

T.C  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

**MASTEKTOMİ AMELİYATI OLMUŞ MEME KANSERLİ  
KADINLARIN, MASTEKTOMİ SONRASI EŞ UYUMU İLE  
YALNIZLIK DÜZEYİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Hatice KURT ÖNCÜ

Samsun  
Kasım- 2008

T.C  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

**MASTEKTOMİ AMELİYATI OLMUŞ MEME KANSERLİ  
KADINLARIN, MASTEKTOMİ SONRASI EŞ UYUMU İLE  
YALNIZLIK DÜZEYİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEKLİSANS TEZİ**

Hatice KURT ÖNCÜ

Danışman Öğretim Üyesi  
Yard.Doç.Dr.İlknur AYDIN AVCI

SAMSUN

Kasım - 2008

**T.C.**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan :

( Ünvani, Adı Soyadı) (Ondokuz Mayıs Üniversitesi)

Üye :

(Ünvani, Adı Soyadı) (Ondokuz Mayıs Üniversitesi)

Üye :

(Ünvani, Adı Soyadı) (Ondokuz Mayıs Üniversitesi)

Üye :

(Ünvani, Adı Soyadı) (Ondokuz Mayıs Üniversitesi)

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurul'unca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun  
Görölmüştür.

Prof.Dr.Süleyman ÇELİK  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Tüm Yüksek lisans eğitimim süresince bana rehberlik eden, ilgisini ve özverili desteğini her zaman hissettiğim, her zaman yanımda olan ve benim için olağanüstü çaba sarf eden danışman hocam Yard.Doç.Dr.Sayın İlknur AYDIN AVCI'ya,

Tezimin başlangıcında değerli görüş ve önerileriyle araştırmamın şekillenmesine yardımcı olan Prof. Dr. Sayın Zuhul BAHAR'a ve verilerin istatistiksel analizinde değerli görüş ve önerilerinden dolayı Prof. Dr. Sayın Yüksel BEK'e,

Çalışmaya katılarak, bu tezin verilerini sağlayan araştırma grubundaki tüm kadınlara,

Her zaman yanımda olan ve sürekli bana destek veren sevgili aileme, eşime ve yeğenim Hande Hicran EĞRİTAŐ'a teşekkür ederim.

## ÖZET

# MASTEKTOMİ AMELİYATI OLMUŞ MEME KANSERLİ KADINLARIN, MASTEKTOMİ SONRASI EŞ UYUMU İLE YALNIZLIK DÜZEYİNİN İNCELENMESİ

**Hatice KURT ÖNCÜ, Yüksek Lisans Tezi**

**Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Kasım-2008**

Bu araştırma, mastektomi ameliyatı olmuş meme kanserli kadınların, mastektomi sonrası evlilik uyumu ile yalnızlık düzeylerini ve bunları etkileyen faktörleri saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Servisine 01.11.2007-01.03.2008 tarihleri arasında başvuran meme kanserli mastektomi olmuş evli kadınlar oluşturmuştur.

Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen (hastaların sosyo-demografik özellikleri içeren 8 soru, evlilik özelliklerini içeren 6 soru ve ameliyat öncesi yalnızlık düzeylerine yönelik 2 sorudan oluşturulan soru formu) kullanılmıştır. Ayrıca Spainer tarafından geliştirilen ve ülkemizde Fışıloğlu ve Demir tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış “Çift Uyum Ölçeği” ile 1978 yılında Russel, Ferguson ve Peplau tarafından geliştirilmiş, Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği A. Demir tarafından (1989) yapılmış UCLA yalnızlık ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen veriler SSPS 11.0 paket programı ile bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; yüzdeler hesaplanmıştır, aritmetik ortalama, ortanca, Kruskal Wallis, Mann Witney U ve Korelasyon analizi testi kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen verilere göre; mastektomi öncesi evlilik ilişkilerinin iyi olduğu ve mastektomi ameliyatının evlilik uyumlarını değiştirmediği, ameliyat öncesi çoğu kadının kendisini yalnız hissetmemesine rağmen ameliyat sonrası yalnızlık düzeylerinin yüksek bulunduğu tespit edilmiştir. Mastektomi sonrası yaş, eğitim durumu, meslek, eşin mesleği ve eğitim durumu, çocuk sayısı, evlenme yaşı ve yılı, evlenme şekli, ameliyat öncesi evlilik ilişkisinin evlilik uyumunu ve yalnızlığı etkilemediği tespit edilmiş, gelir seviyesi ile evlilik uyumu arasındaki fark anlamlı bulunmuş ( $p<0.05$ ), gelir seviyesi düşük olan kadınların eş uyumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca ameliyat öncesi dönemde kendini yalnız hissetmediğini ifade eden kadınların eş uyumlarının kendini yalnız hisseden kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. ( $p<0.05$ )

Bu araştırma sonucunda elde edilen bulgular, mastektomi olmuş kadının yalnızlık düzeyini, gelir seviyesinin etkilediği göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, hemşirelik

girişimlerinin kadının gereksinimlerine cevap verecek şekilde dzenlenmesi önerilebilir. Özellikle onkoloji ve halk sağlığı hemşirelerinin hem klinikte hem de hastaların kendi ev ortamlarında buldukları dönemde hastaların eř uyumlarını ve yalnızlık düzeylerini bilmeleri sayesinde yapacakları ve planlayacakları girişimlerle hastaların sosyal iyiliği ve hastalığın prognozunda pozitif etkiye sahip olabilecekleri düşünülebilir. Ayrıca hemşireler mastektomi ameliyatı olmuş kadınların eř uyumları ve ameliyat sonrası dönemde yaşayabilecekleri yalnızlık durumuna yönelik duygularını açıkça ifade edebilmeleri için danışmanlık yapabilirler.

## ABSTRACT

### THE SURVEY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE MARITAL STABILITY AND LONELINESS AFTER MASTECTOMY ON WOMEN HAVING HAD MASTECTOMY BECAUSE OF BREAST CANCER

Hatice KURT ÖNCÜ-Master Thesis

University of Ondokuz Mayıs Samsun, November-2008

This survey was done due to establish the relationship between the marital stability and loneliness and the factors which affect the stated things above after mastectomy among women who had mastectomy owing to breast cancer as description.

In this survey married women who had mastectomy and applied to General Surgery Service of the University of 19 Mayıs Medical Faculty between 01.11.2007-01.03.2008 were investigated.

As a means of data collection, a questionnaire developed by the surveyor according to the literature was used. The questionnaire consisted of 8 questions which asked about the socio-demographic features of the patients, 6 questions about their marriage features and 2 questions on their loneliness degree in the pre- surgery pace. The “Double Concordance Scale” which was developed by Spainer and whose validity and reliability was done by Fıfıloğlu and Demir in Turkey and “UCLA Loneliness Scale” developed by Russel, Ferguson, and Peplau in 1978 and of which validity and reliability was certified by A. Demir (1989) were utilized in this research. Obtained data were evaluated via a computer by using SPSS 11.0 package programme. While evaluating the results statistically, percentage calculation, mean, median, Kruskall Wallis Test, Mann Witney U Test and Correlation Analysis were used.

According to the obtained data in this research, it was found that women who had good marriage before mastectomy did not face any problem in their marriage life after mastectomy; furthermore even though most of them did not feel lonely before mastectomy, they felt lonelier after mastectomy. Moreover, it was found out that after mastectomy marital stability and loneliness was not affected by age, educational status, occupation, partner’s occupation and his educational status, the number of children, the age and the year when they got married and how they got married, their marital stability and loneliness degree before the surgery. The distinction between marital stability and income level was seen logical in that it

was understood that women having lower income had more marital stability. In addition to this, it was established that marital stability in women having stated they did not feel lonely before the surgery was higher than the ones saying they felt lonely before mastectomy.

Findings obtained at the end of this survey indicated that loneliness level of the women who had mastectomy was affected by mastectomy. As a result it is important that nursing attempts should be arranged according to the requirements of the patients. It can be thought that when especially nurses working in the oncology and public health services in both clinics and in the era when patients live their own dwellings know patients' marital stability and their loneliness level, it can have positive effects on the patients' social goodness and the prognosis of the illness while the nurses are doing or planning attempts. Moreover, nurses can work as a counselor to the women who had mastectomy on their marital stability in order to have them reveal their feelings frankly on the loneliness they may live after the surgery.



## TABLolar LİSTESİ

**Tablo 1.** Mastektomi Olmuş Kadınların Tanıtıcı Özellikleri

**Tablo 2.** Mastektomi Olmuş Kadınlara Ait Bazı Özelliklerin Dağılımı

**Tablo 3.** Kadınların Ameliyat Öncesi Yaşamış Oldukları Yalnızlık Durumlarına İlişkin Düşüncelerin İncelenmesi

**Tablo 4.** Mastektomi Olmuş Kadınların Araştırma Ölçeklerinden ve Alt Ölçeklerden Aldıkları Puanların İncelenmesi

**Tablo 5.** Eş Uyumu Ölçeğine Göre Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

**Tablo 6.** Kadınların Tanıtıcı Özellikleri İle Eş Uyumu Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Dağılımı

**Tablo 7.** Mastektomi Olmuş Kadınların Ameliyat Öncesi Evlilik Özelliklerinin Yalnızlık Ölçeğine Göre Dağılımının İncelenmesi

**Tablo 8.** Mastektomi Olmuş Kadınların Ameliyat Öncesi Bazı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Eş Uyumları Arasındaki İlişki

**Tablo 9.** Yalnızlık Ölçeğine Göre Ameliyat Öncesi Yaşamış Oldukları Yalnızlık Durumları

**Tablo 10.** Mastektomi olmuş kadınların ameliyat öncesi yaşamış oldukları yalnızlık durumlarına ilişkin düşünceleri ile ameliyat sonrası eş uyumları arasındaki ilişki

## **ÇİZELGELER LİSTESİ**

**Çizelge 1.** Farklı bir şekilde meme kanseri risk faktörlerinin etki mekanizmalarının gösterilmesi

**Çizelge 2.** Meme Kanserine Yönelik Erken Tarama Programı

**Çizelge 3.** Mastektomi Yapılış Şekilleri

**Çizelge 4.** Mastektomi ve Meme Koruyucu Tedavinin Psikososyal Sonuçları

## **RESİMLER LİSTESİ**

**Resim 1.** Memenin Anatomik Yapısı

**Resim 2.** Memenin Arter ve Venleri

**Resim 3.** Memenin Lenf Yapısı

**Resim 4.** Mastektomi Ameliyatı Son Görünüm

## İÇİNDEKİLER

## SAYFA NO

<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b>	<b>iv</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>vi</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b>	<b>viii</b>
<b>ÇİZELGE LİSTESİ</b>	<b>ix</b>
<b>RESİM LİSTESİ</b>	<b>x</b>
<b>1-GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1-Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2-Araştırmanın Amacı	3
1.3-Araştırmanın Hipotezleri	4
<b>2-GENEL BİLGİLER</b>	<b>5</b>
2.1-Meme	5
2.1.1- Memenin Anatomik Yapısı	5
2.1.2- Memedeki Fizyolojik Değişiklikler	8
2.1.3- Memenin Kadın İçin Anlamı	9
2.2-Meme Kanseri	9
2.2.1- Meme Kanserinin Epidemiyolojisi	10
2.2.2- Meme Kanserinin Etyolojisi ve Risk Faktörleri	10
2.2.3- Meme Kanserinin Belirtileri	13
2.2.4- Meme Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri	13
2.2.5- Prognoz	14
2.3- Meme Kanserinin Tedavisi	14
2.3.1- Mastektomi	15
2.3.2- Mastektomi Sonrası Ruhsal Durum	16
2.3.3- Mastektomi Sonrası Psikolojik Sorunlar ve Uyum Mekanizmaları	17
2.3.4- Hastaların Mastektomi Sonrası Sosyal Sorunları	20
2.4- Eş Açısından Kansere Tanısı	21
2.5- Meme Kanseri ve Eş Uyumu	22
2.5.1- Aile Dönemleri ve Kansere Tanısı	23
2.6- Yalnızlık	24
2.6.1- Yalnızlığın Boyutları	26
2.6.2- Yalnızlığın Belirtileri	27

2.6.3- Yalnızlığın Özellikleri	27
2.7- Meme Kanseri ve Yalnızlık	28
2.8- Yalnızlıkta Hemşirenin Rolü	29
<b>3. GEREÇ YÖNTEM</b>	<b>31</b>
3. 1- Araştırmanın Şekli	31
3. 2.- Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	31
3. 3- Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	31
3. 4- Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	32
3. 5- Verilerin Toplanmasında Kullanılan Gereçler	32
3. 5. 1- Tanıtıcı Özellikler Anket Formu	32
3. 5. 2.- Çift Uyum Ölçeği	32
3. 5. 3- Ucla'nın Yalnızlık Ölçeği	34
3. 6.- Verilerin Toplanması	34
3. 7.- Verilerin Değerlendirilmesi	34
3.8- Araştırmanın Etik İlkeleri	35
3. 9- Araştırmanın Planlanması	36
<b>4. BULGULAR</b>	
4.1- Mastektomi Olmuş Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular	38
4.2- Mastektomi Olmuş Kadınların Ameliyat Öncesi Dönemde Evlilik İlişkileri ve Yalnızlık Durumlarına Ait Bulgular	40
4.3- Mastektomi Olmuş Kadınların Ameliyat Sonrası Dönemde Eş Uyumları ve Yalnızlık Düzeylerine Ait Bulgular	42
4.4- Mastektomi Olmuş Kadınların Tanıtıcı Özellikleri İle Yalnızlık Durumları ve Eş Uyumları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular	43
4.5- Mastektomi Olmuş Kadınların Ameliyat Öncesi Evlilik Durumları Ve Yalnızlık Durumları İle Ameliyat Sonrası Eş Uyumları Ve Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular	47
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>50</b>
5.1- Mastektomi Olmuş Kadınların Ameliyat Öncesi Dönemde Evlilik İlişkileri Ve Yalnızlık Durumlarına Ait Bulguların Tartışılması	51
5.2- Mastektomi olmuş kadınların ameliyat sonrası dönemde eş uyumları ve yalnızlık düzeylerine ait bulguların tartışılması	52

<b>5.3-</b> Mastektomi Olmuş Kadınların Tanıtıcı Özellikleri İle Yalnızlık Durumları Ve Eş Uyumları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması	<b>54</b>
<b>5.4-</b> Mastektomi Olmuş Kadınların Ameliyat Öncesi Evlilik ve Yalnızlık Durumları ile Ameliyat Sonrası Eş Uyumları ve Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması	<b>57</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>59</b>
<b>7.KAYNAKLAR</b>	<b>61</b>
<b>8.EKLER</b>	
<b>Ek 1.</b> Tanıtıcı Özellikler Anket Formu	
<b>Ek 2.</b> Çift Uyum Ölçeği	
<b>Ek 3.</b> Ucla'nın Yalnızlık Ölçeği	
<b>Ek 4.</b> Araştırma için gerekli etik kurul izni	
<b>9.ÖZGEÇMİŞ</b>	

# 1. GİRİŞ

## 1. 1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Kanser, içerdği riskten daha fazla korkutan, süregen ve ölümcül bir hastalık olmanın yanı sıra duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açabilen önemli bir sağlık problemidir. Kanserden ölümler pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de ölüm sebeplerinin ilk sıralarında yer almaktadır. Ülkemizde kanser görülme insidansı erkeklerde yüz binde 79,3, kadınlarda ise yüz binde 61,2’dir. En çok görülen kanserlerin başında erkeklerde akciğer kanseri (%24,22), kadınlarda ise meme kanseri (%26,58) gelmektedir ve bu veriler 1999 verileri ile karşılaştırıldığında (%24,1) meme kanseri vakalarında artış olduğunu göstermektedir (T.C Sağlık Bakanlığı,2007).

Meme kanseri, 30-60 yaş kadınlar arasında en sık görülen ve kadınları en fazla etkileyen, erken teşhis edildiğinde kurtulma oranının yüksek olduğu ve tanısından sonra 5 yıllık sağ kalım oranının %75 olması nedeniyle en iyi yaşam süresine sahip kanser türüdür. Amerikan Kanser Derneği 2005 yılında her yedi kadından bir tanesinin meme kanseri tanısıyla karşı karşıya kalacağını belirtmiştir (A.C.S,2006). Meme kanseri görülme sıklığı yaşla birlikte artmakta ve ileri yaşlarda en yüksek noktasına ulaşmaktadır. Gelişen tıbbi olanaklar, erken tanı ve tedavi sayesinde meme kanserli hastaların yaşam süreleri uzamaktadır. Buna rağmen kanser hala kötü prognozu olan, ölümü çağrıştıran, yoğun tedavi süreci ile hastalar ve aileleri tarafından kabul edilmesi güç, önemli bir stres kaynağı olarak algılanmaktadır (Hocaoğlu ve ark,2007).

Meme kanseri, kadının sağlığını tehdit eden, ağırlı vücut değişkenliği yaratmanın yanı sıra, dişiliği ve cinselliği sembolize eden organa karşı tehdit oluşturmasından dolayı, bugüne kadar kanserler arasında ruhsal ve psiko-sosyal yönleri açısından en çok araştırılan kanser türüdür (Okanlı,2003; Sertöz ve ark,2004). Meme kanserinde uzun süredir kullanılan standart ve geleneksel tedavi yöntemi olan mastektomi, kanser tümörü olan memenin cerrahi müdahale ile hastanın bedeninden ayrılmasını içeren bir tedavi tekniğidir(Okanlı,2003; Fung ve ark.,2001; Keçer ve Asaoğlu,2003; Harnett,2002). Mastektomi; meme kanserli bireylerin beden imgelerinin zedelenmesine neden olmakla kalmayıp, bu zedelenme depresyon, anksiyete, korku, öfke gibi duygular yaratabilmektedir. Hastalığın yol açtığı iş ya da evdeki rol kayıpları ve ilişkilerinin kesintiye uğraması, bağımlı hale gelme ve ya şiddetli ağrı, acı ve yaşama ile ilgili korkular yakın ilişki ve evliliklerinde bozulmalara yol açabilmektedir. Tüm bunlar da bireylerin yaşam doyumlarını ve evliliği olumsuz yönde etkilemektedir (Okanlı,2003; Forbair ve ark.,2006; Hocaoğlu ve ark,2007).

Mastektomi kadının hem yaşantısını hem de kadınlığını tehdit eden bir kriz durumuna

neden olabilir. Son yıllarda kanserin tanı ve tedavisinde önemli gelişmeler olmasına rağmen meme kanserinin, tedavisinin uzun ve pahalı olması, organ kaybına yol açabilmesi, hastalığın diğer organlara yayılabilir olması ve kimi zaman ölümlü sonuçlanabilmesi sadece kadının kendisini değil, eşi ve çocuklarını da ilgilendiren ağır psiko-sosyal problemleri de beraberinde getirebilmektedir (Çam ve Babacan,2006; Forbair ve ark.,2006).

Olumlu ilişki şemasına sahip olma eşlerin birbirleri hakkında pozitif duygulara ve düşüncelere sahip olması, iyi iletişim kurabilme, oluşan çatışmayı çözebilme becerisi ve eşlerin zevk alarak birlikte aktiviteler yapabilme, yaşanan çatışmanın azlığı olarak tanımlanan **eş uyumu**, meme kanseri tanısı konması ve mastektominin yapılması ile değişebilmektedir (Uğurlu,2003). Meme kanserini deneyimleyen kadın yaşamında kadınlık simgelerinden birisi olarak kabul ettiği memeyi kaybetme ve dolayısıyla beden imajındaki ağır hasarla birlikte eşi ile uyumsuzluklar yaşayabileceğini düşünmektedir (Shands ve ark.,2006; Gümüş,2006; Sertöz ve ark.,2004; Dorval ve ark.,1999; Arıkan,200; Özbaş,2006; Forbair ve ark.,2006). Kadınların meme kanseri sonrası mastektomi operasyonu geçirmeleri beden imajlarını oldukça olumsuz şekilde etkiler. Bununla birlikte kadınlar cinselliği ve eşleriyle birlikte olmayı ihmal edebilirler (Dorval ve ark.,1999; Huber ve ark.2006).

Mastektomi olmuş kadınlar ve eşleriyle yapılan bir çalışmada, eşlerin yoğun bir şekilde endişeli oldukları, hem kadının hem erkeğin duygusal desteğe ihtiyacı olduğu belirtilmiş ve bu durumun da evlilik uyumunu olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (Nourhouse ve ark.,1998). Yapılan bir çalışmada eşlerin hastalara nasıl davranacaklarını bilmedikleri için huzursuz oldukları ve buna bağlı olarak stres yaşadıklarını belirtmektedirler (Shands ve ark.,2006). Araştırma sonuçları mastektomi deneyimleyen kadınların ameliyat öncesi eş uyumlarının iyi olması durumunda ameliyat sonrası da iyi olduğunu göstermiştir (Özbaş,2006; Dorval ve ark.,1999). Ancak yine bazı araştırmalarda meme kanserinden sonra eşlerin kadınları terk ettiği ya da evlilik yaşamlarının tehlikeye girdiği, eşlerin kadınlarla birlikte olduklarında kendilerinin de hastalanabileceğinden endişelendikleri ifade edilmiştir (Dorval ve ark.,1999). Amerika'da yaşayan Asyalı mastektomi olmuş kadınlar farklı bir kanser tanısı alan kadınlarla karşılaştırıldığında, daha az depresyon yaşadıkları, bu durumda her iki grubun kültürünün aynı olmadığından kaynaklanabileceği ve bu nedenle depresyon ve evlilik uyumunun mastektomili hastalarda diğer hastalar kadar etkilenmediği saptanmıştır (Ming,2002).

Yalnızlık, daha çok kişinin belirli bir çevre içinde ve/veya gelecekte çevresinde kimse olmayacağına ilişkin bir korku ve endişe hali ile birlikte yaşanır. Çevre içinde yalnız kalma korkusu bireyin alışlageldiği ya da tanıdığı fizik ve sosyal çevreden uzak kalması veya



ayrılması ile ortaya çıkar. Ciddi organik hastalığı olan veya hastanede yatan kişiler ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaneye yatışın ilk günlerinde, kişilerin endişe ve korku içinde olduğu daha sonra ise, bireyin alışmış oldukları çevre ve kişilerden ayrılmaya bağlı olarak yalnızlık hissettikleri saptanmıştır (Özkürkçügil,1998).

Meme kanseri olan hastalarda yalnızlık duygusu gelecekle ilgili planlarının ne olacağı, yaşantılarının ne şekilde etkileneceğini bilmeme sonucunda gelişmekte, bozulan eş ve aile ilişkilerine bağlı olarak bireyin varolan sosyal ilişkisi ile arzuladığı ilişkisi arasındaki tutarsızlık sonucu hoş olmayan öznel ve psikolojik bir durum olarak göze çarpmaktadır. Eğer hastanın sahip olduğu ilişki hastayı tatmin etmiyorsa kendini yalnız hissedecektir. Bir kriz durumu olan memenin kaybının kadınlarda yarattığı psikososyal sorunlar genel olarak, geleceğe ilişkin belirsizlik, anksiyete, umutsuzluk, yalnızlık, çaresizlik ve ölüm korkusu gibi emosyonel sorunlarla beraber, beden imajı, cinsellik, ailevi, sosyal ve mesleki yaşamla ilgili sorunlar üzerinde yoğunlaşmaktadır. Mastektomi olmuş kadınlar bu belirtilerin yanı sıra kendilerine yönelerek yalnızlık ve depresyon gibi psikolojik problemleri de yaşayabilirler. Bu problemler hem hastalığın prognozuna hem de aile içi ilişkilerin olumlu ya da olumsuz etkilenmesine neden olabilir (Tan ve Karabulutlu,2005; Özbaş,2006; Çam ve Babacan,2006).

## **1. 2. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Mastektomi sonrası kadınların yaşayabilecekleri yalnızlık duygusu onların eşleriyle olan birlikteliklerinin ve dolayısıyla uyumlarının olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Yalnızlık yaşayan kadınlar kendilerini eşlerinden ve çevrelerinden daha fazla soyutlayarak depresyona kadar gidebilen değişik duygusal dalgalanmalar yaşayabilirler. Bu durum ise kadının eşiyle uyumunun olumsuz yönde etkilenmesine yol açabilir (Huber ve ark.,2006; Forbair ve ark.,1998; Elbi,2001; Yurt,1998; Çam ve Babacan,2006; Şendil,1999). Özellikle halk sağlığı alanında çalışan hemşirelerin meme kanseri gibi tedavisi organ kaybıyla sonuçlanabilecek ve bunun sonucunda bireyde psikolojik problemlere yol açabilecek dolayısıyla bu bireylerin aile ilişkilerini etkileyecek durumları bilmeleri ve buna göre girişimlerde bulunmaları özellikle toplumun yapıtaşı olan ailelerin sağlıklı olması ve sağlıklı kalmasında etkili olabilecektir.

Bu araştırma mastektomi olan kadınların ameliyat sonrası eş uyumlarını ve yalnızlık düzeyleri ile etkileyen faktörleri tanımlamak amacıyla yapılmıştır.

### **1. 3. ARAŞTIRMANIN SORULARI**

1. Mastektomi sonrası kadınların eş uyumu ve yalnızlık düzeyi nasıldır?
2. Mastektomi olan kadınların yalnızlık düzeyleri ile eşleriyle olan ilişkileri arasında ilişki varmı?
3. Mastektomi sonrası kadınların evlilik süresi eş uyumlarını ve yalnızlık düzeylerini etkiledi mi?
4. Mastektomi sonrası kadınların eğitim durumu eş uyumlarını ve yalnızlık düzeylerini etkiledi mi?
5. Mastektomi olan kadınların eşlerinin eğitim düzeyi eş uyumlarını ve mastektomi sonrası yalnızlık düzeylerini etkiledi mi?
6. Mastektomi sonrası kadınların en uzun süre yaşadıkları yerleşim yeri eş uyumlarını ve yalnızlık düzeylerini etkiledi mi?
7. Mastektomi olan kadınların meslekleri eş uyumlarını ve yalnızlık düzeylerini etkiledi mi?
8. Mastektomi olan kadınların sosyal güvenceye sahip olma durumları eş uyumlarını ve yalnızlık düzeylerini etkiledi mi?
9. Mastektomi olmadan önceki yaşantılarında yalnızlık yaşama durumu mastektomi sonrası evlilik uyumlarını etkiledi mi?

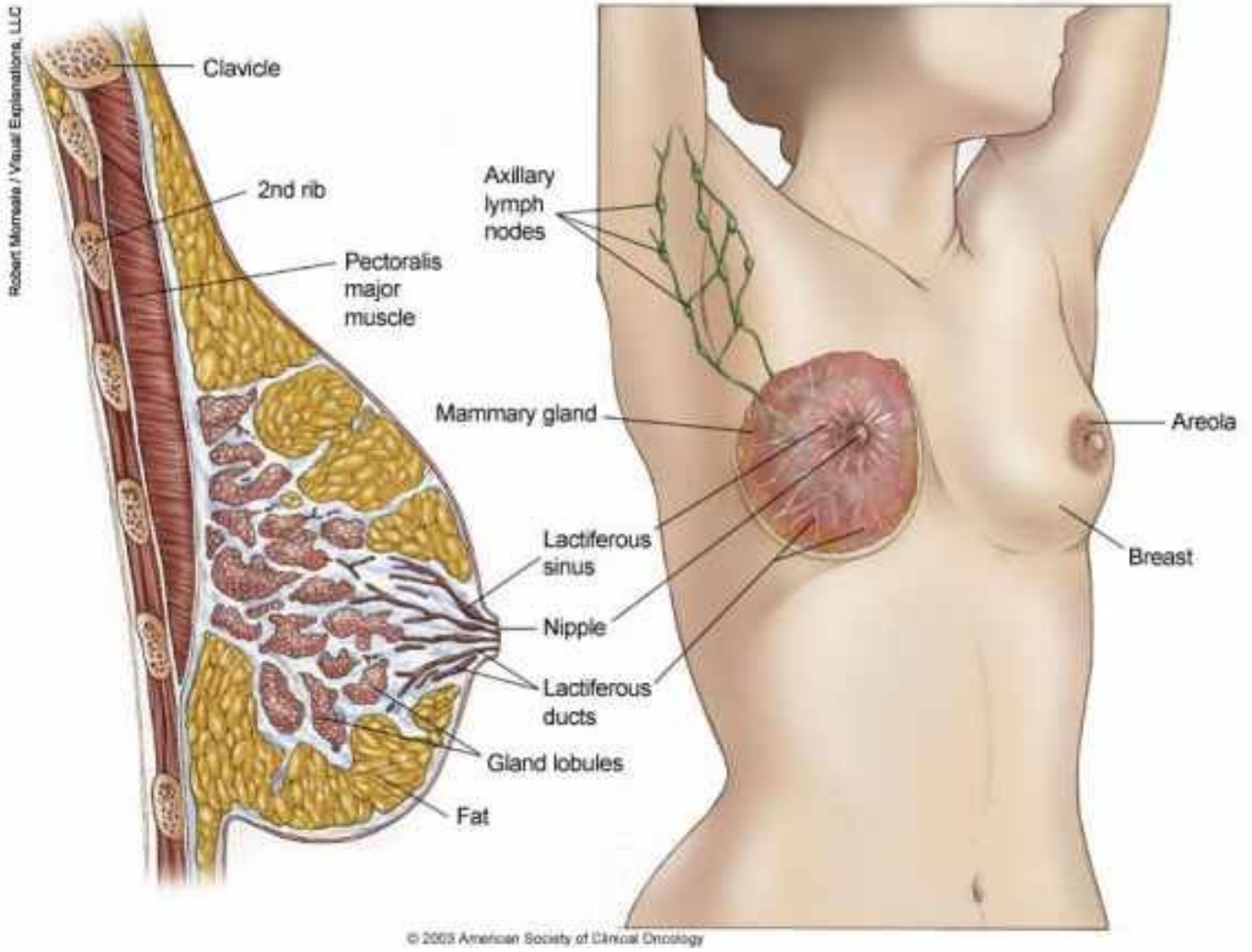
## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2. 1. MEME**

#### **2. 1. 1. MEMENİN ANATOMİK YAPISI**

Memeler, 2. ve ya 3. kaburga ile 6. veya 7. kaburgalar arasında yer alırlar. İçte sternumun kenarından dışta ön veya orta aksiler çizgiye kadar uzanırlar. Meme bazen ince bir tabaka şeklinde bu sınırların ötesine taşabilir; yukarıda klavikuladan aşağıda kaburga kemiklerine ve içte sternumun ortasından dışta latissimus dorsi kasının kenarına kadar yayılabilir. Bu özellik, mastektomilerde disseksiyonun ne kadar geniş yapılması gerektiğini göstermektedir. Erişkin bir kadında memeler koni şeklindedir. Bu durum daha çok tek doğum yapmış genç kadınlarda müşahede edilir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte, memeler genellikle biraz yassılaştır ve sarkar, sertlikleri azalır. Bazen her iki meme arasında büyüklük farkı olabilir. Bu durum, puberte döneminde, gelişim anomalisine bağlıdır. Memeler genellikle 150-200 gr ağırlığındadır. Laktasyonda 400-500 gr'a kadar çıkabilir. Memelerin şekli üzerinde ırka ait bazı farklılıkların da rolü olabilir (Ünal,2001; Topuz ve Aydın,2003).

Memeler, lobüller ve ductuslar olmak üzere iki kısımdan oluşur. Memenin üst yarısı özellikle üst dış kadranı memenin geri kalan bölümlerinden daha fazla glandüler doku içerir. Memenin üst-dış kadranı diğer kadrana nazaran çok daha fazla glandüler elemanlar içerdiği için, bu kadranı selim ve habis meme tümörleri daha sık görülür. Toraks ön duvarının süperfisiyel fasya üzerinde yerleşim gösteren meme, tubuloalveolar tipte glandular doku içeren 15-20 adet lobdan oluşur. Her lob kendine ait bir kanalla ayrı ayrı memebaşına açılır. Loblar arasında bulunan fibröz bağ dokusu destek görevi görürken, yağ dokusu boşlukları doldurur. Memede süt salgılayan bölüm lobüller (süt bezleri), ductuslar (süt kanalları) ile memenin tam ortasında bulunan areola vardır. Memede lobüllerin birleşmesiyle loblar oluşur. Meme başı ve areolanın epidermisi oldukça pigmente ve biraz da buruşuktur. Pubertede, areola ve meme başının pigmentasyonu artar. Areola ve meme başının derininde bulunan düz kas lifleri çeşitli uyarılara bir cevap olarak meme başının ereksiyon haline geçmesini sağlarlar. Memebaşı ve areolada sebace ve apokrin bezler mevcuttur. Areola yüzeyinde bulunan küçük çıkıntılara “montgomery” tüberkülleri adı verilir. Bunlar sebace bezler olan “montgomery” bezlerinin ductuslarının açıldığı bölgelerdir. Areola epitelinde küçük tüyler, yağ ve ter bezleri, aksesuar meme bezleri bulunur (Ünal,2001; Topuz ve Aydın,2003;).



**Resim 1.** Memenin Anatomik Yapısı

Memenin beslenmesini sağlayan üç ana arter vardır (Forrest ve ark.,1990; Ünal,2001).

1. İnternal torasik (internal mammary) arterin perforan dalları
2. Posterior interkostal arterlerin lateral dalları
3. Aksiler arterin dalları

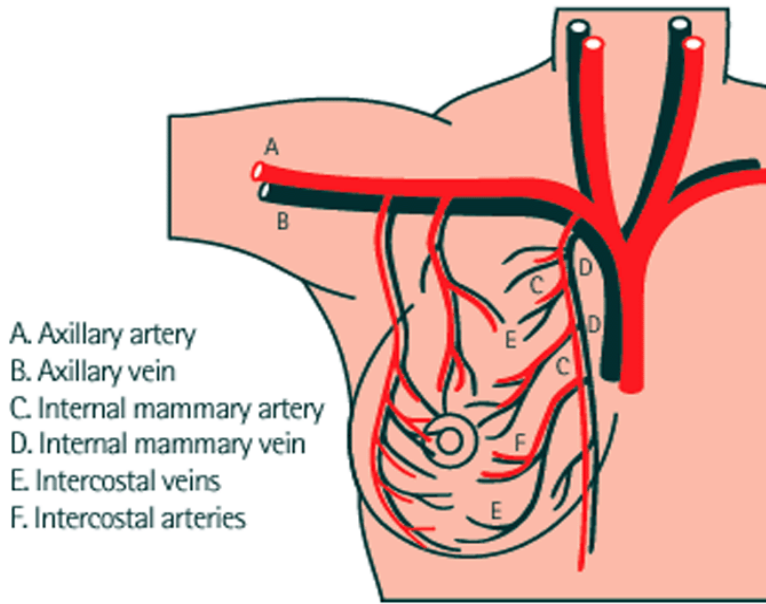
Memenin ve torasik duvarın venöz drenajını sağlayan üç ana ven grubu vardır (Ünal,2001;Topuz ve Aydın,2003) .

- 1.İnternal torasik venanın perforan dalları
2. Aksiller venaya dökülen dallar
3. Posterior interkostal venaların perforan dalları (Bunlar arkada vertebral ven pleksusuna, santralde ise azygos venine açılırlar).

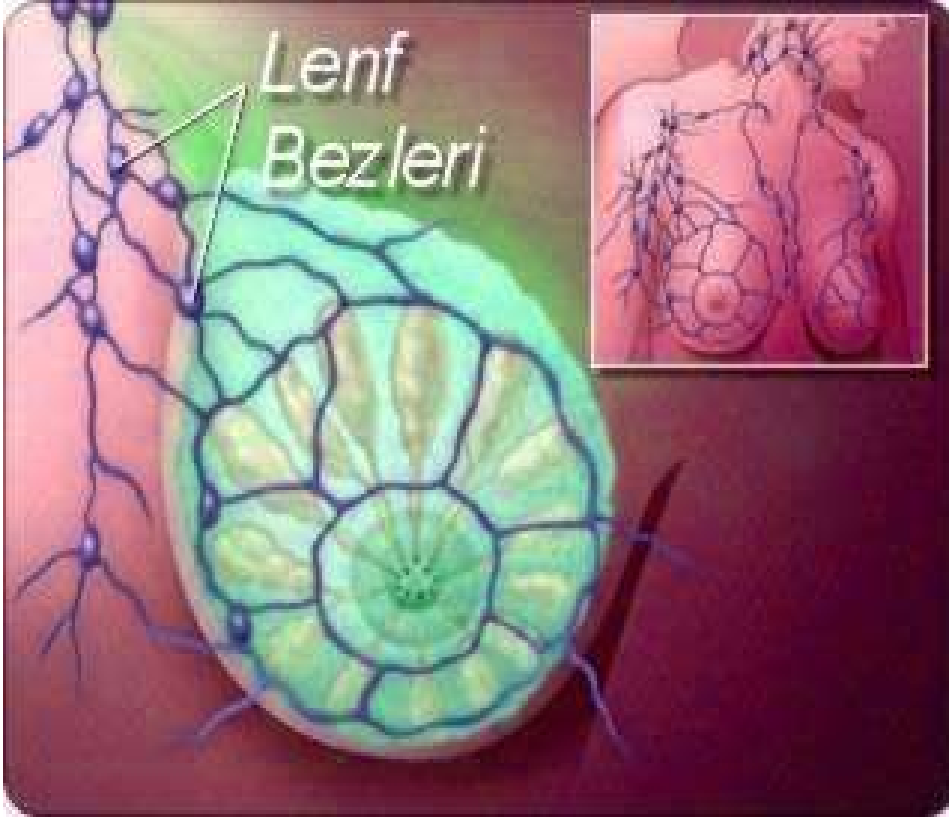
Memenin lenfatik drenaj sisteminin izlediği primer yol aksiler lenf ganglionlarından

geçer. Meme kanserinin yayılımı lenf ve kan yoluyla olmaktadır. Aksiler lenf ganglionları 6 grupta incelenir (Ünal,2001).

1. Aksiler ven grubu (lateral grup)
2. Eksternal mamary grup (anterior ya da pektoral grup)
3. Skapular grup (posterior yada skapular grup)
4. Santral grup
5. Subklavikular grup
6. İnterpektoral grup



**Resim 2** :Memenin Ater ve Venleri



**Resim 3.** Memenin Lenfatik Yapısı

## 2. 1. 2 MEMEDEKİ FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Doğumdan yaşlılığa kadar olan süreçte memeler östrojen, progesteron, prolaktin, hormonlarının etkisiyle değişime uğramaktadır.

Memede;

- Büyüme ve gelişme,
- Menstrual siklus,
- Gebelik ve laktasyon olmak üzere 3 tip fizyolojik değişiklik olur.

**1-Büyüme ve gelişme:** Pubertal dönemde, ilk menstruasyondan önce östrojen ve progesteronun etkisi ile memeler büyümeye başlar. Meme dokusunun gelişimi 20 yaş civarında gelişimin doruğundadır. Memenin normal boyutları kişiden kişiye değişmektedir.

**2-Menstrual siklus:** sırasında bu hormonların kandaki düzeyine bağlı olarak meme yapısında değişiklikler görülür. Hamileliğe hazırlanıyor gibi her ay süt bezleri aktif hale geçerler ve göğüsler şişer. Hormon değerlerinin normale dönmesi ile süt bezleri yeniden aktif olmayan

normal haline dönerler. Menapoz ile birlikte, hormon düzeylerinde düşmeler görülür ve süt bezlerinin bir bölümü küçülür veya yok olur. Bu nedenle de meme dokusu küçülür ve atrofiye uğrar.

**3-Gebelik ve Laktasyon:** sırasında; östrojen, progesteron ve prolaktinin etkisi ile memeler büyür (Topuz ve Aydın,2003; Güllüoğlu ve İplikçi,2003).

### **2. 1. 3. MEMENİN KADIN İÇİN ANLAMI**

- Kadın memesi, bütün uygarlıklarda hem estetik, hem bereket simgesi olarak kabul edilmiştir. Meme putperest heykellerinde bereket, doğurganlık ve verimlilik sembolü olarak vurgulanmıştır. Ana tanrıça Artemis'in heykeline bakıldığında çok memeli olduğu görülür. Bu heykeldeki 17 ile 40 arasında değişen meme sayısı bolluk ve bereket simgeleridir. Anadolu uygarlıklarında da büyük memeli geniş kalçalı kadın imajı doğurganlık ve bereketi temsil etmektedir. Yağlı boya resimlerde, heykellerde ve sinemada meme kadınlığın, kadın cinselliğinin ve estetiğın ifadesi olarak gösterilmektedir. Günümüzde ise;
- Memeler kadının kadınlığını ve cazibesini gösteren organlardır
- Memeler anneliğın, beslenme ve üremenin sembolüdür
- Memeler özellikle kadına özgü süt ve hayat verici organlardır
- Memeler cinsel ilişkide önemli ve cinsel duyarlığı olan organlardır ve memenin vücutlarının saklı ve gizemli bir parçası olduğuna inandırılarak yetiştirilmektedir. Görülmesi, dokunulması ve açıktan konuşulmasının toplumsal bir tabu olduğú kabul edilir. Ergenlikle birlikte kadınlığın sembolü olarak kabul edilirken, bebek için beslenme, karşı cins için cinsellik işlevi kazanır (Arıkan,2000; Topuz ve Aydın,2003; Güllüoğlu ve İplikçi,2003; Aydın,2004).

### **2. 2. MEME KANSERİ**

Meme kanseri, kadınlar arasında en sık görülmekte, kansere bağılı ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almakta ve sıklığı gittikçe artmaktadır. Yaklaşık olarak her 8.2 kadından birinde bütün yaşantısı boyunca meme kanseri gelişebileceğı ve her 30 kadından birinin meme kanserinden dolayı öleceğı tahmin edilmektedir (Okanlı,2003; Aslan ve Gürkan,2007).

## 2. 2. 1. MEME KANSERİNİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Meme kanseri görülme sıklığı 1973'den itibaren ABD'de yılda %1.8; dünyanın çeşitli ülkelerinde de %1-2 oranında artış göstermekte olup, dünyada her yıl yaklaşık bir milyon yeni olguya tanı konulmaktadır. Amerikan Kanser Derneği (ACS) 2003 yılında 267.000 meme kanseri vakası tespit etmiştir. Büyük Britanya ve Kuzey İrlanda'da 1994/1995 yılları arasında ulusal meme taramasında 50-64 yaş arasında 1308 kadının %25,2 sinde meme kanseri tespit edilmiştir. Düşük risk olduğuna inanılan gelişmiş ülkelerde de meme kanseri görülme sıklığı gittikçe artmaktadır. Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümör olup, kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır. Avrupa'da yılda 180.000, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yılda 184.000 yeni olgu saptanmaktadır. Meme kanseri sıklığı dünya üzerinde ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Hawaii, Kaliforniya, Kanada yılda yüz binde 80-90 görülme sıklığı ile ilk sıralarda yer alırken, aynı değer Japonya'da sadece yüz binde 12-15 arasındadır. 1970'den bu yana Japonya, Singapur ve Çin'de ekonomideki batı tarzı gelişim ve doğurganlığın batıya benzemesi nedeniyle meme kanseri görülme oranındaki fark giderek azalmaktadır. Avrupa ülkelerinde ise görülme sıklığı kuzey ülkelerden güneye ve batı ülkelerinden doğuya doğru gittikçe azalmaktadır. Görülme sıklığında en büyük artış Kanada, ABD, İspanya ve İsveç'te ortaya çıkmıştır (Arslan ve ark.,2007; Topuz ve Aydın,2003; Darendeliler ve Ağaoğlu,2003).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda meme kanserli kadınların;

- %88'i 5 yıl
- %80'i 10 yıl
- %71'i 15 yıl
- %63'ü 20 yıl tanı konulduktan sonra yaşamını sürdürmektedir.(A.C.S.,2006)

## 2. 2. 2. MEME KANSERİNİN ETYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

İnsanlarda meme kanserinin nedeni bilinmemektedir. Genetik, çevresel, hormonal, sosyo-biyolojik ve psikolojik etkenlerin oluşumunda rol aldığı kabul edilmekle birlikte, meme kanserli kadınların %70-80'i bu risk faktörlerine sahip değildir. Hastalığın gelişim hızı, görüldüğü yaşlar, metastaz yapma eğilimi, çeşitli tedavilere verdiği cevap ve hastaların yaşama süreleri ile ülkelere göre farklı insidans göstermesi sebebiyle, meme kanseri oluşumunda tek faktörden ziyade birden çok faktörün rol oynayabileceği görülmektedir (Topuz ve Aydın,2003).

Meme kanserinde majör risk faktörleri olarak yaş ve cinsiyet önemli rol oynamaktadır.



Meme kanserinin erkeklerde görülme oranı %1'dir. Meme kanserinin %78'i 50 yaş ve üzerinde görülmektedir. Yaşı 20'nin altında olan kadınlarda meme kanseri nadir görülmektedir. Meme kanserinde rol oynayan majör ve minör faktörler (Bowcock,1999; Güllüoğlu ve İplikçi,2003; Sevil ve Ünsal,2002, Smith ve ark.,2005);

### **Majör Risk Faktörleri**

- Yaş,
- Cinsiyet,
- Aile öyküsünde özellikle birinci derece akrabalarda meme kanseri öyküsü,
- Atipik hiperplazi,
- BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinde mutasyon

### **Minör Risk Faktörleri**

- Menstruel öykü
- Doğum öyküsü
- Günlük alkol alımı
- Yağlı diyet

**Çizelge 1:** Farklı bir şekilde meme kanseri risk faktörlerinin etki mekanizmalarının gösterilmesi ((Bonadoma ve Hortobagyni,2001; Rayter ve Mansi,2003)

<b>RİSK KATEGORİSİ</b>	<b>RİSK</b>
<b>Belirgin artışa neden olanlar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Yaşın ilerlemesi</li><li>• Batı tipi yaşam tarzı(fast food beslenmenin artması, anne sütü yerine formül mamaların kullanımının yaygınlığının artması, obesiteye eğilim, geç evlenme, geç çocuk doğurma, emzirmeme, çocuk sayısının azalması gibi)</li><li>• Birinci derece akrabasında meme kanseri öyküsü</li><li>• İyi huylu atipik hiperplazi</li><li>• İyonize radyasyon</li><li>• Önceki meme hastalığı tanısı</li></ul>
<b>Orta düzeyde artışa neden olanlar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Erken adet görme</li><li>• Geç menopoza</li><li>• Doğum yapmamış veya geç hamilelik</li><li>• Yüksek sosyo ekonomik düzey (bu durum emzirmeyi etkileyebileceğinden, çocuk doğurma sayısını azaltabileceği ya da geç evlenmeye neden olabileceğinden risk sayılabilir.)</li><li>• Alkol alımı</li><li>• Uterus, over veya kolon kanseri riski</li></ul>
<b>Kesin olmayan</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oral kontraseptifler</li><li>• Menopoz sonrası östrojen ve progesteron kullanımı</li><li>• Psikosomatik faktörler</li><li>• Obesite</li></ul>

### **2. 2. 3. MEME KANSERİNİN BELİRTİLERİ**

Meme kanserli hastalarda, memede saptanabilen semptom ve bulgular (Ünal,2001; Berkerda,2000).

- Tümör
- Ağrı
- Meme üzerine basıda hassasiyet
- Memede büyüme
- Memede büzülme, küçülme
- Meme cildi ile ilgili bulgular
  - çöküntü (retraksiyon)
  - Ödem
  - Ülserasyon
  - Kırmızılık, ekimoz, genişlemiş venler
  - Satelit nodüller
- Meme başı ve areola ile ilgili bulgular
  - Meme başında akıntı
  - Meme başı retraksiyonu
  - Meme başı inversiyonu
  - Meme başı deviasyonu (yön değiştirme)
  - Meme başının yassılaşır düzleşmesi
  - Meme başında kaşınma, kabuklanma, çatlak, erozyon
  - Meme başında ve areolada ülserasyon
- Aksiler tümör
- Kol ödemi

### **2. 2. 4. MEME KANSERİNDE ERKEN TANI YÖNTEMLERİ**

Meme kanseri taramasında, kendi kendine muayene, fizik muayene ve mamografi en sık kullanılan yöntemlerdir. Meme kanserinde Amerikan Kanser Topluluğu tarafından önerilen meme kanseri rehberi aşağıda çizelge 2'de verilmiştir (Tuğrul,1998; Topuz ve Aydın,2003).

**Çizelge 2:** Meme Kanserine Yönelik Erken Tarama Programı

<b>Yaş grubu</b>	<b>Yöntem</b>	<b>Uygulama sıklığı</b>
20-40 yaş	❖ Kendi kendine meme muayenesi ❖ Klinik meme muayenesi	❖ Her ay ❖ 3 yılda bir
41-49 yaş	❖ Kendi kendine meme muayenesi ❖ Klinik meme muayenesi ❖ mamografi	❖ Her ay ❖ Her yıl ❖ 1-2 yılda bir
50 yaş ve üzeri	❖ Kendi kendine meme muayenesi ❖ Klinik meme muayenesi ❖ mamografi	❖ Her ay ❖ Her yıl ❖ Her yıl

### **2. 2. 5. PROGNOZ**

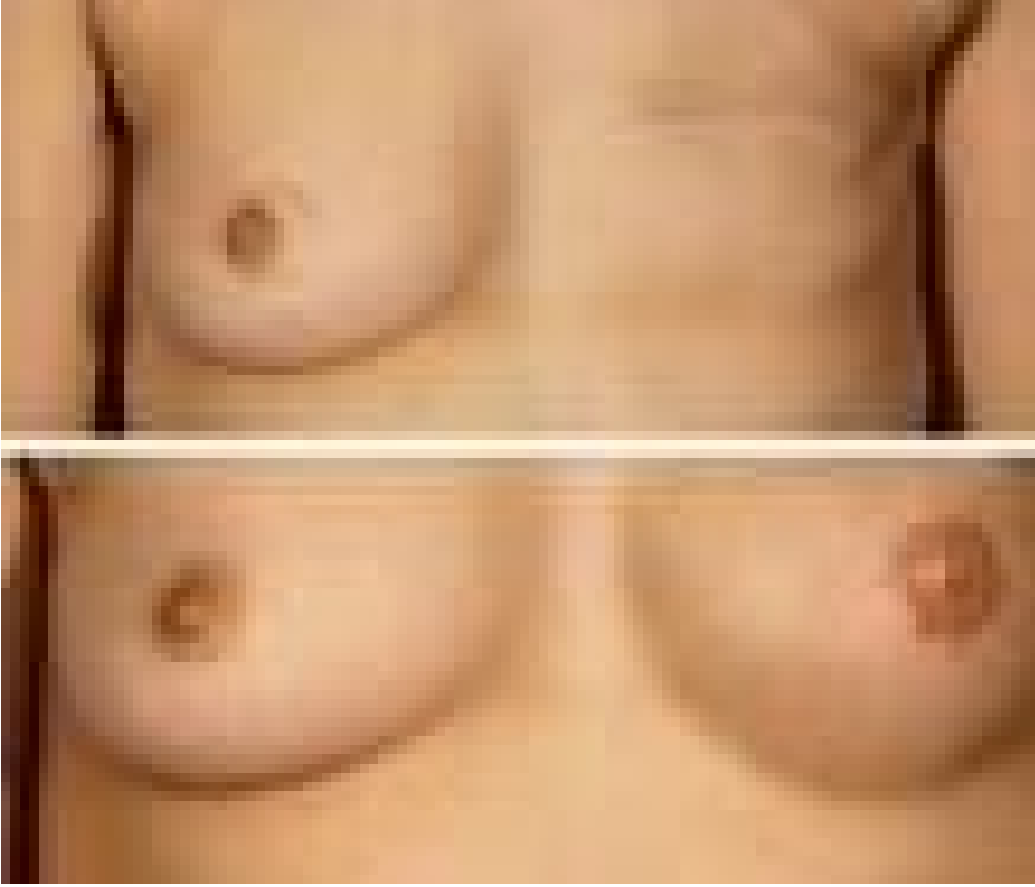
Meme kanseri kronik bir hastalıktır. Sistemik tedavinin uygulanmadığı durumda bile hastaların %22'si 5 yıl yaşamaktadır. Değişik tedavi yöntemlerinin karşılaştırılmasında tüm hastaların 10 yıl izlenmesi minimal süre olarak kabul edilir. 10 yıl hastaliksız yaşamdan sonra hastaların %1-2'sinde rekürrens oluşur. Bu sonuçlar hiçbir zaman meme kanserinin tedavi edilemez bir hastalık olmadığı anlamına gelmez. Evre I kanserli hastalarda 15 yıllık hastaliksız yaşam oranı %75'dir. Lenf nodülü metastazı olan hastalarda uzun süreli yaşam %40 civarındadır. Evre IV hastalar %10 civarında 10 yıl yaşama şansına sahiptirler. Genelde üçten çok aksiler lenf nodülü pozitif olan hastalarda prognoz kötüdür (Dorcas ve İnanç,1998; Sherman ve Hossfeld,1992).

### **2. 3. MEME KANSERİNİN TEDAVİSİ**

Meme kanserinde tedavi, hastalığın iyileşmesi, tedaviden sonra hastanın normal yaşama süresini doldurup ancak başka bir sebeple ölmesi amacını taşır. Meme kanserinin tedavisinde son yıllarda çok hızlı ilerlemeler kaydedilmiştir. Hastalığın tedavisi hastalığın yakalandığı esnasındaki evresine ve tipine bağlıdır. Tedavide hastanın genel durumu göz önüne alınmalıdır. Meme kanseri, hastalığın başlangıcından itibaren hem lenf hem de hematojen yolla yayılmakta, adeta sistemik bir hastalık özelliğine kavuşmaktadır. Bu sebeple; meme kanserinin tedavisi cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormonoterapi gibi hastaya uygun multidisipliner bir uygulama şeklinde yapılmaktadır. Ancak bu tedavi şekilleri tek başlarına ya da birlikte kullanımları ile birlikte birey tartışmalı ve karmaşık bir görünüm sergilemektedir (Aksoy,1998; Ünal,2001).

### 2. 3. 1 MASTEKTOMİ

Meme kanserinin cerrahi tedavisinde kullanılan geleneksel ve standart tedavi olan mastektomi yüz yılı aşkın süredir kullanılmaktadır. Meme koruyucu cerrahi, tümörün geniş olarak ve aksiler lenf nodüllerinin de nispeten çıkarılmasını kapsar. Tümörün bölgesel çıkarılması ya da “bölgesel rezeksiyon” , “tiletomi” ve “kısmi mastektomi” terimleri lokal cerrahinin boyutlarını tanımlamak için kullanılır (Moyer,1997; Topuz ve Aydın,2003; Dorcas ve İnanç,1998).



**Resim 4:** Mastektomi Ameliyatı Son Görünüm

**Çizelge 3: Mastektomi Yapılış Şekilleri**

<b>Cerrahi İşlem</b>	<b>Tanımı</b>
<b>Parsiyel Mastektomi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lumbpektomi</li><li>• Geniş eksizyon</li><li>• Segmental mastektomi</li></ul>	Bu terimlerin hepsi eşdeğer anlam taşımaktadır. Tümörlü doku ile etrafındaki normal dokunun çıkarılmasıdır aksiler lenf düğümleri de alınır.
<b>Kadronektomi</b>	Memenin kadranlarından bir tanesi içindeki tümörle birlikte çıkarılır. Aksiler lenf düğümleri de alınır.
<b>Subkutanöz Mastektomi</b>	Meme başı, meme başı etrafı (areola) ve cilt yerinde bırakılarak meme dokusunun çıkarılmasıdır. Rekonstrüksiyon yapılacak olan hastalarda uygulanan yöntemdir.
<b>Total (Basit) Mastektomi</b>	Pektoral kaslar yerinde bırakılarak bütün meme dokusunun çıkarılmasıdır.
<b>Modifiye Radikal Mastektomi</b>	Bütün meme dokusu çıkarılır ve aksiler lenf düğümleri alınır.
<b>Radikal Mastektomi</b>	Bütün meme dokusu, pektoral kaslar (majör ve minör) ve aksiler lenf düğümleri alınır.

### **2. 3. 2. MASTEKTOMİ SONRASI RUHSAL DURUM**

Memenin alınmasına gösterilen psikolojik tepkilerin derecesi, kadının memesine ilişkin algısıyla yakından ilgilidir. Mastektomi yaşantısının ameliyat öncesinde ve sonrasında farklı tepkilere neden olduğu söylenmektedir. Ameliyat öncesi sorunlar kaygı ve iletişim problemleri üzerine yoğunlaşmakta, ameliyat sonrasında ise hastanın benlik tasarımı, beden imajı, hastalıkla ilgili korku ve endişe duygularına ilişkin sorunları ortaya çıkarmaktadır. Mastektomi geçiren kadınlarda kadınlık çekicilik duygusunun kaybı ve özürlü olma duygusunun evrensel olarak gözükmesine rağmen, duygusal ve psikososyal tepkiler son derece bireyseldir. Psikolojik krizin yoğunluğu ve süresi değişmekle beraber, tüm hastalar böyle bir krizin tüm dönemlerinden ve ya bir kısmından geçmektedirler. Çeşitli araştırmalar sonucu kişisel farklar olabilmesine rağmen genelde kişilerin kanser krizini dört aşamalı bir süreç içerisinde yaşadıkları bilinmektedir (Arıkan,2000; Şendil,1999; Özkan, 2007).

### **Şok Dönemi:**

İlk aşamada görülen en yaygın tepki şok ve inanamamadır. Hasta kendisine açıklanan gerçeğe belli bir mesafeden bakar ve ne olup bittiğini anlayamaz. Bu dönemde sıklıkla karşılaşılan diğer savunma mekanizmaları arasında ayrıştırma ve yansıtma sayılabilir. Bu türlü savunma mekanizmaları kişiye göre farklılık gösterecek şekilde birkaç saatten birkaç gün ve hatta haftaya kadar uzayabilir. Hastalarda genellikle bu ilk tepkinin ardından öfke ve depresyon gelişir.

### **Tepki Aşaması**

Mastektominin gerçekleştiği zamana rastlayan bu aşamada durumu kabullenmeye ve bunun sonucu olarak da duygusal reaksiyon göstermeye başlarlar. Bu dönemde kadında kanserden kurtulmanın verdiği mutluluk duygularının yanı sıra; kadınlığın kaybı, özürlü ve şekli bozuk bir bedene sahip olmanın yarattığı olumsuz duygular gelişebilir. Bedene yabancılaşma duyguları ile anksiyete yaşamaktadırlar. Anksiyete hali değişik belirtilerle kendini ifade eder.

### **Onarım Dönemi**

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

### **Uyum Dönemi**

Hastanın gerçeği kabul edip enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yönelttiği ve hastalık ile birlikte yaşamayı öğrendiği uyum dönemidir. Bu dönem önceki aktivite ve yeteneklerine tam bir dönüş özelliği taşımaktadır (Arıkan,2000; Özkan, 2007; Şendil,1999).

### **2.3.3. MASTEKTOMİ SONRASI PSİKOLOJİK SORUNLAR VE UYUM MEKANİZMALARI**

Mastektomi; psikiyatrik ve psikolojik sorunlara yola açabilmekte, hastalıktan kurtulma ümidi, psikolojik açıdan kendi bedenini ve yaşantısını kontrol edemeyeceği endişesi, vücut organ ve dokularını kaybetme kaygısı ve ölüm korkusu yaşamaktadırlar. Bu hastalar, ameliyat nedeniyle oluşabilecek ağrı, lenfödem, kol ve omuz hareketlerinde sınırlılık ve postür bozukluğu gibi fiziksel sorunların yanı sıra, büyük bir ameliyatın yaratabileceği anksiyete, kişiler arası ilişkilerde bozulma, beden imajında bozulma, erken menapoz, doğurganlığın

kaybı, cinsel eş ile iletişimde bozulma, reddedilme veya terk edilme korkusu, iş ve kariyerini kaybetme korkusu, tedavinin fiziksel ve maddi etkileri ve ölüm korkusu gibi psikososyal sorunlar yaşamaktadırlar (Elbi,2001; Şendil,1999; Henson,2002; Çavdar,2006). Yapılan çalışmalarda kadınların %52'sinin duygusal sorunlarını doğrudan memenin kaybına bağlarken, %34'ünün kanser ve ölüm düşüncesine bağladıkları belirtilmektedirler (Yurt,1998).

Mastektominin bir başka yönü de; hastayı çok olağandışı bir durum olan tek bir göğüs ile baş başa bırakmasıdır. Bu durum kadında çelişkili duygulara yol açabilmektedir. Memenin alınmasına gösterilen psikolojik tepkilerin derecesi, kadının memeye olan duygusal yatırımı ile yakından ilgilidir. Şayet kadın çocukluğundan bu yana kendini fiziksel yönleriyle algılamış ve toplumca alımlı ve güzel bir kadın olarak kabul edilmişse, meme kaybı kadın için büyük yıkım olacaktır (Okanlı,2003).

**Çizelge 4:** Mastektomi ve Meme Koruyucu Tedavinin Psikososyal Sonuçları (Moyer,1997)

<b>Psikososyal Faktörler</b>	<b>İçerik</b>
Psikolojik uyum	Depresyon, öfke, anksiyete, stres gibi duygular
Evlilik ilişkileri ve cinsel uyum	Evlilik doyumu ve cinsel işlevler
Sosyal uyum	Sosyal işlevler ve grup içindeki davranış/duygu
Beden/kendilik imgesi	Beden imgesi/doyumu, kendilik imgesi/doyumu
Kanserle ilgili konular	Kanserin yenilebileceği korkusu/kaygısı
Genel uyum	Diğer faktörlerin bileşkesi ve yaşam kalitesi

**Beden İmajında Bozulma:** beden imajı “kişinin geçmişte ve yaşadığı dönemde kendi bedenine ilişkin düşünceleri”dir. Mastektomi sonrası hastaların %20-30'unda beden imajı bozukluğu görüldüğü belirlenmiştir. Beden imajı bozukluğu belirtileri şunlardır.

- Hastanın bedenindeki değişime ilişkin sözel ve sözel olmayan (ağlama, bağırma, öfke vb.) ifadeleri
- Etkilenen kısma bakmama, dokunmama, etkilenen kısmı aşırı biçimde sergileme ve beden hakkında olumsuz düşüncelere sahip olma
- Ümitsizlik, güçsüzlük ve çaresizlik duyguları
- Tamamen kayba odaklanma



- Kaybedilen organı özleme yada olduğunu düşünme (fantom fenomen)
- Özbakımı üstlenmeme ve kendi bakımı için işbirliği yapmayı reddetme
- Değişimi örtücü duruş ya da giysiler seçme
- Sosyal ilişkilerde azalma

**Cinsel Yaşama İlişkin Sorunlar:** Mastektomi ameliyatının cinsel yaşama etkisini sıralayacak olursak;

- Birçok kadın için meme kaybı kadınlık kaybı ile eş anlamlı görülmektedir. Hasta ameliyatın yol açtığı fiziksel değişiklik sonucu kadınlığını kaybettiğini düşündüğü için beden imajı ve benlik imajı değişimi yaşamaktadır. Beden imajı, benlik imajı ve cinsellik birbirleri ile ilişkilidir. Dolayısıyla beden ya da benlik imajında yaşanan değişim hastanın cinsel yaşamını olumsuz etkilemektedir.
- Ameliyat ya da kanser tedavisine bağlı bedende oluşan değişiklikler (skar dokusu oluşumu, saç dökülmesi vb.) beden ve benlik imajını olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla beden imajı bozulan kadının benlik saygısı azalmakta ve kendini bir kadın olarak değersiz olduğunu ve istenmediğini hissetmektedir.
- Kemoterapi ve hormon tedavisi vajinal kurumaya, libidoda azalmaya ve hastaların kendilerini cinsel ilişki sırasında yorgun hissetmelerine neden olmaktadır.

**Hastalıkla Etkili Baş Edememe:** Mastektomi sonrası etkili baş etme yöntemlerini geliştiremeyen hastalarda depresyon ve ciddi anksiyete gibi psikolojik sorunlar gelişebilmektedir (Akkaş,2002).

Kansere karşı gösterilen uyum mekanizmalarını şöyle sıralanabilir;

- Savaşma ruhu
- Çaresizlik ve umutsuzluk
- Bunaltı ve aşırı uğraş
- Kaçınma ve inkardır (Özkan, 2007).

## 2. 3. 4. HASTALARIN MASTEKTOMİ SONRASI SOSYAL SORUNLARI

**Aile Yaşantısında Değişiklik:** Hastalık ve tedavi sürecinin getirdiği sorunlardan en fazla etkilenen aile üyeleridir. Meme kanserli hastaların aile üyelerinde tanı sonrasında şok, korku ve gelecek endişesi yaşadıkları yapılan araştırmalarda görülmektedir. Hem hasta hem de eşinin eşlik rolleri, cinsel hayatları etkilenebildiği gibi bu hastalığın eşler arasındaki iletişimi daha da kuvvetlendirdiği görülmektedir. Meme kanseri tanısının konulmasıyla başlayan tedavi sürecinde hastanın annelik ve eşlik rollerinde bazı değişimler olmaktadır. Hastalık sürecinde bazı aile üyeleri birbirine daha çok yakınlaşmakta, bazıları ise birbirinden uzaklaşmaktadırlar. Aile üyelerinin gündelik yaşamlarına ilişkin sorumluluklarına bakım sorumluluğu da eklenmekte ve aile üyelerinin rollerinde değişim yaşanmaktadır. Eşlerin yaşadığı sorunların nedeni, genellikle evle ilgili rol ve sorumlulukların değişmesi ve hasta eşin duygusal sorunları karşısında hissedilen yetersizlik ve çaresizlik duygularıdır. Yapılan çalışmalarda kadının aile ve arkadaşlarından geri çekileceğini, duygusal gerileme yaşayabileceğini ve bazen de eşine ve ailesine suçlamalarda bulunabileceği görülmektedir (Arıkan,2000). Yine meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada aile çatışmalarının yüksek oranda yaşandığı ve duyguların açıkça ifade edilmediği kişilerde psikopatolojinin yüksek olduğu ve aynı zamanda meme kanserli kadınların eşlerinin kendilerini terk edeceği endişesi yaşadığı saptanmıştır (Dorval ve ark.,1999). Ölümle karşı karşıya geldiklerini düşünen aileler, yaşamın ne kadar narin ve değerli olduğunu vurgulayarak, ailelere çözümlenmemiş sorunlarını halletmeleri ve daha şefkatli ilişkiler kurmaları için fırsat vermektedir ( Akkaş,2002; Balneveas ve ark.,2000; Tüzer,2001; Wagner ve ark.,2006).

Hastalık ve tedavi sürecinin getirdiği sorunlardan en fazla etkilenen aile üyeleri çocuklardır. Çocuklar gelişimsel düzeylerine bağlı olarak farklı korku ve kaygılara sahip olabilirler. Özellikle aileye bağlı küçük çocukların olması, hastalık sürecinin belirsizliği aile üyelerinde çocukların geleceği hakkında kaygılara neden olabilmektedir. Ayrıca meme kanseri olan kadınların, genetik yatkınlıktan dolayı hastalığın ailedeki diğer kadınlarda da ortaya çıkma olasılığıyla ilgili korkular yaşayabilmektedir. Ayrıca, anneler çoğunlukla çocuklarını stresten korumak ve onların sorunlarından kaçınmak için hasta olduklarını gizlemektedirler. Ancak çocuklar ailelerinde bir sorun olduğunu kolaylıkla fark etmekte ve kendilerine açıklama yapılmamasının sıkıntısını yaşamaktadırlar (Çam ve Babacan,2006; Akkaş,2002).

**İş Yaşamında Değişiklik:** Meme kanserinin yol açtığı sorunlardan bir tanesi de ekonomik ve çalışma hayatıyla ilgilidir. Bu sorunlar genel olarak, sağlık sigortası ve güvencesinin

olmaması ve kanserde uygulanan uzun tedavilerin yüksek maliyetleri nedeniyle yaşanan zorluklardır. Özellikle tedavi döneminde hastalar bulantı, ağrı, yorgunluk gibi hastalık semptomlarının etkisiyle rol ve sorumluluklarını yerine getirememektedir. Çalışan kadınlarda, özellikleri ve hastanın bedensel gücü değerlendirilmek koşuluyla hastanın kısa sürede işine dönmesinde sakınca bulunmamaktadır. Çalışmayan hastaların zamanlarını değerlendirmek için bedensel güç gerektirmeyen uğraşlar bulmaya yönlendirilmesi yararlı olmaktadır (Çam ve Babacan,2006; Akkaş,2002).

**Sosyal İlişkilerde Değişiklik:** Mastektomi sonrası hastalarda çeşitli nedenlerden dolayı sosyal ilişkilerde azalma ve ya bozulma şeklinde değişiklikler ortaya çıkabilir. Hastalığını başkalarına bulaştırabileceğini düşündüğü için sosyal izolasyon yaşayabilmektedirler (Akkaş,2002; Rokach,2000) .

#### **2. 4. EŞ AÇISINDAN KANSER TANISI**

Kanser bir aile travmasıdır. Kanser sadece hastayı değil onun en yakın çevresini, ailesini ve arkadaşlarını da olumsuz şekilde etkilemektedir. Hem hasta hem de eşleriyle görüşülerek yapılan bir araştırmada, mastektomi olmuş hasta ve eşinin görüşme esnasında çok endişeli oldukları erkek eşlerin mastektomi hakkında konuşmaya karşı daha fazla olumsuz tepki gösterdikleri ve hem kadının hem de erkeğin duygusal desteğe ihtiyacı olduğu ileri sürülmüştür (Northose,1998; Arıkan,2000).

Mastektomi sonrası hasta ile eşi arasında ilişki kalitesinde değişim ve iletişim sorunları ortaya çıkmaktadır. Hastalığın doğasında olan belirsizlik, kronik hastalık ve ölümlerle yüzleşmenin yarattığı sıkıntılar, artan sorumluluklar ve anksiyete hem hasta hem de eşinde gözlenen güçlüklerdir (Özkan,2007; Akkaş 2002). Mastektomi ameliyatından sonra, kadın ve eşi bir takım zorluklarla yüz yüze kalacaktır. Mastektomi sonrası ameliyat bölgesinde skar oluşacak ve ayrıca hastada önemli bir kadınlık organının kaybına ilişkin üzüntü ve eksiklik nedeni ile eşine ve çocuklarına yeterli olmama korkusu gelişecektir. Burada asıl konu memenin fiziksel kaybı değil, eşin karısını duygusal olarak destekleme yeteneği ve değişikliği kabul etmesidir (Okanlı,2003).

Meme kanserli hastaların eşleriyle yapılan çalışmalarda görüşmelerde, eşin hastanın yanında neşeli davranmaya çalışıp, yalnız kaldığı dönemlerde gizlice saatlerce ağladığını, kötü kabuslar görüp ağlayarak uyandığını ve çabuk tepkiler verip çok çabuk sinirlendiklerini ve bunu yakın çevrelerinin fark ettiklerini belirtmişlerdir (Hocaoğlu ve ark,2007).

Kanser hastalarının eşlerinde en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklar;

- Depresyon
- Anksiyete
- Fiziksel ve psikomatik semptomlar
- Uyku bozuklukları
- Yeme bozuklukları
- Baş ağrısı
- Sinirlilik ve gerginlik
- Konsantrasyon güçlükleri (Özkan, 2007).

## **2. 5. MEME KANSERİ VE EŞ UYUMU**

Meme kanseri ve mastektominin kişinin ruhsal olarak en fazla etkilendiği hastalık deneyimlerinden biridir. Kanserli kadının memesini kaybetmeye karşı göstereceği reaksiyonun yönünü ve şiddetini daha çok içinde yaşadığı toplumun değer yargıları, normları ve memenin benlik algılamasındaki rolü belirler. Mastektomi geçirmiş kadınlar ile yapılan araştırmalarda libido kaybı ve cinsel uyumsuzluklar saptandığı görülmektedir. Bu nedenle mastektominin, kadının evlilik ve cinsel yaşamını etkilediği görülmektedir (Şendil,1999).

Mastektomi sonrası hasta ile eşi arasında ilişki kalitesinde değişim ve iletişim sorunları ortaya çıkmaktadır. Kanser hastasının eşi olmak kanser hastası olmak kadar güçtür. Hastanın dışında, ailede en çok etkilenen meme kanserli kadının eşidir. Hastanın eşinden gelen sosyal destek diğer aile üyeleri ve arkadaşlar tarafından sağlanan destekten çok daha önemli olmaktadır. Meme kanseri cerrahisi sonrası kadın ve eşi iki önemli sorun ile karşı karşıya kaldıkları belirtilmektedir. Bunlar; mastektomi sonrası beden imajının bozulmasına bağlı olarak eşi ile içten ilişki kuramama, hastanın eve döndüğünde belirli bir süre sorumluluklarını yerine getirememeye bağlı kendini yetersiz hissetmesidir. Shands ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu bir araştırmada çiftlerin %45'inin ilişkilerindeki gerginlik ve stresin nedeninin mastektomiye bağlı olarak geliştiği görülmektedir (Shands ve ark.,2006). Nourhouse'un yapmış olduğu bir çalışmada da meme kanseri tanısı almış hasta ve eşinin stres ve gerginliği normal popülasyondan yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Northose ve ark.,1998). Yine Şendil'in (1999) mastektomili hastalarda yapmış olduğu bir çalışmada ise mastektomi sonrası cinsel ilişki sıklığında azalma olduğu gibi, cinsel ilişkiden zevk almama olduğu saptanmıştır (Şendil,1999). Dorval ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada da meme kanseri tanısı almadan önce iletişimleri iyi olan çiftlerin mastektomi sonrası da evlilik uyumlarının iyi olduğu saptanmıştır (Dorval ve ark.,1999). Evlilik ilişkileri

ve cinsel işlevlerdeki bozulmalar, yalnızca mastektominin doğrudan etkisine bağlanacağı gibi, mastektomi tekniği ile tedavi görmüş ve kanser tanısı almış olmanın yarattığı depresyon, anksiyete ve korku gibi psikolojik uyumu bozabilecek faktörlerin dolaylı etkisine de bağlanabilmektedir (Okanlı,2003; Shands ve ark., 2006; Arıkan,200; Şendil,1999).

Kanser gibi yıpratıcı bir hastalıkla eşin ilgisinin artması hem hastanın hem de eşin hastalığa uyumunu olumlu şekilde etkiler. Evliliğin kanser üzerinde olumlu bir etkisi olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda evli kanser hastaların prognozlarının evli olmayanlara oranla daha iyi oldukları gösterilmiştir. Burada belirtilmesi gereken evliliğin kalitesidir. Destekleyici, duygusal paylaşımın yer aldığı evlilikler kanser hastalığının prognozu üzerinde olumlu etkiye sahiptirler (Okanlı,2003; Özkan, 2007).

## **2. 5. 1. AİLE DÖNEMLERİ VE KANSER TANISI**

**Yeni evlilik dönemi:** Evliliğin ilk yılını kapsayan, eşler arasında güvene ve paylaşımaya dayalı ilişkinin kurulmaya başlandığı, ortak kararlar almanın öğrenildiği dönemdir. Bu nedenle kanser tanısı çiftlerde cinsellik ile ilgili kaygıları, sorunları başlatabilir. Hasta olan eşin anne ve babası girer. Yeni maddi sorunlar çiftin bağımsızlık duygularını olumsuz olarak etkileyecektir. Çift zor kararlar almayı gereken bir problemle karşı karşıyadır. Tedavinin kısırlığa yol açabilme ihtimali sorunlar ve kaygılar yaratabilmektedir (Özkan, 2007).

**Ana-babalığa uyum dönemi:** Evliliğin 3-5 senelerinden sonra başlayan dönemdir. Çocuk sorumlulukları artmış, çocukların yetişme döneminde yeni roller, sorumluluklar oluşmuştur. Bu dönemde anneye kanser teşhisi konması hem oldukça hassas dönemde olan çocuğu hem de çifti etkiler. Bu nedenle yakın aile bireylerinin, akrabaların annenin sorumluluklarını devralması gerekmektedir (Özkan, 2007).

**Yetiştirme dönemi:** Evliliğin 6-18. yılları arasındaki dönemdir. Bu nedenle annede kanser görülmesi, okul stresi özellikle adölesan sorunları ile birleşince oldukça zor olmaktadır. aile ilişkileri oldukça önemlidir. Yalnız yaşayan boşanmış çiftler bu anlamda daha fazla risk altındadırlar (Özkan, 2007).

**Eş ilişkilerini yeniden kurma dönemi:** 19-25 yıllık evli çiftler ortak bir hedefi paylaşırlar. Bu dönemde kanser, rol kaybı ile birlikte yaşanan duyguları daha komplike hale getirmektedir. Bu dönemde kanserle karşılaşan çiftler iki kaybı bir arada yaşarlar.

Bağımsızlaşan çocuk kaybı, eşin potansiyel kaybıdır (Özkan, 2007).

**Olgunluk dönemi:** 26 yıllık ve daha fazla süreli evliliklerde emosyonel paylaşım daha yoğundur. Bu dönemde kanser travmasının yaratacağı psikolojik ve psikososyal değişimlere uyum sağlamak oldukça güçtür. Yaşlı çiftlerde kanser fobisine sıklıkla rastlanmaktadır (Özkan, 2007).

## 2. 6. YALNIZLIK

Yalnızlık, çağın getirdiği hızlı değişimle insanları son yıllarda en çok korkutan, tüm yaşamlarını etkileyen, bunaltan ve onları güçsüz bırakan bir durumdur. Öznel bir kavram olarak düşünüldüğünde, boş hissetme ve kendini bırakmanın duygusal ifadesi olarak tanımlanabilir. Bireyin sosyal çevresiyle iletişiminin hem niteliksel, hem de niceliksel bozulması durumunda yaşanan hoş olmayan bir duygudur. İnsanlar yaşları ve sosyal durumları ne olursa olsun yaşamlarının belli dönemlerinde yalnızlık yaşayabilirler (Alkan ve Sezgin,1998; Özkürkçügil,1998; Killen,1998; Ceyhan,2005). Bireylerin ilişkilerinde yetersiz ve bireysel olarak doyurucu olmayan sosyal yaşantılar içinde olmaları yaşamlarını farklı ölçülerde etkileyebilmektedir. Bu da bireylerin kendilerini toplumdan soyutlamalarına ve yalnız hissetmelerine sebep olabilmektedir (Buluş,1997). Yalnızlık, sosyal ilişkilerde beklenen düzey ile gerçeklerin birbirine uymamasından kaynaklanmaktadır. Eğer bireyin sahip olduğu ilişki bireyi tatmin etmiyorsa kendini yalnız hissedecektir (Ünal ve Bilge,2005; Aral ve ark.,2006; Sevil ve ark.,2006; Killen,1998).

Bir insanın tek başına yaşaması gibi somut yalnızlık, çevresi tarafından dışlanma sonucu yaşanan yalnızlık, kişinin önemli durumlarda ve sosyal yetersizlik olduğunda ortaya çıkan yalnızlık, insanın kendini anlaşılmamış ve kimsesiz hissettiği gerçek yalnızlık gibi farklı yaşantıların tümü 'yalnızlık' olarak isimlendirilebilir. Bu bağlamda yalnızlık da bireyin yaşamda göreceli olarak yaşayabileceği duygulardan biridir (Ceyhan,2005).

Hızlı, hareketli yaşam koşulları ve değişimler insanların dengesini zorlamakta; beraberinde güvensizliği, yabancılaşmayı, ilişkilerde yüzeyselliği getirmekte olup, giderek insanların kendi kendine olmaları ağırlık kazanmakta, sosyal çevreleri sınırlamakta, birbirlerine zaman ayırma ve bunun gerekliliği gözardı edilmektedir ve buna bağlı olarak gelişen anksiyete, depresyon ve kişilerarası ilişkilerin bozulması sonucu yalnızlık gelişmekte bu da hastalıklara karşı savunmayı olumsuz yönde etkilemektedir. Tüm bu sorunlar, insanlarla ilişkilerin bozulmasına, aile içi ilişkilerden arkadaş, akraba, çalışma yaşamını, hasta-sağlık ekibi ilişkilerine kadar yansımaktadır (Alkan ve Sezgin,1998).

Yalnızlığın süresi ile ilgili olarak üç tip yalnızlıktan söz edilmektedir.

- **Geçici yalnızlık:** Belirli ve anlık yalnızlık duygusunu içermektedir.
- **Durumsal ya da geçiş yalnızlığı:** Herhangi bir değişiklik olana kadar sosyal ilişkilerden doyum sağlayan bireyin bu değişiklik olunca ilişkilerden doyum alamaması olarak görülmektedir.
- **Kronik tip yalnızlık:** uzun bir süre içerisinde bireyin sosyal ilişkilerinden doyum alamaması şeklinde tanımlanmaktadır (Buluş,1997).

Peplau yalnızlığı yapayalnızlık, tek başınalık ve yalnızlık olarak ele almıştır (Öz,2004).

**Lonesomeness (Yapayalnızlık):** Başkalarıyla beraber olmayı isteme fakat onlardan uzak olmayı ifade eder. Birey bunu başkalarıyla ilişkisini kopardığı zaman hisseder, başkalarıyla yakın olmak istediğini bilir ve bunu sözelleştirebilir. Kişi ailesi, yakın arkadaşları ve çevresiyle birlikte olduğu halde, bazen hala yalnızlık hissetmeye devam eder (Ceyhan,2005; Öz,2004).

**Aloneness (Tek başınalık):** Tek başınalık; hayatı etkileyen belirli kararları verirken, yalnız olmak ya da birlikteliğin olmamasını anlatır. Yalnızlık bazen tercih edilebilir. Resim yapan, yazan, keşif yapan bireyler yalnızlığı tercih edebilirler. Bu nedenle, tekbaşınalık tercih edilen bir durumdur ve yapayalnız kalmadan tek başına olmak mümkündür. Hasta birey ailesinin dışında kendisiyle ilgili bir karar verirken, kendini tek başına hissedebilir. Bu tip kişisel kararlarda diğer insanların da rolü olabilir ancak olayı yaşayacak hasta birey tek başınadır (Ceyhan,2005; Öz,2004).

**Loneliness (Yalnızlık):** Yalnızlık öznel bir kavram olarak düşünüldüğünde, boş hissetme ve kendini bırakmanın duygusal ifadesi olarak tanımlanabilir. Bireyin sosyal çevresiyle iletişiminin hem niteliksel, hem de niceliksel bozulması durumunda yaşanan hoş olmayan bir duygudur. Peplau, yalnızlığın tercih edilen ve seçilmiş bir durum olmadığını vurgular. Yalnız insan çoğunlukla nedeninin farkında değildir. Birey bu durumu "*yalnızken yapacak bir şey bulamama*" şeklinde tanımlar. Yalnızlık çoğu zaman bir duygu olarak değil, kişide açıklanamayan bir korku, sıkıntı ümitsizlik ya da yerinde duramama şeklinde yaşanır (Ceyhan,2005; Öz,2004).

## **2.6.1.YALNIZLIĞIN BOYUTLARI**

### **Yalnızlığın Fiziksel Boyutu**

- Kronik bir hastalık sosyal izolasyona neden olabilir.
- Fiziksel hareket yetersizlikleri ve kayıplar yalnızlığın gelişimi için risk faktörü olabilir
- Konuşma ve işitme engeli yalnızlığı besler (Ceyhan,2005).

### **Yalnızlığın Emosyonel Boyutu**

- Kendi sorunlarından uzak dururken, diğerlerinin arkadaşlığına gömülmek bireyde yalnızlık anksiyetesi yaratabilir.
- Önemli bir şeyin kaybı yalnızlığı arttırabilir.
- Adölesanların hissettiği yalnızlık çocukluk dönemi ile ilişkilidir.
- Yalnızlık psikozlara neden olabilen, yapıcı olmayan emosyonel paralizilerdir.
- Olayların yıldönümü yalnızlık hislerini ortaya çıkarır.
- Yalnızlık çok ezicidir. Sürekli yaşanır.
- Bir sevdiğinin, sır arkadaşının ya da destek veren bir kişinin eksikliği emosyonel yalnızlıkla sonuçlanabilir (Ceyhan,2005).

### **Yalnızlığın Entellektüel Boyutu**

- Birey yalnızlık hissettiğinde, bunun nedenini tanımlayamaz. Yalnızlık duygusu geçtikten sonra ise süresiz olarak acı dolu olan yalnızlık deneyimi hakkında görüşmeyi ve hatırlamayı istemez.
- Yalnız bireyde 2 tür düşünce gelişebilir. Birincisinde birey yalnızlık hissini tanımlayabilir ve bunu sözel olarak ifade edebilir. Diğerinde ise mantığa uygun olmayan ve gerçekte ilişkisiz otomatik düşünceler hakimdir. Bu tür algılamalarda bilişsel bozulmalardan söz edilir. Bunları tanımlamak birey için daha güçtür (Ceyhan,2005).

### **Yalnızlığın Sosyal Boyutu**

- Yalnızlık psikolojik distresin eşlik ettiği, sosyal ilişkilerdeki doyumsuzluk ya da sosyal ilişkilerin yokluğudur.
- Yalnızlık, primer grup ilişkilerinin azlığından kaynaklanan modern toplumlara özgü bir olgudur.
- Yalnızlık yakınlık kuramama ile karakterizedir.
- Özgüven yetersizliği yalnızlık için bir risk faktörüdür.
- Düşük benlik saygısı yalnızlığın gelişimine katkıda bulunur (Ceyhan,2005).

### **Yalnızlığın Spiritüel Boyutu**

- İnsanların çoğu yalnızlıktan korktuğundan dolayı, bütün değerlerden uzak kaldıklarını hissedebilir.



- Yalnızlık katkıda bulunamamadır.
- Güçlü bir dini inanç yalnızlığı önleyebilir. Diğer insanlara yardımcı olma hislerini sağlar (Ceyhan,2005).

## **2.6.2. YALNIZLIĞIN BELİRTİLERİ**

Yalnızlığa ilişkin belirtiler her bireyde farklılıklar gösterir. Bunlar;

- Yeme alışkanlığında değişim; aşırı yemek yeme sonucu kilo alma ya da iştah kaybı sonucu kilo kaybı,
- Uyku değişimleri; aşırı uyuma ya da uyuyamama,
- Önemsizlik duygusu; hiç kimse için hatta kendisi için de önemli olmama duygusu, kendine acıma,
- Somatik ağrılar; sırtta, bacaklarda ağır yük taşımış gibi dirençsizlik tarzında ağrılar,
- Tek başına yapılan faaliyetlerde artma; amaçsız ve aşırı derecede alış-veriş etme, amaçsız bir şekilde TV izlemek,
- Alkol ve ilaç kullanma,
- İntihar girişimleri,
- Düşük omuzlar, aşağı kıvrılmış dudak çizgileri, yavaş ve acı çeker gibi yürüyüş,
- Umutsuzluk,
- Kendini her şeyden çekmek, sessizliğe gömülmek, ilgisiz ve amaçsız olmaktır (Ceyhan,2005).

## **2.6.3. YALNIZLIĞIN ÖZELLİKLERİ**

### **Duygulanım Özellikleri**

- Boşluk hissi içinde olma
- Terkedilmiş hissetme
- Depresyon yaşama
- Ümitsizlik yaşama (Ceyhan,2005)

### **Bilişsel Özellikler**

- Kendini suçlama
- Yanlış yorumlar yapma
- Benlik değerinde azalma (Ceyhan,2005)

## **Davranışsal Özellikler**

- Kendini “yalnız insan” olarak kabul etme ve öyle davranma
- Grup aktiviteleri yerine bireysel aktiviteleri tercih etme (tek başına televizyon seyretme gibi)
- Sosyal içe kapanık davranış gösterme
- Madde bağımlılığına eğilim gösterme (sigara içme-alkol alma vb.) (Ceyhan,2005)

## **2. 7. MEME KANSERİ VE YALNIZLIK**

Kanser hastaları hastalıklarının çeşitli evrelerinde, ümitsizlik, yalnızlık, sosyal izolasyon, güçsüzlük, terk edilme, dayanılmaz ağrı, mutsuzluk ve suçluluk gibi ruhsal deneyimler yaşarlar. Kanser ile yaşamak yaşamlarında birçok değişiklik anlamına gelmektedir. Bireysel faktörler ve yaşantılarında strese sebep olan dış etkiler hastanın yalnızlık seviyesini arttırmaktadır. Strese sebep olan kronik hastalarda depresyona bağlı yalnızlık yaşanmaktadır ve buna bağlı olarak da hasta ve eşlerin yalnızlık düzeyleri yüksek olarak saptanmaktadır (Sevil ve ark.,2006; Kara ve Mirici,2004; Rokach,2000).

Kanser hastaları hastalıkları ile ilgili koşul ve sınırlılıklardan dolayı, kişiler arası ilişkilerde güçlükler yaşarlar. Hastaların hastalıklarıyla baş edebilme yeteneği, hastaların sosyal ilişkilerindeki iletişiminin kalitesini arttırmaktadır. Kanser aynı zamanda, hastayı rahatsız eden tedavi boyunca kas içi kanamalar, saç dökülmesi, ağız yaraları, çeşitli cilt reaksiyonları gibi fiziksel değişimlere de neden olur ve hastalar hastalığını diğer insanlara bulaştırabileceğini de düşünebilir ve buna bağlı olarak kendilerini toplumdan izole edebilirler. Friedman ve arkadaşları 60 kanser hastasının yaklaşık %50'sinin direk hastalık ya da hastalığı ile ilgili durumlardan dolayı yalnızlık hissi yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Sevil ve arkadaşlarının jinekolojik kanserli hastalarla yapmış olduğu bir çalışmada ise sosyal desteğe ihtiyacı olan hastalarda yalnızlık düzeyi diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Bu yüzden, sosyal ve emosyonel destek almayan ve bunlara son derece ihtiyacı olan kanser hastalarında yalnızlık hissi görülmektedir (Sevil ve ark.,2006). Alkan ve arkadaşının yapmış olduğu araştırmada yalnızlık yaşamayan hastaların %72'si bunu aileleri ile rahat görüşebilmelerine izin verilmesine bağlamışlardır (Alkan ve Sezgin,1998). Yine yapılan bir çalışmada sosyal destek eksikliğinin yalnızlık ve depresyonu artırıcı yönünün önemi vurgulanmış ve yalnızlık yaşantısının depresyona yol açarak yaşam kalitesini düşürdüğü vurgulanmıştır (Özkürkçügil,1998).

## 2.8. YALNIZLIKTA HEMŞİRENİN ROLÜ

Hasta birey bedensel, kültürel, psişik, sosyal çevre ve ailesi ile bir bütündür. Hemşirenin bireyi bir bütün olarak iyi değerlendirmesi ve ele almasıyla bireyin sorunları çözümlenebilir. Bu sorunlardan biri olan yalnızlık duygusu geliştiğinde, bireyin bu duyguyla başetmesi için yalnızlığa ilişkin tepki ve davranışlarının iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Çünkü yalnızlık her birey için farklı anlam taşıdığından; "*Kendimi yalnız hissediyorum*" diyen ya da konuşmasında yalnızlık mesajları olan hastaya daha açıklayıcı sorular sorularak değerlendirme yapılmalıdır. Aynı zamanda her birey sözel olarak bunu doğrudan ifade edemeyebilir. Bu bakımdan hemşire hastanın yalnızlık duygusunu değerlendirirken;

- Sosyo-demografik özelliklerini,
- Sözel ya da sözel olmayan tepkilerini,
- Kişilerarası sosyal ilişkilerin nitelik ve niceliğini,
- Sosyal desteklerini kullanabilme düzeyini,
- Ailede ve diğer kişiler arasında karar verme düzeyini,
- Mesleki ve sosyal görevlerini,
- Yaratıcılık, üretkenlik ve sosyal aktivitelerle meşgul olma ve bunlardan hoşnutsuzluk durumunu,
- Hoşnutsuzluğunun sözel veya sözel olmayan ifadelerini incelemeli ve ileri veri toplamalıdır.

Yalnızlık ve izolasyon kavramları zaman zaman karışsa da arasında farklılıklar vardır. Yalnızlık ve depresyon da sıkça birbirine karıştırılan bir olgudur. Hemşire bu konudaki bilgileri doğrultusunda, hemşirelik tanılarını koyduktan sonra birey için amaçlarını iyi belirlemelidir.

Yalnızlığın ele alınmasında hemşire girişimlerini belirlerken, öznel bir deneyim olan yalnızlığın, hasta için anlamına ve yaşamına olan etkisini araştırmalıdır. Yalnızlığın yaşanma biçimine bu tür bir anlayışla yaklaşmak, hemşirelik müdahalesinin yönünü belirlemek açısından önemlidir. Hemşire;

- Hasta bireye, hastalık ve tedavisi hakkındaki korkusunu yenmesi için bilgilendirme yapmalıdır. "yansıtılmalı aynılaşım" denilen "ben de bu durum yalnızca ben de var zannediyordum. Oysa, başkaları da bunu yaşıyormuş" şeklindeki düşünce, bu durumun olağandışı oluşunu azaltıp, normalleştirmeyi sağlayabilmektedir.

- Bilgilendirmeye hasta bireyin aile üyeleri ve diğer sevdiği kişilerde katılabilir. Hastalığın algılanışı her birey için farklı olabileceği için, aileler de yalnızlık yaşayabilmektedir.
- Aile üyelerinin hastayla beraber olmasına izin verilmelidir.
- Hasta bireyin özel eşyalarını yanına almasına izin vermelidir.
- Kişiler arası ilişkilerini arttırması için teşvik etmelidir.
- Hastaya hangi isimle çağrılmaktan hoşlandığı sorularak moral verici, değerlilik katan hitaplarla konuşmalıdır.
- Hasta ve ailesini bakıma katarak aile üyeleri arasındaki etkileşimi arttırmalıdır.
- Hastalık konusunda duygu ifadesini sağlayarak korkusunu azaltmalıdır.
- Güvenli ilişki kurmak için tedavi edici dokunmayı kullanmalıdır.
- Hasta bireye, hem hemşiresi hem de duygularını paylaşan bir insan olarak yanında olduğunu hissettirmelidir.
- Hastanın iletişimde süreklilik sağlanarak anksiyetesi, dolayısıyla yalnızlık duygusunu azaltmalıdır.
- Hastaneden taburcu olduktan sonraki yaşamında da bireyin kronik yalnızlık yaşamını engellemek için yardım etmelidir (Ceyhan,2005; Öz,2004).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3. 1. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Bu araştırma meme kanserli mastektomi olmuş kadınların, ameliyat sonrası eş uyumları ve yalnızlık düzeylerini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır..

#### **3. 2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN**

Araştırma 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Servisi 01.11.2007-01.03.2008 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### **3. 3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini 19 Mayıs Üniversitesi Tıp fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Servisi 01.11.2007 - 01.03.2008 tarihleri arasında başvuran meme kanserli mastektomi olmuş evli kadınlar alınmıştır. Örneklem büyüklüğü Power Analizle belirlenmiş ve araştırma kapsamına, katılma kriterlerine uyan 49 kadın alınmıştır.

Araştırmaya katılma kriterleri;

- Mastektomi olma (kemoterapi amacıyla gelen)
- Ameliyatın üzerinden en az 3 ay ve en fazla 5 yıl süre geçen (3 aylık süre hastanın evlilik uyumu ve yalnızlık düzeyini en erken süreçte değerlendirebilmek ve 5 yıllık süre ise hastada başka organ metastazlarının çıkmaması ve tam bir remisyonun olabilmesi için literatür doğrultusunda tespit edilmiştir (Ünal,2001; Okanlı2003).
- Metastazı bulunmayan
- İletişim kurabilen
- Evli ya da bir eşle yaşayan
- Okuma yazma bilen
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan ve
- Çalışmaya katılmaya istekli olan kadınlar alınmıştır.

### **3. 4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ**

**Bağımsız Değişkenler:** Hastaya ait sosyo-demografik özellikler, evlilik özellikleri ile ameliyat öncesi yalnızlık durumları bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

**Bağımlı değişkenler:** Mastektomi sonrası eş uyumu ve yalnızlık düzeyleri ise bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

### **3. 5. VERİLERİN TOPLANMASI**

Verilerin toplanmasında tanıtıcı özellikleri, kadınların evlilik özellikleri ve yalnızlık durumlarını inceleyen sorulardan oluşan soru formu ile Çift Uyum Ölçeği ve UCLA Yalnızlık Ölçeği kullanılmıştır.

#### **3. 5. 1. TANITICI ÖZELLİKLER ANKET FORMU (EK-1)**

Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan hasta soru formunda 17 soru yer almaktadır (Okanlı,2003; Dorval ve ark.,1999; Sertöz ve ark.,2004).

Bu formda hastaya sosyo-demografik özellikleri içeren (yaş, eğitim düzeyi, mesleği, aylık gelir miktarı, yaşadığı çevre, sosyal güvence, çocuk sayısı) 8 soru, evlilik özelliklerini (eşinin mesleği, eşinin eğitim düzeyi, evlenme yaşı, evlilik süresi, ameliyat öncesi dönemde evlilik ilişkisini tanımlaması, ameliyatın ilişkilerini nasıl etkileyeceğini ifade etmesi) içeren 6 soru ve ameliyat öncesi yalnızlık düzeylerine yönelik ( “kendinizi yalnız hissediyormuydunuz”, “evetse ne sıklıkta”) 2 sorudan oluşmuştur.

Formlar önce 10 kişilik bir gruba uygulanmış, soruların içerik ve anlam yönünden denetimi yapıldıktan sonra son hali verilerek uygulamaya başlanmıştır.

#### **3. 5. 2. ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ (EK-2)**

Spainer tarafından 1976 yılında geliştirilen ve ülkemizde Fışiloğlu ve Demir tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış “çift uyum ölçeği”, çiftlerin algıladıkları biçimde ikili ilişkilerin özelliklerini ölçmek için geliştirilmiş 32 maddelik ölçektir.

a) eşler arasında sorun yaratan farklılıklar,

b) kişiler arası gerginlik ve kişisel anksiyete,

c) eşler arası tatmin,

d) eşler arası bağlılık,

e) yapılmakta olan işlerin önemi konusunda eşler arasındaki fikir birliğinin dereceleriyle karar verilecek bir süreç olduğunu belirtmiştir. Bu ölçek tutum, davranış ve bilişsel süreçleri bir

arada ele alan çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Çift uyumunun yanı sıra evlilik duyumunun da ölçülmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Akar,2005).

Dört alt ölçekten oluşur.

- a). Eşler arası tatmin alt ölçeği; negatif ve pozitif düşünce modelleri ile pozitif ve aversif iletişimi sorgulayan 10 madde içerir.
- b). Eşler arası bağlılık alt ölçeği; birlikte geçirilen zamanı ve konuşmaları anlatan 5 maddeden oluşur.
- c). Eşler arası fikir birliği alt ölçeği; evlilik ilişkilerindeki temel konular hakkındaki anlaşma düzeyini gösteren 13 maddeden oluşur.
- d). Duygusal ifade alt ölçeği; sevgi gösterme şekillerinde anlaşma derecesini gösterir ve sevgi gösteren davranışları yapmayı içeren 4 maddeyi içerir. Toplam ölçüm puanları evlilik uyumu ve tatmin derecesini yansıtmaktadır (Akar,2005).

Alt Ölçek	Madde Numarası	Toplam (32 Madde)
Memnuniyet-Doyum	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32	10
Fikir Birliği	1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	13
Bağlılık	24, 25, 26, 27, 28	5
Duygusal İfade	4, 6, 29, 30	4

Yurt içindeki farklı çalışmalarda kullanılan ÇUÖ'nün iç tutarlık güvenilirliği Cronbach alfa cinsinden .92 olarak, yarım test güvenilirlik korelasyonu .86 olarak bulunmuştur. Fıfıloğlu ve Demir (2000), ayrıca, ÇUÖ'nün önerildiği gibi dört faktörden oluştuğunu; iç tutarlık güvenilirliklerinin, çiftin mutluluğu için .83, çiftin bağlılığı için .75, ortak kararlılık için .75 ve duygusal ifade için .80 olduğunu bulmuşlardır (Uğurlu,2003). Ölçeğin bu araştırmadaki cronbach alpha değeri 0.74'dür.

Test toplam puan üzerinden değerlendirilebilir. Testten alınabilecek puanların dağılımları 0-151'dir. Toplam uyum puanının yüksek oluşu bireyin ilişkisinin ya da evlilik uyumunun daha iyi olduğunu gösterir.

### 3. 5. 3. UCLA'NIN YALNIZLIK ÖLÇEĞİ (EK-3)

UCLA yalnızlık ölçeği 10'u düz, 10'u ters yönde kodlanmış 20 maddeden oluşmaktadır. Bireylerden maddelerde yer alan durumları ne sıklıkla yaşadıklarını dörtlü Likert tipi ölçek üzerinde belirtmeleri istenmektedir. Ölçek olumlu yöndeki ifadeleri içeren maddelere,

- “hiç yaşamam” 4,
- “nadiren yaşarım” 3,
- “bazen yaşarım” 2,
- “sık sık yaşarım” 1 puan;

Olumsuz ifadeleri içeren maddelere ise bunun tam tersi olarak,

- “hiç yaşamam” 1,
- “nadiren yaşarım” 2,
- “bazen yaşarım” 3,
- “sık sık yaşarım” 4 puan verilerek puanlanmaktadır.

Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20 dir. Ölçekten alınan puan arttıkça yalnızlık düzeyi de artmaktadır. Bireylerin aldıkları toplam puanlara göre 20-34 puan alan bireyler ‘düşük’ derecede, 35-48 puan alanlar ‘orta’ derecede, 49 ve üstünde puan alanlar ‘yüksek’ derecede yalnız olarak değerlendirilmektedir (Ceyhan,2005; Kara,2006; Sevil,2006; Akar2005). Ölçeğin puanlama şekli Ek-3de gösterilmiştir. Ölçeğin bu araştırmadaki cronbach alpha değeri 0.74’dür.

### 3. 6. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler hastalardan araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Hasta kadınlara; Soru formu, Ucla yalnızlık ölçeği, Çift uyum ölçeği formları verilmiş ve bireylerin kendileri tarafından formlar doldurulmuştur. Formların doldurulma süresi yaklaşık olarak 20-30 dakika sürmüştür. Veriler kliniklerde hemşire ofislerinde sadece, daha önceden ameliyat olmuş kemoterapi amacıyla hastaneye gelmiş hasta ve araştırmacının olduğu ortamda toplanmıştır. Veri toplama süresince hastalara ek bir açıklama yapmaya gerek duyulmamıştır.

### 3. 7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler bilgisayarda 11.00 SPSS paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde aşağıdaki testler kullanılmıştır.

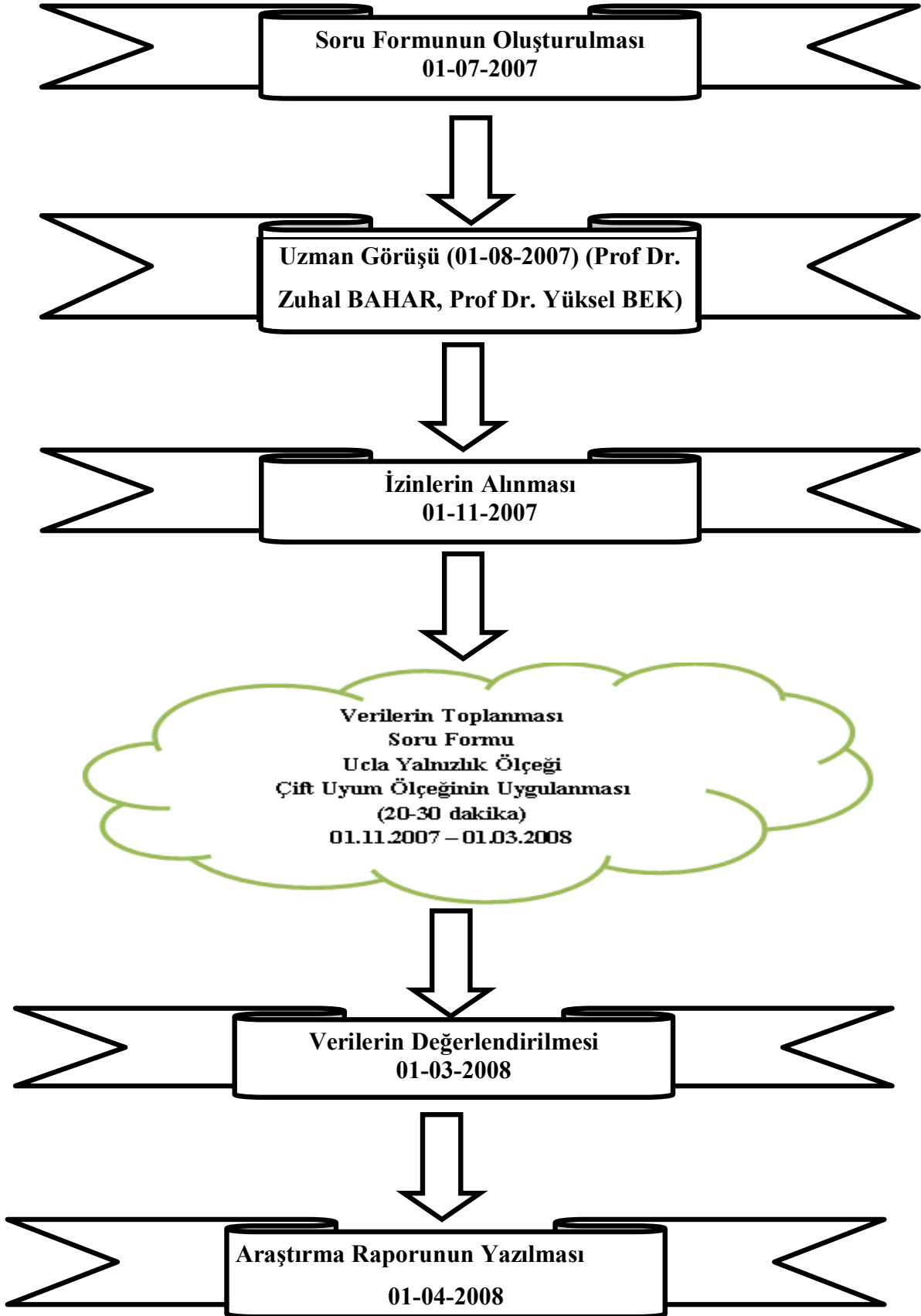


- Hastaların tanıtıcı özelliklerini incelemek amacıyla yüzdelik oranlar
- Hastaların tanıtıcı özellikleri ile çift uyumu ve yalnızlık ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için;
  1. Hastaların tanıtıcı özelliklerinden yaş, eğitim, sosyal güvence durumu ile eş uyumu ve yalnızlık düzeyi arasındaki farkı karşılaştırmak amacıyla Kruskal-Wallis analizi yapılmıştır.
  2. Hasta eşlerinin eğitim durumu ve mesleği ile eş uyumu ve yalnızlık düzeyi arasındaki farkı karşılaştırmak amacıyla Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.
  3. Evlilik yılı, aylık gelir ve çocuk sayısı ile eş uyumu ve yalnızlık düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için korelasyon Analizi ve;
  4. Eş uyumu ve yalnızlık düzeyi birbirleriyle ilişkisini tespit etmek için Korelasyon analizi kullanılmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 1997; Karasar,1994; Aksakoğlu,2001).

### **3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ**

Araştırma uygulanmadan önce, araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kuruluna sunularak izin alınmıştır. (Ek-4) Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul edenler araştırma kapsamına alınmıştır. Ayrıca, araştırmalarda insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden “bilgilendirilmiş onam” koşulu etik ilke olarak yerine getirilmiştir. Araştırmada göz önünde bulundurulmuş diğer bir ilke “insan onuruna saygı”dır. Yine araştırmaya katılan hastalara, kendilerinden alınan kişisel bilgilerin başka kimseye söylenemeyeceği açıklanmış ve “gizlilik” ilkesine bağlı kalınarak güvenleri sağlanmıştır (Aksakoğlu,2001).

## ARAŞTIRMANIN PLANLANMASI



## 4. BULGULAR

Samsun ilinde Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Servisinde, 01.11.2007-01.03.2008 tarihleri arasında mastektomi olmuş ve ameliyat sonrası dönemde hastaneye kemoterapi tedavisi amacıyla gelen kadınların ameliyat sonrası eş uyumlarını ve yalnızlık düzeylerini tanımlamak amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen veriler tablolar halinde sunulmuştur.

### **.Çalışmadan elde edilen bulgular;**

**4.1.** Mastektomi olmuş kadınların tanıtıcı özelliklerine ait bulgular

**4.2.** Mastektomi olmuş kadınların ameliyat öncesi dönemde evlilik ilişkileri ve yalnızlık durumlarına ait bulgular

**4.3** Mastektomi olmuş kadınların ameliyat sonrası dönemde eş uyumları ve yalnızlık düzeylerine ait bulgular

**4.4** Mastektomi olmuş kadınların tanıtıcı özellikleri ile yalnızlık durumları ve eş uyumları arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular

**4.5.** Mastektomi olmuş kadınların ameliyat öncesi evlilik durumları ve yalnızlık durumları ile ameliyat sonrası eş uyumları ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular olmak üzere beş başlık altında incelenmiştir.

#### **4.1. MASTEKTOMİ OLMUŞ KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR**

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması  $45.2 \pm 8.9$  olup en düşük 30 en yüksek yaş 60'dır. Araştırma kapsamındaki kadınların %24.48'i 30-39, %42.85'i 40-49, %32.65'i 50 yaş ve üzerindedir. Bu kadınların %61.22'si ilkokul mezunu, %16.32'si ortaokul, %22.44'ü lise ve üzeri okul mezunu, %91.83'ü çalışmamaktadır.

Araştırma kapsamındaki kadınların eşlerinin %53.06'sı ilkokul mezunu, %34.69'u ortaokul, %12.24'ü lise ve üzeri okul mezunudur. Eşlerin çalışıp çalışmama durumu incelendiğinde %53.06'sının çalıştığı, %46.93'ünün çalışmadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Mastektomi olmuş kadınların %59.18'i ilçe merkezlerinde yaşamaktadır ve hastaların kendi ifadelerine göre %61.22'sinin aylık geliri 501-1000 YTL arasındadır. Araştırma kapsamına alınan hastaların tümünün sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1.** Mastektomi Olmuş Kadınların Tanıtıcı Özellikleri

<b>Özellikler</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>	45.2±8,9 (min 30 max 60)	
30- 39	12	24.4
40 - 49	21	42.9
50 ve üzeri	16	32.7
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
İlkokul	30	61.2
Ortaokul	8	16.3
Lise ve üzeri	11	22.5
<b>Meslek</b>		
Çalışmıyor	45	91.9
Çalışıyor	4	8.1
<b>Eşin Eğitim Düzeyi</b>		
İlkokul	26	53.1
Ortaokul	17	34.7
Lise ve üzeri	6	12.2
<b>Eşin Mesleği</b>		
Çalışıyor	26	53.1
Çalışmıyor	23	46.9
<b>Yerleşim yeri</b>		
Köy	6	12.2
İlçe	29	59.2
Şehir	14	28.6
<b>Aylık gelir</b>		
500 YTL ve altı	13	26.6
501-1000 YTL	30	61.2
1001 YTL ve üzeri	6	12.2
<b>Toplam</b>	<b>49</b>	<b>100.0</b>

#### 4.2. MASTEKTOMİ OLMUŞ KADINLARIN AMELİYAT ÖNCESİ DÖNEMDE EVLİLİK İLİŞKİLERİ VE YALNIZLIK DURUMLARINA AİT BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların evlenme yaş ortalamaları  $20.8 \pm 3.4$  olup, evli kalma süresi ortalama  $24.2 \pm 10.3$  yıldır. Hastaların %51.02'si evliliklerini görücü usulü kendi kararıyla yapmışlardır. Ortalama çocuk sayısı ise 2'dir (Tablo 2).

Mastektomi öncesi evlilik ilişkilerini hastaların %87.75'i iyi olarak tanımlamıştır ve ameliyatın evlilik uyumu üzerine etkisini hastaların %75.51'i "iyi" olarak tanımlarken, %8.16'ı "kötü" ,%16.32'si ise ameliyatın evlilik uyumuna etkisini bilmediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Mastektomi Olmuş Kadınlara Ait Bazı Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	N	%
Evlenme yaşı	20.8±3.4= (min 16, maksimum 33 yaş)	
Evlilik yılı	24.2±10.3= (min 5, maksimum 43 yaş)	
Evlenme şekli		
Görücü usulü aile kararıyla	6	12.2
Görücü usulü kendi kararıyla	25	51.0
Severek kendi isteğiyle	18	36.8
Çocuk sayısı	2.6±1.4= (min 0 çocuk, maksimum 8 çocuk)	
<b>Ameliyat öncesi evlilik ilişkisi</b>		
İyi	43	87.8
Kötü	6	12.2
<b>Ameliyatın evlilik uyumu üzerine etkileri konusundaki düşünceler</b>		
İyi	37	75.6
Kötü	4	8.1
Bilmiyorum	8	16.3
Toplam	49	100

Tablo 3’de hastaların ameliyat öncesi yalnızlık ile ilgili durumları incelendiğinde %73.46’sının kendilerini yalnız hissetmediklerini, %26.5’ünün ise kendilerini yalnız hissettiklerini, yalnız hissedenlerin de %92.30’u bu durumu ara sıra yaşadıkları gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Kadınların Ameliyat Öncesi Yaşamış Oldukları Yalnızlık Durumlarına İlişkin Düşüncelerinin İncelenmesi

<b>Yalnızlık durumu</b>	<b>N(49)</b>	<b>%</b>
<b>Yalnız hissetme durumları</b>		
Yalnız hissedenler	13	26.5
Yalnız hissetmeyenler	36	73.5
<b>Sıklık durumu</b>		
Ara sıra	12	92.3
Çoğu zaman	1	7.7

### 4.3. MASTEKTOMİ OLMUŞ KADINLARIN AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE EŞ UYUMLARI VE YALNIZLIK DÜZEYLERİNE AİT BULGULAR

Tablo 4'te hastaların mastektomi sonrası yalnızlık ölçeği ve evlilik uyumu ölçeğinden aldıkları minimum ve maksimum puanlar ile ortalamalar gösterilmiştir.

Mastektomi olmuş kadınlar ameliyat sonrası yalnızlık ölçeğinden en düşük 43, en yüksek 80 puan almışlardır ve yalnızlık ortalamaları  $52\pm 7.3$ 'dir. Ölçekten alınan puanlar değerlendirildiğinde araştırma kapsamına alınan kadınların yüksek düzeyde yalnız hissettikleri saptanmıştır.

Hastaların mastektomi sonrası eş uyum ölçeğinden aldıkları puan en düşük 65, en yüksek 140'dır ve eş uyum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları  $108.7\pm 13.9$ 'dur. Ölçekten alınan puanlar değerlendirildiğinde araştırma kapsamına alınan kadınların eş uyumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Medyan değeri=109 üzerinden değerlendirilmiştir).

**Tablo 4.** Mastektomi Olmuş Kadınların Araştırma Ölçeklerinden ve Alt Ölçeklerden Aldıkları Puanların İncelenmesi

Ölçekler	Madde sayısı	(Min-max)	X	SD
Yalnızlık	20	43-80	52	7.3
Eş uyumu	32	65-140	108.7	13.9
Memnuniyet-doyum	10	14 – 46	36.5	5.3
Bağlılık	5	0 – 20	15.3	3.9
Duygusal ifade	4	2 – 12	8.8	2.0
Fikir birliği	13	35 – 65	49	6.4



#### **4.4. MASTEKTOMİ OLMUŞ KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE YALNIZLIK DURUMLARI VE EŞ UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYİ GÖSTEREN BULGULAR**

Tablo 5'te mastektomi olmuş kadınların yalnızlık ile tanıtıcı özellikleri arasındaki ilişki gösterilmiştir. Tanıtıcı özellikler ve ölçekler arasındaki ilişki incelendiğinde eşin eğitim düzeyinin kadının yalnızlık düzeyini etkilediği ve eşleri ortaokul düzeyinde eğitime sahip kadınların kendilerini diğerlerine göre daha fazla yalnız hissettikleri saptanmıştır. (Tablo 5). Eşin eğitim düzeyi ile yalnızlık arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Yaşın, eğitim durumunun, mesleğin, eşin mesleğinin, en uzun süre yaşanan yerleşim yerinin ve aylık gelir durumunun mastektomi olmuş kadınların yalnızlık durumlarını etkilemediği saptanmıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 5).

**Tablo 5.** Eş Uyumu Ölçeğine Göre Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

<b>Özellikler</b>	<b>Yalnızlık Puan Ortalaması X±SD</b>	<b>İstatistik</b>	<b>p</b>
30-39	49,83 ± 4,72	Kw=2.18	p>0.05
40-49	52,14 ± 7,49		
50 ve üzeri	53,66 ± 8,94		
<b>Eğitim Düzeyi</b>			
İlkokul	51.40 ± 6.99	Kw=0.870	p>0.05
Ortaokul	55.25 ± 10.11		
Lise ve üzeri	51.63 ± 6.02		
<b>Meslek</b>			
Ev hanımı	52.26 ± 7.56	U=88.500	p>0.05
Memur	50.00 ± 4.32		
<b>Eşin Eğitim Düzeyi</b>			
İlkokul	51.19 ± 6.89	<b>Kw=1.885</b>	<b>p=0.004</b>
Ortaokul	54.05 ± 8.23		
Lise ve üzeri	50.33 ± 6.53		
<b>Eşin Mesleği</b>			
Çalışıyor	54.03 ± 9.44	U=238.000	p>0.05
Çalışmıyor	48.17 ± 9.34		
<b>Yerleşim yeri</b>			
Köy	49.50 ± 1.51	Kw=1.133	p>0.05
İlçe	52.20 ± 7.95		
Şehir	52.92 ± 7.63		
<b>Aylık gelir</b>			
500 YTL ve altı	48.53 ± 2.72	Kw=4.385	p>0.05
501-1000 YTL	53.80 ± 8.65		
1001 YTL ve üzeri	51.16 ± 3.81		

Tablo 6’da mastektomi geçirmiş kadınların tanıtıcı özellikleri ile eş uyumu arasındaki ilişki incelenmiştir.

Gelir durumunun eş uyumunu etkilediği ve 500 ytl ve altında gelire sahip kadınların eş uyumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Eş uyumu ve gelir düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ( $p<0.05$ ) (Tablo 6).

Yaşın, eğitim durumunun, mesleğin, eşin eğitim durumunun, eşin mesleğinin ve en uzun süre yaşanan yerleşim yerinin mastektomi olmuş kadınların eş uyumlarını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6.** Kadınların Tanıtıcı Özellikleri İle Eş Uyumu Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Özellikler	Eş uyumu		
	Yaş	X±SD	İstatistik
30-39	111,16 ± 11.43	Kw =1.49	p>0.05
40-49	109.09±16.10		
50 ve üzeri	106.33 ± 13.52		
<b>Eğitim Düzeyi</b>			
İlkokul	111.60 ± 10.67	Kw=1.639	p>0.05
Ortaokul	103.25 ± 19.45		
Lise ve üzeri	105.00 ± 16.58		
<b>Meslek</b>			
Ev hanımı	108.26 ± 14.30	U=63.500	p>0.05
Memur	113.75 ± 8.84		
<b>Eşin Eğitim Düzeyi</b>			
İlkokul	109.26 ±10.91	Kw=0.46	p>0.05
Ortaokul	107.35 ± 19.03		
Lise ve üzeri	110.33± 10.26		
<b>Eşin Mesleği</b>			
Çalışıyor	111.61 ± 12.64	U=241.000	p>0.05
Çalışmıyor	105.43 ± 14.89		
<b>Yerleşim yeri</b>			
Köy	111.33 ± 0.72	Kw=0.548	p>0.05
İlçe	109.37± 12.95		
Şehir	106.21 ± 18.47		
<b>Aylık gelir</b>			
500 YTL ve altı	117.61±13.06	Kw=8.449	P <0.015
501-1000 YTL	104.43±13.58		
1001 YTL ve üzeri	110.83±8.23		

#### 4.5. MASTEKTOMİ OLMUŞ KADINLARIN AMELİYAT ÖNCESİ EVLİLİK DURUMLARI VE YALNIZLIK DURUMLARI İLE AMELİYAT SONRASI EŞ UYUMLARI VE YALNIZLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYİ GÖSTEREN BULGULAR

Tablo 7’de mastektomi olmuş kadınların ameliyat öncesi evlilik özellikleri ile ameliyat sonrası yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Evlenme yaşı, evlilik yılı, çocuk sayısı ve evlenme şekli ile yalnızlık arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 7).

Tablo 7. Mastektomi Olmuş Kadınların Ameliyat Öncesi Evlilik Özelliklerinin Yalnızlık Ölçeğine Göre Dağılımının İncelenmesi

Özellikler	Yalnızlık		
Evlenme yaşı	r=0.168, p>0.05		
Evlilik yılı	r=0.187, p>0.05		
Çocuk sayısı	r=0.183, p>0.05		
Evlenme şekli	X±SD	İstatistik	p
Görücü usulü aile kararıyla	54.66 ± 12.50	Kw=0.707	p>0.05
Görücü usulü kendi kararıyla	50.84 ± 5.28		
Severek kendi isteğiyle	52.94 ± 7.84		
<b>Ameliyat öncesi evlilik ilişkisi</b>			
İyi	52.00 ± 7.52	U=114.500	p>0.05
Kötü	52.66 ± 6.47		
<b>Ameliyatın evlilik uyumu üzerine etkileri konusundaki düşünceler</b>			
İyi	51.86 ± 6.45	Kw=1.342	p>0.05
Kötü	59.50 ± 15.50		
Bilmiyorum	49.37 ± 3.58		

Tablo 8’ de mastektomi olmuş kadınların evlilik özellikleri ile ameliyat sonrası eş uyumları arasındaki ilişki gösterilmiştir. Mastektomi olan kadınların evlenme yılı, çocuk sayısı, evlenme şekli, ameliyat öncesi evlilik ilişkisi ve ameliyatlarının evlilik uyumları üzerine etkileri konusundaki düşüncelerinin yalnızlık düzeylerini etkilemediği gösterilmiştir ( $p>0.05$ ).

Mastektomi olan kadınların evlenme yaşının, evlenme yılının, çocuk sayısının, evlenme şeklinin, ameliyat öncesi evlilik ilişkisinin ve ameliyatlarının evlilik uyumları üzerine etkileri konusundaki düşüncelerinin yalnızlık düzeylerini etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 8.** Mastektomi Olmuş Kadınların Ameliyat Öncesi Bazı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Eş Uyumları Arasındaki İlişki

		Ölçekler		
özellikler	Eş uyumu			
Evlenme yaşı	r=-0.063, p>0.05			
Evlilik yılı	r=-0.099, p>0.05			
Çocuk sayısı	r=-0.098, p>0.05			
Evlenme şekli	x±SD	İstatistik	p	
Görücü usulü aile kararıyla	110.16 ± 4.16	Kw=0.539	p>0.05	
Görücü usulü kendi kararıyla	106.48 ± 17.09			
Severek kendi isteğiyle	111.33 ± 10.81			
<b>Ameliyat öncesi evlilik ilişkisi</b>				
İyi	108.55± 14.43	U=124.000	p>0.05	
Kötü	109.83 ± 11.51			
<b>Ameliyatın evlilik uyumu üzerine etkileri konusundaki düşünceler</b>				
İyi	109.59 ± 14.15	Kw=1.743	p>0.05	
Kötü	112.50 ± 6.85			
Bilmiyorum	102.75 ± 15.21			

Mastektomi öncesi kendisini yalnız hissedenlerin mastektomi sonrası da yalnızlık puanı, ameliyat öncesi kendisini yalnız hissetmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur, ancak mastektomi öncesi yaşamış oldukları yalnızlıkla ilgili düşünceleri ile yalnızlık arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9.** Yalnızlık Ölçeğine Göre Ameliyat Öncesi Yaşamış Oldukları Yalnızlık Durumları

Özellikler	Yalnızlık		
	$x\pm SD$	İstatistik	p
<b>Yalnız hissetme durumu</b>			
<b>Hissedenler</b>	53.46 ± 6.72	U= 179.000	>0.05
<b>Hissetmeyenler</b>	51.58 ± 7.58		

Mastektomi öncesi yaşamış oldukları yalnızlıkla ilgili düşünceleri ile evlilik uyumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, kendini yalnız hissetmediğini ifade eden kadınların eş uyumlarının kendini yalnız hissedenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 10).

**Tablo 10.** Mastektomi Olmuş Kadınların Ameliyat Öncesi Yaşamış Oldukları Yalnızlık Durumlarına İlişkin Düşünceleri ile Ameliyat Sonrası Eş Uyumları Arasındaki İlişki

	$x\pm SD$	İstatistik	p
<b>Yalnız Hissetme Durumları</b>			
<b>Hissedenler</b>	99.92 ± 19.55	<b>U=133.500</b>	<b>P</b> <b>=0.023</b>
<b>Hissetmeyenler</b>	111.88 ± 9.84		

## **5. TARTIŞMA**

Meme kanseri kadınlar arasında en çok görülen kanser türüdür ve sıklığı her geçen gün artmaktadır.

Mastektomi olmuş ve ameliyat sonrası dönemde hastaneye kemoterapi tedavisi amacıyla gelen kadınların ameliyat sonrası eş uyumlarını ve yalnızlık düzeylerini tanımlamak amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen veriler dört bölümde tartışılmıştır.

**5.1.** Mastektomi olmuş kadınların ameliyat öncesi dönemde evlilik ilişkileri ve yalnızlık durumlarına ait bulguların tartışılması

**5.2.** Mastektomi olmuş kadınların ameliyat sonrası dönemde eş uyumları ve yalnızlık düzeylerine ait bulguların tartışılması

**5.3.** Mastektomi olmuş kadınların tanıtıcı özellikleri ile yalnızlık durumları ve eş uyumları arasındaki ilişkiyi gösteren bulguların tartışılması

**5.4.** Mastektomi olmuş kadınların ameliyat öncesi evlilik durumları ve yalnızlık durumları ile ameliyat sonrası eş uyumları ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi gösteren bulguların tartışılması



## **5.1. MASTEKTOMİ OLMUŞ KADINLARIN AMELİYAT ÖNCESİ DÖNEMDE EVLİLİK İLİŞKİLERİ VE YALNIZLIK DURUMLARINA AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Meme kanserinde, duygusal ve cinsel uyumu sağlamada en önemli faktörlerden birisi eşler arasında sağlıklı iletişimin sağlanması ve sürdürülmesidir. Eşler arasındaki ilişkiler, kanser tanısı öncesi güven dolu, paylaşımaya dayalı bir ilişki ise, bu sorunun üstesinden gelmek ya da baş etmek çok daha kolay olacaktır (Akyolcu,2008).

Araştırma sonucunda mastektomi olmuş kadınların ameliyat öncesi dönemde evlilik ilişkilerini iyi olarak ifade ettikleri saptanmıştır. Bu çalışmada ameliyat öncesi dönemde kadınların evlilik ilişkileri kadınların subjektif ifadelerine göre değerlendirilmiştir. Kadınların ameliyat sonrası dönemde ameliyatın evlilik ilişkilerini olumlu etkileyeceği yönündeki düşünceleri evlilik ilişkilerinin iyi olduğu bulgusunu desteklemektedir (Tablo 2).

Okanlı'nın çalışmasında da meme kanserli kadınların mastektomi öncesi ve sonrası dönemde kadınların eş uyumlarına bakılmış ve kadınların ameliyat öncesi dönemde evlilik uyumlarının iyi olduğu tespit edilmiş olup bu çalışma ile uyumluluk göstermiştir. (Okanlı,2003).

Bu araştırma sonucunda kadınların ameliyat öncesi dönemde yalnızlık durumlarına ilişkin ifadelerine bakıldığında kadınların %73.46'sının kendisini ameliyat öncesi yalnız hissetmedikleri saptanmıştır (Tablo 3). Ameliyat öncesi dönemde kendini yalnız hisseden kadınların ise %92.30'u ara sıra kendilerini yalnız hissettiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 3). Ameliyat öncesi dönemde kadınların kendilerini yalnız hissetme durumları kendi subjektif ifadelerine göre belirlenmiştir.

Bu durum kadınların aile ve sosyal destek sistemlerinin iyi olduğunu düşündürebilir.

## 5.2. MASTEKTOMİ OLMUŞ KADINLARIN AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE EŞ UYUMLARI VE YALNIZLIK DÜZEYLERİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu araştırmada mastektomi sonrası eş uyum puan ortalaması 108.7 olup eş uyumu orta derecede tespit edilmiştir (Tablo 4).

Okanlı'nın (2003) çalışmasında mastektomi öncesi düşük olan evlilik uyum puanı ameliyat sonrası da düşük bulunmuş fakat aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edilmiştir (Okanlı,2003).

Şendil'in (1995) çalışmasında, mastektomi ameliyatı evlilik ilişkisini etkilememiştir (Şendil,1995).

Dorval ve arkadaşlarının (1999) yapmış olduğu çalışmada da, mastektominin evlilik ilişkisini etkilemediği tespit edilmiştir (Dorval ve ark.,1999).

Aygın ve Aslan'ın, mastektomi geçirmiş 190 kadınla yaptıkları çalışmada 107 hasta görmüş oldukları tedavilerin eşleri ile olan ilişkilerini etkilemediğini ifade etmişlerdir (Aygın ve Aslan,2008).

Akyolcunun (2008) araştırmasında, tanı öncesi evlilik ilişkileri güçlü olan erkeklerin, hastanede eşlerini daha sık ziyaret ettikleri, daha çabuk eski cinsel aktivitelerine döndükleri ve eşlerini çıplak görmeye daha gönüllü olduklarını bildirdikleri saptanmıştır (Akyolcu,2008).

Mastektomi sonrası hastaların en büyük korkularından biri eşi tarafından beğenilmeme ve reddedilme duygusudur. Bu duygular hastaların evlilik ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Mastektomi sonrası eşin ilgisinin artması, eşinin yanında yer alması, hastalığın aile problemi olarak kabul edilmesi aile içi ilişkileri olumlu etkileyerek evlilik uyumunu artıracaktır. Mastektomi sonrası değişmiş bir beden algılanmasıyla birlikte oluşan duygusal psikolojik bozukluklar, kişinin çekicilik, cinsel cazibe ve arzulanma duygularını etkileyip evlilik ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilir. Kanser gibi dejeneratif bir hastalıkta eşin ilgisinin artması hem hastanın hem de eşin hastalığa uyumunu olumlu etkileyecektir (Okanlı,2003; Özkan,2007).

Bu araştırmanın sonucu literatürle benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada da ameliyat öncesi dönemde hastaların evlilik ilişkilerini iyi olarak tanımlamaları, ameliyat sonrası dönemde ise eş uyumlarının orta düzeyde çıkması mastektomi operasyonunun eş uyumunu etkilemediği ya da çok az etkilediğini düşündürülebilir.

Buna karşın Sertöz ve arkadaşları (2004) ortalama 1,5 yıldır meme kanseri ile yaşayan 125 kadın ile gerçekleştirdikleri çalışmada mastektominin beden algısını bozduğu, bozulan beden algısının cinsel doyumda azalmaya ve eş uyumunda bozulmaya neden olduğunu tespit etmişlerdir (Sertöz ve ark.,2004). Al-Ghazal ve arkadaşlarının (2000) yapmış olduğu araştırmalarında benzer sonuçlar bulunmuştur (Al-Ghazal ve ark.,2000).

Northose (1998)'da mastektomi ameliyatı olmuş kadın ve eşleri ile yapmış olduğu bir çalışmada, meme kanserli kadınların eşlerinin, ruhsal sıkıntılı olan eşleri ile aynı zamanda olmasa da zaman zaman depresyona girdikleri tespit edilmiştir. Bu da eş uyumunu olumsuz yönde etkilemiştir (Northose ve ark.,1998).

Mastektomi sonrası beden imajında bozulma kadında birçok psikolojik ve sosyal problemlere neden olabileceği gibi eşinde bu durumdan olumsuz etkilenmesine neden olabilir (Özbaş,2006). Bu araştırmada kadınların ameliyat sonrası eş uyumlarının orta düzeyde bulunması hastaların eşleriyle olan ilişkilerinin minimum da olsa etkilenmiş olabileceğini düşündürülebilir.

Ucla Yalnızlık Ölçeğinden alınan puanlarla hesaplanan yalnızlık düzeyi, 20-34 puan alanların “düşük” derecede, 35-48 puan alanların “orta” derecede, 49 ve üstü puan alan bireylerin “yüksek” derecede olarak tanımlanmıştır. Bu araştırmada yalnızlık mastektomi sonrası kadınların yalnızlık düzeyi yüksek düzeyde bulunmuştur (Tablo4).

Ülkemizde ve dünyada mastektomi sonrası yalnızlık düzeyleri ile ilgili çalışmaya rastlanmadığı için, tartışmada sınırlılıklar yaşanmıştır. Arıkan'ın (2000) çalışmasında mastektomi sonrası bazı kadınların depresyona girdiklerini ya da kızgınlık tepkisi geliştirdiklerini ve buna bağlı olarak da ailesi ve çevresine karşı geri çekildiğini belirtmişlerdir (Arıkan,2000). Ceyhan'ın (2005) yaşlı hastalarla yapmış olduğu çalışmasında kronik hastalığı olan bireylerin yalnızlık düzeyleri yüksek bulunmuştur (Ceyhan,2005).

Şendil'in (1999) yapmış olduğu çalışmada mastektomi sonrası kadınlarda sık görülen ve ortak olan ruhsal tablonun depresyon ve anksiyete olduğu saptanmıştır (Şendil,1999). Bu araştırmada kadınların kendilerini yüksek düzeyde yalnız hissetmeleri hastalığın bedenlerinde oluşturduğu değişikliğe adapte olmada zorlanmalarından ve kendisi gibi eşlerinin de aynı şeyi düşünebileceği endişelerinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca yalnızlık düzeyinin yüksek bulunuşu hastaların psikolojik olarak ameliyatta olumsuz etkilenmelerine işaret etmiş olabilir.

### 5.3. MASTEKTOMİ OLMUŞ KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE YALNIZLIK DURUMLARI VE EŞ UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYİ GÖSTEREN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu araştırmada da eşin eğitim düzeyinin kadınların yalnızlık durumunu etkilediği ve lise ve üzerinde eğitim düzeyine sahip eşleri olan kadınların kendilerini daha az yalnız hissettikleri saptanmıştır ( $p=0.004$ ) (Tablo 5). Eşin eğitim düzeyi yükseldikçe eşine daha fazla destek olabileceği ve dolayısıyla eşinin duygularını paylaşarak kadının kendini daha az yalnız hissetmesini sağlayabileceği düşünülebilir. Meme kanserli kadınların hastalıkla başa çıkmada en önemli sosyal destek kaynaklarını eşleri oluşturmaktadır. Eşlerinden destek alan kadınların hastalığa uyumlarının daha kolay olduğu ve bunun da yaşam doyumlarını olumlu etkilediği savunulmaktadır (Okanlı,2003). Bu sonuç konu ile ilgili yorumumuzu desteklemektedir.

Tablo 5’de yalnızlık puanı 50 yaş ve üzerinde diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuş fakat yaş ile yalnızlık düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

Sevil ve arkadaşlarının (2006) jinekolojik kanserli olan ve katılımcıların yarısından fazlasının 50 yaş ve üzeri olduğu araştırmalarında, kadınların yalnızlık düzeyleri düşük bulunmuştur (Sevil ve ark.,2006).

Ünal ve Bilge’nin (2005) 90 yaşlı katılımcı ile yapmış olduğu bir çalışmada, yaşla birlikte yalnızlık düzeyinin arttığını tespit etmişlerdir (Ünal ve Bilge,2005). Fakat Khorshid ve arkadaşları’nın (2004), huzurevinde kalan 206 yaşlı hasta ile yapmış oldukları çalışmada yaş ile yalnızlık düzeyi arasında ilişki olmadığını saptamışlardır (Khorshid ve ark.,,2004). Yine Ceyhan’nın (2005) yaşlı bireylerle yapmış olduğu çalışmada yaşın yalnızlık düzeyini etkilemediğini tespit etmişlerdir (Ceyhan,2005). Bu araştırmanın sonucu literatürle benzerdir.

Tablo 5’de mastektomi sonrası çalışmayan kadınların yalnızlık puanları daha yüksek bulunmuş fakat çalışma durumu ile yalnızlık arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Eğitim durumunun, en uzun süre yaşanan yerleşim yerinin ve aylık gelir durumunun mastektomi olmuş kadınların yalnızlık durumlarını etkilemediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 5).

Ceyhan (2005) yapmış olduğu çalışmada eğitim seviyesi yükseldikçe yalnızlık düzeyinin azaldığını saptamıştır (Ceyhan,2005).

Alkan ve Sezgin'nin (1998) yetişkin hastalarda yalnızlık düzeylerinin araştırıldığı çalışmalarında, sosyo-demografik özellikler ile yalnızlık ve yaşam doyumları karşılaştırılmış, eğitim dışında diğer sosyo-demografik özelliklerin hastaların hastanede yaşadıkları yalnızlığı etkilemediği, bireyin eğitim düzeyi düştükçe genel yalnızlığa ve hastanede son günlere göre hastaneye yattığında yalnızlık düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır (Alkan ve Sezgin,1998).

Bu araştırmada mastektomi sonrası eş uyum puanı, yaşları 30-39 arasındaki kadınlarda daha yüksek bulunmuş yaşla birlikte eş uyum puanı düşmüş fakat aradaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 6). 30-39 yaş grubundaki kadınların eş uyumu puanı, 50 yaş ve üzeri mastektomili kadınların eş uyumu puanından daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç Uçar ve Uzun'un (2008) çalışmasıyla paralel göstermektedir (Uçar ve Uzun,2008). Bu sonuçların aksine Wenzel ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ileri yaştaki mastektomili kadınların eş uyumunun daha iyi olduğu belirlenmiştir (Wenzel ve ark.,1999).

Bu araştırmada, İlkokul mezunu kadınlar arasında mastektomi sonrası eş uyumu daha yüksek bulunmasına rağmen eşin eğitim düzeyi arttıkça evlilik uyum puanı da artmış, fakat eğitim seviyesi ve eş uyumu arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 6). Bu sonuç Okanlı'nın (2003) çalışmasındaki sonuçlara benzemektedir.

Sertöz ve arkadaşlarının (2004) total mastektomi uygulanmış kadınlarda yapmış olduğu araştırmada eğitim ve gelir düzeyinin eş uyumuna etkisine bakılmış ve eğitim düzeyinin eş uyumunu etkilediği saptanmıştır (Sertöz ve ark.,2004).

Northouse (1998) meme kanserli mastektomi olmuş kadınlar ve benign huylu meme hastalığı olan kadınlar ve eşleriyle yapmış olduğu çalışmada, meme kanserli hasta ve eşlerinin bir yıl sonra eş uyumlarının, benign tümörlü meme hastalığı olan çiftlere göre daha düşük olduğunu göstermiştir. (Northouse ve ark.,1998)

Ekonomik bağımsızlık kadının aile içindeki konumunu olumlu yönde etkileyen bir durumdur. Kadının ailesine maddi yönden destek sağlaması hem yaşam standartlarının artmasına hem de kendini daha iyi hissetmesine neden olabilir. Bu araştırmada çalışan kadınlar ve çalışan eşlerin eş uyum puanı daha yüksek bulunmuş fakat aradaki farkın önemli

olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 6). Okanlı'nın (2003) çalışmasında da çalışan kadınların eş uyum puanı yüksek bulunmuş, aradaki farkın anlamsız olduğu saptanmıştır. Okanlı'nın çalışmasındaki sonuçlar bu araştırma sonuçlarını desteklemektedir (Okanlı,2003).

Tablo 6'da aylık gelir seviyesinin eş uyumunu etkilediği, 500 Ytl ve altında gelire sahip olduğunu ifade eden kadınların eş uyumunun daha yüksek gelire sahip olduğunu belirten kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmış ve gelir seviyesi ile eş uyumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.015$ ). Bu çalışmada düşük gelire sahip kadınların eş uyumunun yüksek gelire sahip kadınlardan daha yüksek çıkması toplumsal yaşam tarzından, toplumun kültüründen ya da kişisel beklentilerin daha az olması ekonomik yetersizlikler nedeniyle olabilir.

#### **5.4. MASTEKTOMİ OLMUŞ KADINLARIN AMELİYAT ÖNCESİ EVLİLİK VE YALNIZLIK DURUMLARI İLE AMELİYAT SONRASI EŞ UYUMLARI VE YALNIZLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYİ GÖSTEREN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Bu araştırmada, mastektomi olmuş kadınların evlilik yaşı, çocuk sayısı ve evlenme yılı ameliyat sonrası yalnızlık düzeylerini etkilememiştir (Tablo 7).

Tablo 7’de ameliyat öncesi evlilik ilişkisi ve ameliyat sonrası eş uyumuna etkileri ile ilgili düşünceleri ile yalnızlık puanı arasındaki ilişki gösterilmiş fakat bu değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Ameliyat öncesi dönemde kadınların evlilik ilişkisi ve ameliyatın eş uyumlarına yönelik ifadeleri subjektif ifadelerdir. Ancak arada bir ilişkinin olmaması kadınların ameliyat sonrası dönemde yaşamış oldukları yalnızlığın eşleri dışındaki faktörlerden kaynaklanabileceğini olasılığını düşündürmektedir.

Tablo 8’de mastektomi olmuş kadınların evlilik yaşı, çocuk sayısı ve evlilik yılı ameliyat sonrası eş uyumunu etkilememiştir. Bu değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Evlilik şekli ile mastektomi sonrası eş uyumuna bakıldığında (Tablo 8), severek kendi isteği ile evlenenlerde mastektomi sonrası eş uyum puanı yüksek bulunmuş fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Uğurlu’nun (2003) çalışmasında, kendi tercihleri ile evlenen kişiler ve aileleri tarafından bulunmuş kişilerle evlenen bireylerde bir sorun çözme durumunda eşler arasındaki iletişim incelenmiştir. Bu çalışmanın bulgularına göre, kendi tercihleri ile evlenen eşler arasındaki iletişim daha olumludur. Ayrıca, iletişim davranışlarının cinsiyet farklılığından etkilenip etkilenmediğine bakıldığında kadın iletişim davranışlarının erkeklerden daha olumlu olduğu bulunmuştur (Uğurlu,2003). Bu araştırmanın bulgularına bakıldığında kendi isteğiyle evlenen kadınların mastektomi sonrası eş uyum puanı daha yüksek bulunmuş bu da Uğurlu’nun çalışmasını desteklediği düşünülebilir.

Tablo 9’da ameliyat öncesi kendisini yalnız hisseden kadınların, mastektomi sonrası yalnızlık puanlarının yüksek olduğu gösterilmiştir, fakat ameliyat öncesi yalnızlık durumları ile mastektomi sonrası yalnızlık puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Alkan ve Sezgin'nin (1998) yapmış olduğu çalışmasında, genel yaşantılarında yalnızlık puanları yüksek olan bireylerin hastalanıp hastaneye yattıklarındaki yalnızlık puanları diğer hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (Alkan ve Sezgin,1989).

Mastektomi öncesi yaşamış oldukları yalnızlıkla ilgili düşünceleri ile eş uyumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, kendini yalnız hissetmediğini ifade eden kadınların eş uyumlarının kendini yalnız hissedenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 10). Mastektomi öncesi kendini yalnız hisseden kadınların ameliyat sonrası eş uyumlarının daha düşük olması beklenebilir. Bu araştırmada da çıkan bu sonuç yalnızlık yaşayan kadınların eş uyumlarının ameliyat öncesi çok iyi olmadığını düşündürebilir. Bu araştırmada çıkan bu sonuç ameliyat sonrası dönemde kendini yalnız hissetmeyen kadınların eş uyumlarının iyi olduğunu ve dolayısıyla sosyal desteğin kadının yalnız hissetmesi üzerine etki ettiğini düşündürebilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. SONUÇLAR

Mastektomi olmuş ve ameliyat sonrası dönemde hastaneye kemoterapi tedavisi amacıyla gelen kadınların ameliyat sonrası eş uyumlarını ve yalnızlık düzeylerini tanımlamak amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilenlere göre;

- Mastektomi olmuş kadınlar kendi subjektif ifadelerine göre ameliyat öncesi dönemde evlilik ilişkilerini iyi olarak tanımlamışlardır (Tablo 2).
- Mastektomi olmuş kadınlar ameliyat sonrası dönemde ameliyatın evlilik ilişkilerini olumlu etkileyeceği düşündüklerini ifade etmişlerdir (Tablo 2).
- Mastektomi öncesi kadınların çoğunluğunun kendilerini yalnız hissetmediği, hissedenlerin çoğunun da ara sıra olarak ifade ettiği saptanmıştır (Tablo 3).
- Mastektomi sonrası kadınların eş uyumları orta düzeyde bulunmuştur (Tablo 4).
- Mastektomi sonrası kadınların kendilerini yüksek düzeyde yalnız hissettikleri saptanmıştır (Tablo 4).
- Mastektomi sonrası eşleri ilkökul düzeyinde olan kadınların kendilerini daha yalnız hissettikleri saptanmıştır (Tablo 5). (**p<0.05**)
- Mastektomi olmuş kadınların tanıtıcı özelliklerinin (yaş, eğitim düzeyi, mesleği, eşin eğitimi, yaşadığı yer, eşin mesleği) evlilik uyumunu etkilemediği saptanmıştır (Tablo 6) (**p>0.05**).
- Mastektomi olmuş kadınların aylık gelirinin evlilik uyumunu etkilediği saptanmış, gelir seviyesi düşük olan kadınların evlilik uyum puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur.(Tablo 6) (**p<0.05**).
- Mastektomi olmuş kadınların evlilik yaşı, çocuk sayısı, evlenme yılı ve evlenme şekli ameliyat sonrası yalnızlık düzeylerini etkilememiştir (Tablo 7) (**p>0.05**).
- Mastektomi olmuş kadınların evlilik yaşı, çocuk sayısı, evlenme yılı ve evlenme şekli ameliyat sonrası eş uyumunu etkilememiştir (Tablo 8) (**p>0.05**).
- Mastektomi öncesi kendini yalnız hisseden kadınların ameliyat sonrası yalnızlık puanları, ameliyat öncesi kendini yalnız hissetmeyenlere göre daha yüksek bulunmuş fakat aradaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 9) (**p>0.05**).

- Ameliyat öncesi dönemde kendini yalnız hissetmediğini ifade eden kadınların ameliyat sonrası dönemde eş uyumlarının yalnız hissedenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 10) ( $p<0.05$ ).
- Ameliyat sonrası dönemde kadınların eş uyumlarının yalnızlık düzeyini etkilemediği bulunmuştur (Tablo 11,  $p>0.05$ ).

## 6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şunlar önerilebilir:

- Hemşirelik girişimlerinin, evlilik uyum ve yalnızlığa yönelik sağlık eğitimi, psikososyal yaklaşımlar ve iletişimlerin kadının gereksinimlerine cevap verecek şekilde düzenlenmesi önemlidir.
- Özellikle onkoloji ve halk sağlığı hemşirelerinin, hem klinikte hem de hastaların kendi ev ortamlarında buldukları dönemde hastaların eş uyumlarını ve yalnızlık düzeylerini bilmeleri sayesinde yapacakları ve planlayacakları girişimlerle hastaların sosyal iyiliği ve hastalığın prognozunda pozitif etkiye sahip olabilecekleri düşünülebilir.
- Ayrıca hemşireler mastektomi ameliyatı olmuş kadınların eş uyumları ve ameliyat sonrası dönemde yaşayabilecekleri yalnızlık durumuna yönelik duygularını açıkça ifade edebilmeleri için, özellikle hastaların iletişim becerilerini geliştirmek, sağlık eğitimi almaları sağlanabilir. Ayrıca halk sağlığı ve onkoloji alanında çalışan hemşirelerin özellikle meme kanserli hastalara yönelik psikososyal yaklaşımları ve gereksinim duydukları konularda eğitim almaları sağlanabilir.
- Hemşirelerin meme kanserli hastalarda görülebilecek yalnızlık ve eş uyumu sorunları konusunda hizmet içi eğitim programları ile bilgilendirilmeleri önerilebilir.
- Ayrıca bu konunun daha iyi aydınlatılabilmesi için, yapılacak çalışmalarda örneklem sayısının artırılması ve ileriye dönük çalışmalar yapılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

Akar, H. (2005). Psikiyatrik yardım Talebi Olan ile Yardım Talebi Olmayan ve Boşanma Aşamasında Olan Çiftlerde Çift Uyumu ve Kişilik Özellikleri Arasındakini Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Akkaş, G.A. (2002). Mastektomi Sonrası Hastaların Evde İzlemlerinin Değerlendirilmesi; Doktora Tezi; Ankara

Aksakoğlu, G. (2001). *Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri*. Dokuz Eylül Ün.Rektörlük Matbaası.

Aksoy, G. (1998) Meme cerrahisinde hemşirelik bakımı; In Aksoy G, ed; *Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği El Kitabı*; İstanbul; 148-149

Akyolcu, N. (2008) Meme kanserinde cerrahi girişim sonrası cinsel yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi*, **4(2)** 77-83

Alkan,S., Sezgin,A.(1998) Yetişkin hastalarda yalnızlık; *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; **2(1)**:43-52

Al-Ghazal, S.K., Fallowfield, L., Blamey, R.W. (2000). Comparasion of Psychological Aspects and Patient Satisfaction Following Breast Conserving Surgery, Simple Mastectomy and Breast Reconstruction. *Eur J Cancer*, **36(15)**: 1938-1943

Amerikan Cancer Society; Breast Cancer Facts & Figures;2005-2006, www.cancer.org

Aral, N., Gürsoy, F., Bıçakcı, Y.M. (2006) Yetiştirme yurdunda kalan ve kalmayan kız ergenlerin yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, **15(5)**:10-15

Arıkan, N. (2000) Travmatik bir yaşantı:Meme kanseri ve mastektomi. *Kriz Dergisi*, **9(1)** 39-36

Aslan, E.F., Gürkan, A. (2007) Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*,**3(2)**:63-68

Aydın, İ. (2004) Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik İki Farklı Eğitimin, Öğretmenlerin Meme Kanseri Taramalarındaki İnanç ve Davranışlara Etkisi, Doktora Tezi;Danışman, Doç.Dr.Sebahat Gözüm;Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;Erzurum

Aygın, D., Aslan, E.F. (2008) Meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, **4(2)**: 105-114

Balneveas, G.L., Grewal, K.S., Johnson. L.J. (2000) Family Support of İmmigrant Punjami Women With Breast Cancer. *Family&Community Health*, **30(1)**:16-28

Berkerda, B. (2000). Meme Kanseri;İstanbul

Bonadoma,G., Hortobagyni,N.G. (2001). *Text Book of Breast Cancer*;Martin Dunitz Ltd;London

Bowcock, A.M. (1999). *Breast Cancer Moleküler Genetics, Pathogenesis and Therapeutics*;Humana Pres İnc;New Jersey; 519-520

Buluş, M. (1997) Loneliness in university student. *PAÜ.Eğitim Fakültesi Dergisi*, **(3)**: 82-89

Ceyhan, S. (2005) Kayseri Nuh Naci Yazgan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 65 Yaş Ve Üstü Bireylerin Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek lisans Tezi, Kayseri

Çam, O., Babacan. G.A. (2006) Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri, *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **10(3)**: 52-60

Çavdar, İ. (2006) Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2(2)**: 64-66

Darendeliler,E.,Ağaoğlu,Y.F.(2003) Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi; *Meme Kanseri*; Nobel Tıp Kitabevleri; İstanbul

Dorcas, H.R., İnanç,N., (1998). *Hemşireler için Kanser El Kitabı*; 265-266

Dorval, M., Maunsell. E., Brown. J., Kilpatrick. M. (1999) Marital stability after breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*,**91(1)**: 54-59,January

Elbi, H. (2001) Kanser ve depresyon.*Psikiyatri Dünyası*, **5** 5-10.

Forbair, P., Stewart. S., Chang. S., D'onofrio. C., Banks. P., Bloom. J. (2006) Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, **15(7)**: 579-594

Forrest, A.P.M., Carter. D.C., Macleod. I.B. (1990). *The Breast. Edinburg*. Churchill Livingstone Company, 203-208

Fung,W.K., Lau,Y., Fielding, R., Or, A., Yip, A.W.C. (2001) The İmpact of mastectomy, breast-conserving treatment and immediate breast reconstruction on the quality of life of chinese women. *ANZ J.Surg*, **71(4)**: 202-206

Güllüoğlu, M.G., İplikçi. A. (2003). *Meme Anatomisi*. In topuz E. Aydınar A. Dinçer M, eds. Meme Kanseri. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 1-13.

Gümüş, B.A. (2006) Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2(3)**: 108-114.

Harnett.A. (2002). *Case in Studies in Breast Cancer*, London.

Henson. H.K. (2002) Sexuality and Disability. Çeviri: Dilek Aygin, *Kadın Cinsel Sağlığı/Hemşire Çalışma Grubu*,**20(4)** 261-275.

Hocaoğlu, Ç., Kandemir. G., Civil. F. (2007). Meme kanserinin aile ilişkilerine etkileri.*Meme Sağlığı Dergisi*,**3(3)** 163-165.

Huber,C., Ramnarace,T., McCaffrey, R. (2006). Sexuality and intimacy issues facing women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, **33(6)**: 1163-1167

Kara, M., İpek.G., Erci. B. (2006). The experiences of loneliness, depression, and social support of Turkish patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis and their caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, **15(4)**: 490–497.

Kara, M., Mirici. A.(2004) Loneliness, Depression and Social Support of Turkish Patient with Choronic Obstructive Pulmonary Disease and Their Spouses. *Journal of Nursing Scholarship*, **36(4)**: 331-336.

Karasar, N., (1994). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*.Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd Ankara, 7.Baskı

Keçer, M., Asaoğlu,O. (2003) . *Meme Kanseri*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Khorshid, L., Eşer, İ., Zaybak, A., Yapucu, Ü., Arslan, G.G., Çınar, Ş. (2004) Huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi, *Türk Geriatri Dergisi* **7(1)**: 45-50.

Killen, C. (1998). Loneliness: an epidemic in modern society. *Journal of Advanced Nursing*, **28(4)**: 762-770.

Ming, W.M.V. (2002). Psychological predictors of marital adjustment in breast cancer patients. *Psychology, Health&Medicine*, **7(1)**: 37-51.

Moyer, A. (1997). Psychological outcomes of breast cancer surgery mastectomy. *Health Psychology*, **16(3)** 284-298.

Nourthose, L.L.,Templin, T.,Mood. D.,Oberst, M. (1998). Couple's adjustment to breast cancer and benign breast disease.:A Longitudinal Analysis. *Psycho-Oncology*, **7(1)**:37-48

Okanlı, A. (2003). Meme Kanserli hasta ve eşlerinin yaşam doyumları duygu kontrol düzeyleri ve evlilik uyumlarının mastektomi öncesi ve sonrası karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Doktora Tezi.

Öz, F. (2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ, Ankara,180-202.

Özbaş, A. (2006). Meme kanserli ailelerde sorunlar ve çözümler. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2(3)** 115-117.

- Özkan.M. (2007). Kronik hastalıkların aileler üzerindeki psikiyatrik ve psikososyal etkileri; [www.psikiyatriktip.com](http://www.psikiyatriktip.com)
- Özkürkçügil, Ç.A. (1998). Cezaevinde yalnızlık ve yalnızlığın depresyonla ilişkisi; *Kriz Dergisi*, **6(1)** 21-31.
- Rayter, Z., Mansi, J. (2003). *Medical Therapy of Breast Cancer*, Cambridge University Pres, 126-128.
- Rokach, A. (2000). Terminal illness and coping with loneliness. *The Journal of Psychology*, **134(3)** 283-296.
- Sertöz, Ö.Ö., Elbi, H., Noyan, A., Alper, M., 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.
- Sevil, Ü., Ertem, G., Kavlak, O., Çoban, A. (2006). The loneliness level of patient with gynecological cancer. *Int.J.Gynecol Cancer*, **16(1)** 472-477.
- Sevil, Ü., Ünsal, Ş. (2002). Meme kanserinde risk faktörleri ve erken tanı. *Hemşirelik Forumu*, **5(6)** : 32-39
- Shands, M., Lewis, F., Sinsheimer, J., Cochrane, B.(2006) .Core concerns of couples living with early stage breast cancer. *Psycho-Onkology*, **15(12)**: 1055-1064.
- Sherman, C.D., Hossfeld, D.K. (1992). Klinik Onkoloji. *T.C Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu OrtakYayını*,Ankara, 251-252.
- Smith, R.A., Brinton, A.L., Kramer, L.J., Jemal,A. (2005) Diagnosis of diseases of the Breast, *The Epidemiology of Breast Cancer*, 343-344.
- Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V., (1997) *Biyoistatistik*. 7. Baskı, Şahin Matbaası, Ankara.
- Şendil, G. (1995) Mastektomi geçirmiş kadınların evlilik ilişkisinin incelenmesi. *Tecrübeli Psikoloji Çalışmaları*, **20(20)**: 151-157
- Şendil. G., (1999) Mastektomi Geçirmiş Kadınların Psikolojik Yönden İncelenmesi. *Tecrübeli Psikoloji Çalışmaları*,**21** 111-122
- Tan, M., Karabulutlu. E. (2005). Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nursing*, **28 (3)**: 236-240
- TC Sağlık Bakanlığı, Organlara Göre Kanser Sıklığının Dağılımı ve Kadınlarda en Sık Görülen 10 Kanser, <http://www.saglik.gov.tr/extras/statistics> 2003 *Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı*. Ankara

Topuz, E., Aydiner, A.(2003). Meme Kanseri. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul

Tuğrul, C.(1998). *Meme Kanseri*. İstanbul, 142-149

Tüzer, V. (2001). Kronik hastalıklar ve yeti yitiminde sistemik aile yaklaşımı. *Klinik Psikiyatri*, **4(3)**: 193-201

Uçar, T., Uzun, Ö. (2008). Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, **4(3)**: 162-168

Uğurlu, O. (2003). Evli çiftlerde cinsiyet ayrımına ilişkin tutumlar, çatışma yöntemi biçimleri ve evlilik uyumu arasındaki ilişki. Yüksek lisans Tezi, Ankara

Ünal,G., Bilge, A. (2005) The Evaluation of the loneliness, depression and cognitive function in older age group. *Türk Geriatri Dergisi*, **8(2)** 89-93.

Ünal, H. (2001) *Meme Hastalıkları*, In Değerli. Ü. Cerrahi, Nobel Tıp Kitabevi,İstanbul, 393-398

Wagner, D.C., Bigatti, M.S., Stormolo. M. (2006) Quality of Life of Husbands of Women with Breast Cancer. *Psycho-oncology*, **15(2)**: 109-120 .

Wenzel, L.B., Fairclough, D.L., Brady, J.M., Cella, D., Garrett, M.K., Kluhsman, C.B., Crane, L.A., Marcus, A.C. (1999) Age-Related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment. *Amerikan Cancer Society*, **86(9)**: 1768-1774.

Yurt, V. (1998). Mastektomi ameliyatı olan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki duygusal tepkileri ve hemşirelerin bu tepkilere ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi, Doktora Tezi, Ankara





## 8.EKLER

### Ek 1. TANITICI ÖZELLİKLER ANKET FORMU

- Adı Soyadı:..... süreklı adres:
- Yaş:..... tel no:
- Eğitim düzeyi:  
1. İlkokul                      2. Ortaokul                      3.Lise ve üzeri
- Meslek:  
1.çalışmıyor    2. çalışıyor
- Eşinizin eğitim düzeyi;  
1. ilkokul      2.Ortaokul      3. Lise ve üzeri
- Eşinizin mesleği  
1. çalışıyor                      2. çalışmıyor
- Uzun süredir yaşadığınız yer:  
1. köy                      2. ilçe                      3.şehir
- Aylık gelir miktarını:  
1.500 YTL ve altı    2. 501-1000 YTL    3. 1001 YTL ve üzeri
- Sosyal güvenceniz:                      1.var                      2. yok
- Evlenme yaşıınız;.....
- Kaç yıllık evlisiniz:.....
- Eşinizle evlenme şekliniz;  
1. görücü usulüyle ailemin kararıyla  
2. görücü usulüyle kendi kararımle  
3. severek kendi isteğimle
- Çocuk sayısı:.....
- Bu hastalıktan önceki dönemde evlilik ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?  
1. iyi                      2.kötü
- Bu ameliyatın eşinizle olan ilişkilerinizi nasıl etkileyeceğinizi düşünöyorsunuz:  
1. iyi                      2.kötü                      3.bilmiyorum
- Kendinizi ameliyat öncesi dönemde yalnız hisseder miydiniz?  
1. evet                      2. hayır
- Cevabınız evetse ne sıklıkta kendinizi yalnız hissederdiniz?  
1. ara sıra                      2. çoğu zaman                      3. hemen her zaman

## EK 2. ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ

İlişikte, çiftler hakkında bazı cümleler bulunmaktadır. Size uyan seçeneğe (x) işareti koyunuz. Hiç bir cümle için uzun uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, aklınıza gelen ilk seçenek doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen, her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

Her Zaman Anlaşırız	Hemen her zaman anlaşırız	Arada bir anlaşamayız	Çok sık anlaşamayız	Hemen her zaman anlaşamayız	Hiçbir zaman anlaşamayız
5	4	3	2	1	0

5	4	3	2	1	0	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Aile gelirinin idaresi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Eğlenceyle ilgili konularda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Dini konularda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Sevgi gösterme şekillerinde
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Arkadaşlar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Cinsel ilişkiler
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Toplumsal örf ve adetlerle ilgili olarak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Yaşam felsefesi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Kendinizin ya da eşinizin ailesiyle ilişkilerde
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Önemli olduğuna inanılan amaç, hedef ve diğer konularda
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Birlikte geçirilen zaman konusunda
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Çok önemli kararlar verirken
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Ev işlerinde
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Boş zaman ilgi ve uğraşlarında
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Mesleki kararlarda

Herzaman	Çoğu zaman	Yeterince	Ara sıra	Nadiren	Hiç
0	1	2	3	4	5

0	1	2	3	4	5	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Boşanmayı, ayrı yaşamayı veya ilişkinizi sonlandırmayı ne sıklıkta tartışıyor veya düşünüyorsunuz?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Kavga sonrasında siz veya eşiniz ne sıklıkta evi terkeder?

Herzaman	Çoğu zaman	Yeterince	Ara sıra	Nadiren	Hiç
5	4	3	2	1	0

5	4	3	2	1	0	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Sizce genellikle, siz ve eşiniz arasında işler ne sıklıkta yolunda gider?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Eşinize içinizi döker misiniz?

**Her zaman**      **Çoğu zaman**      **Yeterince**      **Ara sıra**      **Nadiren**      **Hiç**  
**0**      **1**      **2**      **3**      **4**      **5**

**0**      **1**      **2**      **3**      **4**      **5**  
                                    20. Evlendiğiniz (veya birlikte olduğunuz) için hiç pişmanlık duyar mısınız?  
                                    21. Eşinizle ne sıklıkta münakaşa edersiniz?  
                                    22. Eşinizle ne sıklıkta birbirinizi sinirlendirecek şeyler yaparsınız?

**Her gün**      **Hemen her gün**      **Ara sıra**      **Nadiren**      **Hiç**  
**4**      **3**      **2**      **1**      **0**

**4**      **3**      **2**      **1**      **0**  
                              23. Eşinizi öper misiniz?

**Hepsi**      **Çoğu**      **Bazıları**      **Çok azı**      **Hiçbiri**  
**4**      **3**      **2**      **1**      **0**

**4**      **3**      **2**      **1**      **0**  
                              24. Eşinizle ev dışındaki meraklarınızın ne kadarını birlikte gerçekleştirirsiniz?

Aşağıdakilerin siz ve eşiniz arasında ne sıklıkta olduğunu söyleyebilir misiniz?

**Hiç**      **Ayda**      **Ayda bir**      **Haftada bir**      **Haftada birden**      **Her gün**  
**0**      **bir kere**      **veya iki**      **veya iki**      **daha sık**      **5**  
**1**      **2**      **3**      **4**

**0**      **1**      **2**      **3**      **4**      **5**  
                                    25. Heyecan verici, keyifli fikir alışverişleri  
                                    26. Beraber gülme  
                                    27. Birlikte sakin bir şekilde tartışma  
                                    28. Bir konu üzerinde beraber çalışma

Aşağıdakiler, çiftlerin bazen anlaşıp bazen karşıt düştüğü şeylerdir. Aşağıdaki konular geçtiğimiz bir kaç hafta içinde aranızda fikir ayrılığı yarattıysa veya ilişkinizde sorun haline geldiyse, bunu belirtiniz (Evet veya Hayır olarak işaretleyiniz).

(0)      (1)  
Evet      Hayır  
            29. Cinsel ilişki için fazla yorgun düşmek  
            30. Sevgi göstermemek

31. Aşağıdaki çizgi üzerinde yer alan noktalar ilişkinizdeki değişik mutluluk derecelerini ifade etmektedir. "Mutlu" noktası çoğu ilişkideki mutluluk derecesini ifade eder. Lütfen, her şeyi düşünerek ilişkinizin mutluluk derecesini en iyi tarif eden noktayı, çevresine bir daire çizerek gösteriniz.

0      1      2      3      4      5      6  
•      •      •      •      •      •      •  
Son derece      Epey      Biraz      Mutlu      Çok      Son derece      Mükemmel  
mutsuz      mutsuz      mutsuz      mutlu      mutlu

32. Aşağıdaki cümlelerin hangisi, ilişkinizin geleceğiyle ilgili hissettiklerinizi en iyi tanımlar?

- 5 İlişkimin başarılı olmasını son derece fazla istiyorum ve öyle olması için her türlü şeyi yaparım
- 4 İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve öyle olması için elimden gelen her şeyi yaparım
- 3 İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve öyle olması için kendi payıma düşeni gerçekleştiririm
- 2 İlişkim başarılı olursa iyi olurdu ve başarılı olması için şimdi yaptığımdan daha fazlasını yapamam
- 1 İlişkim başarılı olsa iyi olurdu, fakat ilişkiyi sürdürmek için şu an yaptığımdan daha iyisini yapmayı reddediyorum
- 0 İlişkim hiç bir zaman başarılı olamaz ve ilişkiyi devam ettirmek için daha fazla yapabileceğim bir şey yok

### EK 3. UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir rakkamı daire içine alarak belirtmenizdir.

	Ben bu durumu <b>HİÇ</b> yaşamam	Ben bu durumu <b>NADİREN</b> Yaşarım	Ben bu durumu <b>BAZEN</b> Yaşarım	Ben bu durumu <b>SIK SIK</b> Yaşarım
1. Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.	1	2	3	4
2. Arkadaşım yok.	1	2	3	4
3. Başvurabileceğim hiç kimsem yok.	1	2	3	4
4. Kendimi tek başınaymışım gibi hissetmiyorum.	1	2	3	4
5. Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum.	1	2	3	4
6. Çevremdeki insanlarla bir çok ortak yönüm var.	1	2	3	4
7. Artık hiç kimseyle samimi değilim.	1	2	3	4
8. İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor.	1	2	3	4
9. Dışa dönük bir insanım.	1	2	3	4
10. Kendimi yakın hissettiğim insanlar var.	1	2	3	4
11. Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.	1	2	3	4
12. Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.	1	2	3	4
13. Hiç kimse gerçekten beni iyi tanımıyor.	1	2	3	4
14. Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	1	2	3	4
15. İstedğim zaman arkadaş bulabilirim.	1	2	3	4
16. Beni gerçekten anlayan insanlar var.	1	2	3	4
17. Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.	1	2	3	4
18. Çevremde insanlar var ama benimle değiller.	1	2	3	4
19. Konuşabileceğim insanlar var.	1	2	3	4
20. Derdimi anlatabileceğim insanlar var.	1	2	3	4

## EK.4. ARAŞTIRMA İÇİN ETİK KURUL BELGESİ

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

Sayı: EK: 205

01.11.2007

Sayın Hatice KURT

Etik kurulumuza sunmuş olduğunuz **“Meme kanseri olan evli Kadınların Mastektomi Sonrası Yalnızlık Durumları ve Eş Uyumlarının İncelenmesi”** başlıklı OMÜ Etik 2007/ 176 Karar nolu **Anket** nitelikli araştırma projeniz ile ilgili değerlendirme çalışmaları sonuçlandırılmıştır.

Projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamalarınızı dikkate alarak değerlendirilmiş olup, OMÜ Tıp Fakültesi Etik Kurul yönergesinin 5. maddesi gereği sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere bu araştırmanın uygulanmasında herhangi bir etik sakıncanın olmadığına ve araştırma tamamlandıktan sonra sonucunun etik kurulumuza bildirilmesi gereğine 30.10.2007 tarihli etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Yüksel KESİM  
Etik Kurul Başkanı

## 9.ÖZGEÇMİŞ

15.11.1975 yılında Bafra'da doğmuş,1993 yılında Samsun Sağlık Meslek Lisesinden Mezun olmuştur.1995 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Önlisans Ebelik Bölümü,2003 yılında ise Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu Lisans Hemşirelik Bölümünden mezun olmuştur. 2006 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek lisans programına başlamıştır. Halen Ankara Ayaş Merkez Sağlık Ocağında Ebe olarak görev yapmaktadır. Yabancı dili İngilizcedir.