



**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**MASTEKTOMİ SONRASI FANTOM MEME SENDROMUNA**  
**İLİŞKİN HEMŞİRELERİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**NURSEL BAĞDATLI**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Dr. Öğr. Üyesi YELİZ KAYA**

**2018**





**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**MASTEKTOMİ SONRASI FANTOM MEME SENDROMUNA  
İLİŞKİN HEMŞİRELERİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**NURSEL BAĞDATLI**

**TEZ DANIŞMANI**

**Dr. Öğr. Üyesi YELİZ KAYA**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

Nursel BAĞDATLI 'nın Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Mastektomi Sonrası Fantom Meme Sendromuna İlişkin Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "**KABUL**" edilmiştir.

Tarih

11 /05 / 2018

Üye: Doç.Dr. Güler BALCI ALPARSLAN

Üye: Dr.Öğr.Üyesi Yeliz KAYA

Üye: Dr.Öğr.Üyesi Aysun TÜRE YILMAZ

Üye: Dr.Öğr.Üyesi Yavuz TOKGÖZ

Üye: Dr.Öğr.Üyesi Pelin PALAS KARACA

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 21/05/2018 tarih ve 1174/2018 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Enstitü Müdürü

1

## Özet

**Amaç:** Araştırma, mastektomi sonrası hastalarda görülebilen fantom meme sendromu hakkında hemşirelerin bilgi düzeylerini değerlendirmek ve çalışma sonuçları doğrultusunda bilgi düzeylerini geliştirmeye yönelik önerilerde bulunmak amacıyla gerçekleştirildi.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipte yürütülen araştırmanın örneklemini, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Bursa Devlet Hastanesi, Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi ve Eskişehir Devlet Hastanesi'nde çalışmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üzeri ve onamları alınan mastektomili hastaya bakım veren Genel Cerrahi Servisi, Medikal Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi Kliniği-Polikliniğinde çalışan 238 hemşire ile mastektomili hastaya bakım verme imkanı olmayan klinikler içinden kura yöntemi ile belirlenmiş Kulak Burun Boğaz, Beyin Cerrahi, Nöroloji ve Üroloji Servisinde çalışan 132 hemşire oluşturdu. Araştırmaya dahil edilecek hemşirelere araştırmacı tarafından hazırlanan Tanımlayıcı Bilgi Formu, yine araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Mastektomi sonrası fantom meme ağrısı ve fantom meme hissine ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek üzere Mastektomi Sonrası Fantom Meme Ağrısı ve Fantom Meme Hissine İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu kullanılarak anket uygulandı. Verilerin analizinde Shapiro Wilk Testi, Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis H Testi, Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Hemşire örnekleminin Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu toplam puan ortalama değeri  $10.35 \pm 7.37$  bulundu. Mastektomili hastaya bakım verme imkânı olan birimlerde çalışan hemşirelerin (Fantom +), mastektomili hastaya bakım verme imkânı olmayan birimlerde çalışan hemşirelerden (Fantom -) fantom meme sendromu ile ilgili bilgi düzeyi ileri derecede anlamlı olarak daha yüksek bulundu ( $p < 0.001$ ).

**Sonuç ve Öneriler:** Mastektomili hastaya bakım verme imkânı olan kliniklerde çalışan hemşirelerin fantom meme sendromu ile ilgili bilgi düzeyleri oranlarının iyi olduğu, mastektomili hastaya bakım verme imkânı olmayan kliniklerde çalışan hemşirelere göre bilgi düzeyleri oranlarının ileri derecede yüksek olduğu görüldü. Bu bağlamda; amputasyon bakımı ile uğraşan tüm sağlık personelinin, fantom ağrısının ve fantom hissinin önemli amputasyon sonrası komplikasyonlar olduğunun farkında olması, benzer araştırmaların çok merkezli bir planlama yapılarak, daha geniş ve homojen örneklem grupları ile uygulanması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Fantom, ağrı, his, amputasyon, hemşire, bilgi

## Summary

### **EVALUATION OF KNOWLEDGE LEVELS OF NURSES TO THE PHANTOM BREAST SYNDROME AFTER MASTECTOMY**

**Aim:** The research was carried out to evaluate the knowledge levels of the nurses about the phantom breast syndrome which can be seen in patients after mastectomy and to make suggestions to improve the knowledge level in line with the study results.

**Materials and Methods:** Related and non related clinics of Bursa Uludag University Medical Faculty Hospital, Bursa Public Hospital, Bursa Ali Osman Sönmez Oncology Hospital, Bursa Master Bachelor Research Hospital, Eskişehir Osmangazi University Hospital, Eskişehir Yunus Emre State Hospital and Eskişehir State Hospital are comprised at our research with authorization of their management. Volunteer nurses over eighteen years old are involved from hospitals declared above. 238 nurses sampling our research are from general surgery services and medical oncology and radio oncology services. Nurses of this group are possibly encountering mastectomy patients suffering from phantom breast syndrome. 132 nurses are issued from non related cerebral surgery, otolaryngology, neurology and urology services probably have no experience about mastectomy. Researchers dispensed related forms comprising definitive tests revealing experience of each nurse about mastectomy and phantom breast syndrome. Statistical methods of Shapiro Wilk Test, Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis H Test, Spearman Correlation Analyses are used to evaluate collected database.

**Results:** Experience level of participant nurses about phantom breast syndrome is scored mean value of  $10.35 \pm 7.37$ . Nurses working at units where mastectomy patients are treated have significantly better scores than nurses working at non related units. ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion and Proposals:** Database results reveal that, nurses serving at clinics for mastectomy patients are more vigilant about phantom breast syndrome comparing with nurses working at non related clinics had no experience about treatment of mastectomy. In conclusion, medical staffs that are responsible for amputation treatment should realize, phantom pain and phantom sensations are important complications after amputation treatment as specialized infirmity knowledge. This research can be extended with larger and more homogeneously sampled participants.

**Key words:** Phantom, pain, sensations, amputation, nurse, knowledge.

## İÇİNDEKİLER

<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. Problemin Tanımı ve Önemi</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2. Araştırmanın Amacı</b> .....	<b>2</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1. Meme Kanseri</b> .....	<b>3</b>
2.1.1.Meme kanseri tedavisinde mastektomi.....	4
2.1.1.1.Radikal mastektomi: .....	4
2.1.1.2.Modifiye radikal mastektomi:.....	4
2.1.1.3. Basit- Simple (Total) mastektomi: .....	5
2.1.1.4.Parsiyel mastektomi:.....	5
<b>2.2. Fantom Sendromu</b> .....	<b>5</b>
2.2.1.Fantom ağrısı .....	6
2.2.1.1.Fantom ağrısının epidemiyolojisi .....	6
2.2.1.2.Fantom ağrısının etyolojisi .....	7
2.2.1.2.1.Periferal faktörler.....	7
2.2.1.2.2.Merkezi sinir mekanizmaları .....	8
2.2.1.2.2.1.Omurilik düzeyindeki değişiklikler .....	8
2.2.1.2.2.2.Beyin seviyesinde değişiklikler .....	9
2.2.1.2.3. Psikojenik mekanizma .....	10
2.2.1.3. Doğal seyri ve klinik özellikler.....	11
2.2.2.Fantom hissi.....	11
<b>2.3.Fantom Meme Sendromu</b> .....	<b>13</b>
<b>2.4. Fantom Sendromunda Tedavi</b> .....	<b>17</b>
<b>2.5. Fantom Meme Sendromunda Hemşirenin Rolü</b> .....	<b>20</b>
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEMLER</b> .....	<b>21</b>
<b>3.1. Araştırmanın Şekli</b> .....	<b>21</b>

<b>3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı</b> .....	<b>21</b>
<b>3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi</b> .....	<b>22</b>
3.3.1. Araştırmanın evreni.....	22
3.3.2. Araştırmanın örnekleme.....	22
<b>3.4. Verilerin Toplanması</b> .....	<b>22</b>
3.4.1. Veri toplama araçları .....	22
3.4.1.1.Tanımlayıcı bilgi formu.....	23
3.4.1.2.Mastektomi sonrası fantom meme ağrısı ve fantom meme hissine ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu.....	23
<b>3.5. Verilerin Analizi</b> .....	<b>27</b>
<b>3.6. Araştırmanın Etik Yönü</b> .....	<b>27</b>
<b>3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları</b> .....	<b>28</b>
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>28</b>
<b>4.1.Hemşirelerin Kişisel Özellikleri</b> .....	<b>28</b>
<b>4.2.Hemşirelerin Mesleki Özellikleri Ve Deneyimleri</b> .....	<b>30</b>
<b>4.3.Hemşirelerin Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Durumları</b> .....	<b>34</b>
<b>4.4.Hemşirelerin Fantom Meme Sendromu İle İlgili Bilgi Durumları İle İlişkili Özellikler</b> .....	<b>37</b>
<b>5.TARTIŞMA</b> .....	<b>40</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>49</b>
<b>KAYNAKLAR DİZİNİ</b> .....	<b>50</b>
<b>EKLER DİZİNİ</b> .....	<b>69</b>
<b>EK-1</b> .....	<b>69</b>
<b>EK-2</b> .....	<b>76</b>
<b>EK-3</b> .....	<b>78</b>
<b>EK-4</b> .....	<b>79</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>85</b>



## TABLO DİZİNİ

<b>TABLO 1.</b> MASTEKTOMİ SONRASI FANTOM MEME SENDROMUNA İLİŞKİN HEMŞİRELERİN BİLGİ DÜZEYLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU PUANI MADDE- TOPLAM PUAN KORELASYON KATSAYILARI VE CRONBACH ALFA DEĞERİ .....	<b>24</b>
<b>TABLO 2.</b> MASTEKTOMİ SONRASI FANTOM MEME SENDROMUNA İLİŞKİN FANTOM + HEMŞİRELERİN BİLGİ DÜZEYLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU PUANI MADDE- TOPLAM PUAN KORELASYON KATSAYILARI VE CRONBACH ALFA DEĞERİ .....	<b>25</b>
<b>TABLO 3.</b> MASTEKTOMİ SONRASI FANTOM MEME SENDROMUNA İLİŞKİN FANTOM - HEMŞİRELERİN BİLGİ DÜZEYLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU PUANI MADDE- TOPLAM PUAN KORELASYON KATSAYILARI VE CRONBACH ALFA DEĞERİ .....	<b>26</b>
<b>TABLO 4.1.</b> HEMŞİRELERİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİ.....	<b>29</b>
<b>TABLO 4.2.</b> HEMŞİRELERİN MESLEKİ ÖZELLİKLERİ VE DENEYİMLERİ...	<b>30</b>
<b>TABLO 4.3.</b> FMS İLE KARŞILAŞAN HEMŞİRELERİN DENEYİMLERİ.....	<b>31</b>
<b>TABLO 4.4.</b> HEMŞİRELERİN FANTOM MEME SENDROMUNA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİNİ DEĞERLENDİRME FORMU PUAN ORTALAMALARI .....	<b>34</b>
<b>TABLO 4.5.</b> YAŞ İLE FANTOM MEME SENDROMUNA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ DEĞERLENDİRME FORMU PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI .....	<b>37</b>
<b>TABLO 4.6.</b> DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE FANTOM MEME SENDROMUNA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ DEĞERLENDİRME FORMU PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI .....	<b>38</b>

## KISALTMALAR

<b>ABD</b>	:Amerika Birleşik Devletleri
<b>NMDA</b>	:N-Metil-D-Aspartat
<b>PLP</b>	:Phantom Limb Pain
<b>ALND</b>	:Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu
<b>TENS</b>	:Transkütan Elektriksel Sinir Uyarımı
<b>AT</b>	:Ayna Terapisi
<b>ESOGÜ</b>	:Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
<b>FMS</b>	:Fantom Meme Sendromu
<b>KBB</b>	:Kulak Burun Boğaz
<b>FANTOM (+)</b>	:Mastektomili Hastaya Bakım Verme İmkânı Olan
<b>FANTOM (-)</b>	:Mastektomili Hastaya Bakım Verme İmkânı Olmayan

# 1.GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, hastalığın getirdiği yük, ölüm tehlikesi ve görülme sıklığı bakımından önemli halk sağlığı sorunlarından biridir (Işık ve ark. 2016). Son otuz yıl içinde dünya genelinde kanserin beraberinde getirdiği yük 2 kattan daha fazla artış göstermiştir (Koruk ve ark. 2015). İncelendiğinde bu yükün önemli bir kısmını kadınlara ait meme ve jinekolojik kanserler oluşturmaktadır (Ayhan, 2013). Özellikle meme kanseri günümüzde gittikçe artma eğilimi göstermesinin yanı sıra; tedavisinde en çok kullanılan yöntemlerinden biri olan mastektominin de yaygınlaşmasına neden olmaktadır.

Cerrahi yöntem olan mastektomiden başka radyoterapi ve kemoterapi gibi yöntemler de tercih edilmektedir. Ancak bu yöntemler, hastanın yaşam süresini uzatma yönünde yarar sağlarken öte yandan yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek enfeksiyon, ağrı, ciltte yanık, depresyon, lenfödem, omuz ve kol hareketlerinde kısıtlılık, seroma, fantom meme ağrısı ve hissi gibi problemlere de neden olabilmektedir (Gümüş, 2006; Gürsoy, 2002; Demir, 2008).

Fantom meme sendromu, mastektomi sonrasında karşılaşılabilen, meme dokusunun halen var olduğuna dair algı ve meme bölgesinde ağrı yakınması ile tanımlanan bir bozukluk olup yaşam kalitesini ciddi boyutlarda etkileyebilen bir durumdur. Mastektomi sıklıkla uygulanan bir işlem olmasına karşın fantom meme sendromu hakkında bilgiler sınırlı olup patofizyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte mastektomi sırasında çeşitli sinirlere hasar verilmesi gösterilse de ruhsal etkenlerin de önemli ölçüde bu durumu tetiklediği düşünülmektedir (Ramesh, 2009; Spyropoulou ve ark. 2008).

Literatürde fantom meme sendromunun insidansı ile ilgili geniş bir veri yelpazesi bulunmakla birlikte çalışmalara bakıldığında; mastektomi sonrası hastaların yaklaşık %30.0-80.0'ında görüldüğü göze çarpılmaktadır (Christensen ve ark. 1982; Pieter ve ark. 2002; Pieter ve ark. 2007; Reilly ve ark. 2006; Raja ve ark. 2005). Daha önce yayınlanmış yirmidokuz çalışmanın yakın tarihli bir derlemesinde, fantom meme hissini ağırlıklı ortalama prevalansı %36.5, fantom meme ağrısı %10.9 olarak hesaplanmıştır ( Dijkstra ve ark. 2007).

Fantom meme sendromunun klinik özellikleri bireyden bireye farklılık göstermekle birlikte bu durumu yaşayan kadınlar, ağrı ve rahatsızlık, kaşıntı, uyuşma, iğne batması hissi, karıncalanma, basınç, keskin, yanma, ezme ve zonklama tarzında şikayetler tariflemektedir (Aglioti ve ark. 1994; Rothmund ve ark. 2004; Staps ve ark. 1985).

Mastektomi sonrası ortaya çıkabilen fantom sendromu, sağlık profesyonelleri tarafından önemli ölçüde az tanılanan ve kesin tedavi yöntemi standart olmayan bir durumdur. Fantom sendromu tedavisinde uygulanmış ve uygulanmaya devam eden çeşitli tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Analjezikler, kas gevşeticiler, antikonvulsanlar, antidepressanlar, lokal anestezipler, periferal sinir bloğu, rizotomi, sempatektomi, dorsal kök giriş sahası lezyonu, transkütan elektriksel sinir uyarımı (TENS), akapunktur, ayna terapisi, düşük seviyeli lazer tedavisi, hipnoz uygulaması ve fantom egzersizleri gibi farmokolojik ve girişimsel uygulamalar tedavi yöntemlerinden başlıcalarıdır. Ancak tüm bu tedavi yöntemlerine rağmen fantom meme sendromuna özgü bir tedavi türü bildirilmemiştir (Anaforoğlu, 2011; Buonocore, 2015; Ramesh ve ark. 2009).

Fantom sendromu, bu durumu yaşıyan hasta ve yakınları kadar bakım veren hemşireler için de oldukça güç ve zor bir durumdur. Fantom sendromunun yönetiminde amaç ağrı ve hissin azaldığı ya da tamamen ortadan kalktığı bilgisinin kadın tarafından ifade edilmesi olmalıdır. Mastektomi öncesinde ise; hastaya fantom meme sendromunun olası bir komplikasyon olduğu açıklanmalıdır. Görölme sıklığının değişken olabileceği, mastektomiden hemen sonra ortaya çıkabileceği gibi uzun süre sonra da ortaya çıkabileceği hem hastalara hem de yakınlarına açıklanmalıdır. Aksi takdirde hastalar fantom meme sendromu ile ilişkili yaşadıklarını paylaştıklarında yakınları tarafından garip ve farklı algılanabilecekleri endişesi ile bu durumu gizli tutabilmektedir. Bu durumun sadece psikolojik sebeplerle oluşmadığı altta yatan birçok fizyolojik faktörün de olabileceğine dikkat çekilip, şikayetleri olduğunda mutlaka sağlık personelinin bilgilendirmeleri istenmelidir (Anaforoğlu, 2011; Sinici, 2016; Yıldırım, 2014).

Fantom sendromu üzerine bu kadar yoğunlaşılmasına rağmen fantom meme sendromu yeteri kadar farkındalık oluşturamamaktadır. Bu sebeple hastanın bakım ve tedavisinde en çok zaman geçiren ve destek veren sağlık personeli olan hemşireler fantom meme sendromu belirtileri ve tedavisinde girişimsel ve girişimsel olmayan yöntemler konusunda bilgi sahibi olup hasta ve yakınlarına rehberlik etmelidir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, mastektomi sonrası hastalarda görülebilen fantom meme sendromuna ilişkin hemşirelerin bilgi durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Meme Kanseri

Kanser günümüzde önemli bir sağlık sorunudur ve dünyada her yıl 14 milyon yeni kanser vakası ortaya çıkarken bunların 8,2 milyonu kanserden ölmektedir. Dünyada ve ülkemizde kadınlarda en sık görülen ve öldüren kanser türü meme kanseri olup, her 4 kadından birinde görülmektedir (Ferlay ve ark. 2015).

Meme kanseri; meme dokusundaki hücrelerin kontrolsüz olarak çevre dokulara ve vücudun başka bölgelerindeki organlara ve dokulara yayılarak çoğalmayı sürdürmesi ile karakterize lokal ve sistemik bir hastalıktır (ACS. Breast cancer facts and figures 2009-2010).

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür ve gittikçe artma eğilimi göstermektedir ki tanı konulan her 4 kadın kanserinden 1'i meme kanseridir. Türkiye'de ise meme kanseri yüz binde 45.90 ile yine kadınlarda görülen kanserler arasında ilk sıradadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanser İstatistikleri, 2013). Meme kanseri tanısı alan kadın sayısı 2003 yılında 12.772 iken, 2012 yılında bu sayı 15.230'a yükselmiş ve 2015 yılı içerisinde meme kanserinden 3.853 kişinin öldüğü tespit edilmiştir (Aslan ve Gürkan 2007; Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).

Meme kanseri daha çok kadınlarla özdeşleştirilmesine rağmen, nadir de olsa erkeklerde de görülebilmektedir. 1998 yılında ABD' de 1600 meme kanserli erkek hasta saptanmış olup 400 kişi meme kanseri nedeniyle yaşamını kaybetmiştir (Greenlee ve ark. 2000). Erkeklerde meme kanseri sıklığı 60-69 yaş gruplarında, kadınlarda ise 45-54 yaşları arasında olup, dolayısıyla kadınlarda daha erken yaşlarda yoğunlaştığı saptanmıştır (Haydaroğlu ve ark. 2005). Türkiye'de 2010 yılında yapılan bir çalışmada; 77 vaka alınmış ve bunun %20.8'inin 30-39 yaş arasında olduğu bildirilmiştir. Bu bilgi meme kanserinin son yıllarda daha erken yaşlarda tespit edildiğini desteklemektedir (Rızalar ve Altay 2010). Bu verilerden de görüldüğü gibi sağlık bilimlerindeki ilerlemelere (Jamal, 2006), erken tanı yöntemlerinin gelişmesine (Jamal, 2006), toplumun bu konuda duyarlılığının artmasına (Lansky ve ark. 1985; Fava ve ark. 1982; Özkan, 1993) karşın, meme kanseri insan hayatını olumsuz etkilemeye ve tehdit etmeye devam etmektedir. Bu tehditin azaltılmasında topluma düşen en önemli görevlerden biri meme kanseri risklerinin ve risk gruplarının belirlenmesi ve tarama programlarının yaygınlaştırılmasıdır. Çünkü meme kanserinde tek bir risk faktöründen söz etmek mümkün değildir. Ayrıca doğurganlık ve menopoz yaşı, çocuk sayısı, beslenme alışkanlığı, sosyoekonomik durum, genetik ve kalıtsal nedenler, yaşam

tarzı ve çevresel etkenlerin önemi de göz ardı edilmemelidir (Topuz ve ark. 2003).

Meme, bazı toplumlar tarafından cinsellik, kadının fiziksel görünümü ve annelik açısından önemli bir organ olarak kabul edildiğinden meme kanseri tanısı almak kadın açısından fiziksel ve psikolojik yönden ciddi sorunlara sebep olabilmektedir (Gümüş, 2006; Köşger ve Sönmez 2015). Hastalığın tekrarlama riski, ölüm korkusu, beden algısının bozulması, kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğın ve cinselliğın kaybı ile ilgili korku ve endişeler tanı ve tedaviden sonra yıllar geçse de devam etmektedir (Akyolcu 2008, Reich M ve ark. 2008). Özellikle tedavi sürecinin beden imajı üzerine yaptığı değişiklikler kadını olumsuz etkileyebilmektedir. Ortalama 1.5 yıldır meme kanseri ile yaşayan 125 kadın üzerinde yapılan bir araştırmada, total mastektominin beden algısını bozduğu ve cinsel problemlere neden olduğu bildirilmiştir (Ö. Önen-Sertöz ve ark. 2004). Meme kanseri hastalarında yaşam kalitesini araştıran çalışmada, mastektomi yapılan hastaların beden imajı skorlarının düşük olduğu, cinsel açıdan kendilerini aktif hissetmedikleri, özgüven kaybı, dış görünüşlerinden hoşnut olmadıkları ve kendilerini daha az çekici hissettikleri ortaya çıkmıştır (J. Engel ve ark. 2004). Yine yapılan başka bir çalışmada, total mastektomi ve meme koruyucu tedavinin etkileri karşılaştırılmış olup, total mastektominin kadınların beden imajı üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (N. Yılmaz ve ark. 1993).

### **2.1.1.Meme kanseri tedavisinde mastektomi**

Meme kanseri tanısı alan kadınlarda, en sık kullanılan tedavi yöntemlerinden biri cerrahi yoldur (Uçar ve Uzun 2008). Cerrahi seçenek olan mastektomi, memenin tümüyle çıkarılması işlemidir (Dagoglu, 2002; Berkarda, 2000). Meme bölgesine daha önceden radyoterapi uygulanması, gebelik, aynı memede birbirine uzak kitleler bulunması, tümörün 5 cm'den büyük olması, küçük memede büyük tümör bulunması ve lumpektominin kontrendike olduğu durumlarda mastektomi uygulanmaktadır (Güllüoğlu ve İplikçi 2003).

Meme kanseri tedavisinde uygulanan mastektomi çeşitleri radikal mastektomi, modifiye radikal mastektomi, simple (total) mastektomi ve parsiyel mastektomi olarak sıralanabilir.

**2.1.1.1.Radikal mastektomi:** Meme dokusunun tamamı, meme ucu, aynı taraf aksiller lenf nodülleri ile beraber meme dokusu altındaki göğüs duvarının kasları da (M. Pectoralis Major/Minör) alınır.

**2.1.1.2.Modifiye radikal mastektomi:** Günümüzde en yaygın yapılan ameliyat türüdür. Tüm memenin, meme ucu, areola ve aynı taraftaki aksiller lenf nodüllerinin çıkarılması işlemidir. M. Pectoralis majör ve M. Pectoralis minör kaslarına dokunulmaz.

**2.1.1.3. Basit- Simple (Total) mastektomi:** Meme derisi ve meme ucu ile birlikte memenin tamamı alınır. Bu operasyonda lenf nodülleri çıkarılmaz.

**2.1.1.4. Parsiyel mastektomi:** Koltuk altı lenf bezlerinden birkaçının, areola, meme ucu ve meme altındaki kasları örten zar tabakasının çıkarılması işlemidir (Ünal ve ark. 2002, H.Uzkeser 2009, H. Ünal 2003, T. Dağoğlu 2002, M.Keçer ve O.Asaoğlu 2003).

Tüm cerrahi girişimlerde olduğu gibi mastektomi sonrasında da birçok fiziksel ve psikososyal sorunlar yaşanmaktadır (Ünal ve ark. 2002; ACS. Breast Cancer Facts and Figures 2009-2010). Mastektomi ile kadınların vücut bütünlüğü bozulduğundan; çekiciliği kaybetme, cinselliğin bitmesi gibi düşünceler nedeniyle beden imajında bozulma, benlik saygısında azalma, cinsel işlev bozukluğu, kaygı durumunun artması, nüks olasılığına bağlı korku, öfke ve gerginlik gibi çeşitli psikolojik problemler görülebilmektedir (Gümüş, 2006; Yıldız, 2010; Okanlı, 2004; Vahabi, 2003; Arıkan, 2000; Çavdar, 2006). Ayrıca memenin ameliyatla alınması birçok kadında depresyona da neden olmaktadır (Aygin ve Durat 2005; Kurul ve ark. 2007). Bölükbas ve Çevik' in (1999), mastektomili hastalarda depresyon düzeylerini inceledikleri çalışmada, kadınların mastektomi sonrası orta derecede depresyon yaşadıkları saptanmıştır. Bununla birlikte, 20-30 yaş grubunda, ailesinden destek görmeyenlerde, ilkökul mezunlarında, mastektomi öncesi fiziksel görünümünden memnun olmayanlarda depresyon düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Bölükbaş ve Çevik 1999).

Memenin toplumda cinsel simge olarak algılanması nedeniyle mastektomi sonrası yaşanan en önemli sorunlardan biri de beden imajının bozulması ve cinsel işlev bozukluğudur (Aygin ve Durat 2005; Çavdar, 2006). Yapılan araştırmalarda mastektomili kadınların beden imajlarını olumsuz algıladıkları, kendilerini çekici ve kadınsı bulmadıkları, cinsel eş arasında uyumsuzluk yaşadıkları ve bu doğrultuda yaşam kalitelerinin düştüğü saptanmıştır (Broeckel ve ark. 2002; Engel ve ark. 2004; Fobair ve ark. 2006; Holmberg ve ark. 2001; Yeo ve ark. 2004).

Tedavide cerrahi yöntemlerden başka radyoterapi ve kemoterapi gibi yöntemler de hastanın beklenen yaşam süresini uzatarak yarar sağlamakta ancak çoğu zaman yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek enfeksiyon, ağrı, ciltte yanık, depresyon, lenfödem, omuz ve kol hareketlerinde kısıtlılık, seroma, fantom meme ağrısı ve hissi gibi problemlere neden olabilmektedir (Gümüş, 2006; Gürsoy, 2002; Demir, 2008).

## **2.2. Fantom Sendromu**

Diş ekstraksiyonu, orşiektomi, penis ampütasyonu, mastektomi sonrası görülebilen en sık bir ekstremitenin ampütasyonu sonrasında

ortaya çıkabilen komplikasyonlardan biri olan fantom sendromu, gerek hastalar gerekse sağlık personeli tarafından çoğu zaman farkedilmeyen, ayırt edilmesi güç bir konu olmakla birlikte fantom sendromunda en sık karşımıza çıkan durumlar fantom ağrı ve fantom hissidir. Vücuttan herhangi bir organ yada ekstremitenin cerrahi veya travma sonucu çıkarılmasına rağmen hala varmış gibi algılanması kavramının ilk modern tanımı, 1552'de Ambrose Parre tarafından yapılırken; 1871'de Silas Weir Mitchell tarafından "hayali ağrı" kavramı olarak kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde halen kullanılan fantom ağrı diğer bir deyişle hayalet ağrı, çeşitli sebeplerden dolayı vücut bütünlüğü içerisinde yer almayan organ ya da ekstremitenin olduğu bölgede ağrı yaşanması durumu iken, fantom hissi organın ya da ekstremitenin hasta tarafından halen eski yerindeymiş gibi hissedilmesi olarak tanımlanmaktadır. (Bunocore 2015; Pieter ve ark. 2002; Probstner ve ark. 2010; (Alsancak ve Altınkaynak 2003; Laxmaiah ve Vijay 2004).

### **2.2.1.Fantom ağrısı**

Fantom ağrı, birçok nedenden dolayı tıp literatüründe ilgi gösterilen bir durumdur. Ağrının olmayan vücut bölümünde hissedilebileceğini kavramak zor olup; fantom ağrının kişilerin yaşam kalitesini düşürdüğü ve tıbbi bakım sürecini olumsuz etkilediği ve yönetilmesi güç bir ağrı sendromu olduğundan söz edilmektedir (Flor 2008; Hanley ve ark. 2006; Manchikanti ve Singh 2004). Bu nedenle fantom ağrı ile ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi önemlidir.

Fantom ağrı hastalar tarafından karıncalanma, iğnelenme, basınç, kramp, yanma, delici, bıçak saplanması gibi hissedilen kesici ağrı ve zonklama şeklinde tanımlanmaktadır. Bu belirtilerin yoğunluğu zamanla değişebilir ve bireysel farklılık gösterebilir (Probstner ve ark. 2010; Ramesh ve ark. 2009; Sinici 2016; Blankenbaker 1977). Ağrının ortaya çıkmasında bireysel, çevresel, fizyolojik ve psikolojik faktörlerin varlığı söz konusudur. Ayrıca yeterli kanıt olmamakla birlikte cinsiyet, genetik faktörler, mevsim değişiklikleri, anksiyete, depresyon, defekasyon, cinsel aktivite durumu, kişinin fantom ağrı üzerine odaklanması gibi durumların da ağrı üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir (Alsancak ve Altınkaynak 2003; Anaforoğlu 2011; Yıldırım, 2014; Hill 1999).

#### **2.2.1.1.Fantom ağrısının epidemiyolojisi**

Fantom ağrısı prevalansına ilişkin tahminler literatürde önemli farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıkların, araştırma tekniklerindeki farklılıklardan, örneklem seçimi ve fantom ağrı, fantom hissi ve güdük ağrısı kavramlarının hastalar tarafından ayırımının yapılamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Kalauokalani ve Loeser 1999; Borsje ve ark. 2004; Ehde ve ark. 2000). Fantom ağrının görülme sıklığı %49.0-83.0 arasında değişiklik göstermektedir (Kooijman 2000). İnsidans üzerine



yapılan çalışmada, amputasyondan hemen sonra fantom ağrı görülme oranı %84.0, fantom hissi %72.0, cerrahi tedaviden 6 ay sonra fantom ağrı %67.0, fantom hissi %90.0 olarak tespit edilmiştir (Jensen ve ark. 1983). Yine bir çalışmada, amputasyondan 1 yıl sonra fantom ağrı %61.0, 2 yıl sonra ise bu oran %59.0 olarak görülmüştür (Nikoljansen ve Jensen 2001). Avrupa'da yapılan muhtemelen en büyük saha taramasında, 1.088 ampute olan 1088 kişiye 62 sorudan oluşan bir anket uygulanmış olup 537 kişi tarafından doldurulmuştur. Cevap veren hastaların % 14.8'i fantom ekstremitte hissi, % 74.5'i fantom ekstremitte ağrısı yaşadığını belirtmiştir (Kern ve ark. 2009). Ülkemizde insidans ile ilgili yapılan diğer çalışmalara bakıldığında; alt veya üst ekstremitte ampütasyonu geçirmiş 147 hasta üzerinde yapılan araştırmada, üst ekstremitte ampütasyonu geçiren hastaların %60.0'ında fantom ağrısı, %70.7'sinde fantom hissi, alt ekstremitte ampütasyonu geçiren hastaların ise %65.8'inde fantom ağrı, %75.6'sında fantom hissi tespit edilmiştir (Uğur ve ark. 2007). Yine 254 amputasyon geçirmiş hasta üzerinde yapılan çalışmada, hastaların %20.0'inde fantom ağrı, %79.9'unda da fantom hissi olduğu tespit edilmiştir (Erbahçeci ve ark. 1995).

Fantom ağrısının görülme insidansları arasındaki farklılıkların bir sebebi de ampute edilmiş bireylerin kendilerine akıl hastası olarak düşüncelerinden korktukları için ağrılarını söylemekten kaçınmaları olduğu belirtilmiştir ( Sherman ve Sherman 1985). Bu sebep de hastaların fantom ağrı hakkında yetersiz bilgiye sahip olduklarını açıkça göstermektedir.

### **2.2.1.2.Fantom ağrısının etyolojisi**

Fantom ağrısının fizyopatolojisi halen kesin olarak açıklanamamış olmakla beraber, merkezi ve periferik sinir sisteminin ağrının oluşumu üzerinde rol oynadığı şeklindedir. Psikolojik faktörlerinde fantom ağrının seyri ve şiddetini olumsuz etkilediği bildirilmiştir. (Weeks ve ark. 2010; Manchikanti ve Singh 2004; Hill 1999). Bununla birlikte, teorilerin hiçbiri bağımsız olarak bu klinik özellikleri tam olarak açıklamamaktadır. Fantom ağrı fizyopatolojisini açıklamaya klinik deneyler ve deneysel olarak birtakım klinik çalışmalar katkıda bulunmuştur. Bu deneysel verilerde ampute insanlar mevcut olmayıp, birçok hayvan deneyi parsiyel sinir hasarı modeli üzerine dayanmaktadır. Fantom ağrının altında yatan mekanizmaların anlaşılması muhtemelen yeni ve kesin tedavi yöntemlerine yol gösterecektir (Nikolajsen ve Jensen 2001).

#### **2.2.1.2.1.Periferik faktörler**

Amputasyon periferik sinir aksonlarının parçalanması ve C-liflerinin ve demiyelinize edilmiş A liflerinin büyütülmüş, düzensiz uçları olan nöromaların oluşumuyla sonuçlanır (Flor ve ark. 2006; Kearsley ve Neil 2011). Bu nöromalar, mekanik veya kimyasal uyarımı takiben spontan ve

anormal uyarılmış aktivite gösterirler. Çevreden ektopik ve artmış spontan ve uyandırılmış aktivite, sodyum kanallarının yeni bir ifadesi veya upregülasyonunun bir sonucu olarak kabul edilir. Sinir uçlu nöromalarda mekanik veya nörokimyasal uyarı sonrasında periferik spontan ve anormal uyarılmış aktivite gözlenir (Wall ve Gutnick 1974; Devor ve Seltzer 1999). Bu artan aktivitenin, yeni bir sodyum kanalı ekspresyonu veya upregülasyonunun sonucu olduğu kabul edilir (Devor ve ark. 1993; Novakovic ve ark. 1998). Nöromların iyon kanal fonksiyonundaki köklü değişikliklerden kaynaklandığı düşünülen anormal spontan ve uyarılmış aktivite gösterdiği gösterilmiştir. Değiştirilmiş sodyum kanalı ekspresyonu, özellikle bu süreçle ilişkilendirilmiştir. Dorsal kök ganglion hücrelerinde anormal spontan aktivite gösteren ve mekanik ve kimyasal uyarılara duyarlılığı arttıran değişiklikler de vardır (Kearsley ve Neil 2011). Böylece, nöromlar ve dorsal kök gangliyon hücre cisimlerinden anormal aktivite, ağrı da dahil olmak üzere fantom uzuv algılamasına katkıda bulunabilir. Bu anormal çevresel aktivitenin fantom ağrı da dâhil olmak üzere güdük ağrısının potansiyel bir kaynağı olduğu düşünülmektedir (Flor ve ark. 2006). Sodyum kanallarını bloke eden ilaçlarla fantom ağrısının azaltılmasını bildiren çalışmalar bu teoriyi daha da desteklemektedir (Karanikolas ve ark. 2011; Borghi ve ark. 2010).

Sempatik sinir sistemi özellikle fantom ağrıyı sürdürmede önemli bir rol oynar. Hayvan çalışmalarından, norepinefrin uygulamasının veya postgangliyonik sempatik sinir liflerinin aktivasyonunun normal sinir lifleri hasar görmesine rağmen duyarlılaştığı bilinmektedir (Devor ve ark. 1994). Sempatotik bloklar nöropatik ağrıyı ortadan kaldırabilir ve sempatik bir blok sonrasında ağrısı olan hastalarda ağrı, ciltte norepinefrin enjeksiyonu ile yeniden canlandırılabilir (Torebjork ve ark. 1995). Ekstremitte amputasyonundan çok sonra, bir güdük nöroması çevresinde norepinefrin enjeksiyonunun yoğun olarak ağrılı olduğu rapor edilmiştir (Chabal ve ark. 1992).

## **2.2.1.2.2.Merkezi sinir mekanizmaları**

### **2.2.1.2.2.1.Omurilik düzeyindeki değişiklikler**

Sinir yaralanmasından sonra anormal spontan aktivite ve mekanik ve termal uyarılara abartılı tepki ile karakterize omurilik nöronlarının heyecanlanmasında bir artış vardır. Dorsal boynuz sinir hücrelerinin duyarlılığı, amputasyon alanındaki artmış ağrılı uyarıya yanıt olarak ortaya çıkar ve glutamat ve nörokininler gibi pro-nosiseptif ajanların salımıyla gerçekleşir. Bu aşırı duyarlılık mekanik hiperaljezi ve çevresel alıcı alanın ekspansiyonu olarak kendini gösterebilir (Doubell ve ark. 1999).

Omurilik duyarlılığı fenomeninin anahtarı, N-metil D-aspartat (NMDA) reseptör aracılı sistemlerde artmış aktiviteyi içerir ve merkezi

sensitizasyonun birçok yönü, NMDA reseptörü antagonistleri tarafından azaltılabilir (Doubell ve ark. 1999). Bu sistemler nöronal plastisite fenomeninde önemlidir, böylelikle spinal kord içindeki farklı tabakalardaki bitişik afferent nöronlarla yeni çapraz bağlantılar oluşturarak belirli bir nöronun alıcı alanı genişlemektedir. P maddesi ve kalsitonin geni ile ilgili peptid gibi diğer nörotransmitterler de bu sürece dahil edilmiştir (Kearsley ve Neil, 2011).

Ampute periferik sinirin proksimal bölümündeki aksonal filizler omuriliğin alıcı alanındaki nöronlarla bağlantıları oluşturur. Omurilikte, ağrı yayılımından sorumlu olmayan bazı nöronlar, nosiseptif afferent girdilerin iletilmesinde rol alan omuriliğin dorsal boynuzunun II. Lamina'sına da filizlenirler (Flor ve ark. 2006; Dickinson ve ark. 2010). Bunu, artmış nöronal aktivite, nöronal alıcı alanın genişlemesi ve diğer bölgelerin aşırı uyarılabilme yeteneği izler. Bu işleme merkezi hassasiyet denir. Bu işlem sırasında, spinal kordun dorsal boynuzunda P maddesi, taşikininler ve nörokininler gibi nörotransmitterlerin aracılı NMDA reseptörlerinde aktivitede bir artış vardır. Bunu "rüzgar enerjisi olayı" adı verilen ve bölgedeki bu reseptörlerin yukarı doğru düzenlendiği bir fenomen izler (Baron 2006). Bu işlem, merkezi nosiseptif nöronların ateşleme modelinde bir değişiklik getirir. Supraspinal merkezlerden indirekt inhibisyon için spinal seviyedeki hedef nöronlar kaybolabilir. Omurilik seviyesinde yerel intersegmental inhibisyon mekanizmalarında bir azalma olabilir, bu da spinal disinhibisyon ve supra spinal merkezlere ulaşan nosiseptif girintilere neden olur. Afferent girdinin olmaması ve omuriliğin seviyesinde değişiklikler, PLP'nin oluşumuyla sonuçlanacaktır (Costigan ve ark. 2009; Bee ve Dickenson 2008).

### **2.2.1.2.2.2.Beyin seviyesinde değişiklikler**

Kortikal yeniden düzenleme, son yıllarda fantom ağrının varlığı veya gelişimi için en sık belirtilen sebeptir. Kapsamlı deneysel kanıtlar somatoduyu ve motor kortekslerin ekstremiteyi amputasyonundan sonra nevroplastik değişikliklere uğradığını göstermiştir (Chen ve ark. 2002; Flor ve ark. 2006; Hall ve ark. 1990; Mackert ve ark. 2003). Literatür, yeniden organizasyon sırasında, kesilen ekstremiteyi temsil eden kortikal alanlar, hem primer somatosensoryte hem de motor kortekste komşu temsil bölgeleri tarafından devralınır (Flor ve ark.2006; Baron ve ark. 2010; Ramachandran ve ark. 2010).

Kortikal reorganizasyonun süreci ve kapsamı, hem amputasyon hem de konuşma sonrasında hayvan ve insan modellerinde incelenmiştir. Kortikal yeniden düzenleme kısmen nöronların kümes bölgesindeki veya çevresindeki afferent nosiseptif uyarımın eksik ekstremitede sansasyon yarattığını açıklar (Weeks ve ark. 2010; Vartiainen ve ark. 2009). Kortikal reorganizasyonun kapsamı doğrudan ağrı derecesi ve sağlaştırılmış bölgenin boyutu ile ilişkili bulunmuştur. Çoklu görüntüleme çalışmaları,

daha yoğun fantom ekstremitte deneyimine sahip somatosensoryel korteks tutulumunun daha geniş ölçüde korelasyon göstermiştir (Weeks ve ark. 2010; MacIver ve ark. 2008; Spring 2010).

Fantom ağrının önerilen diğer bir mekanizması, 1912'de Head ve Holmes tarafından orijinal olarak önerilen "beden şeması" kavramına dayanır. Beden şeması, beyindeki tüm vücudun şablonu ve vücuttaki herhangi bir değişiklik gibi düşünülür. Bir amputasyon, bir fantom algısının algılanmasına neden olur (Head ve Holmes 1912). Beden şeması konseptinin daha da genişlemesi olan 1989'da Ronald Melzack tarafından önerilen "nöromatrix ve nevrogenature" hipotezi, beyinde somatosensoryal, limbik, görsel ve işitsel alanlar dâhil olmak üzere çeşitli alanlardan gelen sayısız girdiyi bütünleştiren bir nöron iletişim ağı olarak tanımlanmıştır (Melzack 1990). Bu sistemden gelen bildirimler, birey için özeldir ve vücut ve duygusu hakkında bilgiyi sağlayan bir nöral kimliktir. Bu nöromatriksin genetik olarak ve deneyimlerle şekillendiği düşünülmektedir. Amputasyon ile normal duyu aktivitenin olmaması ve hasarlı sinirlerin anormal sinir deşarjları ve aşırı aktivitesi sebebiyle ekstremitelerden nöromatrikse doğru anormal duyu girdisi oluşturmaktadır. Bu girdi fantom ağrının oluşumuyla sonuçlanan anormal bir nöroşirgen oluşturulmasına neden olur (Jensen ve ark. 1985; Wall ve ark. 1985; Lacoux ve ark. 2002; Melzack 1990; Melzack 1999).

Elektrofizyolojik çalışmalar, serebral kortekste nosiseptif spesifik nöronların ve geniş dinamik aralık nöronlarının varlığını belgelemektedir. Dorsal rizotomi olmuş bir maymunun somatosensoryel korteksinden elde edilen veriler kortikal yeniden düzenleme ile ilgili değişimleri sergilemiştir (Pons ve ark. 1991; Florence ve Kaas 1995). İnsanlarda magnetoensefalografik teknikler kullanılarak benzer bir yeniden düzenleme gerçekleştirilmiştir. İlginçtir ki, bu serebral yeniden düzenleme çoğunlukla fantom ağrısı olan hastalarda görüldü ve ağrı ile yeniden düzenleme derecesi arasında doğrusal bir ilişki vardı (Flor ve ark. 1998).

### **2.2.1.2.3. Psikojenik mekanizma**

Stres, kaygı, tükenme ve depresyonun fantom ağrısı şiddetlendirdiğine inanılmakla birlikte, psikojen kökenli olduğu varsayımı son literatürde desteklenmemiştir (Berger ve Bacon 2009). Kesitsel bir araştırmada, pasif başa çıkma stilleri ve katastrofik davranış ile karakterize kişilik özelliklerine sahip kişilerde amputasyonun anksiyete ve depresyondan bağımsız olarak fantom ekstremitte ağrı gelişimiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Richardson ve ark. 2007). Fantom ağrının hala hastanın kafasında olduğu fikri yaygın olup bu durum insidans ve prevalans verilerinde geniş bir sapmaya sebep olduğu tespit edilmiştir (Sherman ve ark. 1987). Psikolojik faktörlerin fantom ağrısı şiddetlendirdiği açıklanmıştır. Stresin fantom ağrının başlangıç ve alevlenmesiyle yakın bir ilişkisi olduğu ve bunun da sebebinin sempatik

sinir sistemi aktivitesi ve kas geriliminin artması olarak bildirilmiştir (Arena ve ark. 1990).

### **2.2.1.3. Doğal seyri ve klinik özellikler**

Fantom ağrı daha çok ekstremitte amputasyonu sonrası görülmekle birlikte meme, rektum, testis, penis, dil ve diş gibi vücut bölümlerinin cerrahi olarak çıkarılmasından sonra da karşımıza çıkabilir. Periferik veya santral sinirlerinin hasarının fantom ağrısına sebep olduğu kabul edilmektedir (Krane ve Heler 1995; Wilkins ve ark. 1998).

Amputasyondan sonra geçen sürenin fantom ağrı görülme sıklığı üzerine etkili olduğu bilinmektedir ancak bazı araştırmalar amputasyondan birkaç yıl sonra fantom ağrıda hafif bir düşüş olduğunu bildirirken, bazıları ise amputasyondan 2 yıl sonra bile fantom ağrı insidansının başlangıçtaki sonuçlara benzer çıkabildiğini göstermektedir. Ayrıca, amputasyon öncesi kronik ağrı varlığının amputasyondan sonra fantom ağrı riskini arttığına dair veriler de mevcuttur (Anaforoğlu 2011; Hanling ve ark. 2010; Laxmaiah ve Vijay 2004). Dolayısıyla, amputasyon öncesi ağrının yönetilmesi gerekliliği sonucuna varılarak çalışmalar buna yönelmiştir. Bu doğrultuda, Epidural anestezi, brakial pleksus blokajı, damar içi lidokain ve morfin verilmesi gibi uygulamaların etkinliği araştırılmaya başlanmıştır (Alsancak ve Altınkaynak 2003; Sharon 2010). Buna yönelik yapılan bir çalışmada, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası uygulanan epidural anestezinin fantom ağrıyı önlemediği fakat oluşan fantom ağrının şiddetini azalttığı belirtilmektedir (Gehling ve Tryba 2003). Alt ekstremitte amputasyonlarında fantom ağrısı sıklıkla ayak ve baldırlarda; üst ekstremitte amputasyonlarında ise sıklıkla parmaklarda ve bazen ön kolda görülmektedir (Cole ve ark. 2009; Nikolajsen ve Jensen 2001).

Fantom ağrısı, bireysel farklılık gösterebilen bir ağrı türüdür. Amputasyon sonrası kısa sürede ortadan kalkabileceği gibi uzun yıllar sürerek, aralıklı bir seyir de izleyebilmektedir. Hastalar tarafından ağrı; karıncalanma, iğnelenme, kramp, yanma, delici, bıçak saplanması gibi hissedilen kesici ağrı ve zonklama şeklinde tanımlanmaktadır. Ağrı, bazı vakalarda devamlı ya da gün içinde alevlenme dönemleri şeklinde birbirini izleyen periyotlarla, bazı vakalarda ise rastgele aralıklarla seyrek veya daha sık olarak karşımıza çıkabilmektedir (Probstner ve ark. 2010; Ramesh ve ark. 2009; Sinici,2016; Saris ve ark. 1985).

### **2.2.2.Fantom hissi**

Fantom hissi ilk olarak 1552 yılında Ambroise Pare tarafından tanımlanmış olup tuhaf, şaşırtıcı ve korkunç bir şey olduğu, bireylerin ampute bacağın aylarca veya aylar sonra bile acısından şikâyet ettiğini belirtmiştir (Keil, 1990).

Fantom hissi fantom ağrısı gibi amputasyon sonrasında bireylerde karşımıza çıkan durumlardan birisidir ve bireylerde, ampute edilen organ ya da ekstremitenin amputasyon öncesi hacim, uzunluk ve şeklinin eskisi gibi hissedilmesi, sıcak, soğuk, elektrik çarpması, kaşıntı, uyuşma gibi belirtilerin yaşanması şeklinde tanımlanabilmektedir (Anaforoğlu, 2011; Kooijman ve ark. 2000). Fantom hissini amputasyondan sonra ilk yıl içinde azalma veya kaybolma eğiliminde olduğu bu yüzden de hasta için fantom ağrısı kadar sorun oluşturmadığı belirtilmektedir (Kooijman ve ark. 2000; Raja ve ark. 2005). Yapılan bir çalışmada, fantom hissinde en yaygın görülen belirtiler kaşınma, soğukluk hissi, dokunuluyor gibi hissedilmesi şeklinde tanımlanmıştır (Uğur ve ark. 2007). Başka bir çalışmada ise fantom hissini en yaygın belirtileri soğukluk hissi, elektriklenme ve fantom ekstremitenin hareket etmesi olarak tespit edilmiştir (Kooijman ve ark. 2000). Bu belirtilerin yoğunluğu ve zamanı değişebilir ve bireyler için farklı anlamlara gelebilir (Sicuteri, 1985; Carlen ve ark. 1978; Brown, 1968; Blankenbaker, 1977; Frazier, 1966; Weiss, 1956; Jensen ve ark.1983; Riddock, 1941; Haber, 1958; Kronholm, 1951).

Fantom hissi ve fantom ağrısı başta ampute ekstremitte parçasının tamamında hissedilirken, zamanla hissini distale doğru yer değiştirmesi teleskopun parçalarının iç içe geçip kışalmasına benzetilerek "telescoping – teleskop benzeri" olarak adlandırılmıştır (Haber, 1995; Jensen ve ark. 1984).

Fantom hissi ampute bireyler tarafından o kadar gerçek hissedilmektedir ki fantom ekstremitte ile durmaya, yürümeye, basmaya çalışıldığı ve ekstremitenin hareket halinde olduğu hissi tanımlanmaktadır (Melzack, 1989; Dorpat, 1971; Reilly ve ark. 2006). Bazı bireyler istedikleri gibi fantom ekstremitelerine hareket ettirebildiklerini belirtirken buna karşın bazı vakalarda fantom ekstremitelerine hakim olamadıklarını ve kontrol altına alamadıklarını belirtmişlerdir (Ramachandran ve Blakeslee 1998).

Literatürde daha çok fantom ağrı üzerine yapılan çalışmalar mevcut iken fantom hissini şiddetinden bahsedilen çalışmalar sınırlı kalmaktadır. Fantom hissini amputasyondan sonra ilk yıl içinde azalma veya kaybolma eğiliminde olduğu bu yüzden de hasta için fantom ağrısı kadar sorun oluşturmadığı belirtilmektedir (Kooijman ve ark. 2000; Raja ve ark. 2005). Erbahçeci ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ikiyüzlü dört ampute bireyde % 79.92'sinde fantom hissi yaşadığı tespit edilmiştir (Erbahçeci ve ark.1995).

Fantom hissi ve fantom ağrısının birbiriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Kooijman ve arkadaşları tarafından yapılan yakın tarihli bir çalışmada fantom hissi yaşayan 37 hastanın 36'sında fantom ağrısı

mevcuttu ancak yalnızca fantom hissi yaşamayan onyediyi kişiden birinde fantom ağrı tespit edilmiştir (Kooijman ve ark. 2000). Başka bir çalışmada da ampute edilmiş bireylerin yaklaşık % 60.0-80.0'inde fantom hissi yaşandığı ve büyük çoğunluğunda fantom ağrısı ile birlikte hissedildiği belirlenmiştir (Sherman ve ark. 1984).

### **2.3.Fantom Meme Sendromu**

Önceleri kanser korkutucu ve inanılmaz bir durum iken, sağlık alanında ve teknolojiye yaşanan hızlı gelişmeler, modern diagnostik ve terapötik yöntemlerin ortaya çıkması ile birlikte hayatta kalma oranı artma eğilimi göstermiş olup, bu doğrultuda hastaların yaşam kalitelerinin de artırılması amaçlanmaktadır. Bu bağlamda tedaviden kaynaklanan komplikasyonlara olan hassasiyet artmıştır. Fantom meme sendromu meme kanseri cerrahi tedavisi olan mastektomi sonrasında karşılaşılabilen, meme dokusunun halen var olduğuna dair algı ve meme bölgesinde ağrı yakınması ile giden bir bozukluktur (Kroner ve ark. 1989; Kroner ve ark. 1992; Jarvis, 1967; Jamison ve ark. 1979; Ramesh ve ark. 2009; Spyropoulou ve ark. 2008). Yaşam kalitesini ciddi boyutlarda etkileyebilen ve mastektomi sonrası ortaya çıkabilen komplikasyonlardan biri olan fantom meme sendromu, gerek hastalar gerekse sağlık personeli tarafından çoğu zaman farkedilmeyen, ayırt edilmesi güç bir konu olmakla birlikte fantom sendromunda en sık karşımıza çıkan durumlar fantom ağrı ve fantom hissidir (Alsancak ve Altınkaynak 2003; Laxmaiah ve Vijay 2004).

Bu zamana kadar yapılan çalışmalarda fantom sendromu daha çok bir ekstremitenin amputasyonunda araştırma konusu olmuş olup son zamanlarda diğer vücut parçalarının (meme, penis, diş...) amputasyonunu da kapsayacak şekilde araştırmalar genişletilmiştir (Flor ve ark. 2003; Macrae, 2001; Marchettini ve ark. 2001; Nikolajsen ve Jensen 2001).

Mastektomi sıklıkla uygulanan bir işlem olmasına karşın fantom meme sendromu hakkında bilgiler sınırlıdır. Birçok araştırmacı bu sendromu tanımlamasına rağmen (Ackerly ve ark.1955; Bressler ve ark.1955; Christensen ve ark. 1982; Crone-Munzebrock ve ark. 1950; Jamison ve ark. 1979; Jarvis, 1967; Simmel, 1966; Staps ve ark. 1985; Weinstein, 1969; Weinstein ve ark. 1970) patofizyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte mastektomi sırasında çeşitli sinirlere hasar verilmesi gösterilse de ruhsal etkenlerin de önemli ölçüde bu durumu tetiklediği düşünülmektedir. Ancak bu konuda yeterli çalışma bulunmamaktadır (Ramesh ve ark. 2009; Spyropoulou ve ark. 2008).

Literatürde fantom meme sendromu prevalansı verileri bulunmaktadır. Çalışmalara bakıldığında mastektomi sonrası hastaların

yaklaşık %30.0-80.0'inde görüldüğü göze çarpmaktadır (Christensen ve ark. 1982; Pieter ve ark. 2002; Pieter ve ark. 2007; Reilly ve ark. 2006; Raja ve ark. 2005). Daha önce yayınlanmış 29 çalışmanın yakın tarihli bir derlemesinde, fantom meme hissinin ağırlıklı ortalama prevalansı %36.5, fantom meme ağrısı %10.9 olarak hesaplanmıştır (Dijkstra ve ark. 2007).

Bir çalışmada 39 mastektomili hasta üzerinde araştırma yapılarak 9 kadında yani %23.0 oranında fantom meme sendromunun bulunduğu bildirilmiştir (Bartholomay, 1991). Başka bir çalışmada, 105 kadından meme cerrahisi tedavisi gören 24 kadın (%22.8) arasında fantom meme sendromu teşhis edildi (Becker ve ark. 2008). Bir başka çalışmada meme cerrahisi uygulanan 28 hastanın 16'sında (%57) hayali meme sendromu bildirilmiştir (Baron ve ark. 2000). Björkman ve ark. nın tez çalışmasında, fantom meme sendromu, örneklemin %40.0'ında bulunmuştur (Björkman ve ark. 2008). Yapılan bir çalışmada, mastektomi sonrası hastaların %10.0 ile %66.0 arasında fantom meme hissi ve %0 ile %53.0 arasında da fantom meme ağrısı yaşadığı tespit edilmiştir (Reuben ve ark. 2004). Kroner ve ark. Danimarkalı mastektomi geçiren kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada ise; fantom meme sendromu %25.8 olarak belirtilmiştir (Kroner ve ark. 1988).

Mastektomi sonrası ortaya çıkabilen fantom sendromu, sağlık profesyonelleri tarafından önemli ölçüde az tanılanan ve kesin tedavi yöntemi standart olmayan bir durumdur. Bu durumu yaşayan kadınlar, ağrı ve rahatsızlık, kaşıntı, uyuşma, iğne batması hissi, karıncalanma, basınç, keskin, yanma, ezme ve zonklama gibi şikayetler tariflemektedir (Aglioti ve ark. 1994; Rothmund ve ark. 2004; Staps ve ark. 1985; Kroner ve ark. 1989; Staps ve ark. 1985; Kvekkeboom, 1996). Björkman ve ark yaptığı çalışmada toplam örneklemin %50.0'ında fantom meme sendromu tespit edilmiş olup kadınlar sendromu rahatsız edici, bir tür acı, meme ucunda kaşıntı, anlık elektrik çarpması gibi tahrip edici bir karakterde tarif etmişlerdir (Björkman ve ark. 2008).

Sendrom, mastektomiden sonra bir yıldan daha uzun bir süre içinde başlayıp, ameliyattan yıllar sonra da devam edebilen bir durum olarak karşımıza çıkabilmektedir (Pieter ve ark. 2007; Ramesh ve ark. 2009). Bununla ilgili olarak yapılan bir çalışmada, kadınların %28'inde mastektomi sonrası erken dönemde, %38.0'ında ise ilk üç ayda fantom meme sendromunun başladığı tespit edilirken (Staps ve ark. 1985), başka bir çalışmada ise, fantom meme sendromu tanısı alan hastalar ortalama ameliyatlarından dokuz yıl sonra yeniden değerlendirilmişler ve hastaların %52.0'ında hala sendromun devam ettiğini bildirmişlerdir (Macdonald ve ark. 2005).

Literatürde Taira ve ark. fantom meme sendromunun prevalansı ile ilgili yaptıkları araştırmasında mastektomiden üç hafta sonrasında %15.0, bir yıl sonra %11.8 ve altı yıl sonra yine %11.8 oranında sendrom ile



karşılaşmışlardır (Taira ve ark. 2011). Yakın tarihte fantom meme sendromunun görülme sıklığı ve klinik özellikleri üzerine 2004-2014 yılları arasında yapılan onbir yayının incelendiği literatür taramasında sendrom %23.0 (Bartholomay, 1991), %22.9 (Becker ve ark. 2008) ve %57.0 (Baron ve ark. 2000) oranlarında tespit edilmiştir. Literatürde farklı bazı araştırmalarda ise prevalans %35.0 (Kroner ve ark. 1989), %29.8 (Kudel ve ark. 2007), %23.3 (Lierman, 1988), mastektomiden 3 hafta sonrasında %25.8 (Markopoulos ve ark. 2010), bir ay sonrasında %13.6 (Poma ve ark. 1996), mastektomiden 1 yıl sonrasında ise %24.5 olarak belirtilmiştir (Markopoulos ve ark. 2010). Prevelans ile ilgili çalışmalara bakıldığında fantom meme sendromunun insidansında ve yoğunluğunda azalma olmadığı gibi yıllardır önemli bir sorun olarak kalmaktadır (Hsu ve Sliwa, 2004; Kroner ve ark. 1989).

Yapılan araştırmalarda fantom meme sendromunun meme başında ve göğüste daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Kudel ve ark. 2007; Simmel, 1966; Staps ve ark. 1985). Dilek Aygün ve ark. yaptığı literatür taramasında elde edilen sonuçlar bu bulgularla paralellik göstermiş olup fantom meme sendromunun çoğunlukla meme başında ve tüm memede görüldüğü tespit edilmiştir (Bartholomay, 1991; Becker ve ark. 2008; Hansen ve ark. 2011; Aygün ve Şen, 2017). Markopoulos ve ark.'nın çalışmasında ise; sendrom hastaların % 50.0'ında memenin tamamında lokalizedir; yalnızca % 29.2'sinde meme ucunda, %20.8'inde memenin sadece bir kısmında yaşanmakta olduğu belirtilmiştir (Markopoulos ve ark. 2010).

Fantom ekstremitte ağrısı ve hissi ile fantom meme ağrısı ve hissi arasında lokalizasyon, insidans ve başlangıç zamanı gibi çeşitli şekillerde farklılık bulunmaktadır. (Jensen ve ark. 1985; Jensen ve Rasmussen 1994; Kroner ve ark. 1989; Kroner ve ark. 1992; Rothmund ve ark. 2004). Ekstremitelerin amputelerinde fantom ağrısı prevalansı % 50.0 ile % 80.0 arasında değişirken, fantom hissi hemen hemen tüm hastalarda görülmekte olup (Flor, 2002; Jensen ve ark., 1985; Kooijman ve ark., 2000; Nikolajsen ve Jensen, 2001), meme ampütasyonundan daha sık karşılaşılan bir durumdur. Fantom ekstremitesinin insidansı zamanla azalma eğilimi gösterirken fantom meme, mastektomiden sonra 3-6 yıl sürekli bir insidans göstermektedir (Crone-Münzebrock, 1950; Kroner ve ark. 1989; Kroner ve ark. 1992; Jensen ve Rasmussen, 1994).

Ekstremitte ve meme amputeleri arasındaki bir diğer ilginç fark, fantom sendromunun lokalizasyonudur. Fantom ekstremitte sendromu fantom bacağın distal, özellikle sinirlendirilmiş bölümünde lokalize iken fantom meme sendromu meme ucunda ve tüm memede görülmektedir (Jensen ve Rasmussen, 1994; Kroner ve ark. 1989; Kroner ve ark. 1992; Downing ve Windsor 1984).

Fantom meme sendromu oluşumunda risk faktörlerinin araştırıldığı çalışmada, ellibir yaşından küçüklerde fantom meme sendromunun daha sık görüldüğünü tespit edilmiştir (Spyropoulou ve ark. 2008). Literatürde fantom meme sendromunun çoğunlukla altmış yaş altı kadınlarda (Rothemund ve ark. 2004; Simmel, 1966; Spyropoulou ve ark. 2003; Staps ve ark. 1985), görüldüğü belirtilirken Aygün ve Şen'in yaptıkları derlemede fantom meme sendromunun kırk yaşın altındaki kadınlarda sıklıkla görüldüğü belirtilmiştir (Corchado, 2006; Hansen ve ark. 2011). Daha önce yapılan birçok çalışmada fantom meme sendromunun genç hastalarda daha sık görüldüğü (Kroner ve ark. 1992; Jarvis, 1967; Jamison ve ark. 1979; Ackerly ve ark. 1955; Weinstein ve ark. 1970; Reuben ve ark. 2004; Christensen ve ark. 1982; Jamison ve ark. 1979; Jarvis, 1967; Simmel, 1966), tespit edilmiş olup Kroner ve ark. ise prevelans ile genç yaş arasında anlamlı bir ilişki olmasa da bir eğilimin söz konusu olduğunu belirtmişlerdir (Kroner ve ark. 1989). Staps ve ark.'nın (1985) yaptığı çalışmada menstruasyon, hava değişiklikleri ve cinsel uyarılma gibi durumların fantom meme sendromunu tetiklediği ancak emzirme öyküsü, aktif cinsel yaşama sahip olma ve radyoterapi gibi faktörlerin sendrom ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir (Staps ve ark. 1985). Yine araştırılan çalışmalarda kemoterapi / radyoterapi ile fantom meme sendromu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Bartholomay, 1991; Corchado, 2006; Fabro ve ark. 2012; Kroner ve ark. 1989; Markopoulos ve ark. 2010; Tasmuth ve ark. 1996). Başka çalışmalarda ise menstruasyon öyküsü, mastektomi tarafı veya kanser tedavisinin sendrom ile ilgisinin bulunmadığı tespit edilmiştir (Markopoulos ve ark. 2010; Christensen ve ark. 1982; Staps ve ark. 1985; Kroner ve ark. 1992; Kroner ve ark. 1989; Poma ve ark. 1996; Rothemund ve ark. 2004). Aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND) cerrahisi uygulanan kadınların daha fazla fantom meme hissine sahip olduğu bulunmuştur (Corchado, 2006). Başka bir çalışmada, fantom meme sendromlu hastalarının vücut kitle indeksleri ortalama olarak  $28 \pm 5$  bulundu ve örneklerin % 72.3'ü obez sınıflandırmada yer almaktadır (Khan ve ark. 2012). Başka bir çalışmada ise tedavi ve pre-mastektomi risk faktörleri ile ilişkili faktörlerin hiçbirinin fantom meme sendromu ile anlamlı olarak ilişkisi olmadığı bulunmuştur (Fabro ve ark. 2012). Ancak hastalar daha stresli, sinirli ve kızgın olduklarında fantom meme sendromunu daha fazla hissettiklerini belirtmişlerdir (Björkman ve ark. 2008).

Diğer ağrı sendromlarında olduğu gibi fantom meme ağrısı, kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, beden algısı ve cinsel işlevlerinde bozulmalar yaşamalarına sebep olabilen bir durumdur (Akechi ve ark. 2001; Christensen ve ark. 1982; Gümüş, 2006; Bredin, 1999). Yapılan birçok çalışmada hastalar, ağrının aktivite düzeylerini olumsuz etkilediğini, ev ve işyerinde günlük aktiviteleri yerine getirmede güçlük yaşadıklarını bildirmiştir. Ayrıca fantom meme sendromu yaşayan hastaların beden algısı ve cinsel işlevlerinde de bozulmalar yaşadığı görülmüştür (Akechi ve ark. 2001; Christensen ve ark. 1982; Tasmuth ve

ark. 1996). Fantom meme sendromu yaşıyan kadınların yaşam kalitesine üzerine yapılan çalışmada, rol fonksiyonunda azalma, uykusuzluk, saç dökülmesi, beden imajında bozulma ve tekrarlama korkusu yaşadıkları saptanmıştır (Fabro ve ark. 2012; Kroner ve ark. 1994; Björkman ve ark. 2012). Fantom meme ağrılı hastalarda belirgin bir depresyon, uyku bozukluğu ve anksiyolitik alımının arttığı görülmüştür. Fantom ağrısı olan hastalarda depresyon prevalansı çok yüksek bulunmuş olup, sırasıyla 6 hafta, 6 ve 12 ayda % 50.0, % 100.0 ve % 80.0, uyku bozukluğu da sırasıyla 6 hafta, 6 ve 12 ayda % 50.0, % 83.3 ve % 100.0 daha belirgin olduğu belirtilmiştir. Fantom meme ağrısını arttıran veya azaltan faktörlere bakıldığında; etkilenen tarafta yatma, giysilerin sürtünmesi, ağır egzersiz, ağır nesnelere kaldırılması fantom ağrısını arttıran faktörler iken, basınç uygulama, soğuk his, egzersiz yapma fantom meme ağrısının şiddetini azaltan faktörler olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada, fantom meme sendromunun düzenli olarak çalışan kadınlarda daha sık karşılaştığı tespit edilmiştir (Hansen ve ark. 2011).

## 2.4. Fantom Sendromunda Tedavi

Günümüzde fantom sendromu tedavisinde uygulanmış ve uygulanmaya devam eden çeşitli tedavi yöntemleri bulunmasına karşın kesin tedaviden bahsetmek henüz mümkün değildir. Tedavi yöntemlerinin etkinliğini inceleyen araştırmaların sayıca az olması ve kontrol grubu olmadan, geniş örneklemliler çalışmaların yetersiz olması fantom sendromu tedavisinde yeni yaklaşımların keşfedilmesini zorlaştırmaktadır (Nikolajsen ve Jensen 2001; Manchikanti ve Singh 2004; Flor, 2008). Analjezikler, kas gevşeticiler, antikonvulsanlar, antidepresanlar, lokal anestezi, periferik sinir bloğu, rizotomi, sempatektomi, dorsal kök giriş sahası lezyonu, transkütan elektriksel sinir uyarımı (TENS), akupunktur, ayna terapisi, düşük seviyeli lazer tedavisi, hipnoz uygulaması ve fantom egzersizleri gibi farmakolojik ve girişimsel uygulamalar tedavi yöntemlerinden başlıcalarıdır. Ancak bu yöntemlerin hiçbiri, tek başına ya da bir arada kullanıldığında fantom ağrısının yönetiminde tatmin edici sonuçlar vermemiş olup tüm bu tedavi yöntemlerine rağmen fantom meme sendromuna özgü bir tedavi türü bildirilmemiştir (Anaforoğlu, 2011; Buonocore, 2015; Ramesh ve ark. 2009; Casale ve ark. 2009; Cole ve ark. 2009). Fantom meme sendromu tedavisi hakkında çok az çalışma yapılmış olup fantom ekstremiteler ağrısının tedavisinde kullanılan tedavi yöntemlerinin uygulanması mantıklı görünmektedir (Hsu ve Sliwa 2004).

Fantom ağrısı farmakolojik ajanlarla tedavi edilmeye çalışılmakta fakat başarı oranı %30' u aşmamaktadır (Flor, 2008; Ketz, 2008). Antikonvulsan ilaç grubundan olan gabapentin fantom ağrısı tedavisinde oral yolla en sıklıkla kullanılan ilaç olup kimi hastalarda istenilen düzeyde etkili olamamaktadır (Casale ve ark. 2009). Rusy ve arkadaşları (2001) fantom ağrıları için gabapentin verilen 7 ampute hastayı 1,5 yıl boyunca

izlemiş 6 hastada ağrının giderilmesinde tamamen etkili olduğu bir hastada ise ciddi oranda azalma olduğunu tespit etmişlerdir (Rusy ve ark. 2011). Buna karşın gabapentinin fantom ağrısı üzerine etkinliğinin araştırıldığı bazı çalışmalarda ise ağrının şiddetinde bir azalma olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Nikolajsen ve ark. 2006; Smith ve ark. 2005).

Fantom ağrının farmakolojik tedavisinde kullanılan opioidler sıklıkla kullanılan bir diğer ilaç grubudur ve yapılan çalışmalarda olumlu sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Morfinin fantom ağrısı üzerine etkisini değerlendiren araştırmalar yapılarak önemli derecede ağrıda azalma izlenmiştir (Huse ve ark. 2001; Wu ve ark. 2002). Fantom meme ağrısı olan kadınların % 25.0'ı 6 hafta içinde morfin kullanırken % 20.0'ı oniki ayda morfin kullandıkları tespit edilmiştir (Hansen ve ark. 2011). Bergmans ve arkadaşları (2002) tarafından başka bir opioid grubu olan methadone etkisi incelenerek fantom ağrı üzerinde tolere edilebilir bir rahatlama bildirilmiştir (Bergmans ve ark. 2002). Lidokain ise sadece güdük ağrısının yönetiminde etkili bulunmuş olup fantom ağrısının giderilmesinde etkisiz kaldığı görülmüştür (Wu ve ark. 2002).

Fantom ağrısının ve güdük ağrısının yönetiminde etkili olan anestetik ilaçlardan ketamin ve memantin (N-metil D-aspartat antagonisti) merkezi sinir sisteminin aşırı uyarılabilirlik halini baskılayarak etki göstermektedir (Casale ve ark. 2009). Dertwinkel ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmada ameliyat sırasında ve sonrasında yetmişiki saat boyunca ketamin uygulanan hastada fantom ağrısının şiddetinde azalma olduğu tespit edilmiştir (Dertwinkel ve ark. 2002). Maier ve arkadaşları (2003) ise memantin etkisini 36 ampute hasta üzerinde oniki ay süre boyunca inceleyip fantom ağrının % 47.0 oranında azalma olduğunu bildirmişlerdir (Maier ve ark. 2003). Bunun aksine Nikolajsen ve arkadaşları (2000) memantin ve diğer NMDA-reseptör antagonistlerinin fantom ağrıda etkili olmadığı sonucuna varmışlardır (Nikolajsen ve ark. 2000). Antidepresanlar da fantom ağrısı tedavisinde destekleyici olarak kullanılmakla birlikte tek başına etkinliğini inceleyen araştırmalara fazla rastlanamamıştır (Yıldırım, 2014).

Periferal veya merkezi sinir sisteminin elektriksel uyarılar ile uyarılması yoluyla ağrı yönetiminin sağlanmaya çalışıldığı, girişimsel olmayan, ucuz, güvenli ve kullanımı kolay bir yöntem olan Transkütan Elektriksel Sinir Uyarımı (TENS), fantom ağrı üzerinde olumlu sonuçlar elde edilse de uzun dönemde tek başına fantom ağrı tedavisinde yeterli olmadığı görülmektedir (MacIver ve Lloyd, 2010; Sluka ve Walsh 2003; Black ve ark. 2009; Casale ve ark. 2009). Başka bir kontrollü çalışmada TENS'in fantom ağrı üzerine kayda değer bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir (Katz ve Melzack, 1991). Ancak Mulvey ve arkadaşları (2013) fantom ağrısı olan 10 hastaya altmış dakikalık TENS seansı uygulaması sonrasında, hastaların ağrı puanlarında önemli bir düşüş saptamıştır (Mulvey ve ark. 2013).

Ramachandran ve Rogers-Ramachandran (1996) tarafından tanımlanan fantom ağrı tedavisinde davranışa yönelik başka bir yaklaşım olan ayna terapisi umut verici sonuçlar vermektedir (Ramachandran ve Rogers-Ramachandran 1996; Ramachandran ve Hirstein 1998; Murray ve ark. 2007; Weeks ve ark. 2010). Ayna terapisinin fantom meme üzerinde uygulanıp araştırıldığı çalışmaya rastlanmamakla birlikte etkinliğini inceleyen araştırmalar ekstremite amputasyonu sonrasında yaşanan fantom ekstremite ağrısı ile ilgilidir. Ayna terapisinde (AT) hasta, ampute ekstremitesi görünmeyecek şekilde ekstremitesini aynanın arkasında tutarak, vücut orta hattına paralel yerleştirilmiş bir aynanın karşısına oturur ve hasta aynaya baktığında sağlıklı ekstremitesinin yansımını ampute ekstremitesi olarak görür. Bu uygulama, paralitik veya ampute ekstremite olarak algılanabilen sağlam ekstremitenin hareketi sayesinde veya sağlam ekstremiteye dokunarak görsel bir illüzyon yaratmak için uygulanır (Rothgangel ve ark. 2011).

Ayna terapisi ilk olarak 1993 yılında motorsiklet kazasında sol kolu ampute edilen ve amputasyondan 1 yıl sonra onbir yıl boyunca fantom ağrı ve fantom hissi yaşayan hastaya uygulanmıştır. Terapi uygulamasından sonra hasta fantom ağrısının azaldığını ve fantom ekstremitesi üzerinde yeniden kontrol sahibi olduğunu hissetmekten mutlu olduğunu ifade etmiştir (Ramachandran, 1994; Ramachandran ve Altschuler 2009). Brakial pleksus kopması ve üst ve alt ekstremite amputasyonu sonrası fantom ağrısı gelişen hastalarda ayna terapisinin etkinliğini araştıran çalışmalarda da olumlu sonuçların elde edildiği açıklanmıştır (Chan ve ark. 2007; Moseley, 2006).

Ayna terapisi; ucuz, kullanım kolaylığı ve hastaların ağrılarını kontrol etmede kendisinin de etkili olmasına olanak sağlayan farmakolojik olmayan bir yöntem olması nedeniyle günümüzde araştırmacıların ilgisini çekmektedir (Cole ve ark. 2009; McCabe, 2011). Ayna terapisinin fantom ağrısının yönetiminde etkili olabilmesi için düzenli olarak hasta tarafından uygulanması gerekmektedir. Bu nedenle hasta bireye uygulama öncesinde nasıl etki gösterdiği ve düzenli uygulamanın önemi açıklanmalıdır.

Amputasyon beden imajında bir değişikliğe neden olarak öfke ve keder gibi duygular yaşatmaktadır. Bu duyguları ele almak ve bireylerin fantom ağrıya ve beden imajındaki değişikliklere uyum sağlamasına yardımcı olmak için bir takım psikolojik müdahaleler olan hayat boyu geribildirim, hipnoz, destek grupları ve bilişsel ve davranışsal terapiler kullanılmaktadır (David, 1993). Bazı çalışmalarda eşlerinden ve cerrahları tarafından daha az duygusal destek alan hasta bireylerin fantom meme sendromunun daha fazla psikolojik sıkıntıya sebep olduğu tespit edilmiştir (Jamison ve ark. 1979; Kroner ve ark. 1989). Mastektomi ve amputasyon öncesinde beden imajındaki değişikliklere ve potansiyel komplikasyonlara

yönelik psikolojik destek ve eğitim fantom meme sendromunu önlemede katkı sağlayacaktır.

## 2.5. Fantom Meme Sendromunda Hemşirenin Rolü

Fantom meme sendromu mastektomiden sonra ortaya çıkan klinik problemlerden biridir. Mastektomi sonrasında meme dokusunun halen var olduğuna dair algı ve meme bölgesinde ağrı yakınması olarak tanımlanan fantom meme sendromunun yönetimi, hasta bireyin mastektomi sonrası yaşadığı psikososyal ve fizyolojik sorunlar ile birlikte değerlendirildiğinde hasta ve yakınları kadar bakım veren hemşireler içinde oldukça güç bir durumdur.

Fantom sendromunun yönetiminde amaç ağrı ve hissin azaldığı ya da tamamen ortadan kalktığı bilgisinin kadın tarafından ifade edilmesi olmalıdır. Mastektomi öncesinde, hastaya fantom meme sendromunun olası bir komplikasyon olduğu açıklanmalıdır. Görülme sıklığının değişken olabileceği, mastektomiden hemen sonra ortaya çıkabileceği gibi uzun süre sonra da ortaya çıkabileceği hem hastalara hem de yakınlarına açıklanmalıdır. Yıllar içinde tekrarlama olasılığının da bulunduğu belirtilmeli ve hastanın, fantom meme ağrısı ve hissi ile karşılaşması durumunda bunu yakınları ve sağlık ekibi ile paylaşması konusunda cesaretlendirilmeli, hangi birimlerden destek alması gerektiği konusunda da bilgilendirilmelidir.

Mastektomiden sonra hastalar fantom meme sendromu ile ilişkili yaşadıklarını paylaştıklarında yakınları tarafından garip ve farklı algılanabilecekleri endişesi ile bu durumu gizli tutabilmektedir. Daha önce yapılan araştırma, bazı hastaların olmayan bir memeyi hissettiğini veya ağrıdığını söylediklerinde "deli" sayılmaktan korkarak doktorlarına ve yakınlarına bildirmek istemediklerini ortaya koymuştur (Staps ve ark. 1985). Bu durum hastaya bilgilendirmenin fantom meme sendromunun hatalı anlayışını önlemedeki önemini vurgular. Sendromun psikolojik kökenli inancının yaygın olması hastaların ruh sağlıklarının bozulduğuna dair endişe yaşamalarına sebep olmaktadır. Bu durumun sadece psikolojik sebeplerle oluşmadığı altta yatan birçok fizyolojik faktörün de olabileceğine dikkat çekilip, şikayetleri olduklarında mutlaka sağlık personelinin bilgilendirmeleri istenmelidir (Anaforoğlu, 2011; Sinici, 2016; Yıldırım, 2014).

Mastektomi öncesinde hasta bireyle iletişim kurularak ağrı ve duygudurum bozukluklarıyla baş etme yöntemleri değerlendirilmeli, etkin olarak uyguladığı yöntemler var ise mastektomiden sonra da bu yöntemleri kullanması için desteklenmelidir. Mastektomi sonrasında

fantom ağrı ve hissi yönetiminde sendromu arttıran ve azaltan faktörlerin anlatılması hasta bireye ve ailesine yardımcı olacaktır. Etkilenen tarafta yatma, giysilerin sürtünmesi, ağır eşyaların kaldırılması, yorgunluk, uykusuzluk, stres gibi faktörlerin fantom meme sendromunu arttırabileceği konusunda bilgi verilmeli ve ağrıyı tetikleyen faktörler olduğu konusu vurgulanmalıdır. Bunun aksine sıcak/soğuk uygulama, basınç, egzersiz, dikkat dağıtma, gevşeme yöntemleri gibi faktörlerin fantom meme ağrısı ve hissini azaltan faktörler açıklanmalıdır.

Hemşireler, fantom meme sendromu belirtileri ve tedavisinde girişimsel ve girişimsel olmayan yöntemler hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Ağrıya sebep olan ve şiddetlendiren faktörlerin kontrol altına alınması yönünde rehberlik etmelidir. Hasta ve yakınlarının her aşamada soru ve kaygılarını paylaşmaları konusunda cesaretlendirmelidir. Yapılan literatür taramasında fantom sendromu daha çok ekstremitte amputasyonu vakalarında araştırıldığından mastektomi sonrası fantom meme sendromu hakkında sınırlı sayıda çalışmalar mevcuttur. Genellikle güdük ağrısıyla karıştırıldığından sağlık ekibinin hastayla en çok zaman geçiren üyesi konumundaki hemşireler tarafından çoğu zaman doğru değerlendirilememekte dolayısıyla ayırt edilemeyip atlanabilmektedir. Bu konu üzerinde çalışma yapmak fantom meme sendromu konusunda hasta bireylere rehber konumundaki hemşirelere yön göstermesi ve ilerde yapılacak çalışmalara katkı sağlaması açısından önemlidir.

Bu araştırmanın amacı, mastektomi sonrası hastalarda görülebilen fantom meme sendromuna ilişkin hemşirelerin bilgi durumlarını değerlendirmektir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma, mastektomi sonrası hastalarda görülebilen fantom meme sendromu hakkında hemşirelerin bilgi durumlarını değerlendirmek ve çalışma sonuçları doğrultusunda bilgi durumlarını geliştirmeye yönelik önerilerde bulunmak amacı ile tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Etik kurul onayı ve kurum izinleri alındıktan sonra araştırma, Nisan- Ağustos 2017 tarihleri arasında Bursa ve Eskişehir İl merkezinde bulunan; Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Bursa Devlet Hastanesi, Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi ve Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yapıldı.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

#### **3.3.1. Araştırmanın evreni**

Araştırmanın evrenini Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Bursa Devlet Hastanesi, Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi ve Eskişehir Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturdu.

#### **3.3.2. Araştırmanın örnekleme**

Araştırmanın örneklemini, dahili ve cerrahi klinikler arasından seçilmiş olup pediatri klinikleri çalışma dışı bırakılarak, çalışmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üzeri ve onamları alınan mastektomili hastaya bakım veren Genel Cerrahi Servisi, Medikal Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi Kliniği-Polikliniğinde çalışan 238 hemşire ile mastektomili hastaya bakım verme imkanı olmayan klinikler içinden kura yöntemi ile belirlenmiş Kulak Burun Boğaz, Beyin Cerrahi, Nöroloji ve Üroloji Servisinde çalışan 132 hemşire oluşturdu.

Hemşirelerin 2 gruba ayrılmasının amacı;

1. Mastektomi sonrası fantom meme ağrısı ve fantom meme hissi hakkındaki bilgi durumlarını belirlemek,
2. Bilgi düzeyi ile çalışılan klinik arasındaki ilişkiyi saptamaktır.

30 hemşire anket formuna tam cevap vermemesi nedeniyle çalışma dışı bırakıldı.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Bu araştırmada veriler araştırmacı tarafından birebir görüşme yöntemiyle anket uygulanarak toplandı. Araştırmaya dahil edilecek hemşirelere anket uygulamak üzere araştırmacı hastane ziyaretleri yaptı. Nöbet çıkışı ya da izin gibi sebeplerle görüşemediği hemşireler için ziyaretlerini tekrarladı.

#### **3.4.1. Veri toplama araçları**

Araştırmacı tarafından hazırlanan, hemşirelerin sosyodemografik, mesleki ve sağlık durumlarına ilişkin özelliklerini belirlemek üzere



Tanımlayıcı Bilgi Formu, yine araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Mastektomi sonrası fantom meme ağrısı ve fantom meme hissine ilişkin bilgi durumlarını belirlemek üzere ise Mastektomi Sonrası Fantom Meme Ağrısı ve Fantom Meme Hissine İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu kullanıldı.

#### **3.4.1.1.Tanımlayıcı bilgi formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanan ve 2 bölümden oluşan bu form, 1. Bölümde hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, medeni durum, cinsiyet ve eğitim durumu), 2. Bölümde mesleki özellikler ve deneyimler (kaç yıldır çalıştığı, hangi klinikte görev yaptığı ve ne kadar süredir çalıştığı, fantom meme sendromu hakkında eğitim alıp almadığı, mastektomili hasta ile karşılaşma durumu, hastada fantom meme sendromu gözlemlene durumu, yakınlarında veya kendisinde mastektomi öyküsü, fantom meme sendromu yaşama durumu, belirtiler ve başlangıcı) tespit etmeye yönelik açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır (EK-1).

#### **3.4.1.2.Mastektomi sonrası fantom meme ağrısı ve fantom meme hissine ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu**

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan hemşirelerin mastektomi sonrası fantom meme ağrısı ve fantom meme hissine ilişkin bilgi durumlarını değerlendirmek amacıyla oluşturulan 20 sorudan oluşan bir formdur. Fantom ağrı ve hissi, fantom meme ağrısı ve hissi tanımı, klinik özellikleri, etiyolojisi ve tedavisine ilişkin sorular içermektedir. Toplam 20 sorudan oluşan bu form biliyorum/bilmiyorum şeklinde cevap seçeneklerine sahiptir. Formda "biliyorum" şıkkının işaretleme 1 puan, "bilmiyorum" şıkkının işaretleme 0 puan olacak şekilde hesaplanmaktadır. Mastektomi Sonrası Fantom Meme Ağrısı ve Fantom Meme Hissine İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu'ndan kişinin alabileceği puan 0-20 arasındadır. Kişinin aldığı puanın artması hemşirelerin bilgi durumlarının iyileştiği hakkında bilgi vermektedir. Çalışmamızda herhangi bir kesme noktası bulunmamaktadır (EK-2).

**Tablo 1. Mastektomi Sonrası Fantom Meme Sendromuna İlişkin Hemşirelerin Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Formu Puanı Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değeri (n=370)**

	Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayıları	
	$r_s$	P
1.Fantom sendromunda en yaygın kullanılan terimler fantom ağrı ve fantom hissidir.	0.651	<0.001
2.Fantom ağrı, çeşitli sebeplerden dolayı vücut bütünlüğü içerisinde yer almayan organ ya da ekstremitenin eskiden olduğu bölgede ağrı yaşanması durumudur.	0.769	<0.001
3.Fantom hissi, organın ya da ekstremitenin hasta tarafından halen eski yerindeymiş gibi hissedilmesi durumudur.	0.780	<0.001
4.Fantom ağrının ortaya çıkmasında bireysel, çevresel, fizyolojik ve psikolojik faktörlerin de varlığı söz konusudur.	0.772	<0.001
5.Ampütasyon öncesi kronik ağrı varlığı ampütasyon sonrası fantom ağrı üzerine etkilidir.	0.722	<0.001
6.Fantom ağrı; karıncalanma, iğnelenme, kramp, yanma, delici, bıçak saplanması gibi hissedilen kesici ağrı ve zonklama şeklinde belirti verebilmektedir.	0.762	<0.001
7.Fantom hissi, ampute edilen organ ya da ekstremitenin ampütasyon öncesi hacim, uzunluk ve şeklinin eskisi gibi hissedilmesi, sıcak, soğuk, elektrik çarpması, kaşıntı, uyuşma gibi belirtilerin yaşanması şeklinde belirti verebilmektedir.	0.763	<0.001
8.Fantom hissi, ampütasyondan sonra ilk yıl içinde azalma veya kaybolma eğilimindedir.	0.671	<0.001
9.Fantom sendromunda, analjezikler, kas gevşeticiler, antikonvulsanlar, antidepressanlar, lokal anestezi, ayna terapisi, hipnoz uygulaması ve fantom egzersizleri gibi farmakolojik ve girişimsel uygulamalar tedavi yöntemleri uygulanmaktadır.	0.700	<0.001
10.Fantom sendromu, diş ekstraksiyonu, orşiektomi, penis ampütasyonu, ekstremitte ampütasyonunda olduğu gibi mastektomi sonrasında da oluşabilen bir durumdur.	0.717	<0.001
11.Fantom meme sendromu, mastektomi sonrası kişide meme dokusunun eski yerinde olduğuna dair algı ve alınan ancak hala varmış gibi algılanan meme dokusunda ağrı yakınması olarak tanımlanmaktadır.	0.774	<0.001
12.Fantom meme sendromunun sebebi olarak, mastektomi sırasında çeşitli sinirlere hasar verilmesi gösterilse de ruhsal etkenlerin de önemli ölçüde bu durumu tetiklediği düşünülmektedir.	0.763	<0.001
13.Sendrom, mastektomiden sonra bir yıldan daha uzun bir süre içinde başlayıp, ameliyattan yıllar sonra da devam edebilen bir durumdur.	0.647	<0.001
14.Fantom meme ağrısı kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, beden algısı ve cinsel işlevlerinde bozulmalar yaşamalarına sebep olabilen bir durumdur.	0.766	<0.001
15.Mastektomi sonrası ortaya çıkabilen fantom ağrı, sağlık profesyonelleri tarafından önemli ölçüde az tanılanan ve kesin tedavi yöntemi standart olmayan bir durumdur.	0.776	<0.001
16.Fantom sendromunun yönetiminde amaç ağrı ve hissin azaldığı ya da tamamen ortadan kalktığı bilgisinin kadın tarafından ifade edilmesidir.	0.790	<0.001
17.Birçok olguda fantom ağrısı ile pozitif ilişkisi olan güdük ağrısı çoğu zaman fantom ağrı ile karıştırılmaktadır.	0.756	<0.001
18.Güdük ağrısı, bir ekstremitte ya da organın kesildikten sonra kalan parçada oluşan ağrıdır.	0.772	<0.001
19.Mastektomi öncesinde ise; hastaya fantom meme sendromunun olası bir komplikasyon olduğu açıklanmalıdır.	0.796	<0.001
20.Hemşireler tarafından hasta ve yakınlarına sendrom hakkında bilgi verilmezse hastalar yaşadıklarını paylaştıklarında yakınları tarafından garip algılanma endişesi ile durumu gizli tutabilmektedir.	0.752	<0.001
<b>Cronbach <math>\alpha</math>: 0.960</b>		

$r_s$ = Spearman Korelasyon Analizi

$p < 0.001$

Bu çalışmada; hemşire örnekleminde Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu Cronbach alfa güvenilirlik

katsayısı 0,96 bulundu. Anketin madde toplam puan kolerasyon katsayıları  $r_s = 0,64-0,79$  ( $p < 0,001$ ) arasında bulundu (Tablo 1).

**Tablo 2. Mastektomi Sonrası Fantom Meme Sendromuna İlişkin Fantom + Hemşirelerin Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Formu Puanı Madde- Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değeri** (n=238)

	Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayıları	
	$r_s$	p
1.Fantom sendromunda en yaygın kullanılan terimler fantom ağrı ve fantom hissidir.	0.591	<0.001
2.Fantom ağrı, çeşitli sebeplerden dolayı vücut bütünlüğü içerisinde yer almayan organ ya da ekstremitenin eskiden olduğu bölgede ağrı yaşanması durumudur.	0.652	<0.001
3.Fantom hissi, organın ya da ekstremitenin hasta tarafından halen eski yerindeymiş gibi hissedilmesi durumudur.	0.688	<0.001
4.Fantom ağrının ortaya çıkmasında bireysel, çevresel, fizyolojik ve psikolojik faktörlerin de varlığı söz konusudur.	0.697	<0.001
5.Ampütasyon öncesi kronik ağrı varlığı ampütasyon sonrası fantom ağrı üzerine etkilidir.	0.705	<0.001
6.Fantom ağrı; karıncalanma, iğnelenme, kramp, yanma, delici, bıçak saplanması gibi hissedilen kesici ağrı ve zonklama şeklinde belirti verebilmektedir.	0.673	<0.001
7.Fantom hissi, ampute edilen organ ya da ekstremitenin ampütasyon öncesi hacim, uzunluk ve şeklinin eskisi gibi hissedilmesi, sıcak, soğuk, elektrik çarpması, kaşıntı, uyuşma gibi belirtilerin yaşanması şeklinde belirti verebilmektedir.	0.721	<0.001
8.Fantom hissi, ampütasyondan sonra ilk yıl içinde azalma veya kaybolma eğilimindedir.	0.696	<0.001
9.Fantom sendromunda, analjezikler, kas gevşeticiler, antikonvulsanlar, antidepressanlar, lokal anestezi, ayna terapisi, hipnoz uygulaması ve fantom egzersizleri gibi farmakolojik ve girişimsel uygulamalar tedavi yöntemleri uygulanmaktadır.	0.696	<0.001
10.Fantom sendromu, diş ekstraksiyonu, orşiektomi, penis ampütasyonu, ekstremitte ampütasyonunda olduğu gibi mastektomi sonrasında da oluşabilen bir durumdur.	0.709	<0.001
11.Fantom meme sendromu, mastektomi sonrası kişide meme dokusunun eski yerinde olduğuna dair algı ve alınan ancak hala varmış gibi algılanan meme dokusunda ağrı yakınması olarak tanımlanmaktadır.	0.708	<0.001
12.Fantom meme sendromunun sebebi olarak, mastektomi sırasında çeşitli sinirlere hasar verilmesi gösterilse de ruhsal etkenlerin de önemli ölçüde bu durumu tetiklediği düşünülmektedir.	0.729	<0.001
13.Sendrom, mastektomiden sonra bir yıldan daha uzun bir süre içinde başlayıp, ameliyattan yıllar sonra da devam edebilen bir durumdur.	0.673	<0.001
14.Fantom meme ağrısı kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, beden algısı ve cinsel işlevlerinde bozulmalar yaşamalarına sebep olabilen bir durumdur.	0.703	<0.001
15.Mastektomi sonrası ortaya çıkabilen fantom ağrı, sağlık profesyonelleri tarafından önemli ölçüde az tanılanan ve kesin tedavi yöntemi standart olmayan bir durumdur.	0.758	<0.001
16.Fantom sendromunun yönetiminde amaç ağrı ve hissin azaldığı ya da tamamen ortadan kalktığı bilgisinin kadın tarafından ifade edilmesidir.	0.746	<0.001
17.Birçok olguda fantom ağrısı ile pozitif ilişkisi olan güdük ağrısı çoğu zaman fantom ağrı ile karıştırılmaktadır.	0.769	<0.001
18.Güdük ağrısı, bir ekstremitte ya da organın kesildikten sonra kalan parçada oluşan ağrıdır.	0.703	<0.001
19.Mastektomi öncesinde ise; hastaya fantom meme sendromunun olası bir komplikasyon olduğu açıklanmalıdır.	0.728	<0.001
20.Hemşireler tarafından hasta ve yakınlarına sendrom hakkında bilgi verilmezse hastalar yaşadıklarını paylaştıklarında yakınları tarafından garip algılanma endişesi ile durumu gizli tutabilmektedir.	0.695	<0.001
<b>Cronbach <math>\alpha</math>: 0.954</b>		

$r_s =$  Spearman Korelasyon Analizi  $p < 0.001$

Mastektomili hastaya bakım verme imkanı olan klinikler Fantom (+) ile mastektomili hastaya bakım verme imkanı olmayan klinikler Fantom (-) olarak adlandırılmıştır. Fantom (+) grubundaki hemşire örnekleminde Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,954 bulundu. Anketin madde toplam puan korelasyon katsayıları  $r_s=0,59-0,76$  ( $p<0,001$ ) arasında bulundu (Tablo 2).

**Tablo 3. Mastektomi Sonrası Fantom Meme Sendromuna İlişkin Fantom - Hemşirelerin Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Formu Puanı Madde- Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değeri** ( $n=132$ )

	Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayıları	
	$r_s$	$p$
1.Fantom sendromunda en yaygın kullanılan terimler fantom ağrı ve fantom hissidir.	0.696	<0.001
2.Fantom ağrı, çeşitli sebeplerden dolayı vücut bütünlüğü içerisinde yer almayan organ ya da ekstremitenin eskiden olduğu bölgede ağrı yaşanması durumudur.	0.868	<0.001
3.Fantom hissi, organın ya da ekstremitenin hasta tarafından halen eski yerindeymiş gibi hissedilmesi durumudur.	0.850	<0.001
4.Fantom ağrının ortaya çıkmasında bireysel, çevresel, fizyolojik ve psikolojik faktörlerin de varlığı söz konusudur.	0.828	<0.001
5.Ampütasyon öncesi kronik ağrı varlığı ampütasyon sonrası fantom ağrı üzerine etkilidir.	0.729	<0.001
6.Fantom ağrı; karıncalanma, iğnelenme, kramp, yanma, delici, bıçak saplanması gibi hissedilen kesici ağrı ve zonklama şeklinde belirti verebilmektedir.	0.759	<0.001
7.Fantom hissi, ampute edilen organ ya da ekstremitenin ampütasyon öncesi hacim, uzunluk ve şeklinin eskisi gibi hissedilmesi, sıcak, soğuk, elektrik çarpması, kaşıntı, uyuşma gibi belirtilerin yaşanması şeklinde belirti verebilmektedir.	0.701	<0.001
8.Fantom hissi, ampütasyondan sonra ilk yıl içinde azalma veya kaybolma eğilimindedir.	0.540	<0.001
9.Fantom sendromunda, analjezikler, kas gevşeticiler, antikonvulsanlar, antidepressanlar, lokal anestezi, ayna terapisi, hipnoz uygulaması ve fantom egzersizleri gibi farmakolojik ve girişimsel uygulamalar tedavi yöntemleri uygulanmaktadır.	0.714	<0.001
10.Fantom sendromu, diş ekstraksiyonu, orşiektomi, penis ampütasyonu, ekstremitte ampütasyonunda olduğu gibi mastektomi sonrasında da oluşabilen bir durumdur.	0.695	<0.001
11.Fantom meme sendromu, mastektomi sonrası kişide meme dokusunun eski yerinde olduğuna dair algı ve alınan ancak hala varmış gibi algılanan meme dokusunda ağrı yakınması olarak tanımlanmaktadır.	0.824	<0.001
12.Fantom meme sendromunun sebebi olarak, mastektomi sırasında çeşitli sinirlere hasar verilmesi gösterilse de ruhsal etkenlerin de önemli ölçüde bu durumu tetiklediği düşünülmektedir.	0.752	<0.001
13.Sendrom, mastektomiden sonra bir yıldan daha uzun bir süre içinde başlayıp, ameliyattan yıllar sonra da devam edebilen bir durumdur.	0.579	<0.001
14.Fantom meme ağrısı kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, beden algısı ve cinsel işlevlerinde bozulmalar yaşamalarına sebep olabilen bir durumdur.	0.722	<0.001
15.Mastektomi sonrası ortaya çıkabilen fantom ağrı, sağlık profesyonelleri tarafından önemli ölçüde az tanılanan ve kesin tedavi yöntemi standart olmayan bir durumdur.	0.658	<0.001
16.Fantom sendromunun yönetiminde amaç ağrı ve hissin azaldığı ya da tamamen ortadan kalktığı bilgisinin kadın tarafından ifade edilmesidir.	0.770	<0.001

$r_s$ - Spearman Korelasyon Analizi

$p<0.001$

**Tablo 3. Mastektomi Sonrası Fantom Meme Sendromuna İlişkin Fantom - Hemşirelerin Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Formu Puanı Madde- Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değeri** (n=132)

	Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayıları	
	$r_s$	p
17.Birçok olguda fantom ağrısı ile pozitif ilişkisi olan güdük ağrısı çoğu zaman fantom ağrı ile karıştırılmaktadır.	0.651	<0.001
18.Güdük ağrısı, bir ekstremitte ya da organın kesildikten sonra kalan parçada oluşan ağrıdır.	0.684	<0.001
19.Mastektomi öncesinde ise; hastaya fantom meme sendromunun olası bir komplikasyon olduğu açıklanmalıdır.	0.783	<0.001
20.Hemşireler tarafından hasta ve yakınlarına sendrom hakkında bilgi verilmezse hastalar yaşadıklarını paylaştıklarında yakınları tarafından garip algılanma endişesi ile durumu gizli tutabilmektedir.	0.744	<0.001
<b>Cronbach <math>\alpha</math>: 0.956</b>		

$r_s$ - Spearman Korelasyon Analizi

p<0.001

Fantom (-) grubundaki hemşire örnekleminde Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,956 bulundu. Anketin madde toplam puan korelasyon katsayıları  $r_s = 0,54-0,86$  ( $p < 0,001$ ) arasında bulundu (Tablo 3).

### 3.5. Verilerin Analizi

Sürekli veriler Ortalama  $\pm$  Standart Sapma olarak verilmiştir. Kategorik veriler ise yüzde (%) olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Shapiro Wilk testinden yararlanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen grupların karşılaştırılmasında, grup sayısı iki olan durumlar için Mann-Whitney U testi, grup sayısı üç ve üzerinde olan durumlar için Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkinin (korelasyon) yönü ve büyüklüğünün belirlenmesi normal dağılıma uygunluk göstermeyen değişkenler için ise Spearman korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Analizlerin uygulanmasında IBM SPSS Statistics 21.0 programından yararlanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için  $p < 0.05$  değeri kriter kabul edilmiştir.

### 3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılmasına ilişkin olarak Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan onay alınmıştır (Protokol No: 18096) (EK-3). Kurum izni için Eskişehir İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, ESOGÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği, Bursa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, Uludağ

Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü'nde gerekli izinler alınmıştır (Ek -4). Araştırmaya katılan hemşirelerden de izin alınmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmaya sadece Genel Cerrahi Servisi, Medikal ve Radyasyon Onkolojisi Kliniği-Polikliniğini, Kulak Burun Boğaz, Beyin Cerrahi, Nöroloji ve Üroloji Servisinde çalışan hemşirelerin dahil edilmesi araştırmanın sınırlılığdır.

## **4. BULGULAR**

Hemşirelerin mastektomi sonrası hastalarda görülebilen fantom meme sendromu hakkında hemşirelerin bilgi durumlarını değerlendirmek ve çalışma sonuçları doğrultusunda bilgi durumlarını geliştirmeye yönelik önerilerde bulunmak amacı ile planlanmış bu araştırmada bulgular dört başlıkta ele alındı:

**4.1.**Hemşirelerin kişisel özellikleri

**4.2.**Hemşirelerin mesleki özellikleri ve deneyimleri

**4.3.**Hemşirelerin fantom meme sendromu ile ilgili bilgi durumları

**4.4.**Hemşirelerin fantom meme sendromu ile ilgili bilgi durumları ile ilişkili özellikler

### **4.1.Hemşirelerin Kişisel Özellikleri**

Bu bölümde hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerini; cinsiyet, büyüdüğü yer, büyüdüğü aile tipi, medeni durumu ve öğrenim durumu gibi tanımlamaya yönelik bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.1. Hemşirelerin Kişisel Özellikleri** (n=370)

Kişisel Özellikler		FM +		FM -		p
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	199	83,6	118	89,4	0.172
	Erkek	39	16,4	14	10,6	
Büyüdüğü Yer	İl merkezi	168	70,6	89	67,4	0.329
	İlçe	51	21,4	36	27,3	
	Köy	19	8,0	7	5,3	
Büyüdüğü Aile Tipi	Çekirdek	206	86,6	107	81,1	0.211
	Geniş	32	13,4	25	18,9	
Medeni Durum	Evli	163	68,5	93	70,5	0.695
	Bekar	75	31,5	39	29,5	
Öğrenim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	22	9,2	25	18,9	0.039
	Ön Lisans	71	29,8	32	24,2	
	Lisans	141	59,2	71	53,8	
	Yüksek Lisans	4	1,7	4	3,0	

Hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı Tablo 4.1'de verilmiştir. Araştırmanın örneklemini, %83,6'sı (n=199) kadın, %16,4'ü (n=39) erkek olup mastektomili hastaya bakım verme imkânı olan birimlerde çalışan hemşireler (Fantom +), %89,4'ü (n=118) kadın, %10,6'sı (n=14) erkek olan mastektomili hastaya bakım verme imkânı olmayan birimlerde çalışan hemşireler (Fantom -) oluşturdu. İki grup kıyaslandığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.172).

Büyüdükleri yere bakıldığında; Fantom (+) hemşirelerin %70.6'sı (n=168), Fantom (-) hemşirelerin ise %67.4'ünü (n=89) il merkezi olduğu, büyüdüğü aile tipi olarak ise Fantom (+) hemşirelerin %86.6'sının (n=206), Fantom (-) hemşirelerin ise %81.1'i (n=107) çekirdek ailede büyüdüğü belirlendi. Fantom (+) hemşirelerin %68.5'inin (n=163), Fantom (-) hemşirelerin ise %70.5'i (n=93) evli olduğu saptandı. Belirtilen özellikler açısından iki grup kıyaslandığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05).

Öğrenim durumları sorgulandığında; Fantom (+) hemşirelerin %59.2'si (n=141), Fantom (-) hemşirelerin ise %53.8'i (n=71) lisans mezunu olduğu belirlendi. İki grup kıyaslandığında aralarında istatistiksel

açından anlamlı farklılık saptandı ( $p<0.05$ ). Fantom (+) hemşirelerin lisans mezunu olma düzeylerinin arttığı belirlendi.

## 4.2.Hemşirelerin Mesleki Özellikleri Ve Deneyimleri

Bu bölümde hemşirelerin mesleki özelliklerini, Fantom meme sendromuna ilişkin özelliklerini ve FMS ile karşılaşan hemşirelerin deneyimlerini tanımlamaya yönelik bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.2. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri ve Deneyimleri**

Mesleki Özellikler ve Deneyimler		n	%
Çalışılan bölüm	Genel cerrahi servisi	153	41.4
	Medikal onkoloji servisi	33	8.9
	Medikal onkoloji polikliniği	18	4.9
	Radyasyon onkolojisi servisi	25	6.8
	Radyasyon onkolojisi polikliniği	9	2.4
	Üroloji servisi	25	6.8
	KBB servisi	37	10.0
	Nöroloji servisi	36	9.7
	Beyin cerrahi servisi	34	9.2
FM Karşılaşma Durumu	FM +	238	64.3
	FM -	132	35.7
Klinikte Çalışma Süresi	0-6 ay	48	13.0
	7-12 ay	77	20.8
	13-24 ay	68	18.4
	25 ay ve üzeri	177	47.8
FMS Hakkında Eğitim Alma Durumu	Evet	60	16.2
	Hayır	310	83.8
FMS Hakkında Eğitim Alınmalı mı? Hakkında Düşünceleri	Evet	311	84.1
	Hayır	59	15.9
TOPLAM		370	100.0

Hemşirelerin çalışmakta oldukları bölüm, Fantom meme ile karşılaşma durumları ve eğitim alma durumları Tablo 4.2’de verildi. Hemşirelerin %41.4’ü ( $n=153$ ) genel cerrahi servisi, %8.9’u ( $n=33$ ) medikal onkoloji servisi, %4.9’u ( $n=18$ ) medikal onkoloji polikliniği, %6.8’i



(n=25) radyasyon onkoloji servisi, %2.4'ü (n=9) radyasyon onkolojisi polikliniği, %6.8'i (n=25) üroloji servisi, %10.0'i (n=37) KBB servisi, %9.7'si (n=36) nöroloji servisi, %9.2'si (n=34) beyin cerrahi servisinde çalışmakta idi.

Mastektomili hastaya bakım verme imkanı olan birimlerde çalışan hemşireler (Fantom +) örneklemin %64.3'ünü (n=238), mastektomili hastaya bakım verme imkanı olmayan birimlerde çalışan hemşireler (Fantom -) ise örneklemin %35.7'sini (n=132) oluşturdu.

Hemşirelerin çalışma sürelerine bakıldığında; %47.8'inin (n=177) 25 ay ve üzeri süredir klinikte çalıştığı belirlendi.

Fantom meme sendromu hakkında hemşirelerin %83.8'i (n=310) eğitim almamıştır. Bu konuda hemşirelerin %84.1'i (n=311) eğitim alınması gerektiğini bildirdi.

**Tablo 4.3. FMS İle Karşılaşan Hemşirelerin Deneyimleri**

		n	%	
<b>Hasta İle Post Op Karşılaşma Günü</b>		Ameliyat Günü	144	60.3
		1-3 gün	20	8.4
		4-7 gün	1	0.4
		8-14 gün	1	0.4
		14-21 gün	1	0.4
		22-28 gün	1	0.4
		29 gün ve üzeri	71	29.7
<b>Hastanın GÜDÜK Ağrısına Yönelik Yaşadığı Belirtiler</b>	Güçük ağrısı yaşayan olmadı	Evet	120	50.2
		Hayır	119	49.8
	Vücudun kalan parçasında saplanıcı tarzda ağrı oldu	Evet	81	33.9
	Vücudun kalan parçasında yanıcı tarzda ağrı oldu	Evet	75	31.4
Vücudun kalan parçasında şok edici tarzda ağrı oldu	Evet	37	15.5	
<b>Güçük Ağrısına Yönelik Hastanın Belirtilerin Başlama Süresi</b>	Ameliyattan hemen sonra	85	70.8	
	Ameliyattan sonraki 1-3 gün içinde	17	14.2	
	Ameliyattan sonraki 4-7 gün içinde	1	0.8	
	Ameliyattan sonraki 8-30 gün içinde	4	3.3	
	Ameliyattan sonraki 1-6 ay içinde	4	3.3	
	Ameliyattan sonraki 6 ay-1 yıl içinde	3	2.5	
	Ameliyattan sonraki 1-2 yıl içinde	2	1.7	
	2 yıldan daha uzun süre	4	3.3	

\*Birden fazla seçenek işaretlendiği için n sayıları değişmektedir.

**Tablo 4.3. FMS İle Karşılaşan Hemşirelerin Deneyimleri**

		n	%	
<b>FM Ağrısına Yönelik Hastanın Yaşadığı Belirtiler</b>	FM ağrısı yaşayan olmadı	Evet	85	35.6
		Hayır	154	64.4
	Alınan memede iğne batması tarzında ağrı	Evet	97	40.6
	Alınan memede kramp tarzında ağrı	Evet	89	37.2
	Alınan memede bıçak saplanması tarzında delici ağrı	Evet	83	34.7
	Alınan memede zonklama tarzında ağrı	Evet	79	33.1
<b>FM Ağrısına Yönelik Hastanın Belirtilerin Başlama Süresi</b>	Ameliyattan hemen sonra FM yaşayan		64	41.3
	Ameliyattan sonraki 1-3 gün içinde		42	27.1
	Ameliyattan sonraki 4-7 gün içinde		3	1.9
	Ameliyattan sonraki 8-30 gün içinde		12	7.7
	Ameliyattan sonraki 1-6 ay içinde		22	14.2
	Ameliyattan sonraki 6 ay-1 yıl içinde		6	3.9
	Ameliyattan sonraki 1-2 yıl içinde		2	1.3
	2 yıldan daha uzun süre		4	2.6
<b>Hastanın FM Hissine Yönelik Yaşadığı Belirtiler</b>	FM hissi yaşayan hasta olmadı	Evet	90	37.7
		Hayır	149	62.3
	Memenin eski yerinde hissedilmesi	Evet	98	41.2
	Memeye dokunuluyor gibi hissedilmesi	Evet	44	18.5
	Memede sıcaklık hissi	Evet	38	16.0
	Memede soğukluk hissi	Evet	12	5.0
	Memede elektrik çarpması hissi	Evet	34	14.3
	Memede kaşıntı hissi	Evet	41	17.2
	Memede uyuşma hissi	Evet	54	22.7
	Memenin hareket ediyor hissi	Evet	35	14.7
<b>FM Hissine Yönelik Hastanın Yaşadığı Belirtilerin Başlama Süresi</b>	Ameliyattan hemen sonra		48	31.4
	Ameliyattan sonraki 1-3 gün içinde		46	30.1
	Ameliyattan sonraki 4-7 gün içinde		3	2.0
	Ameliyattan sonraki 8-30 gün içinde		15	9.8
	Ameliyattan sonraki 1-6 ay içinde		28	18.3
	Ameliyattan sonraki 6 ay-1 yıl içinde		5	3.3
	Ameliyattan sonraki 1-2 yıl içinde		3	2.0
	2 yıldan daha uzun süre		5	3.3

\*Birden fazla seçenek işaretlendiği için n sayıları değişmektedir.

Fantom meme sendromu ile karşılaşan hemşirelerin deneyimleri incelendiğinde; hasta ile post op %60.3'ünün (n=144) ameliyat gününde karşılaştıkları belirlendi (Tablo 4.3).

Mastektomi sonrası hastaların güdük ağrısına yönelik ifade ettikleri belirtilere bakıldığında; %50.2'si (n=120) güdük ağrısı yaşadığını, %49.8'i (n=119) güdük ağrısı yaşamadığını belirtti. Meme alındıktan sonra vücudun kalan parçasında yaşanan ağrı olan güdük ağrısını; %33.9'u (n=81) saplanıcı tarzda, %31.4'ü (n=75) yanıcı tarzda, %15.5'i (n=37) şok edici tarzda ağrı olarak tanımladı. Hastalar bu belirtilerin mastektomiden %70.8'i (n=85) ameliyattan hemen sonra, %14.2'si (n=17) ameliyattan sonraki 1-3 gün içinde, %0.8'i (n=1) ameliyattan sonraki 4-7 gün içinde, %3.3'ü (n=4) ameliyattan sonraki 8-30 gün içinde, %3.3'ü (n=4) 1-6 ay içinde, %2.5'i (n=3) 6 ay-1 yıl içinde, %1.7'si (n=2) ameliyattan sonraki 1-2 yıl içinde, %3.3'ü (n=4) 2 yıldan daha uzun süre sonra başladığını ifade etti (Tablo 4.3).

Hastaların mastektomi sonrası fantom meme ağrısına yönelik yaşadıkları belirtiler incelendiğinde, %35.6'sı (n=85) fantom meme ağrısı yaşadığını, %64.4'ü (n=154) fantom meme ağrısı yaşamadığını belirtti. Fantom meme ağrısı yaşadığını belirten hastalar ağrıyı alınan memede %40.6'sı (n=97) iğne batması tarzda, %37.2'si (n=89) kramp tarzında, %34.7'si (n=83) bıçak saplanması tarzında delici ağrı, %33.1'i (n=79) zonklama tarzında ağrı olarak tanımladı. Hastalar bu belirtilerin mastektomiden %41.3'ü (n=64) ameliyattan hemen sonra, %27.1'i (n=42) ameliyattan sonraki 1-3 gün içinde, %1.9'u (n=3) ameliyattan sonraki 4-7 gün içinde, %7.7'si (n=12) ameliyattan sonraki 8-30 gün içinde, %14.2'si (n=22) 1-6 ay içinde, %3.9'u (n=6) 6 ay-1 yıl içinde, %1.3'ü (n=2) ameliyattan sonraki 1-2 yıl içinde, %2.6'sı (n=4) 2 yıldan daha uzun süre sonra başladığını ifade etti (Tablo 4.3).

Mastektomi sonrası hastaların fantom meme hissine yönelik alınan memede yaşadıkları belirtiler araştırıldığında; %37.7'si (n=90) fantom meme hissi yaşadığını, %62.3'ü (n=149) fantom meme hissi yaşamadığını bildirdi. Fantom meme hissi yaşadığını belirten hastalar bu belirtileri %41.2'si (n=98) memenin eskisi gibi yerinde hissedilmesi, %18.5'i (n=44) memeye dokunuluyor gibi hissedilmesi, %16.0'ı (n=38) memede sıcaklık hissi, %5.0'ı (n=12) memede soğukluk hissi, %14.3'ü (n=34) memede elektrik çarpması hissi, %17.2'si (n=41) memede kaşıntı hissi, %22.7'si (n=54) memede uyuşma hissi, %14.7'si (n=35) memenin hareket ediyor hissi olarak yaşadıklarını belirttiler. Hastalar bu hissi mastektomiden %31.4'ü (n=48) ameliyattan hemen sonra, %30.1'i (n=46) ameliyattan sonraki 1-3 gün içinde, %2.0'ı (n=3) ameliyattan sonraki 4-7 gün içinde, %9.8'i (n=15) ameliyattan sonraki 8-30 gün içinde, %18.3'ü (n=28) 1-6 ay içinde, %3.3'ü (n=5) 6 ay-1 yıl içinde, %2.0'ı (n=3) ameliyattan sonraki 1-2 yıl içinde, %3.3'ü (n=5) 2 yıldan daha uzun süre sonra başladığını ifade etti (Tablo 4.3).

### 4.3.Hemşirelerin Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Durumları

Bu bölümde hemşirelerin fantom meme sendromuna ilişkin bilgi durumlarını tanımlamaya yönelik bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.4. Hemşirelerin Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu Puan Ortalamaları** (n=370)

	FM +	FM -	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	p
1.Fantom sendromunda en yaygın kullanılan terimler fantom ağrı ve fantom hissidir.	0.57±0.49	0.35±0.48	<0.001
2.Fantom ağrı, çeşitli sebeplerden dolayı vücut bütünlüğü içerisinde yer almayan organ ya da ekstremitenin eskiden olduğu bölgede ağrı yaşanması durumudur.	0.80±0.39	0.52±0.50	<0.001
3.Fantom hissi, organın ya da ekstremitenin hasta tarafından halen eski yerindeymiş gibi hissedilmesi durumudur.	0.79±0.40	0.51±0.50	<0.001
4.Fantom ağrının ortaya çıkmasında bireysel, çevresel, fizyolojik ve psikolojik faktörlerin de varlığı söz konusudur.	0.66±0.47	0.38±0.48	<0.001
5.Ampütasyon öncesi kronik ağrı varlığı ampütasyon sonrası fantom ağrı üzerine etkilidir.	0.55±0.49	0.35±0.48	<0.001
6.Fantom ağrı; karıncalanma, iğnelenme, kramp, yanma, delici, bıçak saplanması gibi hissedilen kesici ağrı ve zonklama şeklinde belirti verebilmektedir.	0.73±0.44	0.37±0.48	<0.001
7.Fantom hissi, ampute edilen organ ya da ekstremitenin ampütasyon öncesi hacim, uzunluk ve şeklinin eskisi gibi hissedilmesi, sıcak, soğuk, elektrik çarpması, kaşıntı, uyuşma gibi belirtilerin yaşanması şeklinde belirti verebilmektedir.	0.69±0.46	0.36±0.48	<0.001
8.Fantom hissi, ampütasyondan sonra ilk yıl içinde azalma veya kaybolma eğilimindedir.	0.39±0.48	0.16±0.37	<0.001
9.Fantom sendromunda, analjezikler, kas gevşeticiler, antikonvulsanlar, antidepresanlar, lokal anestezi, ayna terapisi, hipnoz uygulaması ve fantom egzersizleri gibi farmakolojik ve girişimsel uygulamalar tedavi yöntemleri uygulanmaktadır.	0.45±0.49	0.28±0.45	<0.001
10.Fantom sendromu, diş ekstraksiyonu, orşiektomi, penis ampütasyonu, ekstremitte ampütasyonunda olduğu gibi mastektomi sonrasında da oluşabilen bir durumdur.	0.45±0.49	0.25±0.43	<0.001
11.Fantom meme sendromu, mastektomi sonrası kişide meme dokusunun eski yerinde olduğuna dair algı ve alınan ancak hala varmış gibi algılanan meme dokusunda ağrı yakınması olarak tanımlanmaktadır.	0.69±0.46	0.45±0.49	<0.001
12.Fantom meme sendromunun sebebi olarak, mastektomi sırasında çeşitli sinirlere hasar verilmesi gösterilse de ruhsal etkenlerin de önemli ölçüde bu durumu tetiklediği düşünülmektedir.	0.58±0.49	0.31±0.46	<0.001
13.Sendrom, mastektomiden sonra bir yıldan daha uzun bir süre içinde başlayıp, ameliyattan yıllar sonra da devam edebilen bir durumdur.	0.38±0.48	0.21±0.41	<0.001
14.Fantom meme ağrısı kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, beden algısı ve cinsel işlevlerinde bozulmalar yaşamalarına sebep olabilen bir durumdur.	0.69±0.46	0.34±0.47	<0.001
15.Mastektomi sonrası ortaya çıkabilen fantom ağrı, sağlık profesyonelleri tarafından önemli ölçüde az tanılanan ve kesin tedavi yöntemi standart olmayan bir durumdur.	0.60±0.49	0.25±0.43	<0.001
16.Fantom sendromunun yönetiminde amaç ağrı ve hissin azaldığı ya da tamamen ortadan kalktığı bilgisinin kadın tarafından ifade edilmesidir.	0.62±0.48	0.33±0.47	<0.001
17.Birçok olguda fantom ağrısı ile pozitif ilişkisi olan güdük ağrısı çoğu zaman fantom ağrı ile karıştırılmaktadır.	0.49±0.50	0.23±0.42	<0.001
18.Güdük ağrısı, bir ekstremitte ya da organın kesildikten sonra kalan parçada oluşan ağrıdır.	0.69±0.46	0.26±0.44	<0.001
19.Mastektomi öncesinde ise; hastaya fantom meme sendromunun olası bir komplikasyon olduğu açıklanmalıdır.	0.72±0.44	0.37±0.48	<0.001

\*Mann Whitney U testi

**Tablo 4.4. Hemşirelerin Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu Puan Ortalamaları** (n=370)

	FM +	FM -	
	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	p
20.Hemşireler tarafından hasta ve yakınlarına sendrom hakkında bilgi verilmezse hastalar yaşadıklarını paylaştıklarında yakınları tarafından garip algılanma endişesi ile durumu gizli tutabilmektedir.	0.71±0.45	0.41±0.49	<0.001
<b>Genel Anket Puanı</b>	<b>10.35±7.37</b>		

\*Mann Whitney U testi

Hemşire örnekleminin *Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu* toplam puan ortalama değeri 10.35±7.37 bulundu. Mastektomili hastaya bakım verme imkanı olan birimlerde çalışan hemşirelerin (Fantom +), mastektomili hastaya bakım verme imkanı olmayan birimlerde çalışan hemşirelerden (Fantom -) fantom meme sendromu ile ilgili bilgi düzeyi ileri derecede anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0.001) (Tablo 4.4).

Fantom (+) hemşirelerin fantom meme sendromuna ilişkin bilgi puanları en düşük olan beş madde sırasıyla; madde 13, madde 8, madde 9, madde 10, madde 17'dir. Fantom (-) hemşirelerin fantom meme sendromuna ilişkin bilgi puanları en düşük olan beş maddesi ise sırasıyla; madde 8, madde 13, madde 17, madde 10, madde 15'dir (Tablo 4.4).

*Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu*'nda yer alan 'Sendrom, mastektomiden sonra bir yıldan daha uzun bir süre içinde başlayıp, ameliyattan yıllar sonra da devam edebilen bir durumdur' maddesinin (madde 13) ortalama puan değeri 0.38±0.48 bulundu. Fantom (+) hemşirelerin anket maddeleri içerisinde ortalama puan değeri en düşük anket maddesinin olduğu belirlendi. Fantom (-) hemşirelerde bu maddenin ortalama puan değeri 0.21±0.41 olup en düşük ikinci sırada tespit edildi. Fantom (-) hemşirelerin ise ortalama puan değeri en düşük olan anket maddesi 'Fantom hissi, amputasyondan sonra ilk yıl içinde azalma veya kaybolma eğilimindedir' maddesi (madde 8) olup ortalama puan değeri 0.16±0.37, yine bu madde Fantom (+) hemşirelerde ortalama puan değeri 0.39±0.48 olup en düşük ikinci sırada bulundu (Tablo 4.4).

*Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu*'nda yer alan 'Fantom sendromunda, analjezikler, kas gevşeticiler, antikonvulsanlar, antidepressanlar, lokal anestezi, ayna terapisi, hipnoz uygulaması ve fantom egzersizleri gibi farmakolojik ve girişimsel uygulamalar tedavi yöntemleri uygulanmaktadır' maddesinin (madde 9) ortalama puan değeri 0.45±0.49 olup Fantom (+) hemşirelerde en düşük üçüncü sıradadır (Tablo 4.4).

*Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu*'nda yer alan 'Fantom sendromu, diş ekstraksiyonu, orşiektomi,

penis amputasyonu, ekstremitte amputasyonunda olduğu gibi mastektomi sonrasında da oluşabilen bir durumdur' maddesinin (madde 10) ortalama puan değeri Fantom (+) hemşirelerde  $0.45 \pm 0.49$  olup en düşük dördüncü sırada, Fantom (-) hemşirelerde  $0.25 \pm 0.43$  olup en düşük dördüncü sırada yer aldı (Tablo 4.4).

*Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu*'nda yer alan 'Birçok olguda fantom ağrısı ile pozitif ilişkisi olan güdük ağrısı çoğu zaman fantom ağrı ile karıştırılmaktadır' maddesinin (madde 17) ortalama puan değeri Fantom (+) hemşirelerde  $0.49 \pm 0.50$  olup en düşük beşinci sırada, Fantom (-) hemşirelerde  $0.23 \pm 0.42$  olup en düşük üçüncü sıradadır (Tablo 4.4).

*Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu*'nda yer alan 'Mastektomi sonrası ortaya çıkabilen fantom ağrı, sağlık profesyonelleri tarafından önemli ölçüde az tanılanan ve kesin tedavi yöntemi standart olmayan bir durumdur' maddesinin (madde 15) ortalama puan değeri Fantom (-) hemşirelerde  $0.25 \pm 0.43$  olup en düşük beşinci sıradadır (Tablo 4.4).

Fantom meme sendromuna ilişkin bilgi düzeyi en iyi olan üç madde Fantom (+) hemşirelerin sırasıyla madde 2, madde 3, madde 6; Fantom (-) hemşirelerin ise sırasıyla madde 2, madde 3, madde 11 olduğu görülmektedir. Hemşirelerin 'Fantom ağrı, çeşitli sebeplerden dolayı vücut bütünlüğü içerisinde yer almayan organ ya da ekstremitenin eskiden olduğu bölgede ağrı yaşanması durumudur' maddesine (madde 2) doğru yanıt düzeyi en iyi bulundu. Bu maddenin ortalama puan değeri Fantom (+) hemşirelerde  $0.80 \pm 0.39$ , Fantom (-) hemşirelerde  $0.52 \pm 0.50$ ' di (Tablo 4.4).

*Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu*'nda yer alan 'Fantom hissi, organın ya da ekstremitenin hasta tarafından halen eski yerindeymiş gibi hissedilmesi durumudur' maddesinin (madde 3) benzer şekilde doğru yanıt oranı yüksek olup ikinci sırada bulundu. Bu maddenin ortalama puan değeri Fantom (+) hemşirelerde  $0.79 \pm 0.40$ , Fantom (-) hemşirelerde  $0.51 \pm 0.50$ 'dir (Tablo 4.4).

Hemşirelerin *Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu*'nda yer alan 'Fantom ağrı; karıncalanma, iğnelenme, kramp, yanma, delici, bıçak saplanması gibi hissedilen kesici ağrı ve zonklama şeklinde belirti verebilmektedir' maddesinin (madde 6) en doğru yanıtlanan maddelerden biri olduğu görülmektedir. Bu maddenin ortalama puan değeri Fantom (+) hemşirelerde  $0.73 \pm 0.44$  olup üçüncü sıradadır (Tablo 4.4).

Hemşirelerin *Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu*'nda yer alan 'Fantom meme sendromu, mastektomi sonrası kişide meme dokusunun eski yerinde olduğuna dair algı ve alınan ancak hala varmış gibi algılanan meme dokusunda ağrı yakınması olarak tanımlanmaktadır' maddesinin (madde 11) verdiği yanıtla elde edilen ortalama puan değeri Fantom (-) hemşirelerde  $0.45 \pm 0.49$  olup üçüncü sıradadır (Tablo 4.4).

Hemşirelerin diğer fantom meme sendromuna ilişkin verilen yanıtların ortalama puan değerleri Tablo 4.4'de gösterildi.

#### 4.4.Hemşirelerin Fantom Meme Sendromu İle İlgili Bilgi Durumları İle İlişkili Özellikler

Bu bölümde hemşirelerin Fantom meme sendromuna ilişkin bilgi düzeyleri puanları ile bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.5. Yaş ile Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması** (n=370)

	Yaş					
	Genel		FM +		FM -	
	$r_s$	p	$r_s$	p	$r_s$	p
<b>Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Puanı</b>	0.05	0.34	0.04	0.53	0.20	0.82

$r_s$ = Spearman Korelasyon Analizi

Hemşirelerin yaşı ile Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenemedi ( $r_s=0.05$ ,  $p=0.34$ ) (Tablo 4.5).

Mastektomili hastaya bakım verme imkanı olan birimlerde çalışan hemşirelerin (Fantom +) yaşı ile Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenemedi ( $r_s=0.04$ ,  $p=0.53$ ) (Tablo 4.5).

Mastektomili hastaya bakım verme imkanı olmayan birimlerde çalışan hemşirelerin (Fantom -) yaşı ile Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenemedi ( $r_s=0.20$ ,  $p=0.82$ ) (Tablo 4.5).

**Tablo 4.6. Demografik Özellikler ile Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=370)**

		Genel			FM +			FM -		
		n	$\bar{X}\pm SS$	p	n	$\bar{X}\pm SS$	p	n	$\bar{X}\pm SS$	p
Cinsiyet	Kadın	317	10.20±7.34 50-(25-75)	0.35	199	12.11±6.97 50-(25-75)	0.38	118	6.99±6.84 50-(25-75)	0.29
	Erkek	53	11.20±7.57 50-(25-75)		39	13.43±6.41 50-(25-75)		14	5.00±7.28 50-(25-75)	
Eğitim	S. meslek L.	47	7.10±6.73 50-(25-75)	0.00	22	7.95±6.48 50-(25-75)	0.01	25	6.36±6.99 50-(25-75)	0.15
	Ön lisans	103	10.34±7.44 50-(25-75)		71	12.83±6.50 50-(25-75)		32	4.84±6.43 50-(25-75)	
	Lisans	212	11.17±7.36 50-(25-75)		141	12.78±7.03 50-(25-75)		71	8.00±7.00 50-(25-75)	
	Y. lisans	8	7.50±5.50 50-(25-75)		4	11.75±2.87 50-(25-75)		4	3.25±3.77	
Meslekteki yıl	1-10 yıl	181	10.69±7.46	0.59	122	12.54±7.10 50-(25-75)	0.62	59	6.88±6.76 50-(25-75)	0.75
	11-20 yıl	115	9.94±7.48		75	11.92±7.04 50-(25-75)		40	6.25±6.92 50-(25-75)	
	21 yıl ve üzeri	74	10.13±7.04		41	12.46±6.03 50-(25-75)		33	7.24±7.21 50-(25-75)	
Çalışılan bölüm	FM +	238	12.33±6.89 50-(25-75)	0.00						
	FM -	132	6.78±6.88 50-(25-75)							
Klinikte çalışma süresi	0-6 ay	48	11.45±7.17	0.12	31	12.96±6.72 50-(25-75)	0.23	17	8.70±7.34 50-(25-75)	0.68
	7-12 ay	77	11.28±7.25		54	13.59±6.56 50-(25-75)		23	5.86±5.84 50-(25-75)	
	13-24 ay	68	10.97±7.42		50	12.52±6.82 50-(25-75)		18	6.66±7.49 50-(25-75)	
	25 ay ve üzeri	177	9.40±7.41		103	11.38±7.10 50-(25-75)		74	6.64±6.98 50-(25-75)	
FM eğitimi alma durumu	Evet	60	14.71±4.46	0.00	44	15.61±3.65 50-(25-75)	0.00	16	12.25±5.60 50-(25-75)	0.00
	Hayır	310	9.50±7.53		194	11.58±7.23 50-(25-75)		116	6.02±6.72 50-(25-75)	

\*MannWhitney U testi

\*\*Kruskall Walls H testi

Hemşirelerin cinsiyete göre Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (p=0.35). Fantom (+) hemşirelerin cinsiyete göre Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyi



Değerlendirme Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ( $p=0.38$ ). Fantom (-) hemşirelerin cinsiyete göre Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ( $p=0.29$ ) (Tablo 4.6).

Hemşirelerin öğrenim durumlarına göre Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlendi ( $p=0.00$ ). Lisans öğrenimini bitiren hemşirelerin Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Fantom (+) hemşirelerin öğrenim durumlarına göre Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlendi ( $p=0.01$ ). Önlisans eğitimi bildiren hemşirelerin Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu puan ortalamaları daha yüksek bulundu ( $p=0.01$ ). Fantom (-) hemşirelerin eğitim durumlarına göre Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmedi ( $p=0.15$ ) (Tablo 4.6).

Hemşirelerin meslekteki yıllarına göre Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmedi ( $p=0.59$ ). Fantom (+) hemşirelerin meslekteki yıllarına göre Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ( $p=0.62$ ). Fantom (-) hemşirelerin meslekteki yıllarına göre Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ( $p=0.75$ ) (Tablo 4.6).

Hemşirelerin çalıştıkları bölüme göre Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlendi ( $p=0.00$ ) (Tablo 4.6). Mastektomili hastaya bakım verme imkanı olmayan birimlerde çalışan hemşirelere (Fantom -) kıyasla, mastektomili hastaya bakım verme imkanı olan birimlerde çalışan hemşirelerin (Fantom +) Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu puan ortalamaları daha yüksek bulundu (Tablo 4.6).

Hemşirelerin klinikteki çalışma sürelerine göre Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmedi ( $p=0.12$ ). Fantom (+) hemşirelerin klinikteki çalışma sürelerine göre Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ( $p=0.23$ ).

Fantom (-) hemşirelerin klinikteki çalışma sürelerine göre Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ( $p=0.68$ ) (Tablo 4.6).

Hemşirelerin fantom meme sendromu hakkında eğitim alma durumlarına göre Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlendi ( $p=0.00$ ) (Tablo 4.6). Fantom meme sendromu hakkında eğitim alan hemşirelerin Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu puan ortalamaları daha yüksek bulundu.

## 5.TARTIŞMA

Meme kanseri günümüzde gittikçe artma eğilimi gösterirken; artan modern diagnostik ve terapötik yöntemlerin ortaya çıkmasıyla birlikte hayatta kalma oranında artma göstermekte ancak hala tedaviden kaynaklanan sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Mastektomi, meme kanseri tedavisinde en sık kullanılan cerrahi seçenek olup sonrasında ortaya çıkan komplikasyonlardan fantom meme sendromu hastalar ve sağlık personelleri tarafından farkedilmesi ve ayırt edilmesi zor bir durumdur ( Alsancak ve Altınkaynak 2003; Laxmaiah ve Vijay 2004).

Sağlık ekibinin hastayla en çok zaman geçiren üyesi olan hemşirelerin fantom meme sendromu hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Fantom meme hissi ve ağrısı konusunda hasta bireylere rehberlik ederek yön göstermesi komplikasyonu önlemek ve tedavisini kısa sürede sağlamak açısından önemlidir.

Bu bölümde, mastektomi sonrasında hastalarda görülebilen fantom meme sendromu hakkında hemşirelerin bilgi düzeyini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular tartışıldı.

Yapılan literatür taramalarında fantom meme ağrısı ve hissi üzerinde bilgi düzeylerini değerlendiren araştırmaya ulaşılamamıştır. Fantom ağrısı ve hissi memeden ziyade daha çok ekstremitelerde ampütasyonu konusunda ele alınmıştır. Bu sebeple bizim çalışmamızda elde edilen sonuçlar fantom ekstremitelerde ağrısı ve hissi ile karşılaştırılmıştır.

Ampütasyondan sonra insanlar kısa ve uzun vadeli rehabilitasyonlarına ve refahına müdahale edecek kadar ağır fantom ağrısı ve hissi yaşayabilirler. Hemşire ve cerrahlar gibi rehabilitasyonun erken evrelerinde yer alan sağlık personelleri fantom ağrısı ve hissi konusunda

hasta ve yakınlarına bilgi sunmak ve rehberlik etmek için önemli rol oynamaktadırlar (Mortimer ve ark. 2004; Virani ve ark. 2014). Bu çalışma da amputasyon sonrasında hastalara bakım verecek olan hemşirelerin fantom ağrısı ve hissi konusunda bilgi düzeyi araştırmacı tarafından hazırlanan Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu ile değerlendirildi ve toplam doğru cevap puan ortalama değeri  $10.35 \pm 7.37$  bulundu. Mastektomili hastaya bakım verme imkânı olan birimlerde çalışan hemşirelerin (Fantom +), mastektomili hastaya bakım verme imkânı olmayan birimlerde çalışan hemşirelerden (Fantom -) fantom meme sendromuna ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ileri derecede anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Mortimer ve ark. (2002)'nin yaptıkları çalışmada, sağlık profesyonellerinin fantom sendromu hakkında hastalara bilgi verme ihtiyacının farkında iken, hastalara verilen güncel bilgilerin hastaların ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Bilgi eksikliğinin nedeninin hayali olgular üzerine bilgi sağlanmasında rehberlik edecek standart bir yaklaşımın olmamasına bağlanmıştır (Bond, 2000). Fraser ve ark.'ı (2001) bilgi eksikliğinin fantom ağrısı ve hissini deneyimleme üzerinde olası bir etkisi olduğunu işaret etmişlerdir.

Fantom sendromunun tanımı ile ilgili ' Fantom sendromunda en sık karşımıza çıkan durumlar fantom ağrısı ve hissi olup, fantom ağrı, çeşitli sebeplerden dolayı vücut bütünlüğü içerisinde yer almayan organ ya da ekstremitenin olduğu bölgede ağrı yaşanması durumu iken, fantom hissi organın ya da ekstremitenin hasta tarafından halen eski yerindeymiş gibi hissedilmesi olarak tanımlanmaktadır'' (Bunocore 2015; Pieter ve ark. 2002; Probstner ve ark. 2010; Laxmaiah ve Vijay 2004). Bizim çalışmamızda, Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu'nda yer alan fantom sendromunun tanımı ile ilgili maddelerin (madde 1, madde 2, madde 3) bilgi düzeyleri puan ortalamaları Fantom (+) grubunda yüksek bulunup, Fantom (-) grubunun ise daha düşük bulundu. Fantom ağrısı ve hissi tanımı ile ilgili maddelerin doğru cevap ortalama puan değerleri sırasıyla Fantom (+) grubunda  $0.57 \pm 0.49$ ,  $0.80 \pm 0.39$  ve  $0.79 \pm 0.40$ , Fantom (-) grubunda ise  $0.35 \pm 0.48$ ,  $0.52 \pm 0.50$  ve  $0.51 \pm 0.50$  olarak elde edildi. Bu sonuçlar, mastektomili hastaya bakım verme imkânı olan hemşirelerin fantom sendromuyla karşılaşmaları ve farkındalıklarının bilgi düzeyine etki ettiği şeklinde yorumlandı.

Literatürde fantom ağrının ortaya çıkmasında bireysel, çevresel, fizyolojik ve psikolojik faktörlerin varlığı söz konusu olup yeterli kanıt olmamakla birlikte cinsiyet, genetik faktörler, mevsim değişiklikleri, defekasyon, depresyon, anksiyete, cinsel aktivite durumlarının da ağrı üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir (Alsancak ve Altınkaynak 2003; Anaforoğlu 2011; Yıldırım, 2014; Hill 1999). Mortimer ve ark. (2004)'nin çalışmasında sağlık profesyonellerinin ifade ettikleri görüşlerinden fantom deneyimini etkileyebilecek belirli faktörler ve mekanizmalarından haberdar

olmadıkları ortaya konulmuştur. Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu'nda yer alan fantom ağrının ortaya çıkmasında rol oynayan faktörler (madde 4) ile ilgili doğru cevap ortalama puan değeri Fantom (+) grubunda  $0.66\pm 0.47$  olarak, Fantom (-) grubunun bu madde ise ilgili doğru cevap ortalama puan değeri  $0.38\pm 0.48$  olarak bulundu. Bu durumda; Fantom (-) hemşirelerin fantom ağrıda etkili olan faktörler ile ilgili bilgi düzeyi puanının daha düşük kaldığı söylenebilir.

Ampütasyon öncesi kronik ağrı varlığının ampütasyondan sonra fantom ağrı riskini arttığına dair veriler mevcuttur (Anaforoğlu 2011; Hanling ve ark. 2010; Laxmaiah ve Vijay 2004). Uzun süre pre-amputasyon ağrısı geçiren hastalarda yoğun fantom ağrı rapor edilmektedir (Weeks ve ark. 2010). Hirsh ve arkadaşları (2010) daha uzun pre-amputasyon ağrısı yaşayan katılımcıların fantom ekstremitte ağrı düzeylerinin ve yoğunluklarının yüksek olduğunu bulmuşlardır. Dr. Raja; "Mastektomi sonrası fantom meme ağrısı hissinin başlıca belirleyicisi, mastektomi öncesi meme ağrısının varlığıydı. Ameliyattan önce göğüs ağrısı, ameliyat sonrası fantom meme ağrısı ve fantom meme sendromu insidansını ikiye katladı" demiştir (American Society Of Anesthesiologists, 2000). Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu'nda yer alan fantom ağrının seyri (madde 5) ile ilgili maddenin doğru cevap ortalama puan değeri Fantom (+) grubunda  $0.55\pm 0.49$ , Fantom (-) grubunda  $0.35\pm 0.48$  bulundu. Bu durum Fantom (+) grubu hemşirelerin fantom ağrının seyri konusunda bilgi düzeyi puanının daha yüksek olduğunu gösterdi. Amputasyon öncesinde hemşireler tarafından, hastalara onlara neyin bekleyeceğini öğretmek ve etkili baş etme stratejilerinde koçluk yapmak amputasyon sonrası ağrıların azalmasına yardımcı olabilir şeklinde düşünülmektedir.

Bireylerin yaşadıkları fantom ağrı farklılık gösterse de genellikle yanma, karıncalanma, kramp, bıçak saplanması, delici hissedilen kesici ağrı ve zonklama şeklinde tanımlanmaktadır (Probstner ve ark. 2010; Mortiner ve ark. 2002). Fantom ekstremitte ağrısı son derece öznel ve bireysel bir deneyimdir (Virani ve ark. 2014). Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu'nda yer alan fantom ağrının klinik belirtileri (madde 6) ile ilgili Fantom (+) grubu hemşirelerin bilgi düzeyi doğru cevap ortalama puan değeri  $0.73\pm 0.44$ , Fantom (-) grubu hemşirelerinde bilgi düzeyi doğru cevap ortalama puan değeri  $0.37\pm 0.48$  olarak bulundu. Bu sonuç ile Fantom (+) hemşirelerin fantom ağrısının klinik belirtileri ile ilişkili bilgi düzeyi puanlarının daha yüksek olduğu görüldü.

Fantom ağrısı gibi ampütasyon sonrasında karşımıza çıkan durumlardan birisi olan fantom hissinde, ampute edilen organ ya da ekstremitenin ampütasyon öncesi hacim, uzunluk ve şeklinin eskisi gibi hissedilmesi, sıcak, soğuk, elektrik çarpması, kaşınma, uyuşma,

dokunuluyor gibi hissedilmesi şeklinde belirtilerin yaşandığı belirtilmektedir (Kooijman ve ark. 2000; Uğur ve ark. 2007). Mortimer ve ark.'nın (2004) yaptığı çalışmada da sağlık profesyonelleri fantom ağrısı ve hissini klinik belirtilerini benzer şekilde tanımlamış ve belirtilerin bireysel farklılık gösterebileceğini belirtmişlerdir. Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu'nda yer alan fantom hissini klinik belirtileri (madde 7) ile ilgili Fantom (+) grubu hemşirelerin bilgi düzeyi doğru cevap ortalama puan değeri  $0.69 \pm 0.46$ , Fantom (-) grubu hemşirelerin ise  $0.36 \pm 0.48$  olarak bulundu. Bu madde için Fantom (+) hemşirelerin bilgi düzeyi puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuç ile amputasyon geçiren hastaların bakım ve tedavisinde bulunan hemşirelerin hastaların yaşadığı belirtileri yakından gözlemlemesi ve bakımın içinde bulunmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Fantom ağrısı ve hissinde görülen belirtilerin yoğunluğu ve zamanı değişebilir ve hasta bireyler için farklı anlamlara gelebilmektedir (Sicuteri, 1985; Carlen ve ark. 1978; Brown, 1968; Blankenbaker, 1977; Frazier, 1966; Weiss, 1956; Jensen ve ark.1983; Riddock, 1941; Haber, 1958; Kronholm, 1951). Yapılan çalışmalarda fantom hissini amputasyondan sonra ilk yıl içinde azalma veya kaybolma eğiliminde olduğu ve bu nedenle fantom ağrısı kadar hasta bireyler için sorun oluşturmadığı belirtilmektedir (Kooijman ve ark. 2000; Raja ve ark. 2005). Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu'nda yer alan fantom hissini klinik seyri (madde 8) ile ilgili Fantom (+) grubu hemşirelerin bilgi düzeyi doğru cevap ortalama puan değeri  $0.39 \pm 0.48$ , Fantom (-) grubu hemşirelerin ise  $0.16 \pm 0.37$  olarak bulundu. Bu sonuç, her iki grup hemşirelerinde düşük puanlı bulunmuş ancak iki grup kıyaslandığında Fantom (+) olanlarda bir miktar daha yüksek bulunmuştur. Bu madde, Fantom (-) grubu hemşirelerin bilgi düzeyi soruları içerisinde doğru cevap ortalama puan değeri en düşük madde olarak belirlendi. Bunun nedeni olarak hemşirelerin amputasyondan sonraki yıllar içerisinde hastayla tekrar karşılaşmaması olarak düşünülmüştür.

Ekstremitte kaybının prevalansı önümüzdeki kırk yılda ikiye katlandığı ve bu hastalarda fantom ağrının olumsuz etkileri düşünüldüğünde, fantom ağrı için erişilebilir ve düşük maliyetli tedavilerin tanımlanmasının önemi artmaktadır (Darnall ve Li 2012). Ancak; Fantom ağrının patofizyolojisi hala bilinmemektedir ve tam olarak anlaşılammıştır, bu nedenle bu durum fantom ağrının tedavisi ile ilgilenenler için bir zorluk oluşturmaktadır (Wilcher ve ark. 2011). Analjezikler, kas gevşeticiler, antikonvulsanlar, antidepresanlar, lokal anestezi, periferik sinir bloğu, rizotomi, sempatektomi, dorsal kök giriş sahası lezyonu, transkütan elektriksel sinir uyarımı (TENS), akupunktur, ayna terapisi, düşük seviyeli lazer tedavisi, hipnoz uygulaması ve fantom egzersizleri gibi farmakolojik ve girişimsel uygulamalar fantom ağrı ve hissi tedavi yöntemlerinden başlıcalarıdır. Günümüzde fantom ağrı ve hissi tedavi yöntemlerini inceleyen araştırmaların yetersiz olması sebebiyle bu

yöntemlerin hiçbiri, tek başına ya da bir arada kullanıldığında fantom ağrısı ve hissi yönetiminde tatmin edici sonuçlar vermemiş olup kesin tedavi yönteminden bahsetmek mümkün değildir. (Anaforoğlu, 2011; Buonocore, 2015; Ramesh ve ark. 2009; Casale ve ark. 2009; Cole ve ark. 2009; Nikolajsen ve Jensen 2001; Manchikanti ve Singh 2004; Flor, 2008). Mortimer ve ark'nın (2004) yaptıkları çalışmada hasta bireyler sağlık profesyonellerinden fantom ağrısı ve hissi tedavi türleri hakkında bilgi ihtiyaçlarını dile getirmişlerdir. Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu'nda yer alan fantom ağrı ve hissi tedavisi ile ilgili maddenin (madde 9) doğru cevap ortalama puan değeri Fantom (+) grubunda  $0.45 \pm 0.49$ , Fantom (-) grubu hemşirelerin ise  $0.28 \pm 0.45$  elde edildi. Bu sonuç, her iki grup hemşirelerinde düşük puanlı bulunmuş ancak iki grup kıyaslandığında Fantom (+) olanlarda bir miktar daha yüksek bulunmuştur. Bu durum; fantom ağrı ve hissi tedavisinde uygulamada olan kesin tedavi yöntemlerinin olmamasından kaynaklandığı söylenebilir.

Fantom sendromu literatürde daha çok bir ekstremitenin ampütasyonunda araştırma konusu olmasına rağmen son zamanlarda meme, penis, diş ekstrasyonu, orşiektomi gibi diğer vücut parçalarının ampütasyonu sonrasında da araştırılmaya başlanmıştır (Marchettini ve ark. 2001; Nikolajsen ve Jensen 2001). Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu'nda yer alan fantom sendromu görülen durumlar ile ilgili maddenin (madde 10) doğru cevap ortalama puan değeri Fantom (+) grubu hemşirelerde  $0.45 \pm 0.49$ , Fantom (-) grubu hemşirelerin ise  $0.25 \pm 0.43$  elde edildi. Bu sonuç, her iki grup hemşirelerinde düşük puanlı bulunmuş ancak iki grup kıyaslandığında Fantom (+) olanlarda bir miktar daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni olarak fantom ağrısı ve hissi daha çok ekstremitte ampütasyonu ile araştırmalarda ve kliniklerde karşılaşıırken meme, penis, diş gibi diğer durumlarda daha az görülmekte veya farkedilememektedir. Bu açıdan bakıldığında, meme kanseri olan kadınlara dikkat edilmesi özel bir önem taşımaktadır, çünkü tam olarak fantom meme sendromu prevalansı, fantom ekstremitte sendromlarından daha düşüktür (Richardson ve ark. 2006; Tasmuth ve ark. 1995).

Meme kanseri cerrahi tedavisi olan mastektomi sonrasında ortaya çıkabilen komplikasyonlardan biri olan ve yaşam kalitesini ciddi etkileyen fantom meme sendromu, meme dokusunun halen var olduğuna dair algı ve alınan meme bölgesinde ağrı şikayeti ile görülen bir bozukluktur (Kroner ve ark. 1989; Kroner ve ark. 1992; Jarvis, 1967; Jamison ve ark. 1979; Ramesh ve ark. 2009; Spyropoulou ve ark. 2008). Björkman ve ark'nın (2012) çalışmasında mastektomiden bir ay sonra hastalarla görüştiklerinde fantom meme ağrısı ve fantom meme hissini tanımlayıp ayırt edebilmişlerdir ve sıklıkla fantom meme hissini yaşadıklarını belirtmişlerdir. Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu'nda yer alan fantom meme sendromu tanımı ile ilgili

maddenin (madde 11) doğru cevap ortalama puan değeri Fantom (+) hemşirelerde  $0.69\pm 0.46$  elde edildi. Fantom (-) hemşirelerde ise doğru cevap ortalama puan değeri  $0.45\pm 0.49$  bulundu. Bu sonuç ile mastektomili hastanın bakım ve tedavisinde bulunan hemşirelerin fantom meme sendromunun tanımı ile ilgili bilgi düzeyleri daha yüksek bulundu. Mastektomili hastayla karşılaşmayan hemşirelerin fantom meme sendromu tanımı ile ilgili bilgi düzeylerinin puan ortalamalarının düşük kaldığı söylenebilir.

Meme kanseri cerrahi tedavi seçeneklerinden biri olan mastektomi sıklıkla uygulanan bir işlem olmasına rağmen fantom meme sendromu hakkında bilgiler sınırlı olup patofizyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Fantom meme sendromunun sebebi olarak mastektomi işlemi sırasında çeşitli sinirlere hasar verilmesi gösterilse de ruhsal etkenlerin bu durumu tetiklediği düşünülmektedir ama bu konu ile ilgili literatürde yeterli çalışma bulunamamaktadır. (Ramesh ve ark. 2009; Spyropoulou ve ark. 2008). Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu'nda yer alan fantom meme sendromunun nedenleri ile ilgili maddenin (madde 12) doğru cevap ortalama puan değeri Fantom (+) hemşirelerde  $0.58\pm 0.49$  saptandı. Bu sonuç ile Fantom (+) grubu hemşirelerin fantom meme sendromunun sebebi ile ilgili bilgi düzeyi puanının orta derecede olduğu görüldü. Fantom (-) hemşirelerin doğru cevap ortalama puan değeri ise  $0.31\pm 0.46$  bulundu. Bu sonuç ile Fantom (-) hemşirelerin bu konu ile ilgili bilgi düzeyi puanının daha düşük olduğu saptandı. Bu durumun literatürde fantom meme sendromunun nedenlerinin tam olarak açıklanamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Fantom meme sendromu, mastektomiden sonra bir yıldan daha uzun bir süre içinde başlayıp, yıllar sonra da devam edebilen bir durumdur. (Pieter ve ark. 2007; Ramesh ve ark. 2009). Macdonald ve ark.'nın yaptığı çalışmada, mastektomiden sonra fantom meme sendromu tanısı alan hastalar dokuz yıl sonra tekrar değerlendirildiklerinde %52.0'ında sendromun devam ettiği görülmüştür (Macdonald ve ark. 2005). Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu'nda yer alan fantom meme sendromunun prevelansı ile ilgili maddenin (madde 13) doğru cevap ortalama puan değeri Fantom (+) hemşirelerde  $0.38\pm 0.48$  elde edildi. Bu sonuç ile anket maddeleri içerisinde ortalama puan değeri en düşük madde (madde 13) olduğu belirlendi. Fantom (-) hemşirelerin doğru cevap ortalama puan değeri  $0.21\pm 0.41$  bulundu. Bu sonuç ile hemşirelerin fantom meme sendromu prevelansı ile ilgili bilgi düzeyi puanlarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu durum hemşirelerin uzun dönemde hastaların takibini yapmalarının zor olmasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Mastektomi işlemi sonrasında kadında birçok fiziksel ve psikososyal sorunlar yaşanmaktadır. Mastektomi sonrasında vücut bütünlüğünün

bozulmasından kaynaklı cinselliğin ve çekiciliğinin bitmesi, benlik saygısında azalma, öfke ve gerginlik gibi psikolojik problemler görülmektedir. Cinsel simge olarak görülen memenin alınması sonrası yaşanan en önemli sorunlardan biri de beden imajının bozulması ve cinsel işlev bozukluğu olup yaşam kalitesinin azalmasıdır (Ünal ve ark. 2002; Çavdar, 2006; Aygin ve Durat 2005). Mastektomi sonrası komplikasyonlardan biri olan fantom meme ağrısı bu fiziksel ve psikolojik sorunları daha da arttırmaktadır. Padovani ve ark.'nın (2015) çalışmasının sonuçları, özellikle gençlerde (18-38 yaş arası) depresyon, günlük aktivitelerde bozulma ve anksiyete düzeylerinde artışa bağlı olarak, fantom ağırlı hastaların daha düşük bir yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermektedir. Vaz ve ark. (2012) tarafından yapılan çalışmada da örneklemin depresyon ve anksiyete prevalansı yüksek ve Padovani ve ark.'nın çalışması ile sonuçlar tutarlıydı (Vaz ve ark. 2012). Amputasyonlu hastalarda fantom ekstremitte ağrısı, sıkıcı ve kalıcı bir deneyim olabilir. Genellikle fantom uzuv ağrısının spontan çözümü çok yavaştır, aylar ve sıklıkla yıllar alır ve çoğu durumda ağrı, hastanın yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiyle kronikleşir (MacLachlan ve ark. 2004; Bosmans ve ark. 2007). Daha fazla ağrı bildiren kadınlar ayrıca, olası kanser nüksü ve ameliyatın cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğine dair daha büyük endişeler hakkında daha fazla korku duyduklarını bildirmişlerdir (American Society Of Anesthesiologists, 2000). Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu'nda yer alan fantom meme ağrısının sebep olduğu sorunlar ile ilgili maddenin (madde 14) doğru cevap ortalama puan değeri Fantom (+) hemşirelerde  $0.69 \pm 0.46$  bulundu. Bu sonuç ile Fantom (+) hemşirelerin fantom meme ağrısının kadınlar üzerinde sebep olduğu sorunlar konusunda bilgi düzeyi puanları daha yüksek bulundu. Fantom (-) hemşirelerin doğru cevap ortalama puan değeri  $0.34 \pm 0.47$  elde edildi. Bu durum mastektomili hastaya bakım vermeyen hemşirelerin mastektomi ve fantom meme ağrısının sebep olduğu fiziksel ve psikolojik sorunlar konusunda bilgi düzeyi puanlarının daha düşük olduğunu düşündürmektedir.

Mastektomi sonrası yaşanan komplikasyonlardan biri olan fantom meme ağrısı, sağlık çalışanları tarafından az tanılanan bir durumdur. Tedavisi konusunda henüz kesin ve standart bir yöntem bulunmamaktadır. Rothmund ve ark. (2004). Mortimer ve ark.'nın (2004) yaptıkları çalışmada hastaların sağlık profesyonellerinden aldıkları bilgilerin yetersiz olduğunu ve memnuniyetsizlik duyduklarını tespit etmiştir. Bunun yanı sıra hastalar ilk etapta fantom ağrısı hakkındaki bilgiyi aile, arkadaş ve diğer hastalardan öğrenmek istediklerini ifade etmişlerdir (Mortimer ve ark. 2004). Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu'nda yer alan fantom meme ağrısının sağlık profesyonelleri tarafından nasıl algılandığı ile ilgili maddenin (madde 15) doğru cevap ortalama puan değeri Fantom (+) hemşirelerde  $0.60 \pm 0.49$  olup bu konuda bilgi düzeyi puanları daha yüksek bulundu. Fantom (-) hemşirelerin doğru cevap ortalama puan değeri ise  $0.25 \pm 0.43$  bulundu. Fantom (-)



hemşirelerin mastektomili hastayla karşılaşmalarını nedeniyle tanı ve tedavide bilgi düzeyi puanlarının daha düşük düzeyde olması beklenen bir sonuçtur.

Sağlık profesyonelleri tarafından yönetilen fantom sendromunda amaç fantom ağrısı ve hissinin azaldığı veya ortadan kalktığına kadın tarafından ifade edilmesidir. Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu'nda yer alan fantom sendromunun yönetimi ile ilgili maddenin (madde 16) doğru cevap ortalama puan değeri Fantom (+) hemşirelerde  $0.62 \pm 0.48$  belirlendi. Fantom (-) grubu hemşirelerin doğru cevap ortalama puan değeri ise  $0.33 \pm 0.47$  bulundu. Bu durum; Fantom (+) hemşirelerin fantom sendromu yönetiminde amaçlarının farkında olduklarını gösterdi.

Birçok olguda fantom ağrısı ile pozitif ilişkisi olan güdük ağrısı çoğu kez fantom ağrısı ile karıştırılmaktadır. Güdük ağrısı da fantom ağrısı gibi saplanıcı, yanıcı ve şok edici tarzda tanımlanmaktadır. (Alsancak ve Altınkaynak 2003; Sherman, 1997). Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu'nda yer alan fantom ağrı ve güdük ağrısının karıştırılması ile ilgili maddenin (madde 17) doğru cevap ortalama puan değeri Fantom (+) hemşirelerde  $0.49 \pm 0.50$  bulundu. Fantom (-) hemşirelerin ise doğru cevap ortalama puan değeri  $0.23 \pm 0.42$  elde edildi. Bu sonuç ile Fantom (+) hemşirelerin fantom ağrısı ile güdük ağrısının karıştırılmasını kısmen daha iyi bildikleri görüldü. Mortimer ve ark.'nın (2004) çalışmasında da sağlık profesyonelleri hastaların ifade ettikleri ağrının fantom ağrı olup olmadığı ya da güdük ağrısı olup olmadığı konusunda belirsizlik ifade etmişlerdir.

Ampute kliniklerinde sık karşımıza çıkan güdük ağrısı, bir ekstremitte ya da organın kesildikten sonra kalan parçada oluşan ağrıdır. Yüzeysel yaraların, cilt patolojilerinin, enfeksiyon ve kemikteki patolojik durumların güdük ağrısının temel nedenleri olduğu belirtilmiştir (Alsancak ve Altınkaynak 2003; Sherman, 1997; Dawis, 1993). Björkman ve ark.'nın (2012) çalışmasında araştırmacının görüştüğü yedi ampute hasta güdük ağrısını fantom ağrısından daha yoğun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ancak, güdük ağrısının varlığı veya yokluğunun fantom ağrısının algılanan yoğunluğu üzerinde bir etkiye sahip olmadığını dile getirmişlerdir. Bizim çalışmamızda, Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu'nda yer alan güdük ağrısının tanımı ile ilgili maddenin (madde 18) doğru cevap ortalama puan değeri Fantom (+) hemşirelerde  $0.69 \pm 0.46$  bulundu. Fantom (-) hemşirelerin doğru cevap ortalama puan değeri  $0.26 \pm 0.44$  olarak belirlendi. Bu sonuç, Fantom (+) hemşirelerin güdük tanısı ile ilgili bilgi düzeyi puanlarının daha iyi olduğunu göstermektedir. Bu durumun güdük ağrısının, fantom ağrısı ve hissine göre daha az yaygın olan ancak en fazla tedavi edilebilen durum olmasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Mastektomi öncesinde, hastaya fantom meme sendromunun olası bir komplikasyon olduğu açıklanmalıdır. Amputasyondan sonra neyin bekleneceğini anlatmak ve etkili baş etme stratejilerinde hastalara koçluk yapmak amputasyon sonrası ağrıların azalmasına yardımcı olabilir. Mortimer ve ark.'nın (2004) yaptığı çalışmada sağlık profesyonelleri amputasyon öncesinde erken bilgilendirme ile güven sağlanabileceğini ve hastalarla iyi iletişim kurulabileceğini belirtti. Ayrıca, çoğu sağlık profesyoneli uygulamadaki belirgin eksikliği fark edip amputasyon öncesinde kişilerin fantom ağrısı ve hissi hakkında düzgün bir şekilde bilgilendirmenin gerekliliği konusunda da görüş bildirmişlerdir. Björkman ve ark.'nın (2012) çalışmasında fantom meme sendromu yaşayan 22 birey ile sendrom hakkında mastektomi öncesinde bilgi alıp almadıklarına dair yaptıkları görüşmede 10 hasta sendrom hakkında bilgilendirildiklerini, 12 hasta ise bilgi almadıklarını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda, Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu'nda yer alan fantom meme sendromuna yönelik önerilerle ilgili maddenin (madde 19) doğru cevap ortalama puan değeri Fantom (+) hemşireler için  $0.72 \pm 0.44$ , Fantom (-) hemşirelerde ise bu puan değeri  $0.37 \pm 0.48$  bulundu. Bu konuda Fantom (+) hemşirelerinin bilgi düzeyi puanlarının daha iyi olduğu görülmektedir. Dolayısıyla fantom meme sendromu ile karşılaşan hemşireler oluşabilecek komplikasyonlar hakkında hastanın bilgilendirilmesinin gerekliliğinin farkında görülmektedir.

Mastektomi sonrasında hastalar fantom meme sendromu ile ilişkili yaşadıklarını paylaştıklarında yakınları ve aileleri tarafından garip anlaşılacakları endişesi ile bu durumu açıklamayabilirler. Mastektomi öncesinde hastayı bilgilendirme fantom meme sendromunu hatalı algılanmasını önlemede önemlidir (Staps ve ark. 1985). Mortimer ve ark.'nın (2004) araştırmasında hasta bireyler, fantom sendromu paylaştıklarında haklarında küçümseyici ve kusurlu düşüncelerinin olmalarından endişe ettiklerini ve sağlık profesyonellerinin onları bu tecrübe için hazırlamadıkları için memnun olmadıklarını tespit etmişlerdir. Yapılan bir çalışmada sağlık profesyonelleri tarafından fantom meme sendromu hakkında bilgilendirilen hastaların fantom deneyimlerini paylaşırken ve sendrom hakkında detaylı bilgilere ulaşmak için çalışmalara katılmasının "çılgınca" olmadığına dair inançlarına destek olduğunu açıklamışlardır (Björkman ve ark. 2012). Bizim çalışmamızda, Fantom Meme Sendromuna İlişkin Bilgi Düzeyini Değerlendirme Formu'nda yer alan fantom meme sendromuna yönelik bilgilendirme ile ilgili maddenin (madde 20) doğru cevap ortalama puan değeri Fantom (+) hemşirelerin  $0.71 \pm 0.45$ , Fantom (-) hemşirelerde doğru cevap ortalama puan değeri  $0.41 \pm 0.49$  belirlendi ve Fantom (-) hemşirelerin bu konuda bilgi düzeyi puanlarının daha düşük olduğu tespit edildi. Bu durum fantom meme sendromu ile karşılaşmayan hemşirelerin hastanın yaşadığı duygulardan daha az haberdar olduğunu göstermektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonucunda; fantom meme sendromu ile ilgili anket çalışmasını kabul eden mastektomili hastaya bakım verme imkanı olan kliniklerde çalışan hemşirelerin fantom meme sendromu ile ilgili bilgi düzeyi puan ortalamalarının mastektomili hastaya bakım verme imkanı olmayan kliniklerde çalışan hemşirelere oranda daha yüksek olduğu görüldü.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Amputasyon bakımı ile uğraşan tüm sağlık personelinin, fantom ağrısının ve fantom hissini amputasyon sonrası oluşabilecek komplikasyonlar olduğunun farkında olması,
- Sağlık personellerinin, hastalara amputasyon öncesi ve sonrasında fantom sendromu hakkında gerekli bilgileri vermesi,
- Hastanın yaşadığı fonksiyonel kayıpların, yaşamında meydana getirdiği fizyolojik ve psikolojik değişiklikleri kendisinin ifade etmesi ve tanımlamasına fırsat verilmesi ve karşılıklı diyaloglarda bulunulması,
- Hemşirelere ayna terapisi gibi nonfarmakolojik yöntemlerin hizmetiçi eğitimlerle anlatılması,
- Hastalar için yeterli ve tutarlı bilgi sağlamak için bilgi standartlarının getirilmesi,
- Amputasyon bakımı boyunca bilgilerin kesintisiz bir şekilde verilmesi, bilgiyi güncellemek ve uygulamayı koordine etmek için gerekli hizmetiçi eğitimlerin yapılması,
- Sağlık personelinin hasta tarafından bildirilen fantom sendromuna güven duyması ve yargılayıcı olmayan bir tutum içinde olması,
- Çoğu zaman farkında olunmayan fantom meme sendromu hakkında periyodik aralıklarla sağlık personeline hizmetiçi eğitimlerin verilmesi,
- Benzer araştırmaların çok merkezli bir planlama yapılarak, daha geniş ve homojen örneklem grupları ile uygulanması önerilebilir.

## KAYNAKLAR DİZİNİ

Ackerly W., Thomon W., Fitts WT Jr. (1955). Phantom breast. *J Nerv Ment Dis*, 121:177-178.

Aglioti S., Cortese F., Franchini C. (1994). Rapid sensory remapping in the adult human brain as inferred from phantom breast perception. *NeuroReport* 5:473-476.

Akechi, T., Okuyama, T., Imoto, S., Yamawaki, S., Uchitomi, Y. (2001). Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatment* , 65:195-202.

Akyolcu N. (2008). Meme Kanserinde Cerrahi Girişim Sonrası Cinsel Yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4: 77-83.

Alsancak, S., Altınkaynak, H. (2003). Fantom hissi, fantom ağrısı ve ağırlı güdük. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı*, 4(1): 21-24.

American Society Of Anesthesiologists. "Phantom" Sensations Reported By One-Third Of Mastectomy Patients." *ScienceDaily*. ScienceDaily, 20 October 2000.

Anaforoğlu, B. (2011). Fantom ağrısı tedavisinde ayna terapisi ve fantom egzersizlerinin etkinliğin karşılaştırılması, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ankara

Arena, J. G., Sherman, R. A., Bruno, G. M. ve Smith, J. D. (1990). The relationship between situational stress and phantom limb pain: cross-lagged correlational data from sixmonth pain logs. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 34, 71-77.

Arıkan, R.N. (2000). Travmatik Bir Yasantı: Meme Kanseri ve Mastektomi. *Kriz Dergisi*, 9(1), 39-46.

Aslan FE., Gürkan A. (2007). Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(2):63-8.

Aygin, D., Durat, G. (2005). Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel Sorunlar ve Yaklaşım (Derleme). *Androloji Bülteni*, 23, 352-354.

Ayhan, A. (2013). *Jinekolojik Onkoloji*, (1. Baskı). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

B. Borghi, M. D'Addabbo, P. F. White et al. (2010). "The use of prolonged peripheral neural blockade after lower extremity amputation: the effect on symptoms associated with phantom limb syndrome," *Anesthesia and Analgesia*, vol. 111, no. 5, pp. 1308-1315.

Baron R. (2006). Mechanisms of disease: neuropathic pain—a clinical perspective, *Nature Clinical Practice Neurology*, vol. 2, no. 2, pp. 95-106.

Baron R., Binder A., Wasner G. (2010). Neuropathic pain: diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment. *The Lancet Neurology*, vol. 9, no. 8, pp. 807-819.

Baron, R. H., Kelvin, J. F., Bookbinder, M., Cramer, L., Borgen, P. I., & Thaler, H. T. (2000). Patients' sensations after breast cancer surgery: a pilot study. *Cancer Practice*, 8(5), 215-222.

Bartholomay, M. M. (1991). Post-mastectomy sensory experiences: phantom breast syndrome. Doctoral dissertation, MGH Institute of Health Professions.

Becker, C., Pham, D. N. M., Assouad, J., Badia, A., Foucault, C., & Riquet, M. (2008). Postmastectomy neuropathic pain: results of microsurgical lymph nodes transplantation. *The Breast*, 17(5), 472-476.

Bee L.A. and Dickenson A.H. (2008). Descending facilitation from the brainstem determines behavioural and neuronal hypersensitivity following nerve injury and efficacy of pregabalin," *Pain*, vol. 140, no. 1, pp. 209-223.

Berger I.H. and Bacon D.R. (2009). Historical notes on amputation and phantom limb pain: "All Quiet on the Western Front?," *Gundersen Lutheran Medical Journal*, vol. 6, no. 1, pp. 26-29.

Bergmans, L., Snijdelaar, D. G., Katz, J. ve Crul, B. J. (2002). Methadone for phantom limb pain. *The Clinical Journal of Pain*, 18(3), 203-205.

Berkarda, B. (2000). *Meme Kanseri*. İstanbul: İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi.

Björkman, B., Arnér, S., & Hydén, L. C. (2008). Phantom breast and other syndromes after mastectomy: eight breast cancer patients describe their experiences over time: a 2-year follow-up study. *The journal of pain*, 9(11), 1018-1025.

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

Björkman, B., Arnér, S., & Hydén, L. C. (2008). Phantom breast and other syndromes after mastectomy: eight breast cancer patients describe their experiences over time: a 2-year follow-up study. *The journal of pain*, 9(11), 1018-1025.

Björkman, B., Lund, I., Arnér, S., & Hydén, L. C. (2012). Phantom phenomena–Their perceived qualities and consequences from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Pain*, 3(3), 134-140.

Black, L. M., Persons, R. K. ve Jamieson, B. (2009). What is the best way to manage phantom limb pain?. *Clinical Inquiries*, 58(3), 155-158.

Blankenbaker WL. (1977). The care of patients with phantom limb pain in a pain clinic. *Anesth Analg*, 56:842-6.

Bond, M. B. (2000) President's message. *The Pain Society News Letter*, 1(9), 2.

Borsje, S., Bosmans, J. C., Vander Schans, C. P., Geertzen, J. H. B. ve Dijkstra, P. U. (2004). Phantom pain: a sensitivity analysis. *Disability and Rehabilitation*, 26(14-15), 905-910.

Bosmans JC, Suurmeijer TP, Hulsink M, van der Schans CP, Geertzen JH, Dijkstra PU. Amputation, phantom pain and subjective well-being: a qualitative study. *Int J Rehabil Res* 2007; 30: 1-8.

Bölükbas, N.,Çevik, R. (1999). Mastektomili Hastalarda Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin \_ncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu VI. Ulusal Hemsirelik Kongresi Kitabı*, 116-121.

Bressler, B., Cohen, S.I. and Magnussen, S., The problem of phantombreast and phantom pain, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 123 (1955) 181-187.

Broeckel, J.A., Thors, C.L., Jacobsen, P.B., Small, M. and Cox, C.E. (2002). Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Research and Treatment*. 75 (3). 241-8.

Brown WA. (1968). Post amputation phantom limb pain. *Dis Nerv Syst*, 29:301-6.

Buonocore, M. (2015). Where is hidden the ghost in phantom sensations?. *World Journal of Clinical Cases*, Jul 16; 3(7): 542–544.

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

Carlen PL, Wall PD, Nadvorna H. (1978). Phantom limbs and related phenomenon in recent traumatic amputations. *Neurology*, 28:21 1-7.

Casale, R., Alaa, L., Mallick, M. ve Ring, H. (2009). Phantom limb related phenomena and their rehabilitation after lower limb amputation. *European Journal Of Physical and Rehabilitation Medicine*, 45(4), 559-566.

Chabal C., Jacobson L., Russell L., Burchiel KJ. (1992). Pain responses to perineuromal injection of normal saline, epinephrine, and lidocaine in humans. *Pain*, 49:9-12.

Chan, B. L., Witt, R., Charrow, A. P., Magee, A., Howard, R., Pasquina, P.F. ve diğ. (2007). Mirror therapy for phantom limb pain. *The New England Journal of Medicine*, 357, 2206-2207.

Chen R., Cohen LG., Hallett M. (2002). Nervous system reorganization following injury. *Neuroscience*, 111:761-773.

Christensen, K., Blichert-Toft, M., Giersing, U., Richardt, C., Beckmann, J. (1982). Phantom breast syndrome in young women after mastectomy for breast cancer. Physical, social and psychological aspects. *Acta Chirurgica Scandinavica*, 148:351-4.

Cole, J., Crowle, S., Austwick, G. ve Henderson Slater, D. (2009). Exploratory findings with virtual reality for phantom limb pain; from stump motion to agency and analgesia. *Disability and Rehabilitation*, 31(10), 846-854.

Corchado, J. L. (2006). The Effects of Preparatory Sensory Information on Breast Conservative and Mastectomy Cancer Patients': Mood States and Self-concept.

Costigan M., Scholz J., and Woolf C.J. (2009). Neuropathic pain: a maladaptive response of the nervous system to damage," *Annual Review of Neuroscience*, vol. 32, pp. 1-32.

Crone-Munzebrock, A., Phantomgefthl und Phantomschmerz nach Mammaamputation, *Langenbeck's Arch. Klin. Chir.*, 266 (1950) 569-575.

Crone-Münzebrock A. (1950). Phantomgefühl und Phantomschmerz nach Mammaamputation. *Langenbecks Arch Dtsch Z Chir* 1950;266:569-75.

Çavdar, İ. (2006). Meme Kanserli Hastalarda Cinsel Sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(2), 64-66.

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

Dagoglu T. (2002). Selim ve Habis Meme Hastalıkları Cerrahisi. G. Kalaycı. *Genel Cerrahi* (s: 594-606). Cilt 1, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitapevleri.

Darnall BD, Li H. Home-based self-delivered mirror therapy for phantom pain: a pilot study. *J Rehabil Med* 2012; 44:254-60.

David RW. (1993). Phantom sensation, phantom pain, and stump pain. *Arch Med Rehabil*, 74:79-91.

Dawis RW. (1993). Phantom sensation, phantom pain, and stump pain. *Arch Phys Med Rehabil Vol74*, January 1993.

Demir, S.G. (2008). Meme kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda kendi kendine lenfödem yönetimi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(2):62-69.

Dertwinkel, R., Heinrichs, C., Senne, I., Tegenthoff, M., Weiss, T., Malin, J. P. ve ark. (2002). Prevention of severe phantom limb pain by perioperative administration of ketamine—an observational study. *Acute Pain*, 4(1), 9-13.

Devor M., Janig W., Michaelis M. (1994). Modulation of activity in dorsal root ganglion neurones by sympathetic activation in nerve-injured rats. *J Neurophysiol*, 74:38-47.

Devor M., Seltzer Z. (1999). Pathophysiology of damaged nerves in relation to chronic pain. In Wall PD, Melzack R (eds.) *Textbook of Pain*, 4th ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, pp 129-164.

Dickinson B.D., Head C.A., Gitlow S., and Osbahr A.J. (2010). Maldynia: pathophysiology and management of neuropathic and maladaptive pain—a report of the AMA council on science and public health, *Pain Medicine*, vol. 11, no. 11, pp. 1635-1653.

Dijkstra, P.U., Rietman, J.S., Geertzen, J.H. (2007). Phantom breast sensations and phantom breast pain: a 2-year prospective study and a methodological analysis of literature. *European Journal of Pain* 11, 99-108.

Dorpat TL. (1971). Phantom sensation of internal organs. *Compr Psychiatr*, 12:27-35.

Doubell TP, Mannion RJ, Woolf CJ. (1999). The dorsal horn: state-dependent sensory processing, plasticity and the generation of pain. In: Wall PD, Melzack R, eds. *Textbook of Pain*, 4th edn. Edinburgh: Churchill Livingstone, 165-81.



## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

Downing R, Windsor CWO. (1984). Disturbance of sensation after mastectomy. *Br Med J*, 288:1650.

Ehde, D. M., Czerniecki, J. M., Smith, D. G., Campbell, K. M., Edwards, W. T., Jensen, M. P. ve ark. (2000). Chronic phantom sensations, phantom pain, residual limb pain, and other regional pain after lower limb amputation. *Archives Of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(8), 1039-1044.

E. Topuz, A. Aydın, M. Dinçer (Ed.). *Meme Kanseri* (s:275-286). Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık.

Engel J., Kerr J., Schlesinger-Raab A., Sauer H., Hölzel D. (2004). Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J*, 10(3):223-231.

Erbahçeci, F., Şener, G. ve Yiğiter, K. (1995). Amputelerde fantom hissi ve ağrısının değerlendirilmesi. *Fizyoterapi ve Rehabilitasyon*, 8(1), 73-83.

Fabro, E. A. N., Bergmann, A., e Silva, B. D. A., Ribeiro, A. C. P., de Souza Abrahão, K., Ferreira, M. G. D. C. L., ... & Thuler, L. C. S. (2012). Post-mastectomy pain syndrome: incidence and risks. *The Breast*, 21(3), 321-325.

Fava GA., Kellner R., Munari F., et al. (1982). Losses, hostility and depression. *J Nerv Ment Dis*, 170:474-478.

Ferlay J., Soerjomataram I., Dikshit R., Eser S., Mathers C., Rebelo M., et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*. 2015;136(5):359-86.

Flor H. Phantom limb pain. In: Ramachandran VS, editor. *Encyclopedia of Flor H., Elbert T., Muhlneckel, Pantev C., Wienbruch C., Taub E. (1998). Cortical reorganization and phantom phenomena in congenital and traumatic upper-extremity amputees. Exp Brain Res*, 119:205-12.

Flor H., Nikolajsen L., and Jensen T.S. (2006). Phantom limb pain:a case of maladaptive CNS plasticity?, *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 7, no. 11, pp. 873–881.

Flor, H. (2008). Maladaptive plasticity, memory for pain and phantom limb pain: review and suggestions for new therapies. *Neurotherapeutics*, 8(5), 809-818.

## "KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"

Flor, H., Devor, M., Jensen, T.S. (2003). Phantom limb pain: Causes and cures. in: J.O. Dostrovsky, D.B. Carr, M. Koltzenburg (Eds.) Proceedings of the 10th World Congress on Pain, Progress in Pain Research and Management. IASP Press, Seattle WA, 725-738 (24).

Florence SL., Kaas JH. (1995). Large-scale reorganization at multiple levels of the somatosensory pathway follows therapeutic amputation of the hand in monkeys. *J Neurosci*, 15:8083-95.

Fobair, P., Stewart, S.L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P.J. and Bloom, J.R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 15 (7). 579-94.

Fraser CM, Halligan PW, Robertson IH, Kirker SG. (2001). Characterising phantom limb phenomena in upper limb amputees. *Prosthet Orthot Int*, 25:235-42.

Frazier SH. (1966). Psychiatric aspects of causalgia, the phantom limb and phantom pain. *Dis Nerv Syst*, 27:441-50.

Gehling, M. ve Tryba, M. (2003). Prophylaxe von Phantomschmerzen: Sind regionale Analgesieverfahren unwirksam?. *Der Schmerz*, 17(1), 11-19.

Greenlee RT., Murray T., Bolden S. Cancer Statistics, 2000. *C.A. Cancer J Clin*, 2000; 50: 7-33.

Güllüoğlu M, İplikçi A.. Meme Kanseri. In: Topuz E, Aydın A, Dincer M. Editors. Meme anatomisi. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2003. p. 1-12.

Gümüş, A.B. (2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2:108-13.

Gürsoy, AA. (2002). Mastektomi sonrası hastaların evde izlenmelerinin değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Haber WB. (1958). Reactions to loss of limb: physiological and psychological aspects. *Ann NY Acad Sci*, 74: 14-24.

Haber WB. Reactions to loss of limb: physiological and psychological aspects. *Ann NY Acad Sci* 1958:74: 14-24.

Haber, W. B. (1995). Effects of loss of limb on sensory functions. *The Journal of Psychology*, 40, 115-123.

## **“KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”**

Hall EJ., Flament D., Fraser C., et al. (1990). Non-invasive brain stimulation reveals reorganized cortical outputs in amputees. *Neurosci Lett*, 116:379 –386.

Hanling, S. R., Wallace, S. C., Hollenbeck, K. J., Belnap, B. D. ve Tulis M.R. (2010). Preamputation mirror therapy may prevent development of phantom limb pain: a case series. *Anesthesia and Analgesia*, 110, 611-614.

Hansen, D. M., Kehlet, H., & Gærtner, R. (2011). Phantom breast sensations are frequent after mastectomy. *Dan Med Bull*, 58(4), A4259.

Haydaroğlu A., Dubova S., Özşaran Z. ve ark. (2005). Ege Üniversitesinde meme kanserleri:3897 olgunun değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 1(1): 6-11.

Head H. and Holmes G. (1912). Sensory disturbances from cerebral lesions. *The Lancet*, vol. 179, no. 4612, pp. 144–152.

Hill A. (1999). Phantom limb pain: a review of the literature on attributes and potential mechanisms. *J Pain Symptom Manage*, 17:125–142.

Hirsh AT, Dillworth TM, Ehde DM, Jensen MP (2010) Sex differences in pain and psychological functioning in persons with limb loss. *The Journal of Pain*. 11, 1, 79-86.

Holmberg, S.K., Scott, L.L., Alexy, W. and Fife, B.L. (2001). Relationship issues of women with breast cancer. *Cancer Nursing*. 24 (1). 53-60.

Hsu C., Sliwa JA. (2004). Phantom breast pain as a source of functional loss. *Am J Phys Med Rehabil*, 83:659–662.

Huse, E., Larbig, W., Flor, H. ve Birbaumer, N. (2001). The effect of opioids on phantom limb pain and cortical reorganization. *Pain*, 90(1), 47-55.

Işık, O., Çelik, M., Keten, H. S., Dalgacı, A. F. & Yıldırım, F. (2016). Kadın Doktorların Pap Smear Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. 41(2): 291-298. (doi:10.17826/cutf.208422).

Jamal A,et al. (2006). American Cancer Society Inc. Surveillance Research. *CA Cancer J Clin*, 56:108-130.

Jamison K, Wellisch DK, Katz RL, et al. (1979). Phantom breast syndrome. *Arch Surg*, 114:93–5.

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

Jarvis JH. (1967). Post-mastectomy breast phantoms. *J Nerv Ment Dis*, 144:266–272.

Jensen TA., Krebs B., Nielsen J., et al. (1984). Nonpainful phantom limb phenomena in amputees: incidence, clinical characteristics and temporal course. *Acta Neurol Stand*, 70:407- 14.

Jensen TS, Krebs B, Nielsen J. et al. (1983). Phantom limb, phantom pain and stump pain in amputees during the first six months following limb amputation. *Pain*, 17:243-56.

Jensen TS, Rasmussen P. (1994). Phantom pain and other phenomena after amputation. In: Wall PD, Melzack R, editors. *Textbook of pain*. Edinburgh: Churchill Livingstone, p. 651–65.

Jensen TS. Krebs B. Nielsen J. et al. (1985). Immediate and long term phantom pain in amputees: incidence, clinical characteristics and relationship to pre-amputation limb pain. *Pain*, 1:267-78.

Kalauokalani DAK, Loeser JD. Phantom limb pain. In: Crombie IK, ed. *Epidemiology of pain*. Seattle:IASP Press, 1999:143–153.

Katz, J. ve Melzack R. A. (1991). Auricular transcutaneous electrical nevre stimulation (TENS) reduces phantom limb pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 6(2), 77-83.

Kearsley, A., Neil M.J.E. (2011). Phantom limb pain. *World Federation off Societies of Anaesthesiologists Anaesthesia Tutorial Of The Week* 229, 1-7.

Keçer, M., Asaoglu, O. (2003). Meme Kanseri Tedavisinde Mastektomiler, Keil G. (1990). So called initial description of phantom pain by Ambroise Pare. "Chose digne d'admiration et quasi incredible": the "douleur es parties mortes et amputees". *Fortschr Med*, 108:62-6.

Kern U., Busch V., Rockland M., Kohl M., Birklein F. (2009). Prevalence and risk factors of phantom limb pain and phantom limb sensations in Germany. A nationwide field survey. *Schmerz*, 23:479–488.

Ketz, A. K. (2008). The experience of phantom limb pain in patients with combat-related traumatic amputations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(6), 1127-1132.

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

Khan, F., Amatya, B., Pallant, J. F., & Rajapaksa, I. (2012). Factors associated with long-term functional outcomes and psychological sequelae in women after breast cancer. *The Breast*, 21(3), 314-320.

Kooijman CM., Dijkstra PU., Geertzen JHB., Elzinga A., van der Schans CP. (2000). Phantom pain and phantom sensations in upper limb amputees: an epidemiological study. *Pain*, 87:33-41.

Koruk, İ., Gözükar, F., Yiğitbay, E., & Keklik, A. Z. (2015). Şanlıurfa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Ulusal Kanser Tarama Standartları ile İlgili Bilgi Düzeyi. 13(2): 127-136.

Köşger, F., Sönmez, İ. (2015). Meme cerrahisi sonrası hayalet meme sendromu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(2): 148-149.

Krane, E. J., Heler, L. B. (1995). The prevalence of phantom sensation and pain in pediatric amputees. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10,21-29.

Kroner K, Krebs B, Skov J, et al. (1989). Immediate and long-term phantom breast syndrome after mastectomy: Incidence, clinical characteristics and relationship to pre-mastectomy breast pain. *Pain*, 36:327-34.

Krøner K, Knudsen UB, Lundby L, Hvid H. (1992). Long-term phantom breast syndrome after mastectomy. *Clin J Pain*, 8:346-350.

Kronholm B. (1951). Phantom limbs in amputees. *Acta Psychiatr Stand*, (Suppl 72): 1-3 10.

Kudel, I., Edwards, R. R., Kozachik, S., Block, B. M., Agarwal, S., Heinberg, L. J., ... & Raja, S. N. (2007). Predictors and consequences of multiple persistent postmastectomy pains. *Journal of pain and symptom management*,34(6), 619-627.

Kurul, S., Dinçer, M., Topuz, E.: Meme Kaybının Yarattığı Sorunlar. Erisim: 26.04.2007, <http://www.ailesagligi.net>

Kvekkeboom K. (1996). Postmastectomy pain syndromes. *Cancer Nurs* 19:37-43.

L.Nikolajsen and T.S. Jensen. (2001). Phantom limb pain. *Br J Anaesth*, 87:107-16

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

Lansky SB., List MA., Herrmann CA., Ets-Hokin EG., DasGupta TA., Wilbanks GD., Hendrickson FR. (1985). Absence of major depressive disorder in female cancer patients. *J Clin Oncol*, 3: 1553-1560.

Laxmaiah Manchikanti, MD, and Vijay Singh, MD. (2004). Managing phantom pain. *Pain Physician*, 7:365-375.

Lierman, L. M. (1988). Phantom breast experiences after mastectomy. *In Oncology nursing forum* (Vol. 15, No. 1, p. 41).

M. Karanikolas, D. Aretha, I. Tsolakis et al. (2011). "Optimized perioperative analgesia reduces chronic phantom limb pain intensity, prevalence, and frequency: a prospective, randomized, clinical trial," *Anesthesiology*, vol. 114, no. 5, pp. 1144-1154.

Macdonald, L., Bruce, J., Scott NW ve ark. (2005) Long-term follow-up of breast cancer survivors with postmastectomy pain syndrome. *Br J Cancer*, 92:225-30.

MacIver K., Lloyd D.M., Kelly S., Roberts N., and Nurmikko T. (2008). Phantom limb pain, cortical reorganization and the therapeutic effect of mental imagery. *Brain*, vol. 131, no. 8, pp. 2181-2191.

MacIver, K. ve Lloyd, D. (2010) Management of Phantom Limb Pain. *Amputation, Prosthesis Use, and Phantom Limb Pain An Interdisciplinary Perspective*. Edited by Craig Murray, Springer, 157-173.

Mackert BM., Sappok T., Grusser S., et al. (2003). The eloquence of silent cortex: analysis of afferent input to deafferented cortex in arm amputees. *Neuroreport*, 14:409-412.

MacLachlan M, McDonald D, Waloch J. Mirror treatment of lower limb phantom pain: a case study. *Disabil Rehabil* 2004; 26: 901-4.

Macrae, W.A. (2001). Chronic pain after surgery. *Br J Anaesth*, 87:88-98.

Maier, C., Dertwinkel, R., Mansourian, N., Hosbach, I., Schwenkreis, P., Senne, I. ve ark. (2003). Efficacy of the NMDA-receptor antagonist memantine in patients with chronic phantom limb pain—results of a randomized double-blinded, placebo-controlled trial. *Pain*, 103(3), 277-283.

Manchikanti, L. ve Singh, V. (2004). Managing phantom pain. *Pain Physician*, 7(3), 365-376.

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

Marchettini, P., Formaglio, F., Lacerenza, M. (2001). Iatrogenic painful neuropathic complications of surgery in cancer. *Acta Anaesthesiol Scand*, 45:1090-1094.

Markopoulos, C. J., Spyropoulou, A. C., Zervas, I. M., Christodoulou, G. N., & Papageorgiou, C. (2010). Phantom breast syndrome: The effect of in situ breast carcinoma. *Psychiatry research*, 179(3), 333-337.

McCabe, C. (2011). Mirror visual feedback therapy. A practical approach. *Journal of Hand Therapy*, 24(2), 170-179.

Melzack R. (1989). Phantom limbs, the self and the brain (The D.O. Hebb Memorial Lecture). *Can J Psycho*, 30: 1- 16.

Melzack R. (1990). Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends Neurosci*, 13:88 -92.

Melzack R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain Suppl*, 6:S121-S126.

Mortimer CM., Roderick J.M., MacDonald, Denis J. Martin, Ian R. McMillan, John Ravey, Wilma M. Steedman. (2002). Patient information on phantom limb pain: a focus group study of patient experiences, perceptions, and opinions. *Health Education Research* 291-304.

Mortimer CM., Roderick J.M., MacDonald, Denis J. Martin, Ian R. McMillan, John Ravey, Wilma M. Steedman. (2004). A focus group study of health professionals' views on phantom sensation, phantom pain and the need for patient information. *Patient Education and Counseling* 54 (2004) 221-226.

Moseley, G. L. (2006). Graded motor imagery for pathologic pain: a randomized controlled trial. *Neurology*, 67, 2129-2134.

Mulvey, M. R., Radford, H. E., Fawcner, H. J., Hirst, L., Neumann, V. Ve Johnson, M. I. (2013). Transcutaneous electrical nerve stimulation for phantom pain and stump pain in adult amputees. *Pain Practice*, 13(4), 289-296.

Murray, C. D., Pettifer, S., Howard, T., Patchick, E. L., Caillette, F., Kulkarni, J. ve Bamford, C. (2007). The treatment of phantom limb pain using immersive virtual reality: three case studies. *Disability and Rehabilitation*, 29(18), 1465-1469.

## “KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”

Nikolajsen, L. ve Jensen, T. S. (2001). Phantom limb pain. *British Journal of Anaesthesia*, 87(1), 107-116.

Nikolajsen, L., Finnerup, N. B., Kramp, S., Vimtrup, A. S., Keller, J. ve Jensen, T. S. (2006). A randomized study of the effects of gabapentin on postamputation pain. *Anesthesiology*, 105(5), 1008-1015.

Nikolajsen, L., Gottrup, H., Kristensen, A. G. D. ve Jensen, T. S. (2000). Memantine (a N-methyl D-aspartate receptor antagonist) in the treatment of neuropathic pain following amputation or surgery: a randomised, doubleblind, cross-over study. *Anesthesia and Analgesia*, 91, 960-966.

Nikolajsen, L., Jensen, T.S. (2001). Phantom limb pain. *Br J Anaesth*, 87:107-116.

Novakovic SD, Tzoumaka E, McGivern JG et al. (1998). Distribution of the tetrodotoxin-resistant sodium channel PN3 in rat sensory neurons in normal and neuropathic pain conditions. *J Neurosci*, 18:2174-2187.

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

Önen-Sertöz Ö., Elbi-Mete H., Noyan A., Alper M., Kapkaç M. (2004). Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve es uyumuna etkileri; kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15:264-275.

Özkan Sedat :“Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser”. Konsultasyon-Liyezon Psikiyatrisi, Rhe,153-174,1993.

Padovani MT, Martins MRI, Venâncio A, Forni JEN. Anxiety, depression and quality of life in individuals with phantom limb pain. *Acta Ortop Bras*. [online]. 2015;23(2):107- 10.

Pieter U. Dijkstra , Johan S. Rietman , Jan H.B. Geertzen. (2007). Phantom breast sensations and phantom breast pain:A 2-year prospective study and a methodological analysis of literatüre. *European Journal of Pain*, 11: 99-108.

Pieter, U., Dijkstra, PhD, Jan H. B. Geertzen, PhD, Roy Stewart, MSc, and Cees P. van der Schans, PhD. (2002). Phantom Pain and Risk Factors:A Multivariate Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(6):578-585.



## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

Poma, S., Varenna, R., Bordin, G., Rubino, T., Fuertes Guiro, F., Ambrosini, M.T., Moschini, V. (1996). The phantom breast syndrome. *Revista Clinica Espanola* 196, 299-301.

Poma, S., Varenna, R., Bordin, G., Rubino, T., Fuertes, G. F., Ambrosini, M. T., & Moschini, V. (1996). [The phantom breast syndrome]. *Revista clinica espanola*, 196(5), 299-301.

Probstner, D., Tuler, L. C. S., Ishikawa, N. M. ve Alverenga, R. M. P. (2010). Phantom limb phenomena in cancer amputees. *Pain Practise*, 10(3); 249-256.

Raja S, Benzon HT: Phantom pain, in Benzon HT, Raja S, Molloy RE, Liu SS, Fishman SM (eds). (2005). *Essentials of Pain Medicine and Regional Anesthesia*, 2nd ed., Philadelphia: Elsevier Inc, 394-398.

Ramachandran V.S., Brang D., and McGeoch P.D. (2010). Dynamic reorganization of referred sensations by movements of phantom limbs. *NeuroReport*, vol. 21, no. 10, pp. 727-730.

Ramachandran, V. S. (1994). Phantom limbs, neglect syndromes, repressed memories, and Freudian psychology. *International Review of Neurobiology*, 37, 291- 333.

Ramachandran, V. S. ve Hirstein, W. (1998). The perception of phantom limbs. The DO Hebb lecture. *Brain*, 121(9), 1603-1630.

Ramachandran, V. S., Blakeslee, S. (1998), *Phantoms in the Brain: Probing the Mysteries of the Human Mind*, William Morrow & Company.

Ramachandran, V.S. ve Rogers-Ramachandran, D. (1996). Synaesthesia in phantom limbs induced with mirrors. *Proceedings of the Royal Society London B Biological Sciences*, 263, 377-386.

Ramachandran, V. S. ve Altschuler, E. L. (2009). The use of visual feedback, in particular mirror visual feedback, in restoring brain function. *Brain*, 132(7), 1693-1710.

Ramesh, Shukla NK, Bhatnagar, S. (2009). Phantom breast syndrome. *Indian J Palliat Care* , 15:103-7.

Reich M., Lesur A., Perdrizet-Chevallier C. (2008). Depression, Quality of Life and Breast Cancer: A Review of The Literature. *Breast Cancer Res Treat*, 110: 9-17.

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

Reilly, K. T., Mercier, C., Schieber, M. H. ve Sirigu, A. (2006). Persistent hand motor commands in the amputees' brain. *Brain*, 129, 2211-2223.

Reuben SS, Makri-Judson G, Lurie SD. (2004). Evaluation of efficacy of the perioperative administration of venlafaxine XR in the prevention of postmastectomy pain syndrome. *J Pain Symptom Manage*, 27:133-139.

Rızalar S., Altay B. (2010). Meme kanseri olan kadınların erken tanı uygulamaları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(14): 73-87.

Richardson C, Glenn S, Nurmikko T, Horgan M. Incidence of phantom phenomena including phantom limb pain 6 month after major lower amputation in patients with peripheral vascular disease. *Clin J Pain* 2006;22:353-8.

Richardson C., Glenn S., Horgan M., and Nurmikko T. (2007). A prospective study of factors associated with the presence of phantom limb pain six months after major lower limb amputation in patients with peripheral vascular disease. *Journal of Pain*, vol. 8, no. 10, pp. 793-801.

Riddock G. (1941). Phantom limbs and body shape. *Brain*, 64: 197-322.

Rothmund Y., Grüsser SM., Liebeskind U., Schlag PM., Flor H. (2004). Phantom phenomena in mastectomized patients and their relation to chronic and acute pre-mastectomy pain. *Pain* 107:140-146.

Rusy, L. M., Troshynski, T. J. ve Weisman, S. J. (2001). Gabapentin in phantom limb pain management in children and young adults: report of seven cases. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(1), 78-82.

S. R. Weeks, V. C. Anderson-Barnes, and J.W. Tsao, "Phantom limb pain: theories and therapies," *Neurologist*, vol. 16, no. 5, pp. 277-286, 2010.

Saris SC., Iacono RP., Nashold BS Jr. (1985). Dorsal root entry zone lesions for post-amputation pain. *J Neurosurg*, 62:72-76.

Sharon R. Weeks, AB,\* Victoria C. Anderson-Barnes, BA,\* and Jack W. Tsao, MD, DPhil. (2010). Phantom Limb Pain. *The Neurologist*, 16: 277-286.

Sherman, R. A., Sherman, C. J ve Parker, L. (1984). Chronic phantom and stump pain among American veterans: results of a survey. *Pain*,18, 83-95.

Sherman, RA. (1997). Phantom pain. New York, NY: Plenum Pres.

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

Sherrnan RA. Sherman CJ. (1985). A comparison of phantom sensations among amputees whose amputations were of civilian and military origins. *Pain*, 21:9 1-7.

Sicuteri F. (1985). Quasi phantom pain: an evolution of the substance P theory of cluster headache. *Headache*, 25:447-51.

Simmel, M. L. (1966). A study of phantoms after amputation of the breast. *Neuropsychologia*, 4(4), 331-350.

Simmel, M.L., A study of phantoms after amputation of the breast, *Neuropsychologica*, 4 (1966) 331-350.

Sinici, E. (2016). Fantom ağrılarının tedavisinde EMDR terapisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29:189-292.

Sluka, K. A. ve Walsh, D. (2003). Transcutaneous electrical nerve stimulation: basic science mechanisms and clinical effectiveness. *The Journal of pain*, 4(3), 109- 121.

Smith, D. G., Ehde, D. M., Hanley, M. A., Campbell, K. M., Jensen, M. P., Hoffman, A. J. ve ark. (2005). *Efficacy of gabapentin in treating chronic phantom limb and residual limb pain. Journal of rehabilitation research and development*, 42(5), 645.

Spring J. (2010). Neural plasticity and the progress of phantom pain research mind matters. *The Wesleyan Journal of Psychology*, vol. 5, pp. 13-26.

Spyropoulou, A., Papageorgiou, C., Markopoulos, C., & Christodoulou, G. N. (2003). Occurrence of phantom breast syndrome after mastectomy. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(2), 174-175.

Spyropoulou, AC., Papageorgiou, C., Markopoulos, C. ve ark. (2008). Depressive symptomatology correlates with phantom breast syndrome in mastectomized women. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 258:165-70.

Staps T, Hoogenhout J, Wobbes T. (1985). Phantom breast sensation following mastectomy. *Cancer*, 56:2898-901.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanser İstatistikleri (2013). <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/860-yeni-dünya-kanser-istatistikleri-yayınlandı.html#sthash.UxjRilnF.dpuf> Erişim Tarihi:10.12.2016

## "KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"

Taira, N., Shimosuma, K., Shirowa, T., Ohsumi, S., Kuroi, K., Saji, S., ... & Katsumata, N. (2011). Associations among baseline variables, treatment-related factors and health-related quality of life 2 years after breast cancer surgery. *Breast cancer research and treatment*, 128(3), 735-747.

Tasmuth T, von Smitten K, Hietanen P, Kataja P, Kalso E. Pain and other Tasmuth, T., Estlanderb, A. M., & Kalso, E. (1996). Effect of present pain and mood on the memory of past postoperative pain in women treated surgically for breast cancer. *Pain*, 68(2), 343-347.

Topuz E., Aydiner A., Dinçer M. (2003). Meme Kanseri. Nobel Tıp Kitapevi. Torebjork E., Wahren L., Wallin G., Koltzenburg M.(1995). Noradrenaline-evoked pain in neuralgia. *Pain*, 63:11-20.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanseri İstatistikleri (2017). Erişim adresi: <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri> Erişim Tarihi 27.03.2017

Uçar T.,Uzun Ö. (2008) Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı,benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4:162-8.

Uğur, F., Akın, A., Esmaoğlu, A., Doğru, K., Örs, S., Aydoğan, H., Gülcü, N., Boyacı, A. (2007). Alt ve üst ekstremitte amputasyonlarının fantom ağrısı ve fantom ekstremitte hissi yönünden karşılaştırılması. *Ağrı*, 19(1): 50-56.

Uzkeser H. (2009). Mastektomi sonrası gelişen lenfödemin tedavisinde manuel lenfatik drenaj ve intermittant pnömotik kompresyon pompasının etkinliğinin karşılaştırılması, Erzurum Atatürk Üniversitesi, Uzmanlık tezi, 3-33.

Ünal H. (2003). Meme kanserinin cerrahi tedavisi. Güncel Klinik Onkoloji Sempozyum Dizisi, Aralık 2003, İstanbul: 169-177.

Ünal M., İğci A., Müslümanoğlu M., Bozfakıoğlu Y., Özmen V. (2002). Meme cerrahisi, In: Kalaycı G, editors. Genel Cerrahi. Cilt 1. İstanbul: Nobel tıp kitabevleri, 533-632.

Vahabi, M. (2003). Breast Cancer Screening Methods: A Review of the Evidence. *Health Care for Women \_nternational*, 24, 773-793.

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

Vartiainen N., Kirveskari E., Kallio-Laine K., Kalso E., and Forss N. (2009). Cortical reorganization in primary somatosensory cortex in patients with unilateral chronic pain. *Journal of Pain*, vol. 10, no. 8, pp. 854–859.

Vaz IM, Roque V, Pimentel S, Rocha A, Duro H. Caracterização psicossocial de uma população portuguesa de amputados do membro inferior. *Acta Méd Port.* 2012;25(2):32-40.

Virani A., Green T., Turin TC. (2014). Phantom limb pain: a nursing perspective. *Nursing Standard*, 29, 1, 44-50.

Wall PD, Gutnick M. (1974). Ongoing activity in peripheral nerves: The physiology and pharmacology of impulses originating from a neuroma. *Exp Neurol*, 43:580-593.

Wall R., Novotny-Joseph P., Macnamara TE. (1985). Does preamputation pain influence phantom limb pain in cancer patients? *South Med J.*, 78:34–36.

Weeks S.R., Anderson-Barnes V.C., and Tsao J.W. (2010). Phantom limb pain: theories and therapies. *Neurologist*, vol. 16, no. 5, pp. 277–286.

Weinstein S., Vetter RJ., Sersen EA. (1970). Phantoms following breast amputation. *Neuropsychologia*, 8:185–197.

Weinstein, S., Neuropsychological studies of the phantom. In: A.L. Benton (Ed), *Contributions to Clinical Neuropsychology*, Aldine Publishing Company, Chicago, IL, 1969, pp. 73-106.

Weinstein, S., Vetter, R.J. and Sersen, E.A. Phantoms following breast amputation, *Neuropsychologica*, 8 (1970) 185-197.

Weiss A. (1956). The phantom limb. *Ann Intern Med*, 44:668- 77.

Wilcher DG, Chernev I, Yan K. Combined mirror visual and auditory feedback therapy for upper limb phantom pain: a case report. *J Med Case Rep* 2011; 5: 41.

Wilkins, K. L., McGrath, P. J., Finley, G. A. ve Katz J. (1998). Phantom limb sensations and phantom limb pain in child and adolescent amputees. *Pain*, 78, 7–12.

## **"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"**

Wu, C. L., Tella, P., Staats, P. S., Vaslav, R., Kazim, D. A., Wesselmann, U. Ve Raja, S. N. (2002). Analgesic effects of intravenous lidocaine and morphine on postamputation pain: a randomized double-blind, active placebo-controlled, crossover trial. *Anesthesiology*, 96(4), 841-848.

Yeo, W., Kwan, W.H., Teo, P.M., Nip, S., Wong, E., Hin, L.Y. and Johnson, P.J. (2004). Psychosocial impact of breast cancer surgeries in Chinese patients and their spouses. *Psycho-Oncology*. 13 (2). 132-9.

Yıldırım, M. (2014). Fantom ekstremite ağrısının yönetiminde ayna terapisinin etkisi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

Yıldırım, M. (2014). Fantom ekstremite ağrısının yönetiminde ayna terapisinin etkisi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

Yıldız, A. (2010). Meme kanserli kadınların lenfödem nedeniyle yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Yılmaz N., Aydın A., Özkan S., Aslan I., Bilge N. (1993). Total mastektomi ve meme koruyucu tedavide beden imajı ve benlik saygısının karşılaştırılması. *Türk Onkoloji Dergisi*, 8(3-4):1449-1453.

## Ekler Dizini

### EK-1

#### TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

Bu çalışma Genel Cerrahi, Onkoloji, KBB, Nöroloji, Üroloji ve Beyin Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mastektomi sonrası hastalarda görülebilen fantom meme sendromuna ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Elde edilen veriler yalnız araştırmacı tarafından ve bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Lütfen kimliğinizi belirtmeden soruları cevaplayınız. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmamıza vereceğiniz destek bilime katkı sağlaması açısından önemlidir.

Katılımınız için teşekkür ederiz

### **BÖLÜM 1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

1- Yaşınız: .....

2- Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )

3- Büyüdüğünüz yer

- İl merkezi ( )
- İlçe ( )
- Köy ( )
- Diğer ( ) ise lütfen yazınız.....

4- Büyüdüğünüz aile tipi

- Çekirdek aile ( )
- Geniş aile ( )

5- Medeni Durumunuz

- Evli ( )
- Bekar ( )

6- Eğitim durumunuz

- Sağlık meslek lisesi ( )
- Ön lisans ( )
- Lisans ( )
- Yüksek lisans ( )
- Doktora ( )

## **BÖLÜM 2. MESLEKİ ÖZELLİKLER ve DENEYİMLER**

7- Meslekte kaçınıcı yılınızı tamamladınız? .....

8- Çalışmakta olduğunuz bölüm

- a. Genel Cerrahi Servisi ( )
- b. Medikal Onkoloji Servisi ( )
- c. Medikal Onkoloji Polikliniği ( )
- d. Radyasyon Onkolojisi Servisi ( )
- e. Radyasyon Onkolojisi Polikliniği ( )
- f. Üroloji Servisi ( )
- g. Kulak Burun Boğaz Servisi ( )
- h. Nöroloji Servisi ( )
- i. Beyin Cerrahi Servisi ( )

9- Çalıştığınız klinikte kaç yıldır görev yapıyorsunuz? ..... ay yada ..... Yıl

10- Fantom meme sendromu hakkında eğitim aldınız mı? (Yanıtınız hayır ise 13. Soruya geçiniz)

- a. Evet ( )
- b. Hayır ( )

11- Evet ise bu eğitimi ne zaman aldınız?

- a. Okul döneminde
- b. Hizmet içi Eğitim
- c. Sempozyum, kongre vs.
- d. Diğer.....

12- Aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

- a. Evet ( )
- b. Kısmen ( )
- c. Hayır ( )

13- Fantom meme sendromu hakkında eğitim alınması gerektiğini düşünüyor musunuz?

- a. Evet ( )
- b. Hayır ( )



**Genel Cerrahi Servisi yada onkoloji klinik/polikliniklerinde çalışmıyorsanız 21. Soruya geçiniz**

**14- Mastektomi geçirmiş hastalarla post-op kaçınıcı günde karşılaşıyorsunuz?**

- a. Ameliyat günü
- b. 1-3 gün
- c. 4-7 gün
- d. 8-14 gün
- e. 14-21 gün
- f. 22-28 gün
- g. 29 gün ve üzeri

**15- Mastektomi sonrası hastalarınızın güdük ağrısına yönelik ifade ettiği belirtiler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- a. Güdük ağrısı yaşayan hasta olmadı
- b. Meme alındıktan sonra vücudun kalan parçasında saplanıcı tarzda ağrı
- c. Meme alındıktan sonra vücudun kalan parçasında yanıcı tarzda ağrı
- d. Meme alındıktan sonra vücudun kalan parçasında şok edici tarzda ağrı
- e. Diğer.....

**16- Hastalar bu belirtilerin genellikle mastektomiden ne kadar süre sonra başladığını ifade etti?**

- a. Ameliyattan hemen sonra
- b. Ameliyattan sonraki 1-3 gün içinde
- c. Ameliyattan sonraki 4-7 gün içinde
- d. Ameliyattan sonraki 8-30 gün içinde
- e. Ameliyattan sonraki 1-6 ay içinde
- f. Ameliyattan sonraki 6 ay-1 yıl içinde
- g. Ameliyattan sonraki 1-2 yıl içinde
- h. 2 yıldan daha uzun süre sonra

**17- Mastektomi sonrası hastalarınızın fantom meme ağrısına yönelik yaşadığı belirtiler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- a. Fantom meme ağrısı yaşayan hasta olmadı
- b. Alınan memede iğne batması tarzında ağrı
- c. Alınan memede kramp tarzında ağrı
- d. Alınan memede bıçak saplanması tarzında delici ağrı
- e. Alınan memede zonklama tarzında ağrı
- f. Diğer.....

**18- Hastalar bu belirtilerin genellikle mastektomiden ne kadar süre sonra başladığını ifade etti?**

- a. Ameliyattan hemen sonra
- b. Ameliyattan sonraki 1-3 gün içinde
- c. Ameliyattan sonraki 4-7 gün içinde
- d. Ameliyattan sonraki 8-30 gün içinde
- e. Ameliyattan sonraki 1-6 ay içinde
- f. Ameliyattan sonraki 6 ay-1 yıl içinde
- g. Ameliyattan sonraki 1-2 yıl içinde
- h. 2 yıldan daha uzun süre sonra

**19- Mastektomi sonrası hastalarınızın fantom meme hissine yönelik alınan memede yaşadığı belirtiler nelerdi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- a. Fantom meme hissi yaşayan hasta olmadı
- b. Memenin eskisi gibi yerinde hissedilmesi
- c. Memeye dokunuluyor gibi hissedilmesi
- d. Memede sıcaklık hissi
- e. Memede soğukluk hissi
- f. Memede elektrik çarpması hissi
- g. Memede kaşıntı hissi
- h. Memede uyuşma hissi
- i. Memenin hareket ediyor hissi
- j. Diğer.....

**20- Hastalar bu belirtilerin mastektomiden ne kadar süre sonra başladığını ifade etti?**

- a. Ameliyattan hemen sonra
- b. Ameliyattan sonraki 1-3 gün içinde
- c. Ameliyattan sonraki 4-7 gün içinde
- d. Ameliyattan sonraki 8-30 gün içinde
- e. Ameliyattan sonraki 1-6 ay içinde
- f. Ameliyattan sonraki 6 ay-1 yıl içinde
- g. Ameliyattan sonraki 1-2 yıl içinde
- h. 2 yıldan daha uzun süre sonra

*Erkek iseniz; 28. Soruya geçiniz*

**21- Geçirilmiş mastektomi öykünüz var mı?**

- a. Evet ( ) ise tek taraflı ( ) Çift taraflı ( )
- b. Hayır ( )

**22- Evet ise kaç yıl önce.....**

**23- Fantom meme sendromu yaşadınız mı?**

- a. Evet ( )
- b. Hayır ( )

**24- Mastektomi sonrası fantom meme ağrısına ilişkin yaşadığınız belirtiler nelerdi?**

**(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- a. Fantom meme ağrısı yaşamadım
- b. Alınan memede iğne batması tarzında ağrı
- c. Alınan memede kramp tarzında ağrı
- d. Alınan memede bıçak saplanması tarzında delici ağrı
- e. Alınan memede zonklama tarzında ağrı
- f. Diğer.....

**25- Bu belirtiler mastektomiden ne kadar süre sonra başladı?**

- a. Ameliyattan hemen sonra
- b. Ameliyattan sonraki 1-3 gün içinde
- c. Ameliyattan sonraki 4-7 gün içinde
- d. Ameliyattan sonraki 8-30 gün içinde
- e. Ameliyattan sonraki 1-6 ay içinde
- f. Ameliyattan sonraki 6 ay-1 yıl içinde
- g. Ameliyattan sonraki 1-2 yıl içinde
- h. 2 yıldan daha uzun süre sonra

**26- Mastektomi sonrası fantom meme hissine ilişkin yaşadığınız belirtiler nelerdi?**

**(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- a. Fantom meme hissi yaşamadım
- b. Memenin eskisi gibi yerinde hissedilmesi
- c. Memeye dokunuluyor gibi hissedilmesi
- d. Memede sıcaklık hissi
- e. Memede soğukluk hissi
- f. Memede elektrik çarpması hissi
- g. Memede kaşıntı hissi
- h. Memede uyuşma hissi
- i. Memenin hareket ediyor hissi
- j. Diğer.....

**27- Bu belirtiler mastektomiden ne kadar süre sonra başladı?**

- a. Ameliyattan hemen sonra
- b. Ameliyattan sonraki 1-3 gün içinde
- c. Ameliyattan sonraki 4-7 gün içinde
- d. Ameliyattan sonraki 8-30 gün içinde
- e. Ameliyattan sonraki 1-6 ay içinde
- f. Ameliyattan sonraki 6 ay-1 yıl içinde
- g. Ameliyattan sonraki 1-2 yıl içinde
- h. 2 yıldan daha uzun süre sonra

**28- Ailenizde veya yakın çevrenizde mastektomi öyküsü var mı?**

- a. Evet ( )
- b. Hayır ( )

**29- Evet ise mastektomi geçiren kişi kimdir?**

- a. Anne
- b. Kayınvalide
- c. Abla/Kardeş
- d. Teyze
- e. Hala
- f. Arkadaş
- g. Komşu
- h. Diğer.....

**30- Mastektomi sonrası fantom meme ağrısına ilişkin yakınınızın yaşadığı belirtiler nelerdi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- a. Fantom meme ağrısı yaşamadı
- b. Alınan memede iğne batması tarzında ağrı
- c. Alınan memede kramp tarzında ağrı
- d. Alınan memede bıçak saplanması tarzında delici ağrı
- e. Alınan memede zonklama tarzında ağrı
- f. Diğer.....

**31- Yakınınız bu belirtilerin mastektomiden ne kadar süre sonra başladığını ifade etti?**

- a. Ameliyattan hemen sonra
- b. Ameliyattan sonraki 1-3 gün içinde
- c. Ameliyattan sonraki 4-7 gün içinde
- d. Ameliyattan sonraki 8-30 gün içinde
- e. Ameliyattan sonraki 1-6 ay içinde
- f. Ameliyattan sonraki 6 ay-1 yıl içinde
- g. Ameliyattan sonraki 1-2 yıl içinde
- h. 2 yıldan daha uzun süre sonra

**32- Mastektomi sonrası fantom meme hissine ilişkin yakınınızın yaşadığı belirtiler nelerdi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- a. Fantom meme hissi yaşamadı
- b. Memenin eskisi gibi yerinde hissedilmesi
- c. Memeye dokunuluyor gibi hissedilmesi
- d. Memede sıcaklık hissi
- e. Memede soğukluk hissi
- f. Memede elektrik çarpması hissi
- g. Memede kaşıntı hissi
- h. Memede uyuşma hissi
- i. Memenin hareket ediyor hissi
- j. Diğer.....

**33- Yakınız bu belirtilerin mastektomiden ne kadar süre sonra başladığını ifade etti?**

- a. Ameliyattan hemen sonra
- b. Ameliyattan sonraki 1-3 gün içinde
- c. Ameliyattan sonraki 4-7 gün içinde
- d. Ameliyattan sonraki 8-30 gün içinde
- e. Ameliyattan sonraki 1-6 ay içinde
- f. Ameliyattan sonraki 6 ay-1 yıl içinde
- g. Ameliyattan sonraki 1-2 yıl içinde
- h. 2 yıldan daha uzun süre sonra

## EK-2

### FANTOM MEME SENDROMUNA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ DEĞERLENDİRME FORMU

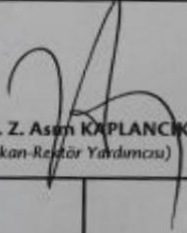
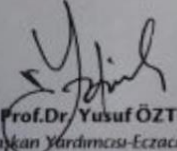

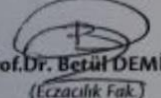

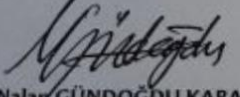
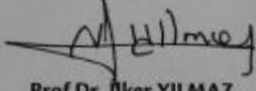
		Biliyorum	Bilmiyorum
1	Fantom sendromunda en yaygın kullanılan terimler fantom ağrı ve fantom hissidir.		
2	Fantom ağrı, çeşitli sebeplerden dolayı vücut bütünlüğü içerisinde yer almayan organ ya da ekstremitenin eskiden olduğu bölgede ağrı yaşanması durumudur.		
3	Fantom hissi, organın ya da ekstremitenin hasta tarafından halen eski yerindeymiş gibi hissedilmesi durumudur.		
4	Fantom ağrının ortaya çıkmasında bireysel, çevresel, fizyolojik ve psikolojik faktörlerin de varlığı söz konusudur.		
5	Ampütasyon öncesi kronik ağrı varlığı ampütasyon sonrası fantom ağrı üzerine etkilidir.		
6	Fantom ağrı; karıncalanma, iğnelenme, kramp, yanma, delici, bıçak saplanması gibi hissedilen kesici ağrı ve zonklama şeklinde belirti verebilmektedir.		
7	Fantom hissi, ampute edilen organ ya da ekstremitenin ampütasyon öncesi hacim, uzunluk ve şeklinin eskisi gibi hissedilmesi, sıcak, soğuk, elektrik çarpması, kaşıntı, uyuşma gibi belirtilerin yaşanması şeklinde belirti verebilmektedir.		
8	Fantom hissi, ampütasyondan sonra ilk yıl içinde azalma veya kaybolma eğilimindedir.		
9	Fantom sendromunda, analjezikler, kas gevşeticiler, antikonvulsanlar, antidepressanlar, lokal anestezi, ayna terapisi, hipnoz uygulaması ve fantom egzersizleri gibi farmakolojik ve girişimsel uygulamalar tedavi yöntemleri uygulanmaktadır.		
10	Fantom sendromu, diş ekstraksiyonu, orşiektomi, penis ampütasyonu, ekstremitte ampütasyonunda olduğu gibi mastektomi sonrasında da oluşabilen bir durumdur.		
11	Fantom meme sendromu, mastektomi sonrası kişide meme dokusunun eski yerinde olduğuna dair algı ve alınan ancak hala varmış gibi algılanan meme dokusunda ağrı yakınması olarak tanımlanmaktadır.		
12	Fantom meme sendromunun sebebi olarak, mastektomi sırasında çeşitli sinirlere hasar verilmesi gösterilse de ruhsal etkenlerin de önemli ölçüde bu durumu tetiklediği düşünülmektedir.		
13	Sendrom, mastektomiden sonra bir yıldan daha uzun bir süre içinde başlayıp, ameliyattan yıllar sonra da devam edebilen bir durumdur.		
14	Fantom meme ağrısı kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, beden algısı ve cinsel işlevlerinde bozulmalar yaşamalarına sebep olabilen bir durumdur.		
15	Mastektomi sonrası ortaya çıkabilen fantom ağrı, sağlık profesyonelleri tarafından önemli ölçüde az tanılanan ve kesin tedavi yöntemi standart olmayan bir durumdur.		

**EK-2****FANTOM MEME SENDROMUNA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ DEĞERLENDİRME FORMU**

		<b>Biliyorum</b>	<b>Bilmiyorum</b>
<b>16</b>	Fantom sendromunun yönetiminde amaç ağrı ve hissin azaldığı ya da tamamen ortadan kalktığı bilgisinin kadın tarafından ifade edilmesidir.		
<b>17</b>	Birçok olguda fantom ağrısı ile pozitif ilişkisi olan güdük ağrısı çoğu zaman fantom ağrı ile karıştırılmaktadır.		
<b>18</b>	Güdük ağrısı, bir ekstremitte ya da organın kesildikten sonra kalan parçada oluşan ağrıdır.		
<b>19</b>	Mastektomi öncesinde ise; hastaya fantom meme sendromunun olası bir komplikasyon olduğu açıklanmalıdır.		
<b>20</b>	Hemşireler tarafından hasta ve yakınlarına sendrom hakkında bilgi verilmezse hastalar yaşadıklarını paylaştıklarında yakınları tarafından garip algılanma endişesi ile durumu gizli tutabilmektedir.		



ANADOLU ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU  
KARAR BELGESİ

ÇALIŞMANIN TÜRÜ:	Yüksek Lisans Tez Çalışması
KONU:	Sağlık Bilimleri
BAŞLIK:	Mastektomi Sonrası Fantom Meme Sendromuna İlişkin Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi
PROJE/TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ:	Yrd. Doç. Dr. Yeliz KAYA
TEZ YAZARI:	Nursel BAĞDATLI
ALT KOMİSYON GÖRÜŞÜ:	-
KARAR:	Olumlu
 <b>Prof. Dr. Z. Asım KAPLANÇIKLI</b> (Başkan-Rektör Yardımcısı)	
 <b>Prof. Dr. Yusuf ÖZTÜRK</b> (Başkan Yardımcısı-Eczacılık Fak.)	 <b>Prof. Dr. Dilek AK</b> (Eczacılık Fak.)
 <b>Prof. Dr. Betül DEMİRCİ</b> (Eczacılık Fak.)	 <b>Prof. Dr. Müzeyyen DEMİREL</b> (Eczacılık Fak.)
 <b>Prof. Dr. Nalan GÜNDOĞDU KARABURUN</b> (Eczacılık Fak.)	 <b>Prof. Dr. İlker YILMAZ</b> (Spor Bilimleri Fak.)





T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Eskişehir İl Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ESKİŞEHİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - ESKİŞEHİR İLİ KHBGS EĞİTİM  
HİZMETLERİ  
28/04/2017 13:15 - 94987131 - 799 - E 335



Sayı : 84987131-799  
Konu : Bilimsel Araştırma İzni/Nursel  
BAĞDATLI

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: Eskişehir Devlet Hastanesinin 20/03/2017 tarihli ve 22205031-799-91 sayılı yazısı.

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans programına kayıtlı 522320130002 numaralı öğrenci Nursel BAĞDATLI'nın "Mastektomi sonrası fantom meme sendromuna ilişkin hemşirelerin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi" konulu çalışması, Genel Sekreterliğimiz Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonunda görüşülmüş olup, ekteki protokol hükümleri doğrultusunda Eskişehir Devlet Hastanesi'nde çalışmanın yapılması ve sonucun bir örneğinin Genel Sekreterliğimize teslim edilmesi hususunu,  
Gereği ile bilgilerinize rica ederim.

Dr. Erdiñç ÖZKURT  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

**EKLER:**  
1- Komisyon Kararı  
2- Protokol

**DAĞITIM:**  
- Eskişehir Devlet Hastanesi  
- Sayın Nursel BAĞDATLI

Kırmızıtoprak Mh. Atatürk Cd. No:26 (Yunus Emre Devlet Hastanesi İki Eylül  
Binası)  
Faks No:3351542-57

e-Posta:sevinc.atlier@saglik.gov.tr İnt.Adresi: sevinc.atlier@saglik.gov.tr

Bilgi için:Sevinç ATLIER

Unvan:UZMAN

Telefon No:5426179794

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f82335dd-e4bc-44d8-a651-8680036eff0f kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ESKİŞEHİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - ESKİŞEHİR İLİ KHBGS EĞİTİM  
HİZMETLERİ

28/04/2017 15:15 - 84987131 - 799 - E.336



00044314328

Sayı : 84987131-799  
Konu : Bilimsel Araştırma İzni/Nursel  
BAĞDATLI

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi:Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesin 03/04/2017 tarihli ve 56761182-799-30 sayılı yazısı.

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans programına kayıtlı 522320130002 numaralı öğrenci Nursel BAĞDATLI'nın "Mastektomi sonrası fantom meme sendromuna ilişkin hemşirelerin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi" konulu çalışması, Genel Sekreterliğimiz Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonunda görüşülmüş olup, ekteki protokol hükümleri doğrultusunda Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi'nde çalışmanın yapılması ve sonucun bir örneğinin Genel Sekreterliğimize teslim edilmesi hususunu,

Gereği ile bilgilerinize rica ederim.

Dr. Erdiñç ÖZKURT  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

**EKLER:**

- 1- Protokol
- 2- Komisyon Kararı

**DAĞITIM:**

- Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi
- Sayın Nursel BAĞDATLI

Kırmızıtoprak Mh. Atatürk Cd. No:26 (Yunus Emre Devlet Hastanesi İki Eylül Binası)

Faks No:3351542-57

e-Posta:sevinc.atlier@saglik.gov.tr İnt.Adresi: sevinc.atlier@saglik.gov.tr

Bilgi için:Sevinç ATLIER

Unvan:UZMAN

Telefon No:5426179794

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 62bfaa80-15de-4f7d-9dcd-86aca6e6bbda kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 88553808-774.99  
Konu : Nursel BAĞDATLI'nın Yüksek  
Lisans Tez Araştırma İzni

**GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA**

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programına kayıtlı Nursel BAĞDATLI'nın, "Mastektomi Sonrası Fantom Meme Sendromuna İlişkin Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasının anket sorularını birliğimize bağlı Çekirge Devlet Hastanesi, Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde daha önce yapmış olduğu anket sorularını Bursa Devlet Hastanesinde uygulamayı talep edilmiştir. Talebi Başkanlığımızca uygun görülmüş olup;

Olur'larımıza arz ederim.

Op.Dr.Muhammed GÜNAYDIN  
İdari Hizmetler Başkanı

**OLUR**

.../05/2017

Prof.Dr.Rüstem AŞKIN  
Genel Sekreter

Organize Sanayi Bölgesi 75 Yıl Bulvarı Park Caddesi No:1 Nüflüfer/BURSA  
Faks No:02246003398

e-Posta:fatma.dogan6@saglik.gov.tr İnt.Adresi: F.DOĞAN Tel: 0 224  
6003300-1152 E.Posta: Fatma.Dogan6@saglik.gov.tr

Bilgi için:Fatma DOĞAN

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0224 600 33 00 / 1153

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 31f5c39e-334e-488b-a6f4-5c355ac6ceba kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



BURSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - BURSA İLİ KHBGS İDARİ HİZMETLER  
BAŞKANLIĞI

02:05:2017 09:11 - 8853808 - 773.99 - E.10327



0044282338

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 8853808-773.99  
Konu : Nursel BAĞDATLI'nın Yüksek  
Lisans Tez Araştırma İzni

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Programına kayıtlı Nursel BAĞDATLI'nın "Mastektomi Sonrası Fantom  
Meme Sendromuna İlişkin Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez  
çalışmasının anket sorularını birliğimize bağlı Çekirge Devlet Hastanesi, Ali Osman Sönmez  
Onkoloji Hastanesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma  
Hastanesinde uygulama talebi, Başkanlığımızca uygun görülmüş olup;  
Olur'larınıza arz ederim.

Op.Dr.Muhammed GÜNAYDIN  
İdari Hizmetler Başkanı

**OLUR**

.../04/2017

Uzm.Dr.İsmail ÖZCAN  
Genel Sekreter V.

Organize Sanayi Bölgesi 75 Yıl Bulvarı Park Caddesi No:1 Nüfûser/BURSA  
Faks No:02246003398

e-Posta:fatma.dogan6@saglik.gov.tr İnt.Adresi: F.DOĞAN Tel: 0 224  
6003300-1152 E.Posta: Fatma.Dogan6@saglik.gov.tr

Bilgi için:Fatma DOĞAN

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0224 600 33 00 / 1153

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 25aef342-3dce-4bf6-9a9d-e8cacdba2f8e kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü



Sayı: 73115338-819/6537  
Konu: Anket İzni (Yüksek Lisans Öğrencisi Nursel BAĞDATLI)

02/03/2017

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 31.01.2017 tarihli ve 86 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nursel BAĞDATLI'nın, Mastektomi Sonrası Fantom Meme Sendromuna ilişkin Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışması talebiniz uygun bulunmuştur. Bilgilerinize arz ederim.

*imza*

Doç. Dr. Şaduman BALABAN ADIM  
Başhekim Yardımcısı

Bu belge, 5070 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak elektronik imza ile imzalanmıştır.  
02 Mart 2017

*Bu belge, 5070 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak elektronik imza ile imzalanmıştır.*

U.Ü. Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Görükle Kampusu 16059 Nilüfer/BURSA Bilgi İçin:  
Tel : 0224 295 01 41- 295 01 42 /295 01 44 Faks: 0224 295 00 99 Aylin GÜNDAY / Memur  
e-posta : yzislari@uludag.edu.tr Elektronik Ağ: www.uludag.edu.tr

Bu belge UDOS ile hazırlanmıştır. Teyit için: <https://udos.uludag.edu.tr/teyit/?yjiEvneHKE2hLWSDTe704Q>





T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi.

Sayı : 31568761-804.01-611-271  
Konu : Anket İzni hk..

13/02/2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 31/01/2017-tarih ve 85 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nursel BAĞDATLI'nın "Mastektomi Sonrası Fantom Meme Sendromuna İlişkin Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmasının gelişimi için anket uygulamasını hastanemizde çalışan, gönüllülük esası üzerine çalışmaya katılmayı kabul edecek araştırma kriterlerine uygun hemşireler üzerinde uygulama talebi, sonuçların hastane yönetimine bildirilmesi koşuluyla Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize arz ederim.

11.02.2017  
- Öğr. İ. Ç. Ç.  
- Hems. M. Z. Ç. Ç.

Tarih:	15.02.2017
Ok No:	180

## Özgeçmiş

### Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı :Nursel Bağdatlı  
Doğum tarihi ve yeri :30.08.1989-Orhaneli  
Uyruğu :Türkiye Cumhuriyeti  
Medeni durumu :Evlü  
İletişim adresleri : diky1984@hotmail.com

### Eğitim Durumu

1995-2003 Dr.Necla Yazıcıoğlu İlköğretim Okulu  
2003-2007 Bursa Malcılar Anadolu Lisesi  
2007-2011 Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu  
Hemşirelik Bölümü

### Mesleki Deneyim

2011-2014 Bursa Devlet Hastanesi Dahiliye Yoğun Bakım  
2015-2016 Bursa Devlet Hastanesi Eğitim Birimi  
2016-2018 Bursa Devlet Hastanesi Klinik Kodlama Birimi  
2018-Halen; Bursa Devlet Hastanesi Eğitim ve Kansere Kayıt Birimi