

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MEME KANSERLİ KADINLARDA
MASTEKTOMİNİN BEDEN ALGISI,
BENLİK SAYGISI VE EŞ UYUMU ÜZERİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TUBA UÇAR
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Özge Uzun**

MALATYA- 2008

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı, Danışman: Doç. Dr.Özge UZUN
İnönü Üniversitesi

Üye: Yrd.Doç.Dr.Burak Işık
İnönü Üniversitesi

Üye: Yrd.Doç.Dr.Bülent Ünal
İnönü Üniversitesi

ONAY:

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmenliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu...../...../...../ tarih ve/.....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Tayfun GÜLDÜR
Enstitü Müdürü

ÖZET

MEME KANSERLİ KADINLARDA MASTEKTOMİNİN BEDEN ALGISI, BENLİK SAYGISI VE EŞ UYUMU ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırmanın amacı, meme kanserli kadınlarda mastektominin vücut algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisini incelemektir. Bu araştırma, mastektomili kadınlar ile bu gruba benzer özellikler gösteren sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırılması yoluyla, analitik ve geriye yönelik olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemi, 01 Ocak 2002- 31 Ağustos 2006 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Genel Cerrahi Servisinde mastektomi olmuş 52 kadın ve sağlıklı 52 kadından oluşmaktadır.

Veriler, mastektomili ve sağlıklı kadınlar için soru formları, Vücut Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Çiftler Uyum Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin istatistiksel analizlerinde Ki-kare Testi, yüzdelik dağılımlar, Mann-Whitney U Testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Student's *t*-testi ve Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı.

Mastektomili kadınların yaş ortalaması 45, sağlıklı kadınların yaş ortalaması ise 46 idi. Mastektomili kadınların %50'si, sağlıklı kadınların %63.5'i ilk-ortaokul eğitimine sahipti ve hepsi evli idi.

Mastektomili kadınların yaş grupları, eğitim durumu, aylık ortalama gelir düzeyi ve çocuk sayısına göre beden algısı sağlıklı kadınlarınkinden anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$). Mastektomili kadınların yaş grupları (30-39 yaş grubu hariç), eğitim durumu (lise mezunları hariç), aylık ortalama gelir düzeyi (yüksek gelir düzeyi hariç) ve çocuk sayısına göre benlik saygısı ve çift uyumu sağlıklı kadınlarınkinden anlamlı şekilde daha düşüktü ($p<0.05$).

Sonuç olarak, meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve çift uyumunu olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir.

Araştırma bulgularına dayanarak, mastektomili kadınlarn psikosozyal sorunlarının çözümlenebilmesi için Konsültasyon-Liyazon psikiyatrisi ile işbirliği yapılması ve bu kadınlara yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanıp uygulanması nerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, Mastektomi, Beden Algısı, Benlik Saygısı, Eş Uyumunu, Hemşirelik

ABSTRACT

EXAMINATION OF EFFECT ON BODY IMAGE, SELF-ESTEEM AND MARITAL ADJUSTMENT OF MASTECTOMY IN WOMEN WITH BREAST CANCER

Purpose of this research was to investigate the effect of mastectomy on body image, self-esteem and marital adjustment in women with breast cancer. This research was carried out retrospectively and analytic by way of comparing a group of women with mastectomy with a healthy control group bearing similar attributes.

The sample of study included in 52 women who undergone mastectomy in General Surgery Department of Turgut Ozal Medical Center between the dates January 1st 2002 and August 31st 2006 and 52 women with healthy.

Data were collected by using questionnaire forms for women with mastectomy and healthy, Self-Perception Scale, Rosenberg Self-Respect Scale and Spouse Rapport Scale. In statistical analyses of data were used Chi-square test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis ANOVA, Student's t-test and Pearson correlation coefficients.

The average age of women with mastectomy was 45 years old and, of women with healthy was also 46 years old. Fifty percentage of women with mastectomy women and 63.5% of women with healthy had primary or middle school education, and all of them were married.

Body image of women with mastectomy was significantly lower than in women with healthy in terms of their age groups, level of education, income level and number of children ($p < 0.05$). Self-esteem and marital adjustment of women with mastectomy were significantly lower than in women with healthy in terms of their

age groups (except in aged 30-39 years old group), level of education (except in high school education group), income level (except in high income level) and number of children ($p < 0.05$).

In conclusion, it was determined that mastectomy caused negatively impact on body image, self-esteem and marital adjustment in women with breast cancer

Based on results of the study, it is recommended cooperating with Consultation-Liaison Psychiatry to deal with psychosocial problems and it should be plan and apply adequate nursing practices for these women.

Key words: Breast Cancer, Mastectomy, Body Image, Self-Esteem, Marital Adjustment, Nursing

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında bilgi ve tecrübesinden yararlanmama imkân sağlayan, tez danışmanım saygıdeğer hocam Sayın Doç. Dr. Özge UZUN'a, istatistiksel değerlendirmelerde yardımlarını esirgemeyen Sayın Yrd. Doç. Dr. Ziyet ÇINAR'a, gösterdiği manevi destek ve ilgilerinden dolayı eşim Sayın Oğuz UÇAR'a, çalışmamı sürdürdüğüm servis elemanlarına ve bu çalışmaya gönüllü olarak katılan bütün kadınlara teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Meme Kanseri	3
2.1.1. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi	3
2.1.2. Meme Kanserinde Risk Faktörleri	3
2.1.3. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları	6
2.1.4. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri	10
2.1.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi	11
2.1.4.2. Klinik Muayene	12
2.1.4.3. Mammografi	12
2.1.4.4. Ultrasonografi	12
2.1.4.5. Manyetik Rezonans Görüntüleme	13
2.1.5. Meme Kanserinde Tedavi	13
2.1.5.1. Cerrahi Tedavi	13
2.1.5.1.1. Meme Koruyucu Ameliyatlar	14
2.1.5.1.2. Mastektomi	14
2.1.5.1.2.1. Radikal Mastektomi	15
2.1.5.1.2.2. Modifiye Radikal Mastektomi	15
2.1.5.1.2.3. Basit- Simple (Total) Mastektomi	15
2.1.5.1.2.4. Parsiyel Mastektomi	15
2.1.5.1.2.5. Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu	15

2.1.5.2. Radyoterapi.....	16
2.1.5.3. Kemoterapi.....	16
2.1.5.4. Hormonal Tedavi.....	17
2.1.6. Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar.....	17
2.1.6.1. Meme Kanseri Tanısı Alan Kadınların Yaşadıkları Psikolojik Dönemler.....	17
2.1.6.2. Meme Kanserli Kadınların Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu ile İlgili Yaşadıkları Sorunlar.....	20
2.1.6.3. Meme Kanserli Kadınlar İçin Destekleyici Hemşirelik Girişimleri.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Şekli.....	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	26
3.3. Evren ve Örneklem.....	26
3.4. Araştırmaya Alınan Bireylerin Özellikleri.....	27
3.5. Veri Toplama Araçları.....	27
3.6. Verilerin Toplanması.....	31
3.7. İstatistiksel Analizler.....	32
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	33
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	33
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
KAYNAKLAR.....	63
EKLER.....	73
EK-1: Bilgi Formları.....	73
EK-2: Vücut Algısı Ölçeği.....	75
EK-3: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	77
EK-4: Çiftler Uyum Ölçeği.....	78
EK-5: Araştırma İçin Gerekli İzin Belgesi.....	80
EK-6: Etik Kurul Kararı.....	81
EK-7: Tez Konu Başlığının Değiştirilmesi Hakkında Yönetim Kurulu Kararı...	82
ÖZGEÇMİŞ.....	83

ŞEKİLLER

	Sayfa No
Şekil.2.1- Meme Koruyucu Cerrahi.....	14
Şekil.2.2- Radikal, Modifiye Radikal, Simple (Total) ve Parsiyel Mastektomi....	16

TABLOLAR

	Sayfa No
Tablo 1. Mastektomili Kadınlar ile Sağlıklı Kontrol Grubunun Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	35
Tablo 2. Mastektomili Kadınların Klinik Özelliklerinin Dağılımı.....	36
Tablo 3. Mastektomili Kadınların Klinik Özelliklerine Göre Vücut Algısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4. Mastektomili Kadınların Klinik Özelliklerine Göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	39
Tablo 5. Mastektomili Kadınların Klinik Özelliklerine Göre Çiftler Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	41
Tablo 6. Mastektomili Kadınların Ameliyattan Memnun Olma Durumlarına Göre Vücut Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Çiftler Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	42
Tablo 7. Mastektomili Kadınların Ameliyat Tipine Göre Vücut Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Çiftler Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	43
Tablo 8. Mastektomili Kadınlar ile Sağlıklı Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine Göre Vücut Algısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	44
Tablo 9. Mastektomili Kadınlar ile Sağlıklı Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine Göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	46
Tablo 10. Mastektomili Kadınlar ile Sağlıklı Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine Göre Çiftler Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	48
Tablo 11. Mastektomili Kadınlar ile Sağlıklı Kontrol Grubundaki Kadınların Vücut Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Çiftler Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	49
Tablo 12. Mastektomili Kadınlar ile Sağlıklı Kontrol Grubunun Çalışmada Kullanılan Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki.....	50

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

UICC: Union International Against Cancer

AJCC: American Joint Committee on Cancer

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

MR: Manyetik Rezonans

TÖTM: Turgut Özal Tıp Merkezi

VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği

RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

ÇUÖ: Çiftler Uyum Ölçeği

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

1. GİRİŞ

Kadının sağlığını tehdit eden, vücutta değişikliklere neden olan önemli hastalıklarından biri meme kanseridir (1,2,3,4). Ülkemizde meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanser olup, kadınlarda kansere bağlı ölümlerin başında gelmektedir. Son verilere göre, Türkiye de kadınlarda görülen kanserler arasında meme kanseri görülme oranı %24,10 olarak belirlenmiştir (5).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'n de kadınlar arasında tüm kanserlerin %25' ini oluşturmakta ve her 8 kadından biri yaşamının her hangi bir döneminde meme kanserine yakalanma riski taşımaktadır. Hayat boyu meme kanserinden ölüm riski ise %3.4 olup, 40- 55 yaş arası kadınlarda en önemli ölüm nedenidir (6).

Meme kanseri tanısı konulan kadını uzun ve zor bir dönem beklemektedir (7,8). Özellikle meme kanserinde uygulanan yoğun tedavi süreci çeşitli sorunları gündeme getirmektedir (7,8,9). Meme kanseri tedavisinde cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormonaterapi yöntemleri ya ayrı ayrı ya da birlikte kullanılabilir (8,10,11,12). Cerrahi tedavi meme kanserinde en sık kullanılan tedavi yöntemidir (13). Ancak cerrahi tedavi sonucu yapılan mastektomi kadının kimliği için büyük önem taşıyan "meme"nin de kaybına yol açmaktadır (1,7,12,14). Birçok toplumda kadının memesi estetik görünümün, cinselliğin, anneliğin, bebeğin beslenmesinin simgesi olarak görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında, mastektomi ile yaşanan meme kaybı, kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmakta ve bu durum kadının beden imgesinde zedelenmeye bağlı olarak çeşitli psikososyal sorunlara neden olmaktadır (1,12,15,16).

Kanser cerrahisi sonucu vücudun önemli bir kısmının alınması nedeniyle kadının fiziksel görünümünün değişmesi ve bozulması beden algısını değiştirmekte ve bu değişiklik de benlik saygısına tehdit olarak algılanabilmekte, dolayısıyla da bu durum sıklıkla cinsel sorunlarla beraber eş uyumunda sorunlara neden olabilmektedir (12,15,17).

Özellikle meme kanserli genç kadınların daha düşük benlik saygısına sahip oldukları, beden imajı ve cinsellik hakkında daha fazla kaygı duydukları ve duygusal distress yaşadıkları, bununla beraber ileri yaş grubundaki kadınların genç hastalara göre daha az cinsel problem yaşadıkları bildirilmiştir (18,19).

Yapılan çalışmalarda da mastektominin beden algısını, benlik saygısını (17,20) ve eş uyumunu olumsuz etkilediği belirlenmiştir (17).

Mastektomili kadınlarda ağrı, lenfödem, kol ve omuz hareketlerinde sınırlılık ve postür bozukluğu gibi yaşanan fiziksel sorunlar daha sık belirlenmekte ve çözümlenmektedir. Bununla birlikte, beden algısında bozulma, erken menopoz, doğurganlığın kaybı, eş ile iletişimde bozulma, reddedilme veya terk edilme korkusu, iş ve kariyerini kaybetme korkusu, tedavinin fiziksel ve maddi etkileri, ölüm ve nüks korkusu gibi psikososyal sorunlar da kadınlar arasında sık yaşanmasına karşın, bu sorunlara yönelik araştırmalar daha sınırlıdır (19,21).

Mastektomi sonrası kadınlara profesyonel boyutta psikososyal destek sağlamak hemşirelerin önemli sorumluluklarından biri olması nedeniyle (22), meme kanserli kadınlarda mastektomi sonucu ortaya çıkan psikososyal sorunların belirlenip uygun girişimlerin planlanması için bu alanda kapsamlı çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır.

Bu çalışma, meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Bu amaç çerçevesinde planlanan çalışmada mastektomili kadınlar ile sağlıklı kadınlar beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu yönünden karşılaştırılarak, gruplar arasında fark olup olmadığı, fark var ise bunun mastektomiden kaynaklanıp kaynaklanmadığı incelenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri

2.1.1. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

Meme kanseri, dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümör olup kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık %30'unu, kanser ölümlerinin de %18'ini oluşturmaktadır (23,24,25,26).

Dünyada meme kanseri en fazla İngiltere, İrlanda ve Hollanda' da görülmektedir (4,23,24,27). Bunları Amerika Birleşik Devletleri, İzlanda, Fransa ve İskandinav ülkeleri izlemektedir. Uzak Doğu ve Japonya' da meme kanseri çok seyrek görülmektedir (4,23,24).

Avrupa' da yılda 180.000, Amerika Birleşik Devletleri' nde yılda 184.000 yeni olgu saptanmaktadır (2,4,23,25,26,28). Amerikalı bir kadında yaşam süresi boyunca meme kanseri gelişme olasılığı %12.5, meme kanserinden ölüm olasılığı ise %3.4 olarak hesaplanmıştır (2,4,6,23,26). Aynı ülkede kadınlarda meme kanseri gelişme olasılığının 1970'lerde 1/13 iken, 1980'lerde 1/11'e, 1990'larda ise 1/8'e yükseldiği görülmektedir (2,8).

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığının 1999 istatistiki verilerine göre meme kanserinin kadınlarda görülme oranının %24.1 ile en fazla görülen kanser türü ve ölüm oranının %5.94 olduğu bildirilmektedir (5).

2.1.2. Meme Kanserinde Risk Faktörleri

Pek çok kanserde olduğu gibi meme kanserinin etyolojisinde de tek bir etkenden söz etmek olası değildir. Hastalığın gelişiminde özellikle etkili olan belirli bazı risk faktörleri tanımlanmıştır. Bu faktörler şöyle sıralanabilir:

Cinsiyet: Erkeklerde meme kanseri kadınlara göre 146 kat daha az görülür (4) ve %1'den daha azdır (4,8,10,23).

Yaş: Yaş ilerledikçe meme kanseri riski artar (8,24); 20 yaşından önce çok ender olan meme kanserinin sıklığı 30 yaşından sonra giderek artar, bu artış 40 yaş dolaylarında hızlanır, 60'lı yaşlarda en yüksek düzeylerine ulaşır (8,29,30).

Daha önce malign ya da benign meme kanseri öyküsünün olması: Meme kanseri tedavisi görmüş kadınlarda ikincil meme kanseri riski, ilk kanser tanısından sonraki her yıl için %1 artmaktadır (4,27). Atipik hiperplazi saptanan kadınlarda ise meme kanseri oluşma riski 4.4 kat fazladır (8,10,26,31).

Aile Öyküsü: Yakın aile bireylerinde (anne, kız kardeş ya da kız çocuk vb.) meme kanseri öyküsünün bulunması riski 2–3 kat artırır (8,24,25,32). Bu kadınların tüm meme kanserliler içindeki oranı %8 kadardır (26,32,33,34).

Meme kanserinin erken yaşta çıkması ve bilateral olması, riski önemli derecede artırır (24,29). Menopoz öncesi dönemde meme kanseri görülen bir hastanın birinci derece akrabasında risk normalin 3 katıdır (8,10). Yakın aile bireylerinde menopoz öncesi, çift taraflı meme kanseri saptanan kadınlarda risk 9 kat artmakta (4,8,35) ve ortalama %50'sinde kanser gelişme olasılığı vardır (4,35).

Menstrual Öykü: Meme kanserinde menarş yaşı için kritik yaş 12 olarak ele alınmakta ve bu yaşın öncesi ve sonrasında ilk adetini görenler karşılaştırıldığında menarş yaşının geciktiği her bir yıl için meme kanseri riskinin %20 azaldığı görülmektedir (4,33,36).

Meme kanseri riski ile menopoz yaşı arasında da bir ilişki söz konusudur. Meme kanserli tüm kadınların 2/3'sinden çoğunun menopoz sonrası dönemde olduğu görülmektedir. Meme kanseri riski, 45 yaşından önce menopoza giren kadınlarda 55 yaşından sonra menopoza giren kadınların yarısı kadardır (4,10).

Genetik Faktörler: Hastaların %25'inden genetik faktörler sorumlu tutulmaktadır (30). Özellikle ailevi meme kanseri hastalarında sık olarak BRCA-1 ve BRCA-2

genleri bulunmaktadır (2,24,37). BRCA-1, 17. kromozom üzerinde yer alır ve mutasyonu sonucu ailevi meme kanseri gelişiminde etkili olur (32,35,36). BRCA-1'in kalıtsal meme kanserli hastaların yaklaşık yarısından sorumlu olduğu kabul edilmektedir (32,37).

BRCA-2 ise 13. kromozomda yer alır (30,32) ve daha çok erken yaşta meme kanseri ve iki taraflı meme kanserinden sorumludur. Bu geni taşıyanların meme kanserine yakalanma riskinin %90 olduğu belirtilmektedir (32).

Meme kanserinde myc ve HER-2/neu (c-erb-2) onkogenleri bulunabilmektedir. HER-2/neu onkogeni erken nüks ve kötü prognozun habercisidir (8,24,25).

Kanseri önleyen genlerden p53 geni de meme kanserli hastaların %50 kadarında bozuk bulunmuş olup, koruyucu vazifesini yapamadığı saptanmıştır (8,24,25).

Östrojen Kullanımı: Yaşam boyu maruz kalınan östrojen miktarı arttıkça meme kanseri olma riski de artmaktadır (35,38).

Menopozdaki kadınlara uzun süreli (15 yıl üzeri) östrojen hormonu (hormon replasman tedavisi) verilmesi meme kanseri riskini artırdığı saptanmıştır (27,30,39). İlk doğumundan önce uzun süre oral kontraseptif kullananlar da risk grubu içinde sayılmaktadır (4,8,30,39).

Doğum Öyküsü: İlk hamilelik yaşı ile meme kanseri arasında ilişki bulunduğu; evlenmemiş veya hiç doğum yapmamış kadınlarda meme kanseri riskinin, doğum yapmış kadınlara göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir. İlk doğum yaşının erken olması, meme kanseri riskini azaltmada etkili olan en önemli faktörlerden biridir. Yapılan çalışmalarda da gebeliğin getirdiği koruyucu etkinin, ilk gebelik yaşına bağlı olduğu; ilk doğumunu 30 yaşından sonra yapan bir kadında, meme kanseri riskinin, ilk doğumunu 18-20 yaşından önce yapan bir kadına göre 2-4 kat fazla olduğu; özellikle ilk doğumunu 35 yaşından sonra yapan kadınların meme kanseri açısından yüksek risk taşıdığı vurgulanmaktadır (2,26,31,32,40).

Alkol: Günde 2-3 bardak alkol alan kadınlarda meme kanseri riski 1.4-1.7 kat artmaktadır (26,27).

Yağlı Diyet: Özellikle aşırı yağlı diyetin meme kanserini artırdığı düşünülmektedir (2,8,10,35). Yüksek yağlı diyet obesiteye yol açmakta ve salınan insülin düzeyini artırmaktadır ve bazı araştırmacılar bunun tümörün büyümesini uyardığına inanmaktadır (8,25,27,35).

Obesite: Meme kanseri riskini artırdığı bilinmesine rağmen hala tartışılmaktadır. Östrojen, adipos dokuda birikmekte, bu da endojen östrojen üretimini artırmakta ve meme dokusunun daha fazla östrojene maruz kalmasına neden olmaktadır (8,35).

Radyasyon: Adölesan dönemde gelişimini tamamlamamış meme dokusu radyasyona duyarlı olup, maruz kalma sonrası gelişme bozuklukları ve meme kanseri oluşabilmektedir (26,31).

2.1.3. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları

Meme kanserinde erken ve metastaz bulguları görülür. Meme kanserinin erken belirti ve bulguları Çizelge 2.1’de gösterilmiştir.

Çizelge 2.1. Meme Kanserinin Erken Belirti ve Bulguları (4,24,25,30,31,41).

Belirti ve bulgular	Yorum
<ul style="list-style-type: none"> • Kitle 	<ul style="list-style-type: none"> • Ağrısızdır • Hareketsizdir • Tek taraflı ve süreklidir • Sınırları kısmen belirlenebilir • Şekilsiz ve zor palpe edilir
<ul style="list-style-type: none"> • Ağrı 	<ul style="list-style-type: none"> • Başlangıçta %90 oranında ağrısızdır. Ağrı geç dönemde oluşur.

Çizelge 2.1. devamı: Meme Kanserinin Erken Belirti ve Bulguları.

<ul style="list-style-type: none"> • Meme başı akıntısı 	<ul style="list-style-type: none"> • Pek sık rastlanmaz • Tek taraflı • Genellikle kanlıdır
<ul style="list-style-type: none"> • Forgue Belirtisi 	<ul style="list-style-type: none"> • Tümör taşıyan göğsün yukarıda, dik ve dolgun olmasıdır. Memenin üst kadran kanserlerinde meme başının kitleye doğru çekilmesiyle olur.
<ul style="list-style-type: none"> • Meme üzerindeki deride ödem 	<ul style="list-style-type: none"> • Tümör hücreleri, Cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeysel lenf damarlarına ulaşır. Lenfler tıkanır, lenf dolaşımı bozulur ve deride sınırlı ödem oluşur.
<ul style="list-style-type: none"> • Meme başında retraksiyon veya çökme 	<ul style="list-style-type: none"> • Tümör'ün büyüüp meme başını tutması sonucunda oluşur.
<ul style="list-style-type: none"> • Deride ülserasyon ve eritem 	<ul style="list-style-type: none"> • Kanserin ileri dönemlerinde tümör hücrelerinin önce derin fasyaya sonrada M.Pektoralis'e ve göğüs duvarına ilerlemesi sonucunda oluşur.
<ul style="list-style-type: none"> • Lenf nodüllerinde büyüme 	<ul style="list-style-type: none"> • Tümör'ün lenf nodüllerine metastazı sonucu oluşur.
<ul style="list-style-type: none"> • Üst kolda anormal şişlik 	<ul style="list-style-type: none"> • Lenflerin tıkanması sonucu lenf dolaşımı bozulur ve kolda lenf ödem oluşur.

Kanserin meme dokusundaki yerleşimi kadranlara göre tanımlanmaktadır. Meme kanserinin kadranlara göre görülme oranı, üst dış kadranda %50, areola bölgesinde %18, üst iç kadranda %15, alt dış kadranda %11, alt iç kadranda %6'dır (6,31).

Meme kanseri yayılımını kan ve lenf yolu ile yapar. Meme kanserinin lenf yolu ile bölgesel olarak en sık yayıldığı alanlar aksiller lenf bezleri, mamaria interna lenf bezleri ve supraklavikular lenf bezi gruplarıdır (24,42,43). Kanser hücrelerinin meme lenfatiklerini bloke etmesi sonucu meme derisinde önce sınırlı, daha sonra tüm memeyi kaplayan yaygın ödem görülür. Bu durumdaki bir meme derisi, portakal kabuğu görünümündedir. Ayrıca aksiller lenfatiklerin tutulmasına bağlı olarak, o taraf kolda da ödem görülür. Bazen tutulan mamaria interna lenf bezleri çok büyüyebilir. Önündeki kıkırdak ve kaburgaları öne iterek sternumun yanından bir kabarıklık olarak kendini gösterir. Supraklavikular lenf bezleri de, normalde palpe edilemezken, tümör hücreleri tarafından tutulunca palpabl hale gelirler (30,42).

İleri evrelerde kanser kan yolu ile meme dışında başka organlara metastaz yapar. En sık metastaz yaptığı organlar; kemik, akciğer ve karaciğerdir (24,30,32,42,43). Hastalanan organa göre belirtiler ortaya çıkar. Kemik metastazında ağrılar, kırıklar ve kanda kalsiyum yükselmeleri; akciğer metastazında solunum sıkıntısı, öksürük ve kanlı balgam; karaciğer metastazında, karaciğer büyümesi ve karaciğer fonksiyonlarında bozulma görülebilir (24).

Meme kanseri klinik belirti ve bulgulara göre evrelendirilir. Evreleme, sağkalım süresini ve tedavi planını belirlemek için çok önemlidir. Evreleme, tümörün büyüklüğü ve meme dışına çıkıp çıkmadığı esas alınarak yapılır (2,24,29,30,44,45).

Klinik evreleme için kullanılan çeşitli sistemler vardır. Dünyada ve ülkemizde en çok kullanılanı Union International Against Cancer (UICC) ve American Joint Committee on Cancer (AJCC)'nin biçimlendirdiği TNM sistemidir. Buna göre; tümör T, nodül N, metastaz M ile temsil edilir. Meme kanserinde klinik evrelendirme Çizelge 2.2'de gösterildi.

Çizelge 2.2: Meme Kanserinde Klinik Evrelendirme (2,24,25,29,30,45,46).

TNM sınıflaması (T: primer tümör, N: bölgesel lenf nodu, M: uzak metastaz)	
Tx:	Primer tümör değerlendirilemiyor
T0:	Primer tümöre ait bulgu yok
Tis:	Tümör bulgusu olmayan Paget hastalığı veya karsinoma insitu
T1:	Tümör 2 cm veya daha küçük
T1a:	Tümör 0.5 cm veya daha küçük
T1b:	Tümör 0.5-1.0 cm arasında
T1c:	Tümör 1.0-2.0 cm arasında
T2:	Tümör 2.0-5.0 cm arasında
T3:	Tümör 5 cm den büyük
T4:	Tümör herhangi bir çapta, göğüs boşluğuna dayanmış veya deriye yayılmış
T4a:	Göğüs duvarına yayılım
T4b:	Meme derisinde ödem, ülserasyon veya satellit nodüller
T4c:	4a ve 4b bulguları birlikte
T4d:	İnflamatuvar meme kanseri
Nx:	Bölgesel lenf bezleri değerlendirilemiyor (Ör. Önceden çıkarılmış)
N0:	Bölgesel lenf nodu metastazı yok
N1:	Aynı taraf aksillada hareket ettirilebilen lenf nodu metastazı var
N2:	Aynı taraf aksillada lenf nodu metastazı var ve birbirine veya çevreye yapışık
N3:	Aynı taraf internal mamarian lenf nodları metastazı var
Mx:	Uzak metastaz değerlendirilemiyor
M0:	Uzak metastaz yok
M1:	Uzak metastaz var (aynı taraf supraklavikular lenf metastazı dahil)
Evrelendirme:	
Evre 0	:Tis, N0, M0
Evre I	:T1, N0, M0
Evre II A	:T0 veya T1, N1, M0 T2, N0, M0

Çizelge 2.2 devamı: Meme Kanserinde Klinik Evrelendirme.

Evre II B	:T2, N1, M0 T3, N0, M0
Evre III A	:T0-2, N2, M0 T3, N1-2, M0
Evre III B	:T4, Herhangi N, M0
Evre IV	:T ve N ne olursa olsun M1 içeren tüm hastalar

2.1.4. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri

Meme kanserinin etyolojisi çok kesin olarak bilinmemektedir ve risk faktörleri kontrol edilememektedir. Bu nedenlerden dolayı meme kanserinden tam korunma söz konusu değildir (29,31,32). Ancak, günümüzde kanserle ilgili bilgilerin gelişmesi ile bu yüzyılın sonlarında kanser ölümlerinde %50 oranında azalma amaçlanmaktadır. Bu azalmada %3 oranında erken tanı ve tarama yöntemlerinin, %20-26 oranında tedavi uygulamalarının etkili olacağı düşünülmektedir (35,36).

Bir kadının yaşamı boyunca meme kanserine yakalanma riskinin %11 oranında olduğu dikkate alındığında, meme kanserinden korunabilmek önem kazanmaktadır (36, 40).

Meme kanserinde erken tanı yöntemlerini, kendi kendine meme muayenesi (KKMM), fizik muayene ve mamografi oluşturmaktadır (3,4,47,48).

Amerikan Kanser Birliği'nin hiçbir belirti vermeyen kadınlarda meme kanserinin erken tanısı için önerdiği tarama rehberi aşağıdadır (6):

20-39 Yaş

- Her ay KKMM
- 3 yılda bir klinik muayene

40 Yaş ve Üzeri

- Her ay KKMM
- Her yıl klinik muayene
- Her yıl mamografi

Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu' nun meme kanserinin erken tanısı için önerdiği tarama rehberi, Amerikan Kanser Birliği'nin önerdiği tarama rehberiyle aynıdır (49).

2.1.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Kendi kendine meme muayenesi bireyin kendi ve düzenli yapacağı meme muayenesini içerir. Memedeki anormallikleri erken saptamada ucuz ve noninvaziv bir işlemdir (3,4,50). Meme kanserinde erken evrede küçük tümörlerin saptanması hastalığın ilerlemesini önler. Dolayısıyla, hastalıksız sağkalım süresi uzar (4,50). Ancak bu yöntem kadınlarda, memelerinde bir kitle bulma endişesi ve kanser korkusu yaratmakta ve uygulama oranları genelde düşük olmaktadır. (3,5,36,47,48,50).

KKMM, 20 yaşından sonra her ay düzenli olarak yapılmalıdır. Uygulama için en uygun zaman menstruasyon başladıktan 5-7 gün sonra, memelerin gergin ve hassas olmadığı zamandır. Menopoz sonrası dönemde KKMM' nin her ay aynı gün yapılması uygundur (4,36,50).

2.1.4.2. Klinik Muayene

Klinik meme muayenesi memenin değerlendirilmesinin en önemli kısmıdır. Özellikle kendi kendine meme muayenesi yöntemine uyum sağlaması olanaklı olmayan kadınların (dil sorunu, eğitim eksikliği, aşırı korku gibi) tanınmasında etkilidir (51). Klinik muayenenin 20-39 yaş arası kadınlarda 3 yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl yapılması uygundur (5,6,50).

2.1.4.3. Mammografi

Mammografi, düşük doz X ışınları ile röntgen filmi üzerine meme dokusunun görüntülenmesidir (3,31). Memedeki palpe edilemeyen kitleleri belirlemenin en iyi yöntemidir (48). Meme kanseri palpe edilebilir duruma gelmeden iki yıl önce mammografi ile belirlenebilir (31,48). Klinik muayenede fark edilebilir kitlenin minimum boyu 1 cm'dir, kitlenin bu boyuta gelmesi için 10 yıllık bir sürenin geçmesi gerekir (36). Mammografide ise 0.5 cm'lik kitleler saptanabilmektedir (3,36).

Buna karşın, mammografiler yaklaşık 10 malignensi durumunun birinde başarısızdırlar. Mammografinin duyarlılığı, meme tipleri ve yaşa göre değişim gösterebilmektedir (27). Meme yağ dokusunun düşük olması ya da meme tipinin yoğun meme dokusu şeklinde olması nedeniyle 30 yaşın altındaki kadınlarda kullanılması sınırlıdır (27,31,48).

2.1.4.4. Ultrasonografi

Ses dalgalarından yararlanılarak, memenin görüntüsünün alınmasıdır (42). Ultrasonun öncelikli rolü ele gelen veya mammografi ile saptanan kitlelerin iç yapısını (kistik veya katı) değerlendirmektedir (24,25,29,42,52,53). Kullanımı kolaydır ve radyasyon riski taşımaz (42,53).

2.1.4.5. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR)

Manyetik rezonans görüntüleme güçlü bir manyetik alan içerisinde değişik dokuların gönderilen radyo frekans dalgalarına bağlı olarak farklı yoğunluklarda sinyaller oluşturmaları esasına dayanır (42). Özellikle yoğun memelerde, birden fazla kanser odağının aranması ve meme koruyucu cerrahi girişim geçirmiş kanserli hastalarda ameliyat yerinde nüksün belirlenmesinde ön plana çıkmaktadır (25,42,52,53).

2.1.5. Meme Kanserinde Tedavi

Meme kanserinde tedavi cerrahi, radyoterapi ve medikal tedavi (kemoterapi ve hormonoterapi) olmak üzere 3 yöntem vardır (11,30,47). Tedavi seçeneklerinden her biri bütün hastalar için uygun olmayabilir, bu nedenle birkaç tedavi yöntemi birlikte uygulanabilmektedir (8,11). Bu tercihi, hastanın yaşı ve menopozda olup olmadığı, kanserin özelliği, evresi ve tümörün hormon reseptörleri içerip içermediği gibi pek çok faktör belirler (2,11).

Meme kanseri tedavisi lokal ve sistemik olarak ikiye ayrılır. Lokal tedavi doğrudan tümöre, memeye, lenf nodlarına veya diğer spesifik bölgelere uygulanır. Radyoterapi ve cerrahi tedavi bu grup tedavilerdir. Tüm vücuda etki eden kemoterapi ve hormon tedavisi ise sistemik etkilidir (11,47).

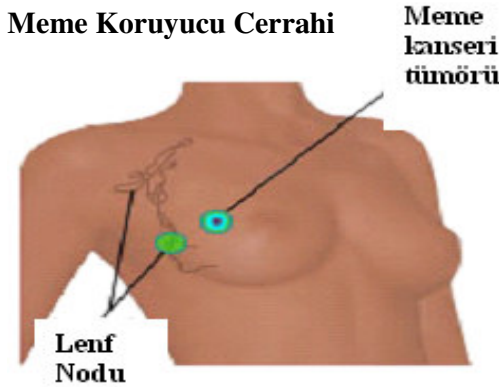
2.1.5.1. Cerrahi Tedavi

Meme kanserinde iki türlü ameliyat yapılır. Hangi çeşit ameliyatın yapılacağını hastanın memesinin büyüklüğü, tümörün büyüklüğü, hastanın genel durumu ve istekleri belirler (54). Birinci grup, memenin tümünün alınmadığı sadece tümörün çıkarıldığı meme koruyucu ameliyatlardır. İkinci grup ise memenin tümünün alınmasını içeren mastektomi ameliyatlardır (30,55,56).

2.1.5.1.1. Meme Koruyucu Ameliyatlar

Günümüzde meme kanseri nedeniyle yapılan ameliyatların yaklaşık 1/3'ünü oluşturmaktadır. Meme kanserinde, cerrahi girişim sırasında memenin bütünlüğüne dolayısıyla da, kadın ruh sağlığı ve kozmetiğinin korunması düşüncesiyle kullanılan bir yöntemdir (30).

Meme koruyucu cerrahide tümör, çevresindeki bir miktar normal doku ile birlikte çıkarılır. Lumpektomi ve segmentektomi meme koruyucu cerrahinin iki yöntemidir. Her iki yöntemde de koltuk altı lenf nodları alınır. Lumpektomi operasyonunda, kanserli kitle ve onun etrafından bir miktar sağlıklı meme dokusu alınır (30,42,57). (Şekil 2.1)



Şekil. 2.1- Meme Koruyucu Cerrahi (57).

2.1.5.1.2. Mastektomi

Mastektomi, memenin tümüyle çıkarılmasıdır (24,56,57). Eğer kanser meme dokusunun diğer bölümlerine veya koltuk altı lenf bezlerine yayılmışsa ya da meme dokusu çok küçük olup, meme koruyucu cerrahi sonrası meme deforme olacaksa mastektomi uygulanır (57).

Meme kanseri tedavisinde kullanılan mastektomi çeşitleri şu şekilde sıralanabilir: Radikal mastektomi, modifiye radikal mastektomi, simple (total) mastektomi ve parsiyel mastektomi (24,56,57,58).

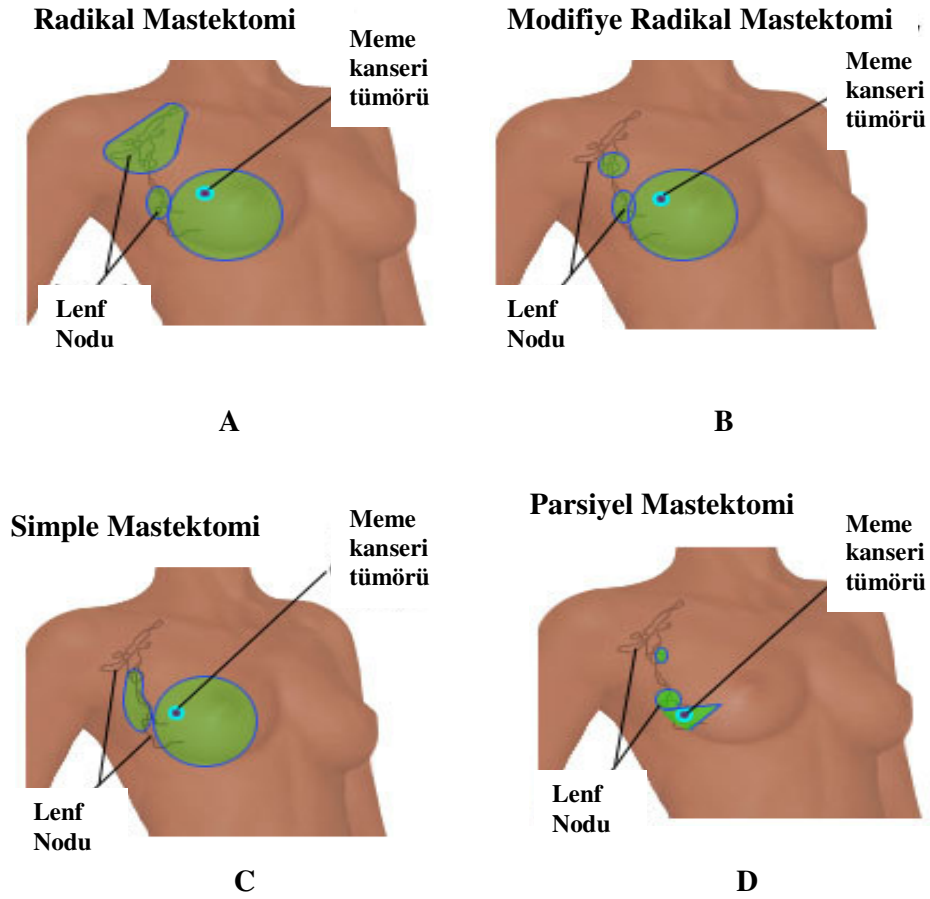
2.1.5.1.2.1. Radikal Mastektomi: Meme dokusunun tamamı, koltukaltı lenf bezleri ile beraber meme dokusu altındaki göğüs duvarının kasları da (M. Pectoralis Major/Minör) alınır (56,57,58). Günümüzde ciddi biçimde fiziksel bozukluklara sebep olması nedeniyle bazı erkek meme kanserleri dışında uygulanmamaktadır (56,58). (Şekil 2.2A).

2.1.5.1.2.2. Modifiye Radikal Mastektomi: Tüm meme dokusu ve koltuk altı lenf bezlerinin cerrahi olarak çıkarıldığı, evre 1 ve 2 hastalar için uygun olan bir yöntemdir (59). Meme dokusu altındaki göğüs duvarı kaslarından M. Pectoralis Major çıkarılırken, M. Pectoralis Minör bırakılır. Bu girişim simple mastektomi + koltuk altı diseksiyonu olarak da tanımlanır. Günümüzde en yaygın yapılan ameliyattır (56,58) (Şekil 2.2B).

2.1.5.1.2.3. Basit- Simple (Total) Mastektomi: Tüm meme dokusu ile birlikte meme başı, areola, meme cildinin büyük bir kesimi çıkarılır (54,58). Ayrıca birkaç tane lenf bezi de çıkarılabilir (58) (Şekil 2.2C).

2.1.5.1.2.4. Parsiyel Mastektomi: Koltuk altı lenf bezlerinden birkaçının, areola, meme ucu ve meme altındaki kasları örten zar tabakasının çıkarılması işlemidir (24,57) (Şekil 2.2D).

2.1.5.1.2.5. Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu: Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu, kaybedilen memenin yerine yenisinin oluşturulmasıdır. Meme rekonstrüksiyonu mastektomi ile aynı ameliyatta (**eş zamanlı rekonstrüksiyon**) olabileceği gibi, tedaviler bittikten sonra ayrı bir ameliyatla da (**geç zamanlı rekonstrüksiyon**) yapılabilir. Günümüzde daha çok tercih edilen teknik, psikolojik sonuçlarının daha iyi olması nedeniyle eş zamanlı meme rekonstrüksiyonudur (55).



Şekil. 2.2-Radikal, Modifiye Radikal, Simple (Total) ve Parsiyel Mastektomi (57).

2.1.5.2. Radyoterapi

Radyoterapi, erken evre meme kanserinin tedavisinde meme koruyucu cerrahiye tamamlayan bir tedavidir (60). Meme kanserinde ikinci bir kullanılışı, yayılmış bir tümörü küçültmek için mastektomi ameliyatından önce yapılmasıdır (24). Yakın geçmişteki teknolojik ilerlemeler ve tedaviler radyasyonun yan etkilerinde büyük oranda azalma sağlamışlardır (10).

2.1.5.3. Kemoterapi

Meme kanseri lokal olarak başlayan, tedavi edilmezse etrafa ve diğer organlara yayılan bir hastalıktır. Lokal tedavi yöntemleri olan cerrahi ve radyoterapi,

memedeki lokal hastalığı çıkarır ve yok ederler, fakat vücuda yayılmış kanser odaklarını etkileyemezler. Diğer bir anlatımla, meme kanseri lokal başlar ve sistemik hastalık halini alır. Tedavinin de sistemik olması gerekir. İşte bu sistemik tedaviyi kemoterapi sağlar (8,24,58). Bu tedavinin amacı, tanıda hastaların %50'den fazlasında bulunan mikro metastazları yok etmektir. Koltuk altı lenf nodülleri pozitif olan, uzak metastazı tespit edilemeyen cerrahi, radyoterapi veya her ikisiyle birlikte tedavi edilebilen evre 2 ve 3'deki hastalarda asıl tedaviye ek olarak kullanılmaktadır (42).

2.1.5.4. Hormonal Tedavi

Yapılan testler sonucunda endojen ve eksojen östrojenin meme kanseri gelişiminde önemli rol oynadığı görülmüştür (61). Östrojen reseptörlerinin bloke edilerek seviyesinin düşürülmesi kanserin büyümesini geriletir (55). Bu amaçla meme kanseri tedavisinde yaygın olarak kullanılan ilaç östrojen reseptörlerini bloke eden Tamoksifen'dir (2,61). Tamoksifen kullanımı ile ilk beş yıl içinde yıllık nüks oranında %25, mortalitede %16 düşüş sağlanmıştır (62). İdeal olarak 5 yıl süreyle günde bir kez kullanılır (2,24,25,55).

2.1.6. Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar

2.1.6.1. Meme Kanseri Tanısı Alan Kadınların Yaşadıkları Psikolojik Dönemler

Kanser tanısı, hastalar için stres verici bir olaydır. Hastaların kansere yükledikleri anlamlar ve hastalığı anlayış biçimleri kansere verilen yanıtı etkilemektedir (63).

Günümüzde meme kanseri, fiziksel yetersizlikler, psikolojik, mesleki ve seksüel sorunları içeren, iyileşme ve şiddetlenme dönemleri olan, kısa ve uzun süreli uyum zorlukları yaratan, bir hastalık olarak algılanmaktadır. Kanser tanısı öğrenildiğinden itibaren, hem hasta hem de ailesi için birçok güçlüğü beraberinde getirmektedir (15,64).

Meme kanseri tanısı almış bir kadın kendisini duruma bağlı bir kriz dönemi içinde bulur (1,65). Bu kriz durumunda yaşa, etnik gruba veya hastalığın evresine

bakmaksızın her hasta için tepkiler evrenseldir (15,65). Bu psikolojik krizin yoğunluğu ve süresi değişmekle beraber tüm hastalar böyle bir krizin tüm dönemlerinden veya bir kısmından geçecektir (1,65). Elizabeth Kübler Ross, kanser tanısı aldıktan sonra hastaların yaşadıkları dönemleri inkâr ve şok, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul etme olarak beş aşamada tanımlamıştır (7,65,66,67,68).

1- İnkâr ve Şok Dönemi: Bu dönemde; kişi kendi bedenine yabancılaşır, gelecek yatırımları tehdit altındadır, söyleneni işitmiyor, gerçeği kavramıyor gibidir, ne olup bittiğini anlayamaz, yaşam krizi içindedir. Bu dönem kişiye göre birkaç saatten, birkaç gün veya birkaç haftaya kadar uzayabilir (1,65,68).

Bu aşamada en uygun uyum stili, inkârdır. İnkâr, katlanılması olası olmayan gerçeğin bilinç dışında tutulması, benlik bütünlüğünün korunması çabasıdır (65,68). Hasta yapılan tetkiklerin iyi bakılmadığını, karıştığını ya da yanlış değerlendirildiğini düşünebilir (69). Tanının inkâr edilmesi, katlanılması güç olan gerçeğin yarattığı kaygı ve çaresizlik duygularına karşı bir savunmadır (15).

Bu dönemde; hastaya zaman tanınmalı, umut yaratabilecek olumlu mesajlar verilmeli, tedavi olasılık ve seçenekleri anlatılmalı, duygusal ve ailesel desteği sağlanmalıdır (65,68). Hastanın bu konuyu konuşmasını bekleme ya da konuşması için ortam hazırlanmalıdır. Yaşadığı bu evredeki güçlüğü anlamak için hastaya empati kurulmalıdır (69).

2-Öfke Aşaması: İnkâr, geçici bir tepkidir ve bunu öfke takip eder. Bu dönemde öfke; doktora, tanrıya, hemşireye, aile üyelerine olabilir. Öfke aşaması bireyin fiziksel ağırları sırasında daha da artabilir. Öfkenin yanı sıra keder, depresyon, suçluluk duyguları ve somatik şikâyetler görülür. Suçluluk duyguları sonucu yaşamı tehdit altında olan bireye aşırı koruyucu ya da aşırı izin verir konumda olabilirler. Kişi bu dönemde hastalığına nedenler bulmaya çalışır. Bu dönemde yaşanan öfke başkalarına olduğu gibi kişinin kendisine yönelik olabilir (15,65,68,69).

Bireylerin öfke duygularını önyargısız bir ortamda, kabul edilebilir bir şekilde sözel olarak ifade edebilmesi önemlidir. Ailelerin hasta birey ile ilgili hayal ettikleri her şey şimdi sadece acı dolu hatıralara dönüşmüştür. Hemşirenin bu aşamada, bireyleri dinlemesi, empati yapması ve sorunlara çözüm bulmada yardım etmesi,

ailenin bakımda yetersizlik duygularını önlemek için bakıma aile üyelerini de dahil etmesi önemlidir (15,65,68,69).

3-Pazarlık: Bu dönemde hasta kanseri kabullenmeye başlamıştır, ancak kaybı geciktirme çabası içindedir (67). Pazarlık tanrı, sağlık personeli ile yapılan kaçınılmaz sonu erteleme çabalarını içerir (69). Bu dönemde, bireyin pazarlık etme çabalarına ilgi gösterilmeli ve pazarlığın temelinde yatan nedenler incelenmelidir (69,70).

4-Depresyon: Bireyin fiziki durumu kötüleştikçe, hastalığın ciddiyetini inkar etmede öfke ve pazarlık anlamsız hale gelir (70), özellikle hastalık kişiye toparlanma şansı tanımayacak kadar ağır seyrediyorsa ya da kişi kendine özgü duyarlılıkları nedeniyle bir türlü toparlanamıyorsa sıkıntı ve endişe klinik bir tabloya, depresyona dönüşür (9).

Diğer organ kanserlerinden farklı olarak, meme kanserli hastaların sıkıntısı, sadece kanser tanısının yarattığı sorunlar değildir. Memenin ameliyatla alınması çoğu kadında ağır psikolojik etkilere neden olabilmektedir. Bu nedenle meme kaybı sonrası kadınlarda, sıklıkla depresyon gözlenmektedir (19,71).

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi meme cerrahisi ünitesi ile oluşturulan liyezon psikiyatrisi işbirliği içinde yapılan bir grup hasta ile ilgili bulgular değerlendirilmiş, pre-op dönemde hastaların %32' sinde, post-op birinci hafta ve birinci ayda ise %52' sinde, bir yılda ise %11' inde hafif derecede depresyon saptanmıştır. 20- 40 yaş arasındaki hastalarda, bekarlarda, ilk-orta eğitim seviyesinde olanlarda, tanısını bilmeyenlerde ve eş- partner desteği olmayanlarda depresif durum daha da şiddetlenip, psikososyal uyumun daha güç olduğu görülmüştür (68).

Bölükbaş ve Çevik' in (1999), mastektomili hastalarda depresyon düzeylerini inceledikleri çalışmada, kadınların mastektomi sonrası orta derecede depresyon yaşadıkları saptanmıştır. İlkokul mezunlarında, 20-30 yaş grubunda, eşinden ve çocuklarından destek görmeyenlerde, ameliyat öncesi fiziki görünümlelerinden memnun olmayanlarda depresyon düzeyi daha yüksek bulunmuştur (22).

Vücut algısı değişikliği yaratan mastektomi ameliyatından olumsuz etkilenmeyi en aza indirmek için; ameliyat öncesi dönemde yaş ve eğitim düzeyine

bakılmaksızın tüm kadınların anlayabilecekleri şekilde açıklamalarda bulunmak önemlidir. Bu bilgilendirme ameliyat sonrası dönemde depresyon tepkilerini azaltacaktır. Ameliyat sonrası dönemde de hastalarla aile desteği yanında iyi bir hemşirelik bakımı ve ilgisi ortaya çıkacak psikolojik sorunları önlemede etkilidir (22). Bu dönemde duyguların, tutumların, düşüncelerin serbestçe ifade edilmesi önemlidir (65). Hemşireler de, danışmanlık görevi yaparak destekleyici olabilirler (22).

5-Kabul etme: Kabullenme, durumdan mutluluk duymak demek değildir. Hastalığı unutmak ya da önemsememek de değildir. Tam tersine, durumun gerçek olduğunu anlayarak, onunla başa çıkmaktır. Hastalığa ilişkin tepkilerin son aşamasıdır. Hastalığın artık kaçınılmaz olduğu bu aşamada, zamanla hastanın gerçeği kabul edip, enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yöneltmesiyle uyum süreci başlar (1,65,68).

Bu dönem önceki aktivite ve yeteneklere tam bir dönüş özelliği taşır (1,65,68). Meme kanserli hastaların bir kısmı bir yıl içinde yeni duruma uyum sağlayabilirlerken %20- 50 'si ciddi ruhsal sorunlar yaşar. Sorunların bir kısmı hastalık ve tedavinin yan etkileri ile ortaya çıkmış olabilir. Önceden geçirilmiş ruhsal bir hastalık da kanser tanısının öğrenilmesi ile alevlenebilir (14,66).

Kanserli hastanın hastalığa uyumunda rol oynayan bir dizi tıbbi, psişik ve psikososyal faktör vardır. Hastalığın kendisi, tuttuğu organ, tipi, belirti ve bulguları, hastanın yaşı, kişilik yapısı, hastalıklara ilişkin deneyim ve düşünceleri, kültürel ve sosyal tutumları, baş etme süreçleri, amaç ve hedefleri için hastalığın oluşturduğu tehdit düzeyi, çevresel destek sistemleri uyumda rol oynayan faktörlerdir. Tüm bu faktörler, kansere psikososyal uyumda sağlık profesyonelleri tarafından göz önünde bulundurulması gereken unsurlardır (9,15,19,66).

2.1.6.2. Meme Kanserli Kadınların Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu İle İlgili Yaşadıkları Sorunlar

Meme kanseri, kadınların yaşam biçiminde önemli değişiklikler yapan, beden bütünlüğünü tehdit eden, kadınların görünümünde çeşitli değişikliklere neden olan

bir hastalıktır (1,7,12,15,72). Dolayısıyla, meme kanseri nedeniyle kadınların vücutlarında meydana gelen değişiklikler beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu ile ilgili sorunlara neden olabilmektedir (20).

Beden algısı, bireyin kendine ve bedenine ait tüm duyuların zihindeki tablosu olarak tanımlanır. Bireyin beden ile ilgili bilinç ve bilinç dışı duygu, düşünce ve algılarını içerir (73,74). Beden algısı fiziksel, biyolojik ve sosyal deneyimlerden oluşmasına karşın, fizyolojik temele dayanır (74). Bu nedenle, vücut bölümlerinin bir yapısındaki, fonksiyonundaki veya görünüşündeki değişiklik beden algısında değişikliklere neden olur (75).

Fiziksel hastalık ya da organ kayıplarında kişi yaşamını, bedenini, geleceğini ve amaçlarını tehdit altında hisseder. Kişinin beden algısı ve özgüveni zedelenir, özgürlük ve yeterliliği kısıtlanır (74).

Beden algısındaki değişim benlik saygısına tehdit olarak algılanabilir. Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser olmasının yanı sıra, dişiliği ve cinselliği sembolize eden organa karşı tehdit oluşturmasından dolayı da bu güne kadar kanserler arasında ruhsal ve psikososyal yönleri açısından en çok araştırılan kanser türü olmuştur (7,72,76).

Meme kanserinin tanı ve tedavisi hastalarda anksiyete, depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu ve ölüm korkusu gibi psikolojik sorunlara neden olmaktadır. Görüldüğü gibi, tüm bu sorunlar kansere yönelik evrensel tepkiler olmanın yanı sıra, kadın bedeninde birçok sembolü bünyesinde barındıran meme kaybına özgü tepkiler olarak da değerlendirilmektedir (1,15).

Kanserde cerrahi tedavi sonucu dıştan görülen bir organın kayba uğraması ve beden görünümünün değişmesi, hastalar için yıkıcı sonuçlara neden olabilmektedir. Meme kanseri tedavisinde uygulanan mastektomi de kadınların dış görünüşünde köklü bir değişikliğe neden olmaktadır (7,16). Birçok toplumda kadının memesi estetik görünümünün, cinselliğin, anneliğin, bebeğin beslenmesinin simgesi olarak görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında, mastektomi ile yaşanan meme kaybı, kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmakta ve bu durum kadının beden imgesinde zedelenmeye bağlı olarak çeşitli psikososyal

sorunlara neden olmaktadır (1,3,7,12,16,65). Meme protezleri, dışarıdan bakıldığında bu kaybı yerine koyuyor gibi görünse de, kadında bütünlük duygusu hissettirmemekte, beden algısının bozulmasını engellememekte ve kadının hissettiği deforme olma, bozulma duygusunu onarmamaktadır (7,17). Nitekim, çoğu meme kanseri tanısı almış ve mastektomi uygulanmış hasta, uzun bir süre memelerine bakamayıp dokunmadıklarını, aynaya bakamadıklarını, banyo yaparken memelerine bakmadıklarını ve karanlıkta giyinip soyunmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Beden imajı kaygısı en yüksek olan grup ise genç ve evli kadınlardan oluşmaktadır (20).

Beden imgesi değişen bireyin tepkilerini birçok faktör belirler. Bu faktörler, birey için o beden bölümünün ve fiziksel görünüşün önemi, dışardan bakıldığında görünüp görünmediği, rehabilitasyon uygunluğu, değişikliğin hızı, günlük yaşam için önem derecesi, bireyin baş etme gücü ve birey için önemli olan kişilerin tepkileridir (65,66,70).

Bireyin kendisiyle ilgili tutum ve inançlarını içeren benlik, kişinin ne olduğu konusundaki görüşlerinin yanı sıra ne olması gerektiği ve ne olmak istediği konusundaki görüşlerini de kapsar (69,73,74,77). Benlik saygısı ise, bireyin kendine verdiği değerle ilgilidir. Fiziksel sağlık ile benlik saygısı arasında bir ilişki vardır. Sağlık problemleri ile birlikte benlik saygısı düşer (75). Benlik saygısının azalması, kişinin kendine olan güvenini kaybetmesine, sosyal ilişkilerinin zedelenmesine ve hastalıkla mücadele etmeyi bırakmasına neden olması açısından önemlidir (74).

Beden algısındaki değişimler ve düşük benlik saygısı bireylerin, cinsellik hakkında daha fazla kaygı duymalarına neden olur (19). Cinsellik, cinsel doyum ve iki insanın bir uyum içerisinde beraberliklerini içeren özel bir yaşantı olarak tanımlanmaktadır (12,19,78). Evlilik uyumunda, cinsel uyum önemli bir faktördür. Cinsellik ve çift uyumu arasında yakın ilişki bulunmakta ve birbirlerini karşılıklı olarak etkileyebilmektedirler. Ayrıca evliliklerde, mutluluk, tatmin ve beklentilerin gerçekleşebilmesi de eşler arasında karşılıklı uyum ile mümkündür (79).

Cinselliğin sürdürülmesi sağlıklı kişilerde olduğu gibi meme kanserli hastalarda da önemli bir işlevdir. Kanser ve kanser tedavileri cinsel sağlığı birçok açıdan etkiler ve bozulmasına neden olur. Meme kanserinde sıklıkla mastektomi uygulandığı için diğer kanser türlerinden daha çok cinsel işlev bozukluğuna neden

olabilmektedir. Kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerinden olan; saçların dökülmesi, cilt renginde değişiklikler, vajinal ağrı ve kuruluk, cinsel isteksizlik ve yorgunluk gibi nedenler de cinsel işlev bozukluklarını artırabilmektedir (12,19).

Mastektominin hasta üzerindeki etkisi, hastanın kişisel başa çıkma stiline, sorumluluklarına ve destek sistemlerine bağlıdır (7,80). Bu kaygılar sıklıkla ameliyattan kısa bir süre sonra ya da daha ileri bir dönemde ortaya çıkmaktadır (80).

Meme kanseri tanısı alan hastaların aile üyeleri de etkilenmektedirler. Meme kanseri olan kadınların çoğu ve onların eşleri anksiyete, depresyon, intihar girişimi, cinsel problemler, düşük benlik saygısı ve aile düzensizliğinden yakınmaktadır (7,19). Kız çocukları, kendilerinin de risk altında olduklarını düşünürler ve bu nedenle de korku hissedebilirler. Erkek çocukları da, anneleri için oldukça endişeli olabilmektedirler (63).

2.1.6.3. Meme Kanserli Kadınlar İçin Destekleyici Hemşirelik Girişimleri

Destekleyici girişimler, kanser veya tedavi yöntemleri nedeniyle ortaya çıkan problemleri ortadan kaldırmayı, hasta ve yakınının yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlar (81).

Kanser ve tedavisi birçok psikososyal sorunu beraberinde getirdiğinden hasta ve aileleri için çeşitli destekleyici girişimlerin geliştirilmesine gereksinim vardır (81,82). Bu destekleyici girişimlerin bütüncül bir yaklaşım içinde, kanser tedavisinin bir parçası olarak kabul edilmesi ve uygulanması son derece önemlidir (1,81). Kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda da psikososyal girişimlerin semptom yönetiminde, stresle baş etmede ve yaşam kalitesinin artırılmasında olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (81,82).

Kanser, multidisipliner bir ekip anlayışı içinde ele alınması gereken bir hastalıktır. Bu ekip içinde tüm sağlık profesyonelleri, özellikle hemşireler hastaların yaşadığı psikososyal sorunların çözümünde ve gereksinimlerinin karşılanmasında önemli roller üstlenebilirler (15,80). Bu doğrultuda, meme kanserli kadınların psikososyal sorunlarına yönelik destekleyici girişimleri planlamada aşağıdaki temel noktalar dikkate alınabilir (15).

Bilgi verme: Bilgi eksikliği, pek çok meme kanserli kadın tarafından anksiyete ve korku kaynağı olarak değerlendirilmektedir. Hastalık sürecinde hasta ve ailelerin sağlık profesyonelleriyle iletişim kurmaya gereksinimleri vardır (9,15,80). Beden algısı değişikliği yaratan tedavi sürecinin her aşamasında ve sonrasında hasta ve hasta yakınlarının gereksinim duydukları konularda bilgilendirilmesi yararlı olacaktır (9,15,66,80). Bu alanda hemşirenin en önemli görevi, kadının tüm seçenekler üzerinde düşünmesine yardımcı olmaktır. Mastektomiye karar verilir ise hemşire, kadını cerrahi işleme fiziksel ve duygusal yönden hazırlamalı, mastektomi sonrası olabilecek meme rekonstrüksiyonu çeşitleri ve bunlarla ilgili olabilecek sorunlar konusunda kadını bilgilendirmelidir (9).

Hemşire, hastayı sağlık sorunu, tedavi ve gelişmeler konusunda soru sorması için cesaretlendirir (73). Hastanın ümidini tamamen yok etmeden ama gerçeklerden de uzaklaşmadan, doğru, güvenilir bilgiler verir ve yanlış anlaşılmaları düzeltir (22,73).

Emosyonel destek sağlama: Birçok meme kanserli kadın, ciddi düzeyde anksiyete ve depresyon yaşar. Hastalık sürecinde kadınların psikososyal sorunlarını ve duygularını ifade etme gereksinimleri vardır. Hastalara yardım etmede dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan biri, onların bu süreçte yaşadıkları duyguları anlamaya çalışmaktır. Bu amaçla kadınlara danışmanlık tarzında emosyonel destek verilebilir (15,65).

Hemşire, mastektomi sonucu beden algısı bozulan kadının özellikle kendine ilişkin duyguları, düşünceleri, kendine bakış şekli konusunda duygularını ifade etmesi için cesaretlendirmelidir (73). Hasta ile güvenli iletişim başlatmalı ve bunu hasta istediği sürece sürdürmelidir. Mastektomi sonrası hasta ile konuşarak, kendi gereksinimlerini kendinin yavaş yavaş karşılaması için cesaretlendirilir, bakıma katılması sağlanır ve giderek bağımsızlığa yöneltilir. Böylece, bir işi başarmak ona güven verecek utanç ve değersizlik duygusunu azaltacak, ilişkilerini güçlendirecektir (69,70). Hemşire, hastanın gelecekle ilgili gerçekçi beklentiler içerisinde olmasına ve planlar oluşturmasına destek olmaya çalışmalıdır. Hastayı, güçlü yönlerini fark etmesi ve krizle mücadelede kendine özgü başa çıkma yolları geliştirmesi yönünde desteklemelidir (9,69,70).

Sosyal destek sağlama: Birçok meme kanserli kadın hastalık sürecinde hem ailelerinin ve akranlarının hem de sağlık profesyonellerinin desteğine gereksinim duymaktadır. Birçok kadın ağrı, beden imajıyla ilgili sorunlar, cinsel sorunlar ve sosyal izolasyon gibi özel sorunlar konusunda duygularını ifade etme gereksinimi içindedir. Bu doğrultuda hasta ve ailelerin kendine yardım veya destek gruplarına katılım yönünde cesaretlendirilerek, sosyal destek ağlarının genişletilmesi sağlanabilir (9,15).

Sosyal destek, etkili uyum ve başa çıkmanın önemli bir bileşenidir. Sosyal destek kişiye yönelerek ve değer vererek, onun kendisini iyi hissetmesini sağlar ve kanserin ve mastektominin ortaya çıkardığı yüklerle baş etmesini sağlar (14). Duygusal iletişim ve gelecekle ilgili birçok alanda paylaşımın ifadesi olan sosyal desteklerin olmaması, kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar için önemli bir risk etmeni kabul edilmektedir (63).

Sosyal destek hemşirelik bakımı içerisinde yer alması gereken önemli bir kavramdır. Bireyi çevresinden ve çevresindeki kişilerden ayrı düşünmeyen hemşire için, sosyal desteklerin belirlenmesi, güçlendirilmesi ve gerektiğinde bu konuda rehberlik yapılması önem kazanmaktadır (14).

Tedavi sonrası süreçte hemşire, mastektominin aile üyeleri üzerinde etkilerini belirlemeli, ailenin güçlü yönlerini vurgulamalı, mümkün olduğunda aile üyelerinin hasta bakımına katılımını sağlamalı, uygun olduğunda hasta bakımı tartışma toplantılarına aile üyelerinin de katılmasına izin verilmeli ve aile üyelerinin birbiri ile iletişimini desteklemelidir (64). Özellikle mastektomiyi izleyen ilk gece, emosyonel ve fiziksel açıdan rahatsızlık ortaya çıkabileceğinden aile üyelerinin ilk gece süresince hasta ile birlikte olmaları desteklenmelidir (80). Hastanın arkadaşları ve yakınlarının ziyaretleri teşvik edilmelidir (73).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, meme kanserli kadınlarda mastektominin vücut algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisini incelemek amacıyla, mastektomili kadınlar ile bu gruba benzer özellikler gösteren sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırılması yoluyla, geriye yönelik nitelikte analitik olarak planlanmış ve yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 01 Ağustos 2006- 31 Ocak 2007 tarihleri arasında, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM) Genel Cerrahi Polikliniğine başvuran hastalar ile bu poliklinikte kaydı olan fakat polikliniğe gelemeyen hastalar evlerinde ziyaret edilerek yürütülmüştür.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi TÖTM Genel Cerrahi Servisinde meme kanseri tanısı alıp, mastektomi olmuş kadınlar ile bu gruba benzer özellikler gösteren sağlıklı hasta yakınları oluşturmuştur.

Çalışmada herhangi bir örneklem yöntemine gidilmemiştir. Son beş yıl içinde TÖTM' de mastektomi olmuş kadınların isim ve telefon listeleri servis kayıtlarından alınarak, araştırmaya alım ölçütleri uygun olan tüm kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır. Toplam 108 mastektomili kadının bulunduğu listeden; altı hasta vefat ettiği, iki hasta çalışmaya katılmayı kabul etmediği, bir hastayla iletişim kurulamadığı, dokuz hastaya ulaşılamadığı ve 38 hasta da araştırmaya alım kriterlerine uymadığı için çalışma dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak, 52 mastektomili

kadın çalışmaya dâhil edilmiştir. Bunlardan 11 tanesine poliklinikten, 41 tanesine ev ziyaretleri yoluyla ulaşılmıştır.

Sağlıklı kontrol grubu hastaneye başvuran hasta yakınlarından ve hasta grubuna yaşça eşleştirilmiş toplam 52 kadından oluşturulmuştur.

3.4. Araştırmaya Alınan Bireylerin Özellikleri

Mastektomiden sonra, tüm tedavileri bitmiş ve en az 6 ay, en fazla 5 yıl geçmiş, menopozda olmayan, evli ya da bir partneri olan, iletişim kurulabilen, ruhsal bir hastalığı olmayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kadınlar ile bu gruba yaşça eşleştirilmiş olan sağlıklı ve gönüllü kadınlar dâhil edilmiştir.

Bu çalışmanın amacı, mastektominin vücut algısı, benlik saygısı ve eşler arasındaki uyumu etkileyip etkilemediğini incelemektir. Bu nedenle mastektomi dışında eş uyumunu, dolayısıyla da vücut algısını ve benlik saygısını etkileyebilecek menopoz ve meme kanserinde kullanılan ve sistemik etkisi olan tedavilerin uygulandığı hastalar çalışma kapsamına alınmamıştır. Ayrıca çalışmada eş uyumu incelendiğinden, evli ya da partneri olan kadınlar araştırmaya alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama amacıyla; hasta ve sağlıklı kontrol grupları için bilgi formları, Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ve Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) kullanılmıştır.

1- Sosyodemografik Bilgi Formu: (EK-1) Hasta ve sağlıklı bireylere uygulanması amacıyla 2 ayrı bilgi formu literatür (17,20,21,23,83) taraması sonucunda araştırmacı tarafından düzenlenmiştir. İki gruba uygulanan formların ortak soruları bireylerin tanımlayıcı özelliklerini içerirken, hasta bireylere uygulanan formda farklı olarak hastalık ve klinik özellikler ile ilgili bilgilere yönelik sorularda yer almaktadır.

Hasta ve sağlıklı bireylere uygulanan formda ortak olan sorular; bireyin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, aylık ortalama gelir düzeyi, sahip olduğu çocuk sayısı ve kronik veya sistemik bir hastalığının olup olmadığına ilişkin sorulardır.

Hastalara, bu sorulara ek olarak, meme kanseri tanısını kaç yaşında aldığı, tanıdan bu yana geçen süre, tanı aldıktan sonra hangi tedavilerin uygulandığı, mastektomiden bu yana geçen süre ve ameliyatın sonucundan memnun olup olmadığına ilişkin sorular yer almaktadır.

Hasta bireylerin meme kanserinin hangi evresinde ameliyat oldukları ve ameliyat tipi hastanedeki hasta dosyasından alınmıştır.

Hasta bilgi formunda 14 soru bulunurken, sağlıklı birey bilgi formunda 6 soru yer almaktadır.

2- Vücut Algısı Ölçeği: (EK-2) Bu çalışmada Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış tek beden algısı ölçeği, VAÖ olduğundan, bu ölçek kullanılmıştır. Secord ve Jourard tarafından 1953 yılında geliştirilen VAÖ, kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi amaçlar. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik çalışması 1989 yılında Hovardaoğlu tarafından gerçekleştirilmiştir. Hovardaoğlu, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısını 0.91 ($p<0.01$) olarak bulmuştur (73,74). Bu çalışmada VAÖ alfa değeri 0.76 olarak bulunmuştur.

Ölçek 40 madde içermekte olup, her bir madde bir organ ya da vücudun bir bölümü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) ile ilgilidir. Her bir madde 1’den 5’e kadar değişen puanlar almakta ve “Çok Beğeniyorum” (1 puan), “Oldukça Beğeniyorum” (2 puan), “Kararsızım” (3 puan), “Beğenmiyorum” (4 puan) ve “Hiç Beğenmiyorum” (5 puan) şeklinde yanıt seçenekleri bulunmaktadır. Kesme noktası olmayan ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmektedir. Alınan yüksek puanlar hoşnut olmama derecesinin yükseldiğine işaret etmektedir (73,74).

3- Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği: (EK-3) Rosenberg tarafından 1965 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması 1986 yılında Çuhadaroğlu tarafından yapılmış olup, geçerlilik katsayısı 0.71 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirlik yöntemi kullanılarak da güvenilirlik katsayısı 0.75 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada RBSÖ alfa değeri 0.65 olarak bulunmuştur. Ölçek çoktan

seçmeli sorulardan yapılanmış 12 alt kategoride toplam 63 sorudan oluşmaktadır. Bu alt kategoriler;

- 1) Benlik Saygısı (BS),
- 2) Kendilik Kavramının Sürekliliği,
- 3) İnsanlara Güvenme,
- 4) Eleştiriye Duyarlılık,
- 5) Depresif Duygulanım,
- 6) Hayalperestlik,
- 7) Psikosomatik Belirtiler,
- 8) Kişiler Arası İlişkilerde Tehdit Hissetme,
- 9) Tartışmalara Katılabılme,
- 10) Anne-Baba İlgisi,
- 11) Babayla İlişkisi,
- 12) Psikik İzolasyon, şeklinde adlandırılmıştır (76).

Araştırmanın amacı doğrultusunda benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak, ölçeğin ilk “10” maddesi kullanılmıştır. Her bir maddede “Çok doğru”, “Doğru”, “Yanlış” ve “Çok yanlış” şeklinde yanıt seçenekleri bulunmaktadır. İlk 10 sorudan alınan toplam puan 0–1 ise benlik saygısı yüksek, 2–4 ise orta, 5–6 ise benlik saygısının düşük olduğunu göstermektedir (76,84) . Ölçeğin hesaplaması aşağıda gösterilmiştir (76).

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Puanlaması

MADDE I

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a.Çok doğru b.Doğru *c.Yanlış *d.Çok yanlış
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a.Çok doğru b.Doğru *c.Yanlış *d.Çok yanlış
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
*a.Çok doğru *b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış

MADDE II

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a.Çok doğru b.Doğru *c.Yanlış *d.Çok yanlış
5. Kendimde gurur duyacak bir şey bulamıyorum.
*a.Çok doğru *b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış

MADDE III

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a.Çok doğru b.Doğru *c.Yanlış *d.Çok yanlış

MADDE IV

7. Genel olarak kendimden memnunum.
a.Çok doğru b.Doğru *c.Yanlış *d.Çok yanlış

MADDE V

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
*a.Çok doğru *b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış

MADDE VI

9. Bazen kesinlikle kendimin işe yaramadığını düşünüyorum.
*a.Çok doğru *b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum
*a.Çok doğru *b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış

Ölçekte işaretli maddeler puan aldırılmaktadır.

MADDE I için: Birey 3 sorudan 2'sinde işaretli cevabı seçtiyse: 1 puan

MADDE II ve VI için: Birey 2 sorudan birinde işaretli cevabı seçtiyse: 1 puan

Diğer sorular için her işaretli cevabı seçmek 1 puan aldırır.

4- Çiftler Uyum Ölçeği: (EK-4) Spanier tarafından 1976 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları 2000 yılında Fışiloğlu ve Demir tarafından yapılmıştır. Fışiloğlu ve Demir ölçeğin Cronbach Alfa değerini, 0.92 olarak bulmuştur (84). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Fışiloğlu'nun isteği üzerine, bu çalışmadaki ÇUÖ alfa değeri hesaplanmamıştır.

Çiftler Uyum Ölçeği çiftlerin algıladıkları biçimde ikili ilişkilerin özelliklerini ölçmek için geliştirilmiş 32 maddelik ölçektir. Dört alt ölçekten oluşur; a) eşler arası tatmin alt ölçeği; negatif ve pozitif düşünce modelleri ile pozitif ve aversif iletişimi sorgulayan 10 madde içerir. b) eşler arası bağlılık alt ölçeği; birlikte geçirilen zamanı ve konuşmaları anlatan 5 maddeden oluşur. c) eşler arası fikir birliği alt ölçeği; evlilik ilişkisindeki temel konular hakkındaki anlaşma düzeyini gösteren 13 maddeden oluşur. d) duygusal ifade alt ölçeği; sevgi gösterme şekillerinde anlaşma derecesini gösterir ve sevgi gösteren davranışları yapmayı içeren 4 maddeyi içerir. Toplam ölçüm puanları evlilik uyumu ve tatmin derecesini yansıtmaktadır. Çiftler uyum ölçeği alt ölçekleri Çizelge 3.1’de gösterildi (85,86).

Çizelge 3.1. Çiftler Uyum Ölçeği Alt Ölçekleri.

Alt ölçek	Madde Numarası	Toplam(32 Madde)
Memnuniyet-doyum	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32	10
Fikir birliği	1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	13
Bağlılık	24, 25, 26, 27, 28	5
Duygusal ifade	4, 6, 29, 30	4

Testten alınabilecek puanların dağılımı 0-151’dir. Toplam uyum puanının yüksek oluşu bireyin ilişkisinin ya da evlilik uyumunun daha iyi olduğunu gösterir (85,86).

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmacı haftada iki gün polikliniğe gidip kontrole gelen kadınlara ulaşarak veri toplamıştır. Mastektomi olmuş fakat Ağustos 2006- Ocak 2007 tarihleri arasında kontrole gelemeyen ya da kontrolleri bu tarihler dışında olan kadınlara ise ev ziyareti yapılarak ulaşılmış ve veriler toplanmıştır. Ocak 2002- Ağustos 2006 tarihleri arasında TÖTM Genel Cerrahi Servisinde mastektomi olmuş tüm kadınların isim ve telefon numaralarını içeren liste oluşturulmuştur. Bu liste yardımıyla

kadınlara önce telefon aracılığıyla ulaşıp araştırma kriterlerine uyan kadınların adresleri alınmış ve ev ziyareti düzenlenmiştir. Soru formları ve ölçeklerin uygulaması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.7. İstatistiksel Analizler

İstatistiksel analizler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Windows 10.0 programı kullanılarak yapıldı. Veriler tablolarda ortalama \pm standart sapma, çalışmaya katılanların sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilip, verilerin değerlendirilmesinde aşağıdaki testler kullanılmıştır:

- Mastektomili kadınlar ve sağlıklı kontrol grubunun tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması Ki-kare testi ile,
- Mastektomili kadınlara ait klinik özelliklerini incelemek amacıyla yüzdeler dağılımları,
- Mastektomili kadınlar ve sağlıklı kontrol grubunun tanıtıcı özelliklerine göre ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi ile,
- Mastektomili kadınların klinik özelliklerine göre ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Kruskal-Wallis testi ile,
- Mastektomili kadınlar ve sağlıklı kontrol grubunun ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması t testi ile,
- Ölçeklerin birbiriyle ilişkisi Pearson Korelasyon Analizi ile yapılmıştır.

Bu çalışmada, her iki gruptaki kadınların kişisel özellikleri bağımsız, Vücut Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Çiftler Uyum Ölçeği'nden elde edilen puanlar bağımlı değişkenler olarak değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü üniversitesi tıp fakültesi etik kurul kararı (EK-6) ve İnönü Üniversitesi TÖTM Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan gerekli izinler (EK-5) alındı. Bu çalışmada gönüllü katılım ilkesi temel alınarak, soru formlarını uygulamadan önce, araştırmacı tarafından her bireye araştırmanın amacı açıklandı ve bireylerden bilgilendirilmiş yazılı onam alındı. Ayrıca çalışmada kullanılan ÇUÖ'i, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Fışıloğlu'nun isteği üzerine ekler bölümünde ölçeğin tamamı değil örnek birkaç madde (EK-4) verildi.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma bazı sınırlılıklara sahiptir. Birincisi, bu çalışmadaki hasta grubu İnönü Üniversitesi TÖTM Genel Cerrahi Servisinde mastektomili kadınlarla sınırlı olduğu için, sonuçlar ülkemizdeki bütün mastektomili hastalara genellenemez, ancak başka çalışmalardaki sonuçlarla karşılaştırmak amacıyla kullanılabilir. Bir diğer sınırlılık ise İnönü Üniversitesi TÖTM Genel Cerrahi Servisinde mastektomi uygulanmış olan bütün kadınlardan menopozda olmayanların araştırma kapsamına alınmasından dolayı hasta grubunun sınırlı sayıda kalmasıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan 52 mastektomili kadın ile bu gruba benzer özellikler gösteren 52 sağlıklı kontrol grubuna uygulanan formlar ve formlardan elde edilen verilerin istatistiksel analiz sonuçları yer almaktadır.

Çalışma kapsamına alınan mastektomili kadınlar ile sağlıklı kontrol grubunun tanıtıcı özellikleri karşılaştırılarak Tablo 1’de gösterildi.

Çalışma kapsamına alınan mastektomili kadınlar ile sağlıklı kontrol grubundaki kadınların en çok 40-49 yaş grubunda (mastektomili kadınların %50’si, sağlıklı kontrol grubundakilerin %48.1’i) oldukları, mastektomili kadınların yaş ortalamasının 45.09 ± 11.13 (en küçük: 32, en büyük: 56), sağlıklı kontrol grubundakilerin yaş ortalamasının 46.23 ± 11.50 (en küçük: 30, en büyük: 55) olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumlarına göre incelendiğinde, çalışmaya katılanların en çok (mastektomili kadınların %50’sinin, sağlıklı kontrol grubunun %63.5’inin) ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır.

Mastektomili kadınların %71.2’sinin, sağlıklı kontrol grubunun %63.5’inin aylık ortalama gelir düzeyinin orta olduğu ve her iki gruptaki kadınların hepsinin evli ve çocuğu olduğu saptanmıştır.

Kadınların meme kanseri dışında kronik veya sistemik bir hastalığının varlığına bakıldığında, mastektomili kadınların %65.4’ünün, sağlıklı kontrol grubunun ise %67.3’ün herhangi bir hastalığının olmadığı saptanmıştır.

Mastektomili kadınlar ile sağlıklı kontrol grubundaki kadınların yaş grupları, eğitim durumları, aylık ortalama gelir düzeyleri, çocuk varlığı ve çocuk sayısı ve kronik veya sistemik hastalık varlığı karşılaştırılmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 1. Mastektomili Kadınlar ile Sağlıklı Kontrol Grubunun Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=104).

Tanıtıcı Özellikler	Mastektomili Kadınlar n: 52		Sağlıklı Kontrol n: 52		İstatistiksel Değerlendirme
	$\bar{X} \pm SS^*$	Sayı (%)	$\bar{X} \pm SS$	Sayı (%)	
Yaş	45.09 \pm 11.13		46.23 \pm 11.50		
30-39 yaş		6 11.5		9 17.3	$\chi^2=0.72$
40-49 yaş		26 50.0		25 48.1	
≥ 50 yaş		20 38.5		18 34.6	p>0.05
Eğitim Durumu					
Sadece okur-yazar		17 32.7		9 17.3	$\chi^2=3.62$
İlk-ortaokul mezunu		26 50.0		33 63.5	
Lise mezunu		8 15.4		8 15.4	p>0.05
Yüksek okul mezunu		1 1.9		2 3.8	
Aylık Ortalama Gelir Düzeyi**					
Düşük		13 25.0		12 23.1	$\chi^2=3.04$
Orta		37 71.2		33 63.4	
Yüksek		2 3.8		7 13.5	p>0.05
Çocuk Sayısı					
1-3		31 59.6		32 61.5	$\chi^2=0.04$
4-6		21 40.4		20 38.5	p>0.05
Kronik Veya Sistemik Hastalık Varlığı					$\chi^2=0.04$
Var		18 34.6		17 32.7	
Yok		34 65.4		35 67.3	p>0.05

* SS: Standart Sapma

** Kadınların kendi ifadeleri esas alınmıştır.

Mastektomili kadınların klinik özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Çalışmaya alınan mastektomili kadınların meme kanseri tanısı alma yaşının en çok 45 yaş ve üzerinde (%55.8) olduğu ve tanıdan bu yana geçen sürenin ise çoğunlukla (%61.5) 1-2 yıl olduğu belirlenmiştir. Mastektomili kadınların %61.5’ine mastektomi ile birlikte kemoterapi ve radyoterapi de uygulandığı ve %65.4’üne kanserin 2. evresinde mastektomi uygulandığı ve çoğuna (%86.5) modifiye radikal mastektomi uygulandığı saptanmıştır.

Tablo 2. Mastektomili Kadınların Klinik Özelliklerinin Dağılımı (N=52).

Klinik Özellikleri	Sayı	(%)
Meme Kanseri Tanısı		
Alma Yaşı		
25-34 yaş	3	5.7
35-44 yaş	20	38.5
≥45 yaş	29	55.8
Tanıdan Bu Yana		
Geçen Süre		
< 1 yıl	2	3.8
1-2 yıl	32	61.6
3-4 yıl	13	25.0
5 yıl ve üzeri	5	9.6
Mastektomi Dışında Uygulanan		
Diğer Tedavi Yöntemleri*		
Kemoterapi	13	25.0
Radyoterapi	4	7.7
Kemoterapi+Radyoterapi	32	61.5
Kemoterapi+Radyoterapi+ +Hormonal tedavi	3	5.8
Mastektomiden Bu Yana		
Geçen Süre		
< 1 yıl	9	17.3
1-2 yıl	27	51.9
3-4 yıl	13	25.0
5 yıl	3	5.8
Mastektomi Olduğu		
Kanser Evresi**		
Evre 1	3	5.8
Evre 2	34	65.4
Evre 3	15	28.8
Uygulanan Mastektomi		
Tipi**		
Total mastektomi	7	13.5
Modifiye radikal mastektomi	45	86.5

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

** Hasta dosyalarından elde edilmiştir.

Mastektomili kadınların klinik özelliklerine göre Vücut Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 3'de verilmiştir.

Mastektomili kadınlar meme kanseri tanısı alma yaşına göre değerlendirildiğinde; 45 yaş ve üzerinde meme kanseri tanısı alan grupta vücut algısı puanları diğer gruplardan daha düşük, yani vücut algısı yüksek bulunmuş (Ortalama: 116.20 ± 10.24), tanı alma yaşlarına göre grupların aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Meme kanseri tanısını almalarından bu yana geçen süre yönünden mastektomili kadınların vücut algısı değerlendirildiğinde, tanıdan bu yana 5 yıl ve daha fazla zaman geçmiş olanların vücut algılarının en yüksek olduğu (Ortalama: 111.40 ± 16.74), diğerlerinin birbirine yakın olarak daha düşük vücut algısına sahip oldukları saptanmıştır. Tanı aldıktan bu yana geçen süreler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kadınlara uygulanan tedavi yöntemlerine göre, mastektomi ve kemoterapi uygulanan grup ile mastektomi ve radyoterapi uygulanan grubun vücut algıları daha düşük (sırası ile Ortalama: 120.07 ± 8.05 , Ortalama: 120.00 ± 9.48) bulunmuş, tedavi yöntemlerine göre grupların aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Mastektomi olmalarından bu yana geçen süre yönünden kadınların vücut algısı değerlendirildiğinde, ameliyattan bu yana 5 yıl geçmiş olanların vücut algılarının en yüksek olduğu (Ortalama: 105.00 ± 18.52), diğerlerinin birbirine yakın olarak daha düşük vücut algısına sahip oldukları saptanmıştır. Mastektomiden bu yana geçen süreler göre grupların aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kadınların mastektomi oldukları kanser evresi yönünden kanserin 2. evresinde ameliyat olanların vücut algıları daha yüksek olarak bulunmuş (Ortalama: 117.97 ± 10.65), mastektomi olunan kanser evrelerine göre grupların aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 3. Mastektomili Kadınların Klinik Özelliklerine Göre **Vücut Algısı Ölçeğinden** Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=52).

Klinik Özellikleri	Sayı	$\bar{X} \pm SS^*$	İstatistiksel Değerlendirme
Meme Kanseri Tanısı Alma Yaşı			
25-34 yaş	3	117.33 ± 13.65	KW**= 1.68 p>0.05
35-44 yaş	20	120.75 ± 7.90	
≥45 yaş	29	116.20 ± 10.24	
Tanıdan Bu Yana Geçen Süre			
< 1 yıl	2	119.50 ± 2.12	KW= 0.653 p>0.05
1-2 yıl	32	118.37 ± 9.39	
3-4 yıl	13	119.46 ± 7.24	
5 yıl ve üzeri	5	111.40 ± 16.74	
Mastektomi Dışında Uygulanan Diğer Tedavi Yöntemleri			
Kemoterapi	13	120.07 ± 8.05	KW= 1.157 p>0.05
Radyoterapi	4	120.00 ± 9.48	
Kemoterapi+Radyoterapi	32	117.12 ± 10.64	
Kemoterapi+Radyoterapi +Hormonal Tedavi	3	116.00 ± 6.00	
Mastektomiden Bu Yana Geçen Süre			
< 1 yıl	9	119.33 ± 7.00	KW= 2.07 p> 0.05
1-2 yıl	27	117.88 ± 9.58	
3-4 yıl	13	120.38 ± 7.52	
5 yıl	3	105.00 ± 18.52	
Mastektomi Olduğu Kanser Evresi			
Evre 1	3	118.33 ± 3.05	KW= 0.307 p> 0.05
Evre 2	34	117.97 ± 10.65	
Evre 3	15	118.06 ± 8.37	

* SS: Standart Sapma

**KW: Kruskal Wallis testi

Mastektomili kadınların klinik özelliklerine göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 4'te verilmiştir.

Mastektomili kadınlarda tüm meme kanseri tanısı alma yaşları, tanı almalarından bu yana geçen süre, uygulanan tedavi yöntemleri, mastektomi

olmalarından bu yana geçen süre ve mastektomi oldukları kanser evresi yönünden benlik saygıları orta düzeyde bulunmuş, grupların aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. Mastektomili Kadınların Klinik Özelliklerine Göre **Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden** Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=52).

Klinik Özellikleri	Sayı	$\bar{X} \pm SS^*$	İstatistiksel Değerlendirme
Meme Kanseri Tanısı Alma Yaşı			
25-34 yaş	3	3.00 \pm 2.64	KW**= 2.705 p>0.05
35-44 yaş	20	4.30 \pm 1.17	
≥ 45 yaş	29	3.79 \pm 1.23	
Tanıdan Bu Yana Geçen Süre			
< 1 yıl	2	4.00 \pm 0.00	KW= 0.389 p>0.05
1-2 yıl	32	3.90 \pm 1.22	
3-4 yıl	13	4.07 \pm 1.49	
5 yıl ve üzeri	5	3.80 \pm 1.92	
Mastektomi Dışında Uygulanan Diğer Tedavi Yöntemleri			
Kemoterapi	13	4.53 \pm 1.12	KW= 6.406 p>0.05
Radyoterapi	4	4.50 \pm 1.00	
Kemoterapi+Radyoterapi	32	3.56 \pm 1.31	
Kemoterapi+Radyoterapi +Hormonal Tedavi	3	4.66 \pm 1.52	
Mastektomiden Bu Yana Geçen Süre			
< 1 yıl	9	4.66 \pm 0.86	KW= 7.132 p>0.05
1-2 yıl	27	3.70 \pm 1.17	
3-4 yıl	13	4.23 \pm 1.58	
5 yıl	3	2.66 \pm 1.52	
Mastektomi Olduğu Kanser Evresi			
Evre 1	3	2.66 \pm 1.15	KW= 4.232 p>0.05
Evre 2	34	4.17 \pm 1.35	
Evre 3	15	3.66 \pm 1.11	

* SS: Standart Sapma

**KW: Kruskal Wallis testi

Mastektomili kadınların klinik özelliklerine göre Çiftler Uyum Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5'te verilmiştir.

Mastektomili kadınlarda 25-34 yaşlarında meme kanseri tanısı alan grubun eş uyumu puanları diğer gruptakilerden daha yüksek olmasına (Ortalama: 99.00 ± 15.87) karşın, tanı alma yaşlarına göre grupların aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Meme kanseri tanısını almalarından bu yana geçen süre yönünden mastektomili kadınların eş uyumu değerlendirildiğinde, tanıdan bu yana 3-4 yıl geçmiş olanların eş uyumunun daha iyi olduğu (Ortalama: 89.07 ± 13.34) saptanmıştır. Tanı aldıktan bu yana geçen süreler göre grupların aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kadınlara uygulanan tedavi yöntemlerine göre, mastektomi ve radyoterapi uygulanan grubun eş uyumu puanları daha yüksek olmasına karşın (Ortalama: 89.25 ± 3.50), grupların aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Mastektomi olmalarından bu yana geçen süre yönünden eş uyumu değerlendirildiğinde, ameliyattan bu yana 1-2 ve 3-4 yıl geçmiş olanların eş uyumunun daha iyi olduğu (sırası ile Ortalama: 86.29 ± 13.66 , Ortalama: 86.76 ± 14.77) saptanmıştır. Mastektomiden bu yana geçen süreler göre grupların aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 5. Mastektomili Kadınların Klinik Özelliklerine Göre Çiftler Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=52).

Klinik Özellikleri	Sayı	$\bar{X} \pm SS^*$	İstatistiksel Değerlendirme
Meme Kanseri Tanısı Alma Yaşı			
25-34 yaş	3	99.00 ± 15.87	KW**= 2.686 p>0.05
35-44 yaş	20	85.10 ± 14.14	
≥45 yaş	29	84.41 ± 13.51	
Tanıdan Bu Yana Geçen Süre			
< 1 yıl	2	84.50 ± 9.19	KW= 2.300 p>0.05
1-2 yıl	32	85.46 ± 14.66	
3-4 yıl	13	89.07 ± 13.34	
5 yıl ve üzeri	5	77.00 ± 12.02	
Mastektomi Dışında Uygulanan Diğer Tedavi Yöntemleri			
Kemoterapi	13	85.00 ± 17.33	KW= 3.309 p>0.05
Radyoterapi	4	89.25 ± 3.50	
Kemoterapi+Radyoterapi	32	86.50 ± 13.57	
Kemoterapi+Radyoterapi +Hormonal Tedavi	3	72.33 ± 4.16	
Mastektomiden Bu Yana Geçen Süre			
< 1 yıl	9	83.55 ± 15.30	KW= 0.881 p>0.05
1-2 yıl	27	86.29 ± 13.66	
3-4 yıl	13	86.76 ± 14.77	
5 yıl	3	79.00 ± 15.00	

* SS: Standart Sapma

**KW: Kruskal Wallis testi

Mastektomili kadınların ameliyattan memnun olup olmama durumlarına göre Vücut Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Çiftler Uyum Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 6’da verilmiştir.

Ameliyat sonucundan pek memnun olmadığını ifade eden mastektomili kadınların vücut algısı en düşük (Ortalama: 121.55 ±10.33), tüm grubun benlik saygısı orta (Ortalama: 2-4) ve ameliyat sonucundan oldukça memnun olanların eş uyumunun daha iyi olduğu (Ortalama: 87.76 ±15.53) bulunmuştur. Kadınlar arasında “hiç memnun değilim” ifadesini kullanan olmamıştır. Ölçeklerden alınan puan

ortalamalarına göre memnuniyet durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. Mastektomili Kadınların Ameliyattan Memnun Olma Durumlarına Göre Vücut Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Çiftler Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=52).

Ameliyattan Memnuniyet	Sayı	(%)	Ölçekler		
			VAÖ $\bar{X} \pm SS^*$	RBSÖ $\bar{X} \pm SS$	ÇUÖ $\bar{X} \pm SS$
Çok memnun	10	19.2	119.90 \pm 3.28	3.80 \pm 0.91	83.30 \pm 12.48
Oldukça memnun	25	48.2	115.16 \pm 11.22	3.72 \pm 1.42	87.76 \pm 15.53
Kararsız	8	15.3	120.62 \pm 7.19	4.50 \pm 1.41	84.12 \pm 6.59
Pek memnun değil	9	17.3	121.55 \pm 10.33	4.22 \pm 1.30	83.00 \pm 16.79
Hiç memnun değil	0	0.0			
İstatistiksel Değerlendirme			KW**= 1.94 $p>0.05$	KW= 2.65 $p>0.05$	KW= 0.86 $p>0.05$

* SS: Standart Sapma

**KW: Kruskal Wallis Testi

Mastektomili kadınların ameliyat tipine göre Vücut Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Çiftler Uyum Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 7’da verilmiştir.

Her iki ameliyat tipi için tüm grubun benlik saygısının orta (Ortalama: 2-4) olduğu, modifiye radikal mastektomi uygulanan grubun beden algısı (Ortalama: 117.95 \pm 10.25) ve eş uyumunun daha iyi (Ortalama: 86.15 \pm 14.12) olduğu bulunmuştur. Ölçeklerden alınan puanlara göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 7. Mastektomili Kadınların Ameliyat Tipine Göre Vücut Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Çiftler Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=52).

Ameliyatın Tipi	Ölçekler				
	Sayı	(%)	VAÖ	RBSÖ	ÇUÖ
			$\bar{X} \pm SS^*$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Total mastektomi	7	13.5	118.42 \pm 4.66	3.42 \pm 1.27	81.42 \pm 13.45
Modifiye radikal mastektomi	45	86.5	117.95 \pm 10.25	4.02 \pm 1.31	86.15 \pm 14.12
İstatistiksel Değerlendirme			KW**= 0.003 p>0.05	KW= 1.301 p>0.05	KW= 0.564 p>0.05

* SS: Standart Sapma

**KW: Kruskal Wallis Testi

Mastektomili kadınlar ile sağlıklı kontrol grubunun tanıtıcı özelliklerine göre Vücut Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir.

Mastektomili kadınlarda vücut algısı 40-49 ile 50 yaş ve üzeri grupta daha yüksek (sırası ile Ortalama: 117.00 \pm 8.49, Ortalama: 117.80 \pm 10.30) bulunmuştur. Sağlıklı kontrol grubunda ise vücut algısı 40-49 yaş grubunda yüksek (Ortalama: 90.12 \pm 7.23), 30-39 yaş grubunda daha düşük (Ortalama: 96.88 \pm 7.28) bulunmuştur. Vücut algısı ölçeğinden alınan puanlara göre gruplar karşılaştırıldığında, her iki grupta da yaş grupları arasındaki fark sağlıklı kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı (sırası ile p<0.01, p<0.001, p<0.001) bulunmuştur.

Eğitim durumları yönünden, mastektomili kadınlarda eğitim düzeyi yükseldikçe vücut algısının düştüğü saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda ise vücut algısı ilk-ortaokul mezunlarında en yüksek (Ortalama: 90.36 \pm 8.23), okuryazar olanlarda en düşük (Ortalama: 100.66 \pm 10.27) bulunmuştur. Vücut algısı ölçeğinden alınan puanlar gruplar arasında karşılaştırıldığında, her iki grupta tüm eğitim düzeyleri arasındaki fark sağlıklı kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı (sırası ile p<0.01, p<0.001, p<0.01) bulunmuştur.

Aylık ortalama gelir düzeyine göre, mastektomili kadınlarda aylık ortalama gelir düzeyi yükseldikçe vücut algısının düştüğü saptanmıştır. Kontrol grubunda ise

gelir düzeyi yükseldikçe vücut algısının da yükseldiği saptanmıştır. Vücut algısı ölçeğinden alınan puanlar gruplar arasında karşılaştırıldığında, her iki grupta tüm aylık ortalama gelir düzeyleri arasındaki fark sağlıklı kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlıdır (sırası ile $p<0.01$, $p<0.001$, $p<0.05$).

Çocuk sayısı değerlendirildiğinde, mastektomili kadınlarda 4-6 tane çocuğu olan grubun, 1-3 tane çocuğu olan gruba göre vücut algısı daha yüksek (Ortalama: 116.33 ± 9.19) bulunmuştur. Kontrol grubunda ise çocuk sayısının vücut algısını etkilemediği saptanmıştır. Vücut algısı ölçeğinden alınan puanlar gruplar arasında karşılaştırıldığında, her iki grupta bütün çocuk sayıları arasındaki fark sağlıklı kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$).

Tablo 8. Mastektomili Kadınlar ile Sağlıklı Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine Göre **Vücut Algısı Ölçeğinden** Aldıkları Puanlarının Karşılaştırılması (N=104).

Tanıtıcı Özellikler	Mastektomili Kadınlar n: 52		Sağlıklı Kontrol n: 52		İstatistiksel Değerlendirme
	Sayı	$\bar{X} \pm SS^*$	Sayı	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş					
30-39 yaş	6	123.16 \pm 12.15	9	96.88 \pm 7.28	U** : 9.406; p<0.01
40-49 yaş	26	117.00 \pm 8.49	25	90.12 \pm 7.23	U : 36.317; p<0.001
≥ 50 yaş	20	117.80 \pm 10.30	18	94.88 \pm 11.48	U : 18.756; p<0.001
Eğitim Durumu					
Sadece okur-yazar	17	117.17 \pm 10.07	9	100.66 \pm 10.27	U : 22.000; p<0.01
İlk- ortaokul mezunu	26	118.38 \pm 9.31	33	90.36 \pm 8.23	U : 8.000; p<0.001
Lise mezunu	8	118.37 \pm 11.53	8	94.37 \pm 8.31	U : 2.000; p<0.01
Yüksek okul mezunu***1	1	120.00 \pm 00.00	2	95.00 \pm 7.07	—
Aylık Ortalama Gelir Düzeyi					
Düşük	13	116.76 \pm 10.66	12	98.08 \pm 11.62	U : 20.500; p<0.01
Orta	37	118.35 \pm 9.64	33	92.12 \pm 7.84	t : 12.38; p<0.001
Yüksek	2	120.00 \pm 00.00	7	88.00 \pm 7.76	U : 0.000; p<0.05
Çocuk Sayısı					
1-3	31	119.16 \pm 9.92	32	92.93 \pm 7.70	t : 11.73; p<0.001
4-6	21	116.33 \pm 9.19	20	92.95 \pm 11.44	U : 34.500; p<0.001

* SS: Standart Sapma

**U: Mann Whitney U Testi

***n yeterli olmadığından istatistiksel değerlendirme yapılmamıştır.

Mastektomili kadınlar ile sağlıklı kontrol grubunun tanıtıcı özelliklerine göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 9’da sunulmuştur.

Mastektomili kadınların tüm yaş gruplarında benlik saygısı orta, sağlıklı kontrol grubunda ise 40-49 yaş grubundakilerin benlik saygısı diğer gruplarındakinden daha yüksek (Ortalama: 1.76 ± 1.09) bulunmuştur. Benlik saygısı ölçeğinden alınan puanlara göre gruplar karşılaştırıldığında, her iki grupta 30-39 yaş grubu dışında ($p>0.05$), 40-49 yaş ve 50 yaş ve üzeri grupları arasındaki fark sağlıklı kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı (sırası ile $p<0.001$, $p<0.001$) bulunmuştur.

Eğitim durumları yönünden, mastektomili kadınlarda ve sağlıklı kontrol grubunda eğitim düzeyi yükseldikçe benlik saygısının arttığı saptanmıştır. Benlik saygısı ölçeğinden alınan puanlara göre gruplar karşılaştırıldığında, okur-yazar ve ilk-ortaokul mezunu gruplarında eğitim düzeyleri arasındaki fark sağlıklı kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı (sırası ile $p<0.01$, $p<0.001$) bulunmuştur.

Aylık ortalama gelir düzeyine göre, mastektomili kadınlarda aylık ortalama gelir düzeyi düşük ve orta olan grubun benlik saygısı orta, gelir düzeyi yüksek olan grubun benlik saygısı düşük düzeyde bulunmuştur. Kontrol grubunda ise gelir düzeyi düşük grupta benlik saygısı orta, gelir düzeyi orta ve yüksek olan grupta benlik saygısı yüksek düzeyde bulunmuştur. Benlik saygısı ölçeğinden alınan puanlara göre gruplar karşılaştırıldığında, aylık ortalama düzeyleri düşük ve orta olanlar arasındaki fark sağlıklı kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$) bulunmuştur.

Çocuk sayısı değerlendirildiğinde, mastektomili kadınlarda ve sağlıklı kontrol grubundaki tüm kadınlarda benlik saygısı orta düzeyde bulunmuştur. Benlik saygısı ölçeğinden alınan puanlara göre gruplar karşılaştırıldığında, her iki grupta bütün çocuk sayıları arasındaki fark sağlıklı kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$) bulunmuştur.

Tablo 9. Mastektomili Kadınlar ile Sağlıklı Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine Göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=104).

Tanıtıcı Özellikler	Mastektomili Kadınlar n: 52		Sağlıklı Kontrol n: 52		İstatistiksel Değerlendirme
	Sayı	$\bar{X} \pm SS^*$	Sayı	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş					
30-39 yaş	6	4.16 ± 2.13	9	2.44 ± 1.13	U**: 2.162; p>0.05
40-49 yaş	26	4.00 ± 1.20	25	1.76 ± 1.09	U: 26.227; p<0.001
≥50 yaş	20	3.80 ± 1.23	18	2.38 ± 1.09	U: 10.715; p<0.001
Eğitim Durumu					
Sadece okur-yazar	17	4.23 ± 1.39	9	2.33 ± 0.86	U: 19.000; p<0.01
İlk- ortaokul mezunu	6	3.88 ± 0.99	33	2.12 ± 1.24	t= 5.89; p<0.001
Lise mezunu	8	3.37 ± 1.99	8	1.62 ± 0.91	U: 15.500; p>0.05
Yüksek okul mezunu***	1	5.00 ± 0.00	2	2.50 ± 0.70	—
Aylık Ortalama Gelir Düzeyi					
Düşük	13	3.84 ± 1.34	12	2.17 ± 0.73	U: 16.500; p<0.001
Orta	37	3.91 ± 1.34	33	1.90 ± 1.21	t= 5.54; p<0.001
Yüksek	2	5.00 ± 0.00	7	1.71 ± 1.25	U: 0.000; p>0.05
Çocuk Sayısı					
1-3	31	3.80 ± 1.40	32	2.06 ± 1.24	t= 5.23; p<0.001
4-6	21	4.14 ± 1.19	20	2.15 ± 0.93	U: 38.000; p<0.001

* SS: Standart Sapma

**U: Mann Whitney U Testi

***n yeterli olmadığından istatistiksel değerlendirme yapılmamıştır.

Mastektomili kadınlar ile sağlıklı kontrol grubunun tanıtıcı özelliklerine göre Çiftler Uyum Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 10 'da verilmiştir.

Mastektomili kadınlarda 30-39 yaş grubundakilerin eş uyumu diğer gruplardakinden daha iyi olduğu (Ortalama: 91.83 ± 14.99), sağlıklı kontrol grubunda ise 30-39 ve 40-49 yaş grubunda, 50 yaş ve üzeri gruba göre eş uyumunun daha iyi olduğu (sırası ile Ortalama: 104.88 ± 7.52, Ortalama: 104.96 ± 13.29) saptanmıştır. Çiftler uyum ölçeğinden alınan puanlara göre gruplar

karşılaştırıldığında, 40-49 yaş ve 50 yaş ve üzeri gruplar arasındaki fark sağlıklı kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$) bulunmuştur.

Eğitim durumları yönünden, mastektomili kadınlarda ve sağlıklı kontrol grubunda eğitim düzeyi yükseldikçe eş uyumunun daha iyi olduğu saptanmıştır. Çiftler uyum ölçeğinden alınan puanlara göre gruplar karşılaştırıldığında, okur-yazar ve ilk-ortaokul mezunu gruplarında eğitim düzeyleri arasındaki fark sağlıklı kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı (sırası ile $p<0.01$, $p<0.001$) bulunmuştur. Aylık ortalama gelir düzeyine göre, mastektomili kadınlarda ortalama aylık geliri düşük olan grubun eş uyumunun iyi olmadığı (Ortalama: 82.30 ± 11.63), sağlıklı kontrol grubunda ise gelir düzeyi yükseldikçe eş uyumunun iyiye doğru arttığı saptanmıştır. Çiftler uyum ölçeğinden alınan puanlara göre gruplar karşılaştırıldığında, aylık ortalama gelir düzeyleri düşük ve orta olanlar arasındaki fark sağlıklı kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur.

Mastektomili ve sağlıklı kontrol grubundaki kadınların sahip olduğu çocuk sayısı yönünden, çiftler uyum ölçeğinden alınan puanlara göre gruplar karşılaştırıldığında, her iki grupta bütün çocuk sayıları arasındaki fark sağlıklı kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$) bulunmuştur.

Tablo 10. Mastektomili Kadınlar ile Sağlıklı Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine Göre Çiftler Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=104).

Tanıtıcı Özellikler	Mastektomili Kadınlar n: 52		Sağlıklı Kontrol n: 52		İstatistiksel Değerlendirme
	Sayı	$\bar{X} \pm SS^*$	Sayı	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş					
30-39 yaş	6	91.83 ± 14.99	9	104.88 ± 7.52	U** : 2.573; p>0.05
40-49 yaş	26	87.42 ± 14.69	25	104.96 ± 13.29	U: 14.668; p<0.001
≥50 yaş	20	81.15 ± 12.05	18	81.15 ± 12.05	U: 16.179; p<0.001
Eğitim Durumu					
Sadece okur-yazar	17	82.23 ± 13.21	9	99.33 ± 8.32	U: 22.500; p<0.01
İlk- ortaokul mezunu	26	85.73 ± 14.70	33	105.36 ± 13.96	t = 12.24; p<0.001
Lise mezunu	8	92.62 ± 12.92	8	104.75 ± 10.41	U: 16.500; p>0.05
Yüksek okul mezunu***	1	79.00 ± 0.00	2	106.00 ± 1.41	—
Aylık Ortalama Gelir Düzeyi					
Düşük	13	82.30 ± 11.63	12	102.08 ± 5.77	U: 8.500; p<0.05
Orta	37	86.67 ± 14.94	33	104.00 ± 13.67	t =5.03; p<0.05
Yüksek	2	85.00 ± 8.48	7	109.14 ± 14.42	U: 0.500; p>0.05
Çocuk Sayısı					
1-3	31	85.54 ± 13.07	32	103.18 ± 13.76	t =5.21; p<0.001
4-6	21	85.47 ± 15.60	20	105.95 ± 9.88	U: 57.500; p<0.001

* SS: Standart Sapma

**U: Mann Whitney U Testi

*** n yeterli olmadığından istatistiksel değerlendirme yapılmamıştır.

Mastektomili ve sağlıklı kontrol grubundaki kadınların Vücut Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Çiftler Uyum Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 11’de gösterildi.

Mastektomili ve sağlıklı kontrol grubundaki kadınların her üç ölçekten aldıkları toplam puanların ortalamaları ayrı ayrı karşılaştırıldı ve iki grubun ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklar sağlıklı kontrol grubu lehine istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı (p<0.001) bulundu.

Tablo 11. Mastektomili Kadınlar ile Sağlıklı Kontrol Grubundaki Kadınların Vücut Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Çiftler Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=104).

Ölçekler	Mastektomili n: 52	Sağlıklı Kontrol n: 52	İstatistiksel Değerlendirme
Vücut Algısı Ölçeği	118.01 ±9.64	92.94 ±9.21	t=13.55 ; p<0.001
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	3.94 ±1.31	2.09 ±1.12	t=7.67 ; p<0.001
Çiftler Uyum Ölçeği	85.51 ±14.00	104.25 ±12.38	t=7.22 ; p<0.001

Tablo 12’de vücut algısı, benlik saygısı ve çift uyumu arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Ölçeklerden alınan puanlara göre; Vücut Algısı Ölçeği ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği arasında aynı yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Vücut Algısı Ölçeği’nden alınan puanlar yükseldikçe, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği’nden alınan puanlar da yükselmektedir (r: 0.658; p<0.001).

Vücut Algısı Ölçeği ile Çiftler Uyum Ölçeği arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Vücut Algısı Ölçeği’nden alınan puanlar yükseldikçe, Çiftler Uyum Ölçeği’nden alınan puanlar düşmektedir (r: -.541; p<0.001).

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile Çiftler Uyum Ölçeği arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği’nden alınan puanlar yükseldikçe, Çiftler Uyum Ölçeği’nden alınan puanlar düşmektedir (r: -.444; p<0.001).

Tablo 12. Mastektomili Kadınlar ile Sağlıklı Kontrol Grubunun Çalışmada Kullanılan Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki (N=104).

Ölçekler	Gruplar					
	Mastektomili n=52		Sağlıklı Kontrol n=52		İlişki	
	r	p	r	p	r	p
VAÖ-RBSÖ	0.522	p<0.001	0.171	p>0.05	0.658	p<0.001
VAÖ-ÇUÖ	-.138	p>0.05	-.170	p>0.05	-.541	p<0.001
RBSÖ-ÇUÖ	0.008	p>0.05	-.342	p<0.01	-.444	p<0.001

VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği

ÇUÖ: Çiftler Uyum Ölçeği

RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumuna etkisini incelemek amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamına alınan 52 mastektomili kadın ve 52 sağlıklı kontrol grubundan elde edilen bulgular mevcut araştırma sonuçları ve literatür bilgisi ile tartışılmıştır.

Mastektomi ile sonuçlanan meme kanseri gelişme riski yaş ile doğrudan orantılı olup, yaş arttıkça hastalık görülme sıklığı da artmaktadır. Meme kanseri 20 yaşından önce nadir olup, bu yaşı takip eden yıllarda hızlı bir tırmanış gösterir (23,29,30). Araştırma kapsamına alınan mastektomili kadınların %50'si 40-49 yaş grubunda idi (Tablo 1). Bu bulgu Yoshimoto ve arkadaşlarının (87) elde ettiği sonuçla benzerlik göstermektedir. Yoshimoto ve arkadaşları 1946-2001 yılları arasında meme kanseri tanısı ile tedavi edilen 15416 hastayı yaş gruplarına göre değerlendirmiş, meme kanseri görülme oranının en fazla 40-49 yaş arasında olduğunu bulmuşlardır. Gül ve Eti Aslan'ın (88), meme kanseri nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalarda yaptıkları çalışmada da, kadınların yaş ortalamasının 46.6 (SS=7.20) olduğu saptanmıştır. Kebudi ve arkadaşları (89), mastektomi uygulanan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada ise yaş ortalamasını 49.9 (SS=13.7) yıl olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada menopozda olan kadınların araştırma kapsamına alınmaması, çalışma grubundaki kadınların yaş ortalamasının 45.09 (SS=11.13) olmasına ve Kebudi ve arkadaşlarının bulgusundan daha düşük bulunmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda, mastektomili kadınların %50'sinin ilk-ortaokul mezunu olması (Tablo 1), eğitim açısından ülkemizin durumunu yansıtmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2006 verilerine göre, kadınların %52'sinin ortaöğretime devam etmesi bu bulgumuzu desteklemektedir (90). Ayrıca eğitim seviyesi yüksek olan meme kanserli kadınların mastektomi yerine meme koruyucu cerrahiye seçtikleri

literatürde belirtilmektedir (91). Can ve arkadaşlarının (92) yaptığı çalışmada, kadınların %47.5'ini ilkokul mezunu olarak bulunması, bizim elde ettiğimiz bulguyu desteklemektedir. Takahashi ve arkadaşının (93), Japon meme kanserli kadınlarda yaptıkları çalışma sonucu kadınların %47.6'sının lise mezunu olduğu doğrultusundadır. Bu çalışmada, mastektomili kadınların %71.2'sinin aylık ortalama gelir düzeyinin orta olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Andersen ve arkadaşları (94), 1980 ve 1998 yılları arasında meme kanserli olguları değerlendirdikleri çalışmalarında, gelir seviyesi düşük olanların meme kanserinin erken tanısında geri kaldığını belirtmektedirler. Meme kanseri gelişiminde risk faktörü olarak değerlendirilen gebelik öyküsüne bakıldığında, çalışmamız kapsamındaki mastektomili kadınların hepsinin çocuğu olduğu belirlenmiş, Kılıç ve arkadaşlarının (95) yaptığı çalışmada da kadınların %93.6'sının çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve çift uyumuna etkisini incelediğimiz çalışmamızda kronik/sistemik sağlık sorunlarının bu değişkenleri etkileyeceği düşünülerek kadınlarda meme kanseri dışında kronik veya sistemik bir hastalığın varlığına bakılmış ve mastektomili kadınların %65.4'ünün herhangi bir başka hastalığının olmadığı saptanmıştır (Tablo 1).

Bu çalışmada, mastektomili kadınların %55.8'inin meme kanseri tanısını alma yaşı 45 yaş ve üzerinde bulunması (Tablo 2), diğer çalışma sonuçları ile uyumludur (18,93,95,96). Kılıç ve arkadaşlarının (95) çalışmalarında da kadınların meme kanseri tanısını alma yaşı ortalama 50.0 ± 12.1 yıl olarak bulunmuştur. Takahashi ve arkadaşlarının (93) çalışma kapsamındaki kadınların tanı alma yaşı ortalama 42.2 olarak bulunmuştur. Nano ve arkadaşları (96) ise 78 mastektomili kadın ile yaptıkları çalışmada meme kanseri tanısını alma yaşını ortalama 58.3 yıl olarak saptamışlardır. Avis ve arkadaşlarının (18) 204 meme kanserli kadın ile yaptıkları çalışmada tanı alma yaşının ortalama 41.61 olduğu bulunmuştur. Bu bulgular literatürde “meme kanseri sıklığının 40 yaşından sonra arttığı” görüşünü destekler niteliktedir (8,23,29,30).

Meme kanseri çoğu zaman, başlangıçtan itibaren lenfojen, bazen de hematojen yayılarak sistemik bir hastalık özelliği göstermektedir. Bu nedenle tedavinin de sistemik olması gerekir. Vücuda yayılmış kanser odaklarını etkileyen bu sistemik tedaviyi kemoterapi sağlar. Meme kanserinde kullanılan diğer bir tedavi

yöntemi olan radyoterapi, yayılmış bir tümörü küçültmek için mastektomi ameliyatından önce ya da geride tümör odağı bırakmamak için mastektomiden sonra yapılır. Bu nedenlerden dolayı, radyoterapi ve kemoterapi sıklıkla cerrahi tedaviyi tamamlayan tedavi yöntemleridir (8,24,58). Bu çalışmada bütün kadınlara mastektomi uygulanmış, kadınların %61.5'ine mastektomi ile birlikte kemoterapi ve radyoterapi de uygulanmıştır (Tablo 2).

Meme kanserinin cerrahi tedavisinin başarılı sonuçlanabilmesi için klinik olarak çok ilerlememiş olması gerekir ve özellikle evre 1 ve 2 mastektomi için endikedir (58). Çalışma kapsamına aldığımız kadınların %65.4'üne kanserin 2. evresinde mastektomi uygulandığı bulunmuştur (Tablo 2). Bu bulgu, Nano ve arkadaşlarının (96) kadınların %64'üne, Önen Sertöz ve arkadaşlarının (20) kadınların %62'sine kanserin 2. evresinde mastektomi yapıldığını gösteren sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Çalışma kapsamındaki kadınların %86.5'ine modifiye radikal mastektomi uygulandığı saptanmıştır (Tablo 2). Literatürde, morbiditenin düşük olması, kozmetik yönünden iyi sonuçlar vermesi ve ameliyat süresinin kısa olması nedeniyle modifiye radikal mastektominin meme kanseri tedavisinde tüm dünyada en çok yapılan ameliyat olduğu belirtilmektedir (6,58,97). Haydaroğlu ve arkadaşlarının (23), çalışmalarında kadınların %95.7'sine modifiye radikal mastektomi uygulandığının saptanması çalışma bulgumuzu desteklemektedir.

Mastektomili kadınların klinik özelliklerine (meme kanseri tanısı alma yaşları, tanı almalarından bu yana geçen süre, uygulanan tedavi yöntemleri, mastektomi olmalarından bu yana geçen süre ve mastektomi oldukları kanser evresi) göre beden algısı, benlik saygısı ve çift uyumu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3,4 ve 5). Bununla birlikte, mastektomili kadınlar arasında meme kanseri tanısını 45 yaş ve üzerinde alanlarda (Ortalama: 116.20 ± 10.24), tanıdan bu yana 5 yıl ve üzerinde geçmiş olanlarda (Ortalama: 111.40 ± 16.74), mastektomiden bu yana 5 yıl geçmiş olanlarda (Ortalama: 105.00 ± 18.52) ve mastektomi ile birlikte kombine tedavi (kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedavi) alan grupta (Ortalama: 116.00 ± 6.00), beden algısı diğer gruptakilerden daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3).

Literatür gözden geçirildiğinde, meme kanseri tanısını genç yaşlarda alanlara daha erken yaşlarda mastektomi uygulandığı için meme kaybına ilişkin daha yoğun duygular yaşadıkları, buna karşın ileri yaş grubundaki kadınların, meme kanserini gelecek yaşamlarında daha az tehdit edici olarak algıladıkları belirtilmektedir (15,18,19). Avis ve arkadaşlarının (18) meme kanseri ile ilgili yaşanan sorunları belirlemek için yaptıkları çalışmada da, meme kanseri tanısını 50 yaşından sonra alanlarda beden algısının yüksek bulunması bizim bulgularımızı desteklemektedir. Fobair ve arkadaşlarının (98), 553 meme kanserli hastada yaptıkları çalışmada, 40 yaşın altındaki genç meme kanserli kadınlarda da daha fazla beden algısı sorunları ortaya çıktığı görülmüştür. Kadınların meme kanseri tanısını aldıktan sonra geçen sürenin artmasıyla beraber beden algısının daha yüksek olması, tanıdan sonra uygulanacak mastektomiden bu yana geçen sürenin de daha fazla olması ile açıklanabilir. Al-Ghazal ve arkadaşlarının (83) ve Engel ve arkadaşlarının (99) yaptıkları çalışmada da ameliyattan bu yana geçen süre ile beden algısı arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırma kapsamındaki mastektomili kadınların tüm klinik özellikleri bakımından benlik saygıları orta düzeyde (Ortalama: 2-4) bulunmuştur (Tablo 4). Meme kanseri ve mastektomide, sembolik ve psikolojik değeri yüksek bir organın kaybı ile ölümcül hastalık algısı kadınlarda benlik saygısının etkilenmesine neden olmaktadır (100). Bu çalışmada da mastektomili kadınların tüm klinik özelliklerine göre benlik saygısının orta düzeyde bulunması bu bilgiyi destekler niteliktedir.

Araştırma kapsamındaki mastektomili kadınlarda 25-34 yaşlarında meme kanseri tanısı alan grupta eş uyumu daha iyi (Ortalama: 99.00 ± 15.87) olmasına karşın, tanıdan bu yana 5 yıl ve üzerinde geçmiş olanlarda (Ortalama: 77.00 ± 12.02), mastektomiden bu yana 5 yıl geçmiş olanlarda (Ortalama: 79.00 ± 15.00) ve mastektomi ile birlikte kombine tedavi (kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedavi) alan grupta (Ortalama: 72.33 ± 4.16), eş uyumsuzluğu diğer gruptakilerden daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5). Engel ve arkadaşlarının (99) yaptıkları çalışma sonuçlarına göre genç mastektomili kadınların eş ilişkilerinin daha iyi olduğu belirtilirken, Avis ve arkadaşlarının (18) yaptıkları çalışmada ise yaşlı kadınların eşleriyle iletişimde daha iyi oldukları belirlenmiştir. Engel ve arkadaşları (99) ve Fobair ve arkadaşlarının (98) yaptıkları çalışma sonuçlarına göre, meme kanseri

tanısını aldıktan sonra zamanla eş uyumsuzluğunun artması bizim elde ettiğimiz bulguları desteklemektedir. Mastektomi ile birlikte kombine tedavi alan grupta eş uyumsuzluğunun yüksek olması literatürde, “kanserde uygulanan yoğun ve uzun süreli tedaviler, bu tedavilerin ağır yan etkilerini de beraberinde getirip kadınların günlük yaşam fonksiyonlarını olumsuz olarak etkilemekte, dolayısıyla da eş uyumunda çeşitli problemlere yol açmaktadır” görüşü ile açıklanabilir (15).

Ameliyat sonucundan oldukça memnun olduğunu ifade eden mastektomili kadınların beden algısı (Ortalama: 115.16 ±11.22) ve eş uyumu (Ortalama: 87.76 ±15.53) diğer gruptakilerden daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Bu bulgular, kadının fiziksel görünümünün değişmesine neden olan mastektominin sonucundan memnun olmayanlarda beden algısı ve eş uyumunun daha olumsuz olarak etkilendiği şeklinde yorumlanabilir. Önen Sertöz ve arkadaşları (20) meme kanserli kadınlara uygulanan ameliyat tiplerinden memnuniyeti değerlendirmişler ve karşılaştırılan gruplar yapılan ameliyattan benzer oranlarda memnuniyet bildirmişlerdir. Aynı çalışmada, mastektomi uygulanmış hastaların yarısı benzer bir durumla yeniden karşı karşıya geldiklerinde mastektomi sonrası meme rekonstruksiyonunu seçeceklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmada modifiye radikal mastektomi uygulanan grupta beden algısı ve eş uyumunu daha iyi bulunmuştur (Tablo 7). Bu bulgu literatürde, “modifiye radikal mastektomi kozmetik yönden daha iyi sonuçlar verir” görüşünü desteklemektedir (58).

Çalışma kapsamındaki kadınların beden algısı yaş gruplarına göre incelendiğinde mastektomili kadınların beden algısı sağlıklı kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı (sırası ile $p<0.01$, $p<0.001$) şekilde daha düşük bulunmuştur (Tablo 8). Bu bulgu literatürle uyumludur (82,97,101). Literatürde beden algısında yaşın önemli bir etken olup, meme kaybının yaş gruplarını sıklıkla etkilediği, özellikle genç yaşta mastektomi olmuş kadınların beden imajı ile ilgili daha fazla sorun yaşadıkları ve bu sorunların giderilmesi yönündeki girişimlere daha fazla gereksinim duydukları belirtilmektedir (15,18). Bu bilgi çalışma kapsamına aldığımız mastektomili kadınlar arasından 30-39 yaş grubunda beden algısının diğer gruptakilerden daha düşük (Ortalama: 123.16± 12.15) bulunmasını desteklemektedir.

Al-Ghazal ve arkadaşlarının (83), Fobair ve arkadaşlarının (98), King ve arkadaşlarının (101) yaptıkları çalışmalarda vücut algısının genç yaşta mastektomi olmuş kadınlarda daha düşük olduğunun saptanması çalışma bulgumuzu desteklemektedir. Bu bulguların aksine, Wenzel ve arkadaşlarının (102) 50 yaş altı ve 50 yaş üstü meme kanserli kadınları karşılaştırdıkları çalışmalarında ise yaşın beden algısını etkilemediği belirtilmektedir. Engel ve arkadaşlarının (99) mastektomili kadınlarda yaptıkları çalışmada da yaş grupları arasında beden algısı farklı bulunmamıştır.

Eğitim durumlarına göre, mastektomili kadınların beden algıları sağlıklı kontrol grubundaki kadınlarınkinden istatistiksel olarak anlamlı (sırası ile $p<0.01$, $p<0.001$, $p<0.01$) şekilde daha düşük bulunmuştur (Tablo 8). Önen Sertöz ve arkadaşlarının (20), mastektomili kadınlar ile sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırdıkları çalışmada eğitimin beden algısını etkilediğinin saptanması çalışma bulgumuzu desteklemektedir.

Çalışma kapsamındaki kadınların beden algısı gelir düzeyine göre incelendiğinde mastektomili kadınların beden algısı sağlıklı kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı (sırası ile $p<0.01$, $p<0.001$, $p<0.05$) şekilde daha düşük bulunmuştur (Tablo 8). Önen Sertöz ve arkadaşları (20), meme kanseri nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan kadınlarla, sağlıklı kontrol grubunun beden algılarını karşılaştırdıkları çalışmalarında ise iki grupta gelir düzeyleri arasında fark olmadığını saptamışlardır.

Çocuk sayısına göre, mastektomili kadınların beden algıları sağlıklı kontrol grubundaki kadınlarınkinden istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$) şekilde daha düşük bulunmuştur (Tablo 8). Bununla birlikte mastektomili kadınlar arasından 4-6 tane çocuğu olan grubun beden algısı diğer gruptakilerden daha yüksek (Ortalama: 116.33 ± 9.19) bulunmuştur. Aile, hastalığa psikososyal uyumu etkilemektedir. Literatürde, ailesinden destek alanların beden algılarının daha yüksek olduğunun belirtilmesi, araştırma sonuçlarını desteklemektedir (74).

Kadının memesi, 'kadın olma' kimliğinin belirleyicilerinden biri olduğu için, kadının benlik saygısının şekillenmesinde önemli bir role sahiptir (103). Meme kanseri tedavisinde uygulanan mastektomi sonucu memenin kaybı, kadınların dış görünüşünde köklü bir değişikliğe neden olmaktadır. Bu değişim benlik saygısına

tehdit olarak algılanabilmektedir (7,12,66). Bu nedenle sağlıklı bireylerin dış görünüşü itibariyle daha yüksek benlik saygısına sahip olması beklenir.

Çalışma kapsamındaki kadınların benlik saygısı yaş gruplarına göre incelendiğinde 40 yaş ve üzeri mastektomili kadınların benlik saygısı sağlıklı kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$) şekilde daha düşük bulunmuştur (Tablo 9). Önen Sertöz ve arkadaşları (20), mastektomili kadınlar ile sağlıklı grubu karşılaştırdıkları çalışma sonucunda mastektomili kadınların benlik saygısını daha düşük saptamışlardır. Ayrıca çalışma kapsamına aldığımız mastektomili kadınlar arasından 50 yaş ve üzeri grubuna dahil olanların benlik saygısı diğer gruptakilerden daha yüksek (Ortalama: 3.80 ± 1.23) saptanmıştır. Manos ve arkadaşlarının (104) yaptıkları çalışmada da, yaşın benlik saygısını etkilediği bulunmuş ve 43-55 yaş grubunda benlik saygısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu bizim elde ettiğimiz sonuçla benzerlik göstermektedir.

Eğitim durumları yönünden, mastektomili kadınlarda ve sağlıklı kontrol grubunda eğitim düzeyi yükseldikçe benlik saygısının artmasına karşın, okur-yazar ve ilk-ortaokul mezunu mastektomili kadınların benlik saygısı sağlıklı kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı (sırası ile $p<0.01$, $p<0.001$) şekilde daha düşük bulunmuştur (Tablo 9). Literatürde “benlik saygısının eğitim düzeyi, meslek, ekonomik durum gibi etkenlerle ilişkili olduğu” belirtilmektedir (77). Rosenberg (1978), (77) eğitim-benlik tasarımı arasındaki ilişkiyi incelemiş ve eğitim bakımından daha üst düzeyde olanlar lehine anlamlı farklar bulunduğunu saptamıştır. Bu bulgu, bizim elde ettiğimiz sonuçla benzerlik göstermektedir.

Aylık ortalama gelir düzeyine göre, mastektomili kadınlarda aylık ortalama gelir düzeyi yükseldikçe benlik saygısının düştüğü, sağlıklı kontrol grubunda ise gelir düzeyi yükseldikçe benlik saygısının yükseldiği görülmüştür. Aylık ortalama gelirleri düşük ve orta düzeyde olan sağlıklı kontrol grubundaki kadınların benlik saygısı mastektomili kadınlarınkinden istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$) şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 9). Rosenberg’in, (77) gelir-benlik tasarımı arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, gelir bakımından daha üst düzeyde olanlar lehine anlamlı farklar saptaması, sağlıklı kontrol grubundan elde ettiğimiz bulguyu desteklerken, mastektomili kadınlarda elde ettiğimiz bulgularla benzerlik göstermemektedir.

Bu çalışmada, 40 yaş ve üzeri mastektomili kadınların eş uyumu sağlıklı kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$) şekilde daha düşük bulunmuştur (Tablo 10). Meme kanseri tedavisinde uygulanan mastektomi sonrası kadın ve eşi ya da partneri önemli sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Eşlerin çoğu tedavisi devam eden eşine, ilgi ve duygularını açıklama yolu bulmada zorlanmaktadır. En önemli sorun ise mastektomi sonrası beden algısının bozulmasına bağlı olarak eşi ile içten ilişki kuramama ve kendini yetersiz hissetmesidir (64). Bu durum ise sıklıkla kişinin zevk ve doyum duygusunda yetersizliğe ve eş uyumunda sorunlara neden olabilmektedir (7,12,66). Her iki gruptaki 50 yaş ve üzeri kadınların eş uyumunun diğerlerinden daha düşük bulunması Spencer ve arkadaşlarının (105) çalışma sonuçları ile uyumludur. Spencer ve arkadaşları (105), genç yaştaki mastektomili kadınların eş uyumunun daha iyi olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçların aksine, Wenzel ve arkadaşları (102) ve Avis ve arkadaşlarının (18) yaptıkları çalışmalarda ise ileri yaştaki mastektomili kadınların eş uyumunun daha iyi olduğunu belirlenmiştir.

Eğitim durumları yönünden, mastektomili kadınlarda ve sağlıklı kontrol grubunda eğitim düzeyi yükseldikçe eş uyumunun daha iyi olduğu saptanmıştır (Tablo 10). Eğitim düzeyi yükseldikçe eş uyumunun artması literatürde, “eğitilmiş çiftlerin evlilik sorunlarının daha fazla farkında oldukları ve bu nedenle yardım arayışında oldukları ve sonuçta eş uyumunun daha iyi olabileceği” görüşü ile açıklanabilir (86). Bu bulguların aksine, Avis ve arkadaşlarının (18) meme kanserli kadınlarda yaptığı çalışmaya göre ise eğitim düzeyinin eş uyumunu etkilemediği saptanmıştır.

Çalışma kapsamındaki kadınların eş uyumu gelir düzeyine göre incelendiğinde düşük ve orta gelire sahip mastektomili kadınların eş uyumu sağlıklı kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) şekilde daha düşük bulunmuştur (Tablo 10). Avis ve arkadaşlarının (18) yaptığı çalışmaya göre meme kanserli kadınlarda düşük gelir düzeyinin eş uyumunu olumsuz olarak etkilediği saptanmıştır. Ayrıca, mastektomili kadınlarda gelir düzeyi düşük olan grubun eş uyumunun iyi olmadığı (Ortalama: 82.30 ± 11.63), sağlıklı kontrol grubunda ise gelir düzeyi yükseldikçe eş uyumunun da arttığı saptanmıştır. Literatürde, yüksek

sosyoekonomik düzeydeki bireylerde bağımlılığın arttığı ve bu durumda, duygusal bağlılık ve birbiriyle ilgili olmanın arttığı ve sonucunda çiftler arasında uyumun ve evlilik doyumunun arttığı ileri sürülmektedir (106). Özcanlı'nın (106) kanserli hastaya bakım veren eşlerin duygusal sorunlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada da, gelir düzeyi düştükçe eşler arasındaki uyumun azaldığı belirlenmiştir.

Çocuk sayısına göre, mastektomili kadınların eş uyumu sağlıklı kontrol grubundaki kadınlarınkinden istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$) şekilde daha düşük bulunmuştur (Tablo 10). Avis ve arkadaşlarının (18) yaptığı çalışmaya göre çocuk sahibi olmanın eş uyumunu olumsuz olarak etkilediğinin saptanması elde ettiğimiz bulguları desteklemektedir.

Mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve çift uyumunu etkileyip etkilemediğini test etmek amacıyla, mastektomili ve sağlıklı kontrol grubundaki kadınların Vücut Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Çiftler Uyum Ölçeğinden aldıkları toplam puanların ortalamaları ayrı ayrı karşılaştırıldı ve iki grubun ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklar sağlıklı kontrol grubu lehine istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p<0.001$) bulundu (Tablo 11). Bu bulgulara göre, mastektominin kadınların, beden algısını, benlik saygısını ve çift uyumunu olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Bizim çalışma bulgularını destekleyen başka çalışmalar (17,18,20,96,99,101) bulunmakla birlikte, desteklemeyen çalışma (107) sonuçları da bulunmaktadır.

Önen Sertöz ve arkadaşlarının (20) meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkilerini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada, mastektomi ameliyatının beden algısını ve benlik saygısını olumsuz yönde etkilediğini, eş uyumuna ise etkisinin olmadığını saptamışlardır.

Al-Ghazal ve arkadaşlarının (17) yaptıkları çalışmada mastektominin ameliyatının beden algısını, benlik saygısını ve eş uyumunu olumsuz yönde etkilediğini bulmuşlardır.

Nano ve arkadaşlarının (96), King ve arkadaşlarının (101) meme kanserinde farklı ameliyat tiplerini karşılaştırdıkları çalışmalarında mastektominin beden algısını olumsuz yönde etkilediğini bulmuşlardır.

Engel ve arkadaşları (99) 2004'de yaptıkları araştırmada mastektomi uygulanan kadınların beden algısının düşük olduğu bulunmuştur.

Avis ve arkadaşlarının (18), 204 kadında meme kanseri ile ilgili problemleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada en fazla göze çarpan sorunlar arasında, kadınların vücutlarında meydana gelen değişiklikten rahatsızlık duyma ve eşleriyle ilişkilerinde sorun yaşama olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmadaki bulguların aksine, Poulsen ve arkadaşlarının (107) farklı ameliyat tiplerini karşılaştırdıkları çalışmada mastektominin beden algısına ve eş uyumuna etkisini incelemişler, anlamlı fark bulmamışlardır.

Bu çalışmada ayrıca çalışma gruplarına beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki de incelenmiştir (Tablo 12). İki grupta da beden algısı ve benlik saygısı arasında anlamlı ve aynı yönde bir ilişki ($r: 0.658$; $p<0.001$) saptanması, beden algısı yüksek olan bireylerin, benlik saygılarının da yüksek olduğu sonucuna ulaşılmasını sağlamıştır. Beden algısı arttıkça benlik saygısının arttığını ya da tam tersi olduğunu gösteren bu bulgu literatürle uyumludur (20). Çalışmamızda Vücut Algısı Ölçeği ile Çiftler Uyum Ölçeği arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki olup, Vücut Algısı Ölçeği'nden alınan puanlar yükseldikçe, Çiftler Uyum Ölçeği'nden alınan puanların düşmesi ($r: -.541$; $p<0.001$), beden algısı yüksek olan bireylerin, eşleri ile de uyumlu olabilecekleri sonucunu çıkarmıştır. Aynı şekilde Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile Çiftler Uyum Ölçeği arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki olması, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nden alınan puanlar yükseldikçe, Çiftler Uyum Ölçeği'nden alınan puanların düşmesi anlamına gelmekte ($r: -.444$; $p<0.001$) ve bu sonuca göre benlik saygısı yüksek olan bireylerin eş uyumunun daha iyi olduğu sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Bu bulgular literatürle uyumludur (20,83).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir;

Mastektomili kadınların klinik özelliklerine (meme kanseri tanısı alma yaşları, tanı almalarından bu yana geçen süre, uygulanan tedavi yöntemleri, mastektomi olmalarından bu yana geçen süre ve mastektomi oldukları kanser evresi) göre beden algısı, benlik saygısı ve çift uyumu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3,4 ve 5).

Mastektomili kadınların yaşına, eğitim durumuna, aylık ortalama gelir düzeyine ve çocuk sayısına göre beden algısı sağlıklı kadınlarinkinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde ($p<0.05$) daha düşüktü (Tablo 8). Mastektomili kadınların yaş gruplarına (30-39 yaş grubu hariç), eğitim durumuna (lise mezunları hariç), aylık ortalama gelir düzeyine (yüksek gelir düzeyi hariç) ve çocuk sayısına göre benlik saygısı ve çift uyumu sağlıklı kadınlarinkinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde ($p<0.05$) daha düşüktü (Tablo 9 ve 10).

Beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumunun birbirleriyle ilişkisinde, beden algısı arttıkça benlik saygısının da arttığı, beden algısı ve benlik saygısı yüksek olan bireylerin eş uyumunun daha iyi olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Tablo 12).

Sonuç olarak, meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve çift uyumunu olumsuz yönde etkilediği söylenebilir (Tablo 11).

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Ekip işbirliği çerçevesinde, eş ve ailenin de katılımı sağlanarak kadınların psikososyal yönden mastektomiye tam olarak hazırlanması,

- Mastektomili kadınların psikososyal gereksinimlerinin bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi ve bu doğrultuda bilgi vermeye, emosyonel ve sosyal destek sağlamaya odaklanan hemşirelik girişimlerinin uygulanması,
- Mastektomi uygulanmış meme kanserli kadınların beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu durumlarının düzenli olarak değerlendirilmesi ve özellikle yetersiz bulunan alanlara yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması,
- Beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu olumsuz etkilenen mastektomili kadınlara yaklaşımda gerekirse Konsültasyon-Liyazon psikiyatrisi ile işbirliği yapılması,
- Beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu olumsuz etkilenen mastektomili kadınlara yapılan müdahalelerin etkinliğinin incelendiği deneysel çalışmaların yapılması,
- Daha geniş hasta grupları üzerinde benzer çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- 1- Okanlı, A. (2004). Kadınlarda Mastektominin Psikososyal Etkileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*,1(1), 1-6.
- 2- Balon, J., Wehrwein, T.C. (2000). Cancer of the Breast. G.J. Moore-Higgs (Ed.). *Women and Cancer. A Gynecologic Oncology Nursing Perspective*. 2ed. (p:318-355). Jones and Bartlett Publishers.
- 3- Vahabi, M. (2003). Breast Cancer Screening Methods: A Review of the Evidence. *Health Care for Women International*, 24, 773-793.
- 4- Parlar, S., Kaydul, N., Ovaoglu, N. (2005). Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesinin Önemi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 72-83.
- 5- Karayurt, Ö.: Meme Kanseri, T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim: 15.06.2007, <http://www.saglik.gov.tr>
- 6- Smigal, C., Siegel, R., Jemal, A.: Breast Cancer Facts & Figures 2005-2006, American Cancer Society. Erişim: 22.06.2007, <http://www.cancer.org>
- 7- Arıkan, R.N. (2000). Travmatik Bir Yaşantı: Meme Kanseri ve Mastektomi. *Kriz Dergisi*, 9(1), 39-46.
- 8- Akçay, D. (2005). Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda Kemoterapinin Yan Etkilerine İlişkin Eğitim ve Evde İzlemin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- 9- Elbi, H. (2001). Kanser ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 5, 5-10.
- 10- McCready, T. (2003). Management of Patients with Breast Cancer. *Primary Health Care*, 14(6), 41-49.
- 11- Simon, H., Cannistra, S.A., Huang, E.H.,Heler, D.H., Shellito, P.C., Stern, T.A., Juhn, G. (2004). Breast Cancer. *A.D.A.M.*, 12, 1-12, Erişim: 20.05.2007, <http://www.well-connected.com>.
- 12- Çavdar, İ. (2006). Meme Kanserli Hastalarda Cinsel Sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(2), 64-66.

- 13- Uras, C. (2006). Erken Evre Meme Kanserinde Cerrahi Tedavi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 54, 93-97.
- 14- Taneli, S. (2005). Meme Kanserinin Psikososyal Boyutu. K. Engin (Ed.). *Meme Kanseri* (s: 587- 592). Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.
- 15- Gümüő, A.B. (2006). Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3), 108-113.
- 16- Bredin, M. (1999). Mastectomy, Body Image and Therapeutic Massage: A Qualitative Study of Women's Experience. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1113-1120.
- 17- Al-Ghazal, S.K., Fallowfield, L., Blamey, R.W. (2000). Comparison of Psychological Aspects and Patient Satisfaction Following Breast Conserving Surgery, Simple Mastectomy and Breast Reconstruction. *Eur J Cancer*, 36, 1938-1943.
- 18- Avisa, N., Crawfordb, S., Manuela, J. (2004). Psychosocial Problems Among Younger Women with Breast Cancer, *Psycho-Oncology*, 13, 295-308.
- 19- Aygin, D., Durat, G. (2005). Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel Sorunlar ve Yaklaşım (Derleme). *Androloji Bülteni*, 23, 352-354.
- 20- Önen Sertöz, Ö., Elbi Mete, H., Noyan, A., Alper, M., Kapkaç, M. (2004). Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 264-275.
- 21- Fobair, P., Stewart, S.L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P.J., Bloom, J.R. (2005). Body Image and Sexual Problems in Young Women with Breast Cancer. *Psycho Oncology*, 15(7) , 579 – 594.
- 22- Bölükbaş, N.,Çevik, R. (1999). Mastektomili Hastalarda Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, 116-121.
- 23- Haydaroğlu, A., Dubova, S., Özsaran, Z., Bölükbaőı, Y., Yılmaz, R., Kapkaç, M., Özdedeli, E. (2005). Ege Üniversitesinde Meme Kanseri: 3897 Olgunun Değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 1(1), 6-11.
- 24- Berkarda, B. (2000). *Meme Kanseri*. İstanbul: İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi.
- 25- Aydıner, A. (2001). Menopoz ve Meme Kanseri. T. Atasü (Ed.). *Menopoz-Tedavisi ve Kanseri* (s: 633-693). Nobel Tıp Kitapevleri.

- 26- Darendeliler, E., Ağaoğlu, F.Y. (2003). Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi. E. Topuz, A. Aydiner, M. Dinçer (Ed.). *Meme Kanseri* (s:13-33). Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık.
- 27- Yılmaz, M., Sayın, Y.Y. (2001). Meme Kanseri Hakkında En Çok Sorulan Sorular ve Hemşirenin Rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 39-47.
- 28- Greenlee, R.T., Murray, T., Bolden, S., Wingo, P.A. (2000). Cancer Statistics, 2000. *CA-Cancer Journal for Clinicians*, 50(1), 7-33.
- 29- Engin, A., Oğuz, M., Durmuş, O., Tekin, E., Onuk E. (2000). Meme Hastalıkları. A. Engin (Ed.). *Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri* (s: 375-404) (1. bs.). Cilt 1, Ankara: Atlas Kitapçılık Ltd. Şti.
- 30- Bozfakıoğlu, Y., Asoğlu, O. (2002). Meme Kanseri. Ü. Değerli, Y. Bozfakıoğlu (Ed.). *Genel Cerrahi* (s:240-248). Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık.
- 31- Pişkin, E.: Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi. Erişim: 10.04.2007, <http://www.bsm.gov.tr/>
- 32- Bozfakıoğlu, Y., Özmen, V., Ünal, M., Müslümanoğlu, M., Keçer, M., İğci, A., Dağoğlu, T. (2002). Meme Kanseri. G. Kalaycı (Ed.). *Genel Cerrahi* (s: 557-561). Cilt 1, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitapevleri.
- 33- Vogel, V.G. (1999). Assessing Risk of Breast Cancer. *Postgraduate Medicine*, 105(6), 63-66.
- 34- Korde, L.A., Calzone, K.A., Zujewski, J. (2004). Assessing Risk of Breast Cancer. *Postgraduate Medicine*, 116(4), 20-28
- 35- Clamp, A., Danson S., Demons M. (2003). Hormonal And Genetic Risk Factors For Breast Cancer. *Surg J R Coll Surg Edinb Irel.*, 23-31.
- 36- Aslan, G. (2006). Meme Kanseri Olan Bireylerin Birinci Derece Akrabalarının Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- 37- Bilgel, N. (2005). Meme Kanserinin Epidemiyolojisi. K. Engin (Ed.). *Meme Kanseri* (s: 69-72). Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.
- 38- Çelik, Ö. (2007). Doğum Kontrol Hapları ve Meme. 5. *Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı* (s:200-206), İzmir.

- 39- Veronesi, U., Boyle, P., Goldhirsch, A., Orecchia, R., Viale, G. (2005). Breast Cancer. *Lancet*, 365, 1727–41.
- 40- Onat, H., Başaran, M. (2003). Meme Kanseri Risk Faktörleri ve Korunma. E. Topuz, A. Aydın, M. Dinçer (Ed.). *Meme Kanseri* (s:90-100). Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık.
- 41- Canbulat, N. (2006). Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mamografiye İlişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- 42- Özberksoy, A. (2006). Meme Kanseri Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Dönemde Bilgilendirici ve Eğitici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Sonrası Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- 43- Çalıkapan, M. (2004). Meme Kanserinde Prognostik Faktörlerin Hastanemiz Olgu Serisindeki Sağkalıma Etkisi. Uzmanlık Tezi, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- 44- Ünal, M. (2002). Meme Anatomisi ve Gelişmesi. G. Kalaycı (Ed.). *Genel Cerrahi* (s: 537-541). Cilt 1, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitapevleri.
- 45- Tolunay, Ş. (2005). Meme Kanserinde Histopatolojik Etmenler ve Evreleme. K. Engin (Ed.). *Meme Kanseri* (s: 191-199). Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.
- 46- Ünal, M. (2002). Meme Kanserinin Evrenmesi. G. Kalaycı (Ed.). *Genel Cerrahi* (s: 573-579). Cilt 1, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitapevleri.
- 47- McCready, T., Littlewood, D., Jenkinson, J. (2004). Breast Self-examination and Breast Awareness: A Literature Review. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 570-578.
- 48- İğci, A., Asaoğlu, O. (2003). Meme Kanserinin Erken Tanısında Tarama Yöntemleri. E. Topuz, A. Aydın, M. Dinçer (Ed.). *Meme Kanseri* (s: 113-123). Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık.
- 49- Kendi Kendine Meme Muayenesi, Türk Kanser ve Savaş Kurumu. Erişim: 08.12.2007, <http://www.turkcancer.org/>
- 50- Ünal, M. (2002). Meme Kanserinde Tarama. G. Kalaycı (Ed.). *Genel Cerrahi* (s: 569-572). Cilt 1, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitapevleri.

- 51- Aydınтуğ, S. (2004). Meme Kanserinde Erken Tanı. *Sted*, 13(6), 226-228.
- 52- Müslümanoğlu, M. (2002). Meme Lezyonlarında Tanı Yöntemleri. G. Kalaycı (Ed.). *Genel Cerrahi* (s: 543-546). Cilt 1, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitapevleri.
- 53- Bozfakıoğlu, Y., Asoğlu, O. (2002). Memenin Selim Hastalıkları. Ü. Değerli, Y. Bozfakıoğlu (Ed.). *Genel Cerrahi* (s:230-239). Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık.
- 54- Baron, R.H. (2007). Surgical Management of Breast Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), 10-19.
- 55- Harmer, V. (2006). Breast Cancer Treatments-A Synopsis. *Practice Nurse*, 31(8), 33-38.
- 56- Dağoğlu, T. (2002). Selim ve Habis Meme Hastalıkları Cerrahisi. G. Kalaycı (Ed.). *Genel Cerrahi* (s: 594-606). Cilt 1, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitapevleri.
- 57- Surgery for Breast Cancer Treatment, Breast Health. Erişim: 21.06.2007, <http://www.healthsystem.virginia.edu/>,
- 58- Keçer, M., Asaoğlu, O. (2003). Meme Kanseri Tedavisinde Mastektomiler, Endikasyon ve Teknikleri. E. Topuz, A. Aydın, M. Dinçer (Ed.). *Meme Kanseri* (s: 275-286). Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık.
- 59- Eniu, A., Carlson, R.W., Aziz, Z., Bines, J., Hortobagyi, G.N., Bese, N.S., Love, R.R., Vikram, B.,MD, Kurkure, A., Anderson, B.O. (2006). Breast Cancer in Limited-Resource Countries: Treatment and Allocation of Resources. *The Breast Journal*, 12 (1), 38–53.
- 60- Varghese, P., Gattuso, J.M., Mostafa, A.I.H., Abdel-Rahman, A.T., Shenton, K.C., Ryan, D.A., Jones, J.L., Wells, C.A., Mair, G., Kakar, A.K., Carpenter, R. (2007). The Role of Radiotherapy in Treating Small Early Invasive Breast Cancer. *Eur J Surg Oncol*, 1-8.
- 61- Levine, M., Moutquin, J.M., Walton, R., Feightner, J. (2001). Chemoprevention of Breast Cancer. *CMAJ*, 164(12), 1681-90.
- 62- Bozfakıoğlu, Y. (2002). Meme Kanserlerinde Sistemik Tedavi. G. Kalaycı (Ed.). *Genel Cerrahi* (s: 615-618). Cilt 1, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitapevleri.

- 63- Ateşçi, F.Ç., Oğuzhanoglu, N.K., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O., Karagöz, N. (2003). Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*,14(2), 145-152.
- 64- Özbaş, A. (2006). Meme Kanserli Ailelerde Sorunlar ve Çözümler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3), 115-117.
- 65- Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi*. Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş.
- 66- Elbi Mete, H., Önen, Ö. (2001). Kanserli Hastalarda Depresyon. *Duygu Durum Dizisi*, 4, 184-191.
- 67- Ogle, K. (2003). *Core Competencies- Overview of Grief and Bereavement*. College of Human Medicine. Michigan State University.
- 68- Özkan, S. (2003). Meme Kanserli Hastaya Psikolojik Yaklaşım, Yaşam Kalitesi. E. Topuz, A. Aydın, M. Dinçer (Ed.). *Meme Kanseri* (s: 681-690). Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık.
- 69- Öz, F. (2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş.
- 70- Birol, L., Akdemir, N., Bedük, T. (1997). *İç Hastalıkları Hemşireliği* (6. Bs.). Ankara: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.
- 71- Kurul, S., Dinçer, M., Topuz, E.: Meme Kaybının Yarattığı Sorunlar. Erişim: 26.04.2007, <http://www.ailesagligi.net>
- 72- Schain, W.S. (1991). Breast Reconstruction: Update of Psychosocial and Pragmatic Concerns. *Cancer*, 5(68), 1170-1175.
- 73- Gündoğan, F. (2006). Sirozlu Hastaların Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
- 74- Polat, A. (2007). Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Düzce.
- 75- Potter, P., Perry, A.G. (2001). *Fundamentals of Nursing* (5.ed.) (p:541-551), Mosby, St. Louis.

- 76- Baider, L., Andritsch, E., Uziely, B., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Hoffman G., Samonigg, H. (2003). Do Different Cultural Settings Affect the Psychological Distress of Women with Breast Cancer? A Randomized Study. *Eur J Cancer Care*, 12, 263-273.
- 77- Gün, E. (2006). Spor Yapanlarda ve Spor Yapmayan Ergenlerde Benlik Saygısı. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- 78- Henson, H.K. (2004). Sexuality and Disability (D. Aygin, Çev.). *Androloji Bülteni*, 19, 366-367.
- 79- Erbek, E., Beştepe, E., Akar, H., Alpkan, L., Eradamlar, N. (2005). Cinsellik ve Çift Uyumu Arasındaki İlişki: Üç Grup Evli Çiftte Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 18(2), 72-81.
- 80- Öztekin, D. (2006). Meme Kanserinde Tanı ve Tedavi Sürecinde Karşılaşılan Sorunlarla Mücadele Yolları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(2), 67-70.
- 81- Baider, L., Peretz, T., Hadani, P.E., Koch, U. (2001). Psychological Intervention in Cancer Patients: A Randomized Study. *General Hospital Psychiatry*, 23, 272-277.
- 82- Kapucu, S. (2004). Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirenin Rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2), 74-80.
- 83- Ghazal, S.K., Fallowfield, L., Blamey, R.W. (1999). Does Cosmetic Outcome from Treatment of Primary Breast Cancer Influence Psychosocial Morbidity? *European Journal of Surgical Oncology*, 25, 571-573.
- 84- Sertöz, Ö.Ö., Mete, H.E. (2005). Obezite Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Kilo Verme, Yaşam Kalitesi ve Psikopatolojiye Etkileri: Sekiz Haftalık İzlem Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 15, 119-126.
- 85- Fışılolu, H., Demir, A. (2000). Applicability of the Dyadic Adjustment of Marital Quality With Turkish Couples. *European Journal of Psychological Assessment*, 16(3), 214-218.
- 86- Akar, H. (2005). Psikiyatrik Yardım Talebi Olanlar ile Yardım Talebi Olmayan ve Boşanma Aşamasında Olan Çiftlerde; Çift Uyumu ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

- 87- Yoshimoto, M., Tada, K., Hori, H. (2004). Improvement in the Prognosis of Japanese Breast Cancer Patients From 1946 to 2001- An Institutional Review. *Jpn J Clin Oncol*, 34(8), 457-462.
- 88- Gül, A., Eti Aslan, F. (2007). Meme Kanseri Ameliyatlarından Sonra Lenfödemin Önlenmesinde Basit Lenf Drenajı Masajı ile Aromatik Yağlarla Yapılan Basit Lenf Drenajı Masajının Etkisinin Karşılaştırılması. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(2), 75-81.
- 89- Kebudi, A., Uludağ, M., Yetkin, G., Çitgez, B., İşgör, A. (2005). Meme Kanseri Tedavisinde Modifiye Radikal Mastektomi Sonrası Lenfödem: İnsidans ve Risk Faktörleri. *Meme Sağlığı Dergisi*, 1(1), 1-5.
- 90- İstatistiklerle Kadının Eğitim Düzeyi, T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu, Erişim: 10.11.2007, <http://www.tuik.gov.tr/>.
- 91- Karanlık, H., Özmen, V., Asaoğlu, O., İğci, A., Keçer, M., Tuzlalı, S., Müslümanoğlu, M., Aslay, I., Topuz, E. (2006). Meme Kanseri Cerrahi Tedavisinin Uzun Dönem Sonuçları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(2), 89-95.
- 92- Can, G., Durna, Z., Aydın, A., Saip, P., Kadioğlu, A. (2005). Sistemik Tedavi Alan Meme Kanseri Kadınlarında Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni*, 22, 268-271.
- 93- Takahashi, M., Kai, I. (2005). Sexuality After Breast Cancer Treatment: Changes and Coping Strategies Among Japanese Survivors. *Social Science & Medicine*, 61, 1278-1290.
- 94- Andersen, L.D., Remington, P.L., Trentham-Dietz, A., Robert, S. (2004). Community Trends in the Early Detection of Breast Cancer in Wisconsin, 1980–1998. *Am J Prev Med*, 26(1), 51-55.
- 95- Kılıç, S., Tezcan, S., Kömürcü Ş., Özet, A., Çakır, B., Tümerdem, N., Bakır, B., Arpacı, F., Öztürk, B., Ataergin, S., Kuzhan, O., Hadse, M. (2003). Gata Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında Meme Kanseri Tanısı ile İzlenen Kadın Hastaların Bazı Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 45(2), 189 – 195.
- 96- Nano, M.T., Gill, P.G., Kollias, J., Bochner, M.A., Malycha, P., Winefield, H.R. (2005). Psychological Impact and Cosmetic Outcome of Surgical Breast Cancer Strategies. *J Surg*, 75, 940-947.

- 97- Yılmaz, M.H., Esen, G., Ayarcan, Y., Aydoğan, F. , Özgüroğlu, M., Demir, G. , Beşe, N. , Mandel, N.M. (2007). The Role of Ultrasonography and Magnetic Resonance Imaging in Detecting Local Chest Wall Tumor Recurrence After Mastectomy. *Diagn Interv Radiol*, 13, 13-18.
- 98- Fobair, P., Stewart, S.L., Chang, S., D’Onofrio, C., Banks, P.J., Bloom, J.R. (2005). Body Image and Sexual Problems in Young Women with Breast Cancer. *Psycho Oncology*, 15(7) , 579-594.
- 99- Engel, J., Kerr, J. (2004). Quality of Life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-Year Prospective Study. *The Breast Journal*, 10(3), 223-231.
- 100- Erdem, M., Taşçı, N. (2003). Tüberküloz Hastalarında Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51(2), 171-176.
- 101- King, M.T., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J., Boyages, J. (2000). Quality Of Life Three Months and One Year After First Treatment For Early Stage Breast Cancer: Influence of Treatment and Patient Characteristics. *Quality of Life Research*, 9, 789-800.
- 102- Wenzel, L.B., Fairclough, D.L., Brady, M.J., Cella, D., Garrett, K.M., Kluhsman, B.C., Crane, L.A., Marcus, A.C. (1999). Agerelated Differences in the Quality of Life of Breast. *Cancer*, 86, 1768-1774.
- 103- Reis, N. (2003). Jinekolojik Kanser ve Tedavilerinin Kadın Cinsel Sağlığına Etkileri. *C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(2), 35-40.
- 104- Manos, D., Sebastian, J., Bueno, M.J., Mateos, N., Torrebody, A. (2005). Image in Relation to Self-Esteem in a Sample of Spanish Women With Early-Stage Breast Cancer. *Psicooncologia*, 2(1), 103-116.
- 105- Spencer, S.M., Lehman, J.M., Wynings, C., Arena, P., Carver, C.S., Antoni, M.H., Derhagopian, R.P., Ironson, G., Love, N. (1999). Concerns About Breast Cancer and Relations to Psychosocial Well-being in a Multiethnic Sample of Early Stage Patients. *Health Psychol*, 18, 159–168.
- 106- Özcanlı, A. (2005). Kanser Hastalarına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.

107- Poulsen, B., Graversent, H.P., Beckmann, J., Blichert-Toft, M. (1997). A Comparative Study of Post-Operative Psychosocial Function in Women With Primary Operable Breast Cancer Randomized to Breast Conservation Therapy or Mastectomy. *European Journal Of Surgical Oncology*, 23, 327-334.

EKLER

EK-1: BİLGİ FORMLARI

1- Hasta Bilgi Formu

Açıklama: Bu araştırma mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisini ortaya çıkarmak amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Bu çalışma, sizin almış olduğunuz tedavi ve bakımı olumsuz şekilde etkilemeyecektir. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Aşağıdaki soruları ve seçenekleri okuduktan sonra, her soruda size en uygun seçeneği ya da seçenekleri işaretleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.

1-Yaşınız.....

2-Medeni durumunuz nedir?

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

3-Eğitim durumunuz nedir?

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

4-Aylık ortalama gelir düzeyiniz nedir?

1-Düşük 2-Orta 3-Yüksek

5-Çocuğunuz var mı?

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

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

1-Var (ise açıklayınız.....) 2- Yok

7-Kaç yaşında meme hastalığı tanısı aldınız?

8-Tanıdan bu yana geçen süre ne kadardır?

1-.....ay 2-.....yıl

9-Meme hastalığı tanısı aldıktan sonra hangi tedaviler uygulandı?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

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

10-Ameliyat olduğunuz tarih.....

11-Ameliyattan bu yana geçen süre ne kadardır?

1-.....ay 2-.....yıl

12-Yapılan ameliyatın sonucundan memnun musunuz?

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

Aşağıdaki sorular araştırmacı tarafından doldurulacaktır.

13-Hastalığın hangi evresinde ameliyat olduğu

1- Evre 0 2- Evre 1 3- Evre 2

14- Cerrahi tedavide uygulanan ameliyatın tipi nedir?

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

2- Sağlıklı Birey Bilgi Formu

Açıklama: Bu araştırma mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Sizi bu çalışmaya katmamızdaki amaç, hasta bireyler ile sağlam bireyler arasındaki farklılığı ortaya çıkarmaktır. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Aşağıdaki soruları ve seçenekleri okuduktan sonra, her soruda size en uygun seçeneği ya da seçenekleri işaretleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.

1-Yaşınız.....

2-Medeni durumunuz nedir?

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

3-Eğitim durumunuz nedir?

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

4-Aylık ortalama gelir düzeyiniz nedir?

1-Düşük 2-Orta 3-Yüksek

5-Çocuğunuz var mı?

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

6-Kronik ya da sistemik bir hastalığınız var mı?

1-Var (açıklayınız.....) 2- Yok

EK-2- VÜCUT ALGISİ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda vücut özellikleri ile ilgili çeşitli ifadeler bulunmaktadır. Bu özelliklerden her biri açısından kendinizi değerlendiriniz ve ifadenin yanında yer alan “Çok Beğeniyorum”, “Oldukça Beğeniyorum”, “Kararsızım”, “Pek Beğenmiyorum”, “Hiç Beğenmiyorum” seçeneklerinden birinin altına (X) işareti koyunuz.

	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
1-Saçlarım	()	()	()	()	()
2-Yüzümün Rengi	()	()	()	()	()
3- İştahım	()	()	()	()	()
4- Ellerim	()	()	()	()	()
5- Vücudumun kıl dağılımı	()	()	()	()	()
6- Burnum	()	()	()	()	()
7- Fiziksel Gücüm	()	()	()	()	()
8- İdrar, dışkı düzenim	()	()	()	()	()
9- Kas kuvvetim	()	()	()	()	()
10- Belim	()	()	()	()	()
11- Enerji düzeyim	()	()	()	()	()
12- Sırtım	()	()	()	()	()
13- Kulaklarım	()	()	()	()	()
14- Yaşım	()	()	()	()	()
15- Çenem	()	()	()	()	()
16- Vücut yapım	()	()	()	()	()
17- Profilim	()	()	()	()	()
18- Boynum	()	()	()	()	()
19- Duyularımın keskinliği	()	()	()	()	()
20- Ağrıya dayanıklılığım	()	()	()	()	()
21- Omuzlarımın Genişliği	()	()	()	()	()
22- Kollarım	()	()	()	()	()
23- Göğüslerim	()	()	()	()	()
24- Gözlerimin şekli	()	()	()	()	()
25- Sindirim sistemim	()	()	()	()	()

	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
26- Kalçalarım	()	()	()	()	()
27- Hastalığa direncim	()	()	()	()	()
28- Bacaklarım	()	()	()	()	()
29- Dişlerimin şekli	()	()	()	()	()
30- Cinsel gücüm	()	()	()	()	()
31- Ayaklarım	()	()	()	()	()
32- Uyku düzenim	()	()	()	()	()
33- Sesim	()	()	()	()	()
34- Sağlığım	()	()	()	()	()
35- Cinsel faaliyetlerim	()	()	()	()	()
36- Dizlerim	()	()	()	()	()
37- Vücudumun duruş şekli	()	()	()	()	()
38- Yüzümün şekli	()	()	()	()	()
39- Kilom	()	()	()	()	()
40- Cinsel organlarım	()	()	()	()	()

EK-3- ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki cümleleri okuyarak sizin için en uygun olan şıkkı işaretleyiniz.

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
4. Bende diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
5. Kendimde gurur duyacak bir şey bulamıyorum.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
7. Genel olarak kendimden memnunum.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
9. Bazen kesinlikle kendimin işe yaramadığımı düşünüyorum.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış

EK-4- ÇİFTLER UYUM ÖLÇEĞİ

	Her gün	Hemen hemen her gün	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
Eşinizi öper misiniz?					

	Hepsine	Çoğuna	Bazılarına	Çok azına	Hiç birine
Siz ve eşiniz ev dışı etkinliklerinizin ne kadarına birlikte katılırsınız?					

Aşağıda ilişkinizdeki farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki “mutlu” birçok ilişkide yaşanan mutluluk düzeyini gösterir. İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyinizi en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz.

- ()Aşırı mutsuz ()Oldukça mutsuz ()Az mutsuz ()Mutlu
 ()Oldukça mutlu ()Aşırı mutlu ()Tam anlamıyla mutlu

Yazışma Adresi:

Prof. Dr. Hürol Fıfıloğlu, ODTÜ Psikoloji Bölümü, Ankara

Re: çiftler uyum ölçeği
Kimden: **hurol fisiloglu** (fisil@metu.edu.tr)
Gönderme tarihi: 25 Mayıs 2006 Perşembe 13:32:45
Kime: tuba ucar (tb_ucar@hotmail.com)

Sayın Uçar,

Çalışmanız için şimdiden başarılar dilerim. Aşağıdaki metin sadece size değil standart olarak ölçeği kullanma izni isteyenlere yolluyorum. Sizin mesajınızı da etik olarak olması gereken çok doğru bir davranış olarak izin mesajı olarak gördüğüm için yolluyorum.

Ölçeği aşağıda belirteceğim koşullara uyararak kullanmayı kabul ederseniz gerekli materyallerle beraber size postalarım:

1. Ölçeğin formatında değişiklik yapmadan orjinal şeklinde kullanmak (bazen kişiler ölçekleri kendileri yeniden yazıyor, sayfa düzenini değiştiriyor mesala 1 sayfalık ölçeği 2 sayfa yapıyor vs)
2. Ölçeğin kendi örnekleminize göre yeniden geçerlik güvenirlik çalışması yapmamanız, var olan ölçek verilerine güvenerek kullanılması (bunun gerekçesini anlatmam biraz karışık olabilir onun için yazmıyorum).
3. Tez kullanımında ekler bölümünde ölçeğin tamamı yerine örnek maddeleri olarak 1-2 soru verilip, yazışma adresi bilgisiyle verilmesi.

Eğer bu söylediklerim size uygunsa lütfen bana bilgi verin. Cevabınız olumluysa size posta gönderebilmem için adresinizi de yazarsanız sevinirim.

İyi çalışmalar ve günler dilerim.

Prof. Dr. Hürol Fisiloglu
ODTÜ/Middle East Technical University
Psikoloji Böl./Department of Psychology
06531 Ankara
Türkiye/Turkey

Tel./Phone: +90 312 210 51 15
Fax: +90 312 210 79 75
----- Original Message -----
From: "tuba ucar" <tb_ucar@hotmail.com>
To: <fisil@metu.edu.tr>
Sent: Wednesday, May 24, 2006 6:18 PM
Subject: çiftler uyum ölçeği

EK-5

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ
Başhekimliği



Sayı : B. 30.2.İNÜ.070.10.00/265-4080
Konu : Araştırma İzni

MALATYA

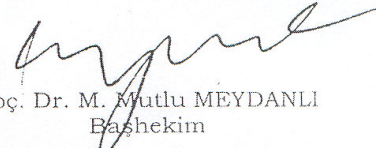
11 TEMMUZ 2006

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ: 30.06.2006 Tarih ve 500-156 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Tuba UÇAR'ın tez çalışması yapma isteği Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığınca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç. Dr. M. Mutlu MEYDANLI
Başhekim

EK-6

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURULU KARARI

Toplantı Tarihi : 31/10/2006
Toplantı Yeri : TÖTM -MALATYA
Araştırmanın Protokol No.su : 2006/65

“Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden imajı, benlik saygısı ve cinsel işlevler üzerine etkisinin incelenmesi ” konulu araştırma incelenmiştir.

Adı geçen araştırmanın;araştırma protokolüne tamamen uyulmak, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi yönergesinde belirtilen hususlar yerine getirilmek ve 10.madde gereği sorumluluk araştırmacıya ait olmak üzere çalışmanın yapılmasında herhangi bir etik sakıncanın bulunmadığına karar verildi.

Doç.Dr.Ayşe Kaftaşlı Başkan İmza	Doç. Dr. Muammer Karakaş Başkan Yrd. İmza Katılmadı	Prof. Dr.Ayşe Selimoğlu Üye İmza
Doç.Dr. Meltem Serin Üye İmza	Doç.Dr.Murat Cem Mıman Üye İmza	Doç.Dr. Leyla Karaoğlu Üye İmza
Yrd.Doç.Dr.Ahmet Çiğli Üye İmza	Uzm.Dr. Mustafa İraz Raportör İmza	Doç.Dr.S.Hale Kırımlioğlu Üye İmza Katılmadı
Ecz.Seda Yılmaz İmza		

EK-7

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**YÖNETİM KURULU KARARI****KARAR TARİHİ 01.05.2007 KARAR SAYISI: 2007/37 TOPLANTI SAYISI: 8**

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı 'nın; Hemşirelik yüksek lisans programı öğrencisi Y0602 nolu Tuba Uçar'ın tez konu başlığının değiştirilmesi hakkındaki; 30.04.2007 tarih ve 139 sayılı yazısı görüşüldü.

Yapılan görüşmelerden sonra; Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Y0602 nolu Tuba Uçar'ın tez konusu; 15.06.2006 tarih ve 2006/45 sayılı Yönetim Kurulu Kararımız ile "Meme Kanseri Kadınlar da Mastektominin Beden İmajı, Benlik Saygısı ve Cinsel İşlevler Üzerine Etkisinin İncelenmesi" olarak belirlenmişti.

Araştırmada kullanılan ölçüm araçları ile uyumlu olabilmesi için tez konu başlığının: **Meme Kanseri Kadınlar da Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi**" şeklinde değiştirilmesine oybirliği ile karar verildi.

BAŞKAN

ProfDr. Tayfun GÜLDÜR Enstitü Müdürü
İmza

ÜYELER

Prof Dr. Ali OTLU
İmza

Prof Dr. Gök nur AKT AY
Katılmadı

Doç.Dr.Selma AY
İmza

Doç.Dr.Mehmet Sait TEKEREKOĞLU
İmza

Doç..Dr.Özge UZUN
İmza

RAPORTÖR Ömer ÜNAL Enstitü Sekreter V

ÖZGEÇMİŞ

1980 yılında Malatya'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Malatya'da tamamladıktan sonra, 2001 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenimine başladı ve 2005 yılında ebe ünvanı ile mezun oldu. Aynı yıl İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik yüksek lisans programında lisansüstü eğitime başladı. 2006 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda Araştırma Görevlisi olarak göreve başladı ve halen bu göreve devam etmektedir.

Araş. Gör. Tuba Uçar