



**MASTEKTOMİNİN BENLİK SAYGISI VE CİNSEL YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**ESRA AYGÜN TOPUZ
1138206158**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Dumrul Gülen**

Tez No: 2019/48

2019 - TEKİRDAĞ

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MASTEKTOMİNİN BENLİK SAYGISI VE CİNSEL YAŞAM KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ESRA AYGÜN TOPUZ

1138206158

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Dumrul GÜLEN

Tez No: 2019 / 48

2019 – TEKİRDAĞ

KABUL VE ONAY

Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı

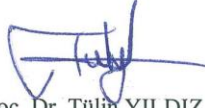
çerçevesinde Doç. Dr. Dumrul GÜLEN danışmanlığında yürütülmüş bu çalışma,

aşağıdaki jüri tarafından

Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi

04/04/2019



Doç. Dr. Tülin YILDIZ

Namık Kemal Üniversitesi

Jüri Başkanı

Doç. Dr. Dumrul GÜLEN
Namık Kemal Üniversitesi

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Semra EYİ
Trakya Üniversitesi

Üye

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Esra AYGÜN TOPUZ' un "Mastektominin Benlik Saygısı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tezi 04.04.2019 günü saat 14:00'da Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Nilda TURGUT

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim süresince bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, bu çalışmanın gerçekleşmesinde büyük katkıları bulunan çok değerli tez danışmanım **Doç. Dr. Dumrul GÜLEN'e,**

Lisansüstü eğitimime katkısı olan her zaman örnek aldığım, her türlü manevi ve bilimsel desteğini esirgemeyen değerli hocam **Doç. Dr. Tülin YILDIZ' a,**

Tez izleme jürisinde bulunarak beni çok mutlu eden, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, yardımlarını hiçbir zaman unutmayacağım, güleryüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen sayın hocam **Dr. Öğr. Üyesi Semra EYİ'ye,**

Katkılarıyla beni yönlendiren, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, manevi desteğini unutmayacağım çok değerli **Öğr. Gör. Duygu KURT'a,**

Bilgi ve deneyimleri ile yüksek lisans tez sürecimde katkıları bulunan Sayın **M. Engin PAMUKÇU'ya,**

Yüksek Lisans eğitimim süresince destek ve yardımlarını eksik etmeyen Uzunköprü Devlet Hastanesi ve Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesin de ki tüm **mesai arkadaşlarıma,**

Tez çalışmamdaki verilere ulaşmamda yardımcı olan Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji Bina Sorumlusu **Prof. Dr. İrfan ÇİÇİN'e** ve birimde ki tüm **klirik çalışanlarıma,**

Çalışmaya gönüllü olarak katılan, beni kırmayan tüm **değerli hastalarıma,**

Her koşulda desteklerini benden esirgemeyen, böyle bir aileye sahip olduğum için her zaman şükrettiğim **canım aileme,**

Her zaman yanımda olan çok değerli eşim **Barbaros TOPUZ' a** sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Esra AYGÜN TOPUZ

ÖZET

Aygün Topuz, E. Mastektominin Benlik Saygısı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2019.

Araştırma, mastektominin benlik saygısı ve cinsel yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlandı. Çalışmada, mastektomi ameliyatı geçirmiş meme kanserli kadınlar ile meme kanseri tanısı almayan sağlıklı kadınlar değerlendirildi. Araştırmanın örneklemini, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji Birimine başvuran 50 hasta kadın ve sağlıklı 50 kadın oluşturdu. Veriler Sosyodemografik Bilgi Formu, Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBS), Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (CYKÖ) kullanılarak toplandı.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, SPSS 21.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Kategorik parametrelerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Exact test, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında t testi, ikiden fazla grup durumunda tek yönlü (one way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni testi kullanıldı. Ölçekler arası karşılaştırmalarda Pearson Korelasyon Analizi, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkene etkisini incelemek için ise Lineer Regresyon Analizi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Çalışmamızda ki meme kanserli kadınların yaş ortalaması $38,00 \pm 9,718$ olup, tanı anında buldukları yaş ortalaması $39,600 \pm 8,864$ tür. Meme kanserli olguların çoğunluğunun ilkokul mezunu (%34) ve aylık geliri orta olan (%74) bireylerden oluştuğu görüldü. Kadınların “benlik saygısı” ortalaması $1,180 \pm 1,997$, “vücut algısı” ortalaması $85,700 \pm 15,332$, “cinsel yaşam kalite ölçeği” ortalaması $63,380 \pm 21,432$ olarak saptandı. Vücut algısı ile benlik saygısı arasında pozitif yönde ($r=0,509$; $p=0,000 < 0,05$), cinsel yaşam kalitesi ile benlik saygısı arasında negatif yönde ($r=-0,499$; $p=0,000 < 0,05$), cinsel yaşam kalitesi ile vücut algısı arasında negatif yönde ($r=-0,516$; $p=0,000 < 0,05$) anlamlı ilişki bulunduğu belirlendi.

Çalışma bulgularına göre; meme kanserli bireyler psikososyal yönden bütüncül değerlendirilerek, mastektomi sonrası bireylerin beden algısı ve cinsel yaşamı izlenmeli, sağlık çalışanları tarafından gerekli psikolojik destek sağlanmalıdır. Mastektomi sonrası yapılan meme onarımı işlemlerinin sosyal güvence kapsamında ele alınması için çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Meme Kanseri, Mastektomi, Benlik Saygısı, Cinsel Yaşam



ABSTRACT

Aygün Topuz, E. Evaluation of the Effects of Mastectomy on Self-Esteem and Sexual Life Quality, Namık Kemal University Institute of Health Sciences Surgical Diseases Nursing Master Thesis, Tekirdağ, 2019.

The research was designed with descriptive purpose to determine the effects of mastectomy on self-esteem and sexual quality of life. In this research, women with breast cancer who had undergone mastectomy and healthy women and who were not diagnosed with breast cancer were evaluated. The sample of the study consisted of 50 female and 50 healthy women who applied to the Oncology Unit of Trakya University Medical Faculty Hospital. The data were collected by using Sociodemographic Information Form, Body Perception Scale (SAD), Rosenberg Self-Esteem Scale (RBS), and Sexual Life Quality Scale (SRSI).

SPSS 21.0 Statistical package was used to evaluate the findings of the research. Pearson's chi-square test and Fisher Exact test were used for the comparison of categorical parameters, and t-test was used for the comparison of the parameters between groups. In the case of more than two groups, the one-way Anova test and the Bonferroni test were used to determine the difference group. Pearson Correlation Analysis was used for the comparison between the scales and Linear Regression Analysis was used to examine the effect of the independent variables on the dependent variable. The results were evaluated at 95% confidence interval and $p < 0.05$ significance level.

In our research, the mean age of women with breast cancer was $38,00 \pm 9,718$ and the mean age at the time of diagnosis was $39,600 \pm 8,864$. The majority of the patients with breast cancer were primary school graduates (34%) and their monthly income (74%). The mean sapt “*self-esteem*” of women was $1,180 \pm 1,997$, “*body perception*” was $85,700 \pm 15,332$, and “*sex life quality scale*” was found as $63,380 \pm 21,432$.

Positive correlation between body perception and self-esteem ($r = 0.509$; $p = 0.000 < 0.05$) was negatively correlated with quality of life ($r = -0.499$; $p = 0.000 < 0.05$). There was a significant relationship between body perception and negative ($r = -0,516$; $p = 0,000 < 0,05$).

According to the research findings; People with breast cancer should be examined psychosocially and body image and sexual life should be monitored after mastectomy and psychological support should be provided by health workers. It is recommended that research to address breast repair procedures performed after mastectomy in the context of social security.

Keywords: Breast Cancer, Mastectomy, Self-Esteem, Sexual Life

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	İ
TEŞEKKÜR.....	İİ
ÖZET.....	İİİ
ABSTRACT.....	V
İÇİNDEKİLER	Vİİ
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	Xİ
ŞEKİLLER.....	Xİİ
TABLolar	Xİİİ
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Memenin Anatomi ve Fizyolojisi.....	8
2.2. Meme Kanseri	11
2.2.1. Meme Kanserinin Tarihçesi	12
2.2.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	12
2.2.3. Meme Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri.....	14
2.2.4. Meme Kanserinin Evrelendirilmesi	20
2.2.5. Meme Kanserinde Klinik Belirtiler.....	23
2.2.6. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri	25
2.2.7. Meme Kanseri Tedavisi	30
2.2.8. Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu	37

2.2.9. Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar.....	38
2.2.10. Benlik Kavramı (Self Concept).....	42
2.2.11. Benlik Saygısı (Self-Esteem).....	43
2.2.11.1.Mastektomi ve Benlik Saygısı.....	45
2.2.12. Meme Kanseri ve Cinsel Yaşam Kalitesi.....	47
2.2.13. Mastektomiye Bağlı Olumsuz Değişim Olan Bireylerde Sağlık Profesyonellerinin Sorumlulukları.....	52
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	56
3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi	56
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	56
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	56
3.4. Araştırmanın Soruları.....	57
3.5. Veri Toplama Araçları	57
3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	57
3.5.2. Vücut Algısı Ölçeği.....	58
3.5.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	58
3.5.4. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	59
3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi	59
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	60
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	60
4. BULGULAR.....	61
4.1. Mastektomili ve Sağlıklı Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	61
4.2. Mastektomili Kadınların Tanı ve Tedavi Süreci ile İlgili Bilgi Dağılımı.....	62
4.3. Sağlıklı Kadınlara Ait Bazı Verilerin Dağılımı	65
4.4. Mastektomili Kadınların Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları	66
4.5. Ölçekler Arası İlişkilerin Dağılımı	67
4.6 Sosyo-demografik Değişkenlerin ve Bazı Verilerin Ölçeklere Göre İlişkilerinin Dağılımı.....	69
4.6.1 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı.....	69
4.6.2 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	70

4.6.3.	Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Çocuk Sayısına Göre Dağılımı	72
4.6.4.	Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Ameliyattan Memnuniyete Göre Dağılımı	73
4.6.5.	Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Hastalık Evresine Göre Dağılımı.....	74
4.6.6.	Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Aylık Gelire Göre Dağılımı.....	76
4.6.7.	Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Kemoterapi Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	77
4.6.8.	Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Radyoterapi Alma Durumuna Göre Dağılımı	78
4.6.9.	Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Hormonal Tedavi Alma Durumuna Göre Dağılımı	78
5.	TARTIŞMA	80
5.1.	Mastektomili ve Sağlıklı Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerinin Tartışılması.....	80
5.2.	Mastektomili Kadınların Tanı ve Tedavi süreci ile İlgili Bilgilerinin Tartışılması.....	83
5.3.	Sağlıklı Kadınlara Ait Bazı Verilerin Tartışılması.....	86
5.4.	Mastektomili Kadınların Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	87
5.5.	Ölçekler Arası İlişkilerin Dağılımı	93
5.5.1.	Vücut Algısı-Benlik Saygısı İlişkisi	93
5.5.2.	Cinsel Yaşam Kalitesi-Benlik Saygısı İlişkisi	95
5.5.3.	Cinsel Yaşam Kalitesi - Vücut Algısı İlişkisi	96
5.5.4.	Benlik Saygısı, Cinsel Yaşam Kalitesi ile Vücut Algısı İlişkisi	96
5.6.	Sosyo-demografik Değişkenlerin ve Bazı Verilerin Ölçeklere Göre İlişkilerinin Dağılımı	97
5.6.1.	Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Yaşamın Yaş Faktörüyle İlişkisinin İncelenmesi	97
5.6.2.	Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Yaşamın Eğitim Faktörüyle İlişkisinin İncelenmesi	100
5.6.3.	Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Yaşam Kalitesinin Aylık Gelir Faktörüyle İlişkisinin İncelenmesi	101
5.6.4.	Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Yaşam Kalitesinin Çocuk Sayısı Faktörüyle İlişkisinin İncelenmesi	103
5.6.5.	Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Yaşam Kalitesinin Tedavi Türü Faktörüyle İlişkisinin İncelenmesi	104
5.6.6.	Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Yaşam Kalitesinin Hastalık Evresi Faktörüyle İlişkisinin İncelenmesi	106

5.6.7. Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Yaşam Kalitesinin Ameliyattan Memnuniyet Faktörüyle İlişkisinin İncelenmesi.....	106
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	108
KAYNAKÇA.....	112
EKLER.....	136
EK 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
EK 2. Hasta Tanılama Formu	
EK 3. Sağlıklı Birey Tanılama Formu	
EK 4. Vücut Algısı Ölçeği	
EK 5. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	
EK 6. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	
EK 7. Etik Kurul Onayı	
EK 8. Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkez Müdürlüğü Onayı	
EK 9. Özgeçmiş	

SİMGELER VE KISALTMALAR

AJCC	Amerikan Kanser Komitesi Kanser Evreleme Kılavuzu (American Joint Committee on Cancer)
BKI	Beden Kitle İndeksi
CYKÖ	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği
DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation)
HRT	Hormon Replasman Tedavisi
IARC	Uluslararası Kanser Araştırma Kuruluşu (International Agency for Research on Cancer)
KCDÖ	Kadın Cinsel Doyum Ölçeği
KCIÖ	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KLMM	Klinik Meme Muayenesi
LCIS	Lobüler Karsinoma in Situ
MKC	Meme Koruyucu Cerrahi
MR	Manyetik Rezonans
MRM	Modifiye Radikal Mastektomi
RBSÖ	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (Statistical Package for the Social Sciences)
TNM	Tümör Lenf Nodu Metastaz Sistemi
UICC	Uluslararası Kanser Kontrol Örgütü (Union International Against Cancer)
VAÖ	Vücut Algısı Ölçeği

ŞEKİLLER

Şekil 1 2011-2015 Yılları Arası Ölüm Nedeni İstatistikleri

Şekil 2 Yılında Türkiye’de 100.000 Kişide En Sık Görülen İlk 10 Kanser

Şekil 3 2010 Yılı Kanser Yüzdeleri

Şekil 4 2011 Yılı Kanser Yüzdeleri

Şekil 5 Memenin Yapısı

Şekil 6 Memenin Makroskopik Anatomisi

Şekil 7 Meme Kanserinin Gelişim Süreci

Şekil 8 Meme Kanserinde Memede Oluşabilecek Değişiklikler

Şekil 9 Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Türleri

Şekil 10 Meme Kanserinde Uygulanan Mastektomi Çeşitleri

TABLULAR

Tablo 1 Meme Kanserinin Klinik Evrelendirilmesi

Tablo 2 TNM Kalsifikasyonu

Tablo 3 Meme Kanserinin UICC Patolojik Sınıflandırması

Tablo 4 Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları

Tablo 5 Amerikan Kanser Birliği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Rehberi

Tablo 6 Meme Kanserinde Evrelere Göre Tedavi Yöntemleri

Tablo 7 Mastektomili ve Sağlıklı Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri (N=100)

Tablo 8 Mastektomili Kadınların Tanı ve Tedavi Süreci ile İlgili Bilgileri (N=50)

Tablo 9 Sağlıklı Kadınların Kronik Hastalık Dağılımları (N=50)

Tablo 10 Sağlıklı Kadınların Mastektomi Operasyonuna Dair Hislerinin Dağılımı (N=50)

Tablo 11 Mastektomili Kadınların Ölçek Ortalamaları (N=50)

Tablo 12 Ölçekler Arası Korelasyon (N=50)

Tablo 13 Düşük Benlik Saygısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Vücut Algısı Üzerine Etkisi

Tablo 14 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı (N=50)

Tablo 15 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı (N=50)

Tablo 16 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Çocuk Sayısına Göre Dağılımı (N=50)

Tablo 17 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Ameliyattan Memnuniyete Göre Dağılımı (N=50)

Tablo 18 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Hastalık Evresine Göre Dağılımı (N=50)

Tablo 19 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Aylık Gelire Göre Dağılımı (N=50)

Tablo 20 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Kemoterapi Alma Durumuna Göre Dağılımı (N=50)

Tablo 21 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Radyoterapi Alma Durumuna Göre Dağılımı (N=50)

Tablo 22 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Hormonal Tedavi Alma Durumuna Göre Dağılımı (N=50)

MASTEKTOMİNİN BENLİK SAYGISI VE CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

1. GİRİŞ

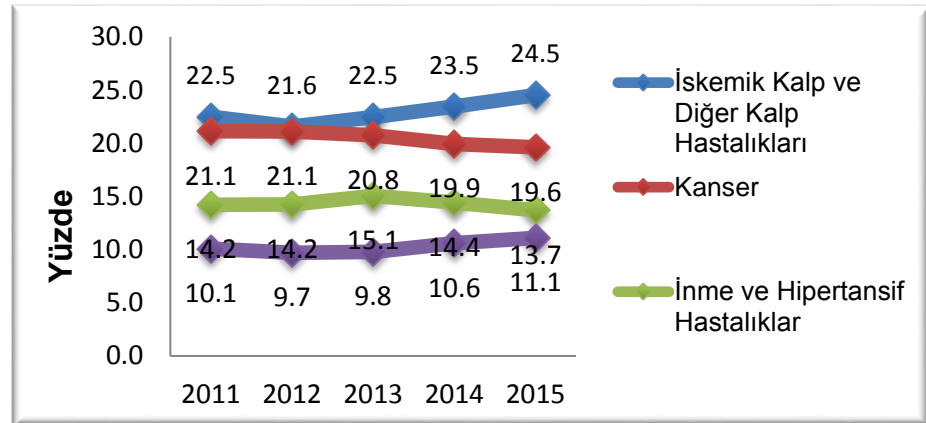
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar, dünyada ve ülkemizde her geçen gün artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2010 yılında yaptığı istatistiklere göre, bu hastalıklar dünya genelindeki ölümlerin en başında gelen nedenlerdendir (DSÖ 2008).

Kronik hastalıkların en çok görülenleri;

- Diyabet (% 3),
- Kronik solunum yolu hastalıkları (% 12),
- Kanseler (% 21),
- Kalp ve damar hastalıkları (% 48) 'dır (Karakuş 2016).

Ülkemizde yapılan başka istatistiklerde de kronik hastalıkların neden olduğu ölüm oranları vurgulanmıştır. Bu durum Şekil 1'de görülmektedir.

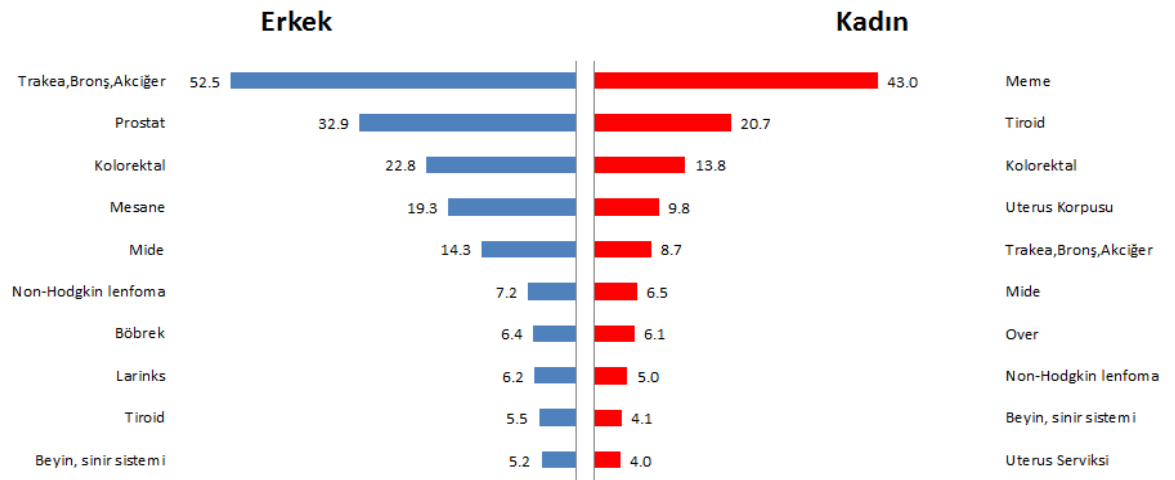


Şekil 1 2011-2015 Yılları Arası Ölüm Nedeni İstatistikleri (T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Daire Başkanlığı. (2010-2011-2013-2014-2015). Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser/istatistikleri> Erişim Tarihi 11.12.2018)

Kanser, tıbbi ve fiziksel bir hastalık olduğu gibi, bireye ve ailesine yoğun bir şekilde endişe yaşatan günümüzün en önemli sağlık problemlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) araştırma sonuçlarına göre; kanser, gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde beş yaşından sonra ilk üç ölüm nedenlerinden birisini oluşturmakta, tüm ölümlerin % 10'u kanser nedeni ile meydana gelmektedir (Özer ve Karamanoğlu 2006). Ülkemizde ki 2015 yılı resmi rakam değerlendirmelerine göre, bir yıl içerisinde yaklaşık 67.200 kadın ve 96.200 erkek bireyin kanser teşhisi aldığı belirtilmiş olup, 27.022 kadın ve 49.946 erkek ölümlerinin kanser nedeniyle olduğu saptanmıştır. Dünya'da en çok tanı alan kanser türleri:

- Kolon (%9,7)
- Meme (%11,9)
- Akciğer (%13,0) 'dir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Daire Başkanlığı. (2010-2011-2013-2014-2015). Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser/istatistikleri> Erişim Tarihi 11.12.2018).

Türkiye istatistiklerinde de benzer durum görülmektedir. Bu durum Şekil 2'de gösterilmiştir.



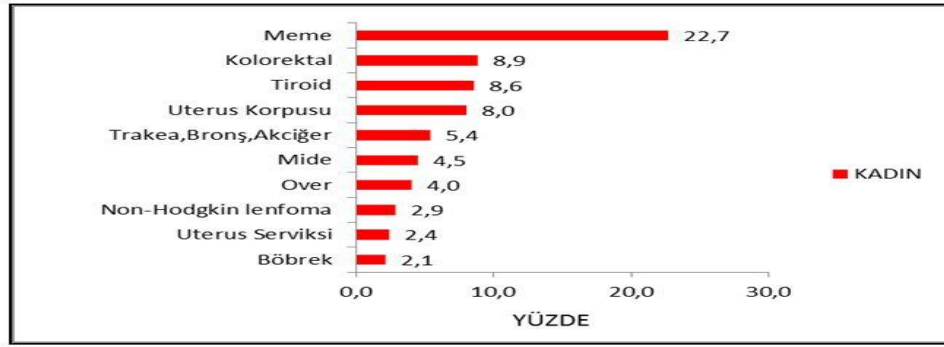
Şekil 2 2014 Yılında Türkiye'de 100.000 Kişide En Sık Görülen İlk 10 Kanser (T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Daire Başkanlığı. (2010-2011-2013-2014-2015). Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser/istatistikleri> Erişim Tarihi 11.12.2018)

Erkeklerde tütün ve tütün ile ilişkili madde kullanımına bağlı kanserler (akciğer ve prostat) ilk sıralarda yer almakta iken, kadınlarda “meme kanseri” ciddiyetini korumaktadır (Bkz. Şekil 2).

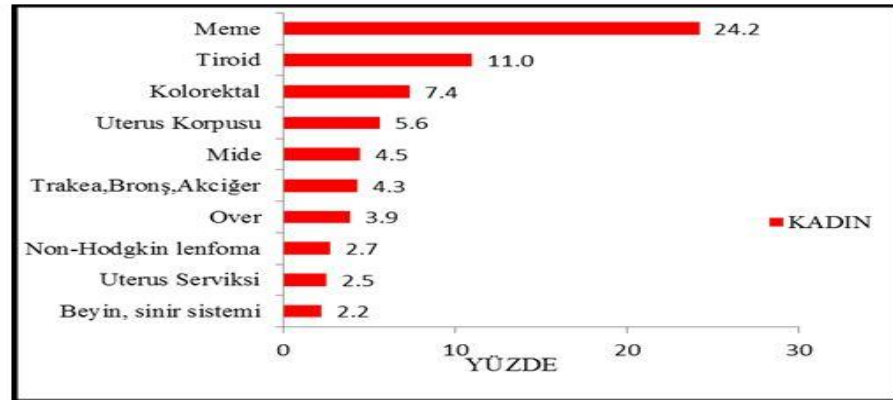
Meme kanseri, kadının bedeninde değişiklik yaratarak, sağlığını ciddi düzeyde tehdit eden, önemli hastalıkların en başında gelmektedir. Kötü huylu olarak adlandırılan tümörler (malign), meme dokusunda bulunan epitelyal kökenli hücrelerden meydana gelerek meme kanseri olarak adlandırılmaktadır (Arıkan 2001; Acar 2009). Dünyada kadınlar arasında en sık görülen meme kanseri tüm kanserlerin yaklaşık olarak %30’unu oluşturmakta olup, akciğer kanserinden sonra ikinci sırayı almaktadır. 2008 yılı istatistiklerinde, meme kanserine yakalanan kadın oranınının 1,38 milyon civarında olduğu bildirilmiştir. Günümüzde en önemli sağlık sorunlarının başında gelen meme kanseri tanısını her 4 kadından biri almaya devam etmektedir (IARC 2010).

T.C. Sağlık Bakanlığı’nın 2000 yılı verilerine göre, %24,96’lık bir oran ile kanser türleri arasında meme kanserinin ilk sırada yer aldığı, meme kanseri görülme sıklığının ise yüz binde 10,02 olduğu bildirilmiştir (Öztekin 2006). Türkiye’de yapılan istatistiklere göre de kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olduğu sonuçlarda açıktır. Meme kanseri görülme sıklığı 2006 yılında 100.000’de 37,6 iken bu sıklık 2008 yılında 41,6’ya yükselmiştir. Meme kanserli kadın sayısı 1999 yılında 8.879 iken, 2003 yılında 12.772’ye yükselmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Daire Başkanlığı. (2010-2011-2013-2014-2015). Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser/istatistikleri> Erişim Tarihi 11.12.2018).

Türkiye’de kadınlar arasında ölüm nedenlerinin başında gelen meme kanserinin görülme oranı yıllara göre artmaktadır. Bu durum Şekil 3 ve Şekil 4’te gösterilmiştir.



Şekil 3 2010 Yılı Kanser Yüzdeleri (T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Daire Başkanlığı. (2010-2011-2013-2014-2015). Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser/istatistikleri> Erişim Tarihi 11.12.2018)



Şekil 4 2011 Yılı Kanser Yüzdeleri (T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Daire Başkanlığı. (2010-2011-2013-2014-2015). Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser/istatistikleri> Erişim Tarihi 11.12.2018)

Meme kanseri görülme sıklığının giderek artması, erken evrelerde tanı alması mümkün olup, tedavi edilebilir olması günümüzde meme kanserinin önemini daha da arttırmaktadır. Yağdan zengin diyet, alkol kullanımı, uzun süren östrojen tedavisi gibi faktörler risk etmenleri arasındadır (Akça 2002; Arslantaş 2014).

Günümüzde meme kanserinde henüz olanaklı uygulamalarının olmaması nedeniyle birincil koruma yerini tedavi şansını arttırmaya yönelik olan ikincil koruma

önlemlerine bırakmıştır. Meme kanserinden meme meydana gelen ölüm oranları erken tanı yöntemiyle azalmakta, meme koruyucu cerrahi (MKC) yapılabilme olanağı doğmaktadır. Erken dönemde kadınların memelerindeki normal olmayan değişimleri fark etmesi, erken tanı ve tarama yöntemleri ile amaçlanmaktadır. Meme kanserinin erken dönemde fark edilmesini sağlayan mamografi, kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KLMM) günümüzde kullanılan erken tanı ve tarama yöntemlerindedir (Canbulat 2006; Arslan 2007).

Meme kanseri birçok faktör ve demografik özelliklerden etkilenen, tedavisinde farklı seçimlerin yapılabilindiği bir malignitedir. Meme kanseri tedavisi olarak cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve hormon destek tedavisi (HRT) günümüzde en çok kullanılan yöntemlerdendir (Seyhan 2012).

Kronik hastalıklar, bireyin ruhsal durumunu olumsuz etkilemenin yanında, hem bireysel hem de toplumsal boyutta ekonomik problemlere de neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar, kanser, diyabet, kalp damar hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, deri hastalıkları gibi birçok hastalığın psikolojik sorunlar ortaya çıkardığını saptamıştır. Kronik hastalıkların neden olduğu fiziksel ve psikolojik etkiler ile bireyin beden algısı ve benlik saygısı olumsuz etkilenmekte bu durum hastalıkla ve hastalığın getirdikleri ile baş etme mekanizmalarının devre dışı kalmasına neden olmaktadır (Acar 2009; Çalışkan 2009; Ayaz 2012). Yapılan bir çalışmada kanser tanılarının tüm fonksiyonel yaşamı ve psikolojik fonksiyonları etkilediği görülmüştür (Aydın Bektaş 2005).

Mastektomi meme kanserinin de temel cerrahi tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. Cerrahi girişim “meme” nin kaybına yol açarak kadının benliğine tehdit unsuru oluşturmaktadır (Aydın 2003; Çevik 2003). Cerrahi girişim ile memenin alınması, hastaların dış görünüşünde büyük değişiklik yaratan bir faktördür. Fiziksel olarak görünümü etkileyen bir organın kayba uğraması hastalar için yıkıcı olabilmektedir (Uzun 2009).

Bütün uygarlıklar boyunca “meme” kadında hem estetik görünüm, hem de bereket simgesi olarak kabul edilmiştir. Meme putların heykellerinde doğurganlık, verimlilik ve bereket sembolü olarak vurgulanmıştır. Memeleri büyük ve kalçaları geniş kadın imajı Anadolu uygarlıklarında doğurganlığı ve bereketi temsil etmektedir.

Günümüzde ise kadınlar, memenin bedenlerinde saklı ve gizemli bir organ olduğuna inandırılarak yetiştirilmektedir. Memenin açıklığının kapatılması gereği, başkası tarafından görülmesi ve dokunulmasının yanlışlığı toplumsal bir tabu olarak kabul edilmiştir. Meme, bebek için beslenme, ergenlik döneminden itibaren kadınlığın sembolü, karşı cins için ise cinsellik işlevi kazanmıştır (Aydın 2003; Çevik 2003; Okanlı 2004).

Kadın açısından önemi büyük bir organ olan memenin kadınlığın ve cinselliğin belirgin sembolü olarak görülmesi, kanser tanısı nedeniyle cerrahi girişim yapıldığında kadının beden imajına, annelik, cinsellik, çekicilik duygularına karşı bir tehdit oluşturmaktadır (Çavdar 2006). Bu durumun sonucu olarak meme kaybı birçok psikososyal soruna neden olmaktadır. Sosyal izolasyon, depresif görünüm, öz güvende azalma çaresizlik, üzüntü, sürekli ağlama, öfke, ümitsizlik, içe kapanma, endişe, kendine yetememe, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, ölüm korkusugibi birçok psikososyal problem yaşanmaktadır. Bu problemler bireyin kendini ve bedenini algılamasında olumsuz rol oynamaktadır. Olumsuz etkilenen benlik ve beden algısı bireyin cinsel yaşamını da etkileyebilmektedir (Çalışkan 2007; Karaöz 2008).

Mastektomi ameliyatı; fiziksel görünümün etkilenmesiyle birlikte vücut algılarında değişimler yaşanması, benlik saygılarında azalma, cinsel yaşamın etkilenmesi gibi sorunları beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla da cinsel yaşam sorunları sıklıkla eş uyumu sorunlarına neden olabilmektedir (Sertöz 2002; Sertöz ve diğ. 2004). Yapılan bir çalışmada total mastektomi ameliyatının beden imajı ve benlik saygısını olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Sertöz ve diğ. 2004). Tedavi türlerinin beden imajını etkileme durumunun incelendiği bir çalışmada cerrahi tedavinin beden imajını ve benlik saygısını azalttığı görülmüştür. Yine aynı çalışmada genç meme kanserli kadınların daha düşük benlik saygısı geliştirdikleri, beden imajı ve cinsellik ile ilgili daha fazla kaygı duydukları ve duygu durumu değişikliği yaşadıkları, bununla beraber genç yaş grubundaki kadınların ileri yaş grubu hastalara göre daha fazla cinsel sorun yaşadıkları bildirilmiştir (Ayaz 2012).

Meme kanseri tanısı alan bireylerin aile üyeleri de bu durumdan etkilenmektedir. Meme kanseri kadınların çoğu ve eşleri aile düzensizliğinden, depresyon, anksiyete, intihar girişimi, düşük benlik saygısı ve cinsel problemlerden yakınmaktadır (Johansson ve diğ. 2003; Kaya 2016).

Meme kanserinin bireylerde birçok sorun meydana getirmesi sağlık çalışanlarının meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını kapsamlı bir şekilde gözden geçirmesini, bireyi bütüncül bir yaklaşım içinde değerlendirmelerini ve girişimlerini bu yönde planlamaları gereğini doğurmuştur (Özyurt 2007).

Bu araştırma mastektominin kadınlarda benlik saygısı ve cinsel yaşam kalitesine etkilerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Memenin Anatomi ve Fizyolojisi

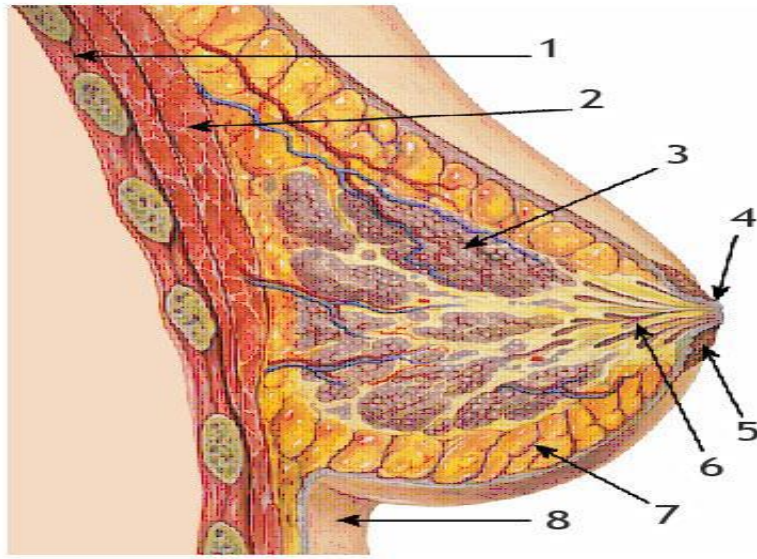
Vücudumuzda salgılama görevi yapan meme, 2. ve 6. kostalar arasında yatay olarak, toraks üzerinde dikey olarak, sternum ile orta aksiler hat arasında simetrik olarak yer almaktadır. Normal bir memenin dış yüzeyinde kitle, gamzeleşme veya çekilme gibi bulgular bulunmamaktadır. Memenin anatomik katları deri tabakası, deri altı dokusu, meme bezi ve meme arkasın da ki gevşek bağ dokusundan meydana gelmektedir (Dean 2008; Şaylık 2010).

Deri tabakası: Memenin merkezinde bulunan koyu renkli alana areola denilmektedir. Morgagni tüberkülleri areola altında bulunmakta olup, yağ bezlerinin çıkıntılarında oluşmaktadır. Porilactiferi adı verilen 15-20 adet papilla ucunda bulunan deliklere süt kanalları açılmaktadır. Papilla derisinin alt kısmında düz kas lifleri yer almaktadır (Sakallı 2013).

Deri altı dokusu: Meme bezinin çevresini saran deri altı yağ dokusuna aynı zamanda yağ kapsülü de denilmektedir. Panniculus adipozus adı verilen kısımlara ayrılmakta olup, areoladan dışa doğru kalınlaşan bir yapıya sahiptir. Cooper ligamentleri, fibröz liflerin meme loblarını çevreleyerek memenin derin fasyasına yapışmasıyla meydana gelmektedir (Kabataş Saral 2008; Sakallı 2013).

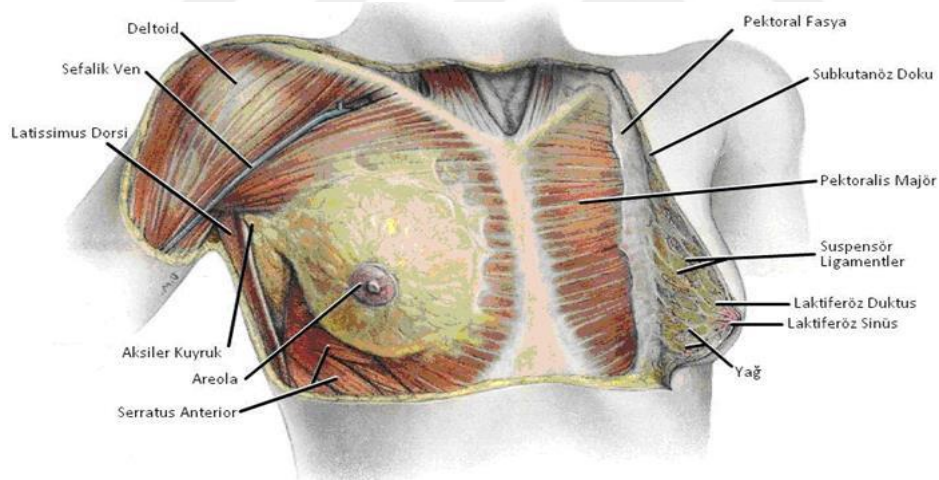
Meme bezi: Glandula Mammaria adı verilen meme bezi, alveolar bir yapıya sahiptir. 12-20 adet lobdan oluşan bu bezin tüm kanalları ayrıdır. Lobulusları meydana getiren loblar vasküler, duktal ve areolar dokularla bağdaşmaktadır. Lobuluslara açılan asinüslerin kanalikülleri bulunmaktadır. Bu kanaliküllerden duktuslar ve ampulla (sinüs laktiferileri) meydana gelmektedir. Yağ dokusu ve stroma (konnektif doku) glandula da bulunan salgı elemanlarındandır (Sakallı 2013; Seçgin Sayhan 2013).

Meme arkası gevşek bağ dokusu: Memenin yerleştiği M.Pectoralis majorun fasyası ile meme bezi arkasında kalan kapsula adipozanın arasında bulunmaktadır. Gevşek bağ dokusunun görevi memenin fasya pektoralis önünde hareketini sağlamaktır. Gevşek bağ dokusu ile meme kapsülü ortasında kalan bölüme “fossa retromammaria“ denilmektedir (Sakallı 2013; Seçgin Sayhan 2013). Memenin yapısı ve makroskopik anatomisi Şekil 5 ve Şekil 6’da gösterilmiştir.



- 1-Göğüs Duvarı
- 2- Pektoral adale
- 3- Süt bezi lopları
- 4- Meme başı
- 5-Areola
- 6-Süt kanalları
- 7- Yağ dokus
- 8- Cilt

Şekil 5 Memenin yapısı (Seçgin Sayhan 2013)



Şekil 6 Memenin Makroskopik Anatomisi (Baykal ve Şahin 2012)

Göğüs duvarının ve meme de bulunan 3 grup ven venöz kanın taşınmasını sağlamaktadır. Bu venler;

- I. V.torasika internanın perforan dalları,
- II. Aksiller vene dökülen dallar,
- III. İnterkostalis posterior'un interforan dallarıdır (Biçer 2010; Sakallı 2013).

Bu venler santralda V.azygosaya arkada ise vertebralven pleksusuna, açılmaktadırlar. Bu venöz yollardan herhangi biriyle tümör embolileri kalbe ve akciğerlere ulaşmakta olup, bu sayede lenfatiklere girmeyen meme karsinomu, venöz sistem yoluyla akciğerlere direkt metastaz yapabilmektedirler (Biçer 2010; Sakallı 2013; Seçgin Sayhan 2013).

Meme kanserinin yayılma süreci lenf yolları ile olmaktadır. Lenf sistemi kanser de uygulanacak tedavi türünün belirlenmesinde ve metastaz durumunun ortaya konmasında etkili olduğundan lenf sisteminin ayrıntılı olarak bilinmesinde yarar vardır (Çağlar 2007; Biçer 2010).

Derin lenfatiklerle derinin hemen altında bulunan yüzeysel lenfatiklerin %75'i aksillaya, memenin internal lenf nodüllerine ise %25'i açılmaktadır. Aksillada bulunan lenf nodüllerinin sayısı yaklaşık 53 adettir. Aksiler lenf nodları 6 gruba olarak ayrılmaktadır. Bunlar;

Grup I. Eksternal mamarian lenf nodları

Grup II. Skapular lenf nodları

Grup III. Santral lenf nodları

Grup IV. İnterpektoral lenf nodları (Rotter)

Grup V. Aksiler lenf nodları

Grup VI. Subklavikular lenf nodlarıdır (Dean 2008; Şaylık 2010; Sakallı 2013).

Meme kanseri kan ve lenf yoluyla metastaz yapmaktadır. Aksiller lenf bezleri, mamarian internal lenf bezleri ve supraklavikular lenf bezleri meme kanserinin bölgesel olarak lenf yolu ile en sık yayılım gösterdiği alanlardır. İlerlemiş evre kanserlerinde diğer organlara da kan yolu ile metastaz olmaktadır. En sık metastaz görülen organlar; akciğer, kemik ve karaciğerdir. Etkilenen organa göre belirtiler ortaya çıkmaktadır (Dean 2008; Şaylık 2010; Sakallı 2013).

Tümörün meme de ki yerleşimi kadranslara göre tanımlanmaktadır. Meme kanserinin kadranslara göre dağılımı;

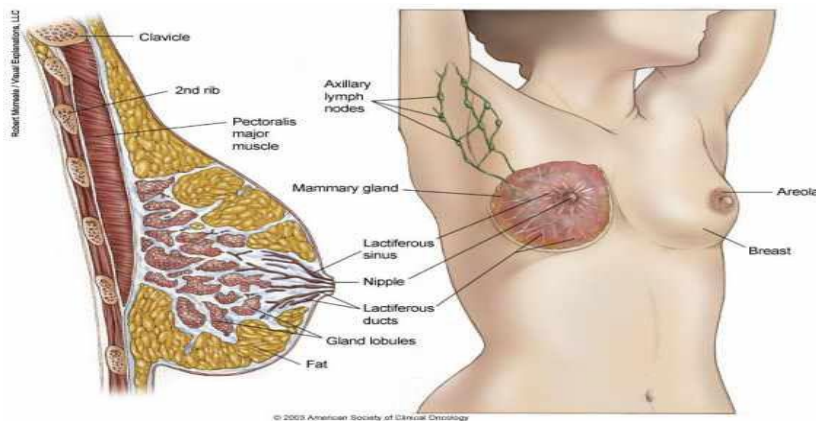
- Alt iç kadranda %6,
- Alt dış kadranda %11,
- Üst iç kadranda %15,
- Areola bölgesinde %18,
- Üst dış kadranda %50'dir (Seçgin Sayhan 2013).

Memenin fiziksel ve anatomik yapısı kadının yaşamında meydana gelen hormonal değişikliklerden etkilenmektedir. Menstruel süreç, gebelik ve laktasyon, memenin mikroskopik yapısında değişim yaratmaktadır (Karaöz 2008).

Çeşitli hormonların etkisi ile meme yapısal gelişimini ve fonksiyonel sürecini tamamlamaktadır. Bu hormonların en önemli olanları; büyüme hormonu, kortizol, prolaktin, tiroid hormonları, oksitosin, östrojen ve progesterondur. Overlerin nörohumoral etkisiyle ve hipotalamus, hipofiz bezlerinin kontrolünde hormonların salgılanması gerçekleşmektedir. Memenin lobüler, alveolar ve duktal yapıları östrojen ve progesteron hormonları sayesinde gelişmektedir (Karaöz 2008; Sakallı 2013; Seçgin Sayhan 2013).

2.2.Meme Kanseri

Kadınlar arasında en sık karşılaşılan meme kanseri süt kanalları ve süt bezlerinde ki hücrelerin kontrolünün sağlanamamasıyla meydana gelmektedir. Görülme oranı artış göstermekte olup, ölüme neden olmaktadır (Key ve diğ. 2001). Meme kanserinin gelişim gösterdiği yapılar Şekil 7'de gösterilmiştir.



Şekil 7 Meme Kanserinin Gelişim Süreci (Meme Kanseri.

<https://www.kanservakfi.org>. Erişim Tarihi:18.02.2018)

2.2.1. Meme Kanserinin Tarihçesi

Hekim Dmhotep M.Ö. 3000-2500 yıllarında meme kitlelerinden bahsederek, tedavisinin bulunmadığını belirtmiştir. Meme kist ve apselerinin kızgın metal ile yakıldığından bahsedilmektedir (Okanlı 2004).

Hippocrates ilk defa M.Ö. 460-370'de "karkinoma" terimini kullanmış ve metastatik meme kanseri ile ilgili ilk bilgi olarak, tüm vücudu etkileyerek, uzaklara yayıldığından, hastanın bu nedenle öldüğünden bahsedilmiştir. Mastektomiden ise M.S. 180 yılındaki kaynaklarda bahsedilmiştir. Radikal mastektomi olarak da adlandırılan cerrahi tedavi standartlarını William Steward Haisted ileri sürmüştür (Çevik 2003). Kanserin primer tümörden oluştuğunu belirten Virchow erken tanı ve cerrahi tedavi arayışlarını başlatmıştır. 1948'de Patey MRM ameliyatından bahsetmiştir (Aygin ve Durat 2006).

2.2.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Dünyada epidemiyolojik bir sorun olan meme kanserinin yaşa göre mortalite oranı en yüksek İngiltere ve Galler ülkelerindedir. Dünyada ülkeden ülkeye meme kanseri sıklığı farklılık göstererek ülkelerin etnik gruplarına ve bölgelerine göre bu durum değişmektedir. Meme kanseri dünyada en fazla Hollanda, İngiltere ve İrlanda ülkelerinde görülmektedir. Bu ülkelerden sonra Amerika (yüz binde 76), İsveç (yüz binde 79,4), Almanya (yüz binde 81,8), Kanada (yüz binde 83,2), Avustralya (yüz binde 84,8), İtalya (yüz binde 86,3), İsrail (yüz binde 96,8), Fransa (yüz binde 99,7), sırayı almaktadır. Meme kanseri insidansı Polonya, Rusya, Güney Afrika, İspanya, Brezilya, gibi ülkelerde yüz binde 40-60'tır. Meme kanserinin en seyrek görüldüğü ülkeler ise Japonya ve Uzak Doğu'dur (IARC 2010; Meme Kanseri. <https://www.cancer.gov> Erişim Tarihi 18.02.2018; T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). http://www.tmhdf.org.tr/Uploads/Editor/files/MemeKanseri_KETEM.pdf Erişim Tarihi 22.12.2018).

Meme kanserinin BatıAvrupa'da ki insidansı yüz binde 89,7 iken Doğu Afrika'da ki insidansı 19,3'tür. Gelişmekte olan ülkelerin meme kanseri insidansı düşük olup; Orta Asya'da yaşa göre insidans yüz binde 12, Doğu Asya'da 6,3, Kuzey Doğu Asya'da 13,4'tür. 2008 yılı verilerine bakıldığında dünyada yeni olgu olarak

saptanan meme kanseri vakası 1,38 milyondur. Meme kanseri en sık saptanan kanserler arasında %10,9' luk oranla dünyada 2. sırada bulunmakta olup, ölüm sıralamasında beşinci olarak yer almaktadır (IARC 2010).

Gelişmişliği az olan ülkelerde erken tanı konulamaması, tedavilerin yetersiz olması sebebiyle meme kanseri mortalite oranı %43'tür (221.000 ölüm /514.000 olgu). Gelişmiş ülkelerde mortalite oranı ise %30 (190.000 ölüm / 636.000olgu) oranındadır. Meme kanserli bireylerde tüm evrelere göre sağ kalım oranları incelendiğinde;

- Gelişmiş ülkelerde beş yıllık sağ kalım oranları%73,
- Gelişmekte olan ülkelerde beş yıllık sağ kalım oranları %53 olarak saptanmıştır (Meme Kanseri. <https://www.cancer.gov> Erişim Tarihi 18.02.2018; T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). http://www.tmhdf.org.tr/Uploads/Editor/files/MemeKanseri_KETEM.pdf Erişim Tarihi 22.12.2018).

Ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir. Bu durum istatistiklerden de anlaşılacağı gibi meme kanseri görülme sıklığı yıllara göre artış göstermektedir:

- 2006 yılında meme kanseri insidansıyüz binde 37,6,
- 2008 yılında meme kanseri insidansı 41,6,
- 2013 yılında meme kanseri insidansı 45,9,
- 2014 yılında meme kanseri insidansı ise 43,0'dır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011).http://www.tmhdf.org.tr/Uploads/Editor/files/MemeKanseri_KETEM.pdf Erişim Tarihi 22.12.2018).

Yapılan araştırmalar da 2030 yılında; meme kanseri tanısı konacak yeni vaka sayısının 27 milyona ulaşacağı, 17 milyon kişinin ölümle karşı karşıya kalacağı ve toplam 75 milyon kişinin kanser tanısı ile yaşayacağı bildirilmiştir. Meme kanserinin ülkemizdeki sıklığıbölgelere göre değişim göstermektedir. Mevcut veriler;

- Doğu bölgelerimizde meme kanseri insidansı yüzbinde 20,
- Batı bölgelerimizde meme kanseri insidansı yüzbinde 40-50 olduğunu göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011). http://www.tmhdf.org.tr/Uploads/Editor/files/MemeKanseri_KETEM.pdf Erişim Tarihi 22.12.2018).

Ülkemizin batı bölgesinin sağlık hizmetlerine olan erişim kolaylığı bölgeler arası meme kanseri insidans farklılığının sebebi olarak gösterilebilir. Örnek olarak; meme kanseri insidansı Samsun da 31,1, İzmir de yüz binde 45,6, Bursa da 30,5, Edirne de 21,4, Erzurum da 30,7, Antalya da 34,7 ve Eskişehir de 35,3, Trabzon da 34,6 olduğu söylenebilir. Toplumdaki sosyal ve kültürel değişiklikler (yaşam süresinin uzaması, geç doğum, gec menopoz, az laktasyon, obezite, diyet, erken menarş, doğum kontrol hapı kullanılması, hormon replasman tedavisi vb.) meme kanseri insidansını arttırmaktadır (Meme Kanseri. <https://www.cancer.gov> Erişim Tarihi 18.02.2018; T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). http://www.tmhdf.org.tr/Uploads/Editor/files/MemeKanseri_KETEM.pdf Erişim Tarihi 22.12.2018).

2.2.3. Meme Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanserinde hastalığın seyrini etkileyen en önemli faktör, tanının erken dönemde konulmasıdır. Meme kanseri risk faktörlerinin incelenerek, muayene ve tetkiklerle tanının erken dönemde konulması bu süreçte yapılacak önemli adımlardandır (Doğdu 2010).

Türkiye’de meme kanserli bireylerde risk faktörleri ile ilgili geniş çalışmalar yapılmıştır. Yaş, cinsiyet, aile öyküsü, daha önce iyi (benign) ya da kötü (malign) huylu meme kanseri geçirmiş olması, regl dönemi düzeni (erken menarş ve geç menopoz),ırk, alkol tüketimi, ilk gebelik yaşı, yüksek BKI, yağdan zengin diyet ile beslenme, menopoz sonrası HRT, oral kontraseptif kullanımı gibi risk faktörler meme kanserini tetikleyen önemli risk faktörlerindendir (Aslan ve Gürkan 2007).

Meme kanseri ile ilgili risk faktörlerinin incelendiği bir çalışma da kadınların %28,1’i 50 yaşından büyük olup, %17,1’i hiç gebelik geçirmemiş, %1,4’ü ilk doğumunu 35 yaşından sonra yapmış, %2,9’u çocuklarını emzirmemiştir. Yine aynı çalışmada BKI>30 dan büyük olanlar %2,9, ilk adeti 12 yaşından önce olanlar %12,9, menapoza girme dönemi 55 yaşından sonra olanlar %1 (n=76), menopoz sonrası kilo alanlar %43,7 (n=76), alkol kullananlar %26,2, geçirilmiş meme hastalığı olanlar %2,9, yakın akrabalarında meme hastalığı bulunanlar %2,4, HRT almış olan bireyler % 34,2 (n=76) ve oral kontraseptif kullananlar %53,8 olarak saptanmıştır (Gülten 2008).

Meme kanseri risk faktörleri şunlardır:

Yaş

Yaşın artması meme kanseri riskini arttırmaktadır. Meme kanserinin 20 yaşında görülmesi ender rastlanan bir durumdur. 30 yaşından sonra artış göstererek, 40'lı yaşlarda hızlanmaktadır. 60'lı yaşlarda artış noktası en üst düzey olan meme kanserinin 80 yaşlarında ki artışı durmaktadır. Yaşla birlikte kanser sıklığının artış göstermesi mevcut kimyasal, çevresel ve hormonal etkilere bağlı olabileceği düşünülmektedir (Gülten 2008; Doğdu 2010).

Meme kanserinin genç hastalarda tekrar etme olasılığının yüksek olması ve agresif seyretmesi, yüksek mortalite oranı tespit edilmiş olması kanser yaşının önemini vurgulamaktadır (Gülten 2008). Yapılan bir çalışma da hastaların ortalama yaşı 47,8 olarak saptanmış olup, hastaların %53,3'ünün (n=152) 50 yaş ve altı , %46,7'sinin (n=133) de 50 yaş üstü olduğu belirtilmiştir (Doğdu 2010).

Cinsiyet

Cinsiyetin kadın olması risk faktörlerinin en başında gelmektedir. Kadınlarda yaşa bağlı olarak erkeklere göre 100 kat fazla meme kanseri gelişme ihtimali vardır. Erkek bireylerde meme kanseri kadınlara göre % 46 daha az görülmekte olup, erkeklerde meme kanseri görülme oranı % 1 dir. Meme kanserli vakaların % 99'unu kadınlar, % 1'ini erkekler meydana getirmekte olup, %90 vakada östrojen reseptörünün (ER) pozitif olduğu saptanmıştır (Gök Uğur 2009).

Aile Öyküsü

Birinci dereceden akrabada meme kanseri öyküsü önemli bir risk faktörüdür. Meme kanserinin bir tane birinci derece akrabada olması, kanser riskini 1,8 kat artırır. İki tane birinci derece akraba olması ise kanser riskini 2,9 kat arttırmaktadır. Meme kanseri geçirme yaşı 30 yaşından önce olan akraba varlığında ise bu risk 2,9 kat, meme kanseri tanısını 60 yaşından sonra alan akraba da ise risk 1,5 kat artmaktadır (Şaylık 2010; Kartal 2012).

Genetik Faktörler

Genetik faktörlerin %25 oranda etkili olduğu bilinmektedir. BRCA-1 ve BRCA-2 meme kanseri hastalarında bulunan genlerdendir. Kalıtsal meme kanserli hastalarda BRCA-1 geni sorumlu olup, BRCA-2 geni ise daha çok erken yaşta görülen ve çift taraflı meme kanserinden sorumludur. Kanser riskinin %90 olduğu düşünülen bireyler BRCA-2 genini taşımaktadırlar (Meme Kanseri. <https://www.cancer.gov> Erişim Tarihi 18.02.2018).

Menstruel Öykü

Kadınların adet döneminin 12 yaşından önce olması ve 55 yaş sonrası menapoz dönemi geçirmiş olmaları fertil çağı uzatmaktadır. Östrojen hormonu bu dönemlerde kadınları daha fazla etkilemekte olup, meme kanseri riskini artırmaktadır. Östrojen hormonuna maruz kalınan sürenin az olması meme kanserine karşı koruyuculuğu arttırmaktadır. 45 yaşında menopoza girmiş kadınlar, 55 yaşında menopoza giren kadınlara göre meme kanseri olma riskleri 3 kat daha azdır (Şaylık 2010; Kartal 2012).

Meme kanseri ve menopoz ilişkisini açıklayan bir çalışmada kadınların çoğunluğu postmenapoz dönemde tanı almıştır (McCready ve diğ. 2004; Parlar ve diğ. 2005). Başka bir çalışma da araştırmaya katılan bireylerin bir kısmı normal döngüsünde menopoza girmiş olmalarına rağmen, diğer kısmı kanser tedavisi sırasında menopoza girdiği saptanmıştır (Alamış 2017). Şaylık (2010) çalışmasında, meme kanseri tanısı alan olguların %44,6'sının menapoz sonrası dönemde olduğunu, % 55,4 olgunun ise premenapozal+perimanapozal dönemde tanı aldığını saptamıştır.

Hormon Replasman Tedavisi ve Oral Kontraseptif Kullanımı

Menapoz sonrası 16.000 kadının çalışmaya alındığı “Women’s Health Initiative” (WHI) araştırmasında, estrojen ve progesteronla birlikte kullanılan HRT’nin meme kanseri riskini %26 civarında arttırdığı belirtilmiştir. Beş yıl ve üzerinde kullanılan HRT tedavisi riski % 10 oranında artırmaktadır. Estrojenli preparatların kombine preparatlara oranla daha az riskli olduğu bilinmektedir. HRT kullanımı ile meydana gelen meme kanseri riski diğer risk faktörlerinden (aşırı kilo, geç menopoz, alkol kullanımı, 30 yaş sonrası yapılan doğum gibi) farklılık göstermemektedir (Şaylık 2010).

Çalışmalarda oral kontraseptif kullanımının meme kanserine yaptığı etki tartışmalı bir konudur. Anovulatuvar döngüye neden olan oral kontraseptifler koruyucu rolde dirler, fakat kombine preparatlar (estrogen ve progesteron) memede hücre bölünmesini tetikleyebilirler. Menapoz döneminde 10 yıldan uzun süre östrojen tedavisi alan kadınlarda risk artmakta, ilaç kullanımı bittikten 10 yıl sonra risk ortadan kalkmaktadır (Şaylık 2010; Meme Kanseri. <https://www.cancer.gov> Erişim Tarihi 18.02.2018).

Daha Önce Malign ya da Benign Meme Hastalığı Bulunması

Meme kanseri geçirmiş bir kadının hayatında meme kanserine ikinci kez yakalanma riski % 25–30 civarındadır. Meme kanseri öyküsü olan ve tedavi gören kadınlarda, diğer memenin kansere yakalanma olasılığı, diğer kadınlara oranla 3-4 kat fazladır. Memede oluşan atipik hiperplazi, kanser riskini 4–5 kat artırmaktadır. Meme biyopsisinde rastlanan lezyonlar;

- Atipik olmayan hiperplastik lezyon 1,5-2 kat,
- Atipik duktal veya lobüler hiperplazi 4-5 kat,
- Lobüler karsinoma insitu 8-10 kat,
- Duktal karsinoma insitu 4-10 kat meme kanseri riskini artırmaktadır (Şaylık 2010; Sakallı 2013).

Günlük Alkol Alımı

Alkol tüketimi serumda östradiol düzeyini yükselterek, meme kanseri sıklığını artırdığı saptanmıştır. Karsinojenik olan sitotoksik ürünler alkol tüketildiğinde ortaya çıkarak, memenin hücre dokusunda değişikliğe yol açtığı bilinmektedir. Bu durumun nedeni literatürde tam olarak açıklanamamıştır. Günlük olarak 2-3 bardak alkol tüketen kadınlarda meme kanseri riski 1,4-1,7 kat artış göstermektedir. Hiç alkol tüketmeyen kadınların, alkol alımı fazla olan (günde 45 gramdan fazla) kadınlara göre riski 1,46 daha az olduğu belirtilmektedir (Sertöz 2002; Şaylık 2010).

Sigara

Sigara antiestrojenik etki göstererek, meme kanseri oluşumunu desteklemektedir. Bu durumun nedeni literatür de tam olarak açıklanamamakla birlikte,

meme dokusunu azalttığı, meme dansitesini düşürdüğü bilinmektedir. Pasif içici olan bireyler de meme kanseri gelişme riski daha fazladır. Sigara kullanımı genç yaşta ki bireylerde meme dansitesini, ileri yaşa oranla daha çok etkilemektedir (Meme Kanseri. <https://www.cancer.gov> Erişim Tarihi 18.02.2018).

Obezite ve Beslenme Alışkanlığı

Endojen ve estrojen üretimi vücuttaki yağ dokusuna bağlı olarak artış göstermektedir. Yağ dokuları estrojenleri androjenlerden metabolize ederek, serbest estrojen hormon düzeylerini artırmaktadır. Ayrıca fazla kilo alımı globülin düzeyini de azaltarak, aynı etkiyi göstermektedir. Menopoz döneminde fazla kiloların meme kanserini riskini artırdığı bilinmektedir;

- Premenapoz dönemde BKI>35 ise risk 0,7,
- Postmenapoz dönemde BKI>35 ise risk 2 kat artmaktadır (Şaylık 2010; Sakallı 2013).

Aşırı miktarda doymuş yağların tüketilmesi meme kanseri riskini arttırdığı bilinmektedir. Meme kanserinde mortalite ve nüks hızının santral obezite ile orantılı bir ilişkisi olabileceği düşünülmektedir (Şaylık 2010).

Egzersiz

Sedanter yaşamda ki meme kanseri riski hareketli yaşama oranla % 20–30 daha fazla olduğu bilinmektedir. Yağ dokusu belirli periyotlarla (haftada 3 kez gibi) yapılan düzenli egzersiz ile azalmakta olup, aynı zamanda estrojen ve endojen üretimini de azaltmaktadır. Anovulatuvar döngülerin sayısı düzenli egzersiz ile artarak meme kanseri riski azalmakta olduğu bilinmekle birlikte tartışmalı bir konudur (Sertöz 2002; Şaylık 2010).

Radyasyon

Meme kanseri riskinin radyasyona maruz kalınca arttığı bilinen bir konudur. 10 yaş öncesi ve özellikle kız çocuklar da iyonize radyasyon toraks duvarına etki ederek kanser riskini arttırmaktadır. 40 yaş sonrası radyasyona maruz kalmanın ise riski çok az arttırdığı bilinmektedir (Meme Kanseri. <https://www.cancer.gov> Erişim Tarihi 18.02.2018).

Literatürde Hodgkin hastalığı olup radyasyon alan kadınlarda meme kanseri riskinin arttığı belirtilmiştir. Alınan ışının dozu hastalık riskini belirlemektedir. Işınlardan karsinojenik etkilerine meme dokusunun aktif zamanları en fazla risk altında olduğu dönemdir. Örneğin, 21 yaş öncesi tedavi alan bireylerin riski daha yüksektir (Şaylık 2010).

Doğum Öyküsü

Literatür incelendiğinde gebelik geçirmek, birden fazla doğum yapmak ve emzirme süresini artırmanın meme kanseri sıklığını azalttığı tespit edilmiştir (Danielsson ve diğ. 2003). Hiç doğum yapmamış olmak ve ileri yaşta doğum yapmak meme kanseri riskini artıran kriterlerdendir. Günümüzde doğurganlık yaşı 30-40'lı yaşlara ertelenmekte olup, bu yaşlar meme kanseri insidansının arttığı dönemlerdir. İlk çocuğunu 20 yaşından önce doğuran bir kadında, 30 yaşından sonra doğuran bir kadına oranla meme kanseri riski 4 kat daha azdır. Ne kadar erken yaşta doğum yapılarak, emzirme dönemi erken başlarsa meme epitelinin hücreleşmesi erken tamamlanmakta olup, karsinojen maddelerden etkilenmektedir (Danielsson ve diğ. 2003; Şaylık 2010). Tartışmalı olmakla birlikte, emziren kadınların hiç emzirmeyen kadınlara oranla meme kanseri riski 0,5-1,1 kat azalmaktadır. Emzirme dönemi süresinin uzaması ile özellikle menapoz öncesi kadınlarda koruyuculuğun arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. 390 vakanın ele alındığı bir çalışmada vakaların 325'in de (% 83,3) en az 3 ay emzirme süreci yaşadığı saptanmıştır (Şaylık 2010).

Meme kanseri ve küretaj arasında çoğu çalışmada bir ilişki bulunamamasına rağmen, meme kanseri riskinde ki artış ile düşük sayısında ki artışın doğru orantılı olduğu araştırmalarda tespit edilmiştir. Üç ve üzeri sayıda düşük yapan kadınların meme kanseri riski 0,92-1,56 oranında artış göstermektedir. Gebelik hormonlarının kesilmesi ile birlikte meme kanseri riskinin artacağı düşünülmektedir. Gebelik hormonları olan prolaktin, progesteron ve estrojen meme bezlerini laktasyon sürecine hazırlamak için diferansiyasyon yapmaktadırlar. Gebeliğin sonlanması ile birlikte diferansiyasyonu yarıda kalmakta ve meme kanseri olasılığı artmaktadır (Karaöz 2008; Şaylık 2010).

2.2.4. Meme Kanserinin Evrelendirilmesi

Meme kanseri hastalığın yayılması bakımından farklılıklar göstermektedir. Hastalığın prognozunun ve tedavi planının belirlenmesinde, uygulanan farklı tedavilerin birbirileri ile karşılaştırılmasında, hastalığın yayılmasına göre gruplandırmak için evreleme ihtiyacı doğmuştur. Evreleme sağkalım süresinin belirlenmesinde önemlidir (Seçgin Sayhan 2013).

Meme kanserinde evreleme klinik belirti ve bulgulara göre yapılmaktadır. Evreleme de esas alınan tümörün meme dışına yayılım göstermesi ve tümörün büyüklüğüdür (Sakallı 2013). Ülkemizde ve dünyada klinik evrelemede en çok kullanılan sistemler:

- Union International Against Cancer (UICC),
- American Joint Committee on Cancer (AJCC)'nin TNM sistemidir (AJCC 2010).

Meme Kanserinde TNM(Tümör- Lenf Nodu- Metastaz) sistemi, meme kanserini evrelendirmek için oluşturulmuştur.

- T: Tümörün boyutunu,
- N: Lenf bezlerinin durumunu,
- M: Kanserin metastaz yapıp yapmadığını göstermektedir (Sakallı 2013).

Tümörün Boyutu (T): T ve sonrasında gelen 0 ile 4 arasındaki rakamlar tümör boyutunu, deriye ve göğüs duvarına yayılıp yayılmadığını göstermektedir. T den sonra gelen rakam büyük ise tümörün daha büyük ve yaygın olduğunu göstermektedir (Şaylık 2010; Kadı 2011).

Lenf Bezleri (N): N ve sonrasında gelen 0 ile 3 arasındaki rakamlar memeye yakın lenf bezlerine kanserin yayılıp yayılmadığını, yayılım gösterdi ise lenf bezlerinin vücuttaki diğer yapılara göre sabit olup olmadığını göstermektedir. N den sonra gelen rakam büyük ise kanserin ne kadar çok lenf bezine yayıldığını belirtmektedir (Şaylık 2010; Kadı 2011).

Metastaz (M): M ve sonrasında gelen rakam 0 ya da 1 ile gösterilmektedir. M den sonra gelen rakam 1 ise kanser metastaz yapmıştır. Başka bir deyişle, memeye uzak olan lenf bezlerine veya vücudun diğer uzak organlarına yayılım göstermiştir (Şaylık 2010).

Meme kanserinin klinik evrelendirilmesi, TNM kalsifikasyonu ve UICC Patolojik Sınıflandırması Tablo 1, Tablo 2 ve Tablo 3'te gösterilmiştir (AJCC 2010).

Tablo 1 Meme Kanserinin Klinik Evrelendirilmesi.

Tx: Primer tümör değerlendirilememektedir.
T0: Primer tümör ile ilgili bulgu bulunmamaktadır.
Tis: Tümör bulgusu bulunmayan Karsinoma insitu veya Paget hastalığı belirtileri görülmektedir.
T1: Tümör çapı 2 cm veya daha küçüktür.
T2: Tümör çapı 2 cm den büyük, 5 cm den küçüktür.
T3: Tümör çapı 5 cm den büyüktür.
T4: Tümör belirli bir çapta, göğüs boşluğuna veya deriye yayılmıştır.
T4a: Göğüs duvarında tutulum meydana gelmiştir.
T4b: Meme derisinde ülserasyon, ödem veya satellit nodüller bulunmaktadır.
T4c: Memede T4a ve T4b bulguları birlikte görülmektedir.
T4d: Memede İnflamatuvar kanser belirtileri görülmektedir.
Nx: Bölgesel lenf bezleri değerlendirilememektedir.
N0: Bölgesel lenf nodu metastazı olmamıştır.
N1: İpsilateral aksiller lenf nodları palpe edilebilir düzeydedir.
N2: Aksillada lenf nodu metastazı bulunmaktadır.
N3: İnternal mamarian lenf nodlarında metastaz gerçekleşmiştir.
Mx: Metastaz uzaktadır ve değerlendirme yapılamamaktadır.
M0: Uzak metastaz yoktur.
M1: Uzak metastaz vardır.

Tablo 2 TNM Kalsifikasyonu.

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

Tablo 3 Meme Kanserinin UICC Patolojik Sınıflandırması.

<p>pNx Bölgesel lenf nodları değerlendirilememektedir.</p> <p>pNo Bölgesel lenf nodu metastazı bulunmamaktadır.</p> <p>pNo(i-) Bölgesel lenf nodu metastazı bulunmamakta, İHK(-) 'tir.</p> <p>pNo(i+) Bölgesel lenf nodu metastazı bulunmamakta, İHK(+)'tir. Tümör infiltrasyon alanı ≤ 0.2 mm'dir.</p> <p>pNo (mol-) Bölgesel lenf nodu metastazı bulunmamakta, RT-PCR(-)'tir.</p> <p>pNo (mol+) Bölgesel lenf nodu metastazı bulunmamakta, RT-PCR(+)'tir.</p> <p>pNmi Mikrometastaz bulunmaktadır. Tümör infiltrasyon alanı $> 0.2\text{mm}$, ≤ 2.0 mm'dir.</p> <p>pN1 1-3aksiller lenf nodu tutulumu ve sentinel biyopside saptanan İM lenf nodunda mikrometastaz (klinik veya radyolojik olarak görüntülenemeyen)bulunmaktadır.</p> <p>pN1a 1-3 aksiller lenf nodu tutulumu vardır.</p> <p>pN1b Sentinel biyopside saptanan İM lenf nodunda mikrometastaz (klinik veya radyolojik olarak görüntülenemeyen) vardır.</p> <p>pN1c 1-3 aksiller lenf nodu tutulumu ve sentinel biyopside saptanan İM lenf nodunda mikrometastaz (klinik veya radyolojik olarak görüntülenemeyen) vardır.</p> <p>pN1c 1-3 aksiller lenf nodu tutulumu ve sentinel biyopside saptanan İM lenf nodunda mikrometastaz (klinik veya radyolojik olarak görüntülenemeyen) vardır.</p>
--

Tablo 3 (Devam) Meme Kanserinin UICC Patolojik Sınıflandırması.

<p>pN2 4-9 aksiller lenf nodu metastazı veya İM lenf nodlarında klinik ve radyolojik olarak görüntülenebilen tutulum (aksiller tutulum olmaksızın) vardır.</p> <p>pN2a 4-9 Aksiller lenf nodu metastazı vardır. Tümör infiltrasyon alanı en küçük >2mm'dir.</p> <p>pN2b İM lenf nodlarında klinik ve radyolojik (lenfosintigrafi dısı) olarak belirgin olan tutulum (Aksiller tutulum olmaksızın) vardır.</p> <p>pN3 3'ten fazla lenf nodu metastazı bulunmaktadır. Sentinel biyopsi ile tanısı konan mikroskopik İM lenf nodu metastazı + 10 veya daha fazla aksiller lenf nodu metastazı + en az 1 aksiller lenf nodu metastazı klinik ve radyolojik (lenfosintigrafi dısı) olarak belirgin İM lenf nodu metastazı vardır.</p> <p>pN3a 10 dan fazla aksiller lenf nodu metastazı veya infraklaviküler lenf nodu metastazı vardır. En küçük tümör infiltrasyon alanı > 2mm'dir.</p> <p>pN3b 3'ten fazla lenf nodu metastazı + en az 1 aksiller lenf nodu metastazı + sentinel biyopsi ile tanısı konan mikroskopik İM lenf nometastazı +Klinik ve radyolojik (lenfosintigrafi dısı) olarak belirgin İM lenfnodu metastazı vardır.</p> <p>pN3c Supraklaviküler lenf nodu metastazı vardır.</p>

2.2.5. Meme Kanserinde Klinik Belirtiler

Meme kanserli kadınlar da ilk bulgu genelde bir kitlenin var olmasıdır (%70). Memedeki kitle memenin büyüklüğüne ve deriye yakın olup olmamasına bağlıdır. Meme başında akıntı olması kadınların %10'unda ilk belirtiler arasındadır. Kadınların %2-4'ünde meme de enfeksiyon belirtileri mevcuttur (Alamış 2017). Meme kanserinin belirti ve bulguları Tablo 4'te gösterilmiştir (Kılıç Edincik 2008; Balaban 2013; Alamış 2017).

Tablo 4 Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları.

BULGU	BELİRTİ
Memede Kitle	<ul style="list-style-type: none"> • Tesadüf fark edilen ağrısız kitle kadınların %70-80 oranında rastlanan bir durumdur. Kitle 1 cm çapa ulaşmışsa ve deriye yakınsa ele gelebilmektedir. Sağkalım oranı tümörün boyutuna bağlıdır. • Üst dış kadran da en sık (%45) görülmekle birlikte sıklık sıralamasına göre santral, üst iç, alt dış, alt iç kadranlarda bulunabilmektedir. • Sert, ağrısız, cilt ve fasyaya yapışık olan, düzensiz ve sınırlı olan kitleler genelde maligndir. • Fibrokistik değişiklik, makrokistler fibroadenom ve yağ nekrozu ayırıcı tanıda kullanılmaktadır.
Meme Ağrısı	<ul style="list-style-type: none"> • Meme ağrısı en sık başvurulan sebepler arasındadır. • Ağrı erken evrede sık olarak karşılaşılan bir belirti değildir. • Ağrı bir alana lokalize olmuşsa, uzun bir süre geçmiyorsa muayene edilerek, MR çekimi yapılmalıdır. Biyopsi ile değerlendirme yapılması gerekebilmektedir.
Meme Başında Akıntı	<ul style="list-style-type: none"> • Olguların %10'un da ilk bulgu meme başı akıntısıdır. Akıntı genel olarak tek memede, kendiliğinden olmaktadır. Akıntı kanlı veya seröz ya da serö-sanjiöz'dür.
Forgue Belirtisi	<ul style="list-style-type: none"> • Tümör memenin üst kadranında yer aldığında, meme başı tümörün bulunduğu alana doğru çekilmektedir. Böylece tümörün bulunduğu meme dik ve dolgun görünümde olmaktadır.
Meme Başı Değişiklikleri	<ul style="list-style-type: none"> • Meme başında erozyon görüntüsü, ülserasyon ve içe çekilme kanser belirtisi olabilmektedir.
Lenf Nodüllerinde Büyüme	<ul style="list-style-type: none"> • Tümör lenf nodlarına yayılım gösterdiğinde, lenf nodları tıkanırsa nodüllerde büyüme gelişir. Lenf nodülü 5 mm'den büyük ve sert ise metastaz düşünülmelidir.
Kol ödemi	<ul style="list-style-type: none"> • Lenf dolaşımı lenfler tıkanığında, bozulmakta, kolda lenfödem oluşmaktadır.

Yapılan bir çalışmada kadınların şikayetlerini en çok ele gelen kitle (% 92.6) oluşturmaktadır. Bunun yanında yalnız ağrı (% 1), yalnız meme başı akıntısı (% 0.8), ağrı ve meme başı akıntısı birlikte (% 3.1), memede kızarıklık (% 1), saptanmıştır (Şaylık 2010). Meme kanserinde memede oluşabilecek değişiklikler Şekil 8'de gösterilmiştir.



Şekil 8 Meme Kanserinde Memede Oluşabilecek Değişiklikler (Meme Kanserinde Memede Oluşabilecek Değişiklikler. http://www.bsm.gov.tr/docs/Meme_Kanseri%20Bilgi_Notu.pdf Erişim Tarihi: 03.03.2018)

2.2.6. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri

Kanser insanların çoğunda korku yaratan bir terimdir. Meme kanseri taranabilir olması sebebi ile toplum da önemi büyüktür. Günümüzde tanı ve tedavi yöntemleri gelişmiş olup, yaşam süresi erken tanı sayesinde uzamaktadır (Çadır ve diğ. 2004). Erken tanı ile kadının memesi korunmuş olup, yaşam kalitesini yükseltmektedir. Yaşam boyunca kadınların meme kanserine yakalanma olasılığı %11 civarındadır. Bu durum meme kanserinden korunmanın önemini vurgulamaktadır. Batı toplumlarında tarama muayeneleri düzenli olarak uygulanmakta olup, belirti vermeyen (subklinik) meme kanseri ve meme koruyucu cerrahi (MKC) oranları %75'tir. Kendi kendine meme muaynesi (KKMM), fizik muayene ve mamografi meme kanseri erken tanı yöntemleridir (Kılıç Edincik 2008; Ozan Gültekin 2009; Kadı 2011).

Bireylerin tanı ve tarama yöntemlerini kullanmasını sağlayacak yöntemlerin geliştirilmesi, kullanmamasını önlemek için tüm faktörlerin belirlenerek önlemlerin alınması, tanı alma sürecinde gecikmeleri engelleyecek ve yaşam süresinin artmasında, ölüm oranlarının azalmasında, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli adımlardır olacaktır (Seçgin Sayhan 2013).

Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen, erken tanı ve tarama yöntemleri ile başarılı sonuçlara ulaşılan kanser türüdür. Tanı ve tarama yöntemleri konusunda kadınlara bilgi, tutum ve davranış kazandırılmasının önemi büyüktür. Seçgin Sayhan (2013) çalışmasında KKMM yapmayı bilmiyorum diyen %51,8 hasta saptamıştır. Yapılan başka bir çalışmada hastaların tanı ve tarama yöntemleri ile ilgili bilgi aldıkları kaynaklar % 41,4 ile

doktor, % 37,1 ile medya ve %14,8 ile hemşire olarak belirtilmiştir (Gülten 2008). Kendi kendine meme muayenesi sırasında kadınların memelerinde kitle tespit etmeleri durumunda gecikmeden birsağlık kuruluşuna başvurmalarının önemi büyüktür (Şaylık 2010).

Amerikan Kanser Birliği'nin meme kanserinin erken tanısı için önerdiği tarama Tablo 5'te gösterilmiştir (AJCC 2010).

Tablo 5 Amerikan Kanser Birliği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Rehberi.

Yaş grubu	Yöntem	Uygulama sıklığı
20-39	KKKM Klinik muayene	Her ay 3 yılda 1
40 -49	KKKM Klinik muayene Mamografi	Her ay Her yıl Her yıl
50 yaş ve üstü	KKKM Klinik muayene Mamografi	Her ay Her yıl Her yıl

Literatürde son yapılan çalışma sonuçlarına ve Amerikan Kanser Birliği önerisine göre 20-40 yaş arasında ki kadınların 3 yılda bir, 40 yaş üzerindeki kadınlarda taramanın yıllık yapılmasıdır. Taramanın erken yaşta başlatılması yüksek riskli kadınlarda önerilmektedir (AJCC 2010). Meme kanserinde tarama yöntemleri şunlardır:

Kendi Kendine Meme Muayenesi: Kendi kendine meme muayenesi (KKKM) meme kanserinin erken tanısında dünyada ki birçok organizasyon tarafından önerilmektedir. KKMM yöntemi olmayan tarama programları, KKMM yöntemi olan programlara oranla daha yüksek mortaliteye sahip oldukları saptanmıştır. Kadınlar birçok kitleyi KKMM yaparak saptarlar (Çadır ve diğ. 2004). Yapılan bir çalışmada memedeki kitlelerin % 90'nını kadınların kendisinin tespit ettiği ve bu kitlelerin % 25 oranında kötü huylu olduğu belirtilmiştir (Pişkin 2007).Yapılan çalışmalarda düzenli

olarak KKMM yapma oranı %4,3 ile % 75,4 arasında değişmektedir (Çadır ve diğ. 2004; Canbulat 2006; Pişkin 2007). KKMM kadının düzenli olarak kendisinin yaptığı meme muayenesini içermektedir. Memede ki anormal değişimleri erken tespit etmede kullanılan girişimsel olmayan bir yöntemdir. Erken evrede küçük tümörlerin saptanması meme kanserinin ilerlemesini önlemektedir. KKMM, 20 yaş sonrası düzenli olarak her ay yapılmalıdır. Regl dönemi başladıktan 5-7 gün sonra, memelerin gergin ve hassas olmadığı zamanlar uygulama için tercih edilmelidir. Menopoz sonrası dönemde her ay aynı gün KKMM yapılması önerilmektedir (Canbulat 2006; Karaöz 2008; Kaya 2016).

Literatürde meme kanserli kadınların %80'ninin hastalıklarını ilk kez kendileri fark ettiği belirtilmektedir. Bu yüzden meme kanserinin erken tanısında önemi büyük olan KKMM için kadınlar desteklenmelidir. Yapılan bir çalışmada KKMM ile küçük kitlelerin tespit edildiği, 5 yıllık sağ kalım oranının KKMM yapmayanlarda %57, yapanlarda %75 olduğu saptanmıştır. Meme kanserli kadınlarda yapılan başka bir çalışmada, memedeki kitlenin tespit edilme şekli incelendiğinde %63,7'sinin KKMM ile saptandığı bildirilmiştir (Nahcivan ve Seçginli 2003; Çadır ve diğ. 2004; Canbulat 2006). Kendi Kendine Meme Muayenesi yapma türleri Şekil 9'da gösterilmiştir.



Şekil 9 Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Türleri (Pişkin 2007)

Kadınlar meme dokularında farklı olarak meydana gelen, anormal bir değişim, kitle, meme derisinin tahrişi, kızarıklık, memeucu ağrısı, pullanma, meme ucundan akıntı gelmesi gibi normal olmayan durumları hemen bir hekime bildirmelidirler. KKMM yapan kadınlara tarama yönteminin faydaları ve sınırlılıkları ile ilgili eğitim verilmelidir. KKMM düzenli olarak yapıldığında, meme dokusundaki değişimler daha kolay fark edilecektir. Bu değişimlerin her zaman meme kanseri belirtisi olmayacağı

unutulmamalıdır. İnterval kanserlerin saptanmasında da kendi kendine meme muayenesi taramasının yararlı olduğu bildirilmektedir (Pişkin 2007; Karaöz 2008; Gök Uğur 2009).

Gök Uğur (2009)'un çalışmasında kadınlar %69,7'si KKMM bildiğini, %93,2'si KKMM'nin erken tanıda önemli olduğunu düşündüğünü, %72,6'sının KKMM yaptığını, KKMM yapan kadınların %28,3'ü her ay düzenli olarak KKMM yaptığını bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada kadınların %61,7'sinin KKMM yaptığı tespit edilmiştir (Arslan 2007).

Anamnez: Alınan hasta bilgilerinde; ailenin öyküsü, yaş, menopoz yaşı, doğum yaşı, menarş yaşı, meme ile ilgili geçirdiği hastalıklar ve benzeri konular incelenmektedir (Pişkin 2007).

Fizik Muayene: Memenin değerlendirmeye alınması klinik meme muayenesinin en önemli adımıdır. Fizik muayene ayrıca KKMM tarama yöntemine uyum sağlayamayan kadınları (eğitim eksikliği, dil sorunu, korku yaşama gibi) belirleme etkili olmaktadır. Fiziki muayenenin 20-39 yaş arası 3 yılda bir, 40 yaşından sonra her yıl yapılması önerilmektedir (Nahcivan ve Seçginli 2003). Fizik muayene şu şekillerde yapılmaktadır:

İnspeksiyon: Memenin üstü ve kenarlarının görünümü, büyüklüğü, simetrisi, meme derisinde renk değişikliği, meme başının durumu, meme ucunda çekilme, doku kaybı sonrası oluşan lezyonlar ve ödem gibi fiziksel durumlar incelenmektedir (Nahcivan ve Seçginli 2003; Pişkin 2007).

Palpasyon: Kişi önce oturtularak sonra yatar duruma getirilerek fizik muayenesi yapılır. Kitle varlığında, kitlenin şekli, çapı, sınırları, yoğunluğu, yumuşaklığı, lokalizasyonu, hareketlilik durumu saptanmaktadır. Aksiller ve subklavikular lenf nodlarının kontrolü yapılmaktadır (Nahcivan ve Seçginli 2003; Pişkin 2007).

Mamografi: Mamografi hem tarama yöntemi olarak hem de tanısal amaçla kullanılan en temel görüntüleme yöntemidir. Röntgen filmi üzerine düşük doz X ışınları verilerek meme dokusunun görüntüsü çekilmektedir. Bireyin yaşına ve memenin tipine göre mamografi duyarlılığı değişebilmektedir. 30 yaşöncesi kadınlarda memenin

dokusunun yoğun olması ve yağ dokusunun düşük olması nedeniyle mamografi çekimi sınırlıdır (Arslan 2007; Çağlar 2007).

Ultrasonografi: Ultrasonografi genç gruplarda öncelikli olarak kullanılan mamografiyi tamamlayıcı görüntüleme tekniğidir. Meme görüntüsü ses dalgalarından yararlanılarak alınmaktadır. Palpe edilebilir kitle bulunmayan, 35 yaş altı, hiç doğum öyküsü bulunmayan ve ya az doğum yapmış kadınlarda, primer inceleme yöntemidir. Radyasyon riski bulunmayan, kolay kullanıma sahip bir tekniktir (Çağlar 2007).

Dukta Grafisi (Galaktografi): Değerlendirmesinde meme başı akıntısı olan hastaların esas alınarak, kontrast madde ve katater kullanılarak meme başından duktus içerisine girilen mamografik bir yöntemdir. Meme başı akıntılarının patolojik incelenmesinde kullanılmaktadır (Pişkin 2007).

Termografi: Görüntüleme de önemli olan meme yüzeyinde ki ısı değişiklikleridir. Termografi infrared ışınlarla hassas bir kamera ile meme tümörlerinin yaydığı ısının kaydedilmesi sürecine dayanan bir tanı yöntemidir (Pişkin 2007).

Kserografi: Memenin X ışınları sayesinde elektrik yüklü selenyumlu levhalarda görüntüsünün alınmasıdır. Meme doku ve yapısında ki bozukluklar ile ilgili mamografiden daha net sonuçlar vermektedir (Çağlar 2007).

Manyetik Rezonans (MR): Mamografiyi bütünleyici bir yöntem olarak kullanılan güçlü manyetik alana sahip olan manyetik rezonans (MR) günümüzde sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Radyo frekans dalgaları ile değişik dokuların farklı yoğunluklarda sinyal vermeleri temeline dayanmaktadır (Çağlar 2007). Operasyon geçirmiş memelerde, cerrahi iz ile kötü huylu tümörlerin saptanmasında, tanı sonrası radyoterapi alan konservatif cerrahi uygulanan memelerde, protezolan memelerde parankim doku patolojilerinin ve protez rüptürlerinin incelenmesinde, implant kopmalarında, ultrasonografi ve mamografiye göre MR daha kesin sonuçlar vermektedir. Özellikle birden çok kanser odağının aranması gereken yoğun memelerde, meme koruyucu cerrahi (MKC) ameliyatı geçirmiş kadınlarda ameliyat yerinde nüksün değerlendirilmesinde manyetik rezonans primer tanı yöntemidir (Canbulat 2006; Şaylık 2010).

Biyopsi: Oluşan doku değişiklikleri ile kanser gelişen memenin kesin tanısı biyopsi ile konulmaktadır (Şaylık 2010). Çeşitli biyopsi çeşitleri bulunmaktadır:

- **Aspirasyon Biyopsisi:** Sitolojik olarak tanı konması amacı ile ince aspirasyon iğnesi ile hücrelerin alınmasıdır (Biçer 2010; Şaylık 2010).
- **Kor (Core) İğne Biyopsisi:** Küçük dokulardan örnekler bu yöntem ile alınmaktadır (Şaylık 2010).
- **Açık Biyopsi:** Kesin tanı konulmasını sağlayan bu yöntem, küçük bir cerrahi müdahale ile şüpheli alanın bir kısmının ya da tamamının çıkarılıp değerlendirilmesidir. Kalın iğne biyopsisi ve ince iğne aspirasyon biyopsisinin uygulanamadığı durumlarda yapılmaktadır (Çağlar 2007; Biçer 2010).
- **Eksizyonel Biyopsi:** Meme dokusundaki lezyonun tamamının çıkarılmasıdır (Şaylık 2010).
- **İnsizyonel Biyopsi:** Memedeki kitlenin bir kısmının alınmasıdır (Şaylık 2010).
- **Sentinel Node Biyopsisi:** Tümörün aksiller lenf nodlarına yayılıp yayılmadığını anlamak için cerrahi işlem sırasında uygulanmaktadır (Biçer 2010).
- **İsaretleme Biyopsisi:** Ultrasonografi veya mamografi yardımıyla, fiziki muayene ile anlaşılabilen tümörlerde, yapılan biyopsi çeşididir (Biçer 2010).

2.2.7. Meme Kanseri Tedavisi

Meme kanserinin tedavisinde de primer cerrahi olmak üzere, kemoterapi, radyoterapi ve hormon replasman tedavisi (HRT) gibi çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Tedavi yöntemlerinin her biri tüm hastalar için uygun olmayabilir, bu yüzden kombine tedavi yöntemi uygulanabilmektedir (Çağlar 2007). Lokal ve sistemik olmak üzere meme kanserinin tedavisi ikiye ayrılmaktadır. Lokal tedavi direkt olarak memeye, tümöre, lenf nodlarına veya memenin diğer spesifik bölgelerine uygulanmaktadır. Cerrahi tedavi ve radyoterapi lokal tedavi grubundadır. Kemoterapi ve HRT gibi tüm vücutta etki gösteren tedavi ise sistemik etkilidir. Meme kanserinde immünoterapi, kök hücre nakli ve kemik iliği nakli gibi uygulamalar yapılmaktadır (Çağlar 2007; Balaban 2013; Erden 2015). Meme kanserinde evrelere göre tedavi yöntemleri Tablo 6'da gösterilmiştir (Şaylık 2010).

Tablo 6 Meme Kanserinde Evrelere Göre Tedavi Yöntemleri.

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 yapılmaktadır.
Evre IV :	Polikemoterapi + Hormon tedavisi

Meme kanserinde tedavi türleri şunlardır:

Cerrahi Tedavi

Günümüzde meme kanseri dünyada ve ülkemizde kanser türlerinden en yaygın olanıdır. Tedavisinde temel taşı cerrahi oluşturmaktadır (Akça 2002). Meme kanserinin erken evresinde cerrahi tedavi olarak uzun yıllar radikal veya modifiye radikal mastektomi (MRM) ameliyatları yapılmıştır. Günümüzde MRM cerrahi tedavi yöntemi olarak kullanılmaya devam etse de, hastaların büyük bir kısmı meme koruyucu cerrahi (MKC) yöntemini tercih etmektedir. Modifiye radikal mastektomi yerini meme koruyucu cerrahiye bırakmıştır. Çalışmalar cerrahi tedavinin başarılı sonuç verebilmesi için klinik olarak çok ilerlememesi gerektiğini bildirmektedir. Hastalığın evrelendirilmesi, tedavinin tam olarak sağlanması, hastalığın nüks etmesinin önlenmesi ve yaşam süresinin uzatılması cerrahi tedavinin temel amaçlarındandır. Hastanın genel durumu, memesinin büyüklüğü, tümörün çapı ve bireyin istekleri ameliyat türüne karar vermede etkili faktörlerdendir (Kabatay Saral 2008; Sakallı 2013; Akçayır 2014). Meme kanserinde uygulanan cerrahi tedavi grupları:

- Meme koruyucu cerrahi (MKC) birinci grup ameliyatlardan olmak üzere, tüm memenin alınmadığı sadece tümörün çıkarıldığı bir operasyondur.
- Mastektomi ise ikinci grup ameliyatlardan olmak üzere, memenin tümünün alındığı cerrahi tedavi yöntemidir. Evre 1 ve 2 meme kanseri hastalarında mastektomi endikasyonu olduğu belirtilmektedir (Akça 2002; Acar 2009).

Meme Koruyucu Ameliyatlar

Meme kanserin de uygulanan cerrahi tedavilerin yaklaşık 1/3'ünü meme koruyucu ameliyatlar oluşturmaktadır (Acar 2009). Bireyin psikolojisinin ve meme kozmetiğinin korunması amacıyla kullanılan bir yöntemdir. MKC de tümör ile birlikte bir miktar normal doku çıkarılmaktadır. Kalan meme dokusuna cerrahi tedaviden sonra radyoterapi uygulanması önemlidir. Erken evrede MKC sıklıkla tercih edilen bir tedavi yöntemidir. Uygun kriterleri olan hastaların seçimi meme koruyucu cerrahi için önemlidir (Akça 2002; Acar 2009; Ayaz 2012).

Meme koruyucu cerrahi de amaç kanseri tedavi etmenin yanı sıra geri kalan memede kozmetik sonuçlar elde etmektir (Akça 2002). Meme koruyucu ameliyatların çeşitleri şu şekildedir:

- **Lumpektomi (Genişletilmiş Lokal Eksizyon, Segmental Mastektomi, Tümörektomi, Tilektomi):** Kozmetik sonuçların oldukça iyi alındığı bir operasyondur. Bir miktar normal meme dokusu ile birlikte tümörün ve o taraftaki koltuk altı lenf bezlerinin çıkarılmasıdır. Kalan meme dokusuna radyoterapi uygulanmaktadır (Akça 2002; Acar 2009).
- **Kadranatektomi:** Meme derisi ve pektoral fasyanın da alındığı tümör memenin yaklaşık 1/4'ü ile birlikte (içinde bulunduğu meme kadranı), çıkarılmaktadır. Çıkarılan meme dokusu ve cilt büyük bir alanı oluşturduğundan kozmetik sonuç çok iyi değildir. Aksiller lenf nodülü disseksiyonu meme koruyucu cerrahide memeye uygulanan girişimlere ek olarak uygulanmaktadır (Akça 2002; Ayaz 2012).

Mastektomi

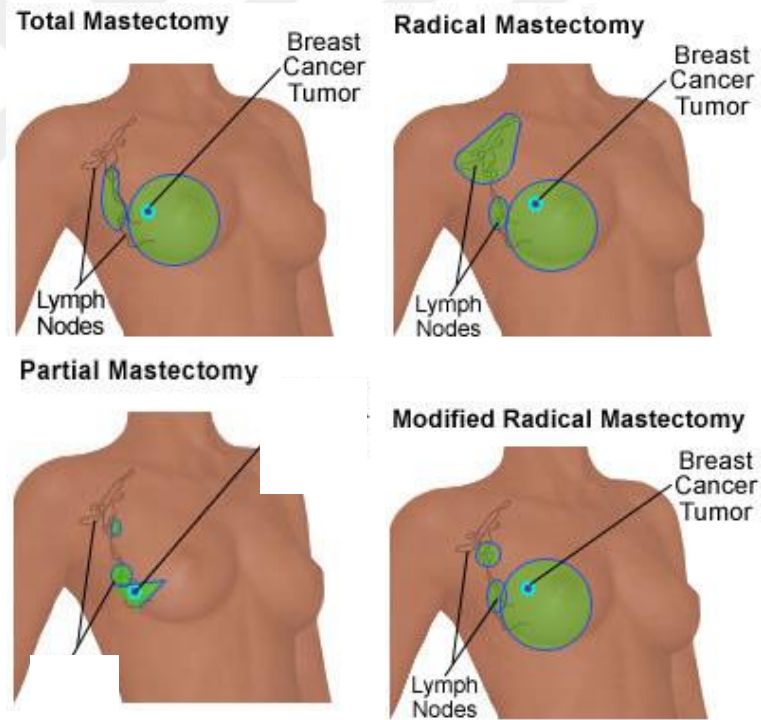
Memenin bir kısmının ya da tamamının cerrahi bir operasyonla çıkarılmasıdır. Meme kanseri tanısı alan her birey mastektomiye adaydır. Kanser koltuk altı lenf

bezlerine veya meme dokusunun diğer bölümlerine metastaz yapmışsa, küçük meme dokusuna sahip olan kadınlarda MKC sonrası memenin deforme olma riski varsa mastektomi uygulanmaktadır. Tercih edilecek mastektomi tekniği, hastanın hastalığına ve klinik durumuna bağlıdır (Sertöz 2002; Acar 2009; Şaylık 2010).

Meme kanseri tedavisinde uygulanan mastektomi türleri şu şekilde sıralanabilir:

- Total Mastektomi
- Modifiye Rradikal Mastektomi
- Radikal Mastektomi
- Parsiyel Mastektomi (Önen Sertöz 2002).

Meme kanserinde uygulanan mastektomi çeşitleri Şekil 10'da gösterilmiştir.



Şekil 10 Meme Kanserinde Uygulanan Mastektomi Çeşitleri (Surgery for Breast Cancer Treatment, Breast Health. <http://www.healthsystem.virginia.edu> Yayınlanma Tarihi 15.01.2015 Erişim Tarihi 29.07.2017)

Total Mastektomi(Basit mastektomi ya da Simple mastektomi): Memenin pektoralis major fasiası ile birlikte tüm meme dokusu, meme derisinin büyük bir kısmı, areola, meme başı çıkarılmaktadır. MKC (Meme koruyucu cerrahi) sonrası hastalığı

tekrarlayan kadınlarda, ileri evre tümörlerinde, yaygın erken evre kanserlerinde, temizlemek amaçlı uygulanmaktadır. Ayrıca kanserden korumaya yönelik, kanser riski yüksek olan kadınlarda da uygulanmaktadır (Dean 2008; Ayaz 2012).

Modifiye Radikal Mastektomi (MRM): Koltukaltı lenf bezlerinin bir bölümü ile birlikte meme dokusunun tümünün çıkarılmasıdır. Cerrahi tedavi türlerinden en çok yapılan ameliyat türüdür. MRM diğer bir tarifile memenin tamamının tümör üzerindeki cilt ile birlikte koltuk altı lenf nodları (level I-II / tutulma varsa level III) ve nipple areola bütünüünün eksizyonudur (Şaylık 2010). MRM ve total mastektomi meme diseksiyonu konusunda benzerlik göstermekle beraber total mastektomi de koltuk altı lenf nodları alınmamaktadır. Memenin göğüs kaslarını saran ince zar kısmı ve nadiren de göğüs duvarı kaslarının da bir bölümü çıkarılmaktadır. Bazı vakalarda pektoralis majore dokunulmadan pektoralis minör de çıkarılabilmektedir. Günümüzde bu ameliyat tüm ülkelerde meme kanserinin standart cerrahi tedavisi olarak kabul edilmektedir (Dean 2008; Acar 2009; Ayaz 2012).

Radikal Mastektomi: Uygulama alanı olmayan fakat tarihsel bir öneme sahip tedavi yöntemidir. Tümörün bulunduğu memenin cilt ile beraber tümü, koltuk altı lenf bezlerinin tamamı, pektoralis minör ve major kasları ve fasyaları alınarak yapılan tedavi türüdür (Şaylık 2010). Günümüzde bu ameliyatın yerini benzerlik gösteren, yan etkileri daha az olan MRM ameliyatı almıştır. Memenin üzerini örten cilt ile birlikte, koltuk altı lenf nodülleri, meme glandı, areola, meme başı, pektoralis minör ve major kasları ve yağ dokusunun çıkarılması olarak bilinmektedir. Radikal mastektomi ciddi fiziksel bozukluklara sebep olmasına rağmen lokal ve bölgesel kontrolde etkili bir tedavi türüdür (Şaylık 2010; Ayaz 2012).

Subkutan Mastektomiler: Bu tedavi türü diğer bir deyişle cilt, meme başı ve areolanın alındığı koruyucu olarak adlandırılan ameliyat olmakla birlikte daha çok önleme amacıyla tercih edilmektedir. Bu ameliyatta bazen meme glandı ve cilt altı yağ dokusu çıkarılırken, meme cildi, meme başı ve areola kısımlarına dokunulmamaktadır. Bazen koltuk altı lenf nodülleri çıkarılabilmektedir (Akça 2002; Acar 2009).

Kemoterapi

Meme kanserinin cerrahi tedavilerinden sonra (özellikle ilk tümör rezeksiyonu sonrası) metastaz riskini azaltmak veya nüks etmeyi önlemek amacıyla adjuvan kemoterapi uygulaması yapılmaktadır. İlerlemiş evre tümörlerinde cerrahi girişime uygun hale getirmek veya esas tümörü küçülterek kozmetik amaçlı ameliyat yapılmasını sağlamak için neoadjuvan kemoterapi uygulanmaktadır (Can ve diğ. 2005; Çalışkan 2009).

Kemoterapi tedavisinde ilaçlar, oral veya intravenöz yolla uygulanmaktadır. Kan dolaşımına verilen ilaçlar, vücudun farklı bölümlerine dağılarak etki göstermektedirler (Şaylık 2010). Kemoterapinin ilk kısmında genellikle, “methotrexate, cyclophosphamide, fluorouracil, epirubicin, paclitaxel (taxol) ve doxorubicin (Adriamycin)” isimli ilaçlar kullanılmaktadır. Kemoterapi de kimyasal maddelerin kullanılması, kötü huylu (malign) tümörlerin tedavi edilmesinde veya kanser hücrelerinin yok edilmesinde ana yöntemi oluşturmaktadır (Şaylık 2010; Sakallı 2013).

Kanserin lokalize olduğu durumlarda cerrahi tedavi ve radyoterapi etkili olurken, kemoterapi hastalığın yaygın olduğu zamanlarda veya metastaz durumlarında da uygulanabilmektedir. Neredeyse tüm kemoterapötik ajanlar DNA'nın işlevini veya sentezini bozarak neoplastik hücreleri yok etmektedirler. Fakat bu ilaçların etkileri, hücre siklusunun aktivite mekanizmalarına göre değişim göstermektedir (Asoğlu ve Keçer 2003; Can ve diğ. 2005; Sakallı 2013).

Kemoterapötik ajanlar; antimetabolitler, alkilleyiciler, bitki alkaloidleri, steroid hormonlar ve antitümör antibiyotikleri olarak sınıflandırılmaktadır. İlaçların hücrenin kimyası ve siklusuna olan etkilerine göre sınıflandırma yapılmaktadır (Acar 2009; Şaylık 2010).

Radyoterapi

Kanser tedavisinde uygulanan temel tedavi yöntemlerinden biridir. Radyoterapinin ameliyat sonrası tekrarları önlediği fakat uzun dönemde yaşam süresine etkisinin olmadığı görülmüştür (Çağlar 2007; Şaylık 2010). Günümüzde ameliyat sonrası radyoterapinin yerini özellikle tekrarlama riski yüksek olan hastalarda

adjuvan kemoterapi almıştır. Ancak, ameliyat sonrası küçük hacimli tümörlerde sınırlı uygulanan cerrahiye bütünlemek amacıyla radyoterapiye ihtiyaç duyulmaktadır. Yaklaşık %60 civarında kanser hastası, uygun görülen bir zamanda radyoterapi tedavisi almaktadır (Çağlar 2007; Şaylık 2010; Sakallı 2013). Meme kanseri tedavisinde primer uygulanan cerrahi tedavisinden sonra uygulanan ek tedavilerin başlıca iki nedeni vardır. Bu nedenlerden ilk olanı, hastalığın meme ve memenin çevre dokularında tekrar oluşmasını engelleyerek, bölgesel olarak kontrolü sağlamaktır. ikincisi sistemik kontrol olmak üzere, hastalığın kan damarları yolu ile meme dışındaki organlara (akciğer, kemik, karaciğer, beyin) yayılmasını önlemektir (Doğdu 2010; Seçgin Sayhan 2013).

Radyoterapi primer olarak bölgesel kontrol amacına yönelik bir tedavi yöntemidir. Hastalık lokal olarak kan yoluyla yayılmaya neden olabildiğinden, hastalığın lokal olarak engellenmesi ile beraber dolaylı olarak sistemik kontrol de sağlanmaktadır (Çağlar 2007).

Radyoterapi çoğu zaman cerrahi tedavinin ardından yapılmaktadır. Yaygın olarak kullanılmamakla birlikte, bazen cerrahi girişimle çıkartılması mümkün olmayan tümörlerde, tümörün boyutunu küçültmek amacıyla cerrahi tedavi öncesinde de uygulanabilmektedir (Şaylık 2010). Hastalık metastaz yaptığında (özellikle kemik ve beyin) hastalığa bağlı şikayetleri azaltmak veya tamamen ortadan kaldırmak için de radyoterapi uygulaması kullanılabilir (Çağlar 2007). Radyoterapi harici ve dahili olarak iki yöntemle uygulanmaktadır:

- Harici olarak uygulanan radyoterapi, sağlık kurumlarının radyoterapi birimlerinde tedavi zamanının tümörün boyutuna ve tipine göre değiştiği, hafta sonu ara verilecek şekilde planlanan uygulamadır. Meme kanserinde genellikle verilen ışının toplam dozu 4500-5000 cGy'dir. Bu doz günlük 200 cGy verilmek üzere toplam doz 5-6 hafta da tamamlanmaktadır (Akça 2002; Ayaz 2012).
- Dahili olarak uygulanan radyoterapi, hastaya genel anestezi uygulanarak radyoaktif maddenin meme dokusuna yerleştirilmesidir. Bu yöntem ile birlikte kanserli alan ekstra dozda radyoterapi almış olmaktadır (Çağlar 2007).

Hormonal Tedavi

Hormonal tedavi, cerrahi girişim geçirmiş hormon reseptörü pozitif olan meme kanseri hastalarında kanser hücrelerinin çoğalmasına engel olacak hormonu aktif hale getirerek, östrojeni bloke etmektedir. Bu tedavide amaç; cerrahi, kemoterapi veya radyoterapi ile gerçekleştirilen tedavi yöntemlerinden sonra vücudun herhangi bir bölümünde kalmış olabilecek kanser hücrelerinin etkisiz hale getirilmesini sağlamaktır (Akça 2002; Acar 2009; Şaylık 2010). Meme bezesinde boyutu artan kötü huylu (malign) tümörlerin yaklaşık dörtte üçünde hormon reseptörleri mevcut olduğundan, kanser hücrelerinin büyümesini engelleyen hormonlar vücuda verilerek, hormonların tam tersi etkilerini engellemek mümkündür (Akça 2002; Çağlar 2007).

Hormonal tedavi de oral olarak kullanılan “tamoksifen” özellikle, postmenapoz dönemindeki kadınlarda ve östrojen reseptörü pozitif olan hastalarda tercih edilmektedir. Kemik, karaciğer, deri ve yumuşak doku metastazlarında etkisi büyüktür. Kanser hücreleri genellikle hormonlara bağlı olarak büyümekte olup, özellikle östrojen kanser hücrelerinin büyümesini sağlamaktadır (Akça 2002; Asoğlu ve Keçer 2003).

2.2.8. Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonu

Mastektomiden sonra kaybı büyük olan memenin yerine yenisinin oluşturulması meme rekonstrüksiyonu ile mümkün olmaktadır (Acar 2009). Mastektomi ile aynı zamanda meme rekonstrüksiyonu (eş zamanlı rekonstrüksiyon) olabileceği gibi, tedaviler sonlandıktan sonra ayrı bir zamanda da ameliyat (geç zamanlı rekonstrüksiyon) gerçekleştirilebilir. Birey total mastektomi adayı ise veya bireyin kendi tercihi ile total mastektomi yapılacak ise meme rekonstrüksiyonu mastektomi sonrası bireyin isteğine bağlı olarak kozmetik amaçla yapılmaktadır (Sakallı 2013; Gürdil Yılmaz 2014; Girişken Veliöğlu 2015).

Mastektomi ameliyatından sonra kemoterapi ve radyoterapi planlanıyorsa meme rekonstrüksiyonu bu tedaviler tamamlandıktan sonra yapılmalıdır. Rekonstrüksiyon işlemi otojen dokular ve jel protezlerle yapılmaktadır. Mastektomi uygulanması gereken kadınlar da meme rekonstrüksiyonu iyi bir seçenek olmaktadır (Şaylık 2010; Sakallı 2013). Araştırmalarda meme rekonstrüksiyonu tercih eden

bireylerin genç yaş grubu olduğu, sosyo-ekonomik ve eğitim düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir (Baltacı Göktaş 2008; Kadı 2011; Soylar 2015).

2.2.9. Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar

Mastektomi, meme kanseri tanısı alan hastalarda stres yaratan bir operasyondur. Memenin kaybı olarak görülen ameliyat bireyin vücut imajını, kendine olan güvenini, cinsel yaşamını olumsuz etkilemektedir (Acar 2009). Hastalar mastektomi ile kadınlığa ait simgeyi ve vücut bütünlüğünü kaybettiklerini düşünmektedir. Memenin bireyin kadınlık ve benlik kavramındaki büyük önemi ve kaybının bireysel anlamı cerrahi girişime verilecek psikolojik tepkide belirli olacaktır. Kanser tanısı konulduğundan itibaren, birey ve ailesi birçok zorlukla karşı karşıya kalacaktır (Anderson ve diğ. 2003; Akkaya ve diğ. 2011).

Memenin alınmasıyla meydana gelen psikolojik tepkiler bireyin memesi ile ilgili kişisel algısıyla yakından ilgilidir. İnsan karakterinin gelişiminde beden algısının işlevi önemlidir (Atlı Özbaş 2008). Diğer kanserlere göre meme kanseri insan psikolojisini daha çok etkilemekte olup, ruhsal ve psikososyal alanlarda en çok araştırma yapılan kanser türüdür. Kadının vücudunda dişiliği temsil eden “meme” vücut algısı, benlik saygısı ve cinsel yaşamı büyük ölçüde etkilemektedir (Ayaz 2012; Arslantaş 2014).

Tedavilerden sonra meydana gelen hormonal değişimler, yorgunluk, enerji kaybı, bulantı, ağrı, kusma, uyku problemleri en çok yaşanan sorunlardan olup, bireylerin günlük yaşamını olumsuz etkilemektedir. Bu semptomların uzun süre devam etmesi bireylerde psikososyal sorunlara sebep olmaktadır. Bu açıdan meme kanserinde fiziksel ve psikososyal sorunlar arasındaki bağlantıların sağlanması çok önemlidir (Aslan ve Gürkan 2007; Özen 2009). Birçok araştırmada; mastektomi ameliyatının psikososyal yaşamı ve meme rekonstrüksiyonundan ve meme koruyucu ameliyattan daha çok olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Yılmaz 1992; Alptekin Ülgey 1999; Atılğan 1999; Çalışkan 2007; Kadı 2011).

Yapılan bir çalışmada bireylerin hastalık sonrası yaşamlarında değişiklikler yaşandığı saptanmış ve bu değişiklikler; %16,6 yalnızlık, %20 önceliklerinde meydana gelen değişim, %26,6 maddi sıkıntı ve zorluk, %36,6 mesleki yaşamda bozulma, %40

sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi, %76,6 aile içi rol ve sorumlulukları yerine getirememesi, %100 korku, üzüntü, çaresizlik, belirsizlik, huzursuzluk olduğu belirtilmiştir (Babacan Gümüş 2006). Meme kanserli hastalarla yapılan başka bir çalışma da en çok yaşanan ruhsal sorunların, anksiyete, depresyon ve uyum bozukluğu olduğu belirlenmiş olup, hastaların duygu durum değişikliklerinden sinirli olma (%37) haline ilişkin belirti saptanmıştır (Özen 2009).

Meme kanserli hastaların psikososyal durumlarının incelendiği bir çalışma da örneklem grubunun, en fazla duygusal alanda (%76,7) distress yaşadığı görülmekte olup, distress yaşama oranları %70,4 olarak belirlenmiştir. %57,8 ile en çok üzüntü distress kaynağı olup, %48,1 ile ikinci sırayı sinirlilik hali almaktadır (Atlı Özbaş 2008).

Kanser görüşü toplumda bireylerin tutum ve önyargılarında kaygı yaratmaktadır. Cerrahi girişim, bireye hastalıktan kurtulma umudu vermenin yanında bireye yaşamında ve bedeninde psikolojik açıdan denetim kuramayacağı endişesi yaratarak, organ kaybının meydana getirdiği üzüntü ve ölüm korkusuna neden olmaktadır (Arıkan 2001; Ayaz 2012).

Kronik hastalıklı bireylerin ele alındığı bir çalışmada, bireylerin %35,7'si (n=86) var olan kronik hastalıklarının ruhsal durumunu çok etkilediğini, % 22'si (n=53) ise kronik hastalıklardan ruhsal durumunun hiç etkilenmediğini belirtmiştir (Karakuş 2016). Kanserli hastalarla yapılan başka bir çalışmada ruhsal belirti puanlarından en yüksek anksiyete bozukluğu (0,84) olduğu, diğerlerinin sırasıyla kişisel duyarlılık (0,73), somatizasyon (0,69), obsesif-kompulsif bozukluk (0,68), paranoid düşünce (0,56), hostilite(0,55), depresyon (0,55), fobik anksiyete (0,39) ve psikotizm (0,22) olduğu tespit edilmiştir (Kabataş Saral 2008).

Meme kanseri tanısı alan bir birey kendisini hastalığına bağlı bir kriz dönemi içinde bulabilmektedir. Bu kriz durumunda ki tepkiler hastalığın evresine, etnik gruba veya yaşa bakmaksızın evrenseldir. Kriz döneminin süresi ve yoğunluğu değişmekle birlikte tüm kanser tanısı alan hastalar bu krizin tüm evrelerini veya bir kısmını yaşayacaktır (Ayaz 2012; Kaya 2016).

Kanser tanısı alan hastaların geçirdiği evreler Elizabeth Kübler Ross tarafından inkar ve şok, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul etme olarak beş aşamada tanımlanmıştır (Ayaz 2012). Bu tanımlanan dönemler şunlardır:

İnkâr ve Şok Dönemi: Bu dönem bireyin gerçeği ve neler olup bittiğini algılayamadığı, bedenine yabancılaştığı, söyleneni duymak istemediği yaşam krizi dönemidir. Birey yapılan muayene ve tetkiklerin iyi değerlendirilmediğini, başka hasta sonuçları ile karıştırıldığını düşünebilmektedir. Konulan tanı kabul edilmeyerek, kaygı, korku ve ümitsizlik duygularına karşı bir savunma oluşturulmaktadır. Bu dönemde; bireye zaman tanınarak, umut verecek olumlu cümleler kullanılmalı, tedavi türleri ve olasılıklarından bahsedilmelidir. Aile desteği ve duygusal destek bu dönemin en etkili güç kaynaklarıdır (Sertöz 2002; Ayaz 2012; Kaya 2016).

Öfke Aşaması: Bu dönemde hastalığına sebepler bulmaya çalışan birey de, geçici bir tepki olarak başlayan inkar duygusunun ardından öfke başlamaktadır. Bu dönemde yaşanan öfke; kendisine, aile üyelerine, hemşireye, doktora olabilmektedir. Sağlık ekibi üyeleri bu dönemde, bireyleri dinlemeli, sorunlarına yardımcı olarak çözüm üretmelidirler. Birey için oluşturulmuş bakım planına aile fertlerinin de dahil edilmesi önemlidir (Acar 2009; Ayaz 2012).

Pazarlık: Bireyin kanser tanısını kabul etmeye başladığı dönemdir. Fakat birey yaşadığı kaybı sağlık personelleri veya tanrı ile pazarlık yaparak geciktirme çabasıdadır. Bu dönemde, yapılan pazarlığın nedenleri araştırılmalı ve bireyin pazarlık etme çabalarına ilgili davranışlar sergilenmelidir (Ayaz 2012).

Depresyon: Bireyin hastalığı ağırlaşıyorsa, fiziksel durumu toparlanamayacak kadar kötü ise hastalığın inkar edilmesin de ki öfke ve pazarlık anlamsız hale gelerek, yaşanan endişe ve sıkıntı depresyon tablosuna dönüşmektedir (Ayaz 2012). Mastektomi ameliyatı öncesi bireyin beden bütünlüğündeki kaybı olumsuz algılamasını en az düzeye indirmek için ameliyat öncesi dönemde tüm bireylere bilgilendirme yapmak önemlidir. Bireylere yapılan açıklama cerrahi girişim sonrası depresyon tepkilerini azaltmada etkili olacaktır. Ameliyat sonrası sağlık çalışanları

tarafından bireylere verilecek olan iyi bir bakım ve aileden gelecek destek yaşanacak olan psikolojik sorunları önlemede etkili olacaktır (Özberksoy 2006; Ayaz 2012).

Kabul Etme: Birey bu dönemde gerçeği kabullenerek, bu durumun üstesinden gelmeye çalışmaktadır. Bireyin hastalığını kabullenmesi gerçeği önemsemediğini veya bu gerçek ile mutlu olduğu bir döneme girdiğini göstermez. Hastalık ile ilgili verilen tepkilerin son dönemidir (Acar 2009; Ayaz 2012). Hastalık birey için kaçınılmaz bir aşamadır ve bireyin gerçeği kabul etmesiyle uyum süreci başlamıştır. Meme kanserli hastaların sağladığı uyuma bakıldığında; %20- 50'si ciddi psikolojik sorunlar yaşarken, sadece bir kısmı bir yıl içinde yeni yaşamına uyum sağlamaktadır. Kanser yarattığı etki ve tedavinin yan etkileri ile bir kısım sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Önceden var olan psikolojik bir hastalık kanser tanısının öğrenilmesinden sonra alevlenebilmektedir (Sertöz 2002; Sertöz ve diğ. 2004; Acar 2009).

Kanserli hastanın hastalığa uyum sürecinde yer alan birçok tıbbi, psişik ve psikososyal faktör bulunmaktadır. Hastalığın kendisi, türü, gösterdiği belirti, bulgular, ciddiyet düzeyi ve yayılım gösterdiği organlar, hastanın kişiliği ve yaşı, hastanın yaşadığı hastalık ile ilgili duygu, düşünce ve deneyimleri, baş etme süreçleri, sosyal ve kültürel tutumları ve çevresel destek uyumda yer alan faktörlerdir. En büyük çevresel destek sistemi ailedir. Aile en güçlü desteği aldığımız sosyal kaynaktır (Aydın 2003; Çevik 2003; Okanlı 2004). Ailenin tanı ve tedavi sürecinde sergilemiş olduğu tavır, duygu ve endişe bireyi doğrudan etkilemektedir. Hasta bakımına bireyin ailesinin ne şekilde katılacağı, bireyle konuşularak planlanmalıdır. Ailenin bakıma katılması bireye güç vererek ilişkileri sağlamlaştırmaktadır. Aileye bakım adımları konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (Taneli 2003).

Çalışmalarda kanser hastalarının çevresinden daha çok duygusal alanda destek bekledikleri saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, %58,8 kanserli birey hastalıktan sonra eşinin davranışlarını daha yakın hissettiğini bildirirken, %41,6 birey ise hastalıktan sonra eşinin davranışların da değişiklik olmadığını belirtmiştir (Tünel 2011). Başka bir çalışmada da cerrahi girişim sonrası bireylerin eşleri ile daha çok yakınlaştığı (%49,5) saptanmıştır (Soylar 2015). Tıbbi tedavi sonrası ailelerden görülen destek bireylerde olumlu sonuçlar doğurmakta, bireyin yakın çevresinin

sergilemiş olduğu ilgi bireylerin özgüvenlerini geri kazanmasını sağlamaktadır. (Ramirez ve diğ.2007).

Mastektomi sonrası yaşanan ruhsal sorunlar genç bireyleri daha çok etkilemektedir. Evlilik yaşamı iyi olan çiftlerin, mastektominin olumsuz etkilerinden daha az etkilendiği saptanmıştır. Kanserde gösterilecek uyum sürecinde, kanserli bireyi etkileyecek tüm sosyal ve psikolojik faktörler ele alınarak, sağlık ekibinin tüm üyeleri tarafından destek sağlanmalıdır (Babacan Gümüş 2006; Atlı Özbaş 2008; Doğdu 2010; Armağan 2013).

2.2.10. Benlik Kavramı (Self Concept)

Kişinin kendisini algılama ve değerlendirilme süreci sonucu ortaya çıkan görüşleri benlik kavramını oluşturmaktadır. Benlik kavramı kişinin fiziksel ve zihinsel özelliklerine ilişkin tüm düşüncelerinin toplamıdır (Ayaz 2012). Başka bir tanımla, birey kendisi hakkında geliştirdiği duygu ve düşünceler ile başarılı olmak için çabalamasıdır (Yılmaz 2009).

Benlik kavramı, kişiliği etkileyen önemli bir faktördür. Günümüz de bu kavram ile ilgili çalışmalar davranış bilimciler tarafından yoğun bir şekilde yapılmaktadır. Bireyin kendisini ve çevresini algılama biçimi, kişinin genel davranış ve tutumlarını büyük ölçüde etkilediği görülmüştür (Uçar ve Uzun 2008; Acar 2009). Benlik kendimiz ile ilgili geliştirdiğimiz görüş tarzları ve kanılardan oluştuğundan, insanın kişisel yanı olarak tanımlanabilmektedir. İç dünyamızın bütünü temsil eden benlik, kişiliğimiz gibi karmaşık ve içinden çıkılması zor olan bir kavramdır (Polat 2007; Ayaz 2012).

Köknel benlik kavramını, insanın kendi kişiliğine ilişkin bilgilerle, içinde yaşadığı ortamdan gelen bilgilerin birleşip bütünleştiği bilinçli bir süreç olarak tanımlamıştır. Benliğin kişiliğimizin öznel tarafı olduğunu, kişiliği ifade edebilmek için, bireye has ve belirgin davranışlarının olması gerektiğini, bu davranışların bireyin kişiliği etrafında birleştirilip bütünleşmesi gerektiğini belirtmiştir (Ayaz 2012).

Lawrence ise benlik kavramını bireyin zihinsel ve fiziksel özelliklerinin toplamı ve sahip olduğu bütün bu özelliklerine ilişkin kendini değerlendirmesi şeklinde tanımlamaktadır (Ayaz 2012).

Benlik kavramı, kim ve ne olduğumuza ilişkin kendimizi algılama biçimimizdir. Benlik, kişinin sadece kendi düşünce, algı ve beklentilerinden değil önem verdiği diğer insanların (anne, baba, arkadaş vb.) bireye karşı sergilediği düşünce ve davranışlardan da etkilenmektedir (Acar 2009).

Kişilik kuramcısı Rogers, benlik ve benlik kavramının birbirinden farklı olduğunu belirterek, benlik kavramını bireyin kendine atfettiği özellikleri ve bunlara bağlanan değerleri içerir şeklinde tanımlamıştır (Polat 2007). Rogers bir insan kendini güzel-çirkin, zayıf-şişman, uzun-kısa bulabilir, bunlar bir takım yaşantılardan elde edilen genellemelerdir diyerek, benlik kavramı, bireyin genelleştirilmiş terimlerle ifade edilen benliğidir şeklinde başka bir ifadeyle de tanımlamıştır (Polat 2007). Her bireyin kendine yakın bulduğu bir benlik kavramı vardır. Kişi için yakalamak istediği benlik kavramı onun için en idealidir ve ulaşmak veya geliştirmek istediği benlik kavramı için çaba harcamaktadır (Karakuş 2016). Birey ideal benliğine kendini yakın hissettikçe mutlu olmaktadır, fakat bazen bu ideal benlik, bir hayal, bir özlem olarak kalabilmekte, bazen de bu ideal benliğe ulaşmak bir ölüm kalım problemine dönüşebilmektedir. Birey amacına ulaşmak için çabalamakta, ulaşamadığı takdirde mutsuz olabilmekte, kendisine olan saygısını kaybedebilmektedir. İdeal benlik olarak düşünülen bu kavramın gerçek olmadığı durumlarda birey bunalım sürecine girmektedir (Ayaz 2012; Arslantaş 2014; Karakuş 2016).

Benlik kavramını inceleyen diğer bir kuramcı Purkey bu kavramı bir bireyin kendisi hakkında sahip olduğu inançların karmaşık ve dinamik bir sistemi olarak tanımlamıştır (Polat 2007).

Sonuç olarak, benlik kavramı; bireyin kimliği, değer yargıları, amaç ve hedefleri, çizdiği sınırları, sahip olduğu yetenekleri gibi kendisi ile ilgili tutum, düşünce ve görüşlerinin tamamı; bireyin benliğine ilişkin geliştirmiş olduğu ifadesi; kendine ilişkin zihninde canlandırmış olduğu tablosudur (Polat 2007; Arslantaş 2014).

2.2.11. Benlik Saygısı (Self-Esteem)

Benlik saygısı, bireyin değer yargıları ışığında kendini algılaması sonucu ortaya çıkan değerlendirici görüş ve tutumları olarak tanımlanabilir (Babacan Gümüş 2006). Bireyin kendisine güven ve saygı çerçevesinde değer vermesini kapsayan bir kavramdır ve kendini değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan benlik kavramını beğeni ve

mutluluk kavramları ile karşılaşması durumudur. Bireyin gelecek yaşamında davranışlarını, duygu ve düşüncelerini belirleyen kişisel kimliğinin veya yaşamının merkezini oluşturmaktadır (Çavdar 2006; Gündoğan 2006; Herdem 2016).

Birey kendini mutsuz ve değersiz hissediyorsa benlik saygısının düşük olduğu söylenebilir ve düşük benlik saygısı sonucu bireyler depresyona girebilmektedirler. Literatürde depresyon “kedere, eleme benzer bir duygulanım durumu” olarak ifade edilmiştir (Polat 2014). Depresyon sonucu iştahsızlık, uyku sorunları, enerji ve motivasyon azlığı, suçluluk hissetme, kendini yetersiz görme gibi belirti ve bulgular ortaya çıkmaktadır. Benlik saygısı tutum, ihtiyaç, başarılı olma ve yeterlilik duyguları için gerek bir koşul gerek psikolojik bir durum göstergesidir (Hamurcu 2014; Polat 2014).

Bireyin kendini algılama ve değerlendirme süreçlerinden geçtiği, karakterin dışı vurmuş halinin kişisel göstergesi olan benlik kavramı, insanın davranış ve tutumları üzerinde büyük etkisi olan psiko-dinamik bir yapıdır (Ayaz 2012).

Kişiliğin öznel tarafını temsil eden benlik, bireyin kendini “im” ve ”ben” gibi kelimelerle ifadesine denir. Birey “Ben.....bir kişiyim” ifadesiyle benliğini açığa vurmaktadır, ancak aradaki kişinin kendini tanımlaması için bırakılan boşluk olumlu, olumsuz veya kararsız bir kelime ile tamamlanabilir (Ayaz 2012; Yılmaz 2015). Benlik saygısı düşük olan kişi olumlu algılamaları kabul etmez, kendine zarar verici davranışlar sergiler, tedavi olmayı reddeder. Kendi benliğini küçük düşürecek kötü yönde eleştiriler yapar, başarılı olamama korkusu yaşamaktadır bu yüzden sorumluluk almayı kabul etmez. Çevresiyle iletişim kurma zorluğu yaşar, kişilerle göz temasından kaçınır (Ayaz 2012; Erden 2015; Yalçın 2015; Yılmaz 2015).

Kişinin benliği hakkında ki duygu ve düşünceleri, bedeni ile ilgili algıladığı duygu ve düşüncelerinden büyük ölçüde etkilenmektedir. Kişinin bedensel ve ruhsal bütünlüğünü algılaması sonucu ortaya çıkan kavram beden algısını ifade etmektedir (Arslantaş 2014). Beden algısı ve benlik saygısı arasında ki yakın ilişki benlik kavramını doğurmaktadır. Beden imajının olumlu yönde algılanması, benlik saygısının da olumlu olmasını sağlamaktadır (Ayaz 2012).

2.2.11.1. Mastektomi ve Benlik Saygısı

Benlik saygısı sürekli olarak değişebilen, kalıcı olmayan bir kavramdır. Bireyin yaşadığı hastalık durumları, hastalığın vücut bütünlüğünde yarattığı değişiklikler, dışsal yaşanan olaylar, çevrenin vermiş olduğu tepkiler benlik saygısını etkileyen faktörlerdendir (Oktan ve Şahin 2010).

Yaşanan fiziksel hastalıklar kişinin kendisi ile ilgili düşüncelerinin sürekli değişmesini sağlayarak, benlik saygısında düşme söz konusu olmaktadır. Benlik saygısında düşme meydana getiren hastalıklar; kronik hastalıklar (diyabet, kronik böbrek yetmezliği vb.), kanser, amputasyon, kolostomi, cilt hastalıkları, yanık, felç, kalp cerrahisi ve miyokart infarktüsüdür. Bu hastalıklar bireyin benlik saygısına tehdit oluşturmakta, bu hastalıklarla baş edemediği takdirde hastalıkları ile yaşamaları zor olacaktır (Kabataş Saral 2008; Tortamış 2009; Karaca 2012). Benlik saygısının olumsuz etkilenmesi ile birlikte kişinin kendine verdiği değer ve hissettiği güven de olumsuz düşüncelerle çerçevelenmektedir. Bu olumsuz etkilenme durumu bedende meydana gelen bir kayıp veya travmatik değişime (durumsal) ya da kişinin kendine yaptığı uzun süren olumsuz eleştiriye (kronik) bağlı olmaktadır (Ayaz 2012). Fiziksel hastalık veya hastalığa bağlı olarak yaşanan bir organ kaybı söz konusu olduğunda, birey bu durumu hayatına, bedenine, gelecekteki yaşamına ve bunların etrafında çevrelenmiş amaçlarına bir tehdit olarak algılamaktadır. Böylece bireyin beden algısı ve kendine olan güveni zarar görmekte, özgürlük ve yaşamda ki yeterliliğinin kısıtlama altında olduğunu düşünmektedir (Çayan ve diğ. 2004; Ayaz 2012; Alamiş 2017).

Meme kanseri tanısının alınması ve uygulanan kanser tedavisi kadının dişiliğini ve yaşamını tehdit etmekte olup, hastalarda birçok psikolojik sorun meydana getirmektedir. Öfke, anksiyete, çaresizlik, umutsuzluk, depresyon, kanserin tekrar yaşanacağı korkusu, gelecekteki durumunun belirsiz oluşu, benlik saygısının düşmesi, beden imajının zarar görmesi, kadınlık özelliğini kaybetme korkusu ve ölüm korkusu gibi sorunlar bunlardan bazılarıdır (Yılmaz 2008; Acar 2009; Ayaz 2012). Tüm bu sorunlar kanser hastalarının vermiş olduğu evrensel tepkilerdir, fakat kadınlığın sembolü olan ve daha birçok anlamı taşıyan memenin kaybına özgü tepkiler olarak da ifade edilmektedir (Ayaz 2012). Bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen; kanser tedavisine bağlı verilen karmaşık kararlar, uygulanan tedaviler ve yan etkileri veya bütün bunların neden olduğu bilgi eksikliği gibi faktörler rol oynamaktadır (Çalışkan

2009). Mastektomi sonrası verilen ilave tedavi yöntemlerinden olan kemoterapi, bireyin günlük yaşam fonksiyonlarını sınırlandırarak, tüm sistemi üzerinde etki kurmaktadır. Tedavinin erken evrelerinde halsizlik, yorgunluk, mide ve bağırsak problemleri, enfeksiyon, anemi, lökopeni ve trombositopeni gibi şikayetler söz konusu olmaktadır. Bunların dışında kemoterapi ve HRT sonrası cinsel yaşam sorunları, over yetmezliği ve menopoz döneminin erken başlaması gibi yan etkiler görülmekte olup, bunlar bireylerde ruhsal ve fiziksel sorunlara neden olmaktadır (Yılmaz 2006; Şaylık 2010; Tünel 2011; Uzel 2015). Yaşanan ruhsal ve fiziksel travma bireyi önemli ölçüde etkilemektedir. Birey bu durumda yoğun anksiyete duygusu yaşamakta, depresyon sürecine girmektedir. Bütün bunlar bireyin benliğini olumsuz etkileyerek, yaşam kalitesini düşürmektedir (Uçar ve Uzun 2008; Ayaz 2012).

Mastektomi ameliyatı ile memenin alınması, dişiliğin, doğurganlığın, fiziksel çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak düşünülmekte ve bu durum kadının beden algısını olumsuz etkilemesine bağlı olarak benlik saygısının düşmesine sebep olmaktadır (Okanlı 2004; Karaöz 2008). Meme kanserli kadınlarla yapılan bir çalışmada %46,7 kadının “görüntüm bozulacak, eksik hissedeceğim, yarım hissedeceğim, düşüncesi rahatsız ediyor, psikolojik açıdan rahatsız edici, kabul edemiyorum” gibi ifadelerde buldukları görülmüştür (Özberksoy 2006). Çalışma sonuçlarına bakıldığında, cerrahi girişimin benlik saygısına tehdit oluşturduğu görülmektedir.

Benlik saygısının düşüklüğü, bireyin özgüvenini kaybetmesine, çevre ile ilişkilerinin zarar görmesine neden olmaktadır (Gilony ve diğ. 2005). Yapılan bir çalışmada hastaların bedenlerinde ki değişiklikten rahatsız olduğu görülmüş olup, beden imajı ve benlik saygısı puanları daha düşük bulunmuştur (Gündoğan 2006). Meme kanseri tanısı almış, mastektomi yapılan hastaların ele alındığı bir çalışmada çoğu kadın “Uzun bir süre memelerine bakamayıp dokunmadıklarını, aynaya bakamadıklarını, banyo yaparken memelerine bakmadıklarını ve karanlıkta giyinipsoyunmayı tercih ettiklerini” ifade etmiştir. Genç ve evli kadınlarda vücut imajı kaygısının en fazla olduğu saptanmıştır (Uzun 2009).

Kanser tanısı alan birey iş ve aile yaşamının etkilenmesi, ekonomik sorunlar, bedenimajının zedelenmesi, benlik saygısının azalması gibi birçok olumsuzluk durumla karşı karşıya kalmaktadır. Bütün bunlar bireyin duygu durumunun

çökmesine, depresyona girmesine neden olur. Depresyonda olan birey baş etme mekanizmalarını etkili kullanamamakta, sosyal hayatı ve iş yaşamı olumsuz etkilenmekte, bu durumun sonucunda da yaşam kalitesi düşmektedir (Haydaroğlu ve diğ. 2005; Gündoğan 2006; Acar 2009; Kim ve Kang 2015).

Kanser tanısından sonra ortaya çıkan ruhsal bozukluklar ve psikososyal sorunlarla mücadelenin önemi göz ardı edilmemelidir. Kanser hastalarına planlanan psikososyal desteğin amaçları ve bu desteği sağlayacak olan sağlık ekibi üyelerinin (hemşire, doktor, sosyal hizmet uzmanı, psikolog vb.) sorumlulukları çok büyük önem taşımaktadır (Atlı Özbaş 2008). Hastaya verilen desteğin olumlu etki bırakabilmesi için hemşirelik girişimlerinin tüm ailenin ihtiyaçlarına ve problemlerine yanıt verecek şekilde planlanması gerekmektedir. Kadın için büyük önemi olan memenin cerrahi girişimi sonrasında sağlık çalışanlarının kadının yaşam kalitesi konusunda bakım planlarını gerçekleştirirken duyarlı davranmaları gerekmektedir (Canbulat 2006; Kurt 2010; Kaya 2016).

Sağlık ekibinin desteği kadar aile desteğinin de önemi çok büyüktür. Yapılan bir çalışmada hastaların en fazla desteği aileden aldıkları saptanmıştır. Bedenlerinde oluşan değişimlerin ve organ kaybının kabul görülmesi sosyal desteğe bağlı şekilde artmaktadır. Bu durum bireylerin benlik saygısını ve beden algılarını olumlu yönde etkilemektedir (Güner 2008).

2.2.12. Meme Kanseri ve Cinsel Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi hakkında birçok tanım bulunmaktadır. Hayatın verdiği mutluluk, hayattan alınan zevk, yaşam doyumu ve sosyal uyum yaşam kalitesi olarak tanımlanmış olup, bu kavramın tanımındaki kelimelerle aynı anlamda olduğu belirtilmiştir. Yaşamı tüm yönleri ile ele alan, değerlendiren yaşam kalitesi geniş kapsamlı bir kavramdır ve çoğu bilim dalının çalışma alanına girmektedir (Henson 2002; Acaray 2003; Karaöz 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımına göre yaşam kalitesi, bireyin içinde bulunduğu durumu, benimsemiş olduğu kültür ve değer yargıları ile algılama şeklidir. Yaşam kalitesi, kişinin sağlık durumu bir yana, iyilik halini kapsayan geniş bir tanımdır (Karaöz 2008).

Ganz yaptığı çalışmalarda yaşam kalitesini iki şekilde tanımlamıştır. Bu tanımlardan ilk olanı; yaşam kalitesi bir bütün olarak yaşamın subjektif değerlendirilmesidir. İkinci tanım ise hastanın şimdiki fonksiyon düzeyine karşın ne algıladığını değerlendirilmesi olup, doyumunu içermektedir diye belirtmiştir (Acar 2009).

Zorlu bir süreç olan kanser; kişilere uyum zorluğu yaratan, fiziksel ve ruhsal sorunları meydana getiren kronik bir hastalıktır. “Yaşam kalitesi” kavramı kanser tanısı almış bireylerin yaşamında önemli bir yer tutmaktadır (Güner 2008). Bireylerin yaşam kalitesi gereksinimleri belirlenerek yükseltilebilir. Meme kanserinde erken tanı ve tedavi yöntemleri geliştirilmiş olmasına bu tanıyı almak bireylerin yaşamlarında kötü bir deneyim olarak algılanmaktadır (Güner 2008; Ayaz 2012).

Kanser cinsel fonksiyonları olumsuz etkileyerek, cinsel yaşam kalitesini düşürmektedir. Cinsel yaşamda isteksizlik, ağırlı ilişkilerin yaşanması (disparoni) gibi yan etkiler kanser tedavisinin en sık görülen yan etkileridir. Cinsel problemlerden olan birçok faktör bulunmaktadır. Merkezi ve periferik sinirlerin zarar görmesi, ilaçların yan etkileri, akut ve kronik yaşanan ağrılar, hormonal değişimler, pelvik damarların yetersizliği, genital alan ve dokularda değişikliklerin yaşanması bu faktörlerden bazılarıdır (Acar 2009; Fasial Cury ve diğ. 2015; Kırıkkaleli 2015). Cinsellik biyolojik ve psikolojik etmenleri kapsayan karmaşık bir süreçtir. Yaş, soy, kültürdeğişim gösterse de cinsellik her bireyin karakterinin bir parçasıdır (Gündoğan 2006; Acar 2009). Yapılan bir çalışmada cinsel yaşam fonksiyonlarının değişiklik gösterdiğini belirten sirozlu hastaların benlik saygılarında düşük saptanmıştır (Gündoğan 2006).

Meme tanımı kültürden kültüre farklılık göstermesine rağmen genel olarak taşıdığı anlamlar annelik, kadınlık ve cinselliktir. Doğu kültüründe meme daha çok anneliğin sembolü iken, batı kültüründe cinsel (erotik) yönü ön plana çıkmaktadır (Okanlı 2004). Kadının beden imajı ve algısı açısından büyük önemi olan memeler, cinsel organlardan genital bölge haricindeki en hassas uyarıcı bölge olarak da tanımlanmaktadır (Acar 2009). Kanser tanısı alındıktan sonra cerrahi girişim sonucu bedenin önemli bir bölgesi alındıysa (meme, el, baş-boyun cerrahisi vb.) bu durum bireyin beden algısını düşürecek, cinsel yaşamını olumsuz etkileyecektir. Kadın bu durumu bedenine ve bedeninin bir parçası olan memeye yüklediği anlamlara karşı bir tehdit olarak algılamaktadır (Turnbull 2001; Babacan Gümüş 2006; Öztekin 2006). Bu

bireyler aynı zamanda psikiyatrik bozukluklar açısından da büyük riske sahip olup, değerlendirmeye alınmalıdırlar (Ayaz 2012). Yapılan bir çalışmada mastektomi girişimi geçiren hastaların yarısı “memenin kaybını kabul edemediğini, bu düşüncenin rahatsız ettiğini, eksik hissedeceklerini” ifade etmişlerdir (Özberksoy 2006).

Cinsel yaşamın verimli bir şekilde devam ettirilmesi hem sağlıklı hem de meme kanseri tanısı almış bireylerde önemli bir konudur (Karaöz 2008). Meme kanserinin esas tedavi türü olan mastektomi, diğer ameliyatlara (meme koruyucu ameliyatlara ve meme rekonstrüksiyonu) göre kadının beden imajını olumsuz algılamasına neden olmakta, cinsel yaşam kalitesini düşürmektedir (Aygin ve Durat 2006; Acar 2009). Beden imajında meydana gelen değişimler ve benlik saygısının düşük olması cinsel hayatta yaşanan kaygının artmasına neden olmaktadır (Çevik 2003). Yapılan bir çalışmada, meme koruyucu cerrahi, mastektomi ve tilektomi (lumpektomi) ameliyatlarının meme kanseri tanısı almış kadınlar arasında yaşam kalitesini ve cinsel hayatı olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Rowland ve diğ. 2000).

Literatürde cerrahi girişime ek olarak yapılan diğer tedavi türlerinin (kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavisi vb.) de fiziksel ve cinsel sağlığı etkilediği bildirilmiştir (Çavdar 2006; Aslan ve Gürkan 2007). Bu durum bireyin cinsel yaşamdan alınan zevk ve doyumunda azalmaya ve daha çeşitli sorunlara neden olduğu görülmektedir (Nahcivan ve Seçginli 2003; Çavdar 2006). Yapılan çalışmalarda, meme kanseri olan kadınların sağlıklı olan kadınlara göre cinsel işlev puanlarının; doyum, istek, ağrı, orgazm, uyarılma puanları ile toplam ölçek puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir (Yeni ve diğ. 2003; Speer ve diğ. 2005).

Cinsel arzunun azalması, vajinal alanda oluşan kuruluk ve bu durumun neden olduğu cinsel ilişkide yaşanan ağrı, halsizlik, saçların dökülmeye başlaması gibi sorunlar cinsel fonksiyon bozukluklarını artırmaktadır (Karaöz 2008). Meme kanserli hastalarda cinsel işlevler üzerinde etkili olan faktörlerin araştırıldığı bir çalışma da hastaların, çalışma başladığı sırada yapılan tedavi ve yan etkilerine bağlı olarak; %41,7’inde yorgunluk veya halsizlik, %35,7’inde saç dökülmesi, %33’ünde bulantı ve kusma, %33’ünde ağız yaraları, %31,3’ünde tat almada azalma, %24,3’ünde kilo değişikliği, %19,1’inde koku almada azalma, %13,9’unda kabızlık, %11,3’ünde ishal olduğu saptanmıştır (Acar 2009).

Cinsel fonksiyon bozukluklarının incelendiği bir çalışmada, meme kanseri tanısı alan kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) toplam puanının kanser öyküsü olmayan kadınlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Acar 2009). Meme kanseri kadınlar ile sağlıklı kadınların karşılaştırıldığı başka bir çalışmada meme kanseri olan kadınların sağlıklı kadınlara göre cinsel fonksiyonlarının olumsuz etkilenmesi, cinsel istek ve uyarılmanın daha az olması, cinsel birliktelikten hoşnut olmama, orgazm da zorluk gibi cinsel yaşam sorunlarının daha sık yaşandığı tespit edilmiştir (Broeckel ve diğ. 2002).

Mastektomi sonrasında ki dönemde cinsel yaşam kaygısı, cinsel ilişkinin zarar göreceği korkusu bir yana eşler arası iletişimin olumsuz etkilenmesi sonucu olarak evlilik yaşamı için doğacak tehlike endişesi yaşanmaktadır (Erdoğan 2015; Girişken Velioğlu 2015; Alamiş 2017). Meme kanseri tedavi yöntemlerinin uygulanmasından sonra cinsel yaşamı inceleyen Asya'da yapılan bir çalışmada, kanser tanısının konulmasını izleyen dönemde cinselliğin ihmal edildiğini belirtmişlerdir (Takahashi ve Kai 2005). Başka bir çalışmada ise; kanser tanısı almadan önce evlilik ilişkisi sağlam olan bireylerin eşlerinin hastanede daha çok yanında olduğu, daha kısa zamanda cinsel aktivitelere başladıkları ve eşlerini kıyafetsiz görme konusunda daha istekli oldukları bildirilmiştir (Wellisch 2006).

Yaşadığı tüm bu sorunlarla yeterli baş etme gücüne sahip olmayan kadın eşi ve ailesi tarafından desteklenmelidir. Literatür eşler arası ilişki uyumunun kalitesi cinsel yaşamda ki memnun olma durumunu artırdığını göstermektedir (Demir ve diğ. 2006; Acar 2009; Değerli Kodaz 2013). Yakın çevre ve eş desteği azaldıkça cinsel fonksiyon bozukluklarının arttığı sonucuna varılmıştır. Aile desteği ile Kadın Cinsel Doyum Ölçeği (KCDÖ) toplam puanlarında gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Acar 2009). Meme kanserli kadınlarla yapılan bir çalışmada kanser tanı ve tedavisine uyum sağlama sürecinde sağlık ekibi üyelerinin yanı sıra özellikle aile ve eş desteğinin önemli olduğu belirtilmekte, destek gören bireyintedaviye uyum sağlamanın daha kolay olduğu ifade edilmektedir (Karabacak 2004). Henson (2006) çalışmasında kanser tedavisi gören %82 bireyin cinsel kaygılarını sağlık çalışanları ile paylaştığını, diğer bireylerin ise kanser tedavisi sırasında cinselliğin akıllarına bile gelmediğini ifade etmişlerdir.

Meme kanserinin daha genç yaşlarda görülmesi, kadınların üreme döneminde olmalarından dolayı üreme sağlığı ve cinsel sağlık konusunda sorunlar yaşama riskini daha çok artırmaktadır (Karaöz 2008). Kadınların sağlık profesyonellerinden bu konuda yardım almaları gerekmektedir. Sağlık ekibi üyeleri, meme kanserinde yalnızca yaşam süresi konusunu hedef almak yerine, kadınların yaşam kalitelerini artırmak için cinsel sağlık ile ilgili ihtiyaçlarını göz önüne almaları gerektiğini unutmamalıdır (Sertöz ve diğ. 2004; Fobair ve diğ. 2006; Acar 2009).

Sağlık personelleri, kanser tanı ve tedavisi ile ilgili kaygıların veya ölüm korkusunun cinsel yaşam sorunlarından daha çok önemli olduğunu düşünmemelidir. Meme kanseri sonrası meydana gelen cinsel değişim ve sorunlarla ilgili uygun eğitim alınmadığında; cinsel işlev bozuklukları birey ve eşi arasındaki ilişkilere zarar verebilmektedir (Çalışkan 2009; Ayaz 2012). Meme kanseri öyküsü olan bireylerin, zarar görmüş olan cinsel yaşam fonksiyonlarının aktif hale getirilmesinde; özverili bir eğitim, ilaç tedavileri, psikoterapi türleri, bireysel veya grup aktiviteleri gibi yöntemler rol oynamaktadır (Acar 2009). Sağlık ekibi üyelerinden en önemli görevin düştüğü hemşireler, hastaları cinsel arzusunun azalmasıyla, cinsellik içermeyen ilişkilere karşı ihtiyaçlarının artacağı konusunda bilgilendirmelidir. Hasta ve partneri arasındaki iletişimi güçlendirmek, sorunların tartışma yoluna gitmemesi açısından çok önemlidir. Hemşireler, bireyleri cinsel yaşam problemlerinin çözüme kavuşması için uzman kişilere yönlendirmelidir (Taneli 2003; Tünel 2011; Çoban 2012; Diker 2017). Yapılan bir çalışmada profesyonel destek almayan bireylerin Kadın Cinsel Doyum Ölçeği (KCDÖ) toplam puanları olan bireylere göre düşük bulunduğu belirtilmiştir (Acar 2009).

Mastektomi sonrası rekonstrüksiyon ile ilgili yapılan bir çalışmada, yeni bir memenin yapılmasının cinsel fonksiyon sorunlarının tedavisinde büyük önemi olduğu saptanmıştır (Biçer 2010).

2.2.13. Mastektomiye Bağlı Olumsuz Değişim Olan Bireylerde Sağlık Profesyonellerinin Sorumlulukları

Meme kanseri tanı ve tedavisi sonrasında, bireyin kimliğine ve yaşamına karşı bir tehdit oluşmaktadır. Cerrahi girişim sonrası memenin kaybı, dişiliğin, cazibenin ve cinselliğin bitişi olarak düşünülmekte ve bu durum bireyin beden imajı ve algısında ki bozulmalara bağlı olarak birçok ruhsal sorunlara sebep olmaktadır (Alkan 2008; Vatansever 2014). Kanser tanısı alan bireylerin psikolojik sorunları ile beraber değerlendirilmesi, tedaviye karşı uyum sağlama sürecini hızlandırmaktadır, aksi halde bu bireyler onkoloji ve cerrahi ünitelerinde sorunlu hastalar olarak karşımıza çıkacaktır (Ayaz 2012). Kişinin beden işlevlerini etkileyecek özellikle vücut imajına zarar verecek; yüz, meme ve üreme organı ameliyatları bireyin vücut algısı ve cinsel yaşamı üzerinde büyük psikolojik etkiler oluşturmaktadır (Acar 2009; Yıldız 2009). Bu durumlar ile bireyler yeterince baş edememekte; aile, eş ve sağlık personellerine önemli görevler düşmektedir (Özen 2009). Yapılan bir çalışmaya göre, hastaların çoğu (%57,4) kanser tanısı ile yeteri kadar baş edememekte, geriye kalanlar (%42,6) ise yeteri kadar baş edebilmektedir (Kabataş Saral 2008). Diğer bir çalışmada benzer olarak hastaların %63,3'ünün karşılaştığı sorunlar ile biraz başedebildiği, %36,7'sinin ise hiç baş edemediği belirlenmiştir (Babacan Gümüş 2006).

Kanser, geniş ekip alanı gerektiren, hastalığın olumsuz etkilerinin bireyin tüm yaşamına yayıldığı geniş süreci kapsayan bir hastalıktır (Arıkan 2001). Özellikle hemşire grubu başta olmak üzere tüm sağlık çalışanları, bireylerin ihtiyaçlarının karşılanmasında ve psikososyal problemlerine çözüm bulmak amacıyla bu ekibin parçasıdır (Çavdar 2006). Kanser tanısı almış bireye uygulanan destekleyici girişimler, yaşanan sorunları en aza indirmeyi veya ortadan kaldırmayı, birey ve ailesinin yaşam kalitesini artırmayı hedeflemektedir. Bu girişimler, kanser tedavisinin bir parçası olarak görülmeli ve bütüncül bir yaklaşımla uygulanmalıdır (Karabacak 2004; Çalışkan 2007; Karaöz 2008).

Literatürde sağlık personeli destek girişimlerinin incelendiği bir çalışmada (n=91) bireylerin %25,3'ünün "bilgi desteği", %19,8'inin "bilgi ve maddesel destek", %6,6'sının ise "duygusal destek" aldığı saptanmıştır. Bireylerin %89'unun duygusal destek almak istediği, %11'inin ise istemediği görülmüştür (Seçkin 2009). Başka bir çalışmada, araştırmaya alınan bireylerden sadece %32,4'ünün (n=11) psikolog veya

psikiyatri yardımı aldığı, %67,6'sının (n=23) tedavi döneminde psikolog veya psikiyatri yardımı almadığı bulunmuştur (Biçer 2010). Polat (2007) çalışmasında beden imajı ve benlik saygısının sosyal destek girişimlerine bağlı olarak arttığını, beden imajı düştükçe benlik saygısının düştüğünü belirtmiştir.

Kanserli bireylerle yapılan bir araştırmada, meme ve kolon kanseri tanısı almış hastaların %81'i duygusal desteği, %41'ibilgi desteğinin faydalı olduğunu ifade etmişlerdir. Duygusal destek kaynaklarından; sağlık personeli, aile veya yakın çevrenin birbirleri arasında fark olmadığı, tüm kaynaklardan alınan duygusal desteğin çok yararlı olduğu görülmüştür. Bilgi desteğinin aile ve arkadaşlardan gelmesi az yararlı olarak bulunurken, hekim ve sağlık personelinden alınması çok yararlı olarak bulunmaktadır (Özyurt 2007).

Bilgi verme: Kanser, tanı konulduğundan itibaren nasıl bir hastalık olduğu, tedavi yöntemleri ve gelecek ile ilgili bilinmeyenlerle dolu bir hastalık sürecidir. Meme kanserli bireylerin yaşadığı bilgi eksikliğini, anksiyete, kaygı ve korku durumları izlemektedir (Ayaz 2012). Bireyin geçirdiği bu kötü dönemde birey, eş ve ailesinin sağlık profesyonelleriyle iletişim kurma ihtiyaçları vardır. Bilgilendirme, gerektiği zaman, gerektiği şekilde yapılmalıdır. Birey kişilik uyum bozukluğu sınıflaması kapsamında düşünülerek, bireye yaşadığı iç kavgaların ifade ettirilmesi, psikososyal destek verilmesi önemli adımlardır. Bütün bunlar yapılırken bireye verilecek güven çok önemlidir (Kabataş Saral 2008; Acar 2009). Literatürde hasta ve hasta yakınlarına tedavi dönemi ve sonrasında gereksinimleri olan konularda bilgilendirilme yapılmasının yararlı olacağı belirtilmektedir. Bu noktada; en fazla sorumluluğun düştüğü sağlık ekibi üyelerinden hemşirenin en önemli görevi, kadının tüm alternatif yöntemlerüzerinde düşünmesi için yol göstermektir (Aydın Bektaş 2005; Gök Uğur 2009). Mastektomi ameliyatına karar verildiğinde; birey onun için korkutucu olan cerrahi işleme fiziksel ve duygusal olarak sağlık personeli tarafından hazırlanmalı, mastektomi sonrasidönemde yapılan meme onarımı ile ilgili ve bunların türleri konusunda doktor veya hemşire tarafından bilgilendirilmelidir (Erdoğan 2015; Yalçın 2015).

Sağlık personelleri, bireyesağlık problemi, tedavi uygulamaları ve neler yaşanacağı konusunda soru sormasıiçin güven duygusu ve cesaret vermelidir.

Hastanın umudunu kırmadan, durumun hakikatini de göz ardı etmeden, güven çerçevesinde doğru bilgiler verilmelidir. Bilgi verme aşamasında önemli olan yanlış anlaşılmalara imkan tanımadan bilgilendirme yapılmasıdır, aksi takdirde yanlış anlaşılma en kısa sürede düzeltilmelidir (Gürdil Yılmaz 2014; Yılmaz 2015; Alamiş 2017).

Emosyonel destek sağlama: Meme kanseri tanısı alan hastalar, çoğu zaman depresyon sürecinde olan anksiyete duyguları yoğun olan bireylerdir. Bu dönemde bireylerin yaşadığı yoğun duyguları ve psikososyal problemleri ifade etmek bir ihtiyaçtır. Hastalara destek olurken en önemli nokta; hastaların bu dönemde yaşadıkları duygular hissedilmeli, empati kurulmalıdır. Bu amaçla bireylere danışmanlık şeklinde duygusal destek sağlanabilir (Acar 2009; Ayaz 2012; Kartal 2012). Sağlık personeli, mastektomi sonrası beden imajı zedelenen bireyi kendine olan bakış açısını, duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için zaman tanınmalıdır. Bireyin istediği zamana kadar, güvenilir bir iletişim devam etmelidir (Ayaz 2012). Mastektomi sonrası bireyin özgürlüğünün sağlanması hedef alınarak; kendi ihtiyaçlarını kendinin karşılaması için cesaret verilmeli, bakım aşamalarına katılması sağlanmalıdır. Birey başarılı olduğu zaman, bu durum onun özgüvenini yükseltecek, kendine olan değerini arttıracak ve sosyal ilişkileri olumlu yönde etkilenecektir (Baltacı Göktaş 2008; Çam ve diğ. 2009; Ayaz 2012). Sağlık çalışanları, bireylerin gerçek durumu göz önünde bulunduracak şekilde gelecek ile ilgili planlar yapmasını sağlamalı, bunalım dönemlerinde baş etme mekanizmalarını kullanmaları için yol göstermeli ve güçlü yönlerini tanımaları için destek vermelidir (Acar 2009). Yapılan bir çalışmada ki bulgularda; hastalar duygusal desteği en çok psikiyatriden (%54,3), en az ise hemşireden (%2,5) almak istediklerini belirtmişlerdir (Seçkin 2009). Çalışma sonucunun benzer olduğu diğer bir araştırmada; hastalar yine en çok destek almayı istedikleri kişinin psikiyatrist (%53,7) olduğunu ifade etmişlerdir (Özen 2009). Bireye hazır hissettiği zaman ameliyat bölgesini görmesi için cesaret verilmelidir. Birey ve eşine cinsel yaşam ile ilgili konularda konuşmak, duygu ve düşüncelerini ifade etmek için cesaret verilmelidir (Erdoğan 2015). Bireye yaşanan memenin kaybıyla başa çıkma yolları gösterilmelidir. Birey ameliyat yeri iyileşinceye kadar iç çamaşırını dolgunluk sağlayacak maddeler (pamuk, yün gibi) ile kullanması, sonraki süreçlerde

meme protezi yapılabileceği konusunda bilgilendirilmelidir (Uçar ve Uzun 2008; Acar 2009; Biçer 2010).

Sosyal destek sağlama: Kadınların birçoğu, yaşadıkları fiziksel problemleri (ağrı gibi), beden imajı ve cinsel yaşam sorunları ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmeyi istemektedirler. Meme kanseri tanısı alan kadınların bu dönemde aile, arkadaş ve sağlık profesyonellerinin desteğine ihtiyaçları vardır (Armağan 2013; Arslantaş 2014). Birey ve ailesine kendilerinden ve bu gruplardan destek almanın önemi anlatılmalı, bu gruplara katılım konusunda cesaret verilmelidir. Bu noktada sosyal destek gruplarının geniş kapsamlı tutulmasının önemi büyüktür (Ayaz 2012). Mastektomi sonrası yaşanan durumlara karşı etkili baş etme yolları geliştirmede ve uyum sağlama konusunda sosyal destek önemli bir yapıdır (Acar 2009). Sosyal destek bireyin kendi gözünde değerinin yükselmesini sağlamaktadır. Emosyonel desteğinde beraberinde sağlandığı sosyal destek ağlarının olmaması durumunda, bireylerin psikiyatrik rahatsızlıkları yaşaması kaçınılmazdır (Aydın 2003; Babacan Gümüş 2006). Hemşirelik bakım planları içerisinde sosyal destek primer bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Ayaz 2012). Bireyi yakın çevresinden ayrı düşünemeyen sağlık çalışanları için, sosyal desteklerin belirlenerek, bu konuda bireylere danışmanlık yapılması önemlidir. Tedavi sonrası dönemde sağlık çalışanları, mastektominin aile bireyleri üzerinde ki etkilerini belirlemeli, birey ve ailesine güçlü yanlarından bahsederek, üstünde durmalarını sağlamalıdır, ayrıca birey ve ailesinin bakıma katılımı sağlanmalı, uygun zamanlarda bakım konusunda duygu ve düşüncelerini tartışmaları yönünde destek verilmelidir (Atlı Özbaş 2008; Arslantaş 2014; Erden 2015). Mastektomi ameliyatının ilk günü, fiziksel ve duygusal sorunlar ortaya çıkabileceği için aile bireyleri ile ilk gün hastanın yanında olmaları için konuşulmalıdır. Bireyin arkadaşları ve yakın çevresinin ziyareti desteklenmelidir (Acar 2009). Literatürde ki bir çalışmada, kanserli bireylerde yaşam süresini ve kalitesini artırmada, ruhsal sorunların azaltılmasında, psikososyal destek girişimlerinin önemli olduğu vurgulanmıştır (Özen 2009).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, mastektomi ameliyatı geçiren hastaların benlik saygıları ve cinsel yaşam kalitelerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

01.04.2016-30.10.2016 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi onkoloji biriminde mastektomi geçiren kadınlara yapıldı.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, 01 Nisan – 30 Ekim 2016 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde mastektomi geçirmiş 72 hasta oluşturdu. Ancak araştırmaya dahil edilme kriterlerine uymayan ve araştırmaya katılmaya istekli olmayan 12 hasta çalışma kapsamı dışında tutuldu. Çalışmaya 01 Nisan - 30 Ekim 2016 tarihleri arasında kriterlere uyan, 50 hasta alındı. Araştırma örneklemini Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji Kliniğinde ayaktan tedavi görmekte olan 50 mastektomili hasta ve meme kanseri tanısı almamış 50 sağlıklı birey oluşturdu.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Okur-yazar olmak,
- İletişimi engelleyecek herhangi bir sorunu olmama,
- Kişi, yer ve zamana oryante olma,
- Evli olmak,
- 20 yaş altı ve 70 yaş üzerinde olmama,
- Meme kanseri tanısı konmuş ve cerrahi girişim geçirmiş olma,
- Cerrahi girişim üzerinden 5 yıl geçmemiş olması,
- Mastektomi sonrasında rekonstrüktif cerrahi girişim geçirmemiş olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma.

3.4.Araştırmanın Soruları

Araştırmada onkoloji kliniğinde meme kanseri tanısı konan cerrahi girişim geçirmiş bireylerin benlik algısı ve cinsel yaşam kaliteleri incelendi. Bu bağlamda araştırmada yanıtlanması beklenen sorular şu şekildedir;

S1: Mastektomi ameliyatı geçiren hasların belik saygıları etkilenir mi?

S2: Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların cinsel yaşam kaliteleri etkilenir mi?

S3: Mastektomi ameliyatı geçiren hastaların benlik saygıları ve cinsel yaşam kaliteleri vücut algılarını etkiler mi?

3.5.Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; literatür taranarak hazırlanmış olan hasta ve sağlıklı bireylere uygulanan sosyodemografik bilgi formu, Vücut Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği kullanıldı.

3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Literatür taraması sonucunda meme kanserli ve sağlıklı bireylere uygulanması amacıyla 2 grup bilgi formu araştırmacı tarafından düzenlenmiştir. Bireylerin tanımlayıcı özellikleri bilgi formlarının ortak sorularını oluşturmakta olup, meme kanserli bireylere uygulanan formda farklı olarak hastalık ve hastalığın klinik özellikleri ile ilgili sorularda yer almaktadır. Bireylere uygulanan formlarda ortak olan sorular; bireyin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, aylık ortalama gelir düzeyi, sahip olduğu çocuk sayısıdır. Sağlıklı bireylere, ek olarak kronik veya sistemik bir hastalığının olup olmadığı ile ilgili sorular yer almaktadır. Meme kanserli bireylere ise bu sorulara ek olarak, meme kanseri tanısını kaç yaşında aldığı, tanıdan bu yana geçen süre, tanı aldıktan sonra hangi tedavilerin uygulandığı, mastektomiden bu yana geçen süre ve ameliyatın sonucundan memnun olup olmadığına ilişkin sorular yer almaktadır. Hasta bireylerin meme kanserinin hangi evresinde ameliyat oldukları ve ameliyat tipi sorularının cevapları hasta dosyasından alınmıştır. Hasta bilgi formunda

13 soru bulunurken, sağlıklı birey bilgi formunda 7 soru yer almaktadır (Bkz. EK 2 ve EK 3).

3.5.2. Vücut Algısı Ölçeği

1953 yılında Second ve Jourard tarafından Body Cathexis Scale (BCS) adı altında beden algısı doyumunu belirlemek amacı ile geliştirilmiştir. Ölçeğin 1989 yılında Selim Hovardaoğlu tarafından Türkçe uyarlaması yapılmıştır. Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 200 deneklik bir örneklem üzerinde yapılan ölçeğin Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayısı 0,91 ($p < 0,01$) olarak bulunmuştur (Ayaz 2012). Ölçek 40 sorudan oluşan 5 dereceli Likert tipindedir. Her sorunun amacı vücudun ya da organın bir bölümüne (yüz, kol, bacak gibi) ve bir işleve (cinsel fonksiyonlar gibi) ait beğeni duygularının ifade edilmesinin sağlanmasıdır. Bu beğeni duygularının karşılıkları; “Hiç Beğenmiyorum- Beğenmiyorum-Kararsızım- Beğeniyorum- Çok Beğeniyorum” şeklinde sıralanmıştır (Bkz. EK 4). Her soruya en az 1 en çok 5 puan verilmekte, ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında bulunmaktadır. Alınan puan yükseldikçe olumlu yönde değerlendirme yapılmaktadır.

3.5.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Self-Esteem Scale olarak da adlandırılan ölçek, 1965 yılında benlik saygısının tespiti amacıyla, Rosenberg tarafından geliştirilmiştir. Tek boyutlu bir ölçektir. Toplam 63 madde ve 12 alt ölçekten oluşmaktadır (Arslantaş 2014). Araştırmamızda benlik saygısını ölçmek için “benlik saygısı alt ölçeği” kullanılmıştır. Toplam 10 sorudan oluşmakta ve tüm sorulara verilecek cevaplar dörtlü likert tipindedir. Bu cevaplar; “1: hiç katılmıyorum, 2: katılmıyorum, 3: katılıyorum, 4: tamamen katılıyorum” şeklinde hazırlanmıştır (Bkz. EK 5). 1986 yılında Çuhadaroğlu tarafından Türkçe uyarlaması yapılmış olup geçerlik ve güvenirliği kanıtlanmıştır (Geçerlik:0,71, Güvenirlik:0,89). Sümer ve Güngör (1999) ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısını 0,85 olarak hesaplamıştır (Arslantaş 2014).

3.5.4. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği

18 yaş üzeri tüm kadınlara uygulanabilen bu ölçek, 2005 yılında Symonds ve diğ. tarafından geliştirilmiş olup, ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması 2010 yılında Turgut ve Gölbaşı tarafından yapılmıştır. Kadınların cinsel yaşam kalitesini değerlendirmek için hazırlanmıştır. Güvenirlik düzeyi yüksek olan bu ölçeğin güvenirlilik katsayısı ile Cronbach Alpha değeri birbirine eşittir (0,83). Son 4 haftayı kapsayacak şekilde, cinsel yaşamlarını düşünerek cevaplanacak olan toplam soru sayısı 18'dir (Çoban 2012). Likert tipi altılı cevaplandırma seçeneği bulunmaktadır. Ölçeğe 1 ve 6 arasında ya da 0 ve 5 arasında puanlama sistemi yapılmıştır. Bizim çalışmamızda 1 ve 6 arasında ki puanlama sistemi kullanılmıştır. Bu puanlama sistemi; "1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5=Büyük ölçüde katılmıyorum, 6=Hiç katılmıyorum" şeklinde hazırlanmıştır (Bkz. EK 6). Puanlama sonucu alınacak toplam puan 18 ile 108 arasındadır. Puan hesaplama sırasında, 1, 5, 9, 13, 18 numaralı soru puanları tersine çevrilerek hesaplanmakta olup, ölçeğin toplam puanı 100'lük sisteme çevrilmektedir. 100 puana dönüştürülen toplam ölçek puanının hesaplanması; "[ölçekten alınan ham puan-18) x 100/90]" şeklindedir. Toplam ölçek puanı yükseldikçe cinsel yaşam kalitesinin değerlendirilmesi olumlu yönde olmaktadır (Çoban 2012).

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken; istatistiksel analizler için SPSS 21.0 istatistik paket programı, kategorik parametrelerin ve verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Exact test kullanıldı. Parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında T testi, ikiden fazla grup durumunda Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni testi kullanıldı. Ölçekler arası karşılaştırmalarda Pearson Korelasyon analizi, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkene etkisini incelemek için Lineer Regresyon analizi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.7.Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden etik kurul izni ve araştırmanın yapılacağı Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar araştırma kapsamına alınmıştır. Veri toplamaya başlamadan önce hastalar konu ile ilgili bilgilendirilmiş ve gönüllülük olur formu imzalatılarak sözlü ve yazılı olarak onaylar alınmıştır. Bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” etik ilkesinin uyulmasına özen gösterilmiştir. Ayrıca araştırmada “İnsan Onuruna Saygı” ve “Kimliksizlik ve Güvenlik” etik ilkesinin uyulmasında hassas davranılmıştır.

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmadaki hasta grubu Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Onkoloji biriminde ki mastektomili kadınlarla sınırlı olduğu için, sonuçlar ülkemizdeki tüm mastektomili hastalara genelleme yapılamaz, ancak başka araştırma sonuçlarıyla karşılaştırmak amacıyla kullanılabilir.

Çalışmada ki bilgilerin birçoğu hastaların beyanına göre doldurulduğu için bu beyanlar doğru kabul edilmiştir. Hastaların bilgileri sosyodemografik form ve ölçek yöntemi ile alınırken bazı bilgilere hasta kayıtlarından ulaşılmıştır. Bilgi toplama sırasında ki hatırlama etmeninin rol oynaması ve kayıtlardaki bazı düzensizlikler sayısal verilerin eksikliğine yol açmış olabilir. Ancak bu sınırlılık rastgele hata olup, taraf tutma olarak değerlendirilemez.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan 50 mastektomili kadın ve 50 sağlıklı kadınla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen çalışma bulgularına göre açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Çalışmada ki bulgular altı bölümde ele alındı. Bunlar;

- Mastektomili ve sağlıklı kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı,
- Mastektomili kadınların tanı ve tedavi süreci ile ilgili bilgi dağılımı,
- Sağlıklı kadınlara ait bazı verilerin dağılımı,
- Mastektomili kadınların ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları,
- Ölçekler arası ilişkilerin dağılımı,
- Sosyo-demografik değişkenlerin ve bazı verilerin ölçeklere göre ilişkilerinin dağılımı.

4.1.Mastektomili ve Sağlıklı Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Çalışmaya katılan 50 mastektomili kadının bireysel özellikleri değerlendirildiğinde; %46'sının (n=23) 30-39 yaş arasında olduğu, yaş ortalamasının $38,00 \pm 9,718$ bulunduğu, %100'ünün (n=50) evli, %34'ünün (n=17) ilkokul mezunu, %74'ünün (n=37) orta aylık gelire sahip, %50'sinin (n=25) iki çocuğa sahip olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 7).

Çalışmaya katılan 50 sağlıklı kadının bireysel özellikleri değerlendirildiğinde; %42'sinin (n=21) 30-39 yaş arasında olduğu, %62'sinin (n=31) evli, %48'inin (n=24) üniversite mezunu, %64'ünün (n=32) orta aylık gelire sahip, %38'inin (n=19) iki çocuğa sahip olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 7).

Tablo 7 Mastektomili ve Sağlıklı Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri (N=100).

		Hasta Birey		Sağlıklı Birey	
		n	%	n	%
Yaş Grubu	20-29	0	%0,0	14	%28,0
	30-39	23	%46,0	21	%42,0
	40-49	17	%34,0	10	%20,0
	50 Ve üstü	10	%20,0	5	%10,0
Medeni Durum	Evli	50	%100,0	31	%62,0
	Bekar	0	%0,0	14	%28,0
	Dul / Boşanmış	0	%0,0	5	%10,0
Eğitim	İlk Okul Mezunu	17	%34,0	10	%20,0
	Orta Okul Mezunu	9	%18,0	3	%6,0
	Lise Mezunu	16	%32,0	13	%26,0
	Üniversite Mezunu	8	%16,0	24	%48,0
Aylık Gelir	Düşük	12	%24,0	14	%28,0
	Orta	37	%74,0	32	%64,0
	Yüksek	1	%2,0	4	%8,0
Çocuk Sayısı	0	2	%4,0	18	%36,0
	1	8	%16,0	11	%22,0
	2	25	%50,0	19	%38,0
	3 Ve üstü	15	%30,0	2	%4,0

4.2.Mastektomili Kadınların Tanı ve Tedavi Süreci ile İlgili Bilgi Dağılımı

Mastektomi ameliyatı geçirmiş kadınların tanı ve tedavi sürecine özgü özellikleri değerlendirildiğinde; meme kanseri tanı alma yaşının %56'sın da (n=28) 30-39 yaş arasında olduğu, meme kanseri tanı alma yaş ortalamasının $39,600 \pm 8,864$

bulunduğu, tanıdan bu yana geçen sürenin %20'sinde (n=10) 1 ve 2 yıl olduğu, %90'ının (n=45) kemoterapi aldığı, %78'inin n=39 radyoterapi aldığı, %74'ünün (n=37) hormonal tedavi aldığı, %100'ünün (n=50) mastektomi ameliyatı olduğu, ameliyattan bu yana geçen sürenin %30'unda (n=15) dört yıl olduğu, %50'sinin (n=25) ameliyatın sonucundan oldukça memnun olduğu, %38'inin (n=19) evre 2 de ameliyat olduğu, %30'unun (n=15) koltuk altı lenf diseksiyonun da yapıldığı total mastektomi ameliyatı, %32'sinin (n=16) ise koltuk altı lenf diseksiyonun yapıldığı modifiye radikal mastektomi ameliyatı olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8 Mastektomili Kadınların Tanı ve Tedavi Süreci ile İlgili Bilgileri (N=50).

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Meme tanı yaşı	20-29	2	4,0
	30-39	28	56,0
	40-49	12	24,0
	50 ve üstü	8	16,0
	Toplam	50	100,0
Tanıdan bu yana geçen süre	6 ay	4	8,0
	1	10	20,0
	2	10	20,0
	3	8	16,0
	4	9	18,0
	5	6	12,0
	6	3	6,0
	Toplam	50	100,0
Kemoterapi	Almış	45	90,0
	Almamış	5	10,0
	Toplam	50	100,0

Tablo 8 (Devam) Mastektomili Kadınların Tanı ve Tedavi Süreci ile İlgili Bilgileri (N=50).

Radyoterapi	Almış	39	78,0
	Almamış	11	22,0
	Toplam	50	100,0
Hormonal tedavi	Almış	37	74,0
	Almamış	13	26,0
	Toplam	50	100,0
Cerrahi tedavi	Almış	50	100,0
Ameliyattan bu yana geçen süre	6 ay	5	10,0
	1	10	20,0
	2	11	22,0
	3	9	18,0
	4	15	30,0
	Toplam	50	100,0
Yapılan ameliyatın sonucundan memnuniyet	Çok memnunum	15	30,0
	Oldukça memnunum	25	50,0
	Kararsızım	5	10,0
	Pek memnun değilim	5	10,0
	Toplam	50	100,0
Hastalığın hangi evresinde ameliyat olduğu	Evre 0	2	4,0
	Evre 1	14	28,0
	Evre 2	19	38,0
	Evre 3	15	30,0
	Toplam	50	100,0

Tablo 8 (Devam) Mastektomili Kadınların Tanı ve Tedavi Süreci ile İlgili Bilgileri (N=50).

Cerrahi tedavide uygulanan ameliyatın tipi	Total mastektomi koltuk altı lenf diseksiyonu var	15	30,0
	Total mastektomi koltuk altı lenf diseksiyonu yok	5	10,0
	Modifiye radikal mastektomi koltuk altı lenf diseksiyonu var	16	32,0
	Radikal mastektomi koltuk altı lenf diseksiyonu var	6	12,0
	Parsiyel mastektomi koltuk altı lenf diseksiyonu var	4	8,0
	Parsiyel mastektomi koltuk altı lenf diseksiyonu yok	4	8,0
	Toplam	50	100,0

4.3.Sağlıklı Kadınlara Ait Bazı Verilerin Dağılımı

Sağlıklı kadınlara ait hastalık verileri değerlendirildiğinde; kronik ya da sistemik bir hastalığı bulunmayan %70 (n=35) birey olduğu, kronik hastalığı bulunanlardan %33'ünün (n=5) astım hastası olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 9).

Tablo 9 Sağlıklı Kadınların Kronik Hastalık Dağılımları (N=50).

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Kronik ya da sistemik bir hastalığı	Var	15	30,0
	Yok	35	70,0
	Toplam	50	100,0

Tablo 9 (Devam) Sağlıklı Kadınların Kronik Hastalık Dağılımları (N=50).

Kronik hastalığın adı	Nefrotik sendrom	2	13,3
	Astım	5	33,3
	Hipertansiyon	2	13,3
	Diyabet	2	13,3
	Anemi	3	20,0
	Hipertroidi	1	6,7
	Toplam	15	100,0

Sağlıklı kadınların kanser tanısı ve mastektomiye ait hisleri değerlendirildiğinde; %20'sinin (n=10) kendisini eksik hissedeceği, %20'sinin (n=10) ise psikolojisinin bozulup, depresyona gireceği saptandı (p<0,05) (Tablo 10).

Tablo 10 Sağlıklı Kadınların Mastektomi Operasyonuna Dair Hislerinin Dağılımı (N=50).

		Frekans(n)	Yüzde(%)
Meme kanseri tanısı aldıktan sonra memenin alınması ile ilgili operasyon geçirmiş olsaydınız ne hissedersiniz?	Moralimi yüksek tutmaya çalışır, mücadele ederdim	7	14,0
	Korku ve endişe dolu olurdu	8	16,0
	Üzgün hissederdim	8	16,0
	Eksik hissederdim	10	20,0
	Normal karşılardım	7	14,0
	Psikolojim bozulur, depresyona girerdim	10	20,0
	Toplam	50	100,0

4.4.Mastektomili Kadınların Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları

Mastektomili kadınların ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde; “düşük benlik saygısı” ortalaması (1,180 ± 1,997); “vücut

algısı” ortalaması ($85,700 \pm 15,332$); “cinsel yaşam kalite ölçeği” ortalaması ($63,380 \pm 21,432$) olarak bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11 Mastektomili Kadınların Ölçek Ortalamaları (N=50).

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Benlik Saygısı	50	1,180	1,997	0	6
Vücut Algısı	50	85,700	15,332	57	136
Cinsel Yaşam Kalitesi	50	63,380	21,432	32	102

4.5.Ölçekler Arası İlişkilerin Dağılımı

Vücut algısı ile düşük benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi değerlendirmesine göre; puanlar arasında %50,9 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,509$; $p=0,000 < 0,05$). Buna göre vücut algısı toplam puanı arttıkça düşük benlik saygısı puanı da artmaktadır (Tablo 12).

Cinsel yaşam kalite ölçeği ile düşük benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi değerlendirmesine göre; puanlar arasında %49,9 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,499$; $p=0,000 < 0,05$). Buna göre cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanı arttıkça düşük benlik saygısı puanı azalmaktadır (Tablo 12).

Cinsel yaşam kalite ölçeği ile vücut algısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi değerlendirmesine göre; puanlar arasında %51,6 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,516$; $p=0,000 < 0,05$). Buna göre cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanı arttıkça vücut algısı toplam puanı azalmaktadır (Tablo 12).

Tablo 12 Ölçekler Arası Korelasyon.

		Düşük benlik saygısı	Vücut algısı toplam	Cinsel yaşam kalite ölçeği toplam
Düşük benlik saygısı	R	1,000	0,509	-0,499
	P	0,000	0,000	0,000
	N	50	50	50
Vücut algısı toplam	R	0,509	1,000	-0,516
	P	0,000	0,000	0,000
	N	50	50	50
Cinsel yaşam kalite ölçeği toplam	R	-0,499	-0,516	1,000
	P	0,000	0,000	0,000
	N	50	50	50

Düşük benlik saygısı, cinsel yaşam kalite ölçeği ve vücut algısı arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan regresyon analizi değerlendirmesine göre; ölçekler arası ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=12,663$; $p=0,000<0,05$). Vücut algısı düzeyinin belirleyicisi olarak düşük benlik saygısı, cinsel yaşam kalite ölçeği toplam değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) %32,3 olduğu görülmüştür ($R^2=0,323$). Kadınların düşük benlik saygısı düzeyi vücut algısı toplam düzeyini arttırmaktadır ($\beta=2,573$). Kadınların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam düzeyi vücut algısı toplam düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,249$) (Tablo 13).

Tablo 13 Düşük Benlik Saygısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Vücut Algısı Üzerine Etkisi.

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	T	p	F	Model (p)	R ²
Vücut Algısı	Model Sabiti	98,452	13,905	0,000	12,663	0,000	0,323
	Düşük Benlik Saygısı	2,573	2,469	0,017			
	Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği	-0,249	-2,566	0,014			

4.6 Sosyo-demografik Değişkenlerin ve Bazı Verilerin Ölçeklere Göre İlişkilerinin Dağılımı

4.6.1 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı

Kadınların düşük benlik saygısı puan ortalamaları yaş grubu değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (F=0,619; p=0,543>0,05) (Tablo 14).

Kadınların vücut algısı puan ortalamaları yaş grubu değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (F=2,390; p=0,103>0,05) (Tablo 14).

Kadınların cinsel yaşam kalite ölçeği puan ortalamaları yaş grubu değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=7,238; p=0,002<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaş grubu 30-39 olanların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam

puanları ($74,522 \pm 22,029$), yaş grubu 40-49 olanların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanlarından ($54,412 \pm 16,382$) yüksek bulunmuştur. Yaş grubu 30-39 olanların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanları ($74,522 \pm 22,029$), yaş grubu 50 ve üstü olanların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanlarından ($53,000 \pm 15,769$) yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı.

		N	Ort	Ss	F	p
Düşük Benlik Saygısı	30-39	23	1,087	2,065	0,619	0,543
	40-49	17	0,941	1,886		
	50 Ve üstü	10	1,800	2,098		
Vücut Algısı	30-39	23	83,087	14,196	2,390	0,103
	40-49	17	83,824	15,942		
	50 Ve üstü	10	94,900	14,738		
Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği	30-39	23	74,522	22,029	7,238	0,002
	40-49	17	54,412	16,382		
	50 Ve üstü	10	53,000	15,769		

4.6.2 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Kadınların düşük benlik saygısı puan ortalamaları eğitim değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,653$; $p=0,190 > 0,05$) (Tablo 15).

Kadınların vücut algısı puan ortalamaları eğitim değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları

arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,772$; $p=0,515>0,05$) (Tablo 15).

Kadınların cinsel yaşam kalite ölçeği puan ortalamaları eğitim değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,866$; $p=0,015<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitimi üniversite mezunu olanların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanları ($74,125 \pm 20,739$), eğitimi ilköğretim mezunu olanların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanlarından ($50,529 \pm 17,081$) yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.

		N	Ort	Ss	F	p
Düşük Benlik Saygısı	İlk Okul Mezunu	17	2,000	2,179	1,653	0,190
	Orta Okul Mezunu	9	0,778	1,986		
	Lise Mezunu	16	0,938	2,016		
	Üniversite Mezunu	8	0,375	1,061		
Vücut Algısı	İlk Okul Mezunu	17	90,059	22,253	0,772	0,515
	Orta Okul Mezunu	9	82,000	6,819		
	Lise Mezunu	16	84,875	12,071		
	Üniversite Mezunu	8	82,250	8,328		
Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği	İlk Okul Mezunu	17	50,529	17,081	3,866	0,015
	Orta Okul Mezunu	9	71,333	22,672		
	Lise Mezunu	16	67,188	20,305		
	Üniversite Mezunu	8	74,125	20,739		

4.6.3. Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

Kadınların düşük benlik saygısı puan ortalamaları çocuk sayısı değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=2,108$; $p=0,133>0,05$) (Tablo 16).

Kadınların vücut algısı puan ortalamaları çocuk sayısı değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,166$; $p=0,320>0,05$) (Tablo 16).

Kadınların cinsel yaşam kalite ölçeği puan ortalamaları çocuk sayısı değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=9,526$; $p=0<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çocuk sayısı 0-1 arasında olanların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanları ($82,200 \pm 16,930$), çocuk sayısı 2 olanların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanlarından ($64,240 \pm 20,026$) yüksek bulunmuştur. Çocuk sayısı 0-1 arasında olanların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanları ($82,200 \pm 16,930$), çocuk sayısı 3 ve üstü olanların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanlarından ($49,400 \pm 16,500$) yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin çocuk sayısına Göre Dağılımı (N=50).

		N	Ort	Ss	F	p
Düşük Benlik Saygısı	0-1	10	0,100	0,316	2,108	0,133
	2	25	1,600	2,217		
	3 Ve üstü	15	1,200	2,077		

Tablo 16 (Devam) Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin çocuk sayısına Göre Dağılımı (N=50).

Vücut Algısı	0-1	10	79,100	7,651	1,166	0,320
	2	25	87,320	17,696		
	3 Ve üstü	15	87,400	14,471		
Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği	0-1	10	82,200	16,930	9,526	0,000
	2	25	64,240	20,026		
	3 Ve üstü	15	49,400	16,500		

4.6.4. Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Ameliyattan Memnuniyete Göre Dağılımı

Kadınların düşük benlik saygısı puan ortalamaları ameliyattan memnuniyet değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=2,149$; $p=0,107 > 0,05$) (Tablo 17).

Kadınların vücut algısı puan ortalamaları ameliyattan memnuniyet değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,033$; $p=0,039 < 0,05$) (Tablo 17). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Ameliyattan pek memnun olmayanların vücut algısı puanları ($103,200 \pm 21,510$), ameliyattan çok memnun olanların vücut algısı puanlarından ($81,267 \pm 15,097$) yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 17).

Kadınların cinsel yaşam kalite ölçeği puan ortalamaları ameliyattan memnuniyet değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,202$; $p=0,01 < 0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Ameliyattan çok memnun olanların cinsel yaşam kalite

ölçeği puanları ($75,533 \pm 19,372$), ameliyattan pek memnun olmayanların cinsel yaşam kalite ölçeği puanlarından ($41,400 \pm 8,355$) yüksek bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 17 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Ameliyattan Memnuniyete Göre Dağılımı (N=50).

		N	Ort	Ss	F	p
Düşük Benlik Saygısı	Çok Memnunum	15	0,400	0,828	2,149	0,107
	Oldukça Memnunum	25	1,160	1,886		
	Kararsızım	5	2,400	2,881		
	Pek Memnun Değilim	5	2,400	3,286		
Vücut Algısı	Çok Memnunum	15	81,267	15,097	3,033	0,039
	Oldukça Memnunum	25	85,640	12,328		
	Kararsızım	5	81,800	15,222		
	Pek Memnun Değilim	5	103,200	21,510		
Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği	Çok Memnunum	15	75,533	19,372	4,202	0,010
	Oldukça Memnunum	25	60,480	18,833		
	Kararsızım	5	63,400	30,088		
	Pek Memnun Değilim	5	41,400	8,355		

4.6.5. Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Hastalık Evresine Göre Dağılımı

Kadınların düşük benlik saygısı puan ortalamalarının hastalık evresi değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,569$; $p=0,036 < 0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Evre 3 olanların düşük benlik saygısı puanları ($2,067 \pm 2,658$), Evre 0-1 olanların düşük benlik saygısı puanlarından ($0,250 \pm 0,775$) yüksek bulunmuştur (Tablo 18).

Kadınların vücut algısı puan ortalamaları hastalık evresi değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,382$; $p=0,018<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Evre 3 olanların vücut algısı toplam puanları ($93,933 \pm 15,931$), Evre 0-1 olanların vücut algısı toplam puanlarından ($78,688 \pm 9,769$) yüksek bulunmuştur (Tablo 18).

Kadınların cinsel yaşam kalite ölçeği puan ortalamaları hastalık evresi değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=8,306$; $p=0,001<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Evre 0-1 olanların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanları ($76,250 \pm 18,621$), Evre 3 olanların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanlarından ($48,733 \pm 13,677$) yüksek bulunmuştur (Tablo 18).

Tablo 18 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Hastalık Evresine Göre Dağılımı (N=50).

		N	Ort	Ss	F	p
Düşük Benlik Saygısı	Evre 0-1	16	0,250	0,775	3,569	0,036
	Evre 2	19	1,263	1,851		
	Evre 3	15	2,067	2,658		
Vücut Algısı Toplam	Evre 0-1	16	78,688	9,769	4,382	0,018
	Evre 2	19	85,105	16,200		
	Evre 3	15	93,933	15,931		
Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği Toplam	Evre 0-1	16	76,250	18,621	8,306	0,001
	Evre 2	19	64,105	22,123		
	Evre 3	15	48,733	13,677		

4.6.6. Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Aylık Gelire Göre Dağılımı

Kadınların düşük benlik saygısı puan ortalamaları aylık gelir değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=1,428$; $p=0,160>0,05$) (Tablo 19).

Kadınların vücut algısı toplam puan ortalamaları aylık gelir değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-0,092$; $p=0,927>0,05$) (Tablo 19).

Kadınların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puan ortalamaları aylık gelir değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-0,761$; $p=0,450>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Aylık Gelire Göre Dağılımı (N=50).

		N	Ort	Ss	t	P
Düşük Benlik Saygısı	Düşük	12	1,917	2,392	1,428	0,160
	Orta	37	0,973	1,848		
Vücut Algısı Toplam	Düşük	12	85,250	20,109	-0,092	0,927
	Orta	37	85,730	13,993		
Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği Toplam	Düşük	12	58,750	26,602	-0,761	0,450
	Orta	37	64,162	19,533		

4.6.7. Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Kemoterapi Alma Durumuna Göre Dağılımı

Kadınların düşük benlik saygısı puan ortalamaları kemoterapi değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0,681$; $p=0,499>0,05$) (Tablo 20).

Kadınların vücut algısı toplam puan ortalamaları kemoterapi değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2,399$; $p=0,020<0,05$). Kemoterapi almış olan kadınların vücut algısı toplam puanları (87,356), kemoterapi almamış olan kadınların vücut algısı toplam puanlarından (70,800) yüksek bulunmuştur (Tablo 20).

Kadınların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puan ortalamaları kemoterapi değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-2,070$; $p=0,044<0,05$). Kemoterapi almamış olan kadınların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanları (81,600), kemoterapi almış olan kadınların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanlarından (61,356) yüksek bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 20 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Kemoterapi Alma Durumuna Göre Dağılımı (N=50).

		N	Ort	Ss	t	p
Düşük Benlik Saygısı	Almış	45	1,244	2,058	0,681	0,499
	Almamış	5	0,600	1,342		
Vücut Algısı Toplam	Almış	45	87,356	15,079	2,399	0,020
	Almamış	5	70,800	8,379		
Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği Toplam	Almış	45	61,356	20,818	-2,070	0,044
	Almamış	5	81,600	19,970		

4.6.8. Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Radyoterapi Alma Durumuna Göre Dağılımı

Kadınların düşük benlik saygısı puan ortalamaları radyoterapi değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=1,023$; $p=0,144>0,05$) (Tablo 21).

Kadınların vücut algısı toplam puan ortalamaları radyoterapi değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=1,481$; $p=0,145>0,05$) (Tablo 21).

Kadınların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puan ortalamaları radyoterapi değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-0,920$; $p=0,362>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Radyoterapi Alma Durumuna Göre Dağılımı (N=50).

		N	Ort	Ss	t	p
Düşük Benlik Saygısı	Almış	39	1,333	2,180	1,023	0,144
	Almamış	11	0,636	1,027		
Vücut Algısı Toplam	Almış	39	87,385	15,605	1,481	0,145
	Almamış	11	79,727	13,275		
Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği Toplam	Almış	39	61,897	21,869	-0,920	0,362
	Almamış	11	68,636	19,861		

4.6.9. Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Hormonal Tedavi Alma Durumuna Göre Dağılımı

Kadınların düşük benlik saygısı puan ortalamalarının hormonal tedavi değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark

istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=1,878$; $p=0,005<0,05$). Hormonal tedavi almış olan kadınların düşük benlik saygısı puanları (1,487), hormonal tedavi almamış olan kadınların düşük benlik saygısı puanlarından (0,308) yüksek bulunmuştur (Tablo 22).

Kadınların vücut algısı toplam puan ortalamaları hormonal tedavi değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0,273$; $p=0,786>0,05$) (Tablo 22).

Kadınların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puan ortalamaları hormonal tedavi değişkenine göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-0,449$; $p=0,656>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 22 Düşük Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Hormonal Tedavi Alma Durumuna Göre Dağılımı (N=50).

		N	Ort	Ss	t	p
Düşük Benlik Saygısı	Almış	37	1,487	2,219	1,878	0,005
	Almamış	13	0,308	0,630		
Vücut Algısı Toplam	Almış	37	86,054	15,792	0,273	0,786
	Almamış	13	84,692	14,499		
Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği Toplam	Almış	37	62,568	20,859	-0,449	0,656
	Almamış	13	65,692	23,718		

5. TARTIŞMA

Epidemiyolojik istatistiklere bakıldığında meme kanserinin kadınların yaşamında en önemli risk faktörlerinden biri olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Kanserin organ kaybı yaratması, hastalığın geniş yayılım göstermesi ve çoğu zaman ölümlle sonuçlanması hasta ve yakınlarına birçok ruhsal sorun yaşatmaktadır (Arıkan 2001).

Kadının memesi estetik görünümüne ek olarak cinsellik ve annelik işlevlerini yerine getirmede önemli yer tutmaktadır. Çoğu kadın mastektomi ile birlikte kadınlığın kayba uğrayacağını düşünmekte, beden algısı ve benlik saygısıyla ilgili sorunları yaşamakta ve sonuç olarak cinsel yaşamları etkilenmektedir (Ayaz 2012).

Bu çalışma ile birlikte mastektominin benlik saygısı ve cinsel yaşam kalitesi üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen konular çerçevesinde tartışılmıştır;

- Mastektomili ve sağlıklı kadınların sosyo-demografik özellikleri,
- Mastektomili kadınların tanı ve tedavi süreci ile ilgili bilgileri,
- Sağlıklı kadınlara ait bazı verilerin dağılımı,
- Mastektomili kadınların ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının değerlendirilmesi,
- Ölçekler arası ilişkilerin dağılımı,
- Sosyo-demografik değişkenlerin ve bazı verilerin ölçeklere göre ilişkilerinin dağılımı.

5.1. Mastektomili ve Sağlıklı Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamızda hastaların yaş grupları değerlendirildiğinde; meme kanserli bireylerin %46'sının (n=23) 30-39 yaş arasında olduğu saptandı ve yaş ortalaması $38,00 \pm 9,718$ bulundu (Bkz. Tablo 7). Bu sonuçtan hareketle, meme kanserinin en çok 30-39 yaş arasında görüldüğünü, yaş arttıkça görülme sıklığının azaldığını söyleyebiliriz. Literatürde bizim araştırmamızı destekleyen sonuçlar mevcuttur. Çam ve ark. (2009) meme kanserli kadınlarla yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılan kadınların % 38,5'inin 45 yaş ve altı olduğunu saptamıştır (Çam ve ark. 2009). Meme kanserli hastalarla yapılan başka bir çalışmada yaş ortalaması 39 bulunmuştur (Atılğan

1999). Meme kanserinin en çok 41 yaş ve altında (%56) görülmekte olduğunu bildiren sonuçlarda bulunmaktadır (Sertöz 2002). Literatürde başka çalışma sonuçları da bu verileri destekler niteliktedir (Karaöz 2008; Doğdu 2010; Tünel 2011). Batı toplumlarında %5-7 oranında 40 yaş altında meme kanseri görülmekte iken, Türkiye’de bu oran %20’dir (Sampalis ve diğ. 2003).

Bizim çalışmamızın aksine literatür de yaş arttıkça meme kanseri görülme sıklığı arttığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Ozan Gültekin (2009) çalışmasında, meme kanserli kadınların yaş ortalamasını $58,23 \pm 7,8$ bulmuştur (Ozan Gültekin 2009). Başka bir çalışmada, meme kanserli hastaların en çok 45-64 yaş (%55,7) arasında olduğu saptanmıştır (Kaya 2016).

Çalışmamızda sağlıklı bireylerin yaş grupları değerlendirildiğinde; 30-39 yaş arasında %42 (n=21) birey olduğu görüldü (Bkz. Tablo 7). Sertöz (2002) ‘ün meme kanserli grubu karşılaştırdığı sağlıklı kontrol grubun %62 sinin 41 yaş ve altı olduğu görülmektedir (Sertöz 2002). Başka bir çalışmada sağlıklı kontrol grubun yaş ortalaması 39,65 bulunmuştur (Tuzcu 2013).

Çalışmamızda hastaların medeni durumları değerlendirildiğinde; benlik saygısı ve cinsel yaşam kalitesini incelemek için çalışmadaki tüm bayanlar (n=50) evli tercih edildi (Bkz. Tablo 7). Türkiye Nüfus İstatistiklerine göre, tüm kadınların %68,3’ünün evli olduğu ve %94,2’sinin evliliklerinin devam ettiği saptanmıştır (TNSA 2013). Meme kanserli çalışmalara bakıldığında, %80 üzerinde evli kadınların olduğu görülmüştür (Seçkin 2009; Uzun 2009; Turgut ve Gölbaşı 2010; Soyler 2015; Kaya 2016).

Çalışmamızda sağlıklı bireylerin medeni durumları değerlendirildiğinde; %62 oranında (n=31) evli birey bulundu (Bkz. Tablo 7). Literatürde meme kanserli hastaların ele alındığı çalışmalarda, kontrol grubunun medeni durum oranları bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Kılıç 2006; Tuzcu 2013).

Çalışmamızda hastaların eğitim durumları değerlendirildiğinde; kadınların %34’ünün (n=17) ilkokul mezunu olduğu saptandı (Bkz. Tablo 7). Mastektomi ameliyatı geçiren hastalarla yapılan bir çalışma da ilköğretim mezunu %63,3 hasta tespit edilmiştir (Gürdil Yılmaz 2014). Başka bir çalışmada ilköğretim mezunu % 57,7 meme kanserli birey saptanmıştır (Uzun 2009). Arslantaş (2014)’in çalışmasında %56 oranında mastektomili birey ilkokul mezunudur (Arslantaş 2014). Literatürde ki diğer

çalışmalar da bu sonuçları desteklemektedir (Atlı Özbaş 2008; Kabataş Saral 2008;Acar 2009; Sakallı 2013;).Çalışmamızda bulunan sonuçlar ülkemizde yapılan eğitim düzeyi çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Üniversite mezunu meme kanserli birey sayısının düşük olması, bize bireylerin meme kanseri ve sonrasında yapılan cerrahi tedavi ile ilgili olumsuz düşünce ve sağlık davranışları geliştirebileceklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda sağlıklı bireylerin eğitim durumları değerlendirildiğinde; kadınların %48'inin (n=24)üniversite mezunu olduğu saptandı (Bkz. Tablo 7). Sağlıklı kadınların ele alındığı bazı çalışma sonuçları da bizim araştırmamızla benzerlik göstermektedir (Arslantaş 2014;Yılmaz2015).

Çalışmamızda hastaların gelir durumları değerlendirildiğinde; mastektomi ameliyatı olmuş olguların %74'ü (n=37) orta gelire sahip olarak bulundu (Bkz. Tablo 7). Mastektomi ameliyatı olmuş kadınların incelendiği bir çalışma da %67,6 orta seviyede aylık gelire sahip birey saptanmıştır (Tünel 2011). Kabataş Saral (2008) meme kanserli bireylerden topladığı verilerde aylık gelirlerinin %65,3 oranında orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşmıştır (Kabataş Saral 2008). Akçayır (2014) çalışmasında %62,9, Erden (2015) ise çalışmasında %73,7 oranında orta düzeyde aylık gelire sahip birey saptamıştır (Akçayır 2014; Erden 2015). Diğer yapılan çalışmalar da araştırmamız sonuçlarıyla uyumludur. (Aydın Bektaş 2005;Arslantaş 2014; Gürdil Yılmaz 2014; Soylar 2015; Kaya 2016). Meme kanseri psikolojik sorunlara yol açtığından kadının çalışma hayatını etkilemesi söz konusudur. Ameliyat ve diğer tedavi işlemleri düşünüldüğünde gelir konusunda aile ekonomisi sarsılacaktır.

Çalışmamızda sağlıklı bireylerin gelir durumları değerlendirildiğinde; kadınların %64'ünün (n=32) aylık geliri orta düzeyde bulundu (Bkz. Tablo 7). Literatürde sağlıklı kadınlarla yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar mevcuttur (Kılıç 2006; Tuzcu2013; Arslantaş 2014; Gürdil Yılmaz 2014).

Çalışmamızda hastaların çocuk sahibi olma durumları değerlendirildiğinde; kadınların %50'sinin (n=25) iki çocuğa sahip olduğu bulundu (Bkz. Tablo 7). Bizim çalışma sonucumuza benzer şekilde; Babacan Gümüş (2006) meme kanserli bireylerle yaptığı çalışmasında %50 iki çocuğa sahip birey saptamıştır (Babacan Gümüş 2006). Başka yapılan bir çalışmada %52,9 oranında iki çocuklu meme kanserli birey bulunmuştur (Bozkurt 2009). Diğer çalışma sonuçları da araştırmamızı destekler

niteliktedir (Kabataş Saral 2008;Acar2009; Tünel 2011; Tuzcu2013; Akçayır 2014;Arslantaş 2014; Soylar 2015).

Çalışmamızda sağlıklı bireylerin çocuk sahibi olma durumları değerlendirildiğinde; kadınların %38'inin (n=19) iki çocuğa sahip olduğu bulundu (Bkz. Tablo 7). Literatürde çalışma sonucumuza benzer araştırmalarda mevcuttur (Arslantaş 2014; Gürdil Yılmaz 2014).

5.2. Mastektomili Kadınların Tanı ve Tedavi süreci ile İlgili Bilgilerinin Tartışılması

Çalışmamızda hastaların meme tanısı alma yaşları değerlendirildiğinde; kadınların %56'sının (n=28) 30-39 yaş arasında tanı aldığı ve yaş ortalamasının $39,600 \pm 8,864$ olduğu saptandı (Bkz. Tablo 8). Yapılan bir çalışmada bireylerin tanı alma yaşının %28 46-55 yaş arası ve %24 36-45 yaş arasında olduğu bulunmuştur (Kartal 2012). Sağlık Bakanlığı verilerine göre, kadınlarda en sık 25-49 yaş arasında meme kanseri görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Daire Başkanlığı (2017) Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser/istatistikleri> Erişim Tarihi 11.12.2018) Uluslararası çalışmalara bakıldığında; meme kanseri tanısının alındığı yaş ortalamaları Nijerya da 42,7, Finlandiya da 58,7, İzlanda'da ise % 8,7 bireyde 40 yaş altında bulunmuştur. (Ikpatt ve diğ. 2002).

Çalışmamızda hastaların tanıdan bu yana geçen süreleri değerlendirildiğinde; kadınların %20'si (n=10) 1 yıl ve diğer %20'si (n=10) 2 yıl önce tanı aldığı bulundu (Bkz. Tablo 8). Yapılan bir çalışmada hastaların %24'ünün 1 yıl, %20'sinin 2 yıl önce meme kanseri tanısı aldığı saptanmıştır (Ayaz 2012). Literatürde ki diğer çalışmalarda bu sonuçlara benzerdir (Acar 2009; Erdoğan 2015; Yalçın2015).

Çalışmamızda hastaların tedavi alma durumları değerlendirildiğinde; kadınların hepsi %100 (n=50) cerrahi tedavi uygulanmış bireylerdir (Bkz. Tablo 8). Meme kanserli hastalarla yapılan birçok çalışma hastalarda cerrahi tedavi uygulandığını göstermektedir (Ayaz 2012; Karaca 2012;Akçayır 2014; Soylar 2015; Kaya 2016). Tüm kanserli hastalarda uygulanan bir çalışma da %65,8 oranında cerrahi tedavi uygulandığı bildirilmiştir (Aydın Bektaş 2005). Meme kanseri tedavisinde kemoterapi ve radyoterapinin adjuvan etkinliğinin önemi büyüktür. Genellikle cerrahi tedaviden sonra uygulanan kemoterapi ve radyoterapi klinik hastalığı yok ederek,

hastalığın tekrarını önlemektedir (Şaylık2010). Günümüzde kanserden meydana gelen ölümlerin azalmasını kemoterapi ve radyoterapi tedavisinin ilerlemesine bağlayabiliriz. Çalışmamız da meme kanserli kadınların %90'ının (n=45) kemoterapi, %78'inin (n=39) radyoterapi, %74'ünün (n=37) hormon tedavisi aldığı bulundu (Bkz. Tablo 8). Literatürde çalışma sonuçlarımıza paralel araştırmalar bulunmaktadır (Emiroğlu 1997; Karabacak 2004; Çalışkan 2009; Şaylık 2010; Tünel 2011; Ayaz 2012; Karaca 2012; Kartal 2012; Seyhan 2012; Sakallı 2013; Alamiş 2017). Yapılan başka bir çalışmada hastaların %28,3'ünün kemoterapi, %40,9'unun radyoterapi, %49,9'unun ise hormon tedavisi aldığı saptanmıştır. (Luke ve diğ. 2007).

Çalışmamızda hastaların ameliyattan bu yana geçen süreleri değerlendirildiğinde; en çok %30'unun (n=15) 4 yıl önce ameliyat olduğu görüldü (Bkz. Tablo 8). Literatürde sonuçlarımıza benzer çalışma sonuçları mevcuttur. Çalışkan(2009) çalışmasında %43,6 hastanın 4-5 yıl önce, Ayaz(2012) çalışmasında %25 hastanın 4-6 yıl önce, Acar(2009) ise çalışmasında %22,6 hastanın dört yıl ve daha uzun süre önce ameliyat olduğunu bildirmiştir (Acar 2009; Çalışkan 2009; Ayaz2012).

Çalışmamızda hastalara uygulanan cerrahi tedavi teknikleri değerlendirildiğinde; %40 hastaya (n=20) total mastektomi uygulandığı bulundu (Bkz. Tablo 8). Literatürde ki çalışmaları değerlendirdiğimiz de; Çalışkan (2009) çalışmasında %73,3, Babacan Gümüş (2006) %73,3, Atlı Özbaş (2008)%82, Tünel (2011) ise %91,2 oranında total mastektominin ilk sırada yer aldığını belirtmişlerdir (Babacan Gümüş 2006; Atlı Özbaş 2008; Çalışkan 2009; Tünel 2011). Başka bir çalışma bulgularında %40 TM, %20 MRM yapıldığı bildirilmiştir (Arslantaş2014). Literatürde ki diğer araştırma sonuçları da bu sonuçları destekler niteliktedir (Seçkin Seyhan 2013; Sakallı 2013; Kabataş Saral 2008; Kadı2011). Günümüzde ki tedavi seçeneklerine göre bulgularımızı değerlendirecek olursak, radikal mastektomi çok fazla tercih edilen cerrahi yöntem değildir. Meme onarımı için olanak tanınması, daha iyi kozmetik sonuçların sağlanması, ameliyat süresinin kısa olması gibi avantajları nedeni ile MRM, radikal mastektomiden daha çok uygulanan bir cerrahi yöntem olmuştur (Şaylık2010). Çalışma sonuçlarımız MRM'nin tercih edilen yöntem olduğunu desteklemektedir (Bkz. Tablo 8). Koltuk altı lenf nodu diseksiyonu yapıp yapılmamasına göre bazı araştırma sonuçları çalışmamızla benzerlik göstermektedir

(Karaca 2012; Kartal 2012; Şaylık 2010; Büyükakıncak 2010; Müezzinler Evsine2010; Karaöz2008).

Çalışmamızda hastaların bulunduğu meme kanseri evreleri değerlendirildiğinde; meme kanseri, erken fark edildiği zaman tedavisi kolay olan bir kanser çeşididir (Şaylık 2010). Yapılan bir çalışmada evre 1 ve evre 2 de ki meme kanseri vakaları tüm olguların %75-%80'ini meydana getirmektedir (Karaca 2012). Bizim bulgularımız da literatürle uyumlu olarak, ameliyat dönemin de evre 1 ve evre 2 de bulunan tüm olguları %66 (n=33) meme kanserli bireyin oluşturduğu görüldü (Bkz. Tablo 8). Haydaroğlu ve diğ. (2005)'nin yaptığı çalışmada olguların %34,6'sının, Kılıç ve diğ. (2004)'nin çalışmasında ise % 62,1'inin erken evrede tespit edildiği sonucuna ulaşılmıştır. (Haydaroğlu ve diğ. 2005; Kılıç ve diğ. 2004). Tünel (2011) meme kanserli bireylerin %58,8 oranında erken evrede (0-1-2) olduklarını saptamıştır (Tünel 2011). Çalışma sonucumuzu destekler nitelikte evre 2'nin çoğunlukta olduğu araştırmalar mevcuttur (Seyhan 2012; Kadı 2011; Balaban2013). Kuzey Amerika'da yapılan bir çalışmada meme kanserli bireylerin daha çok evre 0 ve evre 1 de tanı aldıkları belirlenmiştir (Anderson ve diğ. 2003).

Çalışmamızda hastaların ameliyattan memnuniyetleri değerlendirildiğinde; mastektomi yapılmış bireylerde cerrahi tedavi sonuçlarından memnuniyetsizlik %10 (n=5) oranında olduğu görüldü (Bkz. Tablo 8). Cerrahi tedavi sonrasında karşılaşılan olumsuz tepkiler ameliyat sonrası vücut bütünlüğünde değişim olması, buna bağlı olarak yaşanan psikolojik durumlar (anksiyete, depresyon gibi) ve meydana gelen cerrahi komplikasyonlardan kaynaklanabilmektedir. Çalışmamızda mastektomi operasyonundan oldukça memnun olan hasta sayısı %50 (n=25), çok memnun olan hasta sayısının ise %30 (n=15) olduğu görüldü (Bkz. Tablo 8). Çalışma bulgularımızı destekler nitelikte Alamiş (2017) yaptığı çalışmasında %52,9 oldukça memnun, %35,3 çok memnun; Tünel (2011) %85,3 oldukça memnun; Sertöz (2002) %46 çok memnun, %28 oldukça memnun sonuçlarını bulmuşlardır (Sertöz 2002; Alamiş 2017; Tünel 2011).

5.3. Sağlıklı Kadınlara Ait Bazı Verilerin Tartışılması

Çalışmamızda sağlıklı bireylerin kronik/sistemik hastalık durumları değerlendirildiğinde; kadınların %70'inin (n=35) kronik ya da sistemik bir hastalığı olmadığı görüldü (Bkz. Tablo 9). Kronik ya da sistemik rahatsızlığı olanlardan astım (%33,3), anemi (%20), hipertansiyon (%13,3), diyabet (%13,3) oranında olduğu görüldü (Bkz. Tablo 9). Literatürde çalışmamıza benzer olarak yapılan meme kanserli hastaların incelendiği bir çalışma da sağlıklı bireylerin %82,6'sı kronik hastalığa sahip değildir (Acar 2009). Sağlıklı kadınların ele alındığı başka bir çalışmada, kronik hastalığı olmayan %60 kadının bulunduğunu, hastalığı olanlardan diyabet (%6,7) ve hipertansiyon (%6,7)'nin en çok görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Özberksoy 2006). Diğer bir çalışma da sağlıklı bireyler de en çok %17,1 oranında hipertansiyon olduğu belirtilmiştir (Ozan Gültekin 2009). Kronik/sistemik hastalığın bulunma durumu sağlıklı kadınlar da meme kanseri ve cerrahi girişim ile ilgili düşüncelerini etkileyeceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda sağlıklı bireylerin mastektomi operasyonuna dair hisleri değerlendirildiğinde; meme kanseri ve cerrahi girişim sonrasında yaşanacak olan süreçleri düşünmek sadece meme kanserli bireylere değil, sağlıklı bireylere de korku ve anksiyete gibi ruhsal durumlar yaşatmaktadır. Çalışmamız da ki sağlıklı bireylerin "meme kanseri tanısı aldıktan sonra memenizin alınması ile ilgili operasyon geçirmiş olsaydınız ne hissederdiniz?" sorusuna en çok %20 birey (n=10) eksik hissederdim, %20 birey (n=10) psikolojim bozulur, depresyona girerdim yanıtını verirken, %14 birey (n=7) "normal karşılardım" yanıtını vermiştir (Bkz. Tablo 10). Özberksoy (2006)'un çalışmasında, sağlıklı bireylere memenin alınmasının ne ifade ettiği sorulduğunda; %40'ı "görüntüm bozulacak", "eksik hissedeceğim", "yarım hissedeceğim", "düşüncesi rahatsız ediyor", "psikolojik açıdan rahatsız edici", "kabul edemiyorum" gibi yanıtlar verirken, %60 birey ise "sağlığım daha önemli" yanıtını vermiştir (Özberksoy 2006). Başka bir çalışma da bireylerin kanseri kötü bir hastalık olarak düşünmekte olduğu saptanarak, kanser ile ilgili düşüncelerini kanser yaşamış tanıdıklarından edindiği bilgisine ulaşılmıştır (Ozan Gültekin 2009). Sonuç olarak kanser toplumda ki bireylere korku yaşatan bir hastalıktır.

5.4. Mastektomili Kadınların Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda hastaların benlik saygısı puanları değerlendirildiğinde;

Kişinin kendisini yeterli bir birey olarak değerlendirmesi ve severek kabullenmesi benlik saygısını ifade etmektedir. Benlik saygısı, bireylerin hayattan doyum alması, başarılar meydana getirmesi, toplumda ki kişisel uyumunun yüksek olması, değerlerini koruması konularında önemlidir (Özata 2012). Çalışmamız da bireylerin **“Benlik Saygısı Ölçeği”** ortalaması 1.180 ± 1.997 bulundu (Bkz. Tablo 11). Ortalama değer 0-2 arasında olduğundan çalışmamızda ki meme kanserli hastaların benlik saygısı düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Benlik saygısı, gerçek benlik ile kişinin ideali olan benliği arasında yaşanan farktır. Bu farkın fazlalığı kişinin benlik saygısının düşük, farkın azlığı ise benlik saygısının yüksek olduğunu göstermektedir (Karakuş 2016). Bizim çalışma bulgularımıza göre meme kanserli bireylerin ideallerinde ki ve gerçek benlikleri arasında ki farkın az olduğu görülmektedir. Literatür de çalışma bulgularımıza benzer sonuçlar mevcuttur. Yılmaz (1992) mastektomili ve meme koruyucu cerrahi geçiren hastaları ele aldığı çalışmada total mastektomi geçiren bireylerin benlik saygısı puan ortalamasını $71,9 \pm 14,704$ bulmuş olup, mastektomi grubunun benlik saygıları yüksektir (Yılmaz 1992). Arslantaş (2014) Mastektomili kadınlarda benlik saygısı ve eş uyumunu incelediği çalışmada meme kanserli kadınların benlik saygıları %64 oranında yüksek çıkmıştır (Arslantaş 2014). Yapılan başka bir araştırma da bireylerin benlik saygısı ölçeğinin ortalaması 1.59 ± 1.59 bulunmuştur (Gökçe 2017). Kılınç (2012) ortognatik cerrahi hastalarının özgüvenlerinin çok iyi düzeyde iyileştiğini (%73,4) saptamıştır (Kılınç 2012). Kronik hastalığı olan bireylerin incelendiği bir çalışmada ortalama benlik saygısı puanı $18,17 \pm 4,091$ olarak bulunmuştur (Karakuş 2016). Yılmaz (2015) obez bireyleri ele aldığı çalışmada bireylerin benlik saygısı puanları %81,1 oranında yüksektir (Yılmaz 2015). Akne vulgaris tanısı alan hastalarla yapılan bir çalışmada benlik saygısı puanı $2,42 \pm 1,91$ bulunmuştur (Herdem 2016). Bizim çalışmamızın aksine literatür de benlik saygısının düşük bulunduğu araştırmalar da vardır. Ayaz (2012) meme kanserli bireyleri incelediği çalışmada benlik saygısı ölçek puanı $10,58 \pm 3,92$ bulunmuş olup, ortalamanın altında bir değerdir (Ayaz 2012). Evlilik ilişkisinin incelendiği bir çalışmada çiftler düşük benlik saygısına sahip olup, ortalama benlik saygısı puanı $9,67 \pm 4,23$ bulunmuştur (Uzel 2015). Tortamış (2009) araştırmasına katılan kadınların

benlik saygısı puan ortalamasını 48.16 ± 18.927 olarak bulmuş olup bu değer ortalamanın altındadır (Tortamış 2009). Hemodiyaliz hastaları ile ilgili yapılan çalışmalarda hemodiyaliz hastalarının benlik saygısı ortalama puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. (Mok ve Tam 2001; Welch ve Austin 2001; Guerini Rocco, Mecieri ve Yavuzer 2006). Obez hastaların incelendiği bazı çalışmalarda bu sonuçları desteklemektedir (Yücel 2008; Tezcan 2009).

Çalışmamızda hastaların vücut algısı puanları değerlendirildiğinde; beden imajı bireyin vücudunu algılaması ve algıları ile ilgili ne hissettiğidir. Vücut algısı ölçeği, bedenin birçok alanı ilgili kişinin bedeni hakkındaki düşüncelerini ortaya çıkarmaktadır. Çalışmalarda sıklıkla kullanılması, bizim çalışmamızla karşılaştırma yapabilmemizde etkili olması sebebiyle Vücut Algısı Ölçeği kullanıldı. Çalışmamızda ***“Vücut Algısı Ölçeği”*** puan ortalaması $85,700 (\pm 15,332)$ bulundu (Bkz. Tablo 11). Puanların maksimum değeri 136, minimum değeri 57 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ki kadınların düşük vücut algısı geliştirmelerinin nedeni olarak, kronik seyreden hastalığın ortaya çıkması ve hastalığın sonrasında vücut bütünlüğüne zarar veren cerrahi girişimin yapılmasıdır. Vücutlarında fonksiyonel açıdan eksiklik bulunan mastektomili kadınların psikolojik gereksinimlerine özenle yaklaşılmalıdır. Akkaya ve diğ. (2011)’nin meme kanserli bireylerle yaptıkları çalışmada beden imajı puanı $98,70 \pm 26,50$ bulunmuştur (Akkaya ve diğ. 2011). Keskin ve Gümüş (2011) mastektomi geçirmiş hastalar da beden imajı puanını $87,28 \pm 18,55$ bulmuşlardır (Keskin ve Gümüş 2011). Yapılan başka bir çalışmada meme kanserli kadınların % 46,7’si “Görüntüm bozulacak, eksik hissedeceğim, yarım hissedeceğim, düşüncesi rahatsız ediyor, psikolojik açıdan rahatsız edici, kabul edemiyorum” gibi cevaplar vermiştir (Özberksoy 2006). Hasta ve sağlıklı kadınların karşılaştırıldığı bir çalışmada, mastektomili kadınların beden algıları, sağlıklı kadınlara göre daha düşük bulunmuştur (Uçar ve Uzun 2008). Meme kanserli kadınlarla yapılan başka bir çalışmada beden imajı puanı $92,80 \pm 10,58$ bulunmuştur (Ayaz 2012). Yabancı bir literatür de kadınlar çirkin görünümünün sebebini şiş kola sahip olmalarına bağlamakta, bu yüzden seksi olmadıklarını ifade etmektedirler (Johanson Holmström, Nilsson, Ingvar 2003). Alamış (2017) meme kanserli hastaların cerrahi girişim sonrası giyim ve kendine bakımın %42,9 oranında azaldığını belirtmiştir (Alamış 2017). Literatürdeki diğer çalışmalara göre kadınların bedeninden utanç duyması ve çekici görünmediklerini

düşünceleri sebebiyle bireyler bedenini eşlerinden saklamaktadır (Turnbull 2001; Weerakoon 2001). Avis ve diğ. (2004) yaptıkları çalışmada meme kanserli kadınlarda ortaya çıkan problemler arasında en çok yaşanan sorunun kadınların vücudunda oluşan değişiklikten rahatsızlık duymasından (Avis ve diğ. 2004). Bireylerin vücut imajının olumlu olmasının önemi büyüktür. Mastektomi operasyonu geçirmiş kadınların bedenlerini algılama şekli ve bedenleri hakkındaki düşünceleri beden imajı algısı kavramını meydana getirmektedir (Vatansever 2014). Cerrahi girişim sonrası memesini kaybetmiş bir kadının toplum da kendisini diğer kadınlarla karşılaştırması mümkündür. Olması gereken beden standartlarına sahip olmadığı algısı geliştiren mastektomili kadınlar, olumsuz beden imajı algısına sahip olabilmekte ve bu olumsuz düşünceler yaşam kalitelerini etkileyebilmektedir. Kişinin benliğinin merkezi bedenidir. Bu nedenle vücut imajı algısı cerrahi girişim geçirmiş kadınların yaşam doyumu için önemlidir (Aksel 2017). Stomalı hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ü vücudunda meydana gelen değişim nedeni ile üzgündür ve %86'sı stomanın çirkin görünmeye sebebiyet verdiğini, giyim şeklini çok fazla etkilediğini, %52'sinin cerrahi girişim sonrasında vücudunu partnerine çekinmeden göstermediğini, %68'i stomanın partneri ile ilişkisini olumsuz etkilediğini düşünmektedir (Vatansever 2014). Baş-boyun kanseri tanılı hastalarla yapılan bir çalışma da operasyon sonrası vücut algısı ölçeği puanlarının ameliyat öncesine göre düşük olduğu görülmüştür (Yılmaz 2008). Literatürde cerrahi girişim uygulanan hastalar üzerinde beden imajı uyumunun düşük olması bize cerrahinin genel vücut imajı algısı üzerinde olumsuz sonuçlar meydana getirdiğini düşündürmektedir. Öngören (2015) çalışmasında bireylerde var olan kronik ya da tıbbi bir hastalığın beden algısını olumsuz etkilediğini bildirmiştir (Öngören 2015). Hemodiyaliz hastalarının ele alındığı bir çalışma da beden algısı ölçeği ortalama puanı 88,42 bulunmuştur (Baktıroğlu 2010). Aksel (2017) engelli kadınları incelediği çalışmasında vücut algısı ölçek puanını $114,58 \pm 17,39$ olarak bulmuş olup, beden algılarının düşük olduğunu saptamıştır (Aksel 2017). Hamurcu (2014) ve Gökçe (2017)'de çalışmalarında vücut algısı ölçek puanlarının düşüklüğünden bahsetmişlerdir (Hamurcu 2014; Gökçe 2017). Mastektominin vücut imajını olumsuz etkilediğini saptayan başka çalışmalar da mevcuttur (Sertöz ve diğ. 2004; Babacan Gümüş 2006; Çam ve diğ. 2009). Literatürde çalışma bulgularımızın aksine vücut algısının yüksek

bulduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Çalışkan (2009) mastektomi uygulanmış kadınlarda yaptığı çalışmasında VAÖ puan ortalamasını $152 \pm 7,85$ bulmuştur (Çalışkan 2009). Yapılan başka bir çalışma da, çoğu meme kanserli hasta (%82) cerrahi girişim sonrası giyim ve kendine olan bakım konusunda değişiklik olmadığını ifade etmiştir (Tünel 2011). Vücut algısının bireylerde olumlu anlamda değiştiğini gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (Tortamış 2009; Hallaç 2010; Kurt 2010; Kılınç 2012; Yılmaz 2015; Karakuş 2016).

Çalışmamızda hastaların cinsel yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; cinsel fonksiyonları ve üremeyi olumsuz etkileyen durumların ve cinsel uyumu etkileyen yanlış inançların olmaması, cinsel davranışların uyumu, sağlıklı üreme ve tüm bunlardan memnun olma durumu cinsel yaşamın kalitesini ifade etmektedir (Değerli Kodaz 2013; Yaralı 2013). Kanser, fizyolojik ve psikolojik değişimler meydana getirerek cinsel işlevleri olumsuz etkilemektedir (Karaöz 2008). Bizim çalışmamızda da, kadınların cerrahi girişim sonrası uygulanan tedavilere ve yaşanan travmaya bağlı fizyolojik ve psikolojik etkilerin meydana gelmesi nedeni ile cinsel yaşamlarında problemler yaşayabilecekleri düşünülmektedir. Çalışmamızda ***“Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği”*** ortalaması $63,380 \pm 21,432$ bulundu (Bkz. Tablo 11). Kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği ortalama değeri, en düşük değerden yüksek, en yüksek değerden düşük bulunmuş olup, ortalama bir değere sahiptir. Bu durum, kadınların olması gerekenin altında bir cinsel yaşam kalitesine sahip olduklarını göstermektedir. Cinsellik bir insan gereksinimidir. İnsanın yaşamını sağlıklı bir şekilde devam ettirebilmesi için, Abraham Maslow teorisinin aşamalarını tamamlaması gerekmektedir. Piramitte ki “yeme, içme, uyuma, hava ve cinsellik” fizyolojik ihtiyaçlardandır. Bu teori de cinsellik yeme-içme kadar önemi olan bir gereksinimdir (Erdoğan 2015). Yapılan bir çalışmada, kanser tanısı alan bireylerin cinsel yaşamlarını ihmal ettiği saptanmıştır (Takahaski ve diğ. 2007).

Uluslararası taranan literatürlerde meme kanseri tanısı alan kadınların cinsel problemlerle sık karşılaştığı, cinsel yaşam kalitelerinin düşük olduğu, meme kanserinin cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediği görülmüştür (Yeni ve diğ. 2003; Avis ve diğ. 2004; Can ve diğ. 2005; Hünler ve Gençöz 2005; Speer ve diğ. 2005; Babacan Gümüş 2006; Demir ve diğ. 2006; Henson 2006; Güner 2008). Turgut ve Gölbaşı (2010)’nın yaptığı Cinsel Yaşam Kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik

çalışmasın da CYKÖ puanı $73,37 \pm 17,16$ bulunmuştur (Turgut ve Gölbaşı 2010). Yapılan başka bir meme kanserli kadınlarda ki çalışma da CYKÖ puanı $53,06 \pm 16,64$ bulunmuştur (Erdoğan 2015). Çoban (2012) yaptığı çalışmasında cinsel sorun yaşayan kadınların CYKÖ puanını ($65,50 \pm 19,22$) cinsel sorun yaşamayan kadınların CYKÖ puanına ($78,57 \pm 13,89$) göre düşük bulmuştur (Çoban 2012). Yapılan diğer bir çalışmada CYKÖ ortalama puanı $72,53 \pm 6,33$ bulunmuştur (Üstgörül 2016). Evli kadınlarla yapılan bir çalışmada, CYKÖ puan ortalaması $68,51 \pm 21,63$ bulunmuştur (Yaralı 2013). Evli kadınlarda yapılan başka bir çalışmada CYKÖ puan ortalaması $85,51 \pm 18,21$ olarak bulunmuştur (Doğan ve diğ. 2013). Doğum sonrası cinsel yaşamın ele alındığı araştırmalarda, cinsel yaşam kalitesi puanlarının doğum sonrası dönem ilerledikçe arttığı belirtilmiştir (Crane ve diğ. 2013; Lurie ve diğ. 2013; De Souza ve diğ. 2015). Orta yaş üzeri kadınların incelendiği bir çalışmada, kadınların cinsel yaşam kalitesi ortalama puanı $72,91$ bulunmuştur (Kim ve Kang 2015). Diğer araştırma bulgularının CYKÖ sonuçları da bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir (Biçer 2010; Maasoumi ve diğ. 2013; Yörük 2013; Kırıkkaleli 2015; Symonds ve diğ. 2015; Atay 2017). Meme kanseri tanılı kadınlarda cinsel işlev ölçeğinin değerlendirildiği bir çalışmada, KCIÖ toplam puanı $14,8$ bulunmuş olup, %86,1 kadında cinsel fonksiyon bozukluğu saptanmıştır (Acar 2009).

Karaöz (2008)'ün çalışmasında kadınlar meme kanseri tanısı almadan önce cinsel yaşamlarında ki isteğin ve memnuniyetin daha fazla olduğunu, tanı konulduktan sonra akıllarına cinselliğin gelmediğini, cinsel ilişkiye girme isteklerinin daha az olduğunu ifade etmişlerdir (Karaöz 2008). Meme kanserli kadınlarda cinsel yaşamın incelendiği başka bir çalışmada, kadınların %28'inin ciddi düzeyde cinsel problem yaşadığı saptanmıştır (Fobair ve diğ. 2006). Atlı Özbaş (2008)'in çalışmasında da meme kanserinin cinsel yaşamda ki olumsuz etkileri görülmüş olup, kadınlar cinsel sorunları sıkıntının (distress)ana kaynağı olarak (%14,4) gördüklerini ifade etmişlerdir (Atlı Özbaş 2008). Tüm kanserli bireylerle yapılan bir çalışmada, meme kanseri olan bireylerin fonksiyonel yaşamlarından aldıkları puanlar akciğer kanseri olan bireylerin puanına göre düşük bulunmuştur (Aydın Bektaş 2005). Holzner ve diğ. (2001)'nin yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında, kadınların duygusal, cinsel ve sosyal fonksiyonlarının düşük olduğu saptanmıştır (Holzner ve diğ. 2001).

Meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada, cinsel yaşamda görülen değişikliğin %100 olduğu saptanmıştır (Bozkurt 2009). Stoması olan bireylerin incelendiği bir çalışmada, cerrahi operasyon yapılan hastaların %88'inin cinsel yaşamında sorun yaşadığı bulunmuştur (Vatansever 2014). Alamiş (2017)'in meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmasında, cerrahi girişimden sonra cinsel ilişki yaşama sıklığının (%90,9) ve cinsel ilişki doyumunun (%93,9) azaldığı bulunmuştur (Alamiş 2017). Başka bir çalışmada da, ameliyattan sonra kadınlarda cinsel ilişkiye girme sıklığı (%55,9) ve yaşanan ilişkide ki zevkin çoğunlukla (%50) azaldığı saptanmıştır (Tünel 2011).

Çalışma bulgularımızı destekleyen bu sonuçlardan da görüldüğü gibi; cerrahi girişimler, meme kaybı sonucunu doğurduğu için bireylerde travmaya sebep olarak cinsel yaşamı olumsuz etkilemekte, cinsel işlevlerin azalmasına neden olmaktadır. Görünüm kaygısına neden olan mastektomi ameliyatı nedeniyle kadınlar, çekici ve cinsel hayatta yeterli olamama gibi düşünceler geliştirmektedir (Bozkurt 2009). Vücutta meydana gelen değişikliğin kabullenilmesi, birbirlerine karşı sürekli ilgi ve beğeni duyulması eşler arasında çok önemlidir. Literatür sonuçlarına göre bireylerin bedeninden utanç duydukları, cazibeli olmadıklarını düşündükleri, bedenini eşlerine göstermekten çekindikleri saptanmıştır (Turnbull 2001). Meme kanseri sonrası ortaya çıkan sorunları ifade etmek için yapılan bir çalışmada; kadınların % 46,7'sinin bedeninde meydana gelen değişiklikten hoşnutsuz olduğu, %41,7'sinin cinselliğe karşı ilgisiz kaldığı belirtilmiştir (Avis ve diğ. 2004). Cerrahi girişim sonrası cinsel yaşamın başlaması, kadının kendini fiziksel olarak hazır hissetmesi ve eşlerin kendini psikolojik olarak iyi hissetmesi ile mümkündür (Karaöz 2008).

Birçok hastalığın neden olduğu beden algısındaki değişiklikler, bireyin özgüvenini olumsuz etkileyerek cinsel sorunlara yol açabilir (Turgut ve Gölbaşı 2010). Görünümde ki değişikliğin etkilediği yaşam kalitesinin olumsuzluğu konusu farklı literatürler de de karşımıza çıkmaktadır. Kontrol grubu ile karşılaştırılan psoriasis kadın hastaların ele alındığı bir çalışmada, hasta bireylerin 4.6 kat daha fazla cinsel fonksiyon bozukluğu yaşadığı saptanmış olup, hasta bireylerin cinsel yaşam kaliteleri düşüktür. (Gündüz 2015).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, cinsellikle ilgili inanılan yanlışlar, bilgi eksikliği ve yasaklar nedeniyle cinsel doyumunun ve yaşam kalitesinin düşük

olabileceği bildirilmiştir (CETAD 2008). Bu nedenle ülkemizde cinsel eğitimin ve eğitim merkezlerinin yaygınlaştırılması, kadın cinsel yaşamının geliştirilmesi konusunda önemlidir.

Tüm bireylerin sevgi, saygı, güven, sıcaklık gibi gereksinimleri bulunmaktadır. Her yaşta evrensel olan bu ihtiyaçlar kanser tanısı almış bireylerde daha fazla önemi vardır (Erdoğan 2015). Meme kanseri tanısı bireyin ruhsal durumunu diğer kanserler gibi olumsuz etkilemektedir. Literatürde ki bir çalışmada, korku ve anksiyetenin aile bireylerini etkilediği, meme kanserinin aile fertlerinin de ele alınarak incelenmesi gerektiği bildirilmektedir (Rees ve Bath 2000).

Meme kanseri sonrası ilaç uygulamalarının yan etkileri (örneğin; bulantı, kusma, yorgunluk gibi) ve hormonal değişiklikler de cinsel isteksizliğe yol açarak, cinsel yaşamı olumsuz etkileyen diğer nedenlerdendir (Henson 2006; Karaöz 2008). Kemoterapi tedavisinde kullanılan bazı inhibitör enzimlerin(örneğin; benzodiazepinler, monoamine, oksidase gibi) cinsel duyguları olumsuz etkilediğini bildiren çalışmalarda vardır (Henson 2006).

5.5. Ölçekler Arası İlişkilerin Dağılımı

5.5.1. Vücut Algısı-Benlik Saygısı İlişkisi

Çalışmamızda hastaların vücut algısı ve benlik saygısı ilişkisi değerlendirildiğinde; Vücudun imajı bireyin özgüveninin bir parçasıdır. Vücut imajı bireyin vücudunu algılama şekli ve algıladığı hakkında ki duygularıdır (Ayaz 2012). Çalışmamız da vücut algısı ile düşük benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,509$; $p=0,000<0,05$) (Bkz. Tablo 12). Buna göre vücut algısı toplam puanı arttıkça düşük benlik saygısı puanı da artmaktadır. Bu durumu, cerrahi girişim sonrası kadınların bedenlerinde oluşan değişiklikleri kabullenmeleri, değişikliklere olumlu yaklaşımları ve travmanın neden olduğu bu durumla kolay baş edebilmeleri ile açıklayabiliriz. Bu sonuçlar, kadınların cerrahi girişim sonrası dış görünümününün değişmesinden benlik saygılarının olumsuz etkilenmediğini göstermektedir. Çalışmamızda ki kadınların ameliyata kozmetik amaçlı yaklaşmadıklarını, endişe taşımadıklarını, yapılan operasyonu öncelikle tedavi amaçlı gördüklerini de söyleyebiliriz. Memeler, bedenin

ilgi çekici bölümlerindedir. Bu nedenle bu kısmı düzeltme ve iyileştirme isteği olağan bir durumdur (Yıldız 2009). Literatürde çalışma bulgularımızla paralel sonuçlar bulunmaktadır. Beden imajı ve benlik saygısının incelendiği bir çalışmada, benlik saygısı ve beden imajı ölçeğinden alınan toplam puanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği saptanmıştır (Vatansever 2014). Benlik saygısının ele alındığı başka bir çalışmada, benlik saygısı puanları arttıkça bireylerin beden algılarının ve yaşam kalitelerinin yükseldiği tespit edilmiştir (Herdem 2016). Sertöz ve diğ. (2004) meme kanserli kadınlarda mastektominin beden imajını ve benlik saygısı üzerine etkilerini inceledikleri çalışmalarında, toplam puanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde aynı yönde etkilendiğini saptanmıştır (Sertöz ve diğ. 2004). Yılmaz (2008) operasyon sonrası beden imajı ve benlik saygısını incelediği çalışmasında, görünümde meydana gelen bozukluğun benlik saygısını aynı oranda etkilediğini bildirmiştir (Yılmaz 2008).

Beden imajı, benlik saygısının fiziksel eş anlamıdır (Ayaz 2012). Cerrahi girişimlerin beden imajı ve benlik saygısını olumsuz etkilediği varsayıldığında çalışmamızın tersine bulgularda mevcuttur. Hastalar kendini yetersiz hissederek, özgüvenlerini yitirmekte, benlik saygıları da azalmaktadır. Literatürde cerrahinin benlik saygısını etkileyerek bireylerin kendilerini değersiz hissetmesine sebep olduğu belirtilmektedir. Gilony ve diğ. (2005)'nin trakeostomisi olan hastalarda yaptıkları çalışmada, cerrahi girişim geçirmiş hastaların beden imajı puanı, bedenlerinde şekil bozukluğu olmayan hastaların beden imajı puanlarından düşüktür (Gilony ve diğ. 2005). Bireyin fiziksel görünüm ile ilgili memnuniyeti benlik saygısını doğrudan etkilemektedir. Beden yapısının olumsuz yönde değişime uğraması benliğin azalmasına yol açar. Diyaliz hastaları ile yapılan bir çalışmada benlik saygısı ve beden imajı değerlerinin azaldığı görülmüştür (Tan ve Karabulutlu 2004). Fiziksel güzellik kişiden kişiye değişen soyut bir kavramdır, toplumda kalıplaşmış bazı değerleri göz ardı etmemeyi gerektirir (Soylar 2015). İnsan bedeninde meydana gelen fiziksel sorunlar bireylerde görünüm kaygısına sebep olmaktadır. Obez bireylerde benlik saygısı ve beden imajını ele alan bir çalışmada, beden imajı ve benlik saygısı arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır (Pınar 2002). Aynı konuda ele alınan başka bir çalışmada obez bireylerde benlik saygısı ve beden algısı memnuniyeti çalışmamıza benzer şekilde aynı yönde değişim göstermektedir (Armağan 2013). Literatürde ki

diğer çalışmalarda da beden imajı ile benlik saygısı arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur (Kurt 2010; Oktan ve Şahin 2010). Mastektomili kadınların ve sağlıklı grubun karşılaştırıldığı bir çalışmada, beden imajı ve benlik saygısının aynı yönde pozitif ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Uçar ve Uzun 2008). Kronik hastaların incelendiği başka bir çalışmada benlik saygısı ve beden algısı kavramları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Karakuş 2016). Ayaz (2012)'ın çalışmasında ise beden imajı ve benlik saygısı arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır (Ayaz 2012). Başka bir çalışmada, stomanın bireylerin beden imajında farklılık oluşturduğu, benlik saygısında düşüklüğe neden olduğu tespit edilmiştir (Karadağ 2004). Baş-boyun kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların operasyon sonrası beden imajı ve benlik saygılarının düştüğü, toplum içine katıldıktan sonra beden imajı ve benlik saygılarının ise daha çok düştüğü saptanmıştır (Yılmaz 2008). Beden görünümünü olumsuz etkileyen kronik hastalıklar ve cerrahi girişimler bireylerin kendilerini fiziksel olarak irdelemesine neden olabilir. Çalışmamızın daha çok genç bireylerden oluşması, bireylerin vücut algısı ile ilgili düşüncelerinin sebebi olarak görülebilir.

5.5.2. Cinsel Yaşam Kalitesi-Benlik Saygısı İlişkisi

Çalışmamızda hastaların cinsel yaşam kalitesi ve benlik saygısı ilişkisi değerlendirildiğinde; Benlik saygısını, cinsel hayatımızda önemli bir faktör olarak görmemiz mümkündür. Çalışmamızda örneklemdaki bireylerin cinsel yaşam kalitesi yüksek olanların benlik saygısının yüksek olduğu, benlik saygısı yüksek olanların cinsel yaşam kalitesinin yüksek olduğu görüldü ($r=-0,499$; $p=0,000<0,05$) (Tablo 12). Cinsel işlev bozukluklarının ele alındığı bir çalışmada, benlik saygısı ortalaması cinsel işlev bozukluğu olan grupta daha düşüktür (Diker 2017). Evlilik yaşamının incelendiği başka bir çalışmada, cinsellik ve cinselliğin alt boyutları (örneğin; doyum, sıklık, orgazm bozukluğu gibi) ile benlik saygısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Benlik algısı yüksek olan bireylerde cinsel yaşamdan alınan doyum daha fazladır (Uzel 2015). Diğer bir çalışmada da sonuçlarımıza benzer olarak, benlik saygısı ölçeği ile cinsel doyum ölçeği arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Benlik saygısı düştükçe cinsel doyum azalmaktadır (Sertöz 2002). Sirozlu hastaların incelendiği bir çalışmada, cinsel işlevlerinde değişim yaşanan siroz hastalarının benlik saygılarının düştüğü tespit edilmiştir (Gündoğan 2006). Cinsel yaşamın romatoid

artritli hastalarda incelendiği bir çalışmada, benlik saygısı ile cinsel hayatta değişiklikler meydana gelmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüş olup, aile ve cinsel hayatında değişiklik yaşayanların benlik saygılarının düşük olduğu görülmüştür (Kurt 2010). Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde, benlik saygısı, cinsel yaşamın önünde bir kişilik duvarı olarak görülebilir. Benlik saygısı yüksek bireyler kişilik duvarlarını daha kolay kırarak, cinsellikten doyum almaktadırlar.

5.5.3. Cinsel Yaşam Kalitesi - Vücut Algısı İlişkisi

Çalışmamızda hastaların cinsel yaşam kalitesi ve vücut algısı ilişkisi değerlendirildiğinde; cinsel yaşam kalite ölçeği ile vücut algısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %51,6 negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=-0,516$; $p=0,000<0,05$) (Bkz. Tablo 12). Buna göre cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanı arttıkça vücut algısı toplam puanı azalmaktadır. Çalışmamızdaki bu sonuca göre, cinsellik yaşandıkça cerrahi girişimin meydana getirdiği fiziksel sonuçlarına bağlı olarak bireylerin vücut algılarının olumsuz etkilendiği yorumunu yapabiliriz. Literatür tarandığında benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Engelli bireylerde beden imajını inceleyen bir çalışmada, engelli kadınlar en az beğendiği yönlerinin cinsel güçleri (%42,8) cinsel fonksiyonları (%33,1) olduğunu ifade etmişlerdir (Aksel 2017). Bireylerin yaşadığı hastalıklara ve ameliyatlara bağlı olarak meydana gelen vücuttaki değişimleri algılamaları, eşler arasında cinsel yaşamda önemlidir. Eşlerin birbirlerine olan ilgi ve alakaları cinsel yaşam kalitelerini etkilemektedir (Kurt 2010). Literatürde incelenen bazı cinsel yaşam ve beden algısı ile ilgili çalışmalarda, beden imajı ve cinsel yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmediği saptanmıştır (Kurt 2010; Vatansever 2014).

5.5.4. Benlik Saygısı, Cinsel Yaşam Kalitesi ile Vücut Algısı İlişkisi

Çalışmamızda hastaların benlik saygısı, cinsel yaşam kalitesi ve vücut algısı ilişkisi değerlendirildiğinde; benlik saygısı, cinsel yaşam kalite ölçeği ile vücut algısı arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($F=12,663$; $p=0,000<0,05$) (Bkz. Tablo 13). Kadınların düşük benlik saygısı düzeyi vücut algısı toplam düzeyini arttırmaktadır ($\beta=2,573$). Kadınların cinsel yaşam

kalite ölçeği toplam düzeyi vücut algısı toplam düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,249$). Benlik saygısının düşük olması ve vücut algısında oluşan değişiklikler, bireylerin cinsel endişelerinin artmasına neden olmaktadır. Meme kanserli hastalarda cinsel yaşamın sağlıklı bir şekilde devam ettirilmesi önemlidir. Kanserin bireylerde travma oluşturarak sebep olduğu ruhsal durum ve kanser tedavisinin yan etkileri cinsel işlevleri etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada, cinsel yaşamda değişiklik yaşanmış ise, beden algısının olumsuz etkilenmediği, cinsel yaşamda değişiklik yaşanmamış ise, benlik saygısının düşük, vücut algısının yüksek olduğu saptanmıştır (Taşpınar 2015). Acaray (2003) çalışmasında cinsel fonksiyon bozukluğu olan bireylerin, beden algılarının olumsuz etkilendiğini, benlik saygılarının düşük olduğunu bildirmiştir (Acaray 2003). Stomalı hastaların ele alındığı bir çalışmada, cinsel yaşamdaki sorunlarla birlikte benlik saygısı ve vücut algısı ölçeği puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlam olmadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada, vücutta meydana gelen değişikliği kabullenen bireylerde benlik saygısı toplam puanı, vücutta meydana gelen değişikliği kabullenmeyen bireylere göre daha düşük bulunmuştur (Vatansever 2014).

5.6. Sosyo-demografik Değişkenlerin ve Bazı Verilerin Ölçeklere Göre İlişkilerinin Dağılımı

5.6.1. Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Yaşamın Yaş Faktörüyle İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda hastaların benlik saygısının yaş faktörüyle ilişkisi değerlendirildiğinde; kadınların benlik saygısı puanları ortalamalarının yaş grubu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($F=0,619$; $p=0,543>0.05$) (Bkz. Tablo 14). Çalışmamızdaki kadınların yaşları homojen olmadığından yaşın benlik saygısı üzerinde etkili olmadığı yorumunu yapabiliriz. İstatistiksel açıdan anlamlı bulunmama ile birlikte genç bireylerde benlik saygısının daha düşük olduğu sonucunu da çıkarabiliriz. Literatür tarandığında, çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada meme kanseri geçirmiş genç kadınların benlik saygılarının daha

düşük olduğu saptanmıştır (Özen 2009). Başka bir çalışmada da en yüksek benlik saygısının 41 yaş sonrasında görüldüğü bildirilmektedir (Uzel 2015). Yavuz ve Baybek (2005) de çalışmasında yaş arttıkça benlik saygısının yükseldiğini tespit etmiştir (Yavuz ve Baybek 2005). Hayattaki deneyim yaş arttıkça oluşmaktadır (Özen 2009). Çalışmamızın tersine yapılan bir çalışmada, genç bireyler de benlik saygısı daha yüksek bulunmuş olup, yaş arttıkça benlik saygısı düşmüştür (Gündoğan 2006). Bu sonuca benzer çalışmalar da bulunmaktadır (Demirel Yücel 2010; Kurt 2010; Gökçe 2017).

Çalışmamızda hastaların vücut algısının yaş faktörüyle ilişkisi değerlendirildiğinde; kadınların vücut algısı toplam puanları ortalamalarının yaş grubu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($F=2,390$; $p=0,103>0,05$) (Bkz. Tablo 14). İstatistiksel açıdan anlamlı bulunmamakla birlikte, yaş ilerledikçe kadınların vücut algısı yükselmekte, genç bireylerde vücut algısı düşmekte olduğunu görmekteyiz. Yapılan bir çalışmada, sonuçlarımıza benzer şekilde bireylerin 60-69 yaş sonrası beden algılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Vatansever 2014). Başka bir çalışmada, opere olmuş meme kanserli bireylerde yaş ilerledikçe beden imajının yükseldiği görüşü savunulmaktadır (Uçar ve Uzun 2008). King ve diğ. (2000) ve Fobair ve diğ. (2006) memesi alınmış kadınlarda genç yaşta beden algısının düştüğünü belirtmişlerdir (King ve diğ. 2000; Fobair ve diğ. 2006). Yaşı ilerlemiş bireylerde yaşam kalitelerinin düşük olması beklenilir bir sonuç olmakla birlikte vücut algılarının daha yüksek olmasını, sorunlarla başa çıkmada daha tecrübeli olmalarına bağlayabiliriz. Çalışmamızın tersine yapılan bir çalışmada, genç yaş grubu (25-44) bireylerin beden algısı puanları ileri yaş (65 yaş ve üzeri) bireylerin beden algısı puanlarından yüksek bulunmuştur (Gündoğan 2006). Başka bir çalışmada, 46-65 yaş arası bireylerin vücut imajı puanları 36-45 yaş arası bireylerin vücut imajı puanlarından düşük bulunmuştur (Ayaz 2012). Vücut algısının olumlu olması, sosyal ve ruhsal açıdan mutlu ve sağlıklı bireylerin olmasıyla ilişkilidir. Çalışma sonuçlarına göre, fiziksel görünümün önemini tüm yaş gruplarında görmekteyiz.

Çalışmamızda hastaların cinsel yaşam kalitesinin yaş faktörüyle ilişkisi değerlendirildiğinde; cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puan ortalaması yaş grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($F=7,238$; $p=0,002<0,05$) (Bkz. Tablo 14). Yaş grubu 30-39 olanların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanları yaş grubu 40-49 ve 50 yaş üstü olanların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanlarından yüksek bulundu ($p<0,05$). (Bkz. Tablo 14). Bireylerin yaşı ilerledikçe cerrahi girişimin yanında, fizyolojik değişikliklerinde (örneğin; cinsel hormonların azalması, gonad boyutlarının küçülmesi gibi) etkili olduğu cinsel yaşam, olumsuz etkilenmektedir (Acar 2009). Literatüre baktığımızda, yaşın artmasıyla beraber cinselliğin olumsuz etkilenmesi üzerine çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmaktadır. Evli kadınlarda yapılan bir çalışmada, kadınların yaşları arttıkça cinsel yaşam kalitelerinin düştüğü tespit edilmiştir (Yaralı 2013). Başka bir çalışmada, KCDÖ puanının yaş ilerledikçe düştüğü bulunmuştur (Acar 2009). Speer ve diğ. (2005) çalışmalarında meme kanseri tanısı almış kadınlarda yaş ilerlemesiyle birlikte cinsel yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini saptamışlardır (Speer ve diğ. 2005). Evlilik ilişkisini ele alan bir çalışmada, cinsel doyum puanının genç bireylerde (30 yaş altı) daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Uzel 2015). Brezilya kadınları ile yapılan bir çalışmada, yaşı ilerlemiş kadınların cinsel yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Faisal-Cury ve diğ. 2015). Doğumdan sonra yaşam kalitesinin incelendiği bazı çalışmalarda, yaş arttıkça cinsel yaşamın olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir (Song ve diğ. 2014; Üstgörül 2016). İnfertilite için tedavi olan bireylerle yapılan bir çalışmada, yaş arttıkça cinsel yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür (Atay 2017). Literatürde araştırma sonuçlarımızla çelişen araştırmalarda mevcuttur. Karabuğa (2013) kanserli bireyleri incelediği çalışmasında, cinselliğin ileri yaşta daha aktif yaşandığını bildirmiştir (Karabuğa 2013). Özen (2009) çalışmasında kadınların yaş ilerledikçe cinsel yaşamda daha az problem yaşadıklarını belirtmiştir (Özen 2009). Yaşın cinsel yaşam kalitesine etkisinin görülmediği çalışmalarda mevcuttur (Baytur ve diğ. 2005; De Souza ve diğ. 2015). Bu sonuçlar, kanserli bireylerde cinsel yaşam kalitesinin her yaşta etkilendiğini göstermektedir. Kanserli bireyler için oluşturulan hizmetlerin ruhsal durum boyutlarının geliştirilmesi gerekmektedir.

5.6.2. Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Yaşamın Eğitim Faktörüyle İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda hastaların benlik saygısının eğitim faktörüyle ilişkisi değerlendirildiğinde; düşük benlik saygısı puanları ortalamaları ile eğitim değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte eğitim düzeyi arttıkça benlik saygılarının arttığı görüldü ($F=1,653$; $p=0,190>0,05$) (Bkz. Tablo 15). Literatür tarandığında, çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmaktadır. Operasyon öncesi eğitim durumunun incelendiği bireylerde eğitim durumları yükseldikçe benlik saygılarının arttığı görülmüştür (Alkan 2008). Başka bir çalışmada benlik saygısı ilköğretim ve lise mezunlarında, lisans ve üstü mezunlara göre düşük bulunmuştur (Kurt 2010). Stomalı hastalarda yapılan bir çalışmada, eğitim durumu lise ve üzeri olanların benlik saygılarının yüksek olduğu saptanmıştır (Vatansever 2014). Eğitim durumu ile orantılı olarak benlik saygısının yükseldiği başka çalışmalar da tespit edilmiştir (Saygılı ve diğ. 2015; Karakuş 2016). Çalışmamıza benzer şekilde öğrenim durumunun benlik saygısını etkilemediği çalışmalar da bulunmaktadır (Gündoğan 2006; Demirel Yücel 2010; Ayaz 2012).

Çalışmamızda hastaların beden algısının eğitim faktörüyle ilişkisi değerlendirildiğinde; vücut algısı puan ortalamaları ile eğitim değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte eğitim düzeyi arttıkça vücut algılarının azaldığı görüldü ($F=0,772$; $p=0,515>0,05$) (Bkz. Tablo 15). Çalışmamızdan çıkan sonuca istinaden, eğitim düzeyi arttıkça, bireylerin sağlığını daha olumsuz algıladığını söyleyebiliriz. Literatür tarandığında, çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmaktadır. Ameliyat öncesi ve sonrasının ele alındığı bir çalışmada, eğitim durumu ve beden algısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Yılmaz 2008). Eğitim durumunun vücut algısını etkilemediği başka çalışmalarda mevcuttur (Vatansever 2014; Taşpınar 2015). Siroz tanısı alan hastalarla yapılan bir çalışmada, ortaöğretim mezunlarının diğer mezunlara göre vücut imajının daha yüksek olduğu görülmüştür (Gündoğan 2006). Çalışmamızın tersine çalışmalar da mevcuttur. Vücut algısını engelli bireylerde inceleyen bir çalışmada, vücut algısı yüksek okul/fakülte mezunlarında daha yüksek bulunmuştur (Aksel 2017). Hemodiyaliz hastalarını inceleyen bir çalışmada, en düşük vücut algısı okulu bitirmeyen gruptadır (Polat 2007).

Eğitim düzeyi arttıkça vücut algısının arttığını savunan başka çalışmalar da mevcuttur (Alkan 2008; Kurt 2010; Ayaz 2012; Karakuş 2016).

Çalışmamızda hastaların cinsel yaşam kalitesinin eğitim faktörüyle ilişkisi değerlendirildiğinde; cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puan ortalamaları ile eğitim değişkeni arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($F=3,866$; $p=0,015<0,05$) (Bkz. Tablo 15). Üniversite mezunu olanların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanları, ilkokul mezunu olanların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanlarından yüksek bulundu ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 15). Literatür tarandığında, çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada, eğitim seviyesi azaldıkça bireylerin cinsel yaşam kalitesinin de azaldığı belirlenmiştir (Güleroğlu ve Beşer 2014). Evli bireylerde cinsel yaşam kalitesinin ele alındığı bir çalışmada, cinsel yaşam kalitesi yüksek olan bireylerin eğitim düzeylerinin de yüksek olduğu saptanmıştır (Yaralı 2013). Evlilik ilişkisi ve eğitim durumunun incelendiği başka bir çalışmada, cinsel doyum ölçek puanının lisans ve üstü eğitime sahip kadınlarda yüksek olduğu gözlenmiştir (Uzel 2015). Hughet ve diğ. (2007) eğitim durumunun cinsel yaşamı etkilediğini, ilkokul mezunlarının daha çok cinsel fonksiyon bozukluğu yaşadığını saptamıştır (Hughet ve diğ. 2007). Çalışma sonuçlarına göre, eğitim cinsel yaşam kalitesi üzerinde önemli bir faktördür. Sağlık algısı, bireylerin eğitim düzeyi arttıkça gelişmekte, böylece bireyler yaşadıkları hastalık/operasyon ve sonuçları ile daha iyi başa çıkmaktadırlar. Literatür de eğitim durumunun cinsel yaşamı etkilemediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. (Acar 2009; Kırço 2009; Değerli Kodaz 2013; Atay 2017).

5.6.3. Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Yaşam Kalitesinin Aylık Gelir Faktörüyle İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda hastaların beden algısı, benlik saygısı, cinsel yaşam kalitesinin aylık gelir faktörüyle ilişkisi değerlendirildiğinde; aylık gelir düştükçe benlik saygısı, vücut algısı ve cinsel yaşam kalitesi olumsuz etkilenmekte olup, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamadı (Bkz. Tablo 19). Literatürde çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada, hastaların gelir durumu azaldıkça beden imajı ve benlik saygısı puanlarının düştüğü tespit edilmiştir (Polat 2007). Kurt (2010) romatoid artritli bireyleri incelediği çalışmasında, gelir

düzeyi düşük olan bireylerin beden imajı puanlarını gelir düzeyi yüksek olan bireylere göre düşük olduğunu saptamış olup, gelir durumu ile benlik saygısı arasında anlamlı bir fark görmemiştir (Kurt 2010). Yapılan başka bir çalışmada ekonomik düzeyi yüksek olan bireylerin beden imajı puanları ekonomik düzeyi düşük olan bireylerin beden imajı puanlarından yüksek bulunmuş olup, gelir durumunun benlik saygısını etkilemediği saptanmıştır (Ayaz 2012). Akciğer kanserli hastaları ele alan bir çalışmada, ekonomik durumu iyi olan bireylerin benlik saygılarının ekonomik durumu kötü olan bireylerin benlik saygılarına göre yüksek olduğu belirtilmiştir (Demirel Yücel 2010). Armağan (2013) çalışmasında, gelir durumu azaldıkça vücut algısı ve benlik saygısının da azaldığını gösteren anlamlı bir ilişki bulmuştur (Armağan 2013). Başka bir çalışmada ekonomik durum düştüğünde, benlik saygısının da azalacağı sonucuna varılmıştır (Taşpınar 2015). Polat (2014) çalışmasında, aylık gelir durumu yüksek olanların, aylık gelir durumu düşük olanlara göre beden algılarının ve benlik saygılarının yüksek olduğunu saptamıştır (Polat 2014). Meme kanserli bireylerin ruhsal durumlarını inceleyen bir çalışmada, bireyin hastalığa, çevreye uyumu ve ailenin psikolojik durumu üzerinde ekonomik durumun önemli bir etkisi olduğunu bulmuşlardır (Çam ve diğ. 2009). Evli kadınlar da cinsel yaşamın incelediği bir çalışmada, gelir durumu arttıkça cinsel yaşam kalitesinin yükseldiği tespit edilmiştir (Yaralı 2013). Cinsel fonksiyon bozukluklarının ele alındığı bir çalışmada, Kadın Cinsel Doyum Ölçeği (KCDÖ) puanlarının gelir durumuna bağlı olarak değiştiği saptanmıştır (Acar 2009). Can ve diğ. (2005) gelir durumunun meme kanserli hastalarda cinsel yaşamı etkilediğini belirtmiştir (Can ve diğ. 2005). Başka bir çalışmada, gelir durumu gider durumundan yüksek olan bireylerde cinsel yaşam kalitesinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Üstgörül 2016). Karaçam ve Çalışır (2012) ağrılı cinsel ilişki yaşayan bireylerin daha çok aylık gelir durumu düşük olan bireylerden oluştuğunu bildirmiştir (Karaçam ve Çalışır 2012). Yabancı bir literatürde, gelir düzeyi düştükçe cinsel yaşamın olumsuz etkilendiği saptanmıştır (Tashbulatova 2007). Bazı çalışmalarda ekonomik durumun cinsel yaşamı etkilemediği görülmüştür (Akyüz 2009; Faisal-Cury ve diğ. 2015).

Çalışma sonuçlarına göre hayatımızda ki sosyal ve ekonomik faktörler bireylerin cinsel yaşamını, benliğini ve beden algılarını değiştirebilir. Kanser tanısı ve tedavi süreçlerinin uzun sürmesi, bakım sürecinde yapılması gereken uygulamalar ve

tüm bunların oldukça maliyetli olması bireylerin yaşamında ekonomik sorunlara neden olabilmektedir.

5.6.4. Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Yaşam Kalitesinin Çocuk Sayısı Faktörüyle İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda hastaların benlik saygısının çocuk sayısı faktörüyle ilişkisi değerlendirildiğinde; benlik saygısı toplam puanları ortalamalarının çocuk sayısı değişkenine göre incelendiğinde, iki ve üç üzeri çocuğa sahip olan bireylerin benlik saygısı hiç çocuğa sahip olmayan ve bir çocuğa sahip olan bireylerin benlik saygısından daha az olduğu görülmekte olup, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ($F=2,108$; $p=0,133>0.05$). (Bkz. Tablo 16). Literatür tarandığında çalışma sonuçlarımıza benzer araştırmalar bulunmaktadır. Kurt (2010) çalışmasında, çocuk sahibi olmanın benlik saygısını düşürdüğünü belirtmiştir (Kurt 2010). Çocuk sahibi olma durumu ile benlik saygısı arasında anlamlı farklılık görülmeyen çalışmalar da bulunmaktadır (Demirel Yücel 2010; Ayaz 2012; Uzel 2015).

Çalışmamızda hastaların beden algısının çocuk sayısı faktörüyle ilişkisi değerlendirildiğinde; vücut algısı toplam puanları ortalamalarının grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ($F=1,166$; $p=0,320>0,05$) (Bkz. Tablo 16). Literatür tarandığında çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir. Genital kanserli bireyleri ele alan bir çalışmada, cerrahi girişim öncesi ve sonrası çocuk sayısı ile vücut algısı arasında istatistiksel olarak anlam bulunmamıştır (Hallaç 2010). Stomalı hastaların incelendiği diğer bir çalışmada da vücut algısı ölçeği ile çocuk sayısı istatistiksel olarak anlamlı görülmemiştir (Vatansever 2014).

Çalışmamızda hastaların cinsel yaşam kalitesinin çocuk sayısı faktörüyle ilişkisi değerlendirildiğinde; cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puan ortalaması çocuk sayısı değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($F=9,526$; $p=0<0.05$) (Bkz. Tablo 16). Çocuk sayısı bir olanların ve çocuğu hiç olmayanların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanları iki ve üç çocuğu olan bireylerin cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanlarından yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Literatür tarandığında çalışmamıza benzer sonuçlar görülmektedir. Yaralı (2013) çalışmasında cinsel yaşam

kalitesi puanlarının düşük olmasını bireylerin çocuk sayısının artışına bağlamıştır (Yaralı 2013). Başka bir çalışmada çocuk sayısı 0 ile 3 arasında olan kadınların cinsel yaşam kalitesi toplam puanları çocuk sayısı 3 ve üzeri arası olan kadınların cinsel yaşam kalitesi toplam puanlarına göre yüksek bulunmuştur (Acar 2009). Cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığını çocuk sayısının artmasına bağlayan çalışmalar da mevcuttur (Çayan ve diğ. 2004; Elnashar ve diğ. 2007). İnfertil bireylerin konu olduğu bir çalışmada, çocuk sahibi olmayan kadınların CYKÖ puanı, çocuk sahibi olan kadınların CYKÖ puanına göre yüksek bulunmuştur (Atay 2017). Akyüz (2009) ise çalışmasında çocuk sayısının cinsel yaşam üzerinde etkisi olmadığını saptamıştır (Akyüz 2009). Çocuğun kadınlarda bakım yüküne neden olması, kadının fiziksel olarak değişmesi, eşine ve kendine yeterli zaman ayıramaması gibi sebeplerle bireyin kendine verdiği değer azalmasında ve cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesinde etkili olduğu düşünülebilir.

5.6.5. Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Yaşam Kalitesinin Tedavi Türü Faktörüyle İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda hastaların beden algısı, benlik saygısı, cinsel yaşam kalitesinin tedavi türü faktörüyle ilişkisi değerlendirildiğinde; kadınların benlik saygısı puan ortalamaları ile kemoterapi alma değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamadı ($t=0,681$; $p=0,499>0,05$) (Bkz. Tablo 20). Yapılan bir çalışmada tedavi türünün benlik saygısını etkilemediğini bildirmektedir (Vatansever 2014). Kemoterapi almış kadınlarda vücut algısı ölçeği toplam puanı kemoterapi almamış kadınların vücut algısı ölçeği toplam puanına göre daha yüksek bulundu ($t=2,399$; $p=0,020<0,05$) (Bkz. Tablo 20). Literatürde çalışma sonuçlarımızın tersine çalışmalar mevcuttur. Çalışkan (2009)'ın bildirdiğine göre, Hardman ve diğ. ile Young-Mc ve diğ. mastektomi sonrası kemoterapi tedavisi alan bireylerde vücut algısının azaldığını belirtmektedirler (Çalışkan 2009). Weiss (2004) çalışmasında kemoterapi alan kadınların vücut imajı ile ilgili sorun yaşadıklarından bahsetmiştir (Weiss 2004). Literatürdeki bazı çalışmalar kemoterapinin vücut algısını etkilemediğini savunmaktadır (Hallaç 2010; Vatansever 2014). Kemoterapi almamış kadınların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanı kemoterapi almış kadınların cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanına göre daha yüksek olduğu görüldü ($t=-2,070$; $p=0,044<0,05$) (Bkz. Tablo 20). Acar (2009) çalışmasında kemoterapi alan bireylerin

KCDÖ puanının biyolojik tedavi alan bireylere göre daha düşük olduğunu bulmuştur (Acar 2009). Mannor ve Zohar (2006) menapozlu bireyleri ele aldığı çalışmasında kemoterapinin cinsel fonksiyon bozukluğu meydana getirdiğini bildirmiştir (Mannor ve Zohar 2006). Bazı çalışmalar da kemoterapinin cinsel fonksiyon bozukluğuna (disfonksiyon) sebep olduğu görülmüştür (Berglund ve diğ. 2001; Avis ve diğ. 2004).

Çalışmamızda ki kadınların benlik saygısı puan ortalaması, vücut algısı ölçeği toplam puanı ve cinsel yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı ile radyoterapi alma değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 21). Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak literatürde radyoterapinin vücut algısını etkilemediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Hallaç 2010; Vatansever 2014). Avis ve diğ. (2004) radyoterapi alanın cinsel fonksiyon bozukluğu (disfonksiyon) üzerinde etkisinin olmadığını savunmuştur (Avis ve diğ. 2004).

Çalışmamızda ki kadınların vücut algısı ölçeği toplam puanı ve cinsel yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı ile hormonal tedavi alma değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 22). Bununla birlikte hormonal tedavi alan kadınların benlik saygısı toplam puanını hormonal tedavi almayan kadınların benlik saygısı toplam puanına göre yüksek bulunduğunu söyleyebiliriz. Literatürde çalışma sonuçlarımıza benzer çalışmalar mevcuttur. Stomali hastalarda yapılan bir çalışmada hormonal tedavi türünün vücut algısını etkilemediği görülmüştür (Vatansever 2014). Hallaç (2010) genital kanserli bireyleri incelediği çalışmasında hormonal tedavi alan kadınların vücut algılarının etkilenmediğini tespit etmiştir (Hallaç 2010). Hormonal tedavinin cinsel fonksiyon bozukluğunu etkilemediğini savunan araştırmalarda bulunmaktadır (Berglund ve diğ. 2001).

Çalışma sonuçlarımız incelendiğinde, uygulanan tedavilerin yan etkileri bireylerin vücut bütünlüğüne zarar vererek bireylerde görünüm kaygısına sebep olabilir, dolayısıyla bireylerin benliği ve cinsel yaşamları olumsuz etkilenebilmektedir yorumunu yapabiliriz.

5.6.6. Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Yaşam Kalitesinin Hastalık Evresi Faktörüyle İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda hastaların beden algısı, benlik saygısı, cinsel yaşam kalitesinin hastalık evresi faktörüyle ilişkisi değerlendirildiğinde; hastalık evresi arttıkça bireylerin benlik saygısı, cinsel yaşam kalitesi olumsuz etkilenmekte olup, vücut algıları olumlu etkilenmektedir (Bkz. Tablo 18). Meme kanseri tedavi sürecinde insanın bedeninde değişimlere neden olan bir hastalıktır. Hastalık evresi arttıkça bireylerin belirti ve bulguları artmaya başlayarak yaşam kaliteleri düşmektedir. Bireyler ne yaşadıklarının farkına vardıklarında endişeleri artmakta, bu endişelerle baş etme becerileri azalmaktadır. Ayaz (2012) ve Al-Ghazal ve diğ. (2000) çalışmalarında bireylerin hastalık evresi arttıkça benlik saygılarının azaldığını görmüştür (Al-Ghazal ve diğ. 2000; Ayaz 2012). Meme kanseri bireylerde yapılan bir çalışmada hastalık evresi azaldıkça Kadın Cinsel Doyum Ölçeği (KCDÖ) puanlarının arttığı saptanmıştır (Acar 2009). Literatürde çalışma sonuçlarımıza ters düşecek sonuçlar da bulunmaktadır. Akciğer kanserli bireylerde yapılan bir çalışmada hastalık evresi arttıkça bireylerin benlik saygılarının arttığı görülmüştür (Demirel Yücel 2010). Al-Ghazal ve diğ. (2000) ile Rowland ve diğ. (2000) çalışmalarında hastalık evresi ilerledikçe kadınların vücut algılarının düştüğünü bildirmişlerdir (Al-Ghazal ve diğ. 2000; Rowland ve diğ. 2000).

5.6.7. Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Yaşam Kalitesinin Ameliyattan Memnuniyet Faktörüyle İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda hastaların benlik saygısının ameliyattan memnuniyet faktörüyle ilişkisi değerlendirildiğinde; benlik saygısı puan ortalamaları ameliyattan memnuniyet değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ($F=2,149$; $p=0,107>0,05$) (Bkz. Tablo 17). Mastektomili kadınların eğitim düzeylerinin çoğunlukla ilköğretim olması, ameliyattan bu yana geçen sürenin genellikle 4 yıl olması ameliyat memnuniyetinin benlik saygısını etkilememesine sebep olabilir. Literatürde bu konu ile ilgili çalışma sonuçlarına rastlanmamıştır.

Çalışmamızda hastaların beden algısının ameliyattan memnuniyet faktörüyle ilişkisi değerlendirildiğinde; ameliyattan pek memnun olmayanların vücut algısı toplam puanları, ameliyattan çok memnun olanların vücut algısı toplam

puanlarından yüksek bulundu ($F=3,033$; $p=0,039<0,05$) (Bkz. Tablo 17). Bireyin sosyo-kültürel konumu, psikolojik durumu, ameliyattan beklentisi, ameliyatın yan etkileri ameliyat memnuniyetinin beden algısını etkilemesine neden olabilir. Literatürde bu konu ile ilgili çalışma sonuçlarına rastlanmamıştır.

Çalışmamızda hastaların cinsel yaşam kalitesinin ameliyattan memnuniyet faktörüyle ilişkisi değerlendirildiğinde; ameliyattan çok memnun olanların cinsel yaşam kalitesi ölçeği toplam puanları, ameliyattan pek memnun olmayanların cinsel yaşam kalitesi ölçeği toplam puanlarından yüksek bulundu ($F=4,202$; $p=0,01<0,05$) (Bkz. Tablo 17). Çalışmamızda ki mastektomili kadınların meme tanısı alma yaş ortalaması 39 olup, genç bir kesime aittir. Bu bireyler ameliyat ve sonrası ile ilgili yoğun duygu yaşayarak, bu durumu yaşamlarında bir tehdit olarak algılamaktadırlar. Ameliyattan memnuniyet durumu yaşam kalitelerini etkilemektedir. Literatürde bu konu ile ilgili çok çalışmaya rastlanmamıştır. Doğum şekli ve memnuniyet ilişkisini inceleyen bazı çalışmalarda cinsel yaşamı olumsuz etkileyen ameliyat şekillerinin olduğu bildirilmiştir (Baytur ve diğ. 2005; Lurie ve diğ. 2013).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, mastektomi ameliyatı olan ve hiç meme kanseri tanısı almamış sağlıklı bireylerle yapılmıştır. Çalışmaya katılan kadınların benlik saygısı, vücut algısı ve cinsel yaşamlarının mastektomi ameliyatı sonucunda nasıl etkilendiğini belirlemek amacı ile yapılan bu araştırmada;

1. Meme kanserli kadınların yaş ortalaması $38,00 \pm 9,718$ bulunmuştur, kadınların tanı anında yaş ortalaması $39,600 \pm 8,864$ tür.
2. Meme kanserli kadınların çoğunluğu ilkokul mezunudur.
3. Mastektomi ameliyatı olmuş olguların yalnızca %2'si yüksek gelir durumuna sahiptir.
4. Opere olma esnasında evre 1 ve evre 2 de bulunan olgular; tüm olguların %66'sını meydana getirmiştir.
5. Mastektomili kadınların benlik saygısı düzeyleri yüksek görülmesine rağmen, vücut algıları düşük bulunmuştur.
6. Cinsel yaşam kalitesi ölçeği puanı ($63,380 \pm 21,432$) ortalama bir değerdedir.
7. Vücut algısı ile düşük benlik saygısı arasında pozitif yönde ilişki vardır. Vücut algısı toplam puanı arttıkça düşük benlik saygısı puanı da artmaktadır.
8. Cinsel yaşam kalitesi yüksek olanların benlik saygısı yüksek olup, benlik saygısı yüksek olanların cinsel yaşam kalitesi yüksek olduğu görülmektedir.
9. Cinsel yaşam kalite ölçeği toplam puanı arttıkça vücut algısı toplam puanı azalmaktadır.
10. Benlik saygısı ve vücut algısı genç bireylerde daha düşük bulunmuştur. Genç bireylerin cinsel yaşam kaliteleri daha yüksektir.
11. Benlik saygısı ve cinsel yaşam kalitesi eğitim düzeyi arttıkça olumlu etkilenmektedir.
12. Aylık gelir düştükçe benlik saygısı, vücut algısı ve cinsel yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Tedavi sürecinin uzun zaman alması ve tedavi maliyeti bireylerin ekonomisinin sarsılmasına sebep olmaktadır.
13. Kemoterapi alan bireylerin cinsel yaşamları olumsuz etkilenmektedir.
14. Hastalık evresi arttıkça bireylerin benlik saygısı, cinsel yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir.

15. Ameliyattan memnuniyet durumu cinsel yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir.

Bu sonuçlar ve klinik izlenimler ışığında önerilerimiz;

1. Mastektomili kadınlar preoperatif ve postoperatif dönemde izlenmeli, mastektomi sonrası beden algısı ve cinsel yaşamı etkilenen bireyler izlenerek sağlık çalışanları tarafından gerekli psikolojik destek sağlanmalıdır. Sağlık profesyonelleri hemşirelik girişimi planlayarak bireyi desteklemelidir. Psikososyal problemi olan bireyler için tedavi programı hazırlanmalıdır.
2. Bireylerin kansere uyumunu kolaylaştırmak amacı ile erken dönemde değerlendirme yapılması gerekmektedir. Erken psikososyal girişimler yaşam kalitesini artırmada önemlidir.
3. Meme kanserli bireylerde hastalığın seyri yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu durumu en aza indirmek için erken tanı ve tedavi için tarama testlerinin önemi büyüktür. Bireyler sağlık çalışanları tarafından onkoloji kliniklerine yönlendirilmelidir.
4. Onkoloji birimlerinde bireylerin benliğini, beden algısını, cinsel fonksiyonlarını değerlendirebilmeleri için eğitim programları düzenlenmelidir.
5. Mastektomili bireylerin benlik saygısı, vücut algısı, cinsel yaşam kalitesi sosyo-demografik, tanı ve tedavi süreci gibi bazı özelliklerden etkilenmektedir. Bu yüzden meme kanserli bireylere psikososyal yönden bütüncül değerlendirme yapılmalıdır.
6. Bireyin meme kanseri tanısı alması ve mastektomi ameliyatı olması cinsel yaşamı etkilemektedir. Mastektomili birey için eş desteğinin önemi büyüktür. Eş ile birlikte tedavilere katılım sağlanmalıdır. Eşler birbirlerine uyum sağlama açısından uygun birimlere yönlendirilmeli, profesyonel sağlık çalışanları tarafından danışmanlık hizmeti verilmelidir.
7. Sağlık kurumlarına cinsel yaşamla ilgili danışmanlık hizmeti veren birimler eklenmelidir.

8. Sağlık profesyonelleri eşlere cinsel konuları konuşmaları için uygun ortam sağlamalıdır.
9. Cinsel problemlerin benlik saygısını düşürdüğü görülmektedir. Cinsel problemler için tedavi planlanması bireylerin kendine güvenini arttırabilir.
10. Bireye cerrahi tedavi planlanırken yaşam kalitesini ve psikolojik durumunu en az etkileyecek yöntem tercih edilmelidir.
11. Çalışmamızda kemoterapi alan bireylerin cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Kullanılacak tedavi yöntemleri öncesinde tedavilerin cinsel yaşamı etkilemesine yönelik eğitim düzenlenmelidir. Tedavi planı hazırlanırken bireyin psikososyal yönü değerlendirilmelidir.
12. Ekonomik düzeyi düşük olan bireyler cinsel tedavi süreçlerinden yeterince faydalanamazlar. Bireylerin cinsel problemlerini çözmelerine destek olmak amacıyla ekonomik olarak rahat ulaşılabilen cinsel tedavi birimleri kurulması önerilebilir.
13. Çalışmamızda mastektominin vücut algısı ve cinsel yaşamı olumsuz etkilediği görülmüştür. Mastektomi sonrası bireylerin yaşam kalitelerinin artmasını sağlayacak meme rekonstrüksiyonu önerilebilir. Estetik cerrahi operasyonu ile bireylerin görünüm kaygısı azalmakta, benlik saygıları yükselmektedir (Göktaş,2008). Estetik cerrahi maliyetli bir işlemdir. Ekonomik düzeyi çoğunlukla orta olan bireylerin bulunduğu bu çalışmada rekonstrüksiyon maliyeti her birey tarafından karşılanamayabilir. Bu işlemin bireylerin sosyal güvence kapsamında ele alınması için çalışmalar yapılması önerilebilir.
14. Bu araştırmanın örneklemini Edirne Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran 50 mastektomili birey oluşturmaktadır. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar bireylerin benlik saygısı, vücut algısı ve cinsel yaşam kalitesinin nasıl etkilendiği adına ipuçları vermektedir. Fakat daha büyük bir örnekleme çalışması yapılması kapsamı geniş ve genellenebilir sonuçlar sağlayabilir.
15. Beden imajı ve cinsel yaşam kalitesi azalan bireylerde yapılan girişimlerin etkinliğinin araştırıldığı prospektif çalışmalar yapılmalıdır.

16. Mastektomili kadınların beden algısı, benlik saygısı ve cinsel yaşamlarının farklı sürelerde değerlendirilmesi, yetersiz alanlar üzerinde hemşirelik girişimleri planlanabilir.
17. Bireylerin cinsel yaşamı araştırılırken kadın katılımcılardan bilgi alınmıştır. Cinsel yaşamla ilgili çalışmalarda, sorunların kaynağını kapsamlı incelemek için eşler çalışmaya birlikte alınabilir.
18. Çalışmamızın sürecinde, bireylerin cinsel yaşamla ilgili sorularda utangaç ve çekingen davrandıkları gözlemlenmiştir. Bu durumu eğitim düzeyinin düşük olmasına bağlayabiliriz. Eğitim merkezlerinin yaygınlaştırılması cinsel problemleri azaltabilir.

KAYNAKÇA

- ACAR, A. (2009). Meme Kanseri Olan Kadınların Cinsel Fonksiyonları ve Etkileyen Faktörler. T.C. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
- ACARAY, A. (2003). Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi ve Hasta Yakınlarının Hastalara İlişkin Algıladıkları Yaşam Kalitesi Görüşleri İle Karşılaştırılması. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- AKÇA, T. (2002). Meme Kanserinde Cerrahi Tedavi Seçenekleri Nelerdir? Tanıdan Tedaviye Meme Kanseri Gerçeği. 1: 31- 38.
- AKÇAYIR, M. (2014). Meme Kanserli Kadınların Strese Bağlı Gelişimleri ile Eş Varlığı ve Evlilik Uyumluları İlişkisi. T.C. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- AKKAYA, N., ŞİMŞİR, N., SELÇUK, S., AKKAYA, S., ARDIÇ, F. (2011). Impact of Body Image on Quality of Life and Mood in Mastectomized Patients and Amputees in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12: 2669-2673.
- AKSEL, C. (2017). Engelli Kadınların Beden İmajı Algısı ve Yaşam Doyumlarının Belirlenmesi. T.C. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- AKYÜZ, E.Ö. (2009). Doğum Sonrası Cinsel Sorunlar ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.

- ALAMIŞ, B. (2017). Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Hastalık Algısı, Anksiyete, Depresyon ve Eş Uyumu İlişkisi: Kontrollü Bir Çalışma. T.C. Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- AL-GHAZAL, S.K., FALLOWFIELD, L., BLAMEY, R.W. (2000). Comparison of Psychological Aspects and Patient Satisfaction Following Breast Conserving Surgery, Simple Mastectomy and Breast Reconstruction. *Eur J Cancer*, 36 (15): 1938-1943.
- ALKAN, E. (2008). Cinsel İşlev Bozuklukları ve Kişilerarası Tarz, Öfke, Kendilik Algısı. T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- ALPTEKİN ÜLGEY, N. (1999). Meme Kanseri Cerrahisinde Meme Koruyucu Girişimler ve Sonuçları. T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı, Uzmanlık Tezi, Ankara.
- American joint Committee on C, American Cancer S, American College of S (AJCC). (2010). Staging of Breast Cancer.
- ANDERSON, B.O., BRAUN, S., CARLSON, R.W. (2003). Overview of Breast Health Care Guidelines for Countries with Limited Resources. *The Breast Journal*, 9(2): 42-50.
- ARIKAN, R.N. (2001). Travmatik Bir Yaşantı: Meme Kanseri ve Mastektomi. *Kriz Dergisi*, 9(1): 39-46.
- ARMAĞAN, A. (2013). Obez Kadınlarda Benlik Saygısının Beden İmgesi Üzerindeki Etkisinde Biçimleyici Değişkenlerin İncelenmesi. T.C. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- ARSLAN, M (2007). Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi Düzeyini Arttırmada Hemşirenin Eğitici Rolünün Etkinliği. T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
- ARSLANTAŞ, A. (2014). Mastektomi Ameliyatı Olan Kadınlarda Benlik Saygısı ve Eş Uyumu. T.C. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
- ASLAN, E.F., GÜRKAN, A. (2007). Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(2): 63 -68.
- ASOĞLU, O., KEÇER, M. (2003). Meme Kanseri Tedavisinde Mastektomiler, Endikasyon ve Teknikleri. *Meme Kanseri Dergisi*, 20 (2): 275-288.
- ATAY, Y. (2017). İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi, İlişkilerindeki Mutluluk Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. T.C. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- ATILGAN, H. (1999). Meme Kanselerinde Modifiye Radikal (Subkutan) Mastektomi ve Eş Zamanlı Meme Rekonstrüksiyonu. T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Askeri Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı, Uzmanlık Tezi, Ankara.
- ATLI ÖZBAŞ, A. (2008). Meme Kanseri Hastalarının Distres ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. T.C.Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- AVIS, N., CRAWFORD, S., MANUEL, J. (2004). Psychococial Problems Among Younger Women with Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 13(5): 295-308.
- AYAZ, A. (2012). Meme Kanserli Kadınlarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı. T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- AYDIN BEKTAŞ, H. (2005). Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ankara.
- AYDIN, D. (2003). Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik İki Farklı Eğitimin, Öğretmenlerin Meme Kanseri Taramalarındaki İnanç ve Davranışlarına Etkisi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum.
- AYGİN, D., DURAT, G. (2006). Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel Sorunlar ve Yaklaşım. Kadın Cinsel Sağlığı Hemşire Çalışma Grubu, 3(2): 352-354.
- BABACAN GÜMÜŞ, A. (2006). Meme Kanserli Hastalarda Emosyonel Destek Odaklı Hemşirelik Girişimlerinin Psikososyal Uyuma Etkisinin Değerlendirilmesi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir.
- BAKTIROĞLU, G. (2010). Hemodiyalize Giren ve Girmeyen Kronik Böbrek Hastalarının Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması. T.C. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- BALABAN, K. (2013). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Patoloji Arşivindeki 10 Yıllık (2000-2010) Meme Kanseri Olgularının Histopatolojik ve Klinikopatolojik Özellikleri. T.C. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Antalya.
- BALTACI GÖKTAŞ, S. (2008). Meme Kanseri Mastektomi Sonrası Uygulanan Erken ve Geç Rekonstrüksiyonun Hastanın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- BAYBEK, H., YAVUZ, S. (2005). Muğla Üniversitesi Öğrencilerinin Benlik Saygılarının İncelenmesi. *T.C. Muğla Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, s 14.

- BAYKAL, A., ŞAHİN, A. (2012). Meme Patoloji ve Moleküler Biyoloji. *Temel Cerrahi*, 4(1), 1045-1060.
- BAYTUR, Y.B., DEVECİ, A., UYAR, Y., ÖZÇAKIR, H.T., KIZILKAYA, S., ÇAĞLAR, H. (2005). Mode of Delivery and Pelvic Floor Muscle Strength and Sexual Function After Child Birth. *Obstet Gynecol Int J*, 8: 276-280.
- BERGLUND, G., NYSTEDT, M., BOLUND, C. (2001). Effect of Endocrine Treatment on Sexuality in Premenopausal Breast Cancer Patients: a Prospective Randomised Study. *J Clin Oncol*, 9(7): 789-800.
- BİÇER, A. (2010). Mastektomi Sonrası Meme Onarımlarının Değerlendirilmesinde Kullanılabilecek Parametreler. T.C. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- BOZKURT, N. (2009). Meme Kanseri Hastalarında Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliğinin İncelenmesi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- BROECKEL, J.A., THORS, C.L., JACOBSEN, P.B. (2002). Sexual Functioning in Long-term Breast Cancer Survivors Treated with Adjuvant Chemotherapy. *Breast Cancer Res Treatment*, 75: 241-248.
- BÜYÜKAKINCAK, Ö. (2010). Meme Kanseri Nedeni ile Opere Olan Hastalarda Üst Ekstremitte Kas İskelet Sistemi Problemlerinin Değerlendirilmesi. T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Samsun.
- CAN, G., DURNA, Z., AYDINER, A., SAİP, P., KADIOĞLU, A. (2005). Sistemik Tedavi Alan Meme Kanseri Kadınlarında Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi, *Androloji Bülteni*, 22: 268-271.

- CANBULAT, N. (2006). Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mamografiye İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). (2008). Cinsel Yaşam ve Sorunları. <http://www.cetad.org.tr>. Yayınlanma Tarihi 15.02.2016 Erişim Tarihi 05.03.2017.
- CRANE, A.K., GELLER, E.J., BANE, H., JU, R., MYERS, E., MATTHEWS, CA. (2013). Evaluation of Pelvic Floor Symptoms and Sexual Function in Primiparous Women Who Underwent Operative Vaginal Delivery Versus Cesarean Delivery For Second-Stage Arrest. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.*,19 (1): 13-16.
- ÇADIR, G., EKSEN, M., BÜTÜNER, E., TÜZEN, H., YETİM, H., OTHAN, K., ARSLAN, K. (2004). Muğla Merkez, Bayır, Yerleşik ve Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgelerinde Yasayan Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusundaki Bilgi ve Uygulama Durumlarının Belirlenmesi. *Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8 (1): 27-28.
- ÇAĞLAR, H.B. (2007). Meme Kanserinde Radyoterapi (Işın Tedavisi) Nasıl Yapılır? Tanıdan Tedaviye Meme Kanseri Gerçeği. 1: 39-43.
- ÇALIŞKAN, İ. (2009). Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Beden Algıları ve Eş Uyumlarının İncelenmesi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- ÇALIŞKAN, Z. (2007). Erken Evre Meme Kanseri Kadınlarda Ameliyat Tercihleri ve Tercihleri Etkileyen Değişkenler. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- ÇAM, O., KHORSHİD, L., ÖZSOY, S.A. (2000). Bir Hemşirelik Yüksekokulundaki Öğrencilerin Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 1: 33-40.

- ÇAM, O., SAKA, S., GÜMÜŞ, B.A. (2009). Meme Kanseri Hastalarının Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2 (5): 73-81.
- ÇAVDAR, D. (2006). Meme Kanseri Hastalarında Cinsel Sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2 (3): 64 -66.
- ÇAYAN, S., AKBAY, E., BOZLU, M., CANPOLAT, B., ACAR, D., ULUSOY, E. (2004). The Prevalence of Female Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function in Turkish Woman. *Urologia Internationalist*, 72 (1), 52-57.
- ÇEVİK, C.G. (2003). Memede Kitle Şüphesiyle Hastaneye Başvuran Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi Düzeyleri ve Kitlenin Fark Edilmesinde Kendi Kendine Meme Muayenesinin Etkisi. T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
- ÇOBAN, V. (2012). Postpartum Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. T.C. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- DANIELSSON, R., SANCHEZ-CRESPO, A., PEGERFALK, A., GRABOWSKA, H. (2003). Psychosocial Adjustment in Patients Surgically Treated for Laryngeal Cancer. *The Am J of Surg.*, 185: 544-549.
- DE SOUZA, A., DWYER, P.L., CHARITY, M., THOMAS, E., FERREIRA, C.H.J., SCHIERLITZ, L. (2015). The Effects of Mode Delivery on Postpartum Sexual Function: a Prospective Study. *BJOG: Obstet Gynecol Int J.*, 122(10), 1410-1418.
- DEAN, A. (2008). Primary Breast Cancer: Risk Factors, Diagnosis and Management. *Nursing Standard*. 22(40):47-55.
- DEĞERLİ KODAZ, N. (2013). Gebelikte Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler. T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

- DEMİR, Ö., PARLAKAY, N., GÖK, G., ESEN, A. (2006). Hastanede Çalışan Bayanlarda Cinsel İşlev Bozukluğu. *Genel Cerrahi*, s: 562-565.
- DEMİREL YÜCEL, S. (2010). Akciğer Kanseri Hastalarda Öz-Bakım Gücü ve Benlik Saygısı ile Aralarındaki İlişkinin Belirlenmesi. T.C. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Prgramı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- DİKER, G. (2017). Kadın Cinsel İşlev Bozukluğunda Cinsel Mitlere İnanma Düzeyi, Cinsel Bilgi ve Benlik Saygısı. T.C. Işık Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- DOĞAN, T., TUGUT, N., GÖLBAŞI, Z. (2013). The Relationship Between Sexual Quality of Life, Happiness, and Satisfaction with Life in Married Turkish Women. *Sex Disabil*, 31: 239-247.
- DOĞDU, G.G. (2010). İstanbul İlinde Bir Özel Hastanede Meme Hastalıkları Servisinde Yatan Meme Kanseri Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tanımlanması. T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu, Dünya Kanser Raporu. (2008). <https://studylibtr/doc/dnya/kanser/raporu/2008> Erişim Tarihi 29.01.2016.
- ELNASHAR, A.M., EL-DİEN İBRAHİM, M., EL-DESOKY, M.M., ALİ, O.M., EL-SAYD MOHAMED HASSAN, M. (2007). Female Sexual Dysfunction in Lower Egypt. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(2):201-216.
- EMİROĞLU, M. (1997). Meme Kanserinin Tedavisinde Mastektominin Prognostik Geç Sonuçları. SSK Tepecik Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Uzmanlık Tezi, İzmir.
- ERDEN, D. (2015). Meme Kanseri Olan Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Stresle Başa Çıkma Tutumları. T.C. Bahçeşehir Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- ERDOĞAN, E. (2015). Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesi ve Evlilik Doyumunun İncelenmesi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- FAİSAL-CURY, A., MENEZES, P.R., QUAYLE, J., MATIJESEVICH, A., DİNİZ, S.G. (2015). The Relationship Between Mode of Delivery and Sexual Health Outcomes After Childbirth. *J Sex Med.*, 12(5); 1212-1220.
- FOBAİR, P., STEWART, S. L., CHANG, S., D'ONOFRİO, C., BANKS, P.J., BLOOM, J.R. (2006). Bodyimage and Sexual Problems in Young Women With Breast Cancer. *Psycho Oncology*, 15(7): 579-594.
- FU, M.R., ROSEDALE, M. (2009). Breast Cancer Survivors Experiences of Lymphedema-Related Symptoms. *Journal of Pain and Symptom Management*, 6:849-859.
- GİLONY, D., GİLBOA, D., BLUMSTEİN, T., MURAD, H., TALMİ, Y.P., KRONENBERG, J., WOLF, M. (2005). Effect of Trachestomy on Well- Being and Body İmage Perceptions. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 133:366-371.
- GİRİŞKEN VELİOĞLU, E. (2015). Meme Kanseri Hastalarında Depresyon, Anksiyete ile Utanç, Suçluluk İlişkisinin Değerlendirilmesi. T.C. Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Hatay.
- GÖK UĞUR, H. (2009). Kanser Tarama Merkezine Başvuran Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi. T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Samsun.
- GÖKÇE, G. (2017). Lise Öğrencilerinde Benlik Saygısı ve Beden Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. T.C. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- GUERİNİ ROCCO, D., MECİERİ, A., YAVUZER, G. (2006). Multidimensional Healthstatus Assesment of Chronic Hemodialysis Patients: The İmpact on Quality of Life. *Europa Medicophysica*, 42(2), 113-119.
- GÜLEROĞLU, F., BEŞER, N.G. (2014). Evaluation of Sexual Functions of The Pregnant Women. *J Sex Med.* 11: 146–153.
- GÜLTEN, N. (2008). İzmir Balçova Bölgesinde Yaşayan Kadınların Meme Kanserine İlişkin Risk Faktörleri, Bilgi ve Uygulamaları. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- GÜNDOĞAN, F. (2006). Sirozlu Hastaların Beden İmajı ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi. T.C. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Bolu.
- GÜNDÜZ, A.(2015). Psoriasis Hastalarında Cinsel İşlev Bozuklukları, Yaşam Kalitesi ve Cinsel İşlevlerle Beden Bölgelerinden ve İşlevlerinden Memnuniyetin İlişkileri. T.C. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- GÜNER, İ. (2008). Meme Kanseri ve Eş Desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 46-49.
- GÜRDİL YILMAZ, S. (2014). Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastalarda Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Anksiyete ve Konfor Üzerine Etkisi. T.C. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- HALLAÇ, S. (2010). Genital Organ Kanseri Tanısı Alan Bireylerin Kansere Tepki, Vücut Algısı, Başetme ve Psikososyal Uyumlarına Yönelik Yapılan Grup Müdahalesinin Değerlendirilmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ankara.

- HAMURCU, P. (2014). Obez Bireylerde Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi. T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- HAYDAROĞLU, A., DUBOVA, S., ÖZSARAN, Z., BÖLÜKBAŞI, Y., YILMAZ, R., KAPKAÇ, M. (2005). Ege Üniversitesinde Meme Kanseri: 3897 Olgunun Değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 1(1):6–11.
- HENSON, H.K. (2006). Breast Cancer and Sexuality. *Sexuality and Disability*, 20(4): 366-367.
- HERDEM, A. (2016). Akne Vulgaris Tanılı Hastalarda Benlik Saygısı ve İlişkili Etmenler. T.C. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Manisa.
- HOLZNER, B., KEMLER, G., KOOP, M.(2001). Quality of Life in Breast Cancer Patients – not Enough Attention for Long-term Survivors? *Psychosomatics*, 42:117-123.
- HUGHET,P., GURGEL, M.S.C., PINTO-NETO, AARAO., OSÍS, M., MORAES, S. (2007). Sexuality and Quality of Life in Breast Cancer Survivors in Brazil. *Breast J*, 13(5):537-38.
- HÜNLER, O.S., GENÇÖZ, T. (2005). The Effect of Religiousness on Marital Satisfaction: Testing Role of Marital Problem Solving Between Religiousness and Marital Satisfaction Relation Ship. *Contemporary Family Therapy*, 27, 123-136.
- IKPATT, O.F., KUOPÍO, T., NDOMA-EGBA, R., COLLAN, Y. (2002). Breast Cancer in Nigeria and Finland: Epidemiological, Clinical and Histological Comparison. *Anticancer Res.* 22(5):3005-12.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). (2010). Cancer statistics reports in the world between 2008-2010.
- JOHANSSON, K., HOLMSTRÖM, H., NILSSON, I., INGVAR, C. (2003). Breast Cancer Patients Experiences of Lymphoedema. *Scand J. Caring Sci.* 17: 35-42.

- KABATAŞ SARAL, E. (2008). Meme Kanseri Hastalarının Kansere Uyumlarının Belirlenmesi. T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- KADI, N. (2011). Yaşlı Meme Kanseri Hastalarda Tedavi Seçenekleri ve Tedavi Komplasyonlarının Değerlendirilmesi. T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Samsun.
- KARABACAK, Ü. (2004). Meme Kanseri Hastalarda Konforu Destekleyici Hemşirelik Bakımının ve Eğitimin Radyoterapi Uygulaması ile Etkileşimi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- KARABUĞA, H. (2013). Adjuvan Radyoterapi Uygulanan Endometrium Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara.
- KARACA, F. (2012). Son Otuz Yıldaki Meme Kanseri Hastaların Retrospektif Olarak İncelenmesi. T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- KARAÇAM, Z., ÇALIŞIR, H. (2012). İlk Kez Doğum Yapan Kadınlarda Gebelik Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Disparoni Görülme Sıklığı ve İlişkili Durumlar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3): 205-213.
- KARADAĞ, A. (2004). Bağırsak Stoması Açılan Hastalarda Hemşirelik Bakımı, Kolon ve Rektum İlişkinin İncelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7: 12-17.
- KARAKUŞ, G. (2016). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Beden Algısı ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi. T.C. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Malatya.
- KARAÖZ, B. (2008). Meme Kanseri Kadınların Üreme Sağlığı Konusundaki Gereksinimlerinin Belirlenmesi. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.

- KARTAL, M. (2012). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2000-2006 Yıllarında Tanı, Tedavi ve İzlemi Yapılan Meme Kanseri Hastalarının Hastalıklarının Tanımlanması ve Sağkalım Durumları ile İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.
- KAYA, G. (2016). Meme Kanseri Kadınlarında Yaşam Kalitesi ve Algılanan Aile Destek Düzeyinin Belirlenmesi. T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- KESKİN, G., GÜMÜŞ, A. (2011). Turkish Hysterectomy and Mastectomy Patient-Depression, Body Image, Sexual Problems and Spouse Relationships. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12: 425-432.
- KEY, T.J., VERKASALO, P.K., BANKS, E. (2001). Epidemiology of Breast Cancer. *The Lancet Oncology*, 2: 133-140.
- KILIÇ EDİNCİK, Ç. (2008). 70 Yaş Üstü Meme Kanseri Hastalarda Prognostik Faktörler. T.C. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Bursa.
- KILIÇ, O. (2006). Kanser Hastalarında Kişilik Özelliklerinin Kontrol Grubuyla Karşılaştırılması. T.C. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Düzce.
- KILIÇ, S., TEZCAN, S., KÖMÜRCÜ, S., ÖZET, A., ÇAKIR, B., ARPACI, F. (2004). Characteristics of Survival of Female Breast Cancer Patients Followed at The Gülhane Military Medical Academy Department of Medical Oncology Between 1992–2002. *Türk J Hematol Oncol*. 14:1–13.
- KILINÇ, A. (2012). Ortognatik Cerrahi Uygulanan Dentofasiyal Deformiteli Hastaların Yaşam Kalitesi ile Fiziksel, Fonksiyonel ve Psikolojik Durumlarının Değerlendirilmesi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum.

- KIRÇO, T. (2009). İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin İncelenmesi. T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- KIRIKKALELİ, Z. (2015). Gebelerin Cinsel Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler. T.C. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kıbrıs.
- KİM, I.M., KANG S.A. (2015). Study on Body Image, Sexual Quality of Life, Depression, and Quality of Life in Middle-Aged Adults. *Asian Nursing Research*, 9 : 96-103.
- KİNG, M.T., KENNY, P., SHİELL, A., HALL, J., BOYAGES, J. (2000). Quality of Life Three Body Image, Sexual Problems and Spouse Relationships. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12: 425-432.
- KURT, E. (2010). Romatoid Artritli Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısının İncelenmesi. T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- LUKE, C., GİLL, G., BİRRELL, S. (2007). Treatment and Survival From Breast Cancer: The Experience of Patients at South Australian Teaching Hospitals Between 1977 and 2003. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 13:212-220.
- LURİE, S., AİZENBERG, M., SULEMA, V., BOAZ, M., KOVO, M., GOLAN, A., SADAN, O. (2013). Sexual Function After Childbirth By The Mode of Delivery: A Prospective Study. *Arch Gynecol Obstet*. 288(4): 785–792.
- MAASOUMİ, R., LAMYİAN, M., MONTAZERİ, A., AZİN, S. A., E AGUİLAR-VAFAİE, M., HAJİZADEH, E. (2013). The Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F) Questionnaire: Translation and Psychometric Properties of the Iranian Version. *Iran Red Crescent Med. J.*,15(8), 723-8.
- MANNOR, B., ZOHAR, H. (2006). Sexual Functioning and Information Needs in Women With Premature Menopause Following Breast Cancer Treatment. *Harefuah*, 145(2): 90-94.

MCCREADY, T., LITTLEWOOD, D., JENKINSON, J. (2004). Breast Self-Examination and Breast Awareness: A Literature Review. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 570-578.

Meme Kanseri. <https://www.cancer.gov> Erişim Tarihi 18.02.2018.

Meme Kanseri. <https://www.kanservakfi.org>. Erişim Tarihi:18.02.2018

Meme Kanserinde Erken Tarama.
http://www.tmhdf.org.tr/Uploads/Editor/files/MemeKanseri_KETEM.pdf
Erişim Tarihi 12.01.2018.

Meme Kanserinde Memede Oluşabilecek Değişiklikler.
http://www.bsm.gov.tr/docs/Meme_Kanseri%20Bilgi_Notu.pdf Erişim Tarihi:
03.03.2018.

MERDİNOĞLU, A. (2017). Aerobik Egzersize Bağlı Yetişkin Kadın ve Erkek Bireylerde Beden Algısı ve Özgüven Değerlerinin Araştırılması. T.C. Muğla Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Muğla.

MOK, E., TAM, B. (2001). Stressors, Coping Methods Among Chronic Haemodialysis Patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 503-511.

MÜEZZİNLER EVSİNE, N. (2010). Meme Kanseri Tedavisine Bağlı Lenf Ödem Gelişen Kadınların Deneyimlerinin ve Hemşirelerden Beklentilerinin İncelenmesi. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

NAHCIVAN, N.Ö., SEÇGİNLİ, S. (2003). Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Tutum ve Davranışlar: Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7 (1): 33-38.

OKANLI, A. (2004). Kadınlarda Mastektominin Psikososyal Etkileri. *İnsan Bilimleri Dergisi*, 1(1): 1-6.

- OKTAN, V., ŞAHİN, M. (2010). Kız Ergenlerde Beden İmajı ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 6(2):91-99.
- OZAN GÜLTEKİN, N. (2009). Kadınların Meme Kanserine İlişkin Algıları: Bir Fokus Grup Çalışması. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- SERTÖZ, Ö.Ö. (2002). Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma. T.C. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir.
- SERTÖZ, Ö.Ö., ELBİ METE, H., NOYAN, A., ALPER, M., KAPKAÇ, M.. (2004). Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4): 264-275.
- ÖNGÖREN, B. (2015). Sosyolojik Açıdan Sağlıklı Beden İmgesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 34: 25-45.
- ÖZATA, B. (2012). Transseksüel Bireylerde Cinsiyet Dönüştürmenin Ruh Sağlığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. T.C. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- ÖZBERKSOY, A. (2006). Meme Kanseri Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Dönemde Bilgilendirici ve Eğitici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Sonrası Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- ÖZEN, Ş. (2009). Meme Kanseri Olan Hastalarda Tanı Sonrası Psikososyal Sorunlar. T.C. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Diyarbakır.
- ÖZER, G., KARAMANOĞLU, A.Y. (2006). Meme Kanserinde Erken Tanı. *Hemşirelik Forumu*, 55-59.

- ÖZŞEKER, N. (1996). Mastektomi Uygulanmış Meme Karsinomlu Hastalarda Cerrahi Radyoterapi Arası Sürenin Lokal Kontrol ve Sağkalıma Etkisi. T.C. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- ÖZTEKİN, D. (2006). Meme Kanserinde Tanı ve Tedavi Sürecinde Karşılaşılan Sorunlarla Mücadele Yolları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2 (2): 67-70.
- ÖZYURT, B.E. (2007). Kanser Hastalarının Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyine İlişkin Betimsel Bir Çalışma. *Kriz Dergisi*, 15(1): 1-15.
- PARLAR, S., KAYDUL, N., OVAOĞLU, N. (2005). Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesinin Önemi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1): 72-83.
- PINAR, R. (2002). Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6 (1): 30-42.
- PİŞKİN, E. (2007). Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi. Bursa Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü Yayınları, Bursa Basımevi, Bursa.
- POLAT, A. (2007). Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. T.C. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Bilim Uzmanlığı Tezi, Düzce.
- POLAT, G. (2014). Düzenli Egzersiz Yapan Kadınlarda Egzersizin Benlik Saygısı ve Beden Memnuniyeti Üzerine Etkisi. T.C. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş.
- RAMÍREZ, M.J.F., FERRIOL, E.E., DOMENECH, F.G., LLATAS, M.C., VARELA, M.M.S., MARTÍNEZ, R.L. (2007). Uptake and Histological Malignancy Grade in Invasive Breast Carcinoma. *Eur J Nucl Med*. 30(2):156-160.

- REES, C. E., BATH, P. A. (2000). Meeting The Information Needs of Adult Daughters of Women With Early Breast Cancer. *Cancer Nursing An International Journal for Cancer Care*, 23(1):71-79.
- ROVERE, G., BENSON, J., BREACH, N., NAVA, M., WILLIAMS, J., FILSHIE, J. (2007). Meme Kanseri Rekonstrüktif Cerrahi Sonrası Kronik Ağrı. Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi, Turgut Yayıncılık, İstanbul.
- ROWLAND, J.H., DESMOND, K.A., MEYEROWITZ, B. E., BELIN, T. R., WYATT, G. E., GANZ, P. A. (2000). Role of Breast Reconstructive Surgery in Physical and Emotional Outcomes Among Breast Cancer Survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(17): 1422-1429.
- SAKALLI, M. (2013). Opere Meme Kanseri Kadın Hastalarda Omuz Disabilitesine Yönelik Fizik Tedavi Modaliteleri ve Egzersiz ile Sadece Egzersiz Tedavisinin Etkilerinin Karşılaştırılması. T.C. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Manisa.
- SAMPALIS, F.S., DENIS, R., PICARD, D., FLEISZER, D., MARTIN, G., NASSIF, E., SAMPALIS, J.S. (2003). International Prospective Evaluation of Scintimammography With 99m Technetium Sestamibi. *The Am J of Surg.*, 185: 544-549.
- SAYGILI, G., KESECİOĞLU, İ., KIRIKTAŞ, H. (2015). Eğitim Düzeyinin Benlik Saygısı Üzerinde Etkisinin İncelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4 (2): 28-35.
- SEÇGİN SAYHAN, E. (2013). Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezine 2007-2011 Yılları Arasında Başvuran Meme Kanseri Tanılı Hastaların Değerlendirilmesi. T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne.

- SEÇKİN, C. (2009). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Radyasyon Onkolojisi Bölümlerine Başvuran Meme Kanseri Bireylerin Bilgi Desteği ve Duygusal Destek Gereksinimlerinin Karşılaştırılması. T.C. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- SEYHAN, S. (2012). 70 Yaş Üzeri Meme Kanseri Hastalarda Demografik Özellikler. T.C. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Bursa.
- SONG, M., ISHII, H., TODA, M., TOMIMATSU, T., KATSUYAMA, H., NAKAMURA, T., NAKAI, Y., SHIMOYA, K. (2014). Association Between Sexual Health and Delivery Mode. *Sex Med.* 2(4): 153–158.
- SOYLAR, P. (2015). İnönü Üniversitesi Turgut Özalp Tıp Merkezinde Tedavi Gören Meme Kanseri Hastalarının Tedavi Arama Şekilleri, Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin İncelenmesi. T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Malatya.
- SPEER, J.J., HILLENBERG, B., SUGRUE, D.P., BLACKER, C., KRESGE, C.L., DECKER, V.B. (2005). Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors. *Breast Journal*, 11(6):440–447.
- Surgery for Breast Cancer Treatment, Breast Health. <http://www.healthsystem.virginia.edu> Yayınlanma Tarihi 15.01.2015 Erişim Tarihi 29.07.2017.
- SYMONDS, T., BOOLELL, M., QUIRK, F. (2015). Development of A Questionnaire on Sexual Quality of Life in Women. *Journal of Sex Marital Therapy*, 31(5), 385–397.
- ŞAYLIK, F. (2010). Meme Kanseri Kadın Hastaların Klinik ve Laboratuvar Verilerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. T.C. Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak.

- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). http://www.tmhdf.org.tr/Uploads/Editor/files/MemeKanseri_KETEM.pdf
[Erişim Tarihi 22.12.2018.](#)
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Daire Başkanlığı. (2017). Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara. http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014/RAPOR_uzun.pdf Erişim Tarihi [11.12.2018.](#)
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Daire Başkanlığı. (2010-2011-2013-2014-2015). Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser/istatistikleri> Erişim Tarihi [11.12.2018.](#)
- TAKAHASHİ, M., KAI, I. (2005). Sexuality After Breast Cancer Treatment: Changes and Coping Strategies Among Japanese Survivors. *Social Science Medicus*, 61: 1278-90.
- TAKAHASKİ, M., OHNOS, S., INOUNE, H., KATAOKA, A. (2007). Impact of Breast Cancer Diagnosis and Treatment on Women's Sexuality: A Survey of Japanese Patients. *Psycho-Oncology*, 12: 35-42.
- TAN, M., KARABULUTLU, E. (2004). Sürekli Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Benlik Saygısı ve Beden İmajını Algılayışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 7(3): 67-73.
- TANELİ, S. (2003). Baş-Boyun Kanserlerinin Psiko-sosyal Boyutu. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 847-854.
- TASHBULATOVA, D. (2007). İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Adana.
- TAŞPINAR, A. (2015). Gebelikte Benlik Saygısı ve Beden İmajı ile İlişki Özellikleri. T.C. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- TEZCAN, B. (2009). Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- TORTAMIŞ, B. (2009). Sığınma Evinde Kalan Kadınlarda Şiddet Öyküsü Açısından Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi. T.C. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Master Tezi, İstanbul.
- TSAO, A.S., KİM, E.S. (2004). Chemoprevention of Cancer. *Cancer Journal for Clinicians*, 54: 150-180.
- TURGUT, N., GÖLBAŞI, Z. (2010). Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Dergisi*, s: 172-180.
- TURNBULL, G.B. (2001). Sexual Counselling: The Forgotten Spect of Ostomy Rehabilitation. *Journal of Sex Education and Therapy*, 26(3): 189-195.
- TUZCU, A. (2013). Sağlığı Geliştirme Modellerine Dayalı Hemşirelik Girişimlerinin Göçmen Kadınlarda Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir.
- TÜNEL, M. (2011). Meme Kanserli Hastalarda Cerrahi Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeyi. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana.
- Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları (2013). www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013
[Erişim Tarihi 28.03.2016.](#)
- UÇAR, T., UZUN, Ö. (2008). Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(3): 162-168.

- UZEL, A. (2015). Evlilik İlişkisi İçerisinde Çiftler Arasında Cinsel Doyumun, Evlilik Uyumu ve Benlik Saygısı Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- UZUN, G. (2009). Mastektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyeti ve Bireyin Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi. T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
- ÜSTGÖRÜL, S. (2016). Doğum Sonrası Dönemde Disparoni Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler: Longitudinal Bir Çalışma. T.C. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Manisa.
- VATANSEVER, G. (2014). Stomalı Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı. T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- WEERAKOON, P. (2001). Sexuality and The Patient With a Stoma. *Sexuality and Disability*, 19: 121- 148.
- WEISS, T. (2004). Correlates of Posttraumatic Growth in Husbands of Breast Cancer Survivors. *Psycho-Oncology*, (13) : 260-268.
- WELCH, J. L., AUSTİN, J. K. (2001). Stressors, Coping and Depression in Hemodialysis Patients. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 200-207.
- WELLİSCH DK (2006) Family relations of the mastectomy patient: interactions with the spouse and children, *Israel Journal Medical Science*, 17 (9-10): 993-6.
- YALÇIN, Y. (2015). Meme Kanseri Tanısı Almış Hastaların Teşhisten Önce Stresli Yaşam Olaylarıyla Karşılaşma Durumları ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Belirlenmesi. T.C. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.

- YARALI, S. (2013). Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- YENİ, E., ÜNAL, D., VERİT, A., COŞKUN, A., KARATAŞ, Ö., ÜNAL, E. (2003). Meme Kanseri Hastalarda Cinsel Fonksiyonlar Sorgulanmalı mı? *Türk Üroloji Dergisi*, 29(2):175-179.
- YILDIZ, T. (2009). Yüz Bölgesinde Uygulanan Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
- YILMAZ, B. (2008). Baş- Boyun Kanseri Tanısı ile Ameliyat Olan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Beden İmajı ve Benlik Saygısı. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- YILMAZ, E. (2006). Kronik Ağrılı Hastalarda Yaşam Kalitesi. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- YILMAZ, N. (2015). Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Sosyal Görünüş Kaygısı ve Vücut Algısı. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir.
- YILMAZ, Ş. (2009). Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Hastalarında Preop ve Postop Dönemde Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Değerlendirilmesi. T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Afyon.
- YILMAZER, N. (1992). Total Mastektomi Yapılmış Kadınlar ile Meme Koruyucu Tedavi Geçirmiş Kadınların Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Karşılaştırılması. T.C. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

YÖRÜK, F. (2013). Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel Problemlerinin Çözümünde PLISSIT Modelin Etkinliği. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.

YÜCEL, N. (2008). Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin Değerlendirilmesi. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.



EKLER

EK 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hemşire tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Yüksek Lisans Öğrencisi Esra AYGÜN TOPUZ

EK 2. Hasta Tanılama Formu

Açıklama: Bu araştırma memesi alınmış bireylerin benlik saygısı ve cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisini ortaya çıkarmak amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Aşağıdaki soruları ve seçenekleri okuduktan sonra, her soruda size en uygun seçeneği ya da seçenekleri işaretleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.

1-Yaşınız?

2-Medeni durumunuz nedir?

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

3-Eğitim durumunuz nedir?

1- İlk okul Mezunu 2- Orta okul Mezunu 3-Lise Mezunu 4-Üniversite
Mezunu

4-Aylık ortalama gelir düzeyiniz nedir?

1-Düşük 2-Orta 3-Yüksek

5- Çocuk Sayınız?

6- Kaç yaşında meme hastalığı tanısı aldınız?

7-Tanıdan bu yana geçen süre ne kadardır?.....

8-Meme hastalığı tanısı aldıktan sonra hangi tedaviler uygulandı?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

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

9-Ameliyat olduğunuz tarih.....

10- Ameliyattan bu yana geçen süre ne kadardır?.....

11-Yapılan ameliyatın sonucundan memnun musunuz?

1-Çok memnunum

2-Oldukça memnunum

3-Kararsızım

4-Pek memnun değilim

5-Hiç memnun değilim

Aşağıdaki sorular araştırmacı tarafından doldurulacaktır.

12-Hastalığın hangi evresinde ameliyat olduğu

1- Evre 0

2- Evre 1

3- Evre 2

13- Cerrahi tedavide uygulanan ameliyatın tipi nedir?

1-Total mastektomi (Koltuk altı lenf diseksiyonu var/yok)

2-Modifiye radikal mastektomi (Koltuk altı lenf diseksiyonu var/yok)

3-Radikal mastektomi (Koltuk altı lenf diseksiyonu var/yok)

4-Diger (lutfen açıklayınız.....)



EK 3. Sağlıklı Birey Tanılama Formu

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

1-Yasınız?

2-Medeni durumunuz nedir?

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

3-Eğitim durumunuz nedir?

1-İlk okul Mezunu 2- Orta okul Mezunu 3-Lise Mezunu 4-Üniversite
Mezunu

4-Aylık ortalama gelir düzeyiniz nedir?

1-Düşük 2-Orta 3-Yüksek

5-Çocuk Sayınız?

6-Kronik ya da sistemik bir hastalığınız var mı?

1-Var (açıklayınız.....) 2- Yok

7- Meme Kanseri Tanısı aldıktan sonra memenizin alınması operasyonu geçirmiş olsaydınız ne hissedersiniz?

EK 4. Vücut Algısı Ölçeği

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

	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
--	-----------------	---------------------	------------	------------------	------------------

1-Saçlarım

2-Yüzümün Rengi

3- İştahım

4- Ellerim

5- Vücudumun

6- kıl dağılımı

7- Burnum

8- Fiziksel Gücüm

9- İdrar, dışkı düzenim

10- Kas kuvvetim

11- Belim

12- Enerji düzeyim

13- Sırtım

14- Kulaklarım

15- Yaşım

16- Çenem

17- Vücut yapım

18- Profilim

19- Boynum

20- Duyularımın keskinliği

21- Ağrıya dayanıklılığım

22- Omuzlarımın Genişliği

	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
--	-----------------	---------------------	------------	------------------	------------------

23- Kollarım

24- Göğüslerim

25- Gözlerimin şekli

26- Sindirim sistemim

27- Kalçalarım

28- Hastalığa direncim

29- Bacaklarım

30- Dişlerimin şekli

31- Cinsel gücüm

32- Ayaklarım

33- Uyku düzenim

34- Sesim

35- Sağlığım

36- Cinsel faaliyetlerim

37- Dizlerim

38- Vücudumun duruş şekli

39- Yüzümün şekli

40- Kilom

41- Cinsel organlarım

EK 5. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

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 bir çoğunun 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


EK 6. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği

Açıklama: Aşağıda vücut özellikleri ile ilgili çeşitli ifadeler bulunmaktadır. Bu özelliklerden her biri açısından kendinizi değerlendiriniz ve ifadenin yanında yer alan “Tamamen katılıyorum, Büyük ölçüde katılıyorum, Kısmen katılıyorum, Kısmen katılmıyorum, Büyük ölçüde katılmıyorum, Hiç katılmıyorum” seçeneklerinden birinin altına (X) işareti koyunuz.


	Tamamen katılıyorum (1)	Büyük ölçüde katılıyorum (2)	Kısmen katılıyorum (3)	Kısmen katılmıyorum (4)	Büyük ölçüde katılmıyorum (5)	Hiç katılmıyorum (6)
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli / zevkli bir parçası olduğunu düşünüyorum						
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum						
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum						
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum						
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum						
Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim						
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum						
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum						
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum						

	Tamamen katılıyorum (1)	Büyük ölçüde katılıyorum (2)	Kısmen katılıyorum (3)	Kısmen katılmıyorum (4)	Büyük ölçüde katılmıyorum (5)	Hiç katılmıyorum (6)
Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum						
Cinsel ilişkiden zevk almıyorum						
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum						
Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum						
Cinsel ilişkiden kaçınıyorum						
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum						
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş yada reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum						
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum						
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum						

EK 7. Etik Kurul Onayı



T.C
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



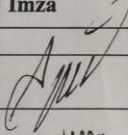
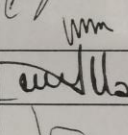
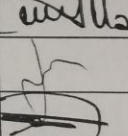
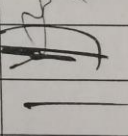
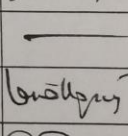
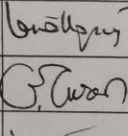
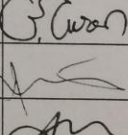
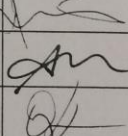
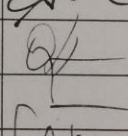
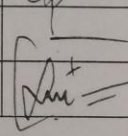
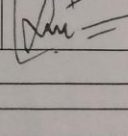
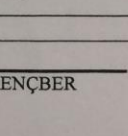
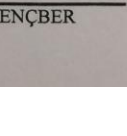
Sayı:2016/

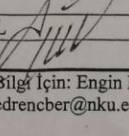
14/04/2016

Sayın: Doç. Dr. Dumrul GÜLEN

Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunmuş olduğunuz **“Mastektominin Benlik Saygısı ve Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması”** başlıklı ve 2016/65/04/14 nolu retrospektif/prospektif araştırmanız incelenmiş olup, ilgili kurumlardan gerekli izinlerin alınması şartıyla, yürütülmesine etik açıdan herhangi bir sakınca olmadığına oybirliği/oyçokluğu ile karar verilmiştir.

NKÜ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU				
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu			

Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişki		Katılım		İmza
	Var	Yok	Evet	Hayır	
Prof. Dr. Ahmet GÜREL	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Cevat AKTAŞ	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Savaş GÜZEL	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hayati GÜNEŞ	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yakup ALBAYRAK	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Birol TOPÇU	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. B. Cüneyt TURAN	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ertan ŞAHİN	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet ÇEBER	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr. Özgür KARAKOYUN	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ömer KURT	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sonat Pınar KARA	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Başkanın Unvanı /Adı/ Soyadı /İmza: Prof. Dr. Ahmet GÜREL 

Namık Kemal Mah. Kampüs Cad. No:1 59030
Telefon: (0 282) 250 59 04 - Faks: (0 282) 250 99 28
Elektronik Ağ: <http://tip.nku.edu.tr>

Ayrıntılı Bilgi İçin: Engin Deniz RENÇBER
e- posta: edrencber@nku.edu.tr

EK 8. Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkez Müdürlüğü Onayı

2

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sorumlu yürütücüsü olduğum "...Mastektominin... Benlik Saygısı... ve... Cinsel... Yaşam... Kalitesi... Üzerine Etkilerin Araştırılması" isimli çalışma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.

Bu araştırmanın merkezinizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

..18/03/2016

İmza

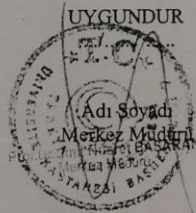
Adı ve Soyadı

Sorumlu Yürütücü

M. T. B. Anabilim Dalı

Doç. Dr.

Dumrul GÜLEN



EK 9. Özgeçmiş

Esra AYGÜN TOPUZ 1991 yılında Lüleburgaz'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Lüleburgaz'da tamamladı. 2009-2013 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik bölümünden mezun oldu. Çalıştığı kurum ve görevleri;

Edirne Devlet Hastanesi Dahiliye Servisi-Hemşire (2014)

Uzunköprü Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisi- Sorumlu Hemşire (2014)

Uzunköprü Devlet Hastanesi-Müdür Yardımcısı (Otelcilik Hizmetleri) (2015)

Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Genel Yoğun Bakım-Hemşire (2018-halen)