

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

MEME KANSERLİ KADINLARIN KANSERİN EVRELERİNE
GÖRE HASTANEYE BAŞVURMALARINDA ETKİLİ OLAN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Emine FİDAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sevim ÇELİK

ZONGULDAK

2020

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

MEME KANSERLİ KADINLARIN KANSERİN EVRELERİNE
GÖRE HASTANEYE BAŞVURMALARINDA ETKİLİ OLAN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Emine FİDAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sevim ÇELİK

ZONGULDAK
2020

KABUL ve ONAY

“MEME KANSERLİ KADINLARIN KANSERİN EVRELERİNE GÖRE HASTANEYE BAŞVURMALARINDA ETKİLİ OLAN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ” başlıklı bu araştırma jürimiz tarafından değerlendirilerek, Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Sevim ÇELİK



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Elif KARAHAN



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Ayfer ÖZTÜRK



ONAY:

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Tarih:



Doç. Dr. Zehra SAFİ ÖZ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca tezimin tüm aşamalarında bilgi, destek, sabır, sevgi ve anlayışıyla her zaman yanımda olan çok değerli hocam ve danışmanım Sayın Prof. Dr. Sevim ÇELİK'e,

Ders dönemim boyunca bilgi ve önerileri ile eğitimimi tamamlamama destek olan Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı hocalarım sayın Doç. Dr. Nurten TAŞDEMİR ve Dr. Öğretim Üyesi Elif KARAHAN'a,

Tezimin veri toplama aşamasındaki katkılarından dolayı değerli meslektaşlarım Duygu TENK KAYA'ya ve Rabia KÖKSAL'a,

Hayatıma girdiği günden beri desteğini ve varlığını her zaman hissettiğim biricik eşim Barış FİDAN'a ve canım yavrularım Umut ve Barış Mert FİDAN'a sonsuz teşekkürler...

Emine FİDAN
Ocak 2020, ZONGULDAK

ÖZET

Emine FİDAN, Meme Kanserli Kadınların Kanserin Evrelerine Göre Hastaneye Başvurmalarında Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2020.

Araştırma, meme kanserinin evrelerine göre kadınların hastaneye başvurularında demografik özelliklerinin, benlik saygılarının, vücut algılarının ve sosyal görünüş kaygılarının etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı nitelikte araştırma, hastanenin genel cerrahi polikliniğine başvurarak meme kanseri tanısı alan 150 kadın hasta ile yapılmıştır. Veriler; *Sosyo-demografik Bilgi Formu*, *Vücut Algısı Ölçeği*, *Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği* ve *Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği* ile toplanmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı testler kullanılmıştır.

Araştırmada, kadınların yaş ortalaması 54.11 ± 13.25 olup, %72.0'nin daha önce başka hastaneye başvurdukları, ilk (%34.7) ve son (%60) başvurularında ağrısız kitle şikayetlerinin bulunduğu, %30.7'sinde evre 2A meme kanseri olduğu saptanmıştır. Hastaların %68.7'sinin benlik saygısının yüksek, %80'inin vücut algısının olumlu, sosyal görünüş kaygısının orta düzey (30.69 ± 10.75) olduğu belirlenmiştir. Kanserin evrelerine göre sosyodemografik özellikler, benlik saygısı, vücut algısı ve sosyal görünüş kaygısı puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Hastaların vücut algısı ile benlik saygısı ölçeği ve sosyal görünüş kaygısı ile vücut algısı ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde, sosyal görünüş kaygısı ile benlik saygısı ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Meme kanserinin evrelerine göre hastaneye başvurularında kadınların demografik özelliklerinin, benlik saygılarının, vücut algılarının ve sosyal görünüş kaygılarının etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu sonuç doğrultusunda, meme kanseri tanısı alan kadınların tanı ve tedavi sürecinde, psikososyal gereksinimlerini bütüncül bir yaklaşımla belirleyerek, hastalık sürecini daha rahat geçirebilmeleri için gerekli bilgilendirilmenin yapılması, emosyonel ve sosyal destek sağlamaya odaklanan hemşirelik girişimlerinin uygulanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, kanser evreleme, erken tanı, beden algısı, benlik saygısı.

ABSTRACT

Emine Fidan, examining the factors affecting breast cancer women admission to hospital according to the stages of cancer, Zonguldak Bulent Ecevit University, Institute of Health Units, Department of Nursing, Surgical Diseases Nursing Master's Program, Master's Thesis, Zonguldak 2019.

The research was conducted to investigate the effect of demographic characteristics, self-esteem, body perceptions and social appearance anxiety in women's admission to hospital according to the stages of breast cancer. This descriptive study was conducted with 150 female patients diagnosed with breast cancer by referring to the general surgery outpatient clinic of the hospital. Data were collected by socio-demographic information form, body perception scale, Rosenberg self-esteem scale and social appearance anxiety scale. Descriptive and correlational tests were used in the analysis of the data.

In the study, the mean age of woman was 54.11, 72 were admitted to another hospital first and the first 34,7 and the last 60 had complaints of painless mass on admission and 30, 7 had stage 2A breast cancer. It was determined that 68.7 of the patients had high self-esteem, 80 had positive body perception and moderate social anxiety (30.69).

There were no significant differences between socio demographic characteristics, self esteem, body image and social appearance anxiety scores according to the stages of cancer. There was a negative correlation between body perception and self esteem scale and social appearance anxiety and body perception scale scores, there was a significant positive relationship between social appearance anxiety and self esteem scale mean scores. According to the stages of breast cancer, it was found that women's demographic characteristics had no effect on self esteem body perception and social appearance anxiety.

In line with this result, it can be suggested that the woman who have been diagnosed with breast cancer should be informed about their psychosocial needs with a holistic approach in the diagnosis and treatment process and that the necessary information should be given in order to pass the disease process more easily and that nursing interventions focusing on providing emotional and social support may be recommended. .

Key Words: Breast cancer, cancer staging, early diagnosis, body image, self-esteem.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL ve ONAY	iii
ÖNSÖZ	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
KISALTMALAR	xii
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Meme Kanseri.....	4
2.2. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi	4
2.3. Meme Kanserinin Risk Faktörleri	5
2.3.1. Değiştirilemeyen risk faktörleri	6
2.3.2. Değiştirilebilen risk faktörleri.....	7
2.4. Meme Kanserinin Klinik Belirtileri.....	8
2.5. Meme Kanserinde Klinik Evrelendirme	9
2.6. Meme Kanserinde Tanı ve Tarama Yöntemleri	11
2.6.1. Klinik meme muayenesi	11
2.6.2. Kendi kendine meme muayenesi	12
2.6.3. Mamografi	13
2.6.4. Ultrasonografi	14
2.6.5. Manyetik rezonans görüntüleme.....	14
2.7. Meme Kanserinde Tedavi	14
2.7.1. Cerrahi tedavi.....	15
2.7.1.1. Meme koruyucu cerrahi	15
2.7.1.2. Mastektomi.....	16
2.7.2. Radyoterapi	17
2.7.3. Kemoterapi.....	17

2.7.4. Hormonal tedavi	17
2.8. Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar	18
2.8.1. Beden algısına yönelik sorunlar.....	19
2.8.2. Benlik saygısına yönelik sorunlar.....	20
2.8.3. Sosyal görünüşe yönelik sorunlar	20
2.9. Meme Kanserli Kadınlarda Destekleyici Bakım Girişimleri.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi.....	24
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	24
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	25
3.5. Veri Toplama Araçları	25
3.5.1. Kişisel bilgi formu	25
3.5.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	25
3.5.3. Vücut Algısı Ölçeği	26
3.5.4. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği.....	26
3.6. Veri Toplama Süreci.....	27
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA	38
5.1. Meme Kanseri Evreleri ile Hastaların SosyoDemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	38
5.2. Meme Kanseri Evrelerine Göre Hastaların Vücut Algılarının Karşılaştırılması.....	42
5.3. Meme Kanseri Evrelerine Göre Hastaların Benlik Saygılarının Karşılaştırılması.....	43
5.4. Meme Kanseri Evrelerine Göre Hastaların Sosyal Görünüş Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
7. KAYNAKLAR	49
8. EKLER.....	67
EK 1. Ölçek Kullanım İzin Yazıları	67
EK 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Yazıları.....	69

EK 3. Kişisel Bilgi Formu	71
EK 4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ).....	74
EK 5. Vücut Algısı Ölçeği.....	75
EK 6. Sosyal Görünüş Kaygısı ölçeği	76
EK 7. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı.....	77
EK 8. Kurum İzin Yazısı	78
9. ÖZGEÇMİŞ	79



TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
1. Meme Kanseri Evrelendirme Sistemi	10
2. Meme Kanserde Kanser Evrelerine Göre Tedavi	15
3. Hastaların SosyoDemografik Özellikleri (n=150)	29
4. Hastaların Meme Kanseri Tanısı Öncesi Özellikleri (n=150)	30
5. Meme Kanseri Tanısı Sırasındaki Özellikleri	31
6. Hastaların Rosenberg Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçekleri Puan Ortalamaları.....	32
7. Meme Kanseri Evreleri ile Hastaların Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	33
8. Meme Kanseri Evrelerine Göre Hastaların Vücut Algılarının Karşılaştırılması ...	34
9. Meme Kanseri Evrelerine Göre Hastaların Benlik Saygılarının Karşılaştırılması	35
10. Meme Kanseri Evrelerine Göre Hastaların Sosyal Görünüş Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
11. Hastaların Sosyal Görünüş Kaygıları, Benlik Saygıları ve Vücut Algıları Arasındaki İlişki	36
12. Hastaların SosyoDemografik Özellikleri ile Vücut Algısı, Benlik Saygısı ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
1. Meme Kanserinin Belirtileri	9
2. Memenin inspeksiyonu	12
3. Elle Muayenede Farklı Tarama Yöntemleri.....	13
4. Memenin palpasyonu	13
5. Meme Koruyucu Ameliyatlar	16



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AKB	: Amerikan Kanser Birliği
BRCA	: BReast CAncer Gene
DES	: Diethylstilbestrol
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GLOBOCAN	: Dünya Kanseri Veri Tabanı
KETEM	: Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
MKC	: Meme Koruyucu Cerrahi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
MRM	: Modifiye Radikal Mastektomi
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SGKÖ	: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TNM	: Tümör, Nodül, Metastaz
VAÖ	: Vücut Algısı Ölçeği
ZBEÜ	: Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi

GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi

Meme kanseri akciğer kanserinden sonra %11.9 oranla kadın ve erkekte en sık tanı konulan, kadında da birinci sırada gözlenen (%25.2) kanser türüdür (1, 2, 3). Dünyada 2012 yılında, 1.67 milyon (tüm kanserlerin % 25'i) kadının meme kanseri tanısı aldığı, Türkiye'de de dünyada olduğu gibi her 4 kadından birine meme kanseri tanısı konulduğu, her sekiz kadından birinin yaşamı boyunca meme kanseri riski ile karşı karşıya olduğu bildirilmiştir (4-6). Kanser istatistikleri, meme kanseri tanısı alan kadınların % 44.5'inin 50-69 yaş ve %40.4 ünün de 25-49 yaş aralığında olduğunu göstermektedir (1,7). Aynı istatistiklerde, meme kanserinin yaşa bağlı insidans oranının 100.000'de 24.5, meme kanseri kaynaklı mortalite oranının da 15.7 olduğu bildirilmiştir (8). Bu veriler, dünyada ve ülkemizde meme kanserinin önemini koruyan bir sağlık sorunu olduğunu ortaya koymaktadır (6, 7, 9).

Meme kanserinde morbidite ve mortaliteyi azaltmanın en etkin yönteminin erken tanı olduğu bilinmektedir. Erken tanı uygulamaları arasında mamografi, klinik meme muayenesi (KMM) ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) önemli yer tutmaktadır (10). Amerikan Kanser Birliği (AKB) kadınların 20 yaşından itibaren her ay düzenli olarak KKMM yapmasını önererek, 20-40 yaş arasında 3 yılda bir, 40 yaşından sonra da yılda bir defa KMM yaptırılmasını, ayrıca 40 yaşından sonra da kadınların her yıl mamografi çekmesini gerektiğini belirtmektedir. Klinik meme muayenesi ve mamografi, meme kanserinin erken tanısı için AKB tarafından önerilen diğer önemli yöntemlerdir (11). Ülkemizde de ulusal meme kanseri tarama standartlarında; kadınların 20 yaşından sonra her ay KKMM yapmaları, 20-40 yaş arasında 2 yılda bir ve 40-69 yaş arasında her yıl KMM yaptırması, 40-69 yaş arasında da her iki yılda bir mamografi çekmesini önerilmektedir (12).

Hoerger ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılan araştırmada, kadınların erken tanı davranışı göstermesinin, kansere bağlı ölümlerin azaltılmasında etkin rol oynadığı saptanmıştır (13). Ülkemizde ise yapılan araştırmalar, kadınların meme kanseri erken tanıya yönelik uygulama oranlarının düşük olduğunu göstermektedir (14-15). Bununla birlikte araştırma sonuçları; yaş ilerledikçe KKMM yapma sıklığının azaldığını, eğitim durumu ile KKMM arasında anlamlı bir ilişki

bulduğunu, medeni durumun ve sosyal güvencenin KKMM yapmayı etkilemediğini ortaya koymuştur (15, 16).

Literatürde; bilgi eksikliği, unutkanlık, taramalara karşı ihmaller, düşük eğitim düzeyi, zaman darlığı, gelir durumunun yetersizliği, sağlık hizmetlerine ulaşım zorluğu, sağlık sigortasının olmaması, randevu alamama, meme muayenesinden utanma, aile desteğinin olmaması, kadercilik inancı, tarama yöntemleri, meme kanseri tanısı alma ve memeyi kaybetme korkusu gibi faktörlerin de kadınların erken tanı davranışlarını belirlemede etkili olduğuna dikkat çekilmektedir (17, 18). Bununla birlikte memedeki karsinomatöz bir tümörün yanlışlıkla meme infeksiyonuna benzetilmesi ya da memedeki ağrı, akıntı gibi durumların önemsenmemesi gibi hekime bağlı faktörler de meme kanseri tanısının gecikmesine yol açabilmektedir (19).

Cerrahi tedavi, meme kanserinde en sık kullanılan tedavi yöntemidir (20). Meme kanseri tanısı alan kadınlarda ameliyat ile ilgili olarak kadınlık ve fiziksel bütünlüğünü kaybetme korkusu gelişebilmektedir (21). Birçok toplumda kadının memesi estetik görünümün, cinselliğin, anneliğin, bebeğin beslenmesinin simgesi olarak görüldüğünden mastektomi ile yaşanan meme kaybı, kadının beden imgesinde zedelenmeye neden olmaktadır (22). Kanser cerrahisi sonucu kadın için vücudunun önemli bir kısmının alınması nedeniyle fiziksel görünümün değişmesi ve bozulan beden algısı, kadının benlik saygısını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, bu durum çeşitli psikososyal sorunlara neden olmaktadır (23, 24). Kadınlar için meme cerrahisi sonucu memenin alınması beden algısını, yaşam kalitesini ve benlik saygısını olumsuz etkilediği için, kadınlar tanı almaktan korkabilir. Bu nedenle tanı yöntemlerine yönlendirmeler gecikebilir. Bu da hastalığın daha ileri aşamada teşhis edilmesine yol açabilir.

Meme kanseri tanısı almanın kadınların beden algısı, benlik saygısı, sosyal görünüş, depresyon ve çeşitli diğer psikososyal problemlere olan ilişkisini inceleyen birçok çalışma bulunmakla birlikte, beden algısı, benlik saygısı ve sosyal görünüş algılarına yönelik kaygılarının hastaneye başvurma ve tanı evrelerine göre inceleyen bir araştırmaya rastlanamamıştır. Kanser tanısı alırsa memesini kaybedeceğini ve sosyal görünüşünün bozulacağını düşünen kadınların, bu endişeyle hastaneye ve tanı yöntemlerine başvurularını geciktireceğini düşündürmektedir. Meme kanseri tanısı alan kadınlarda ortaya çıkan psikososyal sorunların belirlenip uygun girişimlerin planlanması için bu alanda kapsamlı çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, meme kanseri tanısı alan kadınların meme kanserinin evrelerine göre hastaneye başvurularında demografik özelliklerinin, benlik saygılarının, vücut algılarının ve sosyal görünüş kaygılarının etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

- Meme kanseri tanısı konulan kadınların hastaneye başvurularında meme kanserinin evreleri ile sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?
- Meme kanseri tanısı konulan kadınların hastaneye başvurularında meme kanserinin evreleri ile vücut algıları arasında anlamlı farklılık var mıdır?
- Meme kanseri tanısı konulan kadınların hastaneye başvurularında meme kanserinin evreleri ile benlik saygıları arasında anlamlı farklılık var mıdır?
- Meme kanseri tanısı konulan kadınların hastaneye başvurularında meme kanserinin evreleri ile sosyal görünüş kaygıları arasında anlamlı farklılık var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen ve önemli sağlık problemlerine yol açan progresif bir hastalıktır (25). Dünyada kadınlarda kanser nedeni ölümlerin başında gelmektedir (4, 26). Meme kanseri vakalarında tümörlerin %90'ı geniş ya da küçük çaplı duktal doku sisteminden kaynaklan karsinomlar, %10'u lobüler karsinom ve sarkomlar şeklinde görülmektedir. En yaygın görülen meme kanseri patolojisi ise invaziv duktal karsinom olup meme kanseri vakalarının %75'ini oluşturmaktadır (27). Meme kanseri; üst dış kadranda %45 (fazla miktarda meme dokusu içerdiği için), meme ucu çevresinde %25, üst iç kadranda %15, alt dış kadranda %10 ve alt iç kadranda %5 oranında görülmektedir (28).

Meme kanseri erken dönemde tanı konulduğunda, tedavi edilme olasılığı yüksek olan bir hastalıktır. Gelişmiş ülkelerde meme kanseri tanısı konulan hastalarda erken tanı ve tedavi yöntemleri ile 5 yıllık sağ kalımın yaklaşık %90-95 olduğu tespit edilmiştir (29). Kanser tedavisi yöntemleri sağ kalımı artırmakla birlikte, meme kanserinin tanı ve tedavisinin neden olduğu psikolojik, fiziksel ve cinsel işlev bozuklukları kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (30- 32).

2.2. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

Meme kanseri dünyada akciğer kanserinden sonra %11.9 oranla (kadınlar ve erkekler) en çok tanı konulan, kadınlarda da tanılanma sıklığı (her yıl 1.7 milyon) olarak birinci sırada yer alan kanser türüdür (25, 33).

Meme kanseri insidansı ülkeden ülkeye, ülkelerin bölgelerine ve etnik gruplara göre farklılık göstermektedir. GLOBOCAN 2012 yılı verilerine göre, dünyada her dört kadından birinin meme kanseri olduğu ve 1.67 milyon (tüm kanserlerin % 25'i) kadının meme kanseri tanısı aldığı görülmektedir. Bu verilerde ayrıca, meme kanseri insidansı en yüksek olan bölge Kuzey Amerika ve Okyanusya iken en düşük Asya ve Afrika bölgeleridir. Orta Afrika ve Doğu Asya'da meme kanseri insidansı 100.000'de 27 iken Batı Avrupa'da 96'dır. Çok gelişmiş ülkelerde meme kanseri insidansı 100.000'de 74.1 iken az gelişmiş ülkelerde 31.3 olarak daha düşüktür (33). GLOBOCAN 2012 yılı verilerinde, meme kanserinin dünyada ölüm

nedenleri arasında beşinci sırada yer aldığı ve meme kanseri kaynaklı ölüm sayısının 522000 olduğu dikkati çekmektedir (25, 33). Meme kanserine bağlı ölüm oranları az gelişmiş ülkelerde %14.3 (324.000 ölüm) iken, gelişmiş ülkelerde bu oran %15.4 (198.000 ölüm) olarak görülmektedir (33).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre de, dünyada yaklaşık 1 milyon yeni meme kanseri olgusunun saptandığı varsayılmakta ve kanser nedeniyle oluşan ölümler içerisinde meme kanseri, akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır (6, 34-36). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) 2018 yılı kanser istatistiklerinde, kadınlarda 266.000'den fazla yeni invaziv meme kanseri vakasının ve yaklaşık 64.000 yeni invaziv olmayan meme kanseri vakasının teşhis edilmesinin beklendiği, Ocak 2018 itibariyle meme kanseri tedavisi görmekte olan ve tedavisini bitirmiş 3.1 milyon ABD'li kadının zaten var olduğu gösterilmiştir (1, 37).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı kanser istatistikleri incelendiğinde, 2014 yılı meme kanseri insidansı 100 binde 43'dür (38, 39). 2018 yılında ise her 100.000 kadın için 56.33 vakaya karşılık gelen, yaklaşık 59.700 yeni meme kanseri vakası ortaya çıkacağı tahmin edilmektedir (26). Türkiye'de meme kanseri insidansı eğitim, ekonomi, sosyal ve kültürel faktörlerin farklı olması nedeniyle Türkiye'nin doğusunda 100000'de 20 iken, batısında 100000'de 50 oranındadır. Ayrıca, invaziv meme kanserlerinin sadece %11.5'inin ileri evre, %43'ünün bölgesel ve %45.5'inin lokalize evre olduğu, lokalize evrede olan vakaların da 5 yıllık sağ kalım oranının %90 olarak bildirildiği görülmektedir (38, 40).

2.3. Meme Kanserin Risk Faktörleri

Meme kanserinin nedeni bilinmemekle birlikte genetik, hormonal, çevresel, psikolojik ya da biyokimyasal faktörlerin kanserin gelişiminde etkili olabileceği düşünülmektedir (41).

Meme kanseri risk faktörleri değiştirilebilen ve değiştirilemeyen olmak üzere iki kategoride incelenmektedir. Değiştirilebilen risk faktörleri kadınlar tarafından kontrol edilebilmesine karşın, değiştirilemeyen risk faktörleri kontrol edilemeyen faktörlerdir (42). Bu risk faktörleri dışında; vitamin alımı ve diyet, çevresel kimyasallar, sigara kullanımı, gece çalışması, antiperspirant kullanımı, kürtaç, meme implantları etkisi henüz belli olmayan risk faktörleri arasında yer almaktadır (43).

2.3.1. Değiştirilemeyen risk faktörleri

Cinsiyet: Meme kanserinin %99'u kadınlarda, %1'i ise erkeklerde görülmektedir (44, 45). Kadınlarda meme dokusunun erkeklerden daha fazla olması ve gelişim dönemlerindeki östrojen ve progesteron hormon düzeylerinin değişim göstermesi meme kanserinin kadın cinsiyette en fazla görülmesinin önemli nedenlerindendir (45, 46).

Yaş: Yaş ilerledikçe meme kanseri riskinin arttığı bilinmektedir. 45 yaş altı kadınların sekizde birinde, 55 yaş ve üstü kadınların üçte ikisinde meme kanseri görüldüğü bildirilmektedir (45- 47).

Genetik: BRCA1 ve BRCA2 genlerinde görülen mutasyon meme kanserine neden olmakta olup, %55- 65'i BRCA1 ve %45'i BRCA2 gen mutasyonundan kaynaklanmaktadır. Aynı ailede BRCA-1 ve BRCA-2 gen mutasyonlarının varlığında, meme kanseri riski %80 daha fazladır. Meme kanseri ortalama %5-10'u herediter kökenlidir (45, 28, 48, 49).

Aile öyküsü: Birinci ve ikinci derece yakınlarında kanser tanısı olan bireylerde meme kanseri görülme riski artmaktadır (44). Birinci derece yakınlarında bir kişide bulunan meme kanseri öyküsü riski iki kat, iki kişide bulunan meme kanseri ise üç kat daha fazla artırmaktadır (45, 47, 50).

Meme kanseri öyküsünün olması: Bir memesinde kanser tanısı alan kadının diğer memesinde kanser olma riski 3-4 kat daha yüksektir (45, 47, 48).

Irk ve etnik köken: Zenci Amerikan kadınlarda meme kanseri insidansı ve mortalite oranı beyaz tenli kadınlardan daha yüksektir. Nedeni tam olarak bilinmemekte birlikte Asyalı, İspanyol ve Amerika'nın yerlisi olan kadınlarda meme kanseri insidansı ve mortalite oranı daha düşüktür (45, 51, 52).

Yoğun meme dokusu: Meme dokusu yoğun olan kadınlarda glandüler doku fazla ve yağ dokusu az olduğu için, meme kanseri riski 1.5- 2 kat daha artmaktadır (53, 54).

Benign meme hastalıkları: Benign meme hastalığında meme dokusundaki duktuslarda ve lobüllerdeki hücrelerde aşırı büyüme olabileceğinden bu kadınlarda meme kanseri olma riski yüksektir (45, 51, 52).

Menstrual öykü: Hormonal durumlar, ilk gebeliğin 30 yaşımdan sonra olması, erken menarş (12 yaş öncesi) ve geç menapoz (55 yaş sonrası) hastalığın gelişmesinde etkilidir (45, 48, 55). Menopoza 45 yaşımdan önce giren kadınlarda

meme kanseri riski 55 yaşından sonra giren kadınların yarısı kadardır (45). Daha uzun süre menstural öyküsü olan kadınların östrojen ve progesterona daha fazla maruz kalmaları meme kanseri riskini artırmaktadır (56).

Göğüs bölgesinde radyasyon tedavisi öyküsü: Çocukluk veya adölesan döneminde alınan radyasyon tedavisi meme kanseri riskini artırmaktadır. 40 yaş sonrası radyasyon tedavisi ve mamografi ise meme kanseri riskini artırmasında etkili olmamaktadır (28, 45).

Diethylstilbestrole (DES) maruz kalma: Düşük riskini azaltmak için 1940-1960 yılları arasında kullanılan DES'in kullanıcılarında ve onların çocuklarında meme kanseri riskini artırdığı bildirilmiştir (45).

2.3.2. Değiştirilebilen risk faktörleri

Kadınların doğum öyküsü: Gebelik ve yaşam boyunca menstruasyon sayısı, kadınların östrojen ve progesterona maruz kalma süresini azaltarak meme kanseri riskini düşürür. Gebeliğin fazla olması ve genç yaşta gebe kalma meme kanseri riskini azaltırken, hiç doğum yapmayan ve 30 yaşından sonra doğum yapan kadınlarda meme kanseri riski artmaktadır (45, 57, 58). Gebeliğin 20 yaşından önce olması meme kanserine karşı koruyucu olmakla beraber (44, 54) kanser riski, ilk doğumunu 30 yaşından sonra yapan kadınlardaki kanser riskinden 4 kat daha düşüktür (44).

Oral kontraseptif kullanımı: Oral kontraseptif kullanan kadınlarda, hiç kullanmayanlara oranla meme kanseri riski daha fazladır. Oral kontraseptif kullanımını 10 yıl öncesinde bırakan kadınlarda meme kanseri riskinin azalarak hiç kullanmayan kadınlardaki risk ile benzer olduğu gösterilmiştir (57- 59).

Postmenopozal hormon tedavisi: Menapoz sonrası alınan hormon tedavisi, meme kanserinin görülme riskini, prognozunu ve mortalite olasılığını artırır. Östrojen ve progesteron içeren hormon tedavisi meme kanseri riskini % 25 oranında artırmaktadır (60). Riskteki bu artış, genellikle iki yıl kadar az bir süre içerisinde görülür (45, 51, 58).

Emzirme: Emzirme süresi arttıkça meme kanseri riskinin azaldığı, bu riskin 1.5- 2 yıl emziren kadınlarda en düşük olduğu belirtilmektedir. Bu durum emzirmenin yaşam boyu menstrual döngüyü azalttığı belirtilmektedir (51, 52).

Alkol kullanımı: Günlük alkol alım miktarı artışı ve özellikle 30 yaş altında alkol alımına başlanması ile meme kanseri riski arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Günlük alkol alımı 2- 5 bardak olan kadınların meme kanseri riskinin yaklaşık bir buçuk kat daha fazla olduğu bildirilmiş olup, AKB günde bir bardaktan fazla alkol alınmasını önermemektedir (51, 52).

Obezite: Postmenopozal dönemdeki kadınların yağlı yiyeceklerle beslenmesi ve vücut ağırlığının fazla olması meme kanseri riskini artırmaktadır. Özellikle aşırı yağlı diyetin meme kanserine yakalanma riskini artırdığı düşünülmektedir (45, 48, 61). Yüksek yağlı diyetin obeziteye yol açtığı, yağ dokusunda östrojeni tutarak daha endojen östrojen salınımına neden olduğu ve bu yolla meme kanseri riskini artırdığı bildirilmiştir (51, 52, 62, 63).

Fiziksel aktivite: Haftada 1.5- 2.5 saat egzersiz yapan kadınların, meme kanseri riski %18 oranında azalmaktadır. Düzenli yapılan egzersizle yağ dokusu, dolayısıyla endojen östrojen üretimi de azalmaktadır (51, 52, 64).

2.4. Meme Kanserin Klinik Belirtileri

Kitle: Hareketsiz ve genellikle ağrısızdır. 1-2 cm büyüklüğünde olup tek taraflı ve süreklidir. Sınırları kısmen belirlenebilir. Şekilsiz ve zor palpe edilebilir (28, 45) (Şekil 1-a).

Ağrı: Hastalığın başlangıcında %90 oranında ağrı oluşmaz, ağrı daha sıklıkla geç dönemde ortaya çıkar (44, 45).

Meme üzerindeki deride ödem, portakal kabuğu görünüm (Paud'orange): Tümör hücreleri, lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeysel lenf damarlarına ulaşması sonucu lenfleri tıkar, lenf dolaşımını bozar ve deride ödem oluşturur. Ayrıca lenf akımının yavaşlaması, deri ve deri altı dokusunun beslenememesine ve derinin kalınlaşmasına neden olur. Kıl folikülleri içeri doğru çekilmiş gibi kalır ve bu durum deriye portakal kabuğu görünümü kazandırır (44, 45, 64).

Meme başında çekilme: Memedeki tümörün büyüyüp meme başını tutması sonucunda oluşur (28, 45) (Şekil 1-b).

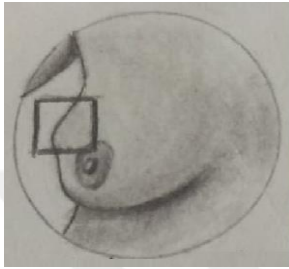
Meme derisinde çukurlaşma: Tümör hücrelerinin deriye ulaşarak deriyi çekmesi sonucu gelişir (28, 43) (Şekil 1-c).

Meme başı akıntısı: Bu bulguya pek sık rastlanmamakla birlikte genellikle tek taraflıdır ve kanlıdır, seröz, seröz-kanlı da olabilir. Spontandır (Şekil 1-d) (45,46).

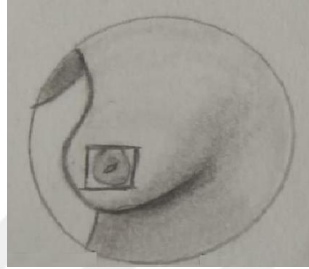
Deride ülserasyon ve eritem: Kanserin ileri dönemlerinde tümör hücrelerinin önce derin fasyaya sonrada m. pektoralis'e, göğüs duvarına ve deriye ulaşması sonucunda meydana gelir (28, 45) (Şekil 1-e).

Lenf nodüllerinde büyüme: Tümörün lenf nodüllerine metastazı sonucunda lenf nodüllerinin tıkanması sonucu oluşur (28, 45).

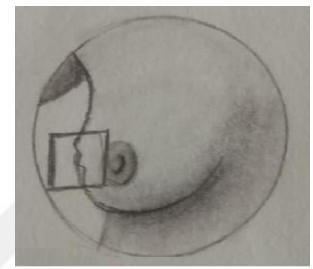
Tillaux belirtisi: Kanser hücrelerinin göğüs duvarına kadar ilerlemesiyle memenin hareket yeteneğini kaybetmesi sonucunda oluşur (45).



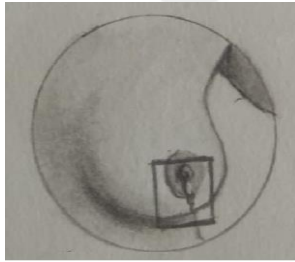
a. memede kitle



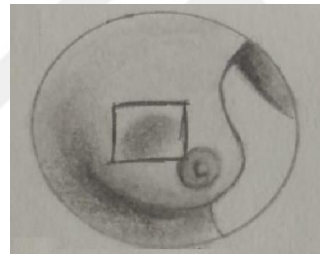
b. meme başında çekilme



c. Memede çukurlaşma



d. meme başında akıntı



e. memede kızarıklık, ülserasyon

Şekil 1. Meme Kanserinin Belirtileri

2.5. Meme Kanserinde Klinik Evrelendirme

Kanserin evrelemesi; hastaya ait tedavi programını oluşturmak, prognozu belirlemek ve farklı tedavi yaklaşımlarından elde edilen sonuçları değerlendirmek için yapılmaktadır. Evrelemede TNM sistemi dünya çapında standart olarak kullanılmaktadır (65). Bu sınıflandırmada T tümörün boyutunu; tümörün deriye ve göğüs duvarına yayılıp yayılmadığını, N lenf bezlerini; tümörün lenf bezlerine yayılıp yayılmadığını, M metastaz; uzak organlara metastaz olup olmadığını gösterir (66) (Tablo 1).

Tablo 1. Meme Kanseri Evrelendirme Sistemi (65, 67).

Primer Tümör (T)					
Tx: Primer tümör değerlendirilemiyor					
To: Primer tümör kanıtı yok					
Tis: Karsinoma in situ					
Tis (DCIS): Ductal carcinoma in situ					
Tis (LCIS): Lobular carcinoma in situ					
Tis (Paget's): Paget hastalığı					
T1: Tümör ≤20 mm en büyük ebatla					
T1mi: Tümör ≤1 mm büyük boyutta					
T1a: Tümör> 1 mm fakat boyut 5 mm en büyük boyutta					
T1b: Tümör> 5 mm fakat ≤10 mm en büyük ebatla					
T1c: Tümör> 10 mm ancak ≤20 mm en büyük boyutta					
T2: Tümör> 20 mm fakat ≤50 mm en büyük ebatla					
T3: Tümör> en büyük boyutta 50 mm					
T4. Göğüs duvarına ve / veya cilde doğrudan yayılan herhangi bir boyutta tümör					
T4a: Göğüs duvarına uzama, pektoralis kasma yapışma / istila dahil					
T4b: Ciltte ülserasyon, ödem, inflamatuvar karsinom kriterleri					
T4c: Hem T4a hem de T4b					
T4d: Enflamatuvar karsinom					
Bölgesel lenf düğümleri (N)					
Nx: Bölgesel lenf düğümleri değerlendirilemiyor (örneğin daha önce alınmış)					
No: Bölgesel lenf nodu metastazı yok					
N1: Taşınabilir ipsilateral seviye I, II aksiller lenf bezi					
N2: Ipsilateral seviye I, II klinik olarak sabit veya geçeleşmiş aksiller lenf nodlarında metastaz; veya klinik olarak saptanmış ipsilateral klinik olarak belirgin aksiller lenf nodu metastazı yokluğunda iç meme düğümleri					
N2a. ipsilateral seviye I, II aksiller lenf nodlarında birbirine sabitlenmiş (geçeleşmiş) veya diğer yapılardaki metastazlar					
N2b: Sadece klinik olarak saptanan ipsilateral iç meme düğümlerinde ve klinik olarak belirgin seviye I yokluğunda metastaz, II aksiller lenf nodu metastazı					
N3: Ipsilateral infraklaviküler (seviye III aksiller) lenf nodlarında, seviye I olan veya olmayan, metastaz, II aksiller lenf nodu tutulumu; veya klinik olarak belirgin düzeyde I, II aksiller bulunan ipsilateral iç meme lenf düğümleri lenf düğümü metastazı; veya aksiller veya internal olmayan ipsilateral supraklaviküler lenf nodu / düğümlerinde metastaz meme lenf nodu tutulumu					
N3a: Ipsilateral infraklaviküler lenf nodlarında metastazlar					
N3b. Ipsilateral iç meme lenf nodu ve aksiller lenf nodunda metastaz					
N3c: Ipsilateral supraklaviküler lenf nodlarında metastazlar					
Uzak Metastaz (M)					
M0: Uzak metastazların klinik veya radyografik kanıtı yok					
c(Mo)i+: Uzak metastazların klinik veya radyografik kanıtı yoktur, ancak moleküler veya mikroskopik olarak tespit edilen tümör birikimleri dolaşımdaki kan, kemik iliği veya başka bir bölgesel olmayan nodal dokuda bulunan ve olmayan bir hastada 0,2 mm'den büyük olmayan hücreler metastaz belirtileri veya belirtileri					
M1: Klasik klinik ve radyografik yöntemlerle belirlenen ve / veya histolojik olarak daha büyük olduğu kanıtlanan uzak tespit edilebilir metastazlar (0,2 mm'den)					
Anatomik Evre / Prognostik Gruplar					
0	Tis N0 M0				
IA	T1n N0 M0				
IB	T0 N1mi M0	T1nN1miM0			
IIA	T0 N1o M0	T1n N1o M0	T2N0 M0		
IIB	T2 N1 M0	T3 N0 M0			
IIIA	T0 N2 M0	T1n N2 M0	T2 N2 M0	T3N1 M0	T3N2 M0
IIIB	T4 N0 M0	T4 N1 M0	T4 N2 M0		
IIIC	Herhangi T, N3, M0				
IV	Herhangi T, N, M1				

2.6. Meme Kanserinde Tanı ve Tarama Yöntemleri

Hiçbir yakınması olmayan kadınlarda çeşitli yöntemlerle memede anormal durumları saptamak, kadınların etkili/başarılı tedavi ile daha uzun bir yaşam şansını elde etmelerini sağlamak amacıyla erken tanı ve tarama programlarının yürütülmesi önemlidir (68). Bu bağlamda, Amerikan Kanser Birliği, meme kanserinin erken tanısında KMM ve mamografi yaptırılmasını, aynı zamanda KKMM ile meme sağlığı bilincinin oluşturulmasını ve farkındalığın artırılmasını önermektedir (43). Bu amaçla 1960'lı yıllardan günümüze tüm dünyada meme kanseri mortalite oranlarını düşürmek üzere meme kanseri tarama programları uygulanmaktadır (69). Tarama sırasında kuşkulu bir durum varlığında ise ince iğne aspirasyon biyopsisi gibi sitolojik inceleme yapılması son derece önemlidir (48).

Ülkemizde de toplum tabanlı tarama programlarını yürütmek üzere Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) kurulmuştur. KETEM özellikle 50 yaş ve üstündeki kadınlarda meme kanseri mortalitesini en az %30 azaltmayı hedefleyerek bu programları yürütmektedir (68). Türkiye'de KETEM'in yürüttüğü tarama programları ile kadınların meme kanseri erken tanı davranışında bulunma oranlarının, 2013 yılında bir yıl öncesine kıyasla %9 oranında artış gösterdiği, mamografi sayısının da %63 artışı ile 240.000'e çıktığı ve meme kanserinin %75'inin erken evrede teşhis edildiği belirtilmektedir (12).

2.6.1. Klinik meme muayenesi

Amerikan Kanser Birliği, 20-40 yaş arasında olan kadınların 3 yılda ve 40 yaşından sonra yılda bir KMM yaptırması gerektiğini belirtmektedir. Türkiye'de ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 20-40 yaş arasındaki kadınlarda iki yılda bir, 40-69 yaş arasındaki kadınlarda her yıl KMM yapılması önerilmektedir (1, 43, 70).

Klinik meme muayene ile mamografi birlikte uygulandığında, meme kanserinin belirlenmesini %5-20 oranında artırmaktadır. Klinik meme muayenesi, meme dokusunun yoğunluğuna bağlı olarak mamografi ile görüntülenemeyen veya periferde yerleşmiş mamografi sınırları içine girmeyen kitlelerin tanısında önemli rol oynamaktadır (68, 71).

2.6.2. Kendi kendine meme muayenesi

Kendi kendine meme muayenesi, meme sağlığı bilincinin oluşturulması ve kadınlarda duyarlılığın artırılması amacıyla meme ve çevresinin düzenli olarak muayene edilmesidir. Bu yöntem kolay uygulanabilen, ekonomik, invaziv girişim ve her hangi bir alet gerektirmeyen bir yöntemdir (43, 72). Amerikan Kanseri Birliği, kadınların 20 yaşından itibaren her ay düzenli olarak KKMM yapmalarını önermektedir (43). Kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapan kadınlarda gerçekleştirilen çok sayıda araştırmada, meme kanserinde kitleyi ilk bulan kişilerin kadınların kendileri olduğu ve KKMM yapanlarda kanseri erken dönemde belirleme oranının, yapmayanlardan yüksek bulunduğu net bir şekilde bildirilmiştir (73- 75).

Kendi kendine meme muayenesi, ilk birkaç ayda her hafta, menopoz öncesi dönemde menstürasyonun başlangıcından itibaren beş ve yedinci günlerde uygulanır. Bu dönemde memeler daha az duyarlı olduğundan dolayı etkin muayene daha kolay yapılabilir. Menopozdaki kadınların ise her ayın belirli günü KKMM yapması önerilir (76). Kendi kendine meme muayenesi; ayakta ve yatarak olmak üzere inspeksiyon ve palpasyon şeklinde yapılır.

İnspeksiyon; iyi aydınlatılmış bir ortamda vücudun belden yukarısı açık olacak şekilde, ayna karşısında eller yukarıda, başın arkasında, kalçada ve yanlarda iken değerlendirme yapılır (77) (şekil 2). Memede fark edilebilir şişlik, meme ucunun içeri çökmesi, meme başında şekil ve renk değerliği, kızarıklık, akıntı, ödem, ülserasyon ve portakal rengi görünümü açısından cilt değerlendirilir (48).



(a)

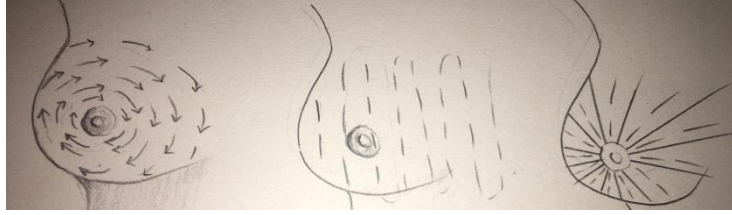


(b)

şekil 2. Memenin inspeksiyonu

Palpasyon; ayakta ve yatarak meme muayenesi yapılır. Ayakta durur pozisyonda sağ meme muayenesi için, sağ kol başın üzerine kaldırılıp sol elin orta üç

parmağı ile memenin dış kenarlarından başlanarak saat yönünde dairesel hareketlerle meme başına doğru gelinir. Memenin alt ve üstteki iç ve dış kadranı, areola, meme başı, koltuk altı klavikula üstü palpe edilir ve bir kol başın altına yerleştirilerek veya katlanmış havlu koyularak yapılan muayene kol değiştirilerek diğer meme içinde uygulanmalıdır. Palpasyon dairesel, ışnsal ve dikey-paralel çizgiler şeklinde olmalıdır (48, 70, 77) (Şekil 3,4).



Şekil 3. Elle Muayenede Farklı Tarama Yöntemleri



Şekil 4. Memenin palpasyonu

2.6.3. Mamografi

Mamografi, düşük röntgen ışınları ve kompresyon uygulanarak elde edilen özel bir radyografi yöntemidir (48). Kadınlarda erken evre meme kanserleri tanısında en etkili görüntüleme yöntemi olup meme kanserini saptamadaki başarısı % 63-98 oranındadır (68, 70, 78).

Amerikan Kanser Birliği tarafından 40 yaşından sonra kadınlarda her yıl, Sağlık Bakanlığı 2014 verilerine göre de, Türkiye’de 50 yaş altındaki riskli gruptaki kadınlarda hekimler tarafından belirlenen yaş ve sıklıkta, 50-69 yaşlar arasındaki kadınlarda 2 yılda bir kez olmak üzere mamografi çektilmesi önerilmektedir (11, 68, 70, 40). BRCA 1-2 geni taşıyanlarda yıllık mamografiye 25-35 yaşta başlanması, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile inceleme yapılması ve ultrasonografiye başvurulması vurgulanmaktadır (70, 79).

2.6.4. Ultrasonografi

Memenin kistik lezyonlarının tespit edilmesinde yardımcıdır, ancak küçük lezyonlar izlenemez. Meme doku yoğunluğu yüksek olan kadınlarda ve solid- kistik lezyonları ayırmada avantajlıdır (80). Ancak mamografi kadar görüntü netliğine sahip değildir. Ultrasonografik inceleme ile cilt-cilt altı yağ dokusu, glandüler yapı, gland arkasındaki yağlı planlar, pektoral kaslar, kotlar ve anterior göğüs duvarı görüntülenir. Tek başına bir tarama testi olarak kullanılmaması, gerek görüldüğünde diğer testlere eklenmesi önerilmektedir (80, 81).

2.6.5. Manyetik rezonans görüntüleme

Meme kanserinde tek başına kullanılabilecek bir görüntüleme yöntemi değildir. Sadece problemlili olgularda, klinik ve mamografik bulgular değerlendirilerek MRG'den faydalanılmaktadır (78). Mamografik olarak meme dokusu yoğun olan ve meme koruyucu cerrahi girişim düşünülen hastalarda ameliyat öncesi tümör varlığının gösterilmesinde, özellikle genetik çalışmalarla meme kanserine yakalanma açısından yüksek risk grubunda yer aldıkları tespit edilen kadınlarda malignite varlığını araştırmada MRG kullanılır. Ayrıca mamografide saptanan düzensiz, silik, sınırlı, asimetrik yoğunluklar gibi şüpheli görünümünün daha iyi değerlendirilmesinde bu yöntem başvurulur (79, 82).

2.7. Meme Kanserinde Tedavi

Meme kanserinde tedavi, hastalığın iyileşmesi ve tedaviden sonra hastanın normal yaşamını sürdürmesi amacını taşımaktadır. Tedavide son yıllarda çok hızlı ilerlemeler kaydedilmiş olmakla beraber hastalığın tedavisi, tanı evresine ve kanserin tipine göre değişiklik göstermektedir.

Meme kanseri cerrahi, radyoterapi ve medikal (kemoterapi, hormonoterapi) tedavi yöntemleri kullanılarak tedavi edilir. Tedavi tipi, kişiden kişiye farklılık göstermekle beraber, birden fazla tedavi yöntemi aynı anda da uygulanabilir (83) (Tablo 2).

Tablo 2. Meme Kanserinde Kanser Evrelerine Göre Tedavi (83-85).

Meme Kanser Evre	Kanser Evresine Göre Tedavi
Evre I - Evre II	Meme Koruyucu Cerrahi
	Total Mastektomi
	Total Mastektomi +Radyoterapi
	Radikal Mastektomi
	Parsiyel Mastektomi +Radyoterapi
Evre III	Parsiyel Mastektomi + Radyoterapi +Kemoterapi
	Polikemoterapi
	Radyoterapi
Kemoterapi ile tümör çapı küçülürse Mastektomi yapılabilir.	
Evre IV	Polikemoterapi + Hormon Tedavisi

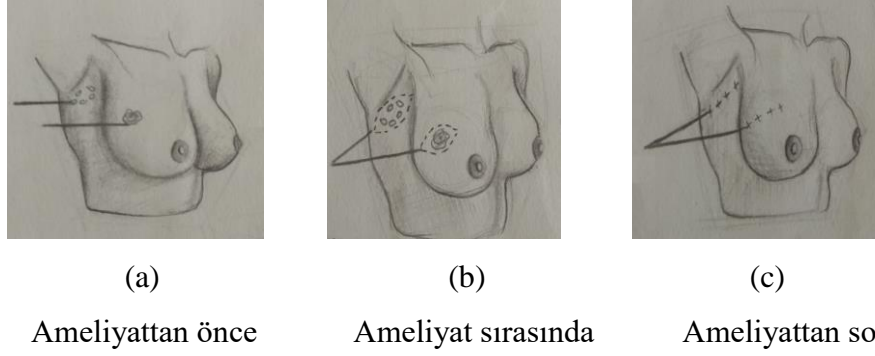
2.7.1. Cerrahi tedavi

Cerrahi tedavide meme koruyucu ve mastektomi olmak üzere iki tip ameliyata başvurulmaktadır. Meme koruyucu ameliyatta, memenin tümü alınmayıp sadece tümör çıkarılırken, mastektomide memenin tümü alınmaktadır (86).

2.7.1.1. Meme koruyucu cerrahi

Son yıllarda meme cerrahisi alanında da minimal invaziv yöntemlere doğru eğilim olmuş, radyoterapinin gelişmesiyle beraber meme koruyucu cerrahi (MKC) kavramı önem kazanmaya başlamıştır (87). Yapılan çalışmalarda, MKC'nin mastektomi kadar etkili olduğunun, erken evre meme kanserinde sentinel lenf nod negatif ise aksiller diseksiyon yapılmaması durumunda sağ kalımda anlamlı farklılık olmadığını gösterilmesi de MKC'nin yaygın olarak tercih edilmesinde etkili olmuştur (88).

Meme koruyucu cerrahi, tümör ile birlikte çevresindeki bir kısım sağlam meme dokusunun çıkartılmasını (lumpektomi, tümörektomi, kadranektomi) ve gerektiğinde ek olarak aksiller girişimin de yapılmasını (biyopsi, standart diseksiyon) içerir (81) (Şekil 5). Meme koruyucu cerrahi, tümör boyutu 5 cm ve daha küçük olan evresi 1 ve 2 olan meme tümörlü hastalarda kullanılır (85).



Şekil 5. Meme Koruyucu Ameliyatlar

2.7.1.2. Mastektomi

Memenin cerrahi olarak kısmen ya da tamamen çıkarılması olarak tanımlanır. Mastektomi; radikal mastektomi, modifiye radikal mastektomi, basit (total) mastektomi ve kısmi mastektomi olarak sınıflandırılır (89).

Radikal mastektomi: Radikal mastektomide, meme dokusunun tamamı, koltuk altı lenf bezleri ve meme dokusunun altındaki göğüs duvarı kasları alınır. Fiziksel problemlere yol açmasından dolayı günümüzde tercih edilmemektedir (89).

Modifiye radikal mastektomi (MRM): Tüm meme dokusunun ve koltuk altı lenf bezlerinin alınmasıyla gerçekleştirilen bir cerrahi yöntemdir. Meme kanseri vakaları arasında 1. ve 2. evrede olanlar için uygulanmakta olup, cerrahi girişimler arasında en yaygın olarak uygulanan bir yöntemdir (90). Ayrıca, 3. evre tümörlerde (büyük pektoral kasa fiske olmayan ve kitlesel koltuk altı metastazı olmayanlarda) değişik kadrarlarda mamografik olarak hastalığın saptanmasında, konservatif tedavi ile güvenli sınır sağlanamayan lezyonlarda, büyük tümörü olup küçük memeye sahip olanlarda ve tümör çıkarıldıktan sonra memede kozmetik olarak uygun şeklin sağlanamamasında MRM yapılabilir (90).

Basit (total) mastektomi: Tüm meme dokusuyla birlikte, meme başı, areola ve meme derisinin büyük bir kısmı ve gerektiğinde bazı lenf bezleri de çıkarılmaktadır (91). Basit mastektomi genellikle, erken evre veya ameliyat edilebilir meme kanserlerinde primer tedavi olarak, MKC uygulanan ve sonrasında gelişen nüksler veya yeni oluşan kanserlerde, ciltte ülserlere yol açan lezyonlarda yaşam kalitesini artırmak için yapılmaktadır. Yaşlılarda, ameliyat riski yüksek olanlarda, koltuk altı lenf nodülü negatif olan genç hastalarda ve bazı olgularda profilaktik amaçla uygulanabilmektedir (91).

Kısmi (parsiyel) mastektomi: Koltuk altı lenflerinden birkaçının, meme ucu ve meme altındaki kasları koruyan zarın alınmasıyla gerçekleştirilen cerrahi işlemdir (92, 93).

2.7.2. Radyoterapi

Radyoterapi, meme koruyucu cerrahiye tamamlamada ve erken evre meme kanseri tedavisinde uygulanmaktadır (67). Amacı, lokal yineleme oranını en aza indirmektir (94).

Radyoterapi, erken evre meme kanserinde cerrahi tedavi sonrası uygulanırken yayılmış bir tümörü küçültmek amacıyla mastektomi ameliyatından önce uygulanır (95). Ayrıca; mastektomi yapılan hastalarda, tümör çapının 5 cm'den büyük olması, memede multisentrik kanser saptanması, aksillada 4 veya daha fazla metastatik lenf nodunun bulunması, metastatik aksiler lenf nodunda ekstrakapsüler yayılım olması durumlarında radyoterapi uygulanması gerekmektedir (95).

2.7.3. Kemoterapi

Anti-kanser ilaçlarıyla var olan kanser hücrelerinin büyümesini ve çoğalmasını engelleyen veya yok eden tedavi yöntemidir (96). Kemoterapi endikasyonunda, 2 cm'den büyük tümörler, 35 yaşın altındaki hastalar, evre 2-3 tümöre sahip hastalar, aksillada metastatik lenf nodu bulunması ve östrojen ve/veya progesteron reseptörlerinin ekspresyonunun saptanmamış olması yer almaktadır (56). Meme kanseri tedavisi alan hastaya, prognostik faktörlerin özellikleri ve hastanın tedaviye verdiği yanıtı göre uygulanan kemoterapik ajanlar değişiklik göstermektedir (56).

2.7.4. Hormonal tedavi

Meme kanserinin büyümesini, yayılmasını veya nüks etmesini önlemek amacıyla uygulanır (97). Hormonal tedavi, nüks ve sağ kalımı doğrudan etkilemekte ve etkilenmemiş olan memeyi korumaktadır (98). Bu tedavi, sistematik tedavinin bir parçası olup meme kanserinin tüm evrelerinde ameliyat öncesi veya sonrası ilave tedavi olarak uygulanmaktadır. Tedavide kullanılan ilaçlar östrojen reseptör blokleri

olup, östrojenin tümör hücresi üzerindeki geliştirici etkisini önlemekte ve sitostatik özellik taşımaktadır (97).

2.8. Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar

Kanser tanısı, hastalar ve yakınları için stres yaratan bir olaydır. Bu durum bir yandan fiziksel sorunlar ile baş edilmeye çalışılmasına, diğer yandan geleceğe dair belirsizlik yaşanılmasına yol açmaktadır. Hastaların kansere yüklediği anlamlar ve hastalığı anlayış biçimleri kansere verdikleri yanıtı etkilemektedir (99). Meme kanseri de hastalar tarafından fiziksel yetersizlikler, psikolojik, duygusal, sosyal, davranışsal, mesleki ve seksüel sorunları içeren, iyileşme ve şiddetlenme dönemleri olan, uyum zorlukları yaratan bir hastalık olarak algılanmaktadır (22, 100-104).

Meme kanseri tanısı almış bir kadın kendisini bir kriz dönemi içinde bulur (105). Kriz durumunda her hasta için tepkiler evrensel olmakla birlikte psikolojik krizin yoğunluğu ve süresi kişiden kişiye değişmektedir (22, 105). Elizabeth Kübler Ross, hastaların kanser tanısı aldıktan sonra yaşadıkları dönemleri; inkâr ve şok, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul etme olarak beş aşamada tanımlamıştır (106, 107).

İnkâr ve şok dönemi: İnkâr, katlanılması güç olan bir gerçeğin bilinç dışında tutulması ve benlik bütünlüğünün korunması çabasıdır (106). Mevcut tanının inkâr edilmesi, katlanılması güç olan gerçeğin yarattığı kaygı ve çaresizlik duygularına karşı bir savunma çeşididir (22). Bu dönemde; kişi kendi bedenine karşı yabancılaşır, geleceğe dair yatırımları tehdit altındadır, söyleneni duymuyor, ne olup bittiğini anlamıyor ve gerçeği algılamıyor gibidir. Hasta, kendisine yapılan tetkiklerin sonucuna iyi bakılmadığını, karıştığını ya da yanlış değerlendirildiğini düşünebilir (108). Bu dönem kişiye göre değişmekte olup, birkaç saatten, birkaç gün veya birkaç haftaya kadar uzayabilir (99, 106).

Öfke aşaması: Geçici bir tepki olan inkâr aşamasını öfke takip eder. Bu dönemde öfke; hekime, tanrıya, hemşireye, aile üyelerine olabilir. Bireyin fiziksel ağrıları sırasında öfke aşaması daha da artabilir. Öfkeyle beraber keder, depresyon, suçluluk duyguları ve somatik şikâyetler de görülebilir. Kişi hastalığına nedenler bulmaya çalışır, bu dönemde yaşanan öfke başkalarına olduğu gibi kişinin kendisine yönelikte olabilir (22, 106, 108).

Pazarlık: Bu dönemde hasta kanser tanısını kabullenmeye başlamıştır, ancak bir taraftan da kaybı geciktirme çabası içerisindedir. Tanrı ve sağlık personeli ile yapılan pazarlık kaçınılmaz sonu erteleme çabalarını içerir (108).

Depresyon: Depresyon, meme kanseri tanı ve tedavisi alan kadınlarda oldukça yaygındır (109, 110). Bireyin fiziki durumu kötüleştikçe, özellikle hastalık kişiye toparlanma şansı tanımayacak kadar ağır seyrediyorsa ya da kişi kendine özgü duyarlılıkları nedeniyle bir türlü toparlanamıyorsa, yaşanan sıkıntı ve kaygı olumsuz bir tabloya, depresyona dönüşür. Meme kanserli hastalarda depresyon sadece kanser tanısına bağlı değil, memenin cerrahi yöntemle alınmasından da kaynaklanabilir (111, 112).

Kabul etme: Hastalığa ilişkin tepkilerin son aşaması olan kabullenme, durumun gerçek olduğunu anlayarak, onunla başa çıkmaktır. Hastalığın artık kaçınılmaz olduğu gerçeği kabul edilir, hastanın enerji ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yöneltmesiyle uyum süreci başlar (105, 106). Bu süreç önceki aktivite ve yeteneklere tam olarak dönüş özelliği taşır. Hastaların bir kısmı bir yıl içinde yeni duruma uyum sağlayabilirken %20- 50 'si ciddi psikolojik sorunlar yaşar (113).

2.8.1. Beden algısına yönelik sorunlar

Beden algısı, bireyin kendine ve bedenine ait tüm duyumların zihindeki bilinç ve bilinç dışı duygu, düşünce ve algılarını içeren hem fizyolojik hem de psikolojik nitelikler barındıran özgün bir kavramdır (114-116). Ayrıca, beden algısı kişilerin çevresel etkileşimleri ve biyolojik süreçlerinin bir bütünü olarak görülen algılama biçimi olarak tanımlanabilir. Bu nedenle, kişilerin dış görünümündeki değişimlerin beden algısında problemlere yol açtığı bilinmektedir (117).

Özellikle, hastalıklar veya bir kaza sonucunda uzuvlara etki edebilecek veya uzuv kaybına yol açabilecek durumların kişilerin beden algısı üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Kişi uzuv hasarı veya kaybı sonucunda belirsizliğe bağlı hayatının tehdit altında olduğunu düşünebilir, güvensizlik ve endişe duymaya başlayabilir. Yaşamını, bedenini, geleceğini ve amaçlarını tehdit altında hisseden kişinin beden algısı ve özgüveni zedelenir, özgürlük ve yeterliliği kısıtlanır (21). Meme de, kadın için duygusallık, çekicilik, dişilik ve cinsellik sembolü olduğundan, meme kanseri doku - organ anlamının ötesinde kadında duygusal ve psikolojik açıdan olumsuz etkilere neden olur (22, 105, 118-121). Ayrıca, meme kanseri

tedavisine bağlı görölen bulantı, kilo alımı veya kaybı, cinsel işlev bozukluğu, saç dökölmesi, mastektomiye bağlı deformite ve cerrahi yara, radyoterapiye bağlı ciltteki değişiklikler de kadının beden algısını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (122-128).

2.8.2. Benlik saygısına yönelik sorunlar

Benlik, bireyin kendisi hakkındaki tutum, inanç ve yargılarından oluşmaktadır. Kişinin bedeni hakkında düşündükleri ve bedeninden yola çıkarak sahip olduğu benlik saygısı bireyin kendine verdiği değerle ilgilidir (24).

Bireyin beden imajında değişiklik yaratan kronik hastalık ya da organ kayıpları gibi bedensel ya da işlevsel kayıplara neden olan durumlar, benlik saygısını da etkiler. Meme kanserine yakalanma ve/veya memenin mastektomi ile alınması nedeniyle kadınlarda benlik saygısının azalması, kadının kendine olan güvenini kaybetmesine, sosyal ilişkilerinin zedelenmesine ve hastalıkla mücadele etmeyi bırakmasına yol açabilir. Ayrıca, benlik saygısının düşük olması; kadının kendi durumunu gerçekçi algılamasını, başarı ve işbirlikçi durumunu ve yeni sorumluluklar üstlenmesini olumsuz etkileyebilir (115, 129). Kadının kendini değersiz ve yetersiz bularak depresyona girmesine yol açabilir (130).

2.8.3. Sosyal görünüşe yönelik sorunlar

Meme kanseri tedavisinin kadınların fiziksel görünümünde oluşturduğu olumsuz etkiler kadınlarda güvensizlik ve belirsizlik duygusunun hissedilmesinde, artık çekici görünmediğinin düşünülmesinde, kadınlığını kaybetmiş hissini yaşanmasında etkili olmaktadır. Bu duygu ve düşünceler kadınlarda sosyal görünüşte kaygıya, sosyal geri çekilmeye, sosyal rol ve etkileşimlerde değişikliklere, yalnız kalma ve ölüm korkusu yaşanmasına neden olmaktadır (100, 123, 131, 132). Bu sonuç, sosyal görünüşe ilişkin oluşan kaygının kadınların sosyokültürel ve ölkelerin gelişmişlik düzeyinden bağımsız olarak kadınlık algısı ile ilişkilendirilen evrensel bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır (131).

Son yıllarda kadınların içinde bulunduğu olumsuz duygulanımı ortadan kaldırmak amacıyla, meme cerrahisi sonrasında rekonstrüktif müdahaleler yapılmaktadır. Bu müdahaleler kadının dış görünüşünü güzelleştirerek sosyal

görünüş kaygısının azalmasında etkili olmakla birlikte, kadının meme kaybını bilmesi nedeniyle kadınlık algısının iyileştirilmesinde yeterli olamamaktadır (133).

2.9. Meme Kanserli Kadınlarda Destekleyici Bakım Girişimleri

Destekleyici girişimler, kanser veya tedavi yöntemleri nedeniyle ortaya çıkan problemleri ortadan kaldırmayı, hasta ve yakınının yaşam kalitesini yükseltmeyi sağlayan uygulamalardır. Kanser ve tedavisi birçok sorunu beraberinde getirdiğinden hasta ve aileleri destekleyici girişimlere gereksinim duymaktadır. Bu destekleyici girişimlerin multidisipliner bir yaklaşım içinde, kanser tedavisinin bir parçası olarak kabul edilmesi ve uygulanması son derece önemlidir. Kanser tanısı alan hastalarda destekleyici girişimlerin; semptom yönetiminde, stresle baş etmede ve yaşam kalitesinin artırılmasında olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (97, 134).

Multidisipliner bir ekip anlayışı gerektiren kanser tedavisinde, tüm sağlık personelleri, özellikle hemşireler, hastaların yaşadığı psikososyal sorunların çözümünde ve gereksinimlerinin karşılanmasında önemli roller üstlenirler (134, 135). Hemşirelik girişimlerinin amacı; meme kanseri tanısı konulmasından itibaren tedavinin her aşamasında hastalara ve ailelerine bakım, bilgi ve destek vermektir. Bu bağlamda hemşirelik girişimleri; hastalığın tüm evrelerindeki gereksinimlerin tanınması, kanıta dayalı uygulamaların yapılması, hassas ve esnek bir tutum içinde psikolojik destek verilmesi ve etkin bir iletişimi içermektedir (136). Bu doğrultuda, meme kanserli kadınların psikososyal sorunlarına yönelik destekleyici girişimleri planlamada aşağıdaki temel noktalar dikkate alınabilir:

Bilgi verme: Tanı ve tedavi sürecinde hasta ve yakınlarının sağlık personelleriyle iletişim kurmaya gereksinimleri vardır (135). Pek çok meme kanserli hastalarda, anksiyete, depresyon ve ölüm korkusunun yoğun olmasının yaşanan umutsuzluk duygusu ile ilişkilendirilebileceği, umutsuzluğun ise kanserin olumsuz algılanması ve bilgilendirme yetersizliğine bağlı belirsizlik kavramından kaynaklanabileceği belirtilmiştir. Yapılacak bilgilendirmenin de, hastanın belirsizlik düzeyini azaltacağı ve yaşam kalitesini olumlu yönde değiştireceği ifade edilmiştir. Bu nedendir ki öncelikle hastanın bilgi gereksinimi karşılanması son derece önemlidir (137).

Bilgilendirmenin hastanın tolere edebileceği şekilde ve en uygun zaman diliminde yapılmasına dikkat edilmelidir (23). Hemşirelerin hastaların bilgi gereksinimini karşılarken, tanı sürecinden itibaren tedavi ve taburculuk eğitimine kadar olan süreçte bütüncül bir bakım ve eğitim planlaması yapması, hasta ve hasta yakınlarını gereksinim duydukları her konuda bilgilendirmesi gerekmektedir (107).

Emosyonel destek sağlama: Birçok meme kanserli kadın, ciddi düzeyde anksiyete ve depresyon yaşamaktadır. Hastalık sürecinde kadınların psikososyal sorunlarını ve duygularını ifade etmede yalnız olmadıklarını hissetmeye ihtiyaçları vardır. Hemşire, bu amaçla kadınlarla güvenli iletişim kurarak emosyonel destek vermeli ve duygularını ifade etmesi için hastayı cesaretlendirmelidir. Bunun yanı sıra hemşireler tarafından kadınlar süreç hakkında bilgilendirilmeli, onların süreçte yaşadıkları duyguları anlaşılmasına çalışılmalıdır (135).

Ameliyat öncesi dönemde hastanın hazırlanması ve psikolojik destek verilmesi de ameliyat sonrası dönemde tıbbi ve davranışsal komplikasyonların azaltılmasında, hastanın psikososyal uyumunun sağlanmasında önemli yer tutar. Ameliyat sonrası dönemde de hastanın kendi gereksinimlerini karşılaması için cesaretlendirilerek bağımsızlığının kazandırılması, emosyonel açıdan olumlu etki sağlayacaktır. Hemşire emosyonel desteği sağlayıcı uygulamalar sırasında, hastanın gelecekle ilgili gerçekçi beklentiler içerisinde olmasına ve planlamalar yapmasına özen göstermelidir. Hastanın güçlü yönlerini fark etmesi ve krizle mücadelede kendine özgü baş etme yöntemleri geliştirmesi desteklenmelidir (106).

Sosyal destek sağlama: Meme kanseri tanısı alan birçok kadın ağrı, beden imajıyla ilgili sorunlar, cinsel sorunlar ve sosyal izolasyon gibi bireysel sorunları konusunda duygularını ifade etme gereksinimi içindedir. Hastalık ve tedaviyle ilgili psikososyal sorunların zamanında tartışılarak gerekli önlemlerin alınmasının, cerrahi girişim öncesi ve sonrası süreyi kapsayan dönemde hastalarla yakından ilgilenmenin ve psikoterapotik yaklaşımları düzenli olarak sürdürmenin, hastalığa uyum sürecini kolaylaştırdığı bilinmektedir (138).

Sosyal desteklerin olmaması, kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar için önemli bir risk etmeni olarak kabul edilmektedir (133). Sosyal destek, bizzat kişiye yönelerek değer verilme ve kendisini iyi hissetmesini ayrıca kanserin ortaya çıkardığı yüklerle baş etmesini sağlar. Bu nedenle sosyal desteğin sağlanması, hemşirelik bakımı içerisinde yer alması gereken önemli bir kavramdır. Bireyi çevresinden ve çevresindeki kişilerden ayrı düşünmeyen hemşire için, sosyal desteklerin

belirlenmesi, güçlendirilmesi ve gerektiğinde bu konuda rehberlik yapılması önem kazanmaktadır. Bu doğrultuda hasta ve yakınları yardım veya destek gruplarına katılım yönünde cesaretlendirilerek, sosyal destek ağlarının genişletilmesi sağlanabilir (135).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, meme kanseri tanısı alan kadınların, meme kanserinin evrelerine göre hastaneye başvurularında demografik özelliklerinin, benlik saygılarının, vücut algılarının ve sosyal görünüş kaygılarının etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi (ZBEÜ) Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Meme Endokrin Polikliniği'nde 01 Eylül 2018 - 01 Eylül 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Meme ve hastalıklarının teşhis, tedavi ve takiplerinin yapıldığı Meme Endokrin Polikliniği; hafta içi 08:00 - 17:00 saatleri arasında randevulu olarak hizmet vermekte olup, poliklinikte bir öğretim üyesi ve 1 (bir) hemşire görev yapmaktadır. Memeye bağlı şikayetleri nedeniyle polikliniğe gelen hastalar muayene sonrasında gerekli tetkik ve konsültasyonlara yönlendirilirler. Tetkik sonuçlarına göre ihtiyaç halinde tedavi amaçlı ilgili birimlere sevk edilirler. Meme kanseri tanısı konulan hastaların, planlı ameliyatlara için de ameliyat hazırlıklarının yapılması amacıyla; hastaların ameliyattan bir gün önce genel cerrahi kliniğine yatışı gerçekleştirilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; ZBEÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Meme Endokrin Polikliniğine başvuran ve meme kanseri tanısı alan kadın hastalar oluşturmuştur.

Araştırma kapsamında evren bilinen örneklem formülü kullanılarak %5 hasta payı, %95 güven aralığı, görülme sıklığı ($p=0.5$), görülmemeye sıklığı ($q=0.5$) ile toplam 108 hastaya ulaşmanın yeterli olacağı saptanmıştır. ZBEÜ Genel Cerrahi Polikliniğine başvurarak meme kanseri tanısı alan ve araştırma kriterlerini kapsayan 150 hasta ile gerçekleştirilmiş olup, polikliniğe başvuran tüm hastalara ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan, 18 yaş üstünde, Türkçe anlayabilen ve iletişim kurabilen, polikliniğe başvurarak yeni tanı alan ve herhangi bir tedaviye başlanmamış olan meme kanserli kadın hastalar araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Vücut Algısı Ölçeği, Benlik Saygısı Ölçeği ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği puanlarıdır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri sosyodemografik ve klinik özellikleri, meme kanseri evreleridir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; literatür doğrultusunda hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” (EK 1) ile “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği” (EK 2), “Vücut Algısı Ölçeği” (EK 3) ve “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği ” (EK 4) kullanılmıştır (52).

3.5.1. Kişisel bilgi formu

Bu formda; hastalara ait yaş, medeni durum, yerleşim yeri, eğitim durumu, çalışma alanı, aylık ortalama gelir düzeyi, sosyal güvence durumu gibi sosyodemografik değişkenlerin yanı sıra meme sağlığı açısından tetkik ya da muayene yaptırma durumu, KKMM, hastaneye ilk başvuru ve başvuru şikayetleri, hastalık belirtilerinin ilk ne zaman ortaya çıktığı, ilk şikayetlerin çıkışı ile hekime başvuru süresi arasında geçen süre, şikayetleri olduğunda hastaneye yönlendiren kaynak, ilk tanı alma yeri ve tanıyı kimden öğrendiği, tanıdan bu yana geçen süre, hastaneye başvurduğundaki mevcut şikayetleri, yakınlarının ve çevresindekilerinin hastalığını bilmesi durumu gibi hastalığa ait değişkenlerin belirlenmesine yönelik 24 kapalı uçlu soru yer almaktadır (19, 135).

3.5.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Ölçek, Morris Rosenberg tarafından 1965 yılında geliştirilmiş olup çoktan seçmeli sorulardan yapılmış 12 alt kategoride toplam 63 sorudan oluşmaktadır. Bu araştırmada, benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak, ölçeğin ilk “10” maddesi

kullanılmıştır. Her bir maddede “Çok doğru”, “Doğru”, “Yanlış” ve “Çok yanlış” şeklinde yanıt seçenekleri bulunmaktadır. İlk 10 sorudan alınan toplam puan 0-1 ise benlik saygısı yüksek, 2-4 ise orta, 5-6 ise benlik saygısının düşük olduğunu göstermektedir (139).

Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliği çalışması 1986 yılında Çuhadaroğlu tarafından yapılmış olup geçerlilik katsayısı 0.71 olarak bulunmuştur. Bu güncel araştırmada RBSÖ iç tutarlılık katsayısı (cronbach alfa) 0.77 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Vücut Algısı Ölçeği

Secord ve Jourard (1953) tarafından geliştirilen Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ), kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve beden işlevlerinden hoşnut olma derecelerini ölçmeyi amaçlar.

Ölçek 40 madde içermekte olup, her bir madde bir organ ya da bedeninin bir bölümü (kol, bacak yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi) ile ilgilidir. Her bir madde için 1’ den 5’e kadar değişen puanlar alan ve “hiç beğenmiyorum”, “beğenmiyorum”, “kararsızım”, “beğeniyorum” ve “çok beğeniyorum” şeklinde yanıtlanır. Ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmekte olup, alınan toplam puanın yüksek olması beden algısının yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin kesme puanı 135 olup, 135 altında puan alanlar beden algısı düşük grup olarak tanımlanmıştır (140).

Ölçeğin ülkemizdeki Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 1989 yılında Hovardaoğlu tarafından gerçekleştirilmiştir. Hovardaoğlu, cronbach alfa iç tutarlılık katsayısını 0.91 olarak bulmuştur. Bu araştırmada ölçeğin iç tutarlılık cronbach alfa değeri toplamda 0.96 olarak saptanmıştır.

3.5.4. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ), Hart ve arkadaşları (2008) tarafından bireyin görünüşüyle ilgili olarak yaşadığı duygusal, bilişsel ve davranışsal kaygıları ölçmek amacıyla geliştirilmiş öz-bildirim tarzı bir ölçektir.

Ölçek 16 madde içermekte olup her bir madde için 1’den 5’e kadar değişen puanlar alan ve “hiç uygun değil”, “uygun değil”, “biraz uygun”, “uygun” ve “tamamen uygun” şeklinde yanıt seçeneği bulunmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 16

ile 80 arasında değişmekte olup, alınan puanın yüksek olması görünüş kaygısının yüksek olduğunu göstermektedir (141).

2010 yılında Doğan ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmaları üniversite öğrencilerinden oluşan üç farklı örnekleme yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı üç örneklem için sırasıyla 0.94, 0.95 ve 0.94 olarak bulunmuştur. Bir ay arayla iki kez uygulama sonucu elde edilen test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise 0.84 olarak saptanmıştır.

Bu araştırmada, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (cronbach alfa) 0.91 olarak bulunmuştur.

3.6. Veri Toplama Süreci

Veriler 01 Eylül 2018 - 01 Eylül 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve örnekleme alınma kriterlerini karşılayan hastalara poliklinikte kişisel bilgi formu verilmiştir. Okuma yazması olmayan hastalarda kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından hastalara sorularak doldurulmuştur. Anket ve ölçeklerin doldurulması sırasında herhangi bir sorun olasılığına karşı poliklinikte beklenerek hastaların yanıtlamaları sağlanmıştır. Hastaların soruları cevaplama süresi 10-15 dakika sürmüştür. Hastaların tıbbi verileri (tanı, hastalığın evresi, tedavi ve ameliyat tipi) hasta kayıtlarından elde edilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) paket programı 19.0 kullanılmıştır. Kişisel bilgi formundan elde edilen sosyodemografik veriler için; sayı, yüzde ve ortalama-standart sapma tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Verilerin dağılımı Kolmogrow – Smirnow testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U test kullanılırken; çapraz tabloların analizinde de ki kare testi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının değerlendirilmesinde Spearman' s korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle geçerlik güvenirliği yapılan ölçeklerin yazarlarından e posta aracılığıyla izinleri alınmıştır (Ek 1). Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 20.06.2018 tarihli, 2018/13 protokol no'lu etik kurul izni (Ek 8) ve araştırmanın yürütüldüğü ZBEÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır (Ek 7). Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırmanın amacı, içeriği ve verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı konularında bilgi verilerek sözlü ve yazılı izinleri alınmıştır (Ek 2).



4. BULGULAR

Bu araştırmada meme kanseri tanısı alan kadınların meme kanserinin evrelerine göre hastaneye başvurularında demografik özelliklerinin, benlik saygılarının, vücut algılarının ve sosyal görünüş kaygılarının etkisi değerlendirilmiştir. Araştırmadan elde edilen veriler tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 3. Hastaların SosyoDemografik Özellikleri (n=150)

Özellikler		$\bar{X} \pm Ss$	
Yaş		54.11±13.25	
		n	%
Medeni Durum	Evli	116	77.3
	Bekar	34	22.7
Yaşadığı Yer	Şehir	58	38.7
	İlçe	56	37.3
	Köy	36	24.0
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	22	14.6
	Okuryazar	19	12.7
	İlköğretim	66	44.0
	Lise	19	12.7
	Üniversite	24	16.0
Çalışma Alanı	Çalışmıyor	110	73.4
	Sağlık çalışanı	8	5.3
	Eğitimci	12	8.0
	Memur	5	3.3
	Serbest	15	10.0
Gelir Düzeyi	Geliri giderinden düşük	53	35.3
	Geliri giderine eşit	88	58.7
	Geliri giderinden yüksek	9	6.0
Sosyal Güvence	Var	145	96.7
	Yok	5	3.3
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	138	92.0
	Yok	12	8.0
Kronik Ya da Sistemik Hastalık	Var	65	43.3
	Yok	85	56.7
Kronik Ya da Sistemik Hastalığın Adı (n=65)**	Diyabetes Mellitus	22	33.8
	Hipertansiyon	52	80.0
	Kalp Hastalıkları	7	10.8
	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	3	4.6
	Multiple Skleroz	1	1.5
	Astım	1	1.5
	Tiroid Hastalıkları	7	10.8
Ailede Meme Kanseri	Var	33	22.0
	Yok	117	78.0
Ailede Meme Kanseri Yakınlık Durumu (n=33)*	Birinci derece akraba	3	9.0
	İkinci derece akraba	15	45.5
	Üçüncü derece akraba	15	45.5

* Yüzdeler n sayısına göre alınmıştır. **Birden fazla yanıt verilmiştir, yüzdeler n (65) sayısına göre alınmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 54.11±13.25 olup %77.3'ü evli, %44.0' ı ilköğretim mezunu, %73.3'ü ev hanımıdır. Hastaların %38.7'si şehirde, %37.3'ü

ilçede yaşamaktadır. Tamamına yakınının (%96.7) sosyal güvencesi olup %58.7'sinin geliri giderine eşittir. Hastaların %92.0'nin çocuğu olduğu, %43.0'nin kronik hastalığı bulunduğu, bu hastalardaki kronik hastalıkların en sık hipertansiyon (%80.0) ve Diyabetüs mellitus (%33.8) olduğu bulunmuştur. Hastaların büyük çoğunluğunun (%78.0) ailesinde meme kanseri olmadığı, ailesinde meme kanseri olanların %45.5' lik eşit oranlarda ikinci ve üçüncü derece akrabalarında meme kanseri bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Hastaların Meme Kanseri Tanısı Öncesi Özellikleri (n=150)

	n	%
Meme Kanseri Tanısı İçin Muayene Ve Tetkik Yaptırma		
Hiç yaptırmamış	66	44.0
Düzensiz yapmış	52	34.7
Düzenli yaparım	32	21.3
Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma		
Hiç yapmamış	42	28.0
Düzensiz yapmış	56	37.3
Düzenli yapmış	52	34.7
Hastaneye İlk Başvuru		
Evet	42	28.0
Hayır	108	72.0
Hastaneye İlk Başvuru Nedeni (n=108)*		
Ağrısız kitle	52	48.1
Ağrılı kitle	19	17.5
Ağrı	8	7.4
Akıntı	8	7.4
Deri bulgusu	14	13.0
Tarama	20	18.5
Hastaneye Yönlendiren Kaynak (n=150)*		
Kendim	119	79.3
Ailem	33	22.0
Doktor	32	21.3
	$\bar{X} \pm Ss$	
Belirtilerin İlk Çıkma Zamanı (ay)	3.00±16.67 (min=1 max=120)	
İlk Şikayet Başlaması İle Doktora Başvuru Arasındaki Süre (ay)	1.00±7.06 (min=1 max=60)	

* Birden fazla yanıt verilmiştir, yüzdeler n sayısına göre alınmıştır.

Tablo 4 incelendiğinde, hastaların yaklaşık yarısının (%44.0) meme kanseri tanısı için hiç muayene ve tetkik yaptırmadığı, %37.3'ünün düzensiz olarak KKMM yaptığı belirlenmiştir. Aynı tabloda, hastaların %72.0'nin daha önce başka bir hastaneye başvuru yaptığı, bu başvurunun en sık ağrısız kitle (%48.1) nedeniyle olduğu saptanmıştır. Kadınların büyük çoğunluğunun (%79.3) kendisinin, daha az oranlarda da ailesinin (%22.0) ve hekiminin (%21.3) yönlendirmesiyle hastaneye geldiği bulunmuştur. Hastaların belirtilerin ilk çıkma zamanının ortalama 3.00±16.67 ay olduğu, şikayetlerinin

başlaması ile hekime başvuru arasındaki zamanın ortalama 1.00 ± 7.06 ay olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 5. Meme Kanseri Tanısı Sırasındaki Özellikleri

	n	%
İlk Başvurudan Tanı Konulduğu Ana Kadar Başka Hekime Başvuru		
Evet	30	20.0
Hayır	120	80.0
Başka Hekime Başvuru Sayısı (n=30)*		
1	6	20.0
2	17	56.7
3	6	20.0
6	1	3.3
Tanı sırasındaki Meme Şikayetleri (n=150)*		
Ağrısız kitle	90	60.0
Ağrılı kitle	37	24.7
Ağrı	17	11.3
Akıntı	11	7.3
Deri bulgusu	22	14.7
Tetkik	16	10.7
Diğer Memede Kanser Öyküsü		
Evet	10	6.7
Hayır	140	93.3
Hastalık Evresi		
Evre 1	35	23.3
Evre 2A	46	30.7
Evre 2B	18	12.0
Evre 3	43	28.7
Evre 4	8	5.3
Tanıyı Öğrendiği Kaynak		
Hekim	149	99.3
Aile üyesi	1	0.7
Hastalığının Bilinmesini İsteme		
Evet	103	68.7
Hayır	47	31.3
Uygulanacak Tedavi Tipi		
Kemoterapi	56	37.3
Cerrahi	94	62.7
Ameliyatın Türü (n=94)		
Total mastektomi	3	3.2
Modifiye radikal mastektomi	3	3.2
Meme koruyucu cerrahi	88	93.6
Kadın İçin Memenin Anlamı		
Herhangi bir organ	73	48.7
Kadınlığın ve cinselliğin parçası	77	51.3
Hastalığın Eşile İlişkisini Etkileme Durumu		
Olumlu	9	6.0
Olumsuz	13	8.7
Etkilememiş	128	85.3
Hastalık Hakkında Bilgi Yeterliliği		
Evet, hekimin söylediği yeterli	114	76.0
Hayır, daha çok bilgi istiyorum	23	15.3
Pek fazla bilgi istemem, hekim gerekeni yapar	13	8.7
		$\bar{X} \pm Ss$
İlk Tanıdan Sonra Geçen Süre (ay)	1.00±0.85 (min=1 max=8)	

*Birden fazla yanıt alınmıştır, yüzdeler n sayısına göre alınmıştır.

Hastaların meme kanseri tanısı sırasındaki özellikleri değerlendirildiğinde; büyük çoğunluğunun (%80) memeye ait şikayetleri olduğunda ilk başvurudan tanı konulduğu ana kadar başka hekime başvurmadığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Hastaların ilk tanıyı aldıktan sonra ortalama 1.00 ± 0.85 ay geçtiği, tanı sırasındaki meme şikayetlerin büyük çoğunluğunun (%60.0) ağrısız kitle olduğu, %93.3'ünün diğer memesinde kanser öyküsünün olmadığı saptanmıştır.

Hastalık evrelerini Evre 1 ve 2A'yı "erken evre", Evre 2B ve 3'ü "ileri evre", Evre 4'ü "metastatik evre" şeklinde grupladıktan sonra yaptığımız analizlerde tanı sırasındaki hastalık evresinin, %54.0'nın (%23.3 evre 1, %30.7 evre 2A) erken evre, %40.7'sinin (%12.0 evre 2B, %28.7 evre 3) ileri evre meme kanseri tanısı aldığı, bu tanıların hekiminden öğrendikleri (%99.3) saptanmıştır. Hastaların öğrendikleri bu tanıların çoğunluğunun (%68.7) başkaları tarafından bilinmesinde sakınca görmediklerini belirttikleri bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5'e göre hastaların büyük çoğunluğunda (%62.7) cerrahi tedavi uygulanmasına ve uygulanacak cerrahi tedavinin de meme koruyucu cerrahi (%93.6) olmasına karar verildiği belirlenmiştir. Aynı tabloda, kadınların %51,3'ünün memenin kadınlığın ve cinselliğin bir parçası olduğunu ve %48.7'sinin ise kendileri için memenin herhangi bir organ olduğunu, %85.3'ünün hastalığının eşiyile olan ilişkisini etkilemeyeceğini ifade ettikleri saptanmıştır. Hastaların %76.0'ının hastalık hakkında yeterli bilgisi olduğu %15.3'ünün de bilgisinin yeterli olmadığını düşünerek hekiminden daha çok bilgi istediği belirlenmiştir.

Tablo 6. Hastaların Rosenberg Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçekleri Puan Ortalamaları

Ölçekler	X±Ss	Min-Max	n	%
Rosenberg Beden Algısı Ölçeği				
Yüksek Benlik Saygısı	0.00±0.50	0-1	103	68.7
Orta Düzey Benlik Saygısı	2.00±0.58	2-4	47	31.3
Vücut Algısı Ölçeği				
Olumlu Vücut Algısı	160.00±18.87	139-200	120	80.0
Olumsuz Vücut Algısı	120.0 ± 12.15	86-135	30	20.0
Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	30.69±10.75	16-76	150	100.0

Meme kanseri tanısı alan hastaların çoğunluğunun (%68.7) RBSÖ'den ortalama 0.00 ± 0.50 puan alarak yüksek benlik saygısına sahip oldukları saptanmıştır. Aynı tabloda; hastaların büyük çoğunluğunun (%80.0) ortalama 160.00 ± 18.87 puan

olarak vücut algılarının olumlu olduğu, ortalama 30.69±10.75 puan ile de orta düzey sosyal görünüş kaygılarının bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 7. Meme Kanseri Evreleri ile Hastaların Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Evre 1		Evre 2A		Evre 2B		Evre 3		Evre 4	
	n(%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)	
Medeni Durum										
Evli	28	(24.1)	35	30.2	14	12.1	33	28.4	6	5.2
Bekar	7	(20.6)	11	32.4	4	11.8	10	29.4	2	5.9
					$\chi^2=0.218$ p= 0.994					
Çalışma Durumu										
Çalışıyor	11	27.5	10	25.0	1	2.5	15	37.5	3	7.5
Çalışmıyor	24	21.8	36	32.7	17	15.5	28	25.5	5	4.5
					$\chi^2=7.044$ p=0.134					
Kronik Ya da Sistemik Hastalık										
Var	16	24.6	24	37.0	8	12.3	13	20.2	4	6.1
Yok	19	22.3	22	25.9	10	11.8	30	35.3	4	4.7
					$\chi^2= 4.704$ p=0.319					
Ailede Meme Kanseri										
Var	7	21.2	10	30,3	5	15,2	10	30.3	1	3,0
Yok	28	23.9	36	30.8	13	11.1	33	28.2	7	6.0
					$\chi^2= 0.894$ p= 0.925					
Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma										
Hiç yapmamış	11	26.2	12	28.6	7	16.7	11	26.2	1	2.4
Düzenli yapmış	12	23.1	18	34.6	2	3.8	17	32.7	3	5.8
Düzensiz yapmış	12	21.4	16	28.6	9	16.1	15	26.8	4	7.1
					$\chi^2=6.559$ p= 0.585					
Hastaneyelik Başvuru										
Evet	9	21.4	13	31.0	4	9.5	13	31.0	3	7.1
Hayır	26	24.1	33	30.6	14	13.0	30	27.8	5	4.6
					$\chi^2=0.855$ p= 0.931					
Diğer Memede Kanser Öyküsü										
Evet	2	20.0	1	10.0	2	20.0	5	50.0	0	0.0
Hayır	33	23.6	45	32.1	16	11.4	38	27.1	8	5.7
					$\chi^2= 4.387$ p= 0.356					
Hastalığın Bilinmesini İsteme										
Evet	28	27.2	29	28.2	12	11.7	28	27.2	6	5.8
Hayır	7	14.9	17	36.2	6	12.8	15	31.9	2	4.3
					$\chi^2=3.200$ p= 0.525					
Memenin Anlamı										
Herhangi bir Organ	17	23.3	25	34.2	7	9.6	21	28.8	3	4.1
Kadınlığın ve Cinselliğin Bir Parçası	18	23.4	21	27.3	11	14.3	22	28.6	5	6.5
					$\chi^2= 1.683$ p= 0.794					
Belirtilerin İlk Çıkma Zamanı (ay)										
$X\pm Ss$ $X\pm Ss$ $X\pm Ss$ $X\pm Ss$ $X\pm Ss$										
9.25±21.66 6.65±18.16 4.16±3.89 8.20±15.06 6.00±8.24										
					KW= 4.004 p=0.405					
Yaş										
51.65±12.32 54.41±12.68 56.66±14.00 53.27±14.43 61.87±10.94										
					KW= 5.710 p=0.222					

Tablo 7 incelendiğinde, meme kanseri evrelerine göre hastaların demografik özellikleri arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Aynı tabloda, evli (%30.2) ve bekarlarda (%32.4) evre 2A; çalışanlarda (%37.5) evre 3, çalışmayanlarda evre 2A; kronik hastalığı olanlarda (%37.0) evre 2A, olmayanlarda evre 3 (%35.3); ailede meme kanseri öyküsü olanlarda (%30.3 eşit oranda) evre 2A, evre 3 ve olmayanlarda evre 2A (%30.8); KMMM’ni hiç yapmayanlarda (%28.6), düzenli yapanlarda (%34.6), düzensiz yapanlarda (%28.6) evre 2A; hastaneye ilk defa başvuranlarda (%31.0’lik eşit oranda) evre 2A ve evre 3; daha önce hastaneye başvuru yapanlarda (%30.6) evre 2A; diğer memesinde kanser öyküsü bulunanlarda (%50.0) evre 3, bulunmayanlarda (%32.1) evre 2A; hastalığının bilinmesini isteyen (%28.2) ve istemeyenlerde (%36.2) evre 2A; memesini herhangi bir organ olarak görenlerde (%34.2) evre 2A, kadınlığın ve cinselliğin bir parçası olarak düşünenlerde (%28.6) evre 3 meme kanserinin daha fazla oranda görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca en geç tanının (9.25 ± 21.66 ay) evre 1 meme kanseri olanlarda konulduğu, yaş ortalaması en yüksek olanlarda (61.87 ± 10.94) evre 4 ve en küçük olan (51.65 ± 12.32) kadınlarda da evre 1 meme kanserinin bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 8. Meme Kanseri Evrelerine Göre Hastaların Vücut Algılarının Karşılaştırılması

Meme Kanseri Evreleri	VAÖ X±Ss	Kruskal Wallis Testi	p
Evre 1	152.91±21.55		
Evre 2A	159.17±24.25		
Evre 2B	157.88±26.83	4.604	0.330
Evre 3	152.67±30.83		
Evre 4	174.00±23.34		

Meme kanseri evrelerine göre hastaların vücut algıları karşılaştırıldığında; tüm evrelerde hastaların olumlu vücut algısına sahip oldukları, evrelerine göre hastaların vücut algılarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Aynı tabloda, yüksek vücut algısı puan ortalamasına 174.00 ± 23.34 puan ile 4.evredeki meme kanserli hastaların sahip olduğu, en düşük vücut algısı puan ortalamasının ise 152.91 ± 21.55 puan ile 1. evredeki hastalarda görüldüğü belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Meme Kanseri Evrelerine Göre Hastaların Benlik Saygılarının Karşılaştırılması

Meme Kanseri Evreleri	RBSÖ X±Ss	Kruskal Wallis Testi	p
Evre 1	1.02±0.98		
Evre 2A	1.34±1.05		
Evre 2B	0.61±0.91	8.448	0.076
Evre 3	1.04±1.13		
Evre 4	1.25±0.70		

Tablo 9'a göre hastaların evrelerine göre hastaların benlik saygıları arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadığı ($p>0.05$), ortalama 0.61 ± 0.91 puan ile Evre 2B meme kanserine sahip hastaların benlik saygılarının en yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. Meme Kanseri Evrelerine Göre Hastaların Sosyal Görünüş Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Meme Kanseri Evreleri	Sosyal Görünüş Kaygısı X±Ss	Kruskal Wallis Testi	p
Evre 1	30.02±10.21		
Evre 2A	31.65±12.50		
Evre 2B	31.05±7.37	0.944	0.918
Evre 3	30.51±11.02		
Evre 4	28.25±8.58		

Tablo 10 incelendiğinde; hastaların meme kanseri evrelerine göre sosyal görünüş kaygıları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ayrıca tabloda, en yüksek sosyal kaygı puan ortalamasının 31.65 ± 12.50 ile evre 2A meme kanserli hastalarda, en düşük sosyal görünüş kaygı puanının da 28.25 ± 8.58 ile 4. evre meme kanserine sahip olan hastalarda olduğu belirlenmiştir.

Tablo 11. Hastaların Sosyal Görünüş Kaygıları, Benlik Saygıları ve Vücut Algıları Arasındaki İlişki

	VAÖ		SGK		RBSÖ	
	r	p	r	p	r	p
VAÖ	1.000	.	-0.301**	0.000	-0.204**	0.000
SGK	-0.301**	0.000	1.000	.	0.284**	0.000
RBSÖ	-0.204*	0.012	0.284**	0.000	1.000	.

* p<0.05 **p<0.001

VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği

SGK: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Tablo 11'e göre hastaların sosyal görünüş kaygıları, benlik saygıları ve vücut algıları ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Aynı tabloda hastaların vücut algısı ile benlik saygısı ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde (p<0.05), sosyal görünüş kaygısı ile vücut algısı ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde (p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Hastaların sosyal görünüş kaygısı ile benlik saygısı ölçekleri puan ortalamaları arasında ise pozitif yönde ileri düzeyde istatistiksel anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (p<0.001).

Tablo 12. Hastaların SosyoDemografik Özellikleri ile Vücut Algısı, Benlik Saygısı ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SosyoDemografik Özellikler		VAÖ	RBSÖ	SGK
		Median (Min-Mak)	Median (Min-Mak)	Median (Min-Mak)
Medeni durum	Evli	156,5 (86-200)	1 (0-4)	29,5 (16-76)
	Bekar	156,5 (91-200)	1 (0-3)	30,5 (16-57)
	Z	-0,474	-0,922	-0,099
	p	0,636	0,356	0,921
Çalışma durumu	Çalışan	160 (107-200)	0,5 (0-4)	24,5 (16-76)
	Çalışmayan	153 (86-200)	1 (0-4)	31,5 (16-60)
	Z	-1,359	-1,953	-2,219
	p	0,174	0,051	0,027*
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	154,5 (97-197)	1 (0-3)	34 (17-60)
	Okur Yazar	151 (102-200)	1 (0-3)	30 (17-48)
	İlköğretim	158 (86-200)	1 (0-4)	28 (16-57)
	Lise	149 (111-192)	1 (0-3)	36 (16-46)
	Üniversite	160,5(107-200)	0 (0-3)	24 (16-76)
	KW	6,330	7,691	9,466
p	0,176	0,104	0,050	

Tablo 12. (devamı)

SosyoDemografik Özellikler		VAÖ	RBSÖ	SGK
		Median (Min-Mak)	Median (Min-Mak)	Median (Min-Mak)
Gelir Durumu	Gelir Giderinden Düşük	160 (86-200)	1 (0-3)	28 (16-57)
	Gelir Giderine Eşit	153 (97-200)	1 (0-4)	32 (16-76)
	Gelir Giderinden Yüksek	159 (107-200)	0 (0-2)	24 (16-49)
	KW	2,205	0,950	3,408
	p	0,332	0,622	0,182
Kronik Hastalık	Var	155 (91-200)	1 (0-4)	32 (16-57)
	Yok	158 (86-200)	1 (0-4)	27 (16-76)
	Z	-1,021	-0,115	-1,721
	p	0,307	0,908	0,085
Yaş	r	-0,124	-0,041	0,090
	p	0,132	0,618	0,274

Z: Mann Whitney U test

KW: Kruskal Wallis test

r: Spearman'ın korelasyon katsayısı * $p < 0,05$

Vücut algısı ölçeği toplam puanı, sosyodemografik özelliklerden medeni duruma, çalışma durumuna, eğitim durumuna, gelir durumuna, kronik hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Olguların yaşları ile vücut algısı ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Rosenberg benlik saygısı ölçeği toplam puanı, sosyodemografik özelliklerden medeni duruma, çalışma durumuna, eğitim durumuna, gelir durumuna, kronik hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Olguların yaşları ile Rosenberg benlik saygısı ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Sosyal görünüş kaygısı ölçeği toplam puanı, sosyodemografik özelliklerden medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p > 0,05$); çalışma durumuna göre Sosyal görünüş kaygısı ölçeği toplam puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$); çalışan olguların kaygı puanı çalışmayanlardan anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır. Olguların eğitim durumuna, gelir durumuna, kronik hastalık varlığına göre Sosyal görünüş kaygısı ölçeği toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Olguların yaşları ile Sosyal görünüş kaygısı ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

5. TARTIŞMA

Meme kanseri tanısı alan kadınların, meme kanserinin evrelerine göre hastaneye başvurularında demografik özelliklerinin, benlik saygılarının, vücut algılarının ve sosyal görünüş kaygılarının etkisini inceleyen bu araştırmanın bulguları aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

5.1. Meme Kanseri Evreleri ile Hastaların SosyoDemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Güncel araştırmada, hastaların %54.0'ının erken evrede (Evre 1 ve 2A) %40.7'sinin ileri evrede (2B ve 3), %5.3'ünün metastatik olan 4. evrede hastaneye başvurduğu saptanmıştır. Türkiye kanser verilerinde ise bu oran, erken evrede %45.5, ileri evrede %43.0, metastatik evre de ise %11.5'dir (38). Türkiye'de Aralık 2011 ile Ocak 2013 tarihleri arasında, 4.evre meme kanseri için risk faktörlerini saptamak amacıyla, sekiz merkezde yapılan ve 916 meme kanserli kadının katıldığı araştırma sonuçlarında da, kadınların çoğunun (%62.9) erken evre meme kanseri olduğu saptanmıştır (142). Bu araştırma bulgusu Türkiye verileri ile benzer olmakla beraber lokalize yayılım gösteren kanser oranı daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Önceki yıllarda yapılan çok sayıda araştırmada ise, hastaların hastaneye geldiklerinde sıklıkla geç evrede tanıldığı bildirilmiştir. (19, 138, 143-151).

Araştırmada, evli ve bekar olan kadınlarda erken evre meme kanserinin görüldüğü, medeni durumu ile kanser evreleri arasında anlamlı farklılık bulunmadığı belirlenmiştir. Bu bulgu, Üner (152) ve Ghazali (149)'nin kadınların medeni durumları ile kanser evreleri arasında fark olmadığını saptadıkları araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte literatür incelendiğinde, bu güncel araştırma bulgusuna ters şekilde, kadınların çoğunluğunun evli olduğunu ve bekar olan meme kanseri hastaları arasında geç evre raporlama riskinde artış saptandığını bildirilen araştırma sonuçları da görülmüştür (151, 153).

Bu araştırmada, örneklem grubunu oluşturan kadınlar arasında çalışma durumu ile kanserin evreleri arasında anlamlı farklılık bulunmamasına karşın, çalışanlarda 3. evre, çalışmayanlarda ise evre 2A meme kanserinin çoğunlukla tanıldığı saptanmıştır. Üner tarafından yapılan bir araştırmada bu araştırmadan farklı olarak, ev kadınlarında daha sıklıkla ileri evre meme kanseri tanıldığı

bildirilmiştir (152). Bu güncel araştırmada çalışmayan kadınlarda erken evre meme kanserinin daha sıklıkla tanılanması; çalışmayan kadınların çalışan kadınlara göre gün içerisinde daha fazla iletişim araçlarından (TV, gazete, sosyal medya vb.) yararlanabildiklerini, erken tanı bilgilendirme ve tarama programlarına ilişkin farkındalıklarının olduğunu, kadınların hastaneye ulaşmada zaman bulabildiklerini dūřündürmüřtür.

Araştırmada, kronik hastalığı olan kadınlarda erken evre meme kanserinin daha yüksek oranda tanılandığı, buna karşın kronik hastalığı olmayanlarda ileri evre meme kanserinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Ancak, kronik hastalığı olan ve olmayan kadınlar ile kanser evreleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Uçar'ın mastektomili ve sağlıklı kadınlar arasında mastektominin vücut algısı, benlik saygısı, eş uyumu üzerine etkisini incelediği araştırmada da, kronik veya sistemik hastalık varlığı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadığı rapor edilmiştir (135). Güncel araştırmada saptanan bu bulgu, kronik hastalık sürecinde kadınların sık sık hastaneye tetkik ve kontrol nedeniyle başvuru yapmalarına ve bu süreçte hekimlerin kadınlardan diğer taramaları da yapmalarını istemelerine bağlanabilir.

Meme kanserinde risk faktörleri arasında önemli yer tutan ailede meme kanseri öyküsü, bu araştırmanın örneklem grubunda yer alan hastaların sadece üçte birinde saptanmış olup, hastaların %91'inin ikinci ve üçüncü derece akrabalarında meme kanseri varlığını bildirdikleri belirlenmiştir ($p>0.05$). Üner (152)'in 2010-2013 yılları arasını 282 meme kanseri tanısı alan kadın ile yaptığı araştırmada da, bu araştırma bulgusuna benzer olarak, kadınların ikinci ve üçüncü derece akrabalarında kanser olmasının hastalığın tanılandığı evre üzerinde etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Aynı araştırmada, birinci derece akrabada meme kanseri öyküsünün hastaların daha erken evrede tanılanmasında etkili olduğu vurgulanmıştır. Önceki yıllarda farklı zamanlarda yapılan diğer araştırma sonuçları da, ailede meme kanseri öyküsü ile meme kanserinin evreleri arasında ilişki olmadığını göstermiştir (19, 149, 154, 155). Oysaki literatürde, birinci ve ikinci derece akrabalarında meme kanseri tanısı olan bireylerde meme kanseri görülme riskinin artacağına, bu riskin birinci derece bir akrabasında meme kanseri öyküsü olan kadında iki kat, iki akrabasında üç kat daha fazla olacağına dikkat çekilmektedir (44, 45, 47, 50, 156). Bu güncel araştırmadan farklı olarak, evre 4 meme kanseri için risk faktörlerini belirlemek amacıyla 916 meme kanserli kadın ile yapılan araştırmada ise, kadınların çoğunluğunun (%86.1)

ailede meme kanseri öyküsünün olmadığı, aile öyküsü ile evre 4 ve diğer evreler arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (142).

Araştırmada, kadınların kendi kendine meme muayenesine ilişkin olumlu ve olumsuz davranışlarının kanserin erken tanılanmasında etkili olmadığı, kadınların tamamının kanserin erken evresi 2A'da tanı aldıkları belirlenmiştir. Bu bulgu, kadınların KKMM yapmamasına karşın bedenine yönelik farkındalıklarının üst düzeyde olduğunu, memesi ile ilgili bir farklılık tespit ettiğinde hemen bir sağlık kuruluşuna başvurmuş olabileceği ile açıklanabilir. Kuzeybatı Pasifik sağlık planında kayıtlı 20.000'den fazla kadının katıldığı retrospektif bir kohort çalışmasında da, meme kanseri tanısı alan kadınların büyük (%75) bir bölümünün KKMM yaptığı, çok az (%25) oranda kadının düzenli KKMM yaptığı ve kanser evresinin KKMM davranışı ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir (157). Güncel araştırma bulgusundan farklı olarak bazı çalışmalarda, KKMM yapan kadınlarda meme kanserinin anlamlı şekilde erken evrede tanılanabildiği, KKMM yapmama ile ileri evre arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (19, 152).

Araştırmada, kadınların hastaneye ilk veya çok defa başvurularının meme kanserinin evresinde etkili olmadığı, her iki durumdaki kadınlarda da erken evre meme kanserinin tanılandığı saptanmıştır. Ayrıca araştırmada, erken evredeki (9 ay) hastaların başvuru zamanının ileri evredeki (4 ay) hastalara göre daha geç olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular ile meme kanseri evreleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Elde edilen bulgu, erken evredeki kadınların genç yaş grubunda olmasından ve kadınların erken yaşta hekime ve hastalığa karşı korkularından ya da çoğunluğunun memesinde ağrısız kitle belirtisine bağlı bu belirtiyi çok ciddiye almamalarından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca bu zaman aralığı kadınların ifadeleri doğrultusunda saptandığından, süreye ilişkin yanılğı olasılığının da söz konusu olabileceği düşünülmektedir. Bu bulgu, meme kanserinde hekime başvuru süresi uzadıkça kanser evresinin de arttığını belirten araştırma sonuçlarıyla örtüşmemektedir (150, 154, 158, 159).

Araştırmada, istatistiksel anlamlı farklılık göstermemesine karşın kadınların yaşı arttıkça meme kanseri evresinin de arttığı belirlenmiştir. Yalnızca evre 3'de yaş ortalamasının evre 2B'den düşük olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde de, meme kanserinin evresi ile kadının yaşı arasında anlamlı ilişki olduğuna, yaş ilerledikçe meme kanseri riskinin arttığına ve yaşın meme kanseri için en önemli risk faktörü olduğuna dikkat çekildiği görülmüştür (19, 45-47, 144, 149, 150, 160-164).

2015 yılı Türkiye kanser istatistiklerinde de; benzer şekilde meme kanserli kadınların %44,5'inin 50-69 yaş, %40,6 sının ise 25-49 yaş aralığında yer aldığı belirtilmiştir (3). Bu güncel araştırma bulgusu kadınlarda meme kanserinin tanılanma yaşı açısından literatür ile benzerlik gösterdiğini, ancak farklı olarak anlamlı bir ilişki olmadığını yansıtmaktadır.

Araştırmada, kadınların tamamına yakınının diğer memesinde kanser öyküsü olmadığı, diğer memesinde kanser olan kadınların çoğunluğunun evre 3'te, diğer memesinde kanser öyküsü olmayan kadınların ise çoğunluğunun evre 2A'da tanı aldığı belirlenmiştir. Bununla birlikte diğer memede kanser öyküsü ile meme kanseri evreleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu bulgu, bir memesinde kanseri olan kadının diğer memesinde kanser olma riskinin 3-4 kat daha yüksek olduğunu bildiren literatür bilgisi ile de örtüşmektedir (51, 53, 54, 58, 60, 61, 165).

Araştırmada, kadınların hastalığının bilinmesini isteme durumu ile meme kanseri evreleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Meme kanserli kadınlarda cerrahi tedavi öncesi ve sonrası anksiyete ve depresyon düzeyinin incelendiği bir araştırmada da, kadınların çoğunluğunun erken evrede olduğu ve hastaların hastalık tanısını yakınlarının bilmesinde sakınca görmediği belirtilmiştir (118). Yapılan başka bir araştırmada da, çoğunluğu evli ve ev hanımı olan kadınların hastalığının bilinmesinde sakınca görmedikleri bildirilmiştir (166). Bu güncel araştırmada da önceki araştırmalara benzer bulgunun elde edilmesi; kadınların çoğunun evli olmasından ve Ma'nın belirttiği gibi, evli kadınların hastalığın daha az ciddi sonuçlara neden olacağına inanmalarından ve daha yüksek kişisel kontrol sergilemelerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir (167). Hastalık sürecinde bazı hastalar, aile üyeleri ve diğer bireylerle daha yakın ilişkiler geliştirirken, bazı hastalar da kişiler arası ilişkilerden kaçınabilmektedir (168,169). Ayrıca bu sonucun elde edilmesi, kadınların hastalık sürecinde aile üyeleri ve diğer bireylerle daha yakın ilişkiler geliştirmesine ve tedavi sürecine olumlu katkı sağlayacağını ve kadınların aile üyeleri, ev ve sosyal yaşamla ilgili rol ve sorumluluklarının olumsuz etkilenmeyeceğini düşündürmektedir.

Araştırmada, memeyi kendileri için kadınlığın ve cinselliğin bir parçası olduğunu ve herhangi bir organ olarak nitelendiren kadınların oranı yarı yarıya olmakla birlikte, memeyi kadınlığın ve cinselliğin simgesi olarak gören kadınlarda meme kanserinin ileri evrede, herhangi bir organ olarak nitelendirenlerde ise erken evrede tanılandığı saptanmıştır. Sonuç, istatistiksel olarak anlamlı farklılık

göstermemiştir. Birçok toplumda kadının memesi estetik görünümün, kadınlığın, cinselliğin, anneliğin, bebeğin beslenmesinin simgesi olarak görülmektedir. Bu nedenle cinsel yaşamda da çekici hissetmek ve algılanmak açısından memenin önemli olduğu düşünülmektedir. Araştırmada, erken evredeki kadınların yaş ortalamasının daha küçük olması nedeniyle kadınlık ve cinsellik açısından memeyi önemli algılamalarında ve korku nedeniyle kadınların hastaneye başvurularının gecikmesinde etkili olabileceği düşünülmüştür.

5.2. Meme Kanseri Evrelerine Göre Hastaların Vücut Algılarının Karşılaştırılması

Araştırmada, meme kanseri tanısı alan hastaların tüm evrelerde olumlu vücut algısına sahip oldukları, evrelerine göre vücut algılarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. En olumlu vücut algısının 4. evredeki meme kanserli hastalarda olduğu, olumlu olmasına karşın en düşük vücut algısı puan ortalamasının 1. evredeki hastalarda görüldüğü belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde, araştırmalarda daha sıklıkla ameliyat türü ile kadınların vücut algılarının karşılaştırıldığı dikkati çekmiştir (89, 119, 144, 170-178). Evrelerine göre hastaneye başvuru sırasında kadınların vücut algısının incelendiği araştırmalar oldukça az sayıdadır. Bu az sayıdaki araştırmalarda, farklı sonuçların ortaya konulduğu görülmektedir.

Ayaz'ın meme kanserli kadınlarda beden imajı ve benlik saygısının incelediği araştırmada; hastaların çoğunlukla 3. evre meme kanserli kadınlardan oluştuğu, hastaların vücut algılarının olumsuz olduğu ve kanser evrelerinin kadınların vücut algılarını etkilemediği bildirilmiştir (146). Collins'in meme kanseri cerrahisi ve cerrahiye bağlı yan etkilerin kadınların vücut görüntüsü üzerine etkilerini incelediği başka bir araştırmada, kanser evresi ile vücut algısı arasında anlamlı fark bulunmadığı rapor edilmiştir (179). Rosenberg tarafından yapılan araştırma sonuçlarında da, erken meme kanseri tanısı alan genç kadınlarda beden imgesi incelenmiş, kanser evresi ile vücut algıları arasında anlamlı farklılık saptanmadığı belirtilmiştir (148). Manos'ın erken evre meme kanserli kadınlar ile yaptığı araştırma sonuçlarında ise, evli kadınların beden imgelerinin bekar olanlara göre olumlu olduğu bildirilmiştir (178). Meme kanseri evrelerinin vücut algısını etkilemediği ve kadınların olumlu vücut algısına sahip oldukları saptanan bu güncel araştırma

bulgusunun önceki yıllarda yapılan bu araştırmalar ile benzer olduğu görülmüştür. Ayrıca, bu araştırmada evre 4'teki hastaların vücut algılarının yüksek olması; kadınlarda yaşa bağlı hormonal değişiklik kaynaklı cinsel işlevde azalmaya ve emzirmemeye, çekiciliğin ve görüntü önceliğinin ikinci planda kalarak önceliklerin değişmesine, hastalık durumunun kabullenilmesine, en iyi tedavi hakkında uygun kararların verilebilmesine, vücut görüntüsündeki değişikliklerin kısa ve uzun vadede kabullenilmesine bağlanabilir.

Yapılan farklı bir araştırma sonuçlarında ise; 1-5 yıl önce meme kanseri nedeniyle cerrahi girişim geçiren kadınların vücut algılarının olumlu olduğu gösterilmekle birlikte, kanser evrelerinin kadınların vücut algılarını anlamlı şekilde etkilediği ve 1.evredeki meme kanserli kadınların VAÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (180). Franko'nun araştırmasında da, iyi huylu kanserli hastaların malign kanserli hastalara göre vücut algılarının olumlu olduğu bildirilmiştir (181). Sertöz de araştırma sonuçlarında, büyük çoğunluğu 2. evre meme kanseri olan hastalara uygulanan total mastektomi ameliyatının hastaların vücut algısını olumsuz etkilediğine dikkati çekmiştir (89). Bu güncel araştırma sonuçları önceki araştırma sonuçları ile örtüşmemektedir. Bu durum, bu araştırmadaki hastaların çoğunluğunun erken evre (evre 2A) meme kanserine sahip olmalarına bağlı olarak tamamına yakınında meme koruyucu cerrahinin planlanmasından kaynaklanabileceği düşünölmektedir.

5.3. Meme Kanseri Evrelerine Göre Hastaların Benlik Saygılarının Karşılaştırılması

Araştırmada, meme kanseri tanısı alan hastaların büyük çoğunluğunun benlik saygılarının yüksek, üçte birinin de orta düzey olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, evre 2B meme kanserine sahip hastaların benlik saygılarının en yüksek olduğu, bununla birlikte evrelerine göre hastaların benlik saygıları arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadığı saptanmıştır. Bu araştırmada, meme kanseri tanısı alan kadınların %54.0'ının erken evrede (Evre 1 ve 2A) %40.7'sinin ileri evrede (2B ve 3), %5.3'ünün metastatik evrede başvurduğu belirlenmiş olup, kansere erken evrede yakalanıp meme koruyucu cerrahi ile estetik görünümün korunması benlik saygılarını olumsuz etkilemeyecektir. Bu bağlamda, benlik saygılarının yüksek olması beklenen bir bulgudur.

Önceki yıllarda örneklemin çoğunluğunun 2. evre meme kanserli hastalardan oluştuğu Uçar (135), Arslantaş (143) ve Sertöz (89)'ün araştırma sonuçlarında da, hastaların orta düzey benlik saygısına sahip oldukları, kanserin tanıldığı evre ile hastaların benlik saygıları arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadığı bildirilmiştir. Ayrıca Aslantaş'ın araştırmasında, meme kanseri cerrahisi geçiren kadınlarda, memeyi kadınlığın ve cinselliğin bir parçası olarak gören kadınların benlik saygısının memeyi herhangi bir organ olarak değerlendiren kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu bu güncel araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Denizgil (144) ve Sertöz (89) tarafından yapılan araştırmalarda, uygulanan cerrahi girişimin hastaların benlik saygısına etkisinde farklı sonuçlar bulunmuştur. Bu araştırmaların örnekleminin çoğunluğunun 2. evre hastalardan oluştuğu dikkati çekmektedir. Denizgil tarafından yapılan araştırma sonuçlarında, meme koruyucu cerrahi ve total mastektomi uygulanan kadınların benlik saygıları arasında istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmediği bildirilmiştir. Bu güncel araştırmada uygulanan cerrahi girişim ile hastaların benlik saygıları karşılaştırılmamakla birlikte, hastaların tamamına yakınına MKC uygulanmıştır. Güncel araştırma bulgusunda hastaların benlik saygılarının çoğunlukla yüksek düzeyde olması ve kanserin evrelerinin hastaların benlik saygılarını etkilemediği dikkate alındığında, bu bulgunun Denizgil'in araştırma sonucuyla benzerlik gösterdiği düşünülmektedir. Ancak, kadınların çoğunluğuna MKC uygulanacak olan bu güncel araştırmadan farklı olarak, Sertöz (89)'ün ve Lagos (170)'un araştırmalarında, total mastektomi ameliyatı olan kadınların benlik saygılarının diğer gruplara göre olumsuz etkilendiği saptanmıştır.

Ayaz tarafından yapılan farklı bir araştırmada; kadınların çoğunluğunda 3. evre meme kanserinin görüldüğü ve benlik saygılarının düşük olduğu, hastalık evresi arttıkça da kadınların benlik saygılarının düştüğü saptanmıştır (146). Bu güncel araştırmada, en düşük benlik saygısına sahip olan kadınların evre 2A tanısı aldığı görülmüştür. Bu bulgu önceki araştırma bulgusu ile örtüşmemektedir. Elde edilen bu sonuç, araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğunun memenin kendisi için kadınlığın ve cinselliğin bir parçası olduğunu ifade etmelerinin yanı sıra meme kanseri tanısını ilk defa alan kadınların hastalığı kabullenememesine, inkar etmesine, kendine yakıştıramamasına ve cezalandırılmış hissine bağlanabilir.

Literatürde, İspanyol kadınlar üzerinde erken evre meme kanserlerinde yaşın benlik saygısı üzerine etkisinin incelendiği bir araştırmada da, yaş ile benlik saygısı arasında ilişki olduğu, 43-55 yaş grubunda kadın hastaların benlik saygısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (178). Bu bulgu yaş ortalaması 54 olan güncel araştırma bulgusu ile paralellik göstermiştir.

5.4. Meme Kanseri Evrelerine Göre Hastaların Sosyal Görünüş Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Araştırmada, meme kanseri tanısı alan hastaların orta düzey sosyal görünüş kaygılarının olduğu belirlenmiştir. Meme kanseri evrelerine göre hastaların sosyal görünüş kaygıları karşılaştırıldığında; sosyal görünüş kaygısına en yüksek evre 2A ve en düşük de 4. evre meme kanseri hastaların sahip olduğu belirlenmiştir.

Literatürde, meme kanseri tanısı alan hastaların aile ve toplumdaki rol ve sorumlulukları nedeniyle fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan etkilenebileceğine dikkat çekilmektedir (22, 100-104). Bununla birlikte, yapılan incelemede, bugüne kadar az sayıda araştırmacının meme kanseri nedeniyle tedavi görmüş kadınlarda görünümün önemine odaklandığı görülmüştür (177). Az sayıdaki araştırma sonuçları, meme kanseri tedavisinden kaynaklanan görünüme bağlı sorunların kadınların benlik saygısını ve sosyal işleyiş alanlarını etkileyen önemli bir bozulma kaynağı olduğunu ortaya koymuştur (182). Moreira'nın yaptığı bir araştırmada da, cerrahi tedavi sırasında ve tedavi bitiminden sonra mastektomi ile tedavi edilen hastaların ameliyattan memnun olmadıkları ve görünümlelerinden daha utanç duydukları saptanmıştır (177). Lagos'un yaptığı farklı bir araştırmada sonuçlarında da, neoadjuvan kemoterapi alanların, bu tedaviye girmeyen kanserli kadınlara göre ve mastektomi uygulanan hastalarında MKC uygulanan hastalara göre görünümlelerinden memnun olmadıkları rapor edilmiştir (170). Han da araştırmasında, MKC olan hastaların, mastektomi veya rekonstrüktif cerrahi geçiren hastalara kıyasla ameliyat sonrası daha iyi bir yaşam kalitesine ve daha yüksek memnuniyet oranına sahip olduklarını bildirmiştir (183). Bu güncel araştırmada hastaların sosyal görünüş kaygılarının orta düzeyde olmasının; evre 2A ve evre 3 tanısı olan kadınların daha çoğunlukta olmasının, henüz cerrahi girişim geçirmemelerinin ve geçirilecek cerrahi girişimin de MKC olmasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Akça tarafından yapılan bir araştırmada, hastalığın evresi arttıka ve genç yaştaki hastaların vücut görüntüsünün daha kötü etkilendiği belirtilmiştir (145). Bu sonuç, 4. evredeki hastaların sosyal görünüş kaygılarının en düşük olduğunu gösteren bu güncel araştırma bulgusu ile ters düşmektedir. Bu güncel araştırmada ortaya çıkan bulgunun, Akça'nın araştırmasına metastatik evre meme kanseri olan kadınların dahil edilmemiş olmasına, genç hastalarda kozmetik algı daha ön plandayken ilerleyen yaşlarda kozmetik algısının zayıflamasına bağlı olabileceği düşünölmektedir. Ayrıca, araştırma örneklemini oluşturan kadınların çoğunluğunun eş ilişkilerinin hastalık sürecinden etkilenmediğini ve özellikle hastalıklarının başkaları tarafından bilinmesinde çekince görmedikleri de, bu bulguda etkili olabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Meme kanseri tanısı alan kadınların meme kanserinin evrelerine göre hastaneye başvurularında demografik özelliklerinin, benlik saygılarının, vücut algılarının ve sosyal görünüş kaygılarının etkisinin değerlendirildiği bu araştırmada,

- Meme kanseri tanısı konulan kadınların hastaneye başvurularında meme kanserinin evreleri ile sosyo-demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Meme kanserinin tüm evrelerinde hastaların olumlu vücut algısına sahip oldukları, evrelerine göre hastaların vücut algılarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. 4. evredeki meme kanserli hastaların yüksek vücut algısı, 1. evredeki hastaların da en düşük vücut algısı puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir.
- Evre 2B meme kanserine sahip hastaların benlik saygılarının en yüksek olduğu, evrelerine göre hastaların benlik saygıları arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.
- En yüksek sosyal kaygı puan ortalamasının evre 2A meme kanserli hastalarda, en düşük sosyal görünüş kaygı puanının da 4. evre meme kanserine sahip olan hastalarda olduğu belirlenmiştir. Meme kanseri evrelerine göre hastaların sosyal görünüş kaygıları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).
- Hastaların sosyal görünüş kaygıları, benlik saygıları ve vücut algıları ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Hastaların vücut algısı ile benlik saygısı ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde ($p<0.05$), sosyal görünüş kaygısı ile vücut algısı ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde ($p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Hastaların sosyal görünüş kaygısı ile benlik saygısı ölçekleri puan ortalamaları arasında ise pozitif yönde ileri düzeyde istatistiksel anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.001$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Erken tanının öneminin toplum ve özellikle hedef kitle tarafından bilinmesi ve kanser farkındalığının oluşturulması,
- Meme kanserinin erken dönemde belirlenebilmesi için KKMM'nin doğru, etkin ve düzenli yapılması için meme sağlığı eğitim programlarının hazırlanması, yaşama geçirilmesi ve yaygınlaştırılması,
- Hemşirelerin erken tanı riskli bireylerin belirlenmesi, eğitimler planlanarak birey/aile ve toplumun bilgilendirilmesi ve farkındalıklarının artırılması,
- Meme kanseri tanısı alan kadınlarda, tanı ve tedaviye bağlı yaşanan semptomları değerlendirmede ve bakım sürecinde kadınların bireysel özellikleri göz önünde bulundurularak en etkili hemşirelik bakımının planlanması,
- Kadınların beden imajına karşı olumsuz duygu ve düşünceleri ile birlikte fiziksel sorunlarının önlenmesinde, yeni yaşam biçimlerine ve beden imajına uyumlarını sağlamada etkin hemşirelik bakımının verilmesi,
- Ekip işbirliği çerçevesinde hastaların psikososyal gereksinimlerini bütüncül bir yaklaşımla belirleyerek hasta ve hasta yakınlarının hastalık sürecini daha rahat geçirebilmeleri için destek gruplarının oluşturulması, hasta ve yakınlarına bilgi vermeye, emosyonel ve sosyal destek sağlamaya odaklanan hemşirelik girişimlerinin uygulanması, gerektiğinde diğer sağlık profesyonellerinin desteğinin alınması,
- Meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde, özellikle kanser cerrahisi sonucu organ kaybına yönelik fiziksel görünümün değişmesine bağlı hastaların beden algısı, benlik saygısı ve sosyal görünüş durumlarının düzenli olarak değerlendirilmesi ve özellikle yetersiz bulunan alanlara yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması,
- Meme kanserli hastaların vücut algısını yansıtabilecek bir ölçme aracının geliştirilmesi,
- Bu çalışmanın daha büyük hasta popülasyonu ile tekrarlanması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 68(1):7-30, 2018.
2. Chen W, Zheng R. Cancer statistics in China. *CA Cancer J Clin.* 66(2):115-132, 2016.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018. Erişim Adresi: https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf Erişim Tarihi: 20.06.2019.
4. Stewart WB, Wild CW. World Cancer Report 2014: Cenevre: IARC. 2014. ISBN: 978-92-832-0429-9. Erişim Adresi: https://www.who.int/cancer/publications/WRC_2014/en/ Erişim Tarihi: 25.10.2019.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı (2014). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri. Erişim Adresi: <https://docplayer.biz.tr/3852454-Turkiye-kanser-istatistikleri.html> Erişim Tarihi 20.06.2019.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser Kontrol Programı, Ankara 2016. Erişim Adresi. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf. Erişim Tarihi: 19.12.2019.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser Kontrol Programı, Ankara 2015. Erişim Adresi: <https://docplayer.biz.tr/9581327-Turkiye-kanser-kontrol-programi.html> Erişim Tarihi 20.06.2019.
8. Globocan, 2012. International agency for research on cancer, IARC. Latest world cancer statistics. Erişim Adresi: www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf. Erişim Tarihi: 25.5.2018.
9. Ferlay J, Steliarova Foucher E, Tieulent J, Rosso S, Coebergh J, Comber H, Bray F. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* 49(6):1374 -1403, 2013. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23485231>. Erişim Tarihi 20.06.2019.
10. Aksoy Y, Turfan E, Sert E, Mermer G. Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller. *Diğer Kurumların Hakemli Dergileri*; 11:26-30, 2015.

11. American Cancer Society. American Cancer Society recommendations for early breast cancer detection in women without breast symptoms 2014. Erişim Adresi: <http://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection.html>. Erişim Tarihi: 25.02.2018.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı (2013). Türkiye Kanser Daire Başkanlığı, Türkiye kanser tarama istatistikleri. Erişim Adresi: <http://www.kanser.gov.tr/haberler/909-2013-kanser-tarama-statistikleri.html>. Erişim Tarihi: 24.04.2019.
13. Hoerger TJ, Ekwueme DU, Miller JW, Uzunangelov V, Hall IJ, Segel J, Telif J, Gardner JG, Smith JL, Li CL. Estimated effects of the national breast and cervical cancer early detection program on breast cancer mortality. *Am J Prev Med*, 40(4):397- 404, 2011.
14. Fouladi N, Porfarzi F, Mazaheri E, Alimohammadi AH ve ark. Beliefs and behaviors of breast cancer screening in women referring to health care centers in northwest Iran according to the Champion health belief model scale. *Asian Pac J Cancer Prev*; 14(11):6857-6862, 2013.
15. Sönmez Y, Nayir T, Köse S, Gökçe B, Kişioğlu A. Bir sağlık ocağı bölgesinde 20 yaş ve üzeri kadınların meme ve serviks kanseri erken tanısına ilişkin davranışları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 19(4):124-130, 2012.
16. Sohbet R, Karasu F. Kadınların meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarının incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 6(4):113-121, 2017.
17. Ersin F, Bahar, Z. Inhibiting and facilitating factors concerning breast cancer early diagnosis behavior in Turkish women: A qualitative study according to the health belief and health development models. *Asian Pacific J Cancer Prev* 12(7):1849-1854, 2011.
18. Norouznia S. Meme kanseri korkusunun kadınların erken tanı davranışları üzerinde etkisinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 2014.
19. Özgün H, Soyder A, Meme kanserinde geç başvuruyu etkileyen faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi* 5(2):87-91, 2009.

20. Uras C. Erken Evre Meme Kanserinde Cerrahi Tedavi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:54, 93-97, 2006.
21. Mroczek B, Kurpas D, Grochans E, Kuszmar G, Rotter I, Zultak- Boczkowska K. & Karakiewicz B. Funkcjonowanie psychoseksualne kobiet po leczeniu raka sutka - Psychosexual functioning of women after breast cancertherapy Psychiatria Polska 46(1):51-61, 2012.
22. Gümüş A.B. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. Meme Sağlığı Dergisi 2(3):108-113, 2006.
23. Öztekin D. Meme kanserinde tanı ve tedavi sürecinde karşılaşılan sorunlarla mücadele yolları. Meme Sağlığı Dergisi 2(2):67-70, 2006.
24. Bober S. L, Giobbie-Hurder A, Emmons K. M, Winer E, & Partridge A. Psychosexual functioning and body image following a diagnosis of ductal carcinoma in situ. Journal of Sexual Medicine 10(2):370-377, 2013.
25. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality in the world: sources, methods and main models in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer Suppl. 136 (5): 359-386, 2015.
26. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017, 128p. Erişim Adresi: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_64/v01/pdf/15-review-estimate-2018-cancer-incidence-in-brazil.pdf. Erişim Tarihi: 20.08.2019.
27. Parlar S, Kaydul N, Ovayolu N. Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesinin önemi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 8(1):72-83, 2010.
28. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, USA, 1445-1484, 2005.
29. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2012. Atlanta: American Cancer Society; 2012. Erişim Adresi: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2012.html>. Erişim Tarihi: 25.12.2018.

30. Olsson M, Nilsson M, Fugl MK, Petersson LM, Wennman A, Kjeldgård L, Alexanderson K. Life satisfaction of women of working age shortly after breast cancer surgery. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*. 26(3):673-684, 2017.
31. Uzun Ö, Totur Dikmen B. Meme kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uzun Ö, editör. *Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı*. 1. Baskı Ankara: Türkiye Klinikleri 55-60, 2019.
32. DeSantis CE, Lin CC, Mariotto AB, Siegel RL, Stein KD, Kramer JL, Alteri R, Jemal B. Cancer treatment and survivorship statistics. *CA Cancer J Clin* 64(4):252-271, 2014.
33. GLOBOCAN, 2012. International Agency for Research on Cancer, 2014. Breast cancer, Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Population fact sheet in turkey. Erişim Adresi: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx?country=792. Erişim tarihi: 25.03.2019.
34. Candan Dönmez Y, Yavuz Van Giersbergen M. Meme kanserinde belirti/bulgular ve evreleme sistemi. Uzun Ö, editör. *Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı* 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri p.15-19, 2019.
35. Erkin Ö, Ardahan M. Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesinin pullardaki tarihi. *Lokman Hekim Journal* 4(3):22-28, 2014.
36. National Comprehensive Cancer Network. (V.1. 2009). NCCN Clinical practice guidelines in oncology: breast cancer risk reduction. Retrieved July 20, 2009, Erişim Adresi: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/breast_risk.pdf. Erişim Tarihi 25.03.2019.
37. American Cancer Society. *Breast Cancer Facts and Figures 2017-2018*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2017. Erişim Adresi: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2017-2018.pdf>. Erişim Tarihi: 25.02.2019.
38. T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanseri İstatistikleri 2015*. Ankara 2018. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf. Erişim Tarihi 20.06.2019.

39. T.C. Sağlık Bakanlığı (2016). Sağlık İstatistikleri Yıllığı.Yayın No: 1083, Ankara, Türkiye, 38-39, 2017. Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf>. Erişim Tarihi: 29.09.2018.
40. T.C. Sağlık Bakanlığı (2014). Türkiye Halk Sağlığı Kurum Türkiye Kanser İstatistikleri. Erişim Adresi: http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2009kanseraporu.pdf. Erişim Tarihi 24.04.2019.
41. Seyhan Ak E, Çavdar İ. Meme kanserinde sistemik tedaviler (kemoterapi, hormonoterapi, hedefe yönelik tedavi) ve hemşirelik bakımı. Uzun Ö, editör. Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri p. 20-27, 2019.
42. Goldstein NS, Ziegfeld CR. Risk factors and risk assessment. Ed: Jacobs L, Finlayson Ch. Early diagnosis and treatment of cancer breast, Philadelphia: Saunders Elsevier p. 56, 2011.
43. American Cancer Society. What are the risk factors for breast cancer? 2014, Erişim Adresi:<http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-risk-factors>. Erişim Tarihi 27.03.2019.
44. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay Sak S, Tükün A,Yalçın B. Meme Kanserinde Riskin Değerlendirilmesi ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. Meme Sağlığı Dergisi 7(2):47-67, 2011.
45. American Cancer Society, Breast cancer facts & figures 2010. Atlanta, American Cancer Society, 2010. Erişim Adresi: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2010.html>. Erişim Tarihi: 30.12.2018.
46. Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. Lancet Oncol. 13(11):1141-1151, 2012.
47. Colditz GA, Kaphingst KA, Hankinson SE, Rosner B. Family history and risk of breast cancer: nurses' health study. Breast Cancer Res Treat. 133(3):1097-1104, 2012
48. Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları. Karadakovan A, Aslan EF (ed), Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, 1. Baskı, p. 977-1002, Nobel Kitabevi, Adana, 2010.
49. Allison KH Molecular Pathology of Breast Cancer: What a Pathologist Needs to Know. J Clin Pathol. 138(6):770-780, 2012.

50. Dinçel O, Başak F, Pektaş B, Kınacı E. Eğitim Seviyesi Düşük Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyi ve Risk Hesaplaması J Kartal TR; 25(3):181-186, 2014.
51. Barnard ME, Boeke CE, Tamimi RM. Identified breast cancer risk factors and intrinsic tumor subtypes risk. *Biochim Biophys Acta*. 1856(1): 73-85, 2015. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1016/j.bbcan.2015.06.002>. Erişim Tarihi. 30.10.2019.
52. Anderson WF, Rosenberg PS, Prat A, Perou CM, Sherman ME. How many etiological subtypes of breast cancer: Two, three, four, or more? *J Natl Cancer Inst*. 12;106(8), 2014.
53. Wang J, Costantino JP, Tan-Chiu E, Wickerham DL, Paik S, Wolmark N. Lower-category benign breast disease and the risk of invasive breast cancer. *J Natl Cancer Inst*. 96(8):616-620, 2004.
54. Hartmann LC, Sellers TA, Frost MH, Lingle WL, Degnim AC, Ghosh K, Vierkant RA, Maloney SD, Pankratz VS, Hillman DW, Suman VJ, Johnson J, Blake C, Tlsty T, Vachon CM, Melton LJ 3rd, Visscher DW. Benign breast disease and breast cancer risk. *N Engl J Med*. 353(3):229-237, 2005.
55. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle LJ, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical- Surgical Nursing*, 12th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, USA, 1471-1502, 2010.
56. Can G. Kronik hastalıklarda bakım. Duma Z, (Ed). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 38-45. İstanbul, 2012. Erişim Adresi: https://issuu.com/nobeltpkitabevi/docs/kronik_hastal_klar_ve_bakim_584_sayfa/18 Erişim Tarihi: 30.11.2019.
57. Kaminska M, Ciszewski T, Lopacka-Szatan K, Miotla P, Staroslawska E. Breast cancer risk factors. *Prov Menopauzalny*. 14(3):196-202, 2015
58. Sun YS, Zhao Z, Yang ZN, Xu F, Lu HJ, Zhu ZY, Shi W, Jianh J, Yao PP, Zhu HP. Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. *Int J Biol Sci*. 13(11):1387-1397, 2017.
59. Özsoy A, Barca N, Dolek BA, Aktaş H, Elverici E, Araz L, Özkaraoğlu Ö. The Relationship Between Breast Cancer and Risk Factors: A Single-Center Study. *Eur J Breast Health*. 13(3):145-149, 2017.
60. Güllioğlu B.M. Meme hastalıklarına yaklaşım: Meme kanseri için risk değerlendirilmesi ve tarama stratejileri. *Türk Aile Hekimleri Derneği*. 12(1):9-17, 2008.

61. Patterson RE, Cadmus LA, Emond JA, Pierce JP. Physical activity, diet, lubrication and female breast cancer prognosis: a review of the epidemiological literature. *Maturitas*. 66(1):5-15, 2010.
62. Sebastiano A, Luca G, Salvatore P, Cinzia G. Obesity, Leptin and Breast Cancer: Epidemiological Evidence and Proposed Mechanisms. *Jan*; 11(1):62, 2019.
63. Arnold M, Pandeya N, Byrnes G, Renehan PAG, Stevens GA, Ezzati PM, et al. Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study. *Lancet Oncol*. 16:36-46, 2015.
64. Totur Dikmen B, Bayraktar N. Meme kanserinde risk faktörleri, erken tanı ve tarama programları. Uzun Ö, editör. *Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı 1. Baskı*. Ankara: Türkiye Klinikleri p.1-7, 2019.
65. American College of Surgeons M.B. Amin et al. (ed). *AJCC Cancer Staging System, 8th Edition*, Erişim Adresi:<https://cancerstaging.org/About/news/Documents/NCRA%20AJCC%20Cancer%20Staging%20Manual%208th%20Edition%20Update.pdf>. Erişim Tarihi: 23.05.2019.
66. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. *AJCC cancer staging manual*: Springer New York; p. 345-76, 2010. Erişim Adresi. <http://www.springer.com/medicine/surgery/book/978-0-387-88440-0> Erişim Tarihi: 20.05.2019.
67. Wyld L, Markopoulos C, Leidenius M, Senkus-Konefka E. (eds.)- *Breast Cancer Management for Surgeons_ A European Multidisciplinary Textbook*- Springer International Publishing. pp.167-171, 2018.
68. Seçginli S. Meme Kanseri Taraması: Son Yenilikler Neler. *Taf Prev Med Bull* 10(2):193-200, 2011.
69. Jemal A, Center MM, DeSantis C, and Ward E.M. Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 19(8):1893-1907, 2010.
70. Demirel G, Gölbaşı Z. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Kadın Sağlığı Taramasında Güncel Durum*: 4(4):638-659. 2015.
71. Kearney AJ, Murray M. Breast cancer screening recommendations: Is mammography the only answer? *Journal of Midwifery & Women's Health*. 54(5):393-400, 2009.

72. Koca B. Kendi kendine meme muayenesini bilmenin kadın sağlığı açısından önemi. *Yeni Tıp Dergisi* 27:10-14, 2010.
73. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Nobel Kitapevi Yayıncılık, Ankara, 574, 2000.
74. Epstein SS, Bertell R, Seaman B. Dangers and unreliability of mammography: breast examination is a safe, effective, and practical alternative. *International Journal of Health Services* 31(3):605-615, 2001.
75. Akyolcu N, Uğraş G. Kendi Kendine meme muayenesi: erken tanıda ne kadar önemli? *Meme Sağlığı Dergisi* 7(1):10-14, 2011.
76. İtilli Ö. Hastanemiz meme polikliniğine başvuran kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulama davranışları ve mamografi, meme ultrasonografi sonuçlarının değerlendirilmesi. Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2009.
77. Somunoğlu S. Meme kanseri: belirtileri ve erken tanıda kullanılan tarama yöntemleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 4(10):105-121, 2009.
78. Smith RA, Cokkinides V, Brooks D, Saslow D, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2010. A review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin.* 60(2):99-119, 2010.
79. Zuiani C, Londera V, Linda A, Girometti R, Bazzocci M, Sardanelli F. High-risk breast lesions at imaging-guided needle biopsy: usefulness of MRI for treatment decision. *AJR Am J Roentgenol* 199(2):240-250, 2012.
80. Sickles EA, D'Orsi CJ, Bassett LW, et al. ACR BI-RADS Mammography. In: *ACR BI-RADS Atlas, Breast Imaging Reporting and Data System. 5th Edition*, American College of Radiology, Reston, VA, 134-136, 2013. Erişim Tarihi: [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1896781](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1896781) Erişim Adresi: 29.09.2018.
81. Berg WA, Blume JD, Cormack JB, Mendelson EB, Lehrer D, Velez M, Pisano ED, Jong RA, Ewans WP, Morton MJ, Mahoney MC, Larsen LH, Barr RG, Farria DM, Marques HS, Boparai B. Combined screening with ultrasound and mammography vs mammography alone in women at elevated risk of breast cancer. *JAMA*, 299(18):2151-2163, 2008.

82. Sardanelli F. francesco.sardanelli@unimi.it. Meme manyetik rezonans görüntüleme (MRG): EUSOBI (Avrupa Meme Görüntüleme Derneği) önerileri Erişim Adresi: <http://hozir.org/meme-manyetik-rezonans-goruntuleme-mrg-eusobi-avrupa-meme-goru.html> Erişim tarihi: 25.05.2019.
83. Akçay D. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda kemoterapinin yan etkilerine ilişkin eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2005.
84. Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE. Ed: Brunicaardi FC, Schwartz's Principles of surgery. 11th Edition, pp. 537-553, McGraw-Hill Education, New York, 2015.
85. Baron, R.H. Surgical Management of Breast Cancer. Seminars in Oncology Nursing. 23(1):10-19, 2007.
86. Ratner, Lynn H. Breast Cancer Treatment- Surgery and Radiation. Contemporary Diagnosis and Management of Breast Cancer, 2nd edition. 104-110. Pennsylvania, USA: Published by Handbooks in Health Care Cooperation, Newtown, 2009.
87. Litiere S, Werutsky G, Fentinan IS, Rutgers E, Christiaens MR, Van Limbergen E, et al. Breast conserving therapy versus mastectomy for stage I-II breast cancer: 20 year follow-up of the EORTC 10801 phase 3 randomised trial. Lancet Oncol. 13(4):412-419, 2012.
88. Blichert-Toft M, Nielsen M, Düring M, Møller S, Rank F, Overgaard M, et al. Long-term results of breast conserving surgery vs mastectomy for early stage invasive breast cancer: 20-year follow-up of the Danish randomized DBCG-82TM protocol. Acta Oncol. 47(4):672-681, 2008.
89. Sertöz Ö, Elbi H, Noyan A, Alper M, Kapkaç M. Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri: Kontrollü Bir Çalışma Türk Psikiyatri Dergisi, 15(4):264275, 2004.
90. Keçer M, Asaoglu O. Meme Kanseri Tedavisinde Mastektomiler, Endikasyon ve Teknikleri. E. Topuz, A. Aydın, M. Dinçer (Ed.). Meme Kanseri, Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık, 275-286, 2003.
91. Harmer V. Breast Cancer Treatments-A Synopsis. Practice Nurse 31(8):33-38, 2006.

92. Andrzejczak E, Markocka KM, & Lewandowski A. Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction. *PsychoOncology*, 22(7):1653-1657, 2013.
93. Karabulut N, Erci B. Sexual desire and satisfaction in sexual life affecting factors in breast cancer survivors after mastectomy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27(3):332-343, 2009.
94. Alço G, Dinçer M, Ece T, İğdem Ş, Okkan S. Meme kanseri radyoterapisi sonrası gelişen bronşiolitis obliterans organize pnömoni (boop) sendromu. *Meme Sağlığı Dergisi* 5(3):157-163, 2009.
95. Haydaroğlu A, Özşaran Z, Akagündüz Ö, Arun S, Yalman D, Dubova S, Aras A, Kapkaç M, Özdemir N. Meme koruyucu cerrahi ve radyoterapi uygulanan erken evre meme kanserlerinde lokal kontrol ve sağkalımı etkileyen prognostik faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2(2):71-76, 2006.
96. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği (2019). Kemoterapi Nedir? Erişim Adresi: <http://www.trsgo.org/menu/159/site-haritasi/>. Erişim Tarihi 25.06.2019.
97. Turna H. Erken evre meme kanserinde adjuvan kemoterapi ve hormonal tedavi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No: 54, 105-109, 2006.
98. McCready T. Management of Patients with Breast Cancer. *Primary Health Care*. 14(6):41-49, 2003.
99. Seven M, Sever N, Akyüz A, Dinçer Ş. Studying the Physical and Psychological Symptoms of Patients With Cancer. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 12(3):219-224, 2013.
100. Özbaş A. Meme Kanseri Ailelerde Sorunlar ve Çözümler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2(3):115-117, 2006.
101. Leong SP, Shen ZZ, Liu TJ, Agarwal G, Tajima T, Paik NS, Sandelin K, Derossos A, Cody H, Foulkes WD. Is breast cancer the same disease in Asian and Western countries? *World J Surg*. 34(10):2308-2324, 2010.
102. Liao MN, Chen SC, Lin YC, Chen MF, Wang CH, Jane SW. Education and psychological support meet the supportive care needs of Taiwanese women three months after surgery for newly diagnosed breast cancer: A non-randomised quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*. 51(3):390-399, 2014.

103. Markovitz SE, Schrooten W, Arntz A. ve Peters ML. Flexibility as a determinant for emotional response to diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psiko-Onkoloji* 24(12):1639-1645, 2015.
104. Ng CG, Mohamed S, Kaur K, Süleyman AH, Zainal Yeni Zelanda, Taib NA ve MyBCC Study group. Perceived distress and relationship with depression and anxiety in breast cancer patients. *12(3):e0172975*, 2017.
105. Okanlı A. Kadınlarda Mastektominin Psikososyal Etkileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 1(1):1303-5134, 2004.
106. Eti Aslan F, Özdemir Aslan E. Meme kanserli hastalarda psikososyal sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. Uzun Ö, editör. *Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı* 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri p.51-54, 2019.
107. Özkan S, Açlalar N. Meme kanserinin cerrahisine psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2(5):60-64, 2009.
108. Arıkan RN. Travmatik Bir Yaşantı. *Meme Kanseri ve Mastektomi. Kriz Dergisi* 9(1):39-46, 2001.
109. Reece JC, Chan Y.-F, Herbert J, Gralow J, Fann JR. Course of depression, the use of mental health services and treatment preferences in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Gen Hosp Psychiatry* 35(4):376-381, 2013.
110. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2):343-367, 2011.
111. Çavdar İ. Meme Kanserli Hastalarda Cinsel Sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi* 2(2):64-66, 2006.
112. Elbi H. Kanser ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası* 5(1): 5-10, 2001.
113. Elbi Mete H, Önen Ö (2001). Kanserli hastalarda depresyon. *Duygudurum Dizisi* 4:184-191.
114. Gündoğan, F. Sirozlu Hastaların Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Değerlendirilmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Bolu, 2006.
115. Polat, A. Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Düzce, 2007.
116. Chua AS, DeSantis SM, Teo I, Fingeret MC. Body image investment in breast cancer patients undergoing reconstruction: taking a closer look at the Appearance Schemas Inventory-Revised. *Body Image*. 13:33-37, 2015.

117. Bredart A, Dolbeault S, Savignoni A, Besancenet C, This P, Giami A, Copel, L. Prevalence and associated factors of sexual problems after early-stage breast cancer treatment: Results of a French exploratory survey. *Psycho-Oncology* 20(8):841-850, 2011.
118. Tünel M. Meme kanserli hastalarda cerrahi tedavi öncesi ve sonrası anksiyete ve depresyon düzeyi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2011.
119. Bag B. Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 5(1):109-126, 2013.
120. Türk KE, Yılmaz M. The effect on quality of life and body image of mastectomy among breast cancer survivors. *Eur J Breast Health* 14(4):205-210, 2018.
121. Sun L, Ang E, Ang WHD, Lopez V. Losing the breast: A meta-synthesis of the impact in women breast cancer survivors. *Psychooncology*. 27(2):376-385, 2017.
122. Parizadeh H, Abadi Mashhadi H. Comparison the effectiveness of existential therapy and realiry group therapy on problem solving body image of women with mastectomy. *Iranian J Obs*. 15(22):35-27, 2012.
123. Male DA, Fergus KD, Cullen K. Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions. *Curr Opin Support Palliat Care*. 10(1):66-74, 2016.
124. Izadi AA, Bahmani B, Ghanbari MA. Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Intervention on Body Image Improving and Increasing Self-Esteem in Women with Breast Cancer after Mastectomy. *Journal of Rehabilit*. 13(4):72-83, 2013.
125. Özalp E, Karslıoğlu EH, Aydemir O, Soygür H, Erkek BM, Peker SE, Kaymak SU. Validating the Sexual Adjustment and Body Image Scale (Sabis) with Breast Cancer Patients. *Sex and Dis*. 33(2):253-267, 2015.
126. Lee MC, Bhati RS, von Rottenthaler EE, Reagan AM, Karver SB, Reich RR, Quinn GP. Therapy choices and quality of life in young breast cancer survivors: a short-term follow-up. *Am J Surg*. 206(5):625-631, 2013.

127. Howes BH, Watson DI, Xu C, Fosh B, Canepa M, Dean NR. Quality of life following total mastectomy with and without reconstruction versus breast-conserving surgery for breast cancer: A case-controlled cohort study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 69(9):1184-1191, 2016.
128. Basson R. Women's difficulties with low sexual desire, sexual avoidance, and sexual aversion. Ed: Levine SB, Risen CB, Althof SE. *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals.* pp. 159-179, Routledge/Taylor & Francis Group, New York 2010.
129. Harputlu D, Terzi C, Eşrefgil G, Uz S, Sökmen S, Füzün M. Kolostomi ve ileostomili bireylerde benlik saygısı. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi* 17(4):178-185, 2007.
130. Yiğit H. Ergenlerin benlik saygılarının yaşam doyumu ve bazı özlük nitelikleri açısından incelenmesi. Selçuk Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2010.
131. Kadmon I, Ganz FD, Rom M, & Woloski WAC. Social, marital, and sexual adjustment of Israeli men whose wives were diagnosed with breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 35(1):131-135, 2008.
132. Bakht S, Najafi S. Body image and sexual dysfunctions: comparison between breast cancer patients and healthy women. *Procedia - Social and Behavioral Sci.* 5(2010):1493-1497, 2015.
133. De Morais F, Freitas JR, Rahal RM, Gonzaga CM. Sociodemographic and clinical factors affecting body image, sexual function and sexual satisfaction in women with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing* 25(11-12):1557-1565, 2016.
134. Tünel M, Vural A, Evlice Y. Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 21(3):189-219, 2012.
135. Uçar, T. Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2008.
136. Karayurt Ö, Andıç S. Meme Bakım Hemşireliği. *Meme Sağlığı Dergisi* 7(4):196-202, 2011.

137. Fadiloğlu , Cantilav Ő, Yıldırım YK, Tokem Y. Meme kanserli kadınlarda umutsuzluk düzeyi ve baş etme davranışları arasındaki ilişki. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 22(2):147-160, 2006.
138. Liao MN, Chen PL, Chen MF, Chen SC. Effect of supportive care on the anxiety of women with suspected breast cancer. J Adv Nurs 66(1):49-59, 2010.
139. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda Benlik Saygısı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 1986.
140. Hovardaoğlu S. Vücud algısı leğinin güvenilirlik ve geçerlilik alıŐması. İçinde: zdemir YD. Őizofrenik ve major depresif hastaların beden imgelerinden doyum düzeyleri. YayınlanmamıŐ Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1990.
141. Doğan, T. Sosyal Görünüş Kaygısı leği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik alıŐması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 39:151-159, 2010.
142. Uyetrk U, Tatlı A, Gucuk S, Okszoğlu B, UlaŐ A, Avcı N, zbay MF, Gündüz S. Risk Factors for Stage IV Breast Cancer at the time of presentation in Turkey. 14(12):7445-7449, 2013.
143. Arslantaş A. Mastektomi ameliyatı olan kadınlarda benlik saygısı ve eş uyumu. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2014.
144. Denizgil T, Sönmez İ. Meme kanseri nedeni ile meme koruyucu cerrahi geçirmiŐ kadınlarla mastektomi operasyonu geçirmiŐ kadınlar arasında benlik saygısı, beden algısı, cinsel doyum ve cinsel yaŐantıların karşılaştırılması. Yeni Sempozyum 53(3):17-25, 2015.
145. Akça M. Meme kanseri nedeni ile cerrahi tedavi yapılmış hastalarda tedavinin yaşam kalitesi, psikolojik, sosyal ve cinsel yaşam üzerine olan etkileri. Mersin Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Mersin, 2011.
146. Ayaz A. Meme Kanserli Kadınlarda beden imajı ve benlik saygısı. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
147. Tanas S. Meme kanseri olgularının demografik zellikleri. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Erzurum, 2013.

148. Rosenberg SM, Tamimi RM, Gelber S, Ruddy KJ, Kereakoglow S, Borges VF, Come SE, Schapira L, Winer EP, Partridge AH. Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer. *Psycho - Oncology* 22(8):1849-1855, 2013.
149. Ghazali SM, Othman Z, Cheong KC, Hock LK, Mahiyuddin WR, Kamaluddin MA, Yusoff AF, Mustafa AN. Non-practice of breast self and marital status are associated with delayed presentation with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 14(2):1141-1145, 2013.
150. Ermiah E, Abdalla F, Buhmeida A, Larbesh E, Pyrhönen S, Collan Y. Diagnosis delay in libyan female breast cancer. *BMC Res Notes* 21(5):452, 2012.
151. Ali R, Mathew A, Rajan B. Effects of socio-economic and demographic factors on delayed reporting and late presentation among breast cancer patients in a large cancer hospital in South India. *Asian Pac J Cancer Prev* 9(4):703-707, 2008.
152. Üner BA. Meme kanseri tanısı almış hastaların tanımlayıcı özellikleri ve tanı süreci. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Aydın, 2014.
153. Harirchi I, Ghaemmaghami F, Karbakhsh E, Moghimi R, Mazaherie H. Patient delay in women presenting with advanced breast cancer: an Iranian study. *Public Health* 119(10):885-891, 2005.
154. Burgess C, Hunter MS, Ramirez AJ. A qualitative study of delay among women reporting symptoms of breast cancer. *Br J Gen Pract* 51(473):967-971, 2001.
155. Meechan G, Collins J, Petrie KJ. Relation delaying the search for symptoms and psychological factors Medical care for breast symptoms. *Prev Med* 36(3):374-378, 2003.
156. Schreier, AM, Williams, SA. Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 31(1):127-130, 2004.
157. Tu SP, Reisch LM, Taplin SH, Kreuter K, Elmore JG. Breast self-examination: self-reported frequency, quality, and associated outcomes. *J Cancer Educ* 21(3):175-181, 2006.

158. Richards MA, Westcombe AM, Aşk SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet*. 353(9159):1119-26, 1999.
159. Arndt V, Sturmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Dhom G, Brenner H: Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in germany - a population based study. *Br J Cancer* 86(7):1034-1040, 2002.
160. Sant M, Francisci S, Capocaccia R. Time trends of breast cancer survival in Europe in relation to incidence and mortality. *Int J Cancer* 119(10):417-2422, 2006.
161. Onat H, Başaran M. Meme kanseri risk faktörleri ve korunma. *Meme Kanseri*. Editörler Topuz E, Aydın A. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 90-107, 2003.
162. Kılıç S, Tezcan S, Kömürcü S, Özet A, Çakır B, Arpacı F. Some sociodemographic and disease characteristics of female breast cancer patients, followed at Gülhane Military Medical Academy, Department of Medical Oncology, between 1992-2002. *Gülhane Medical Journal* 45(2):189-195, 2003.
163. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA: Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet*; 9159(353):1127-1 131, 1999.
164. Eroğlu C, Eryılmaz MA, Cıvıçık S, Gürbüz Z. Meme kanseri risk değerlendirmesi: 5000 Olgu. *International Journal of Hematology and Oncology*. 20(1):27-33, 2010.
165. Kaminska M, Ciszewski T, Lopačka-Szatan K, Miotla P, Starosławska E. Meme kanseri risk faktörleri. *Prov Menopozal*; 14(3):196-202, 2015.
166. Şener S, Günel N, Akçalı Z, Şenol S, Koçkar Aİ. Meme kanserinin ruhsal ve sosyal etkileri üzerine bir çalışma. *Klinik Psikiyatri* 2:254-260, 1999.
167. Ma C, Yan J, Wu Y, Huang W. Illness perceptions Chinese women's perception of breast cancer and relationships with socio-demographic and clinical characteristics. *Int J Nurs Pract*. 24(5):e12677, 2018.
168. Weiss T. Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *PsychoOncology* 13(4):260-268, 2004.
169. Rustoen T, Begnum S. Quality of life in women with breast cancer. A review of the literature and implications for nursing practice. *Cancer Nursing*; 23(6):416-421, 2000.

170. Lagos Prates AC, Freitas-Junior R, Oliveira Prates MF, Veloso MF, Barros NM. Influence of Body Image in Women Undergoing Treatment for Breast Cancer. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 39(4):175-183, 2017.
171. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer* 36(15):1938-1943, 2000.
172. Koçan S, Gürsoy A. Body Image of women with breast cancer after mastectomy: A Qualitative Research 12(4):145-150, 2016.
173. King MT, Kenny P, Shiell A, Hall J, Boyages J. Quality of life Three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: Influence of Treatment and Patient Characteristics. *Quality of Life Research* 9(7):789-800, 2000.
174. Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst.* 92(17):1422-1429, 2000.
175. Avis N, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-oncology* 13(5):295-308, 2004.
176. Falk DCA, Kristin V, Reinertsen MD, Inger-Lise Nesvold, PT, A study on body image in long-term survivors of breast cancer survivors. *ACS Journals* 116(15):3549-3557, 2010.
177. Moreira H, Crespo C, Paredes T, Silva S, Canavarro MC, Dattilio FM. Marital Relationship, Body image and psychological quality of life among breast cancer patients: The Moderating Role of the Disease's Phases. *Contemp Fam Ther.* 33(2):161-178, 2011.
178. Manos D, Sebastián J, Bueno M. J, Mateos N, Torre A. de la. Body image in relation to self-esteem in a sample of spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncología*, 2(1):103-116, 2005.
179. Collins KK, Liu Y, Schootman M, Aft R, Yan Y, Dean G, et al. Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Res Treat.* 126(1):167-176, 2011.
180. Çalışkan İ, Korkmaz FD. Meme kanseri cerrahisi geçiren kadınların beden algıları ve eş uyumlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 33(2):1-15, 2017.

181. Franko HM, Garcia-Alvarez MN , Rojas-Garcia P, Trabanino C1, Drucker-Zertuche M, Arcila D. Body image perception and quality of life in patients undergoing breast surgery. *Am Surg.* 76(9):1000-1005, 2010.
182. Margaret MP. An exploration of appearance-related issues of breast cancer treatment on sense of self, self- esteem, and social functioning in women with breast cancer. *School of Social Poly and Practice* 5-17, 2010.
183. Han J, Grothuesmann D, Neises M, Hille U, Hillemanns P. Quality of life and satisfaction after breast cancer surgery. *Kemer Jinekoloji Obstet* 282(1):75-82, 2010.





8. EKLER

EK 1. Ölçek Kullanım İzin Yazıları

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Re: ölçek izni

 Gönderen **Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği** 
Alıcı **eminefidan@beun.edu.tr** 
Tarih **Bugün 08:57**

ölçek ektedir

6 Haziran 2018 12:16 tarihinde <eminefidan@beun.edu.tr> yazdı:

2018-06-05 09:37, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği yazmış:
ÖLÇEĞİ'N KULLANIM HAKLARI TÜRKİYE ÇOCUK VE GENÇ PSIKIYATRISI
DERNEĞİ'NE VERİLMİŞTİR. ÖLÇEĞİ VE DEĞERLENDİRME FORMUNU
DERNEK'E 50 TL BAĞIŞ KARŞILIĞINDA ALABİLİRSİNİZ'. HESAP
NUMARASI EKTEDİR.TEŞEKKÜRLER

4 Haziran 2018 16:30 tarihinde <eminefidan@beun.edu.tr> yazdı:

Değerli hocalarım. Ben Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi
Sağlık
Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğinde
yüksek lisans
yapmaktayım.' Meme Kanserli Kadınların Kanserin Evrelerine
Göre
Hastaneye Başvurmalarında Etkili Olan Faktörlerin incelenmesi'
konulu
yapacağım tez çalışmam için müsaadeniz olursa Rosenberg
Benlik Saygısı
ölçeğini kullanabilir miyim? Çok teşekkür ederim. Kolay
gelsin.

Uzm. Emine Fidan
Bülent Ecevit Üniversitesi
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Tel: 0372 261 2419

--

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği
Cinnah Caddesi 35/12
Çankaya / Ankara
0 312 440 12 57
0 541 440 33 54



Merhabalar. Gerekli işlemler tarafımdan halledilmiştir. Çok teşekkür ederim. Kolay gelsin.

--

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği
Cinnah Caddesi 35/12
Çankaya / Ankara
0 312 440 12 57
0 541 440 33 54

Vücut Algısı Ölçeği

Re: vücut algısı ölçeği izni

Gönderen **selim hovardaoglu** 
Alıcı **eminefidan@beun.edu.tr** 
Tarih **2018-05-25 18:39**

Merhaba, ölçeği kullanabilirsiniz, saygılarımla,
Prof. Dr. Selim Hovardaoglu

On Friday, May 25, 2018, 4:20:08 PM GMT+3, eminefidan@beun.edu.tr <eminefidan@beun.edu.tr> wrote:

Değerli hocam. Ben Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans yapmaktayım. Evre IIB ve üzeri meme kanseri tanısı koyulan kadınların hekime geç başvurmaları ile kadınların demografik özellikleri, benlik saygısı, vücut algısı ve sosyal görünüş kaygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlı yapacağım tezim için müsaadeniz olursa Vücut Algısı Ölçeğini kullanabilir miyim? Çok teşekkür ederim. Kolay gelsin.

Emine Fidan
Bülent Ecevit Üniversitesi
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü
İletişim: 0372 261 2419

Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

Geri E-Posta Yaz Yanıtla Tümüne Ya... İlet Sil Taşı Yazdır İşaretle Daha Fazla

Gelen 4

Taslaklar
Giden
İstenmeyen
Çöp

Ynt: Sosyal Görünüş Kaygısı ölçek izni

Gönderen **Tayfun Doğan** 
Gönderici **Tayfun Doğan** 
Alıcı **eminefidan@beun.edu.tr** 
Tarih **Crş 13:53**

Merhaba Emine Hanım,
Ölçeği kullanabilirsiniz. Ölçeğe kişisel web sitemden ulaşabilirsiniz.
Tayfun Doğan
www.tayfundogan.net

Gönderen: eminefidan@beun.edu.tr <eminefidan@beun.edu.tr>
Gönderildi: 23 Mayıs 2018 Çarşamba 06:01:32
Kime: tayfun@tayfundogan.net
Konu: Sosyal Görünüş Kaygısı ölçek izni

Değerli hocam. Ben Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans yapmaktayım. Evre IIB ve üzeri meme kanseri tanısı koyulan kadınların hekime geç başvurmaları ile kadınların demografik özellikleri, benlik saygısı, vücut algısı ve sosyal görünüş kaygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlı yapacağım tezim için müsaadeniz olursa Sosyal Görünüş Kaygısı ölçeğini kullanabilir miyim? Çok teşekkür ederim. Kolay gelsin.

Emine Fidan
Bülent Ecevit Üniversitesi
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü
İletişim: 0372 261 2419

EK 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Yazıları

Sayın

Sizi Zonguldak B.E.Ü Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Kliniğinde yürütülen “**Meme Kanserli Kadınların Kanserin Evrelerine Göre Hastaneye Başvurmalarında Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya tedaviniz ve klinik izleminizde hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmayı devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde, siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir.

Araştırmanın yürütücüleri, Etik Kurul Üyeleri, Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili sağlık otoriteleri sizin bu araştırmadaki tıbbi kayıtlarımıza doğrudan erişebileceklerdir; ancak kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır ve bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

**Araştırma Sorumlu
Prof. Dr. Sevim ÇELİK**

Araştırmanın Amacı:

Bu çalışmanın amacı, meme kanseri tanısı konulan kadınların meme kanserinin evrelerine göre hastaneye başvurularında demografik özelliklerinin, benlik saygılarının, vücut algılarının ve sosyal görünüş kaygılarının etkisini incelemektir.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Örneklem kapsamına araştırma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 150 hasta alınacaktır. Araştırma için sizden izin alındıktan sonra **Hasta Bilgi Formu**'nda size ait bilgileri içeren sorular yer almaktadır. Diğer formlarda ise, hastaların benlik saygısını ölçmek için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), vücut algısını ölçmek için **Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)** ve Sosyal Görünüş Kaygısını ölçmek için **Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği** kullanılacaktır.

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Polikliniği

Araştırmanın Süresi: 12 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 150 hasta

Size Getirebileceği Olası Faydalar:

Bireysel yararı bulunmamaktadır.

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar:

Bulunmamaktadır.

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavinin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ölkemiz ve/veya ölkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

“[.....] çalışması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar vb.); (Gönüllü tarafından uygun olan şık işaretlenmelidir)

- o Sadece yukarıda bahsi geçen çalışmada kullanılmasına izin veriyorum
- o İleride yapılması planlanan tüm çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- o Biyolojik materyallerimin analizlerinin yurtdışında yapılmasına izin veriyorum.
- o Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırıcı tarafından saklanacaktır.

EK 3. Kişisel Bilgi Formu

MEME KANSERLİ KADINLARIN KANSERİN EVRELERİNE GÖRE HASTANEYE BAŞVURMALARINDA ETKİLİ OLAN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Değerli katılımcı; Bu çalışma Meme Kanseri Tanısı Konulan Kadınların Meme Kanserinin Evrelerine Göre Hastaneye Başvurularında Demografik Özelliklerinin, Benlik Saygılarının, Vücut Algılarının ve Sosyal Görünüş Kaygılarının Etkisini İncelemek amacıyla planlanmıştır.

Aşağıdaki ifadeleri dikkatlice okuyarak uygun bulduğunuz ifadeyi işaretleyiniz. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz ve boş bırakmamanız çalışma verilerinin sağlıklı değerlendirilmesi açısından önemlidir. Çalışma verileri sadece yüksek lisans tez çalışması için kullanılacak olup, kişi bilgileri gizli tutulacaktır. Katkı ve katılımınız için teşekkür ederim.

Emine FİDAN
B.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

HASTA BİLGİ FORMU

Yaşınız?

Medeni durumunuz nedir?

1. Evli () 2. Hiç evlenmemiş () 3. Boşanmış () 4. Eşini kaybetmiş ()

Nerede oturuyorsunuz?

1. Şehir () 2. İlçe () 3. Köy ()

Eğitim durumunuz nedir?

1. Okuryazar değil () 2. Okuryazar () 3. İlköğretim () 4. Lise () 5. Üniversite ()

Çalışma alanınız nedir?

1. Sağlık çalışanı () 2. Eğitimci () 3. Memur () 4. Çalışmıyor () 5. Diğer (belirtiniz)

Aylık ortalama gelir düzeyiniz nedir?

1. Geliri giderinden düşük ()
2. Geliri giderine eşit ()
3. Geliri giderinden yüksek ()

Sosyal güvence durumunuz nedir?

1. Var () 2. Yok ()

Çocuğunuz var mı?

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

Ailede meme kanseri öyküsü var mı?

1. Var () 2. Yok ()

Ailenizde meme kanseri öyküsü olan yakınınız varsa yakınlık durumu nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Birinci derece akraba (anne, baba, çocuk) ()
2. İkinci derece akraba (dede, nine, torun, kardeş) ()
3. Üçüncü derece akraba (amca, dayı, hala, teyze, yeğen) ()

Diğer memenizde kanser öyküsü var mı?

1. Evet ()
2. Hayır ()

Meme sağlığı açısından önceden hiç muayene ya da tetkik yaptırdınız mı?

1. Hiç yaptırmadım ()
2. Düzensiz yaparım ()
3. Düzenli yaparım ()

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapar mısınız?

1. Hiç yapmadım ()
2. Düzensiz yaptım ()
3. Düzenli yaptım ()
4. KKMM hakkında bilgim yok ()

Hastaneye ilk başvurunuz mu?

1. Evet ()
2. Hayır ()

(Yanıtınız Hayır ise) Hastaneye ilk başvuru meme yakınma/şikayetleriniz nelerdi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Ağrısız kitle ()
2. Ağrılı kitle ()
3. Ağrı ()
4. Akıntı ()
5. Deri bulgusu ()
6. Diğer (belirtiniz).....

Hastalığınızın belirtileri ilk olarak ne zaman ortaya çıktı?

.....ay ya dayıl

İlk şikayetlerinizin başlaması ile doktora başvurmanız arasında geçen süre ne kadardır?

.....ay ya dayıl

Şikayetleriniz olduğunda sizi hastaneye yönlendiren kaynak nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Kendim ()
2. Ailem ()
3. Arkadaşım ()
4. Doktor ()
5. Diğer (belirtiniz).....

İlk tanı alma yeriniz neresidir?

1. Bu Hastane/bu klinik ()
2. Cerrahi uzmanı ()
3. Aile hekimi ()

Tanıyı kimden öğrendiniz?

1. Doktor ()
2. Eş ()
3. Aileden biri ()
4. Arkadaş ()
5. Diğer (belirtiniz)

Tanıdan bu yana geçen süre ne kadardır?

.....ay ya dayıl

Sizin bu hastaneye başvurunuzda meme yakınma/şikayetleriniz nelerdi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Ağrısız kitle () 2. Ağrılı kitle () 3. Ağrı ()
4. Akıntı () 5. Deri bulgusu () 6. Diğer (belirtiniz).....

Yakınlarınızın ve çevrenizin hastalığınızı bilmesini ister misiniz?

1. Evet () 2. Hayır ()

Memenin sizin için anlamı nedir?

1. Herhangi bir organ () 2. Kadınlığın ve cinselliğin bir parçası () 3. Diğer (belirtiniz).....

Hastalığınızın eşinizle olan ilişkilerinizi nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?

1. Olumlu () 2. Olumsuz () 3. Etkilemez ()

Hastalığınız hakkında bilginiz yeterli mi?

1. Evet, doktorumun söylediği yeterli ()
2. Hayır, daha çok bilgi istiyorum ()
3. Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar ()

Meme sorunlarınızla ilgili hastaneye ilk başvurudan şimdiki başvurunuza kadar geçen sürede başka doktora başvurduunuz mu?

1. Evet () (ise belirtiniz)..... 2. Hayır ()

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

1. Var () (ise belirtiniz)..... 2. Yok ()

Aşağıdaki sorular araştırmacı tarafından doldurulacaktır.

Hastalığın hangi evresinde tanılandığı?

1. Evre 1 () 2. Evre 2A () 3. Evre 2B () 4. Evre 3 () 5. Evre 4 ()

Hastaya uygulanacak tedavi tipi nedir?

1. Kemoterapi () 2. Radyoterapi () 3. Cerrahi ()

Cerrahi tedavi uygulanacak ise ameliyatın türü 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. Meme koruyucu cerrahi ()

EK 4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

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

EK 5. Vücut Algısı Ölçeği

	Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
Saçlarım					
Yüzümün rengi					
İştahım					
Ellerim					
Vücudumdaki kıl dağılımı					
Burnum					
Fiziksel gücüm					
İdrar - dışkı düzenim					
Kas kuvvetim					
Belim					
Enerji düzeyim					
Sırtım					
Kulaklarım					
Yaşım					
Çenem					
Vücut yapım					
Profilim					
Boyum					
Duyularımın keskinliği					
Ağrıya dayanıklılığım					
Omuzlarımın genişliği					
Kollarım					
Göğüslerim					
Gözlerimin şekli					
Sindirim sistemim					
Kalçalarım					
Hastalığa direncim					
Bacaklarım					
Dişlerimin şekli					
Cinsel gücüm					
Ayaklarım					
Uyku düzenim					
Sesim					
Sağlığım					
Cinsel faaliyetlerim					
Dizlerim					
Vücudumun duruş şekli					
Yüzümün şekli					
Kilom					
Cinsel organlarım					

EK 6. Sosyal Görünüş Kaygısı ölçeği

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
Dış görünüşüm ile ilgili kendimi rahat hissederim.					
Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissederim.					
İnsanlar doğrudan bana baktıklarında gerilirim.					
İnsanların görünüşümden dolayı benden hoşlanmayacakları konusunda endişelenirim.					
Yanlarında olmadığımda insanların, görünüşümle ilgili kusurlarımı konuşacaklarından endişelenirim.					
Görünüşümden dolayı insanların benle beraber vakit geçirmek istemeyeceklerinden endişelenirim.					
İnsanların beni çekici bulmamalarından korkarım.					
Görünüşümün yaşamımı zorlaştırmasından endişe duyarım.					
Karşıma çıkan fırsatları görünüşümden dolayı kaybetmekten kaygılanırım.					
İnsanlarla konuşurken görünüşümden dolayı gerginlik yaşarım.					
Diğer insanlar görünüşümle ilgili bir şey söylediklerinde kaygılanırım.					
Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamamaktan endişeleniyorum.					
İnsanların görünüşümü olumsuz olarak değerlendirecekleri konusunda endişelenirim.					
Diğer insanların görünüşümdeki bir kusurun farkına vardıklarını düşündüğümde kendimi rahatsız hissederim.					
Sevdiğim kişinin görünüşümden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyuyorum.					
İnsanların görünüşümün iyi olmadığını düşünmelerinden endişeleniyorum.					

EK 7. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı



**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı**

TOPLANTI TARİHİ : 20/06/2018
TOPLANTI NO : 2018/13

KARARLAR :

- 2- Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2018-160-20/06 Protokol no'lu "Meme Kanserli Kadınların Kanserin Evrelerine Göre Hastaneye Başvurmalarında Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.



A S L I G İ B İ D İ R

Prof. Dr. Ali Uğur EMRE
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkan V.

EK 8. Kurum İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 07/08/2018-37552



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 16734702/622.03/
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 25/07/2018 tarihli ve 36771699- 302.08.01- 36002 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr. Sevinç ÇELİK danışmanlığında, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Emine FİDAN'ın, "Meme Kanseri Kadınların Kanserin Evrelerine Göre Hastaneye Başvurmalarında Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Merkezimizde yapılabilmesi talebine ilişkin ilgi yazınız Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı'na iletilmiş olup, alınan cevabi yazıda talebiniz uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır
Doç. Dr. Bekir Hakan BAKKAL
Başhekim

SEÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü (Tuzlukten - Ayrıntılı Bilgi için İletişim: H. KILIÇ)
ve Evrak Şefliği) Kozlu/Zonguldak
Tel: (0372) 261 20 01 Faks: (0372) 261 27 68
E-Posta: ozelkalem@beun.edu.tr Elektronik ağı: http://hastane.beun.edu.tr/92/

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

9. ÖZGEÇMİŞ

Emine FİDAN, 1978 yılında Zonguldak'ta doğdu. İlk, orta ve lise eğitimlerini aynı ilde tamamladı. 2001 yılında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. 1999 yılında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi (şimdiki adıyla Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi) Cerrahi Klinikler Servisinde göreve başladı. 2000 yılında sırasıyla Zonguldak Devlet Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi, İbni Sina Hastanesi, Atatürk Devlet Hastanesi'nde Cerrahi Servisler ve Yoğun Bakım Ünitelerinde geçici görevle çalıştı. 2005 yılında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı'na bağlı Kronik Yara Bakımı Yüksek Lisans programını bitirdi. 2000 - 2003 yılları arasında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Gözetmen Hemşire, 2000 - 2013 yılları arasında servis sorumlu hemşiresi olarak çalıştı. 2013 yılından itibaren aynı hastanede Hemşirelik Hizmetleri Müdürü olarak görev yapmaktadır. Evli ve 2 (iki) çocuk annesidir.

Sahip Olduğu Sertifikalar;

- II. Yara Bakım Sertifika Programı 16 - 19 Nisan 2008, Zonguldak. Yara Bakım Sertifikası
- İlk Müdahale Eğitimi, 25-26 Ağustos 2008, Kocaeli

Katıldığı Kongre/Sempozyum/Kurslar;

- Zonguldak Karaelmas Üniversitesi 1. Ulusal Yatağa Bağımlı Hasta Bakımı Kongresi, 27-29 Haziran 2008.
- Hasta Bakımı ve Hasta Güvenliği Kongresi, 03-06 Haziran 2010, Zonguldak
- ZKÜ Hemşirelik Haftası Sempozyumu, 13 Mayıs 2013, Zonguldak.
- Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik bölümü Klinik Öğretim İşbirliği Workshop, 28 Mart 2016, Zonguldak.
- BEÜ Hemşirelik Haftası Sempozyumu, 13 Mayıs 2016, Zonguldak.
- BEÜ Hemşirelik Haftası Sempozyumu, 12 Mayıs 2017, Zonguldak.
- BEÜ Hemşirelik Haftası Sempozyumu, 12 Mayıs 2017, Zonguldak.
- Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar. 11 Aralık 2017. Karabük.

- 21.Ulusal Cerrahi ve 16. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, 11-15 Nisan 2018, Antalya.
- BEÜ Hemşirelik Haftası Sempozyumu, 14 Mayıs 2018, Zonguldak.
- Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü, HAP (Hastane Afet ve Acil Durum Eğitimi) Eğitimi Kursu, 08-09-10 Ocak 2019, Zonguldak.

Bildiriler;

- 21. Ulusal Cerrahi ve 16. Cerrahi Hemşireliği Kongresi. Acil Birime Başvurup Safra Kesesi Cerrahisi Geçiren Hastalarda Beslenme ile ilgili riskin ve Etkilerinin Belirlenmesi, 11-15 Nisan 2018, Antalya.

