

**T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**EBELİK ANABİLİM DALI**

**MASTEKTOMİ AMELİYATI OLAN KADINLARDA**  
**BENLİK SAYGISI VE EŞ UYUMU**

**Ayşe ARSLANTAŞ**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL**

**MERSİN-2014**

T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EBELİK ANABİLİM DALI

**MASTEKTOMİ AMELİYATI OLAN KADINLARDA  
BENLİK SAYGISI VE EŞ UYUMU**

Ayşe ARSLANTAŞ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL

Bu tez, BAP-SBE EB AAYL 2012-2 kodlu proje olarak  
Mersin Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir.

TEZ NO:252  
MERSİN-2014

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı çerçevesinde yürütülmüş olan ‘‘Mastektomi Ameliyatı Olan Kadınlarda Benlik Saygısı ve Eş Uyumu ‘’ adlı çalışma, aşağıdaki jüri üyeleri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez savunma tarihi: 18.06.2014

Mersin Üniversitesi

Jüri başkanı

Yrd.Doç.Dr.Mine YURDAKUL

Mersin Üniversitesi

Jüri Üyesi

Doç.Dr.Ahmet DAĞ

Mersin Üniversitesi

Jüri Üyesi

Yrd.Doç.Dr.Serpil TÜRKLEŞ

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunun 26.06.2014.. tarih ve 2014/163..sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Nevet VILMAZ



## TEŞEKKÜR

Mastektomi ameliyatı olan kadınlarda benlik saygısı ve eş uyumu başlıklı çalışma süresince değerli yardım ve katkılarını esirgemeyen tez danışmanım sayın Yrd. Doç.Dr. Mine YURDAKUL ve tezime katkı sağlayan emekli öğretim üyesi sayın Yrd. Doç.Dr. Nazife AKAN' a teşekkürlerimi sunarım.

İstatistiksel değerlendirme aşamasında katkılarını esirgemeyen sayın Dr. Didem DERİCİ'ye teşekkür ederim.

Bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak ışık tutan arkadaşlarım Öğr.Gör.Asiye UZEL, Elife KETTAŞ, Süreyya ÇETİN, Müjde MORAN'a sonsuz teşekkürü borç bilirim.

Sağlık Bilimleri Enstitü sekreteri Selime ZİYLAN'a destek ve yardımlarından dolayı çok teşekkür ederim.

Yaptığım doğru ve yanlış olan herşeyi hoşgörü ve anlayışla karşılayan eşime, zamanını benimle paylaşan biricik kızım Zeynep Nisa'ya sonsuz teşekkür ederim.

Ayşe ARSLANTAŞ

2014

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

<b>KABUL ve ONAY</b> .....	ii
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iii
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	iv
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	viii
<b>ÇİZELGELER DİZİNİ</b> .....	ix
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	x
<b>ÖZET</b> .....	xi
<b>ABSTRACT</b> .....	xiii
<b>1.GİRİŞ</b> .....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	2
1.3.Araştırma Soruları.....	2
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	3
2.1.Meme Kanseri .....	3
2.2. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi.....	3
2.3. Meme Kanserinde Risk Faktörleri.....	4
2.3.1. Yaş.....	5
2.3.2. Cinsiyet.....	5
2.3.3. Genetik Faktörler.....	5
2.3.4. Menstruel Öykü.....	5
2.3.5. Doğum Öyküsü.....	5
2.3.6. Hormon Replasman Tedavisi ve Oral Kontraseptif Kullanımı.....	6
2.3.7. Diğer Memede Veya Endometriyumda Kanser Olması.....	6
2.3.8. Bening Meme Hastalıkları.....	6
2.3.9. Günlük Alkol Alımı .....	6
2.3.10. Sigara.....	7
2.3.11.Yağlı Diyet.....	7

2.3.12. Egzersiz.....	7
2.3.13. Radyasyon.....	7
2.4. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları.....	8
2.5.Meme Kanserinde Klinik Evrelendirme.....	9
2.6. Tanı ve Tarama Yöntemleri.....	11
2.6.1. Klinik Muayene.....	11
2.6.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi .....	12
2.6.3. Mamografi.....	13
2.6.4.Ultrasonografi.....	14
2.6.5. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR).....	14
2.7. Meme Kanserinde Tedavi.....	14
2.7.1. Cerrahi Tedavi.....	15
2.7.1.1. Meme Koruyucu Ameliyatlar.....	15
2.7.1.2. Mastektomi.....	16
2.7.1.2.1.Mastektomi Çesitleri.....	17
2.7.1.2.2.Radikal Mastektomi.....	17
2.7.1.2.3. Modifiye Radikal Mastektomi.....	17
2.7.1.2.4.Basit- Simple (Total) Mastektomi.....	18
2.7.1.2.5.Parsiyel Mastektomi.....	19
2.7.1.2.6.Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu.....	19
2.7.2. Meme Kanserinde Radyoterapi.....	19
2.7.3. Meme Kanserinde Kemoterapi.....	20
2.7.4. Hormonal Tedavi.....	20
2.8. Mastektomi Sonrası Ruhsal Durum.....	20
2.9. Mastektomi Ameliyatının Aile ve İş Yaşantısına Etkileri.....	22
2.9.1.Eş uyumu.....	22
2.9.2.İş Yaşamında Değişiklik.....	25
2.10. Benlik Saygısı.....	26
2.10.1 Mastektomi Ameliyatı Olan Hastada Benlik Saygısı.....	27
2.11. Meme Kanserli Kadınlar İçin Destekleyici Bakım Girişimleri.....	28

<b>3.GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>32</b>
3.1. Araştırmanın Amacı.....	32
3.2.Araştırmanın Şekli.....	32
3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	32
3.4. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	33
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri .....	33
3.6. Veri Toplama Araçları .....	34
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	34
3.6.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	34
3.6.3. Çiftler Uyum Ölçeği.....	35
3.7.Veritoplama Araçlarının Ön Uygulaması.....	36
3.8.Verilerin Toplanması.....	36
3.9.Araştırmanın İzni.....	36
3.10.Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
3.11.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
3.12.Araştırmanın Zaman Çizelgesi .....	38
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>39</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>45</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>50</b>
6.1.Sonuçlar.....	50
6.2.Öneriler.....	52
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>53</b>

<b>EKLER.....</b>	<b>59</b>
Ek-1 Mastektomili grup Bilgi Formu.....	61
Ek-2 Sağlıklı grup Bilgi Formu .....	63
EK-3 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	64
EK-4 Çiftler Uyum Ölçeği.....	66
EK-5 Etik Kurul Karar Formu.....	68
EK-6 Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi .....	69
Başhekimliği İzin Formu	
EK-7 Mastektomili Grup İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	70
EK-8 II. Çalışma Grubu İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	71
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>72</b>



## ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 2.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi.....	12
Şekil 2.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi.....	13
Şekil 2.3. Meme Koruyucu Ameliyatlar.....	16
Şekil 2.4. Total Mastektomi.....	17
Şekil 2.5. Radikal Mastektomi.....	17
Şekil 2.6. Modifiye Radikal Mastektomi.....	18

## ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa No
Çizelge 2.1. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları .....	8
Çizelge 2.2. Meme Kanserinde Klinik Evrelendirme.....	9
Çizelge 2.3. Patolojik Sınıflandırma.....	10
Çizelge 3.1. Çiftler Uyum Ölçeği Alt Ölçekleri.....	35
Çizelge 4.1. Mastektomili ve Sağlıklı Kadınların Kontrol değişkenleri Açısından.....	39
Karşılaştırılması	
Çizelge 4.2. Mastektomili Kadınlara Yönelik Bazı Verilerin dağılımı.....	41
Çizelge 4.3. Mastektomili ve Sağlıklı Kadının Memesine İlişkin Özellikler .....	42
İle Benlik Saygısı Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	
Çizelge 4.4. Mastektomili ve Sağlıklı Kadınların Benlik Saygısı.....	42
Düzeylelerinin Karşılaştırılması	
Çizelge 4.5. Mastektomili Kadın ve Sağlıklı Kadında .....	43
Eğitim Durumuna Göre Benlik Saygısının Karşılaştırılması	
Çizelge 4.6. Mastektomili ve Sağlıklı Kadınlarda Çiftler Arası Uyum .....	43
Ölçeği Alt Gruplarının Karşılaştırılması	
Çizelge 4.7. Mastektomili ve Sağlıklı Kadınların Benlik Saygısı ve Eş Uyumu.....	44
Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	

## **SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ**

RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

ÇUÖ: Çiftler Uyum Ölçeği

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

MR: Manyetik Rezonans

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

WHI: Women's Health Initiative

MKC: Meme Koruyucu Cerrahi

MRM: Modifiye Radikal Mastektomi

MEÜ SAUM: Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi

## ÖZET

### Mastektomi Ameliyatı olan Kadınlarda

#### Benlik Saygısı ve Eş Uyumu

Bu araştırmada, meme kanserli kadınlarda mastektominin benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisi incelenmiştir. Çalışmamız mastektomi ameliyatı olmuş kadınlar ile sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırılması yoluyla, tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 01.07.2006 – 01.07.2012 tarihleri arasında mastektomi ameliyatı olmuş araştırma için belirlediğimiz kriterlere uyan, ulaşılabilen 50 mastektomili kadın ve 50 sağlıklı kadın oluşturmuştur. Veriler mastektomili kadın ve sağlıklı kadın için hazırlanmış Kişisel Bilgi Formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ve Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 16.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmış olup  $p < 0,05$  istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. Mastektomili kadının %55.1'i 36-55 yaş grubu aralığında olup, %18'i üniversite mezunu, %84'nün çalışmayıp %46'sının ise gelirinin giderine eşit olduğu bulunmuştur. Sağlıklı kadınların ise %64'ü 36-55 yaş grubunda olup, %34'ü üniversite mezunu, %46'sı çalışmamakta ve %44'ünün de gelirinin giderine eşit olduğu görülmüştür. Mastektomili kadınların büyük kısmı memeyi kadınlığın ve cinselliğin bir parçası olarak görmekte ve memeyi herhangi bir organ olarak görenlere göre anlamlı bir fark belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Mastektomili ve sağlıklı kadınlarda benlik saygısı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına karşın ( $p=0,179$ ) sağlıklı grupta yüksek benlik saygısı puanı sağlıklı gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlıklı grupta düşük benlik puanına rastlanmazken mastektomili grupta %4 bulunmuştur. ÇUÖ puan ortalaması bakımından mastektomili ve sağlıklı kadın grubu karşılaştırılmış olup toplam uyum puanları bakımından her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Mastektomili grupta toplam uyum puanı 101.56 iken sağlıklı kadın grubunda 103.8 olarak bulunmuştur. Mastektomili ve sağlıklı gruplar arasında ÇUÖ alt gruplarının karşılaştırılması yapıldığında ise; alt gruplardan doyum, fikir, duygusal, toplam uyum ve bağlılık puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Mastektomili kadın ve sağlıklı kadın grupları benlik saygısı ve eş uyumu açısından

**değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Sonuç olarak, meme kanserli kadınlarda mastektominin benlik saygısı ve eş uyumunu etkilemediği bulunmuştur.**

**Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, Mastektomi, Benlik Saygısı, Eş Uyumu**

## **ABSTRACT**

### **Mastectomy in women with**

### **Self-Esteem and Marital Harmony**

**In this study we evaluated the effect of mastectomy on self esteem in marital harmony in women with breast cancer. This was a descriptive study comparing women with mastectomy and a control group. The study included 50 women that had undergone mastectomy between 01.07.2006 – 01.07.2012 and 50 healthy volunteers on fitting the specified criterias. The data were collected using Personal Information Form, Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) and Dyadic Adjustment Scale (DAS). The data collected were evaluated using SPSS for Windows 16.0 programe. Descriptive statistical methods were used in data evaluation (number, percentage, average, Standard deviation) and  $p < 0.05$  was statistically significant. Of the women with mastectomy %55.1 were between the age of 36 and 55 years and %18 were university graduates. Of the women with mastectomy %84 did not work and %46 were had equal incomes. Of the healthy control group %64 were between the age of 36 and 55 years and %34 were university graduates. Of the healthy control group %46 did not work and %44 had equal incomes. Most of the women with mastectomy considered the breast as a sexual and feminity part and this was statistically significant ( $p < 0.05$ ). There was no statistical significance between the self-esteem of women with mastectomy and od healthy control group ( $p = 0.179$ ). The self-esteem scores were higher in the healthy control group compared to the patient group. There were no low scores in healthy control group however in the patient group it was %4. There was no statistically significant difference between the mastectomy and the healthy group concerning DAS score average. The overall compliance score of the women with mastectomy group was 101.56 anf of the healthy control group 103.8. Between mastectomy and healthy group; DAS subgroup comparison was insignificant concerning subgroup satisfaction, opinion, emotional compliance, overall compliance and liability ( $p > 0.05$ ). There was no significant correlation between mastectomy and healthy group concerning self-esteem and marital harmony. As a result we have found that mastectomy did not affect self-esteem and marital harmony.**

**Key words: Breast cancer, Mastectomy, Self-Esteem, Marital Harmony**

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar arasında kabul edilen kanser, sık görülmesi ve yüksek oranda ölümlere yol açması, artan çevresel kanser yapıcı etkenler nedeni ile çağımızın önemli sağlık sorunlarından birisidir. Yirminci yüzyılın başlarında kanser insanların ölüm nedenleri arasında yedinci sırada iken, günümüzde kardiovasküler hastalıklarından sonra ikinci sıraya yükselmiştir (1-4).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2010 yılı verilerine göre; tüm dünyada 12.4 milyon yeni kanser vakası, 25 milyon kanserli hasta ve 7.6 milyon da kansere bağlı ölüm vardır. Kanser vakalarının %60'ı az gelişmiş ülkelerdedir (5). Meme Kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Kadınlarda görülen kanserlerin %34,7'sini ve kansere bağlı ölümlerin %19'unu meme kanseri oluşturmaktadır (6).

Tanı ve tarama yöntemlerindeki gelişmeler ve hastaların bilinçlenmesi sayesinde meme kanseri artık daha erken evrelerde teşhis edilip, tedavi edilmektedir (7). Meme kanseri ile ilgili bilgi ve birikimlerin artması ve ilaç tedavilerinin hızla gelişmesi ile cerrahi tedavide önemli değişiklikler olmuştur. Kişinin vücut görünümünü veya vücut parçasının fonksiyonunu bozan ameliyatların özellikle yüz, memeler, genital organlar ve üreme organlarına yönelik cerrahi girişimlerin kadının vücut algısı, benlik saygısı, yaşam kalitesi ve cinsel yaşam üzerinde derin ruhsal etkileri olmaktadır (8).

Benlik saygısı, bireyin yeterli ve değerli hissetmesi, saygı duyması, kendine güvenmesi ve inanması biçiminde ifade edilen düşünce, duygu ve davranışların bir bütünüdür. Mastektomi ile birlikte yaşanan meme kaybı, kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmakta ve bu durum kadının beden imgesinde zedelenmeye bağlı olarak benlik saygısında azalmaya neden olmaktadır (7,9,10-12). Bu bağlamda; kadının varoluşu, çevresi ile iletişimi, üretkenliği ve cinselliği açısından vücut görüntüsü büyük önem taşır.

Meme kanseri sonucu mastektomi uygulanan kadınlar kendilerini eksik, özürlü, cinsel yönden yetersiz ve yalnız olarak algılanması gibi psikolojik sorunlar yaşayacağı gibi günlük

yaşamları bu durumdan olumsuz etkilenip eşinde bu durumdan olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (13,14).

Yapılan yurt içi ve yurt dışı çalışmalarda da mastektominin beden algısını, benlik saygısını ve eş uyumunu olumsuz yönde etkilediğine dair bir çok çalışma olmasına rağmen Okanlı ve Ekicinin yapmış olduğu çalışmadaki gibi mastektominin evlilik uyumunda farklılık yaratmadığına dair çalışmalarda mevcuttur (9).

Mastektomi sonrası kadınlara profesyonel boyutta psikososyal destek sağlamak tüm sağlık personelinin özellikle ebelerin önemli sorumluluklarındandır. Meme kanserli kadınlarda mastektomi sonucu ortaya çıkan psikososyal sorunların belirlenip uygun girişimlerin planlanması için bu alanda kapsamlı çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan ebelerin meme kanseri gibi tedavisi organ kaybıyla sonuçlanabilecek ve bunun sonucunda bireyde psikolojik problemlere yol açabilecek dolayısıyla bu bireylerin aile ilişkilerini etkileyecek durumları bilmeleri ve buna göre girişimlerde bulunmaları özellikle toplumun yapıtaşı olan ailelerin sağlıklı olması ve sağlıklı kalmasında etkili olabilecektir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma mastektomili ve sağlıklı kadınların benlik saygısı ve eş uyumu yönünden karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

## **1.3. Hipotez**

H0: Mastektomili ve sağlıklı kadınların benlik saygısı ve eş uyumu arasında anlamlı bir fark yoktur.

H1: Mastektomili ve sağlıklı kadınların benlik saygısı ve eş uyumu arasında anlamlı bir fark vardır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.Meme Kanseri

Kanser, kontrolsüz büyüme ve anormal hücre yayılımı özelliği gösteren, insanı biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönleri ile tehdit eden hastalıklar grubunu tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Kronik hastalıklar arasında kabul edilen kanser, sık görülmesi ve yüksek oranda ölümlere yol açması, artan çevresel kanser yapıcı etkenler nedeni ile çağımızın önemli sağlık sorunlarından birisidir. Dünyada her yıl 10 milyondan fazla yeni kanser olgusu ortaya çıkmakta ve 5 milyon insan kanserden ölmektedir (1-3). Yirminci yüzyılın başlarında insanların ölüm nedenleri arasında yedinci sırada iken, günümüzde kardiovasküler hastalıklarından sonra ikinci sıraya yükselmiştir (4).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2010 yılı verilerine göre; tüm dünyada 12.4 milyon yeni kanser vakası, 25 milyon kanserli hasta ve 7.6 milyon da kansere bağlı ölüm vardır. Kanser vakalarının %60'ı az gelişmiş ülkelerdedir (5). Meme Kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Kadınlarda görülen kanserlerin % 34,7'sini ve kansere bağlı ölümlerin % 19'unu meme kanseri oluşturmaktadır (6). Ayrıca yaşamları boyunca her sekiz kadından biri meme kanseri'ne yakalanmaktadır (15). Kadınlarda ilk üç kanser türü dünya da meme, kolon ve akciğer kanseriyken Türkiye'de sıralama meme, tiroit ve kolorektal kanseri şeklinde olmaktadır. Meme kanserinin dünyada ortalama insidansı yüz binde 38-40 iken, Avrupa'da bu oran yüz binde 66-67, ülkemizde ise ortalama yüzbinde 40 civarındadır (16).

Meme kanserinin yüksek oranda görülmesi meme kanseri risk kaygısını ve farkındalığını artırmaktadır (17). Meme kanseri teşhisinden sonra 5 yıllık sağ kalım oranının %75 olması nedeniyle en iyi yaşam süresine sahip kanser türüdür. Bunun yanı sıra erken dönem de teşhis ve tedavi edilse bile kadınların yaşam kalitelerini önemli ölçüde değiştirebilen bir hastalıktır (18,19).

### 2.2. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

Meme Kanseri dünya genelinde kadın kanserleri açısından ele alındığında en yaygın kanser türü olarak nitelendirilmektedir (20). Meme Kanseri kadınlarda yalnız en çok görülen kanser değil, aynı zamanda birçok ülkede özellikle de batı ülkelerinde kanser ölümlerinin başlıca nedenleri arasında sayılmaktadır (21). Dünyada 2009 yılında 192.370 yeni meme

kanseri vakası tespit edilmiş ve yine 2009 yılında yaklaşık 40.170 kadının meme kanseri'den hayatını kaybettiği bildirilmiştir (22).

Meme Kanseri 'nin görülme sıklığı, ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir (23). ABD'de 2007 yılı için bildirilen yeni meme kanser'li olgu sayısı 178.480, ölüm sayısı 40.460'dır. Yeni vakalar kadınlarda görülen tüm kanser vakalarının %26'sını oluşturmaktadır. Kanserden ölümlerde ise akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır. AB ülkelerinde 2006 yılında 319 bin yeni vakanın tüm vakaların %30,9 tanınmasıyla meme kanseri en çok tanılanan ikinci kanser olmasının yanında, kadınlarda kanserden ölümlerin en yaygın (85300 olgu sayısı ile %16,7) nedenidir (24).

Sağlık Bakanlığı'nın sekiz ilde nüfus tabanlı kanser kayıt sistemi sonuçlarına göre 2004-2006 yılları arasında toplam 6597 yeni meme kanseri vakası tespit edildiği ve kanserin yerleşim yerine bakıldığında %47,2 oran ile ilk sırada yer aldığı bildirilmektedir (21). Sağlık bakanlığı 2010 verilerine göre; Türkiye'de kadınlarda görülen ilk on kanser türüne bakıldığında meme kanserinin ilk sırada yer aldığı ve yaşamı boyunca her sekiz kadından birinin meme kanseri riski ile karşı karşıya olduğu belirlenmiştir (25).

### **2.3. Meme Kanserinde Risk Faktörleri:**

Meme Kanseri'nin etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, bazı etkenlerin meme kanseri oluşumda rol oynadığı kabul edilmektedir. Bu etkenleri şu şekilde kategorize etmek mümkündür (26).

1. Demografik özellikler (cinsiyet, yaş, ırk/etnisite gibi)
2. Reprodüktif öykü (menarş yaşı, doğum yapma ve sayısı, ilk tam dönem hamilelik yaşı, menapoz yaşı, laktasyon, infertilite, düşük yapma)
3. Ailesel/genetik faktörler (aile öyküsü, bilinen veya şüphe edilen BRCA1/2, p53, PTEN veya meme kanseri riski ile ilişkili diğer gen mutasyonları)
4. Çevresel faktörler (30 yaşından önce toraks bölgesine radyoterapi, hormon replasman tedavisi, alkol kullanımı, sosyoekonomik düzey, vb.)
5. Diğer faktörler (Kişisel meme kanseri öyküsü, meme biyopsi sayısı, atipik hiperplazi veya lobuler karsinoma in situ, dens meme yapısı, vücut kitle indeksi)

### **2.3.1. Yaş:**

Yaşın ilerlemesi ile birlikte meme kanseri riski artmaktadır; meme kanseri 20 yaşından önce çok ender olsa da 30 yaşından sonra giderek artar, 40'lı yaşlarda hızlanır ve 60'lı yaşlarda en üst düzeye ulaşır (27-29).

### **2.3.2. Cinsiyet:**

Kadın cinsiyeti en büyük risk faktörüdür ve 100 kat artmış riski ifade eder. Erkeklerde meme kanseri görülme oranı %1 olup kadınlara göre 146 kat daha az görülür (30).

### **2.3.3. Genetik Faktörler:**

Hastaların %25'inde genetik faktörler sorumlu tutulur (31). Meme kanseri hastalarında sık olarak BRCA-1 ve BRCA-2 genleri bulunmaktadır (32-34) . BRCA- 1'in kalıtsal meme kanserli hastalarda yaklaşık yarısından sorumlu olduğu bilinmektedir (31,34). BRCA-2 ise 13. kromozomda yer alıp, daha çok erken yaşta ve iki taraflı meme kanserinden sorumludur. Bu geni taşıyanların kansere yakalanma riskinin %90 olduğu düşünülmektedir (31). Aile öyküsünde özellikle birinci derece akrabalarda meme kanseri öyküsü: Aile öyküsü varlığı meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür. Bir tane birinci derece akrabada meme kanseri olması, meme kanseri riskini 1.80 kat artırır. İki tane birinci derece akraba varlığında ise bu risk 2.9 kat artar. Meme kanserine yakalanmış olan akraba 30 yaşından önce tanı almış ise risk 2.9 kat, 60 yaşından sonra tanı konmuş ise risk 1.5 kat artar (35).

### **2.3.4. Menstruel Öykü:**

Östrojen hormonuna maruz kalınan sürede artış olması, meme kanseri gelişme riskinde artışla ilişkilidir (erken menarş; 12 yaşından önce, geç menapoz; 55 yaşından sonra); östrojene maruz kalınan sürenin azalmasının ise koruyucu olduğu düşünülmektedir (36).

### **2.3.5. Doğum Öyküsü:**

Tam dönem gebelikle ilişkili olan meme epitelinin terminal diferansiasyonu da koruyucudur, dolayısıyla ilk canlı doğumun daha ileri yaşta yapılması ve hiç doğum yapmamış olmak meme kanseri riskinde artışla ilişkilidir. Nulliparite meme kanseri relatif riskinde 1.2-1.7

artışa neden olur. Multiparitenin meme kanserinden koruyucu etkisi ise tartışmalıdır. İnfertilitenin meme kanseri riskini azalttığı yönündeki veriler ve infertilite tedavisinin meme kanseri riskini ne yönde etkilediği çelişkilidir. (İnduklenmiş veya spontan düşük yapmanın meme kanseri ile bir ilişkisi gösterilememiştir. Laktasyon meme kanseri riskini azaltmaktadır Bu etki beklendiği üzere özellikle premenopozal kadınlarda daha belirgindir (36).

### **2.3.6. Hormon Replasman Tedavisi ve Oral Kontraseptif Kullanımı:**

Gerek Women's Health Initiative (WHI) gerekse de Bir Milyon Kadın Çalışması'nda, HRT alan kadınlarda, verilen tedavinin tipinden ve yönteminden bağımsız olarak hayatı tehdit eden meme kanserine yakalanma riskinin arttığı ortaya konulmuştur. HRT kullanımı sonucu oluşan meme kanseri riski, alkol kullanımı, aşırı kilo (BMI >30 kg/m<sup>2</sup>), 30 yaşından sonra yapılan ilk doğum, geç menopoz gibi risk faktörlerinden daha farklı değildir. Epidemiyolojik çalışmalarda oral kontraseptif kullanımı ile meme kanseri riski arasında bir ilişki gösterilememiştir (36).

### **2.3.7. Diğer Memede veya Endometriyumda Kanser Olması:**

Birinci derece yakınlarında; 30 yaşın altında premenopozal meme kanseri, bilateral meme kanseri, hem meme hem de over kanseri, her yaşta erkekte meme kanseri bulunması ailesel meme kanseri riskini arttıran faktörlerdir (36).

### **2.3.8. Bening Meme Hastalıkları:**

Bir memede kanser varlığı ortalama popülasyona göre kanser riskini 5-7 kez artırır. Memede atipik hiperplazi meme kanseri riskini 4-5 kez artırır. Benign meme hastalığının (fibrokistik meme hastalığı) kanser riski tartışmalıdır (37).

### **2.3.9. Günlük Alkol Alımı:**

Meme kanseri riski günlük 2-3 bardak alkol alan kadınlarda 1.4-1.7 kat artmaktadır (38). Alkol tüketiminin östradiol serum düzeylerini yükselttiği bilinmektedir. Birçok çalışma orta düzeyde alkol alımının meme kanseri insidansında artışa neden olduğunu gösterilmiştir (39).

### **2.3.10. Sigara:**

Aktif sigara içenlerde meme kanseri insidansın da artış görülmemiştir. Buna karşılık pasif sigara dumanına maruz kalanlarda rölatif meme kanserinin arttığına yönelik farklı çalışmalar vardır. Bunun nedeni olarak, pasif sigara içenlerin aile içinde sigara dumanına daha erken yaşta maruz kalmaları gösterilmiştir (37).

### **2.3.11. Yağlı Diyet:**

Yağ içeriği yüksek yiyeceklerin uzun süreli tüketiminin de serum östrojen düzeylerini yükselterek meme kanseri riskinde artışa katkıda bulunduğunu düşündüren bazı kanıtlar vardır. Ancak konuyla ilgili çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Haftada 5 kez kırmızı et yenilmesi ile meme kanseri riskinde artış olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir (37)

### **2.3.12. Egzersiz:**

Erişkin dönem ve öncesinde yapılan orta derecedeki etkin fiziksel aktivitelerin, 40 yaşın altındaki kadınlarda meme kanseri riskini azalttığı belirlenmiştir (23). Fizik aktivitede artış özellikle premenopozal kadınlarda meme kanseri riskinde azalma ile ilişkilidir. Bu konu çok tartışmalı olmakla birlikte düzenli egzersiz yapılmasının anovulatuvar siklusların sayısını artırarak meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir (37). Bu koruyucu etkinin sürekli olabilmesi için haftada 3 kez düzenli egzersiz yapılması önerilmektedir. Haftada 4 saati aşan egzersizin premenopozal dönemde obez olmayan kadınlarda meme kanseri riskini azalttığı belirlenmiştir. Çünkü egzersiz yağ dokusunu azaltarak östrojen salınımını azaltmaktadır (40).

### **2.3.13. Radyasyon:**

Özellikle 10-14 yaş arasında, memenin aktif olarak geliştiği dönemde, radyasyona maruz kalma meme kanseri riskini artırmaktadır. Hayatın ilk 3 dekatında toraks bölgesine yapılan terapotik radyoterapi işlemi de aynı şekilde meme kanseri riskini artırmaktadır. Kırk beş yaşından sonra radyasyona maruz kalma veya radyoterapi meme kanseri riskini etkilememektedir. Tanısal amaçla yapılan işlemlere bağlı olarak oluşan radyasyona maruziyetin ise meme kanseri riski ile ilişkisi tartışmalıdır. Genetik geçiş riski olanlar dışında bu risk yok veya dikkate alınmayacak kadar düşük olarak kabul edilir (41).

**2.4. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları:** Meme kanserli hastalarda, memede saptanabilen semptom ve bulgular (33,42,43)

Çizelge 2.1. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları

<b>BULGU</b>	<b>BELİRTİ</b>
<b>Memede Kitle</b>	<p>Hastaların %70-80 oranında genellikle tesadüfen bulunan ağrısız kitle vardır.</p> <p>Yaklaşık 1 cm çapa ulaşmış bir kitle eğer yüzeeye yakınsa ele gelebilir. En sık (%45) üst dış kadran ve azalan sıklıkla santral, üst iç, alt dış, alt iç kadranslarda bulunmaktadır.</p> <p>Malign kitleler genellikle ağrısız, sert, düzensiz sınırlı, cilt ve fasyaya yapışık olma eğilimindedir.</p> <p>Ayırıcı tanıda fibroadenom, fibrokistik değişiklik, yağ nekrozu ve makrokistler ile ayırım yapılmalıdır.</p> <p>Tümörün boyutu arttıkça hayatta kalma oranı azalmaktadır.</p>
<b>Meme Ağrısı</b>	<p>En sık başvuru sebebi meme ağrısıdır.</p> <p>Meme ağrısı subjektif ve göreceli bir kavramdır.</p> <p>Erken evrede ağrı sık gözlenmez.</p> <p>Fakat geçmeyen, ağrı bir alana lokalize ise MR çekilmeli, muayene tekrarlanmalı ve gerekirse biyopsi açısından değerlendirilmelidir.</p>
<b>Meme Başında Akıntı</b>	<p>Meme başı akıntısı %10 olguda ilk bulgudur.</p> <p>Meme başı akıntısı genellikle kendiliğinden, tek taraflı, tek duktustan olur. Akıntının özelliği seröz, serö-sanjiöz yada kanlı oluşudur.</p>
<b>Forge Belirtisi</b>	<p>Memenin üst kadranslarında yer alan tümörlerde meme başı tümörün bulunduğu kadrana doğru çekildiğinde görülür. Böylelikle tümörün yer aldığı meme yukarıda, dik ve dolgun bir görünüme sahip olur</p>
<b>Meme Başı Değişiklikleri</b>	<p>Meme başı değişiklikleri de kanser bulgusu olabilir.</p> <p>Meme başında içe çekilme, ülserasyon ve erozyon görüntüsü olabilir.</p>
<b>Lenf Nodüllerinde Büyüme</b>	<p>Tümörün lenf nodlarına metastazı sonucunda, lenf nodlarının tıkanmasıyla gelişir. Sert, 5 mm'den büyük lenf nodlarında metastaz düşünülmelidir.</p>
<b>Kol ödemi</b>	<p>Lenflerin tıkanması sonucunda lenf dolaşımı bozulur ve kolda lenfödem oluşur.</p>

## 2.5. Meme Kanserinde Klinik Evrelendirme:

Meme kanserinde evreleme sistemi, objektif verilerden yararlanarak hayatta kalma oranları ve tedavi stratejilerini belirlemek için oldukça önemlidir. Sıklıkla kullanılan üç evreleme sistemi; Manchester, Columbia ve TNM (tümör, lenf nodları, metastaz) dir. TNM en sık kullanılan sınıflandırma sistemi olup evreleme, tümör çapı, lenf nodu tutulumu ve metastaz olup olmasına göre yapılmaktadır (44,45)

Çizelge 2.2. Meme Kanserinde Klinik Evrelendirme

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
T2: Tümör çapı 2 santimetreden büyük, 5 santimetreden küçük
T3: Tümör 5 cm den büyük
T4: Tümör herhangi bir çapta, göğüs boşluğuna dayanmış veya deriye yayılmış
T4a: Göğüs duvarında tutulum
T4b: Meme derisinde ödem, ülserasyon veya satellit nodüller
T4c: 4a ve 4b bulguları birlikte
T4d: İnflamatuvar kanser
Nx: Bölgesel lenf bezleri değerlendirilemiyor
N0: Bölgesel lenf nodu metastazı yok
N1: Palpe edilebilen ipsilateral aksiller lenf nodları
N2: Aynı taraf aksillada lenf nodu metastazı var
N3: İnternal mamarian lenf nodları metastazı var
Mx: Uzak metastaz değerlendirilemiyor
M0: Uzak metastaz yok
M1: Uzak metastaz var

<u>Evre</u>	<u>TNM Klasifikasyonu</u>
0(tis)	in situ kanser
I	T1, N0, M0
II	T1, N1, M0-T2, N0-1, M0
III	Herhangi T, N2-3, M0 T3, Herhangi N1, M0 T4, herhangi N1, M0 Herhangi T, N, M1
IV	T ve N ne olursa olsun M1 içeren tüm hastalar

**UICC Patolojik Sınıflandırma(2008)**

**Patolojik Sınıflandırma (46)**

**pNx** Değerlendirilemeyen bölgesel lenf nodları

**pNo** Bölgesel lenf nodu metastazı yok

**pNo(i-)** Bölgesel lenf nodu metastazı yok, İHK(-)

**pNo(i+)** Bölgesel lenf nodu metastazı yok, İHK(+) ancak tümör infiltrasyon alanı  $\leq 0.2$  mm

**pNo (mol-)** Bölgesel lenf nodu metastazı yok, RT-PCR(-)

**pNo (mol+)** Bölgesel lenf nodu metastazı yok, RT-PCR(+)

**pNmi** Mikrometastaz, tümör infiltrasyon alanı  $> 0.2$ mm,  $\leq 2.0$  mm

**pN1** 1-3 aksiller lenf nodu tutulumu ve/veya klinik veya radyolojik olarak görüntülenemeyen ancak sentinel biyopside saptanan İM lenf nodunda mikrometastaz

**pN1a** 1-3 aksiller lenf nodu tutulumu

**pN1b** Klinik veya radyolojik olarak görüntülenemeyen ancak sentinel biyopside saptanan İM lenf nodunda mikrometastaz

**pN1c** 1-3 aksiller lenf nodu tutulumu ve klinik veya radyolojik olarak görüntülenemeyen ancak sentinel biyopside saptanan İM lenf nodunda mikrometastaz

**pN2** 4-9 aksiller lenf nodu metastazı veya aksiller tutulum olmaksızın İM lenf nodlarında klinik+radyolojik (lenfosintigrafi dısı) olarak görüntülenebilen tutulum

**pN2a** 4-9 Aksiller lenf nodu metastazı, en küçük tümör infiltrasyon alanı  $>2$ mm

**pN2b** Aksiller tutulum olmaksızın İM lenf nodlarında klinik+radyolojik (lenfosintigrafi dısı) olarak belirgin olan tutulum

**pN3** 10 veya daha fazla aksiller lenf nodu metastazı veya klinik ve radyolojik (lenfosintigrafi dısı) olarak belirgin İM lenf nodu metastazı + en az 1 aksiller lenf nodu metastazı veya sentinel biyopsi ile tanısı konan mikroskopik İM lenf nodu metastazı +3'ten fazla lenf nodu metastazı

**pN3a** 10 veya daha fazla aksiller lenf nodu metastazı, en küçük tümör infiltrasyon alanı  $> 2$ mm veya infraklaviküler lenf nodu metastazı

**pN3b** Klinik ve radyolojik (lenfosintigrafi dısı) olarak belirgin İM lenf nodu metastazı + en az 1 aksiller lenf nodu metastazı veya sentinel biyopsi ile tanısı konan mikroskopik İM lenf nometastazı + 3'ten fazla lenf nodu metastazı

**pN3c** Supraklaviküler lenf nodu metastazı



## **2.6. Tanı ve Tarama Yöntemleri**

Meme kanseri tarama yöntemleri arasında, kendi kendine muayene, fizik muayene ve mamografi en sık kullanılan yöntemlerdendir. Amerikan Kanser Topluluğu tarafından önerilen meme kanseri rehberi aşağıda verilmiştir (47).

### **20-39 Yaş arası Her ay KKMM**

3 yılda bir klinik muayene

### **40 Yaş ve üstü Her ay düzenli KKMM**

Her yıl düzenli klinik muayene

Her yıl düzenli mamografi

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

#### **2.6.1. Klinik Muayene:**

Klinik meme muayenesi (KMM) bir doktor veya hemşire/ebe tarafından memelerin muayenesidir. Meme kanserinden ölme riskini azaltmak amacıyla, erken evrede meme kanserine tanı koyabilmek amacıyla bir tarama yöntemi olarak geliştirilmiştir. Bu yöntemin avantajı, bu yöntemlerin herhangi bir teknik donanım gerektirmemesi, pratisyen hekim veya hemşireler/ebeler tarafından uygulanabilmesidir (48). Kanser taramalarında KMM'nin, mamografiye göre maliyet etkinliğinin 3,5 kat daha iyi olduğu belirtilmektedir (49). Meme kanserlerinin erken tanısı için klinik meme muayenesinin yapılması önerilir. Klinik meme muayenesinin 20-39 yaş arasında 3 yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl yapılması daha uygundur (50).

## 2.6.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

KKMM 20 yaşından sonra adet gören kadınlarda ideal olarak adet dönemlerinin 5-7. günlerinde, menopozdaki kadınların ise her ayın kendi belirledikleri günlerde ayda bir kez görsel ve elle belli bir sistematik içerisinde memelerini kontrol etmeleridir (47). Yirmi yaşından sonra her kadının kendi memesini muayene etmesi erken tanıda oldukça anlamlıdır. Adet kanamasının başlamasıyla birlikte kanda östrojen ve progesteron hormonlarının etkinlikleri nispeten azalmakta ve bu şekilde meme dokusunu incelemek kolaylaşmaktadır. Bu günler dışında özellikle de adet kanamasına yakın yapılan muayenelerde bu hormonların etkisiyle memeler dolgun ve bastırmakla ağrılı olmaktadır. Bu da KKMM'nin etkinliğini önemli ölçüde azaltmaktadır (51).

Meme kanserlilerin %80'i ilk kez hastalıklarını kendileri fark etmektedirler. Bu nedenle meme kanserinin erken tanısında özel bir önem taşıyan KKMM için kadınlar cesaretlendirilmelidir. Kendi kendine meme muayenesi bireyin kendisinin düzenli olarak yapacağı meme muayenesini içerir. Memedeki anormallikleri erken saptamada ucuz ve noninvaziv bir işlemdir (52,53). Foster ve ark. KKMM ile küçük tümörlerin tespit edildiğini, 5 yıllık sağ kalımın KKMM yapanlarda %75, yapmayanlarda %57 olduğunu bildirmişlerdir (54). Amerikan Kanser Derneği 20-40 yaşlarındaki kadınların her 3 yılda bir, 40 yaşından sonra her yıl hekim tarafından memelerinin muayene edilmesinin gerektiğini bildirmiştir. Böylece deneyimli biri tarafından çok küçük tümörlerin saptanması sağlanabilmektedir (55).



Şekil 2.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi



Şekil 2.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi

Kadınların çoğunluğu KKMM'yi hiç uygulamamakta ve az sayıda kadın ise yalnızca arada bir uygulamaktadır. Günümüzde meme kanseri tarama programı içinde ve meme kanseri erken tanısında KKMM önerilmektedir (56). Ülkemizde ve yurt dışındaki çalışmalarda KKMM'nin değişik düzeylerde uygulandığı ve farklı eğitim yöntemlerinin KKMM uygulamalarını geliştirdiği tespit edilmiştir (57). Meme Kanseri'nin erken yaşlarda çok nadiren görülmesi nedeniyle bu yaşlarda KKMM'ye başlamanın gereksiz olduğunu ifade eden dernekler de bulunmaktadır. Ancak ülkemizde meme kanseri tarama programlarının uygulama düzeyi dikkate alındığında KKMM'nin önemli bir yer teşkil ettiği ortaya çıkmaktadır (58).

### **2.6.3. Mamografi:**

Düşük doz X ışınları ile röntgen filmi üzerine meme dokusunun görüntülenmesi işlemidir (10). Memenin temel inceleme yöntemidir. Meme kanserinin tanısında mamografi, kanser taraması ve tanısal amaçlı olmak üzere iki ana amaçla kullanılır. Meme kanserinde

erken tanı yöntemi olarak kabul edilen tek yöntem mamografidir. Mamografi nin duyarlılığı, meme tipine ve yaşa göre değişim gösterse de palpe edilemeyen kitleleri belirlemenin en iyi yoludur. Meme yağ dokusunun düşük olması ya da meme tipinin yoğun olması nedeniyle 30 yaşın altında daha nadir kullanılır (59,60). Genel olarak veriler değerlendirildiğinde mamografi taraması ölümü %25–30 arasında azaltmaktadır (61). Amerikan Kanseri Derneği tarama amaçlı olarak 40 yaş üstünde yıllık mamografi kontrolünü önermektedir (62).

#### **2.6.4.Ultrasonografi:**

Kullanımı kolay, radyasyon riski taşımayan ses dalgalarından yararlanılarak, memenin görüntüsünün alınması işlemidir (29,63). Mamografiye yardımcı olarak kullanılabilecek bir yöntemdir. Mikrokalsifikasyonları gösteremediği için kanser taramasında kullanılamaz. Mamografide dens memesi olan kadınlarda fizik incelemede bir kitle varsa USG incelemesi gerekmektedir. Ailede kanser öyküsü kuvvetli derecede pozitif olan kadınların meme yapısı mamografik olarak dens ise ek olarak USG incelemesi yapılabilir (64).

#### **2.6.5. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR):**

Güçlü bir manyetik alan içerisinde değişik dokuların gönderilen radyo frekans dalgalarına bağlı olarak farklı yoğunluklarda sinyaller oluşturması esasına dayanır (63). Meme görüntülemesinde son yıllarda giderek artan bir önem kazanmıştır. Meme görüntüleme yöntemlerinde bulguların kuşkulu olduğu, tanı konulamayan olgularda yardımcı yöntem olarak kullanılmaktadır. MR, oldukça duyarlı bir yöntem olmakla beraber özgüllüğü düşüktür (42).

#### **2.7. Meme Kanserinde Tedavi:**

Meme kanserinde tedavi, hastalığın iyileşmesi, tedaviden sonra hastanın normal yaşamını sürdürmesi amacını taşır. Meme kanserinin tedavisinde son yıllarda çok hızlı ilerlemeler kaydedilmiştir. Hastalığın tedavisi hastalığın tespit edildiği esnasında ki evresine ve tipine göre değişir. Tedavide hastanın genel durumu ve hastalık evresi göz önüne alınmalıdır. Meme kanseri, hastalığın başlangıcından itibaren hem lenf hem de hematojen yolla yayılarak adeta sistemik bir hastalık özelliği taşımaktadır. Bu sebeple; meme kanserinin tedavisinde cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormonoterapi gibi hastaya uygun

multidisipliner bir uygulama disiplini şeklinde yapılmaktadır. Bu tedavi şekilleri tek başlarına ya da birlikte kullanımı ile tartışmalı ve karmaşık bir görünüm sergilemektedir (43,65). Meme kanserinde tedavi kanser evresine göre (66).

Evre I- Evre II :	Total Mastektomi Total Mastektomi +Radyoterapi Radikal Mastektomi Parsiyel Mastektomi +Radyoterapi Parsiyel Mastektomi + Radyoterapi +Kemoterapi
Evre III :	Polikemoterapi Radyoterapi Kemoterapi ile tümör çapı küçülürse Mastektomi yapılabilir
Evre IV :	Polikemoterapi + Hormon tedavisi

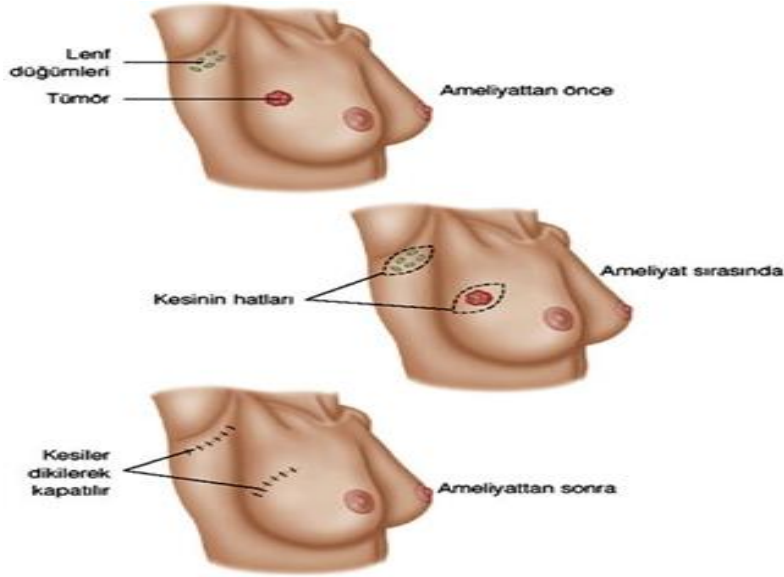
### **2.7.1. Cerrahi Tedavi**

Erken evre meme kanserinde bir çok hastada lokal hastalığı kontrol altına almak için cerrahi yöntem ile tümöral dokunun çıkarılması ve radyoterapi uygulanması ile birlikte olabilecek tedaviler uygulanmaktadır. Meme kanserinde hangi tür ameliyatın yapılacağı hastanın memesinin büyüklüğüne, tümörün büyüklüğüne, hastanın genel durumuna ve isteklerine göre belirlenir (67). İki grup ameliyat seçeneği vardır. Birinci grup, memenin tümünün alınmadığı sadece tümörün çıkarıldığı meme koruyucu ameliyatlardır. İkinci grup ise memenin tümünün alınmasını içeren mastektomi ameliyatlardır. Bu ameliyatların birbirlerine üstünlüklerini araştıran çok çalışma vardır. Yapılan bazı çalışmalar iki cerrahi yöntem arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır (29,45).

#### **2.7.1.1. Meme Koruyucu Ameliyatlar**

Fischer'in 1970'li yıllarda sunduğu meme kanserinin sadece lokal değil aynı zamanda sistemik bir hastalık sayılması gerektiği kuramının günümüzde kabul görmesi ve kemoterapi,

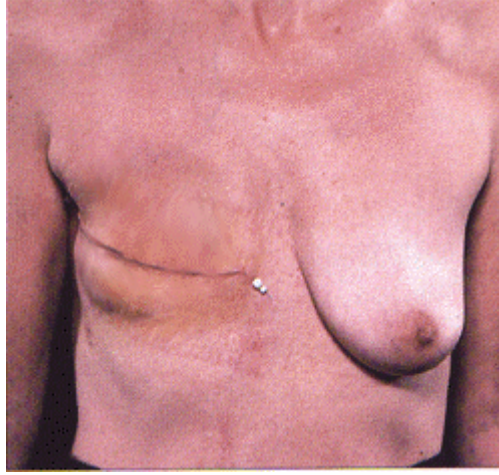
radyoterapi, hormonoterapi gibi adjuvan tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile meme kanserine cerrahi yaklaşım köklü bir şekilde değişmiştir. Sistemik tedavinin ağırlıklı olduğu meme koruyucu cerrahi (MKC) hız kazanmıştır. MKC tedavisi giderek artan biçimde endikasyonu evre 1 ve 2 meme tümürlü hastalar için yapılmaktadır. Bu nedenle tümör boyutu 5 cm ve daha küçük olan hastalarda MKC tercih edildiği görülmektedir. Etkin tarama ve hastalığa duyarlılığın artması ile meme kanserli hastaların %75'i evre 1 ve 2 de tanı konulmaktadır ve hastaların 2/3'ünde koltuk altı lenf nodunun negatif olduğu görülmektedir. Bu durumda meme kanserli hastaların çoğunda MKC uygulanmaktadır. MKC, tümör ile birlikte çevresindeki bir kısım sağlam meme dokusunun çıkartılmasını (lumpektomi, tümörektomi, kadranektomi) ve buna gerektiği durumlarda aksiller girişiminde yapılmasını (biyopsi, standart diseksiyon) içerir. Memenin büyük bir bölümünün korunmasına ve iyi bir kozmetik sonuç elde edilmesine olanak sağlayan MKC erken evre meme kanserinin tedavisinde sıklıkla tercih edilir. Bu tedavinin bir parçası olarak mutlaka kalan meme dokusuna radyoterapi uygulanmalıdır (13,68,69).



Şekil 2.3. Meme Koruyucu Ameliyatlar

### 2.7.1.2. Mastektomi:

Mastektomi, memenin cerrahi olarak kısmen ya da tamamen çıkarılması olup, Türkiye'de hastaların yaklaşık 1/3'ünde total mastektomi uygulanmaktadır (70).



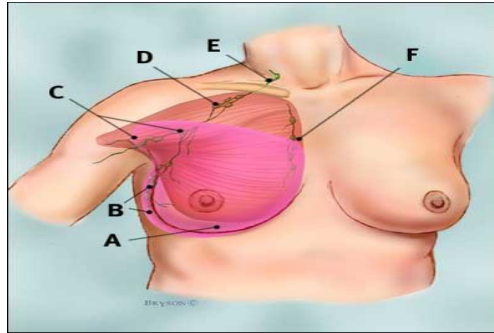
Şekil 2.4.Total Mastektomi

#### 2.7.1.2.1.Mastektomi çeşitleri:

Radikal mastektomi, modifiye radikal mastektomi, simple (total) mastektomi ve parsiyel mastektomi (71).

#### 2.7.1.2.2.Radikal Mastektomi:

Meme dokusunun tamamı, koltukaltı lenf bezleri ile beraber meme dokusu altındaki göğüs duvarı kasları da alınır. Günümüzde bazı vakalar dışında uygulanmamaktadır (69,71).

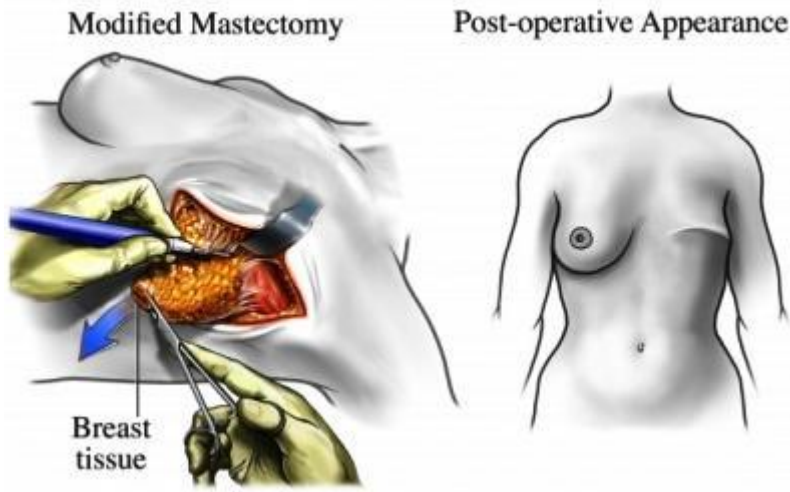


Şekil 2.5. Radikal Mastektomi

#### 2.7.1.2.3. Modifiye Radikal Mastektomi (MRM):

Meme dokusunun tamamı ile birlikte koltuk altı lenf bezlerinin bir kısmının çıkarılmasıdır. National Institute of Health 1980 yılında MRM'nin evre1 ve 2 meme kanserinde en çok uygulanan ameliyat olduğunu açıklamıştır. Ayrıca evre 3 tümörlerde (büyük pektoral kasa fiske olmayan ve kitlesel koltuk altı metastazı olmayanlarda) değişik

kadranlarda mammografik olarak hastalığın saptanmasında, konservatif tedavi ile güvenli sınır sağlanamayan lezyonlarda, büyük tümör ancak küçük memeye sahip olanlarda ve tümör çıkartıldıktan sonra kozmetik yönden uygun şeklin sağlanamaması durumunda MRM yapılabilir. Ameliyat sonrası dönemde hastayı izleme zorluğunun olması, radyoterapiye kontrendike bir durumun bulunması, tümörün 5 cm'den büyük olması ve memeye daha önceden radyoterapi yapılmış olması halinde de MRM yapılabilir (69,72). İnvaziv meme kanserinin tedavisinde MRM veya MKC arasında karar vermede, hastaya yöntemler anlatılmalı ve hasta ile birlikte karar verilmelidir (73).



Şekil 2.6. Modifiye Radikal Mastektomi

#### 2.7.1.2.4. Basit- Simple (Total) Mastektomi:

Tüm meme dokusu ile birlikte meme başı, areola, meme cildinin büyük bir kesimi ile birlikte birkaç tane lenf bezi de çıkarılabilir (67,71). BM genellikle erken veya ameliyat edilebilir meme kanserlerinde primer tedavi olarak, MKC uygulananlarda gelişen nüksler veya yeni oluşan kanserlerde, ciltte ülserlere yol açmış veya yol açma olasılığı olan lezyonlarda yaşam kalitesini arttırmak için yapılmaktadır. Yaşlılarda ve ameliyat riski yüksek olan, koltuk altı lenf nodülü negatif genç hastalarda ve bazı olgularda profilaktik amaçla uygulanabilir (72,74).



### **2.7.1.2.5.Parsiyel Mastektomi:**

Koltuk altı lenf bezleri ile birlikte areola, meme ucu ve meme altındaki kasları örten zar tabakasının da çıkarılması işlemidir (33).

### **2.7.1.2.6.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 (75). Hasta total mastektomiye adaysa, ya da kişinin kendi isteği total mastektomi yapılması yönüdeyse mastektomi sonrası kişilerin isteklerine bağlı olarak tamamen kozmetik amaçla yapılan bir ameliyattır. Mastektomi sonrası radyoterapi ya da kemoterapi planlanıyorsa önce bu tedavilerin tamamlanması sonra meme rekonstrüksiyonu yapılması gerekmektedir. Bu işlemde jel protezler ve otojen dokular kullanılmaktadır. Hastalığın cerrahi tedavisinde mastektomi uygulanması gereken kadınlar için meme rekonstrüksiyonu iyi bir seçenek olarak görülmektedir. Literatürde meme rekonstrüksiyonunu tercih edenlerin eğitim ve sosyo-ekonomik düzeylerinin yüksek ve genç yaş grubunda olan bireyler olduğu belirtilmiştir (1).

### **2.7.2. Meme Kanseri Radyoterapi:**

Erken evre meme kanserinde cerrahi tedavi sonrası radyoterapi uygulamasını öneren çok sayıda çalışma vardır (45). İkincil kullanım şekli yayılmış bir tümörü küçültmek için mastektomi ameliyatından önce yapılmasıdır (33). Radyoterapi MKC sonrası meme içerisinde tümörün yineleme olasılığını azaltmak amacı ile verilmektedir. Son yıllarda yaygınlaşan mamografik tarama programları ile meme kanseri erken evrede yakalanmakta ve buna bağlı olarak MKC ve radyoterapi giderek artan oranlarda kullanılmaktadır. Bunun dışında mastektomi yapılan hastalarda, tümör çapının 5 cm üzerinde olması, memede multisentrik kanser saptanması, aksillada 4 veya daha fazla metastatik lenf nodunun bulunması, metastatik aksiler lenf nodunda ekstrakapsüler yayılım olması, radyoterapi uygulanmasını gerektirmektedir (76,77).

### **2.7.3. Meme Kanserinde Kemoterapi:**

Meme kanserinin sistemik tedavisinde kullanılan kemoterapide birden fazla ilacın kombinasyonunun hastalara verilmesinin monoterapiye göre daha üstündür. Son yıllarda erken evre meme kanseri için geliştirilen kombinasyonların yan etki profilinin diğer kanserlerde kullanılan kombinasyonlara göre daha iyi sonuç alınmaktadır. Bugün için kemoterapi endikasyonları arasında 2 cm'den büyük tümörler, 35 yaşın altındaki hastalar, grade 2-3 tümöre sahip hastalar, aksillada metastatik lenf nodu bulunması ve östrojen ve/veya progesteron reseptörlerinin ekspresyonunun saptanmamış olması yer almaktadır. Kombinasyon tedavisi; hastalarda yıllık nüks riskinde %28, mortalite riskinde %17 oranında azalmaya yol açmıştır (69,78).

### **2.7.4. Hormonal Tedavi:**

Meme kanserinin büyümesini, yayılmasını veya nüksetmesini önlemek amacıyla uygulanır. Araştırmalar hormonoterapinin özellikle hormon reseptörü pozitif olan hastalarda yaşam süresini uzattığını göstermektedir. Tamoksifen (östrojen reseptör inhibitörü) 20 yıldır meme kanseri tedavisinde kullanılmaktadır. Günümüzde meme kanserinin tüm evrelerinde ameliyat öncesi veya sonrası ilave tedavi olarak uygulanmaktadır. Yapılan klinik çalışmalar tamoksifenin tedavi edilen memede hastalığın yinelenme riskini diğer memede de yeni kanser gelişme riskini azalttığını göstermektedir. Hormonoterapi tümörde östrojen ve/veya progesteron reseptör ekspresyonu olan hastalara verilmektedir. Bugün premenopozal hastalarda tamoksifen tek seçenek olarak kullanılmaktadır. Ancak post menopozal hastalarda tamoksifenin yanı sıra aromataz inhibitörleri (anastrozol, letrozol, eksemestan) de kullanılabilir (79).

### **2.8. Mastektomi Sonrası Ruhsal Durum:**

Meme kanseri tedavisi sonrası karşılaştığımız en önemli problemlerden biri de kanser tanısı ve uygulanan tedavilere bağlı olarak gelişen psikolojik bozukluklardır. Bunlar, hasta yaşam kalitesini bozmakta, tedaviye uyumu azaltmakta ve hastalığın daha kısa süreli bir sağ kalım ile sonuçlanmasına neden olmaktadır (80).

Kanser ve tedavisi hastalarda anksiyete, depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, benlik saygısının azalması ve ölüm korkusu gibi birçok psikososyal

sorunu beraberinde getirdiğinden, sağlık profesyonelleri tarafından hasta ve aileleri içeren çeşitli destekleyici girişimlerin geliştirilmesine neden olmuştur. Bu destekleyici girişimlerin bütüncül bir yaklaşım içinde kanser tedavisinin bir parçası olarak kabul edilmesi ve uygulanması son derece önemlidir (81). Kanserli hastalar hastalıkları nedeniyle genellikle öfke içindedirler ve bu duygularını sağlık çalışanlarına karşı da gösterebilirler (82). Hastalar, sağlıklarıyla ilgili kararlara katılmak, hastalık ve tedavi ile ilgili semptomları kontrol altına almak ve kanser deneyimi ile baş etmek için bilgiye ve eğitime gereksinim duymaktadırlar (83).

Mastektomi ameliyatı sonrası; kadınlık, çekicilik duygusunun kaybı ve özürlü olma duygusunun evrensel olarak gözükmesine rağmen, duygusal ve psikososyal tepkiler son derece bireysel farklılık gösterir. Psikolojik krizin yoğunluğu ve süresi kişiden kişiye değişmekle beraber, tüm hastalar böyle bir krizin tüm dönemlerinden ve ya bir kısmından geçmektedirler. Çeşitli araştırmalara göre kişisel farklar olabilmesine rağmen genelde kişilerin kanser krizini dört aşamalı bir süreç içerisinde geçirdikleri bilinmektedir (11,84,85).

### **1.Şok ve İnkâr Dönemi:**

İlk aşamada görülen en yaygın tepki şok ve inkardır. Hasta kendisine açıklanan gerçeğe belli bir mesafeden bakar ve ne olup bittiğini anlayamaz. Kişiye göre bu süreç birkaç saatten, birkaç gün veya birkaç haftaya kadar uzayabilir. Tanının inkâr edilmesi, katlanılması güç olan gerçeğin yarattığı kaygı ve çaresizlik duygularına karşı gelişen bir savunmadır. Bu dönemde sıklıkla karşılaşılan diğer savunmalar arasında ayırıştırma ve yansıtma sayılabilir. Hasta kişilerde genellikle bu ilk tepkinin ardından öfke ve depresyon görülür.

### **2.Tepki Aşaması:**

Bu dönemde tepki; doktora, tanıya, hemşire/ebeye, aile üyelerine olabilir. Kişi bu dönemde hastalığına nedenler bulmaya çalışır. Bu dönemde yaşanan öfke başkalarına olduğu gibi kişinin kendisine yönelik olabilir Mastektominin gerçekleştiği zamana rastlayan bu aşamada durumu kabullenmeye ve bunun sonucu olarak da duygusal reaksiyon göstermeye başlarlar. Bu dönemde kadında kanserden kurtulmanın verdiği mutluluk duygularının yanı sıra; kadınlığın kaybı, özürlü ve şekli bozuk bir bedene sahip olmanın yarattığı olumsuz duygular başlayabilir. Bedene yabancılaşma duyguları ile anksiyete yaşamaktadırlar. Anksiyete hali değişik belirtilerle kendini ifade eder. Ebenin bu aşamada, bireyleri dinlemesi,

empati yapması ve sorunlara çözüm bulmada yardım etmesi, ailenin bakımda yetersizlik duygularını önlemek için bakıma aile üyelerini de dahil etmesi oldukça önemlidir.

### **3.Onarım Dönemi:**

Şoktan daha sonraki yılları içine alır. Hastalar meme kaybı ve kanser düşünceleriyle daha az ilgilenip, günlük yaşamlarında ve evlerindeki işleri sürdürmede veya meslekle ilgili çalışmalarda daha aktif hale gelmişlerdir.

### **4.Uyum Dönemi:**

Hastanın gerçeği kabul edip enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yönelttiği ve hastalık ile birlikte yaşamayı öğrendiği dönemdir. Kabullenme, durumdan mutluluk duymak demek değil, hastalığı unutmak ya da önemsememek de değildir. Tam tersine, durumun gerçek olduğunu anlayarak, onunla baş edebilmektir. Hastalığa ilişkin tepkilerin son aşaması olup hastalığın artık kaçınılmaz olduğu bu aşamada, zamanla hastanın gerçeği kabul edip, enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yöneltmesiyle uyum süreci başlar. Bu dönem önceki aktivite ve yeteneklerine tam bir dönüş özelliği taşımaktadır (11,84,86).

## **2.9. Mastektomi Ameliyatının Aile ve İş Yaşantısına Etkileri:**

### **2.9.1.Eş uyumu**

Meme kanseri, kadınların yaşam biçiminde önemli değişiklikler yapan, beden bütünlüğünü tehdit eden, kadınların görünümünde çeşitli değişikliklere neden olan bir hastalıktır (9,11,81,87) . Mastektomi ameliyatı psikolojik sorunlara yol açtığı gibi, hastalıktan kurtulma ümidi, psikolojik açıdan kendi bedenini ve yaşantısını kontrol edememe endişesi, vücut organ ve dokularını kaybetme kaygısı ve ölüm korkusu yaratmaktadır. Mastektomili kadınla, ameliyat nedeniyle oluşabilecek ağrı, lenfödem, kol ve omuz hareketlerinde sınırlılık ve postür bozukluğu gibi fiziksel sorunların yanı sıra, büyük bir ameliyatın yaratabileceği anksiyete, kişiler arası ilişkilerde bozulma, beden imajında bozulma, erken menapoz, doğurganlığın kaybı, cinsel eş ile iletişimde bozulma, reddedilme veya terk edilme korkusu, iş ve kariyerini kaybetme korkusu, tedavinin fiziksel ve maddi etkileri ve ölüm korkusu gibi bir çok psikososyal sorunlar yaşamaktadırlar (12,84,88,89).

Barni ve Mondini'nin, meme kanserli 20-60 yaş arasında ve en az 1 yıl önce cerrahi girişim deneyimlemiş (%48 mastektomi, %42 lumpektomi) 50 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışma bulgularında, çalışmaya katılan kadınların %96'sında bir ya da daha fazla cinsel sorun görüldüğü; bunların ; %64'ünde cinsel istek azlığı; %48'inde cinsel istek yokluğu, %44'ünde orgazm olamama, %42'sinde vajinal kuruluk ve %38'inde ağrı (disparoni) gibi çeşitli sorunlar arasında, en belirgin sorunun cinsel istek evresinde yaşandığı ifade edilmiştir (90). Sertöz ve ark. ortalama 1,5 yıldır meme kanseri ile yaşayan 125 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, total mastektominin beden algısını bozduğu, bozulmuş beden algısının cinsel doyuma azalmaya ve eş uyumunda bozulmaya neden olduğu; meme kanserli kadınlarda en sık gözlenen cinsel işlev bozukluğunun, cinsel ilişkiden kaçınma ve iletişim bozukluğu olduğu bulunmuştur (70).

Okanlı ve Ekinci'nin çalışmasında mastektominin, meme kanserli hasta ve eşlerinin, yaşam doyumları ile evlilik uyumlarında herhangi bir farklılık yaratmadığı ancak duygu kontrol düzeyinde mastektomi sonrası, öncesine göre anlamlı farklılığın yaşandığı gözlenmiştir (9).

Beden imgesi değişen bireyin yaşayacağı tepkileri birçok faktör belirler. Bu faktörler, birey için o beden bölümünün ve fiziksel görünüşün önemi, dışarıdan bakıldığında görünüp görünmediği, rehabilitasyona uygun olup olmadığı, değişikliğin hızı, günlük yaşam için önem derecesi, bireyin baş etme gücü ve birey için önemli olan kişilerin tepkileridir (88).

Vücut algısı ile eş uyumu arasında, anlamlı ve aynı yönde bir ilişki saptanması, beden algısı yüksek olan bireylerin, eşleri ile de uyumlu olabilecekleri, bu bulgular iki yönlü değerlendirilebileceğinden, eş uyumu yüksek bireylerin de beden algılarının yükselebileceği sonucuna ulaşılmamasını sağlamıştır. Eş uyumu ile cinsel iletişim arasında da doğru ve aynı yönde bir ilişki saptanmıştır. Kılıç ve ark. cinsel iletişimi güçlü olan çiftlerin daha uyumlu olabilecekleri, uyumlu çiftlerin de cinsel olarak daha iyi iletişim kurabileceklerini belirtmiştir (91). Beden imajı, benlik imajı ve cinsellik birbirleri ile ilişkili kavramlardır. Dolayısıyla beden algısı ya da benlik imajında yaşanan değişim hastanın cinsel yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Cinsellik, cinsel doyumu ve iki insanın bir uyum içerisinde beraberliklerini içeren özel bir yaşantı olarak tanımlanmaktadır (12,92,93). Cinsellik ve çift uyumu arasında yakın bir ilişki bulunmakta ve birbirlerini karşılıklı olarak etkileyebilmektedirler. Ayrıca

evliliklerde, mutluluk, tatmin ve beklentilerin gerçekleşebilmesi de eşler arasında karşılıklı uyum ile mümkündür (94).

Dorval ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada da meme kanseri tanısı almadan önce iletişimleri ve ilişkileri iyi olan çiftlerin mastektomi sonrası da evlilik uyumlarının iyi olduğu saptanmıştır. Ameliyat ya da kanser tedavisine bağlı bedende oluşan değişiklikler (skar dokusu oluşumu, saç dökülmesi, cilt renginde değişiklikler, kemoterapi tedavisine bağlı gelişen vajinal ağrı ve kuruluk vb.) beden ve benlik imajını olumsuz yönde etkilemektedir. Evlilik ilişkileri ve cinsel işlevlerdeki bozukluklar, yalnızca mastektominin doğrudan etkisine bağlı olacağı gibi, mastektomi tekniği ile tedavi görmüş ve kanser tanısı almış olmanın yarattığı depresyon, anksiyete ve korku gibi psikolojik uyumu bozabilecek faktörlerin dolaylı etkisine de bağlı olabilmektedir (11,84,95,96). Beden imajı bozulan kadının benlik saygısı azalmakta, kendini bir kadın olarak yetersiz görmekte ve istenmediğini hissetmektedir. Bu kaygılar sıklıkla ameliyattan kısa bir süre sonra ya da daha ileri bir dönemde ortaya çıkmaktadır (97).

Yine meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada aile çatışmalarının yüksek oranda yaşandığı ve duyguların açıkça ifade edilmediği kişilerde psikopatolojinin yüksek olduğu ve aynı zamanda meme kanserli kadınların eşlerinin kendilerini terk edeceği endişesi yaşadığı saptanmıştır. Burada asıl konu memenin fiziksel kaybı değil, eşin karısını duygusal olarak destekleme yeteneği ve değişikliği kabul etmesidir (95). Kemoterapi ve hormon tedavisi vajinal kurumaya, libidoda azalmaya ve hastaların kendilerini cinsel ilişki sırasında yorgun hissetmelerine neden olmaktadır. Şendil'in mastektomili hastalarda yapmış olduğu bir çalışmada ise mastektomi sonrası cinsel ilişki sıklığında azalma olduğu gibi, cinsel ilişkiden zevk almama olduğu saptanmıştır (84). Hastalık ve tedavi sürecinin getirdiği sorunlardan en fazla etkilenen kişiler aile üyeleridir. Meme kanserli hastaların aile üyeleri tanı sonrasında şok, anksiyete, depresyon, intihar girişimi, cinsel problemler, düşük benlik saygısı ve aile düzensizliğinden yakınmaktadır (11,92).

Nourthouse'un yapmış olduğu bir çalışmada da meme kanseri tanısı almış hasta ve eşinin stres ve gerginliği normal popülasyondan yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (98). Meme kanserli hastaların eşleriyle yapılan çalışmalarda, eşin hastanın yanında neşeli davranmaya çalışıp, yalnız kaldığı zamanlarda gizlice ve saatlerce ağladığını kötü kabuslar görüp ağlayarak uyandığını ve çabuk tepkiler verip çok çabuk sinirlendiklerini ve bunu yakın çevrelerinin fark ettiklerini belirtmişlerdir (99).

Kanser tanısı ve tedavi süreci hasta kadını olduğu kadar diğer aile üyelerinide çeşitli şekilde etkilemektedir. Kanser hastalarının eşlerinde en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklar; depresyon, anksiyete, fiziksel ve psikomatik semptomlar, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, baş ağrısı, sinirlilik ve gerginlik, konsantrasyon güçlükleridir (85). Hastalık ve tedavi sürecinin getirdiği sorunlardan en fazla etkilenen aile üyeleri çocuklardır. Çocuklar gelişimsel düzeylerine bağlı olarak farklı korku ve kaygılara sahip olabilirler. Kız çocukları, kendi sağlıkları için endişelenmekte olup risk altında olduklarını düşünerek yoğun korku hissedebilirler.

Meme kanseri tanısının konulmasıyla birlikte başlayan tedavi sürecinde hastanın annelik ve eşlik rollerinde bazı değişimler olmaktadır. Hastalık sürecinde bazı aile üyeleri birbirine daha çok yakınlaşmakta, bazıları ise birbirinden daha uzaklaşmaktadır. Aile üyelerinin gündelik yaşamlarına ilişkin sorumluluklarına bakım sorumluluğu da eklenmekte ve aile üyelerinin rollerinde değişim yaratmaktadır. Eşler arasında yaşanan sorunların nedeni, genellikle evle ilgili rol ve sorumlulukların değişmesi ve hasta eşin duygusal sorunları karşısında hissedilen yetersizlik ve çaresizlik gibi durumlardır. Yapılan bazı çalışmalarda kadının aile ve arkadaşlarından geri çekileceğini, duygusal gerileme yaşayabileceğini ve bazen de eşine ve ailesine suçlamalarda bulunabileceği görülmektedir (11).

Kanser gibi yıpratıcı bir hastalıkla baş etmede eşin ilgisinin artması hem hastanın hem de eşin hastalığa uyumunu olumlu şekilde etkiler. Evliliğin kanser üzerinde olumlu bir etkisi olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda evli kanser hastaların prognozlarının evli olmayanlara oranla daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Burada belirtilmesi gereken önemli faktör evliliğin kalitesidir. Destekleyici, duygusal paylaşımın yer aldığı evlilikler kanser hastalığının prognozu üzerinde olumlu etkiye sahiptirler (86,95).

### **2.9.2.İş Yaşamında Değişiklik:**

Meme kanserinin yol açtığı sorunlardan bir tanesi de ekonomik ve çalışma hayatıyla ilgilidir. Bu sorunlar genel olarak, sağlık sigortası ve güvencesinin olmaması ve kanserde uygulanan uzun tedavilerin yüksek maliyetleri nedeniyle yaşanan zorluklardır. Özellikle tedavi döneminde hastalar bulantı, ağrı, yorgunluk gibi hastalık semptomlarının etkisiyle rol ve sorumluluklarını yerine getirememektedir. Çalışan kadınlarda, özellikleri ve hastanın bedensel gücü değerlendirilmek koşuluyla hastanın kısa sürede işine dönmesinde sakınca bulunmamaktadır. Ancak hastalık seyrinin daha kötü seyretmesi durumunda iş kayıpları ve

buna bağlantılı olarak ekonomik zorluk kaçınılmaz olabilir. Çalışmayan hastaların zamanlarını değerlendirmek için bedensel güç gerektirmeyen uğraşlar bulmaya yönlendirilmesi yararlı olmaktadır (100,101).

## **2.10. Benlik Saygısı**

Benlik, bireyin özellikleri, yetenekleri, değer yargıları, amaç ve ideallerine ilişkin kanılarının dinamik bir örüntüsüdür. Benlik saygısı ise bireyin kendisine atfedilen değerlendirici tutumların bir dizgesi, ya da bireyin kendi değeri hakkındaki algılamalarıdır (102). Benlik kavramı, bireyin kendisi hakkındaki yargılarından oluşmaktadır (103). Benlik kavramı ergenlikte ve ilk yetişkinlikte son derece önemli olan dinamik ve yaşam boyu süren bir süreç içinde gelişip bir defada gelişmez. Diğer insanlarla etkileşimden ya da kendi duygularımızla ve düşüncelerimizle iç iletişimimizden ortaya çıkar. Disiplin ve sevgi aracılığıyla anne-babadan, uygun davranışı gösterme baskısıyla yaşlılardan, başarı ya da başarısızlıkla okul yaşantılarından ve birçok başka olaydan etkilenen bir kavramdır. Buna karşılık ruh ve beden sağlığımızı, başkalarıyla ilişkiler, akademik başarılar ve meslek seçimi etkileyebilmektedir (104).

Çuhadaroğlu, düşük benlik saygısının, yalnızca rahatsız edici bir duygu olarak kalmadığını, anksiyeteden psikoza kadar değişik patolojik durumların görülmesinde önemli bir rol oynadığını belirtmektedir. Benlik saygısı düşük olan bireyler kendilerini değersiz bularak depresyona girebilirler. Ayrıca düşük benlik saygısı olan bireyler kendilerini yetersiz ve değersiz görmekte, çevreden çabuk etkilenebilmekte, inanç ve tutumlarını kolaylıkla değiştirebilmekte, günlük yaşamda karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmada güçlük çekmekte ve duygularını kontrol etmekte zorlanmaktadırlar. Sık sık suçluluk ve utanç duygularına kapılan bu kişiler kendilerine ve çevrelerindeki insanlara güven duymamakta ve insan ilişkilerinde yetersizlik gösterebilmektedirler. İncinme kaygısıyla yakın ilişkiye girememekte, sevgi ve dostluk ilişkilerinden kaçınmaktadırlar. Düşük benlik saygısına sahip bireyler kendilerini daha yalnız hisseder, daha hassastırlar ve eleştirilere karşı daha kırılğandırlar (105-107).



### 2.10.1 Mastektomi Ameliyatı Olan Hastada Benlik Saygısı

Kronik hastalık ya da organ kayıpları kişi yaşamını, bedenini, geleceğini ve amaçlarını tehdit altında hissetmesine sebep olarak kişinin benden imajı ve özgüvenini zedeler. Birçok hastalığın yol açtığı bedensel ya da işlevsel kayıplar bireyin fiziksel sağlığını bozduğu gibi ruhsal yönden de olumsuz etkilenmesine sebep olabilmektedir. Fiziksel hastalık, hastanın vücut imajını, özgüvenini, kimliğini, yaşam amaçlarını, ego bütünlüğünü, sosyal-ailesel ve çevresel ilişkilerini olumsuz yönde etkileyerek depresyona zemin hazırlar.

Kanser tanısı, travmatiktir ve kişinin geçmiş tecrübelerinin algısı, özellikle negatif olan algılar kişinin kendini beğenmesini olumsuz etkiler (108). Düşük benlik saygısı içinde olan birey olumlu geri bildirimleri reddeder, tedavide iş birliği yapmaz, kendine zarar verici davranışlar gösterir, benliğine yönelik olarak sıklıkla küçültücü ve eleştirici değerlendirmeler yapar, yeni sorumluluklar üstlenmede tereddüt yaşar ve başarısızlık korkusu vardır, göz ilişkisi kurmayıp, sorunlarını görmezlikten gelir ve başkalarıyla iletişim kurmada güçlük yaşar (109). Mutluluğu etkileyen psikolojik faktörler arasında benlik saygısının tutarlı ve güçlü bir biçimde yaşam doyumunu etkilediği hemen hemen tüm kültürlerde yapılan çalışmalarda rapor edilmiştir (110-113). Benlik saygısı yüksek olan kişiler yaşamlarını daha iyi kontrol edebilirler (114).

Fiziksel hastalık, psikolojik sorunları yaratıp, bireylerde değişik düzeyde kayıp tepkisine yol açar. Hastalık veya diğer sebeplerle vücut bölgelerindeki ani değişiklikler veya fonksiyon kaybı, yalnızlık ve dışlanmışlık duygusuna bağlı oluşan anksiyete olumsuz beden imajına sebep olabilir. Genellikle vücuttaki fiziksel değişiklikler geçici ise kişi bu dönemi kolay atlatır fakat kalıcı ise beden imajının değişimine neden olur. Yapılan bir çalışmada organ ve fonksiyon kaybı olan hastaların beden imajlarının sağlıklı bireylerden düşük olduğu, organ ve fonksiyon kaybı yaşamının beden imajı puanını düşürdüğü belirlenmiştir (115-118).

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. Yapılan çalışmalar kadınların %52'sinin duygusal sorunlarını doğrudan memenin kaybına bağlarken, %34'ünün kanser ve ölüm korkusuna bağladıkları belirtilmektedir. Mastektominin bir başka etkiside; kadını çok olağandışı bir durum olan tek bir meme ile baş

başa bırakmasıdır. Bu durum kadında çelişkili duygulara yol açabilmektedir. Beden algısındaki değişim benlik saygısına tehdit olarak algılanabilir. (11,87,119).

Memenin alınmasına gösterilen psikolojik tepkilerin derecesi, kadının memeye olan duygusal yatırımı ile direk yakından ilgilidir. Şayet kadın çocukluğundan bu yana kendini fiziksel yönleriyle algılamış ve toplumca alımlı ve güzel bir kadın olarak kabul edilmişse, meme kaybı kadın için büyük bir yıkım olacaktır. Birçok toplumda kadının memesi estetik görünümün, kadınlığın, cinselliğin, anneliğin, bebeğin beslenmesinin simgesi olarak görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında, mastektomi ile birlikte 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 (9-12).

### **2.11. Meme Kanserli Kadınlarda Destekleyici Bakım Girişimleri:**

Kanserin ruhsal yaşam üzerindeki etkisi bireysel farklılık göstermekle birlikte bireyin yaşı, benlik gücü, kişilik yapısı, aile düzeni, kültürel ve soysal tutumları, baş etme süreçleri, destekleyici uğraşların olup olmadığı, kanserli organına verdiği önem ve anlam gibi değişkenlere bağlı olarak farklılık gösterdiği; örneğin memesini bütün kadınlığı ile eş değer tutan bir kadının, meme kanserine tepkisinin de aynı ölçüde ağır olacağı belirtilmektedir (120).

Kanser hastalarında, anksiyete, depresyon ve ölüm korkusunun yoğun olmasının yaşanan umutsuzluk duygusu ile ilişkilendirilebileceği, umutsuzluğun ise kanserin olumsuz algılanması ve bilgilendirme yetersizliğine bağlı belirsizlik kavramından kaynaklanabileceği belirtilmiştir (121). Kanserli hastalar için umut, arzu edilen yaşam kalitesini elde etmede yardım eden en önemli tedavi edici faktörlerden birisi olarak tanımlanmaktadır. Bunun için öncelikle hastanın bilgi gereksinimi karşılandığında belirsizlik düzeyi azalmakta ve yaşam kalitesi olumlu yönde değişmektedir (122).

Birçok çalışma, hastaların, hastalıkları hakkında aldıkları bilgiden fayda sağlayabildiklerini göstermektedir. Meme kanserli hastaların uygun şekilde bilgilendirilerek desteklenmesinin; tedavi ile ilgili kararlarda alınan doyum ve genel uyuma önemli katkılarda bulunduğu tespit edilmiştir (123). Benor ve ark. kanserli hastalarda hasta eğitimi, emosyonel destek ve rehberliği içeren hemşirelik ve ebeklik yaklaşımının öz bakıma etkisini araştırdıkları

çalışmalarının sonucunda, beden imajı, cinsellik, anksiyete ve ağrı konularındaki sıkıntılarının şiddetinde, kontrol grubuna kıyasla önemli derecede azalma olduğu saptanmıştır (124).

Hastada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilip sürdürülmesini sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmek hemşire ve ebeğin sorumlulukları arasındadır. Hasta tolere edebileceği şekilde, sürede ve süreçte bilgilendirilmelidir (97). Bu nedenle hemşirelerin ve ebelerin hastaların bilgi gereksinimini karşılarken, tanı sürecinden tedavi ve taburculuk eğitimine kadar olan süreçte bütüncül bir bakım ve eğitim prosedürü planlaması ve hastanın her istediğinde profesyonel yardım alabileceğini bildirmesi gerekmektedir (125).

Doğası gereği, her insanın yaşadığı güçlüklerle baş edebilme yöntemleri bireysel farklılık göstermektedir. Sorunun çözümünde önemli olan, sorunun varlığını kabullenerek ne yapabilirizi sorgulayıp, sorunu giderecek çözümleri belirlemektir. Bu bağlamda eşler kendilerine değişik sorular sorarak, cinsel yaşamlarını sorgulayabilirler. Bu durum farkındalığı arttırarak çözüme ulaşmada rehber olabilecek yaklaşımların belirlenmesini sağlayabilir.

Hastalık ve tedaviyle ilgili psikososyal sorunların zamanında tartışılarak gerekli önlemlerin alınması çok önemlidir. Meme kanserinde duygusal yönden en yoğun etkilenmenin ilk altı ay ile bir yıl içinde yaşandığı belirtilmekte; özellikle cerrahi girişim öncesinden başlayarak, girişim sonrası bu süreyi kapsayan dönemde hastalarla yakından ilgilenmenin ve psikoterapotik yaklaşımları düzenli olarak sürdürmenin, hastalığa uyum sürecini kolaylaştırdığı bilinmektedir.

Cerrahi girişim öncesi hastanın psikolojik yönden hazırlanması oldukça önemlidir. Preoperatif dönemde hastanın hazırlanması ve psikolojik destek verilmesi post-operatif dönemde tıbbi ve davranışsal komplikasyonları azaltığı gibi hastanın psikososyal uyumunu kolaylaştırır. Pre-operatif dönemde hastanın kaygı ve korkularını ifade etmesi, mücadeleci tutumunun arttırılması, sorumluluk almasının cesaretlendirilmesi ve durumu ile ilgili olası felaketçi algıların düzeltilmesi, duygusal destek ve güvencenin sağlanması esastır. Psikolojik hazırlıkta hastanın bilgilendirilmesi birincil öneme sahiptir. Ameliyat öncesinde hastaya kaygısını arttırmayacak şekilde hastalığının ne olduğu, ameliyatın içeriği, olası komplikasyonlar ve hastanın kendine yardım için ne yapabileceği gibi konularda açıklama yapılmalıdır (126).

Tanı ve tedavi sürecinde, hasta ve eşine cinsel işlevlerle ilgili açık, anlaşılır bilgi verilmesini ve destek hizmetlerinden yararlanmaları için yönlendirilmelerini içerir. Meme kanserli kadınların çoğu, tanı ve tedavi yöntemlerinin yoğun stresi içinde oldukları dönemde kısa önerilerden yarar sağlayabilmekte, böylece ciddi cinsel işlev bozukluğu ya da ilişki kaybı yaşamadan, bazı emosyonel destek ve pratik önerilerle, kanser tedavisinin neden olduğu zarar, en aza indirgenebilmektedir (127).

- Mastektomili kadınların psikososyal gereksinimlerinin bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi ve bu doğrultuda bilgi vermeye, emosyonel ve sosyal destek sağlamaya odaklanan hemşirelik/ebelik girişimlerinin uygulanması,
- Meme kanserli kadın ve eşini, sorunun giderilmesinde, baş etme yöntemlerinin dışında kullanabilecekleri kaynaklar konusunda bilgilendirmeli, tedavi gerektiren durumlarda ilgili uzmana yönlendirmeli,
- Ekip işbirliği çerçevesinde, eş ve ailenin de katılımı sağlanarak kadınların psikososyal yönden mastektomiye tam olarak hazırlanması,
- Mastektomi uygulanmış meme kanserli kadınların benlik saygısı ve eş uyumu durumlarının düzenli olarak değerlendirilmesi ve özellikle yetersiz bulunan alanlara yönelik uygun hemşirelik/ebelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması,
- Meme kanserli hastaların cinsel gereksinimleri/sorunlarını konuşabilmek için öncelikle özel yaşamın gizliliğini temel alarak rahat, sakin ve izole bir ortam oluşturmalı (tartışmaya, hastanın isteği doğrultusunda eşi de alınmalı ya da eşi ile ayrıca konuşulmalı),
- Cinsel sorunları tartışmaya başlamadan önce, etkili ve hassas bir danışmanlık için, amacın ne olduğunu açıklamalı, sonrasında hasta ile dostça, uygun iletişim teknikleri kullanarak, hasta/eşinin cinsel yaşam, beden imajı ve tedavinin etkilerine ilişkin kaygılarını ifade etmelerine olanak sağlamalı,

- Tartışma süresince yorum yapmadan, dikkatli ve destekleyici bir tutum sergilemeli, kaba ve sabırsız olmamalı,
- Cinsel yaşamda, hastalık ve tedavinin olduğu kadar hastanın kültürel ve dini inançlarının da etkili olduğu gerçeğini göz ardı etmemeli ve bireylerin farklı değerlere sahip olduğunun bilincinde, hasta/eşinin inanç, davranış ve duygularına ilişkin yargılayıcı olmamalı,
- Hasta/eşinin gereksinimlerine ve öğrenmek istedikleri konulara öncelik vermeli; soruları yanıtlarken açık ve samimi olunmalıdır (128).

Tedavi yaklaşımında hastanın bütüncül olarak ele alınması gerekmektedir. Amaç sadece hastayı hayatta tutmak değil, o hayatı yaşamaya değer kılmak olmalıdır.

### **3.GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma mastektomili ve sağlıklı kadınların benlik saygısı ve eş uyumu yönünden karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Şekli**

Bu çalışma mastektomili ve sağlıklı kadınları benlik saygısı ve eş uyumu yönünden değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır .

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde (MEÜ SAUM) yapılmıştır. MEÜ SAUM toplam 475 yatak olup toplam 375 hemşire çalışmaktadır. Genel Cerrahi servisi 60 yataklı olup toplam 17 hemşire görev yapmaktadır. MEÜ SAUM, genel cerrahi polikliniğinde bir muayene odası bulunmaktadır. Bu poliklinikte bir öğretim üyesi, bir asistan, bir hemşire, bir bilim dalı sekreteri, bir temizlik görevlisi ve bir yardımcı sağlık personeli görev yapmaktadır. Poliklinik hizmeti hafta içi, 08:00- 16:00 saatleri arasında randevulu olarak hizmet vermektedir.

Mastektomi ameliyatı sonrası kemoterapi tedavisi almak için gelen hastaların tedavileri ayaktan onkoloji ünitesinde yapılmaktadır. MEÜ SAUM ayaktan tedavi ünitesinde 10 tedavi koltuğu, bir kemoterapi hazırlama odası, bir öğretim üyesi, bir asistan, bir intörn, üç hemşire, bir bilim dalı sekreteri, bir temizlik görevlisi ve bir yardımcı sağlık personeli görev yapmaktadır.

Refakatçi uygulaması doktorun uygun gördüğü hastalara refakatçi kartı düzenlenerek 1 refakatçi kalacak şekilde planlanmaktadır. Bazı özel klinikler (psikiyatri, kadın doğum, çocuk enfeksiyon) ve yoğun bakımlarda refakatçi uygulamasına izin verilmemektedir.

### **3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini MEÜ SAUM Genel Cerrahi polikliniğinde meme kanseri tanısı alıp, 01.07.2006 – 01.07.2012 tarihleri arasında mastektomi olmuş kadınlar ile sağlıklı hasta yakınları oluşturmuştur. Çalışmada herhangi bir örneklem yöntemine gidilmemiştir. Son 6 yıl içinde MEÜ SAUM de mastektomi olmuş kadınların isim ve telefon listeleri servis kayıtlarından alınarak, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan tüm mastektomili kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır. Toplam 200 mastektomili kadının bulunduğu listeden; 64 hastaya telefon kayıtlarından ulaşılamadığı, 20 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmediği, 10 hastayla iletişim kurulamadığı, 20 hasta ex olduğu ve 36 hasta da araştırmaya alım kriterlerine uymadığı için çalışma dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak, 50 mastektomili kadın çalışmaya dâhil edilmiştir. Ulaşılan 50 mastektomili kadın evrenin %25 ini kapsadığından power analiz testine göre evreni temsil etmektedir. 50 mastektomili kadının 15 tanesine poliklinikte, 20 tanesine ayaktan tedavi ünitesinde ve 5 tanesine yataklı servislerde ulaşılmıştır. Geriye kalan 10 kişiye randevu verilerek polikliniğe davet edilmiş ve veriler poliklinikte toplanmıştır. Kontrol grubunu ise yataklı servislerde refakat eden 50 sağlıklı kadın oluşturmuştur.

### **3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:**

01.07.2006 – 01.07.2012 tarihleri arasında kanser tanısı nedeni ile mastektomi ameliyatı olmuş ve ameliyat tarihinden itibaren en az 6 ay geçmiş MEÜ SAUM genel cerrahi poliklinik kayıtlarından ulaşılarak görüşmeyi kabul eden görsel, işitsel ve ruhsal problemi olmayan (özgeçmişinde herhangi bir psikiyatrik tanı ve ilaç öyküsü olmayan) halen evli ulaşılabilen mastektomili kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir.

Çalışmanın sağlıklı kadın (hiçbir nedenle meme hastalığı tanısı almamış) grubunu ise kolay ulaşılabilirlik amacı ile seçilen çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, işitsel, görsel ve ruhsal sağlık problemi olmayan ( özgeçmişinde herhangi bir psikiyatrik tanı ve ilaç öyküsü olmayan), halen evli refakatçiler oluşturmaktadır.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri; mastektomili kadınların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulan kişisel bilgi formu (EK-1), sağlıklı kadınların sosyo-demografik-özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulan kişisel bilgi formu (EK-2), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (EK 3) ve Çiftler Uyum Ölçeği (EK 4) kullanılarak toplanmıştır.

#### **3.6.1. Kişisel Bilgi Formu**

Mastektomili kadına uygulanacak olan kişisel bilgi formu 17 sorudan oluşmaktadır (EK1). Bu sorular sosyo-demografik, evlilik, hastalık ve tedaviye ilişkin bazı özellikleri belirlemek amacıyla konu ile ilgili literatür taraması sonucunda belirlenmiştir.

Sağlıklı kadının sosyo-demografik ve ekonomik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulan kişisel bilgi formunda ise 10 soru bulunmaktadır (EK2).

#### **3.6.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği**

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 yapılmış 12 alt kategoride toplam 63 sorudan oluşmaktadır. Bu alt kategoriler; benlik saygısı, kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güvenme, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabilme, anne-baba ilgisi, babayla ilişkisi, psişik izolasyon, şeklinde adlandırılmıştır. Ölçekte işaretli maddeler puan almaktadır. 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. Ölçeğin hesaplanması Ek-3 te gösterilmiştir (105,145). Bu ölçek araştırmacıya uygulama ve anlaşılabilirlik kolaylığı sağladığı için tercih edilmiştir.



### 3.6.3. Çiftler Uyum Ölçeği:

Spainer tarafından 1976 yılında geliştirilen ve ülkemizde Fışiloğlu ve Demir tarafından 2000 yılında geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış “çift uyum ölçeği”, çiftlerin algıladıkları biçimde ikili ilişkilerin özelliklerini ölçmek için geliştirilmiş 32 maddelik ölçektir. Eşler arasında sorun yaratan farklılıklar, kişiler arası gerginlik ve kişisel anksiyete, eşler arası tatmin, eşler arası bağlılık, yapılmakta olan işlerin önemi konusunda eşler arasındaki fikir birliğinin dereceleriyle karar verilecek bir süreç olduğunu belirtmiştir.

Bu ölçek tutum, davranış ve bilişsel süreçleri bir arada ele alan çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir.

Çift uyumunun yanı sıra evlilik duyumunun da ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan dört alt ölçekten oluşur (129,146).

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

Yurt içindeki farklı çalışmalarda kullanılan ÇUÖ'nün iç tutarlık güvenilirliği Cronbach alfa cinsinden 0.92 olarak, yarım test güvenilirlik korelasyonu 86 olarak bulunmuştur. Fışiloğlu ve Demir, ayrıca, ÇUÖ'nün önerildiği gibi dört faktörden oluştuğunu; iç tutarlık güvenilirliklerinin, çiftin mutluluğu için 83, çiftin bağlılığı için 75, ortak kararlılık için 75 ve duygusal ifade için 80 olduğunu bulmuşlardır (130). Ölçeğin bu araştırmadaki cronbach alpha değeri 0.74'dür. Test toplam puan üzerinden değerlendirilebilir. Testten alınabilecek puanların dağılımları 0-151'dir. Toplam uyum puanının yüksek oluşu bireyin ilişkisinin ya da evlilik uyumunun daha iyi olduğunu gösterir. Bu ölçek araştırmacıya uygulama ve anlaşılabilirlik kolaylığı sağladığı için tercih edilmiştir.

### **3.7. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması**

Araştırmanın ön uygulaması toplam 20 kadın üzerinde yapılmıştır. MEÜ SAUM poliklinik ve ayaktan tedavi ünitesine kontrol için gelen mastektomili 10 kadın ile MEÜ SAUM yataklı servislerde refakat eden 10 sağlıklı kadına uygulanmıştır. Ön uygulama sonucunda gerekli değişiklikler yapıldı.

### **3.8. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri dahil edilme kriterlerine uyan mastektomili kadınlarla poliklinikte mümkün olduğunca az uyarının olduğu sakin ve sessiz bir ortamda yüz yüze görüşme yöntemi ile yaklaşık olarak 20-30 dk toplanmıştır .

Sağlıklı kadınların verileri ise yataklı servislerde sakin ve sessiz bir ortamda yüz yüze görüşme yöntemi ile yaklaşık olarak 15-20dk toplanmıştır.

### **3.9. Araştırmanın izni**

Araştırma Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik kurulundan etik onay (EK5), çalışmanın yapıldığı kurumdan kurum onayı (EK6) ve kişilerin sözlü ve yazılı izni alınarak yapılmıştır.

### **3.10. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS for Windows 16.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Yapılan çalışmanın istatistiksel analizinde aşağıdaki yöntemler kullanılmıştır; Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadıkları Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Çapraz tabloların analizinde de ki kare testinden yararlanılmış olup, anlamlı sonuçlar için ikili oran karşılaştırmaları yapılmıştır. İki grup karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımı sağlandığı durumda Independent sample t test, sağlanmadığı durumda Mann Whitney U testinden, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında dağılım varsayımı sağlandığı durumda Anova, sağlanmadığı durumda ise Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişkinin ölçümünde dağılım varsayımı

sağlandığı durumda Pearson, sağlanmadığı durumda spearman korelasyon katsayısından yararlanılmış olup  $p < 0,05$  istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

### **3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu çalışma bazı sınırlılıklara sahiptir. Birincisi, bu çalışmadaki hasta grubu Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Servisinde mastektomili kadınlarla sınırlı olduğu için, sonuçlar ülkemizdeki bütün mastektomili hastalara genellenemez, ancak başka çalışmalardaki sonuçlarla karşılaştırmak amacıyla kullanılabilir. İkinci sınırlılık ise mastektomili ve sağlıklı gruptan eş zamanlı olarak veriler toplandığı için sosyo-demografik özellikler bakımında istenen homojenlik sağlanamamıştır. Mastektomili kadın grubunun hem menopoza hemde pre-menopoz döneminde olması benlik saygısı ve eş uyumunu farklı yönlerde etkilemiş olabilir.

### 3.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

AŞAMALAR	Ocak 2013	2013 Şubat Mart	Mart Haziran 2013	Temmuz Eylül 2013	Ekim Aralık 2013	Ocak Mart 2014	Nisan Haziran 2014
Planlama, İzinler							
Anket Hazırlama							
Literatür taranması							
Verilerin toplanması							
Verilerin bilgisayara girişi ve kalite kontrol							
İstatiksel analiz							
Tez yazımı							

## 4. BULGULAR

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan 50 mastektomili kadın ile bu gruba benzer özellikler gösteren 50 sağlıklı kadına uygulanan formlar ve formlardan elde edilen verilerin istatistiksel analiz sonuçları yer almaktadır.

Çizelge 4.1.Mastektomili ve Sağlıklı Kadınların Kontrol değişkenleri Açısından Karşılaştırılması

n:100

Özellikler	Mastektomili Kadın		Sağlıklı Kadın		p
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş</b>					
18-35	1	2.0	14	28.0	< 0,001
36-55	27	55.1	32	64.0	
56+	22	42.9	4	8.0	
<b>Eğitim Durumu</b>					
Okuryazar değil	8	16.0	3	6.0	=0,001
İlköğretim	28	56.0	13	26.0	
Lise	5	10.0	17	34.0	
Üniversite	9	18.0	17	34.0	
<b>Meslek</b>					
Çalışıyor	8	16.0	27	54.0	< 0,001
Çalışmıyor	42	84.0	23	46.0	
<b>Aylık Gelir</b>					
Gelir < Gider	27	54.0	23	46.0	=0,069
Gelir = Gider	23	46.0	22	44.0	
Gelir > Gider	0	0.0	5	10.0	
<b>Evlenme Şekli</b>					
Görücü Usulu aile kararı	25	50.0	12	24.0	=0,008
Görücü usulu kendi kararı	15	30.0	15	30.0	
Severek kendi isteği	10	20.0	23	46.0	
<b>Evlilik Süresi</b>					
1-9 yıl	4	8.0	17	34.0	< 0,001
10-19 yıl	6	12.0	22	44.0	
20-29 yıl	18	36.0	8	16.0	
30-39 yıl	15	30.0	3	6.0	
40 ve üzeri	7	14.0	0	0.0	
<b>Çocuk Durumu</b>					
Var	47	94.0	43	86.0	=0,318
Yok	3	6.0	7	14.0	
<b>Çocuk Sayısı</b>					
Yok	3	6.0	7	14.0	=0,035
1-2	24	48.5	33	66.0	
3-4	20	40.0	8	16.0	
5 ve üzeri	3	6.0	2	4.0	

Çizelge 4.1de mastektomili ve sağlıklı kadınlara ait tanıtıcı özellikler verilmiştir. Mastektomili kadınların %55.1'nin sağlıklı kadınların %64'ünün 36-55 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Her iki grubun yaş grupları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Mastektomili kadınların %56'sı sağlıklı kadınların ise %26'sı ilkokul mezunudur. Sağlıklı kadınların %68'i lise ve üzeri eğitilmiş olup mastektomili kadınlara göre bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Mastektomili kadınların %84'ünün çalışmayıp %46'sının gelirinin giderine eşit olduğu görülmüştür. Sağlıklı kadınların ise %46'sının herhangi bir işte çalışmadığı ve %44'ünün gelirinin giderine eşit olduğu görülmüştür. Grupların evlenme şekli incelendiğinde mastektomili kadınların görücü usulü-aile kararı ile evlenenlerden anlamlı şekilde yüksek ( $p < 0.05$ ) olup sağlıklı kadınlarda ise severek- kendi isteği ile evlenenlerin daha yüksektir ( $p < 0.05$ ). Evlilik süresi mastektomili kadınlarda 20 yıl ve üzerinde olanların sayısı istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek iken ( $p < 0.05$ ), sağlıklı kadınlarda ise 10- 19 yıllık evli olanların sayısı yüksektir ( $p < 0.05$ ). Mastektomili kadınların %94'ünün, sağlıklı kadınların ise %86'sının çocuğunun olduğu belirlenmiştir. Mastektomili kadınların 3-4 arası çocuk sahibi olma oranı daha yüksek iken sağlıklı kadınlarda 1-2 arası çocuk sahibi olanlar mastektomili kadınlara göre anlamlı şekilde daha yüksektir ( $p < 0.05$ ).

Çizelge 4.2.Mastektomili Kadınlara Yönelik Bazı Verilerin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
<b>Tanı Alma Yaş Ortalaması</b>	<b>50.14±10.29</b>	
<b>Ameliyatın Eş ile İlişkiyi Etkileme Durumu</b>		
Olumlu etkiledi	8	15.4
Olumsuz etkiledi	9	21.2
Etkilemedi	33	63.4
<b>Ameliyatın Tipi</b>		
Total Mastektomi	20	40.0
Modifiye Radikal Mastektomi	10	20.0
Radikal Mastektomi	20	40.0
<b>Memenin Hasta için Anlamı</b>		
Herhangi bir Organ	12	24.0
Kadınlık ve cinselliğinin parçası	38	76.0
<b>Memenin Sağlıklı Kadın İçin Anlamı</b>		
Herhangi bir Organ	9	18.0
Kadınlık ve cinselliğinin parçası	41	82.0
<b>Yapay Memenin Varlığı</b>		
Var	8	16.0
Yok	42	84.0
<b>Mastektomi Dışında Uygulanan Diğer Tedavi Yöntemleri</b>		
Kemoterapi	12	24.0
Radyoterapi	5	10.0
Kemoterapi+Radyoterapi	30	60.0
Kemoterapi+Radyoterapi+ +Hormonal tedavi	3	6.0
<b>Mastektomi Olduğu Kanser Evresi</b>		
Evre 1	5	10
Evre 2	30	60
Evre 3	15	30

Çizelge 4.2’de mastektomi ameliyatına ilişkin bazı veriler yer almaktadır. Mastektomili kadınların %63.5’i ameliyatın eşi ile olan ilişkisini etkilemediğini ifade etmişlerdir. Sağlıklı kadınların %82’si memeyi kadınlığın ve cinselliğin bir parçası olarak görüp mastektomili kadınların ise %76’sının memeyi kadınlığın ve cinselliğin bir parçası olarak görüp sadece %16’sının yapay memeye sahip olduğu bulunmuştur. Mastektomili kadınların %60’ına mastektomi dışında kemoterapi ve radyoterapi de uygulanmıştır. Hastalık %60 oranında evre II de tespit edilmiş olup %40 oranında total ve radikal mastektomi uygulanmıştır.

Çizelge 4.3. Mastektomili ve Sağlıklı Kadının Memesine İlişkin Özellikler İle Benlik Saygısı Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

	Sayı	Mean± SD	p
<b>Memenin hasta için ne ifade ettiği</b>			
Kadınlığın, Cinselliğin İfadesi	38	1.47±0.6	=0.048
Herhangi Bir Organ	12	1.16±0.3	
<b>Memenin sağlıklı kadın için ne ifade ettiği</b>			
Kadınlığın, Cinselliğin İfadesi	41	1.22±0.42	=0.170
Herhangi Bir Organ	9	1.44±0.53	
<b>Yapay memenin varlığı</b>			
Var	8	1.25±0.46	=0.42
Yok	42	1.42±0.59	

Tablo 4.3’de mastektomili kadınlardan memeyi kadınlığın ve cinselliğin bir ifadesi olarak gören kadınların benlik saygısının memeyi herhangi bir organ olarak değerlendiren kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Sağlıklı kadın grubunda ise memeyi kadınlığın ve cinselliğin bir ifadesi olarak gören kadınların benlik saygısının memeyi herhangi bir organ olarak değerlendiren kadınlardan daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yapay memenin olmasının veya olmamasının kadınların benlik saygılarını etkilemediği görülmektedir ( $p=0.42$ ).

Çizelge 4.4. Mastektomili ve Sağlıklı Kadınların Benlik Saygısı Düzeylerinin Karşılaştırılması

Benlik Saygısı Düzeyi	Mastektomili Kadın		Sağlıklı Kadın		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Yüksek	32	64	37	74	=0,179
Orta	16	32	13	26	
Düşük	2	4	0	0	
<b>Toplam</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	

Çizelge 4.4’de Sağlıklı kadınların hiçbirinde düşük benlik saygısı yokken, mastektomili kadınların %4’ünde tespit edilmiştir. Ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan benlik saygısı düzeyi bakımından fark bulunmamıştır ( $p=0.18$ ).



Çizelge 4.5. Mastektomili Kadın ve Sağlıklı Kadında Eğitim Durumuna Göre Benlik Saygısının Karşılaştırılması

n= 100

	Benlik Saygısı Düzeyi						p
	Yüksek		Orta		Düşük		
Mastektomili Kadın Eğitim Düzeyi	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	=0.37
Okuryazar değil	4	8.0	4	8.0	0	0.0	
İlkokul	16	32.0	10	20.0	2	4.0	
Lise	4	8.0	1	2.0	0	0.0	
Üniversite	8	16.0	1	2.0	0	0.0	
Sağlıklı Kadında Eğitim Düzeyi							
Okuryazar değil	0	0.0	3	6.0	0	0	< 0.001
İlkokul	6	12.0	7	14.0	0	0	
Lise	16	32.0	1	2.0	0	0	
Üniversite	15	30.0	2	4.0	0	0	

Çizelge 4.5’de mastektomili ve sağlıklı kadınların eğitim düzeylerine göre rosenberg benlik saygısı durumlarının karşılaştırılmasında sağlıklı kadınların eğitim düzeyi ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlılık olup ( $p < 0,001$ ), okuryazar olmayanların benlik saygısı, lise ve üniversite mezunlarına göre daha düşük bulunmuştur. Buna karşın mastektomili kadınların eğitim düzeyi ile benlik saygısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.37$ ).

Çizelge 4.6.Mastektomili ve Sağlıklı Kadınlarda Çiftler Arası Uyum Ölçeği Alt Gruplarının Karşılaştırılması

Alt Gruplar	Mastektomili Kadın	Sağlıklı Kadın	p
Memnuniyet Doyum	34.0 [11.0-49.0]	36.0 [21.0-48.0]	0.068*
Fikir birliği	52.0 [20.0-69.0]	48.5 [8.0-65.0]	0.309*
Duygusal ifade	9.0 [2.0-12.0]	9.0 [3.0-12.0]	0.510*
Bağlılık	10.98 ± 5.79	12.84 ± 5.20	0.094 <sup>+</sup>
<b>Toplam Uyum</b>	101.56 ± 19.36	103.8 ± 23.23	0.602 <sup>+</sup>

\*: tanımlayıcı istatistik medyan [%25-75] yüzdeler verildi.

+ : ortalama ± standart sapma kullanılmıştır.

Çizelge 4.6’da mastektomili ve sağlıklı kadınlarda çiftler arası uyum ölçeği alt gruplarının karşılaştırılması verilmiştir. Toplam uyum puanları bakımından mastektomili ve sağlıklı kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Mastektomili

kadınların toplam uyum puanı 101.56 iken sağlıklı kadınların 103.8 olarak bulunmuştur. Alt gruplardan doyum, fikir, duygusal ve bağlılık puanları her iki grup arasında farklılık göstermemektedir.

Çizelge 4.7 Mastektomili ve Sağlıklı Kadınların Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Ölçeğinden

Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Ölçekler	Mastektomili Kadın		Sağlıklı Kadın		p
	Sayı	Mean± SD	Sayı	Mean± SD	
Rosemberg Benlik Saygısı	50	1.40±0.57	50	1.20±0.44	0.23
Eş Uyumu	50	101.5±19.36	50	103.8±23.23	0.42

Çizelge 4.7’de Mastektomili ve sağlıklı kadınların benlik saygısı ve eş uyumu ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması verilmiştir. Mastektomili ve sağlıklı kadınlar benlik saygısı ve eş uyumu açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma, meme kanserli kadınlarda mastektominin benlik saygısı ve eş uyumuna etkisini incelemek amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamına alınan 50 mastektomili ve 50 sağlıklı kadınlardan elde edilen bulgular mevcut araştırma sonuçları ve literatür bilgisi ile tartışılmıştır. Araştırma kapsamına alınan mastektomili kadınlarda 36-55 yaş grubu aralığı %55.1 iken sağlıklı kadınlarda %64 tür. Çalışmamızda mastektomili kadınların tanı alma yaş ortalaması 50.14 bulunup, Aygün ve Aslan'ın yaptığı çalışmada da meme kanserli hastaların yaş ortalamasının 50.66 olduğu çalışmamıza benzerlik göstermektedir. Yine aynı çalışmada bizim çalışmamıza paralel olarak %48.4' ünün 50 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir (131). Literatürlere baktığımızda meme kanserinin yaşla birlikte arttığı görülmektedir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte meme kanseri riski artmaktadır; meme kanseri 20 yaşından önce çok ender olsa da 30 yaşından sonra giderek artar, 40'lı yaşlarda hızlanır ve 60'lı yaşlarda en üst düzeye ulaşır (27,28,31). Meme kanserinde yaş major bir risk faktörüdür. Meme kanserinin %78'i 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda, %22' si 50 yaş altındaki kadınlarda görülmektedir (37). Araştırma kapsamına alınan mastektomili kadınların tanı alma yaşı 36-55 yaş grubu aralığında %55.1 olduğu belirlenmiştir. Kılıç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ortalamasının (50.0±12.1) çalışmamıza benzer olduğu görülmektedir (132). Kadınlarda meme kanseri tanısı alma yaşı çalışmamızdaki kadınların tanı alma yaşı ile uyumludur.

Araştırma kapsamına alınan mastektomili kadınların %56'sı ilköğretim mezunu olup %18'i üniversite mezunudur. Uçar' ın yaptığı çalışmada meme kanserli kadınların %50'sinin ilköğretim mezunu olduğu, Can ve ark. yaptığı çalışmada kadınların %47.5'inin ilköğretim mezunu olarak bulunması yaptığımız çalışmayla benzerlik göstermektedir (133,134).

Araştırma kapsamına alınan mastektomili kadınların %54'nün gelir durumunun gidere göre az olduğu belirlenmiştir. Literatürlerde gelir durumu düşük olanların meme kanserinin erken tanısında geç kalındığı, sosyo-ekonomik durumu yüksek olanlarda ise, meme kanserine daha fazla rastlanıldığı belirtilmiştir (37). Bu durum gelir durumu yüksek olan kadınların erken tanı imkanlarından yararlanması ile açıklanabilir. Beslenme alışkanlığı, alkol ve siğara kullanımında ekonomik durumla direk ilişkili olduğundan gelir durumu yüksek olanlarda meme kanseri tanısının daha yüksek olması bu yönde düşünülebilir.

Hiç doğum yapmamış kadınlarda meme kanserinin görülme olasılığının yüksek olduğu literatürlerde belirtilmiş olmasına rağmen (37) araştırmamızda mastektomili kadınların %94'ünün çocuğu olduğu belirlenmiştir. Kılıç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer şekilde mastektomili kadınların %93.6'sının çocuk sahibi olduğu saptanmıştır (132). İnfertilitenin meme kanseri riskini azalttığı yönündeki veriler ve infertilite tedavisinin meme kanseri riskini ne yönde etkilediği çelişkilidir. Laktasyon meme kanseri riskini azaltmaktadır Bu etki beklendiği üzere özellikle premenapozal kadınlarda daha belirgindir (36). Bu literatür bilgileri doğrultusunda halk arasında da, doğum yapıp bebeği emzirmenin meme kanserini önlediği bilinmektedir. Fakat bizim çalışmamız bu sonucu desteklememiştir. Hatta çocuğu olup emziren mastektomili kadınların %93.6 gibi yüksek yüzdeye sahip olduğu görülmüştür. Çalışmamızda bu sonuç göstermiştir ki doğum yapmak ve emzirmek meme kanseri riskini direk etkilememektedir.

Çalışmamızda mastektomili kadınların %63.5'nin ameliyatın eşi ile olan ilişkisini etkilemediği belirlenmiştir. Bu sonuç yapılan bazı çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu durumu çalışmamızda ortalama evlilik süresinin 20 yılın üzerinde olmasının eşler arasındaki alışılmışlık ve eşlerin birbirine bağlılığının güçlenmesi sebebine bağlayabiliriz. Okanlı'nın çalışmasında mastektomi öncesi düşük olan evlilik uyum puanı ameliyat sonrası da düşük bulunmuş fakat aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edilmiştir (95). Akyolcunun araştırmasında, tanı öncesi evlilik ilişkileri güçlü olan erkeklerin, hastanede eşlerini daha sık ziyaret ettikleri, daha çabuk eski cinsel aktivitelerine döndükleri ve eşlerini çıplak görmede daha gönüllü olduklarını bildirdikleri saptanmıştır (128). Kanser gibi dejeneratif bir hastalıkta eşin ilgisinin artması hem hastanın hem de eşin hastalığa uyumunu olumlu etkileyecektir (85,95). Ameliyat öncesi evlilik ilişkisinin olumlu/olumsuz düzeyde olması kaçınılmaz olarak ameliyat sonrası dönemde eş uyumunu etkileyeceği düşünülmektedir.

Bizim araştırmamızdan farklı olarak, Sertöz ve ark. ortalama 1,5 yıldır meme kanseri ile yaşayan 125 kadın ile gerçekleştirdikleri çalışmada mastektominin beden algısını bozduğu, bozulan beden algısının cinsel doyumda azalmaya ve eş uyumunda bozulmaya neden olduğunu tespit etmişlerdir (70). Al-Ghazal ve ark. yapmış olduğu araştırmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur (136). Northose da mastektomi ameliyatı olmuş kadın ve eşleri ile yapmış olduğu bir çalışmada, meme kanserli kadınların eşlerinin, ruhsal sıkıntılı olan eşleri ile aynı zamanda olmasa da zaman zaman depresyona girdikleri tespit edilmiştir. Bu da eş

uyumunu olumsuz yönde etkilemiştir (98). Mastektomi sonrası beden imajında bozulma kadında birçok psikolojik ve sosyal problemlere neden olabileceği gibi eşinde bu durumdan olumsuz etkilenmesine neden olabilir

Çalışmamızda mastektomili kadınların %76'sı sağlıklı kadınların ise %82'si memeyi kadınlığın ve cinselliğin bir parçası olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Memeyi kadınlığın ve cinselliğin bir ifadesi olarak gören mastektomili kadınların benlik saygısının memeyi herhangi bir organ olarak değerlendiren kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Benlik saygısının duygusal, zihinsel, toplumsal ve dolaylı olarak da bedensel öğeleri vardır. Kendini değerli hissetme, yeteneklerini ortaya koyabilme, başarıya, toplum içinde beğenilir olma, kabul görme, sevilme, kendi bedensel özelliklerini kabul ve benimseme, benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önde gelen etkenlerdir (147). Rosenberg, benlik saygısını kişinin kendisine karşı, olumlu veya olumsuz tutumu olarak ele almıştır. Kişi kendini değerlendirmede olumlu bir tutum içinde ise, benlik saygısı yüksek, olumsuz bir tutum içinde ise, benlik saygısı düşük olarak kabul edilmektedir (148).

Birçok toplumda kadının memesi estetik görünümün, kadınlığın, cinselliğin, anneliğin, bebeğin beslenmesinin simgesi olarak görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında, mastektomi ile birlikte 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 (7,9,10-12)

Çalışma kapsamındaki mastektomili grubun %84,0'ünün yapay memesinin olmadığı, yapay memenin olmasının veya olmamasının kadınların benlik saygılarını etkilemediği görülmektedir ( $p=0.42$ ). Literatür bakıldığında meme rekonstrüksiyonunu tercih edenlerin eğitim ve sosyo-ekonomik düzeylerinin yüksek ve genç yaş grubunda olan bireyler olduğu belirtilmiştir (137). Çalışmamızda hasta yaş grubunun çoğunluğunun orta yaş ve üstünde olması, ekonomik düzey bakımından düşük gelire sahip olması yapay memeye sahip olma azlığının nedeni olabilir. Sertöz ve ark. yaptığı çalışmada, mastektomi uygulanmış hastaların yarısı benzer bir durumla yeniden karşı karşıya geldiklerinde mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonunu seçeceklerini belirtmişlerdir (70).

Çalışmamızda mastektomili ve sağlıklı kadınların benlik saygı durumu RBÖ göre değerlendirilmiş olup mastektomili ve sağlıklı kadınlar arasında benlik saygısı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun yanında sağlıklı grupta

düşük benlik puanına rastlanmazken mastektomili grupta düşük benlik puanı %4 bulunmuştur. Mastektomili ve sağlıklı kadınların eğitim düzeylerine göre rosenberg benlik saygısı durumlarının karşılaştırılmasında sağlıklı kadınların eğitim düzeyi ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken ( $p < 0,001$ ), mastektomili kadınların eğitim düzeyi ile benlik saygısı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.37$ ). Uçar ve Uzun'un çalışmasında bizim sonuçlarımıza benzer şekilde olup sağlıklı grupta eğitim durumu yüksek kişilerde benlik saygısı yüksek bulunmuştur bu fark anlamlıdır. Hasta grubunda ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sertöz ve ark. yaptığı çalışmada eğitimin benlik saygısını etkilediğinin saptanması çalışma bulgumuzu desteklemektedir (70). Literatürde "benlik saygısının eğitim düzeyi, meslek, ekonomik durum gibi etkenlerle ilişkili olduğu" belirtilmektedir. Rosenberg 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 (144).

Bu çalışmada çiftler arası uyum ölçeği puan ortalaması bakımından mastektomili ve sağlıklı kadınlar karşılaştırılmış olup toplam uyum puanları bakımından her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çiftler arası uyum ölçeği alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Şendil'in ve Dorval ve ark. yapmış olduğu çalışmalarda mastektomi ameliyatı evlilik ilişkisini etkilemediğini belirlemişlerdir. Okanlı ve Ekinci 'nin çalışmasında mastektominin, meme kanserli hasta ve eşlerinin, yaşam doyumu ile evlilik uyumlarında herhangi bir farklılık yaratmadığı ancak duygu kontrol düzeyinde mastektomi sonrası, öncesine göre anlamlı farklılığın yaşandığı gözlenmiştir (9). Mastektomi ameliyatı her hasta ve yakınının duygusal açıdan zor bir dönemidir. Bu yönden bakıldığında çalışmada farklılık göstermesi beklenmektedir. Poulsen ve ark. çalışmasında mastektominin beden algısına ve eş uyumuna etkisini incelemişler ve anlamlı bir fark bulamamışlardır. Wenzel, Avis ve ark. yaptıkları çalışmalarda ise ileri yaştaki mastektomili kadınların eş uyumunun daha iyi olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da mastektomili grupta ileri yaşın yüksek olması bu bağlamda düşünülebilir. Çalışma sonuçlarında evlilik uyumunun ameliyattan etkilenmemesi yönünden bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir (141,142). Buna karşın karşıt yönde literatür çalışmalarına da rastlanmaktadır. Uçar'ın yapmış olduğu benzer çalışmada 40 yaş ve üzeri mastektomili kadınların eş uyumu sağlıklı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur (133,134).

Çalışmamızda mastektomili ve sağlıklı kadınların eş uyumu ve benlik saygısı puan ortalamalarında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Şendil, Dorval ve ark. çalışmasında,

mastektomi ameliyatı evlilik ilişkisini etkilememiştir (84,135). Aygın ve Aslan'ın, mastektomi geçirmiş 190 kadınla yaptıkları çalışmada 107 hasta görmüş oldukları tedavilerin eşleri ile olan ilişkilerini etkilemediğini ifade etmişlerdir (131). Sertöz ve ark. (70) 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. Schover ve ark. çalışmasında mastektomi ve meme rekonstrüksiyonu olan hastalarda beden algısı, cinsel işlevler ve hastalığa uyumu karşılaştırmışlar ve hasta ve sağlıklı grup arasında belirgin fark bulunmamıştır (138).

Literatürlerde bizim çalışmamızdan farklı olarak mastektominin benlik saygısı ve eş uyumunu etkilediğine dair çalışmalarda bulunmaktadır. Öncü'nün araştırmasında mastektomi sonrası eş uyum puan ortalaması 108.7 olup eş uyumu orta derecede tespit edilmişken (143) Uçar'ın yaptığı çalışmada mastektomili kadınların eş uyumu sağlıklı kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0.001$ ) şekilde daha düşük bulunmuştur (133). Uçar'ın yaptığı çalışmada mastektomi olan kadınların benlik saygısı orta düzeyde bulunmuştur. Uçar'ın yaptığı çalışma kapsamındaki mastektomili kadınların tüm klinik özellikleri bakımından benlik saygıları orta düzeyde (Ortalama: 2-4) bulunmuştur (133). Al-Ghazal ve ark. (136) yaptıkları çalışmada mastektomi ameliyatının beden algısını, benlik saygısını ve eş uyumunu olumsuz yönde etkilediğini bulmuşlardır.

Çalışmamızda mastektomili kadınların yaş ortalamasının 50 yaş üstü olması, 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 (81,92,139). Bunun yanı sıra mastektomili kadınların evlilik süresinin 20 yıl üzerinde olması ve eğitim düzeylerinin düşük olması bu grubun benlik saygısı ve evlilik ilişkisi bakımından ameliyatın olumsuz etkilerinden etkilenme sebepleri arasında düşünülebilir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1. SONUÇLAR

Mastektomili ve sağlıklı kadınların benlik saygısı ve eş uyumunu karşılaştırmak amacıyla yaptığımız çalışmadan elde ettiğimiz veriler doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- Mastektomili kadınlarda 36-55 yaş grubu aralığı %55.1 iken sağlıklı kadınlarda %64 tür. Mastektomili grupta 56 yaş ve üzeri olanlar sağlıklı kadınlara göre anlamlı ölçüde yüksek olup mastektomili kadınların tanı alma yaş ortalaması 50.1 dir.
- Mastektomili kadınların %56'sı ilk okul mezunu iken sağlıklı kadınlarda bu sayı %26 dır. Sağlıklı kadınlarda ise lise mezunu olanlar mastektomili kadınlara göre daha yüksektir.
- Mastektomili kadınların %84'ünün sağlıklı kadınların ise %46'sının çalışmadığı görülmüştür. Her iki grup ekonomik bakımdan değerlendirildiğinde mastektomili kadınların %46'sının sağlıklı kadınların ise %44'ünün gelirin giderine eşit olduğu görülmüştür.
- Evlilik süresi incelendiğinde mastektomili kadınların önemli çoğunluğu 20-29 yıl arasında iken sağlıklı kadınların çoğunluğun da evlilik süresi 10-19 yıl arasındadır.
- Mastektomili kadınların %94'ünün, sağlıklı kadınların ise %86'sının çocuğunun olduğu belirlenmiştir.
- Mastektomili kadınların kendi ifadesine göre %63.5'nin ameliyatın eşi ile olan ilişkisini etkilemediği tesbit edilmiştir.
- Mastektomili kadınların %79'nun memeyi kadınlığın ve cinselliğin bir parçası olarak gördüğü, %21'nin ise memeyi herhangi bir organ olarak tanımladığı belirlenmiştir. Çalışmamızda memesi alınan kadınların sadece %16'sı yapay memeye sahiptir.
- Mastektomili kadınlardan memeyi kadınlığın ve cinselliğin bir ifadesi olarak gören kadınların benlik saygısının memeyi herhangi bir organ olarak değerlendiren kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Yapay memenin olmasının veya olmamasının kadınların benlik saygılarını etkilemediği görülmektedir.



- Mastektomili kadınlarda mastektomi ameliyatının eşleri ile olan ilişkilerini olum/olumsuz etkilemesi veya hiç etkilememesi, benlik saygısını da etkilememiştir.
- Rosenberg benlik saygısı ölçeğine göre mastektomili kadınların %64'ünün benlik saygısı puanı yüksek iken, sağlıklı kadınların %74'ünün benlik saygısı puanı yüksektir fakat bu fark anlamlı bulunmamıştır.
- Mastektomili kadınların eğitim düzeyi ile benlik saygısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Sağlıklı kadınların eğitim düzeyi ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup okuryazar olmayanların benlik saygısı, lise ve üniversite mezunlarına göre daha düşük bulunmuştur.
- Mastektomili ve sağlıklı kadınlara çiftler arası uyum ölçeği açısından bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Çalışmada mastektomili ve sağlıklı kadınlar benlik saygısı ve eş uyumu açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Sonuç olarak, yapılan çalışmada meme kanserli kadınlarda mastektominin benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisi bulunmamaktadır.

## 6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şunlar önerilebilir;

- Eş uyumunun daha objektif değerlendirilebilmesi için çalışmaya mastektomili kadınların eşlerinde dahil edilmesi,
- Ekip işbirliği çerçevesinde hastaların psikososyal gereksinimlerini bütüncül bir yaklaşımla belirleyerek hasta ve hasta yakınlarının hastalık sürecini daha rahat geçirebilmeleri için destek gruplarının oluşturulması,
- Benzer çalışmanın karşılaştırmalı olarak pre-menopozal ve menopozal dönemdeki kadınlarla yapılması,
- Mastektomili kadınlarda benlik saygısını belirlemeye yönelik yapılacak benzer çalışmaların; mastektomi ameliyatı öncesi-sonrası ve meme rekonstrüksiyonu öncesi-sonrası şekilde yapılması,
- Bu çalışmanın daha büyük hasta popülasyonu ile tekrarlanması,
- Meme kanseri organ kaybıyla sonuçlanıp bireyde psikolojik problemler ve aile ilişkilerinde bozulmalara yol açabilmektedir. Bu bilgi doğrultusunda genel cerrahi biriminde görev yapan hemşire ve ebelerin hasta ve ailesine yeterli psikososyal destek sağlamak amacıyla hizmet içi eğitim planlaması önerilebilir.

## 7. KAYNAKLAR

- 1-**Yeter K.** Kemoterapi Alan Hastalara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir, **2006**.
- 2- **Bektaş Aydın H, Akdemir A.** Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, **2006**; 26: 448-499.
- 3- **Pınar R, Salepci T, Afşar F.** Assessment of quality of life in Turkish patients with cancer. *Turkish Journal of Cancer*, **2003**; 33(2): 96-101.
- 4- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, organlara göre kanser sıklığının dağılımı ve kadınlarda görülen 10 kanser <http://www.saglik.com.tr>.2011 Erişim tarihi: 06.08.2013.
- 5- Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Bölge Ofisi ve Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı Ulusal Kanser Kontrol Programı Çalıştay Raporu, **2010**.
- 6- Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye kanser istatistikleri 2010. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/144481/h/kanseristatistikleri.xls>. Erişim:10.05.2013.
- 7- **Brenin DR, Morrow M, Moughan J.** *Management of Axillary Lymph node in reast cancer.* A National patterns of care study of 17,151 patients, *Ann surgery*, **1999**; 30: 686-91.
- 8- **De Marquiegui A, Huish M A.** *womans 's sexual life after an operation.* *BMJ*, 1999: 318: 178-181
- 9- **Okanlı A, Ekinci M.** Meme kanserli hasta ve eşlerinin yaşam doyumları duygu kontrol düzeyleri ve evlilik uyumlarının mastektomi öncesi ve sonrası karşılaştırılması. VII. Ulusal KLP Kongresi, İstanbul, **2004**.
- 10- **Vahabi M.** Breast Cancer Screening Methods: A Review of the Evidence. *Health Care for Women International*, **2003**: 773-793.
- 11- **Arıkan R.N.** Travmatik Bir Yaşantı. Meme Kanseri ve Mastektomi. *Kriz Dergisi*, **2000**; 9(1), 39-46.
- 12- **Çavdar İ.** Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2006**; 2(2):64-66
- 13- **Rowland H.J.** Psychological impact of treatment for breast cancer. Ed: Spear S, Willey S, *Surgery of Breast*, Lippincott Williams, Philadelphia, **2006**.
- 14- **Babacan A.** Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2006 ; 2 (3).
- 15- Ulusal Kanser Programı 2009-2015. Ed: Tuncer M. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı (Nisan-2009. Bakanlık Yayın No:760) <http://www.ketem.org/> Erişim tarihi: 17.05.2013.
- 16-<http://www.kanser.gov.tr/index.php/daire-faaliyetleri/kanser-kayitciligi.html> Erişim tarihi:05.08.2013
- 17- **Stacey D, DeGrasse C, Johnston L.** Addressing the support needs of women at high risk for breast cancer. *evidence-based care by advanced practice nurses*, *ONF* **2002**; 29(6): 77-84.
- 18- **Öz F.** Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2001**;12(1): 61-68.
- 19- **Henson H.K.** Sexuality and Disability. Çeviri: Dilek Aygin, *Kadın Cinsel Sağlığı/Hemşire Çalışma Grubu*, **2002**; 20(4) 261-275.

- 20- American Cancer Society- breast cancer facts& figures, <http://www.cancer.org>, 2007 Erişim tarihi:12.03.2012.
- 21- T.C Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri, <http://www.saglik.gov.tr>, **2007**.
- 22- Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı Bakanlık Yayın No:618, 145, 2005.
- 23- **Aydiner A.** *Meme Kanseri Tanı-Tedavi-Takip*. Nobel Tıp Kitabevleri, **2007**: 1-3.
- 24- American Cancer Society- breast cancer facts& figures, <http://www.cancer.org>, 2007 Erişim tarihi:12.03.2012.
- 25- Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye kanser istatistikleri 2010. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/144481/h/kanseristatistikleri.xls> Erişim:10.03.2012.
- 26- NCCN. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer, **2009**.
- 27- **Akçay D.** Kemoterapi Alan Meme Kanseri Hastalarda Kemoterapinin Yan Etkilerine İlişkin Eğitim ve Evde İzlemin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, **2005**.
- 28- **Engin A, Oguz M, Durmuş O, Tekin E, Onuk E.** Meme Hastalıkları. A Engin (Ed.). *Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi*. 1.Baskı, Cilt 1, Atlas Kitapçılık Ltd. Sti, **2000**: 375-404.
- 29- **Bozfakıoğlu Y, Asoğlu O.** Memenin Selim Hastalıkları. Ü Değerli, Y Bozfakıoğlu (Ed.). *Genel Cerrahi*. Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık, **2002**: 230-239.
- 30- **Parlar S, Kaydul N, Ovaoglu N.** Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesinin Önemi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2005**; 8(1): 72-83.
- 31- **Bozfakıoğlu Y, Asoğlu O.** Memenin Selim Hastalıkları. Ü Degerli, Y Bozfakıoğlu (Ed.). *Genel Cerrahi*. Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık, **2002**: 240-248
- 32- **Balon J.** Wehrwein T.C. Cancer of the Breast. G.J. Moore-Higgs (Ed.). *Women and Cancer. A Gynecologic Oncology Nursing Perspective*. 2ed. **2000**: 318-355. Jones and Bartlett Publishers
- 33- **Berkarda B.** *Meme Kanseri*. İstanbul: İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi, **2000**.
- 34- **Bilgel N.** Meme Kanserinin Epidemiyolojisi. K Engin (Ed.). *Meme Kanseri* Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Sti, **2005**: 69-72.
- 35- Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. *Lancet*, **2001**; 358: 1389.
- 36- **Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Sak S, Tükün A, Yalçın B.** Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesi Ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. (Turkish). *Meme Sağlığı Dergisi / Journal Of Breast Health* [serial online]. August **2011**; 7(2): 47-67.
- 37- **Karayurt Ö, Zorukoş S.** Meme kanseri riski yüksek olan kadınların yaşadıkları duygular ve bilgi - destek gereksinimlerinin karşılanması. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2008**; 4(2): 56.
- 38- **Darendeliler E, Ageoğlu F.Y.** Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi. E Topuz, A Aydiner, M Dinçer (Ed.). *Meme Kanseri* Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık, **2003**: 13-33.
- 39- **Terry MB, Zhang FF, Kabat G, Britton JA, Teitelbaum SL, Neugut AI, Gammon MD.** Lifetime alcohol intake and breast cancer risk. *Ann Epidemiol*, **2006**; 16: 230-240.

- 40- **Gürel D.** Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, **2007**.
- 41- **Ronckers CM, Erdmann CA, Land CE.** Radiation and breast cancer: areview of current evidence. *Breast Cancer Res* **2005**; 7: 21-32
- 42- **Engin K.** *Meme Kanserleri*. 1.baskı, Bursa: Nobel Tıp Kitapevi, **2005**.
- 43- **Ünal H.** *Meme Hastalıkları*, In Değerli. Ü. Cerrahi, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, **2001**: 393-398.
- 44- **Bland KI, Copeland EM.** *Breast. Principles of Surgery*. 6.baskı, cilt 1, Schwartz, Shires, Spencer(Ed), Mc Grand Hill Inc, **1994**: 531-594.
- 45- **Sainsbury JRC, Anderson TJ, Morgan DAL.** *Breast Cancer*. *BMJ*, **2000**: 3 (21): 745-751.
- 46- **Harold JB, Jay RH, Monica M.** *Malignant Tumors Of The Breast*. DeVita, Hellman, And Rosenberg's: *Cancer; Principles & Practice of Oncology*. 8th Ed. Vol: Two, Philadelphia, **2008**: 1618-161
- 47- **Topuz E, Aydiner A.** *Meme Kanseri*. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul Tuğrul, C.(1998). *Meme Kanseri*. İstanbul, **2003**: 142-149
- 48- **Kösters JP, Göttsche PC.** Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer (review). *Cochrane Database Syst Rev*. Issue, **2008**: 3: CD003373.
- 49- **Schwartz GF, Hughes K, Lynch HT, Fabian CJ, Fentiman IS, Robson ME.** Proceedings of the International Consensus Conference on BreastCancer Risk, Genetics, Risk Management, April, **2007**. *The Breast Journal*, 2009; (15): 4-16
- 50- **Ünal M.** *Meme Anatomisi ve Gelişmesi*. G Kalaycı (Ed.). *Genel Cerrahi Cilt 1, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları*, Nobel Tıp Kitapevleri, **2002**: 537-541.
- 51- **Aydın Ö, Polat A, Düşmez D, Eğilmez R.** Mersin İlinde Kanser Sıklığı ve Dağılımı Üzerine Bir Çalışma, *Türk Patoloji Dergisi*, **2000**; 16(1-2):48.
- 52- **Karamanoğlu YA, Gök Özer F.** *Meme kanserinde erken tanı*. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, **2006**; 55-59.
- 53- **Sadler G.R, Ryujin L.T, Ko C.M, Nguyen E.** Korean women: breast cancer knowledge, attitudes and behaviors, *BMC Public Health*, **2001**: 1-7.
- 54- **Foster RS, Costanza MC.** Breast self examination practices and breast cancer survival *Cancer*, **1984**: 53-167.
- 55- *US Preventive Services Task Force: Guide to clinical preventive services*, ed 2.Baltimore, Maryland, Williams and Wilkins, **1996**.
- 56- **Altunkan H, Akın B, Ege E.** 20-60 Yaş Arası Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Uygulama Davranışları Ve Farkındalık Düzeyleri. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2008**; 4( 2).
- 57- **Mahmoodi MH, Jarvandi S.** Breast self-examination: Knowledge, attitudes, and practices among female health care workers in Tehran, Iran. *The Breast Journal*, **2002**; 8(4):222.
- 58- **Topuz E, Aydiner A.** *Meme Kanseri*. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul Tuğrul, C.(1998). *Meme Kanseri*. İstanbul, **2003**: 142-149

- 59- **Yılmaz M, Sayın Y.Y.** Meme Kanseri Hakkında En Çok Sorulan Sorular ve Hemşirenin Rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2001**; 16(2): 39-47.
- 60- **İgci A, Asaoglu O.** Meme Kanserinin Erken Tanısında Tarama Yöntemleri. **E Topuz, A Aydın, M Dinçer** (Ed.). *Meme Kanseri*. Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık, **2003**: 113-123.
- 61- **Shapiro S.** Screening: assessment of current studies. *Cancer*, **1994**: 74: 231-238.
- 62- **Nelson HD, Tyne K, Naik A, Bougatsos B, Chan BK, Humphrey L.** Screening for Breast Cancer: An Update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* **2009**:151:727-737.
- 63- **Özberksoy A.** 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, **2006**.
- 64- **Zonderland HM, Coerkamp EG, Hermans J.** Diagnosis of breast cancer: Contribution of US as an adjunct to mammography, *Radiology*, **1999**: (213): 413-422.
- 65- **Aksoy G.** Meme cerrahisinde hemşirelik bakımı; In Aksoy G, ed; *Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği El Kitabı*, İstanbul, **1998**: 148-149
- 66- **Bland KI, Copeland EM.** Breast. Principles of Surgery. 6.baskı, cilt 1, Schwartz, Shires, Spencer(Ed), Mc Grand Hill Inc, **1994**: 531-594.
- 67- **Baron R.H.** Surgical Management of Breast Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, **2007**: 23(1), 10-19.
- 68- **Mathes S, Lang J.** Breast Cancer: Diagnosis, therapy and postmastectomy reconstruction. Ed: Hentz V, Mathes S. Plastic Surgery. Elsevier Inc. Philadelphia, **2006**.
- 69- **Dağoğlu T.** *Selim ve Habis Meme Hastalıkları Cerrahisi*. Ed: Kalaycı G, Genel Cerrahi, Tayf Ofset, İstanbul, **2002**: 594-606.
- 70- **Sertöz Ö, Elbi H, Noyan A, Alper M, Kapkaç M.** Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri: Kontrollü Bir Çalışma *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2004**; 15(4): 264-275.
- 71- **Keçer M, Asaoglu O.** Meme Kanseri Tedavisinde Mastektomiler, Endikasyon ve Teknikleri. E. Topuz, A. Aydın, M. Dinçer (Ed.). *Meme Kanseri*, Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık, **2003**: 275-286.
- 72- **Can Z, Emiroğlu M, Kaya B, Serel S, Sen Z.** İmplant ve doku genişleticiler ile meme rekonstrüksiyonu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, **2004**; 57(3).
- 73- **Pertek J.** Modifiye radikal mastektomi. Ed: King TA, Borgen PI, *Meme Cerrahi Atlası*, Turgut Yayıncılık, **2007**.
- 74- **Çolak A.** Meme Kanserli Hastalarda Serum Leptin Düzeyleri ve Histopatolojik Parametrelerle İlişkisi. Sağlık Bakanlığı. Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2004**.
- 75- **Harmer V.** Breast Cancer Treatments-A Synopsis. *Practice Nurse*, **2006**: 31(8): 33-38.
- 76- **Hogle P, Quinn E, Heron D.** Advances in Brachtherapy: new approaches to target breast cancer, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, **2003**: 7(3):324-328.
- 77- **Haydaroğlu A, Özaran Z, Akagündüz Ö, Arun S, Yalman D, Dubova S, Aras A, Kapkaç M, Özdemir N.** Meme koruyucu cerrahi ve radyoterapi uygulanan erken evre meme kanserlerinde lokal kontrol ve sağkalımı etkileyen prognostik faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2006**; 2 ( 2): 71-76.

- 78- **Goldhirsch A, Glick J.H, Gelber R.D, Coates A.S, Thürlimann B, Senn H.J.** Panel members. Meeting highlights: *International expert consensus on the primary therapy of early breast cancer*. *Ann Oncol*, **2005**; 16: 1569-1583
- 79- **Turna H.** Erken evre meme kanserinde adjuvan kemoterapi ve hormonal tedavi. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No: 54, **2006**: 105 – 109.
- 80- **Özçınar B, Güler S, Keçer M, Et Al.** Meme Kanserinde Lokal/Bölgesel Tedavi Sonrası Görülen Komplikasyonlar Ve Bunların Hasta Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. (Turkish). *Meme Sağlığı Dergisi / Journal Of Breast Health* [Serial Online]. April **2010**; 6(1): 9-16. Available From.
- 81- **Gümüş AB.** Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2006**; 2(3):108-114.
- 82- **Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş ve ark.** Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**; 10(1):16-27.
- 83- **Birol L.** Hemşirelik Süreci: *Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*, Genişletilmiş 4. Baskı, İzmir, **2000**: 24-28
- 84- **Şendil G.** Mastektomi Geçirmiş Kadınların Psikolojik Yönden İncelenmesi. *Tecrübeli Psikoloji Çalışmaları*, **1999**; (21): 111-122.
- 85- **Özkan M.** Kronik hastalıkların aileler üzerindeki psikiyatrik ve psikososyal etkileri; [www.psikiyatriktip.com](http://www.psikiyatriktip.com), **2007**.
- 86- **Özkan S.** *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi*. Roche Müstahzarları Sanayi A.S, **1993**.
- 87- **Schain W.S.** Breast Reconstruction: Update of Psychosocial and Pragmatic Concerns. *Cancer*, **1991**; 5(68), 1170-1175.
- 88- **Elbi Mete H, Önen Ö.** Kanserli Hastalarda Depresyon *Duygu Durum Dizisi*, **2001**: 184-191.
- 89- **Henson H.K.** Sexuality and Disability. Çeviri: Dilek Aygin, *Kadın Cinsel Sağlığı/Hemşire Çalışma Grubu*, **2002**; 20(4) 261-275.
- 90- **Barni S, Mondin R.** Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Ann Oncol*. **1997**; 8(2): 149-153. (PMID: 9093723)
- 91- **Kiliç E, Taycan O, Belli A, Özmen M.** [The effect of permanent ostomy on body image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning]. *Türk Psikiyatri Dergisi = Turkish Journal Of Psychiatry* [serial online]. **2007** Winter 2007;18(4):302-310.
- 92- **Aygin D, Durat G.** Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel Sorunlar ve Yaklaşım (Derleme). *Androloji Bülteni*, **2005**; (23): 352-354.
- 93- **Henson H.K.** Sexuality and Disability (D. Aygin, Çev.). *Androloji Bülteni*, **2004**; (19): 366-367.
- 94- **Erbek E, Bestepe E, Akar H, Alpkın L, Eradamlar N.** Cinsellik ve Çift Uyumu Arasındaki İlişki: Üç Grup Evli Çiftte Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, **2005**;18(2): 72-81.
- 95- **Okanlı A.** Meme Kanserli hasta ve eşlerinin yaşam doyumları duygu kontrol düzeyleri ve evlilik uyumlarının mastektomi öncesi ve sonrası karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Doktora Tezi, **2003**.

- 96- **Shands M, Lewis F, Sinsheimer J, Cochrane B.** Core concerns of couples living with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, **2006**; 15(12): 1055-1064.
- 97- **Öztekin D.** Meme Kanserinde Tanı ve Tedavi Sürecinde Karşılaşılan Sorunlarla Mücadele Yolları. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2006**; 2(2): 67-70.
- 98- **Nourthose L.L, Templin T, Mood D, Oberst M.** Couple's adjustment to breast cancer and benign breast disease: A Longitudinal Analysis. *Psycho-Oncology*, **1998**; 7(1): 37-48
- 99- **Hocaoğlu Ç, Kandemir G, Civil F.** Meme kanserinin aile ilişkilerine etkileri. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2007**; **3(3)**: 163-165.
- 100- **Çam O, Babacan G.A.** Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri, *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**; **10(3)**: 52-60.
- 101- **Akkaş G.A.** Mastektomi Sonrası Hastaların Evde İzlemlerinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Ankara, **2002**.
- 102- **Karadağlı A.** Öğrenci hemşirelerin benlik saygısı düzeyleri ile algıladıkları okul yaşantıları arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Türk Hemşireler Dergisi*, **1993**; ( 2): 11-15
103. **Gündoğan F.** Sirozlu hastaların beden imajı ve benlik saygısının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu, **2006**.
- 104- **Schwab JJ, James D, Harmeling M.** Body image and medical illness, *Psychology in Spain*, **2002**; 6(1): 83-95.
- 105- **Gültekin G.** 9-14 Yaş Grubundaki Akut ve Kronik Hastalığı Olan Çocukların Denetim Odağı ve Benlik Kavramı Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, **2003**.
- 106- **Özkan İ.** Benlik Saygısını Etkileyen Etkenler. *Düşünen Adam*, **1994**, 7(3): 4-9.
- 107- **Yiğit H.** Ergenlerin Benlik Saygılarının Yaşam Doyumu ve Bazı Özlük Nitelikleri Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya, **2010**.
- 108- **Langeveld NE, Grootenhuys MA, Voute PA, Haan RJ, Van Den Bos C.** Quality of life, self-esteem and worries in young adult survivors of childhood cancer, *Psycho-Oncology*, **2004**; ( 13): 867-881.
- 109- **Yılmaz S. Ekinci, M.** Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinin benlik saygısı ve atılganlık düzeyi arasındaki ilişki, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2001**; 4( 2): 1-10.
- 110- **Campbell A.** The Sense of Well-Being in America: Recent Patterns and Trends, New York: Mcgraw-Hill, **1981**.
- 111- **Leung JP, Leung K.** Life satisfaction, self-concept, and relationship with parents in adolescence, *Journal of Youth and Adolescence*, **1992**; (21): 653–665.
- 112- **Diener E, Diener M.** Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem, *Journal of Personality and Social Psychology*, **1995**; ( 68): 653–663.
- 113- **Çivitçi A.** Çok boyutlu öğrenci yaşam doyumu ölçeğinin türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışmaları, *Eğitim Araştırmaları Dergisi*, **2007**; 7(26): 51-60.
- 114- **Crigger NJ.** Testing An Uncertainty Model For Women With Multiple Sclerosis, *Adv Nursing Scient*, **1996**; 18(3): 37-47.



- 115- **Gürsoy D.** Adölesan Dönem Skolyoz Olgularında Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Dönemde Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Karşılaştırılması, M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2003**.
- 116- **Polat A.** Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu, **2007**.
- 117- **Erdem M, Taşçı N.** Tüberküloz Hastalarında Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, **2003**; 51(2): 171-176.
- 118- **Hakan S.** Anadolu Lisesi Öğrencileri İle Yurt Dışı Yaşantısı Geçiren Ve Anadolu Liselerine Gelen Öğrencilerin Benlik Tasarımı Açısından Karşılaştırılması, *Milli Eğitim Dergisi*, **2004**.
- 119- **Baider L, Andritsch E, Uziely B, Ever-Hadani P, Goldzweig G, Hoffman G, Samonigg H.** Do Different Cultural Settings Affect the Psychological Distress of Women with Breast Cancer? A Randomized Study. *Eur J Cancer Care*, **2003**; 12: 263-273.
- 120- **Arıkan RN.** Travmatik bir yaşantı: meme kanseri ve mastektomi. *Kriz Dergisi*, **2001**; 9(1): 39-46.
- 121- **Fadıloğlu Ç, Cantilav Ş, Yıldırım YK, Tokem Y.** Meme kanserli kadınlarda umutsuzluk düzeyi ve baş etme davranışları arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**; 22(2): 147-160
- 122- **Kızılcı S.** Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **1999**; 3(2): 18-25.
- 123- **Steginga S, Occhipinti S, Wilson K, Dunn J.** Domains of stres: The experince of breast cancer in Australia, *Oncol Nurs Forum*, **1998**; 25(6): 1063-1070.
- 124- **Benor DE, Delbar V, Krulik T.** Measuring impact of nursing intervention on cancer patients's ağabeylity to control symptoms. *Cancer Nursing*, **1998**; 21(5): 320-334.
- 125- **Ardahan M, Temel AB.** Prostat kanserli hastalarda yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı ilişkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**; 22(2): 1-14.
- 126- **Özkan S, Açlalar N.** Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler. (Turkish). *Meme Sağlığı Dergisi / Journal Of Breast Health* [Serial Online]. August **2009**; 5(2): 60-64. Available From: Academic Search Complete, Ipswich, Ma. Accessed April 3, 2013.
- 127- **Thors CL, Broeckel JA, Jacobsen PB.** Sexual functioning in breast cancer survivors. *Cancer Control*, **2001**; 8(5): 442-8. (PMID: 11579341).
- 128- **Akyolcu N.** Meme Kanserinde Cerrahi Girişim Sonrası Cinsel Yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi* [Serial Online]. January 1, **2008**;4(2):77. Available From: Ulakbim Ulusal Veri Tabanları (Uvt)Ulakbim Turkish National Databases, Ipswich, Ma. Accessed April 3, 2013.
- 129- **Akar H.** Psikiyatrik yardım Talebi Olan ile Yardım Talebi Olmayan ve Boşanma Aşamasında Olan Çiftlerde Çift Uyumu ve Kişilik Özellikleri Arasındakini Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2005**.
- 130- **Uğurlu O.** Evli çiftlerde cinsiyet ayrımına ilişkin tutumlar, çatışma yöntemi biçimleri ve evlilik uyumu arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, **2003**.
- 131- **Aygn D, Aslan F.** Meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* [serial online]. January 1, 2008;4(2):105. Available from: ULAKBİM Ulusal Veri Tabanları (UVT) ulakbim Turkish National Databases, Ipswich, MA. Accessed April 3, **2013**.

- 132- Kılıç S, Tezcan S, Kömürcü S, Özet A, Çakır B, Tümerdem N, Bakır B, Arpacı F Öztürk B, Ataergin S, Kuzhan O. Hadse, M. Gata Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında Meme Kanseri Tanısı ile İzlenen Kadın Hastaların Bazı Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, **2003**; 45(2): 189 – 195.
- 133- Uçar T, Uzun Ö. Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı Ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi. (Turkish). *Meme Sağlığı Dergisi / Journal Of Breast Health* [serial online]. December 2008;4(3):162-168. Available from: Academic Search Complete, Ipswich, MA. Accessed April 3, 2013
- 134- Can G, Durna Z, Aydiner A, Saip P, Kadioglu A. Sistemik Tedavi Alan Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni*, **2005**; ( 22): 268-271.
- 135- Dorval M, Maunsell E, Brown J, Kilpatrick M. Marital stability after breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, **1999**; 91(1): 54-59. January Elbi, H. Kanser ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, **2001**; ( 5): 5-10.
- 136- Al-Ghazal S.K, Fallowfield L, Blamey R.W. Comparasion of Psychological Aspects and Patient Satisfaction Following Breast Conserving Surgery, Simple Mastectomy and Breast Reconstruction. *Eur J Cancer*, **2000**; 36(15): 1938-1943
- 137- Yeter K, Savci A, Sayiner F. Meme Kanserinde Rekonstrüktif Cerrahinin Ve Hasta Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi. (Turkish). *Meme Sağlığı Dergisi / Journal Of Breast Health* [serial online]. August **2009**;5(2):65-68. Available from: Academic Search Complete, Ipswich, MA. Accessed April 3, 2013.
- 138- Schover LR, Yetman RJ, Tuason LJ. ve ark. Partial Mastectomy and Breast econstruction: A Comparison of Their Effects on Psychosocial Adjustment, *Body Image, and Sexuality*, *Cancer*, **1995**; 75(1): 54-64.
- 139- Avis N, Crawfordb S, Manuela J. Psychosocial Problems Among Younger Women with Breast Cancer, *Psycho-Oncology*, **2004**; (13): 295–308.
- 140- Forbair P, Stewart S, Chang S, D'onofrio C, Banks P, Bloom J. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, **2006**; 15(7): 579- 594
- 141- Poulsen, B. Graversent, H.P. Beckmann, J. Blichert-Toft M. AComparative 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*, **1997**; (23): 327-334.
- 142- Wenzel L.B, Fairclough D.L, Brady M.J, Cella D, Garrett K.M, Kluhsman B.C, Crane L.A, Marcus A.C. Agerelated Differences in the Quality of Life of Breast. *Cancer*, **1999**; ( 86): 1768-1774.
- 143- Öncü H. Mastektomi ameliyatı olmuş meme kanserli kadınların, mastektomi sonrası eş uyumu ile yalnızlık düzeyinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, **2006**.
- 144- Gün E. Spor Yapanlarda ve Spor Yapmayan Ergenlerde Benlik Saygısı. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana, **2006**.
- 145- Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık tezi. Ankara, **1986**.
- 146- Fırsıloğlu H. ODTÜ Psikoloji Bölümü, ( [fisil@metu.edu.tr](mailto:fisil@metu.edu.tr)) Ankara.
147. Yörükoğlu A. Gençlik Çağı, Tisa Matbaası, Ankara, **1985**.
148. Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-image, Princeton University Pres, Princeton, **1965**.

## EKLER

### Ek-1 Mastektomili Grup Bilgi Formu

Sayın Katılımcı; Bu çalışma Mastektominin Benlik Saygısı ve Eş uyumu Üzerine Etkisini ortaya çıkarmak amacıyla planlanmıştır. Her bir açıklama için cevabınızı uygun gördüğünüz biçimde doldurunuz. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz önem taşımaktadır. Verdiğiniz cevaplar çalışmanın amacı dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Katkı ve katılımınız için teşekkür ederiz.

1-Yaşınız?

- a.18 yaş altı                      b.18-35                      c.35-55                      d.55 yaş ve üstü

2-Medeni durumunuz nedir?

- a. Evli                      b. Bekar                      c. Boşanmış

3-Eğitim durumunuz nedir?

- a. Okuryazar değil      b. ilk öğretim                      c. Lise mezunu                      d.Üniversite

4-Mesleğiniz nedir?

- a. Çalışıyor                      b. Çalışmıyor                      c. Çalışıyorsanız(.....)

5-Aylık ortalama gelir düzeyiniz nedir?

- a. Geliri giderinden düşük                      b. Geliri giderine eşit                      c. Geliri giderinden yüksek

6. Kaç yıllık evlisiniz: .....

7- Eşinizle evlenme şekliniz nedir?

- a. Görücü usulüyle ailemin kararıyla  
b. Görücü usulüyle kendi kararım  
c. Severe kendi isteğimle

8- Çocuğunuz var mı?

- a. Var (ise kaç çocuğunuz var?.....)                      b.Yok

9-Kaç yaşında meme hastalığı tanısı aldınız? .....

10-Tanıdan bu yana geçen süre ne kadardır?

- a. ....ay                      b.....yıl





### **EK-3 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği**

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.

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 ise 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

Ölçeğin hesaplaması aşağıda gösterilmiştir (145).

### 3.6.2.1. RBSÖ 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 olduğumu 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 ise 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 Çiftler Uyum Ölçeği

	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 etkinliklerinizi 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 Fışiloğlu, ODTÜ Psikoloji Bölümü, Ankara

Re: tez çalışmam için çiftler uyum ölçeği

Kimden: hurol fisiloglu ([fisil@metu.edu.tr](mailto:fisil@metu.edu.tr))

Kime:aysearslantas1@hotmail.com

Tarih:20 Mayıs 2013 12:20:37 +0300



Prof. Dr. Hürol Fisilolu

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

Sayın Arslantaş,

Mesajınıza teşekkür ederim. Çalışmanızda şimdiden başarılar dilerim. Ekli bilgilere yanıtınızı bekliyorum.

Ölçeği aşağıda belirteceğim koşullara uyarak kullanmayı kabul ederseniz ölçeği gerekli materyallerle beraber size iletirim.

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. Tez kullanımında ekler bölümünde ölçeğin tamamı yerine örnek maddeleri olarak 1-2 soru verilip, yazışma adresi bilgisiyle verilmesi.
3. Herhangi bir yayında ölçeğin tamamı yerine örnek maddeleri olarak 1-2 soru verilip, yazışma adresi bilgisiyle verilmesi.

Eğer bu söylediklerim size uygunsuzsa lütfen bana bilgi verin. Cevabınız olumluysa size ıteceğim e-posta adresinizi yazarsanız sevinirim. İyi çalışmalar ve günler dilerim. H.Fışıloğl

## EK-5 Etik Kurul Karar Formu

T.C  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	3 ADET LİTERATÜR	<input checked="" type="checkbox"/>	
	ANKET FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Karar No: 2012 - 157		Tarih: 05.04.2012
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

MERSİN ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
<b>ÇALIŞMA ESASI</b>	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
<b>BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:</b>	Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki	Katılım *			İmza
			E	K		E	H	H	
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	Farmakoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Meslek Bilimleri Bölümü Farmakoloji Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Olgü HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülçin YAPICI	Halk Sağlığı	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Lulüfer TAMER GÜMÜŞ	Biyokimya	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Biyokimya Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İrfan AYAN	Ortopedi ve Travmatoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Ortopedi ve Travmatoloji Ab.D.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Aylin ERTEKİN YAZICI	Psikiyatri	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Psikiyatri Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mehmet Sami SERİN	Mikrobiyoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Farmasötik Mikrobiyoloji Ab.D.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN	Biyostatistik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sabire YURTSEVER	İç Hastalıkları Hemşireliği	MEÜ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE	Biyomühendislik	MEÜ Mühendislik Fakültesi Kimya Mühendisliği Bölümü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER	Tıp Tarihi ve Etik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıp Tarihi ve Etik Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK	Farmakoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Farmakoloji Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Oğuz KARDAŞ	Üroloji	Mersin Devlet Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yüksek Şehir Plancısı Hürrem Betül LEVENT	Şehir ve Bölge Planlama/Uluslararası Proje Yönetimi	Mersin Ticaret ve Sanayi Odası Projesi Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Avukat Lale DAĞLI	Hukuk	Serbest	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma

**EK-6 Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimliği İzin Formu**



**T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi  
Başhekimlik**



Tarih : 12 Mart 2012

Sayı : B.30.2.MEÜ.0.H1.70.02-774- 2491  
Konu: Anket Çalışması

**REKTÖRLÜK MAKAMINA  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)**

İlgi : 05.03.2012 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.42.00.00.302-08/285 sayılı yazı.

İlgi yazınızla belirtmiş olduğunuz Ebe Ayşe ARSLANTAŞ'ın "Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin Belirlenmesi" konulu çalışmaya veri toplamak amacıyla 15.04.2012-15.07.2012 tarihleri arasında Hastanemizde anket çalışması yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

*N. Gamsız*

**Doç.Dr. Nursel GAMSIZ BİLGİN  
Başhekim V.**

T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri Enstitüsü GENEL MÜDÜRLÜK	
Tarih:	14.03.2012 391

## **EK-7 I. Mastektomili Grup İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu**

Bu araştırmayı (Mastektomi Ameliyatı Olan Kadınlarda Benlik Saygısı Ve Eş Uyumunu), amacıyla Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı programı adına tez araştırması olarak yürütmekteyim. Bu veri toplama formları Mastektomi Ameliyatı Olan Kadınlarda Benlik Saygısı Ve Eş Uyumunun belirlenmesi amacıyla hazırlanan 52 sorudan oluşmaktadır. Sorular araştırmacı ile yüz yüze cevaplanacak ve ortalama 25 dakika sürecektir. Bu araştırma ile meme kanserli kadınlarda mastektominin benlik saygısı ve eş Uyumunun belirlenmesi, yüksek benlik saygısı ve eş uyumunun devam ettirilmesi, düşük benlik saygısı ve eş uyumu bulunanların benlik saygısının ve eş uyumunun olumlu yönde gelişmesi ve bu konunun önemine dikkat çekilmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Sizin izniniz olmadıkça bu araştırmaya dahil edilmeyeceksiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu” , benlik saygısını belirlemek amacıyla “RBSÖ”, eş uyumunu belirlemek amacıyla “ÇUÖ” kullanılarak toplanacaktır. Bu araştırmaya katılmanız dahilinde, sizin isminiz herhangi bir yerde kullanılmayacak ve kimlik haklarınız korunacaktır. Bu araştırmaya katılmanız durumunda sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde hastanıza uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Bu araştırmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahiptir. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Araştırmacı

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Öğr. Ayşe Arslantaş

Ad-Soyad

Tarih

İmza

Katılımcı:

Tanık:

Araştırmacı:

## **EK-8 Sağlıklı Grup İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu**

Bu araştırmayı (Mastektomi Ameliyatı Olan Kadınlarda Benlik Saygısı Ve Eş Uyumu), amacıyla Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı programı adına tez araştırması olarak yürütmekteyim.

Bu veri toplama formları meme kanserli kadınlarda mastektominin benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla hazırlanan 52 sorudan oluşmaktadır. Sorular araştırmacı ile yüz yüze cevaplanacak ve ortalama 25 dakika sürecektir. Bu araştırma ile meme kanserli kadınlarda mastektominin benlik saygısı ve eş uyumunun belirlenmesi, yüksek benlik saygısı ve eş uyumunun devam ettirilmesi, düşük benlik saygısı ve eş uyumu bulunanların benlik saygısının ve eş uyumunun olumlu yönde gelişmesi ve bu konunun önemine dikkat çekilmesi amaçlanmaktadır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Sizin izniniz olmadıkça bu araştırmaya dahil edilmeyeceksiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu” , benlik saygısını belirlemek amacıyla “RBSÖ”, eş uyumunu belirlemek amacıyla “ÇUÖ” kullanılarak toplanacaktır

Bu araştırmaya katılmanız dahilinde, sizin isminiz herhangi bir yerde kullanılmayacak ve kimlik haklarınız korunacaktır. Bu araştırmaya katılmanız durumunda sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde hastanıza uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Bu araştırmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Araştırmacı

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Öğr. Ayşe Arslantaş

Ad-Soyad

Tarih

İmza

Katılımcı:

Tanık:

Araştırmacı:

## ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1978 yılında Mersin’de doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Mersin’de tamamladıktan sonra 1996 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okuluna devam etmiş, 2000 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu hemşirelik bölümünden mezun olmuştur. 2000 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi Servisinde servis hemşiresi olarak göreve başlamıştır.2005 yılında aynı servisin sorumlu hemşiresi olarak görevlendirildikten sonra 2011 yılında Hemşirelik Hizmetleri Koordinatör Yardımcısı olarak görevlendirilmiş olup halen aynı birimde görevine devam etmektedir.