Medeni Durum			Anlamlılık	
	Evli (n=68)	Bekar (n=11)	Dul (n=11)	X ² KW	P
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		
Somatizasyon	1,63±0,61	1,91±0,75	1,65±0,63	1,508	0,470
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1,20±0,61	1,87±0,76	1,65±0,63	8,165	0,017
Kişilerarası Duyarlılık	1,02±0,73	1,86±0,69	0,65±0,90	13,838	0,001
Depresyon	1,07±0,70	2,48±0,84	0,49±0,75	26,705	<0,001
Anksiyete Bozukluğu	1,14±0,69	1,96±0,76	0,60±0,75	17,886	<0,001
Hostilite	0,80±0,70	1,47±0,74	0,49±0,75	12,069	0,002
Fobik Anksiyete	0,95±0,53	1,27±0,76	0,70±0,65	4,307	0,116
Paranoid Düşünceler	1,00±0,69	1,86±0,71	0,76±0,77	12,994	0,002
Psikotizm	0,57±0,60	1,63±0,74	0,47±0,82	16,494	<0,001
Ek Maddeler	1,84±0,67	2,54±0,68	1,65±0,57	9,690	0,008
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,00±0,47	1,70±0,53	0,74±0,64	17,199	<0,001
Genel Semptom İndeksi	1,13±0,50	1,89±0,56	0,87±0,67	17,350	<0,001
Belirti Toplamı İndeksi	32,76±9,08	41,36±9,77	24,27±12,83	13,151	0,001
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,78±0,39	2,40±0,37	1,80±0,41	16,642	<0,001

X²KW: Kruskal-Wallis Testi

Çizelge 4.5'te mastektomili kadınların medeni durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, evli kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (1,84±0,67), Somatizasyon (1,63±0,61) ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,20±0,61) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,13±0,50 olduğu belirlenmiştir.

Bekar olan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (2,54±0,68), Depresyon (2,48±0,84) ve Anksiyete Bozukluğu (1,96±0,76) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,89±0,56 olduğu saptanmıştır.

Dul olan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (1,65±0,57), Somatizasyon (1,65±0,63) ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,65±0,63) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 0,87±0,67 olduğu belirlenmiştir.

Mastektomili kadınların medeni durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde Obsesif Kompulsif Bozukluk (X²KW=8,165, p=0,017), Kişilerarası Duyarlılık (X²KW=13,838, p=0,001), Depresyon

($X^2KW=26,705$, $p<0,001$), Anksiyete Bozukluğu ($X^2KW=17,886$, $p<0,001$), Hostilite ($X^2KW=12,069$, $p=0,002$), Paranoid Düşünceler ($X^2KW=12,994$, $p=0,002$), Psikotizm ($X^2KW=16,494$, $p<0,001$) ve Ek Maddeler ($X^2KW=9,690$, $p=0,008$) alt boyutları ve aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ($X^2KW=17,199$, $p<0,001$), Genel Semptom İndeksi ($X^2KW=17,350$, $p<0,001$), Belirti Toplamı İndeksi puan ortalamaları ($X^2KW=13,151$, $p=0,001$) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi ($X^2KW=16,642$, $p<0,001$) arasındaki fark da istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Çizelge 4.6. Mastektomili kadınlarda eğitim durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

KSE Alt Boyutları	Eğitim Durumu										Anlamlılık	
	Oyazar Değil (n=3)		Okuryazar (n=12)		İlköğretim (n=19)		Ortaöğretim (n=39)		Yükseköğretim (n=17)		X ² KW	P
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		
Somatizasyon	1,52±0,43	1,67±0,66	1,67±0,56	1,65±0,62	1,71±0,77	0,135	0,998					
Obsesif Kompulsif Bozukluk	0,71±0,98	0,95±0,61	1,07±0,60	1,35±0,72	1,65±0,68	12,023	0,017					
Kişilerarası Duyarlılık	0,83±0,57	0,85±0,81	0,77±0,81	1,19±0,78	1,36±0,81	7,691	0,104					
Depresyon	0,27±0,19	0,87±0,85	0,96±0,92	1,28±0,81	1,51±0,97	13,303	0,010					
Anksiyete Bozukluğu	0,60±0,25	1,10±0,95	0,98±0,77	1,21±0,71	1,46±0,81	6,119	0,190					
Hostilite	0,80±0,52	0,84±0,93	0,53±0,80	0,85±0,64	1,22±0,73	11,783	0,019					
Fobik Anksiyete	0,53±0,41	1,15±0,60	0,81±0,65	1,01±0,55	0,96±0,60	4,987	0,289					
Paranoid Düşünceler	0,26±0,30	0,86±1,00	0,78±0,56	1,20±0,65	1,42±0,86	14,144	0,007					
Psikotizm	0,40±0,34	0,58±0,75	0,50±0,85	0,65±0,64	1,10±0,73	13,064	0,011					
Ek Maddeler	1,50±0,25	1,97±0,72	1,72±0,63	1,99±0,75	1,92±0,67	3,26	0,515					
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,63±0,15	0,95±0,66	0,86±0,55	1,11±0,48	1,29±0,60	10,151	0,380					
Genel Semptom İndeksi	0,75±0,15	1,08±0,67	1,00±0,59	1,24±0,53	1,43±0,64	8,838	0,065					
Belirti Toplamı İndeksi	25,66±5,85	29,75±13,76	28,31±11,51	34,28±8,43	37,70±9,17	11,494	0,022					
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,30±0,04	1,57±0,37	1,53±0,43	1,65±0,42	1,75±0,47	4,998	0,288					

X²KW: Kruskal-Wallis Testi

Çizelge 4.6’da mastektomili kadınların eğitim durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, okuryazar olmayan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Somatizasyon ($1,52\pm 0,43$) ve Kişilerarası Duyarlılık ($0,83\pm 0,57$) alt boyutlarına ait olduğu bulunmuştur. Okuryazar olmayan mastektomili kadınların Genel Semptom İndeksi puan ortalaması $0,75\pm 0,15$ olarak saptanmıştır.

Okuryazar olan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler ($1,97\pm 0,72$), Somatizasyon ($1,67\pm 0,66$), Fobik Anksiyete ($1,15\pm 0,60$) alt boyutlarına ait olduğu bulunmuştur. Okuryazar olan mastektomili kadınların Genel Semptom İndeksi puan ortalaması $1,08\pm 0,67$ olarak saptanmıştır.

İlköğretim mezunu olan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler ($1,72\pm 0,63$), Somatizasyon ($1,67\pm 0,56$), Obsesif Kompulsif Bozukluk ($1,07\pm 0,60$) alt boyutlarına ait olduğu bulunmuştur. İlköğretim mezunu olan mastektomili kadınların Genel Semptom İndeksi puan ortalaması $1,00\pm 0,59$ olarak saptanmıştır.

Ortaöğretim mezunu olan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler ($1,99\pm 0,75$), Somatizasyon ($1,65\pm 0,62$), Obsesif Kompulsif Bozukluk ($1,35\pm 0,72$) alt boyutlarına ait olduğu bulunmuştur. Ortaöğretim mezunu olan mastektomili kadınların Genel Semptom İndeksi puan ortalaması $1,24\pm 0,53$ olarak saptanmıştır.

Yükseköğretim mezunu olan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler ($1,92\pm 0,67$), Somatizasyon ($1,71\pm 0,77$), Obsesif Kompulsif Bozukluk ($1,65\pm 0,68$) alt boyutlarına ait olduğu bulunmuştur. Yükseköğretim mezunu olan mastektomili kadınların Genel Semptom İndeksi puan ortalaması $1,43\pm 0,64$ olarak saptanmıştır.

Mastektomili kadınların eğitim durumları ile KSE alt boyutlarından Obsesif Kompulsif Bozukluk ($X^2KW=12,023$, $p=0,017$), Depresyon ($X^2KW=13,303$, $p=0,010$), Hostilite ($X^2KW=11,783$, $p=0,019$), Paranoid Düşünceler ($X^2KW=14,144$, $p=0,007$), Psikotizm ($X^2KW=13,064$, $p=0,011$), Belirti Toplamı İndeksi ($X^2KW=11,494$, $p=0,022$) puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.7. Mastektomili kadınların gelir durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

KSE Alt Boyutları	Gelir Durumu			Anlamlılık	
	Gelir<Gider (n=42)	Gelir=Gider (n=44)	Gelir>Gider (n=4)	X ² KW	P
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		
Somatizasyon	1,74±0,63	1,57±0,60	1,92±0,85	1,973	0,373
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1,11±0,66	1,36±0,71	2,03±0,25	7,643	0,022
Kişilerarası Duyarlılık	0,85±0,71	1,22±0,85	1,81±0,42	7,962	0,019
Depresyon	0,99±0,89	1,29±0,88	1,70±0,65	7,067	0,029
Anksiyete Bozukluğu	1,04±0,81	1,25±0,74	1,74±0,56	5,277	0,071
Hostilite	0,65±0,74	0,97±0,72	1,60±0,58	10,624	0,005
Fobik Anksiyete	0,84±0,57	1,06±0,60	1,10±0,52	4,48	0,106
Paranoid Düşünceler	0,94±0,73	1,15±0,76	1,75±0,83	4,591	0,101
Psikotizm	0,53±0,71	0,79±0,74	1,20±0,48	11,148	0,004
Ek Maddeler	1,91±0,76	1,88±0,66	2,06±0,42	0,464	0,793
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,93±0,56	1,14±0,54	1,54±0,37	8,692	0,130
Genel Semptom İndeksi	1,07±0,59	1,25±0,58	1,69±0,38	7,606	0,022
Belirti Toplamı İndeksi	30,0±11,42	34,29±8,87	44,50±3,69	9,754	0,008
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,55±0,42	1,65±0,40	2,07±0,59	4,988	0,083

X²KW: Kruskal-Wallis Testi

Çizelge 4.7’de mastektomili kadınların gelir durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, geliri giderinden az olan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (1,91±0,76), Somatizasyon (1,74±0,63), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,11±0,66) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının 1,07±0,59 olduğu saptanmıştır.

Geliri giderine eşit olan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (1,88±0,66), Somatizasyon (1,57±0,60), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,36±0,71) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının 1,25±0,58 olduğu saptanmıştır.

Geliri giderinden fazla olan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (2,06±0,42), Obsesif Kompulsif Bozukluk (2,03±0,25), Somatizasyon (1,92±0,85) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının 1,69±0,38 olduğu saptanmıştır.

Mastektomili kadınların gelir durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları Obsesif Kompulsif Bozukluk (X²KW=7,643, p=0,022), Kişilerarası Duyarlılık (X²KW=7,962, p=0,019), Depresyon (X²KW=7,067, p=0,029), Hostilite (X²KW=10,624, p=0,005) ve Psikotizm (X²KW=11,148, p=0,004) puan ortalamaları

arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca Genel Semptom İndeksi ($X^2KW=7,606$, $p=0,022$) ve Belirti Toplamı İndeksi ($X^2KW=9,754$, $p=0,008$) puan ortalamalarının da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.8. Mastektomili kadınların çocuk sahibi olma durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

KSE Alt Boyutları	Çocuk Sahibi Olma Durumu		Anlamlılık	
	Evete (n=75)	Hayır (n=15)	Z	P
	Ort±ss	Ort±ss		
Somatizasyon	1,64±0,61	1,78±0,71	-0,717	0,473
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1,17±0,66	1,81±0,67	-3,121	0,002
Kişilerarası Duyarlılık	0,96±0,76	1,66±0,78	-2,922	0,003
Depresyon	0,95±0,72	2,24±0,88	-4,4	<0,001
Anksiyete Bozukluğu	1,04±0,72	1,81±0,73	-3,415	0,001
Hostilite	0,75±0,72	1,34±0,71	-2,962	0,003
Fobik Anksiyete	0,90±0,55	1,25±0,69	-1,73	0,084
Paranoid Düşünceler	0,95±0,71	1,74±0,65	-3,655	<0,001
Psikotizm	0,54±0,64	1,38±0,79	-3,672	<0,001
Ek Maddeler	1,80±0,66	2,43±0,62	-3,109	0,002
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,96±0,51	1,56±0,53	-3,715	<0,001
Genel Semptom İndeksi	1,07±0,53	1,75±0,56	-3,872	<0,001
Belirti Toplamı İndeksi	31,22±10,03	40,53±9,28	-3,007	0,003
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,54±0,39	2,01±0,39	-3,606	<0,001

Z: Mann-Whitney U Testi

Çizelge 4.8’de mastektomili kadınların çocuk sahibi olma durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, çocuk sahibi olan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (1,80±0,66), Somatizasyon (1,64±0,61), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,17±0,66) ve Anksiyete Bozukluğu (1,04±0,72) alt boyutlarına ait olduğu bulunmuştur. Çocuk sahibi olan mastektomili kadınların Genel Semptom İndeksi puan ortalaması 1,07±0,53 olarak saptanmıştır.

Çocuk sahibi olmayan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (2,43±0,62), Depresyon (2,24±0,88), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,81±0,67) ve Anksiyete Bozukluğu (1,81±0,73) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının 1,75±0,56 olduğu belirlenmiştir.

Mastektomili kadınların çocuk sahibi olma durumları ile, Obsesif Kompulsif Bozukluk (Z=-3,121, p=0,002), Kişilerarası Duyarlılık (Z=-2,922, p=0,003), Depresyon

($Z=-4,4$, $p<0,001$), Anksiyete Bozukluğu ($Z= 3,415$, $p=0,001$), Hostilite ($Z=-2,962$, $p=0,003$), Paranoid Düşünceler ($Z=-3,655$, $p<0,001$), Psikotizm ($Z=-3,672$, $p<0,001$), Ek Maddeler ($Z=-3,109$, $p=0,002$), Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ($Z=-3,715$, $p<0,001$), Genel Semptom İndeksi ($Z=-3,872$, $p<0,001$), Belirti Toplamı İndeksi ($Z=-3,007$, $p<0,001$), Semptom Rahatsızlık İndeksi ($Z=-3,606$, $p<0,001$) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çizelge 4.9. Mastektomili kadınların sigara içme durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

KSE Alt Boyutları	Sigara İçme Durumu		Anlamlılık	
	Evete (n=29)	Hayır (n=61)	Z	P
	Ort±ss	Ort±ss		
Somatizasyon	1,73±0,68	1,63±0,61	-0,559	0,576
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1,49±0,74	1,17±0,66	-1,912	0,056
Kişilerarası Duyarlılık	1,22±0,78	1,01±0,81	-1,306	0,191
Depresyon	1,46±0,86	1,03±0,87	-2,729	0,006
Anksiyete Bozukluğu	1,37±0,82	1,08±0,74	-1,667	0,096
Hostilite	1,04±0,73	0,75±0,74	-2,015	0,044
Fobik Anksiyete	1,03±0,60	0,93±0,58	-0,685	0,493
Paranoid Düşünceler	1,15±0,77	1,04±0,76	-0,625	0,532
Psikotizm	0,89±0,71	0,59±0,72	-2,859	0,004
Ek Maddeler	1,97±0,60	1,87±0,74	-0,922	0,356
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,23±0,57	0,98±0,53	-2,233	0,026
Genel Semptom İndeksi	1,34±0,62	1,12±0,57	-1,792	0,073
Belirti Toplam İndeksi	35,55±9,7	31,45±10,58	-1,888	0,059
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,74±0,46	1,56±0,40	-1,805	0,071

Z: Mann-Whitney U Testi

Çizelge 4.9’da mastektomili kadınların sigara içme durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, sigara içen mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (1,97±0,60), Somatizasyon (1,73±0,68), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,49±0,74) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,34±0,62 olduğu saptanmıştır.

Sigara içmeyen mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (1,87±0,74), Somatizasyon (1,63±0,61), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,17±0,66) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,12±0,57 olduğu belirlenmiştir.

Mastektomili kadınların sigara içme durumları ile Depresyon ($Z=-2,729$, $p=0,006$), Hostilite ($Z=-2,015$, $p=0,044$), Psikotizm ($Z=-2,859$, $p=0,004$) ve Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ($Z=-2,233$, $p=0,026$) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çizelge 4.10. Mastektomili kadınların ailesinde meme kanseri tanısı alan birey olma durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

KSE Alt Boyutları	Ailede Meme Kanseri Tanısı Alan Birey Olma Durumu		Anlamlılık	
	Evete (n=19)	Hayır (n=71)	Z	P
	Ort±ss	Ort±ss		
Somatizasyon	1,58±0,57	1,69±0,64	-0,432	0,666
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1,40±0,64	1,24±0,71	-1,127	0,260
Kişilerarası Duyarlılık	1,07±0,75	1,08±0,82	-0,129	0,897
Depresyon	1,25±0,79	1,14±0,91	-0,923	0,356
Anksiyete Bozukluğu	1,27±0,78	1,15±0,78	-0,684	0,494
Hostilite	1,11±0,65	0,78±0,76	-2,263	0,024
Fobik Anksiyete	0,96±0,59	0,96±0,59	-0,07	0,944
Paranoid Düşünceler	1,11±0,79	1,07±0,76	-0,184	0,854
Psikotizm	0,82±0,72	0,65±0,73	-1,654	0,098
Ek Maddeler	1,89±0,58	1,90±0,73	-0,134	0,893
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,12±0,56	1,04±0,56	-0,643	0,520
Genel Semptom İndeksi	1,25±0,58	1,17±0,60	-0,767	0,443
Belirti Toplam İndeksi	35,63±8,89	32,01±10,76	-1,42	0,156
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,59±0,38	1,63±0,44	-0,183	0,855

Z: Mann-Whitney U Testi

Çizelge 4.10'da mastektomili kadınların ailesinde meme kanseri tanısı alan birey olma durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, ailesinde meme kanseri tanısı alan birey olan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (1,89±0,58), Somatizasyon (1,58±0,57), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,40±0,64) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,25±0,58 olduğu belirlenmiştir.

Ailesinde meme kanseri tanısı alan birey olmayan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (1,90±0,73), Somatizasyon (1,69±0,64), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,24±0,71) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,17±0,60 olduğu saptanmıştır.

Mastektomili kadınların ailesinde meme kanseri tanısı alan birey olma duruma-

rına göre KSE alt boyutlarından Hostilite ($Z=-2,263$, $p=0,024$) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir.

Çizelge 4.11. Mastektomili kadınların OKS kullanma durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

KSE Alt Boyutları	OKS Kullanma*		Anlamlılık	
	Evete (n=47)	Hayır (n=42)	Z	P
	Ort±ss	Ort±ss		
Somatizasyon	1,54±0,57	1,80±0,67	-1,814	0,070
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1,23±0,66	1,34±0,74	-0,586	0,558
Kişilerarası Duyarlılık	1,09±0,76	1,08±0,86	-0,227	0,820
Depresyon	1,03±0,69	1,28±1,04	-0,371	0,710
Anksiyete Bozukluğu	1,07±0,66	1,29±0,88	-0,985	0,325
Hostilite	0,80±0,63	0,91±0,86	-0,012	0,990
Fobik Anksiyete	0,91±0,49	1,03±0,67	-0,536	0,592
Paranoid Düşünceler	1,00±0,66	1,15±0,86	-0,545	0,586
Psikotizm	0,60±0,60	0,75±0,83	-0,183	0,855
Ek Maddeler	1,73±0,63	2,09±0,73	-2,189	0,029
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,99±0,45	1,12±0,65	-0,584	0,559
Genel Semptom İndeksi	1,10±0,48	1,28±0,69	-0,867	0,386
Belirti Toplam İndeksi	32,57±8,55	33,16±12,40	-0,222	0,824
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,56±0,39	1,68±0,44	-1,040	0,298

Z: Mann-Whitney U Testi
*1 kişi cevap vermemiştir.

Çizelge 4.11’de mastektomili kadınların OKS kullanma durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, OKS kullanan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (1,73±0,63), Somatizasyon (1,54±0,57), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,23±0,66) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,10±0,48 olduğu tespit edilmiştir.

OKS kullanmayan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (2,09±0,73), Somatizasyon (1,80±0,67), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,34±0,74) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,28±0,69 olduğu belirlenmiştir.

Mastektomili kadınların OKS kullanma durumlarına göre KSE Ek Maddeler puan ortalamaları ($Z=-2,189$, $p=0,029$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir.

Çizelge 4.12. Mastektomili kadınların HRT alma durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

KSE Alt Boyutları	HRT Alma Durumu		Anlamlılık	
	Evete (n=21)	Hayır (n=69)	Z	P
	Ort±ss	Ort±ss		
Somatizasyon	1,79±0,69	1,63±0,61	-0,766	0,444
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1,39±0,75	1,24±0,68	-0,69	0,49
Kişilerarası Duyarlılık	1,32±0,77	1,00±0,81	-1,765	0,078
Depresyon	1,19±0,89	1,16±0,89	-0,077	0,939
Anksiyete Bozukluğu	1,25±0,81	1,15±0,77	-0,488	0,626
Hostilite	0,95±0,81	0,82±0,73	-0,552	0,581
Fobik Anksiyete	1,03±0,55	0,94±0,60	-0,83	0,407
Paranoid Düşünceler	1,24±0,76	1,03±0,76	-1,313	0,189
Psikotizm	0,75±0,77	0,66±0,72	-0,299	0,765
Ek Maddeler	1,90±0,74	1,90±0,69	-0,024	0,981
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,14±0,56	1,03±0,559	-0,778	0,437
Genel Semptom İndeksi	1,28±0,61	1,16±0,59	-0,907	0,365
Belirti Toplam İndeksi	34,66±10,94	32,20±10,31	-0,897	0,370
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,71±0,48	1,59±0,41	-0,859	0,390

Z: Mann-Whitney U Testi

Çizelge 4.12’de mastektomili kadınların HRT alma durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, HRT alan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (1,90±0,74), Somatizasyon (1,79±0,69), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,39±0,75) ve Kişilerarası Duyarlılık (1,32±0,77) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,28±0,61 olduğu belirlenmiştir.

HRT almayan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (1,90±0,69), Somatizasyon (1,63±0,61), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,24±0,68) ve Depresyon (1,16±0,89) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,16±0,59 olduğu tespit edilmiştir.

Mastektomili kadınların HRT alma durumlarına göre KSE alt boyut ve indeks puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

Çizelge 4.13. Mastektomili kadınların kemoterapi alma durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

KSE Alt Boyutları	Kemoterapi Alma Durumu		Anlamlılık	
	Evete (n=69)	Hayır (n=21)	Z	P
	Ort±ss	Ort±ss		
Somatizasyon	1,73±0,66	1,44±0,47	-1,958	0,050
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1,33±0,72	1,09±0,59	-1,337	0,181
Kişilerarası Duyarlılık	1,10±0,79	1,01±0,87	-0,628	0,530
Depresyon	1,25±0,90	0,90±0,79	-1,8	0,072
Anksiyete Bozukluğu	1,21±0,78	1,04±0,76	-1,019	0,308
Hostilite	0,85±0,73	0,84±0,83	-0,312	0,755
Fobik Anksiyete	0,93±0,55	1,07±0,69	-0,892	0,372
Paranoid Düşünceler	1,08±0,74	1,07±0,83	-0,196	0,844
Psikotizm	0,69±0,70	0,65±0,84	-0,661	0,509
Ek Maddeler	1,97±0,70	1,69±0,65	-1,639	0,101
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,09±0,55	0,95±0,56	-1,231	0,218
Genel Semptom İndeksi	1,22±0,59	1,08±0,60	-1,236	0,217
Belirti Toplam İndeksi	33,01±10,49	32,00±10,55	-0,711	0,477
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,66±0,43	1,49±0,38	-1,799	0,072

Z: Mann-Whitney U Testi

Çizelge 4.13'te mastektomili kadınların kemoterapi alma durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, kemoterapi alan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (1,97±0,70), Somatizasyon (1,73±0,66), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,33±0,72) ve Depresyon (1,25±0,90) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,22±0,59 olduğu belirlenmiştir.

Kemoterapi almayan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (1,69±0,65), Somatizasyon (1,44±0,47), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,09±0,59) ve Fobik anksiyete (1,07±0,69) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,08±0,60 olduğu saptanmıştır.

Mastektomili kadınların kemoterapi alma durumlarına göre KSE alt boyut ve indeks puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

Çizelge 4.14. Mastektomili kadınların radyoterapi alma durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

KSE Alt Boyutları	Radyoterapi Alma Durumu		Anlamlılık	
	Evete (n=34)	Hayır (n=56)	Z	P
	Ort±ss	Ort±ss		
Somatizasyon	1,62±0,61	1,70±0,64	-0,459	0,646
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1,26±0,64	1,29±0,74	-0,033	0,973
Kişilerarası Duyarlılık	0,98±0,83	1,13±0,79	-1,058	0,290
Depresyon	1,19±0,91	1,15±0,88	-0,184	0,854
Anksiyete Bozukluğu	1,13±0,81	1,20±0,76	-0,605	0,545
Hostilite	0,80±0,74	0,87±0,76	-0,481	0,630
Fobik Anksiyete	0,91±0,60	0,99±0,58	-0,589	0,556
Paranoid Düşünceler	1,04±0,71	1,10±0,79	-0,209	0,834
Psikotizm	0,66±0,76	0,70±0,72	-0,391	0,696
Ek Maddeler	1,80±0,71	1,96±0,68	-1,052	0,293
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,01±0,56	1,09±0,55	-0,832	0,405
Genel Semptom İndeksi	1,14±0,60	1,21±0,59	-0,724	0,469
Belirti Toplam İndeksi	32,14±10,74	33,16±10,35	-0,487	0,626
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,57±0,40	1,65±0,44	-0,816	0,415

Z: Mann-Whitney U Testi

Çizelge 4.14'te mastektomili kadınların radyoterapi alma durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, radyoterapi alan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (1,80±0,71), Somatizasyon (1,62±0,61), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,26±0,64) ve Depresyon (1,19±0,91) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,14±0,60 olduğu saptanmıştır.

Radyoterapi almayan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (1,96±0,68), Somatizasyon (1,70±0,64), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,29±0,74) ve Anksiyete Bozukluğu (1,20±0,76) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,21±0,59 olduğu saptanmıştır.

Mastektomili kadınların radyoterapi alma durumlarına göre KSE alt boyut ve indeks puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

Çizelge 4.15. Mastektomili kadınların tanı almadan önce meme kanseri hakkında bilgi sahibi olma durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

KSE Alt Boyutları	Meme Kanseri Hakkında Bilgi		Anlamlılık	
	Alma			
	Evet (n=59)	Hayır (n=31)	Z	P
	Ort±ss	Ort±ss		
Somatizasyon	1,69±0,65	1,63±0,59	-0,435	0,664
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1,39±0,69	1,05±0,68	-2,413	0,016
Kişilerarası Duyarlılık	1,21±0,76	0,82±0,83	-2,48	0,013
Depresyon	1,33±0,86	0,86±0,85	-3,072	0,002
Anksiyete Bozukluğu	1,27±0,72	0,99±0,86	-2,125	0,034
Hostilite	0,92±0,65	0,72±0,91	-2,315	0,021
Fobik Anksiyete	0,96±0,56	0,95±0,65	-0,228	0,820
Paranoid Düşünceler	1,17±0,71	0,90±0,83	-2,171	0,030
Psikotizm	0,75±0,66	0,55±0,84	-2,674	0,007
Ek Maddeler	1,98±0,71	1,75±0,65	-1,454	0,146
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,14±0,50	0,89±0,62	-2,786	0,005
Genel Semptom İndeksi	1,27±0,54	1,03±0,66	-2,642	0,008
Belirti Toplam İndeksi	34,69±8,61	29,12±12,64	-2,706	0,007
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,68±0,43	1,51±0,39	-1,970	0,049

Z: Mann-Whitney U Testi

Çizelge 4.15'te mastektomili kadınların tanı almadan önce meme kanseri hakkında bilgi sahibi olma durumlarına göre KSE alt boyutları incelendiğinde, bilgi alan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (1,98±0,71), Somatizasyon (1,69±0,65), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,39±0,69) ve Depresyon (1,33±0,86) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,27±0,54 olduğu saptanmıştır.

Tanı almadan önce meme kanseri hakkında bilgi sahibi olmayan mastektomili kadınların en yüksek puan ortalamalarının Ek Maddeler (1,75±0,65), Somatizasyon (1,63±0,59), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,05±0,68) ve Anksiyete Bozukluğu (0,99±0,86) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,03±0,66 olduğu saptanmıştır.

Mastektomili kadınların tanı almadan önce meme kanseri hakkında bilgi sahibi olma durumları ile Obsesif Kompulsif Bozukluk (Z=-2,413, p=0,016), Kişilerarası Duyarlılık (Z=-2,48, p=0,013), Depresyon (Z=-3,072, p=0,002), Anksiyete Bozukluğu (Z=-2,125, p=0,034), Hostilite (Z=-2,315, p=0,021), Paranoid Düşünceler (Z=-2,171, p=0,03), Psikotizm (Z=-2,674, p=0,007) ve Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (Z=-2,786, p=0,005), Genel Semptom İndeksi (Z=-2,642, p=0,008), Belirti Toplam İndeksi (Z=-

2,706, p=0,007) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi (Z=-1,970, p=0,049) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir.

Çizelge 4.16. Mastektomili kadınlarda mastektomi uygulanan meme ile KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

KSE Alt Boyutları	Ameliyat Türü (Mastektomi uygulanan meme)			Anlamlılık	
	Sağ meme (n=39)	Sol meme (n=45)	Bilateral (n=6)	X ² KW	P
	Ort±ss	Ort± ss	Ort±ss		
Somatizasyon	1,63±0,62	1,66±0,64	1,97±0,58	2,184	0,335
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1,37±0,69	1,23±0,69	1,02±0,87	2,563	0,278
Kişilerarası Duyarlılık	1,09±0,78	1,10±0,86	0,79±0,53	0,696	0,706
Depresyon	1,24±0,89	1,10±0,83	1,24±1,30	0,891	0,641
Anksiyete Bozukluğu	1,25±0,75	1,11±0,79	1,13±0,89	1,336	0,513
Hostilite	0,83±0,74	0,89±0,77	0,63±0,70	0,719	0,698
Fobik Anksiyete	0,95±0,61	1,03±0,57	0,53±0,39	4,647	0,098
Paranoid Düşünceler	1,05±0,70	1,15±0,80	0,76±0,86	1,737	0,420
Psikotizm	0,74±0,79	0,64±0,66	0,63±0,98	1,269	0,530
Ek Maddeler	1,83±0,79	1,97±0,63	1,83±0,49	1,118	0,572
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,10±0,55	1,04±0,55	0,95±0,64	0,875	0,646
Genel Semptom İndeksi	1,20±0,59	1,19±0,59	1,09±0,67	0,409	0,815
Belirti Toplam İndeksi	33,71±9,72	32,42±11,14	29,33±10,61	1,579	0,454
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,60±0,41	1,64±0,43	1,62±0,56	0,191	0,909

X²KW: Kruskal-Wallis Testi

Çizelge 4.16’da mastektomili kadınlarda mastektomi uygulanan meme ile KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, sağ memesine mastektomi uygulanan kadınların en yüksek ortalamalarının Ek maddeler (1,83±0,79), Somatizasyon (1,63±0,62), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,37±0,69) ve Anksiyete Bozukluğu (1,25±0,75) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,20±0,59 olduğu saptanmıştır.

Sol memesine mastektomi uygulanan kadınların en yüksek ortalamalarının Ek maddeler (1,97±0,63), Somatizasyon (1,66±0,64), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,23±0,69) ve Paranoid Düşünceler (1,15±0,80) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,19±0,59 olduğu belirlenmiştir.

Bilateral mastektomi uygulanan kadınların en yüksek ortalamaları ise Ek maddeler (1,83±0,49), Somatizasyon (1,97±0,58), Depresyon (1,24±1,30) ve Anksiyete Bozukluğu (1,13±0,89) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalama-

larının ise $1,09\pm 0,67$ olduğu belirlenmiştir.

Mastektomili kadınlarda mastektomi uygulanan meme ile KSE alt boyut ve indeks puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.17. Mastektomili kadınlarda mastektomi sonrası memenin estetik görünümüne yönelik girişimde bulunma durumuna göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

KSE Alt Boyutları	Estetik Görünüme Yönelik Girişimde Bulunma		Anlamlılık	
	Evet (n=39)	Hayır (n= 51)	Z	P
	Ort±ss	Ort±ss		
Somatizasyon	1,67±0,66	1,66±0,61	-0,163	0,870
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1,49±0,67	1,11±0,68	-2,678	0,007
Kişilerarası Duyarlılık	1,23±0,74	0,96±0,84	-1,805	0,071
Depresyon	1,40±0,84	0,99±0,89	-2,864	0,004
Anksiyete Bozukluğu	1,32±0,71	1,06±0,81	-1,964	0,050
Hostilite	0,95±0,62	0,77±0,83	-2,093	0,036
Fobik Anksiyete	0,95±0,52	0,96±0,64	-0,404	0,687
Paranoid Düşünceler	1,28±0,67	0,93±0,79	-2,671	0,008
Psikotizm	0,85±0,64	0,56±0,77	-3,215	0,001
Ek Maddeler	1,92±0,66	1,89±0,73	-0,254	0,799
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,17±0,47	0,97±0,60	-2,411	0,016
Genel Semptom İndeksi	1,31±0,51	1,09±0,64	-2,566	0,010
Belirti Toplam İndeksi	35,61±7,84	30,60±11,69	-2,391	0,017
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,72±0,44	1,54±0,40	-2,109	0,035

Z: Mann-Whitney U Testi

Çizelge 4.17’de mastektomili kadınlarda mastektomi sonrası memenin estetik görünümüne yönelik girişimde bulunma durumuna göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, girişimde bulunan mastektomili kadınların en yüksek ortalamalarının Ek maddeler ($1,92\pm 0,66$), Somatizasyon ($1,67\pm 0,66$), Obsesif Kompulsif Bozukluk ($1,49\pm 0,67$) ve Depresyon ($1,40\pm 0,84$) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise $1,31\pm 0,51$ olduğu saptanmıştır.

Mastektomi sonrası memesinin estetik görünümüne yönelik girişimde bulunmayan mastektomili kadınların en yüksek ortalamalarının, Ek maddeler ($1,89\pm 0,73$), Somatizasyon ($1,66\pm 0,61$), Obsesif Kompulsif Bozukluk ($1,11\pm 0,68$) ve Anksiyete Bozukluğu ($1,06\pm 0,81$) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise $1,09\pm 0,64$ olduğu saptanmıştır.

Mastektomili kadınlarda mastektomi sonrası memenin estetik görünümüne yönelik girişimde bulunma durumuna göre KSE alt boyutlarından Obsesif Kompulsif Bozukluk ($Z=-2,678$, $p=0,007$), Depresyon ($Z=-2,864$, $p=0,004$), Hostilite ($Z=-2,093$, $p=0,036$), Paranoid Düşünceler ($Z=-2,671$, $p=0,008$), Psikotizm ($Z=-3,215$, $p=0,001$), Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ($Z=-2,411$, $p=0,016$), Genel Semptom İndeksi ($Z=-2,566$, $p=0,010$), Belirti Toplam İndeksi ($Z=-2,391$, $p=0,017$) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi ($Z=-2,109$, $p=0,035$) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir.

Çizelge 4.18. Mastektomili kadınlarda mastektomi sonrası memenin estetik görünümüne yönelik girişim türüne göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

KSE Alt Boyutları	Estetik Görünüme Yönelik Girişim Türü		Anlamlılık	
	Estetik Ameliyatı Olanlar (n=11)	Sütyen ile Destekleyenler (n=28)		
	Ort±ss	Ort±ss	Z	P
Somatizasyon	1,55±0,58	1,72±0,69	-0,767	0,443
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1,33±0,71	1,55±0,66	-0,925	0,355
Kişilerarası Duyarlılık	1,27±0,86	1,21±0,70	-0,016	0,987
Depresyon	1,08±0,67	1,52±0,87	-1,522	0,128
Anksiyete Bozukluğu	1,24±0,81	1,35±0,67	-0,595	0,552
Hostilite	1,05±0,83	0,91±0,53	-0,205	0,838
Fobik Anksiyete	0,83±0,48	1,00±0,54	-0,826	0,409
Paranoid Düşünceler	1,40±0,78	1,23±0,63	-0,504	0,614
Psikotizm	0,78±0,68	0,88±0,64	-0,552	0,581
Ek Maddeler	1,84±0,52	1,95±0,72	-0,299	0,765
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,09±0,54	1,20±0,45	-0,828	0,408
Genel Semptom İndeksi	1,24±0,56	1,34±0,50	-0,5	0,617
Belirti Toplam İndeksi	35,63±9,41	35,60±7,33	-0,141	0,888
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,64±0,53	1,75±0,41	-1,108	0,268

Z: Mann-Whitney U Testi

Çizelge 4.18’de mastektomili kadınlarda mastektomi sonrası memenin estetik görünümüne yönelik girişim türüne göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, estetik ameliyatı olan kadınların en yüksek ortalamalarının Ek maddeler (1,84±0,52), Somatizasyon (1,55±0,58), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,33±0,71) ve Paranoid Düşünceler (1,40±0,78) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,24±0,56 olduğu saptanmıştır.

Mastektomili kadınlarda mastektomi sonrası memenin estetik görünümünü sütyen ile destekleyen kadınların en yüksek ortalamalarının Ek maddeler (1,95±0,72), Somatizasyon (1,72±0,69), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,55±0,66) ve Depresyon (1,52±0,87) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,34±0,50 olduğu tespit edilmiştir.

Mastektomili kadınlarda mastektomi sonrası memenin estetik görünümüne yönelik girişim türüne göre KSE alt boyut ve indeks puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Çizelge 4.19. Mastektomili kadınlarda mastektomi sonrası aile hayatında değişiklik olma durumuna göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

KSE Alt Boyutları	Aile Hayatında Değişiklik Olma Durumu		Anlamlılık	
	Evet (n=48)	Hayır (n=42)	Z	P
	Ort±ss	Ort±ss		
Somatizasyon	1,70±0,65	1,63±0,61	-0,601	0,548
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1,32±0,62	1,23±0,78	-1,084	0,278
Kişilerarası Duyarlılık	1,08±0,72	1,07±0,90	-0,423	0,652
Depresyon	1,32±0,84	1,00±0,91	-2,273	0,023
Anksiyete Bozukluğu	1,25±0,78	1,08±0,77	-0,986	0,324
Hostilite	0,90±0,78	0,78±0,72	-0,83	0,407
Fobik Anksiyete	1,00±0,61	0,91±0,57	-0,646	0,518
Paranoid Düşünceler	1,18±0,67	0,96±0,84	-1,91	0,056
Psikotizm	0,76±0,74	0,60±0,72	-1,889	0,059
Ek Maddeler	1,96±0,71	1,83±0,68	-1,031	0,303
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,11±0,53	0,99±0,58	-1,181	0,238
Genel Semptom İndeksi	1,25±0,57	1,11±0,62	-1,509	0,131
Belirti Toplam İndeksi	34,66±8,90	30,61±11,72	-1,837	0,066
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,66±0,44	1,58±0,40	-0,793	0,428

Z: Mann-Whitney U Testi

Çizelge 4.19’da mastektomili kadınlarda mastektomi sonrası aile hayatında değişiklik olma durumuna göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, aile yaşantısında değişiklik olanların en yüksek ortalamalarının Ek maddeler (1,96±0,71), Somatizasyon (1,70±0,65), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,32±0,62) ve Depresyon (1,32±0,84) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,25±0,57 olduğu tespit edilmiştir.

Mastektomili kadınlarda mastektomi sonrası aile yaşantısında değişiklik olma-

yan kadınların yüksek ortalamalarının Ek maddeler (1,83±0,68), Somatizasyon (1,63±0,61), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,23±0,78) ve Kişilerarası Duyarlılık (1,07±0,90) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,11±0,62 olduğu belirlenmiştir.

Mastektomili kadınlarda mastektomi sonrası aile hayatında değişiklik olma durumuna göre KSE Depresyon alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.20. Mastektomili kadınlarda mastektomi sonrası cinsel yaşamın etkilenme durumuna göre KSE alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

KSE Alt Ölçekleri	Mastektomi Sonrası Cinsel Yaşam*		Anlamlılık	
	Olumsuz Yönde Etkilenen(n= 31)	Değişiklik Olmadı (n=58)	Z	P
	Ort±ss	Ort±ss		
Somatizasyon	1,61±0,56	1,69±0,66	-0,298	0,766
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1,29±0,67	1,24±0,68	-0,471	0,637
Kişilerarası Duyarlılık	1,07±0,79	1,06±0,81	-0,078	0,938
Depresyon	1,22±0,73	1,11±0,95	-1,474	0,141
Anksiyete Bozukluğu	1,19±0,67	1,14±0,81	-0,777	0,437
Hostilite	0,82±0,68	0,83±0,76	-0,234	0,815
Fobik Anksiyete	0,98±0,58	0,93±0,57	-0,418	0,676
Paranoid Düşünceler	1,07±0,64	1,06±0,81	-0,402	0,687
Psikotizm	0,69±0,69	0,65±0,72	-0,793	0,428
Ek Maddeler	1,81±0,64	1,93±0,71	-0,612	0,541
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,04±0,48	1,04±0,57	-0,357	0,721
Genel Semptom İndeksi	1,18±0,52	1,17±0,61	-0,478	0,633
Belirti Toplam İndeksi	33,83±8,67	31,86±11,06	-0,789	0,430
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,58±0,35	1,63±0,45	-0,060	0,952

Z: Mann-Whitney U Testi
* 1 kişi cevap vermemiştir.

Çizelge 4.20’de mastektomili kadınlarda mastektomi sonrası cinsel yaşamın etkilenme durumuna göre KSE alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilenen kadınların en yüksek ortalamalarının Ek maddeler (1,81±0,64), Somatizasyon (1,61±0,56), Obsesif Kompulsif Bozukluk (1,29±0,67) ve Depresyon (1,22±0,73) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise 1,18±0,52 olduğu tespit edilmiştir.

Mastektomili kadınlarda mastektomi sonrası cinsel yaşantısında değişiklik ol-

mayan kadınların en yüksek ortalamalarının Ek maddeler ($1,93\pm0,71$), Somatizasyon ($1,69\pm0,66$), Obsesif Kompulsif Bozukluk ($1,24\pm0,68$) ve Anksiyete Bozukluğu ($1,14\pm0,81$) alt boyutlarına ait olduğu ve Genel Semptom İndeksi puan ortalamalarının ise $1,17\pm0,61$ olduğu belirlenmiştir.

Mastektomili kadınlarda mastektomi sonrası cinsel yaşamın etkilenme durumuna göre KSE alt boyut ve indeks puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit saptanmıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmanın tartışma bölümünde, araştırma sonucunda elde edilen veriler, diğer literatür çalışmaları ışığı altında ve bulgular doğrultusunda tartışılmıştır. Araştırma mastektomili kadınların ruhsal durumlarının incelenmesi amacıyla 90 mastektomili kadın ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada mastektomili kadınların yaş ortalaması $50,6 \pm 12,8$ olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.1). Yıldırım'ın (81), meme cerrahisi geçirmiş 100 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalamalarının $50,3 \pm 10,55$ olduğu belirlenmiştir (81). Ülgey'in (84) yaptığı meme kanseri nedeniyle opere edilen 411 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalaması 49 olarak tespit edilmiştir (84). Meral'in (85), 120 meme kanserli hasta ile yaptığı çalışmada ise ortalama yaş $50,2 \pm 12,3$ olarak bulunmuştur (85). Yıldırım, Ülgey ve Meral'in sonuçları bu çalışmanın sonucu ile paralellik göstermektedir.

Hastaların medeni durumları incelendiğinde %75,6'sının ($n=68$) evli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çizelge 4.1). Taştan'ın (80) deney ve kontrol gruplarıyla yaptığı çalışmada hastaların %82,6'sının evli olduğu belirtilmiştir (80). Taştan'ın çalışması ile bu çalışmanın sonucu, örneklemdaki evlilerin oranının bekar ve dul olanlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Mastektomili kadınların %52,2'sinin OKS kullandığı belirlenmiştir (Çizelge 4.1). Harman'ın (26) retrospektif olarak yaptığı çalışmasında meme kanserli hastalarda OKS kullanımı %24,9 oranında belirlenmiştir (26).

Mastektomili kadınların tanı öncesi meme kanseri hakkında bilgi sahibi olma durumu incelendiğinde meme kanseri hakkında bilgi sahibi olan hastaların oranı %65,6 ($n=59$)'dır (Çizelge 4.2). Yıldırım'ın (81) çalışmasında ise bu oran %37 olarak belirlenmiştir (81). Aslan'ın (86) çalışmasında birinci derece akrabası meme kanseri olan kadınların meme kanseri erken tanısı ve KKMM bilgisi alma ve isteme durumları incelendiğinde kadınların %72,7'sinin meme kanseri erken tanısı ve KKMM hakkında bilgi aldığı ve %77,3'ünün bilgi alma konusunda isteklerinin olduğu belirlenmiştir (86).

Mastektomili kadınların mastektomi sonrası memenin estetik görünümüne yönelik girişimde bulunma durumları incelendiğinde, %56,7'sinin girişimde bulunmadığı belirlenmiştir. Yıldırım'ın (81) çalışmasında ise %52'sinin girişimde bulunmadığı sap-

tanmıştır (81)(Çizelge 4.2).

Mastektomili kadınların %28,2'sinin estetik ameliyatı olduğu, %71,8'inin de sütyen desteği kullandığı saptanmıştır. Fallbjörk ve ark.'nın (87) çalışmasında kadınların %21'i meme rekonstrüksiyonu yaptırmıştır (87) (Çizelge 4.2).

Çalışmada mastektomili kadınların %64,4'ü ameliyat sonrası cinsel yaşamında değişiklik olmadığı, %34,5'inin ise cinsel yaşamının olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır (Çizelge 4.2). Yıldırım'ın (81) çalışmasında ise hastaların %61,2'sinin ameliyattan sonra cinsel yaşantısında değişiklik olmadığı ve cinsel yaşantısında değişiklik olanların ise %93,9'unun olumsuz yönde bir değişiklik yaşadığı saptanmıştır (81). Odi-gie ve ark.'nın (88) 81 evli Afrika'lı kadınla yaptığı çalışmada %67,9 kadının mastektomiden 6 ay sonra kendilerini kadın olarak yetersiz hissettiklerini, %79'unun cinsel ilişki sıklığında azalma olduğunu belirtmişlerdir ve primer tedaviden 3 yıl sonra katılımcıların %61,7'sinin hala evliyken, %38,3'ünün boşandığını tespit etmişlerdir (88). Öncü (89), yaptığı çalışmada mastektomi olmuş kadınların ameliyat sonrası dönemde ameliyatın evlilik ilişkilerini olumlu etkileyeceği düşündüklerini belirtmiştir ve mastektomi sonrası kadınların eş uyumlarını orta düzeyde bulmuştur (89).

Mastektomili kadınların KSE alt boyutlarından, Somatizasyon alt boyutundan $1,67\pm 0,63$, Obsesif Kompulsif Bozukluk alt boyutundan $1,27\pm 0,70$, Kişilerarası Duyarlılık alt boyutundan $1,08\pm 0,80$, Depresyon alt boyutundan $1,17\pm 0,88$, Anksiyete Bozukluğu alt boyutundan $1,17\pm 0,77$, Paranoid Düşünceler alt boyutundan $1,08\pm 0,76$ puan aldığı belirlenmiştir (Çizelge 4.3). Pan ve ark.'nın (7), Çin'de meme kanserli kadınlarda yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (7). Saral'ın (6) meme kanserli hastaların kansere uyumunu incelediği çalışmasında ruhsal belirti puan ortalamalarından en yükseği anksiyete bozukluğu alt boyutuna, en düşüğü ise psikotizm alt boyutuna ait olarak belirlenmiş, bireylerin ruhsal belirti puan ortalamaları düşük olarak bulunmuş ancak semptom rahatsızlık indeksi puan ortalaması orta düzeye yakın olarak saptanmıştır (6). García-Torres ve Alós (90), mastektomi geçiren kadınlarla yaptıkları çalışmada, kadınların %60'ının minimal depresyon, %4'ünün ise daha şiddetli depresyon geçirdiğini belirlemişlerdir (90). Çalışmada kadınların GSI puan ortalaması $1,19\pm 0,59$ olarak belirlenmiştir. GSI'nin 1'in üzerinde olması psikopatolojik bir durumun varlığını göstermektedir. Pan ve ark.'nın (7) çalışmasında da GSI puan ortalaması $1,45\pm 0,45$ olarak belirlenmiştir (7). Yıldırım ve Batmaz'ın (91) Türkiye'de meme cer-

rahisi geçirmiş kadınlarda yaptıkları çalışmada da meme kanserli kadınların ruhsal durumlarının olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir (91). Bu sonuçlar mastektomili kadınların ruhsal durumlarında sorun olduğunu göstermektedir.

Çalışmada 60 yaş ve altı grubun GSİ puan ortalamalarının 1'in üzerinde olduğu, 61 yaş ve üzeri grubun ise 1'in altında olduğu saptanmıştır. Ayrıca 30 yaş ve altındaki mastektomili kadınların en yüksek GSİ puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada mastektomili kadınların yaş gruplarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, Obsesif Kompulsif Bozukluk ($X^2KW=11,232$, $p=0,024$), Kişilerarası Duyarlılık ($X^2KW=9,885$, $p=0,042$), Depresyon ($X^2KW=17,949$, $p=0,001$), Hostilite ($X^2KW=12,64$, $P=0,013$), Paranoid Düşünceler ($X^2KW=13,722$, $p=0,008$), Psikotizm ($X^2KW=12,216$, $p=0,010$) ve GSİ ($X^2KW=12,938$, $p=0,012$) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çizelge 4.4). Knobf'un (92) çalışmasında da genç yaşta olanların daha fazla psikolojik semptom yaşadığı belirlenmiştir (92). Bardwell ve ark.'nın (93), meme kanserli kadınlarda yaptıkları çalışmada, yaşın genç olmasının depresyon semptomları üzerinde önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir (93). Genç grupta psikolojik semptomların daha fazla görülmesi, genç kadınların beden imajını ve üreme yeteneğine diğer yaş grubundaki kadınlara göre daha çok anlam yüklemesinden ve bu yaşta hastalığın kabullenilmesinin zor olmasından kaynaklanmış olabilir. Yıldırım'ın (81) çalışmasında ise 30 yaş ve altındaki hastaların diğer yaş gruplarındaki hastalara göre Hostilite ve Paranoid Düşünceler puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (81). Fafouti ve ark.'nın (94) çalışmasında da meme kanserli kadınlarda yaş ile tüm KSE alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (94). Bu sonuç araştırmamızın yaş gruplarında görülen ruhsal belirtilerini desteklemektedir.

Mastektomili kadınların medeni durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, bekar olanların tüm KSE alt boyutlarından ve indekslerinden aldıkları puan ortalamalarının diğer gruptakilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Medeni durum ile Obsesif Kompulsif Bozukluk ($X^2KW=8,165$, $p=0,017$), Kişilerarası Duyarlılık ($X^2KW=13,838$, $p=0,001$), Depresyon ($X^2KW=26,705$, $p<0,001$), Anksiyete Bozukluğu ($X^2KW=17,886$, $p<0,001$), Hostilite ($X^2KW=12,069$, $p=0,002$), Paranoid Düşünceler ($X^2KW=12,994$, $p=0,002$), Psikotizm ($X^2KW=16,494$, $p<0,001$) ve Ek Maddeler ($X^2KW=9,690$, $p=0,008$) puan ortalamaları

arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çizelge 4.5). Bardwell ve ark. (93) meme kanserli kadınlarda yaptıkları çalışmada, evlenmemiş olmanın, depresyon semptomları üzerinde önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir (93). Yıldırım'ın (81) çalışmasında ise hastaların medeni durumlarına göre KSE alt boyutlarından Hostilite puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (81). Pan ve ark.'nın (7) çalışmasında bekar olanların kişilerarası duyarlılık alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (7). Ayrıca Manne ve ark.'nın (95) çalışmasında, evli olan meme kanserli kadınlar psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissettiklerini ve bu süreçte eş desteğinin önemli olduğunu ifade etmişlerdir (95).

Çalışmada eğitim seviyesi arttıkça GSİ puan ortalamalarının arttığı ve sadece okuryazar olmayan grubun GSİ puan ortalamasının 1'in altında olduğu saptanmıştır (p=0,065). Mastektomili kadınların eğitim durumlarına göre KSE alt boyutları incelendiğinde, Obsesif Kompulsif Bozukluk ($X^2KW=12,023$, p=0,017), Depresyon ($X^2KW=13,303$, p=0,010), Hostilite ($X^2KW=11,783$, p=0,019), Paranoid Düşünceler ($X^2KW=14,144$, p=0,007), Psikotizm ($X^2KW=13,064$, p=0,011), Belirti Toplamı İndeksi ($X^2KW=11,494$, p=0,022) ve GSI ($X^2KW=8,838$, p=0,065) puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.6). Bu bulgular, eğitim seviyesi arttıkça hastalık ve süreç hakkında bilgi sahibi olma isteğinin artması, kişiyi araştırma sorgulama yapmaya yöneltmekte ve psikolojik olarak olumsuz etkilemektedir. Literatürde bu çalışmanın sonuçlarından farklı sonuçlara rastlanmıştır (7,94).

Çalışmada gelir düzeyi arttıkça GSİ puan ortalamalarının arttığı ve GSİ puan ortalamalarının 1'in üzerinde olduğu saptanmıştır. Mastektomili kadınların gelir durumlarına göre KSE alt boyutlarından aldıkları Obsesif Kompulsif Bozukluk ($X^2KW=7,643$, p=0,022), Kişilerarası Duyarlılık ($X^2KW=7,962$, p=0,019), Depresyon ($X^2KW=7,067$, p=0,029), Hostilite ($X^2KW=10,624$, p=0,005) ve Psikotizm ($X^2KW=11,148$, p=0,004) GSI ($X^2KW=7,606$, p=0,022) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çizelge 4.7). Daştan ve Buzlu'nun (96) çalışmasında gelir durumu çok iyi olan kadınların depresyon puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır (96). Kadınların gelir düzeyi ile birlikte sosyokültürel düzeyleri arttığı için, beden imajı ile ilgili kaygıları artmakta ve bu durum kadınları psikolojik olarak olumsuz yönde etkilemektedir.

Çalışmada çocuk sahibi olma durumlarına göre mastektomili kadınların GSİ

puan ortalamasının 1'in üzerinde olduğu saptanmıştır. KSE alt boyutları incelendiğinde, Obsesif Kompulsif Bozukluk ($Z=-3,121$, $p=0,002$), Kişilerarası Duyarlılık ($Z=-2,922$, $p=0,003$), Depresyon ($Z=-4,4$, $p<0,001$), Anksiyete Bozukluğu ($Z= 3,415$, $p=0,001$), Hostilite ($Z=-2,962$, $p=0,003$), Paranoid Düşünceler ($Z=-3,655$, $p<0,001$), Psicotizm ($Z=-3,672$, $p<0,001$), Ek Maddeler ($Z=-3,109$, $p=0,002$), GSI ($Z=-3,872$, $p<0,001$), Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ($Z=-3,715$, $p<0,001$), Genel Semptom İndeksi ($Z=-3,872$, $p<0,001$), Belirti Toplamı İndeksi ($Z=-3,007$, $p<0,001$), Semptom Rahatsızlık İndeksi ($Z=-3,606$, $p<0,001$) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çizelge 4.8). Çocuk sahibi olmayan mastektomili kadınların, tüm KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının çocuk sahibi olan kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç çocuk sahibi olmayanların hastalık ve tedavi sürecine daha fazla odaklanmasından ya da tedaviye bağlı olarak çocuk sahibi olamama korkusunu yoğun yaşamalarından kaynaklanmış olabilir.

Sigara içen ve içmeyen mastektomili kadınların GSİ puan ortalamasının 1'in üzerinde olduğu saptanmıştır. Çalışmada sigara içen kadınların KSE alt boyut ortalamalarının sigara içmeyenlerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sigara içme durumları ile Depresyon ($Z=-2,729$, $p=0,006$), Hostilite ($Z=-2,015$, $p=0,044$), Psicotizm ($Z=-2,859$, $p=0,004$) alt boyutu ve Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çizelge 4.9). Daştan ve Buzlu'nun (97) çalışmasında meme kanserli kadınların kendilerini suçladıkları ve sigara içmeye başladıkları ifade edilmektedir (97). Sigara içen kadınların puan ortalamalarının bu nedenle yüksek olduğu düşünülebilir.

Ailesinde meme kanseri tanısı alan birey olma durumlarına göre mastektomili kadınların GSİ puan ortalamasının 1'in üzerinde olduğu saptanmıştır. Mastektomili kadınların ailesinde meme kanseri tanısı alan birey olma durumlarına göre KSE alt boyutlarından Hostilite ($Z=-2,263$, $p=0,024$) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir (Çizelge 4.10). Ailesinde meme kanseri tanısı alan birey olan mastektomili kadınların Anksiyete Bozukluğu ve Depresyon alt boyut puan ortalamalarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, Daştan ve Buzlu'nun (96) çalışma bulguları ile benzer özelliktedir (96).

OKS kullanmayan mastektomili kadınların KSE alt boyutlarından aldıkları puan

ortalamalarının OKS kullananlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. OKS kullanma durumlarına göre sadece Ek Maddeler puan ortalamaları ($Z=-2,189$, $p=0,029$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir (Çizelge 4.11). Benzer şekilde Yıldırım'ın (81) çalışmasında da oral kontraseptif kullanmayanların kullananlara göre KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve Obsesif Kompulsif Bozukluk, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ve Semptom Rahatsızlık İndeksi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (81).

HRT alan mastektomili kadınların KSE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının HRT almayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Mastektomili kadınların HRT alma durumlarına göre KSE puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$)(Çizelge 4.12). Yıldırım'ın (81) çalışmasında da HRT kullanımı ile KSE alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmış ve bu konuda bu çalışmayla benzer özellik göstermiştir (81). HRT alan mastektomili kadınların puan ortalamalarının yüksek olmasının HRT kullanımından dolayı kendilerini suçlu hissetmelerinden kaynaklanmış olduğu düşünülebilir.

Kemoterapi alan mastektomili kadınların KSE alt boyut puan ortalamalarının Kemoterapi almayan kadınlara göre daha yüksek olduğu, kemoterapi alma durumlarına göre KSE puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$)(Çizelge 4.13). Yıldırım'ın (81) çalışmasında da kemoterapi alan hastaların almayanlara göre KSE alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (81). Arroyo ve López'in (98) mastektomili kadınlarla yaptığı çalışmasında, kemoterapinin fertiliteye, cinselliğe ve menopoza olan etkisinin bu hastalarda stresi artırdığını belirtmişlerdir (98).

Radyoterapi alan mastektomili kadınların KSE alt boyut puan ortalamalarının radyoterapi almayan kadınlara göre daha yüksek olduğu ve KSE alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$)(Çizelge 4.14). Yıldırım'ın (81) çalışmasında ise radyoterapi alan hastaların, almayalara göre KSE alt boyutlarından Somatizasyon ve Obsesif Kompulsif Bozukluk puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek olduğu saptanmıştır (81).

Mastektomili kadınların tanı almadan önce meme kanseri hakkında bilgi sahibi olma durumlarına göre KSE alt boyutlarından Obsesif Kompulsif Bozukluk ($Z=-2,413$,

p=0,016), Kişilerarası Duyarlılık (Z=-2,48, p=0,013), Depresyon (Z=-3,072, p=0,002), Anksiyete Bozukluğu (Z=-2,125, p=0,034), Hostilite (Z=-2,315, p=0,021), Paranoid Düşünceler (Z=-2,171, p=0,030), Psicotizm (Z=-2,674, p=0,007), Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (Z=-2,786, p=0,005), Genel Semptom İndeksi (Z=-2,642, p=0,008), Belirti Toplam İndeksi (Z=-2,706, p=0,007) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi (Z=-1,970, p=0,049) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir (Çizelge 4.15). Bu sonuca göre meme kanseri hakkında tanı öncesi bilgi alan kadınların, hastalıkla ilgili ve bu süreç hakkında bilgi sahibi olmaları nedeniyle ruhsal yönden daha fazla etkilendikleri düşünülebilir.

Mastektomili kadınların mastektomi uygulanan memeye göre GSİ puan ortalamaları incelendiğinde 1'in üzerinde olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Mastektomili kadınlarda mastektomi uygulanan meme ile KSE puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05)(Çizelge 4.16). Mastektomi kadınların vücut bütünlüğünü bozduğu için kaybı her şekilde ruhsal durumu olumsuz yönde etkilemektedir. Yıldırım'ın (81) çalışmasında da bu konu ile KSE alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (81).

Mastektomili kadınlarda mastektomi sonrası memenin estetik görünümüne yönelik girişimde bulunulan kadınların puan ortalamaları bulunulmayan kadınlara göre daha yüksek, KSE alt boyutlarından Obsesif Kompulsif Bozukluk (Z=-2,678, p=0,007), Depresyon (Z=-2,864, p=0,004), Hostilite (Z=-2,093, p=0,036), Paranoid Düşünceler (Z=-2,671, p=0,008), Psicotizm (Z=-3,215, p=0,001), Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (Z=-2,411, p=0,016), Genel Semptom İndeksi (Z=-2,566, p=0,010), Belirti Toplam İndeksi (Z=-2,391, p=0,017) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi (Z=-2,109, p=0,035) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir (Çizelge 4.17). Bu sonuç mastektomili kadınların beden imajında değişiklik olması nedeniyle ruhsal yönden sorun yaşadıklarını ve bu nedenle estetik görünümleri için girişimde bulduklarını göstermektedir.

Mastektomili kadınlarda mastektomi sonrası memenin estetik görünümüne yönelik girişim türüne göre KSE puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05) (Çizelge 4.18). Medeiros ve ark.'nın (99) meme rekonstrüksiyonu ve meme koruyucu cerrahi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada,

rekonstrüksiyonun ya da meme koruyucu cerrahinin kadınlarda depresyon oluşumunu etkilemediği belirlenmiştir ve gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (99). Medeiros ve ark.'nın sonucu bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Yıldırım'ın (81) çalışmasında ise ameliyattan sonra alınan göğsün estetik görünümü için bir uygulamada bulunanlar ile bulunmayanlar arasında KSE alt boyutlarına yönelik anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıca ameliyat sonrası estetik görünüm için sütyen içine silikon protez koyanların, sünger destekli sütyen kullananlar ve estetik operasyon geçirenlere göre KSE alt boyutlarından Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Hostilite, Psikotizm, Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ve Semptom Rahatsızlık İndeksi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (81).

Mastektomili kadınlarda mastektomi sonrası aile hayatında değişiklik olma durumuna göre KSE Depresyon alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.19). Bu sonuca göre mastektomili kadınların hastalık sürecine bağlı olarak aileleri için yetersiz kaldıklarını düşünmelerine ve bunun sonucunda ruhsal yönden depresyon yaşamalarına neden olduğu düşünülebilir.

Mastektomili kadınlarda mastektomi sonrası cinsel yaşamın etkilenme durumuna göre KSE puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 4.20). Yıldırım'ın (81) çalışmasında ise ameliyattan sonra eşinin ona karşı soğuduğunu düşünenlerin, KSE alt boyutlarından Depresyon puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (81).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Mastektomili kadınların ruhsal durumlarının incelenmesi amacıyla 90 hasta ile yürütülen bu araştırmanın sonuçları şu şekildedir:

▼ Mastektomili kadınların tanıtıcı özellikleri ile ilgili sonuçları:

Mastektomili kadınların yaş ortalamasının $50,6 \pm 12,8$ olduğu ve % 25,6'sının 61 yaş ve üzerindeki grupta yer aldığı, %75,6'sının evli, %43,3'ünün ortaöğretim mezunu, % 48,9'unun gelirinin giderine eşit olduğu, %83,3'ünün çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir.

Mastektomili kadınların %31,1'inin 25 ay ve daha fazla süre emzirdiği, %52,2'sinin ilk doğum yaşının 19-24 yaş aralığında ve %87,8'inin ilk adet yaşının 11-14 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Mastektomili kadınların %67,8'inin sigara kullanmadığı, %78,9'unun ailesinde meme kanseri tanısı alan birey olmadığı %52,2'sinin OKS kullandığı, %76,7'sinin HRT almadığı saptanmıştır.

▼ Mastektomili kadınların tedaviye ilişkin özellikleri ile ilgili sonuçlar:

Mastektomili kadınların %76,7'sinin kemoterapi aldığı, %37,8'inin radyoterapi aldığı, %65,6'sının meme kanseri tanısı almadan önce meme kanseri hakkında bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Kadınların %50'sinin sol memesine mastektomi uygulandığı saptanmıştır. Mastektomili kadınların %56,7'sinin mastektomi sonrası memesinin estetik görünümü için herhangi bir girişimde bulunmadığı, girişimde bulunan kadınların %28,2'sinin estetik ameliyatı olduğu, %71,8'inin ise memesinin estetik görünümünü sütyen ile desteklediği belirlenmiştir. %53,3'ünün ameliyat sonrası aile hayatında değişiklik olduğu, %64,4'ünün cinsel yaşamında değişiklik olmadığı tespit edilmiştir.

▼ KSE alt boyutları ile ilgili sonuçlar:

Mastektomili kadınların KSE alt boyutlarından, Ek Maddeler, Somatizasyon, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu en yüksek ortalamalar olarak belirlenmiştir. Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi puan ortalaması $1,06 \pm 0,55$, Genel

Semptom İndeksi puan ortalaması $1,19 \pm 0,59$, Belirti Toplamı İndeksi puan ortalaması $32,77 \pm 10,45$ ve Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalaması $1,62 \pm 0,42$ olarak belirlenmiştir.

▼ Bu sonuçlar doğrultusunda;

Mastektomili kadınlarda ruhsal belirtilerin ayrıntılı olarak incelenmesi ve bu belirtilerin daha kolay ve çabuk tanımlanması için hemşirelere yönelik eğitim programları düzenlenmesi, Hemşirelik girişimleri ayrıntılı bir biçimde yeniden düzenlenerek hemşirelerin bütüncül yaklaşımla hasta, eş ve bakım verici kişiler ile ortak hareket etmesi, Hemşirelerin, mastektomili kadınları ve eşlerini, gereksinimleri olduğunda sağlık profesyonellerinden yardım almaktan çekinmemeleri konusunda cesaretlendirilmeleri, Mastektomili kadınların ruhsal durumlarına yönelik olarak benzer çalışmaların yapılması, Farklı ve daha büyük örneklem gruplarında bu konu ile ilgili yeni çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. **Çevik A, İzmir M, Kuzugüdenoğlu D, Oğuz TF, Özden A, Yalnız Ö.** *Psikosomatik Bozukluklar*. Ankara: Roche Yayını, **1996**: 77-83.
2. **Savcı AB.** Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, **2006**.
3. **Başara BB, Güler C, Yentür GK, Birge B, Pulgat E, Ekinci BM.** T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Ankara, **2013**. Erişim: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/istaturk2012.pdf> Erişim tarihi: 06.02.2014
4. **Akdeniz A.** Triple Negatif Meme Kanserlerinin Demografik Klinik ve Patolojik Karakteristikleri. Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD, Ankara, **2010**. Erişim: <http://lib.baskent.edu.tr/tezbaskent1/00509.pdf> Erişim tarihi: 15.02.2014
5. **Morrel RM, Halyard MY, Schild SE, Ali MS, Gunderson LL, Pockaj BA.** Breast cancer-related lymphedema. *Mayo Clinic Proceedings*, **2005**; 80(11): 1480-1484.
6. **Saral EK.** Meme Kanseri Hastalarının Kansere Uyumlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara, **2008**. Erişim:<http://www.acikarsiv.gazi.edu.tr/index.php?menu=2&secim=10&YayinBIK=2383#> Erişim tarihi: 15.02.2014
7. **Pan X, Fei M, Zhang KY, Fan Z, Fu F, Fan J.** Psychological profile of women with breast cancer based on the symptom checklist-90-R. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, **2013**;14:6579-6584.
8. **Fann DR, Thomas-Rich AM, Katon WJ, Cowley D, Pepping M, McGregor BA, Gralow J.** Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry*, **2008**; 30: 112-126.
9. **Skrzypulec V, Tobor E, Drosdzol A, Nowosielski K.** Biopsychosocial functioning of women after mastectomy. *Journal Of Clinical Nursing (Electronic Journal)* , **2009**;18(4):613-619. Erişim: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02476.x/abstract> Erişim Tarihi: 30.10.2013
10. **Garip M.** Meme Kanseri Nedeniyle Opere Olan Hastalarda Meme Koruyucu Cerrahi Veya Radikal Mastektomi Kararını Etkileyen Faktörler Ve Cerrahi Türünün Hasta Üzerindeki Etkileri. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul, **2008**.
11. **Çam O, Gümüş AB.** Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**; 10(3): 52-60.
12. **Karadakovan A, Eti Aslan F.** *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 1. Baskı, Adana: Nobel Kitabevi, **2010**.
13. **Bernstein D, Shelov S.** *Published In Collaboration With The AAP Pediatrics For Medical Students*. 3rd Ed., China: Lippincott Williams&Wilkins, **2012**.
14. **Hatipoğlu N.** Pubertal dönem sorunları. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, **2012**; 16: 1-3.
15. **Krontiras H, Bland KI.** Anatomy of the breast, axilla, and thoracic wall. Winchester DJ, Winchester DP. *Breast Cancer*. 2nd Ed., USA: BC Decker, **2006**:15-47.

16. **Meral H.** Meme Kanseri Hastalarının Mastektomi Sonrası Komplikasyonları Ve Risk Faktörleri. Uzmanlık Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Trabzon, **2009**.
17. **Başoğlu M.** **Memenin anatomisi, embriyolojisi, histolojisi ve fizyolojisi.** *Türkiye Klinikleri Journal- Special Topics* (abstract) (Elektronik Dergi), **2010**; 3(3): 1-7.
Erişim:<http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-memenin-anatomisi-embriyolojisi-histoloji-ve-fizyolojisi-59287.html> Erişim Tarihi: 15.09.2013
18. **Sabel M S.** *Surgical Foundations: Essentials Of Breast Surgery (E-Book). 1st Ed.* , United States of America: Mosby Elsevier, **2009**: 14.
Erişim:http://books.google.com.tr/books?id=KqKDRwWBCvIC&printsec=frontcover&dq=michael+sabel+2009&hl=tr&sa=X&ei=XYJiUuK8JmRtQaL8oDoAg&redir_esc=y#v=onepage&q=michael%20sabel%202009&f=false Erişim Tarihi: 15.09.2013
19. Dünya ve Türkiye’de Kanser.
Erişim: www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15486/dunya-ve-turkiyede-kanser.html Erişim tarihi: 17.05.2013
20. **Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Sak SD, Tükün A, Yalçın B.** Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2011**; 7(2): 47-67.
Erişim:<http://www.thejournalofbreasthealth.com/sayilar/23/buyuk/2541.pdf> Erişim Tarihi: 19.10.2013
21. İnsan Kromozomları ve Kromozom Düzensizlikleri.
Erişim: <http://w2.anadolu.edu.tr/aos/kitap/EHSM/1218/unite10.pdf> Erişim Tarihi: 10.07.2013
22. **Güllüoğlu MG, Dizdaroğlu F.** Tümör anjiogenezi. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, **2000**; 16(5):279-290.
23. Balcısoy Ü, Aydoğan F, Ünal H, Çelik V, Koç E, Cengiz A, Uras C. Meme hastalıklarında anamnez, muayene ve tanı, Selim meme hastalıkları, Meme kanserinde risk faktörleri ve evreleme, Memenin in situ kanserleri, Erken evre meme kanseri. **Göksoy E.** *Genel Cerrahi Ders Kitabı*. Cilt 1, İstanbul, **2010**: 361-381.
24. **American Cancer Society.** *Breast Cancer Facts&Figures 2011-2012*. Atlanta: **2011**.
25. **Dow KH.** *Contemporary Issues In Breast Cancer- A Nursing Perspective*. 2nd Ed. ,Canada: Jones and Bartlett, **2004**.
26. **Harman Ö.** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Bölümü’ ne Başvuran Meme Kanseri Hastalarda Risk Faktörlerinin Dağılımı. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, **2007**.
27. **Özmete S.** Cerrahi tedavi uygulanan meme kanserli hastaların erken dönem sonuçları. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana, **2007**.
28. Meme Kanseri.
Erişim: <http://kanser.gov.tr/index.php/kanser/kanser-turleri/49-meme-kanseri.html>
Erişim tarihi: 25.06.2013
29. Medifocus Guidebook on: Breast Cancer (a comprehensive guide to symptoms, treatment, research, and support). Medifocus, **2010**:25.

30. **Ferahman M.** Meme kanserinde güncel TNM evrelemesi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri-Meme Kanseri Sempozyum Dizisi*, **2006**;54:87-91.
Erişim: <http://www.ctf.istanbul.edu.tr/stek/bb54.htm> Erişim tarihi: 18.08.2013
31. **Çavuşoğlu AÇ, Saydam S, Canda, Sakızlı M.** Meme tümör sınıflamasında yenilik çabaları. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2009**; 5 (4): 187-190.
32. Breast Cancer Treatment.
Erişim:<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/healthprofessional/page3> Erişim Tarihi: 06.01.2014
33. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Daire Başkanlığı Ulusal Kanseri Taramaları (Meme Kanseri Ulusal Kanseri Tarama Standardı).
Erişim: www.kanser.gov.tr Erişim Tarihi: 10.01.2014
34. **Arıbal, Tunçbilek N, Çelik L.** Türk Radyoloji Derneği meme radyolojisi çalışma grubu meme kanseri radyolojik tarama standartları. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2012**; 8(1): 3-10.
35. **Somunoğlu S.** Meme kanseri: Belirtileri ve erken tanıda kullanılan tarama yöntemleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2009**; 4(10): 103-122.
36. Pişkin E. Kendi Kendine Meme Muayenesi. Eğitim Şube Müdürlüğü.
Erişim: (<http://www.bsm.gov.tr/bugep/docs/kkmm.pdf>) Erişim tarihi: 14.03.2012
37. **Uzun Ö, Karabulut N, Karaman Z.** Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* (Elektronik Dergi), **2004**; 7(1).
38. **Wilson A R M, Macmillan R D.** The role of imaging in breast diagnosis including screening excision of palpable lesions. Dixon J M. *A Comparison To Specialist Surgical Practice Breast Surgery*. 4th Ed., China (E-book): Saunders Elsevier, **2009**: 2.
Erişim:http://www.amazon.co.uk/Breast-Surgery-Print-enhancedEBook/dp/0702030120/ref=sr_1_1/279-0317135-4264614?s=books&ie=UTF8&qid=1382186007&sr=1-1&keywords=0702030120 Erişim Tarihi: 19.10.2013
39. **Taylor SH.** *Health Psychology*. 8th Ed. , Los Angeles: McGraw Hill International Edition, **2012**.
40. **Turgut T, Hasırcıoğlu F, Kaşar U.** Meme Hastalıklarının Tanısında Mamografi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, **2000**.
41. **Diñel E, Kısmet K, Erel S, Sunay D, Şahin M, Taşova V, Akkuş MA.** İlk mamografi yaşına etki eden faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2010**, 6(3):113-117.
42. **Yılmaz M, Kıymaz Ö.** Anxiety and pain associated with process mammography: Influence of process information before. *The Journal Of Breast Health*, **2010**; 6(2):62-68.
43. **Koçyiğit O, Erel S, Kısmet K, Kılıçoğlu B, Sabuncuoğlu MZ, Akkuş MA.** Polikliniğe başvuran kadınların meme kanseri meme muayenesi ve mamografi hakkında bilgi düzeyi: İl merkezinde yapılan bir çalışma, *Nobel Medicus* (Elektronik Dergi), **2011**, 7(2):19-25.
Erişim: <http://www.nobelmedicus.com/contents/201172/19-25.htm> Erişim Tarihi: 19.10.2013
44. **Özkan S, Alçalar N.** Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *Meme sağlığı Dergisi* (Elektronik Dergi), **2009**; 5 (2): 60-64.
Erişim:<http://www.thejournalofbreasthealth.com/sayilar/15/buyuk/1551.pdf> Erişim Tarihi: 21.05.2013

45. **Türksoy Ö, Araz L, Yıldız S, Borça N, Yüksel E.** Solid meme lezyonlarını değerlendirmede B-mod, renkli doppler ve power doppler ultrasonografinin yeri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, **2008**; 61(2): 68-72.
46. **Algül A, Balcı P, Seçil M, Canda T.** Meme kitlelerinde kontrastlı power doppler ve renkli doppler US: tanısal etkinlikleri ve ayırıcı tanıya katkıları. *Tanısal Ve Girişimsel Radyoloji*, **2003**; 9: 199-206.
47. **Baskan S, Atahan K, Arıbal E, Özaydın N, Balcı P, Yavuz E.** Meme kanserinde tarama ve tanı (İstanbul Meme Kanseri Konsensus Konferansı 2010). *Meme Sağlığı Dergisi*, **2012**, 8 (3): 100-125.
48. **Yalav O.** Erken Evre Meme Kanseri Hastalarda Sentinel Lenf Nodu Biyopsisinin Yeri. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana, **2009**.
49. **Akpınar AT.** Erken evre meme kanserlerinde aksiller sentinel lenf nodlarının lenfosintigrafisi ve intraoperatuar gama prob ile saptanması. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2006**; 32(3): 109-112.
50. **Öztop İ.** Duktal karsinoma in situ. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, **2005**; 4(15): 219-228.
51. **Cengiz A.** İn situ meme kanserlerinde tedavi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri- Meme Kanseri Sempozyum Dizisi*, **2006**; 54: 79-85.
52. **Gümüş M, Ustaalioglu BO, Garip M, Kızıltan E, Turhal NS, Bilici A, Şeker M, Erkol B, Salepci T, Mayadağlı A.** Factors that affect patients' decision-making about mastectomy or breast conserving surgery, and the psychological effect of this choice on breast cancer patients. *Breast Care (Electronic Journal)*, **2010**; 5: 164-168.
Erişim: <http://www.karger.com/Article/Abstract/314266> Erişim Tarihi: 19.10.2013
53. Ellis H, Calne SR, Watson C. **Lecture Notes on General Surgery**, Çeviri: **Tayyareci G, Tayyareci A.** *Genel Cerrahi*. Baskı sayısı basıldığı yer neresi, Nobel Tıp Kitabevi, **2005**: 290-291.
54. *Onkolojik Hastalıklar Ve Hemşirelik Bakımı El Kitabı*. (T.C. Sağlık Bakanlığı, Dr. Abdurrahman Yurtarlan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi), Ankara: **2005**.
55. **Doherty GM, Meko JB, Olson JA, Peplinski GR, Worrall NK.** Çevirmen: **Aydın S, Çağlıkküleççi M, Tahsin Çolak T, Dirlik M, Öcal K, Akça T.** *Washington Cerrahi El Kitabı*. 2. Baskı, Adana: Nobel Tıp Kitabevleri, **2002**: 474-480.
56. **Serel S, Şen Z, Kaya B, Emiroğlu M, Can Z.** İmplantlar Ve Doku Genişleticiler İle Meme Rekonstrüksiyonu, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* , 57(3), **2004**: 167-173
57. **Alhan D, Şahin İ, Özer F, Zor F, Nişancı M, Öztürk S, Eski M, Işık S.** Meme rekonstrüksiyonundaki 10 yıllık deneyimimiz. *Türk Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Dergisi (Elektronik Dergi)*, **2012**; 20(1): 1-6.
Erişim: <http://www.tpcd.org.tr/dergi/index.php/tprecd/article/view/1413> Erişim Tarihi: 19.10.2013.
58. **Ayhan S, Küçük İ, Tuncer S, Çukurluoğlu O, Uygur Ş.** Proflaktik mastektomi ve çift taraflı meme onarımı: Klinik deneyim. *Türk Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Dergisi (Elektronik Dergi)*, **2009**; 17 (3): 122-127.
Erişim: <http://www.tpcd.org.tr/dergi/index.php/tprecd/article/view/1174> Erişim Tarihi: 19.10.2013

59. **Zurrida S, Arnone P, Martella S, Castillo A, Martini RR, Semenkiw ME, Caldarella P.** The changing face of mastectomy (from mutilation to aid to breast reconstruction). *International Journal Of Surgical Oncology* (Elektronik Journal), **2011**: 1-7.
Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263661/> Erişim Tarihi: 19.10.2013
60. Beşe NŞ. Meme kanserinde radyoterapi. İ.Ü. CTF Sürekli Tıp Eğitim Komisyonu Sempozyum Dizisi. **Serdengeçti S, Demir G.** *Güncel Klinik Onkoloji*. İstanbul: (STE Online), **2003**(37): 178-184. Erişim: <http://www.ctf.istanbul.edu.tr/stek/pdfs/37/3716.pdf> Erişim tarihi: 13.08.2013
61. **Öksüzöğlü ÖB.** Meme kanserinde adjuvan kemoterapi. *Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Oncology Special Topics*, **2012**; 5(2): 47-54.
Erişim:<http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-meme-kanserinde-adjuvan-kemoterapi-63065.html> Erişim Tarihi: 17.10.2013
62. **Silva OE, Zurrida S.** *Breast Cancer- A Practical Guide*. 2nd Ed, UK: Elsevier, **2000**: 355-356.
63. **Black JM, Hawks JH.** *Medical- Surgical Nursing- Clinical Management For Positive Outcomes*. 7th Ed. , USA: Elsevier Saunders, **2005**.
64. **Sertkaya AÇ.** Postmenopozal hormon replasman tedavisi: Artıları-eksileri. *Türkiye Klinikleri Journal Of Endocrinology Special Topics* (Electronic Journal), **2011**; 4(1) 35-42.
Erişim: <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-postmenopozal-hormon-replasman-tedavisi-artilari-eksileri-60018.html> Erişim Tarihi: 19.10.2013
65. **Evlice YE, Tamam L, Karataş G.** Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan sorunlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2002**; 3: 108-112.
Erişim: <http://lokman.cu.edu.tr/psikiyatri/derindex/apd/fulltext/2002/108.pdf> Erişim Tarihi: 19.10.2013
66. **Köroğlu E.** *Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. 1. Baskı, Ankara: Hyb Yayıncılık, **2004**.
67. **Boyle P, Levin B.** DSÖ Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu, Dünya Kanser Raporu. Lyon: **2008**.
68. Ross EK. Death: The Final Stage Of Growth. 1st Touchstone Edition, New York, Simon&Schuster, **1986**: 10.
69. **Arıkan RN.** Travmatik bir yaşantı:Meme kanseri ve mastektomi. *Kriz Dergisi*, **2001**; 9(1):39-46.
70. Yavuz R. Depresyonun Kliniği. İ.Ü. CTF Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. **Eker E.** *Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller* (STE Online), **1999**: 29-34.
Erişim: <http://www.ctf.istanbul.edu.tr/stek/pdfs/17/1703ry.pdf> Erişim Tarihi: 19.10.2013
71. Aydın Işık. Kanser Ve Ağrı. **Serdengeçti S, Demir G.** *Güncel Klinik Onkoloji*. İstanbul: İ.Ü. CTF Sürekli Tıp Eğitim Komisyonu Sempozyum Dizisi (STE Online), **2003**(37): 92.
Erişim: <http://www.ctf.istanbul.edu.tr/stek/pdfs/37/3707.pdf> Erişim Tarihi: 19.10.2013
72. **Boothby MRK, Hill J, Holcombe C, Clark L, Fisher J, Salmon P.** HAD ve GSA-12' nin meme kanseri hastalarında psikiyatrik hastalanmayı belirlemedeki gücü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2010**; 21(1): 49-59.
73. **Özen EM, Serhadlı ZNA, Türkcan AS, Ülker GE.** Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, **2010**; 23: 60-65.
Erişim:http://www.dusunenadamdergisi.org/tr/DergiPdf/DUSUNEN_ADAM_DERGISI_8aca023738484b34b432cbe33870244e.pdf Erişim Tarihi: 19.10.2013
74. **Ekemen N.** 15-49 Yaş Dönemindeki Kadınlarda KSE İle Ruhsal Durumun Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri, **2006**.

75. **Sayar K.** Tıbben açıklanamayan belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi* (Elektronik Dergi), **2002**; 13(3): 222-231.
Erişim:<http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=turkceOzet&gFPrkMakale=406> Erişim tarihi: 19.10.2013
76. Bayar R, Yavuz M. Obsesif Kompulsif Bozukluk. İ.Ü. CTF Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. **Uğur M, Balcıoğlu İ, Kocabaşoğlu N.** *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar* (STE Online), **2008**(62): 185-192.
Erişim: <http://www.ctf.istanbul.edu.tr/stek/pdfs/62/6217.pdf> Erişim Tarihi: 19.10.2013
77. **Sungur MZ.** Fobik bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası*, **1997**;1: 5-11.
78. **Balkaya F, Şahin NH.** Çok boyutlu öfke ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2003**; 14(3): 192-202.
79. **Aslan FA.** Mastektomili Hastalara Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Uygulanan Hemşirelik Bakımının Beden İmajını Algılama ve Fiziksel İyileşme Süresine Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, **1992**.
80. **Taştan S.** Meme Cerrahisi Geçiren Hastaların “Vaka Yönetim Modeli” İle İzlenmesi. Doktora Tezi, GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara, **2005**.
81. **Yıldırım M.** Meme Cerrahisi Geçirmiş Kadınların Ruhsal Durumları Ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri İle İlgili Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul, **2008**.
82. **Şahin NH, Durak A, Uğurtaş S.** Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2002**; 13(2): 125-135.
83. **Arslan S, Nazik E, Gürdil S, Tezel A, Arabaci E, Şahin Ö.** Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* (Electronic Journal), **2012**; 11(3): 325-330.
Erişim: <http://www.korhek.org/?iid=2012-11-3.000&&jid=1> Erişim Tarihi: 19.10.2013
84. **Ülgey NA.** Meme Kanseri Cerrahisinde Meme Koruyucu Girişimler Ve Sonuçları. Uzmanlık Tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara, **1999**.
85. **Meral H.** Meme Kanseri Hastaların Mastektomi Sonrası Komplikasyonları Ve Risk Faktörleri. Uzmanlık Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon, **2009**.
86. **Aslan G.** Meme Kanseri Olan Bireylerin Birini Derece Akrabalarının Bilgi Ve Destek Gereksinimlerinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, **2006**.
87. **Fallbjörk U, Rasmussen BH, Karlsson S, Salander P.** Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer – A two-year follow-up study (abstract). *European Journal of Oncology Nursing* (Electronic Journal) , **2013**; 17(3): 340-345.
Erişim: [http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(12\)00088-9/abstract](http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(12)00088-9/abstract) Erişim Tarihi: 30.10.2013
88. **Odigie VI, Tanaka R, Yusufu LMD, Gomna A, Odigie EC, Dawotola DA, Margaritoni M.** Psychosocial effects of mastectomy on married African women in Northwestern Nigeria (abstract). *Psycho-Oncology* (Electronic Journal), **2010**; 19(8): 893-897.
Erişim: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1675/abstract> Erişim Tarihi: 30.10.2013
89. **Öncü HK.** Mastektomi Ameliyatı Olmuş Meme Kanseri Kadınların, Mastektomi Sonrası Eş Uyumu İle Yalnızlık Düzeyinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, **2008**.
90. **García-Torres F, Alós FJ.** Identification of different depressive symptoms after mastectomy. *Psycho-Oncology* (Electronic Journal), **2013**.
Erişim: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3349/abstract> Erişim Tarihi: 21.10.2013

91. **Yıldırım M, Batmaz M.** The Psychological status and the perceived social support of women who who undergone breast surgery. *Yeni Symposium Journal*, **2013**;51(2):91-100.
92. **Knobf MT.** Clinical update: psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars In Oncology Nursing*, **2011**; 27:1-14.
93. **Bardwell WA, Nataraj L, Dimsdale JE, Rock CL, Mortimer JE, Hollenbach K, Pierce JP.** Objective cancer-related variables are not associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. *Journal Of Clinical Oncology*, **2006**; 24(16): 2420-2427.
94. **Fafouti M, Paparrigopoulos T, Zervas Y, Rabavilas A, Malamos N, Liappas I, Tzavara C.** Depression, anxiety and general psychopathology in breast cancer patients: a cross-sectional control study. *In Vivo*,**2010**; 24:803-810.
95. **Manne SL, Ostroff JS, Norton TR, Fox K, Goldstein L, Grana G.** Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, **2006**; 15(3): 234-247.
96. **Daştan NB, Buzlu S.** Depression and anxiety levels in early stage Turkish breast cancer patients and related factors. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention*, **2011**;12:137-141.
97. **Daştan NB, Buzlu S.** Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemsirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*,**2010**; 3(1):73-78.
98. **Arroyo JMG, López MLG.** Psychological problems derived from mastectomy: A qualitative study. *Hindawi Publishing Corporation International Journal Of Surgical Oncology*, **2011**;1-8.
99. **Medeiros MCL, Veiga DF, Neto MS, Abla LEF, Juliano Y, Ferreira LM.** Depression and conservative surgery for breast cancer. *Clinics (Electronic Journal)*, **2010**; 65(12): 1291-1294.
Eri-
şim:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S180759322010001200011&lng=en&nrm=iso&tlng=en Erişim Tarihi: 19.10.2013

EKLER

EK-1 Veri Toplama Formu

VERİ TOPLAMA FORMU

*Sayın katılımcı,
Bu araştırma mastektomi ameliyatı olan kadınların ruhsal durumlarını incelemek amacıyla planlanmıştır. Soru formunda isim belirtmenize gerek yoktur. Verdiğiniz cevaplar araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Katılımınız için teşekkürler.*

Yaşınız:.....

Medeni durumunuz: Evli Bekar Dul

Eğitim durumunuz: Okuryazar değil
 Okuryazar
 İlköğretim
 Ortaöğretim
 Yükseköğretim

Gelir durumunuz: Gelir giderden az
 Gelir gidere eşit
 Gelir giderden fazla

Evli iseniz çocuğunuz var mı?: Hayır Evet

Emzirme süreniz:...../ay Emzirmedi

İlk doğumunuzu kaç yaşınızda yaptınız?:.....

İlk adet yaşınız:.....

Sigara kullanıyor musunuz?: Hayır Evet

Ailenizde meme kanseri tanısı almış olan birey var mı?: Hayır Evet

Doğum kontrol hapi kullandınız mı? Hayır Evet

Menopoz ile ilgili hormon tedavisi aldınız mı?: Hayır Evet

Kemoterapi tedavisi aldınız mı? Hayır Evet

Radyoterapi tedavisi aldınız mı? Hayır Evet

Tanı almadan önce meme kanseri ile ilgili bilginiz var mıydı?: Hayır Evet

Mastektomi uygulanan meme:.....

Ameliyattan sonra aile yaşantınızda değişiklik oldu mu? Hayır Evet

Ameliyattan sonra göğsünüzün estetik görünümüne yönelik bir girişiminiz oldu mu? Hayır Evet

Cevabınız evet ise ne tür bir girişim? Estetik ameliyatı oldum.
 Sütyen ile destekliyorum.

Ameliyattan sonra cinsel yaşamınız nasıl etkilendi? Olumsuz yönde etkilendi.
 Herhangi bir değişiklik olmadı.
 Olumlu yönde etkilendi.

EK-2 Kısa Semptom Envanteri

KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Sayın katılımcı,
Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞU-NU aşağıdaki derecelendirmeye göre uygun olan yeri işaretleyiniz. Lütfen hiçbir maddeyi atlamayınız ve her bir madde için bir yeri işaretleyiniz. Katılımınız için teşekkürler.

0	Hiç yok
1	Biraz var
2	Orta derecede var
3	Epey var
4	Çok fazla var

Aşağıdaki belirtiler sizde ne kadar var?		Hiç	Biraz	Orta	Epey	Çok
1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2	Baygınlık, baş dönmesi					
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4	Başımıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5	Olayları hatırlamada güçlük					
6	Çok kolay kızıp öfkelenme					
7	Göğüs bölgesinde ağrılar					
8	Açık yerlerden korkma duygusu					
9	Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10	İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi					
11	İştahta bozukluklar					
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek					
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek					
16	Yalnızlık hissetmek					
17	Hüzünlü, kederli hissetmek					
18	Hiçbir şeye ilgi duymamak					
19	Ağlamaklı hissetmek					
20	Kolayca incinebilmek, kırılmak					
21	İnsanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak					
22	Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek					
23	Mide bozukluğu, bulantı					
24	Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu hissi					
25	Uykuya dalmada güçlük					
26	Yaptığımız şeyleri tekrar tekrar doğrumu diye kontrol etmek					
27	Karar vermede güçlük					
28	Otobüs,tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatten korkmak					

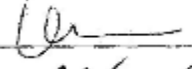
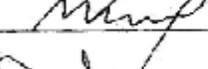

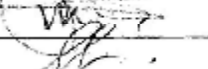
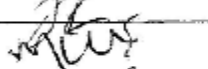

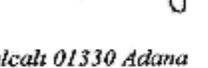
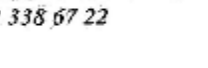
	Aşağıdaki belirtiler sizde ne kadar var?	Hiç	Biraz	Orta	Epey	Çok
29	Nefes darlığı, nefessiz kalmak					
30	Sıcak-soğuk basmaları					
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya,yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak					
32	Kafanızın “bomboş” kalması					
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği					
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları					
36	Konsantrasyon (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlüğü					
37	Bedeninizin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek					
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40	Birini dövme, ona zarar verme , yaralama isteği					
41	Bir şeyleri kırma, dökme isteği					
42	Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44	Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45	Dehşet ve panik nöbetleri					
46	Sık sık tartışmaya girmek					
47	Yalnız bırakıldığında / kalındığında sinirlilik hissetmek					
48	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek					
49	Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek					
50	Kendini değersiz görmek /değersizlik duyguları					
51	Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52	Suçluluk duyguları					
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

EK-3 Etik Kurul İzni

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

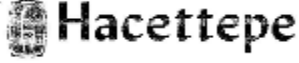
Toplantı Sayısı	Tarih
5	9 Şubat 2012

KARAR 19- Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı'nda, Yrd. Doç. Dr. Sevban Arslan yönetiminde, Ebru Arabacı tarafından yürütülmesi öngörülen, "Mastektomi ameliyatı olan kadınların ruhsal durumlarının incelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Yrd Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Mülkiye Kasap Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Mehmet Kanadaş Kardiyoloji Anabilim Dalı	
	Doç Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	
	Prof Dr Mehmet Akif Kütükçü Hukuk Fakültesi	
	Dr Neşe Kayrı Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

EK-4 Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Etik Kurul İzni



HACETTEPE
ÜNİVERSİTESİ
HASTANELERİ

Erişkin Hastanesi
İnsan Doğramaç Çocuk Hastanesi
Onkoloji Hastanesi



Sayı :B. 30. 2. HAC.0.70.10.14/D- 648- 6325

02.04.2012

T.C.
Çukurova Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İlgi : 26.03.2012 tarih ve B.30.2.ÇKO.0.42.00.00/06-496 yazınız.

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ebru Arabacı'nın "Mastektomi Ameliyatı Olan Kadınların Ruhsal Durumlarının İncelenmesi" konulu tez çalışmasının anket uygulaması Hastanemiz tarafından uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Mustafa CENGİZ
Onkoloji Hastanesi Başhekimisi

Ek : 1

YD/zg

Onkoloji Hastanesi Başhekimliği, Sıhhiye Yeri Hastesi 05100 ANKARA

EK-5 Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

SAYI : B.10.4.İSM.4.06.38.41/ 4110

6.04/2012

KONU : Anket Çalışması

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İlgi : 26.03.2012 tarih ve 06-494 sayılı yazınız;

Kurumunuz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ebru ARABACI'nın "Mastektomi Ameliyatı Olan Kadınların Ruhsal Durumlarının İncelenmesi" konulu tez çalışmasının anketini Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Murat BOZKURT
Başhekim d.

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri Enstitüsü	
Kayıt Tarihi	12.04.2012
Kayıt No.	06-310

EK-6 Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğit. ve Araş. Hastanesi

Sayı : B.10.4 İSM.4.06.0.019-900/4889

06.04/2012

Konu : Anket Çalışması/Ebru ARABACI

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMİ ENSTİTÜSÜ'NE

İlgi: 26.03.2012 tarih ve 06-492 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile talep edilen, Enstitünüz Hemşirelik Ana Bilim Dahı Yüksek Lisans Öğrencisi Ebru ARABACI'nın, "Mastektomi Ameliyatı Olan Kadınların Ruhsal Durumlarının İncelenmesi" konulu tez çalışmasının anketini hastanemizde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. E. Oguz TARCAN
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ	
Kayıt Tarihi	12.04.2012
Kevit No	08-308

Mehmet Akif Ersoy Mah. 13. Cad. No:56 Yenimahalle 06200 ANKARA
Telefon: (0 312) 334 09 09 Faks: (0 312) 345 49 79

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1988 yılında Eskiřehir’de doğdu. İlköğretimi İzmir’de, liseyi 2006 yılında Ankara Anıttepe Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi’nde tamamladı. Aynı yıl Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü’nde lisans eğitimine başlayıp 2010 yılında mezun oldu. Mezun olduktan sonra Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimine başladı.