

T.C.

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**MASTEKTOMİLİ KADINLARIN BEDEN ALGISI VE
BENLİK SAYGISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

SUNA İPAR EROĞLU

İstanbul, 2017

T.C.

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**MASTEKTOMİLİ KADINLARIN BEDEN ALGISI VE
BENLİK SAYGISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

SUNA İPAR EROĞLU

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. SEHER YURT

İstanbul, 2017

TEŞEKKÜR

Tezimin her aŐamasında, bilgi ve tecrübeleriyle beni yönlendiren, her koşulda desteklerini esirgemeyen, değerli hocam ve danıŐmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Seher Yurt'a,

Hayatım boyunca, sevgi ve desteğini esirgemeyen 19 Mart 2017 tarihinde aramızdan ayrılan, her an büyük özlemle andığım babam Mustafa İpar'a,

Tez ile ilgili araŐtırmamı yürüttüğüm süreçte, bana inanan, çalıŐmamı destekleyen aileme,

Kartal Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi çalıŐan Bilgi ÇalıŐ'a,

Sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

YEMİN METNİ

05/10/2017

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “MASTEKTOMİLİ KADINLARIN BEDEN ALGISI VE BENLİK SAYGISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar olan bütün süreçlerinde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın tarafımca yazıldığını ve yararlandığım bütün eserlerin “Kaynakça”da gösterilenlerden oluştuğunu, “Kaynakça”da yer alan bu eserlerden metin içinde atıf yaparak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

Suna İpar Eroğlu

T.C. Maltepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

05.10.2017 tarihinde tezinin savunmasını yapan Suna İPAR EROĞLU' na ait "Mastektomili Kadınların Beden Algısı ve Benlik Saygısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı çalışma, Jürimiz tarafından Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak **Oy Birliği/Oy Çokluğuyla** Kabul Edilmiştir.



Yrd. Doç. Dr. Seher YURT
(Başkan)
(Danışman)



Yrd. Doç. Dr. Sebahat ATEŞ
(Üye)



Doç. Dr. Sonay BALTACI GÖKTAŞ
(Üye)

ÖZET

MASTEKTOMİLİ KADINLARIN BEDEN ALGISI VE BENLİK SAYGISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Bu araştırma İstanbul Kartal Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesinde mastektomi olmuş kadınların beden algısı ve benlik saygısı üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla retrospektif ve tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Çalışma için gerekli izinler İstanbul Anadolu Güney Kamu Hastaneler Birliği müdürlüğünden alındı. İstanbul Kartal Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesine 2014 – 2016 yılları arasında mastektomi olan 45 yaş sınırlılığı konan kadınlardan araştırmaya alınma kriterlerine uygun ve araştırmaya katılmayı kabul eden 104 kadın ile yapıldı. Katılımcılardan veriler kişisel bilgi formu(KBF), “Benlik saygısı Ölçeği(BSÖ)” ve “Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)” ile toplanmıştır. Veriler, her hasta için ortalama 10 dakika sürede telefon görüşmesi ile birebir araştırmacı tarafından toplanmıştır. Kadınların aylık ortalama gelir düzeylerine göre benlik saygısı toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aylık geliri orta olan bireylerin benlik saygısı puanları diğerlerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır. Bireylerin benlik saygısı ile vücut algısı arasında anlamlı bir düzeyde aynı yönlü zayıf ve doğrusal bir ilişki bulunduğu görülmüştür. Bireylerin benlik saygısı arttıkça vücut algısı toplam puanları da artmıştır. Kadınların eğitim durumlarına önem verilmeli ekonomik düzeyinin yükseltilmesi sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Mastektomi, Meme Kanseri, Beden Algısı, Benlik Saygısı

ABSTRACT

DETERMINING THE FACTORS WHICH AFFECT MASTECTOMY WOMENS SELF ESTEEM AND BODY İMAGE

This study was carried out retrospectively and descriptively in order to evaluate the effect of mastectomy on the body sensation and self esteem of the Istanbul Kartal Lütü Kırdar Training Research Hospital. Permission for the study was taken from the Directorate of Istanbul Anatolian South Public Hospitals Association. Istanbul Kartal Lütü Kırdar Training Research Hospital was conducted with 104 women who agreed to participate in the research and were eligible to participate in the research from 45 years old women who were mastectomies between 2014 and 2016. Participants were collected by the personal information form (KBF), "Self-esteem Scale (SBS)" and "Body Perception Scale (SBS)". The data were collected by an individual investigator by phone interview for an average of 10 minutes for each patient. The difference in the mean scores of self-esteem according to monthly average income levels of women was found to be statistically significant. The self-esteem scores of individuals with moderate monthly income were significantly higher than the others. It has been seen that individuals have a weak and linear relationship in the same direction at a significant level between self-esteem and body sensation. As the individual self-esteem increased, the body's total score increased. Emphasis should be placed on the economic status of women's educational status.

Keywords: Mastectomy, Breast Cancer, Body Sense, Self-Esteem

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
GRAFİK DİZİNİ	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1.Kapsam	1
1.2.Amaçlar	2
1.3.Araştırma Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1.Meme Kanseri	4
2.1.1.Meme Kanserinin Etyolojisi	4
2.1.2.Meme Kanserinin Epidemiyolojisi	6
2.1.3.Meme Kanseri Evreleri	9
2.1.3.1.Evre 0	9
2.1.3.2.Evre 1	9
2.1.3.3.Evre 2	9
2.1.4.Meme Kanseri Tedavi Türleri	9
2.1.4.1.Kemoterapi	9

2.1.4.2.Radyoterapi	10
2.1.4.3.Cerrahi	10
2.2.Meme Kanseri Hastalarına Mastektomi Uygulamasının Etkileri	14
2.2.1.Fizyolojik	14
2.2.2.Psikolojik	14
2.3.Beden Algısı	15
2.4.Benlik Saygısı	16
2.5.Meme Kanseri Hastalarında Hemşirenin Rolü	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Süresi	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	19
3.4. Verilerin Toplanması	20
3.4.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	20
3.4.2.Veritoplama Formlarının Uygulanması	21
3.5.Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.6.Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.7.Araştırmanın Etik Yönü	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	43
6.1.Sonuçlar	43
KAYNAKLAR	46
EKLER	57
EK 1 Meme Kanserli Mastektomi Olmuş Kadının Bilgi Formu	
EK 2 Vücut Algısı Ölçeği Bilgi Formu	

EK 3 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Bilgi Formu

EK 4 Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı

EK 5 İstanbul İli Güney Kamu Hastaneleri Birliği Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyon Kararı



SİMGELER VE KISALTMALAR

ALND:	Aksiller Lenf Nodu Disseksiyonu
BS :	Benlik Saygısı
BSÖ :	Benlik Saygısı Ölçeği
NHL :	Non-Hodgkin Lenfoma
Ort :	Ortalama
p :	Anlamlılık
SS :	Standart Sapma
t :	Grup Ortalamalarının Farklılığının Test Edilmesi
f :	One-Way ANOVA Testi
VA :	Vücut Algısı
VAÖ :	Vücut Algısı Ölçeği

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No.
Tablo 2.1 Meme Kanseri Risk Faktörleri	5
Tablo 4.1 Demografik Bilgiler	23
Tablo 4.2 Benlik Saygısı ve Vücut Algısı Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamaları	25
Tablo 4.3 Yaşları ile Benlik Saygısı ve Vücut Algısı Ölçeği Toplam Puanları ve Benlik Saygısı ile Vücut Algısı Arasındaki İlişki	26
Tablo 4.4 Uygulanan Cerrahi Teknik ile Memnuniyet Durumunun Karşılaştırılması	26
Tablo 4.5 Medeni Durum, Eğitim Düzeyi, Aylık Gelir, Çocuk Sahibi Olma Durumu ile Benlik Saygısı ve Vücut Algısının Karşılaştırılması	27
Tablo 4.6 Ameliyat Olunan Yıl, Meme Kanseri Hastalığı Dışında Başka Bir Hastalığın Varlığı ile Benlik Saygısı ve Vücut Algısının Karşılaştırılması	30
Tablo 4.7 Uygulanan Tedavi ile Benlik Saygısı ve Vücut Algısının Karşılaştırılması	31
Tablo 4.8 Ameliyat Sonucu Memnuniyet ve Ameliyat Olunan Evre ile Benlik Saygısı ve Vücut Algısının Karşılaştırılması	32
Tablo 4.9 Mastektomi Türleri ile Benlik Saygısı ve Vücut Algısının Karşılaştırılması	33

GRAFİK DİZİNİ

Sayfa No.

Grafik 1.1 Meme Kanserinin Diğer Kansere Tipleri İçerisindeki Oranı	7
Grafik 1.2 Kadınlarda Meme Kanserinin Diğer Kansere Tipleri İçerisindeki Oranı	8

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No.
Şekil 3.1 Yaşları ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişki	8
Şekil 3.2 Yaşları ile Vücut Algısı Arasındaki İlişki	38
Şekil 3.3 Benlik Saygısı ile Vücut Algısı Arasındaki İlişki	39



1. GİRİŞ

1.1.Kapsam

Meme kanseri hastalarına uygulanan mastektomi sonrası hastalara psikolojik destek vermek hemşirelerin kritik sorumluluklarından bir tanesi olup mastektomi sonucu gelişen beden algısı ve benlik saygısının belirlenip uygun girişimlerin üretilmesi adına bu konuda kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Mastektomi yapılan kadınlar uygulama öncesinde ve uygulamayı takiben farklı duygu durumlara sebep olabilmektedir. Mastektomi uygulaması öncesi endişe ve iletişim sorunları artmakta, mastektomi uygulamasını takiben ise kadının benlik tasarımı, beden imajı, kansere yönelik korku ve endişe üzerinde yoğunlaşmaktadır. Kısa vadede negatif etkiler cinsellikte, evlilik hayatında, toplumsal ve çevresel ilişkilerde yoğunlaşırken uzun vadede ise protez ve giyime yönelik sorunlar ortaya çıkmaktadır⁽¹⁾.

Mastektomi uygulaması kaynaklı ortaya çıkan psikolojik durumun düzeyi, hastanın beden algısı ile doğrudan ilişkilidir. Kadının benlik gelişiminde beden imajı algısı büyük önem arz etmektedir. Hem kadınlar için hem de erkekler için organ ve uzuvların psikolojik yönden sembolik manaları bulunmaktadır. Kadının cinsel kimliğin oluşmasında beden imajının algılanma biçimi ve ona yüklenen sembolik anlamlar ön plana çıkmaktadır. Beden imajı psikolojik sorunlar neticesinde tahrip olabildiği gibi, beden üzerinde yapılan değişimler de etkili olabilmektedir. Bu beden değişimlerinin başında da amputasyon ön plana çıkmaktadır⁽²⁾.

Meme kanseri hastalarına cerrahi uygulama, 2 bölge birbirinden ayrılarak planlanmaktadır. Memeye uygulanacak cerrahi müdahaleyle, koltukaltına uygulanacak cerrahi müdahale ağırlıklı olarak bağımsız şekilde planlanmaktadır. Memeye uygulanacak cerrahi müdahale 2 tipte planlanmaktadır. Bunlardan ilki uzun zamandır uygulanan ve neredeyse standartlaştırılmış cerrahi müdahale olarak görülen memenin tümüne mastektomi uygulanmasıdır. Memenin tamamına yönelik uygulanan mastektomiyle bütün meme dokusu alınmaktadır⁽³⁾.

Mastektomi uygulamasının ardından veya daha sonraki bir tarihte alınan memenin yerine yeni bir meme formu verilebilmektedir. Bu işlem meme rekonstrüksiyonu olarak da bilinmektedir. Memeye uygulanacak diğer bir cerrahi müdahaleyse meme koruyucu uygulamadır. Bu uygulamada, memenin yalnızca kanser içeren bölümünün alınması söz konusudur. Bu uygulamanın ardından, alınmayan memeye radyoterapi uygulanmaktadır. Radyoterapi uygulamasının yapılmaması halinde, meme kanserinin tekrarlama riski arttırılmış olmaktadır. Meme korucu uygulama sonrasında kanserli doku çevresinde kanserli gözlenmeyen meme dokusu kalacak şekilde mastektomi uygulanmalıdır. Ayrıca mastektomi sonraki kalan meme dokusunun kozmetik görünümü tahrip edilmemiş olunmalıdır ⁽⁴⁾.

Meme kanseri hastalarında mastektomi uygulaması ve meme koruyucu uygulama arasındaki farkların, tanı konulan hasaya objektif şekilde anlatılması ve anlatılanların anlaşıldığına kanaat getirilmesi önemlidir. Meme kanseri hastalarında mastektomi uygulamasıyla meme koruyucu uygulama yapılan hastalar arasında yaşamsal olarak bir fark söz konusu değildir. Bunun yanında meme koruyucu uygulama yapılan vakalarda hastanın yaşam kalitesinin arttırılmaktadır.

Literatürde bazı araştırmalarda mastektomi uygulamasının beden algısını, benlik saygısını olumsuz yönde etkilemediği görülürken ^(2,3,4) diğer araştırmalarda mastektomi uygulamasının beden algısını, benlik saygısını olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir ^(5,6,7,8,9).

1.2.Amaçlar

Bu araştırmada meme kanserli kadınlarda mastektomi yapılan kadınların beden algısı, benlik saygısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3.Araştırma Soruları

- * Araştırmaya katılanların vücut algısı(VA) ve benlik saygısı(BS) nasıldır?
- * Demografik verilerin (yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma durumu, kronik/sistemik hastalık varlığı) BS ve VA'nı farklılaştırmakta mıdır?
- * Kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi uygulanma durumunun benlik saygısı ve vücut algısına etkisi var mıdır?

* Uygulanan ameliyat tekniğinin VA ve BS üzerine etkisi var mıdır?

* Ameliyattan memnuniyet benlik saygısı ve vücut algısını farklılaştırmakta mıdır?

* Mastektomi olan kadının kanser evresini benlik saygısı ve vücut algısı farklılaştırmakta mıdır?

* Cerrahi operasyon türlerini (total mastektomi, koltuk altı lenf diseksiyonu, radikal mastektomi ve parsiyal mastektominin) benlik saygısı ve vücut algısını farklılaştırmakta mıdır?

* VA ile BS arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri

Meme, kontrolü el yordamıyla erişilmesi oldukça rahat bölümlerinden bir tanesi olması sebebi ile memede gelişen yapısal değişiklikler geçmişten günümüze birey ve doktorların ilgisini çekmiş ve bu da memeye ilişkin önemli incelemeler yapılmasına neden olmuştur ⁽¹⁰⁾. Meme kanseri, memede bulunan süt yollarının iç bölümlerini kaplayan hücrelerden kaynaklanan kanserli yapının zamanla kontrol dışı bir biçimde artması neticesinde ⁽¹¹⁾, öncelikle meme dokusu dahilinde gelişmesi, sonrasında çevre dokulara lenf damarlarıyla sıçraması daha sonrasında ise diğer organlara kan aracılığıyla metastaz etmesi ile karakterizedir ⁽¹²⁾.

Memedeki bu oluşum, bireyden bireye farklılık göstererek büyüme ve metastaz yapma kapasitesine sahiptir ⁽¹³⁾. Her vakanın ayrı özellikleri olabileceği anlamına gelmektedir ⁽¹⁴⁾. Bir vakada ağır büyüme ve ağır metastaz sonucu, uygulanan tedavi daha iyi sonuçlara varabilmekteyken bir başka vakada agresif yapıda ve hızlı metastaz sonucu diğer bölgelere sıçrama gözlenebilmektedir ^(15,16). Bu kanserli hücrelerin bir bölümü alınan ilaçlara olumlu tepki gösterir iken, diğer bir bölümü daha agresif ve etkin ilaçlarla tedaviye gereksinim duyulabilmektedir ^(17,18). Günümüzde tanı ve teşhis yöntemlerinin gelişmesi ve teknoloji desteği ile patolojik ve genetik araştırma sayesinde, hangi vakaya hangi uygulamanın daha iyi tepki vereceği belirlenebilmektedir. Bu sebeple her vakaya aynı tip uygulama yapılmamaktadır ⁽¹⁹⁻²³⁾.

2.1.1. Meme Kanserinin Etyolojisi

Meme kanserinde tarama yapılmasının temel amacı, kanserli oluşumu erken dönemde, tespit etmek ve sağaltım mümkün olan aşamada iken belirleyebilmektir ve bu oldukça önemlidir⁽²⁰⁾. Bu sebeple, bilhassa risk olasılığı çok daha yüksek olan kadınların kontrol yaşı aşağıya çekilmekte ve risk faktör durumuna göre daha sık tarama yapılması önerilmektedir. Meme kanserinde temel iki risk unsuru söz konusu olup bunlardan ilki; İnsana, üremede ayrı bir rol yükleyen ve erkekle dişi ayrımını sağlayan yaradılış dahilinde kadın olunması, ikinci risk unsuru da yaştır. İleri yaşlarda bu

hastalığın görülme hızı günümüzde daha da artmıştır. Bu doğrultuda bu hastalığın yakalanma oranı yüksek olan ülkelere 50 yaşın üzerindeki kadınlara tarama yapılması ayrı bir önem arz etmektedir. Bu hastalığa yönelik risk unsurları ağırlıklı olarak düşük, orta ve yüksek olacak şekilde kategorize edilmektedir.

Tablo 2.1 Meme Kanseri Risk Faktörleri

Yüksek Risk	Artmış Risk	Düşük Risk
Breast Cancer Susceptibility 1 ve 2 Mutasyonu	İleri Yaş	Erken Menarş
Lobüler Karsinoma İnsitu	Atipik Lobüler Hiperplaz	Geç Menopoz
1. Dereceden Aile Ferdi Vakaları	Yakın Akrabada Meme Kanseri	İlk Doğumun 35 Yaşı Aşkın Olması
Göğüs Boşluğuna İyonize Radyasyon	Diğer Memede İnvaziv Kanser	Hormon Replasman Tedavisi
Multifokal Atipik Duktal Hiperplaz	Tek Odakta Atipik Duktal Hiperplazi	Hiç Çocuk Doğurmama
-	-	Emzirmeme
-	-	Alkol ve Kimyasal Kullanımı
-	-	Fiziksel Aktivite Yetersizliği
-	-	Aşırı Kilo
-	-	İntraduktal Papillom
-	-	Şiddetli Epitelyal Hiperplazi

(21)

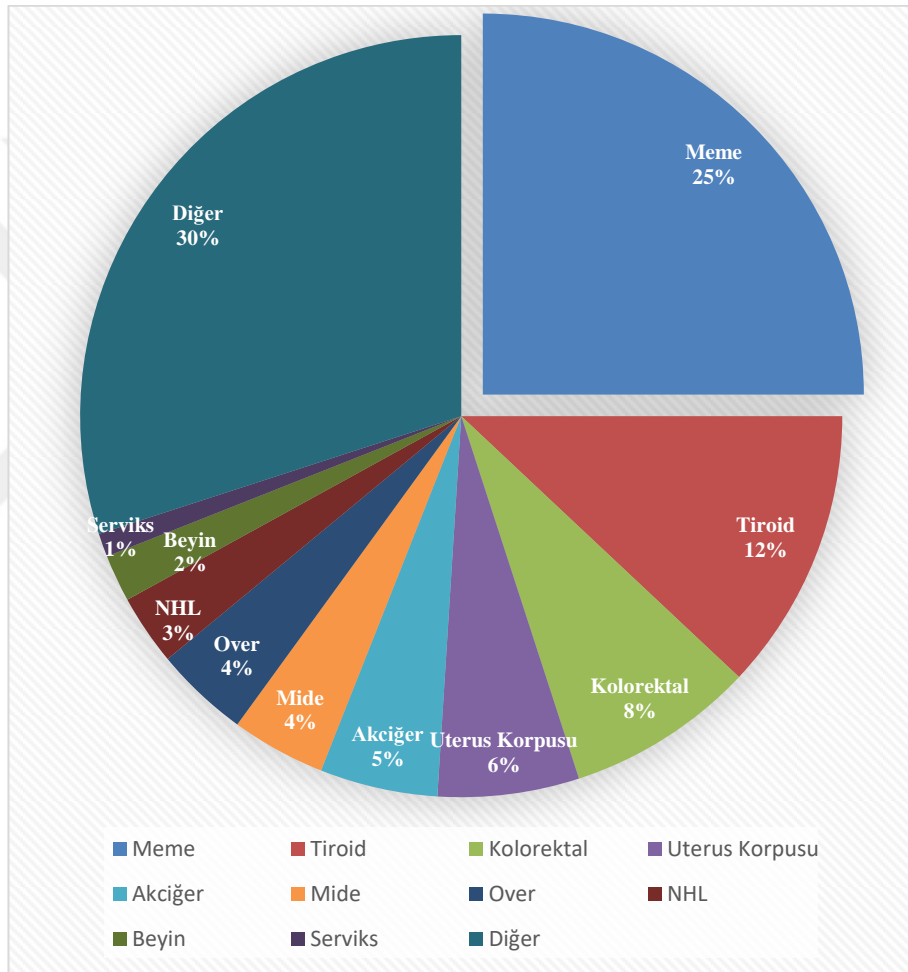
Yüksek risk unsurları içerisinde kalıtsal yatkınlık ön plana çıkmaktadır. Günümüzde bu hastalığa yatkınlığa neden olan bir takım gen değişkinleri belirlenmiştir. Bu durum kalıtsal değişim olarak da görülmektedir ⁽²²⁾. Değişim anormal olmayan dizilimdeki bir kuşaktan kuşağa ve hücreden hücreye geçen kalıtsal ögenin ya kanseri önleyen bölümünün bozulması neticesinde veya değişim neticesinde kanser üremesini başlı başına tetikleyen bölümünün süreklilik arz edecek şekilde değişmesi neticesinde meydana gelmektedir ⁽²³⁾. Değişime sebep ise çevresel unsurlar olup hormonal unsurların etkili olduğu düşünölmektedir. Ancak tanı konulan vakaların yalnızca yüzde 5’le 10’unun bu kalıtsal yatkınlık neticesinde geliştiği düşünölmektedir. Bu durum vakaların yüzde 90’ının, sebebinin belirlenemediğini göstermektedir. Meme kanserini tetikleyen genlerin içerisinde “Breast Cancer Susceptibility” kelimelerinin baş harflerini almış olan Türkçede “Göğüs Kanseri Duyarlılık” olarak tercüme edilen gen ön plana çıkmaktadır. Bu genler de kendi içerisinde Breast Cancer Susceptibility 1 ve Breast Cancer Susceptibility 2 olarak ayrılmaktadır. Kalıtsal yatkınlık tespit edilen vakaların yalnızca yüzde 60 ila 65’inde bu genlerde değişim yaşandığı belirlenmiştir. Breast Cancer Susceptibility 1 ve Breast Cancer Susceptibility 2 haricinde farklı genlerin de yatkınlığa neden olduğu belirlenmiştir. Fakat belirlenen bu genlerin de bütün kalıtsal yatkınlık içerisinde yüzde 1 ile yüzde 5’ini kapsamaktadır. Bu da yüzde 30 civarında, yatkınlığa sebep genlerin henüz belirlenemediğini göstermektedir. Ayrıca ön plana çıkan Breast Cancer Susceptibility 1 ve Breast Cancer Susceptibility 2 genlerinde değişim görölen kadınlar, yumurtalık kanseri açısından da riskli gruba girmektedirler ⁽²¹⁾.

Kalıtsal yatkınlık geninde değişim belirlenmemesine karşın, ailede kalıtsal yatkınlık olduğu söylenebilecek kadar çok kişinin bu hastalığa yakalanması da diğer bir risk unsurdur ⁽²⁴⁾. Bilhassa 1. derecede yakınlarda meme kanseri görölmesi, bu hastalığın ortaya çıkma yaşının küçük olması, kanserin iki memede de ortaya çıkması ya da bir memede birden çok odakta görölmesi, risk oranını arttırmaktadır ⁽²⁵⁾.

2.1.2. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

Türkiye’de meme kanseri görölme sıklığı dünyadaki gibi artış göstermektedir. 2006 senesindeki görölme sıklığı 37,3/100.000 civarındayken 2010 senesine gelindiğinde 50/100.000 civarına çıkmıştır ⁽²⁶⁾. Türkiye’de meme kanseri görölme

sıklığını geriye dönük 20 senede yüzde 200 artmıştır. Bu oranın gün geçtikçe artacağı ve senede ortalama 25.000 kadına meme kanseri tanısı verileceği ve 8 kadından 1'inin bu hastalığa yakalanacağı ifade edilmektedir. Ülkemizde bu hastalık yaklaşık 25 yaşından itibaren ortaya çıkmakta ve ortaya çıkma sıklığı yaş arttıkça artış göstermektedir. 45 ila 49 yaş arasında en üst orana ulaşmakta ve bütün meme kanserlerinin yüzde 16,7'sini kapsamaktadır⁽²⁷⁾.

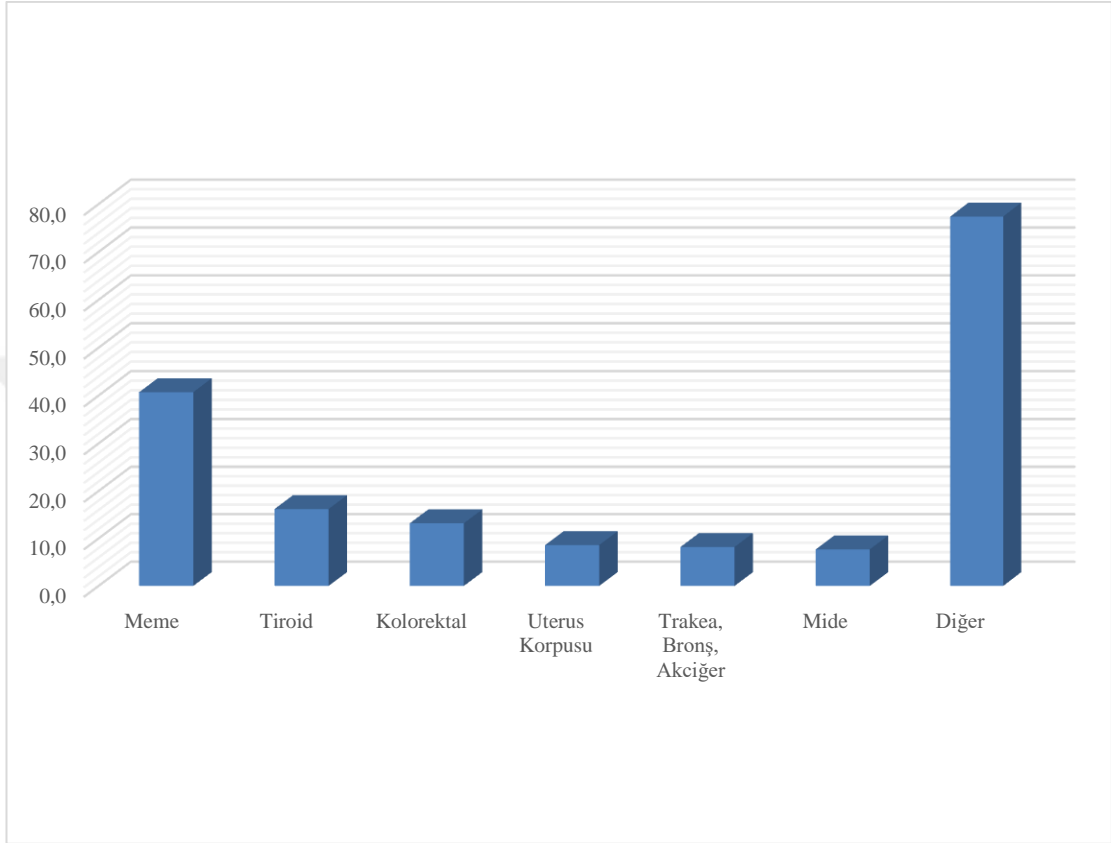


Grafik 2.1 Meme Kanserinin Diğer Kanser Tipleri İçerisindeki Oranı

(28)

Meme Kanserinin Diğer Kanser Tipleri İçerisindeki Oranı; Meme yüzde 25, Tiroid yüzde 12, Kolorektal yüzde 8, Uterus Korpusu yüzde 6, Akciğer yüzde 5, Mide

yüzde 4, Over yüzde 4, NHL yüzde 3, Beyin yüzde 2, Serviks yüzde 1 ve Diğer yüzde 30'dur.



Grafik 2.2 Kadınlarda Meme Kanserinun Diğer Kanser Tipleri İçerisindeki Oranı

(28)

Kadınlarda Meme Kanserinun Diğer Kanser Tipleri İçerisindeki Oranı; Meme % 40,7, Tiroid % 16,2, Kolorektal % 13,2, Uterus Korpusu % 8,6, Trakea, Bronş, Akciğer % 8,2, Mide % 7,7 ve Diğer % 77,4'dür.

Geliştirilmiş toplum merkezli tarama uygulamalarının geliştirilmemesi, Türkiye'de 0 evre oranının % 5 sonrasında 1. evreyi % 27, sonrasında da 2. evreyi % 44 düzeyine çıkarmakta, bu da ancak ileri evrelerde teşhis edildiğini ortaya koymaktadır.

Gelişmiş toplumlar 0. evre oranı Türkiye’den 4 ila 5 kat, 1. Evre oranı ise 2 kat daha fazladır ⁽²⁷⁾.

2.1.3. Meme Kanseri Evreleri

Meme kanseri genellikle 3 evrede ele alınmaktadır. Aşağıda evre 0, evre 1, ve evre 2 açıklanmıştır.

2.1.3.1. Evre 0

Evre 0 aynı zamanda “in-situ” olarak da adlandırılmaktadır. Evre 0, olan kanserler yerlerinde kalmış ve çevre dokulara sıçramamış kanserlerdir. Evre 0 kanserler süt bezleri ve süt kanalları olmak üzere oluştukları yerlere göre ikiye ayrılırlar ⁽²⁹⁾.

2.1.3.2. Evre 1

Tümörün çapı 2 cm veya daha küçüktür. Kanseri lenf bezlerine sıçramamıştır. Genellikle kanserli kitlenin etrafında bir parça sağlıklı göğüs dokusu ile birlikte alınır, koltukaltı lenf bezlerinin alınmasını takip eden radyasyon tedavisi uygulanır. Gerekirse kemoterapi eklenir. Mastektomi ve koltukaltı lenf bezlerinin çıkarılması önerilir ⁽³⁰⁾.

2.1.3.3. Evre 2

Tümör iki ile beş santimetre arasındadır ve lenf bezlerine sıçramamış ya da sıçramış olabilir. Bu evre için ağırlıklı olarak uygulanan tedavi evre 1 ile aynıdır, ancak eğer tümör büyükse veya lenf bezlerine sıçramış ise kemoterapi, hormonoterapi ve radyasyon tedavisi tamamlayıcı olarak uygulanabilir ⁽³¹⁾.

2.1.4. Meme Kanseri Tedavi Türleri

Meme kanseri tedavi türleri aşağıda başlıklar altında ele alınarak açıklanmıştır.

2.1.4.1. Kemoterapi

Kemoterapi, kanser hücrelerini yok etmeyi amaçlayan anti-kanser ilaçları kullanılan bir tedavidir. Sistemik bir tedavi olarak bilinir. Göğüs kanserinin tedavisinde birçok farklı kemoterapi ilacı kullanılmaktadır. Hastanın durumuna göre farklı şekillerde ve farklı kombinasyonlarda verilebilirler ⁽³²⁾.

Vücuttaki tüm normal hücreler düzenli ve kontrollü bir şekilde her zaman bölünür ve büyür. Bununla birlikte, kanser hücreleri bölünürler, düzensiz ve kontrolsüz bir şekilde büyürler. Kemoterapi, bölünme ve büyüme yeteneği kazanarak kanser hücrelerini yok eder. Farklı kemoterapi ilaçları farklı şekillerde çalışır ve büyümenin farklı zamanlarında kanser hücrelerine müdahale eder. Bu nedenle ilaçların kombinasyonu sıklıkla kullanılır ⁽³³⁾.

Kemoterapi önerilmesine karar vermek için, meme kanseri boyutunuz, lenf bezlerinin etkilenip etkilenmediği, kanserinizin derecesi gibi çeşitli faktörlere bakılmaktadır. Genel sağlık ve diğer tıbbi durumlar da dikkate alınmaktadır ⁽³⁴⁾.

Kemoterapi, meme kanseri için cerrahi ve / veya radyoterapiye ek olarak sıklıkla verilir. Kemoterapi genellikle cerrahiden birkaç hafta sonra vücudun ameliyatın etkilerinden kurtulması için biraz zaman vererek başlanır. Bazı durumlarda cerrahi öncesi kemoterapi verilir. Örneğin, hızla büyüyen göğüs kanserinin büyümesini yavaşlatmak ve cerrahiden önce vücudun diğer bölgelerine yayılma ihtimalini azaltmak veya küçültmek için kullanılabilir ^(35,36,37).

2.1.4.2. Radyoterapi

Radyoterapi, kanseri tedavi etmek için yüksek enerjili X-ışınlarının kullanılmasıdır. Yüksek enerjili ışınlar doğrusal bir hızlandırıcı olarak adlandırılan bir makinadan gelir ve tedavi edilen bölgedeki kanser hücrelerini tahrip ya da yok edebilir. Radyoterapi, tedavi edilen bölgedeki normal hücreleri de etkiler, ancak bu hücreler genellikle kanser hücrelerinden daha kolay iyileşirler. Tedaviler normal hücrelere verilen zararı sınırlarken kanser hücreleri üzerinde büyük etkiye sahip olacak şekilde belirli bir süre boyunca düzenli olarak verilir. Radyoterapi ayrıca radyoaktif tüpler kullanılarak da verilebilir. Kanser evresine ve alınan diğer tedavilere bağlı olarak planlanır ^(38,39,40).

2.1.4.3. Cerrahi

Meme kanseri tanısı konan hastaların büyük bölümüne cerrahi uygulama yapılmaktadır. Uygulamanın amacı kanser dokusunun çıkarılmasıdır. Uygulama;

kemoterapi, hormonal tedavi ya da radyoterapi ve benzeri tedavilerle beraber uygulanabilir. Aşağıda cerrahi uygulamalar açıklanmıştır.

Mastektomi Uygulaması

Meme kanseri hastalarına cerrahi uygulama, 2 bölge birbirinden ayrılarak planlanmaktadır. Memeye uygulanacak cerrahi müdahaleyle koltukaltına uygulanacak cerrahi müdahale ağırlıklı olarak bağımsız şekilde planlanmaktadır ⁽⁴¹⁾. Memeye uygulanacak cerrahi müdahale 2 tipte planlanmaktadır. Bunlardan ilki uzun zamandır uygulanan ve neredeyse standartlaştırılmış cerrahi müdahale olarak görülen memenin tümüne mastektomi uygulanmasıdır ⁽⁴²⁾. Memenin tamamına yönelik uygulanan mastektomiyle bütün meme dokusu alınmaktadır ⁽¹⁾. Mastektomi uygulamasının ardından veya daha sonraki bir tarihte alınan memenin yerine yeni bir meme formu verilebilmektedir. Bu işlem meme rekonstrüksiyonu olarak da bilinmektedir. Ancak mastektomin hemen ardından meme rekonstrüksiyonu yapılacaksa bölgedeki deri mümkün olduğunca korunmalıdır. Bu işlem de deri koruyucu mastektomi olarak nitelendirilmektedir ⁽⁴³⁾. Memeye uygulanacak diğer bir cerrahi müdahaleyse meme koruyucu uygulamadır ⁽⁴⁴⁾. Bu uygulamada, memenin yalnızca kanser içeren bölümünün alınması söz konusudur. Bu uygulamanın ardından, alınmayan memeye radyoterapi uygulanmaktadır⁽⁴⁵⁾. Radyoterapi uygulamasının yapılmaması halinde, meme kanserinin tekrarlama riski arttırılmış olmaktadır. Meme koruyucu uygulama sonrasında kanserli doku çevresinde kanserli gözlenmeyen meme dokusu kalacak şekilde mastektomi uygulanmalıdır. Ayrıca mastektomi sonrası kalan meme dokusunun kozmetik görünümü tahrip edilmemiş olunmalıdır ⁽⁴⁶⁾.

Meme kanseri hastalarında mastektomi uygulaması ve meme koruyucu uygulama arasındaki farkların, tanı konulan hastaya objektif şekilde anlatılması ve anlatılanların anlaşıldığına kanaat getirilmesi önemlidir ⁽⁴⁷⁾. Meme kanseri hastalarında mastektomi uygulamasıyla meme koruyucu uygulama yapılan hastalar arasında yaşamsal olarak bir fark söz konusu değildir. Bunun yanında meme koruyucu uygulama yapılan vakalarda hastanın yaşam kalitesinin arttırılmaktadır ⁽⁴⁸⁾. Diğer taraftan meme koruyucu uygulama, memenin tümünün alınmasına oranla bir miktar daha fazla tekrar etme olasılığı yüksektir ⁽⁴⁹⁾. Bu olasılık; kanserli dokunun büyüklüğüne, tümör adedinin birden çok olmasına, alınan kanserli doku çevresindeki sağlam doku aralığının sınırlı

olmasına, 40 yaş altı olmasına, koltukaltında sıçrama gerçekleşmiş birçok lenf bezi olması, kanser evresinin ileri olması ve radyoterapi uygulanmamasıyla artış göstermektedir⁽⁵⁰⁾.

Tekrarlama gözlenen hastaların ömürlerinin, kanserli dokunun tamamının alınmış hastalardan bir farklı olmadığı görülmektedir. Yalnızca tekrarlama olması halinde, 2. bir cerrahi uygulamayla mastektomi yapılması gerekmektedir. Kimi tekrarlama vakalarında, mastektomi yapılmadan da yine meme koruyucu cerrahi uygulama yapılabilmektedir. Fakat meme koruyucu cerrahi uygulamanın ardından tekrarlama görülen vakalarda, standart yöntem mastektomidir. Bu sebeple meme koruyucu cerrahi uygulama yapılan vakalarda tekrar endişesi, mastektomiye oranla daha yüksektir.

Mastektomi ve Türleri

Bu işlem memede çıkarılması gereken doku, meme ucu ve derinin yanı sıra bir veya daha fazla aksiller lenf nodu da dahil olmak üzere tüm meme çıkarılır. Göğsün altındaki kaslar çıkarılmaz. Ameliyat her iki göğüste yapıldığında buna çift mastektomi denir ve bu bazı hastalar tarafından önleyici bir uygulama olarak seçilebilir. Total mastektomi genellikle hastanede kısa bir süre kalmayı gerektirir. Deri altı sıvıyı boşaltmak için insizyon içine bir drenaj tüpü yerleştirilir ve genellikle ameliyattan birkaç gün sonra çıkarılır^(51,52).

Modifiye Radikal Mastektomi

Bu işlem sırasında cerrah, meme başı ve areolayı içeren birinci meme dokusunun yanı sıra I. ve II. Düzey aksiller lenf nodlarını da çıkarır. Göğsün altındaki kaslar çıkarılmaz. Bu ameliyat genellikle invaziv meme kanseri vakalarında yapılır. Muayene için lenf düğümlerinin büyük bir kısmının çıkarılması, memenin ötesine yayılmış kanser boyutuyla ilgili ipucu verir. Bu ameliyatı, kalan kanser hücrelerini öldürmek ve kanser tekrarlama şansını en aza indirmek için uygulanan radyasyon tedavisi izlenebilir. Bazı durumlarda, kemoterapi, hormon tedavisi ve / veya hedefli tedavi de uygulanır^(53,54,55).

Radikal Mastektomi

En kapsamlı mastektomi uygulamasıdır. Prosedür, tüm meme ve seviye I, II ve II aksiller lenf nodlarının yanı sıra göğüs duvarının altında yatan kasların çıkarmasını içerir.^(56,57)

Parsiyal Mastektomi

Memenin ¼'ünün ya da daha fazlasının kanserli dokuyla birlikte alınmasını içermektedir. Bu uygulama sonrasında ağırlıklı olarak altı ile yedi hafta kadar süren radyoterapi uygulanır. Hastaların bir kısmında, parsiyel mastektomi veya lumpektomi yeterli bir cerrahi yaklaşımdır. Bu iki uygulama ile tedavi edilen hastalar arasında sağkalım açısından önemli bir farklılık saptanmamıştır.^(58,59)

Lenf Diseksiyonu

Aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND) meme kanserinin cerrahi tedavisinde uzun süreden beri uygulanan standart bir girişimdir. Aksiller lenf nodu diseksiyonunun avantajları hastalığın evrelendirilmesi, daha doğru bir prognoz tahmininin yapılabilmesi, aksillada lokal kontrolün sağlanması ve adjuvan sistemik tedaviye karar vermede yardımcı olmasıdır. İlk olarak 18 yy'da Lorenz Heister invazif meme kanserinin tedavisinin bir parçası olarak ALND'nunu önermiştir⁽⁶⁰⁾.

Richard von Volkmann ise 1875 yılında meme dokusundaki lenfatik damarların aksiller lenf nodları ile ilişkisini ortaya koymuştur⁽⁶¹⁾. Böylece yüz yılı aşkın bir süredir, özellikle de mastektominin meme kanserinin cerrahi tedavisinde rutin olduğu dönemde, ALND tekniği hiç sorgulanmadan uygulanmıştır. Ancak mamografinin tarama amacıyla kullanılmasıyla birlikte meme kanserinin daha erken evrede tanınması ve daha konzervatif yöntemlerle tedavi edilmeye başlanmasıyla, ALND'nun amaçları ve tekniğin genişliği sorgulanmaya başlanmıştır. Aksiller lenf nodu tutulumu ve değerlendirilmesi ile ilgili bir diğer önemli nokta da tutulan lenf nodlarının seviyesidir⁽⁶²⁾.

Sonuç olarak aksiller lenf nodu diseksiyonu halen birçok merkezde koltuk altını değerlendirmede altın standart olarak kabul edilmektedir. Ancak tümör biyolojisine ait bilgilerimizin artması, meme kanserinin daha erken evrede tanınması ve daha

konservatif şekilde tedavi edilmeye başlanması, sistemik tedavi endikasyonlarının genişlemesi ve bu tedaviler ile elde edilen başarıların artması ve ALND'nuna ait komplikasyonların daha iyi anlaşılmasıyla, invazif meme kanseri nedeniyle ameliyat edilen her hastaya rutin ALND yapılıp yapılmaması gerektiği sorgulanmaktadır.

2.2. Meme Kanseri Hastalarına Mastektomi Uygulamasının Etkileri

Meme kanseri hastalarına mastektomi uygulamasının etkileri fizyolojik ve psikolojik olmak üzere iki alt grupta incelenmesinde fayda vardır. Aşağıda meme kanseri hastalarına mastektomi uygulamasının fizyolojik ve psikolojik etkileri başlıklar halinde açıklanmıştır.

2.2.1. Fizyolojik

Lenf ödem, protein yönünden zengin sıvının gözeler arası bölümde aşırı düzeyde birikmesi ile ortaya çıkan bir dizi hastalık bilimsel durumu nitelendirmektedir ⁽⁶³⁾. Meme kanseri sağaltımının sonrasında ortaya çıkabilen lenfödem, üzerinde durulması gereken bir komplikasyondur ⁽⁶⁴⁾.

Meme kanseri sağaltım sürecinde ve süreci takiben, erken veya geç evrede ortaya çıkabilen lenf ödem sık gözlenmektedir. Meme kanserine yakalanan hastalarda lenf ödem bedensel, ruhsal ve toplumsal açıdan istenmeyen birçok duruma neden olabilmektedir. Lenf ödem komplikasyonu gelişen meme kanseri olan kadınların kol hareketleri kısıtlanmakta ve bu kısıtlama nedeni ile gündelik faaliyetleri olumsuz yönde etkilemektedir.

2.2.2. Psikolojik

Meme kanseri hastalarına uygulanan mastektomi sonrası hastalara psikolojik destek vermek hemşirelerin kritik sorumluluklarından bir tanesi olup mastektomi sonucu gelişen beden algısı ve benlik saygısının belirlenip uygun girişimlerin üretilmesi adına bu konuda kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Mastektomi yapılan kadınlar, uygulama neticesinde kanserli dokunun tam anlamıyla alınıp alınmadığı, nüks etme ya da metastaz hususlarında kaygı düzeyleri artmaktadır. Kanserin metastaz ya da nüks etmesi kadın için sarsıcı bir yıkıma

dönüşebilmektedir. Bu süreçte kadının uyku sorunu yaşaması ve beslenmeme, aktivitede bulunmama, ruhsal gerilim ve anksiyete ortaya çıkabilmektedir. Bilhassa mastektomi uygulamasının ardından bir de kemoterapi uygulanır ise psikolojik yönden çöküntü kendini gösterebilmektedir ^(65,66). Mastektomi yapılan kadınlar uygulama öncesinde ve uygulamayı takiben farklı duyu durumlara sebep olabilmektedir. Mastektomi uygulaması öncesi endişe ve iletişim sorunları konularında artmakta, mastektomi uygulamasını takiben ise kadının benlik tasarımı, beden imajı, kansere yönelik korku ve endişe üzerinde yoğunlaşmaktadır. Kısa vadede negatif etkiler cinsellikte, evlilik hayatında, toplumsal ve çevresel ilişkilerde yoğunlaşırken uzun vadede ise protez ve giyime yönelik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Kanserin bilhassa depresyona neden olduğu ve oransal olarak da yüzde 5 ila yüzde 58 arasında değiştiği ifade edilmektedir ⁽⁶⁷⁾.

Mastektomi uygulaması kaynaklı ortaya çıkan psikolojik durumun düzeyi, hastanın beden algısı ile doğrudan ilişkilidir. Kadının benlik gelişiminde beden imajı algısı büyük önem arz etmektedir. Hem kadınlar için hem de erkekler için organ ve uzuvların psikolojik yönden sembolik manaları bulunmaktadır. Kadının cinsel kimliğinin oluşmasında beden imajının algılanma biçimi ve ona yüklenen sembolik anlamlar ön plana çıkmaktadır. Beden imajı psikolojik sorunlar neticesinde tahrip olabildiği gibi, beden üzerinde yapılan değişimler de etkili olabilmektedir. Bu beden değişimlerinin başında da amputasyon ön plana çıkmaktadır.

Aygin ve Durat, ⁽⁶⁸⁾, meme kanserine yakalanan bilhassa genç kadınların benlik saygısının daha düşük olduğunu ifade etmektedirler. Bunun yanında beden imajı ve cinselliğe yönelik yüksek düzeyde endişe yaşadıkları ve duygusal sıkıntı duyduklarını ifade etmektedirler.

2.3. Beden Algısı

Bireyin öz değerlendirmesini pozitif veya negatif şekilde yapması, benlik saygısını belirleyen temel unsurdur ^(69,70). Beden algısı içerisinde bulunan döneme ve kültürel özelliklere göre değişebilmektedir. Beden algısı genel olarak öznel bir değerlendirmedir ve bireyin kişinin özünü nasıl algıladığıyla alakalıdır ^(71,72).

Jorge vd.,⁽⁷³⁾, benlik saygısı ve beden imajı seviyesinin ruhsal ve bedensel rahatsızlıklara yönelik direnci etkilediği, yüksek olmayan benlik saygısı ve beden imajına sahip insanların kimi zaman tedavide işbirliğini de reddettikleri ifade etmektedir. Benlik saygısı ve beden imajı yüksek olmayan insanlar anksiyete yaşayabilmektedirler. Ayrıca insanın şahsına olan güvenini yitirmesine, çevre ile ilişkilerin olumsuz etkilemesine ve rahatsızlıkla baş etme gücünün zayıflamasına sebep olmaktadır⁽⁷⁴⁾.

Psikolojik yönden beden algısı bireyin öz bedeninden hangi düzeyde hoşnut olduğunu nitelemektedir. Bedensel görünüm üzerinde yaşanan değişim kaynaklı beden algısı yaşanabilmektedir. Değişimden ne yönde ne düzeyde etkileneceği, bireyin kişiliğine ve çevre etkilere ve benzeri ruhsal ve sosyal unsurlara bağlı olarak değişmektedir.

2.4. Benlik Saygısı

Benlik olgusu, benliği meydana getiren beden imajı, benlik saygısı ve benzeri unsurlarla doğrudan ilişkilidir. Kişinin beden imajında değişikliğe neden olan rahatsızlık onun benlik saygısını da etkilemektedir⁽⁷⁵⁾.

Erşan ve Doğan,⁽⁷⁶⁾ benlik saygısı, kişinin benlik imgesiyle birlikte ideal benliği arasındaki ayrımların karşılaştırılmasıdır. Benlik saygısı çocukluk döneminde ebeveynlerce şekillendirilmeye başlanmaktadır. Benliğin şekillenmesinde en kritik evre ise ergenliktir. Benlik saygısı, benliğin duygusal yönünü oluşturmakla birlikte bireyin öz değerlendirmesi neticesinde vardığı benlik olgusunu onaylaması ile ortaya çıkan hoşnutluk halidir. Bireyin öz değerlendirmesinden hoşnut olması, öz benliğine saygı duyması adına herhangi bir üstünlük arz etmesi gerekmemektedir. Bununla birlikte benlik saygısı, bireyin özünden gurur duyması, kıymetli, çalışkan, aktif ve muvaffakiyete layık görmesidir. Benlik saygısı gerek rutin hayatta gerek hayata entegrasyonda gereklidir. Benlik saygı düzeyi yüksek bireyler daha etkin bir ruhsal gelişim yaşamakta ve topluma entegrasyonu güçlenmektedir. Benlik saygısı bireyin fikir ve tutumlarına da etki edeceğinden bireyin yaşadığı gelişim ve sosyalleşme sorunlarının çözümlerinde de avantaj sağlamaktadır⁽⁷⁷⁾.

2.5. Meme Kanseri Hastalarında Hemşirenin Rolü

Hemşirelik sağlık hizmetleri içerisinde yaşamsal öneme sahiptir. Hemşirelik hizmetleri, sağlık hizmeti almak üzere kuruma başvuran birey, bireyin ailesi veya toplumun başka bir üyesince yerine getirilemeyecek hizmetleri kapsamaktadır. Hemşirelik geçmişten günümüze önemli değişim süreçleri geçirmiştir. Bu süreçle doktorlara tabi olan bir iş kolundan, özerk bir iş koluna; yalnızca hastanelerde gerçekleştirilen bir iş kolundan, çeşitli kurumlarda gerçekleştirilen bir iş koluna; sınırlı sorumlulukları olan bir iş kolundan, kritik düzeyde toplumsal sorumlulukları olan bir iş koluna ayrıca hastalığa yoğunlaşmış bir iş kolundan, sağlığa yoğunlaşmış bir iş koluna doğru dönüşüm yaşamıştır⁽⁷⁸⁾.

Hemşirelik iş kolu olarak önemi artırırken aynı zamanda hasta ile hemşire ilişkisi de önemini arttırmıştır. Bu doğrultuda hastayla işbirliği kuran ve hastasının kararlarına saygı duyan; onun yalnızca bedensel anlamda bakımını gerçekleştiren bir iş kolundan hastayı bir bütün olarak ele alan, sağlıklı birey, sağlıklı toplum odaklı görev yapan bir iş koluna dönüşmüştür. Meme kanseri hastalarına uygulanan mastektomi sonrası hastalara psikolojik destek vermek hemşirelerin kritik sorumluluklarından bir tanesidir⁽⁷⁹⁾.

Mastektomi uygulama öncesinde ve uygulamayı takiben farklı duygu durumlara sebep olabilmekte, uygulama öncesi endişe ve iletişim sorunları artmakta, mastektomi uygulamasını takiben ise kadının benlik tasarımı, beden imajı, kansere yönelik korku ve endişe üzerinde yoğunlaşmaktadır. Mastektomi uygulaması kaynaklı ortaya çıkan psikolojik durumun düzeyi hemşirenin hastaya yaklaşımını, hastayla olan iletişimini ve ilişkisini kritik düzeyde önemli hale getirmektedir⁽⁸⁰⁾.

Hemşireliğin rehabilite edici rolü kapsamında hemşire; mastektomi sonucu yapısal veya işlevsel kayıplara uğrayan hastanın gizilgücünü maksimum düzeyde ortaya çıkarabilmesini ve meme kanseri tanısı konulmasından mastektomi uygulamasına kadar geçen süreçte oluşan değişimler ile başa çıkabilmesini, fiziksel kapasitesini geliştirmesini, psikolojik sağaltımını, sosyal uyumunu, kazanmasını sağlamada hastaya ve hasta yakınlarına destek ve yardımcı olmada önemli rollere ve göreve sahip vazgeçilmez bir meslektir^(81,82).

Meme kanserli hastalarda, hemşire tarafından verilen danışmanlığın hasta yaşam kalitesini arttırdığı görülmüştür. Psiko sosyal destek girişimleri incelendiğinde, emosyonel destek odaklı bireysel görüşmeler, psiko eğitim grupları bilişsel - davranışçı terapiler, aile terapisi, telefon danışmanlığı hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerini azaltmada hastalıkla ilgili bilgi, baş etme ve hastalığa uyum düzeylerini arttırmada olumlu yönde katkıları olduğu belirlenmiştir^(81,82).

Bir kadın meme kanseri tanısı aldığında yaşamının geri kalanını da bu tanıyla sürdürmek zorundadır. Kadın iyileşse ve hastalıktan kurtulsa bile kanser tanısı yönünden testler ve izlem altında tutulmalıdır. Ameliyat sonrası karşılaştığı sorunlar, hastalığın tekrarlama ihtimali ölüm korkusu, kişiler arası ilişkilerde bozulmalar görülebilir. Bu sorunların görülme durumu ve şiddeti her hastada farklıdır. Bu farkı ortaya çıkaran, meme kanserli hastada hastalığa uyumunda rol oynayan tıbbi ve psiko sosyal faktörlerdir. Hastalığın belirti ve bulguları, tedavi biçimi, hastalıkla ilgili kültürel tutumu, kişilik yapısı, baş edebilme gücü ve becerileridir. Meme koruyucu cerrahi uygulanan hastalarda bu sorunların daha az olduğu görülmüştür. Hemşirenin hastayı anlaşılır şekilde bilgilendirmesi, kültürel yapısına göre davranması, güven verici bir hemşire hasta ilişkisi kurması hemşirenin vazgeçilmez önemini ve rolünü ortaya koymaktadır^(82,83).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın tipi, araştırmanın yeri ve süresi, araştırmanın evren ve örnekleme, verilerin toplanması, verilerin değerlendirilmesi ve araştırmanın sınırlılıklarına ilişkin açıklamalara yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma retrospektif ve tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Süresi

Araştırma İstanbul Kartal Lütü Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesinde Ekim-Aralık 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. 2014 - 2016 yılları arasında mastektomi olmuş kadınlarla yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

2014-2016 yılları arasında mastektomi olmuş kadınların kayıtlarına ulaşıldı. Araştırmaya dahil edilme kriteri mastektomiden sonra en az 3 ay en fazla 3 yıl geçmiş ve menopozda olmayan, iletişim kurulabilen ruhsal hastalığı tanısı konulmamış, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kadınlar dahil edildi. Kanser dışında farklı sistemik etkisi olan tedavilerin uygulandığı hastalar çalışma kapsamına alınmadı. Mastektomi dışında beden imajını bozacak büyük operasyon geçirmiş kadınlar çalışma kapsamına alınmadı.

2014-2016 yılları arasında mastektomi geçiren 272 kadından araştırma kriterine uyan 104 kadın örnekleme oluşturdu. Örnekleme alınamayan kadınların 129 unun hastaneye verdiği telefon numarası ile hastaya ulaşamadı. 17 hastanın da mastit olduğu tespit edilip çalışmaya alınmadı. 13 kişi de ankete katılmak istemedi. 3 hasta ex olmuştur. 4 kişi sadece biyopsi olduğu için anket çalışmasına dahil edilmedi. 1 kişi Türkçe bilmediği için dahil edilmedi. 1 kişide ruhsal bozukluğu olduğu için çalışmaya dahil edilmedi.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması iki aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar veri toplama formlarının hazırlanması ve veri toplama formlarının uygulanmasıdır.

3.4.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket tercih edilmiş olup araştırmacı tarafından katılımcıların demografik özellikleri hakkında bilgi toplamak amacıyla 17 sorudan oluşan demografik bilgileri içeren anket, katılımcıların Benlik Saygısını ölçmek için “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği” ve Beden Algısını ölçmek için “Vücut Algısı Ölçeği” kullanılmıştır.

Vücut Algısı Ölçeğinin, orijinal adı Body-Cathexis Scale olup, 1953 yılında Secard ve Jurard tarafından geliştirilmiş ve 1986 yılında Hovardaoğlu tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek 40 madde içermekte olup, her bir madde bir organ ya da vücudun bir bölümü ya da bir işlevi ile ilgilidir. Her bir madde için 1’den 5’e kadar değişen puanlar alan ve “Hiç beğenmiyorum”, “Beğenmiyorum”, “Kararsızım”, “Beğeniyorum” ve “Çok beğeniyorum” şeklinde yanıt seçeneği bulunan ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmekte olup, alınan puanın yüksekliği doyum düzeyinin yüksekliğini gösterir^(83,84,85). Bu çalışmada VAÖ Cranbach Alpha değeri 0.95 olarak bulunmuştur.

Rosenberg Benlik Saygısı 1965 yılında M. Rosenberg tarafından geliştirilmiş, olup orijinal adı Rosenberg Self-Esteem Scale’dır. Araştırmalarda benlik saygısının ölçümü için kullanılmaktadır. Çuhadaroğlu 1986 yılında Türkçeye uyarlanan ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonunda geçerlik oranı 0,71 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada BS Cranbach Alpha değeri 0.87 olarak bulunmuştur. Her bir maddede “Çok doğru”, “doğru”, “Yanlış” ve “Çok Yanlış” şeklinde yanıt seçenekleri bulunmaktadır. İlk 10 sorudan alınan toplam puan 0 – 1 ise BS yüksek, 2 – 4 ise BS orta, 5 – 6 ise BS düşük olduğunu göstermektedir⁽⁸⁶⁾.

3.4.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Katılımcılardan veriler telefon ile iletişim kurularak alınmıştır. Yapılacak görüşmeler için özel bir SİM Kart alınmıştır. Türk Telekom operatöründen ilgili görüşme kayıtlarına ait döküm yazılı olarak alınmıştır. Bu dokümanın incelenmesi sonucu her bir katılımcı için ortalama 10 dakika süre ayrıldığı görülmüştür. Gönüllülük ilkesiyle 2014 yılında 79 hastanın telefon bilgisi alınmış tüm hastalar sırayla aranmış ve 26 kişi anket çalışmasına katılmıştır. 2015 yılında 89 hastanın telefon bilgisi alınmış ve 30 kişi anket çalışmasına katılmıştır. 2016 yılında 104 hastanın telefon bilgisi alınmış ve 48 kişi anket çalışmasına katılmıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama \pm standart sapma olarak tablo halinde verilmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak özetlenmiştir.

Sayısal değişkenlerin normallik testi Kolmogrov Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. Bağımsız grupların karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren ve $n>30$ şartını sağladığı için parametrik bir test olan Independent Samples t test kullanılmıştır.

Bağımsız ikiden fazla grup için normal dağılım gösteren ve $n>30$ şartını sağladığı için One-Way ANOVA kullanılmıştır.

Gruplar arasındaki farklılıklar parametrik testlerin uygulandığı karşılaştırmalar için, verinin dağılıma göre homojen olduğu durumda Tukey testi, homojen olmadığı durum/durumlarda ise Games-Howell testi ile değerlendirilmiştir.

Sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde, normal dağılım gösteren ve $n>30$ şartını sağlayan durumlarda Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır.

Kategorik değişkenler arasındaki farklılık karşılaştırmalarında 2x2 tablolarda Pearson Ki-Kare Testleri kullanılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 22.0 programı ile yapılmış olup, istatistik analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak dikkate alınmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu alışma bazı sınırlılıklara sahiptir. Birincisi, bu çalışmadaki hasta grubu İstanbul Kartal Lütü Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde mastektomili kadınlarla sınırlı olduğu için, sonuçlar ülkemizdeki bütün mastektomili hastalara genellenemez, ancak başka çalışmalardaki sonuçlarla karşılaştırmak amacıyla kullanılabilir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için T.C. Maltepe Üniversitesi'nden (EK 4) etik kurul izni alındı. İstanbul Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Müdürlüğü'nden (EK 5) izin alındı. Katılımcılardan veriler gönüllülük ilkesiyle telefon ile iletişim kurularak alınmıştır. Katılımcılara alınan bilgilerin ne amaçla ve nasıl kullanılacağı hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmada katılımcıların isim, adres, telefon numarası ve benzeri şahsi herhangi bir bilgisine yer verilmemiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamında uygulanan anket kapsamında elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1 Demografik Bilgiler

		Sayı	%
Medeni Durumu	Evli	86	82.7%
	Bekâr	18	17.3%
Eğitim Düzeyi	İlkokul veya Ortaokul	67	64.4%
	Lise	23	22.1%
	Yüksekokul	14	13.5%
Aylık ortalama gelir düzeyi	Düşük	50	48.1%
	Orta	54	51.9%
Çocuk sahibi olma durumu	Var	86	82.7%
	Yok	18	17.3%
Meme kanseri dışında hastalık	Var	15	14.4%
	Yok	89	85.6%
Ameliyat olma tarihi	2014	27	26.0%
	2015	30	28.8%
	2016	47	45.2%
Kemoterapi uygulanma	Uygulanmadı	45	43.3%
	Uygulandı	59	56.7%
Radyoterapi uygulanma	Uygulanmadı	50	48.1%
	Uygulandı	54	51.9%
Kemoterapi ve Radyoterapi	Uygulanmadı	54	51.9%
	Uygulandı	50	48.1%
Hastalığın hangi evresinde ameliyat olundu?	Evre 0	34	34.0%
	Evre 1	20	20.0%
	Evre 2	46	46.0%
Yaş	18-24	7	6,73
	25-34	16	15,38

35-45	60	57,69
*46 ve üstü	16	15,38

* Çalışmamız retrospektif olduğu için ameliyat olma tarihi ile anket tarihi arasında 1-2-3 yıl vardır. Bu nedenle 46 yaş üstü yaş grubu oluşmuştur.

Katılımcıların medeni durum dağılımlarına bakıldığında, %82.7'sinin evli olduğu görülmüştür. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında, %64.4'ünün ilkokul/ortaokul mezunu olduğu, %22.1'inin lise ve %13.5'inin yüksekokul mezunu olduğu sonucuna varılmıştır. Bu oran katılımcıların büyük bölümünün ilkokul veya ortaokul düzeyinde eğitim aldığını göstermektedir.

Katılımcıların aylık ortalama gelir düzeyleri araştırıldığında, %51.9'unun orta düzeyde geliri olduğu gözlenmiştir. Bu oran sonucunda katılımcıların yarısının düşük diğer yarısının da orta gelir düzeyine sahip olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan bireylerin %82.7'sinin çocuklarının olduğu görülmüştür. Katılımcıların meme hastalığı dışında herhangi bir kronik ya da sistemik hastalıkları olup olmadığı araştırıldığında %85.6'sının kronik ve sistemik bir hastalığının olmadığı bulunmuştur.

Katılımcıların ameliyat oldukları tarihlere bakıldığında, %45.2'sinin 2016, %28.8'inin 2015 ve %26'sının 2014'te ameliyat oldukları görülmüştür.

Katılımcıların %56.7'sine kemoterapi uygulandığı, %51.9'una radyoterapi uygulandığı, %48.1'ine kemoterapi ve radyoterapi uygulandığı, %56.7'sine kemoterapi ve cerrahi tedavi uygulandığı, %51.9'una radyoterapi ve cerrahi tedavi uygulandığı gözlenmiştir.

Katılımcıların 46'sı (%46) evre 2'de, 20'si (%34) evre 0'da ve 34'ü (%20) evre 1'de ameliyat olduğu görülmüştür.

Tablo 4.2 Benlik Saygısı ve Vücut Algısı Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamaları

	Ort.	Min.	Max.
Beden Saygısı	2,33	1,60	2,70

Beden Algısı 87,00 42,00 151,00

Benlik saygısı ve vücut algısı ölçeklerinin toplam puan ortalamalarına bakıldığında benlik saygısının 2.3 olduğu görülmüştür. Bu sonuç bize benlik saygısının orta düzeyde olduğunu göstermiştir. Vücut algısı toplam puan ortalaması 87 olduğu görülmüştür. Bu sonuç araştırmamıza katılan kadınların vücutlarını beğenmediğini göstermiştir.

Tablo 4.3 Yaşları ile Benlik Saygısı ve Vücut Algısı Ölçeği Toplam Puanları ve Benlik Saygısı ile Vücut Algısı Arasındaki İlişki

		Benlik saygısı puanları			
		Ort.	SS	f	p
Yaş	18-24	2,30	0,31	0,168	0,918
	25-34	2,36	0,17		
	35-45	2,32	0,23		
	46 ve üstü	2,34	0,16		
		Vücut algısı ölçeği			
		Ort.	SS	f	p
Yaş	18-24	75,71	18,92	0,781	0,508
	25-34	85,50	16,87		
	35-45	88,89	24,49		
	46 ve üstü	86,63	19,68		

One-Way ANOVA

*:p<.05

Katılımcıların yaş grupları ile BS ve VA toplam puan ortalamalarının etkilenmediği belirlenmiştir(p> 0,05).

Tablo 4.4 Uygulanan Cerrahi Teknik ile Memnuniyet Durumunun Karşılaştırılması

		Çok memnunum		Oldukça memnunum		Kararsızım		Hiç memnun değilim		p
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Total	Evet	53	76.8%	22	81.5%	5	83.3%	2	100.0%	0.947
	Hayır	16	23.2%	5	18.5%	1	16.7%	0	0.0%	
Modifiye radikal	Evet	62	89.9%	23	85.2%	5	83.3%	1	50.0%	0.212
	Hayır	7	10.1%	4	14.8%	1	16.7%	1	50.0%	
Radikal	Evet	59	85.5%	20	74.1%	5	83.3%	2	100.0%	0.557
	Hayır	10	14.5%	7	25.9%	1	16.7%	0	0.0%	
Parsiyal	Evet	33	47.8%	16	59.3%	3	50.0%	1	50.0%	0.801
	Hayır	36	52.2%	11	40.7%	3	50.0%	1	50.0%	

One-Way ANOVA

p<.05

Yapılan ameliyatın sonucunda memnun olup olmama durumuna göre total mastektomi, modifiye radikal mastektomi, radikal mastektomi ve parsiyal mastektomi uygulanma durumu oranları karşılaştırıldığında, oranlar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığına bakılmıştır.

Yapılan ameliyatın sonucunda memnun olup olmama durumuna göre total mastektomi, modifiye radikal mastektomi, radikal mastektomi ve parsiyal mastektomi uygulanma durumu oranları karşılaştırıldığında, oranlar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>.05).

Tablo 4.5 Medeni Durum, Eğitim Düzeyi, Aylık Gelir, Çocuk Sahibi Olma Durumu İle Benlik Saygısı ve Vücut Algısının Karşılaştırılması

		Benlik saygısı puanları			
		Ort.	SS	t	p
Medeni Durumu	Evli	0,81	0,54	0.600	0.440
	Bekâr	0,70	0,55		
		Vücut algısı ölçeği			
		Ort.	SS	t	p
Medeni Durumu	Evli	87,28	22,84	0.437	0.510
	Bekâr	83,50	17,68		
		Benlik saygısı puanları			
		Ort.	SS	f	p
Eğitim Durumu	İlkokul/Ortaokul	0,80	0,54	0.147	0.864
	Lise	0,81	0,57		
	Yüksekokul	0,72	0,55		
		Vücut algısı ölçeği			
		Ort.	SS	f	p
Eğitim Durumu	İlkokul/Ortaokul	88,42	24,44	1,977	0.144
	Lise	87,96	15,16		
	Yüksekokul	75,86	16,43		
		Benlik saygısı puanları			
		Ort.	SS	t	p
Aylık ortalama gelir düzeyiniz	Düşük	0,91	0,56	4943,00	0.028*
	Orta	0,68	0,51		
		Vücut algısı ölçeği			
		Ort.	SS	t	p
Aylık ortalama gelir	Düşük	89,10	23,40	1,221	0.272
	Orta	84,33	20,59		

düzeyiniz		Benlik saygısı puanları			
		Ort.	SS	t	p
Çocuğunuz var mı?	Var	0,82	0,55	1257,00	0.212
	Yok	0,65	0,52		
		Vücut algısı ölçeği			
		Ort.	SS	t	p
Çocuğunuz var mı?	Var	88,16	23,01	1,569	0.120
	Yok	79,28	14,78		

1:Independent Samples t Test

2:One-Way ANOVA

*:p<.05

Katılımcıların medeni durumları ile benlik saygısı ve vücut algısı toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Buna göre medeni durumları ile benlik saygısı ve vücut algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>.05).

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile benlik saygısı ve vücut algısı toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Buna göre eğitim düzeyi ile benlik saygısı ve vücut algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>.05).

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumları ile benlik saygısı ve vücut algısı toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Çocuk sahibi olmanın benlik saygısı ve vücut algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>.05).

Katılımcıların aylık ortalama gelir düzeyleri ile benlik saygısı ve vücut algısı toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre aylık ortalama gelir ile benlik saygısı istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p<.05). Aylık geliri orta olan

bireylerin benlik saygısı puanları diğerlerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.6 Ameliyat Olunan Yıl, Meme Kanseri Hastalığı Dışında Başka Bir Hastalığın Varlığı İle Benlik Saygısı ve Vücut Algısının Karşılaştırılması

		Benlik saygısı puanları			
		Ort.	SS	f	p
Ameliyat olunan yıl	2014	2,29	0,21		
	2015	2,32	0,21	0,717	0,491
	2016	2,35	0,22		
		Vücut algısı ölçeği			
		Ort.	SS	f	p
Ameliyat olunan yıl	2014	2,23	0,67		
	2015	2,08	0,52	0,588	0,557
	2016	2,20	0,50		
		Benlik saygısı puanları			
		Ort.	SS	t	p
Meme hastalığı	Var	0,72	0,41		
dışında herhangi bir hastalığınız var mı?	Yok	0,81	0,56	-0,551	0,583
		Vücut algısı ölçeği			
		Ort.	SS	t	p
Meme hastalığı	Var	87,33	17,27		
dışında herhangi bir hastalığınız var mı?	Yok	86,51	22,79	0,134	0,894

2: One-Way ANOVA

1:Independent Samples t Test *:p<.05

Katılımcıların ameliyat oldukları yıla göre benlik saygısı ve vücut algısı toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre aradaki farklılık istatistiksel olarak

anlamli değildir. Aynı zamanda ameliyat olunan yıl aradan geçen süreyi de ifade etmesi sebebiyle bu ameliyattan sonra geçen sürenin BS ve VA üzerinde etkisi yoktur ($p>.05$).

Buna göre meme hastalığı dışında başka bir hastalık durumunun varlığı ile benlik saygısı ve vücut algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık gözlenmemiştir ($p>.05$).

Tablo 4.7 Uygulanan Tedavi İle Benlik Saygısı Ve Vücut Algısının Karşılaştırılması

		Benlik saygısı puanları			
		Ort.	SS	t	p
Kemoterapi	Uygulanmadı	0,85	0,58	0.916	0.362
	Uygulandı	0,75	0,51		
		Vücut algısı ölçeği			
		Ort.	SS	t	p
Kemoterapi	Uygulanmadı	88,13	19,08	0.609	0.544
	Uygulandı	85,47	24,10		
		Benlik saygısı puanları			
		Ort.	SS	t	p
Radyoterapi	Uygulanmadı	0,79	0,56	0.017	0.986
	Uygulandı	0,79	0,53		
		Vücut algısı ölçeği			
		Ort.	SS	t	p
Radyoterapi	Uygulanmadı	85,68	18,16	-0.425	0.672
	Uygulandı	87,50	25,19		
		Benlik saygısı puanları			
		Ort.	SS	Test İst.	p
Kemoterapi ve Radyoterapi	Uygulanmadı	0,79	0,55	-0.136	0.892
	Uygulandı	0,80	0,54		

		Vücut algısı ölçeği			
		Ort.	SS	t	p
Kemoterapi	Uygulanmadı	86,20	19,02		
ve				-0.202	0.840
Radyoterapi	Uygulandı	87,08	25,02		

1: Independent Samples t Test

*:p<.05

Katılımcıların aldıkları kemoterapi uygulaması ile benlik saygısı ve vücut algısı toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Buna göre kemoterapi uygulanma durumu ile benlik saygısı ve vücut algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>.05).

Katılımcıların aldıkları radyoterapi uygulaması ile benlik saygısı ve vücut algısı toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Buna göre radyoterapi uygulanma durumu ile benlik saygısı ve vücut algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>.05).

Katılımcıların aldıkları cerrahi uygulama ile benlik saygısı ve vücut algısı toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Buna göre cerrahi tedavi ile benlik saygısı ve vücut algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>.05).

Katılımcıların aldıkları kemoterapi ve radyoterapi uygulaması ile benlik saygısı ve vücut algısı toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Buna göre kemoterapi ve radyoterapi uygulanma durumu ile benlik saygısı ve vücut algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>.05).

Uygulanma durumuna göre Kemoterapi ve Radyoterapi Benlik saygısı toplam puan ortalamaları en düşük olan gruptur. Uygulanma durumuna göre Radyoterapi Vücut Algısı toplam puan ortalamaları en yüksek olan gruptur.

Tablo 4.8 Ameliyat Sonucu Memnuniyet ve Ameliyat Olunan Evre İle Benlik Saygısı Ve Vücut Algısının Karşılaştırılması

		Benlik saygısı puanları			
		Ort.	SS	f	p
Yapılan ameliyatın sonucundan memnun musunuz?	Çok memnunum	0,81	0,56	0.629	0.598
	Oldukça memnunum	0,76	0,52		
	Kararsızım	0,67	0,41		
	Hiç memnun değilim	1,25	0,71		
		Vücut algısı ölçeği			
		Ort.	SS	f	p
Yapılan ameliyatın sonucundan memnun musunuz?	Çok memnunum	83,51	22,57	1496,00	0.220
	Oldukça memnunum	92,07	20,56		
	Kararsızım	93,17	17,15		
	Hiç memnun değilim	101,00	25,46		
		Benlik saygısı puanları			
		Ort.	SS	f	p
Hastalığın hangi evresinde ameliyat olundu?	Evre 0	0,83	0,58	0.462	0.631
	Evre 1	0,88	0,56		
	Evre 2	0,75	0,53		
		Vücut algısı ölçeği			
		Ort.	SS	f	p
Hastalığın	Evre 0	86,12	16,95	1306,00	0.276

hangi evresinde ameliyat olundu?	Evre 1	80,60	20,12
	Evre 2	89,70	24,14

2:One-Way ANOVA *:p<.05

Ameliyatın sonucundan memnuniyet ile benlik saygısı ve vücut algısının karşılaştırılması yapılmıştır. Karşılaştırma sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (p>.05).

Hastalığın hangi evresinde ameliyat olunduğu ile benlik saygısı ve vücut algısının karşılaştırılması yapılmıştır. Karşılaştırma sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (p>.05).

Tablo 4.9 Mastektomi Türleri İle Benlik Saygısı Ve Vücut Algısının Karşılaştırılması

		Benlik saygısı puanları			
		Ort.	SS	t	p
Total mastektomi	Uygulanmadı	0,84	0,54	1811,00	0.073
	Uygulandı	0,61	0,51		
		Vücut algısı ölçeği			
		Ort.	SS	t	p
Total mastektomi	Uygulanmadı	86,56	19,79	-0.046	0.964
	Uygulandı	86,86	29,42		
		Benlik saygısı puanları			
		Ort.	SS	t	p
Koltuk altı lenf diseksiyonu uygulaması	Var	0,85	0,70	1678,00	0.127
	Yok	0,44	0,23		
		Vücut algısı ölçeği			
		Ort.	SS	t	p
Koltuk altı lenf	Var	102,00	24,26	2180,00	0.041
	Yok	76,38	28,83		

diseksiyonu
uygulaması

		Benlik saygısı puanları			
		Ort.	SS	t	p
Modifiye radikal mastektomi	Uygulanmadı	0,77	0,53	-1378,00	0.171
	Uygulandı	0,99	0,60		

		Vücut algısı ölçeği			
		Ort.	SS	t	p
Modifiye radikal mastektomi	Uygulanmadı	86,59	22,14		
	Uygulandı	86,85	21,96	-0.039	0.969

		Benlik saygısı puanları			
		Ort.	SS	t	p
Koltuk altı lenf diseksiyonu uygulaması	Var	1,10	0,71		
	Yok	0,89	0,52	0.598	0.562

		Vücut algısı ölçeği			
		Ort.	SS	t	p
Koltuk altı lenf diseksiyonu uygulaması	Var	91,50	29,43		
	Yok	82,86	14,23	0.692	0.503

		Benlik saygısı puanları			
		Ort.	SS	t	p
Radikal mastektomi	Uygulanmadı	0,78	0,55		
	Uygulandı	0,88	0,50	-0.731	0.467

		Vücut algısı ölçeği			
		Ort.	SS	t	p
Radikal mastektomi	Uygulanmadı	85,73	22,19		
	Uygulandı	90,89	21,19	-0.903	0.369

		Benlik saygısı puanları			
		Ort.	SS	t	p
Koltuk altı lenf diseksiyonu uygulaması	Var	0,92	0,56	0.274	0.787
	Yok	0,85	0,48		
		Vücut algısı ölçeği			
		Ort.	SS	t	p
Koltuk altı lenf diseksiyonu uygulaması	Var	91,88	21,09	0.172	0.866
	Yok	90,10	22,36		
		Benlik saygısı puanları			
		Ort.	SS	t	p
Parsiyal Mastektomi	Uygulanmadı	0,79	0,54	-0.001	0.999
	Uygulandı	0,79	0,55		
		Vücut algısı ölçeği			
		Ort.	SS	t	p
Parsiyal Mastektomi	Uygulanmadı	88,23	24,72	0.755	0.452
	Uygulandı	84,96	18,88		

1:Independent Samples t Test

*:p<.05

Total mastektomi uygulaması ile benlik saygısı ve vücut algısının karşılaştırılması yapılmıştır. Karşılaştırma sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (p>.05).

Total mastektomi uygulaması sonucunda koltuk altı lenf diseksiyonunun varlık durumu ile benlik saygısı ve vücut algısının karşılaştırılması yapılmıştır.

Total mastektomi uygulaması sonucunda koltuk altı lenf diseksiyonunun varlık durumu ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (p>.05).

Modifiye radikal mastektomi uygulaması ile benlik saygısı ve vücut algısının karşılaştırılması yapılmıştır. Karşılaştırma sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$).

Modifiye radikal mastektomi sonucunda koltuk altı lenf diseksiyonunun varlık durumu ile benlik saygısı ve vücut algısının karşılaştırılması yapılmıştır.

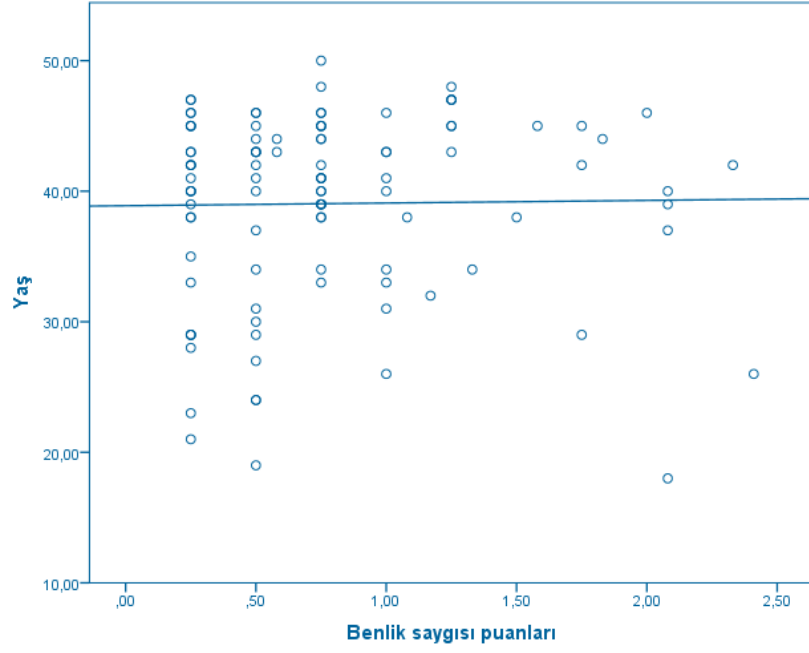
Karşılaştırma sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$).

Radikal mastektomi uygulaması ile benlik saygısı ve vücut algısının karşılaştırılması yapılmıştır. Karşılaştırma sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$).

Radikal mastektomi sonucunda koltuk altı lenf diseksiyonunun varlık durumu ile benlik saygısı ve vücut algısının karşılaştırılması yapılmıştır. Karşılaştırma sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$).

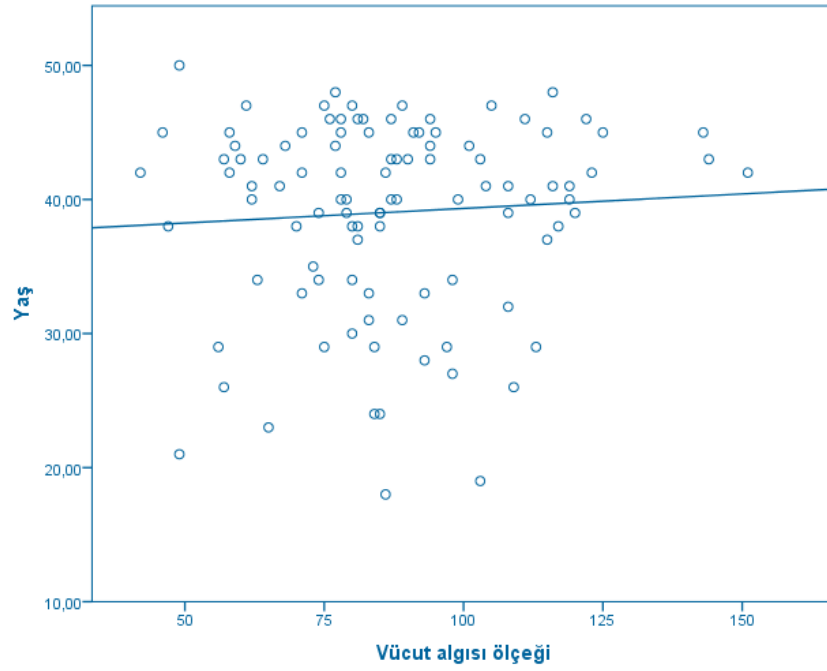
Parsiyal mastektomi uygulaması ile benlik saygısı ve vücut algısının karşılaştırılması yapılmıştır.

Karşılaştırma sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$).



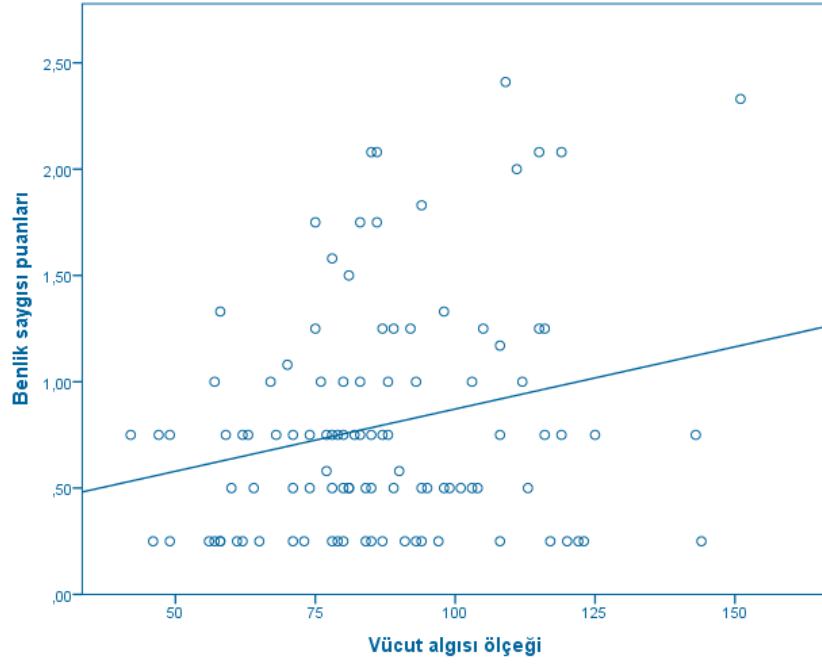
Şekil 4.1 Yaşları İle Benlik Saygısı Arasındaki İlişki

Katılımcıların yaş grupları ile benlik saygısı arasında farklılık görülmemiştir.



Şekil 4.2 Yaşları İle Vücut Algısı Arasındaki İlişki

Katılımcıların yaş grupları ile vücut algısı arasında farklılık görülmemiştir.



Şekil 4.3 Benlik Saygısı İle Vücut Algısı Arasındaki İlişki

Katılımcıların benlik saygısı arttıkça vücut algısında arttığı görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Meme kanseri dünyada kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Türkiye’de meme kanseri hastalığı dünyadaki gibi artış göstermektedir. Ülkemizdeki bu hastalık yaklaşık 25 yaşından itibaren ortaya çıkmaktadır. Meme kanserinin diğer kanser tipleri içindeki oranı %25 tir⁽⁸⁷⁾.

Meme kanserinde kadınlar için cinsiyetten sonra 2. risk faktörü yaştır. Meme kanseri olgularının yaklaşık %75’i, 50 yaş üzerinde görülür⁽⁸⁸⁾. Özmen’in Türkiye ve dünyada kanser çalışmasında, Avrupa Birliği Ülkelerine bakıldığında Hollanda, Norveç, Finlandiya ve Danimarka’da genellikle 50 yaş öncesi taramaya başlanmamakta, İsveç’te başlama yaşı 40 – 45 ya da 50 olmak üzere eyaletler arası değişmektedir. Ülkemizde batı ülkelerine göre meme kanseri premenopozal dönemde daha sık görülmekte olup olguların %50’ si 50 yaş altındadır⁽⁸⁹⁾. Araştırma kapsamına alınan mastektomili kadınların %57.69’u 35-45 yaş grubundadır (Tablo 4.1). Bizim çalışmamızda menopozlu kadınlar çalışmaya alınmadığı için yaş ortalaması daha düşük çıkmıştır.

Benlik saygısı ve vücut algısı ölçeklerin madde puan ortalamalarına bakıldığında benlik saygısının 2.3 olduğu görülmüştür. Bu sonuç bize benlik saygısının orta düzeyde olduğunu göstermiştir. Vücut algısı madde puan ortalaması 2.1 olduğu görülmüştür. Bu sonuç araştırmamıza katılan kadınların vücutlarını yeteri kadar beğenmediğini göstermiştir (Tablo 4.2). Özmen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bireylerin benlik saygısı arttıkça vücut algısı toplam puanlarının da arttığını bildirmişlerdir⁽⁸⁹⁾.

Katılımcıların yaş grupları ile BS ve VA toplam puan ortalamalarının etkilenmediği belirlenmiştir (Tablo 4.3)($p > .05$). Al-Ghazal ve arkadaşları⁽⁴⁾, Fobair ve arkadaşları⁽⁹⁰⁾ yaptıkları çalışmada vücut algısının genç yaşta mastektomi olmuş kadınlarda düşük olduğunu bildirmişlerdir. Manos ve arkadaşları⁽⁹¹⁾ ise 43-55 yaş grubunda benlik saygısının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Yaptığımız çalışmada uygulanan cerrahi teknikle memnuniyet durumu karşılaştırılmıştır ve cerrahi tekniğin memnuniyeti etkilemediği bulunmuştur (Tablo 4.4).

Araştırmamızda medeni durumla BS ve VA arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.5). Manos' un yaptığı çalışmada evli kadınların benlik saygısı ve vücut algısı, bekar kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Medeni halin vücut imgesi üzerinde önemli etkisi olduğunu vurgulamıştır⁽⁹¹⁾. Karakaya'nın yaptığı çalışma ise bizim yaptığımız çalışmayı desteklemektedir, medeni durum ile BS ve VA arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır⁽⁹²⁾.

Araştırmamızda eğitim düzeyi ile BS ve VA arasında karşılaştırma yapıldığında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.5). Manos ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da bizim çalışmamızı desteklemektedir. Eğitim düzeyinin beden algısını etkilemediğini saptamışlardır⁽⁹¹⁾. Karakaya ise yaptığı çalışmada ilkokulu mezunu kadınların benlik saygısı kaybının daha fazla olduğunu ve düşük eğitim düzeyinin kişinin benlik saygısını etkilediğini vurgulamışlardır⁽⁹²⁾. Çalışmamızda ortalama aylık gelir düzeyine göre benlik saygısı toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.5)($p < .05$). Aylık geliri orta olan bireylerin benlik saygısı puanları diğerlerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır. Andersen ve arkadaşlarının⁽⁹³⁾ yaptığı çalışma, bizim çalışmamızı desteklemektedir. Meme kanseri olgularını değerlendirdikleri çalışmalarında gelir seviyesi orta olanların benlik saygısının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmamızda çocuk sahibi olan ve olmayanların BS ve VA arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.5). Araştırmamıza katılan kadınların %82.7 'sinin çocuk sahibi olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda ameliyatın üzerinden geçen sürenin(3-2-1 yıl) BS ve VA'nı etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 4.6). Hoqwood ve Maquire⁽⁹⁴⁾ yaptıkları çalışmada operasyonda 2 yıl sonra bile mastektomiye bağlı benlik saygısının düşük olduğunu göstermişlerdir. Wolberg ve arkadaşları da çalışmalarında benlik saygısı düşüklüğünün mastektomiden 16 ay sonrasına kadar devam ettiğini bildirmişlerdir⁽⁹⁵⁾. Bloom ve

arkadaşları ⁽⁹⁶⁾ yaptıkları çalışmada mastektomiden sonra bir yıl boyunca kadının kendini değersiz bulduğunu benlik saygısının düşük olduğunu belirtmişlerdir.

Bu araştırma retrospektif yapılmış olduğundan ameliyat öncesi BS ve VA durumu belirlenemediğinden mastektomi sürecini nasıl etkilediği tam olarak ortaya koyamamıştır. Bloom ⁽⁹⁶⁾ Wolberg ⁽⁹⁵⁾ prospektif çalışmalarına rağmen başlangıç BS, VA belli olmadığından süreç net değildir. İleriki çalışmaların mastektomi öncesi ve sonrasının karşılaştırılması bu nedenle önerilebilir.

Çalışmamızda uygulanan tedavinin (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi) BS ve VA'nı etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 4.7). Karakaya ⁽⁹²⁾ yaptığı çalışmada kanserli hastaların benlik saygısının azaldığını tespit etmiştir. Bu durum kanserin radyoterapi, kemoterapi, hormonal ve cerrahi tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan bulantı, kusma, uykusuzluk, yorgunluk ve saç dökülmesi gibi yaşam kalitesini bozan fiziksel sorunlarla ilişkilendirmiştir. Beden imajının bu durumdan zarar gördüğünü vurgulamıştır. Bizim çalışmamızda mastektomili kadınların toplam VA ortalamaları düşük bulunmuş tedavi türlerinin VA'da fark yaratmadığı belirlenmiştir.

Araştırmamızda ameliyat sonucu memnuniyetin BS ve VA'nı etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 4.8). Ghazal ve arkadaşları ⁽⁴⁾ yaptıkları çalışmada meme kanserinin cerrahi tedavisinde uygulanan meme koruyucu ameliyatının benlik saygısı ve beden algısında en iyi sonucu verdiğini bildirmişlerdir. Araştırmamızda örneklem sayısı az olduğundan tedavi türlerinin BS ve VA'na etkisi belirlenememiş olabilir.

Çalışmamızda meme kanseri evrelerinin (Evre 0,1,2) BS ve VA'nı etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 4.8). Uçar'ın ⁽⁹⁾ yaptığı çalışmada bizim yaptığımız çalışmayı desteklemektedir. Uçar mastektomi olmuş kadınların kanser evresinin benlik saygısı ve beden algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Bu araştırmada katılımcıların çoğu (%46) 2. evrededir, yaşamda kalmak duygusu diğerlerinin önüne geçmiş olabilir.

Araştırmamızda mastektomi türlerinin BS ve VA'nı etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 4.9). Rowland ve arkadaşlarının ⁽⁹⁷⁾ yaptığı çalışmada meme koruyucu ameliyatının BS ve VA'nı etkilemediğini belirtmişlerdir. Bizim araştırmamızda

örneklem sayısının sınırlı olması mastektomi türlerinin BS ve VA'na etkisini ortaya çıkarmada yeterli gelmemiş olabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı üzerine etkisinin incelenmesi konulu araştırma kapsamında elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

- Katılımcıların medeni durum dağılımlarına bakıldığında, %82.7'sinin evli olduğu görülmüştür (Tablo 4.1).
- Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında, %64.4'ünün ilkokul/ortaokul mezunu olduğu, %22.1'inin lise ve %13.5'inin yüksekokul mezunu olduğu görülmüştür (Tablo 4.1).
- Katılımcıların aylık ortalama gelir düzeyleri araştırıldığında, %51.9'unun orta düzeyde geliri olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.1).
- Çalışmaya katılan bireylerin %82.7'sinin çocuklarının olduğu görülmüştür (Tablo 4.1).
- Katılımcıların %85.6'sı meme kanseri hastalığı dışında herhangi bir kronik ya da sistemik hastalıklarının olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.1).
- Katılımcıların 3 yıl içerisinde (2014 – 2016) ameliyat oldukları tarihlere bakıldığında, %45.2'sinin 2016, %28.8'inin 2015 ve %26'sının 2014'te ameliyat oldukları görülmüştür (Tablo 4.1).
- Katılımcıların %56.7'sine kemoterapi uygulandığı, %51.9'una radyoterapi uygulandığı, %48.1'ine kemoterapi ve radyoterapi uygulandığı, %56.7'sine kemoterapi ve cerrahi tedavi uygulandığı, %51.9'una radyoterapi ve cerrahi tedavi uygulandığı görülmüştür (Tablo 4.1).
- Katılımcıların %46'sı evre 2'de, %34'ü evre 0'da ve %20'si evre 1'de ameliyat olduğu görülmüştür (Tablo 4.1).
- Katılımcıların tümünde benlik saygısının iyi olduğu ancak vücut algılarının düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2).

- Bireylerin yaşlarının benlik saygısını etkilemediği belirlenmiştir ($p>.05$) (Tablo 4.3).
- Yapılan cerrahi ameliyatın türlerinin (total mastektomi, modifiye radikal mastektomi, radikal mastektomi ve parsiyal mastektomi) memnuniyeti etkilemediği belirlenmiştir ($p>.05$) (Tablo 4.4).
- Katılımcıların medeni durumlarının benlik saygısı ve vücut algısını etkilemediği bulunmuştur ($p>.05$). (Tablo 4.5).
- Eğitim düzeylerinin benlik saygısı ve vücut algısını etkilemediği ($p>.05$). (Tablo 4.5).
- Çocuk sahibi olmanın benlik saygısı ve vücut algısını etkilemediği belirlenmiştir ($p>.05$). (Tablo 4.5).
- Aylık ortalama gelir düzeyleri daha yüksek ailelerin benlik saygısının daha iyi olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). (Tablo 4.5).
- Meme kanseri hastalığı dışında herhangi bir kronik ya da sistemik hastalığı varlığının benlik saygısı ve vücut algısını etkilemediği belirlenmiştir ($p>.05$). (Tablo 4.6).
- Uygulanan tedavi türlerinin (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi uygulamanın, kemoterapi ve radyoterapinin art arda uygulanması kemoterapi ile cerrahi tedavinin art arda uygulanması, radyoterapi ve cerrahi tedavinin art arda uygulanmaları) benlik saygısı ve vücut algısını etkilemediği belirlenmiştir ($p>.05$) (Tablo 4.7).
- Ameliyatın sonucundan memnuniyetin benlik saygısı ve vücut algısını etkilemediği belirlenmiştir($p>.05$) (Tablo 4.8).
- Hastalık evresinin (0-1-2) benlik saygısı ve vücut algısını etkilemediği belirlenmiştir ($p>.05$) (Tablo 4.8).
- Total mastektominin benlik saygısı ve vücut algısını etkilemediği belirlenmiştir ($p>.05$) (Tablo 4.9).
- Total mastektomi uygulaması sonucunda koltuk altı lenf diseksiyonunun varlığının benlik saygısı ve vücut algısını etkilemediği belirlenmiştir ($p<.05$) (Tablo 4.9).
- Diğer mastektomi türlerinin (modifiye radikal, radikal, parsiyal ve sonucunda lenf diseksiyonu uygulanması) benlik saygısı ve vücut algısını etkilemediği belirlenmiştir ($p>.05$) (Tablo 4.9).

- Diğer önemli sonuç ise bireylerin benlik saygısı ile vücut algısı arasında anlamlı düzeyde aynı yönlü, zayıf ve doğrusal bir ilişki bulunduğu görülmüştür.

6.2. Öneriler

Araştırma kapsamında elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir.

- Ülkemizde batı ülkelerine göre meme kanseri premenapozal dönemde daha sık görülmekte olup olguların %50'si 50 yaş altındadır ⁽⁸⁹⁾. Bu da erken tanının önemini ortaya koymaktadır. Özellikle ilk basamak sağlık hizmeti verilen aile sağlığı merkezlerinde kadınların belirli aralıklarda bilgilendirilmesi önerilmektedir.
- Benlik saygısı ve vücut algısı birbiriyle ilişkisi doğrusal yönlü olduğundan benlik saygısı ve vücut algısını arttıran programlara kadınlar dahil edilmelidir.
- Cerrahi operasyon geçirmeden önceki benlik saygısı ve vücut algısı operasyondan sonraki benlik saygısı ve vücut algısı ile karşılaştırılarak tedavinin bu konudaki etkisi araştırılabilir.
- Hemşire ve hekimler bütüncül yaklaşımda sadece bakım / tedavi değil hastanın biyopsikososyal etkilenmelerinin değerlendirilmesi önerilir.
- Bu araştırma retrospektif olarak planlandı. Sonraki araştırmalarda prospektif planlanarak çalışmalar karşılaştırılabilir.
- Ameliyat türü açısından bizim araştırmamızda BS ve VA arasında bir fark çıkmamasına rağmen örneklem sayısının daha fazla olduğu ameliyat türleri arasında BS ve VA açısından fark olup olmadığı tekrar çalışılabilir.
- Mastektomi olmuş kadınlardan rekonstrüksiyon yapılmış olanların BS ve VA ayrıca belirlenip değerlendirilebilir.

KAYNAKLAR

- 1 Türk, G. ve Atalay, M. (2007). Mastektomi sonrası yaptırılan egzersizlerin kol ödemini önlemeye etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(3), 143-149
- 2 Ganz, P.A. Rowland, J.H. Desmond, K. Meyerowitz, B.E. ve Wyatt, G.E. (1998). Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 16(2), 501-514
- 3 King, M.T. Kenny, P. Shiell, A. Hall, J. ve Boyages, J. (2000). Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: Influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research*, 9(7), 789-800
- 4 Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 36(15), 1938-1943
- 5 Avis N, Crawford S, Manuel J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13(5), 295-308
- 6 Engel, J. Kerr, J. Schlesinger-Raab, A. Sauer, H. ve Hölzel, D. (2004). Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *The Breast Journal*; 10(3), 223-231
- 7 Önen S.Ö, Elbi, M.H. Noyan, A. Alper, M. ve Kapkaç M. (2004). Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri: Kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 264-275.
- 8 Nano M.T. Gill P.G. Kollias, J. Bochner, M.A. Malycha, P. Winefield, H.R. (2005). Psychological impact and cosmetic outcome of surgical breast cancer strategies. *The American Journal of Surgery*, 75(11), 940-947

-
- 9 Uçar, T. ve Uzun, Ö. (2008). Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(3), 162-168
- 10 Garip, M. (2008). Meme kanseri nedeniyle opere olan hastalarda meme koruyucu cerrahi veya radikal mastektomi kararını etkileyen faktörler ve cerrahi türünün hasta üzerindeki etkileri. T.C Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul
- 11 Hartmann, L.C. Schaid, D.J. Woods, J.E. (1999). Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in women with a family history of breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 340(1), 77–84. 4.
- 12 Klijn, J.G. Janin, N. Cortés-Funes, H. Colomer, R. (1997) Should prophylactic surgery be used in women at high risk of breast cancer? *European Journal of Cancer* 33(1), 2149–2159
- 13 McDonnell, S.K. Schaid, D.J. Myers, J.L. (2001). Efficacy of contralateral prophylactic mastectomy in women with a personal and family history of breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 19(1), 3938–3943.
- 14 Woerdeman, L.A. Hage, J.J. Smeulders, M.J. (2006). Skin-Sparing Mastectomy and Immediate Breast Reconstruction by Use of Implants: An Assessment of Risk Factors for Complications and Cancer Control in 120 Patients. *Plastic and Reconstructive Surgery* 118(1), 321-2
- 15 Weber, E.S. (1997). Questions & answers about breast cancer diagnosis. *The American Journal of Nursing*, 97(1), 34-38.
- 16 Vogel V. (1999). Assessing risk of breast cancer. *Postgraduate Medicine* 105(1), 63-69.
- 17 Schecter, A.K. Freeman, M.B. Giri, D. (2006). Applicability of the nipple-areola complex-sparing mastectomy: a prediction model using mammography to estimate risk

of nipple-areola complex involvement in breast cancer patients. *Annals of Plastic Surgery* 56(5):498-504

18 Williams, A. (2006). Breast and trunk oedema after treatment for breast cancer. *Journal of Lymphoedema*, 1(1), 32-39.

19 Güllüoğlu, B.M. Aydın, E. ve Soryano, V. (2009). Meme kanseriyle baş etme rehberi. Amerikan Hastanesi Yayınları, I. Basım, İstanbul

20 İğci, A. Tunacı, M. Utkan, Z. Esen, G. Yavuz, E. Oktay, A. ve Haydaroğlu, A. (2007). Meme kanserinde tanı. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(2), 100-106

21 Kozan, R. ve Tokgöz, V.Y. (2016). Türkiye’de meme kanseri farkındalığı ve tarama programı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 185-188

22 Moseley, A.L. Carati, C.J. Piller, N.B. (2007). A systematic review of common conservative therapies for arm lymphoedema secondary to breast cancer treatment. *Annals of Oncology*, 18(1), 639-646.

23 Angin, S. Karadibak, D. Yavuzşen, T. (2014). Unilateral upper extremity lymphedema deteriorates the postural stability in breast cancer survivors. *Contemporary Oncology*, 18(4), 279–284.

24 Bergmann, A. da Costa Leite Ferreira M.G. de Aguiar S.S. (2014). Physiotherapy in upper limb lymphedema after breast cancer treatment: a randomized study. *Lymphology*, 47(2), 82-91.

25 Başar, S. Bakar, Y. Keser, İ. (2012). Does Lymphedema Affect the Postural Stability in Women After Breast Cancer? *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 28(4), 287–94

26 Polat, A.K. ve Soran, A. (2010). Metastatik meme kanseri tanısı alanlarda primer tümör cerrahisinin yeri. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 26(4), 185-191

27 Florence Nightingale Grup, (2017). Kadınlarda meme kanserinin diğer kanser tipleri içerisindeki oranı, Florence Nightingale Grup İstatistikleri Resmi Web Sitesi, <https://www.florence.com.tr/> Erişim Tarihi: 20.02.2017

28 Türkiye Halk Sağlığı Kanser Daire Başkanlığı, (2016). Meme Kanserinin Diğer Kanser Tipleri İçerisindeki Oranı, Türkiye Halk Sağlığı Kanser Daire Başkanlığı Resmi Web Sitesi, <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html> Erişim Tarihi: 22.02.2017

29 Simone , V., Ciavarella , S., Brunetti, O., Savonarola ,A., Cives, M., Tucci ,M.(2015). Everolimus restrains the paracrine pro-osteoclast activity of breast cancer cells. *BMC Cancer*, 15(1), 692-699

30 Mercatali L, Spadazzi C, Miserocchi G, Liverani C, De Vita A, Bongiovanni A. (2016). The effect of everolimus in an in vitro model of triple negative breast cancer and osteoclasts. *International Journal of Molecular Sciences*.17(1), 18-27

31 Liu H, Scholz C, Zang C, Schefe JH, Habbel P, Regierer AC. (2012). Metformin and the mTOR inhibitor everolimus sensitize breast cancer cells to the cytotoxic effect of chemotherapeutic drugs in vitro. *Anticancer Research*, 32(1), 627-637

32 Ahlgren J, Lidbrink E, Lind B. (2003). Phase II study of epirubicin, cisplatin and capecitabine as neo-adjuvant chemotherapy in women with locally advanced or inflammatory breast cancer. *American Society of Clinical Oncology*, 22: 27

33 Brock C, Cwikla J, Leonard P. (2000). Does technetium-99m sestamibi (MIBI) scintimammography predict breast tumour response to anthracycline-based chemotherapy? *Annals of Oncology*,11(4), 1-19

34 Miller K, McCaskill-Stevens W. (1999). Combination versus sequential doxorubicin and docetaxel as primary chemotherapy for breast cancer: A randomized pilot trial of the Hoosier Oncology Group. *Journal of Clinical Oncology*, 17(1), 3033-3037

35 Fumoleau P, Kerbrat P, Romestaing P. (2003). Randomized trial comparing six versus three cycles of epirubicin-based adjuvant chemotherapy in premenopausal, node-positive breast cancer patients: 10-year follow-up results of the French Adjuvant Study Group 01 trial. *Journal of Clinical Oncology*, 21(1), 298–305

-
- 36 Webb A, Noble J, Ashley S. (2002). Is surgery necessary after complete clinical remission following preoperative chemotherapy in early breast cancer? Proceedings, annual meeting of the American Society of Clinical Oncology, 21(1), 46-52
- 37 Jackisch, C. Minckwitz, G. Eidtmann, H. (2002). Dose-dense biweekly doxorubicin docetaxel versus sequential neoadjuvant chemotherapy with doxorubicin cyclophosphamide docetaxel in operable breast cancer: second interim analysis. *Clinical Breast Cancer*, 3(1), 276–280
- 38 Katz, A. Strom, E.A. Buchholz T.A. (2000). Locoregional recurrence patterns after mastectomy and doxorubicinbased chemotherapy: Implications for postoperative irradiation. *Journal of Clinical Oncology*, 18(1), 2817-2827
- 39 Salminen EK, Pukkala E, Kiel KD, Hakulinen TT. (2006). Impact of radiotherapy in the risk of esophageal cancer as subsequent primary cancer after breast cancer. *International Journal of Radiation Oncology*. 65(1), 699–704
- 40 Zhang W, Becciolini A, Biggeri A, Pacini P, Muirhead CR. (2011). Second malignancies in breast cancer patients following radiotherapy: a study in Florence, Italy. *Breast Cancer*.13(1), 30-38
- 41 Bani, H.A. Fasching, P.A. Lux, M.M. (2007). Lymphedema in breast cancer survivors: Assessment and information provision in a specialized breast unit. *Patient Education and Counseling*, 66(1), 311-318.
- 42 Buragadda, S. Alhusaini, A.A. Melam, G.R. (2015). Effect of complete decongestive therapy and a home program for patients with post mastectomy lymphedema. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(1) 2743–2748.
- 43 Yavaş, Y. ve Yılmaz, S. (2008). Radikal mastektomi ve aksiller lenf nodu diseksiyonu uygulanan ratlarda ankaferd adlı hemostatik ajanın postoperatif seroma oluşumuna etkisi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 9(1), 61-66

-
- 44 Özünlü Pekyavaş, N., Bayrakçı Tunay, V., Akbayrak, T. (2014). Complex decongestive therapy and taping for patients with postmastectomy lymphedema: A randomized controlled study. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 585-590.
- 45 Bakar, Y. Berdici, B. Şahin, N. (2014). Meme kanseri ile ilişkili lenfödem ve tedavisi. *Journal Breast Health*, 10(1), 6-14.
- 46 Ayhan, S. Küçüker, İ. Tuncer S. Çukurluoğlu, O. ve Uygur, Ş. (2009). Profilaktik mastektomi ve çift taraflı meme onarımı: klinik deneyim. *Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi*, 17(3), 122-127
- 47 Haddad, C.A. Saad, M., Perez, M.C. (2013). Assessment of posture and joint movements of the upper limbs of patients after mastectomy and lymphadenectomy. *Einstein*, 11(4), 426-434
- 48 Özel, L. Kara, V.M. Sunamak, O. Karagüllü, H. Sağiroğlu, J. İlhan, O ve Aker, F. (2015). Meme başı, ucu ve meme derisi koruyucu subkutan mastektomi sonrası memenin protez ve titanyumlu mesh ile eş zamanlı rekonstrüksiyonu. *Journal of Breast Health*, 11(1), 141-143
- 49 Liao, S.F., Huang, M.S., Li, S.H. (2004). Complex decongestive physiotherapy for patients with chronic cancer-associated lymphedema. *Journal of the Formosan Medical Association*, 103(5), 344-348
- 50 Metcalfe, K.A. Semple, J.L. Narod, S.A. (2004). Satisfaction with breast reconstruction in women with bilateral prophylactic mastectomy: a descriptive study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 114(2), 360-366.
- 51 Fisher B, Anderson S, Bryant J, (2002). Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 347(1), 1233-1241.

-
- 52 Fazel, A. Tirgari, B. Mokhber, N. (2008). An investigation of effect of mastectomy on temperament and quality of life in breast cancer sufferers. *Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services*, 3(1), 26-28
- 53 Chintamani, S.V. Singh, J.P. Bansal, A. Saxena, S. (2005). Half versus full vacuum suction after modified radical mastectomy for breast cancer-a prospective randomized clinical trial: *BMC Cancer*: 5-11
- 54 Veronesi, U. Cascinelli, N, Mariani, L. (2002). Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 347(1), 1227–1232
- 55 Engle, J. Kerr, J. Schlesinger-Raab, A. Sauer, H. Holzel, D. (2004). Quality of life following breast conserving therapy or mastectomy: Results of a 5 Year prospective study. *Breast Journal*, 3(1), 223-231
- 56 Crouch, M. McKenzie, H. (2000). Social realities of loss and suffering following mastectomy. *Health*, 2(1), 196-215
- 57 Hawley, S.T. Jagsi, R. Morrow, M. (2014). Social and clinical determinants of contralateral prophylactic mastectomy, *JAMA Surgery*, 149(6), 582-589
- 58 Beesley, H. Holcombe, C. Brown, S.L. Salmon, P. (2013). Risk, worry and cosmesis in decision-making for contralateral riskreducing mastectomy: analysis of 60 consecutive cases in a specialist breast unit, *The Breast*, 22(2), 179-184
- 59 Roberts, A. Habibi, M. Frick, K.D. (2014) Cost-effectiveness of contralateral prophylactic mastectomy for prevention of contralateral breast cancer, *Annals of Surgical Oncology*, 21(7), 2209–2217
- 60 Meyer KK, Beck WC. (1984). Mastectomy performed by Lorenz Heister in the eighteenth century. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, 159:391–394
- 61 Thorek M. (1949). Surgery of the breast. In: *Modern Surgical Technic*, 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott

-
- 62 Sakorafas GH, Tsiotou AG, Balsiger BM. (2000). Axillary lymph node dissection in breast cancer. Current status and controversies, alternative strategies and future perspectives. *Acta Oncologica*, 39:455-466
- 63 Çelenay, Ş.T. ve Kaya, D.Ö. (2016). Mastektomi sonrası lenfödemli olguda kompleks boşaltıcı fizyoterapinin fonksiyon, postür ve denge üzerine etkileri. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(2), 41-45
- 64 Kebudi, A. Citrez, B. ve Yetkin, G. (2005). Meme kanseri tedavisinde modifiye radikal mastektomi sonrası lenfödem: insidans ve risk faktörleri. *Meme Sağlığı Dergisi*, 1(1), 1-5
- 65 Greenlee RT, Murray T, Bolden S. Cancer Statistics, (2000). *Cancer*, 50(1), 7-33,
- 66 Howard, R. (2000). Mammography screening for breast cancer in women under 50 years, *The Journal of Family Practice*, 17(1), 272-5
- 67 Arıkan, R.N. (2000). Travmatik bir yaşantı: meme kanseri ve mastektomi, *Kriz Dergisi*, 8(1), 39-45
- 68 Aygin D. ve Durat G. (2005). Meme kanserli kadınlarda cinsel sorunlar ve yaklaşım. *Androloji Bülteni*, 23(1), 352-354.
- 69 Tezcan B. (2009). Obez bireylerde benlik saygısı, beden algısı ve travmatik geçmiş yaşantılar, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul
- 70 Pınar, R. (2002). Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: karşılaştırmalı bir çalışma, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1):30-41.
- 71 Ata, A. Vural, A. ve Keskin, F. (2014). Beden algısı ve obezite. *Ankara Medical Journal*, 14(3), 74 -84
- 72 Örsel S, (2008). Işık Canpolat B, Akdemir A, Özbay MH. Diyet Yapan ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı, Beden İmajı ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 3-77.

-
- 73 Jorge, R.T. Brumini, C. Jones, A. Natour, J. (2010). Body image in patients with theumatoid arthritis. *Modern Rheumatology* 2010; 20(1), 491-495.
- 74 Kurt, Özdilli ve Yorulmaz, (2013). Romatoid artrit'li hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2013; 50(1), 202-208
- 75 Harputlu, D. Terzi, C. Eşrefgil, G. Uz, S. Sökmen, S. ve Füzün, M. (2007). Kolostomi ve ileostomili bireylerde benlik saygısı. *Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği*, 17(4), 178-185
- 76 Erşan, E.E. Doğan, O. Doğan, S. (2009). Beden eğitimi ve antrenörlük bölümü öğrencilerinde benlik saygısı düzeyi ve bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 12(1), 35-42.
- 77 Saygılı, G. Kesecioğlu, T.İ. ve Kırıktaş, H. (2015). Eğitim düzeyinin benlik saygısı üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Journal of Research in Education and Teaching*, 4(2), 210-2017
- 78 Kardadağ S, Taşçı S. (2005). Hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 13-21.
- 79 Hemingway S. (2003). Nurse prescribing for mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(1), 230-245
- 80 Davies J. (2005). Non-medical prescribing and health visiting. *Nurse Journal*, 4(11), 24-25.
- 81 Ardahan M. (2003). Hemşirelerin savunuculuk rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2), 23-27
- 82 Tortumluoğlu G. (2004). Transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım modeli örnekleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2): 47-57.
- 83 Kundakcı, A.H. (2005). Üniversite öğrencilerinin yeme tutumları, benlik algısı, vücut algısı ve stres belirtileri açısından karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara

84 Hovardaoğlu S (1990) Vücut algısı ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara

85 Hovardaoğlu S. Özdemir Y.D. (1990). Vücut Algısı ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması / şizofrenik ve majör depresif hastaların beden imgelerinden doyum düzeyleri Gazi Üniversitesi Sosyal Bil. Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara

86 Çuhadaroğlu, F. (1986). Adolesanlarda Benlik Saygısı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara.

87 Florence Nightingale Grup, (2017). Kadınlarda meme kanserinin diğer kanser tipleri içerisindeki oranı, Florence Nightingale Grup İstatistikleri Resmi Web Sitesi, <https://www.florence.com.tr/> Erişim Tarihi: 20.02.2017

88 Ravdin PM, Cronin KA, Howlander N, Berg CD, Chelobowski RT, Feuer EJ, (2007). The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 356(1), 1670-4.

89 Ozmen V. (2008). Breast cancer in the World and Turkey, *The Journal of Breast Health*, 4(1), 6-12.

90 Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho Oncology*, 15(7):579-594.

91 Manos D, Sebastian J, Bueno MJ, Mateos N, Torrebody A. (2005). Image in relation to self-esteem in a sample of spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncologia*, 2(1):103-116

92 Karakaya, B. (2014). Meme, troid, kolorektal ve over kanseri nedeniyle cerrahi uygulanmış kadın hastalarda depresyon anksiyete ve benlik saygısının değerlendirilmesi. T.C Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Konya

93 Andersen, L.D. Remington, P.L. Trentham-Dietz, A., Robert, S. (2004). Community Trends in the Early Detection of Breast Cancer in Wisconsin, 1980-1998. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(1), 51-55

94 Hoqwood P.G., Maquire G.P., (1988). Body Image Problems in Cancer Patients. *The British Journal of Psychiatry*, 2(153), 47-50

95 Wolberg, WH., (1989), *Psychosexual Adaptation to Breast Cancer Surgery*. *Cancer*, 63 (8), 1645-1655

96 Bloom JR. (1987). Psychological To Mastektomi. *A Journal Of The American Cancer Society*, 59(1), 189-195

97 Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE et al. (2000). Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 92, 1422-1429

EKLER

EK 1: Meme Kanserli Mastektomi Olmuş Kadının Bilgi Formu

1- Hasta Bilgi Formu

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

Katılımınız için teşekkür ederim.

1-Yaşınız.....

2-Medeni durumunuz nedir?

1-Evli 2-Bekar

3-Eğitim durumunuz nedir?

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

4-Aylık ortalama gelir düzeyiniz nedir?

1-Düşük 2-Orta 3-Yüksek

5-Çocuğunuz var mı?

1-Var (ise kaç çocuğunuz var?) 2-Yok

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

1-Var (ise açıklayınız.....) 2- Yok

7-Kaç yaşında meme hastalığı tanısı aldınız?

8-Tanıdan bu yana geçen süre ne kadardır?

1-.....ay 2-.....yıl

9-Meme cerrahi işlemi yapılmadan önce hangi tedaviler uygulandı?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1-Kemoterapi 2-Radyoterapi 3-Hormonal tedavi
4-Cerrahi tedavi 5-Hiçbirşey uygulanmadı

10-Ameliyat olduğunuz tarih hangi aralıktadır ?

1-)1-3 ay 2-)4-6 ay 3-)7-12 ay 4-)2-3 yıl 5-)4-5 yıl

11-Ameliyattan bu yana geçen süre ne kadardır?

1-.....ay 2-.....yıl

12-Yapılan ameliyatın sonucundan memnun musunuz?

1-Çok memnunum

2-Oldukça memnunum

3-Kararsızım

4-Pek memnun değilim

5-Hiç memnun değilim

Aşağıdaki sorular araştırmacı tarafından doldurulacaktır.

13-Hastalığın hangi evresinde ameliyat olduğu

1- Evre 0 2- Evre 1 3- Evre 2 4-Evre 3 5-Evre 4

14- Cerrahi tedavide uygulanan ameliyatın tipi nedir?

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

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

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

4-Diğer (lütfen açıklayınız.....)

EK 2:**Vücut Algısı Ölçeği Bilgi Formu**

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

	Sorular	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
1	Saçlarım					
2	Yüzümün Rengi					
3	İştahım					
4	Ellerim					
5	Vücudumun kıl dağılımı					
6	Burnum					
7	Fiziksel Gücüm					
8	İdrar, dışkı düzenim					
9	Kas kuvvetim					
10	Belim					
11	Enerji düzeyim					
12	Sırtım					
13	Kulaklarım					

14	Yaşım					
15	Çenem					
16	Vücut yapım					
17	Profilim					
18	Boyum					
19	Duyularımın keskinliği					
20	Ağrıya dayanıklılığım					
21	Omuzlarımın genişliği					
	Sorular	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
22	Kollarım					
23	Göğüslerim					
24	Gözlerimin şekli					
25	Sindirim Sistemi					
26	Kalçalarım					
27	Hastalığa direncim					
28	Bacaklarım					

29	Dişlerimin şekli					
30	Cinsel gücüm					
31	Ayaklarım					
32	Uyku düzenim					
33	Sesim					
34	Sağlığım					
35	Cinsel faaliyetlerim					
36	Dizlerim					
37	Vücudumun duruş şekli					
38	Yüzümün şekli					
39	Kilom					
40	Cinsel organlarım					

EK 3 : Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Bilgi Formu

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

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Puanlaması;

Madde I

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

MADDE II

4. Ben de diğer insanların bir çoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.

a. Çok doğru b. Doğru *c . Yanlış *d. Çok yanlış

5. Kendimde gurur duyacak bir şey bulamıyorum.

*a. Çok doğru *b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış

MADDE III

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

a. Çok doğru b. Doğru *c. Yanlış *d. Çok yanlış

MADDE IV

7. Genel olarak kendimden memnunum.

a. Çok doğru b . Doğru *c . Yanlış *d. Çok yanlış

MADDE V

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

*a . Çok doğru *b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış

MADDE VI

9. Bazen kesinlikle kendimin ise yaramadığını düşünüyorum.

*a. Çok doğru *b . Doğru c. Yanlış d . Çok yanlış

10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.

*a. Çok doğru *b. Doğru c. Yanlış d . Çok yanlış

Ölçekte * işaretli maddeler puan aldırılmaktadır.

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

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

Diğer sorular için her * işaretli cevabı seçmek 1 puan aldırır.

EK 4:

Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU

SAYI:
KONU: Suna İPAR EROĞLU

İstanbul 26.08.2016

T.C.

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İlgi: 22.08.2016 tarih ve 37387824-302.08.01-58 sayılı yazınız ve ekleri.


İlgi yazı ekinde sunulan Enstitünüzün Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisi Suna İPAR EROĞLU'nun Etik Kurul tarafından incelenmesi amacıyla gönderdiği "Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden Algısı ve Benlik Saygısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi" konulu çalışma önerisi ve ölçekleri T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 26.08.2016 tarihinde incelenmiştir. Buna göre;

- Onam formundan kimlik bilgilerinin çıkarılması,

Koşulu ile T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Yönergesi'nin 6. Maddesi çerçevesinde belirtilen etik hususlara uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz/rica ederim.

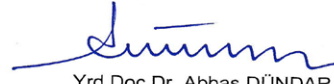
Prof.Dr. Aytekin BERKMAN
Etik Kurul Başkanı


Prof.Dr. Necla ÖZTÜRK
Etik Kurul Başkan Vekili

Yrd.Doç.Dr. Zeynep KARAER GÜÇLÜ
Üye

*İzini olduğu için
kaldırıldı*


Prof.Dr. Nurgün OKTİK
Üye


Yrd.Doç.Dr. Abbas DÜNDAR
Üye

EK 5: İstanbul İli Güney Kamu Hastaneleri Birliği Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyon Kararı



Dr. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ ANADOLU GÜNEY KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İSTANBUL İLİ
ANADOLU GÜNEY KHBGS İDARI HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
06/12/2016 14:19 - 35778018 - 774.99 - E.9820



- Sağlık Bil. Post.

APS

Sayı : 35778018-774.99
Konu : Araştırma İzinleri
(Suna İPAR EROĞLU)

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

Marmara Eğitim Köyü 34857 Maltepe - İstanbul

İlgi : 23/09/2016 tarihli ve 57773412-75 sayılı yazınız.

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi Suna İPAR EROĞLU'nun Yard. Doç. Dr. Seher YURT danışmanlığında "Meme Kanseri Kadınlar da Mastektominin Beden Algısı ve Benlik Saygısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi" konulu çalışmasını Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulama talebi Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonumuzca incelenmiş olup, 21/11/2016 tarihli komisyon toplantısında alınan kararla çalışmanın yapılması, hizmette aksamaya yol açmayacak şekilde ve gerekli iznin Hastane tarafından verilmesi koşuluyla uygun görülmüştür. Bu kapsamda söz konusu çalışma anılan Kurum izin verdiği takdirde onay tarihinden itibaren 3 (üç) ayda tamamlanması ve çalışmanın bitiminde bir nüshasının tarafımıza gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Kadir İŞİK
Genel Sekreter a/
İdari Hizmetler Başkanı V.

İSTANBUL İLİ ANADOLU GÜNEY
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
İDARI HİZMETLER BAŞKANLIĞI
İbrahim ALP EKİCİ
Uz. Bşk.
Görevli Elektronik İmza ile Ayrıdır
06-12-2016

Başbüyük Mah. Atatürk Cad. No.1 Maltepe / İstanbul
Faks No:02164210005
e-Posta:emine.denizegilli@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.iagb.gov.tr

Bilgi için:Emine DENİZ EĞİLLİ
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:(0216) 4212626-(1321)

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3244bccd-d6e9-4a19-8071-86251c5bcd87 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

08.07.1971 yılında doğmuş , Küçükalyalı Maltepe Kadir Has Anadolu Lisesinden Mezun olmuştur.1995 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi mezunu olup, 2017 yılında Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Yüksek Lisans programını tamamlamıştır

